

*”... vi hører måske ikke til på et hospital,
men det gør vi jo i psykiatrien.”*

Et kvalitativt studie af socialrådgivere i behandlingspsykiatriens
oplevelser af rammer og vilkår for det sociale arbejde.



AALBORG UNIVERSITET

Speciale

Kandidatuddannelsen i Socialt Arbejde

Aalborg Universitet, København

August 2016

Marlene Kit Jørgensen

Studienummer: 20141783

Antal Anslag: 236.868

Vejleder: Karin Højberg

Indhold

1. Introduktion	7
1.1. Problemfelt	7
1.1.1. Socialrådgivere i sundhedsvæsenet. - udvikling og tendenser	7
1.1.2. Socialrådgiverenes betydning for patientens forløb	11
1.2 Opsamling.....	13
2. Problemstilling	13
2.1. Problemformulering	13
2.2. Arbejdsspørgsmål til besvarelse af problemformulering.....	13
2.3. Uddybelse af problemformulering.....	14
2.4. Overvejelser omkring besvarelse af problemformulering	14
3. Videnskabsteoretiske overvejelser	15
3.1. Prakseologien	15
3.2. Bourdieus epistemologi. Den dobbelte objektivering og den refleksive sociologi	16
4. Teoretisk forankring til empirisk analyse	18
4.1. Det feltanalytiske niveau	19
4.2. Doxa og sammenhængen mellem det socialfaglige og det sundhedsfaglige arbejde	20
4.3. Kapitalernes indvirkning på arbejdslivet.....	20
4.4. ”Professionshabitus”, habitusbegrebet som et kollektivt begreb.....	22
4.5. Prakseologien og forholdet mellem habitus, felt og kapital	23
4.6. Kristian Larsens fremstilling af det medicinske felt.....	24
4.7. En kamp om arbejdsopgaver. Grænsedragning mellem professioner	25
4.8. Kritiske refleksioner i forhold til teorivalget.....	25
5. Specialets empiriske og metodiske grundlag.....	27
5.1. Valg af det kvalitative interview som empiriske grundlag.....	27
5.2. Teoretisk tilgang til det kvalitative interview.....	27
5.3. Udførelse af interview	28
5.4. Overvejelser omkring selektion af informanter.....	29
5.5. Generelle etiske overvejelser.....	30
5.6. Overvejelser om at være interviewer og indsamle empiri i eget felt.....	31
5.7. Behandling af empiri	33
5.7.1 Transskribering.....	33
5.7.2. Kodning	34

5.8. Analysestrategi og analysens opbygning.....	35
5.9. Overvejelser omkring kvaliteten af undersøgelsen.....	37
6. Deskriptiv analyse af genstandsfeltet.....	39
6.1. Et historisk tilbageblik på psykiatrien.....	39
6.2. Præsentation af feltet.....	40
6.2.1. Organiseringen af arbejdet i behandlingspsykiatrien.....	42
6.2.2. Socialrådgivernes rum og arbejde på hospitalet.....	43
6.3. En kort sammenligning af socialrådgiverne i psykiatriens rammer og vilkår, og socialrådgivere i kommunalt regis rammer og vilkår.....	46
7. Analysedel 1: Oplevelser vedrørende muligheder og begrænsninger for at udføre socialt arbejde i feltet.	47
7.1. Socialrådgivernes egen opfattelse af at lave ”godt socialt arbejde”.....	48
7.1.1. Opsamling.....	52
7.2. Rammer og vilkår der opleves som begrænsende i udførelsen af det sociale arbejde.....	52
7.2.1. ”Jeg arbejder ikke i en organisation, hvor man på den måde vil prioritere socialt arbejde”.....	53
7.2.2. ”Hadeydelser. Der er ingen der støtter op omkring det.”.....	57
7.2.3. ”Så er der jo onde tunger, som mener at vi ikke er en del af opgavevaretagelsen.”.....	60
7.2.4. ”Man bliver i hvert fald ikke indtænkt i dagligdagen”.....	62
7.2.5. Opsamling.....	64
7.3. Rammer og vilkår der opleves som fremmede for mulighederne for at udføre socialt arbejde.....	64
7.3.1. ”Har man en god socialrådgiver eller flere i det sundhedsfaglige, så har man også et godt samarbejde med kommunen.”.....	65
7.3.2. ”At yde support for mine ikke-socialrådgiverkolleger”.....	68
7.3.3. ”Det har en stor fleksibilitet”.....	70
7.3.4. ”For os er det jo helhedssynet”.....	72
7.3.5. Opsamling.....	73
7.4. Anslag til analysedel 2.....	74
8. Analysedel 2: Socialrådgiveres plads i feltet, og socialrådgivernes kampe for at gøre sig gældende inden for rammerne og vilkårene.....	74
8.1. Placering i feltet med udgangspunkt i Kristian Larsens fremstilling af sundhedsvæsenets placering af kapitaler.....	75
8.1.1. Opsamling.....	77
8.2. Socialrådgivernes strategier i forhold til at gøre sig gældende i feltet.....	77
8.2.1. At indgå i alliancer.....	78
8.2.2. At kunne bruge sit faglige sociale netværk til at positionere sig.....	78

8.2.3. At påtage sig så mange opgaver så muligt.....	80
8.2.4. At fremstå som omnipotente medarbejdere.....	83
8.2.5. At italesætte sig som delelement i behandlingen.....	87
8.2.6. At bruge ydelsestyringen til egen fordel.....	87
8.2.8. Opsamling.....	88
9. Afsluttende kritisk refleksion forud for konklusion	89
10. Konklusion	89
11. Perspektivering og implikationer for det sociale arbejdes udførelse	92
Litteraturliste	93
Bilagsliste	98

Abstract

The focus of this thesis has been on the experiences of the work conditions and structural settings' implications on the social workers' perceived ability to perform social work in an organization that is likely to focus more on the health professional aspects of care, than on the social work aspect.

The analysis examines the following:

How do social workers' in the field of psychiatric treatment experience the conditions and structural settings for practicing social work in an area which focuses on psychiatry? And how do the conditions and structural settings affect the social workers' ability to practice social work and position themselves as professionals?

This study will give insight into how social workers are experiencing the settings and conditions they encounter in performing social work in the psychiatric hospital or outpatient clinic. The thesis includes several qualitative interviews used for gathering empiricism, but it was hard to find homogenic interviewees, seeing as they are often assigned several different departments within psychiatry. The empirical data consists of five qualitative interviews with social workers who work closely with the municipality, doctors, nurses and other health professionals to ensure that the psychiatric patients have the best possible course of treatment both during and after their psychiatric treatment.

Methodically and analytically, the French sociologist Pierre Bourdieu's concepts and theories have been used to understand and explain the social workers' experiences of the settings and conditions. However, these settings and conditions will also be examined objectively.

The study found that the interviewees particularly chose a job in psychiatry because of the ability to work very holistically with the patients and with a large degree of freedom to plan and carry out their work as they see fit. Even though they experience a lot of freedom, the social workers' workplace is an organization that can be characterized as highly bureaucratic and focused on managing objectives. The social workers' experience that both settings and conditions enable and limit their ability to carry out what they perceived to be satisfactory social work.

The social workers don't experience any noticeable recognition by the organization's senior managers, but they do experience some through their closest associates. The study finds that they

use several different strategies to position themselves as professional, important and legitimate members of the organization.

1. Introduktion

“Det er jo fordi vi er jo ikke sundhedsfagligt personale, vi hører måske ikke til på et hospital, men det gør vi jo i psykiatrien.”(Bilag 5)

“I dette speciale fokuseres der på socialrådgivere i psykiatriens oplevelser af at udføre socialt arbejde i en organisation, der må formodes at fokusere mere på de sundhedsfaglige aspekter af behandlingen, end det socialfaglige. Gennem en kvalitativ undersøgelse gives et indblik i hvordan socialrådgiverne oplever de rammer og vilkår de møder i arbejdet i behandlingspsykiatrien. Deres oplevelser er både tvetydige, komplekse og nuancerede, og dette speciale vil forsøge at stille skarpt på hvordan rammer og vilkår, der ikke nødvendigvis er indrettet til at rumme socialt arbejde, påvirker socialrådgivernes udførelse af det sociale arbejde.

1.1. Problemfelt

I dette problemfelt vil jeg præsentere området, som min undersøgelse placerer sig inden for. Herunder socialrådgivernes plads i psykiatrien og dennes opkomst og udvikling dette gøres for at få en større forståelse af hvilke rammer og vilkår der kan tænkes at have en indflydelse på det sociale arbejdes udførelse i denne særlige kontekst. I forbindelse med udarbejdelse af specialet har jeg lavet litteratursøgninger, særligt i dansk litteratur og gennem flere forskellige søgemaskiner. Denne litteratursøgning foregik hovedsageligt i den indledende fase omkring præcisering af problemfelt og problemformulering. Jeg har været interesseret i sygehussocialrådgivere, det sociale arbejdes udvikling, rammer og vilkår, samt det psykiatriske felt. Søgningen har ført til dette problemfelt der inddrager dele af eksisterende undersøgelser om emnet, den historiske udvikling af socialt arbejde, særligt inden for psykiatrien, samt nogle af de udviklingstendenser i det sociale arbejde og i psykiatiren som er med til at udgøre de rammer og vilkår, hvori socialrådgiverne udfører det sociale arbejde.

1.1.1. Socialrådgivere i sundhedsvæsenet. - udvikling og tendenser

Ifølge foreningen “Det sociale netværk”, så rammes hver femte dansker i løbet af livet af en psykisk sygdom, og hver anden familie i Danmark kommer på et tidspunkt i kontakt med det psykiatriske system (Det sociale netværk). Hvis man undersøger hvad kerneopgaven for psykiatrien er, så ses det for eksempel at Region Hovedstadens Psykiatri definerer deres kerneopgave som: “Behandling og pleje af mennesker med psykisk sygdom inden for de to lægefaglige specialer voksenpsykiatri og

børne- og ungdomspsykiatri.” (Region Hovedstadens psykiatriske hospital). Dette speciale vil tage udgangspunkt i denne definition og opfattelse af kerneopgaven og forsøge at forstå hvordan socialrådgivere og deres sociale arbejde udføres inden for den psykiatriske behandlingspsykiatri. For at forstå social arbejdes plads og opkomst i psykiatrien vil følgende undersøge selve opkomsten af det sociale arbejde og rammerne og vilkårenes ændringer.

Siden socialt arbejde på hospitalerne gjorde sit indtog i 1900-tallet, har både socialrådgiverfaget samt vilkårene for udførelse af det sociale arbejde på sygehuse udviklet sig. Socialrådgiverfaget havde sin professionelle start i 1933 hvor den første socialrådgiver blev ansat på et kommunesygehus, efter at have gennemført et halvandet årigt uddannelsesforløb. Dengang mente man ikke at uddannet socialfagligt personale var vigtigt i kommunerne, der arbejdede ud fra retsprincipper og ikke skønsprincipper. Holdningen var her, at loven skulle give klarhed over hvem der havde krav på hvilken indsats. (Nørrelykke, 2009). Socialrådgiverne på sygehuse arbejdede primært med at rådgive og henvise til andre støtteordninger eller institutioner, og var placeret fysisk hvor patienten befandt sig (Worning, 2002). Op igennem århundredet udvidedes socialrådgivernes ansættelsesområde, og flere fik ansættelse ved socialkontorerne, børneværn, forsorg, kriminalforsorgen og ved hospitalsvæsenet. I disse år får socialrådgiverne i højere grad fodfæste som en selvstændig gruppe (Nørrelykke, 2009: 69). Med 1970'ernes kommunalreform blev en række politikområder uddifferentieret til forskellige sektorer, der hver især blev serviceret af sektoropdelte forvaltninger. Kommunalreformen i 1970 var et klart udtryk for decentralisering og betød at fremover så var det amterne der skulle tage sig af sygehusvæsen og særforborg, mens kommunerne fremover havde ansvaret for implementeringen af socialreformen. Forvaltningsstrukturen forblev og er stadig bureaukratisk i disse organisationer (Nørrelykke, 2002: 73). I 1980'erne implementeres en mere markedsorienteret socialpolitik, hvilket bragte New Public Management på banen, som en måde at organisere det sociale arbejde på. Fokus i arbejdet med borgerne flyttede sig i denne forbindelse fra det caseorienterede arbejde til en ressourceorientering, og der indførtes i stigende grad målstyring og kvalitetsprogrammer i det sociale arbejde. Den økonomiske udvikling var i disse år præget af stigende arbejdsløshed og aftagende økonomisk vækst. Den økonomiske recession og kritikken af velfærdsstaten som forvokset kan have medvirket at der i år 1986 var ansat cirka 600 sygehussocialrådgivere landet over, mens tallet i 1990 faldt til 500. Ved overgangen til årtusindeskiftet arbejdedes der i højere grad efter BUM modellen i socialt arbejde (Bestiller-udfører modellen), og indførelsen af New Public Management stiller stadig større krav til resultatmåling og evidens i det sociale arbejde. (Nørrelykke, 2002: 84). I 2002 blev

uddannelsen til socialrådgiver forlænget, og socialrådgiveruddannelsen blev en professionsbachelor. Med oprettelsen af uddannelsen førte også en kompetenceprofil, der indeholder forventninger til socialrådgiverens roller, som: Rådgiver og vejleder, forandringsagent, koordinator, udvikler, analysator, forhandler og myndighedsudøver. (Dansk socialrådgiverforening 2002). I relation til specialets undersøgelsesområde kan det være væsentligt at påpege, at i socialrådgiveruddannelsens nuværende bekendtgørelse ikke nævnes psykiatri med et eneste ord. Hverken i forhold til den viden, de kompetencer eller de færdigheder, som de forventes at opnå gennem uddannelsen (Undervisnings- og forskningsministeriet, 2011). Dette gør dem, som faggruppe i psykiatrien interessant, eftersom de, tilsyneladende ikke uddannes særligt til at udføre socialt arbejde indenfor dette.

Selvom rapporten: “Sygehussocialrådgiverne – faglighed, virke og indsats” udgivet af danske regioners lønnings- og takstnævn og socialrådgiverforeningen i 2012 tegner grundlæggende et billede af sygehussocialrådgivere som en vigtig faggruppe der gennem koordinering og viden om sundhedsvæsenet og det kommunale system, er medvirkende til at patienterne får en helhedsorienteret indsats, så er sygehussocialrådgivere siden 2007 blevet beskåret med en tredjedel (Askgaard, 2015). Således var der på landsplan 205 medlemmer tilbage i 2014, hvilket vidner om en væsentlig reduktion af antallet af socialrådgivere (Sygehussocialrådgiverfaggruppen, 2014).

Hvis man ser på den nuværende organisering af arbejde, så er et af de mange socialpolitiske tiltag der har haft stor betydning for organiseringen af sygehussocialrådgiveres arbejde den seneste kommunalreform fra 2007. I forbindelse med denne blev de 14 amter nedlagt, og fem nye regioner opstod. Med denne kommunalreform blev det kommunernes ansvar og opgave at varetage patienternes sociale foranstaltninger, når de blev udskrevet fra hospitalerne. Der forblev dog socialrådgivere i de regionale regi.

Overordnet ses det at vilkårene for det sociale arbejde, har ændret sig meget gennem de sidste par årtier. Metodefriheden var tidligere et mantra inden for professionen, mens der i dag i stigende omfang indføres mere eller mindre obligatoriske systemer for metode og regelstyring, der bestemmer hvordan sagsbehandlingen og indsatsen skal gennemføres. (Gomard og Bundesen, 2011). Indførelsen af blandt andet New Public Management, og en generel orientering mod evidensbaseret metode har betydet at det sociale arbejde i højere grad end tidligere måles, og skal have en dokumenteret effekt (Ibid.). Der er også sket organisatoriske ændringer. Tidligere arbejdede socialrådgivere inden for relativt frie rammer, men den tiltagende resultatstyring og opdelingen af

myndighedsopgaver betyder at socialrådgiverne ikke længere oplever samme metodefrihed som tidligere, men i højere grad skal opfylde mål indenfor bestemte rammer (Ibid.) Offentlige institutioners og Sundhedsvæsenets udvikling drejer også i retning af en mere rigid styring af arbejdet, vilkårene for driften er gradvist forandret de seneste par årtier og fokus har især været på decentralisering, kvalitetskontrol, mål- og rammestyling, specialisering, standardisering, rutinisering og effektivisering (Hjort, 2002: 11).

På trods af de seneste års nedskæringer er der ikke fagligt belæg for at socialrådgiverne ikke udfører en vigtig funktion i sundhedsvæsenet. Tværtimod. Det ses at de socialrådgivere i sundhedsvæsenet, hvis arbejdsopgaver befinder sig i gråzonen mellem den kommunale og regionale sektor, synes at være en garant for at de to sektorer kan opnå det bedst mulige samarbejde.

Nyere dansk sundhedslovgivning ligger i slipstrømmen på internationale tendenser, der cirkler om at styrke de universelle rettigheder hos borgerne. På det sundhedsfaglige område kan denne tendens ses gennem et øget fokus på patienternes rettigheder til at blive informeret, give samtykke til og selv vælge behandling. Dette har medført en brugerkultur hvilket, i høj grad, skaber et behov for tilfredshedsundersøgelser, evalueringer og øget regulering. Borgerne har ret til aktindsigt og er i højere grad blevet en "kunde" i sundhedsvæsenet. Dette er ikke kun et træk i sundhedsvæsenet, men kan ses som en konsekvens af den neoliberalistiske kritik af velfærdsstaterne der fulgte efter 2. Verdenskrig. Det står klart at den offentlige sektor, ikke mindst sundhedssektoren, har gennemgået et væld af moderniseringsprocesser gennem de sidste par årtier. Særligt har socialpolitikken har taget et skridt væk fra "welfare" og mod "workfare" - borgere opfattes i højere grad som brugere end som modtagere i systemet. De neoliberalistiske tanker havde, og har stadig, betydning for rammer, vilkår og organisering af den offentlige sektor. New Public Management har vundet indpas i organisering af den offentlige sektor, NPM er ikke en specifik teori, men snarere et samlet koncept der anbefaler at det offentlige tager ved lære af det private marked. Denne form for tankegang kan begrunde den øgede decentralisering, regulering, nedskæring på grund af, hvad der opfattes som en forvokset sektor, mål- og rammestyling, budgetstyring, evaluering med videre. (Klausen, 2001: 44) Aktuelt kan disse moderniseringsstrømninger både ses i det sociale arbejde i form af en indsnævring af metodefrihed og en forøgelse af regulering og målstyring Guldager & Skytte 2013: 514-515. Mange af disse rammer og vilkår gør sig også gældende for organiseringen af arbejdet i det moderne sundhedsvæsen og inden for psykiatrien. Af den nuværende satspuljeaftale fra 2014 fremgår det at en af målsætningerne er en hurtigere udredning og behandling, der skal føre til en

kortere liggetid. Den kortere liggetid betyder at patienterne skal hurtigere og mere effektivt igennem systemet end tidligere. Der peges også på at speciallægemanglen i psykiatrien betyder at der er behov for endnu flere specialiserede medarbejdere der kan løfte nogle af de opgaver som speciallægen ellers ville. Dette vil man forsøge at imødekomme ved for eksempel at uddanne specialsygeplejersker, specialpsykologer med flere. Også mere systematisk inddragelse af patienter og pårørende nævnes som et punkt der skal prioriteres for at forbedre forløbet for patienten. Generelt ønsker man at organisere arbejdet således at der er flest mulige specialister (sundheds- og ældreministeriet, 2014). Et andet kendetegn ved sundhedsvæsenet i dag er incitamentsstrukturen i form af ydelsesstyring. Faggrupperne i sundhedsvæsenet og i psykiatrien skal registrere de ydelser, altså de arbejdsopgaver som de udfører på daglig basis. Ydelsesstyringen og registreringen betyder at den enkelte afdeling/afsnit/fagperson skal opnå et bestemt antal ydelser, inden for en afgrænset periode, en ydelse kan så udløse penge til den enkelte afdelings budget. Hvis denne målramme ikke opnås, så tilføres der ganske enkelt færre midler. Denne form for målstyring benyttes i forskellige udformninger i alle fem regioner (Dansk Sygeplejeråd, 2014), og er således et moderne styringsmetode som både ergoterapeuter, sygeplejersker, socialrådgivere og andre fagpersoner i psykiatrien må forholde sig til på daglig basis.

1.1.2. Socialrådgiverenes betydning for patientens forløb

For at undersøge hvorfor der overhovedet er socialrådgivere i psykiatrien, har jeg søgt efter hvilken funktion de udfylder.

Traditionelt set har socialrådgivere i sundhedsvæsenet haft til formål at sikre at der var sammenhæng mellem den medicinske behandling og løsning af de eventuelle sociale problemer. For eksempel i form af udskrivningsmentorer. Socialrådgiverne på hospitaler har altså også en stor rolle i forbindelse med at sikre at patientens overgange mellem forskellige institutioner og sektorer foregår så succesfuldt og gnidningsfrit som muligt. Det er derfor en profession der i høj grad fungerer som bindeled mellem det regionale system og de kommunale. Vanskeligheder mellem koordinering, videregivelse af patienter og sammenhæng mellem forskellige institutioner og sektorer er en velkendt problematik. I 2014 blev der indberettet 2639 utilsigtede hændelser til patientombuddet. (Hagerup og Sommer, 2015). Indberetningerne viser at det særligt går galt i kommunikationen mellem de to sektorer: Den kommunale og den regionale. Langt størstedelen af de komplikationer og fejl der blev indberettet af kommunale medarbejdere drejede sig om mangelfuld kommunikation og dokumentation fra regionens side. Især med hensyn til uorden i

medicinskrivelser og dårligt forberedt udskrivelse. Det ses derved at kommunikationen mellem sektorerne er vigtig for patientens mulighed for den bedst mulige rehabilitering. Socialrådgiverne varetager særligt denne opgave med koordineringen mellem sektorer og som en af specialets informanter udtaler det:

“Der synes jeg nok at det er ret vigtigt at der er en socialrådgiver som kender til arbejdsgange, og kender til strukturen i kommunen, og kender strukturen i en region og på hospitalet. Så man er på den måde en stor formidler af et godt samarbejde. Har man en god socialrådgiver eller flere i det sundhedsfaglige, så har man også et godt samarbejde med kommunen.” (Bilag 3).

I 2012 udarbejdede danske regioners lønnings- og takstnævn og socialrådgiverforeningen en rapport der belyste sygehussocialrådgivernes opgaver og betydning for patienters rehabilitering. Rapporten skulle klargøre de opgaver sygehussocialrådgiveren løfter, samt hvordan de opgaver socialrådgiverne varetager kan bidrage til at indfri målsætningen i sundhedsvæsenet om et sammenhængende patientforløb. Rapporten konkluderer blandt andet:

“Sygehussocialrådgiverne spiller således en vigtig rolle i patienternes rehabilitering. De bidrager til den nødvendige sammenhæng mellem sundhedsindsatserne og de sociale og beskæftigelsesmæssige indsatser og kan med deres kendskab til både kommune og sygehusvæsen bygge den nødvendige bro mellem den primære og sekundære sektor, der skal til for at rehabiliteringen kan lykkes.” (Dansk socialrådgiverforening og Regionernes lønnings- og takstnævn, 2012).

Rapporten italesætter således vigtigheden af socialrådgiverens koordinerende indsats omkring patienten mellem de forskellige instanser. Det har været vanskeligt at finde undersøgelser der kortlægger socialrådgivernes betydning for den psykiatriske patient og dette synes at være et mindre belyst område indenfor det sociale arbejde.

Det er ikke alle psykiatriske patienter der modtager ydelser fra både det regionale og det kommunale system, men blandt de voksne patienter i behandlingspsykiatrien modtager cirka 75 procent kommunale ydelser og kan således betragtes som fælles patienter (Kruse og Tybring, 2013). Der eksisterer ikke mange undersøgelser af socialrådgivere i psykiatriens effekt på behandlingen og rapporten: “Sygehussocialrådgivere: Faglighed, virke og indsats” virker klart til at være den mest dækkende aktuelle fremvisning af socialrådgiveres aktuelle betydning for patientforløbet. Den har dog en meget specifik afsender og kan derfor ses som at tjene nogle fagpolitiske interesser.

1.2 Opsamling

Denne fremstilling af rammerne og vilkårene for det sociale arbejde og for sundhedsvæsenet i dag, samt for patienternes tilsyneladende behov for koordinering og socialrådgiveren som fagperson, gør det relevant at undersøge hvordan socialrådgiverne selv oplever, at skulle agere som socialarbejder i det sundhedsfaglige orienterede felt, inden for de rammer og vilkår dette sætter for det sociale arbejdes udførelse. Således kan specialet bidrage med ny viden om socialrådgiveres oplevelse af rammer og vilkår i psykiatrien, samt for det sociale arbejde i praksis. Specialet kan ligeledes tænkes at have praksisrelevans for hvordan man vælger at organisere rammerne og vilkårene for socialrådgiverne i sundhedsvæsenet.

2. Problemstilling

Specialets formål ligger således i at bibringe viden og forståelse om hvordan socialrådgivere der arbejder i en psykiatrien oplever at udføre socialt arbejde her, med de logikker, vilkår og rammer der findes her.

2.1. Problemformulering

Hvordan oplever de socialrådgivere, der arbejder i behandlingspsykiatrien, rammer og vilkår for at udføre socialt arbejde i en behandlerkultur? Og hvilken betydning har disse rammer og vilkår for de muligheder, som socialrådgiverne har for at udføre deres arbejde og positionere sig som fagpersoner?

2.2. Arbejdsspørgsmål til besvarelse af problemformulering

Hjælpspørgsmål til besvarelsen af problemformuleringen:

- Hvilke begrænsninger i rammer og vilkår kan der identificeres i forbindelse med at udføre socialt arbejde?
- Hvilke rammer og vilkår opleves som fremmede for udførelsen af det sociale arbejde?
- Hvordan gør socialrådgiverne det sociale arbejde og deres egen position som fagperson gældende inden for rammerne og vilkårene?

2.3. Uddybelse af problemformulering

Undersøgelsen har til hensigt at tilvejebringe aspekter og viden omkring hvordan det sociale arbejde og socialrådgiverne påvirkes af at arbejde i en organisation der formodes at fokusere mere på det sundhedsfaglige aspekt, end det socialfaglige. I problemformuleringen nævnes det at socialrådgiverne arbejder i en behandlerkultur, denne behandlingskultur består af hospitalets faggrupper, rammer og vilkår og forklares i den deskriptive analyse af genstandsfaldet, dog med mest fokus på rammer og vilkår, eftersom dette er en central del af problemformuleringen. Den deskriptive analyse af genstandsfeltet skal ses dels som en analytisk forståelse af feltet forud for en egentlig analyse, men også som en relevant historisering af feltet.

For at undersøge hvordan socialrådgivere oplever rammerne og vilkårene for det sociale arbejde i behandlingspsykiatrien, har jeg valgt at opdele deres oplevelser i begrænsninger og muligheder. Således vil det første arbejdsspørgsmål bidrage med at afdække hvilke forhindringer socialrådgiverne støder på inden for hospitalets rammer og vilkår, mens det andet arbejdsspørgsmål vil fokusere på at undersøge hvorvidt hospitalets særlige rammer og vilkår kan være fremmende for udførelsen af det sociale arbejde. På baggrund af de analytiske fund der kan afledes af de to første arbejdsspørgsmål, vil det tredje arbejdsspørgsmål besvares med udgangspunkt i hvilke muligheder socialrådgiverne har for at forsøge at legitimere deres egen position i feltet med de muligheder og begrænsninger der hidtil er identificeret.

Specialet vil således undersøge hvordan socialrådgiverne oplever at arbejde under rammer og vilkår i den sundhedsfagligt orienterede organisation, samt hvordan de kan positionere sig som vigtige socialfaglige medarbejdere i spændingsfeltet mellem de medicinske fagpersoner og problematikker, såvel som de sociale.

2.4. Overvejelser omkring besvarelse af problemformulering

Jeg ønsker at indfange socialrådgiveres oplevelser af de rammer og vilkår i behandlingspsykiatrien. Derfor tænker jeg at arbejde induktivt med socialrådgivernes oplevelser gennem semistrukturerede kvalitative interviews og forsøge at spore mig ind på deres subjektive konstruktioner af hvordan de oplever at udføre socialt arbejde i en organisation der er sundhedsfagligt funderet. For at nuancere socialrådgivernes udsagn, ønsker jeg også rent objektivt at beskrive rammer og vilkår som de fremstår faktuel.

Med udgangspunkt i den franske sociolog Pierre Bourdieus teoretiske, metodiske og videnskabsteoretiske forankring, kan jeg indfange socialrådgiverne i psykiatriens oplevelser af deres rammer og vilkår samt undersøge objektive forhold omkring deres arbejde (for eksempel organisering af arbejdet og den driftsmæssige virkelighed).

Gennem en kvalitativ undersøgelse, sammenholdt med objektive forhold, vil jeg søge efter hvordan disse rammer og forhold kan opleves af socialrådgiverne, som hæmmende eller fremmende for det sociale arbejde. Bourdieus teoretiske apparat indeholder begreber som kapital, doxa, felt og habitus, som alle er begreber jeg opfatter som brugbare til belysning af problemstillingen. Dette fører mig videre til en præsentation af mine videnskabsteoretiske overvejelser.

3. Videnskabsteoretiske overvejelser

Jeg vælger at bruge Bourdieu som teoretisk fundament, hvilket har betydning for specialet som helhed, eftersom Bourdieu tænker teori, metode og fremgangsmåde som sammenvævede størrelser og dele af en samlet fremstilling (Bourdieu og Wacquant, 1996: 9). Derfor skal dette afsnit omkring videnskabsteoretiske overvejelser, forstås i sammenhæng med det efterfølgende afsnit der viser specialets teoretiske fremstilling.

3.1. Prakseologien

Den sociale verden er ifølge Bourdieu ikke noget der eksisterer uafhængigt af de sociale præmisser mennesker indgår i. Den sociale verden er i stedet opdelt i felter med sociale praksisser, og disse felter reproduceres kontinuerligt i fællesskab med andre. I denne sammenhæng kan Bourdieus fremstilling af verden anses som hørende til den socialkonstruktivistiske videnskabsfilosofi (Holm, 2014: 135). Bourdieu anser selv sit arbejde som værende konstruktivistisk strukturalisme, eller strukturalistisk konstruktivisme (Bourdieu, 1994: 52). Derved opfatter han ikke subjektet og de objektivistiske strukturer i verden, som værende adskilte.

Bourdieu udviklede prakseologien og de metodiske principper der følger med, da han havde et ønske om at skabe større forståelse af de relationelle aktiviteter der udspiller sig i den sociale virkelighed. Bourdieu mener ikke at man udelukkende kan arbejde med den fænomenologiske eller den objektivistiske forståelse af verden, da dette ikke vil være retvisende nok. I stedet argumenterer han for, at den prakseologiske tilgang kombinerer både subjektivismen og objektivismen med den praktiske dimension, for derved at give den bedst mulige kundskabsform (Callewaert, 1994: 13). I

specialet har jeg til hensigt at undersøge informanternes egne oplevelser af deres sociale praksis, derfor virker det oplagt at spørge dem direkte. Dette vil give et blik på deres umiddelbare erfaringer med deres egne sociale forhold og praktiker (Callewaert, 1994: 13). Den umiddelbare erfaring jeg vil få fra socialrådgiverne, vil være en korrekt afspejling af deres egen opfattelse til deres praksis, men ikke en objektiv beskrivelse af, hvad hvordan denne praksis fungerer. Hvis man medtager den objektive tilgang, vil jeg i specialet søge efter at sætte strukturelle betingelser for arbejdsforholdene i relation til det sociale arbejde socialrådgiverne oplever at befinde sig i, for at finde de bagvedliggende strukturer der har betydning for deres oplevelser af de arbejdsrammer og -vilkår, som de arbejder under (Callewaert, 1994: 13-14).

