

**Psykiatriske diagnoser i det sociale arbejde
– en kvalitativ undersøgelse af medarbejderes
oplevelse af, om diagnoser er hæmmende eller
fremmende for det sociale arbejde på et
socialpsykiatrisk botilbud**

Kandidatuddannelsen i Socialt arbejde

4. Semester – speciale, juni 2018

Aalborg Universitet

Michelle Futtrup Sejrup Johansen

Studienummer: 20161018

Anslag: 145.996

Vejleder: Mette Rømer

Abstract

The purpose of this thesis is to examine how the psychiatric diagnoses is experienced from the perspective of the social workers, that work with people with mental illnesses at a psychiatric facility home. The social workers have different perspectives of how the diagnoses influence their work in neither a positive or negative way. The diagnoses are today becoming the explanation of human suffering and in a way they participate in defining the standards for acceptable behaviour in the society.

In the thesis semi-structured interviews have been used as the method to generate experiences about this topic from the view of five social workers. The method has contributed that I could get the answers that I needed for answering my issue and for staying open-minded while exploring the issue.

The results have shown that a few of the social workers in this thesis find that the diagnosis often inhibit the work, because the people with the mental illness hide behind the diagnosis and use it as an apology for their behaviour and for not participating in the activities they need to while they are in rehabilitation.

The social workers find it difficult to handle the restrictions that the system of diagnosis gives their work, because it doesn't seem to be relevant in the work with relations, which they find more important in the rehabilitation of these kinds of people.

Another result in the analysis shows, that the social workers isn't aware of the fact of stigmatizing effect from them, but research shows that this group of social workers are in risk of stigmatizing more than they think. It can affect the people with mental illnesses and be a reason why they 'become' their diagnosis.

Conclusively, this thesis indicates that the social workers at the facility home seem to have a difficult work, because they have to have the abilities to switch between to types of identities in their work – the professional identity and the institutional identity. Today the modern society is focusing at the social worker and that they need to try to make the people as independent as possible and make them take responsibilities for their own lives. The social workers must not be the expert and take decisions for what is the best for these people. Instead the people with mental illnesses have to make the decisions by them selves and find their own way through their rehabilitation with the support from the social workers. But in the end that is

difficult, when the society makes restrictions for their work and they need to follow these while making acceptable relations.

I hope that the findings of this thesis will be contributing the discussion about the use of the psychiatric diagnoses and make awareness among the social workers that work at these places and positions. I hope it will help the social workers to reflect on their practise of work and think about stigmatizing in their work.

Indholdsfortegnelse

Abstract.....	2
Indholdsfortegnelse.....	4
Indledning	6
Problemfelt	6
Psykiatriens udvikling fra statslig til kommunalt regi.....	6
Diagnosticeringstilgangens forandring og forståelsen af psykisk lidelse	7
Anvendelse af diagnoser i dag.....	8
Når diagnosen bliver styrende i socialpsykiatrien	9
Socialarbejderens rolle – et skift fra ekspert til facilitator	11
Projektets relevans for det sociale arbejde	13
<i>Problemformulering</i>	13
Formålsbeskrivelse	13
Design	14
Kvalitativt casestudie	14
Casebeskrivelse af botilbuddet.....	15
Videnskabsteoretisk tilgang.....	16
Ontologi og epistemologi.....	16
Epistemologi – hermeneutikken	16
Fortolkning gennem Kvale og Brinkmann tre fortolkningsniveauer	18
Diskussion af epistemologi - hermeneutik og interaktionisme.....	18
Abduktiv tilgang	19
Teori.....	19
Stigmateorien	20
Institutionelle identiteter - fra ekspert til facilitator.....	22
Botilbud som en total institution	23
Teoriernes videnskabsteoretiske position	23
<i>Goffmans videnskabsteoretiske position</i>	23
<i>Institutionelle identiteter af Järvinen og Mik-Meyer</i>	24
Andet valg af teori.....	24
Metode	25
Litteratursøgning	25
Dataindsamling.....	25
Det kvalitative forskningsinterview	25
Etiske overvejelser i forbindelse med interviewene	26
Inklusionskriterier for udvælgelse af informanter	27
Rekruttering af informanter.....	28
Interviewguiden	28
Interviewene	28
Præsentation af de fem informanter	29
Databearbejdning	29
Transskription.....	29
Farvekodning.....	30
Meningskategorisering.....	30
Meningsfortolkning.....	31

Analyse.....	31
Afsnit 1: Medarbejdernes erfaringer i forhold til, om diagnosen hæmmer eller fremmer arbejdet i praksis.....	32
<i>Opsummering</i>	39
Afsnit 2: Medarbejdernes oplevelse af, om de anvender de psykiatriske diagnoser forskelligt medarbejderne imellem.	39
<i>Opsummering</i>	44
Afsnit 3: Medarbejdernes oplevelse af, om beboerne har følt sig stigmatiseret af personale og i samfundet, og om de har en oplevelse af, at borgerne "bliver" deres diagnose.	44
<i>Opsummering</i>	50
Afsnit 4: Medarbejdernes oplevelse af borgerens muligheder for at komme sig.	51
<i>Opsummering</i>	55
Afsnit 5: Medarbejdernes oplevelse af diagnosens anvendelse i organisationen og i samfundet.....	55
<i>Opsummering</i>	59
Diskussion	59
Diskussion af analyse	59
<i>Diagnosernes hæmmende eller fremmende påvirkning i det sociale arbejde</i>	60
<i>Institutionelt og samfundsmæssigt niveau</i>	64
<i>Konsekvensen for borgerne</i>	67
Metodediskussion	71
Kvalitativ metode	71
Videnskabsteori.....	72
Reliabilitet, validitet og generaliserbarhed	72
<i>Reliabilitet</i>	73
<i>Validitet</i>	73
<i>Validering ved hjælp af Kvale og Brinkmanns syv faser</i>	73
<i>Genereliserbarhed</i>	75
Konklusion.....	75
Litteraturliste	77
Artikler	77
Bøger	77
Hjemmesider.....	79
Rapporter	79
Lovgivning.....	80
Tidsskrifter	80
Bilag 1	81
Bilag 2	82

Indledning

Gennem de seneste år er der indtruffet et øget fokus på de psykiatriske diagnoser, både nationalt og internationalt, og flere bliver diagnosticerede med disse diagnoser og anbragt på socialpsykiatriske botilbud, hvor det er medarbejderne her, der har til opgave at sikre en god behandling for disse borgere. Ved anbringelse af disse borgere på institutioner uden for samfundet defineres den uønskede adfærd, der ikke passer ind i samfundet normer for ”normal” adfærd, og stigmatisering kan opstå (Brinkmann, 2010).

Litteratur påpeger, at mennesker på socialpsykiatriske botilbud føler sig stigmatiserede af medarbejderne her, og at medarbejderne tilmed møder borgerne med en skepsis i forhold til deres behandlingsmuligheder. Dette er problematisk, idet medarbejderne skal hjælpe og vejlede borgerne til selvstændighed og muligheden for et liv i egen bolig (Vendsborg m.fl., 2011).

Dette speciale ønsker at undersøge, om psykiatriske diagnoser hæmmer eller fremmer det sociale arbejde i praksis med mennesker, der lider af psykiske lidelser, og om medarbejderne i praksis oplever, at diagnoser hæmmer eller fremmer deres arbejde. Dette vil jeg undersøge ved hjælp af fem kvalitative interviews af medarbejdere på et botilbud igennem et interaktionistisk teoretisk perspektiv med en hermeneutisk metode.

Problemfelt

I dette afsnit præsenteres baggrunden for problemstillingen, der indeholder den aktuelle viden på område, herunder undersøgelser og litteratur, der vil bidrage til at belyse området. Afsnittet er opdelt i underafsnit, der beskriver problemfeltet i forskellige perspektiver og slutteligt, hvorfor det er relevant for det sociale arbejde at undersøge dette felt. Efterfølgende kommer vil projektets problemstilling blive præsenteret.

Psykiatriens udvikling fra statslig til kommunalt regi

Psykiatrien overgik i 1976 fra stat til det amtslige sygehusvæsen og har dermed undergået en stor forandring. Antallet af sengepladser på de psykiatriske

hospitalet er blevet reduceret, og dette har medført et øget behov for en social indsats i kommunerne, da patienterne nu i højere grad placeres i sociale tilbud i kommunen. Tankegangen er ændret fra at varetage disse borgere på heldøgnsengepladser til nu at støtte dem i at blive en del af samfundet og så selvhjulpne som muligt. Disse ændringer i den sociale indsats for mennesker med psykiske lidelser er kommet som følge af ændringer i serviceloven, der skete på baggrund af ønsket om at afinstitutionalisere. Dette førte til, at distriktpsychiatrien blev etableret i slutningen af 80'erne. Målet for indsatsen her var, *"at de psykiatriske patienter skulle sikres en tilværelse så nær det normale som muligt, der skulle gives et differentieret psykiatrisk behandlingstilbud, forebyggelse af indlæggelse og genindlæggelse, sikre at psykiatriske sygehusafdelinger udnyttes til undersøgelses- og behandlingsmæssige formål, integrere patienten i samfundet og sikre at den psykiatriske patient kan gøre brug af de normale sociale tilbud"* (Folketinget, 2013).

Diagnosticeringstilgangens forandring og forståelsen af psykisk lidelse

I 1980'erne skete en ændring i måden, der diagnosticeres på. Tilgangen ændrede sig fra en ætiologisk tilgang, hvor individets livshistorie bliver inddraget, til en diagnostisk tilgang, hvor udgangspunktet udelukkende er at se på symptombilledet. Denne diagnosetilgang medfører på dette tidspunkt en stor stigning i antallet af diagnoser, og i bl.a. USA skete en tredobling af antallet af diagnoser (Brinkmann, 2010).

Anvendelsen af de psykiatriske diagnoser og selve diagnosticeringen af menneskelige problemer, sygdomme og uønskede tilstande har forandret sig igennem tiden. Diagnoserne afspejler gennem tiden skift i paradigmer, viden, sygdomsmodeller og forståelser af psykiske lidelser (Ringø, 2013).

Velfærdspolitikken har altid haft et inklusionsfremmende mål og et forsøg på at skabe en samfundsmæssig fælles identitet som det "normale" (Foucault, 1980). Ifølge Bedre Psykiatri er 5200 individer med en psykisk lidelse anbragt på et botilbud i dag (Bedre Psykiatri, 2018). Ved at anbringe mennesker med psykiske lidelser på forskellige botilbud, bliver det en måde at "gemme" dem væk fra samfundet, og der bliver dannet en grænse mellem den acceptable og uacceptable adfærd (Rose, 1998). Diagnosesystemerne definerer de psykiske lidelser og er en del af den samfundsmæssige og politiske organisering, fordi det er de arbejdsredskaber, der anvendes i social- og sundhedssektoren. Igennem diagnosesystemer konstrueres en

virkelighed, der er baseret på bestemte vidensforhold og forståelser af psykiske lidelser. De psykiatriske diagnosesystemer spiller en stor rolle for samfundet, idet de er med til at klassificere mental lidelse og forme psykiatrien. I Danmark anvendes diagnosesystemet *International Classification of Disease – 10. udgave* (ICD-10), der foreskriver, hvilke symptomer og fund, der kræves for at kunne stille en bestemt diagnose (WHO).

Ifølge sociologen, Nikolas Rose, kan diagnosesystemet ses som en del af styringsmæssige processer og hænger sammen med samfundsudviklingen. Diagnosesystemet fungerer som en form for styring af idealer og accepteret adfærd i vores samfund og funktion og indhold afspejler nationale og globale ideer om, hvad der er ”normal” adfærd. Diagnosesystemerne er også udtryk for bestemte tidsbundne moralbegreber, værdier, menneske- og samfundssyn (Rose, 1998).

Da der i 1980-erne udkom en ny udgave af det amerikanske diagnose system, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), DSM-III, ændrede det psykiatriske og sociale arbejdes videnskabelige grundlag, da dette system medførte et mindre fokus på sociale og psykiske reaktioner som indre konflikter samt de samfundsmæssige, kulturelle og sociale kontekster til kun at indeholde deskriptive kategorier, hvor årsagerne til adfærd og symptombillede afskaffes (Brinkmann, 2010). Dette henleder til, at diagnosesystemet ikke længere inddrager sociale og personlige faktorer, der er gældende for det enkelte individ. Det er nu ikke muligt med diagnosesystemet at få indsigt i, hvad de psykiske symptomer er udtryk for, inden der igangsættes udredning og diagnosticering, og i sidste ende behandling. Dette gør det svært at finde ud af, hvor problemet er udsprunget fra (Ringø, 2013).

Anvendelse af diagnoser i dag

Diagnosesystemet er komplekst og forstås forskelligt alt efter, hvilken forståelsesramme, der er i spil. Hidtil har diagnosen primært været opfattet som lægens arbejdsredskab, hvor formålet har været gennemskuelighed i anvendelsen af diagnoser. Diagnosen er et redskab til at skelne det syge menneske fra det, der ikke er sygt, og dermed er diagnosesystemet med til at definere, hvad der er sygdom. Men dette kan være svært at definere, grundet opfattelsen af sygdom hele tiden justeres i samfundet, og kan dermed være med til at skabe forskellige opfattelser af de samme

diagnoser, som borgerne får stillet (Etisk Råd, 2016).

I praksis bruges diagnoserne både som et praktisk arbejdsredskab, men også som en måde at bestemme problemer på. De har en stor betydning for, hvordan vi tolker og betragter lidelse og i dette hele taget for, hvordan vi ser sociale problemer. På samfundsniveau spiller de en stor rolle ift. økonomi og velfærd. Ifølge forsker, Pia Ringø, er der i stigende grad forandringer i samspillet mellem diagnoser, den social- og sundhedspolitiske udvikling og de indsatser, som mennesker med psykiske diagnoser tilbydes. I forhold til anvendelsen af diagnoser i kommunalt regi er der sket et politisk skift og en bevægelse væk fra disse diagnostiske kategorier, og i stedet er der et begyndende fokus på funktionsniveaumålinger, hvor eksempelvis Klassifikationssystemet for Funktionsniveau (ICF) anvendes. ICF er baseret på samme kriterier for videnskabelighed som diagnosesystemerne, men når ICF anvendes, kan indsatserne tilrettelægges ud fra menneskets funktionsniveau i stedet for ud fra en diagnose. Ved denne tilgang tages udgangspunkt i det enkelte menneskets udfordringer og ressourcer i stedet for i en anonym diagnose. Dog stadig kun udgangspunkt i symptombilledet. Funktionsmålingen er dog stadig et beskrivende redskab, hvor de faktorer, der indgår bruges til at se på symptomer, men ikke årsagsforholdene (Ringø, 2013). Dette hænger også sammen med, at den danske velfærdsstat har ændret sig fra at bygge på et forsørgelseskoncept til et aktiveringskoncept, der bidrager til tanken om aktivering, hvor mennesket har pligt til at udvikles og gøre brug af de ressourcer, der er til stede. Dette samfund kræver, at individet er præget af en høj grad af selvkontrol (Jørgensen, 2012).

Når diagnosen bliver styrende i socialpsykiatrien

At have en psykisk lidelse er stadig et tabulagt område, trods det er mere almindeligt at have en psykisk sygdom og eksempelvis lider omkring 200.000 af depression eller angst (Vendsborg m.fl., 2011). Området er i høj grad præget af stigmatisering og fordomme, og det er ikke kun af den almene befolkning, men i høj grad også af personalet i psykiatrien (Vendsborg m.fl., 2011).

Et kvantitativt studie, der var en del af et større randomiseret, kontrolleret forsøgsstudie foretaget i Danmark, har undersøgt holdningerne hos medarbejdere, der arbejder i sociale tjenester med psykisk syge mennesker (Jensen m.fl., 2015). Baggrunden for undersøgelsen var, at menneskerne, der kæmper med psykisk

sygdom, desværre også kæmper med misforståelser og fordomme fra samfundet, der resulterer i stigmatisering. Disse oplevelser med stigmatisering og diskrimination har mange negative påvirkninger på disse mennesker og betragtes som en af de mest alvorlige hindringer for en vellykket behandling og rehabilitering. Forskningen viser hertil, at medarbejdere i sociale tjenester er udgangspunktet for at finde den rette behandling til disse borgere, og derfor er det vigtigt at sætte ind her. Der blev fundet i undersøgelsen, at medarbejderne deler holdning med størstedelen af befolkningen, der synes at have en negativ holdning til mennesker med psykiske lidelser (Jensen m.fl., 2015).

Diagnosen kan gå hen og blive styrende i arbejdet med mennesker, der lider af psykiatriske lidelser. Dette kan medføre, at det ikke er mennesket, medarbejderen ser, men snarer lidelsen. I en kvantitativ og kvalitativ undersøgelse foretaget af Dansk Sundhedsinstitut (DSI) og Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI) beskrives, at en af de grupper, der opleves som mest stigmatiserende i psykiatrien, er det psykiatriske personale. Ofte føler mennesker med psykiske lidelser sig hjulpet, men på samme tid føler de sig behandlet nedladende og ydmygende (SFI & DSI, 2010). Det opleves af patienterne med psykiske lidelser, at personalet er pessimistiske i forhold til deres behandling, og at dette rettes mod specifikke diagnoser. Ifølge undersøgelsen af SFI og DSI sker dette, når patienten/borgeren føler sig ekskluderet fra diskussioner om sig selv, får frataget ansvar for eget liv eller ikke får tilstrækkelig information om sine behandlingsmuligheder. Ifølge nogle af patienterne, der har deltaget i undersøgelsen, har personalets fordomme været medvirkende til, at de har afbrudt deres behandling (SFI & DSI, 2010).

Undersøgelser viser, at næsten en $\frac{1}{4}$ af de rapporterede oplevelser af stigma gælder den stigma, der sker i det psykiatriske behandlingssystem (Vendsborg m.fl., 2011). Hertil viser en kvantitativ undersøgelse fra Australien, at mennesker med psykiske lidelser ønsker mindre stigma i sin tilværelse i behandlingssystemet, og at dette ville kunne forbedre deres liv. Deres ønsker indebar blandt andet, at de blev behandlet med respekt af deres behandlere i socialpsykiatrien (Hocking, 2003). Medarbejderne i psykiatrien er til en vis grad opmærksomme på, at der kan forekomme en stigmatiserende adfærd fra deres side, men de bør tage ansvar og forbedre deres holdninger og adfærd i psykiatrien, så de ikke bidrager til stigmatisering (Vendsborg m.fl., 2011).

Den stigmatisering, der opleves af mennesker med psykisk lidelse på disse behandlingstilbud, er, at medarbejderne har manglende interesse for dem, og at de psykiske diagnoser ofte bliver brugt i sammenhæng med en negativ fremtidsudsigt som eksempelvis *"Du har skizofreni, og du vil være syg resten af dit liv"* (Vendsborg m.fl., 2011). Disse forestillinger, som medarbejderne har i socialpsykiatrien, kan bidrage til, at individerne med de psykiske lidelser tager disse til sig og forventer og fastholdes i forestillingen om, at de ikke kan blive raske. Hertil opleves medarbejdere i psykiatrien mere pessimistiske end andre mennesker i forhold til, at individer med psykisk lidelse kan komme sig efter og blive raske (Vendsborg m.fl., 2011). Hertil bidrager samfundets strukturer og delsystemer til at fremme og fastholde disse menneskers oplevelse af at være anderledes og mindreværdige (Jacobsen og Kristiansen, 2013).

I det sociale arbejde stilles store krav til medarbejderne, når de forventes at kunne rumme individer med forskellige behov. Ifølge Preben Brandt, der er speciallæge i psykiatri og formand for "Rådet for socialt udsatte", er systemet optaget af at klassificere brugerne, men det er yderst sjældent, at de kan klassificeres med kun en problematik (Brandt, 2004). De er individuelle individer, der sjældent passer ind i en enkelt kategori, og derfor kan det være svært for institutionerne at varetage individer med mange behov, fordi de kun er indrettet efter at kunne varetage én problematik. Det professionelle system er en afspejling af den traditionelle "diagnosekasse" (Brandt, 2004). Men er dette også tilfældet på et socialpsykiatrisk botilbud?

Socialarbejderens rolle – et skift fra ekspert til facilitator

Sidst i 1970'erne opstod en kritik af samfundets ekspertsystemer og velfærdssamfundets institutioner, og de professionelle blev i stigende grad opfattet som formynderiske og bedrevidende, hvilket medførte, at indsatsen her i stigende grad blev opfattet som klientgørende og passiviserende (Mik-Meyer, 2012). De nye idealer om frigørelse og øget autonomi hos klienten blev etableret i velfærdsstaten, som idealer socialarbejderen skulle videreføre i arbejdet for velfærdsstaten (Ringø, 2013).