I specialet vil det prakseologiske aspekt betyde, at socialrådgivernes egne oplevelser i praksis må indfanges. Disse oplevelser vil være en subjektiv forståelse af socialrådgivernes egen situation. I tillæg til dette vil jeg forsøge at blotlægge de objektive strukturelle forhold der kan have indvirkning på deres ageren i praksis, for eksempel medarbejdersammensætningen, socialrådgivernes uddannelse, med flere. Disse vil sammen give et indblik i forskningsspørgsmålet.

Den sandhed som videnskaben afdækker, bliver i dette Bourdieuske perspektiv en konstruktion skabt af mig som forsker, hvor jeg gør en del af samfundet til objekt for min undersøgelse (socialrådgivernes oplevelser), derfor kan jeg ikke stille mig uden for forskningsfeltet som en neutral iagttager. Bourdieu mener at det er vigtigt at forskeren gør sig selv til objekt og dermed afsøger hvilken betydning egne erfaringer og fordomme kan tænkes at have – på denne måde kan det kontrolleres, at disse ikke ødelægger forskningen (Holm, 2014: 135-136), hvilket bringer mig videre til en forståelse af Bourdieus reflektive sociologi og den dobbelte objektivisering, samt mit eget ståsted i forhold til undersøgelsesfeltet.

3.2. Bourdieus epistemologi. Den dobbelte objektivisering og den reflektive sociologi

For Bourdieu er den sociale verden historisk og socialt konstrueret, som følge af historiske og sociale kampe mellem mennesker. På grund af historiseringen kan det ikke undgås at de fleste mennesker allerede vil have en bestemt måde at opfatte et emne på. For at forsøge at komme dette til livs, er Bourdieu optaget af det dobbelte brud i sociologisk analyse.

Det dobbelte brud betyder, ifølge Bourdieu, at man først må bryde med det prækonstruerede – i dette speciale vil det være et brud med socialrådgivernes umiddelbare opfattelse af den verden de indgår i (Prieur og Sestoft, 2006: 216-217). Når der er brudt med det prækonstruerede kan der

foretages en historisk analyse for at klargøre hvordan problemdefinitioner, metoder, centrale begreber, med mere, er opstået (Prieur og Sestoft, 2006: 219). Jeg vil indlede kapitel 6 med en deskriptiv analyse af de strukturelle vilkår, der kan ligge bag socialrådgivernes oplevelser. Dette vil også være en del af analysestrategien. At have øje for ikke kun socialrådgivernes oplevelser, men også de rent formelle strukturer, vil bryde med mine informanternes egne umiddelbare forestillinger om den virkelighed de indgår i, hvilket udgør det første brud. Det dobbelte brud sker da jeg, som forsker, må bryde med min egen umiddelbare forståelse af virkeligheden og af informanternes primære erfaringer som ellers ville have kunne føre til prækonstruerede objekter (Nørholm, 1994: 109).

En reflektiv sociologi er derfor en engageret sociologi, der forholder sig til sociale forskelle i samfundet, og objektiverer det udgangspunkt, hvorfra jeg, som forsker, anskuer det område der undersøges og analyseres (Mathiesen og Højbjerg, 2004: 235). Refleksivitet handler i denne forbindelse i høj grad om den proces, hvorved forskeren gør sig selv til genstandsområde og bruger dette til at kontrollere og forstå sin egen praksis (Bourdieu, 2005: 142). I denne forståelse er det vigtigt at jeg bliver bevidst om hvilken position jeg indtager og hvilken betydning dette har for undersøgelsen. Ideelt set indeholder dette stykke videnskabelige objektiveringsarbejde 1) En objektivering af forskerens position i det komplette sociale rum. 2) Forskerens position i feltet. 3) Objektivering af forskerens position i forhold til det akademiske univers. (Bourdieu 2005, s. 149). Dette vil jeg kort redegøre for her:

- Med hensyn til min position i det sociale univers, så har jeg uddannelsesmæssigt selv gennemført 1. semester på sygeplejerskeuddannelsen i 2010, men færdiggjorde dog ikke uddannelsen, da jeg i stedet startede på socialrådgiveruddannelsen, hvilken jeg færdiggjorde i år 2014. Umiddelbart herefter valgte jeg at tage kandidaten i socialt arbejde. Jeg har sideløbende haft både relevante og mindre relevante studiejobs.
- Jeg vil komme nærmere ind på de implikationer det kan have at jeg forsker i mit eget felt i afsnit 5.6. Men med hensyn til min position i feltet, vil jeg nævne at jeg føler et tilhørsforhold til feltet. Endnu er jeg kun formelt uddannet socialrådgiver, og dette er stadig en del af min selvopfattelse. Derfor kan jeg på sin vis relatere til det felt jeg søger at undersøge. At jeg tilmed har studeret noget tid på sygeplejerskestudiet, gør at jeg også har opnået en vis viden om sundhedssystemets sammensætning.

- Med hensyn til en objektivisering af min egen position i det akademiske univers, må det siges at min position er marginal. Jeg har også en formodning om at det akademiske univers former mig mere end jeg former det.

Med forståelsen af at teori, metode, empiri og teknik er sammenvævede størrelser indeholdt i den prakseologiske forståelse redegøres i det følgende for dele af Bourdieus analytiske begreber.

Med en forståelse af at metode, empiri og teori er sammenvævede størrelser i den prakseologiske forståelse, vil følgende afsnit synliggøre den teoretiske forankring.

4. Teoretisk forankring til empirisk analyse

I specialet har jeg valgt at benytte flere af Bourdieus teorier og begreber som min analytiske ramme, der vil redegøres for disse i dette afsnit. Følgende skal dog ikke læses som en udtømmende redegørelse og forklaring af Bourdieus begrebsapparat, men i stedet som en indføring i de begreber jeg har valgt at benytte aktivt i analysen af interesseområdet. Når det kommer til at skulle definere Bourdieus centrale begreber om habitus, felt og kapital, udtaler han selv: *”Begreber som habitus, felt og kapital kan godt defineres, men kun inden for rammerne af det teoretiske system, de udgør tilsammen – ikke taget hver for sig”* (Bourdieu og Wacquant, 1996: 83). Dette udlægger jeg i specialet på en sådan måde, at når der analyseres på det empiriske materiale, så vil dette gøres med alle begreberne en mente. Dette betyder, at når der i specialet er valgt at arbejde med Bourdieu som hovedteoretiker, har jeg besluttet at inddrage alle disse som en del af den analytiske ramme. Følgende kapitel vil forklare hvert af begreberne separat, men med øje for at de hænger sammen og derfor må forstås som et helt teoretisk system.

Min litteratursøgning har ledt mig mod også at bruge Andrew Abbotts begreb om jurisdiktion for yderligere at nuancere socialrådgivernes påtagelse af opgaver og deres grænsedragning af arbejdsopgaver i feltet. Eftersom jeg laver en kvalitativ undersøgelse af socialrådgiveres oplevelser, og således ikke spørger andre faggrupper, finder jeg det brugbart at tage udgangspunkt i en skitse af det medicinske felt af Kristian Larsen (Bilag 6), da jeg ikke selv foretager en dybdegående analyse af feltet, vil denne hjælpe til at placere socialrådgiverne i det behandlingspsykiatriske felt med udgangspunkt i hans tanker om faggruppernes placering og kapitalmængdeforhold. Jeg har også draget inspiration fra rapporten: *“Sygehussocialrådgivere - faglighed virke og indsats”* (Dansk socialrådgiverforening og Regionernes lønning- og takstnævn, 2012) til en forståelse af socialrådgivernes faglighed og arbejdsopgaver.

Følgende afsnit vil redegøre for hvilke analytiske teorier og begreber der bliver brugt i analysen, samt hvordan.

4.1. Det feltanalytiske niveau

Det feltanalytiske niveau udgør den overordnede teoretiske forståelse, hvorfra de empiriske fund og analyser finder sted inden for.

Ifølge Bourdieu består et socialt rum i samfundet af en lang række sociale felter. Et felt er et netværk eller konfigurationer mellem forskellige positioner, som er defineret på baggrund af individers aktuelle placering i fordelingen af forskellige former for kapital og magt i feltet. Et felt vil således bestå af en gruppe agenter med noget til fælles at kæmpe om, og som har fået adgang til feltet gennem en accept af deres kapitaler som gældende i feltet (Bourdieu og Wacquant, 1996: 84). Dette betyder at der indenfor et givent felt vil kæmpes om magtpositioner internt i feltet for derved at opnå den bedste position og mest magt i det pågældende felt. Inddragelsen af felt som tilgang, udspringer af et ønske om at forsøge at forstå hvilke kampe socialrådgiverne indgår i, hvilke strategier de tager i brug samt hvilke kapitaler, normer og værdier der anses som værdifulde i feltet. Feltets struktur er derfor defineret af styrkeforholdet mellem deltagerne i feltet, og magten vil fordeles efter hvem der har mest attråværdig kapital og magt. Felter er ikke objektivt fremkommende i den empiriske virkelighed, men er snarere et analytisk forsøg på at komme med en forklaring på de observerbare forhold på et givent empirisk område.

I forhold til specialet er det væsentligt at undersøge socialrådgivernes position i det felt der er behandlingspsykiatrien. Dette findes relevant da de formentlig indgår i feltet uden at have særlig sundhedsfaglig kapital, som det må formodes er i høj kurs i dette felt, men i stedet indtræder de i feltet med socialfaglig kapital. Derfor antager jeg at en forståelse af feltets struktur og en analyse af den praksis der finder sted i feltet, kan bidrage til et indblik i hvordan socialrådgivere selv oplever betingelserne for at udføre socialt arbejde her.

Bourdieu mener, at en måde at forstå strukturen i et felt på, er ved at studere hvordan feltet historisk er konstrueret. (Bourdieu og Wacquant, 1996: 89). Problemfeltet har allerede berørt nogle historiske og aktuelle træk i feltet, den deskriptive analyse af genstandsfeltet, vil ligeledes bidrage til en forståelse af feltet. Når der vælges at analysere med feltbegrebet, vælges også en tilgang der fremhæver det relationelle aspekt. Dette betyder at informanternes udsagn må forstås og forklares i forhold til de handlemuligheder de har i feltet, for eksempel som del af et fagligt fælleskab, indenfor

organisationen, eller samfundet. Socialrådgiverne vil være forbundet med de felter de indgår i's logikker, og derfor er det nødvendigt ikke kun at inddrage deres primære subjektive erfaringer, men også undersøge de objektive strukturer de er underlagt. Her vil ske et dobbelt brud. Feltbegrebet vil således bruges som et analytisk redskab der i specialet vil synliggøre de forskellige sociale kampe om kapital, som socialrådgiverne oplever i feltet. Jeg ønsker således ikke at konstruere et felt

4.2. Doxa og sammenhængen mellem det socialfaglige og det sundhedsfaglige arbejde

Et af specialets interessepunkter er hvordan man som socialfaglig medarbejder oplever sine arbejdslivsvilkår og rammer i en sundhedsfaglig organisation, og derfor har jeg valgt at medtage doxabegrebet for at undersøge hvorvidt socialrådgiverne oplever at de kan leve op til de forventninger og den doxa, der må formodes at være indlejret i det sundhedsfaglige felt. Ydermere for at undersøge om der kan påvises forståelser eller misforståelser, der kan begrundes i doxa.

Bourdieu betegner doxa som bestående af alle de før-refleksive, ubevidste adfærdsregler og antagelser der er herskende i feltet. Doxa repræsenterer alt det der tages som en selvfølge, det som er usagt og ikke diskuteres, da det anerkendt som naturligt (Bourdieu, 200: 783). Når doxa først er etableret i feltet, vil den magthavende gruppe i et felt have interesse i at beholde doxa som den allerede er, da de allerede vil have opnået den maksimale kapitalværdi, magt og position inden for det bestemte felt (Bourdieu, 1997: 128). Dette betyder at de aktører der har interesse i at fastlåse udviklingen i feltet, således at deres position forbliver den optimale, vil forsøge at gøre dette. Når nye aktører træder ind i feltet, vil der derved opstå en magtkamp i feltet. Enhver doxa er derfor et resultat af disse kampe, og den herskende doxa er først blevet til doxa efter at have kæmpet mod konkurrerende anskuelser. (Bourdieu, 1997: 128).

4.3. Kapitalernes indvirkning på arbejdslivet

Kapitalbegrebet inddrages i denne undersøgelse som en måde at få fremanalyseret hvad der anses som gangbare værdier og normer i feltet. For at gøre dette, er det centralt at forstå og identificere hvad socialrådgiverne oplever, er attråværdigt i feltet, samt hvordan de kan tilskrive sig værdi inden for disse rammer.

Kapital refererer til de ressourcer og kilder der kan give magt og indflydelse i feltet. Hvor habitus er det praktik-generende princip, er kapital det der tillægges værdi og anerkendes af individers omgivelser. På denne måde kan habitus anses for at være en legemliggjort kapital. Ligesom

habitusbegrebet, er kapitalbegrebet med til at forklare hvorfor vi, som mennesker, ikke starter forfra hver morgen, og som en årsagsforklaring på hvorfor alle ikke har de samme muligheder (Esmark, 2006: 89). Bourdieu præsenterer tre grundlæggende kapitalformer med hver deres undertyper: Økonomisk, socialt og kulturelt kapital. Hertil kommer den symbolske kapital, der kan forstås som en slags tværgående kapital, hvori hver af de tre fundamentale kapitalformer kan fremtræde i (Bourdieu og Wacquant, 1996: 104).

I specialet udforskes den enkelte socialrådgivers samlede kapital ikke, i stedet forsøges det at afdække hvilke kapitaler der gør sig gældende i de felter socialrådgiverne indgår i, samt i deres arbejdsliv generelt og hvordan de positionerer sig i forhold til dette. De forskellige aktører i feltet vil ikke have de samme mængder af de forskellige kapitalformer, men fordelingen af kapital har betydning for deres indgåelse i felter og deres råderum i arbejdet. Derfor ønsker jeg at undersøge hvordan socialrådgivernes oplevelser af hvad der anses for at være ”gangbar mønt” i behandlingspsykiatrien, stemmer overens med de kapitaler og dispositioner som socialrådgiverne kan sætte i spil. Kapitalbegrebet bruges derfor til at eksplicite de normer, værdier og kapitaler, der er vigtige i det arbejdsmæssige sundhedsfaglige orienterede felt som socialrådgiverne indgår i, samt hvilke kapitalformer, værdier og normer, som de selv oplever, har betydning for deres arbejdsliv.

Følgende vil kort præsentere den sociale, kulturelle og symbolske kapital, da disse anses som værende aktuelle i undersøgelsen.

Kulturel kapital: er ressourcer i form af for eksempel titler eller uddannelse, men også smag, vaner, sprog og den arv der røber ens herkomst og historie. At erhverve sig kulturel kapital er en langvarig proces der primært sker gennem socialisering, hvilket også betyder at det er en relativ stabil kapitalform. Kapitalformen indlejres i habitus og kan således være virksom i lange tidsperioder. Den kulturelle kapital og socialrådgivernes særlige socialfaglige kapital, har betydning for socialrådgivernes faglighed, særegne viden og unikke kapitalsammensætning inden for feltet. (Esmark, 2006: 89-92)

Den sociale kapital består af de ressourcer individet er i besiddelse af i kraft af deres netværk og forbindelser. Her er det afgørende hvor meget kapital og magt individet kan mønstre i kraft af deres netværk, som kan hjælpe den pågældende når der er behov for det i feltet. Socialt kapital er derved en immateriel ressource, der rækker ud over det enkelte menneske. (Bourdieu og Wacquant, 1996:

105). Jo tættere forhold man har til sin familie, venner og kollegaer, samt hvor god man er til at netværke, vil derfor have betydning for mængden af den sociale kapital.

Symbolisk kapital: Kan opfattes som en tværgående kapital, hvori de andre kapitalformer anerkendes af feltet som værdi- og betydningsfulde. Som tidligere nævnt har kapitalerne kun en værdi hvis disse anerkendes af aktørerne i feltet. Forskellige felter tilskriver forskellige kapitalformer værdi, og derfor vil den symbolske kapital ikke altid fremstå på samme måde. Specialet vil dog forsøge at undersøge hvilke kapitalformer der tilskrives i det felt, som socialrådgiverne arbejder i (Bourdieu og Wacquant, 1996: 85-86).

4.4. "Professionshabitus", habitusbegrebet som et kollektivt begreb

Habitus er hos Bourdieu et meget centralt begreb. Kort sagt er det et system af dispositioner, der er kropsligt lagret i hvert individ, men som også er foranderlige.

I specialet er jeg ikke interesseret i at kortlægge hver informants individuelle habitus. I stedet ønsker jeg at undersøge, hvorvidt der kan findes en fælles faglig habitus i informanternes udtalelser, og om denne har indvirkning på deres opfattelse og udførelse af det socialfaglige arbejde i en behandlerkultur. Habitus vil derfor forstås som den faglige socialrådgiverhabitus. Dispositionerne er et resultat af en social og permanent inkorporering af strukturer som primært er ubevidste (Callewaert, 1996: 64-65). Det er gennem disse dispositioner individer opfatter, handler og tænker.

Fordi dispositionerne er ubevidste, er det dispositioner der kan benyttes, men ikke nødvendigvis bliver benyttet. Habitus kan opfattes som et repertoire af handlemåder og kompetencer, der kan aktiveres. Selve udformningen af habitus afhænger af de relationelle erfaringer vi gør os i relationer med andre (Prieur og Sestoft, 2006: 39).

Habitussen styrer individer hen mod situationer og handlinger, der ligner tidligere positioneringer, og har derved en selvopholdende funktion, der undgår at udfordre den eksisterende habitus, for at bibeholde den allerede eksisterende. Individer vurderer og perspektiverer objektive betingelser, og handler derefter. I denne forbindelse handler og tænker de individuelt, men de er alligevel orienteret ud fra tidligere lagrede erfaringer om, hvordan man reagerer i en given situation (Callewaert, 1996: 22-23, Bourdieu 2007: 103). Derved eksisterer den frie vilje altså stadig, og habitus er ikke udelukkende deterministisk for fremtidig ageren, men derimod et åbent system af holdninger der hele tiden påvirkes af erfaringer, der enten modificerer den nuværende habitus eller forstærker

denne (Bourdieu og Wacquant 1996: 118). Dispositionssystemet er altså en fortid, der har betydning for nutiden, og som reproducerer sig selv ved at gøre sig gældende i praksisser, der følger de allerede etablerede dispositioner (Bourdieu 2007: 94). Habitus vil altid være svært at ændre radikalt, da det nye vi støder på vil erfares ud fra de dispositioner for opfattelse og værdsættelse, som vi allerede har indlejret (Bourdieu, 2007: 96-94). Habitus kan derfor opfattes som det generative begreb, der omsætter et individs position i samfundet til en særlig levevis.

Ifølge Bourdieu findes der to former for habitus: En faglig habitus der dækker over fælles uddannelse og fælles arbejdsmæssig praksis, samt en habitus der knyttes til den enkeltes livsforløb (Bourdieu, 2005: 76). Det er det faglige fælles habitusgrundlag, specialet er interesseret i. En faglig habitus er et udtryk for, at man kan antage at der mellem folk med samme uddannelse og stilling må eksistere forskellige grupper med fælles eller sammenlignelige forløb (Bourdieu, 2005: 76).

Specialets fokus er rettet mod socialrådgivernes praksis som den fremtår i nutiden. Ønsket er ikke at starte en undersøgelse af socialrådgivernes sociale livsforløb, men snarere hvordan de aktuelt agerer i feltet med deres egen særegne tilskrevne logik - altså en faglig habitus. Derfor vil der i analysen og empiriindsamlingen arbejdes på at undersøge en habitus, der er rettet mod socialrådgiverne som gruppe og profession, og derfor vælger jeg ikke at inddrage habituelle karakteristika der har rod i informanternes erfaringer fra andre felter.

I specialet fremhæves derved den del af habitusforståelsen, der fremstår som foranderlig i det pågældende felt, og som vil blive benævnt professionshabitus. Ved at undersøge det arbejdsfelt socialrådgiverne indgår i, samt deres oplevelser af at indgå i dette felt, vil jeg forsøge at belyse de instrumenter, der er med til at strukturere den praksis de indgår i.

Alle socialrådgivere har ikke den samme livshistoriske erfaring, men de har det tilfælles at de alle er uddannet og arbejder som socialrådgivere, og derved må formodes at have mere tilfælles med hinanden, end med medlemmer af en anden profession. Specialet er interesseret i at undersøge hvad der kan påvises som fælles, hvilket således er relevant da habitus vil have betydning for måden hvorpå socialrådgiverne, tænker, handler og forstår på.

4.5. Prakseologien og forholdet mellem habitus, felt og kapital

Bourdieus prakseologi og dens tilhørende metodiske principper udspringer af Bourdieus ambitioner om at overkomme den positivistiske brug af statistik, til at beskrive virkeligheden som noget

objektiverende, men også socialkonstruktivismen, der reducerer verden til mentale forestillinger (Mathiesen og Højbjerg, 2004: 246). Fra et Bourdieusk prakseologisk perspektiv vil man derfor ikke kunne gennemføre feltanalyser uden både at tage højde for de objektive sociale strukturer og aktiviteter, men også de symbolske repræsentationer af den selv samme sociale virkelighed (Mathiesen og Højbjerg, 2004: 244). Med problemfeltet og den deskriptive analyse af genstandsfeltet (jf. Afsnit 6), er det forsøgt at vise nogle af de objektive strukturer som socialrådgiverne må forholde sig til. Det empiriske materiale præsenterer socialrådgivernes symbolske repræsentationer af selv samme virkelighed.

4.6. Kristian Larsens fremstilling af det medicinske felt

Da jeg kun foretager kvalitative interviews med socialrådgivere, vil en fremstilling af deres oplevelse af feltet altid fremstå ensidigt. For at få en forståelse for deres kapitalsammensætning og eventuelle behov for at positionere sig i feltet, vil jeg tage udgangspunkt i Kristian Larsens skitse af det medicinske felt (Bilag 6) og bruge denne som et springbræt til at analysere socialrådgiverens kapitalmængde og position i feltet. Kristian Larsen er lektor i social pædagogik, og har udformet en skitse over det medicinske felt i Danmark, samt hvor dets personer, specialer og arkitektoniske rum kan inddeles efter høj/lav kapitalmængde og en orientering mod det kulturelle eller det økonomiske. Den vertikale akse i hans skitse repræsenterer mængden af anerkendt kapital i feltet, hvor den horisontale akse repræsenterer to forskellige former for symbolsk kapital. Skitsen skal forstås på den måde at faggrupper, der er positioneret højt i skemaet og besidder meget af feltets symbolske kapital, udgør en dominerende position til dem, der er positioneret lavere. Den horisontale akse viser forskellige orienteringer og synspunkter i feltet. Af Larsens fremstilling ses det at socialrådgiverne er placeret med lav kapitalmængde, og lægerne med høj (Bilag 6). Jeg vil tage udgangspunkt i denne fremstilling af feltet, for senere at søge i mit eget empiriske materiale efter hvor socialrådgiverne kan placeres, samt om denne placering kan have betydning for det sociale arbejdes udførelse.

Som tidligere nævnt mener Bourdieu at man godt kan definere begreberne felt, kapital og habitus hver for sig, men at man er nødt til at have øje for det teoretiske system de udgør tilsammen og ikke kun hver for sig (Bourdieu og Wacquant, 1996: 83). Dette gør at analysen ikke kun vil tage udgangspunkt i begreberne som de fremstilles enkeltvis, men snarere have øje for hvordan de gensidigt påvirker og indvirker på hinanden i praksis.

4.7. En kamp om arbejdsopgaver. Grænsedragning mellem professioner

For yderligere at få en forståelse af hvordan socialrådgiverne forholder sig i et felt hvori de indgår med deres socialfaglige kapital og uden særlig sundhedsfaglig kapital (hvilket formodes at være i høj kurs i dette felt), har jeg valgt at indtage Andrew Abbotts syn på hvordan en profession fastholder sig som en selvstændig faggruppe med særlig viden og arbejdsopgaver.

Socialrådgiverne som faggruppe kan opfattes som et virksomhedsområde, eller hvad Abbott kalder jurisdiktion. Jurisdiktion er et udtryk for når en faggruppe tager rådighed over et bestemt fagområde, og udtrykker at de kan og ved noget særligt omkring fagområdet. Samt påtager sig rettigheden til at udføre arbejde inden for fagområdet i praksis. For at fastholde denne ret til arbejdet, vil professionen, ifølge Abbott, både bruge social og kulturel kontrol. Social kontrol til at italesætte dem som den bedste faggruppe til fagområdet, samt kulturel kontrol i form af en legitimering af professionens viden og kompetencer. (Abbott, 1988: 86).

Enkelt sagt så beskriver Abbott Jurisdiktion som: *"The link between a profession and its work"* (Abbott, 1988: 20). Jeg har valgt at medtage Abbotts begreb om jurisdiktion, da jeg undersøger en faggruppe (socialrådgiverne), der arbejder i en organisation, hvor de ikke nødvendigvis er en naturlig faggruppe at have ansat. For at analysere kompleksiteten mellem socialrådgiverne og deres "link" eller forbindelse til deres arbejde, vil jeg derfor have Abbotts Jurisdiktion in mente. Hans teori kan også komplementere og nuancere Bourdieus feltbegreb, da legitimeringen og kontrollen med socialrådgivernes ret til arbejdet sker gennem kampe med andre i feltet. Om dette forklarer Abbott: *"(...) it [professionen] cannot occupy a jurisdiction without either finding it vacant or fighting for it."* (Abbott, 1988: 86). Her vil jeg, på baggrund af mit empiriske materiale, undersøge hvordan socialrådgiverne grænsedrager og skaber en jurisdiktion mellem dem og det sundhedsfaglige personale.

4.8. Kritiske refleksioner i forhold til teorivalget

Specialet er særdeles præget af Bourdieus teorier, begreber og videnskabsteoretiske tanker. Dette afsnit har ikke til hensigt at foretage en dybdegående og grundig diskussion af hans begrebsapparat, men vil blive brugt som en påpegnings af hvor hans bidrag til samfundsvidenskaben kan have eventuelle mangler, samt hvilke andre teoretiske perspektiver, der kunne være relevante at inddrage. Hovedkritikken af Bourdieus teoriapparat centrerer sig om hvorvidt det lykkedes ham at løsrive sig fra den stringente strukturalisme, der ikke levner plads til at individer kan være handlende og

vælgende. De strukturalistiske dele af Bourdieus teori fremstår umiddelbart også mere veludviklet og klart end Bourdieus konstruktivisme, som på mange måder synes vanskelig at gennemskue (Järvinen, 2013: 382). Individene i Bourdieus analyser synes også ofte at være havnet i et komplekst væv af dominans- og underordningsrelationer, der ikke muliggør forandring og opbrud. (Järvinen, 2013: 382). Af disse årsager kritiseres hans teori af subjektivister for at være alt for deterministisk, med hensyn til individets muligheder for at skabe nye handlemuligheder og for at påvirke de strukturer de indgår i (Prieur, 2006: 28).

Bourdieu lægger en tung forklaringsbyrde på habitusbegrebet, der skal fungere som et bindeled mellem individers objektive positioner og deres valg, men Bourdieus strukturalistiske konstruktivisme trækker habitusbegrebet hen mod det strukturalistiske. Dette betyder at habitus' formidling mellem positioner og positioneringen fremstår ensporet: Fra strukturer til valg og ikke vice versa (Järvinen, 2013: 382).

Kritikken af Bourdieus teorier og begreber går derfor primært på at fokusere for meget på objektivisme, reproduktion og magt, og for lidt på subjektivisme, forandring og modmagt. Af disse årsager er han blevet beskyldt for at være en form for "Struktur-chauvinist", der trækker det uforanderlige makrosociale rum ned over hovedet på de individer, der undersøges (Järvinen, 2013: 383-384). I Analysen har jeg forsøgt at komme dette til livs ved ikke kun at fokusere på de begrænsninger, som rammerne og vilkårene udgør for informanternes oplevelse af udførelsen af det sociale arbejde. Selvom begrænsningerne var mest iøjnefaldende, har jeg også rettet min lyskegle mod de muligheder i rammerne og vilkårene, der kan fremme udførelsen af det sociale arbejde.

Hvis blikket rettes mod hvilke teorier jeg har fravalgt, men som også kunne have bidraget til at belyse problemstillingen, mener jeg at det kunne have været relevant at bidrage Abbotts begreber i et større omfang for yderligere at belyse en professionsteoretisk tilgang til feltet. Det kunne også have været relevant at inddrage Alfred Schütz og hans tanker om, at det er menneskets livsverden og "common sense"-virkelighed, der skaber den sociale verden, samt vores tanker og handlinger i denne verden (Rendtorff, 2004: 294-295). Ved specialets start var der også en overvejelse i at undersøge socialrådgivernes roller i feltet, ved brug af Erving Goffmans rolleteorier og dramaturgiske begreber (Hutchinson og Oltedal, 2006: 102-103). Ligeledes kunne en kombination af Bourdieu og nogle af socialt arbejdes systemiske metoder have været interessante i forhold til at forstå sammenhængen mellem socialrådgivernes ageren og navigeren i det miljø de indgår i, i behandlingspsykiatrien.

5. Specialets empiriske og metodiske grundlag

Følgende kapitel vil omhandle de metodiske valg og de analysestrategiske refleksioner jeg har gjort mig i udformningen af undersøgelsen.

Da jeg allerede før interviewene havde anlagt et Bourdieusk perspektiv på undersøgelsen, har dette betydning for forskningsdesignet. Med den reflektive sociologi som udgangspunkt, vil der i dette kapitel beskrives hvordan jeg, som forsker, har tilgået undersøgelsesfeltet, ligeledes vil jeg forsøge at kortlægge hvordan min egen baggrund og forhold til feltet kan have indvirket på undersøgelsen. Kapitlet vil være en reflekterende fremstilling af de metodiske overvejelser, der har haft betydning for forskningsdesignet.

5.1. Valg af det kvalitative interview som empiriske grundlag

Baggrunden for at vælge de kvalitative interviews som det primære empiriske materiale, ligger i at specialets undersøgelsesspørgsmål i høj grad opfordrer til en undersøgelse af socialrådgivernes egne individuelle oplevelser af deres arbejdsliv. Da nogle af informanterne er tilknyttet lukkede psykiatriske retsafdelinger, vil det være utrolig svært, hvis ikke nær umuligt, at få lov til at foretage observationsstudier. Dertil kommer at specialet vil tage udgangspunkt i deres subjektive oplevelser, hvilket må formodes at kunne indfanges mere klart gennem samtale.

5.2. Teoretisk tilgang til det kvalitative interview.

Specialet er forankret i Bourdieus sociologi og hans teoretiske og metodiske arbejde. Derfor er det vigtigt at klargøre hvilke implikationer dette har for empirien i specialet. For Bourdieu var det empiriske arbejde helt centralt for sociologien. Det var med udgangspunkt i det empiriske, at hans begreber og teorier blev fremsat (Hammerslev og Hansen, 2009: 12). Når Bourdieu finder det empiriske arbejde så vigtigt, er det påfaldende at der ikke foreligger en standard procedure eller en fast metode for, hvordan han mente at man bedst genererede empiri. Det tætteste man kommer på et gennemgående metodisk greb, er det dobbelte brud og objektkonstruktionen (Hammerslev og Hansen, 2009: 16) (se evt. afsnit 3.2). Når Bourdieu ikke eksplicit synliggør andre metoder, har det været vanskeligt kun at bruge hans teoretiske arbejde som grundlag for den kvalitative undersøgelse.

Jeg er på nuværende og tidligere uddannelsesinstitutioner blevet opfordret til at bruge Lene Tanggaard og især Steiner Kvale og Svend Brinkmann til udførelse af kvalitative interviews, hvilket

jeg også har gjort i langt de fleste tilfælde. Ifølge Bourdieu vil dette betyde at jeg instinktivt vil være disponeret for at arbejde efter dette igen og have nogle af Kvale og Brinkmanns, med fleres, metoder indlejret i min måde at undersøge på (Bourdieu, 2007: 23). Jeg har derfor valgt at klargøre hvilke dispositioner jeg har taget med mig ind i undersøgelsesarbejdet, og hvilke nye Bourdieuske jeg gør brug af.

5.3. Udførelse af interview

Først og fremmest er der spørgsmålet om, hvordan man udfører et interview. Bourdieus fremgangsmåde, når han interviewer, er aldrig rigtig blevet eksplicit forklaret. Han tager udgangspunkt i det enkelte menneske, dennes position i det sociale rum, og den enkelte situation (Bourdieu, 1999: 608-10). Han mener at interviewprocessen er styret af interviewerens habituerende beherskelse af interviewet (Ibid, 608). Eftersom interviewet ikke følger et specifikt regelsæt, eller nødvendigvis en interviewguide, adskiller Bourdieu sig her fra mange andre kvalitative forskere, der frembringer meget konkrete retningslinjer for hvordan man kan gennemføre et interview (f.eks. Kvale og Brinkmann, 2008). Til at begynde med udførte jeg mine interviews ud fra en ret løs spørgeguide, da jeg gerne ville forholde mig åben, og som Bourdieu tage udgangspunkt i den pågældende informant. Efter et par interviews, erkendte jeg dog, at jeg var nødt til at støtte mig op af en mere struktureret interviewguide for at opnå det bedst mulige datagrundlag. Min habituerede sans for at interviewe er noget der udvikles gennem livet, og den er endnu ikke stærk nok til at kunne beherske interviewsituationen uden en relativt specifik interviewguide. Jeg valgte herefter, på baggrund af mine foreløbige interviews og det jeg lærte her, at udarbejde en ny guide på baggrund af den semistrukturerede interviewguide, som formuleret af Svend Brinkmann og Lone Tanggaard (Tanggaard og Brinkmann, 2010: 38). Dette gav mig muligheden for at have et konkret interviewværktøj, mens jeg samtidig beholdte forankringen i Bourdieus teoretiske og videnskabsteoretiske begreber og ideer.

Brinkmann og Tanggaard skelner mellem dynamiske og tematiske dimensioner af en interviewguide. Jeg har taget udgangspunkt i dette. Tematisk skal spørgsmålene stilles således, at jeg kommer omkring de emner jeg gerne vil belyse. Dette gøres ved at stille spørgsmål der indirekte skal belyse for eksempel informanternes professionshabitus, deres opfattelse af det felt de indgår i, hvilke kapitalformer der er attråværdige i feltet, med flere. Dette udgjorde grundlaget for mine efterfølgende interviews. Guiden er dynamisk da jeg har søgt efter at motivere interviewpersonen til at fortælle om deres oplevelser og følelser. Dette betyder at spørgsmålene skal fremme en positiv

interaktion samt holde samtalen i gang (Brinkmann og Tanggaard, 2010: 40). Det er her at Bourdieus opfattelse af at processen er styret af den habituerede beherskelse af interviewudførelsen kan ses.

5.4. Overvejelser omkring selektion af informanter

Specialet er empirisk baseret, og empirien består af 5 individuelle semistrukturerede interviews med socialrådgivere i psykiatrien indenfor samme geografiske region. Som udgangspunkt ønskede jeg at undersøge en socialrådgivergruppe på et hospital, men informanter var svære at finde indenfor dette område. Jeg kom i kontakt med en tillidsrepræsentant for socialrådgivere i en region, der fortalte at hun kunne facilitere kontakt til socialrådgivere i psykiatrien inden for denne region. Jeg opdagede hurtigt at det var svært at skabe en fuldstændig homogen gruppe af informanter, da informanterne dels arbejder forskellige fysiske steder, og dels har en ansættelse der betyder at de ofte arbejder med forskellige funktioner og med forskellige grupper af psykiatriske patienter. Dette ses for eksempel med den ene informant Dorte, der både arbejder i distriktskykiatrien, samt på et gerontopsykiatrisk sengeafsnit. Dette vil have betydning for mine muligheder for at konstruere et egentligt felt. Bourdieu forklarer selv, at et felts grænser er dynamiske, og vil hele tiden skifte karakter (Bourdieu og Wacquant, 1996: 90-91). Han beskriver grænserne for felter således: "Grænserne for et felt ligger dér, hvor feltets effekt ophører" (Bourdieu og Wacquant, 1996: 83). Da jeg kun interviewer socialrådgivere, vil det være dem jeg tager udgangspunkt i. Feltet vil være behandlingspsykiatrien med de strukturer, rammer og vilkår, som denne fordrer. Jeg er bevidst om at dette vil være en tillempet tilgang til konstruktionen af feltet, og giver nogle begrænsninger i feltanalysen. Når jeg betragter informanternes kapitalsammensætning og habitus, er det med en vished om at hver socialrådgiver har sine egne individuelle kapitaler og habitus, men ved at indgå i de strukturer der er i behandlingspsykiatrien vil de på mange måder skulle agere i mange af de samme situationer og skulle forholde sig til mange af de samme rammer og vilkår. Derfor mener jeg, selvom informanterne arbejder forskellige steder og ikke er så homogene som de ideelt set kunne være, så kan de stadig betragtes som en samlet faggruppe i feltet.

For en kort præsentation af specialets informanter se eventuelt bilag 8.

5.5. Generelle etiske overvejelser

Jeg har gjort mig nogle etiske overvejelser både før, under og efter empiriindsamlingen. Følgende vil klargøre nogle af de etiske overvejelser jeg har haft i forbindelse med indsamling og håndtering af empirien.

Jeg har valgt at bruge Brinkmanns fire tommelfingerregler for at tydeliggøre mine etiske overvejelser:

- Informeret samtykke
- Fortrolighed
- Konsekvenser
- Forskerrollen

(Brinkmann, 2010: 444)

I forhold til det informerede samtykke, har jeg været bevidst om at indhente informanternes samtykke. Jeg har, efter bedste evne, forklaret informanter hvad min egen baggrund er, og hvad formålet med undersøgelsen er. Allerede inden interviewene har jeg besluttet at gøre informanterne anonyme, for allerede fra starten af interviewet at skabe et fortroligt rum, hvor de oplevede at de kunne sige hvad de ville, uden konsekvenser. Ligeledes har jeg gjort det klart for informanterne hvordan lydoptagelsen af interviewet opbevares og hvornår jeg sletter dette. Dette gøres for at sikre fortroligheden mellem mig som interviewer og dem som informanter. Med hensyn til konsekvenserne af undersøgelsen, mener jeg ikke at specialet vil have u hensigtsmæssige konsekvenser for informanterne. Jeg har også reflekteret over hvorvidt informanterne skulle have muligheden for at læse de transskriberede interviews igennem før opgavens aflevering, men valgte ikke at gøre dette på baggrund af informanternes anonymisering, og fordi transskriberingen forløb uden problemer. Slutteligt mener Brinkmann at man skal forholde sig til sin egen forskerrolle. Ifølge Bourdieu vil interviewsituationen næsten altid være et asymmetrisk møde (Bourdieu, 1999: 609). Asymmetrien består i forskelle mellem kapitalsammensætninger og dispositioner. Jeg oplevede at det var en fordel at jeg selv var socialrådgiver, da dette gav en muligheden for at skabe et fællesskab af forståelse og kendskab til feltet, som en person der ikke selv var uddannet socialrådgiver ville have sværere ved, hvilket er en fordel for mig som forsker (Bourdieu, 1999: 609). For eksempel brugte informanterne "socialrådgiverslang" og forklarede mindre, end jeg formoder de ville have gjort til en interviewer med en anden baggrund. Ligeledes lagde jeg mærke

til formuleringer som “*Det ved du jo også selv*”, hvilket var medvirkende til en følelse af samhørighed. Følgende afsnit vil uddybe dette.

5.6. Overvejelser om at være interviewer og indsamle empiri i eget felt

Jeg er uddannet socialrådgiver og studerer socialt arbejde, og dette er et aspekt der er værd at nævne, da jeg har valgt at interviewe informanter med samme uddannelsesmæssige baggrund som jeg selv. Bourdieu mener at man i interviewsituationen kan bruge sine personlige og sociale karakteristika som aktive redskaber i interviewsamspillet. (Bourdieu, 1999: 608-612). Det faktum at jeg er blevet præsenteret for mine informanter gennem en tillidsrepræsentant, gør at jeg, som forsker, allerede fra starten har forøget den personlige fortrolighed og den sociale nærhed før interviewet overhovedet er startet (Ibid.). Dertil kommer at informanterne godt ved, at jeg også er uddannet socialrådgiver, og at vi derved har en fælles basis hvorfra emner kan berøres uden at blive forklaret nærmere. For eksempel kan socialrådgiverne godt nævne den professionelle samtale, velvidende at jeg, med en socialrådgiver baggrund, godt ved hvad denne form for samtale indebærer. Et eksempel på antagelsen om en fælles viden kan ses i interviewet med en af informanterne: Carl. Han udtaler:

”Som socialrådgiver, det ved du jo godt som, med din erfaring, det handler meget om skrivebordsarbejde..” (Bilag 3).

Her betyder min baggrund at informanten ikke føler et behov for at forklare dette yderligere, fordi det er underforstået at jeg kender til ”Skrivebordsarbejdet” der udføres af socialrådgivere. En udfordring i dette kan ligge i at få socialrådgiverne til at italesætte det som virker selvindlysende. Et andet eksempel på et slags underforstået fagligt fællesskab mellem mig selv, og mine informanter, ses i interviewet med Dorte. Hun fortæller om det helhedssyn man på socialrådgiveruddannelsen bliver uddannet til at være bevidst om i arbejdet med borgere, og udtaler i denne forbindelse:

”Vi er uddannet til at se 360 grader rundt om dem. Det er hele det socialrådgiveruddannelsen er bundet op på. Men du ved jo, ligeså godt som jeg gør, det er ikke det man laver i kommunerne.” (Bilag 4).

Her antager hun at vi begge har en viden om at denne måde at arbejde på er gået tabt i det kommunale arbejde. I denne forbindelse vælger jeg at udfordre hende lidt på hendes meget bestemte udtalelse ved at sige: ”Ikke nødvendigvis i hvert fald”, hvorefter hun uddyber og

nuancerer sit første udsagn. Det faktum at vi har den samme uddannelsesmæssige baggrund og nogle af de samme dispositioner, bidrager, ifølge Bourdieu, til at man kan stille spørgsmål der er baseret på en fælles gensidighed, og som er afstemt til informanten. Dette fælles kan være medvirkende til at forløse en fortælling. (Bourdieu, 1999: 611). De fælles dispositioner har gjort at jeg intuitivt har kunne forfølge nogle problemstillinger, da jeg har en faglig forståelse for socialrådgivernes arbejde. Et eksempel ses i interviewet med Dorte (Bilag 4):

(D) "... Man skriver ikke det man tror man skriver, man skriver det der bliver læst af modtageren. Der kan jeg være en gerant for."

(MKJ) "Fordi du forstår kommunens sprog?"

(D) "Jeg forstår kommunen sprog ikke? Så jeg kan sige: "Arrg, når du skriver det og det, så sidder jeg med en oplevelse af", og jeg bruger mig selv som udgangspunkt fordi jeg har været sagsbehandler, så siger jeg "så ville jeg vurdere sådan og sådan ...".

Her ses det at jeg følger op på hvorfor hun mener at hun kan være garant for at lægerne og sagsbehandlerne forstår hinanden. Her bruger jeg både min viden fra socialrådgiverstudiet til at genkende, at hun taler om sin egen evne til at forstå kommunale ræsoneringer, men også mine akademiske færdigheder til at vide, at der skal spørges mere ind til dette punkt for at kunne forholde mig reflektivt til hendes udsagn.

Min baggrund betyder derved, at jeg har erfaring indlejret i forhold til det arbejdsmæssige felt jeg undersøger, og empirien indsamles derfor på baggrund af nogle teoretiske og praktiske erfaringer, der ligger til grund for de forforståelser og prækonstruktioner jeg har om socialrådgivernes arbejdsliv. Her har jeg en fordel i at have en stor mængde viden om socialrådgiveres virke. Udfordringen i specialet vil ligge i at jeg skal kunne placere mig selv i en position hvorfra jeg kan se nye og anderledes perspektiver, samt udfordre mine egne prækonstruerede forståelseskategorier. Med Bourdieus brudtanke in mente, er der også en fare ved at jeg bliver opslugt af det jeg undersøger og derved ikke får forholdt mig reflektivt til det videnskabelige arbejde. Det følgende afsnit vil beskrive og forklare de overvejelser og strategier jeg har brugt til at håndtere empirien. Det vil bryde med egne prækonstruerede kategorier, samt se nye aspekter i det "kendte" jeg undersøger.

5.7. Behandling af empiri

I en Bourdieu inspireret undersøgelse er interview som empiri, tænkt som datamateriale der skal danne grundlaget for en teoretisk forklaring og forståelse. For Bourdieu repræsenterer interviewene derfor udelukkende et datagrundlag, hvorfra interviewpersonernes egen forståelse og forklaring er en repræsentation af det, der skal forstås og forklares, og derfor kan interviewene ikke stå alene (Bourdieu og Broccholichi: 2007: 119). Jeg har valgt at transskribere og kode mine interviews, for derefter at bruge de teoretiske tankeredskeer til at analysere dem. Følgende vil beskrive overvejelser omkring disse forhold.

5.7.1 Transskribering

Jeg har valgt at transskribere med udgangspunkt i Tanggaards fremstilling af at transskribere enkelt. Tanggaard fremhæver at i en enkel transskribering er det centrale at fastholde meningsindholdet i de udsagn, som interviewpersonerne kommer med. Præcise tidsangivelser, stemmevolumen, med mere, bliver i denne sammenhæng mindre vigtigt (Tanggaard og Brinkmann, 2010: 43). Jeg har valgt at transskribere alle interviews i deres fulde længde ud fra lydoptagelser. Jeg har for læsbarhedens skyld, og for at holde det enkelt, valgt at undlade gentagelser af ord, samt ord som "hmm", "øh", "nårh" og lignende. Ligeledes har jeg valgt at undlade opmuntrende udsagt som for eksempel "Mhm", "Ja", med flere, med mindre det vurderes til at have betydning for forståelsen af interviewet. Bourdieu beskriver transskription af det sagte til det skrevne som en slags utroskab, der ikke kan undgås, og forsvarer undladelsen af visse dele af interviewet med, at forvirrende fraser, skældsord eller sproglige tics kan være forstyrrende for forståelsen af interviewet (Bourdieu, 1999: 622-623). For eksempel siger en af interviewpersonerne ofte "Ik?" (Bilag A) i slutningen af sine sætninger. På skrift kunne dette læses som et direkte spørgsmål til mig som forsker, men er i interviewsituationen mere et hypotetisk bekræftende afsluttende ord. Dette er et eksempel på hvordan det usagte ikke beholder sin mening, som Tanggaard ellers lægger vægt på er centralt i en enkel transskribering. Jeg vil aldrig kunne være i stand til at gengive stemmeleje, ironi, eller det sociale samspil, der opstår i interviewsituationen, fuldstændig. Jeg har dog forsøgt at imødekomme dette ved at medtage følelsesudtryk som latter, betoning af særlige ord, gestikulationer med flere. Informanterne har ikke haft mulighed for at læse og godkende de transskriberede interviews, da jeg har fravalgt at udsende en kopi af interviewene til informanterne. Dette valg er truffet på baggrund af tids- og ressourcemæssige årsager, samt det faktum at informanterne selv gav udtryk for en positiv oplevelse af interviewets gennemførelse. Hvis jeg havde eftersendt interviewene, ville dette

have været medvirkende til at sikre validiteten af undersøgelsen yderligere, da informanterne således ville kunne verificere det transskriberede. Ulempen ved at eftersende interviewet ligger grundlæggende i at skulle sende store mængder tekst (fem transskriberede interviews af cirka en times varighed hver) og vente på at fortsætte i skriveprocessen. Jeg er bevidst om, at dette valg kan skade validiteten, men er stadig af den overbevisning at transskriptionen af lyd materialet er præcis og gengivende.

5.7.2. Kodning

Jeg har valgt en kodningsstrategi hvor informanternes udtalelser kodes både deduktivt og induktivt. Deduktivt fordi jeg allerede har en forforståelse af emnet og en klar teoretisk ramme, men også induktivt, da jeg vil forholde mig åbent til at andre aspekter kan dukke op i det empiriske materiale, som vil være essentielt at tage med i analysen.

Min initiale interviewguide er allerede inddelt i kategorier, og denne fungerer som en startkodning. Denne startkodning er udarbejdet ud fra min viden og forforståelse om emnet, mine initiale planer om at bruge Bourdieu som teoretisk ramme, og min problemformulering. Startkodningen fungerer derved både som en begyndelse på kodning af interviews, samt som en hjælp til at strukturere interviewene. Under interviewet forsøger jeg dog at være meget bevidst om at denne form for startkodning kan blokere for udforskningen af andre fænomener (Olsen, 2013: 79). Denne fremgangsmåde er meget deduktiv, men da jeg arbejder med semi-strukturerede interview, der indeholder uforberedte og opfølgende spørgsmål, så åbner spørgsmålene i interviewet også op for en induktiv kodning, såvel som en deduktiv.

Efter at have transskriberet og gennemlyttet alle mine interviews igennem for at opnå et overblik, udførte jeg en egentlig meningskodensering gennem kodning. Jeg valgte at tage udgangspunkt i Tanggaard og Brinkmanns fremstilling af to typer koder: De datadrevne og de begrebsdrevne. De datadrevne koder er de koder, der opstår induktivt og som udledes af selve empirien, uden nogen på forhånd fastlagt kode. De andre typer koder er de begrebsdrevne koder. De begrebsdrevne er de deduktive koder, der er fastlagt af forskeren på baggrund af teori, hypoteser, begreber, litteratur eller lignende, og skabes derved deduktivt. (Brinkmann og Tanggaard, 2010: 47).

Kodningen af empirien er udført med inspiration af begge typer af kodninger. Begrebsdrevne koder med udgangspunkt i forskningsspørgsmålet og interviewguiden, der begge er influerede af en

kontekst- og teoribevidsthed. Men også datadrevne koder da jeg under bearbejdningen af empirien forsøgt at forholde mig induktivt, og har skabt nye kategorier jeg ikke ledte efter fra begyndelsen.

Selve kodningen er foretaget i et skema (inspireret af Brinkmann og Tanggaards arbejde med meningskondensering og kategorisering). Skemaet består af to kolonner. Den første kolonne består af mine initiale kategori/forskningsspørgsmål. Den næste kolonne består af udsagn, der relaterer sig til den kategori, eller det forskningsspørgsmål, der står i den første kolonne. Jævnfør eventuelt bilag 7 for et kodningseksempel.

Den meningskondensering og de kategorier der blev udledt af empirien, repræsenterer fænomener, der står som vigtige analytiske koncepter i analysen. Kategorierne viser hvilke problemer, fokuspunkter, oplevelser, bekymringer, med flere, som kan være væsentlige at bære videre i en analyse. Når en kategori først var etableret, ledte dette, i nogle tilfælde, til opdagelsen og skabelsen af subkategorier, der mere præcist kunne være medvirkende til at belyse problemformuleringen, og som kunne give anledning til nye undersøgelsesområder. Eksempelvis opfangede jeg, gennem kodningsprocessen, tematikker der var fælles for informanterne i forhold til opfattelsen af deres egen rolle. Disse udtalelser førte til skabelsen af subkategorierne ”Brobygger” og ”Tolk”. Dette er et eksempel på en kodning der starter deduktiv og begrebsdreven, men som influeres af datadreven kodning og som gøres induktivt specifik. Jeg har gennem kodningsprocessen kontinuerligt pendlet mellem induktion og deduktion, og mellem datadrevne og begrebsdrevne koder. På denne måde fandt jeg temaer og oplevelser informanterne havde til fælles, og kunne af disse udtalelser udlede nogle fund og forklare disse teoretisk.

5.8. Analysestrategi og analysens opbygning.

Kodningsprocessen og empiribearbejdningen resulterede i en række kategorier og temaer, som interviewene kredsede om.

Specialets analysestrategi vil være præget af en analysestrategisk blanding af deduktion og induktion. Analysestrategisk har jeg overvejende arbejdet induktivt med Bourdieus begreber. Jeg bruger derved ikke min empiri til at bekræfte teorifremstillingen, men bruger i stedet teorien som tankeredskaber der udstikker rammerne for hvad jeg kan kigge efter når problemformuleringen besvares.

Bourdieu mener at: *“Teori uden empirisk forskning er tom, empirisk forskning uden teori er blind”* (Bourdieu og Wacquant, 1996, s. 145). Dette citat viser, at Bourdieu opfatter både teori og empiri som to essentielle aspekter af den videnskabelige forskning, hvilket også betyder at empirien ikke skal nedprioriteres til fordel for teori og omvendt. I specialet har teorien to funktioner. For det første bruges teorien som tankeredskaber der udstikker rammerne for hvad jeg kan kigge efter når problemformuleringen besvares, hvilket betyder at jeg udfordrer empirien med et teoretisk perspektiv. Dette betyder at jeg arbejder inden for en teoretisk ramme uden at arbejde direkte deduktivt. For det andet får teorien en ny rolle når jeg, efter empiriindsamlingen, har fået frembragt nye nuancer og temaer, der skal forstås og begribes teoretisk i analysen.

Med problemformuleringen og arbejdsspørgsmålene en mente har jeg valgt først at lave en objektiv og faktuel deskriptiv analyse af rammer og vilkår, herunder også en kort historisering af behandlingspsykiatriens udvikling. Denne deskriptive analyse vil beskrive de strukturelle og organisatoriske forhold, som socialrådgiverne arbejder i. Dette skal skabe en klangbund for forståelsen af de følgende analysedele. Den deskriptive analyse er også et udtryk for at arbejde med det dobbelte brud, hvor det første brud består i at bryde med informanternes primære erfaring af deres egen situation. Dette gøres ved ikke udelukkende at bero sig på informanternes egne udsagn, men også vise hvordan historiske forudsætninger samt sociale og materielle omstændigheder kan begrænse eller muliggøre handlinger i praksis (Holm, 2014: 196).

Del 1 af den egentlige analyse er en kort analyse af socialrådgivernes egen opfattelse af det sociale arbejde, for bedre at kunne forstå hvorfor de ville anse nogle rammer for begrænsende, eller fremmede for det sociale arbejde. Herefter følger en analyse af hvordan rammerne, vilkårene og strukturerne i behandlingspsykiatrien, der blev beskrevet i den deskriptive analyse af genstandsfeltet, begrænser socialrådgivernes oplevelser af udførelsen af det sociale arbejde, og dels hvordan rammerne og vilkårene kan opleves som fremmede for det sociale arbejde. Denne operationalisering af begrænsninger og muligheder er valgt for at synliggøre forhold i behandlingspsykiatrien, der påvirker socialrådgivernes arbejde på “godt og ondt”. Denne del af analysen tager udgangspunkt i den deskriptive analyse, samt analysen af socialrådgivernes oplevelser af hvad godt socialt arbejde er.

Del 2 af analysen vil, på baggrund af tidligere analyser, undersøge hvordan socialrådgiverne agerer i spændingsfeltet mellem muligheder og begrænsninger, herunder særligt hvilke strategier de bruger for at legitimere det sociale arbejdes samt deres egen socialfaglige plads i feltet.

Jeg vil gerne understrege at jeg ikke har ikke valgt at lave en gennemgribende feltanalyse. I stedet bruger jeg primært feltbegrebet til at beskrive den forefundne sociale orden. Dog bevæger jeg mig alligevel udover dette, da jeg ikke kun er en neutral iagttager af den sociale orden, men stiller spørgsmålstejn ved socialrådgiverens umiddelbare erfaringer og oplevelser af deres rammer og vilkår. På den måde vil der være et analytisk fokus på relationen mellem positioner, kapitalformer og mængder, der er medvirkende til at strukturere socialrådgivernes sociale verden og deres kampe i grove træk. Således vil jeg i analysen rette min lyskegle mod de konkrete menneskelige erfaringer og oplevelser af praksis, samt identifikation og objektivering af feltet og sammenhængen mellem de to.

5.9. Overvejelser omkring kvaliteten af undersøgelsen.

Specialet er ikke udsprunget af et ønske om at verificere Bourdieus teorier. Bourdieus begrebsapparat bruges i stedet som tankeredskaber til at give et indblik i socialrådgivernes oplevelser af vilkår og muligheder for at udføre socialt arbejde i en behandlerkultur. For at sikre et transparent undersøgelsesdesign, vil jeg tydeliggøre nogle overvejelser og refleksioner omkring kvaliteten af undersøgelsen. Med inspiration fra Kvale og Brinkmanns terminologi har jeg valgt at tage udgangspunkt i deres anvendelse af begreberne validitet, reliabilitet og generaliserbarhed (Kvale og Brinkmann, 2008: 267). Disse begreber afvises, eller ignoreres, af mange kvalitative forskere, da de stammer fra positivistiske undersøgelsesmetoder (Kvale og Brinkman: 2008: 270-271). Jeg finder det dog vigtigt at reflektere over styrken af undersøgelsen, troværdigheden og overførbarheden af viden.

Først og fremmest har jeg forsøgt at gøre mine valg, overvejelser og refleksioner så transparente som muligt gennem hele specialet. Dette er med til at sikre pålideligheden af undersøgelsen, men også for at illustrere forløbet fra design til udførelse, til analyse og konklusion (Olsen, 2003: 72)

Ifølge Kvale og Brinkmann handler validitet ofte om hvorvidt en metode undersøger det, den foregiver at undersøge (Kvale og Brinkman: 2008: 272). Med hensyn til validitetsspørgsmålet og en vurdering af styrken og rigtigheden af informanternes udsagn, så mener Kvale og Brinkman at validitetsovervejelser bør præge alle faser af undersøgelsen (Kvale og Brinkman: 2008: 270-271). Dette har jeg forsøgt at tilstræbe ved at relatere mine valg af metode og teori tilbage til min problemformulering. Jeg har også gennem forskningsprocessen kontinuerligt overvejet om mine metoder har været anvendelige til at opnå de informationer og den viden jeg havde intentioner om.

Da jeg ønsker at sætte fokus på socialrådgivernes egne oplevelser af deres rammer og vilkår, mener jeg grundlæggende at det kvalitative interview har været en brugbar metode.

Et fokusgruppeinterview kunne også have været fordelagtigt, da gruppedynamikken kunne have bidraget med andre refleksioner, eller oplysninger jeg ikke nødvendigvis ville kunne få frem gennem et individuelt semistruktureret interview. Grundet praktiske omstændigheder og informanternes muligheder for at deltage var det dog ikke muligt at gennemføre et fokusgruppeinterview. Jeg mener dog stadig at socialrådgivernes egne oplevelser af deres rammer og vilkår kommer frem i interviewene, dertil må det også overvejes at anonymiteten i det semistrukturerede interview kan have affødt udsagn, som informanterne ikke nødvendigvis ville sige foran andre kollegaer. Jeg har også sat spørgsmålstegn ved, om den empiri jeg har indsamlet har stemt overens med den virkelighed der er rammerne og vilkårene. Jeg har forsøgt at validere dette forhold gennem det dobbelte brud og beskrivelsen af genstandsfeltet, der ikke udelukkende beror sig på informanternes oplysninger. Jeg kunne med fordel også have valgt at udføre observationsstudie i feltet, men dette er fravalgt, da informanterne arbejder på flere forskellige afsnit, hvilket, som tidligere nævnt, også kan have betydning for feltet og for validiteten af undersøgelsen. Som tidligere diskuteret i afsnit 5.7.1. har jeg fravalgt muligheden for at informanterne kunne gennemse og godkende de transskriberede interview. Jeg har truffet samme valg i forhold til analysen, derfor kan validiteten i den henseende siges at være lavere, end hvis jeg havde eftersendt begge. Med hensyn til teorivalidering har jeg gennemgående foretaget refleksioner og forklaret hvordan Bourdieus teoretiske forståelsesramme kan bruges til at undersøge og besvare min problemformulering, og jeg finder derfor hans teori- og begrebsapparat valid i undersøgelsen.

I forhold til spørgsmålet og reliabiliteten og hvorvidt det vurderes om undersøgelsen ville kunne gentages, må det antages at være usandsynligt. Jeg har foretaget kvalitative interviews der spørger ind til socialrådgivernes oplevelser af at udføre socialt arbejde i psykiatrien under de nuværende rammer. Dette betyder at undersøgelsens empiri vil være et øjebliksbillede af hvordan socialrådgivere oplever deres arbejde lige nu, under de givne omstændigheder og indenfor de rammer og vilkår der eksisterer i behandlingspsykiatrien aktuelt. I stedet sikres reliabiliteten gennem undersøgelsens gennemsigtighed.

Generelt set er jeg bevidst om at undersøgelsen ikke kan generaliseres til at være gældende for alle socialrådgivere i behandlingspsykiatrien. På baggrund af mine fem interviews vil jeg ikke kunne generalisere, hvilket heller ikke nødvendigvis er undersøgelsens formål. Jeg vil dog kunne udlede

nogle tendenser til hvordan socialrådgivere oplever at arbejde i den sundhedsfaglige organisation, hvilket kunne tænkes at være overførbart til andre socialrådgivere i andre stillinger og regioner. Forhåbentlig vil undersøgelsens fund også kunne anvendes som en yderligere forståelse for rammer og vilkårs betydning for hvordan socialrådgivere oplever at udføre socialt arbejde, og hvilken betydning strukturen har for udførelsen i psykiatrisk- og behandlingsregi.

6. Deskriptiv analyse af genstandsfeltet.

Formålet med dette kapitel er ikke kun at give et skitseret indblik i psykiatriens historie og nuværende fremstilling, men også overordnet at præsentere læseren for det behandlingspsykiatriske områdes værdier, opbygning, organisationskultur, arbejdsopgaver og fysiske rum. Afsnittet vil fungere som "springbræt" for projektets analyse, da jeg ønsker at klargøre, skitsere og afgrænse rammerne for det genstandsfelt, der danner udgangspunktet for det sociale arbejde, som socialrådgiverne udfører.

Kapitlet vil bære præg af både objektive og faktuelle beskrivelser, samt analytiske betragtninger og formodninger, og vil således gå forud for en egentlig analyse af problemformuleringen.