De professionelle i velfærdsstaten som eksempelvis socialrådgivere,

pædagoger, ergoterapeuter, sygeplejersker, osv. har et arbejde, der indeholder flere forskellige funktioner ved, at de både skal støtte, hjælpe, udvikle samt kontrollere borgerne. Margaretha Järvinen og Nanna Mik-Meyer kalder dette den dobbelte funktion, fordi deres arbejde får to formål, og herigennem opstår en række paradoksale vilkår for arbejdsudførelsen for de professionelle. De mennesker, der møder systemet skal anskues som *autonome og selvansvarlige borgere, der er eksperter i eget liv* (Mik-Meyer, 2012). Den professionelle forventes at have ekspertise inden for nogle specifikke indsatsområder, hvor det også handler om at få borgeren til at se sit liv i overensstemmelse med de opfattelser, der findes i velfærdssystemet. Margaretha Järvinen og Nanna Mik-Meyer definerer professionsbegrebet som en person, der har praksiserfaring i forhold til at arbejde med borgere i velfærdsstatens institutioner (Mik-Meyer, 2012).

Velfærdsstaten sætter særlige rammer for den professionelle, der i højere grad oplever en monitorering og markedsføring af arbejdet. Dette påvirker selve arbejdet, den professionelles selvforståelse og vilkårene for arbejdet med borgeren. Dette betyder også, at der er kommet en stigende kontrol i arbejdet i form af bl.a. øget dokumentation og indberetningspligt (Mik-Meyer, 2012). Ifølge sociologen, Nicolas Rose, har de professionelles identitet forandret sig fra at fungere udelukkende som eksperter, hvor der ikke blev sat spørgsmålstejn ved deres autoritet, til at deres arbejdsopgaver bliver standardiserede og monitorerede (Mik-Meyer, 2012). De øgede krav om dokumentation og systematisering af klientarbejdet samt redegørelser for målsætninger og resultater har medført konsekvenser for det professionelle arbejde med borgeren. Før i tiden var den professionelles rolle at fungere som ekspert i kraft af, at de havde den rette uddannelse og erfaring, og dermed vidste, hvad der var det ”bedste” for borgeren. Dette har i dag forandret sig til, at de professionelle i velfærdsstaten skal arbejde som facilitatorer, hvor målet er at sætte borgeren i centrum og hjælpe borgeren med selvudvikling og problemløsning af egne problemer. Dette betyder, at den professionelle skal coache borgeren til at finde løsninger selv og ikke løse problemerne for dem (Mik-Meyer, 2012). Ifølge Nicolas Rose skal borgeren i dag ledes til selvstyring, og hermed bliver borgeren gjort ansvarlig for egen situation, hvilket også hænger sammen med den øgede individualisering i vores velfærdsamfund (Ringø, 2013).

Projektets relevans for det sociale arbejde

På baggrund af ovenstående er projektets formål at undersøge diagnoser anvendelse og betydning i det sociale arbejde i socialpsykiatrien. Det er relevant for det sociale arbejde, grundet diagnoserne får mere og mere magt i vores samfund i forhold til forklaringen af menneskelig lidelse og for normen af accepteret adfærd (Brinkmann, 2015).

I arbejdet med denne borgergruppe, der lider af psykiatriske diagnoser, er det vigtigt at kunne se bag diagnosen og se individet. Projektet søger en forståelse af brugen af diagnoser, i forhold til om de hæmmer eller fremmer det sociale arbejde. I den sammenhæng har projektet relevans for det sociale arbejde, idet det undersøger medarbejdernes oplevelse af psykiatriske diagnoser på et socialpsykiatrisk botilbud.

Medarbejderne her udfører socialt arbejde, hvor de har med borgere at gøre, der har brug for støtte til at mestre hverdagslivet og blive selvstændiggjorte. Anvendelsen af diagnoser vil kunne påvirke kvaliteten af indsatsen, hvis der tages udgangspunkt i diagnosen fremfor i mennesket. I arbejdet med disse borgere er det derfor vigtigt at reflektere over brugen af diagnoser, da dette kan have betydning for relationen til borgerne og videre påvirke kvaliteten af behandlingen. Det er derfor en problemstilling, der er vigtig at tage hånd om. Ifølge Ejrnæs og Monrad er et socialt problem defineret ved at være en betegnelse for forhold, der ønskes at blive ændret i samfundet (Ejrnæs og Monrad, 2013) .

Problemformulering

- Hvordan oplever medarbejderne, at psykiatriske diagnoser hæmmer og fremmer det sociale arbejde med sindslidende på et socialpsykiatrisk botilbud?
 - Hvilke erfaringer af psykiatriske diagnoser har de professionelle i det sociale arbejde i forhold til at håndtere individer med psykiske lidelser?
 - Hvilken betydning har diagnoserne for mødet mellem de professionelle og brugerne af det socialpsykiatriske botilbud?

Formålsbeskrivelse

På baggrund af problemfeltet ved hjælp af rapporter og undersøgelser er det klarlagt, at der er en tendens til, at de professionelle i velfærdsstaten er stigmatiserende i deres arbejde med borgere med psykiatriske lidelser. Dette er en

problematik, der vigtigt at reflektere over i disse institutioner. Hertil er det et område, der synes at være under pres, idet diagnoserne i stigende grad styrer samfundets definition af, hvad der er sygdom og en accepteret adfærd.

Jeg håber derfor, at projektet kan skabe opmærksomhed omkring anvendelsen af diagnoser i praksis, herunder bidrage til at igangsætte refleksion hos de professionelle over egen praksis i det sociale arbejde.

Design

Kvalitativt casestudie

Det kvalitative casestudie defineres af forskeren Robert K Yin, som en empirisk analyse. Denne form for analyse undersøger et samtidigt eller historisk fænomen i en social indsats, hvor det udfolder sig (Antoft m.fl., 2012). Projektet tager udgangspunkt i om, hvorvidt diagnoser fremmer eller hæmmer det sociale arbejde på en socialpsykiatrisk botilbud. Empirien, der danner baggrund for undersøgelsen, indsamles på et socialpsykiatrisk botilbud i Midtjylland. På dette botilbud arbejder medarbejderne med diagnoser dagligt og har derfor indblik i, hvorvidt de efter deres mening hæmmer eller fremmer arbejdet. Ud fra den definition af cases som Antoft og Salomonsen har formuleret, er dette casestudie teorifortolkende, idet der tages afsæt i etablerede teorier om stigma, den totale institution og institutionelle identiteter. Disse teorier bidrager til at identificere mønstre i analysen af empirien med det formål om at give et dækkende billede af, hvad empirien indeholder. Som forsker vil jeg aktivt fortolke empirien og hertil aktivt anvende teori og min forforståelse. Min fortolkning af empiri tager udgangspunkt i etablerede teorier, der danner en ramme og afgrænser casen (Antoft m.fl., 2012).

Ifølge Yin er der to problematikker i arbejdet med cases. Disse omhandler spørgsmålet "*Hvad er casen en case af?*" og valget af teori til casen. I dette tilfælde, hvor jeg har valgt teori på forhånd, vil det kunne medføre, at jeg allerede har en forudindtaget med, der gør, at jeg skuer området på en bestemt måde. Dette kan have den ulempe, at jeg overser andre teorier, der kunne belyse min problemstilling, da jeg allerede har valgt fokus og påvirket empirien igennem dette. Mit teoretiske fokus vil endvidere have en betydning for tolkningen af empirien (Antoft m.fl., 2012)

Casebeskrivelse af botilbuddet

Jeg vil i projektet tage udgangspunkt i et socialpsykiatrisk botilbud beliggende i Midtjylland. Botilbuddet har døgndækning og rummer beboere fra 18-30 år. Botilbuddet består af træningsboliger efter §107 og bostøtte efter § 85 i serviceloven (Serviceloven). Beboerne på botilbuddet har forskellige typer af psykiatriske lidelser. Størstedelen af beboerne har sindslidelser som skizofreni, autisme, depression og angst. Diagnoser som disse kan have den påvirkning, at menneskene, der får dem, har brug for støtte i hverdagen. I Danmark kan psykiatrien overordnet opdeles i tre områder. Distrikts-, sygehus- og socialpsykiatri. Socialpsykiatrien tilbyder forskellige sociale tilbud, som kan få borgerens hverdag til at fungere efter udskrivelse. Dette kan eksempelvis være væresteder, botilbud og hjælp og støtte til beskæftigelse (FOA). Botilbud tilbydes af kommunalbestyrelsen til borgere med fysiske og psykiske funktionsnedsættelser efter lov om social service § 107 og § 108 (Serviceloven).

Jeg har valgt dette botilbud, grundet at medarbejderne her arbejder med mennesker, der lider af psykiatriske lidelser og er påvirket af at have en diagnose. Jeg ønskede, at finde et sted, der havde forskellige professioner ansat. Jeg har haft en forudindtaget om, at medarbejderne her på stedet har oplevelser af, om de psykiatriske diagnoser fremmer eller hæmmer det sociale arbejde i socialpsykiatrien. Hertil viser undersøgelser, at diagnoser kan hæmme det sociale arbejde og behandlingen af de psykiatriske patienter, da de kan være grundlag for, at stigmatisering blandt medarbejdere i psykiatrien opstår. Stigmatisering har en negativ effekt på behandlingen af mennesker med psykiske lidelser, og derfor er det et vigtigt område at sætte ind på, idet arbejdet med diagnoser kan skabe en ubevidst tendens til stigmatisering (Vendsborg m.fl., 2011).

Et centralt begreb i socialpsykiatrien i dag er Recovery, der har fokus på udviklingen af en positiv identitet, ud over det at være et menneske med en psykisk lidelse. Den afkræfter opfattelsen af, at psykisk lidelse er en kronisk tilstand ved at have fokus på, at mennesket med en psykisk lidelse kan komme sig helt eller delvist. Udgangspunktet for tankegangen er, at det altid er muligt at ændre på den syges situation. Dette er grundtanken for en god indstilling til borgerne med psykisk lidelse. Fokus er i denne tankegang på at tage udgangspunkt i at vende tilbage til det ”normale” og genvinde den sociale funktionsevne (Bedre Psykiatri, 2012).

Videnskabsteoretisk tilgang

Projektet tager udgangspunkt i en hermeneutisk videnskabsteoretisk forståelse. Før jeg foretog interviewene, havde jeg nogle forudindtagetheder i forhold til anvendelsen af diagnoser i socialpsykiatrien, samt til om de hæmmer eller fremmer arbejdet i praksis. Jeg vil i følgende afsnit redegøre for projektets epistemologi og ontologi, herunder den hermeneutiske tilgang, og de antagelser som denne tilgang tager udgangspunkt i.

Derefter vil jeg beskrive de hermeneutiske fortolkningsniveauer ifølge Kvale og Brinkmann. Efterfølgende kommer en diskussion af epistemologi i forhold til hermeneutikken og det interaktionistiske perspektiv, og sidst redegøres for den abduktive tilgang, som jeg har i projektet.

Ontologi og epistemologi

Som det fremgår af problemstillingen, søger jeg at opnå en forståelse af, om diagnoser fremmer eller hæmmer det sociale arbejde på et socialpsykiatrisk botilbud, og herunder om diagnosen har betydning for relationen mellem socialarbejder og borger. Jeg har valgt at benytte et hermeneutisk perspektiv til at besvare projektets problemstilling. Dette valg er taget på baggrund af problemstillingen, der lægger op til at indsamle viden om den subjektive oplevelse af anvendelsen af diagnoser hos medarbejderne på et socialpsykiatrisk botilbud og en fortolkning af disse udsagn. Jeg ser medarbejderne på botilbuddet som bærer af betydnings- og meningssammenhænge, og det er deres forståelser, jeg ønsker at anvende i projektet og tolke på (Kvale og Brinkmann, 2009).

Epistemologi – hermeneutikken

Hermeneutikken er læren om fortolkningen og er en fortolkende metode, der hævder, at mennesket er et fortolkende og forstående væsen. Det vil sige, at fænomener vil altid være fortolkede af dem, der beretter om dem. Jeg er opmærksom på, at jeg ikke kan gøre mig fri af min forforståelse. Jeg vil altid have en forudindtagethed og dermed ikke kunne være objektiv i min tilgang til empirien (Christensen, 2015).

Jeg har valgt at tage udgangspunkt i Hans-Georg Gadammers hermeneutik, idet jeg har haft en forudindtagethed i forbindelse med projektets problemstilling. Denne

forudindtagethed er dannet på baggrund af den teori, som jeg har valgt fra start af. Denne tilgang kan bidrage til at skabe opmærksomhed omkring dette. Gadamer's filosofiske hermeneutik baseres på Heideggers teorier og har et subjektivistisk perspektiv. Grundtanken hos Gadamer er, at individet er et fortolkende væsen, og at dette har konsekvens for den viden, der skabes og videre måden, vi skaber den på. Ifølge ham er vi alle grundlæggende hermeneutiske, da vi som individer er fortolkere og gennem erfaringer opnår nye forståelser. Hertil er vores forforståelse påvirket af kultur og opvækst, hvilket påvirker vores forståelser (Christensen, 2015).

Fordomme og forudindtagethed vil altid være til stede i verden og bidrager derfor til, at der aldrig vil kunne findes en fordomsfri indgang til et emne. Dette medvirker til, at der ikke findes én sand virkelighed, idet verden er skabt ud fra det enkelte individs fordomme og forudindtagethed. Dette kan skabe misforståelser og uenigheder, idet alle individer har forskellige forståelser, men igennem dialog er det muligt at forstå og afklare disse og forstå hinanden. Når informanter og interviewer deler deres fordomme og forudindtagethed udvides horisonterne. Disse horisonter kommer dermed til at danne ramme for, hvordan virkeligheden opleves (Christensen, 2015).

Før mødet med informanterne har jeg allerede en forståelseshorisont i forhold til, hvorvidt de psykiatriske diagnoser hæmmer eller fremmer det sociale arbejde i praksis. Jeg sætter min forståelseshorisont i spil i undersøgelsen af emne og opnår dermed en ny erkendelse af, om diagnoser hæmmer eller fremmer det sociale arbejde (Christensen, 2015). Når informanternes forståelser møder mine forståelser, sker om muligt en udvidelse af vores horisonter. Dette danner en ny forforståelse hos mig, som kan bruges i min analyse af informanternes udsagn. Ved hjælp af den hermeneutiske cirkel bryder jeg udsagnene op i enkeltdele for at skabe en forståelse af helheden og derigennem opnå ny viden. Denne tilgang passer til projektet, idet min forforståelse sættes i spil, og der sker en erkendelsesproces ved, at min fordomme muligvis forandres (Højbjerg, 2004).

Med en baggrund som ergoterapeut har jeg en forudindtagethed om diagnosernes anvendelse, idet jeg har viden med fra min sundhedsfaglige uddannelse. Hertil har jeg før arbejdet med diagnoser på et psykiatrisk hospital, og dette kan påvirke min opfattelse af emnet, før mødet med informanterne (Christensen, 2015).

Fortolkning gennem Kvale og Brinkmanns tre fortolkningsniveauer

Jeg har valgt at gøre brug af Kvale og Brinkmanns tre fortolkningsniveauer i min analyse (Kvale og Brinkmann, 2009).

Jeg har som hermeneutisk forsker ikke en neutral tilgang og fortolker derfor på informanternes udsagn, som den forståelse, jeg får af dem. Jeg forholder mig kritisk til deres udsagn, og min fortolkning af dem går derfor ud over informanternes egen forståelse. Jeg gør dette ved at forme kategorier til at repræsentere informanternes udsagn samt finde teori, der kan hjælpe mig med at tolke på udsagnene og række ud over min teoretiske forståelse (Kvale og Brinkmann, 2009).

Jeg har valgt at veksle mellem en teoretisk forståelse og empirisk data, idet dette bidrager til en endelig tematisering, der er opstået gennem teori og en kritisk fortolkning af udsagnene. Den teoretiske forståelse kan anvendes til at uddybe deres horisonter og dermed opnå indsigt i deres oplevelser (Kvale og Brinkmann, 2009). Hertil bruges den hermeneutiske cirkel projektet igennem ved en konstant vekselvirkning mellem enkeltdelene og helheden (Christensen, 2015)

Diskussion af epistemologi - hermeneutik og interaktionisme

Min forforståelse er formet af det litteratur og de undersøgelser, jeg har læst, samt de teorier jeg har udvalgt. Derudover har mine egne professionelle erfaringer som ergoterapeut, hvor jeg har viden om diagnoser også bidraget til denne. Disse har dannet min forudindtagethed, der har dannet baggrund for udarbejdelsen af min problemformulering og min interviewguide (Jørgensen, 2008).

Jeg er hermeneutisk i min metode, men i mit teoretiske perspektiv er jeg interaktionistisk inspireret. Ved anvendelse af den kvalitative metode frembringes forskellig typer viden i forhold til, om der bruges et hermeneutisk eller interaktionistisk perspektiv. Begge tilgange tager udgangspunkt i, at individer kan tænke, opfatte, føle og handle selvstændigt, og at disse faktorer er med til at forme det sociale liv. De beskæftiger sig med de bagvedliggende motiver til individets oplevelser, handlinger og tolkninger. Som hermeneutiker udleder jeg meningen fra det, som de udforskede individer tillægger deres handlinger (Jørgensen, 2008).

Interaktionismens kerne består i, at alt socialt liv opstår i mødet mellem individer, mødet mellem individer og institutioner osv., og herigennem dannes mening, der resulterer i handlinger, der styrer individet. Interaktionismen handler om,

hvordan individet påvirkes af sig selv og af omgivelserne. Forskellen på disse to tilgange er, at interaktionismen overordnet er baseret på at forstå det sociale liv som en proces, der skabes og etableres af forventninger og normer. I hermeneutikken forsøger forskeren at tolke de undersøgte individers mening og finde frem til en sandhed. I interaktionismen er fokus ikke på at finde frem til en sandhed, men i stedet at der er en sandhed for en enkelt gruppe individer. I interaktionismen erfares virkeligheden gennem handlinger, hvor der i hermeneutikken fortolkes på andres meninger for at finde frem til en virkelighed. Interaktionismen har fokus på strukturer, processer og mekanismer, der ubevidst påvirker individet, og mening skabes gennem interaktion, hvor mening i hermeneutikken skabes gennem tolkning (Jørgensen, 2008). Jeg har valgt at inddrage det interaktionistiske perspektiv, idet jeg søger viden omkring, hvordan diagnoserne påvirker mødet mellem medarbejder og borger på det pågældende botilbud.

Abduktiv tilgang

Jeg har en abduktiv tilgang, idet jeg fra starten af har taget min forforståelse i brug og brugt den som udgangspunkt for valget af teori, der kunne bidrage til besvarelse af problemstillingen. Den valgte teori danner baggrund for min interviewguide, og jeg bruger teorien til at undersøge min problemstilling. Jeg har brugt teori til at forklare den virkelighed, jeg undersøger, og teorierne anvendes til at forstå problemstillingen (6 og Bellamy, 2012).

Efter indsamling af empiri valgte jeg at bytte en teori ud og vælge en anden i stedet, som passede bedre til min problemstilling. Jeg valgte at bytte den enkelte teori ud, idet den knyttede sig til styringsprocesserne i samfundet, og det er ikke dette, jeg egentligt undersøger. I stedet valgte jeg at bruge denne teori til en lille del af analysen og senere i diskussionen. Jeg går abduktivt til værks, idet jeg ikke har holdt helt fast ved de teorier, jeg først havde valgt, som er tilfældet ved den deduktive tilgang. Ved en induktiv tilgang havde jeg ladet mig inspirere af empirien og deraf udledt en teori om det givne emne (6 og Bellamy, 2012).

Teori

I følgende afsnit præsenteres valg af teori. Jeg har valgt at anvende tre teorier, der skal belyse emnet på individniveau og institutionelt niveau, grundet jeg

undersøger, hvordan den psykiatriske diagnose hæmmer eller fremmer det sociale arbejde mellem den professionelle og mennesket med sindslidelse på et socialpsykiatrisk botilbud. Disse teorier er stigmat teorien af Erving Goffman, institutionelle identiteter af Margaretha Järvinen og Nanna Mik-Meyer og teori om den totale institution også af Erving Goffman. Slutteligt kommer en redegørelse for teoriernes videnskabsteoretiske position.