6.1. Et historisk tilbageblik på psykiatrien

Problemfeltet har allerede berørt nogle af de væsenstræk ved det arbejdsmarked socialrådgiverne navigerer og positionerer sig i. At positionere sig magtfuldt i et felt, der allerede har nogle indlejrede regler, værdier og normer, forudsætter at man har et kendskab til, samt behersker de diskurser der er i feltet i en sådan grad at man kan opnå anerkendelse af sig selv og sine faglige interesser (Hjort, 2002: 57). I problemfeltet indgik en kort historisering af socialrådgiverfaget opkomst og udvikling, både overordnet og i relation til sundhedsvæsenet og arbejdet med patienterne. I et Bourdieusk perspektiv kan sundhedsvæsenet og behandlingspsykiatrien forstås som felt der grundlæggende styres af metamagtfeltet, som her er staten. Dette betyder at staten kan regulere i både psykiatrien, men også i det sociale arbejde, da dette i høj grad udformes efter lovgivning, reformer og lignende. I forbindelse med en deskriptiv analyse af genstandsfeltet vil gerne knytte nogle ord på psykiatriens udvikling.

Før 1800 tallet var det primært familiens opgave at pleje de sindslidende hvilket primært blev gjort af sygeplejere eller familie. Dette ændrede sig i 1800 tallet da lægerne for alvor begyndte at interessere sig for sindssygdomme og det var i dette århundrede at psykiatrien opstod som lægeligt

speciale (Kragh, 2008: 14). I perioden 1850-1920 blev en række nye hospitaler til psykiatriske patienter bygget og læger blev ansat på disse hospitaler som ledere. Dengang mødte psykiaterne kritik og havde svært ved at blive anerkendt som udøvere af værdifuld lægevidenskab (Ibid, 14-15). I starten af 1900 tallet begyndte man imidlertid at bruge nye behandlinger som feberbehandlinger og chokbehandling af skitzofreinpatisenter, disse behandlinger hjalp psykiatrien med at opnå anerkendelse af deres fag (Ibid, 16). I 1933 blev den første socialrådgiver ansat på et kommunehospital og det var omkring her at det sociale arbejde fik sin start i sundhedsvæsenet. Eftersom psykiatrien opnåede mere og mere anerkendelse i løbet af 1940erne blev det psykiatriske system udbygget og moderniseret, hvilket medførte oprettelsen af en række nye hospitaler rundt omkring i landet. I 1954 blev psykofarmaka blev indført hvilket gav anledning til en mere biologisk præget psykiatri der fokuserede på klassifikation og diagnostik (Ibid, 17). Her ses det særligt at fokus var på diagnose og helbredelse. 1970erne varslede midlertidigt en antipsykiatrisk bevægelse der kritiserede denne tilgang. Disse modsætninger blev dog udlignet en del med indførelsen af diagnosesystemet ICD-10 i 1994 hvor man i højere grad end før medtænkte de forskellige retninger samtidigt i en bio-psyko-social sygdomsmodel, der inddrager både biologiske, psykiske og sociale årsager til og følger af sygdom (Ibid, 17). Inddragelsen af denne kan ses som en anerkendelse af at det sociale aspekt af sygdom er vigtigt for forståelse af patientens sygdomsforløb. I dag består feltet: behandlingspsykiatrien, således af både læger, psykologer, ergoterapeuter, fysioterapeuter, socialrådgivere med flere. Psykiatrien forblev i statsligt regi indtil 1976 hvor amterne fik ansvaret for styringen af de psykiatriske tilbud og med strukturreformen i 2007 blev psykiatrien flyttet over i de nyoprettede regioner (Ibid,16).

Dette korte historiske blik på psykiatrien skal tjene som en hjælp til at forstå hvordan det psykiatriske system har udviklet sig gennem tiden. Det ses at psykiatrien har udviklet sig meget fra 1800 tallet hvor der nærmest ikke var hjælp at hente fra samfundet, til 1800 tallet hvor der nærmest kun var læger på institutionerne til i dag hvor de psykiatriske hospitaler er præget af stor medarbejderdiversitet, specialisering og en bio-psyko-social forståelse af sygdom. Denne gennemgang er på ingen måde udtømmende, men giver et blik for udviklingen af det felt socialrådgiverne bevæger sig i.

6.2. Præsentation af feltet

I problemfeltet beskrives nogle af de strømninger der er aktuelle for det sociale arbejdes felt i dag og nogle af de moderniseringsprocesser der aktuelt ses i sundhedsvæsenet. Generelt set kan det siges,

at det psykiatriske hospitalsvæsen kan betegnes som et fagbureaukrati, fordi et af de væsentlige kendetegn ved organisationsformen er, at hospitalet har bygget sin opgaveløsning op omkring mange og veluddannede faggrupper, der alle arbejder med hver deres arbejdsområde, stærkt specialiseret og med en klar arbejdsdeling. Dette er valgt for at sikre patienterne en høj kvalitet af specialiserede ydelser (Danielsen, 2013: 199). I et fagbureaukrati overlades en stor del af styringen til de professionelle, hvilket betyder at de selv i høj grad kan have indflydelse på deres egne arbejdsprocesser og på styringen af arbejdet (Ibid). Selvom noget af styringen af arbejdet er overladt til professionelle, ses det dog stadig at der, for eksempel gennem en New Public Management inspireret tilgang, sker en standardiseret regulering af disse processer både internt og eksternt. Derved fremstår strukturen som decentraliseret med uddelegering af indsatser og beslutninger til de professionelle, men samtidig med en øget regulering og standardisering af arbejdsprocesser. Sidstnævnte kan dreje organisationen i retning af et maskinbureaukrati med ensartethed og rutineprægende processer. (Danielsen, 2013: 199).

Hvis man går nærmere ind i felttankegangen, så kan behandlingspsykiatrifeltet forstås som en social arena, hvori praksis finder sted og hvori der eksisterer en særlig doxa. I feltet vil der indgå forskellige aktører med forskellige positioner i et socialt samspil, hvor de finder det værdifuldt at kæmpe om indflydelse (Bourdieu og Wacquant, 1996: 89). Feltets afgrænsning og autonomi hænger sammen med andre felters indflydelse på det, der kæmpes om i feltet (Wilken, 2006: 46). Her ses det, at særligt det kommunale felt har indflydelse på socialrådgivernes arbejde i feltet, da socialrådgiverne i regionen faciliterer samarbejde med socialrådgiverne i kommunen, der har myndigheden til at tage beslutninger og gennemføre indsatser, som socialrådgiverne i psykiatrien ikke er i stand til på grund af deres manglende beslutnings- og tildelingskompetence. Ligeledes ses det, at det økonomiske felt har betydning for det behandlingspsykiatriske felt i form af incitamentsstyring og et fokus på besparelse. Også det socialpolitiske felt har betydning for de indsatser og tilbud der kan gives til patienterne. Der er både internt i behandlingspsykiatrifeltet og i grænsefladerne til de andre felter, kampe om magten til at kunne definere metoder, roller og den mest rigtige tilgang til varetagelsen af den psykiatriske patient.

Illusio er Bourdieus begreb for at man som aktør deltager i spillet, mere eller mindre bevidst. Illusio betyder at man accepterer at spillet i feltet er vigtigt og at *"de ting der står på spil, er vigtige og at der er gode grunde til at deltage i spillet"*. (Bourdieu og Wacquant, 1996: 102). Feltet konstrueres altså i kraft af at socialrådgiverne og de andre fagpersoner i feltet er enige om at der er noget, der er

værd at kæmpe om i feltet. Som tidligere nævnt er kerneværdien i feltet objektivt beskrevet som behandling og pleje af psykiatriske patienter. Else, en af specialets informanter, fortæller at der er enighed om dette blandt socialrådgiverne og det sundhedsfaglige personale.

Hun beskriver det således:

“Kerneværdien er jo at vi tænker at vi skal det bedste for patienterne mens de er her. Men nogle gange er der jo et skift i at vi har et socialfagligt fokus, vi har et socialt fokus. Der har de måske mere et behandlingsfagligt fokus, og har ikke altid helt den samme forståelse for hvor meget det sociale aspekt faktisk kan spænde ben for vores patienter. (...) men alle sammen med det samme for øje. Vi har allesammen: “Vi er her for patienterne så hvordan lykkes vi bedst med det?”” (Bilag 5)

Af citatet er det muligt at identificere den kamp der ligger i at magten til at definere den bedst mulige indsats overfor patienterne. Det ses således at faggrupperne i behandlingspsykiatrien, tilsyneladende mener at der er gode grunde til at spille spillet, og at det der er på spil er vigtigt.

6.2.1. Organiseringen af arbejdet i behandlingspsykiatrien

For at kunne analysere på socialrådgivernes oplevelser af rammerne og vilkårene der er med til at strukturere den praksis de indgår i, vil det følgende afsnit undersøge og beskrive hvordan arbejdet organiseres i feltet. Dette gøres for at tilnærme sig hvilke kapitaler, doxa, normer og værdier der kan identificeres i feltet.

6.2.1.1. Kerneopgaven på det psykiatriske hospital

Kerneopgaven for psykiatrien defineres af Region Hovedstaden som ”Behandling og pleje af mennesker med psykisk sygdom inden for de to lægefaglige specialer voksenpsykiatri og børne- og ungdomspsykiatri.” (Region Hovedstadens psykiatriske hospital). Her ses altså den kerneopgave som hospitalet forventes at opfylde. I ”behandling og pleje” ligger der implicit, at kerneopgaven består i at flytte patienterne fra ”syg” til ”rask”, eller så raske som muligt. Set i forhold til socialrådgiverne i feltet så giver denne definition ikke noget bud på deres kerneopgave, da socialrådgiveruddannelsen ikke nødvendigvis uddanner til behandling og pleje (BEK nr. 766 af 24/06/2011). Det giver dog et indblik i feltets primære fokus. Det kan derfor tænkes at det der beskrives som kerneopgaven i feltet og i behandlerkulturen, ikke nødvendigvis, direkte stemmer overens med det arbejde som socialrådgiverne udfører. Organiseringen af det sociale arbejde er ligeledes sådan at socialrådgiverne ikke kan bestemme hvem af patienterne, der får adgang til feltet.

Det er lægerne der indskriver og udskriver, det er dem der har behandlingsansvaret. Da kerneopgaven er ”behandling og pleje”, fremstår lægerne her som en faggruppe der givetvis må være toneangivende og besidde en stærk kapital.

6.2.1.2. De officielle værdier på hospitalet

I 2005 vedtog folkettingen ”fælles værdier i indsatsen for mennesker med en sindslidelse”. Dette værdisæt skal alle medarbejdere i psykiatrien arbejde ud fra. Disse værdier er valgt af både professionelle, pårørende og brugere i fællesskab og er: Respekt, faglighed og ansvar. De nævnte værdier må derfor ideelt set formodes at herske i feltet. Med hensyn til de værdier der må anses som særligt for socialrådgivere, så vedtog Dansk Socialrådgiverforening i 2010 en professionsetik der bygger på følgende fire grundværdier: Social retfærdighed, professionel integritet, medmenneskeligt ansvar og individets værdighed. Det er disse værdier socialrådgiverne har lært gennem uddannelsen og som der, ifølge Dansk socialrådgiverforening, bør stræbes efter at efterleve (Dansk Socialrådgiverforening, A). Det må derfor formodes at socialrådgivernes professionsetos bærer præg af disse værdier der knytter sig til deres profession.

6.2.1.3. Adgangsgivende kompetencer til feltet

Som det fremgår af problemfeltet, ønsker feltet i høj grad specialister. Generelt set kan det siges at de professionelle i feltet har fået adgang til feltet gennem deres kulturelle kapital i form af en anerkendt uddannelse (Bourdieu og Wacquant, 1996: 84-85). Kvalitetssikringen af medarbejdere sker således primært gennem uddannelsesinstitutionerne. De sørger for at de respektive faggrupper socialiseres og uddannes til det kommende arbejde (Danielsen, 2013: 199). Derved ses det at især den kulturelle kapital er udslagsgivende for hvorvidt man som professionel kan få adgang til feltet.

6.2.2. Socialrådgivernes rum og arbejde på hospitalet

Følgende vil i høj grad trække på oplysninger der er opnået gennem interviews.

De socialrådgivere i psykiatrien som jeg har interviewet, har ikke helt de samme opgaver eller patientgrupper. De arbejder alle med voksne, men på forskellige afdelinger af psykiatrien. Mine informanter arbejder inden for distriktskykiatrien, i ambulatorier og på døgnafsnit (også kaldet sengeafsnit). I distriktskykiatrien og i ambulatoriet er patienterne ikke indlagt, men behandles ambulant. De patienter der har behov for indlæggelse, bliver indlagt på et døgnafsnit (Region Hovedstadens psykiatriske hospital, A). Ud over dette findes der også retspsykiatri, børne- og

ungdomspsykiatri, samt opsøgende psykiatriske teams, hvilket dog ikke vil blive beskrevet nærmere her. Det er forskelligt hvordan socialrådgivernes stillinger er skruet sammen, flere af dem arbejder deltid og er tilknyttet mere end et sted.

Alle de socialrådgivere jeg har interviewet har haft deres eget kontor, som de kunne indrette med egen kunst, billeder, bøger eller lignende. Beliggenheden af disse kontorer har dog været forskellig. Informant Carl, som eneste socialrådgiver, havde et kontor ret tæt på sine sundhedsfaglige kollegaer. Informanterne Anja og Else sad på administrationsgangen med deres nærmeste ledere, et godt stykke væk fra de sengeafsnit de ellers var tilknyttet og tæt på børnepsykiatrien, som de ikke var tilknyttet. Informant Dorte havde også et kontor på samme etage som det sundhedsfaglige personale, men ikke på samme etage som andre socialrådgivere. Dette giver et indtryk af forskellige arbejdsformer og strukturering.

Socialrådgiverne har ikke en særlig uniform eller nogle synlige markører, der viser at de er socialrådgivere. Her ses det at de har en anden fremtoning end for eksempel sygeplejerskerne, der går uniform.

Hvis man ser på de arbejdsopgaver socialrådgiverne på sygehusene har, så konkluderede en rapport fra 2012 at socialrådgiverne, blandt andet, kan bidrage med den socialfaglige viden, systemkendskabet og kan yde råd og vejledning til kolleger, patienter og pårørende om sociale forhold (Dansk socialrådgiverforening og Regionernes lønnings- og takstnævn, 2012). Som udgangspunkt må det antages at disse opgaver er en del af socialrådgivernes specialiserede opgave i feltet. Socialrådgiverne arbejder i regionen, men sørger ifølge rapporten for store dele af koordinationen og brobyggeriet mellem region og kommune. Socialrådgiverne har derved en større snitflade med de kommunale medarbejdere end deres sundhedsfaglige kollegaer. Socialrådgivere havde deres start i 1900-tallet, hvor den første egentlige socialrådgiver blev ansat på et kommunehospital i 1933. Dengang uddannede man socialrådgivere som støtteprofession til andre faggrupper og ikke som en selvstændig profession (Worning, 2012: 2-3). Socialrådgiverne har derved altid været en støtte til det sundhedsfaglige personale, og ikke nødvendigvis en profession med monopol eller særligt specifikke arbejdsopgaver. Når jeg undersøger socialrådgivernes vilkår og muligheder for at gøre sig gældende som fagperson, kan det være relevant at se om denne historiske opfattelse af socialrådgiverens rolle i behandlerkulturen stadig er virksom.

Socialrådgiverne har stor autonomi i deres arbejdsform, og bestemmer et langt stykke hen af vejen selv hvilke aspekter af arbejdet de har lyst til at fokusere på. Socialrådgiverne kan ikke altid nå at se alle patienter, og de får meget ofte arbejdsopgaver af det sundhedsfaglige personale, der gør opmærksom på at en patient kunne have behov for socialfagligt råd eller vejledning. Socialrådgiverne laver også selv sociale screeninger på de patienter, der kommer på hospitalerne for at vurdere behovet for hjælp. I patienternes behandlingsplan, som lægerne udfylder, er der et punkt der hedder ”socialt”, hvor der kan spørges ind til patienternes sociale forhold. Disse oplysninger er nogle, socialrådgiver arbejder videre med. Når socialrådgiverne har vurderet støttebehovet, som kan være samtale med pårørende, at hjælpe med at få udskrivningsmentor, hjælp til forsørgelse, bosted, og så videre, går de i gang med et større koordinerings- og tovholderarbejde. Det kan tage lang tid til at samle for eksempel patienten, jobcentersagsbehandler, mentor, læge, pædagog på bosted, samt finde tid i egen kalender til et møde på samme dag.

Socialrådgiverne i psykiatrien har ikke beslutnings- eller tildelingskompetencer, og arbejder således som et mellemlid mellem hospitalet og den kommunale forvaltning. Socialrådgiverne arbejder derved ikke kun tværfagligt og sammen med patienter, men også tværsektionelt med kommunen når der skal aftales hvad der skal ske fremadrettet med en patient.

Relationerne mellem faggrupperne kobler sig til hospitalets rum på den måde at der er særlige regler og normer for hvad man gør i forskellige rum. Socialrådgiverne møder således enten patienterne på afsnittet hvor de er indlagt, hvilket kan være nødvendigt, for eksempel i de tilfælde hvor det er et lukket afsnit, men socialrådgiverne har ofte muligheder for at booke samtaler på et kontor, hvor de derfor får muligheden for at forberede sig på det arbejde, der skal gøres, eller det, der skal snakkes om. Endda i et rum, hvor de er ”på hjemmebane”. Det faktum at socialrådgiverne har eget kontor, som sygeplejerskerne som oftest ikke har, giver dem en frihed og magt til at bestemme over deres eget lille hjørne af feltet. Der ses også andre forskelle i hvordan forskellige faggrupper agerer i forskellige rum. For eksempel er det aldrig socialrådgiverne, der spænder vanskelige patienter fast ligesom sygeplejersker kan være nødt til det, således kommer socialrådgiverne kun ned på afsnittene med den hensigt at hjælpe patienten og aldrig med hensigten om at gøre noget mod dennes vilje.

Socialrådgiverne har meget frihed i deres arbejde, da de ikke har behandlingsansvar. Det er det sundhedsfaglige personale, der direkte skal sørge for at opfylde hospitalets kerneopgave. Socialrådgiverne kan arbejde direkte for at gøre dette nemmere. Det faktum at socialrådgiverne ikke

har behandlingsansvar, samt har et kontor at arbejde på, betyder at de har en vis autonomi i deres arbejde, da de selv kan booke aftaler på kontoret, har muligheden for selv at prioritere hvornår de ønsker at udføre en given opgave, samt til en vis grad styre deres egen planlægning af opgaver uden at skulle stå akut til rådighed på samme måde som lægerne og sygeplejerskerne må gøre det over for patienten.

Selve autoritetsstrukturen på hospitalerne har væsentlig betydning for samarbejdet i feltet og selve måden arbejdet organiseres på. Som tidligere nævnt kan psykiatrien, som moderne offentlig institution anses for at være en meget hierarkisk opbygget organisation, hvori de forskellige faggrupper har meget forskellig status og magt. Dette betyder at hver faggruppe vil have deres arbejdsopgave og kende deres funktion og plads i organisationen (Hjort, 2008: 67). Dette er dog ikke nødvendigvis gældende for socialrådgiverne, hvilket jeg vil komme yderligere ind på i mine analyser. Et særligt aspekt af autoritetsstrukturen er at socialrådgivere, som er interviewet til dette speciale, ikke har en social fagligt uddannet nærmeste leder, i stedet er deres ledere overlæger eller afdelingssygeplejersker. Denne form for autoritetsstruktur betyder, at socialrådgiverne som faggruppe ledes og udvikles fagligt af personer med en anden faglig baggrund.

6.3. En kort sammenligning af socialrådgiverne i psykiatriens rammer og vilkår, og socialrådgivere i kommunalt regis rammer og vilkår

Jeg vælger at strejfe dette emne for at synliggøre de særlige forskelle i rammer og vilkår, der kan være som socialrådgiver i de forskellige systemer, dette gøres for at yderligere belyse den gråzone, som specialets socialrådgivere befinder sig mellem i det regionale og det kommunale arbejde.

Det kommunale system er ligesom hospitalet, struktureret meget formelt med fokus på vertikal og horisontal arbejdsdeling. Den kommunale forvaltning er hierarkisk opbygget med en faglig arbejdsdeling og specialisering. (Hansen, 2016: 133). Selvom både det regionale hospital og den kommunale forvaltning har sammenlignelige rammer, har socialrådgiverne forskellige vilkår. I den offentlige forvaltning benyttes regelstyring ofte i forbindelse med myndighedsudøvelsen (Hansen, 2016: 133). Socialrådgiverne i regionerne har ikke beslutningskompetence, og derfor må det formodes at de i mindre grad oplever en hverdag der er styret af regelstyring, da de ikke direkte omsætter lovgivning til praksis, men i stedet koordinerer og faciliterer patientens samarbejde med kommunen. Den kommunale organisering er udformet således at medarbejderne er meget specialiserede og sidder med hvert deres specifikke ansvarsområde (Hansen, 2016:133-134), for

eksempel arbejder en kommunal socialrådgiver typisk for en forvaltning, og ofte et undercenter af denne, der løser et område af borgerens sociale liv. Dette er ikke tilfældet for socialrådgivere i psykiatrien, de tager sig af psykiatriske patienter, men fører ikke sager og er ikke tilknyttet ét særligt område af patientens sociale liv, de tager i stedet udgangspunkt i alle aspekter af patientens forhold, og er ofte også i kontakt med flere forskellige dele af forvaltningen for eksempel i forhold til patientens behov for bostøtte, forsørgelsesgrundlag, misbrugsbehandling, med flere (Hansen, 2016: 134). Arbejdsmetoderne er ofte anderledes i de to sektorer. Socialrådgiverne i psykiatrien har ikke en ensartet måde at kategorisere og arbejde med deres patienter på. Af mit empiriske studie ses det at de ofte selv har udviklet en måde at arbejde på. I den klassiske sagsbehandling i de kommunale forvaltninger klassificerer man i højere grad sine borgere ud fra et lovgivningsmæssigt grundlag, og arbejder i højere grad ud fra en prædefineret metode (Esben og Guldager, 2005: 63, 70).

Ovenstående er på ingen måde en udtømmende fremstilling af de forskelle i rammer og vilkår socialrådgiverne i de to sektorer arbejder i og under. I stedet har jeg valgt at trække nogle forskelle i rammer og vilkår som kunne være relevante til at vise socialrådgiverne i psykiatriens særlige placering mellem de regionale arbejdsformer og de kommunale.

7. Analysedel 1: Oplevelser vedrørende muligheder og begrænsninger for at udføre socialt arbejde i feltet.

Denne analysedel vil være tredelt, og fokusere på en analyse af socialrådgivernes egne opfattelser af hvad de mener er godt socialt arbejde. Derudover vil det også indeholde en operationalisering af deres oplevelser i vilkår og rammer, der henholdsvis fremmer og hæmmer udførelsen af det sociale arbejde.

I problemformuleringen indgår "oplevelser" som noget centralt. For bedre at kunne forstå, hvorfor socialrådgiverne oplever noget som fremmende eller hæmmende for det sociale arbejde, finder jeg det relevant i første del af denne analysedel at fremanalysere socialrådgivernes egne opfattelser af, hvordan man er en god socialrådgiver, samt hvorfor de har valgt at arbejde inden for psykiatriens rammer og vilkår. Således vil første del af analysen kunne nuancere deres oplevelser af rammerne og vilkårene.

Anden del af analysen vil tage udgangspunkt i arbejdsspørgsmålet: "Hvilke begrænsninger i rammer og vilkår kan der identificeres i forbindelse med at udføre socialt arbejde" og undersøge

hvordan socialrådgiverne oplever at rammerne og vilkårene hæmmer deres udførelse af det sociale arbejde.

Tredje del af analysen vil tage udgangspunkt i arbejdsspørgsmålet: "Hvilke rammer og vilkår opleves som fremmede for udførelsen af det sociale arbejde?" Denne analyse vil modsat den før, fokusere på de muligheder der fremstår for det sociale arbejdes udførelse i den sundhedsfagligt orienterede organisation.

Nogle af de aspekter af rammer og vilkår der fremstilles som fremmede for udførelsen af det sociale arbejde er også noget, der har kunnet ses som begrænsende og vice versa. Dette er med til at vise det nuancefyldte og komplekse felt som socialrådgiverne agerer i.

7.1. Socialrådgivernes egen opfattelse af at lave "godt socialt arbejde"

For at kunne svare mere præcist på hvilke forhold socialrådgiverne mener begrænser og fremmer deres arbejde, vil jeg først se på hvad socialrådgiverne selv opfatter som "det gode sociale arbejde" og hvilke oplevelser de har vedrørende hvordan man er en "god socialrådgiver". Følgende vil fremstille nogle af de fund jeg har gjort mig i undersøgelsen af dette. Den professionsetos og professionshabitus de har med sig fra tidligere uddannelses- og erhvervserfaringer vil nemlig have betydning for hvordan de opfatter den praksis de indgår i, og hvordan de vil opleve rammer og vilkår for det sociale arbejde i behandlingspsykiatrien.

Hvis man undersøger socialrådgivernes bevæggrunde for at arbejde i psykiatrien, er noget der viste sig at være fælles for informanterne Bente, Else, Dorte og til dels også Carl, at de søgte væk fra socialrådgiverarbejde i kommunalt regi, og hen mod noget de oplevede som "bedre". Else udtaler:

"Det stammer helt tilbage fra studiet, jeg synes at psykologidelen, var det der var mest interessant dengang (...) jeg været i sygedagpenge[arbejdet i en sygedagpenge afdeling i kommunen] i de år der, det var spændende jeg var skide glad for det, men der lå også, for mig, en lille smule uetisk at arbejde med sygedagpenge. Det her med rent faktisk at lukke nogle sager, hvor det havde jeg faktisk ikke lyst til." (Bilag 5).

Af citatet ses det at Else oplevede at lave uetisk arbejde i forvaltningen. Dette kan ses som et udtryk for at de rammer og vilkår, der udgør det kommunale sygedagpengearbejde, stred imod hendes professionshabitus og etos, der gerne ville udføre en anden form for socialt arbejde. Også Dorte har haft oplevelser i det kommunale regi, der stred imod hendes opfattelse af hvordan man udfører

tilfredsstillende socialt arbejde. Om sine erfaringer med at arbejde i en sygedagpengeafdeling fortæller Dorte:

”De indsatser der bliver lavet er jo ikke altid noget man, som socialrådgiver, tænker er det der skal ske, eller med afsæt i forskning eller studier er det der var det bedste. Og så når man lidt noget træthed, når ens arbejde bliver ensformigt og man kan se: Vi har knækket kurven, vi har hurtigt fået raskmeldt folk, og så går der nogle få måneder så er de sygemeldte igen. Så begynder man at miste mening, eller det gjorde jeg i hvert fald, miste mening med det jeg gjorde og synes at der manglede et langsigtet perspektiv.” (Bilag 5).

Af ovenstående citat ses det, at Dorte oplevede at hun som socialrådgiver var i stand til at facilitere en proces og raskmelde folk, men at dette resultat kun var midlertidigt, hvilket ikke for hende var tilfredsstillende socialrådgiverarbejde. Set ud fra et Bourdieusk perspektiv, så er habitus trægt, men ikke uforanderligt. Habitus udvikles hele livet igennem, og udvikles ifølge Bourdieu *”I takt med at ens livsbetingelser skifter, men det nye mødes hele tiden med det gamle som udgangspunkt”* (Prieur, 2008: 29). Altså vil informanternes habitus hele tiden forandres af de erfaringer de gør sig, i praktikken, jobs eller andet, dog aldrig radikalt. Dette betyder at informanterne går ind til socialrådgiverjobbet med en bestemt professionshabitus og et bestemt syn og forventninger til deres arbejde, hvilket de har taget med sig fra uddannelsen og fra tidligere erfaringer. I takt med at deres habitus justeres i forhold til de nye erfaringer de gør sig, har Else og Dorte skiftet fra et forvaltningsjob til et job, der i højere grad kunne leve op til deres habituelle præferencer i forhold til deres egne professionsværdier, nemlig at levere hvad de opfattede som etisk socialt arbejde. Else og Dortes udtalelser om at arbejde *”uetisk”* og at man *”mister mening”* kan ses som et udtryk for indlejrede *”socialrådgiverværdier”*. Som tidligere nævnt bygger professionen, ifølge Dansk Socialrådgiverforening, på følgende fire grundværdier: Social retfærdighed, professionel integritet, medmenneskeligt ansvar og individets værdighed (Dansk Socialrådgiverforening A). Her kan det tænkes at informanterne har tilegnet sig disse værdier, og oplever at i *”den virkelige verden”* kan disse ikke realiseres, hvilket leder dem fra den kommunale forvaltning til regionen i søgen efter et job, der passer bedre til deres professionshabitus. Således har både Else og Dorte valgt jobbet på baggrund af refleksioner omkring hvilken slags socialrådgiver de gerne ville være. Udtalelserne kan således ses som en indlejret professionsdoxa om, hvordan man er en *”god”* socialrådgiver. Else forklarer at hun oplever at det arbejde de udfører på hospitalet, er det arbejde socialrådgivere *”bør”* udføre:

”Rent faktisk vil jeg sige at det vi bliver uddannet til, det er det vi laver. På et hospital. (...) Vi er uddannet til at bruge vores helhedssyn på patienterne, vi er uddannet til at se 360 grader rundt om dem. Det er hele det socialrådgiveruddannelsen er bundet op på.” (Bilag 5).

Af citatet ses det at hun oplever at hendes uddannelsesmæssige kapital kan sættes i spil i en arbejdssammenhæng, og at hun kan bruge den kulturelle kapital hun har opnået i sit uddannelsesforløb. Else har dog tvetydige udtalelser omkring dette. Når jeg senere i interviewet spørger hende direkte hvad der kvalificerer hende til at udføre sit arbejde, svarer hun at hun ikke rigtig har noget med fra uddannelsen (Bilag 5). Dette kan ses som en ubevidst habitusudvikling, hvor kompetencer fra uddannelsen er blevet optaget og at hun ikke længere er bevidst om at hun bruger sin faglighed aktivt. I stedet ses det, blandt flere af socialrådgiverne, at den personlige erfaring betones som værende en stor kvalificeringsfaktor til arbejdet i behandlingspsykiatrien. Carl fortæller at:

”Jeg tror godt at man kan lære en masse på den sociale højskole og blive en rigtig dårlig socialrådgiver, hvis ikke man har nogle menneskelige værdier og møder folk på en ordentlig måde. Respekt omkring mennesker.” (Bilag 3).

Flere af informanterne udtaler at de ikke har taget så meget med fra socialrådgiveruddannelsen, eller at det ikke er afgørende for om man er en ”god socialrådgiver”, ligesom Carl udtaler i citatet. Ifølge Järvinen og Mortensen er det uddannelsen der giver aktører adgang til feltet og muligheden for: *”at sætte sine opfattelser igennem som doxa”* (Järvinen og Mortensen, 2005: 16). Når socialrådgiverne ikke sammenholder uddannelseskapital med det at være en god socialrådgiver, kritiserer de, på sin vis, deres egen adgang til feltet, og samtidig giver de udtryk for at socialrådgiveruddannelsen og de kompetencer, der læres her, ikke er ligeså meget værd som erhvervs erfaring og menneskelige kvaliteter.