Disse teorier danner grundlag for at kunne beskrive, forstå og fortolke de meninger og betydninger, som socialarbejderne tillægger diagnosens betydning for arbejdet og konsekvenserne eller fordelene ved brug af dem. Goffmans teori om stigma danner baggrund for et interaktionistisk perspektiv, som belyser, hvordan stigmatisering opstår og påvirker mødet mellem borgeren og medarbejderen (Goffman, 2009).

Formålet er at analysere de sociale problemer, som er opstået i mødet mellem systemet og klienten, idet diagnosen påvirker relationen mellem socialarbejder og borger ved hjælp af de pågældende teorier. Herunder hvordan diagnosen har betydning for arbejdet med mennesker med psykiske lidelser. Afvigerrollen defineres her som en social proces, hvor der ses bort fra, at personerne er syge, men i stedet har fokus på, at det er i interaktionsprocesserne mellem samfund, individ og de professionelle, at adfærden hos mennesket med en psykisk diagnose, sygeliggøres (Järvinen & Mortensen, 2003). På baggrund af det nævnte har jeg valgt at inddrage teorien om Stigma og den totale institution af Goffman.

Stigmat teorien

Erving Goffmans teori om stigma vil blive anvendt til at analysere, hvordan stigmatiseringsprocesserne, der opstår blandt medarbejderne på botilbuddet, kan påvirke patienterne i en negativ retning.

Goffman har med sin teori fra 1960'erne søgt at skabe en forståelse for, hvordan stigmatisering opstår. Han belyser de processer, hvor stigmatisering skabes, og hvordan den stigmatiserede opfatter sig selv i denne situation (Goffman, 2009). Goffman var særligt optaget af mennesker i udsatte positioner og særligt mennesker med psykiske lidelser og andre afvigende grupper (Jacobsen m.fl., 2002).

Goffman karakteriserer det menneskelige selv som helligt, der skal beskyttes og ikke må krænkes. Stigma er oprindeligt et græsk begreb, der betyder et tegn på kroppen, der markerer noget udsædvanligt og unormalt i en kultur eller et bestemt

samfund. Ifølge Goffman opstår stigmatisering ud fra den tilsyneladende sociale identitet, hvor der er tre typer stigma: *kropslige, tydelige tegn*, der viser individets abnormalitet, *karaktertræk*, der er usynlige tegn, som eksempelvis alkoholisme og *stammemæssige stigma (tribal stigma)*, hvor der opstår stigma grundet nationalitet, race eller religion. Den tilsyneladende sociale identitet indebærer kategoriseringen af individet på baggrund af vurderinger fra omgivelserne, der er baseret på det, der kan observeres ved individet. Eksempelvis adfærden hos et menneske med en psykisk lidelse (Goffman, 2009).

Stigma er en proces og skabes gennem interaktion i en bestemt kontekst. Vi har i samfundet i dag en tendens til at kategorisere individer, hvilket bidrager til beslutningen om hvilke egenskaber, der af samfundet opfattes som normale og dermed, hvilke der er afvigende. Heraf opstår stigmatisering. Goffman definerer et stigma som en uønsket egenskab, der hos et mennesket kommer til at overskygge alle dets andre egenskaber. Stigma opstår, når der er en uoverensstemmelse mellem vores forestillinger om et mennesket og den reelle identitet (Goffman, 1963).

På baggrund af de professionelles kategoriseringer, såsom diagnosekategoriseringer, bruger Goffman begrebet moralsk karriere, hvor individet, som afviger, glider ind i en kategori som moralsk mindreværdig. Ifølge Goffman fratages individet, der afviger, her muligheden for at fremstå som et ”almindeligt menneske med de samme krav på at blive behandlet med respekt som alle andre” (Goffman, 1961).

Goffman skelner mellem tre forskellige typer af identitet den sociale identitet, den personlige identitet og jeg-identiteten. Den sociale identitet bestemmes ud fra individets fremtræden, hvor der er en skelnen mellem den tilsyneladende, sociale identitet og den faktiske, sociale identitet. Ved første øjekast sættes individet i den tilsyneladende, sociale identitet. Stigma er samfundets reaktion på individets ”abnormalitet” og er med til at ødelægge identiteten hos individet igennem normer. I interaktionen med andre mennesker er vi potentielt altid i fare for stigmatisering (Jacobsen m.fl., 2002).

Det stigmatiserede individ har ifølge Goffman tendens til at have samme opfattelse af sin identitet som andre individer, fordi individet har en følelse af at være ”normal”, men i realiteten vil individet ikke opleve accept fra andre individer. Jeg-identiteten er forskellig fra de to andre, idet den fokuserer på den subjektive oplevelse af stigma. Mennesker med psykiatriske lidelser kan gennemgå det, Goffman kalder en

moralsk karrierer, og begynde at leve op det stigma, de oplever fra andre, som eksempelvis kunne være deres behandlere (Jacobsen m.fl., 2002).

Institutionelle identiteter - fra ekspert til facilitator

Ifølge Margaretha Järvinen og Nanna Mik-Meyer defineres begrebet professionel som personer, der har erfaring i at arbejde med borgere i velfærdsstatens institutioner – herunder pædagoger, socialrådgivere, sygeplejersker, ergoterapeuter, etc.. Det, der skaber rollen som den professionelle i dag, er derfor praksiserfaring fra institutionerne (Järvinen & Mik-Meyer, 2012). Ifølge sociologerne Jaber Gubrium og James Holsten skaber velfærdsstatens professionelle institutionelle identiteter, da velfærdsstaten sætter særlige rammer for den professionelle. Dette sker i form af eksempelvis monitorering og markedsføring, der påvirker arbejdet, samt den professionelles selvforståelse og vilkårene for arbejdet med borgeren (Järvinen & Mik-Meyer, 2012). Som følge af monitoreringen og markedsføringen er der sket en stigende kontrol og evaluering i arbejdet samt øget dokumentation og indberetning af arbejdsopgaver hos den professionelle. Samtidigt ses også en individualiseringstendens i samfundet, hvor den professionelles arbejde bliver at selvudvikle og frigøre borgeren (Järvinen & Mik-Meyer, 2012).

Disse ændringer i den professionelles arbejde har medført en udvikling i mødet med borgerne. Før har den professionelles rolle bestået i at agere eksperten, men i dag har rollen forandret sig til at være facilitator, hvor borgeren sættes i centrum og ansvarliggøres for sin egen situation. Dette har påvirket relationsarbejdet mellem borgeren og den professionelle, da der i nogle tilfælde forventes, at den professionelle inddrager sin personlighed i arbejdet med borgeren. Det er ifølge Järvinen og Mik-Meyer ikke længere nok at agere ekspert, men nu kræves det også, at den professionelle kan agere som rollemodel for borgeren (Järvinen & Mik-Meyer, 2012). Denne udvikling medfører, at interventionsområdet, som den professionelle arbejder i, kan gå hen og blive et diffust arbejdsområde. Den professionelle skal på en måde tilbageholde sin ekspertise og på samme tid fungere som facilitator samt udføre en ekspertrolle gennem stigende dokumentation og indberetning. Ifølge Järvinen og Mik-Meyer skaber de modstridende krav og forventninger til den professionelles arbejde frustration og usikkerhed hos den professionelle, i forhold til udførelsen af arbejdet (Järvinen & Mik-Meyer, 2012).

Teori i forhold til institutionelle identiteter anvendes i analysen til at belyse, hvordan de øgede krav og retningslinjer, der bliver stillet i samfundet til de professionelle, kan hæmme arbejdet med de sindslidende på botilbud (Järvinen & Mik-Meyer, 2012).

Botilbud som en total institution

Goffman medvirkede til udvikling af afvigelsens sociologi og forskede i analysen af dominerende antagelser om normalitet og patologi samt behandlingen af mennesker med lidelser med de institutionelle rammer omkring. Goffman ønsker med denne teori at beskrive patientens situation (Goffman, 1967).

Han søger med denne teori at undersøge, hvad der sker med menneskets selv under indlæggelse på en institution, og hvordan mennesket bliver en del af denne verden. Lige fra øjeblikket, hvor mennesket indtræder på institutionen, sker en række ydmygelser og profaneringer af selvet, hvilket medvirker til, at mennesket skaber et helt nyt selv. Mennesket vil ændre syn på sig selv og sine signifikante andre. Menneskets civile selv er her under forandring og gennemgår en proces, hvor det krænkes og trues. Der sker en form for rolleberøvelse, idet mennesket ikke selv har mulighed for at vælge og planlægge udlevelsen af sine roller længere (Goffman, 1967).

Et centralt karakteristika for den totale institution er nedbrydningen af barrierer, der normalt opdeler vores hverdagsliv i forhold til arbejde og andre aktiviteter. I den totale institution foregår alle aspekter af tilværelsen på samme sted og under den samme myndighed samt under de samme regler (Goffman, 1967).

Teoriernes videnskabsteoretiske position

Goffmans videnskabsteoretiske position

Goffmans teori om stigmatisering og om den totale institution har placering indenfor symbolsk interaktionisme, der tager afsæt i det konstruktivistiske perspektiv (Galvind, 2008). I kraft af at mennesker interagerer med hinanden konstrueres menneskets identitet. Stigmat teorien beskæftiger sig med indenfor den sociale konstruktion af normalitet og afvigelse. Dette vil sige, at stigmatisering sker i en social proces, hvor omgivelsernes reaktioner, kategoriseringer og bedømmelser ødelægger den sociale proces for bestemte grupper af mennesker. Der skabes

stereotype opfattelser af den adfærd, der ikke er kulturelt accepteret i samfundet (Goffman, 2009).

Goffman tydeliggør, hvordan mennesker forholder sig til hinanden, mens de er underlagt en form for social orden. I symbolsk interaktionisme er fokus på mødet mellem mennesker, og påvirkningen af dette på det enkelte menneske. Den viden mennesker får om andre mennesker, samfundet og sig selv konstrueres i interaktionen med andre mennesker (Galvind, 2008).

Institutionelle identiteter af Järvinen og Mik-Meyer

Teorien om institutionelle identiteter bevæger sig også indenfor den symbolsk interaktionistiske perspektiv. Men der er en skepsis hertil om en menneskelig identitetskerne, idet denne forestilling står i stor kontrast til det samfund, vi som individer agerer i dag. Individet skal konstant forholde sig til forskellige sociale arenaer og tilpasse sig til den sociale kontekst, hvor retningslinjer og krav påvirker. Disse påvirker vores identitet som mennesker (Järvinen og Mik-Meyer, 2003).

Andet valg af teori

Før jeg havde specificeret min problemstilling, havde jeg valgt at inddrage governmentality-teorien af Mitchell Dean. Oprindeligt er governmentality-begrebet skabt af Michel Foucault. Jeg havde valgt denne teori, fordi jeg ville anvende den til at se på magtudøvelse og styring i vores samfund, og hvad det er, der styrer individerne i vores velfærdsstat. Teorien var valgt på baggrund af den forudindtagethed, jeg havde før projektets begyndelse om, at styringen i samfundet har indvirkning på medarbejdernes anvendelse af diagnoser i praksis (Dean, 1999). Grundet, jeg undersøger på individniveau og institutionelt niveau og har et interaktionistisk perspektiv, hvor jeg ser på mødet mellem medarbejder og den sindslidende, der er bosat på botilbud, er denne teori derfor ikke oplagt, idet den ser overordnet på styringsmentaliteter i samfundet generelt (Dean, 1999).

Havde jeg valgt at anvende denne teori, ville jeg ikke kunne få et dækkende billede af mødet mellem system og klient, idet denne teori ikke kan belyse interaktion mellem borger og medarbejder på botilbuddet (Dean, 1999).

Jeg har valgt at anvende teorien i sidste del af analysen, hvor den primært benyttes i diskussionen som en forklaringsfaktor på makroniveau, grundet at teorien

kan være med til at forklare, hvorfor medarbejderne på botilbuddet har den oplevelse af, om diagnoser hæmmer eller fremmer det sociale arbejde, som de har.

Metode

I dette afsnit vil der blive redegjort for valg af metodisk tilgang, litteratursøgning samt en kort præsentation af informanterne. Efterfølgende beskrives dataindsamling og databearbejdning.

Litteratursøgning

Jeg startede med at søge bredt på Google omkring anvendelsen af diagnoser og stigmatisering i psykiatrien. Her fandt jeg artikler og rapporter omkring diagnosers anvendelse og påvirkning af det sociale arbejde. Disse kunne bidrage til at belyse dette emne. Herefter fik jeg formuleret en foreløbig problemformulering og begyndte at søge mere specifikt i forhold til dette emne. Jeg har foretaget en systematisk litteratursøgning samt kædesøgning. Den systematiske søgning foregik i to forskellige databaser, hvor der blev søgt på udvalgte søgeord som eksempelvis “stigma”, “discrimination”, osv.. Der er søgt i PubMed og PsycINFO. Kædesøgningen blev foretaget ud fra de rapporter, artikler og bøger, som jeg fandt i den første søgning (Lund et al., 2014).

Dataindsamling

I dette afsnit tages udgangspunkt i “*De syv faser af en interviewundersøgelse*” ud fra Kvale og Brinkmann. De første faser heri handler om interviewguiden og interviewene. Jeg har valgt det kvalitative forskningsinterview med formålet om at undersøge medarbejdernes erfaringer af, om den psykiatriske diagnose hæmmer eller fremmer det sociale arbejde (Kvale & Brinkmann, 2009).

Det kvalitative forskningsinterview

Formålet med denne form for interview er at forstå informanternes oplevelser, altså hvordan de forstår og oplever deres verden (Kvale & Brinkmann, 2009). Derfor tilegner denne form for interview sig med fordel til det, jeg vil undersøge, da jeg gerne vil opnå viden omkring medarbejdernes oplevelse af, om psykiatriske diagnoser fremmer eller hæmmer deres arbejde i praksis. Interviewene er udført som

semistrukturerede enkeltinterviews, hvor formålet er at undersøge, om psykiatriske diagnoser hæmmer eller fremmer det sociale arbejde i praksis af medarbejdere, der arbejder på et socialpsykiatriske botilbud. Ifølge Kvale og Brinkmann er denne type forskningsinterview en interaktionsform og viden produceres gennem dialog. Der skabes her adgang til informanternes oplevelser og erfaringer i forhold til, om diagnoser fremmer eller hæmmer det sociale arbejde (Kvale & Brinkmann, 2009).

Etiske overvejelser i forbindelse med interviewene

Informanterne fik igennem deres arbejdsplads på det socialpsykiatriske botilbud tilbud om at deltage i interviewene af deres leder, som jeg kontaktede via mail. Før interviewene fandt sted, fik informanterne både skriftlig og mundtlig information om undersøgelsens formål. I det kvalitative forskningsinterview er det vigtigt at have formelle faktorer ordnet såsom informeret samtykke. Hermed er det gjort klart, at informanterne er sikret fortrolighed og anonymitet i interviewene, og at de deltager frivilligt, hvilket betyder, at de kan forlade interviewet, når de ønsker, hvis behovet opstår (Kvale & Brinkmann, 2009).

Det kan være et følsomt emne at tale om psykiatriske diagnoser og især anvendelsen af dem i praksis, da det kan være noget, man som medarbejder ikke er opmærksom på og faktisk først bliver i interviewet. Da jeg var ude og foretage interviewene, kunne det fornemmes, at det satte gang i en refleksion over deres praksis. Det er utrolig vigtigt at skabe tillid i mødet med informanten, så informanten føler sig tryk og i gode hænder uden at føle sig fordømt af interviewer. Hertil har jeg gennem interviewene forsøgt at anerkende informanterne i deres svar ved at nikke, sige hmm osv. Projektet har en hermeneutisk tilgang, og hertil er det vigtigt at gøre sig overvejelser i forhold til den kritiske hermeneutik, da denne skaber opmærksomhed på, at der kan være en asymmetrisk magtbalance i samtalen mellem interviewer og informanten. I udgangspunktet vil interviewsituationen være asymmetrisk, da det er interviewer, der definerer interviewsituationen og interviewets emner. Interviewene er en proces, hvor igennem informant og interviewer producerer viden gennem deres samspil. Derfor har jeg været opmærksom på min rolle og magtfordelingen (Kvale & Brinkmann, 2009).

Interviewene forgik på informanternes arbejdsplads, hvilket medførte, at de her var på hjemmebane. Dette kan have skabt tryk i interviewsituationen og bidraget til en dels mere lige magtbalance (Kvale & Brinkmann, 2009).

Jeg har søgt at gengive informanternes udsagn og være tro mod den kontekst, de er fortalt i. For at opnå at udsagnene har fået den rigtige mening, kunne jeg have sendt mine resultater til informanterne for at sikre, at deres udsagn er fremlagt, som de også selv mente dem, men dette har der ikke været mulighed for indenfor den givne tidshorisont. Den indhentede empiri er blevet håndteret fortroligt, og informanternes identiteter er blevet anonymiserede i projektet (Kvale & Brinkmann, 2009).

Inklusionskriterier for udvælgelse af informanter

Her vil jeg beskrive de kriterier, som informanterne er udvalgt på. Udvælgelsen af informanter er ikke sket strategisk men snarer tilfældigt, hvilket også er en del af proceduren i anvendelsen af det kvalitative forskningsinterview. Disse kriterier er valgt med formålet om at kunne få det mest nuancerede interviewmateriale til at belyse problemstillingen (Kvale & Brinkmann, 2009).

1. Informanterne skal arbejde på et socialpsykiatrisk botilbud med mennesker, der har forskellige psykiatriske diagnoser.
2. Informanterne skal have arbejdet her mere end et halvt år.
3. Informanterne skal have en sundhedsfaglig eller socialfaglig uddannelse.

Eksklusionskriterier

1. Medarbejdere uden uddannelse
2. Medarbejdere, der har arbejdet i psykiatrien i mindre end et halv år

Jeg har søgt at finde forskellige faggrupper, der arbejder på et socialpsykiatrisk botilbud. Dette med formål om at opnå et nuanceret billede af, om psykiatriske diagnoser hæmmer eller fremmer det sociale arbejde i forbindelse med at håndtere individer med psykiske lidelser, idet jeg havde en formodning om, at forskellige faggrupper ville bidrage med forskellige oplevelser af diagnosernes hæmmende eller fremmende effekt på det sociale arbejde. Hertil havde jeg en formodning om at de institutionelle og professionelle identiteter ville påvirkes forskelligt af de forskellige faggrupper (Kvale & Brinkmann, 2009).

Rekruttering af informanter

Til rekruttering af informanter har jeg søgt at finde forskellige botilbud i området omkring Midtjylland. Dog gav dette ikke noget resultat. I andet forsøg kontaktede jeg bekendte, der havde kontakter til socialpsykiatrien, hvilket gav pote til sidst, og der blev anlagt kontakt (Kvale & Brinkmann, 2009).

Interviewguiden

Interviewguiden anvendes ofte i det kvalitative forskningsinterview og er med til at sikre, at der ikke udelades vigtige informationer under interviewet.

Interviewguiden er opbygget med udgangspunkt i Kvale og Brinkmanns anbefalinger til udførelse af et forskningsinterview, og derfor har jeg opstillet temaer og med tilhørende interviewspørgsmål. Interviewguiden (Bilag 2) tager afsæt i den faglige viden, der er opnået gennem litteratur, der relaterer sig til området, der undersøges. På baggrund af min teoretiske forudindtagethed har jeg fundet frem til tre temaer, som spørgsmålene er baseret på. Tematiseringerne er formet på baggrund af teori, hvilket skaber en tråd i forhold til de emner, jeg gerne vil have belyst af informanterne.

Interviewspørgsmålene omfatter både indledende, opfølgende, sonderende, specificerende, direkte, indirekte samt fortolkende spørgsmål. Med anvendelsen af disse spørgsmål får jeg informanternes subjektive holdninger af de opstillede temaer (Kvale & Brinkmann, 2009).

Eksempel på interviewguiden

Stigma af Goffman	Stigmatiseringstendenser på botilbuddet – hvordan opleves stigmatisering af medarbejderne?	• Har du oplevet, at nogle beboere har følt sig stigmatiserede i forhold til medarbejdere eller i forhold til samfundet?
-------------------	--	--

Interviewene

Efter udarbejdelsen af interviewguiden har jeg indsamlet empiri gennem fem semistrukturerede interviews. De fem interviews havde en varighed af 20-35 minutter. Informanterne underskrev før interviewene en samtykkeerklæring, og derefter startede

interviewene med en kort briefing om de praktiske foranstaltninger i forbindelse med projektet. Herunder blev projektets emne og formål gentaget, og jeg fik accept fra informanten om, at interviewet måtte blive optaget (Kvale & Brinkmann, 2009).

Det giver ifølge Kvale og Brinkmann ensartethed i interviewene, at det er den samme, der foretager alle interviews. Interviewene fandt sted i et lukket mødelokale på informanternes arbejdsplads, hvor der ikke var forstyrrende elementer til stede, med undtagelsen af de to første interviews, der blev foretaget på et kontor, hvor der forekom afbrydelser. Nogle af spørgsmålene omhandler følsomme elementer, og derfor er det vigtigt at være opmærksom på placeringen af interviewene. Disse lokationer er dog ikke neutrale mødesteder, hvilket kan have haft indvirkning på, hvordan informanterne besvarer interviewspørgsmålene. Endvidere tages hensyn til afbrydelser, grundet interviewene foregår i arbejdstiden, og derfor kan der opstå situationer, hvor det kræves, at informanterne træder til (Kvale & Brinkmann, 2009).

Præsentation af de fem informanter

Jeg vil i følgende afsnit kort præsentere de fem informanter. Dette skal bidrage til at give et overblik over informanternes profession, samt hvor længe de har arbejdet i socialpsykiatrien.

Præsentation

- Marie er social og sundhedsassistent og har arbejdet i socialpsykiatrien i 6 år.
- Ulla er musikterapeut og har arbejdet i socialpsykiatrien i 4-5 år.
- Birgitte er pædagog og har arbejdet i socialpsykiatrien i 4 år.
- Susanne pædagog og har arbejdet i socialpsykiatrien i 6 år.
- Cecilie ergoterapeut og har arbejdet i socialpsykiatrien i 1 år ca.

Databearbejdning

I dette afsnit vil jeg beskrive transskription, farvekodning samt meningskategorisering og meningsfortolkning. Disse forhold vil senere blive anvendt i analysen.

Transskription

Inden transskriptionerne blev foretaget, havde jeg overvejet, hvordan det skulle gøres, da det helst skulle være så ensartet som muligt. Jeg har derfor søgt

inspiration hos Kvale og Brinkmann i denne forbindelse for at få det bedste grundlag for at kunne sammenligne interviewene senere (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg har valgt at transskribere ordret for at få den fulde forståelse af sammenhængen, dog er der undladt gentagende ord i de citater, jeg har anvendt i analysen, hvilket giver en bedre sammenhæng i citaternes betydning. Desuden har jeg for at anonymisere informanterne, valgt at kalde dem Marie, Ulla, Birgitte, Susanne og Cecilie, og sådan vil de blive refereret til igennem projektet. Hertil har jeg valgt at anonymisere deres køn, og alle vil gå under hunkøn, idet det vil kunne højne anonymiseringen. Jeg har forsøgt at foretage transskriptionerne kort tid efter, interviewene blev foretaget for, at erindringerne var så klare som muligt (Kvale & Brinkmann, 2009).

Farvekodning

Efter at transskriptionerne er foretaget og gennemlæst, har jeg efterfølgende lavet et kort resumé af interviewene for at opnå et helhedsindtryk af empirien (Kvale & Brinkmann, 2009).

Efterfølgende har jeg valgt at farvekode interviewene ved at finde temaer i interviewene og givet dem farver hver især, for at skabe overskuelighed over de forskellige temaer i interviewene. Ud fra disse farvekodninger er der opstået 15 temaer, som klarlægger empirien. De 15 temaer er herefter delt op i færre temaer med underkategorier til og vil blive præsenteret nedenfor (Kvale & Brinkmann, 2009).

Meningskategorisering

Efter sammenligningen af farvekoder, har jeg frasorteret den empiri, der ikke er relevant i forhold til projektets problemstilling. Jeg har nu fundet frem til nogle overordnede kategorier, der danner grundlag for analysen i projektet. Kategorierne er dannet ud fra hvilke temaer, der er mest gennemtrængende i informanternes udsagn og som kan relateres til problemformuleringen. Tematiseringen er udledt på baggrund af empiri, litteratur og min teoretiske forståelse (Kvale & Brinkmann, 2009).

Her er en præsentation af de fem hovedtemaer med dertilhørende undertemaer:

- Medarbejdernes erfaringer af om diagnosen hæmmer eller fremmer arbejdet i praksis.
 - Anvendelse af diagnoser i arbejdet (Anvender eller anvender ikke)

- Diagnoser betegnes som et godt/dårligt arbejdsredskab.
- Diagnosens betydning for arbejdet med borgeren og påvirkning af borgerens identitet – herunder mødet mellem klient og professionel.
- Medarbejdernes oplevelse af, om diagnoserne bruges forskelligt medarbejderne imellem.
- Medarbejdernes oplevelse af, om beboerne har følt sig stigmatiseret af personalet på botilbuddet og i samfundet.
 - Oplevelse af om borgerne ”bliver” sin diagnose på sigt.
- Medarbejdernes oplevelse af mulighederne for borgeren for at komme sig.
- Medarbejdernes oplevelse af diagnosens anvendelse i organisationen og i samfundet.

Meningsfortolkning

Ved hjælp af meningsfortolkning vil den bagvedliggende betydning af udsagnene komme til udtryk i analysen. Jeg vil gå ud over det sagte i empirien og analysere betydningsstrukturer- og relationer, der ikke synes at fremgå, som det første i empirien. Ifølge Gadamer vil forskeren altid påvirke subjektet for at frembringe subjektets oplevelser og erfaringer, og derefter anskue de forskellige meninger ud fra subjektets udsagn (Christensen, 2015).

Jeg tolker på informanternes udsagn, og dette har givet en forståelse af de bagvedliggende betydninger heri. Ved at gøre brug af mistankens hermeneutik af Kvale og Brinkmanns i analysen, tillægges udsagnene betydning for at skabe en forståelse af de bagvedliggende holdninger. Ved anvendelse af denne går jeg som forsker ud over det sagte i udsagnene og skuer efter ubevidste meninger i udsagnene. Dette giver anledning til at holde en kritisk distance i fortolkningen, hvor der sættes spørgsmålstejn ved udsagnene hos informanterne, idet der skabes opmærksomhed på, at der kan ske at være en bagvedliggende mening. Jeg har derfor fortolket udsagnene, som udsagn med en bagvedliggende meninger (Kvale og Brinkmann, 2009).

Analyse

Analysen tager udgangspunkt i de fem overtemaer med de dertilhørende undertemaer, jeg har fundet frem til efter meningskategoriseringen, og derfor er analysen delt op i fem dele. Første afsnit vil tage udgangspunkt i, hvordan

medarbejderne erfarer, at diagnosen hæmmer eller fremmer det sociale arbejde, de efterfølgende afsnit vil handle, om hvordan medarbejderne oplever at diagnoser anvendes forskelligt imellem dem, om de har en oplevelse af om borgernes føler sig stigmatiseret på botilbuddet og i samfundet, medarbejdernes oplevelse af mulighederne for borgerne for at komme sig og slutteligt, hvordan diagnosen opleves at anvendes i organisationen og i samfundet. Alle afsnit vil afsluttes med en opsummering, der vil skabe klarhed over resultaterne.

Afsnit 1: Medarbejdernes erfaringer i forhold til, om diagnosen hæmmer eller fremmer arbejdet i praksis.

Dette afsnit vil blive analyseret tværgående og ved sammenligning af informanternes udsagn, vil jeg belyse baggrunden for, hvordan diagnosen enten hæmmer eller fremmer arbejdet i praksis ifølge deres erfaringer (Thagaard, 2004).

De fem informanter har ikke de samme erfaringer med, om diagnosen hæmmer eller fremmer deres arbejde i praksis. En af informanterne har erfaring med, at diagnoserne er fremmede for arbejdet, en informant har erfaret, at diagnoserne både kan have en fremmede og hæmmende effekt, og de tre sidste informanter har erfaret, at de er hæmmende for deres arbejde.

Marie, Ulla og Susanne har de erfaringer, at diagnoserne hæmmer deres arbejde. Ulla har oplevet, at det i hendes arbejder hæmmer behandlingsprocessen, fordi hun har erfaring med, at den enkelte borger ofte fastlåses i at have en bestemt adfærd, grundet diagnosen:

”Altså, man kan sige, at det er i den musikterapeutiske proces med den enkelte borger, der hæmmer det nok for borgeren og have den diagnose, fordi de kan blive så fastlåste, fordi det er det, de kender, så det er også det, de nogen gange holder fast i”
(Ulla, linje 235-237)

Diagnosen medvirker til, at borgeren holder fast i det, de kender, og ikke tør bevæge sig væk fra dette. Hertil fortæller Ulla, at diagnoser er hæmmende, fordi de ofte udløser et behov for medicin, og når borgeren er påvirket af dette, kan det være svært at nå til udviklingsprocesserne i hendes behandling. Susanne oplever ligeledes, at diagnoserne hæmmer arbejdet:

"Jeg kan godt opleve, at de hæmmer det lidt - fordi hvis man nu er diagnosticeret med en diagnose og hen ad vejen finder ud af, at det er en anden diagnose."

(Susanne, linje 191-194)

Susannes oplevelse af dette kommer på baggrund af, når borgeren først har fået én diagnose, men den på et senere tidspunkt skal ændres, fordi det ikke er den rigtige, der er blevet givet. Det er ifølge Susanne svært for borgeren at skifte diagnose, grundet der med diagnosen følger en identitet med, som borgeren ikke nemt kan skifte til en anden, på trods af, at den "nye" diagnose passer bedre til borgerens udfordringer.

Cecilie har erfaret, at diagnoserne både kan have en hæmmende og fremmende effekt på arbejdet med borgere med psykiske lidelser. Hun har oplevet, at diagnosen er hæmmende for arbejdet, når en borger har fået den forkerte diagnose, eller i de tilfælde hvor borgeren gerne vil holde diagnosen for sig selv og ikke vil dele den med behandlerne på botilbuddet. Her kan det ifølge hendes erfaringer være svært for dem som behandlere at hjælpe dem optimalt, idet hun ser diagnosen som et nyttigt arbejdsredskab i behandlingen, og de kan derfor tilbyde en bedre behandling, hvis de kender til den:

"Altså nej, det gør jeg egentlig ikke – altså man kan da godt sige, at nogen gange så er det fx der, og hvis det er, at man har med en borger, der har fået en forkert diagnose, ja, der kan det da godt være hæmmende altså, men ellers så synes jeg ikke. Også dem, der ikke vil ud med deres diagnose – altså det er jo også svært at hjælpe dem, men generelt så synes jeg ikke, det hæmmer, når man kender til deres diagnose."

(Cecilie, linje 275-285)

Susanne fortæller, at diagnosen ofte går hen og bliver styrende for arbejdet, og at dette kan hæmme udviklingsprocessen, så den forringes. Efter hendes erfaringer bliver behandlingen mere vellykket, hvis det ikke er diagnosen, der er udgangspunktet for behandlingen, men at udgangspunktet i stedet er relationen imellem medarbejder og borger:

”Altså, helt personligt ja, så synes jeg godt, det kan – jeg synes, det kan være svært stadigvæk at få lov til at beholde den her relationstilgang af mennesket – det er den, vi arbejder med – fordi så tager tingene også længere tid, men hvis man nu målretter noget i forhold til den diagnose, det er det her, der skal til, så er du her ude, ikke?”

(Susanne linje, 305-310)

Ifølge Susanne lægges der fra statens side op til, at diagnosen skal være udgangspunktet for behandlingen, idet det tager længere tid at danne en god relation, hvis det er udgangspunktet for indsatsen. Målrettes indsatsen efter diagnosen, vil forløbet tage kortere tid, men kvaliteten af behandlingen vil ikke være ligeså god ifølge Susanne. Susanne forklarer hertil, at effekten af behandlingen hurtigt kan gå den forkerte vej, hvis de ikke får dannet en god relation fra begyndelsen af:

”Ja, og så er der bare nogle andre ting, der går, i mit perspektiv i hvert fald – nogle andre ting, der går galt.”

(Susanne linje, 312-314)

Arbejdet kan her tolkes som, at det hæmmes af de procedurer, der er for håndteringen af mennesker med diagnoser. Arbejdet understøttes af procedurer, men det er ikke hensigtsmæssigt det, disse procedurer medfører for praksis ifølge Susannes erfaringer. Medarbejderne skal arbejde under facilitatorrollen, og dette indebærer, at de skal hjælpe borgeren til at blive selvforsørgende (Järvinen og Mik-Meyer, 2012). Ifølge Järvinen og Mik-Meyer går arbejdet i velfærdsstaten mod en øget inddragelse af borgerne som eksperter i eget liv, hvor den professionelle skal bidrage til borgerens positive selvudvikling, men dette er ikke, hvad der kan tolkes ud fra Susannes udsagn, idet hun oplever, at det er diagnoserne, der styrer hendes arbejde med borgeren og ikke borgernes individuelle behov (Järvinen og Mik-Meyer, 2012).

Diagnoser betegnes som et godt/dårligt arbejdsredskab i praksis

Birgitte har den erfaring, at diagnoser er fremmede for arbejdet, og hun prøver at have fokus på, at de ikke er styrende i hendes tilgang til behandlingen og borgeren. Hun ser dem som fremmede på den måde, hun anvender dem på, grundet at hun prøver at holde fast i, at det er mennesket, hun ser først og ikke den

psykiatriske diagnose. Hertil kan diagnosen hjælpe hende til at forstå mennesket, og hvordan hun som behandler skal agere over for borgeren med en bestemt diagnose uden, at den bliver en forklaring på alle borgerens problematikker:

"Diagnosen kan give nogle retningslinjer og måske nogle hjælpemidler, men jeg synes, vi skal se personen, før vi ser diagnosen."

(Birgitte, linje 37-38)

Cecilie deler samme erfaring i forhold til, at de psykiatriske diagnoser er med til at angive nogle retningslinjer for, hvordan en borger med en bestemt skal behandles, men hun har dog andre erfaringer i forhold til anvendelsen af dem. Hun finder det vigtigt, at borgerne med samme diagnose ikke behandles på samme måde:

"Altså, så længe man ikke gør det der med, at: 'Du har skizofreni, og du har skizofreni og behandler dem helt ens.'"

(Cecilie, linje 297-298)

Der er en grund til, at de har fået en diagnose, og efter hendes erfaring er det derfor vigtigt at tage højde for den og anvende den i arbejdet:

"Jeg tænker, at der er en grund til, at de får deres diagnose."

(Cecilie, linje 294)

Her kan tolkes, at de institutionelle identiteter undermineres, idet Cecilie som behandler i høj grad trækker på sin ekspertviden i arbejdet med borgeren og i høj grad anvender diagnoserne. Hermed vil den professionelle ikke blive opfattet som ligeværdig af borgeren i relationen med borgeren, der er en vigtig del af de institutionelle identiteters arbejde (Järvinen og Mik-Meyer, 2012). Diagnosesystemet ses af tre af informanter som en måde at kategorisere mennesker på i systemet. De understreger dog alle tre, at borgerne ikke kan skæres over en kam, som diagnosesystemet kan lægge op til (Jacobsen m.fl., 2002).

Diagnosens betydning for arbejdet med borgeren og påvirkning af borgerens identitet

Cecilie og Ulla har oplevelsen af, at diagnosen kan risikere at komme i vejen for arbejdet med borgeren, da nogle borgere bruger dem som en undskyldning for at undgå deltagelse i hverdagsaktiviteter. Diagnosen bruges her som en undskyldning for den adfærd, borgeren har. Cecilie oplever, dette i forhold til hverdagsaktiviteterne på stedet:

”Altså, der er jo nogen, som slet ikke vil snakke diagnose, og så er der andre, hver gang de har det lidt svært så: ”Jamen, jeg har også den og den diagnose” ikke. Ja, så bruger de det som sådan en undskyldning for, at de ikke lige kan tage og tømme opvaskemaskeren eller et eller andet.”

(Cecilie, linje 364-368)

Borgernes adfærd er her tegn på, at de begynder at leve op til deres diagnose, og dette kan være grunden til, at selvstigmatisering opstår (Jacobsen m.fl., 2002). Det skaber problemer for arbejdet med borgeren, når de tager diagnosen til sig i sådan en grad, fortæller Susanne. Hertil kan tolkes, at diagnoserne kan gå hen og hæmme de institutionelle identiteters behandling af borgerne i det sociale arbejde, da diagnoserne hæmmer udførelsen af behandlingen og muligheden for at skabe en god relation. Her oplever de institutionelle identiteter de modsatrettede krav, idet de både skal agere som eksperter, der skal anvende diagnoserne, men også som facilitatorer, der skal danne en god relation og coache borgeren til at være herre over eget liv (Järvinen og Mik-Meyer, 2012).

Birgitte oplever ligeledes, at det er svært for borgeren at omstille sig til en ny diagnose, idet han/hun allerede har skabt en identitet ud fra den pågældende diagnose. Borgerne identificerer sig med den diagnose, de har fået, så snart de har fået den:

”Fordi hvis man nu er diagnosticeret med en diagnose og hen ad vejen finder ud af, at det er en anden diagnose – ja, så er det svært for personen at skifte, fordi man har jo fået en identitet med den her diagnose.”

(Birgitte, linje 193-196)

Ifølge Goffman kan dét, at borgeren bliver diagnosticeret forkert, medfører, at borgerens behandlingsproces hæmmes, samt dét at komme sig og blive rask på sigt. Den psykiatriske diagnose skaber hos borgeren en identitet, som han/hun måske ikke havde haft, hvis der ikke var en diagnose til stede. Når borgeren opfattes af samfundet på en særlig måde, vil borgeren tage denne opfattelse til sig og agere efter den, og derfor kan det blive udfordrende for borgeren at ændre denne selvopfattelse igen (Goffman, 2009):

”Jeg kan mærke, at på nogle af dem, er den dum – at de ved, de har dem altså, og den bliver en hæmsko og stopklods for, at de kommer nogle steder og bliver ofte en forklaring, hvorfor jeg ikke lige fik gjort det.”

(Birgitte, linje 275-277)

Her bliver diagnosen en del af den tilsyneladende identitet, hvor kategorisering af individet sker på baggrund af diagnosens påvirkning. Her tager borgeren den tilsyneladende identitet, som diagnosen giver, og som er iværksat gennem opgivelsernes opfattelse af individet, hvor de lader den være styrende i deres liv (Goffman, 2009). Cecilie deler samme erfaring som Birgitte og oplever også, at diagnosen kan være en hæmsko for mange af borgerne, og at den kan være en af grundene til, at borgerne ikke kommer ret langt i deres behandlingsforløb.

Birgitte og Susanne, der begge to har profession som pædagog, deler ikke de helt samme erfaringer for praksis. Susanne bruger de psykiatriske diagnoser som en form for baggrundsviden, som hun har med sig i arbejdet, og hun synes ikke, at hun anvender dem direkte. Birgitte derimod anvender diagnoser mere som retningslinjer for behandlingen og går aktivt til værks, når hun møder en ny sammensætning af diagnoser, hvor hun læser op på litteratur, og om hvilke teorier, der kan anvendes i forhold til de pågældende diagnoser. Hun har den erfaring, at diagnosen er med til at give nogle svar på, hvorfor en borger har en bestemt adfærd, og hvordan der kan sættes ind overfor den. Hertil fortæller hun:

”Ja, jeg er i hvert fald altså nysgerrig på dem, når jeg møder en ny sammensætning, så læser jeg i hvert fald en masse viden og teorier omkring det, fordi jeg tænker, jeg kan blive klogere”

(Birgitte, linje 232-234)

Der ses her ikke sammenhæng pædagogerne imellem i forhold til erfaringen af anvendelsen af de psykiatriske diagnoser. Ifølge Järvinen og Mik-Meyer er de institutionelle identiteter professioner, der har praksiserfaring fra arbejdet med borgere. Susanne tager afstand fra diagnoserne og bruger dem kun som baggrundviden for arbejdet og ikke i selve arbejdet. Her kan tolkes, at Susanne har fokus på at skabe en god relation til borgeren og har lagt sin identitet som ekspert delvist på hylden. Susanne har for øje at sætte borgeren som ekspert i eget liv, sådan som opgaven er tiltænkt for de institutionelle identiteter. Derfor kan det også tolkes, at dette har medført, at Susanne ser diagnoserne som hæmmende for hendes arbejde, modsat hendes kollega af samme profession, Birgitte (Järvinen og Mik-Meyer, 2012).