Ifølge Bourdieu så har habitus *”en tendens til at sikre sin egen konstans og sit eget forsvar mod forandringer ved at gøre de nye informationer til genstand for selektion og således forkaste de informationer, der kunne sætte spørgsmålstejn ved den akkumulerede information”* (Bourdieu, 2007: 103). Sat på spidsen kan der derfor argumenteres for, at mine informanter betoner etik og erfaring særligt højt, og disse præferencer har ikke været helt overensstemmende med et job som socialrådgiver i en kommune, med de rammer og vilkår der hører til dette. Som Dorte udtaler:

“(...) så kan man så i jobcenter verdenen, der skal man have samtaler, man skal lave den her opfølgingsplan og der skal arbejdes ind mod arbejdsmarkedet. Det er jo en ramme at stille op for det, hvor man kan sige, man kan ikke bare vælge, der er ikke frit valg på alle hylder. Hvor her, der har jeg jo ikke et fastlagt mål med mit arbejde, så der kan jeg ligge det nedover jeg vil, så der er helt klart nogle frie rammer. Man kan sige det er jo lidt, hvad der er i udbud fra patienterne også, hvad der er behov for.” (Bilag 4).

Her giver hun udtryk for at jobbet i behandlingspsykiatrien har mere frie rammer, og at hun i høj grad selv kan prioritere hvilke sager og indsatser hun vil igangsætte. Hun er ikke nødt til at arbejde hen mod én særlig indsats, for eksempel arbejdsmarkedet, men kan i højere grad hjælpe patienterne med deres samlede behov. Derved kommer det helhedssyn i spil som også Else taler om. Socialrådgiverne oplever alle at de er vigtige i arbejdet med patienterne. Else fortæller at hvis der ikke var socialrådgivere i organisationen så:

“...så var der ikke det fokus, så kan man sige: “Er det psykiatriens ansvar?”, vi synes det er psykiatriens ansvar, fordi vi synes det er et menneskeligt ansvar”. (Bilag 5)

Hun fortsætter med at fortælle at:

“Vi synes det er et ansvar for at de her borgere kommer ordentligt ud på den anden side. Og at der er en grund til at man er indlagt, man bliver ikke indlagt i dag for sjov, der er så få sengepladser så dem der ligger i sengene de har et behov for hjælp. Men populært sagt så er der jo nogle der stiller sig op og siger: “Det er kommunens ansvar”, ja, men de ved ikke at de er her. Så hvis vi ikke var her, så var der rigtig mange der ville være tabt på gulvet. Rigtig mange der ikke fik den støtte og hjælp som de havde behov for.” (Bilag 5)

Med disse citater ses det at Else, der omtaler socialrådgiverne samlet som ”vi”, oplever at socialrådgiverne har et etisk ansvar for at patienterne får den hjælp som de har behov for. Ikke kun for at få behandlet deres psykiske sygdom lægeligt, men også for at få afhjulpet deres eventuelle sociale problemer. Af dette kan der udledes, at Elses professionshabitus og hendes socialfaglige værdier gør at hun oplever et ansvar overfor denne gruppe af udsatte borgere. Citatet viser også at Else anerkender at spillet er vigtigt at spille. Det er vigtigt at positionere sig i feltet som en faggruppe, der laver andet og mere end kommunens arbejde, da patienterne ellers ville ”blive tabt på gulvet” hvis der ikke kæmpes for den sociale indsats vigtighed.

Socialrådgiverne har altså en selvforståelse af dem selv som essentielle medarbejdere i forhold til arbejdet med patienten, men også i forhold til kommunen. Else nævner at kommunen ”ved ikke at de er her”, det er her at socialrådgiverne bruger deres kapitaler til at koordinere og brobygge, hvilket også kan hjælpe patienterne til at få den bedst mulige udskrivelse. Socialrådgiverne har en opfattelse af at de, i deres særlige position som regional socialrådgiver, kan hjælpe patienterne med at navigere i de offentlige sektorer. Bente fortæller:

“Jamen jeg tror for patienten er det en fordel at der er sådan en som mig på et afsnit. De skal forholde sig til MIG, jeg har hele deres sociale sag (...) de har jo 4 forskellige sagsbehandlere oppe på kommunen.” (Bilag 2).

Hvis socialrådgiverne ikke var i organisationen virker det tilsyneladende til at patienterne i så fald ikke ville have en koordinerende socialrådgiver, men i stedet skulle flakse gennem forskellige systemer på egen hånd. Else, der udtaler at det er et menneskeligt ansvar at hjælpe patienterne, mener ikke at det er i orden at byde den udsatte gruppe af patienter, at de selv skal tage hånd om deres sociale sag og selv koordinere mellem deres mange specialiserede socialrådgivere, der tager sig af hver deres del af patientens sag i det kommunale system.

7.1.1. Opsamling

Ovenstående analyse og udtalelser indikerer at socialrådgiverne har søgt hen i psykiatrien, hvor de i mindre grad er myndighedspersoner og tilknyttet kommunale rammer og vilkår. I behandlingspsykiatrien finder de et socialrådgiverjob der er mere tilpasset deres habituelle præferencer i forhold til deres opfattelse af, hvordan de har lyst til at være socialrådgivere, og hvor de i højere grad end i en forvaltning kan sætte deres egne rammer (jf. Evt. afsnit 6). Det er paradoksalt at hospitalet fremstår som en højt specialiseret organisation, men at socialrådgiverne tilsyneladende oplever en høj grad af frihed til at yde det arbejde de finder meningsgivende. Analysen viser også at socialrådgiverne opfatter sig selv som essentielle medarbejdere i organisationen i forhold til at kunne hjælpe patienterne videre.

7.2. Rammer og vilkår der opleves som begrænsende i udførelsen af det sociale arbejde

Følgende vil sammenholde socialrådgivernes subjektive konstruktioner med den objektivt eksisterende måde at organisere arbejdet på sygehuset på. Denne analysedel har til hensigt at belyse

nogle af de strukturelle forhindringer, der opleves af socialrådgiverne inden for den sundhedsfagligt orienterede organisation.

7.2.1. ”Jeg arbejder ikke i en organisation, hvor man på den måde vil prioritere socialt arbejde”

Carl er ene socialrådgiver på sin arbejdsplads, og Anja, Bente, Dorte og Else arbejder alle uden en egentlig socialfaglig daglig leder. Anja, Bente, og Else har alle den samme udviklingschef, der er det tætteste på en socialfaglig leder, de har. Men de oplever ikke at hun kan bruges til noget (for eksempel Bilag 2). Anjas nedenstående udtalelse er meget sigende for informanternes generelle oplevelse af den manglende ledelse. Hun fortæller:

”Jeg er ansat af en afdelingssygeplejerske og en overlæge. Så jeg holder jo MUS samtaler med nogle mennesker som ikke rigtig ved hvad jeg egentlig i princippet skal kunne, og det er en udfordring synes jeg. Der er jeg vant til, på mit tidligere job havde vi en ledende socialrådgiver, som var socialrådgiver og som vidste, hvad skal vi kunne, hvad for en uddannelse mangler vi, de her sager går vi ind i, de her sager går vi ikke ind i.” (Bilag 1).

Her giver hun udtryk for en mangel på faglig ledelse, og en mangel på ensartethed i de opgaver som socialrådgiverne hver især varetager. At socialrådgiverne er tilknyttet hver deres afsnit hvor nærmeste leder er sundhedsfagligt uddannet, og at de ikke har en leder, der kan sørge for at der prioriteres ens blandt socialrådgiverne, betyder tilsyneladende at de ikke har en styrepind, der kan sørge for at de alle har samme prioritering, fokus og forståelse for det arbejde, der udføres. Dette gør at socialrådgiverne ikke fremstår som en ensartet faggruppe, men som en fragmenteret del af en ellers stærkt specialiseret organisation.

Dorte fortæller at den frihed, som Anja også nævner, til selv at vurdere hvilke opgaver de vil tage på sig, kan være en udfordring:

”Der hvor det kan være en udfordring, det kan være hvis man ikke har lyst til at påtage sig nogle af de opgaver, der kan være særegne for socialrådgiverne. (...) så giver det ikke nødvendigvis mening for vores kollegaer, der ikke er socialrådgivere, at have en socialrådgiver.” (Bilag 4).

Det kan anskues som positivt, at socialrådgiverne har en vis mængde frihed til at specialisere sig i organisationen, og til at bruge de socialfaglige dispositioner som de ”godt kan lide” og implicit brænder for (jf. Evt. 7.3.3.). Paradoksalt, virker der til at være en ulempe i at de specialiserer sig,

hvis de vel og mærke, ikke specialiserer sig indenfor de arbejdsområder, der giver mening for deres samarbejdspartnere. Hvis socialrådgiverne ikke har en stærk nok forståelse for feltet og for spillet i feltet, både i forhold til deres kollegaer og til ledelsen i feltet, så kan der være en risiko for at man investerer kapital, der ikke anerkendes eller kan omsættes til symbolsk kapital og en central positionering i feltet. Det kan tænkes, at hvis socialrådgiverne havde en leder der kunne ensrette dem, og sørge for at de alle havde samme faglige tilgang og opgaver, kunne det styre deres position i feltet, men det er øjensynligt ikke noget som ledelsen på hospitalet prioriterer. Hvis socialrådgiverne fik en leder, ville de måske også miste en aspekt af arbejdet som de tilsyneladende søger, nemlig de frie rammer. (Jf. evt. Afsnit 7.1.).

Om ikke at have en socialfagligt uddannet chef, der forstår hans faglige udgangspunkt, fortæller Carl:

”Jeg kunne forestille mig, jeg skal jo nok forklare noget mere end jeg skulle overfor en socialrådgiver leder, men altså, jeg kender det fra mange steder i systemet du har jo djøffer og alle mulige mennesker du refererer til. Her i regionen der har vi en centerchef der er djøffer” (Bilag 3)

Her forestiller han sig at han skal forklare flere ting overfor hans nuværende leder, end han ville skulle overfor en anden socialrådgiver. Her ses det at forskellene i doxa og kapitalsammensætning gør at de måske ikke altid forstår hinanden, og at Carl skal forklare sine bevæggrunde for sit arbejde i højere grad. Citatet viser dog også at Carl giver udtryk for at han underlægger sig feltets doxa, og at han accepterer vilkårene og underlægger sig de rammer og strukturer, der sættes op. Han forsvarer faktisk årsagen til at han ikke har en faglig leder, og begrundet det med, at sådan er det jo mange steder. Dette kan ses som et eksempel på at Carl accepterer sin plads i feltet. Det kan antages at han ikke oplever at det er værd at kæmpe for forandring, og i stedet spiller han spillet, som det foreligger, og er derved med til at reproducere de vilkår han selv arbejder under. Denne tilpasningsstrategi har derved afsat i den omverdensforståelse hans habitus, de kapitaler han har og den position i feltet han indtager, har. Da Carl også er ene socialrådgiver på sin arbejdsplads vil det naturligvis også være sværere for ham, logistisk, at have en socialfaglig leder. Men for Anja, Bente, Dorte og Else, der alle har flere socialrådgiver kollegaer, og som efterspørger ledelse i den sociale indsats, kan man undre sig over hvorfor dette ikke er indført. Else udtaler:

”Vi har efterspurgt en leder her i meget, meget lang tid og vi kan ikke komme til at få det og det ønsker man ikke at vi har, som de små faggrupper og det kan jeg ikke forklare dig hvorfor, det er før min tid.” (Bilag 5).

Her ses det at Else har fået inkorporeret og naturliggjort at dette forhold ikke kan være på andre måder. Socialrådgiverne fremstår som en marginaliseret faggruppe på et hospital, og konsekvensen bliver at den stærkt hierarkisk opbygget organisation ikke udfordrer den eksisterende praksis, hvor hver afdeling styrer sig selv, og hvor hver socialrådgiver er ansat af den pågældende afdelingssygeplejerske. Ifølge Bourdieu vil de aktører med magt i feltet kæmpe for at bevare feltet som det ser ud på nuværende tidspunkt, hvilket kan være en af grundene til at socialrådgiverne ikke kan få en leder, da de ikke har nok magt i feltet til at få gennemført denne ændring (Bourdieu og Wacquant 1996, 89).

En konsekvens af at socialrådgiverne oplever manglende faglig ledelse, er derved at de bliver meget alene om deres faglighed. Herved får de svækket deres muligheder for at mobilisere eller konvertere den kapitalmængde de besidder. Socialrådgiverne oplever ej heller at de har muligheder for at udvikle sig fagligt.

Alle informanterne udtrykker at viden om psykiatri er vigtigt for deres arbejde. Psykologi og psykiatri er nævnt som en del af socialrådgiveruddannelsen, men det er iøjnefaldende at psykiatri og psykologi ikke nævnes et eneste sted i ”Bekendtgørelse om uddannelse til professionsbachelor som socialrådgiver” (Undervisnings- og forskningsministeriet, 2011), hverken under hvilken viden, kompetencer eller færdigheder de studerende skal opnå gennem uddannelsen. Det må derfor formodes at socialrådgiverne har en vis viden om psykologi og psykiatri, men ikke en decideret stærk uddannelsesmæssig kapital inden for psykiatrisk viden. Derfor kan især viden om psykiatri ses som et område hvorpå socialrådgiverne har forsøgt at komme i besiddelse af brugbar kapital i feltet som det sundhedsfaglige personale besidder. Når Anja spørges om hvordan hun har fået den viden om psykiatri, som hun fortæller at hun skal bruge i sit arbejde, svarer hun:

”Det har jeg jo selv, det er erfaring ikke, samtaler med lægen, samtaler med sygeplejersken. Jeg har behov for at vide rigtig meget om psykiatri. Det er jo ikke noget man får, jeg tror der er mulighed for at man kan få nogle kurser i det, men jeg ved ikke om de vil have mig med på dem.” (Bilag 1).

Citatet viser to signifikante aspekter: At Anja selv forsøger at tilegne sig kapital og viden indenfor psykiatri, samt at hun er i tvivl om hvorvidt ledelsen har forståelse for at hun har behov for denne viden i det socialfaglige arbejde, ikke til at behandle, men til at forstå. Det virker til at rammerne egentlig giver Anja muligheden for at tilegne sig kulturel kapital i form af viden om psykiatri gennem sine kollegaer, hvilket også øger hendes mængde af symbolsk kapital da det i høj grad er psykiatrisk viden og kunnen der er i højsædet i feltet. Citatet viser også at Anja ikke ved om ledelsen har interesse i at ville betale for at uddanne hende yderligere. Som tidligere analyseret har socialrådgiverne ikke oplevelsen af at have en faglig leder, der kan hjælpe, udvikle og ensrette deres hverdag. Dette gør at de i stedet er ret autonome i deres udførelse af det sociale arbejde, og at de måske ikke har en ledelse, der forstår deres behov som faggruppe.

Anja fortæller at hun fik afslået det eneste kursus hun søgte forrige år, hvilket kostede 800 kroner. Hun fortæller at:

”Det kom der givet afslag på, på grund af centrets økonomi. Så jeg føler jeg har kompetencer fordi jeg har lavet det i mange år og, men jeg synes ikke der er nok juridisk” (Bilag 1).

Her giver hun udtryk for at det er hendes erfaring der kvalificerer hende, men at hun savner mere viden inden for eksempel det juridiske område, der kan karakteriseres som et område i konstant udvikling, og derfor nødvendigt at ajourføre sig med. Her ses det at organisationen ikke prioriterer at hjælpe socialrådgiverne til at opnå mere brugbar kapital i organisationen. Dorte fortæller at:

”Jeg arbejder ikke i en organisation, hvor man på den måde vil prioritere socialt arbejde. Så de uddannelser jeg kunne synes var interessante er ikke nødvendigvis dem min ledelse synes (...) Jeg har ikke søgt, så jeg kan ikke sige det. Men det er mit indtryk at det ikke ligger i kortene lige nu at det ville jeg få lov til. Fordi de vil sige at det er noget andet vi skal bruge, hvor hvis jeg kom med et ønske om en kognitiv uddannelse, en eller anden uddannelse i kognitiv terapi så kunne det måske godt være det blev prioriteret.” (Bilag 5).

Citatet viser at Dorte ikke har søgt om mere uddannelse, selvom hun gerne vil have mere socialfagligt orienteret uddannelse: Dorte har ikke søgt da hun har en underliggende forståelse af at hun ikke ville få det tildelt alligevel. Her ses igen, ligesom hos Carl, en ulyst til at kæmpe for en bedre position i feltet, og en forståelse og underlæggelse af feltets doxa. En doxa der ifølge citatet synes at prioritere de sundhedsfaglige kompetencer over de socialfaglige, da Dorte tror hun godt ville kunne få bevilliget kognitive terapi uddannelse, men ikke uddannelse af socialfaglig karakter.

Det faktum at socialrådgiverne ikke får muligheden for at udbygge deres kulturelle kapital, eller ikke kæmper for det, betyder at de ikke får muligheder for at forbedre deres position i feltet gennem mere kapital og flere jetoner i spillet, hvis man tager udgangspunkt i Bourdieus spilmetafor.

Ovenstående citat kunne også tyde på at Dorte underlægger sig en symbolsk vold fra ledelsens side. Bourdieu betegner symbolsk vold som: *”En form for vold, der udfolder sig på baggrund af et samspil og en indforståethed hos det individ eller gruppe der bliver udsat for den”* (Bourdieu og Wacquant, 1996: 151). Der hersker tilsyneladende en doxa i feltet som indikerer at socialrådgiverne ikke er lige så vigtige at kompetenceudvikle som det sundhedsfaglige personale. Denne doxa fremstår her så naturligt, at Dorte ganske frivilligt underkaster sig den, og derved udsætter hun sig selv for symbolsk vold, ved ikke engang at søge om mere uddannelse. Der er ingen empiri, der skulle indikerer at ledelsen er bevidst om denne dominans, og når Dorte fortæller om hvad hun tror ledelsen ville sige til hendes ønske om uddannelse, er dette et postulat og ikke noget hun er sikker på. Jeg antager at hendes formodninger bunder i dels en doxa og et felt, hvor hun ikke oplever at hun har en ligeså stærk position som det sundhedsfaglige personale, men også at ledelsen er underlagt et stigende effektiviseringspres, og at ledelsen ikke nødvendigvis forstår til fulde, hvad socialrådgiveren egentlig arbejder med.

7.2.2. ”Hadeydelser. Der er ingen der støtter op omkring det.”

Carl, Bente og Dorte arbejder alle steder hvor deres arbejde måles på ydelser. Altså på hvor mange patienter afdelingen og de selv skal se ansigt-til-ansigt i løbet af en tidsperiode, og overskriften viser Carls holdning til ydelsesstyringen. Else bliver ikke selv målt på ydelser, men nævner at det er et problem, at socialrådgivernes arbejde ikke bliver dette, og ej heller kan måles ordentligt. Hun udtaler:

”Så er det kun hvis man går ud og måler på genindlæggelser, men ellers så måler man det ikke. Og det er jo det der er vores kæmpestore problem. Vi kan ikke måle det og vi bliver ikke målt på det.”
(Bilag 5)

Her giver hun udtryk for at hun mener at man ville kunne se deres arbejde gennem at måle genindlæggelser, da hun mener at deres arbejde i feltet formindsker patienternes genindlæggelser. Else mener at det er et stort problem at de ikke kan måles således at de kunne legitimere deres plads i feltet på denne vis. Ingen af informanterne har dog noget positivt at sige om denne nuværende

form for økonomi og rammestyring. Carl udtaler at han, og andre faggrupper i organisationen, føler sig bundet:

”Men opadtil i systemet er organisationen bundet af at vi allesammen skal køre med de ydelser der. Og det er jo ikke bare mig, det er sygeplejersker, det er allesammen. Vi har det... Næsten en gang om UGEN snakker vi om de ydelser der. Fordi det er en kæmpe belastning, også for læger og sygeplejersker.” (Bilag 3).

Her giver han udtryk for at det er en ”kæmpe belastning” ikke bare for ham, men for lægerne og sygeplejerskerne også. Bente fortæller dog at selvom både socialrådgiverne og deres sundhedsfaglige kollegaer alle er underlagt same form for resultatstyring, så har de ikke de samme muligheder for at leve op til disse ydelseskrav:

”Det er også et meget underligt system fordi det er typisk sygeplejersker og psykologer der har grupper. De kan sådan set have 1 gruppe, 2 mennesker der kommer 12 personer. På 1-2 timer så kan de så med et knips på fingrene hver især have set 6 patienter. Så man kan sige de trækker gennemsnittet op, og jeg er så en af dem som ligger lavt altid. Men så skal det jo gerne balancere så vi, som slutresultat når det antal ydelser vi skal.” (Bilag 2).

Her ses det at sygeplejerskerne rent teknisk set har nemmere ved at vise, at de bidrager til afdelingens ydelsestal, hvilket også betyder at de, på papiret, er med til at tilføre feltet flere penge end socialrådgiverne er i stand til inden for rammerne. Carl fortæller også at:

”30 procent af vores borgere her udebliver, så det er en udfordring.” (Bilag 3)

Carl er ikke i nærkontakt med patienterne på samme måde som sygeplejersker og læger eksempelvis er. Han skal i højere grad booke og lave aftaler for at se patienterne. Dette kan ses som en fordel, da han har mulighed for at forberede sig forud for mødet med patienten, men det gør det også sværere at opfylde ydelseskravet, da de udsatte borgere kan have svært ved at møde op. Her ses det at feltets organisering og måden socialrådgiveren skal møde borgeren på, har betydning for muligheden for at legitimere sig i feltet som værdifulde fagpersoner med en værdifuld kapital.

Bente nævner dog også, at så må afdelingen ”balancere” således at de antal ydelser hun ikke kan påvise, må andre indhente. Også Carl giver udtryk for at der er en forståelse blandt hans kolleger om, at han ikke kan nå alle de ydelser han teknisk set burde:

”Mine kollegaer siger det er da klart og tydeligt at en socialrådgiver ikke kan nå de ydelser fordi man har, som jeg viste dig før, mailkorrespondence, breve og alle de der ting, dokumentation og så videre. Som ikke tæller, det tæller ikke en skid.” (Bilag 3).

Selvom der er forståelse fra kollegerne, ændrer det ikke på at han her oplever, at det arbejde der ligger i at ringe og skrive til samarbejdspartnere, dokumentere indsatsen, og så videre, ikke tæller, da disse arbejdsopgaver ikke udløser økonomiske ydelser, da det kun er ansigt-til-ansigt møder der tæller som en ydelse. Det ses derfor at noget af Carls symbolske kapital, som han bruger når han koordinerer og brobygger, ikke blåstemples af feltet I denne forbindelse foreligger der en mulighed for at socialrådgiverne kan have indlejret en doxa om at koordinering og brobygning, som socialrådgiverne er gode til (Dansk socialrådgiverforening og Regionernes lønnings- og takstnævn, 2012) ikke tæller, eller er mindre værd, end det direkte møde med patienten eller rådgivning af kolleger. Ydermere, at det sundhedsfaglige personale udfører vigtigere og bedre arbejde, da de i højere grad kan opfylde organisationens mål og styringskrav.

Denne form for styring af arbejdet gennem ydelser betyder ifølge Bente at:

”Hvis man taler om højere ledelseslag, så føler jeg ikke rigtig at mit arbejde bliver anerkendt. Fordi jeg har problematiseret, hvorfor skal jeg måles på et tal, altså nu har jeg været her så lang tid, det er ikke lykkedes mig at opfylde det endnu. Det er jo demotiverende i sig selv.” (Bilag 2).

Citatet kan forstås som et udtryk for at Bente oplever at hun gør et godt stykke arbejde, men at det ikke anerkendes, selv efter at have arbejdet i organisationen længe. Bente har også en forestilling om at hun hellere vil være ”en god socialrådgiver” end hun vil opfylde ydelsestallet. Hun fortæller at:

”Nogle af dem [patienterne] har simpelthen så lang transporttid, ja både lang tid, men også dyr og de har ikke råd til at komme herhen. Og så altså så siger jeg altid at så tager vi en telefonkonsultation. Men det giver jo heller ikke det, det skal gi.” (Bilag 2).

Hun fortæller at dette kan lade sig gøre på grund af at hendes nærmeste ledere synes at det er okay, men det ændrer ikke på at andre i afdelingen i så fald må lave flere ydelser for at nå kvoten. Her ses det at Bente forstår at de udsatte borgere kan have problemer med at betale turen til hospitalet, hvilket hun imødekommer ved at tage en telefon samtale, selvom hun i princippet burde lave en fysisk aftale med dem om at de skal møde ind på ambulatoriet, så hun kan få dokumenteret en

ydelse der udløser penge. At tvinge patienter til at møde ind, selvom samtalen godt kunne tages telefonisk, kan stride imod hendes professionshabitus og de værdier, der knytter sig til professionen, for eksempel værdien ”social retfærdighed”, der betyder at socialrådgiveren bør modvirke forskelsbehandling, herunder rige/fattiges muligheder for råd og vejledning. Her har Bente således forsøgt at italesætte, hvad hun opfatter som fejl i feltet, og derved udfordrer rammerne og vilkårenes betydning for det sociale arbejdes udførelse. Afsnit 7.1. viste at socialrådgiverne i høj grad har tilvalgt feltet på baggrund af at de her kunne udføre det arbejde, de følte var godt socialrådgiver arbejde. Ydelsesstyringen er dog et punkt hvor socialrådgiverne er direkte påvirket af New Public Management inspirerende styringslogikker, og har mindre frihed til selv at bestemme hvad deres arbejde bør måles på, samt hvordan det bør organiseres, da de i denne form for styring ”bør” have x antal samtaler om dagen.

7.2.3. “Så er der jo onde tunger, som mener at vi ikke er en del af opgavevaretagelsen.”

Varetagelsen af patienternes sociale sag, samt bevillingskompetencen, ligger officielt hos kommunen og ikke regionen. Dette betyder at socialrådgiverne ikke er en del af kerneopgaven i regionen, men i stedet faciliterer samarbejdet mellem de to sektorer. Dorte fortæller at opdelingen mellem kommunale og regionale opgaver, samt socialrådgiverenes navigering mellem de to sektorer, har en betydning for hvordan man på ledelsesplan opfatter socialrådgiverne i psykiatriens arbejde. Hun udtaler:

”Hvis ikke socialrådgiveren er synlig, eller har været synlig, jamen så er det jo nærliggende at tænke: “Hvorfor er det så dem vi bruger løn til, når vi i øvrigt mangler læger og behandlere i øvrigt?”. Og så tror jeg det er en gammel diskussion helt tilbage fra dengang man havde... Amterne blev nedlagt og der blev lavet hospitaler og kommuner. Og så synes man ikke at kommunerne lever op til deres forpligtigelser og det socialrådgiverne laver er en kommunal opgave. Så uvidenheden om hvad vi rent faktisk laver og hvad vi rent faktisk betyder for behandlingen.” (Bilag 4)

Socialrådgiverne har ikke myndighed og kan ikke bevillige noget til patienterne, derfor kan de principielt ikke lave kommunens arbejde. De har heller ikke ansvaret for behandlingen eller plejen for patienterne, som ellers er kerneopgaven i psykiatrien. Derfor kan det fremstå uklart hvad socialrådgiverenes egentlige funktion på hospitalet består i. Dorte fortæller at ledelsen ikke forstår hvilken betydning de har for behandlingen af patienterne. Det faktum at deres legitime

videnskapital ikke kan gennemskues af ledelsen, kan i denne forbindelse blive et problem for socialrådgivernes mulighed for at italesætte det stykke sociale arbejde de laver som en vigtig del af patientens behandlingsforløb.

Som tidligere analyseret har socialrådgiverne problemer med at vise sig som én samlet faggruppe, da de arbejder på hver deres afsnit med hver deres leder, samt at de ikke har en socialfaglig leder, der viser dem i samme retning. Dette sammenholdt med at socialrådgiverne har meget autoritet og frihed til at planlægge deres arbejde, betyder at de reelt set selv bestemmer hvad og hvordan de vil prioritere deres arbejde. Især problemet med ensartethed kan være medvirkende til at socialrådgiverne har svært ved at vise deres værdi for behandlingen, da de selv skal legitimere og positionere sig, og ikke nødvendigvis har en leder der forstår deres vigtighed og som kan italesætte denne vigtighed længere oppe i hierarkiet. Else fortæller:

”Mange af de sparerunder vi har været ude i for nyligt, det har været med fokus på opgavevaretagelsen. Så er der jo onde tunger, som mener at vi ikke er en del af opgavevaretagelsen. Det er der hvor vi mange steder bliver skåret ned fordi de har tænkt at det er kommunens opgave vi laver.” (Bilag 5)

Citatet viser at Else oplever at ledelsen har en opfattelse af at socialrådgiverne "udfører kommunens arbejde". Adgangen til et felt er betinget af at individerne i feltet kan genkende og anerkende aktørers særlige kapitalsammensætning som legitim (Bourdieu og Wacquant 1996, 84-58), og i denne forbindelse har socialrådgiverne et problem, da deres kapitalsammensætning, øjensynligt, ikke anerkendes af ledelsen, der ikke finder socialrådgivernes kapitalsammensætning værdifuld nok for feltet, og mener at man i stedet kunne bruge kommunen noget mere.

Her ses det at strukturreformen og socialrådgivernes manglende del i "kerneopgaven" udløser en opfattelse blandt den øverste ledelse, der bunder i at de er en slags ekstra service, og derfor muligvis kunne undværes i feltet. Her ses altså en udfordring for deres muligheder for at legitimere sig, da de er nødt til at positionere sig som delelementer i behandlingen, og ikke som direkte udøvere af feltets kerneopgave. Socialrådgiverne på hospitalerne kan dog stadig ses som havende en funktion i at støtte lægerne, ligesom da professionen begyndte sit indtog på hospitalerne.

7.2.4. “Man bliver i hvert fald ikke indtænkt i dagligdagen”.

”Efter besparelserne er det blevet sådan, at der skal afdelingerne selv være opsøgende på socialrådgiveren. Og de får ikke altid kigget i alle de ting de skal monitorere og registrere så bliver socialrådgiverens arbejde glemt. Den sociale anamnese bliver glemt og bliver til et spørgsmål om “Hvad har du levet af?” jo de kan godt spørge: “Hvad lever du af?”, men [spørger også]: “Spiller du kort””. (Bilag 4)

Det er Dorte der her fortæller om risikoen for at blive glemt i de strukturer og rammer socialrådgiverne arbejder i. Socialrådgiverne har alle deltidsstillinger og er ofte tilknyttet mere end et afsnit. Dertil kommer at deres kontor i fleres tilfælde ikke ligger nær patienterne. Hun fortæller yderligere:

“På sengeafsnittene der er en risiko for at socialrådgiverne bliver glemt. Fordi man er der ikke. En fast del af deres dagligdag (...)Og man bliver i hvert fald ikke indtænkt i dagligdagen, medmindre at der kommer så en problemstilling hvor patienten selv efterspørger en socialrådgiver, men det gør jo så at patienten selv skal være i stand til at efterspørge en socialrådgiver.” (Bilag 4).