Birgitte derimod har gode erfaringer med at anvende diagnoserne aktivt i sin behandling, men hun fortæller, at hun gerne vil se mennesket først. Hun trækker i høj grad på den ekspertviden, hun har med sig fra uddannelsen, men dette kan blive på bekostning af, at borgeren bliver ekspert i eget liv. På trods af at de to medarbejdere har samme profession, har de ikke helt den samme tilgang til arbejdet i praksis, dog har de begge fokus på mennesket. Dette kan være et tegn på den individualiseringstendens, der er i samfundet om, at medarbejderen skal benytte sin egen person i jobbet. Dette medfører, at medarbejderne får deres egne tilgange i arbejde og ikke nødvendigvis tager den samme tilgang til sig i praksis (Järvinen og Mik-Meyer, 2012).

Professionerne, der har en sundhedsfaglig baggrund herunder ergoterapeuter og SOSU-assistenter, har viden om diagnoser med fra uddannelsens side. Herigennem er disse professioner trænet i at håndtere mennesker med diagnoser, hvilke de ikke er på samme måde fra pædagogernes side, idet de har en socialfaglig uddannelse. Der kan ses en forskel på den måde Cecilie, der er ergoterapeut, anvender diagnoserne og ser dem som brugbare i arbejdet med denne målgruppe, hvorimod pædagogerne har relationen i fokus og vælger at se udenom diagnoserne. For praksis kan det give et clash, at professionerne ikke forstår diagnoserne på samme måde. Det skaber ikke ensrettethed i arbejdet.

Opsummering

Informanterne deler ikke erfaringer i forhold til, om diagnoser hæmmer eller fremmer deres arbejde. Diagnoserne ses af to informanter som fremmende, idet de giver nogle retningslinjer for arbejdet, og dermed kan hjælpe medarbejderne til, hvordan de skal agere overfor borgere med diagnoser. De tre andre informanter oplever, at de ofte hæmmer deres behandling, fordi diagnosen bliver den bestemmende faktor for arbejdet, og det er ikke menneske, der er i fokus på baggrund af dette. Disse informanter oplever, at de institutionelle identiteter hæmmes, fordi de ikke får lov til at danne gode relationer, når diagnosen fylder så meget i socialpsykiatrien. Velfærdssystemet i Danmark lægger op til ensartethed, og at behandlingen af mennesker skal foregå under de samme rammer. Her oplever, de institutionelle identiteter konfliktende krav, idet de opfordres til at bruge deres person i arbejdet, men samtidig skal opfylde procedurer for behandlinger (Järvinen og Mik-Meyer, 2012).

Afsnit 2: Medarbejdernes oplevelse af, om de anvender de psykiatriske diagnoser forskelligt medarbejderne imellem.

I dette afsnit analyseres, hvorvidt medarbejderne har erfaring med, at de anvender de psykiatriske diagnoser forskelligt, eller om de anvender dem på samme måde i praksis på botilbuddet.

Medarbejderne har forskellige opfattelser af, hvordan diagnoserne anvendes af på stedet. Cecilie oplever ikke, at de anvender diagnoserne forskelligt medarbejderne imellem. Dette begrundes med, at de alle arbejder under samme ramme lovgivningsmæssigt, og at de alle arbejder under samme professionsbetegnelse, som *bostøtte*, og dermed udfører de samme arbejdsopgaver på botilbuddet:

"Men jeg ved ikke om, jeg vil sige, at jeg synes vores faglighed træder lidt mere i baggrunden måske."

(Cecilie, linje 353-354)

Hertil fortæller hun, at hun er i tvivl, om dette kan medføre, at deres fagspecifikke faglighed kan træde en smule i baggrunden, idet de ikke går under deres egentlige professionsbetegnelse såsom SOSU-assistent, pædagog, ergoterapeut osv..

Birgitte oplever, at de i høj grad anvender de psykiatriske diagnoser forskelligt blandt medarbejderne på botilbuddet. Forskellen ses tydeligt i nedenstående citat, hvor Birgitte har haft oplevelsen af, at nogle medarbejdere anvender diagnosen, som forklaring på alt hos borgeren og ikke inddrager andre forklaringsmetoder i arbejdet i behandlingen af borgeren:

”Jamen, det er jo – altså det er jo – det handler jo om, at nogen bruger dem jo, som en forklaring på alt.”

(Birgitte, linje 245-246)

Birgitte oplever, at hun ser mennesket og anvender andre tilgange til mennesket, hvorimod hun oplever, at nogle af de andre medarbejdere på institutionen ikke ser mennesket, men en diagnose og benytter denne som en forklaring på en almindelig dagligdagsting, som ikke nødvendigvis behøver at være grundet en psykiatrisk diagnose:

”Ja, og det er jo ikke ondsindigt eller noget, men det er jo deres måde at få forklaringen på, hvor jeg mere tænker: Nej, hun sagde nej til at lave aftensmad, fordi hun ikke gad.”

(Birgitte, linje 252-254)

Hertil forklarer Birgitte, at hun har erfaret, at det er faggruppebestemt, hvordan diagnosen anvendes i arbejdet, og at faggrupperne hver især har lært noget omkring de psykiatriske diagnoser fra uddannelsens side, som også er en del af deres måde at benytte sig af diagnoserne i behandlingen:

”Vi arbejder forskelligt, og vi arbejder forskelligt faggrupper, ja, det kan man selvfølgelig sige fordi, at pædagogerne, nogle pædagoger i hvert fald, vil gerne arbejde på en måde, og så ergoterapeuterne vil gerne arbejde på en måde - det skulle gerne ende i et eller andet sammensurium, kan man sige.”

(Susanne, linje 232-234)

Birgittes erfaring er, at de fra pædagoguddannelsen har med sig, at diagnoserne ”kun” er retningslinjer for arbejdet, og at de ikke må overskygge mennesket bag. Det er mennesket og relationen, der er i fokus i behandlingen. Her kan den institutionelle identitet tydeligt ses i Birgittes måde at anvende diagnoserne på, idet hun gerne vil undgå kategoriseringer og markedsførelse i sit arbejde, og har stort fokus på, at de psykiatriske diagnoser kun skal anvendes som retningslinjer, og ikke som en måde at styre behandlingen på, da borgerne har individuelle forskelle og ikke ”er” en diagnose (Järvinen og Mik-Meyer, 2012).

Ulla oplever dette på en anden måde ved, at de blandt medarbejderne ikke anvender de psykiatriske diagnoser forskelligt, men at de forholder sig forskelligt til dem:

”Vi bruger ikke diagnoser forskelligt, men vi forholder os forskelligt til det.”

(Ulla, linje 256)

Ifølge Ulla har dette både fordele og ulemper, da det giver forskellige synsvinkler og tilgange til borgeren. Dette vil kunne gavne nogle borgere, idet borgerne ikke responderer ens på behandlingstilgangene og kan have forskellig kemi i relationen til deres behandlere. Hun oplever på den anden side også, at dette kan hæmme effekten af behandlingen, da det kan blive forvirrende for borgeren at blive mødt med forskellige tilgange:

”Omvendt kan det hæmme, hvis vi ikke har samme tilgang.”

(Ulla, linje 262-264)

Ifølge Ulla kan det skabe et ’clash’ i behandlingen, når medarbejderne ikke har samme tilgang. Når borgerne mødes med forskellige behandlingstilgange, der fokuserer på forskellige faktorer hos borgeren og eventuelt har forskellige mål for behandlingen, kan dette ende med, at borgeren ikke føler sig som autonom i eget liv.

Ifølge Järvinen og Mik-Meyer oplever de institutionelle identiteter en stigende monitorering og markedsførelse, hvor diagnoserne sætter rammerne for arbejdet og professionerne skal agere under dem. Dette besværliggør udførelsen af de institutionelle identiteter, hvor den professionelle i dag i stigende grad skal agere som rollemodel end en ekspert, idet de ikke kan få lov til at se væk fra diagnosen og se

mennesket, fordi den er så meget i centrum, som den er i socialpsykiatrien i dag. Som Mik-Meyer og Järvinen beskriver, så skaber dette konfliktende krav og frustration hos medarbejderen (Järvinen og Mik-Meyer, 2012).

Ifølge Mik-Meyer og Järvinen er problemløsningen i behandlingen blandt de professionelle i velfærdsstaten blevet overfladiske, idet de ikke som tidligere har fokus på årsagerne til, hvorfor borgeren er endt i den problemfyldte situation, men i stedet har fokus på fremtiden, og at borgeren bliver selvforsørgende. Som professionel skal udvikling og fokus på ressourcer understøttes i borgerens forløb (Järvinen og Mik-Meyer, 2012).

Medarbejderne her på stedet anvender diagnoserne forskelligt. Som nævnt anvender nogle medarbejdere de psykiatriske diagnoser som retningslinjer for arbejdet, hvorimod andre har fokus på mennesket og ser væk fra diagnoserne. Mik-Meyer og Järvinen beskriver to typer af professionelle i velfærdsstaten, hvor den ene type af professionelle er den, der har fokus på at ansvarliggøre borgerne og er optaget af kravene, der er defineret af staten, og ikke tager højde for borgerens autonomi. Den anden type af professionelle har derimod stort fokus på borgeren, og behandlingen foregår på borgerens præmisser, men her er de ensrettende retningslinjer og procedurer for arbejdet fraværende. Disse to typer kan anskues i denne medarbejdergruppe. Eksempelvis kan Cecilie tolkes som den ene type af professionel, der har fokus på de retningslinjer, som diagnoserne giver, hvor Susanne vil høre til i den anden gruppe, hvor borgerens præmisser er i fokus. Ifølge Järvinen og Mik-Meyer skal disse to typer professionelle om muligt kombineres i velfærdsstaten, idet idealet her er borgerens selvbestemmelsesret, men samtidig er behovet for kontrol steget. Marie, Ulla og Birgitte er en blanding af de to typer. Maria og Ulla er til hælder til at være type et, hvor Birgitte hælder til at være type to (Järvinen og Mik-Meyer, 2012). Den professionelle skal fokusere på borgerens ressourcer og væk fra årsagen til problemerne, men hvordan er det muligt i et velfærdssystem, der er så fokuseret på problemløsning igennem diagnosticering og udredning? Når medarbejderne oplever, at der er fokus på at anvende diagnoserne i behandlingen, hænger dette ikke sammen med, at de professionelle i mindre grad skal agere som eksperter og mere som facilitatorer for igangsættelse af udviklingen af en positiv proces hos borgeren. Den professionelle skal selv balancere imellem øgede krav og det faciliterende arbejde (Järvinen og Mik-Meyer, 2012).

Birgittes måde at håndtere diagnosen på overfor borgeren er faciliterende i forhold til, at hun får borgeren til at se det som et problem, der kan gøres noget ved. Recovery-tankens skinner igennem her, idet borgeren opfordres til at ændre på sin fremtidige situation, idet det ikke er i personen, at problemet sidder i (Bedre Psykiatri 2012). Når Birgitte lægger op til, at borgeren kan ændre på sin egen situation, viser sig også et karakteristika for de institutionelle identiteters arbejde af typen nummer to, idet problemhåndteringen lægges over på borgeren, der hermed ansvarliggøres for eget liv (Järvinen og Mik-Meyer, 2012):

"Ja, men jeg tror også, vi snakker rigtig meget med dem omkring: "Du er ikke din diagnose – du er dig." Du har en diagnose, og jeg vælger at se det som, at du har et problem – det må man endelig ikke sige – det er udfordringer, men nej, jeg siger problem, fordi det er noget udefra. Det er noget, du gerne må tage ud fra din krop og synes er pisse irriterende."

(Birgitte, linje 599-604)

Birgitte fortæller, at hun anvender diagnoser anderledes. Hun fortæller, at hun benytter diagnosen som en forklaring for borgeren og bruger den til at forklare, at han/hun ikke er sin diagnose, men at han/hun er en person, der har et "problem", som borgeren ikke selv er skyld i. Hun prøver, at holde "problemet" ud fra borgerens person og adskille dem fra hinanden og anerkender, at personen ikke "er" sin diagnose. Dette medvirker til, at "problemet" kan ændres på.

Ifølge Nicolas Rose kan anvendelsen af de psykiatriske diagnoser i socialpsykiatrien ses som en del af de styringsmæssige processer i vores samfund. De psykiatriske diagnoser er med til at sætte grænser for, hvad der er accepteret adfærd i vores samfund, og hvem, der i sidste ende, skal have en diagnose. Når medarbejderne anvender disse diagnoser i deres arbejde i hverdagen, som en retningslinje, er de ubevidst med til at opretholde idealerne for hvad, der er en accepteret adfærd i samfundet (Rose, 1998). Diagnosesystemet medvirker til, at mennesker med den psykiatriske lidelse bliver sat ind i kategoriseringer, og dermed kommer kassetænkningen i spil i tankegangen i socialpsykiatrien. Dette medfører, at det ikke er mennesket, der anskues som det første, og dermed rettes behandlingen imod den psykiatriske diagnose. Gennem et øget fokus på diagnoser fra kommunens side, vil

idealene for en accepteret adfærd blive opretholdt af medarbejderne på botilbuddet (Rose, 1998).

Opsummering

Informanterne har forskellige oplevelser af, om de benytter de psykiatriske diagnoser på samme måde på botilbuddet. To informanter har indtrykket af, at de anvender dem på samme måde i praksis, og to oplever, at de anvender dem meget forskelligt i institutionen. En informant har en anden tilgang til emnet og finder, at informanterne forholder sig forskelligt til diagnoserne. En informant oplever, at de anvender diagnoserne på samme måde, idet de går under samme professionsbetegnelse på stedet. Dette ensretter arbejder og medvirker til, at de på stedet udfører de samme arbejdsopgaver. Det er dog ikke den samme opfattelse en anden informant har, idet hun oplever, at det er faggruppebestemt, hvordan de psykiatriske diagnoser anvendes i arbejdet, og at nogle faggrupper har målet for øje, hvor andre har processen i fokus.

Afsnit 3: Medarbejdernes oplevelse af, om beboerne har følt sig stigmatiseret af personale og i samfundet, og om de har en oplevelse af, at borgerne "bliver" deres diagnose.

Dette afsnit omhandler informanternes erfaringer med, om borgerne har en oplevelse af at være blevet stigmatiseret af medarbejderne på botilbuddet eller i samfundet i det hele taget. Derudover vil jeg i afsnittet komme ind på, om informanterne har oplevelsen af, at borgerne tager deres psykiatriske diagnose til sig og "bliver" sin diagnose på sigt.

Informanterne Birgitte og Susanne har ikke oplevelsen af, at de sindslidende på deres botilbud føler sig stigmatiseret af medarbejderne. De har derimod en oplevelse af, at de bliver stigmatiseret af samfundet, når de begår sig ude mellem andre mennesker:

"Nej, det er i hvert fald ikke, hvad jeg har oplevet eller hørt - men samfundsmæssigt - de unge, der har skizofreni - og de skammer sig over den, fordi det er det der med, at det ofte er en skizofren mand, der kommer med øksen og hamrer dem ned."

(Birgitte, linje 560-561)

Både Susanne og Marie oplever, at stigmatiseringen, der foregår i samfundet, er rettet mod specifikke diagnoser, da det er ofte er den psykiatriske lidelse, skizofreni, der bliver set ned på i samfundet. Skizofrenidiagnosen bliver vurderet som en lidelse, der præger mennesket i en negativ grad og skaber et billede af, at et menneske med skizofreni er en farlig person. Ifølge Birgitte og Susanne påvirker disse holdninger, der i samfundet, borgerne på botilbuddet. Ifølge Goffman opstår stigmatisering gennem en social proces, hvor menneskers sociale identitet ødelægges som følge af omgivelsernes kategoriseringer og bedømmelse. Det kan tolkes, at medarbejderne her oplever, at borgerne går igennem denne stigmatiseringsproces fra samfundet side. Mennesker, der har den psykiatriske lidelse, skizofreni, betegnes at have karakteristiske træk, der er devalueret i denne samfundsmæssige kontekst, som dette botilbud er i. Disse træk smitter af på borgerens identitet (Goffman, 2009).

Ifølge Susanne er medierne i høj grad med til at skabe et negativt billede af borgerne, der lever med skizofrenidiagnosen, og det påvirker dem følelsesmæssigt, idet de bliver kede af den omtale, de får. Ifølge Susanne skaber medierne en unødigt frygt i samfundet for mennesker, der har denne diagnose:

”Ja, oftest i medierne, fordi at så er det jo den, man bliver – altså, det er den forestilling, de har hvis man fx skal i praktik, og man har skizofrenidiagnose – hvad skal man så komme og sige? Skal man sige: ”Hej, jeg hedder Erna, og jeg har skizofreni?”. ”
(Susanne, linje 467-470)

Birgittes erfaring er, at diagnosen, personlighedsforstyrrelse, også har en stor grad af stigmatisering i samfundet. Hun oplever, at det er en af de diagnoser, der hos borgeren skaber associationer om at kræve for meget opmærksomhed fra andre i relationen til dem, men dette er også en opfattelse, de har erhvervet sig gennem samfundets opfattelse af denne diagnose. Birgitte fortæller hertil:

”Det er der også, når der er en personlighedsforstyrrelsesdiagnose, når jeg har været her – så er den fandme svær at sluge – så er det bare ”åh nej, så er jeg jo en af dem, der kræver – altså, som er for meget, og som er for opmærksomhedskrævende, og folk bare ikke kan holde ud og være sammen med, fordi det er jo ligesom det, man sådan lægger over den.”

(Birgitte, linje 575-580)

Birgitte fortæller, at denne diagnose kan gøre stort indtryk på den enkelte borger, grundet det er en diagnose, som kræver rigtig meget fra deres behandlere, og det er borgerne med denne psykiatriske diagnose i høj grad bevidste om. Derfor skaber det en følelse af skam at have denne diagnose.

Ulla og Cecilie fortæller, at de faktisk er i tvivl om, om de sindslidende på botilbuddet har følt sig stigmatiserede af medarbejderne på. Hertil fortæller Ulla:

"Det kan godt være, der er nogen, der har følt det, men man kan sige, de her mennesker er også rigtig meget i deres egen verden."

(Ulla, linje 484-485)

Den måde Ulla fortæller det på, er med en form for distancering fra, at det kan have noget med dem som medarbejdere at gøre, at borgerne oplever at blive stigmatiseret på botilbuddet. Hun beskriver det mere som, at det er grundet, de har en sindslidelse, som gør, at de er i deres egen verden, og det er derfor, de kan opleve at blive stigmatiseret af dem. Det kan her tolkes, at Ulla i øjeblikket bliver bevidst, om at det måske finder sted på deres botilbud, men hun vil ikke rigtigt vil anerkende det.

Ifølge Goffman kan stigmatiseringen på botilbuddet skabe anledning til selvstigmatisering hos borgeren. Medarbejderne kan gennem stigmatiseringsprocessen have nogle ubevidste forventninger til, hvordan borgerne her agerer, og dette kan medføre, at borgerne på sigt begynder at leve op til disse forventninger. Borgerne bliver behandlet som sindslidende med det stigma, der hører til, og ikke som almindelige mennesker med almindelige udfordringer (Goffman, 2009). Borgeren fratages hermed muligheden for at fremstå som et "almindeligt" menneske og ved at afvige yderligere, foretager borgeren en moralsk karriere, hvilket kan medføre, at borgeren bliver mere syg end før (Goffman, 1961). Når borgeren stigmatiseres, overskygges alle borgerens andre egenskaber, og der er fokus på det afvigende ved borgeren, i stedet for at se på de egenskaber og ressourcer, som vil kunne hjælpe borgeren til at leve et hensigtsmæssigt liv i fremtiden. Behandlerens fokus på borgerens afvigende egenskaber vil kunne forstærke dem hos borgeren (Goffman, 1963). Når den stigmatiserede borger oplever stigmatiserende adfærd fra behandlerne, kan dette resultere i, at den stigmatiserede begynder at trække sig fra

omgivelserne og aktiviteter for ikke at opleve yderligere stigma (Jacobsen og Kristiansen, 2013).

Cecilie forklarer, at hun ikke har haft oplevelsen af, at der har været en stigmatiserende adfærd fra medarbejdernes side, men at det er imellem borgerne, at stigmatiseringen opstår:

”Altså, det kan godt være, de har følt det – jeg har i hvert fald ikke følt det – der er i hvert fald ikke fra medarbejdernes side blevet stigmatiseret, men det er klart, at der er – vi har en beboer, der har følt sig – i hvert fald udelukket fra fællesskabet.”

(Cecilie, linje 456-458)

I Cecilies forklaring kan igen tolkes en form for distancering og hertil en ligegyldighed fra medarbejderens side, i forhold til om borgerne oplever dette på stedet fra medarbejdernes side. I stedet henledes fokus på, at det er mellem borgerne, at stigmatiseringen opstår.

Litteratur og undersøgelser, der tidligere er anvendt i projektet, beskriver, at de sindslidende på botilbud ofte føler sig stigmatiserede af deres behandlere, og at det er behandlerne, der opleves, som de mest stigmatiserende i psykiatrien (SFI & DSI, 2010). Dette viser, at det kan være et område, som medarbejderne ikke er opmærksomme på i deres job i socialpsykiatrien. Når medarbejderne ikke er opmærksomme på stigmatisering, vil den muligvis ubevidst finde sted. Dette kan ifølge Goffman bidrage til, at de kommer til at stigmatisere mere, end de ellers ville have gjort (Goffman, 2009). Oplevelser med stigmatisering og diskrimination har negative virkninger på mennesker med sindslidelser og er betragtet som en af de største hindringer for en vellykket behandling på sigt (Jensen m.fl., 2015). Et af de største ønsker borgeren har, er ifølge en kvantitativ undersøgelse fra Australien, mindre stigma i sin tilværelse i behandlingssystemet og her blandt andet, at de bliver behandlet med respekt af deres behandlere i socialpsykiatrien (Hocking, 2003). Med disse undersøgelser, der viser, at stigmatisering foretaget af medarbejdere ofte finder sted i psykiatrien, er det derfor også et område, der bør sættes opmærksomhed på blandt medarbejderne, der arbejder her. Hvis medarbejderne ikke ved, at det finder sted, kan det blive udfordrende at ændre på deres adfærd, og behandlingerne vil ifølge Jenssen blive længerevarende og måske mislykkede (Jensen m.fl., 2015).

Birgitte viser en form for selvindsigt, idet hun fortæller, at hun selv godt kan være tilbøjelig til at sætte de borgere, der har en personlighedsforstyrrelse, ind i en bestemt kategori i diagnosesystemet og behandle disse borgere ens. Dette begrunder hun med, at det er rigtig hårdt mentalt at arbejde med denne målgruppe, og hun derfor sætter et værn op for på en måde at beskytte sig selv. Ved, at Birgitte selv påtaler dette, kan det tolkes, at hun prøver at blive mere bevidst om stigmatiseringen i sit arbejde, og at hun bevidst prøver at ændre på det. Hun er bevidst om, at dette er et problem i hendes arbejde i forhold til borgere med den pågældende lidelse:

”Altså, jeg vil sige, jeg kan godt have tilbøjelighed, hvis jeg skal være ærlig til, når vi har personlighedsforstyrrelser fordi det er så pisse hårdt og så. . . wrom, så sætter jeg et værn op.”

(Birgitte, linje 144-154)

Her kan tolkes, at Birgitte oplever en form for afmagt overfor præcis denne diagnose. Birgitte oplever, at hun ikke er i stand til at håndtere borgerne med personlighedsforstyrrelser. Dette er et svigt overfor borgerne, idet hun ikke kan give dem den behandling, de har brug for. Ifølge Järvinen og Mik-Meyer er de professionelle personer, der har viden og erfaring med mennesker, der har sindslidelser, og derfor burde de have værktøjer til håndteringen af dem (Järvinen og Mik-Meyer, 2012).

Ved stigmatisering skabes ofte et forhold, der definerer skellet mellem ”os” og ”dem”. Dette bliver tydeligt, når borgerens adfærd som psykisk syg bliver udgangspunktet, og medarbejderne betegner dette som afvigende fra ”normaliteten”, som de selv er en del af (Jacobsen og Kristiansen, 2013).

Birgitte mener, at det vigtigste er at se personen og ikke diagnosen, som det første i arbejdet med mennesker med sindslidelser:

”Deres særheder eller deres personlighed, eller hvad vi kan kalde det, der er vigtigere end en diagnose

(Birgitte, linje 144-154)

Dette bidrager til at mindske stigmatiseringen, grundet det ikke er den tilsyneladende identitet, der er i fokus, men den faktiske identitet. Den ’syge’ bliver taget alvorligt i behandlingen, når behandleren har et helhedssyn på borgerens

situation. Fokus er på personens ressourcer og ikke på de afvigende egenskaber, som borgerens har igennem sin diagnose (Goffman, 2009).

Medarbejdernes oplevelse af om borgerne "bliver" sin diagnose

Ulla har erfaret, at det ikke altid er diagnosen, der er styrende, men i stedet dét at være psykisk syg, der knytter en identitet til sig, i forhold til den generelle forventning i samfundet til, hvordan psykisk syge opfører sig:

"Ja, eller nogen, tror jeg ikke, tænker så meget over en diagnose, men det at være psykisk syg - ja, hvis man kommer med, at man hører stemmer, så hører de i hvert fald stemmer, så de holder også lidt fast i det, fordi det er det, de kender – hvis nu de fik det bedre, hvad så? "Du må ikke gøre mig helt rask" hvis nu han fik det bedre, skulle han så flytte?"

(Ulla, linje 412-421)

Ulla oplever i sit arbejde, at denne identitet er med til at fastholde deres adfærd, og de adfærdstræk de har, der kan være uhensigtsmæssige for deres fremtidsudsigter. Ulla har desuden oplevet, at borgerne ikke altid selv har til formål at blive raske, idet deres identitet ligger i deres diagnose, og de ikke kan kende dem selv uden denne. Deres personlighed ligger i diagnosen. Hertil kan en medvirkende faktor være følelsen af ikke at vide hvad, der skal ske, hvis borgeren er i bedring, og dette kan bidrage til en bevidst opretholdelse af de diagnostiske symptomer (Goffman, 2009).

Birgitte har erfaret, at nogle borgere identificerer sig for meget med den diagnose, de har fået. Ofte forstærkes deres adfærd af de informationer, der kan erhverves på internettet, og især de grupper, der findes på platformen, Facebook. Her bliver borgeren nemt præget af andre med samme diagnose og kan finde på at tage disse adfærdstræk til sig:

"Ja, altså Facebook og alle de grupper - så kan man gå og se: "Gud, sådan er det også at have den diagnose" – især personlighedsforstyrrelsesdiagnosen, oplever jeg."

(Birgitte, linje 535-537)

Her er diagnosen i høj grad med til at skabe en identitet hos borgeren på en uhensigtsmæssig måde. Omgivelsernes diktering af, hvordan en lidelse opleves, skaber den tilsyneladende identitet hos borgeren, og pludselig er borgerens individuelle adfærd og selvbillede ved at ændres efter dette (Goffman, 2009).

Cecilie har erfaret, at en borger med skizofreni har fået førtidspension tidligt i livet. Dette har påvirket ham markant, og hans identitet er nu at have en skizofrenilidelse og det at være førtidspensionist. Hans udvikling er på en måde gået i stå, og han har taget sin diagnose til sig i større grad, end inden han fik tildelt pension:

”Ja, hans identitet, nu, er jo som den er, kan man sige – selvfølgelig, kan han godt stadigvæk komme – få et job eller et eller andet, men det er klart – Jeg synes i hvert fald, at man kan mærke, at den her pension gør noget ved folk og deres identitet, og det kan godt være, de så bliver deres diagnose.”

(Cecilie, linje 436-440)

Ved, at mennesket får tildelt en førtidspension, skabes nogle ubevidste forventninger hos medarbejderen, der indebærer, at medarbejderne ikke forventer det samme af denne borger som af de borgere, der eksempelvis er i aktivering. Ubevidst skabes en stigmatisering af denne type borgere, der har en anden position, end nogle af de andre borgere på stedet har (Goffman, 2009).

Opsummering

Informanterne på botilbuddet har ikke de samme erfaringer i henhold til stigmatisering i samfundet eller på botilbuddet. To informanter har ikke oplevelsen af, at der er en stigmatiserende adfærd i forhold til borgerne på stedet. Der er én informant, der tilkendegiver sin bevidsthed om sin stigmatiserende adfærd over for en bestemt diagnosegruppe. To af informanterne tilkendegiver sin oplevelse af, at stigmatisering muligvis kan finde sted på botilbuddet, herunder at det er fra informanternes side, at borgerne oplever stigmatisering. Dog udtrykker de to informanter det som, at det er ubevidst, at det finder sted her. Generelt er informanternes erfaringer, at stigmatisering muligvis kan finde sted på botilbuddet, men at det er ubevidst for dem, at det finder sted.

Informanterne har samme erfaringer i forhold til stigmatiseringen i samfundet, og at det oftest er rettet mod specifikke psykiatriske diagnoser som

skizofreni og personlighedsforstyrrelse. De oplever, at det påvirker borgerne på stedet negativt, og at det har en indvirkning på behandlingen. En informant har oplevelsen af, at borgerne ofte identificerer sig med andre i forskellige ”grupper” på Facebook, og at dette medvirker til, at de forstærke deres adfærd negativt. En informant har oplevelsen af, at medierne i samfundet skaber en opfattelse af, at mennesker med skizofreni er farlige.

Afsnit 4: Medarbejdernes oplevelse af borgerens muligheder for at komme sig.

Ifølge medarbejderne har borgerne på botilbuddet til dels gode muligheder for at komme sig og forbedre deres situation gennem behandling på botilbuddet. Dog mener hovedparten af disse medarbejdere ikke, at de kan komme sig helt og blive raske, men derimod at de kan komme ud i egen bolig og bo med støtte i fremtiden. Her er chancen relativ stor. Hertil fortæller Susanne:

”Jeg tænker, de fleste kan komme ud – jeg vil ikke sige, de kan blive raske, for det tror jeg ikke”

(Susanne, linje 408)

Der kan tolkes en skepsis fra Susanne, idet hun har erfaring med, at borgerne på botilbuddet ikke bliver raske.

Birgitte oplever, at deres botilbud er blevet som en sovepude for borgerne, hvor det ikke er realiteterne, de møder på stedet, men i stedet en falsk verden, der opleves som lidt for tryk af borgerne. Birgitte oplever, at det er blevet for ”hyggeligt” at bo på stedet:

”Der synes jeg fx med dem, der bor her, at det er en sovepude”

” Altså, jeg synes, vi skaber en falsk verden, så det synes jeg ikke.”

(Birgitte, linje 420-423)

Birgitte begrundet dette med, at det simpelthen er blevet for rart at være på stedet, og at borgerne foretrækker dette og ikke opfylder de krav om deltagelse i de tilbud, de er tilknyttet:

"Men jeg tænker, det bliver for hyggeligt at sidde nede på X og spille kort frem for at tage i aktivering."

(Birgitte, linje 446-447)

Ifølge Birgitte skabes en falsk tryghed på boltilbuddet. Borgerne får ikke den gavn af boltilbuddet, som det ellers var tiltænkt. De skal hjælpes videre, men i stedet isoleres de fra omverdenen og resten af samfundet:

"Vi skal jo ikke være en konkurrence, for så er vi meget hyggeligere, end dem der skal derud (på aktivering osv.), og hvis vi bliver for hyggelige, og de ikke kommer derud – så kommer de aldrig, og så bliver det sværere jo længere tid, der går, og jo mere den falske tryghed, den falske virkelighed, ville jeg kalde det – bobbel kalder jeg det – altså jo længere tid, jo sværere er det at komme ud."

(Birgitte, linje 449-456)

Birgitte fortæller, at dette er en udfordring, idet det bliver sværere og få dem ud til en normal hverdag, som de skal på sigt, hvis de ikke kan opfylde de krav, der er til dem udefra. Hertil forklarer hun, at hun oplever, at det er vigtigt, at borgerne kommer ud og varetager deres opgaver udenfor boltilbuddet, for ellers kan det medføre, at de oplever et større svigt, når medarbejderne lige pludselig begynder at presse på. Ifølge Birgitte kan det også medføre, at borgerne begynder at "bruge" deres diagnose som en måde at udnytte den for at profitere af den, men det kan også være en naturlig reaktion, der udløses på baggrund af det uvante pres:

"Og jo mere og større svigt begynder de at føle, når vi begynder at presse os på - så bliver det bare, og så kommer alle de her diagnosetegn – om de kommer som en reaktion, eller om de kommer, fordi de har haft dem så mange år, at de er blevet så gode til at bruge dem, når "jeg har det svært" fordi så ved de, at så bliver de hørt."

(Birgitte, linje 458-463)

For at undgå dette er det ifølge Birgitte vigtigt at hjælpe borgerne til at holde deres aktiviteter ved lige hele tiden, og især dem, der er vigtige for et fremtidigt liv

udenfor botilbuddet. Botilbuddet har både fordele og ulemper i behandlingen af borgerne med sindslidelser. En ulempe er, at det kan blive sværere for dem at komme videre, når de har været på dette sted. Deres adfærd kan risikere at forstærkes, idet institutionen lægger op til, at borgeren har en bestemt adfærd her, og der ikke sættes de nødvendige krav. Menneskets syn på sig selv forandres, og det får nogle andre roller, end det havde, før det blev anbragt på institutionen. Mennesket bliver mere og mere en del af den verden, der er på institutionen og får frataget sine vante roller (Goffman, 1967).

Ifølge undersøgelsen, der er foretaget af Dansk Sundhedsinstitut (DSI) og Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI), beskrives, at patienter med psykiske lidelser oplever, at personalet er pessimistiske i forhold deres behandling. For nogle af patienterne, der har deltaget i undersøgelsen, har personalets fordomme været medvirkende til, at de har afbrudt deres behandling (SFI & DSI, 2010). Dette viser, at medarbejdernes tilgang til borgeren ubevidst kan blive påvirket af deres tanker i forhold til, om de tror, borgerne bliver raske fra deres lidelse på sigt. Har medarbejderne allerede en tanke fra begyndelsen af behandlingen om, at de ikke tror, borgeren kan komme videre, kan dette gå hen og påvirke deres tilgang til borgeren.

Ulla ser borgernes muligheder for at blive helt raske i fremtiden, som en ikkeeksisterende mulighed. Her kan tolkes en vis pessimisme fra behandlerens side, som tidligere nævnt, kan smitte af på borgerens identitet som syg og forstærke denne identitet på sigt (Goffman, 1963). Har medarbejderne ikke forventninger til positive udsigter for borgerne, kan dette resultere i, at mennesker med psykiatriske lidelser ekskluderes fra at udfolde sig og fra at få den ”almindelige” respekt, som tilkommer ”normale” mennesker i samfundet. Dette vil kunne forringe borgerens muligheder for at blive rask i fremtiden, fordi dette ubevidst ikke bliver formålet for behandlingen, når behandleren ikke selv tror på et positivt resultat. Borgerne kan hertil opleve et statustab og oplevelse af mindreværd (Jacobsen og Kristiansen, 2013):

”Hvis det er helt raske, så er det stort set ikkeeksisterende.”

(Ulla, linje 372)

Marie har positive erfaringer i forhold til, om borgeren kan blive rask på sigt, men fortæller, at det tager tid at komme dertil. Denne positivitet er vigtig i arbejdet

med denne borgergruppe, idet det vil smitte af på borgeren og give mod til at fuldføre behandlingen samt succesoplevelser (Goffman, 1961):

"Jeg vil sige – jeg vil hellere vende det om og sige, at muligheden for at komme ud og være ansvarlig for eget liv, men måske med minimal støtte – den synes jeg er stor, men det tager tid."

(Marie, linje 306-308)

Cecilie erfarer, at borgerne på stedet er bevidste om, at medarbejdernes opgave er at ruste dem til at komme videre, og så vidt det er muligt komme ud i egen bolig. Hun fortæller, at hendes oplevelse er, at mange af borgerne vil have udviklet sig så meget på botilbuddet i den positive retning, hvor de vil kunne komme ud og bo i egen bolig og måske være i stand til at få et fleksjob. Dog vil de fleste borgere på botilbuddet have behov for bostøtte en stor del af deres voksenliv:

"Jeg tænker egentlig, at mange af dem, de vil være i stand til at have udviklet sig, og måske ja, få et fleksjob."

(Cecilie, linje 407-408)

Recovery-tanken, der bygger på, at det altid er muligt at ændre på den syges situation, viser sig i de erfaringer, som medarbejderne har. Medarbejderne oplever i praksis, at muligheden for, at borgeren med den psykiatriske lidelse kan komme sig delvist, er til stede. Når medarbejderne har denne tanke med, skabes et håb, som vil gavne borgerne. Borgerne får indsigt i, at det er muligt at leve et godt liv med deres psykiatriske diagnose og ændre deres situation (Bedre Psykiatri, 2012). Når Susanne ikke tager udgangspunkt i diagnosen, vil dette også kunne bidrage til, at lidelsen kommer lidt i baggrunden, og fokus kommer på borgerens ressourcer i stedet:

"Det kommer også an på, hvordan man arbejder – jeg arbejder bare ikke med at lære at kende diagnosen først."

(Susanne, linje 68-69)

Når Susanne skaber et øget fokus på ressourcer, bliver borgeren i stand til at fokusere på dette i stedet for sin diagnose, og dette vil bidrage til, at identiteten som psykisk syg forandres. Det vil ikke være den identitet, der er styrende for borgerens

liv i fremtiden.

Opsummering

Hovedparten af medarbejderne udtrykker en form for pessimisme i forhold til, om borgerne kan komme sig og blive raske på sigt. Én medarbejder er meget positiv overfor borgernes fremtid, og selvom det tager tid, ser hun borgernes muligheder som gode på sigt. Alle medarbejdere oplever, at borgerne kommer ud i egen bolig og bor selv, men med bostøtte det meste af livet. En medarbejder beskriver, at nogle borgere også bliver i stand til at få et fleksjob, efter de har været anbragt på botilbuddet. En medarbejder har en anden erfaring og ser botilbuddet som en sovepude, hvor borgerne har det for trygt og på en måde ”glemmer”, at de er i behandling. Kravene på botilbuddet er ikke høje nok, ifølge hende.

Afsnit 5: Medarbejdernes oplevelse af diagnosens anvendelse i organisationen og i samfundet.

Størstedelen af medarbejderne på botilbuddet har ikke indtrykket af, at der er en fælles holdning på stedet til diagnoser, og de er generelt i tvivl om, der er en. En medarbejder har oplevelsen af, at de har nogle værdier i institutionen, som de arbejder ud fra, men ikke decideret en fælles holdning til diagnosernes anvendelse, som står klart for medarbejderne.

Birgitte fortæller, at når der ankommer en ny borger på stedet, har de sparring omkring personen med deres psykolog, og her har de ikke fokus på diagnosen, men på personen og livsforløbet omkring personen:

*”Men vi skal altid starte med: ”Nå, kan du fortælle mig om personen”
og der siger hun ikke: ”Kan du fortælle mig om diagnosen.””*
(Birgitte, linje 627-629)

Det, Birgitte fortæller, viser, at de i institutionen i høj grad prøver at se det hele menneske og ikke have for stort fokus på diagnosen, men diagnosen vil komme på tale, idet den er en del af personen, og psykologen kan ses som ekspert i denne del.

Marie fortæller hertil, at de på botilbuddet ikke sparrer omkring diagnoser. På den ene side er dette en god ting, idet de dermed ikke udelukkende tager udgangspunkt i diagnosen, men i mennesket, men på den anden side kan dette

medvirke til, at de ubevidst tager mere udgangspunkt i diagnosen, end de selv tror, og dermed kommer til at stigmatisere borgerne ubevidst i deres behandling (Goffman, 2009). Maries oplevelse i forhold til dette, er, at det bidrager til, at fokus er på det enkelte menneske i stedet for:

"Vi sparrer ikke rigtig omkring diagnoser – det er som, at heldigvis så arbejder vi ud fra det enkelte menneske."

(Marie, linje 358-359)

Susanne er ikke bevidst om, om de har en holdning til diagnoser på stedet. Hun tror, at de har, men fortæller i stedet, at de har nogle værdier, som de arbejder ud fra:

"Det har vi nok, vi har nogle værdier vi arbejder ud fra – lad mig sige det sådan."

(Susanne, linje 482-484)

Når Susanne giver udtryk for denne usikkerhed kan det tolkes, at det er et område, der ikke diskuteres ofte medarbejderne imellem, og at det heller ikke er noget, ledelsen lægger op til at diskutere i institutionen. Ved at botilbuddet ikke har en fælles tilgang til de psykiatriske diagnoser, bliver det op til den enkelte selv at skabe en. Dette kan skabe problematiske forhold i institutionen, hvis disse "selv-opfundne" tilgange bliver styrende for det sociale arbejde.

Botilbud som totalinstitution

Ifølge Goffman kan botilbuddet ses som en total institution, idet der opstår en række problemstillinger ved at anbringe mennesker på institutioner, som et botilbud er. Hans definition af en totalinstitution er ikke, at mennesket er tvangsanbragt her, men at de er afskærmet fra det omkringliggende samfund for en periode af livet. Goffman taler i dette tilfælde om organisering af mennesker, hvor der opleves et skel mellem medarbejderne og borgerne på stedet (Goffman, 1967).