Disse rammer i feltet er med til at socialrådgiverne forsvinder lidt og i højere grad er nødt til at synliggøre sig hvis patienten skal have adgang til socialrådgivernes ekspertise. Citaterne rummer endnu et element, nemlig konsekvensen for det sociale arbejde. De psykisk syge patienter kan have svært ved selv at bede om hjælp, og derfor er der en risiko for at de ikke får modtagerhjælp, medmindre denne patient er opsøgende. Dertil kommer at socialrådgiverne ofte får deres arbejdsopgaver af det sundhedsfaglige personale der gør opmærksom på hvis en patient godt kunne bruge hjælp, men hvis socialrådgiverne ikke har tid til selv at finde ud af om patienterne har behov for hjælp, og lægerne og sygeplejerskerne ikke stiller de rigtige spørgsmål, kan der være nogle patienter, som ikke får den hjælp de har behov for, da deres sociale problemer ikke opdages. Anja fortæller at det ikke er altid at hun kan bruge det sundhedsfaglige personales oplysninger:

”Jeg får tit patienter ind af døren hvor der står i journalen: “ingen sociale problemstillinger”. Så når jeg begynder at tale med patienten så vælter det jo ned med alt mulig lort. (...) Så det kommer an på hvilke nogle spørgsmål man stiller, det ved vi jo kun som socialrådgiver, hvad vi skal spørge ind til” (Bilag 1).

Her ses det at Anja klargør, at det er kun noget man ved som socialrådgiver, da de er dem, som har erfarings- og kulturel kapital til at vide hvilke spørgsmål, der skal spørges ind til. Her ses det at hun italesætter, at det bør være socialrådgiverne der tager sig af den sociale anamnese, eftersom lægerne ikke har denne kompetence. Gennem uddannelsen er socialrådgiverne blevet skolet i at have øje for hvilke sociale problemer udsatte grupper kan have, ligeledes er de uddannede til at vide hvad der er vigtigt at få afklaret. Her har socialrådgiverne således en unik viden om det sociale aspekt og de spørgsmål, der hører til dette, socialrådgiverne har derfor en klar videnskapital som lægerne ikke nødvendigvis har. Socialrådgiverne giver alle udtryk for at de bruges som juridiske eksperter, men det er interessant at socialrådgiverne ikke i højere grad forsøger at kræve jurisdiktion over det sociale arbejde som erklærede sociale eksperter. De har fået legitim adgang til feltet gennem deres statsautoriserede uddannelse, og ved at have staten i ryggen får de mulighed for at sætte deres doxa og kapitaler i spil inden for feltet (Järvinen, 2005: 16). Men her bliver deres uddannelse og de kapitaler de har med sig øjensynligt ikke anerkendt af ledelsen, eftersom det først er ”efter besparelserne” at afdelingerne skal være opsøgende på en socialrådgiver. Her ligger det implicit, at det ikke altid har været således som Dorte beskriver det, men at der før har været mere tid til at udføre socialt arbejde inden for rammerne. Anja giver også udtryk for at der tidligere var mere tid til patienterne:

”Før i tiden der havde jeg nogle rigtig gode grupper (...) hvor der var tid til at fordybe sig til nogle patienter i grupper om deres sociale liv (...). Det var en helt KLAR socialrådgiveropgave. Fordi det var os der sådan... Vi skulle. Vi informerede dem om hvilke ydelser får du, hvad skal du ud i job?, kunne det være et fleksjob? Vi fik etableret nogle praktikforløb. Det var SUPER fedt, at få dem videre.” (Bilag 1).

Her fortæller hun om at der tidligere var mere tid til at fordybe sig i patienternes sociale liv. Hun nævner tillige at det er en KLAR socialrådgiveropgave at hjælpe borgerne med deres sociale problemer. Det virker dog til at ledelsen ikke har kunnet se dette, og at de derfor er blevet besparet. Set i et grænsedragningsperspektiv kan det tænkes at socialrådgiverne ikke har været gode nok til at kræve jurisdiktion over dette, og at opgaven derfor er blevet taget fra dem og lagt over til det kommunale system efter strukturreformen i 2007. Det kan tænkes at socialrådgiverne før strukturreformen ikke har været i stand til at omsætte deres kapital til magt i feltet, og har derfor ikke fået gjort nok opmærksom på deres særegne evner, hvilket har betydet at kommunen fik ansvaret i stedet for socialrådgiverne.

7.2.5. Opsamling

Socialrådgiverne giver alle udtryk for at mangle faglig ledelse og udvikling. Som beskrevet i den deskriptive analyse er de centrale ledere på afsnittene og på ambulatorierne en afdelingssygeplejerske, hvilket betyder at socialrådgiverne ikke nødvendigvis får en egentlig socialfaglig ledelse i deres arbejde. Dette betyder at socialrådgiverne ikke har en leder, der forstår hvordan de fagligt bliver udviklet bedst, og som kan ensrette deres arbejde. At de ikke ledes socialfagligt, betyder at de fremstår som en fragmenteret faggruppe, og har indlejret naturligheden i at det ikke kan være anderledes. Rammerne og vilkårene fordrer ikke at socialrådgiverne kan udbygge deres kulturelle kapital, og derigennem forbedre deres position i feltet.

Ydelsesstyringen påvirker socialrådgiverne da de ikke oplever at deres arbejde kan måles ordentligt på denne måde. Det ses at dette kan føre til en indlejret doxa om mindreværd som faggruppe i feltet, samt at styringen opsætter grænser der strider imod deres professionsetos.

Det faktum at socialrådgiverne ikke er en del af kerneopgaven på hospitalet og ikke kan flytte patienterne fra syge til raske, men i stedet arbejder som delelement i behandlingen, kan ses som en begrænsning i forhold til deres muligheder for at blive opfattet som en vigtig faggruppe, samt at opnå anerkendelse fra deres ledelse. Socialrådgiverne oplever at ledelsen godt mener at de og deres kapitalsammensætning kan undværes i feltet.

Det ses en risiko for at det sociale arbejde glemmes i rammerne, samt at socialrådgiverne som fagpersoner overses. Dette er dels på grund af de fysiske rammer og besparelser, men også på grund af selve organiseringen af arbejdet, hvor det ses at lægerne og sygeplejerskerne ofte videregiver opgaver til socialrådgiverne, men at de ikke har samme viden til at kunne opdage sociale problemer. Dette har betydning for udførelsen af det sociale arbejde, da socialrådgiverne ofte ender med ikke at få den information om patienten, som de skal bruge for at hjælpe patienten videre.

7.3. Rammer og vilkår der opleves som fremmede for mulighederne for at udføre socialt arbejde

Følgende vil ligesom afsnit 7.2. sammenholde socialrådgivernes subjektive konstruktioner med den objektivt eksisterende måde at organisere arbejdet på sygehuset på. Denne analysedel har til hensigt at belyse nogle af de strukturelle forhindringer, der opleves af socialrådgiverne inden for den sundhedsfagligt orienterede organisation.

7.3.1. “Har man en god socialrådgiver eller flere i det sundhedsfaglige, så har man også et godt samarbejde med kommunen.”

Socialrådgiverne besidder en del kulturel kapital, som anerkendes af deres sundhedsfaglige kolleger. Det ses især at det har en stor værdi at socialrådgiverne, med deres viden om det kommunale system og deres ansættelse i det regionale regi, giver dem en unik og særligt god evne til at sikre at de to sektorer arbejder sammen på bedste vis. Det er således særligt deres rolle, som bindeled til kommunen, at socialrådgiverne giver udtryk for anerkendelse og hvor de oplever at det sociale arbejde fungerer særligt godt.

Af det empiriske materiale kan der udledes et væld af udsagn, der viser at socialrådgiverne føler sig værdsat i feltet af det sundhedsfaglige personale, og at de besidder nogle kapitaler, der har værdi for andre aktører i feltet. For eksempel udtaler Anja:

”Ja, altså vi, jeg synes at vi, hver især på hvert afsnit gør opmærksom på os selv. Og siger: “Det er en socialrådgiver opgave”. På afsnittet er vi meget synlige, de ved udmærket godt, at det er vigtigt at have en socialrådgiver. Det tror jeg både læger, sygeplejersker og alle plejepersonalet synes. Sekretærer også, men så når man længere op i organisationen og så tror jeg at det bliver mere usynligt, hvad det er vi laver.” (Bilag 1).

Dette er et af mange citater der viser at socialrådgiverne oplever at have de kapitaler, der efterspørges i feltet af samarbejdspartnerne, men ikke en kapitalsammensætning, der værdsættes af ledelsen. Dette er en gennemgående oplevelse blandt informanterne. På afsnittene og i den nære hverdag oplever socialrådgiverne dog en forståelse af, at de, som faggruppe, er en vigtig del af behandlingen. Carl fortæller:

”Der er forståelse for at man skal tænke patienten ind i en holistisk tankegang, med man kan jo ikke blive rask, hvis man ikke har en ordentlig bolig, man kan ikke blive rask, hvis man jobmæssigt hænger og så videre og så videre. Så det synes jeg at der er forståelse for.” (bilag 3).

Af citatet fremgår det at Carl fremhæver det holistiske som en positiv ting, hvilket kan hænge sammen med socialrådgivernes professionsetos, der vægter helhedssynet særligt højt.

Denne anerkendelse af deres kapitalsammensætning gør at socialrådgiverne har nogle kapitaler, der er værdifulde, og som de kan veksle til en større indflydelse og magtposition i feltet blandt deres

socialfaglige kolleger. Dette aspekt er dog todelt, da de ikke oplever anerkendelse for deres arbejde af ledelsen. Dette forhold vil analyseres senere.

Socialrådgiverne besidder kapital som knytter sig til de forskellige roller som de påtager sig i samarbejdet med det sundhedsvidenskabelige personale og de kommunale samarbejdspartnere. En af de roller som socialrådgiveren besidder symbolsk kapital inden for, er rollen som tolk, og handler om at socialrådgiverne kan "tale kommune". Om dette fortæller Carl:

"Tidligere var jeg meget inde over statusattesterne, for ligesom at luge det værste ud: "Patienterne skal..", "Man bliver kun rask, hvis man gør sådan", sådan nogle formuleringer der. Hvor jeg bad dem om at sige at i må "Henstille til..", og i kan "Anmode om..", lave sådan andre formuleringer fordi ellers fungerer det ikke." (Bilag 3).

Også Dorte fortæller om at kunne tale kommunens sprog:

"Jeg forstår kommunen sprog ikke? Så jeg kan sige: "Arrg, når du skriver det og det, så sidder jeg med en oplevelse af", og jeg bruger mig selv som udgangspunkt fordi jeg har været sagsbehandler, så siger jeg "så ville jeg vurdere sådan og sådan". Er det der vi er?" (Bilag 4).

Begge udsagn relaterer sig til de statusattester som lægerne skal udarbejde, og som socialrådgiverne i høj grad er med til at "kvalitets sikre". At dette tillægges værdi, ses for eksempel når Dorte fortæller at hun bliver lyttet til, når hun fortæller lægen at dele af den status han har skrevet bør formuleres anderledes, eller skal indeholde andre elementer:

"Det er overhovedet ikke det samme som at diktere en sag, det er slet ikke mig der beslutter hvad lægen vurderer, men det er mig der kvalificerer at lægen får ytret det, eller formidlet det som lægen vurderer." (Bilag 4).

Denne rolle som tolk er med til at sætte socialrådgiverne i en position hvorfra de kan udnytte deres kulturelle kapital og forklare hvordan den kommunale doxa kan forstås over for det personale, der er vant til at arbejde ud fra nogle andre antagelser og forståelser, nemlig de sundhedsfaglige i behandlerkulturen. Dette tillægges øjensynligt værdi i feltet, og giver socialrådgiverne en mulighed for at positionere sig i feltet. Både Dorte, Else og Carl har alle arbejdet kommunalt, og har en forståelse for hvordan man arbejder og forstår i kommunalt regi. Dette betyder at deres forståelse af forvaltningens arbejdsmåder og doxa, gør at de kan spille ind med deres erhvervs erfaringer omkring dette i feltet.

Socialrådgiverne har mange oplevelser med at de fungerer som bindeled mellem sektorer, hvilket den deskriptive analyse også viser at de gør. Deres evne til at forstå og koordinere mellem sektorer kommer dels fra deres uddannelse, og dels fra en forståelse af hvordan det kommunale system fungerer. Anja fortæller at denne forståelse ikke er en, det sundhedsfaglige personale besidder, og hvis en socialrådgiver for eksempel har været syg i en periode og været væk fra sin arbejdsplads, så:

”(...) har personalet selv skulle prøve at koordinere nogle møder og det har været en total umulig opgave. De aner jo ikke hvad forskellen på jobcenter og en socialfaglig enhed (...) Det ved vi jo, det er vi jo helt skarpe på, alt det socialf... Vi ved godt når de siger “Jeg har hende som sagsbehandler, så ved vi godt at hun sidder i en socialfaglig enhed, så der må hun have en sag.” (Bilag 1).

Her fremstår det at socialrådgivernes evne til at begå sig, og forstå både det regionale og det kommunale system, gør at de i højere grad kan koordinere møder og hjælpe patienten videre. Else fortæller at det også er lige præcis denne opgave, og denne form for dispositioner og forståelse hvori deres største berettigelse ligger:

”Vi har ikke mundtligt monopol på det, men det er det vi gør. Og det er det man efterspørger os til. Det er igen koordineringsdelen, så det er mere eller mindre der hvor vores største berettigelse ligger.” (Bilag E)

Her ses det tydeligt at socialrådgiverne ikke har monopol på hverken, at kunne koordinere, brobygge, eller være tolk, men at det er de arbejdsopgaver de ender med på grund af deres kapitalsammensætning og deres forståelse af hvordan det kommunale felt fungerer, samt for hvilke doxa forestillinger, der er i feltet. Socialrådgiverne her en mulighed for at positionere sig som spillere i feltet med særegne jetoner de kan spille med over for ledelsen og overfor deres kollegaer inden for dette virksomhedsområde. Ifølge Abbott kan en profession ikke besætte en jurisdiktion uden at professionen kæmper for den, eller at den er ledig (Abbott, 1988: 86). Af tidligere citat fra Anja ses det, at det sundhedsfaglige personale ikke har erfaring med, eller har mindre viden om, at udføre koordinerende eller brobyggende arbejde med det kommunale system, og derfor kan denne opgave have været ledig for socialrådgiverne at overtage mere eller mindre fuldstændigt. Som tidligere nævnt, har socialrådgiverne alle en formodning om, at hvis de forsvandt fra feltet, ville det sociale fokus i høj grad forsvinde med dem.

Else har på mange måder ret i at disse egenskaber og roller som tolk, koordinator og brobygger mellem sektorer, er medvirkende til at cementere socialrådgivernes berettigelse, da disse

dispositioner eller denne symbolske kapital vil være sværere for det sundhedsfaglige personale at tilegne sig, da en del af dette også er baseret på erfaring. Socialrådgiverne arbejder direkte med kommunen og har derfor et større kendskab til ikke kun kommunens afdelinger, men også personalet i kommunen, og som Dorte udtrykker:

”Altså jeg har jo aldrig rigtig snakket med vores samarbejdspartnere omkring det, jeg tror det er naturligt at det er socialrådgiver til socialrådgiver, også i kommunerne.” (Bilag 4).

Her ses også en underliggende doxa om at det er ”naturligt” at kommunikere socialrådgiver til socialrådgiver, ikke sygeplejerske eller læge og kommune. Her har socialrådgiverne en unik mulighed for at grænse drage den opgave det er at have kontakten til det kommunale system, da det virker til at både det sundhedsfaglige personale og de kommunale samarbejdspartnere efterspørger socialrådgiverne til denne opgave, der således kan overtages uden kamp.

Socialrådgiverne oplever derfor deres mulighed for at kunne koordinere, brobygge og oversætte mellem sektorer som noget, der fremmer det sociale arbejde, og som hjælper patienterne til at komme videre på den bedst mulige vis. De koordinerer således processer som egentlig er kommunens ansvar, men som de tilsyneladende er i en særlig position til at kunne opfylde.

7.3.2. “At yde support for mine ikke-socialrådgiverkolleger”

”Man bliver ikke indlagt i dag for sjov, der er så få sengepladser så dem der ligger i sengene de har et behov for hjælp.” (Bilag 5).

Ovenstående citat kommer fra Else. Hun fortæller her at de seneste års besparelser og nedlæggelser af sengepladser, har haft den betydning at de patienter, der er indlagt i dag, er meget syge. Socialrådgivernes funktion som delelement i behandlingen af patienter kan ses her. Socialrådgiverne har både en etisk og en professionel interesse i at patienterne bliver så mentalt raske som muligt. Socialrådgiverne har i den forbindelse en mulighed for at løse en masse knuder for patienten, og sørger tilsyneladende for at frigøre tid for deres sundhedsfaglige kollegaer, samt være behjælpelig i deres samarbejde med kommunen. Jeg har tidligere berørt det faktum at socialrådgiverne er med til at kvalificere visse dele af det sundhedsfaglige personales kontakt til kommunen, for eksempel i forbindelse med de statusattester som kommunen anmoder lægerne om.

Carl fortæller om et eksempel med en patient hvor sygeplejersken er i tvivl om hvad han skal stille op med patientens hjem, som sygeplejersken ikke længere kan komme ind i på grund af skidt og møg. Carl fortæller at han tager kontakt til kommunen og:

”(...) de kommer så ind og så må vi se hvad der kommer ud af det i den her konkrete sag. Som regel kommer der noget konstruktivt ud af det så sygeplejersken bedre kan arbejde med medicin og de ting som er hans opgave” (Bilag 3).

Citatet viser at Carls fokus på løsning af patientens sociale sag, frigør tid for hans sundhedsfaglige kolleger, således at de kan fokusere på at arbejde med patientens behandling. Dorte fortæller at hendes sundhedsfaglige kollegaer godt kan have nogle usikkerhedspunkter som de gerne vil:

“... kanalisere væk. Så man igen kan holde fokus på det man kan med patienten...” (Bilag 4).

Citatet viser at socialrådgiverne ofte overtager arbejdsopgaver som det sundhedsfaglige personale ikke oplever at de er rustet til at varetage. Sammenholdt med det faktum at socialrådgiverne i høj grad kan anses som generalister i et specialiseret system, så udlægger jeg dette sådan at socialrådgiverne er der man går hen med alt der minder om socialfaglige problematikker, således at det sundhedsfaglige personale ikke selv står med problematikkerne. Derved bruges de som en slags socialfaglige specialiserede generalister.

Socialrådgiverne oplever også at de i høj grad bruges som juridiske eksperter. For eksempel udtaler Dorte:

”Altså så er det igen det her med: “Hvordan forstår man kerneopgaver?”, fordi en kerneopgave for mig er, for eksempel, at yde support for mine ikke-socialrådgiverkollegaer, det kan være i forhold til de usikkerhedspunkter de kan have.” (Bilag 4).

Hun fortsætter med at forklare at der især i den juridiske ekspertrolle ligger en kulturel kapital, som er særegen for socialrådgiverne og som er noget der respekteres og forventes af hende. Her ses træk fra den stærkt specialiserede organisation hvor hver medarbejdergruppe har hvert sit ansvar og arbejdsområde, og hvor den juridiske viden anses som værende værdifuld for socialrådgiverne i feltet, da den ikke er en kapital som det øvrige sundhedsfaglige personale nødvendigvis besidder. Derfor kan den juridiske videnskapital identificeres som et af de steder hvor socialrådgiverne i en Abbottsk optik har erobret et arbejdsområde som de kan agere indenfor (Abbott, 1988). Om den juridiske ekspertrolle fortæller Dorte:

”Forventningen er at jeg kan det med paragrafferne, og det gør jeg også langt hen ad vejen. Den juridiske del. Det er også det de er usikre på, det er det de gerne vil have en der kan overtage og kan yde en vejledning i forhold til.” (Bilag 4).

Af undersøgelsens empiriske materiale er dette et af de få vidensområder som socialrådgiverne har mest viden og kapital inden for. Dette er et af de få områder hvor socialrådgivernes uddannelseskapital opfattes af andre faggrupper som unik. Således er de med til at opkvalificere det sundhedsfaglige personales kontakt til kommunen. Således at denne fremstår så klar så muligt.

Jeg har allerede berørt det faktum at socialrådgiverne oplever en faglig frihed, hvilket er medvirkende til at de har valgt at arbejde i feltet. Denne ramme og de vilkår der relaterer sig til dette vil undersøges i det følgende.

7.3.3. “Det har en stor fleksibilitet”

Socialrådgiverne i regionen er ikke underlagt samme form metodisk socialt arbejde, som bliver mere og mere fremherskende i det kommunale regi (Guldager & Skytte 2013: 514-515). Tværtimod giver de alle udtryk for at have stor metodefrihed og autonomi i udførelsen af deres arbejde.

Dorte fortæller at det kan være meget forskelligt hvad socialrådgiverne vælger at fokusere på hver især:

”Fordi socialrådgiverne.. Det er et meget bredt fag (...) Det vil sige at man har alt fra minijurister, minisociologer og minipsykologer. Nogle af dem der kommer ind her, det er nogle der måske ikke synes så fedt om myndighedsopgaven i forvaltningen, fordi de var måske ikke så glade for juradelen, det var ikke det de ville nørde med, de ville hellere være minipsykologer eller behandlere.” (Bilag 4)

Her ses det at rammerne egentlig tillader stor frihed blandt socialrådgiverne til selv at forme hvilken slags kapital de ønsker at investere i feltet. Dette kan være en fordel, da det betyder at socialrådgiverne har en stor tilpasningsevne i feltet til selv at fokusere og positionere sig som specialister inden for forskellige områder, hvor de finder det interessant og fordelagtigt. Det kan også anses som en ulempe, hvis de investerer kapital som ikke kan omsættes til symbolsk kapital og anerkendelse i feltet.

Else fortæller yderligere at:

”Det har en stor fleksibilitet. Og så tror jeg på en eller anden sæt og vis at vi bliver også meget specialiserede i hvad vi godt kan lide altså. Det tror jeg sådan set også nogle gange er en fordel at bruge det.” (Bilag 5).

Her fortæller hun at deres frihed faktisk er med til at gøre dem mere specialiserede. Det er paradoksalt at socialrådgiverne arbejder i hospitalets meget stringente rammer, men alligevel har en del frihed til selv at specialisere deres arbejdsopgaver efter hvad de selv personligt føler de gerne vil arbejde med.

Socialrådgiverne arbejder, som tidligere nævnt, som et delelement i behandlingen og har rigtig mange funktioner og opgaver. Deres opgaver har karakter af alt fra at yde råd og vejledning om socialjura, til at hjælpe patienter med at få et dankort. De har i høj grad selv styring over deres kalender og har mulighed for at forberede sig. De står ikke pludselig midt i en akut situation med en patient ligesom sygeplejerskerne og lægerne kan gøre. Else fortæller at dette betyder at de i visse situationer har nemmere ved at blive set i et positivt lys af patienterne:

”Nogle gange skal man være lidt ydmyg når man kommer ned sådan et sted som socialrådgiver. De står jo nogle gange dernede i det morads det nogle gange kan være på en psykiatrisk afdeling, hele tiden. Så vi kan også godt, af patienterne, til tider, blive set som sådan nogle godgørende elementer i deres behandling.” (Bilag 5).

Her ses det at rammerne, hvor socialrådgiveren har et kontor og booker samtaler med borgere og ellers kommer ned på afsnittene efter behov, betyder at socialrådgiveren ikke står i det ”morads” som Else beskriver at det sundhedsfaglige personale godt kan stå i. Dette kan være med til at skabe en god kontakt til patienten, da socialrådgiveren fremstår som et godt element i deres indlæggelse.

Socialrådgiverne har mange samarbejdspartnere, men de er også meget alene i udførelsen af deres arbejde. De går ikke nødvendigvis blandt patienter på samme måde som sygeplejerskerne og lægerne gør det. Anja fortæller at det er rart at have sit eget kontor og friheden til at kunne trække sig tilbage:

”Hvor jeg kan egentlig også meget godt lide at jeg kan trække mig at jeg kan sidde og få fat i kommunerne når jeg skal, når jeg skal skrive hvad jeg skal og så gå tilbage til afsnittet.” (Bilag 1).

Her ses det at rammerne for det sociale arbejde muliggør refleksion, stor fleksibilitet og en mulighed for at skabe en positiv kontakt til patienten, men samtidig kunne trække sig tilbage og

arbejde selvstændigt og alene. Ligeledes er vilkårene og socialrådgivernes uddannelse som generalist med til at de selv kan vælge at specialisere sig inden for de områder, hvor socialrådgiverne selv oplever at det giver mening for dem og deres professionshabitus.

7.3.4. “For os er det jo helhedssynet”

At socialrådgiverne har så frie rammer og vilkår som de har, samt en høj grad af selvbestemmelse i forhold til hvilke arbejdsopgaver de ønsker at påtage sig, samt hvilken indsats de forsøger at igangsætte, betyder at de alle giver udtryk for at kunne arbejde meget helhedsorienteret. Else fortæller for eksempel:

“For os er det jo helhedssynet. Hos os er det et syn på hele paletten, så hvis man ønsker at bruge sin faglighed i fuld udstrækning, så skal man lave sådan noget her.” (Bilag 5).

Citatet viser at Else oplever at kunne bruge sin kulturelle kapital i “fuld udstrækning”, og at hendes fokus er helhedssynet, hvilket er en højt vurderet værdi i det sociale arbejde (Egelund og Hillgaard, 2006: 138).

Det faktum at de ikke har en leder gør at de i mindre grad styres i en bestemt retning. Dorte giver som den eneste udtryk for at hun har en daglig leder, der forstår hendes faglighed. Hun fortsætter dog med at fortælle at lederen ikke er hendes daglige leder, og derfor ikke har den store betydning:

”Hvor det er i højere min faglige leder der forstår det. Men igen er man jo meget selvstændig fordi den ledende socialrådgiver sidder et helt andet sted, har jo ikke gefühl.” (Bilag 4).

Her har hun altså en faglig leder, men ikke i hverdagen, da han har kontor et helt andet sted. Her ses det at rammerne for arbejdet betyder, at hun ikke ledes af organisatoriske ønsker for det sociale arbejde, hun har ikke en faglig leder, der dikterer hvilken socialfagligindsats hun skal yde, samt på hvilken måde. Hun har derfor en stor frihed til selv at investere de kapitaler i feltet som hun finder mest brugbare i arbejdet med kolleger, patienter og overfor ledelsen. I en samtale om hvad der er hendes kerneopgaver, fortæller Dorte også at:

“Så jeg tror det er meget individuelt, hvor meget man ligger i en rolle som socialrådgiver, hvor meget man præger det, med de interesser man har.” (Bilag 4).

Citatet viser, at det faktum at de ikke arbejder med ligeså mange restriktioner, og et langt stykke hen ad vejen selv kan bestemme hvilke arbejdsopgaver de vil tage, samt hvordan de vil håndtere

dem, betyder at man som socialrådgiver selv oplever at kunne præge det sociale arbejde. Det faktum at socialrådgiverne i høj grad er alene om deres faglighed, og at rammerne for det sociale arbejde er så frie og uden konkrete strukturer, regler og metodestyringer organisationen ellers er bygget op om, kunne tyde på at socialrådgivernes professionshabitus ikke styres af andre socialfaglige medarbejdere - da de ikke har særlig mange snitflader, eller ledere - da de ikke er socialfaglige. I stedet orienteres socialrådgiverne mod deres egne interesser, socialfaglige idealer, etos og værdier og arbejder med et helhedsorienteret fokus og mod helhedsorienterede indsatser og udøver hjælp efter hvad patienten har behov for. I problemfeltet beskrives også en tendens i det sociale arbejde til at orientere sig mere mod metodestyring og opdeling af arbejdsopgaver, og det kan tænkes at socialrådgiverne i højere grad kan efterleve helhedssynets idealer i regionen, end socialrådgiverne kan i kommunen. Derved ses det at den manglende ledelse og den store frihed i arbejdet har implikationer for hvordan de udfører deres arbejde, og medfører at især helhedssynet har gode udfoldelsesmuligheder.

7.3.5. Opsamling

Socialrådgiverne besidder en del kulturel kapital, som anerkendes af deres sundhedsfaglige kollegaer. Især deres viden om det kommunale system, sammenholdt med deres funktion i regionsalt regi, gør at de har en stor forståelse for hvordan de to sektorer samarbejder bedst. Det er således særligt deres rolle som brobygger og bindeled mellem kommune, region og patient, socialrådgiverne oplever anerkendelse for. Her har socialrådgivernes frie rammer og gode samarbejds muligheder betydning for det sociale arbejde.

Socialrådgivere kan være medvirkende til at frigøre tid fra det sundhedsfaglige personale, således at de kan fokusere på det sundhedsvidenskabelige aspekt af arbejdet, og ikke skal bruge lang tid på eksempelvis kontakten til kommunen, som de har svært ved. Ligeledes ses det som fremmende at lægerne kan få svar på deres socialfaglige, og særligt deres juridiske, spørgsmål, således at oplysninger til patienter og kommuner er så brugbare og korrekte som muligt. At rammerne muliggør samarbejdet mellem det sundhedsfaglige personale og det socialfaglige, kan være en garant for dette.

Det ses som fremmende at socialrådgiverne har mulighed for at kunne forberede sig, før mødet med patienten, samt at de alle giver udtryk for en høj grad af autonomi i udførelsen af deres arbejde. De kan ofte selv prioritere hvordan de vil gribe en indsats an og hvad de ønsker at fokusere på. Dertil

kommer at socialrådgivernes arbejdsvilkår, hvor de booker samtaler med patienter, giver dem mulighed for at forberede sig, og dermed står de ikke i de samme akutte situationer som det sundhedsfaglige personale kan befinde sig i. Disse forhold opleves som havende en positiv indflydelse på det sociale arbejde.

Socialrådgivernes rammer og vilkår gør, at de oplever at de i høj grad kan arbejde helhedsorienteret. De har ikke en egentlig social faglig leder, og arbejder meget selvstændigt i det sociale arbejde. Dette betyder at de i lang udstrækning kan bruge helhedssynet i deres arbejde.

7.4. Anslag til analysedel 2

Denne analysedel har fokuseret på socialrådgivernes oplevelser af de rammer og vilkår de indgår i. Dette er operationaliseret gennem analyser af hvad de mener er godt socialrådgiver arbejde, samt hvilke rammer og vilkår, der henholdsvis begrænser og fremmer udførelsen af det sociale arbejde. For at besvare hele problemformuleringen, samt for at få større indblik i hvilken betydning rammer og vilkår opleves at have for det sociale arbejdes udførelse, og for socialrådgivernes position som fagperson i behandlingspsykiatrien, vil følgende, dels på baggrund af denne analyse, forsøge at vise hvilken position socialrådgiverne har i feltet. Ligeledes vil næste undersøgelse analysere hvordan socialrådgiverne gør sig gældende som fagpersoner i dette felt. Dette skal samlet set besvare problemformuleringen.

8. Analysedel 2: Socialrådgiveres plads i feltet, og socialrådgivernes kampe for at gøre sig gældende inden for rammerne og vilkårene

Denne analysedel har som overordnede formål at undersøge hvilken betydning rammerne og vilkårene har for socialrådgivernes position i feltet samt hvordan de gør sig gældende som fagpersoner på hospitalet. Jeg finder det relevant at belyse hvordan socialrådgivernes oplevelser af rammerne og vilkårenes muligheder og begrænsninger påvirker deres evne til, ikke kun at kunne udføre socialt arbejde, men også at gøre sig gældende i feltet.

Jeg har tidligere påpeget og vist at socialrådgiverne ikke oplever at deres plads på det psykiatriske hospital betvivles af det sundhedsfaglige personale, men at socialrådgiverne i høj grad oplever at det er ledelsen, der mangler forståelse for værdien af deres arbejde. Det faktum at de oplever anerkendelse af det sundhedsfaglige personale betyder dog ikke at de derfor ikke behøver at kæmpe for deres socialfaglige plads i feltet. Beparelserne og den manglende anerkendelse deres ledelse,

må formodes at betyde at hvis socialrådgiverne skal opretholde, eller styrke deres egen, samt det sociale arbejdes position i feltet, må de kontinuerligt kæmpe for at gøre sig gældende som fagpersoner i dette felt. Følgende analyse vil præsentere hvordan de oplever at skulle kæmpe for dette, og hvilke strategier de bruger for kunne udføre det sociale arbejde de gerne vil. Først vil jeg forsøge at placere socialrådgiverne i forhold til de øvrige aktører i feltet, for at få en bedre forståelse af deres position. Jeg har ikke undersøgt sygeplejersker, læger eller andet personales forhold i feltet, men har kun forholdt mig kvalitativt til socialrådgivernes oplevelser af feltet. Det kan derfor tænkes at en ergoterapeut ville have en anden oplevelse af hvordan feltet er struktureret. Jeg har derfor valgt at tage udgangspunkt i en fremstilling af Kristian Larsen over hvordan forskellige kapitaler på et hospital kan placeres i forhold til høj/lav kapitalmængde (Bilag 6), fremfor selv at konstruere et felt, der i så fald ville være tillempet, da jeg kun har empirisk materiale vedrørende socialrådgivernes oplevelse af dette felt. Denne første undersøgelse af hvor socialrådgiverne placerer sig i feltet, tager udgangspunkt i nogle af de fund, der er afstedkommet af analysedel 1. Herefter vil det undersøges hvilke strategier socialrådgiverne bruger i dette felt.

8.1. Placering i feltet med udgangspunkt i Kristian Larsens fremstilling af sundhedsvæsenets placering af kapitaler

Hvis man ser på Kristian Larsens fremstilling af hvordan forskellige aktører placerer sig i det medicinske felt, placeres socialrådgiveren med en lav kapitalmængde (Bilag 6) i forhold til sygeplejersker, læger med flere. Jeg har tidligere fundet at nogle af de væsentlige kapitaler som socialrådgiverne har at byde ind med i feltet, for eksempel er koordinering, men hvis man søger i det empiriske materiale, fremstår det, at det ikke nødvendigvis er de kapitaler socialrådgiverne har, der tillægges mest værdi. En stor del af min empiri peger mod at socialrådgiverne er meget bevidste om, at deres plads i feltet ikke er så magtfuld som det sundhedsfaglige personale. Jeg har valgt at fremdrage nogle citater vedrørende dette, for at få en bedre forståelse af hvordan socialrådgiverne oplever deres position i feltet. Else fortæller at socialrådgiverne ikke udfører kerneopgaven på et hospital, men i stedet underbygger behandlingen:

”Hvis du kigger helt basic på hvad der er kerneopgaven i sundhedsloven, jamen det er behandling af patienter. Vi arbejder som delelement i behandlingen.” (Bilag 5).

I Larsens skitse er lægespecialerne positioneret relativt højt med en stor mængde symbolsk kapital i feltet, hvilket afspejler at feltet finder lægernes arbejde essentielt, samt at feltets definitioner og

forestillinger om hvad der anses som værdifuldt i høj grad præges af lægerne, der har en dominerende position i feltet (Larsen, 2009: 43). Ovenstående citat viser at Else forstår at denne grundlæggende struktur og positionering indebærer, at socialrådgiverne ikke har en dominerende position i feltet, samt at de ikke besidder den samme mængde symbolsk kapital som lægerne gør, men i stedet fungerer som et mindre værdifuldt "delement" i patienternes behandlingsforløb. Den tilsyneladende svage position vil betyde at socialrådgiverne vil have sværere ved at udfordre fordelingsstrukturen, og i stedet ses det at dominansforholdet reproduceres (Bourdieu, 1997:53-54). At socialrådgiverne giver udtryk for at acceptere deres plads i feltet, og ikke nødvendigvis udfordre deres position, ses blandt andet når Anja fortæller:

"Fordi det er jo et hospital, det er jo et hierarki, det er jo lægen. Hvis lægen siger den og den skal udskrives så bliver de jo, det er jo klart, det er jo dem der står med behandlingsansvaret. Så de bliver jo udskrevet, ligemeget om der er en socialrådgiver der siger "Han mangler en bolig" (Bilag 1).

Når Anja siger "det er jo klart", kan dette ses som et udtryk for at hun underlægger sig feltets doxa og accepterer at visse ting stilles der ikke spørgsmålstejn ved. Dette kan skyldes at socialrådgiveruddannelsen ikke nødvendigvis er rettet mod arbejde i sundhedsvæsenet, og der kan derved lægge en forståelse i socialrådgivernes habitus om at de kommer lidt udefra, og måske ikke hører til på et hospital. Anja fortæller om det ambivalente i at de måske ikke "hører til" på et hospital, men så alligevel har en plads i psykiatrien:

"Og det er jo fordi vi er jo ikke sundhedsfagligt personale, vi hører måske ikke til på et hospital, men det gør vi jo i psykiatrien. (...) Det har kommunerne ikke, de kan jo ikke komme ind på en psykiatrisk afdeling og have samme muligheder som jeg har for at hjælpe dem." (Bilag 1).

Citatet viser at socialrådgiverne i psykiatrien oplever, at de har bedre vilkår og rammer for at bruge deres socialfaglige dispositioner i arbejdet med patienterne, end deres kommunale kollegaer har, og derfor bør de være på det psykiatriske hospital. Socialrådgiverne er på faglig udebane i sundhedsvæsenet, og de er underlagt et felt hvor kapitalfordelingen definerer de dominerende positioner. Ud fra hospitalets perspektiv kan patienten således godt være klar til at blive udskrevet, hvis lægen med feltets dominerende kapitalsammensætning, vurderer at patienten kan udskrives - uafhængigt af socialrådgiverens faglige holdning til patientens situation. Hvis man ser på kapitalfordelingen på hospitalet, så ses det klart at lægerne er placeret højere; de er specialister, og

der hersker en forståelse i feltet om, at hospitalet ikke kan fungere uden læger og sygeplejersker. Anja fortæller:

”Sygeplejersker og læger det er jo meget sådan varme hænder. De skal jo være der på et hospital, men så er der nogle der tænker, hvad med socialrådgiverne, kan de ikke bare gå op til deres sagsbehandler i kommunen. Men det kan de jo ikke bare og det er svært at beskrive hvorfor.”
(Bilag 1).

Citatet viser at hun oplever at være vigtig for patienten, men hun siger også at lægerne og sygeplejerskerne ”skal” være på hospitalet, i dette ligger der implicit at det ”skal” socialrådgiveren ikke nødvendigvis for at opfylde kerneopgaven. (jf. evt. analyse afsnit 7.2.3). Af citatet fremgår det således, at der er en indlejret doxa om at et hospital ikke kan fungere uden læger og sygeplejersker, samt at socialrådgiverne ikke er en del af denne uundværlighedsdoxa. Dette kunne også være en grund til at organisationen ikke prioriterer at udvikle dem socialfagligt som det sås i analyseafsnit 7.2.1. Naturen af deres opgaver gør det tilmed svært at beskrive hvorfor de ikke kan undværes. Citatet viser også at socialrådgiverne ikke er “varme hænder” der er i direkte kontakt med patienterne og ikke udgør en del af feltets direkte opgavevaretagelse.

8.1.1. Opsamling

Det faktum at socialrådgiverne igennem årene er blevet færre og færre i sundhedsvæsenet, og at de der er tilbage ikke er en del af kerneopgaven og har svært ved at forklare hvorfor de er essentielle, har svært ved at opnå, hvad der opfattes som et urealistisk ydelsestal, samt være synlige i organisationen, betyder tilsyneladende at de har svært ved at italesætte det socialfaglige aspekt som vigtigt overfor ledelsen på hospitalet.

Ud fra mit hidtidige studie vil jeg være tilbøjelig til at tilslutte mig Kristian Larsens fremstilling af socialrådgiverne som en faggruppe, der har en lav kapitalmængde i feltet. Dertil kommer at de virker til at have svage muligheder for at positionere sig bedre, da de begrænses i at uddanne sig videre og tilsyneladende ikke arbejder i en organisation, der prioriterer det sociale arbejde.

8.2. Socialrådgivernes strategier i forhold til at gøre sig gældende i feltet.

Følgende analyse vil undersøge hvordan socialrådgiverne forsøger at synliggøre det sociale arbejde i praksis, samt hvilke strategier de ses at bruge for at kunne synliggøre og positionere sig som en legitim faggruppe i feltet.

8.2.1. At indgå i alliancer

Kerneopgaven for psykiatrien er at få folk behandlet og plejet, og alle faggrupper arbejder mod en udskrivelse. I udførelsen af denne kerneopgave har den medicinske kapital og evnen til at diagnosticere, kunne bruge den medicinske sprogbrug, have viden om sygdomsforløb og så videre, forrang for anden kapital i feltet der ikke direkte bidrager til løsningen af kerneopgaven. Socialrådgiverne er placeret i et felt, hvor de kapitalformer som det sundhedsfaglige personale besidder, anses for mest gyldige og dominerende. Selvom lægen har løst sin del af opgaven og mener at patienten kan udskrives fra et psykiatrisk perspektiv, er det ikke nødvendigvis at socialrådgiveren, ifølge sin professions etos, mener at det er forsvarligt at udskrive patienten. Derfor ses der, i det empiriske materiale, eksempler på oplevelser hvor socialrådgiverne har måttet alliere sig med lægerne, der har mere magt i feltet gennem deres kapitalmængde og sammensætning, for at kunne udføre det arbejde de gerne vil. Anja fortæller at det har stor betydning for patienten at man som socialrådgiver allierer sig med læger, der har en forståelse for vigtigheden af det sociale arbejde, og at det ikke er alle læger der har dette:

”Nogle læger synes jo at så længe de er på et hospital så er det jo dem der styrer. De kan ikke SE hvor vigtigt det er nogle gange at det sociale også er på plads. Hvis det er en ung første reservelæge, så udskriver de jo bare patienten. I stedet for sådan en garvet overlæge (...) hun ved jo godt at det kan godt være at patienten er færdigbehandlet, men det gør ikke noget at der lige går tre dage, hvis vi så lige kunne få noget misbrugsbehandling med.” (Bilag 1)

Ifølge Bourdieu vil individers strategier og måde at agere i feltet på have afsæt i den omverdensforståelse, deres position i feltet og deres habitus giver dem, samt de kapitaler de besidder (Wilken, 2006: 67). Her ses det at socialrådgiverne ikke kan udføre det sociale arbejde, deres professionsetos og habitus retter dem mod i det felt de indgår, da de ikke har magten til at holde på patienterne i længere tid. Derfor virker det naturligt for dem at alliere sig med en læge for at få ekstra tid til at sætte deres kapitaler og kunnen i spil.

8.2.2. At kunne bruge sit faglige sociale netværk til at positionere sig

At være i stand til at have og veksle social kapital i et felt kan være med til at give fordele og magt i feltet (Wilken, 2011: 62). Else udtaler:

“Når man kommer ud til sengeafsnittene, til de ledere der er derude, så vil de simpelthen ikke undvære os. Der er overlæger der siger: “Jeg vil hellere undvære alle andre faggrupper end socialrådgiveren”. Men i centerlederkredsen og opad i systemet, i det politiske system, der er det svært at få ørelyd, der er det svært at få dem til at forstå og give os den anerkendelse som vi jo synes vi skal have” (Bilag 5).

Af citatet fremgår det at socialrådgiverne virker til at være anerkendt af det sundhedsfaglige personale, og at overlægerne påtaler dette. Her ses en mobilisering af et socialt netværk overfor en tilsyneladende uforstående ledelse. Den sociale kapital og socialrådgivernes forhold til overlægen i citatet veksles således til symbolsk kapital i form af anerkendelse. Generelt set giver informanterne dog udtryk for at være meget alene i deres arbejdsliv. Anja beskriver det således:

”Vi er sådan forskellige satellitter og vi altså, så passer man sådan lidt sit eget.” (Bilag 1).

Hvis man ser hendes udsagn om at socialrådgiverne er satellitter i organisationen, så, kan det ses af den deskriptive analyse af genstandsfeltet, har hun ikke en fysisk arbejdsplads ved patienterne eller ved det sundhedsfaglige personale. Hun arbejder heller ikke tæt sammen med andre socialrådgivere, da de har hvert deres afsnit at passe. I stedet har hun, paradoksalt nok, kontor på samme gang som den ledelse som hun ikke oplever anerkender hende. Socialrådgiverne arbejder dog ikke udelukkende for sig selv. Socialrådgiverne i regionen har et fagligt fællesskab, da de har månedlige fællesmøder i regionen hvor kun socialrådgiverne deltager. Carl, der arbejder som eneste socialrådgiver på det sygehus han er tilknyttet, fortæller at de snakker om kursustilbud, omlægninger af arbejdet, næste dagsorden, at der er kollegial supervision, caseproblemstillinger, at der kommer gæster udefra og taler, og så videre (Bilag 3). Ifølge Bourdieu akkumulerer man social kapital ved at investere i sociale relationer (Wilken, 2011: 62). Fællesmøderne kan ses som en investering i det sociale fællesskab og kapital, der eventuelt vil kunne veksles senere. Bourdieu pointerer dog også at kapitalværdien af de sociale relationer hænger sammen med mængden af de relationer man som aktør har i feltet, samt mængden af de kapitaler som de hver især er i besiddelse af. Her kan det tænkes at socialrådgivernes relationer med andre socialrådgivere ikke kan give ligeså meget magt i feltet over for ledelsen som relationen til overlægerne og sygeplejerskerne må formodes at give, da de to sidstnævnte faggrupper har mere anerkendt kapital i feltet. (jf. evt. bilag 6).

Socialrådgiverne giver også udtryk for at have et generelt godt forhold til deres sundhedsfaglige kollegaer. Det er dog sigende at de beskriver sig selv som satellitter, og Anja fortæller at hun føler sig som en ”gæst” på afsnittet hun er tilknyttet:

”Vi er sådan lidt en gæst nede på afsnittet. Man har ikke sådan et sammenhold på sit afsnit. (...) Det er også sådan hvad man selv sådan.. Hvor meget man hænger ud dernede. Hvor jeg kan egentlig også meget godt lide at jeg kan trække mig at jeg kan sidde og få fat i kommunerne når jeg skal, når jeg skal skrive hvad jeg skal og så gå tilbage til afsnittet.” (Bilag 1).

Her giver hun udtryk for den ro og frihed, der ligger i at kunne trække sig tilbage og arbejde selv. Hun beskriver også at socialrådgiverne selv må opsøge at være en del af et fællesskab. På samme måde som man akkumulerer økonomisk og kulturelt kapital gennem forskellige investeringsstrategier, ses det her at socialrådgiverne selv må opsøge og investere i det sociale fællesskab for at opnå dette, da de gennem strukturerne på hospitalet arbejder meget for sig selv.

Carl sidder centralt i forhold til sine kollegaer og bruger sin fysiske nærhed til at skabe dialog og synlighed omkring hans arbejde:

”Men jeg synes at jeg har nogle gode dialoger og min dør står som regel altid åben, det er kun når jeg har samtaler der er lukket. Ellers kan folk komme ind. Nogle gange er jeg for flink og lader mig forstyrre, men det har jeg valgt at sige at det er en del af at sælge varen. Det er jo hele tiden at være til rådighed, så det er jeg. Jeg går også ind i en kommunikativ form, hvor jeg smalltalker og gør opmærksom på mig selv hele tiden.” (Bilag 3).

I modsætning til Anjas satellithistorie ses det her at Carl aktivt bruger sin fysiske plads i organisationen til at gøre opmærksom på sig selv og til at skabe social kapital. Således ses der både gode og mindre gode muligheder for at udnytte muligheder for at akkumulere og bruge den sociale kapital i feltet. Ikke kun til at lave alliancer med lægerne, men også, som Carl nævner, til at gøre opmærksom på sig selv.

8.2.3. At påtage sig så mange opgaver så muligt

Generelt fremstår socialrådgiverne ikke som en gruppe, der specifikt har afgrænset sig indenfor et bestemt arbejdsområde. Empirien byder på en del udsagn, der viser at socialrådgiverne tager mange opgaver på sig for at synliggøre sig, hvilket også kan anses som en strategi til at synliggøre og berettige deres arbejde. Bente fortæller at:

“Jeg har det sådan at jeg synes vi skal sige ja til alle opgaver inden for det socialfaglige, netop for at få fokus på hvor vigtigt det er at vi er her.” (Bilag 2)

Citatet viser at Bente mener, at det er vigtigt at socialrådgiverne tager alle de socialfaglige opgaver de kan, for derigennem at synliggøre deres plads. Anja giver udtryk for, at selvom andre fagpersoner også besidder noget af den kapital som socialrådgiverne gør, så er det vigtigt at:

“(..) at vi skal tage så meget.. Vi skal være rigtig synlige, vi skal vise hvad VI kan. Så kan det godt være at der også er andet personale der kan varetage børnesamtaler, men det kan vi også som socialrådgiver. Og måske er vi endnu bedre til at vurdere hvornår der er behov for at kommunen kommer ind” (Bilag 1).

Af citatet fremgår det, at det er vigtigt at synliggøre, at selvom andre også har muligheden for at varetage visse opgaver, så er der bestemte opgaver hvor socialrådgivernes særlige socialfaglige kapitaler kan gøre udførelsen af arbejdet bedre. Anja og Bente giver derved udtryk for en strategi om at tage så mange opgaver man kan, for derigennem at synliggøre sig som fagperson.

Anja, Bente og Else arbejder alle på samme psykiatriske hospital, og fortæller at de har brugt lang tid på at diskutere hvilke arbejdsopgaver de udfører, og hvordan de vil udføre dem. Else fortæller:

”Jamen altså vi har jo snakket rigtig meget om opgaverne, men det er ikke fordi der er noget der er bestemt, vi er jo totalt autonome i vores rammer, det er ikke altid en fordel. Men der er jo ligesom nogle ting der forventes af os.” (Bilag 5)

Her ses det at der ”forventes” noget af socialrådgiverne, men der er ikke noget der er bestemt. At socialrådgiverne har så frie rammer i organisationen betyder her at de mere eller mindre kan udføre de arbejdsopgaver de selv ønsker, men at der selvfølgelig vil forventes noget af dem. Dorte har også tidligere givet udtryk for at det for eksempel forventes at socialrådgiverne kan det juridiske. Men set i et jurisdiktionsperspektiv, virker det ikke umiddelbart som om at socialrådgiverne har tilkæmpet sig særlige opgaver. De har ikke officielt monopol på nogle opgaver, men udfører i højere grad de opgaver der ”virker naturlige”. Anja udtrykker det således:

”Det kan godt være at jeg gør nogle ting på mit afsnit, der er helt naturlige for mig at gå ind i, hvor der er en af mine kollegaer der måske ikke synes at det er en opgave hun skal varetage selvom vi har virkelig brugt lang tid på at snakke om hvad vores kerneopgaver er, så er det ikke sikkert at det nødvendigvis bliver udført på samme måde på de forskellige afsnit.” (Bilag 1)

Her ses igen at socialrådgiverne ikke fremstår som en samlet gruppe der udfører de samme slags opgaver, til gengæld har socialrådgiverne en unik mulighed for at påtage sig de opgaver deres habitus orienterer dem mod. Hvilke opgaver de mener er deres, og hvilke normer og værdier de ønsker at efterleve. Bourdieus strategibegreb kan være med til at forklare hvorfor de, dog stadig, handler og påtager sig de opgaver, der er deres i feltet. Ifølge Bourdieu så inkorporerer individer de strukturelle strukturer, hvilket bibringer en naturlig måde at handle på (Bourdieu og Wacquant, 1996: 114). Dette kan ligge til grund for at socialrådgiverne oplever visse ting som “naturlige”.

Som tidligere analyseret kan det tyde på at socialrådgiverne ikke udnytter muligheden for at kræve koordineringsopgaven som deres, og som noget de er gode til, men at de i feltet i stedet tager opgaven fordi det virker naturligt. Dette kan forklares med strategibegrebet som ovenfor, men hvis man ser det i et Abbottsk perspektiv, så vil en profession forsøge at tilegne sig opgaver gennem jurisdiktion, men professioner vil også forsøge at undgå uløselige problemer og eksportere disse til en anden lavere profession (Hulgaard, 2015: 415-416). Hvis Kristian Larsens fremstilling af et hospital som felt, hvor socialrådgiverne er lavere end sygeplejerskerne, kan det tænkes at sygeplejerskerne ikke ønsker den koordinerende opgave, da den dels ikke giver prestige, dels for dem er uløselig. Derfor ender den hos socialrådgiverne, der er villige til at påtage sig mange opgaver for at fremstå som synlige i organisationen. Men det er igen iøjnefaldende at de ikke udnytter denne opgave til at positionere sig selv som vigtige for behandlingen af patienten, og i stedet omtaler opgaven som noget de er særligt gode til, fremfor en opgave de bare får fordi det er “naturligt”, eller fordi andre ikke ønsker den.

Socialrådgiverne har ikke officielt ansvar eller monopol på nogle arbejdsopgaver, og det er derfor interessant hvordan de har fået de arbejdsopgaver, som de har, samt hvordan de fastholder deres arbejdsopgaver. Selvom der er skærpet underretningspligt for alle der bliver bekymret for et barn eller et ungt menneske i forbindelse med udøvelsen af deres offentlige hverv (jf. § 153, LBK nr 1284 af 17/11/2015), så fortæller Anja at socialrådgiverne har ansvaret for underretningerne:

”Så der er jo nogle småting hvor det er helt tydeligt at det er os der har et ansvar. Det er os der laver underretninger, selvom jeg ved jo godt at der er skærpet underretningspligt og det kan ligeså godt være en læge, men kulturen her er at det er en socialrådgiver der har ansvaret for det.” (Bilag 1).

Her ses det at socialrådgiverne har fået opgaven med underretninger fordi ”kulturen” siger at det er socialrådgiveren, der skal dette. Når Anja spørges mere ind til hvorfor hun tror at kulturen har udviklet sig således, har hun svært ved at svare på det. Hun fortsætter med at sige:

”Men jeg tror også at det er sådan lidt.. Der er ikke nogen der har lyst til at sidde og lave en underretning af lægerne, de vil gerne have en alliance med patienterne og så hvis de begynder at tale om underretninger...” (Bilag 1).

Af citatet fremgår det at underretningsopgaven ikke er en opgave der er ønskværdig af lægerne, da de er bange for at skade alliancen med patienterne. Anja fortæller at socialrådgiverne mestrer underretningsopgaven, da de formår at skrive underretninger og opretholde alliancen med patienten som lægen tilsyneladende er bange for at miste. Derfor kan underretningsopgaven opfattes som en arbejdsopgave hvor socialrådgivernes videns- og erfaringskapital kan bruges i feltet:

”Vi ved hvad det er. Vi kender erfaringer fra kommunen om altså, hvor tit er det liige at de går ud og fjerner de der børn, som de alle sammen frygter at de gør. Det kan vi måske bedre sige, med en sikker stemme og sige: ”Prøv at hør’ vi laver denne her for at sikre at du får, at dig og din familie får den støtte i har brug for”. Og en læge, for det første kalder det det en: ”indberetning” eller et: ”bekymringsbrev”. Så det er jo os der har viden omkring det og derfor bliver det os der laver det.” (Bilag 1).

Hvis citatet ses i en Abbottsk optik, så kan det skade en professions anseelse og prestige, hvis der er problemer som professionen ikke kan løse. Hvis professionen har en høj status i arbejdet med problemet så kan det uløselige problem sendes videre til en profession med en lavere status. (Hulgaard, 2015: 415-416). Her kan det ses at arbejdsopgaven, der ligger i at udarbejde underretninger, ikke er en eftertragtet opgave i organisationen, og derfor er blevet sendt videre fra lægerne til socialrådgiverne, hvor problemet ikke er ”uløseligt”. Der har derfor øjensynligt ikke været en kamp om denne opgave, og ligesom med kontakten til kommunen, siger Anja at det ”ligeså godt kunne være en læge”. Her taler socialrådgiverne igen deres faglige kunnen lidt ned, og virker ikke til at tillægge det koordinerende arbejde den værdi som de kunne.

8.2.4. At fremstå som omnipotente medarbejdere

Socialrådgiverne kan i mindre grad gøre brug af de medicinske kapitaler som feltet tilsyneladende foretrækker, som for eksempel: At medicinere, at tale det medicinske sprog, at diagnosticere, og

flytte patienterne fra kategorien ”syg” til ”rask”. De er skolet i en anden doxa, og agerer således i et felt, der ikke er deres primære sfære. De er i højere grad skolet i at skulle arbejde som myndighedspersoner med et kommunalt fokus, som tidligere nævnt indeholder socialrådgiveruddannelsen ikke et eksplicit fokus på psykiatri (BEK nr. 766 af 24/06/2011). Dette betyder at de ikke kan positionere sig med medicinske kapitaler, som ellers virker til at være i høj kurs i feltet, og i stedet må de fokusere på andre kapitalformer.

Else fortæller at socialrådgiverne får mangeartede spørgsmål og arbejdsopgaver af det sundhedsfaglige personale. Hun giver blandt andet følgende eksempel:

”Vi er jo nærmest sådan en skraldespand for ravl og krat (...) For eksempel havde min kollega lige fået et spørgsmål om: ”Vedkommende har vasket sit dankort, hvad skal vi gøre?”. Det er sådan nogle spørgsmål vi ind imellem får. Så ”Okay, hm, så gør vi det” (...) så derude, er det ikke, jeg tror ikke at det er det store problem, at de har viden om hvad vi gør og de er godt klar over at alt det koordinerende det går gennem os, men der er bare sådan en skelflade, ligeså snart du ryger herop, på administrationsgange, det kan godt undre os.” (Bilag 5).

At bruge ordet ”skraldespand” om sig selv er almindeligvis ikke positivt, og kan opfattes som om de dominerende kræfter i feltets holdning til socialrådgiverens arbejde er blevet indlejret i Else. Dette kan forklares med Bourdieus strategibegreb, da Bourdieu mener at aktører i feltet spontant tilpasser sig feltet og den omgivende virkelighed ud fra sin habitus (Prieur, 2006: 47). Hvis Socialrådgiverne oplever at feltet efterspørger dem som omnipotente medarbejder, og deres professionshabitus orienterer dem mod helhedsorienteret arbejde, så kan der argumenteres for at når hun kalder sig selv ”skraldespand for ravl og krat” så er dette en spontan tilpasning til omgivelserne, og derved ikke rettet mod et bevidst mål. Else opfatter ikke opgaven om dankortet som noget negativt, men tager den på sig og finder en løsning. Men er det reelt set en opgave for en socialrådgiver at håndtere våde dankort? Det kan det blive af flere årsager. Som tidligere analyseret så påtager socialrådgiverne sig mange opgaver som en synlighedsstrategi. Det virker dog også til at en af de strategier, socialrådgiverne bruger for at positionere sig i feltet, er at fremstå som omnipotente socialfaglige medarbejdere i en højt specialiseret organisation. De fremstår som dem man kan spørge om meget af det der ellers falder uden for feltets primære arbejdsområde. Det faktum at socialrådgiverne bruger helhedssynet meget og anser det som væsentligt (jf. 7.1.) kan være medvirkende til at de ikke oplever det som negativt at være omnipotent medarbejder i det ellers specialiserede felt, da de i højere grad kan nå omkring alle patientens problematikker. Der kan

dog være udfordringer ved at socialrådgiverne opfattes som en faggruppe, der kan svare på det meste inden for det sociale område. Bente fortæller:

”Jeg tænker sådan lidt at man kan jo blive meget udfordret på at alle tror at socialrådgiveren kan svare på ALT. Der tænker jeg meget at i en kommune der sidder man med sygedagpenge, så er du super specialiseret indenfor sygedagpengelovgivningen.” (Bilag 2).

Det kan virke tvetydigt og paradoksalt at en organisation som hospitalet, der i høj grad har specialiserede medarbejdere, forventer at socialrådgiverne skal arbejde så generelt og frit som det virker til at de gør. Bentes citat fremhæver at denne form for frihed betyder, at de i mindre grad er specialister på ét område, som det ofte er tilfældet i det kommunale system, men i stedet betyder at de må jonglere med mere forskellig viden og kapitaler for at spille spil.

Socialrådgiverne virker tilsyneladende ikke til at bruge deres specialiserede evner, som for eksempel at koordinere og brobygge, til at positionere sig, men fremstår i stedet som omnipotente medarbejdere. Dorte udtaler for eksempel:

”Jeg vil ikke sige at jeg har monopol på noget, fordi alle andre kan jo også ringe til samarbejdspartnere i kommunen.” (Bilag 4).

Her mener hun ikke at hun har monopol på at kunne koordinere, fordi det er noget ”alle andre” også kan gøre. Men hvorfor har hun ikke valgt at tage koordineringsrollen på sig og gøre den til en dyd? I det empiriske materiale er der flere eksempler på sundhedsfagligt personale der forsøger at koordinere og samarbejde med kommunen, og som Carl udtaler:

”Det her har været et ambulatorium før, og der er stadig medarbejdere fra den tid hvor man ligesom gjorde tingene hele vejen rundt. (...) Det er der nogle der stadig har lidt tradition for, så det skal aflæres på en eller anden måde. Fordi at de støder hovedet... Der sker ofte det at de... Hvor man kan se at de har været i gang med opgaven og så lige pludselig så smider de håndklædet i ringen og siger ”Kan du ikke gå videre her” og så kan jeg jo se at de har været i gang med alt muligt som ikke er gået som det skulle.” (Bilag 3).

Dette eksempel illustrerer at socialrådgivernes arbejdsopgave i forhold til at koordinere er noget, der er opstået de senere år, højst sandsynligt i takt med at organisationen er blevet mere specialiseret, og det sundhedsfaglige personale i højere grad passer de opgaver, der hører til deres profession. Ifølge Abbott kan en professions jurisdiktion udvides, hvis professionens

vidensgrundlag formår at definere det nye område som en del af deres overordnede arbejdsområde (Abbott, 1988: 102). Hvorvidt socialrådgiverne er lykkedes med dette over tid, er uklart. Men det er tydeligt at socialrådgiverne bruger vendinger som “alle andre kan også...” eller “det er jo ikke kun os der kan det...” og lignende, hvilket tyder på at de ikke udnytter den grænsedragingsmulighed, der ligger i at positionere sig klart som socialfaglige specialister. I stedet vælger de at fremstå som generalister. Else fortæller, at når hun møder kritik fra hendes øverste ledelse om at socialrådgiverne ikke koordinerer godt nok så:

”Så kan jeg godt stille mig op og sige: “Det tror da fanden, når vi ikke er nok til at lave den her opgave, fordi det er det vi kan”. Så kan hospitalsledelsen godt blive sådan lidt: “Nårh ja” [sagt i en ligegyldig tone], men det er jo ikke kun os der kan det, men det er bare det vi kan.” (Bilag 5).