Mennesket med den psykiske lidelse, der anbringes på en institution som et botilbud, vil forandres, idet han/hun ikke længere har samme mulighed, som før for at planlægge sit eget liv og styre sin hverdag derigennem. Mennesket vil opleve, at alle aktiviteter lige pludselig foregår mere eller mindre det samme sted under bestemte

normer og regler. Dette medfører, at menneskets forhenværende rutiner nedbrydes. Botilbuddet, som total institution, vil forsøge at tilpasse mennesket til normerne, der er på stedet, og mennesket vil efterhånden indrette sig efter disse. En anden faktor ved at anbringe borgere på et botilbud er, at borgerne her præges af de andre borgere på institutionen, samt de kan risikere at forstærke hinandens adfærd som psykisk syg. Borgerne holder øje med hinanden og finder genveje til at opnå det, de gerne vil opnå (Goffman, 1967).

Marie fortæller hertil, hvordan hun har erfaret, hvordan borgerne indbyrdes påvirker hinanden:

"Og de er jo også præget af hinanden – de smitter jo, altså, de smitter jo hinanden med deres adfærd og forstærker hinanden i andre ting, også i deres adfærd."

(Marie, linje 266-269)

Styringen udefra opleves af medarbejderne ved, at borgerne allerede er udredt og har fået en diagnose, når de kommer på botilbuddet. Ifølge Cecilie kan dette være svært at arbejde med i praksis, idet det kan være den forkerte diagnose, der er blevet givet. Denne form for styring har ikke en positiv effekt på behandlingstilbuddet og kan være hæmmende for arbejdet. Behandlingen bliver mindre effektiv (Dean, 1999). Cecilie oplever styringen fra kommunens side, idet de skal arbejde videre med mennesket efter den udredning, de i kommunen har foretaget, men som ikke altid stemmer overens med, hvad de ser på botilbuddet, idet de anvender forskellige metoder og er forskellige faggrupper:

"Altså, jeg synes også, det er svært, fordi nogen er også blevet diagnosticeret, altså, jeg har haft også oplevet mange, der er blevet diagnosticeret forkert eller i hvert fald ikke selv identificerer sig med den diagnose, de har fået fra kommunen."

(Cecilie, linje 94-96)

Marie fortæller, at det er nemt at få en anden diagnose i dagens samfund, hvis borgeren gerne vil det, men det er ofte for at opnå en højere ydelse, end den de får i forvejen. Ifølge Marie er det nemt at opnå viden omkring forskellige diagnoser via internettet, og dermed opnå mulighed for at tilpasse adfærden efter dette. Her kan diagnosen ses som en styringsmekanisme i forhold til borgerens adfærd, men

muligvis er det ikke denne her måde diagnosernes anvendelse var tænkt på, men som et redskab for de professionelle (Dean, 1999). Marie har erfaring med, at borgerne er i stand til at tilpasse deres adfærd ind efter en anden diagnose:

”Jeg tænker lidt nogle gange, synes jeg, at jeg har observeret, at hvis den diagnose ikke lige passer dem, så vil de gerne prøve at have en anden diagnose, og det er vanvittigt nemt, når man er i det her system. Nej, nemt og nemt, det er det ikke, men fordi du kan finde så meget viden om det, så er der også mange, der kan finde ud af at ændre deres adfærd, så det passer lidt ind.

Og svare på de rigtige spørgsmål, når de kommer ind til udredning.”

(Marie, linje 254-261)

Marie har erfaret, at diagnoser ikke burde være afgørende i arbejdet med disse mennesker, idet der gerne skal være plads til alle borgere med forskellige behov. Det er ikke en diagnose, der skal bestemme hvem, der er plads til på botilbuddet, men i stedet om borgeren har behov for en anbringelse. Marie fortæller hertil, at når de kommer fra kommunen og laver tilsyn på botilbuddet, vil de meget gerne have diagnoserne i fokus. Dette er svært at arbejde med i praksis, især når de som behandlere prøver at styre væk fra dem:

”Når de kommer og laver tilsyn sådan et sted her, så vil de meget have diagnoserne i fokus igen, og det, synes jeg, er rigtig træls, når vi arbejder med, at det ikke skulle være det primære.”

(Marie, linje 86-89)

Marie oplever, at de på botilbuddet forsøger at arbejde væk fra de psykiatriske diagnoser, som det styrende element i behandlingen. Det opleves derfor af hende, som en hæmmende faktor for behandlingen, når kommunen kommer udefra og har fokus på disse ved tilsyn osv. Det store fokus, der er på diagnoserne fra kommunens side, hæmmer de institutionelle identiteters udfoldelse i behandlingen, når fokus er på retningslinjer og ikke på, at få borgeren i centrum (Järvinen og Mik-Meyer, 2012).

Opsummering

Informanterne har ikke samme oplevelse af, om der er en fælles holdning i institutionen til diagnosens anvendelse af medarbejderne i praksis. Dette viser sig også ved, at medarbejderne har meget blandede oplevelser af, hvordan institutionen forholder sig til diagnoser og anvender dem forskelligt i praksis. Informanterne ville have større mulighed for at anvende diagnoserne ens, hvis der var en fælles holdning på stedet omkring dette. Nogle medarbejdere viser tydeligt, at de er ubevidste omkring dette, hvor andre giver udtryk for, at de har indtrykket af, at der er en fælles holdning i institutionen, men at de ikke er helt beviste om det. En informant fortæller, at hun mener, at der er en holdning til det, men idet hun ikke kan præcisere det, får hun i stedet fortalt, at de har nogle værdier, som de arbejder ud fra. Dette viser en generel uvished på botilbuddet.

Diskussion

Diskussionen er opdelt i to dele. I første del vil komme en analysediskussion og i anden del en diskussion af metode. I første del vil jeg diskutere de resultater, jeg har fundet frem til i analysen, og anskue dem ud fra undersøgelser og teori. I anden del vil komme en diskussion af metode, herunder videnskabsteori samt reliabilitet, validitet og generaliserbarhed.

Diskussion af analyse

I diskussionen præsenteres fremtrædende elementer, der er kommet frem på baggrund af analysen som særligt væsentlige og interessante. Her er det kommet frem, hvilke oplevelser og erfaringer medarbejderne på botilbuddet har af, om de psykiatriske diagnoser hæmmer eller fremmer det sociale arbejde. Analysediskussionen er opdelt i tre afsnit, som inddeler den på makro-, meso- og mikro-niveau. På makroniveau diskuteres de styringsmekanismer på samfunds niveau, som diagnoserne kan give, der følgelig kan have en hæmmende eller fremmende virkning på det sociale arbejde, på meso-niveau diskuteres diagnoserne påvirkning på institutionelt niveau og sidst diskuteres, hvilken påvirkning diagnoserne har på borgeren og medarbejderne på mikro-niveau.

Diagnosernes hæmmende eller fremmende påvirkning i det sociale arbejde.

Styringsmentaliteter, der kan påvirke medarbejderne botilbuddet

Governmentality-begrebet kan bidrage til at skabe refleksion over den magtudøvelse og de herskende diskurser, der er med til at styre individerne i vores samfund. Ifølge Mitchell Dean er der fokus på de styringsmekanismer, der er med til at forme den menneskelige adfærd, så den passer ind i grænserne for normalitet, der er antaget i det danske samfund. De psykiatriske diagnoser kan her tolkes som en ubevidst styringsmekanisme i vores samfund, idet diagnosen går ind og påvirker menneskets adfærd i en bestemt retning, uden at dette egentligt er hensigten med dem. Her kan diagnosen ses som en uhensigtsmæssigt faktor i vores samfund (Dean, 1999). Diagnosen er i dag blevet en styrende diskurs grundet, vi bruger dem til at beskrive menneskelig lidelse og bruger dem som en forklaring på dette (Brinkmann, 2010).

Styringen fra kommunen opleves af medarbejderne ved, at det er kommunen, der foretager udredningen af borgerne, men det er også kommunen, der skal styre sammensætningen af professioner på botilbuddet, og hvilke diagnoser de er godkendt til at varetage på institutionen. Hertil kommer kommunen og laver tilsyn på botilbuddet, hvor fokus primært er på diagnoser. Et underbegreb til governmentality er self-governance, hvor individet ledes af magten til at fremme forståelsen af sig selv, og dermed handle i overensstemmelsen med de herskende diskurser, der er i samfundet. Disse fremstår som sandheder i det pågældende samfund (Dean, 1999). Når individer anbringes på botilbud, er dette en måde at styre og håndtere dem på, og dermed indrette deres adfærd efter ”normaliteten” i samfundet. Individet skal så vidt muligt lære at regulere sin egen adfærd i forhold til det, der er normen i samfundet. Dette kan anskues på botilbuddet, hvor borgerne bliver støttet til at begå sig i samfundet og regulere deres adfærd af medarbejderne. Diskurser er ifølge Foucault afgørende for vores tankegang, og i dette tilfælde hvordan vi anskuer normalitet. Denne form for styring kan også findes mere generelt i samfundet i form af den øgede dokumentationspligt, og de reformer, der styrer velfærdssamfundet, kan ses som statens styring af adfærd i kommunerne samt individets selvledelse i forhold til at overholde disse, hvilket også er gældende på dette botilbud (Dean, 1999).

Medarbejderne på botilbuddet er repræsentanter for velfærdsstatens sociale hjælpesystemer, og i mødet med borgere bliver der overladt vigtige afgørelser til de professionelle fra velfærdsstatens side. I det danske velfærdssystem er der den

opfattelse, at borgerne skal behandles som autonome individer. Styringsmekanismer i form af love og bekendtgørelser vil indskrænke den enkelte borgers handlemuligheder og tilmed autonomi. Disse er skjulte og ubevidste, hvilket medfører, at de ikke opfattes som magt af de berørte (Järvinen m.fl., 2003).

På uddannelsesinstitutionerne konstrueres disse sandheder, og de præger de fremtidige professionelle. De professionelle, der er i besiddelse af ekspertviden, beskriver ofte borgeren som havende en identitet som afviger. Denne identitet er dannet ud fra de professionelles ekspertviden og de tilhørende ”sandheder”, der er konstrueret idealet om normalitet. Eksempelvis er diagnosesystemet med til at udpege det unormale og dermed skabe en definition på det normale. Ifølge Foucault er denne form for usynlig magt den mest produktive udøvelse af magt. De professionelle er til i velfærdsstaten for at støtte, hjælpe og give omsorg, og de har til formål at lede borgerne til et sundere liv og fremme deres livskvalitet, og derigennem skabe produktive medlemmer af samfundet, der kan bidrage til det (Järvinen m.fl., 2003).

Ifølge Järvinen og Mortensen er de professionelles fagidentitet på den ene side udviklet med henblik på at tage hensyn til magtens og videnskabens repræsentanter, men på den anden side til at tage hensyn til de mennesker, der er ramt af sociale problemer. Dette skaber et dilemma for arbejdet som professionel, der hele tiden må gøre op med sig selv, hvad der er vigtigst (Järvinen m.fl., 2003).

Ifølge Brinkmann er anvendelsen af diagnoserne i dag en form for usynlig revolution, grundet diagnosernes tilstedeværelse og anvendelsen af dem tages for givet (Brinkmann, 2015). Dette ses også hos de medarbejdere på botilbuddet, der uden at stille spørgsmålstejn, anvender diagnoserne i praksis som en forklaring på borgerens udfordringer. Diagnoserne er oprindeligt udviklet som et arbejdsredskab for læger og psykiatere, men i dag anvendes de også i velfærdsstaten som en mekanisme for regulering af tildeling af ydelser, behandling og en legitim sygdomsadfærd (Brinkmann, 2015). Medarbejderne på botilbuddet oplever, at det i høj grad er de psykiatriske diagnoser, der præger borgerne på botilbuddet, og disse kan være afgørende for deres adfærd og behandling.

Ifølge Nicolas Rose er diagnoserne ikke brugbare i forbindelse med vurderingen af serviceydelser og arbejdsevne. Men det er svært at undvære dem i dag, idet de er forankret i forståelsen af sygdomsbehandling og er blevet en måde at fremstille sygdomsoplevelsen. Kategoriseringen af individer i det psykiatriske diagnosesystem viser, at psykiatere og læger, der placerer dem heri, tolker, at disse

individer lider af sygdomme der kan behandles ens, og dermed får de næsten den samme behandling (Brinkmann, 2015). Den psykiatriske viden er blevet magtfuld i definitionen af hvad, der skal forstås som psykisk lidelse, og her herigennem fået magt til at definere menneskets udvikling af identitet med en psykisk lidelse. Der er ikke andre forklaringsmekanismer ind over (Foucault, 1980).

For mødet mellem medarbejder og borger vil dette betyde, at medarbejderne i socialpsykiatrien udelukkende ser menneskets udfordringer igennem de psykiatriske diagnoser. Medarbejderne præges af de overordnede styringsmekanismer, hvilket resulterer i, at de er med til at opretholde idealerne for en ”normal” adfærd. Diagnoserne benyttes til at forstå tilværelsens problemer og de mennesker, der ikke passer ind under normen for normalitet. Diagnoserne er indgribende i livet hos menneskene, der får dem, grundet den magt de har fået (Brinkmann, 2015).

På baggrund af analysen er der fundet frem til, at medarbejderne har forskellige oplevelser af, om diagnoserne hæmmer eller fremmer deres arbejde med borgere med sindslidelser. Ifølge medarbejderne er der forskellige faktorer, der er udløst af de psykiatriske diagnoser, der enten kan hæmme eller fremme deres arbejde i praksis.

Et fund i empirien viser, at diagnoserne hæmmer arbejdet, grundet at de hæmmer borgerens udviklingsprocesser. Ifølge medarbejderne holder borgeren fast i sin diagnose, fordi det er det liv, de kender. Borgeren er bekymret for at blive sendt ud i samfundet med de krav, der er om effektivisering og produktivitet. Ifølge psykolog, Carsten Jørgensen, kan problemerne, som borgerne med en psykisk lidelse har, ikke siges kun at være koblet til deres diagnose, men også samfundets krav, der er høje. Diagnosen kan hermed nemt bidrage til, at borgeren bruger diagnosen som en undskyldning for ikke at kunne tage hånd om sin egen situation. Ifølge Jørgensen er det senmoderne, danske samfund bygget op omkring det stærke, autonome individ, der har en høj grad af selvkontrol og kan træffe kompetente, ansvarlige beslutninger. Når mennesket ikke opfylder disse forventninger, opleves det som skrøbeligt og afvigende (Jørgensen, 2012). På den anden side kan dét, at borgerne fastlåses i sin diagnose, være påført af behandlerne selv, når de er så fokuserede på deres diagnoser. Ifølge Brinkmann kan diagnosen medvirke til at fastholde mennesket i dét, de ikke kan, og fokus er dermed ikke på deres ressourcer, men på deres udfordringer (Brinkmann, 2015).

Fejldiagnosticeringer

Et af de centrale fund i analysen er, at nogle af medarbejderne på botilbuddet oplever, at der ofte forekommer fejldiagnosticeringer fra kommunens side. Dette opleves af disse medarbejdere, som en af de mest hæmmende faktorer i behandlingen af mennesker med psykiatriske diagnoser. Kommunen står for udredningen af de borgere, der kommer ud på det socialpsykiatriske botilbud. At fejldiagnosticeringen opleves så ofte ude på botilbuddene, som medarbejderne giver udtryk for, er et problem, når diagnoserne bruges som et styrende moment i behandlingsstrategien hos disse medarbejdere.

Hvis diagnoserne benyttes som den primære behandlingsstrategi, er det vigtigt, at udredningerne er korrekte, inden behandlingen iværksættes. Udredninger kan tilmed være en del i at tage beslutningen om hvilke institutioner, der kan tilbyde borgerne den bedst mulige behandling, og dermed har udredningerne stor betydning for borgernes videreforløb og fremtidsudsigter. Ifølge Birgit W. Bundesen, der er læge i psykiatrien, kan fejldiagnosticeringen også skabe grundlag for fejlmedicinering, der også kan bidrage til at gøre det svært for medarbejderne at give den rigtige behandling til borgeren (Bundesen, 2012).

Hertil kan fejldiagnosticeringen i sig selv medvirke til, at medarbejderne have svært ved at give borgerne den rette behandling, idet de hurtigt tager den diagnose til sig, som de har fået i første omgang. Dette er problematisk, når det ikke er den diagnose, der passer på den adfærd medarbejderne ser på botilbuddet. Diagnoserne bliver tilmed beskrevet som et nyttigt arbejdsredskab og er diagnosticeringerne ikke korrekte, kan de ikke opfylde denne funktion (Brinkmann, 2015).

Omvendt kan der stilles spørgsmålstejn ved, hvad der er en 'rigtig' diagnose i psykiatrisk perspektiv. Ifølge Brinkmann er diagnoserne et udtryk for et øjebliksbillede af menneskets liv. Ofte kan der i psykiatrien ikke klart defineres, hvad den "rigtige" psykiatriske diagnose er for et menneske, idet det ikke er objektive kriterier, der er grundlaget for de psykiatriske diagnoser, men nogle symptomer, der ofte ændres flygtigt over tid. Ifølge Brinkmann er diagnoserne et resultat af, hvad grundlæggerne bag diagnosesystemet ser som afvigende og som sygelig, menneskelig adfærd. Det er op til den enkelte psykiaters subjektive vurdering hvilken diagnose, der passer på en borger. Dette kan være grundlaget for, at medarbejderne oplever, at der sker fejldiagnosticeringer i socialpsykiatrien. Dette kan hermed henvise til, at grundlaget, som psykiatrien bygger på, har mangler. Det er problematisk, at de fra

kommunens side fokuserer i den grad på diagnoser, som de gør. Dette er til dels forståeligt, når de psykiatriske diagnoser er blevet forudsætningen for, at et menneske med en lidelse kan få den rette hjælp og behandling i velfærdssystemet (Brinkmann, 2015).

Et andet fund i analysen viser, at nogle borgere selv føler, at de ikke er blevet diagnosticeret korrekt, og derfor opsøger en privat psykolog på egen hånd for at få stillet den ”korrekte” diagnose. Dette kan medvirke til, at borgeren, der ønsker at få en anden diagnose, i princippet kan få det. Det være svært for medarbejderne i praksis at agere i, idet det er en subjektiv øjebliksvurdering fra en psykiater, der kan ’clashe’ med den vurdering, som medarbejderne får i praksis af borgeren (Brinkmann, 2015).

Institutionelt og samfundsmæssigt niveau

Et af resultaterne fra analysen viser, at medarbejderne ikke har oplevelsen af, at der er en fælles holdning på botilbuddet i forhold til anvendelsen af de psykiatriske diagnoser. Det er ubevidsthed blandt medarbejderne om, der overhovedet findes en. Dette kan skabe forvirring blandt medarbejderne og medvirke til, at de har oplevelsen af, at diagnoserne hæmmer arbejdet. Når medarbejderne ikke oplever, at der er findes en fælles holdning til anvendelsen af diagnoserne, bliver medarbejderne muligvis lettere påvirket af udefrakommende holdninger, eksempelvis de styringsmentaliteter, der findes ubevidst i samfundet (Dean, 1999). Medarbejderne vil hertil anvende deres professioneller eller institutionelle identitet, som de selv finder bedst (Järvinen og Mik-Meyer, 2012).

Medarbejdernes professionelle identitet

På baggrund af analysen kan det tolkes, at informanterne ikke har den samme tilgang til anvendelsen af diagnoserne i praksis, og at der iblandt medarbejderne er forskellige opfattelser af, om de har en fælles tilgang.

Når der tilsyneladende ikke er en fælles holdning til anvendelsen af psykiatriske diagnoser på botilbuddet, bliver det op til den enkelte medarbejder selv at finde ud af at anvende dem. Dette vil kunne medføre, at der ikke er en faglig tanke bag handlingen. På den ene side vil en fælles holdning muligvis bidrage til at opretholde de retningslinjer, som de psykiatriske diagnoser giver, og dette vil bidrage til at ensrette behandlingen over for disse mennesker med psykiatriske lidelser. Hertil vil specifikke retningslinjer for anvendelsen af diagnoserne i praksis, frigøre

medarbejderne og sikrer, at diagnosernes anvendelse vil have en fremmede effekt i det sociale arbejde på botilbuddet og sikre, at de benyttes på en fremmede måde (Järvinen og Mik-Meyer, 2012).