Her fortæller Else at det ikke kun er socialrådgiverne, der kan udføre koordineringen, men at de helt sikkert kan, hvorimod de ikke er sikkert at andre faggrupper ville kunne udføre denne opgave. Dette er interessant, da hun dels gør ledelsen opmærksom på at socialrådgivernes særlige viden og kapital gør dem i stand til at udføre denne opgave i feltet, og at de ville kunne gøre mere for patienterne og samarbejdet med kommunerne, hvis de var flere. Hun siger dog i samme åndedræt at det ikke kun er dem, der kan det. Det er iøjnefaldende at den opgave, der ligger i at kunne koordinere og brobygge, er noget, der omtales som noget ”alle kan”, selv om socialrådgiverne egentlig også mener at det kræver en del mere viden om det kommunale system, for eksempel viden om systemkendskab. Der kan således være flere årsager til dette. En årsag kan være at de positionerer sig som omnipotente medarbejdere eller at de har indlejret de kræfter i feltets holdning til socialrådgiverne som en skraldespands-medarbejder. En anden årsag til fravalget af positioneringen kan ses i lyset af ydelsesmålstyringen, hvor det kan tænkes at socialrådgiverne ikke ønsker at positionere sig som særligt gode til at kunne koordinere, da der i denne opgave ligger en del opkald, mails og lignende hvilket ikke udløser økonomiske ydelser. Derfor er opgaven mindre værd i feltet både økonomisk, men også da dette ikke anses som værende en del af kerneopgaven. Det kan tænkes at socialrådgiverne derfor hellere vil opfattes som delelement i behandlingen, da dette har økonomisk værdi i en tid med øget fokus på effektivitet og besparelser, hvilket næste afsnit vil undersøge.

8.2.5. At italesætte sig som delelement i behandlingen

Da socialrådgiverne ikke kan kræve jurisdiktion over de sundhedsfaglige opgaver, er de derfor nødt til at grænsedrage inden for socialfaglige opgaver, for at legitimere deres plads i feltet. Else fortæller, at når de skal forklare deres arbejde så:

”Når jeg prøver at betegne det, så betegner jeg det som et tillæg til behandlingen fordi det er vi nødt til at italesætte os som. Fordi ellers så kan de ikke forstå det.” (Bilag 5).

Else er, som socialrådgiver, ikke en direkte del af behandlingen, og derfor kan der stilles spørgsmål ved hendes plads i feltet som udøver af kerneopgaven. Socialrådgiverne mener dog stadig at de har værdi, og derfor italesætter de sig selv som tillæg til behandlingen. At fremstå som en faggruppe, der faciliterer og frigør tid for behandlere, virker derfor til at være en strategi socialrådgiverne bruger til at positionere sig centralt overfor ledelsen. Carl fortæller om et eksempel på dette:

”Og så tager jeg kontakt til kommunen, de kommer så ind og så må vi se hvad der kommer ud af det i den her konkrete sag. Som regel kommer der noget konstruktivt ud af det så sygeplejersken bedre kan arbejde med medicin og de ting som er hans opgave” (Bilag 3).

Her ser det at Carl fortæller hvad han gør, for at sikre at sygeplejersken, som har en højere mængde ønskværdig kapital i feltet, kan udføre sin opgave. I en tid med fokus på effektivitet og besparelser er der her en mulighed for socialrådgiverne at grænsedrage sig, og positionere sig som personer, der er vigtige i forhold til at frigøre tid fra det sundhedsfaglige personale.

8.2.6. At bruge ydelsestyringen til egen fordel

I afsnit 7.2.2. er det beskrevet hvordan socialrådgiverne har overvejende negative oplevelser af ydelsestyringen. Dorte er faktisk den eneste socialrådgiver, som giver udtryk for at ydelsestyringen kan være til deres fordel:

”Men så har man også de her ydelser, som ikke generer penge, eller et beløb, men de er stadigvæk vigtige fordi de viser: Hvad er det vi laver! (...) Så de tæller, de tæller bare ikke som økonomisk, men det er ret vigtigt at man får det gjort.” (Bilag 4).

Her giver hun udtryk for at ydelserne faktisk ikke kun behøves at være negative, men at registreringen kan være med til at vise hvor mange mails, telefonopkald, hvilken dokumentation, og

lignende, socialrådgiverne laver. Dette kan være med til at fremstille dem som en gruppe, der faktisk bruger deres kulturelle kapital til at lave en masse arbejdsopgaver, som også har betydning for patientens ve og vel, og derudover også for at dokumentere deres plads i feltet som fagpersoner, der udfører en essentiel opgave. Jeg har valgt at medtage denne positive side af ydelsesstyringen, da der her foreligger en mulighed for socialrådgiverne at bruge feltets objektive styring til at vise hvilke opgaver de reelt udfører.

8.2.8. Opsamling

Af ovenstående analyse ses det, at socialrådgiverne bruger et væld af strategier for at gøre det sociale arbejde samt dem selv som fagperson gældende i feltet. Det ses at socialrådgiverne ikke har mest magt i feltet, og derfor kan det være fordelagtigt for dem at indgå alliancer med læger, som anses for at have en del magt i feltet, og derigennem kan socialrådgiverne få lov til at udføre det sociale arbejde de gerne vil. Socialrådgiverne kan også veksle deres sociale kapital til magt i feltet. Dette forsøger de ikke kun på gennem alliancer, men også ved at mobilisere og investere i deres socialrådgiver netværk. Socialrådgiverne vil gerne synliggøre det sociale arbejde og dem selv som fagperson, og i denne forbindelse påtager de sig så mange opgaver som muligt for derigennem at vise at de er essentielle medarbejdere. Dette betyder dog at socialrådgiverne ofte får nogle opgaver som andre medarbejdergruppe ikke ønsker, og som godt kunne opfattes som “upopulære” opgaver, for eksempel at skrive underretninger, som i lægernes øjne bryder med alliancen med patienten, eller koordineringsopgave, som ikke har høj status da det ikke er en del af kerneopgaven og ikke er en ydelse, der udløser penge. Socialrådgiverne påtager sig således mange opgaver, og vælger ikke at kræve jurisdiktion over særlig mange opgaver. I stedet arbejder de i høj grad som en omnipotent medarbejder i en specialiseret organisation. Således vælger de ikke at grænsedrage hvor de er gode, for eksempel som særligt dygtige koordinerende medarbejdere, men i stedet fremstår de som generalister i feltet. Det faktum at socialrådgiverne ikke er en del af kerneopgaven og ikke kan bruge sundhedsfaglige kapitaler til at positionere sig i feltet, betyder at de må italesætte sig på en anden måde som vigtige medarbejdere i feltet. De betegner sig selv som “delelementer” i behandlingen, hvilket kan ses som en strategi for at gøre sig selv, som fagperson, essentiel for kerneopgaven. I Analysedel 1 sås det at socialrådgiverne overvejende oplever at ydelsesstyringen er ufordelagtig, men én informant giver dog udtryk for at registreringen af ydelser også kan være til socialrådgivernes fordel, da de også registrer ydelser, der ikke udløser penge, men i stedet viser de

herigennem hvilke opgaver de udfører. Dette er en klar synlighedsstrategi, samt kan ses som en strategi til at vise hvad det sociale arbejde indeholder.

9. Afsluttende kritisk refleksion forud for konklusion

Jeg har tidligere foretaget kritiske overvejelser og refleksioner over specialets teoretiske forankring, metodevalg, min egen relation til feltet, samt kvaliteten af undersøgelsen. Disse overvejelser er gået forud for en egentlig analyse. Følgende afsnit vil retrospektivt, på baggrund af den færdige undersøgelse, reflektere yderligere over undersøgelsens udformning og resultat.

Det kan siges, at med mine fem interviews med socialrådgivere i behandlingspsykiatrien, kan det empiriske materiale fremstå en anelse snævert. I arbejdet med det empiriske materiale oplevede jeg dog ikke materialet som indskrænket. Tværtimod oplevede jeg, at mange af informanterne gav udtryk for nogle af de samme frustrationer og glæder ved arbejdet. Det har dog været nødvendigt at være selektiv i forhold til hvilke jeg har valgt at fremhæve, og således vil der i det empiriske materiale foreligge nogle problematikker og nuancer jeg har valgt at lade være uundersøgte. Herigennem oplevede jeg en vis datamætning. Jeg har bevidst interviewet socialrådgivere, da jeg ønskede at indfange deres oplevelse af det sociale arbejde i denne særlige kontekst. Et andet perspektiv kunne have været at inddrage patienterne eller samarbejdspartnere for at belyse det sociale arbejdes udførelse inden for rammerne og vilkårene, men da intentionen har været at fokusere på socialrådgivernes oplevelser som fagpersoner, har dette ikke været i min interesse. Til gengæld har det været muligt at belyse socialrådgivernes egen konstruktion, samt de objektive strukturer, hvilket har været med til at synliggøre hvilke rammer og vilkår socialrådgiverne oplever påvirker det sociale arbejde, samt hvordan.

Hvis man ser på spændingsforholdet mellem undersøgelsens analytiske ramme og de studerede socialrådgivere, vil jeg overordnet argumentere for at Bourdieus begreber og teorier har fungeret som et nyttigt analytisk redskab til udforskningen af socialrådgivernes komplekse oplevelser af deres rammer og vilkår.

10. Konklusion

Analyserne har givet indsigt i at rammerne og vilkårene opleves som havende stor betydning for det sociale arbejdes udførelse og de muligheder socialrådgiverne har for at legitimere deres funktion i

feltet. Analysens fund er løbende blevet opsamlet, men dette afsnit vil sammenholde og sammenfatte de væsentlige fund og derved besvare problemformuleringen:

Hvordan oplever de socialrådgivere, der arbejder i behandlingspsykiatrien, rammer og vilkår for at udføre socialt arbejde i en behandlerkultur? Og hvilken betydning har disse rammer og vilkår for de muligheder, som socialrådgiverne har for at udføre deres arbejde og positionere sig som fagpersoner?

Jeg har forsøgt at tilnærme mig en forståelse af deres oplevelser af rammerne og vilkårene fra forskellige vinkler, hvilket har vist at socialrådgivernes oplevelser af deres rammer og vilkår er nuancerede, komplekse og til tider tvetydige.

Som det fremgår af analysedel 1, så vægter socialrådgiverne særligt helhedssynet og friheden i arbejdet højt, hvilket også er en primær grund til at de søger mod arbejdet i behandlingspsykiatrien. Her har de mulighed for at arbejde med metode- og valgfrihed i forhold til selv at kunne bestemme hvilke opgaver de vil udføre, samt hvordan og hvornår.

Behandlingspsykiatrien fremstår i høj grad som en organisation, der er hierarkisk opbygget, med en klar magtstruktur og en tydelig arbejdsfordeling. Jeg har dog erfaret at socialrådgiverne falder lidt uden for denne struktur. De oplever ikke at de har en leder, der direkte påvirker styringen af deres arbejde, og de arbejdsmetoder de vælger at bruge i praksis er i et vist omfang orienteret efter deres habituelle præferencer for helhedssynet, og ikke mod en leders eller selve organisationens ønsker.

Det er fremmede for det sociale arbejde at socialrådgiverne oplever meget autonomi i deres arbejde, da det giver dem mulighed for at arbejde helhedsorienteret i det sociale arbejde. Denne frihed er dog også begrænsende i forhold til deres muligheder for at gøre sig gældende i feltet. Som sagt har socialrådgiverne ingen socialfaglig leder, der kan lede og ensrette det sociale arbejde, hvilket betyder at de ofte er på egen hånd, og ikke har synderligt meget samarbejde eller samspil med andre socialrådgivere. Det ses at socialrådgivernes muligheder for at opnå yderligere kulturel kapital ikke prioriteres i feltet, og at de ikke er en faggruppe man prioriterer at udvikle. De er ikke en del af kerneopgaven, hvilket gør det svært for dem at opnå anerkendelse for det arbejde de udfører. Det faktum at de ikke kan leve op til ydelseskraevne, og ikke oplever at deres arbejde kan måles på denne måde, betyder at de kan have indlejret mindreværd som faggruppe i feltet.

Generelt fandt jeg at socialrådgivernes oplevelser af begrænsningerne i feltet, fylder mere end de muligheder de selv oplever - ikke kun i analysen, men også i det empiriske materiale. Analyserne viser gennemgående at socialrådgiverne oplever at de anerkendes af deres sundhedsfaglige kolleger, men ikke af ledelsen. Derudover, blev det ofte fremanalyseret, at rammerne og vilkårene ikke er optimalt gunstige for socialrådgiverne som socialfaglige medarbejdere. Dette fører mig frem til et grundlæggende fund - nemlig at det synes at være illegitimt ikke at være specialist i feltet.

Havende Bourdieus spilmetafor in mente, kan man forestille sig at hospitalet er et spil Scrabble. Hver fagperson er en bogstavsbrick med en bestemt værdi, og i dette tilfælde kan lægerne ses som bricken med bogstavet "Z", en brick som har en høj værdi. Sygeplejersker er så bricken "M" med middelværdi, og så videre i forhold til Kristian Larsens skitse af det medicinske felt med høj og lav kapital. I et sådan spil vil socialrådgiveren være en blank brick uden nogen konkret værdi, men som stadig er en del af spillet og kan tillægges forskellige ord og funktioner, og bruges til hvad end ordet/feltet har behov for. Dog tilføjer bricken sjældent point, eller "ydelse", som de andre bricker gør, på trods af dens funktion.

Felter efterspørger specialister, men samtidig forventes det af socialrådgiverne, at de skal være omnipotente medarbejdere og kunne svare på alle spørgsmål. Det ses at socialrådgiverne er en medarbejdergruppe, der bruger feltets forventninger til at positionere sig. De ser det ikke nødvendigvis som negativt at være en medarbejder, der kan svare på det hele, men påtager sig en masse opgaver for at synliggøre deres plads i organisationen. De grænsedrager ikke nødvendigvis specifikt der hvor de er gode, men tager en masse opgaver på sig og bliver derved en faggruppe, der ved og kan lidt om meget. De forventes at være altomspændende socialfaglige medarbejdere i en organisation, der fordrer specialister, hvilket er et paradoks. Feltet ønsker specialiserede medarbejdere, men bruger tilsyneladende socialrådgivernes kapitaler meget generelt i feltet. Dette betyder at de som fagpersoner, samt det sociale arbejde som arbejdsområde, er i risiko for at blive glemt i feltet. De kan ikke være med i spillet om de sundhedsfaglige kapitaler - hvilke de ikke besidder - mens de socialfaglige kapitaler, som de faktisk besidder, ikke bruges aktivt og specifikt til at positionere sig i feltet.

På mange måder synes der at være forvirring om socialrådgivernes egentlige funktion i organisationen. Feltet virker ikke til at være organiseret på en måde hvor der tages hensyn til det sociale arbejdes udførelse, men socialrådgiverne fremstår i stedet som en gruppe, der er blevet presset ned i et system, hvor der egentlig kan stilles spørgsmålstejn til hvorvidt de hører til.

Gennem analysen af deres oplevelser af rammerne og vilkårene, kan jeg konkludere at socialrådgiverne er forholdsvis lavt placerede i feltet, rent kapitalmæssigt, da de kapitaler, der synes at være mest værdifulde i spillet om patienternes hjælp, synes at ligge inden for det sundhedsfaglige område.

Jeg kan konkludere at socialrådgiverne bruger en del strategier til at italesætte og berettige det sociale arbejde og dem selv som vigtige i feltet. Hvis man vender tilbage til Scrabble analogien, ses det at de forsøger at opnå en højere værdi på deres bogstavsbrak, samt kæmper for at blive en del af ordene på brættet. Det ses at de bruger den negativt opfattede ydelsesstyring positivt ved at vise, at selvom de måske ikke tilfører økonomiske ydelser til feltet, så laver de en masse arbejdsopgaver omkring patienten, som er medvirkende til at denne udskrives på bedste vis. Jeg har erfaret at socialrådgiverne ikke er en del af kerneopgaven i feltet, men italesætter sig som et delelement i kerneopgaven, og som en facilitator til at patienten får det bedste forløb. Dette synes også at være vigtigt for socialrådgiverne, der oplever at det har en negativ konsekvens for kvaliteten af det sociale arbejde når det sundhedsfaglige personale forsøger at udføre det.

Samlet set kan det konkluderes, at socialrådgiverne oplever at der inden for rammerne og vilkårene er mange nævneværdige begrænsninger for det sociale arbejde, men at de samtidig oplever at der er gode muligheder for det helhedsorienterede og tilfredsstillende sociale arbejde med patienten og kolleger, og samarbejdet mellem det kommunale og det regionale system. Rammerne og vilkårene i behandlingspsykiatrien betyder at socialrådgiverne kan udføre det sociale arbejde, men ikke altid opnår den anerkendelse fra feltet som de ønsker, hvilket gør at de oplever at skulle italesætte og berettige deres position og plads i behandlingspsykiatrien.

11. Perspektivering og implikationer for det sociale arbejdes udførelse

Jeg er, på baggrund af denne undersøgelse, kommet nærmere på en forståelse af hvordan socialrådgivere i behandlingspsykiatrien oplever at skulle agere som fagpersoner samt udføre socialt arbejde, inden for de rammer og vilkår de befinder sig i. Afslutningsvis vil jeg knytte nogle kommentarer til hvad denne øgede forståelse eller nye forståelseshorisont kan bruges til.

På praksisniveau er forventningen, at denne undersøgelse kan bidrage til at faggrupper kan komme nærmere en forståelse af hvordan det sociale arbejde organiseres i psykiatrien, samt hvilken betydning dette har for socialrådgivernes oplevelse af udførelsen. Håbet er at denne undersøgelse kan give anledning til at socialrådgivere og andre læsere reflekterer over egen praksis, og derved

skaber en ny forståelse af deres rammer og vilkår, samt hvilken betydning dette har for kvaliteten, mulighederne og begrænsningerne for at udføre deres arbejde. Overordnet set kan undersøgelsen give et indblik i hvordan arbejdet bedst organiseres og prioriteres i forhold til at hjælpe patienten bedst muligt videre. Undersøgelsen kan øge bevidstheden af hvad det betyder for det sociale arbejde, og socialrådgiverne som fagpersoner, at de ikke har en leder, tilsyneladende ikke oplever at de prioriteres, og hvorfor dette fører til en grundlæggende opfattelse af mangel på anerkendelse fra organisationens side. At de oplever at de fungerer som delelement i behandlingen af patienten, og at de yder en stor koordineringsindsats for at patienten får det bedste mulige forløb. Undersøgelsen kan forhåbentlig skabe en opmærksomhed på at de interne strukturer, der er i en sundhedsfaglig orienteret organisation, har betydning for det sociale arbejdes udførelse.

Hvis jeg havde mulighederne for at undersøge det yderligere, kunne det være relevant at undersøge hvordan andre faggrupper omkring socialrådgiveren oplever udførelsen af det sociale arbejde. Jeg ville også gerne have kunnet analysere dybere ind i hvilke implikationer det har for den psykiatriske patient at have en socialrådgiver i behandlingspsykiatrien, eftersom socialrådgiverne i stigende grad spares væk og selv fortæller at det har konsekvenser for patienten når andre faggrupper end socialrådgiverne forsøger at udføre socialrådgiverens opgaver. For eksempel koordineringen mellem sektorer, hvor socialrådgiverne selv indikerer at de tror patienterne vil flakse mellem sektorer, og ikke nødvendigvis få den hjælp de har behov for.

Litteraturliste

Askgaard, Ulla: Bevar socialrådgivere på vores hospitaler. I Politikken, 2015. Internetadresse: <http://politiken.dk/debat/kroniken/premium/ECE2533654/bevar-socialraadgiverne-paa-vores-hospitaler/> Besøgt 1.06.2016

Bendix, Henrik W. m.fl.: Hospitalsledelse. 1. udg. Børsens forlag, 2008.

Bourdieu, Pierre og Loïc J.D. Wacquant: Refleksiv sociologi - mål og midler. 1. udg. Hans Reitzels Forlag, 1996.

Bourdieu, Pierre og Sylvain Broccholichi: Livshistorieforskning og kvalitative interview . side 110-131. Redigeret af: Karin Anna Petersen m.fl.1. udg. Forlaget PUC, 2007.

- Bourdieu, Pierre. Socialt rum og symbolsk magt. I: Pierre Bourdieu - Centrale tekster inden for sociologi og kulturteori. side 52-70. Redigeret af: Staf Callewaert m.fl.1. udg. Akademisk forlag, 1994. (Afsnit i bog)
- Bourdieu, Pierre: Af praktiske grunde - omkring teorien om menneskelig handlen. 1. udg. Hans Reitzels Forlag, 1997.
- Bourdieu, Pierre: Den praktiske sans. 1. udg. Hans Reitzels Forlag, 2007.
- Bourdieu, Pierre: Understanding. Bourdieu, Pierre m.fl: I: The weight of the world - social suffering in contemporary society. 1. udg. Polity Press, 1999. side 607-630.
- Bourdieu, Pierre: Udkast til en praksisteori. 1. udg. Hans Reitzels Forlag, 2000.
- Brinkmann, Sven. Etik i en kvalitativ verden. I: kvalitative metoder. side 429-447. Redigeret af: Svend Brinkmann og Lene Tangaard. 1. udg. Hans Reitzels Forlag, 2010.
- Brinkmann, Svend og Lene Tangaard. Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. I: Kvalitative metoder. side 29-55. Redigeret af: Svend Brinkmann og Lene Taangaard. 1. udg. Hans Reitzels Forlag, 2010.
- Callewaert, Staf. Indledning. I: Pierre Bourdieu - Centrale tekster inden for sociologi og kulturteori. side 9-20. Redigeret af: Staf Callewaert m.fl.1. udg. Akademisk forlag, 1994.
- Danielsen, Marie og Lene Bastrup Lange. Sundhedsvæsenets udvikling, overordnede mål, partere og struktur. I: Sundhedsvæsenet på tværs - opgaver, organisation og regulering. side 17-35. Redigeret af: Bjarne Rose Hjortbak. 2. udg. Munksgaard, 2013.
- Dansk socialrådgiverforening og Regionernes lønnings- og takstnævn: "Sygehussocialrådgivere - faglighed, virke og indsats". 2012.
- Dansk Socialrådgiverforening, A: Professionsetik. Udgivet af Dansk Socialrådgiverforening. Internetadresse: <http://www.socialraadgiverne.dk/Default.aspx?ID=8485> - Besøgt d. 12.06.2016
- Dansk Socialrådgiverforening, B. Ledigheden blandt socialrådgivere er meget lav. Udgivet af Dansk Socialrådgiverforening. Internetadresse: <http://www.socialraadgiverne.dk/Default.aspx?ID=10761> - Besøgt d. 28.06.2016

Dansk Socialrådgiverforening: Hvor arbejder socialrådgiverne? Udgivet af Dansk Socialrådgiverforening. Internetadresse: <http://www.socialraadgiverne.dk/Default.aspx?ID=8969> - Besøgt d. 02.03.2016

Dansk sygeplejeråd. <http://www.ft.dk/>: Ydelsesstyring i psykiatrien. Udgivet af Dansk Sygeplejeråd. Sidst opdateret: 18.11.2014. Internetadresse: <http://www.ft.dk>. Udgivet af Dansk Sygeplejeråd. Internetadresse: <http://www.ft.dk/samling/20141/almdel/suu/bilag/104/1422780.pdf> - Besøgt d. 29.06.2016

Det sociale netværk: Fakta. Fundet i pdf. Internetadresse: <http://www.psykisksaarbar.dk/cgi-bin/ps/uploads/media/Fakta.pdf> Besøgt d. 03.06.16

Egelund, Tine og Lis Hillgaard: Helhedssyn: I: Socialrådgivning og social behandling. 1. udg. Socialpædagogisk bibliotek, 2006. side 138-160.

Esben, Frank og Jens Guldager: Kommunal klassificering af langtidsarbejdsløse. Järvinen, Margretha m.fl.: I: Det magtfulde møde mellem system og klient. 1. udg. Aarhus Universitetsforlag, 2005. side 61-80.

Esmark, Kim: Bourdieus uddannelsessociologi. Prieur, Annic og Carsten Sestoft: I: Pierre Bourdieu - En introduktion. 1. udg. Hans Reitzels Forlag, 2006. side 71-115.

Gomard, Tine og Peter Bundesen: Socialt arbejde under nye vilkår. I: Socialpolitik - tidsskrift for Socialpolitisk Forening, 2011, s. 3-5. Internetadresse: <http://socialpolitiskforening.dk/socialpolitisk-forening/wp-content/uploads/2010/10/Social-Politik-6-2011.pdf> Besøgt d. 27.05.2016

Gomard, Tine og Peter Bundesen: Socialt arbejde under nye vilkår. I: Socialpolitik - tidsskrift for Socialpolitisk Forening, 2011, s. 3-5. Internetadresse: <http://socialpolitiskforening.dk/socialpolitisk-forening/wp-content/uploads/2010/10/Social-Politik-6-2011.pdf> Besøgt d. 27.05.2016

Gulager, Jens, og Marianne Skytte. Aktuelle fællestræk og udfordringer for socialt arbejde. I: Socialt arbejde - teori og perspektiver. side 510-522. Redigeret af: Jens Guldager og Marianne Skytte. 1. udg. Akademisk forlag, 2013.

Hagerup, Annette og Christina Sommer: Patienter tabes mellem sektorerne . I: Sygeplejersken, 2015, s. 22-27. Internetadresse: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2015-7/patienter-tabes-mellem-sektorerne> Besøgt d. 20.06.2016

Hammerslev, Ole, og Jens Arnholtz Hansen. Indledning. I: Refleksiv sociologi i praksis. side 11-33. Redigeret af: Ole Hammerslev m.fl.. 1. udg. Hans Reitzels Forlag, 2009.

Hansen, Steen Juul. Den offentlige organisation i et teoretisk perspektiv. I: Professionelle i velfærdsstaten. side 103-138. Redigeret af: Steen Juul Hansen. 3. udg. Hans Reitzels Forlag, 2013.

Holm, Anders Beck: Videnskab i virkeligheden - en grundbog i videnskabsteori. 1. udg. Samfundslitteratur, 2014.

Hulgaard, Esben. Tværprofessionelt samarbejde. I: Pædagogik - introduktion til pædagogernes grundfaglighed. side 400-440. Redigeret af: David Thore Gravesen. 1. udg. Systime, 2015.

Hutchinson, Gunn Strand og Siv Oltedal: Modeller i socialt arbejde. 2. udg. Hans Reitzels Forlag, 2006.

Jacobsen, Michael Hviid . Metodologiske perspektiver. I: Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning. side 565-599. Redigeret af: Michael Hviid Jacobsen m.fl.2. udg. Hans Reitzels Forlag, 2012.

Järvinen , Margaretha. Pierre Bourdieu. I: Klassisk og moderne samfundsteori . side 365-387. Redigeret af: Heine Andersen og Lars Bo Kaspersen. 5. udg. Hans Reitzels Forlag, 2013.

Järvinen, Margretha og Nils Mortensen: Det magtfulde møde mellem system og klient - teoretiske perspektiver. Järvinen, Margretha m.fl.: I: Det magtfulde møde mellem system og klient. 1. udg. Aarhus Universitetsforlag, 2005. side 9-28.

Kruse, Marie og Camilla Dürke Tybring: De fælles psykiatriske patienter . I: Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning, 2013, PDF. fundet på: Internetadresse: http://www.bedrepsykiatri.dk/media/35194/10653_faelles-psyk.pdf

Kvale, Steinar og Svend Brinkmann: Interview - introduktion til et håndværk. 2. udg. Hans Reitzels Forlag, 2008.

Larsen, Kristian. Observationer i et felt. I: Refleksiv sociologi i praksis. side 37-62. Redigeret af: Ole Hammerslev m.fl. 1. udg. Hans Reitzels Forlag, 2009.

Mathiesen, Anders og Henriette Højbjerg. Sociologiske feltanalyser. I: Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne . side 233-277. Redigeret af: Lars Fuglsang og Poul Bitsch Olsen. 2. udg. Roskilde Universitetsforlag , 2004.

Nørrelykke, Helle . Socialrådgiverfagets opståen og udvikling. I: Socialrådgivning og socialt arbejde. side 59-91. Redigeret af: Rikke Posborg m.fl. 1. udg. Hans Reitzels Forlag, 2009.

Prieur, Annic : En teori om praksis. Prieur, Annic og Carsten Sestoft: I: Pierre Bourdieu - En introduktion. 1. udg. Hans Reitzels Forlag, 2008. side 23-71.

Prieur, Annic og Carsten Sestoft: Bourdieus Epistemologi og sociologiens håndværk. Prieur, Annic og Carsten Sestoft: I: Pierre Bourdieu - En introduktion. 1. udg. Hans Reitzels Forlag, 2008. side 211-238.

Prieur, Annick . En teori om praksis. I: Pierre Bourdieu - en introduktion . side 23-71. Redigeret af: Annick Prieur og Carsten Sestoft . 1. udg. Hans Reitzels Forlag, 2006.

Region hovedstadens psykiatriske hospital, A: Voksenpsykiatri. Udgivet af Region hovedstaden. Internetadresse: <https://www.psykiatri-regionh.dk/undersogelse-og-behandling/Behandling/Voksenpsykiatri/Sider/default.aspx> - Besøgt d. 14.06.2016

Region hovedstadens psykiatriske hospital: Om organisationen. Udgivet af Region hovedstaden. Internetadresse: https://www.psykiatri-regionh.dk/om-hospitalet/organisation/Om_organisationen/Sider/default.aspx - Besøgt d. 14.06.2016

Rendtorff, Jacob Dahl. Fænomenologien og dens betydning. I: Videnskabsteori på tværs af fagkulturer og paradigmer i samfundsvidenskaberne. side 277-309. Redigeret af: Lars Fuglsang og Poul Bitsch Olsen. 2. udg. Roskilde UniversitetsForlag, 2004.

Sundheds- og ældreministeriet Aftale om satspuljen for perioden 2015-2018 til psykiatrien . Udgivet af Sundheds- og ældreministeriet . Sidst opdateret: 20.06.2014. Internetadresse: http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Psykiatri/2014/Juni/~~/media/Filer%20-%20dokumenter/Psykiatri_satspuljeaftale_juni_2014/Psykiatriaftale_juni_2014.ashx - Besøgt d. 29.06.2016

Sygehussocialrådgiverfaggruppen: Referat Referat fra generalforsamling i faggruppen for Sygehussocialrådgivere den 13. marts 2014 fundet i pdf. Internetadresse:
<http://www.socialraadgiverne.dk/Files/Filer/05-Fagfaeller/FG-Sygehus/2014-03-13-FG-Sygehus-gf-ref.pdf>

Wilken, Lisanne : Pierre Boudieu. 1. udg. Roskilde Universitetsforlag , 2006.

Worning, Anne : 75 års socialpolitik set igennem Dansk Socialrådgiverforenings briller . I: Uden for nummer nr. 4, 2002, s. 1-14

BEK nr. 766 af 24/06/2011: Bekendtgørelse om uddannelse til professionsbachelor som socialrådgiver. Gældende.

LBK nr 1284 af 17/11/2015: Bekendtgørelse af lov om social service. Gældende

Bilagliste

Bilag 1. Transskriberet interview med Anja.

Bilag 2. Transskriberet interview med Bente.

Bilag 3. Transskriberet interview med Carl.

Bilag 4. Transskriberet interview med Dorte.

Bilag 5. Transskriberet interview med Else.

Bilag 6. Kristian Larsens fremstilling af hvordan forskellige aktører placerer sig i det mediciske felt ift. kapitalsammensætning. Fundet i: Larsen, Kristian. Observationer i et felt. I: Refleksiv sociologi i praksis. side 37-62. Redigeret af: Ole Hammerslev m.fl. 1. udg. Hans Reitzels Forlag, 2009.

Bilag 7. Eksempel på kodning

Bilag 8. præsentation af informanter