Omvendt kan specifikke retningslinjer blive problematiske, idet de for medarbejderne kan opleves som begrænsende for deres arbejde. Ved at indføre flere retningslinjer vil det medføre flere krav, og her vil medarbejdernes subjektive vurderinger af behandlingen af disse borgere blive frataget dem. På botilbuddet er det forskelligt, om der handles ud fra den professionelle identitet, hvor eksperten er i centrum, der ved hvad, der er bedst for borgerens fremtid, eller om der handles ud fra den institutionelle identitet, hvor medarbejderen har relationen for øje, og hvor borgeren skal motiveres til at være ekspert i eget liv. Dette vil hertil medføre, at de institutionelle identiteters rolle indskrænkes, hvilket tilmed vil have en hæmmende effekt på det sociale arbejde og behandlingen. De institutionelle identiteter skal fremme borgerens autonomi, men hvis diagnosen er i centrum, vil borgerens autonomi hæmmes, idet diagnosen vil skabe specifikke retningslinjer for behandlingens udførelse, og medarbejderen vil ikke kunne tage udgangspunkt i borgerens individuelle behov. Den indsamlede empiri viser bl.a., at medarbejderne på botilbuddet både handler ud fra deres institutionelle samt professionelle identitet, men at der tilbøjelighed til, at nogle bestemte medarbejdere i større grad handler ud fra deres institutionelle identitet end den professionelle og omvendt. Der kan ses en opdeling af disse, hvor de socialfaglige professioner, såsom pædagogerne, viser sig at arbejde ud fra deres institutionelle identiteter, og ergoterapeuten med en sundhedsfaglig baggrund arbejder ud fra den professionelle identitet (Järvinen og Mik-Meyer, 2012).

Ifølge Järvinen og Mik-Meyer kan medarbejderen opleve et dilemma i arbejdet, når der skal arbejdes ud fra de institutionelle identiteter i praksis. Ved at pålægge medarbejderne et krav om at skabe en god relation til borgerne, og at de samtidigt skal fremstå som rollemodel for dem, kan der opstå en uoverensstemmelse mellem de opgaver, som medarbejderen skal udføre, og de rammer som institutionen sætter op. Retningslinjerne omkring diagnoserne kan hæmme arbejdet, idet de bliver styrende for arbejdet, og det medfører, at det bliver svært at opretholde de institutionelle identiteter, herunder den gode relation. Den dobbelte funktion, som medarbejderne skal varetage, bliver svær at håndtere i arbejdet med denne type borgere. Medarbejderne skal så vidt muligt hjælpe borgeren til et selvstændigt liv på

sigt, men ifølge empirien kan dette blive problematisk, hvis medarbejderne også skal indrette sig efter specifikke retningslinjer, der skal styre deres behandling (Järvinen og Mik-Meyer, 2012).

På den anden side kan det blive et problem, hvis der er for stort et fokus på at arbejde væk fra diagnoserne. Ifølge Kirsten Skriver, der er psykolog og arbejder med psykologisk og psykiatrisk udredning, er der en tiltagende diagnoseforskrækkelse hos patienter og deres pårørende, der bidrager til, at de allerede ved starten af deres udredningsforløb er nervøse for at blive fejldiagnosticerede. Dette kan ifølge Skriver bidrage til, at behandlingen bliver langvarig, og at de ikke får den rette hjælp. Diagnosticering og den dertilhørende medicinering er ifølge hende en vigtig del, idet den ofte kan hjælpe disse mennesker. Skriver ser et manglende behov om forståelse for diagnoserne, men at der samtidig bibeholdes en kritisk tilgang til de psykiatriske diagnoser (Skriver, 2016). Medarbejderne på dette botilbud giver udtryk for at være kritiske overfor anvendelsen af diagnoser og prøver at se bort fra dem. Ifølge Goffman giver de psykiatriske diagnoser borgeren en identitet, men er det ikke den ”korrekte” diagnose, borgeren har fået, vil han/hun agere efter den tilsyneladende identitet. Dette på baggrund af, at de faktisk ikke har fået stillet den rigtige diagnose, men begynder at leve på til den stillede diagnose alligevel og identificere sig med den. Dette kan have en hæmmende effekt på det sociale arbejdes praksis (Goffman, 2009).

Den dobbelte funktion

Ifølge empirien er det et centralt aspekt i forhold til anvendelsen af diagnoser, at medarbejderne både skal begå sig i de retningslinjer, som diagnoserne giver og samtidig skal lade borgeren være autonom og tage egne beslutninger for sin fremtid. Som nævnt det kan disse retningslinjer ifølge medarbejderne medvirke til at hæmme dannelsen af gode relationer med borgerne, der er vigtig for borgerens behandling og fremtid uden for botilbuddet. Preben Brandt argumenterer for, at der stilles store krav til medarbejderne i socialpsykiatrien, når de forventes at skulle kunne rumme alle individer med forskellige psykiatriske lidelser (Brandt, 2004).

Socialarbejderen skal i dag agere både som ekspert og rollemodel for borgeren, og dette bliver svært, når det er diagnoserne, der skal diktere, hvordan behandlingen for borgeren skal foregå og ikke behandleren, der kan anvende sin

institutionelle identitet og analysere borgerens behov. Dette er noget medarbejderne på botilbuddet pointerer som værende en udfordring for det sociale arbejde. I stedet er det medarbejderens ekspertviden, der skal anvendes, hvor medarbejderen agere som ekspert i relationen til borgeren. Dette stemmer ikke overens med velfærdsstatens mål om, at medarbejderen skal fralægge sig ansvar og selvstændiggøre borgeren til at tage ansvar for eget liv. På den anden side kan der argumenteres for, at de professionelle er uddannede til at skulle kunne håndtere disse problematikker, som den dobbelte funktion giver i praksis, når de både har relationserfaring og ekspertviden med sig i arbejdet. Det, der kan blive udfordrende for medarbejderne i praksis, er at jonglere imellem disse (Järvinen og Mik-Meyer, 2012).

Dette spændingsfelt er ifølge medarbejderne på dette botilbud svært at agere i i praksis, da det ifølge dem, er relationen til borgeren, der er vigtig for en vellykket behandling, og i og med at fokus er på diagnoserne, er det primært den professionelle identitet, der skal trækkes på, i forhold til at det er ekspertviden, der skal i centrum. Hertil viser det sig, at medarbejderne finder det svært at rumme alle typer af diagnoser i arbejdet. Dette er et af de store krav, der som nævnt ifølge Brandt, stilles til medarbejderne i det danske velfærdssystem. Medarbejderne skal kunne varetage borgere med alle diagnoser og udfordringer, men det er et stort krav at sætte, idet det er svært at have kompetencer, der spænder så bredt, og samtidig kunne give borgerne den bedste behandling (Brandt, 2004). Medarbejderne rapporterer at finde de psykiatriske diagnoser, som skizofreni, personlighedsforstyrrelser og autistiske lidelser, som dem er sværest at håndtere i praksis. Dette viser, at det er en aktuel problematik i praksis.

Konsekvensen for borgerne

Medarbejderne har forskellige opfattelser af, om der forekommer en stigmatiserende adfærd overfor borgerne på botilbuddet fra deres side. Der er medarbejdere, der ikke anerkender eller er i tvivl om at have oplevet forekomsten af stigmatiserende adfærd på botilbuddet. En medarbejder anerkender at have været stigmatiserende overfor nogle bestemte psykiatriske diagnoser.

Både nationale og internationale studier viser, at medarbejderne, der arbejder med borgere med psykiatriske diagnoser, er i fare for at være stigmatiserende i deres

arbejde over for borgeren. Ifølge undersøgelsen fra SFI og DSI er medarbejdere i socialpsykiatrien særligt udsatte for at stigmatisere deres borgere (SFI og DSI, 2010). Medarbejderne på botilbuddet udtrykker ikke, at det er noget, de taler om med hinanden på stedet, og hertil er der forskellige oplevelser blandt medarbejderne, i forhold til om borgerne oplever stigmatisering fra deres side på stedet. De er dog ikke i tvivl om, at borgerne oplever at blive stigmatiseret, når de bevæger sig ude i samfundet. Det er problematisk, at det er ikke er et emne, der diskuteres på botilbuddet, grundet det kan medføre, at der ikke bliver skabt opmærksomhed på stigmatisering fra medarbejdernes side (SFI & DSI, 2010). Med disse undersøgelser taget i betragtning er det svært at begribe, hvorfor der ikke bliver talt mere om anvendelsen af de psykiatriske diagnoser på stedet, når de anvender dem i så stort omfang på botilbuddet. Der er et behov for at tage dette emne op på personalemøder, hvis der skal skabes yderligere opmærksomhed på området, og skærpe risikoen for stigmatiserende adfærd.

Ifølge Brinkmann har diagnoseringsstilgangens ændring medført, at vi i dag udelukkende ser på symptomer og ikke tager andre faktorer med i diagnosticeringen af individet. Gennem diagnosekategoriseringen dannes et billede af individerne hos medarbejderne. De psykiatriske diagnoser udløser bestemte reaktioner hos medarbejderne, da de er associeret med bestemte moralske værdier. Hertil er diagnoserne med til at forme den måde, medarbejderne tolker borgerens tale og adfærd på (Brinkmann, 2015). Disse opfattelser af borgerne kan medføre en simplificeret og overfladisk forståelse af menneskerne med de psykiatriske diagnoser og tilmed bidrage til en øget stigmatisering. Der kan opstå et forhold mellem medarbejdere og borgere som værende ”dem” og ”os”, hvilket vil påvirke mødet og relationen imellem dem. Dette forhold kan anskues i analysen, hvor medarbejderne udtrykker en distancering fra borgere med bestemte psykiatriske diagnoser, og herigennem fremkommer en antydning af et ”dem” og ”os” forhold, idet de ser borgerne med disse diagnoser som anderledes fra dem selv og som svære at håndtere. Dette vil medføre, at borgeren vil føle sig mindreværdig i mødet med medarbejderen, der vil være styrende i deres relation (Jacobsen og Kristiansen, 2013). Ifølge Goffman vil de miskrediterende træk, der skaber grobund for stigmatisering, ikke kunne ”glemmes” af medarbejderen. Dette vil medføre, at den stigmatiserede borger ikke vil kunne opnå fuld accept i relationen til medarbejderen, men kun vil opnå ”skinnormalitet”, hvor der opleves en falsk form for accept hos den stigmatiserede

(Jacobsen og Kristiansen, 2013). Medarbejderne vil i kraft af diagnoserne ofte have denne opfattelse med sig af borgerne, og dette ses hos disse medarbejdere, når de taler om borgerne som værende ”skizofrene” eller kræve meget af dem som behandlere grundet en personlighedsforstyrrelsen.

Borgernes fremtidige muligheder

Ifølge undersøgelsen af Vendsborg opleves medarbejderne i psykiatrien som mere pessimistiske end andre mennesker i forhold til, at individer med psykiske lidelser kan komme sig og blive raske. Disse forestillinger kan medføre, at borgerne med de psykiatriske diagnoser tager disse forestillinger til sig og fastholdes i en forestilling om, at de ikke kan blive raske fra deres lidelse (Vendsborg m.fl., 2011). Størstedelen af medarbejderne på dette botilbud deler disse forestillinger, grundet de ikke ser det som en mulighed for borgerne at kunne komme sig helt ovenpå efter at have fået stillet deres lidelse. De ser det som en mulighed, at de kan komme ud at bo i egen lejlighed med støtte i hverdagen og muligvis få et fleksjob, men at blive rask fra den psykiatriske lidelse, ser ikke ud til at være en mulighed for ret mange af disse borgere i deres perspektiv. Omgivelsernes forventninger vil ifølge Goffman smitte af på borgerne på botilbuddet, og de vil tage disse forventninger til sig og ikke se andre muligheder for deres fremtidige liv, end dem medarbejderne ser. Dette kan medføre, at borgerne fastholdes i deres nuværende identitet, som en borger, der hele livet igennem vil have brug for støtte i hverdagens gøremål (Goffman, 2009).

Ifølge Goffman kan de psykiatriske diagnoser tilmed bidrage til, at borgeren tager den adfærd til sig, som diagnoser foreskriver, og bruger den som en undskyldning for deltagelse i forpligtede aktiviteter på botilbuddet, der er nyttige for dem i forhold til deres fremtidige liv. Medarbejderne på botilbuddet oplever dette i deres arbejde, som en hæmmende faktor for behandlingen med denne borgergruppe. Diagnosen opleves af medarbejderne som en hæmsko for borgeren, idet den skaber en identitet, som borgeren ikke ville have haft ellers. Den tilsyneladende identitet kommer i spil og bruges som en legitim undskyldning for at være ”syg” (Goffman, 2009). Diagnosen er identitetsskabende, og noget som borgeren ofte gerne vil holde fast i, idet den giver mennesker, der lever med en psykiatrisk diagnose, et fællesskab, som de ofte ikke før har oplevet, og derfor bliver den endnu sværere at helbrede (Brinkmann, 2015).

En rapport fra Videnscenter for Socialpsykiatri beskriver, at medarbejderne på botilbuddene er nødt til at medvirke til at fremme den enkeltes recovery-proces, hvis borgerne skal have mulighed for at komme sig, selvom det i sidste ende er en proces, der sker inde i den enkelte (Videnscenter for Socialpsykiatri, 2002).

Dette stemmer overens med tanken om de institutionelle identiteters arbejde (Järvinen og Mik-Meyer, 2012). Resultater fra analysen viser, at medarbejderne på botilbuddet finder, at borgerens muligheder for at komme sig med mindre støtte er gode, dog ikke helt uden støtte. Medarbejderens opgave er at hjælpe og vejlede borgeren med en psykiatrisk diagnose til at finde sin egen vej i recovery-processen. Stigmatisering fra medarbejdernes side, samt at behandlingen er baseret på de professionelles præmisser, vil en recovery-proces ikke kunne finde sted (Videnscenter for Socialpsykiatri, 2002).

Alain Topors og Marit Borg, der er forskere på recovery-området, har i en undersøgelse, foretaget på en brugergruppe i Ohio, identificeret nogle væsentlige faktorer i relationen mellem den professionelle og borgeren i recovery-processen. I denne gruppe defineredes den professionelle som en positiv faktor for behandlingen, hvis den professionelle har været i stand til at opmuntre borgeren til selvstændig tænkning, og hvis borgeren bliver behandlet som ligemand. I kraft af disse perspektiver, kan skepsis fra medarbejdernes side modvirke en vellykket recovery-proces i praksis. Med recovery-tilgangen skal medarbejderne ændre deres måde at tænke på i forhold til behandlingen af borgere med psykiatriske lidelser. Medarbejderne skal se borgernes diagnoser som en helbredelig lidelse og ikke som en kronisk lidelse (Videnscenter for Socialpsykiatri, 2002). Medarbejderne på botilbuddet er ikke opmærksomme på en mulig stigmatiserende adfærd fra deres side, hvilket kan være en hindring for en vellykket behandling og recovery-proces ifølge rapporten. Medarbejderne udtrykker en skepsis i forhold til borgerens fremtidige muligheder for at blive raske, og dette vil kunne påvirke behandlingen af borgeren negativt. Diagnoserne har i denne sammenhæng en hæmmende effekt, idet medarbejderne har en forudindtaget holdning med sig i behandlingen og i relationen til borgeren.

Medarbejderne skal i deres arbejde med borgeren forsøge at fralægge sig deres professionelle identitet og primært anvende den institutionelle identitet, hvor coaching af og relationen til borgeren kommer i fokus for at kunne opfylde recovery-processen. Den professionelle skal ifølge Järvinen og Mik-Meyer ændre sin selvforståelse fra at

være ”hjælper” til være ”vejleder” eller ”coach”, hvilket indebærer at fralægge styringen for behandlingen og forholde sig positivt til borgrens situation. Dette medfører også, at medarbejderne får fokus på at fralægge sig fordomsfulde holdninger til borgerne og derigennem undgår en stigmatiserende adfærd i relationen (Järvinen og Mik-Meyer, 2012).

Metodediskussion

Denne del vil være opdelt i seks underkategorier, hvor første del vil være en diskussion af den kvalitative metode og interviewene. De efterfølgende underkategorier vil være en diskussion af videnskabsteori, reliabilitet, validitet og generaliserbarhed.

Kvalitativ metode

I det kvalitative forskningsinterview fokuseres der ifølge Brinkmann og Kvale på informanternes personlige oplevelser samt viden og handlen (Kvale og Brinkmann, 2009). I projektet er ønsket at gå i dybden med informanternes subjektive oplevelser og erfaringer af, hvordan diagnoser hæmmer eller fremmer deres arbejde i praksis. Derfor er det den kvalitative metode, der ligger til grund for dataindsamlingen. Var der anvendt en kvantitativ metode i projektet, ville det ikke være muligt at opnå dybdegående, subjektive oplevelser, idet denne metode bygger på undersøgelse og måling af meninger gennem en struktureret interviewform og oftest af mange informanter for at opnå et repræsentativt resultat (Kvale og Brinkmann, 2009).

Undersøgelsen i projektet tager udgangspunkt i en semistruktureret interviewform, idet den er relevant i forhold til besvarelse af projektets problemformulering, da formålet her er at indhente deskriptioner af den interviewedes oplevelser og erfaringer. Der er anvendt en interviewguide, hvor spørgsmålene er opstillet efter temaer, der er dannet på baggrund af teori og forforståelse. Det semistrukturerede interview lægger op til, at den interviewede kan bidrage med temaer, der egentligt ikke først fremgik af interviewguiden, idet interviewformen lægger op til at kunne præges af informanten (Kvale og Brinkmann, 2009).

Interviewene blev afholdt på to dage, og dette gav mulighed for at kunne ændre i interviewguiden undervejs. Eksempelvis erfarede jeg, at nogle emner var mere følsomme end antaget, og at der forekom nogle problematikker, som

informanterne først på dagen blev opmærksomme på fandt sted (Kvale og Brinkmann, 2009).

Videnskabsteori

Ifølge Gadamer vil forskeren aldrig blive fri af sin forudindtagethed, og denne vil altid påvirke måde, hvorpå empirien indhentes, og hvordan den videre tolkes på. Indhentning af empiri sker i samspil med informanterne, og derfor påvirkes empirien af interviewerens i forbindelse med dette (Christensen, 2015).

Projektet har haft et formål om at skabe opmærksomhed omkring anvendelsen af diagnoser i socialpsykiatrien igennem medarbejdernes subjektive perspektiver. Gennem informanternes oplevelser og erfaringer af, om diagnoserne fremmer eller hæmmer deres arbejde i praksis, er deres udsagn tolket med formålet om at finde frem til deres oplevelser. Dette for at finde ud af, om medarbejderne oplever diagnoserne som hæmmende eller fremmende for praksis. Gennem projektet er der anvendt en teoretisk refleksion for at tolke informanternes oplevelser og for at få yderligere viden om den pågældende problemstilling (Christensen, 2015).

Dette videnskabsteoretiske synspunkt vil bidrage til at opnå en fælles forståelse af problemstillingen. Den teoretiske viden og den forudindtagethed, undersøgelserne har bidraget til, har medvirket til at stille uddybende og opfølgende spørgsmål i interviewene. På den anden siden har denne videnskabsteoretiske tilgang udfordret tilgangen, idet min forudindtagethed kan have påvirket interviewguiden med det resultat, at der har været fokus på diagnoserne som behandlingsstrategi og dermed fjernet fokus fra anvendelsen af andre mulige behandlingsstrategier på botilbuddet. Dog har jeg forsøgt at revurdere teorier og tilpasse dem til informanternes udsagn (Christensen, 2015).

Denne videnskabsteoretiske tilgang har bidraget med det, som den var tiltænkt i forhold til at skabe forståelse omkring medarbejdernes oplevelse af, om de psykiatriske diagnoser hæmmer eller fremmer det sociale arbejde (Christensen, 2015).

Reliabilitet, validitet og generaliserbarhed

I dette afsnit redegøres for reliabiliteten, validiteten og generaliserbarheden i projektet. For opnåelse af størst mulig validitet og gennemsigtighed vil der blive inddraget Kvales syv valideringsfaser. Herigennem klarlægges de valg og

refleksioner, der er taget i processen, der vil sikre gennemsigtigheden i projektet (Kvale og Brinkmann, 2009).

Reliabilitet

Reliabiliteten i projektet kan diskuteres, idet der kan være blevet stillet ledende spørgsmål i interviewene, men jeg har bestræbt mig på ikke at lade den teoretiske forståelse påvirke informanternes svar i interviewsituationen. Konsekvensen af ledende spørgsmål kan være, at informanterne har taget min fortolkning til sig og ikke fået udtrykt deres egne, subjektive forståelser af de stillede spørgsmål. For at sikre og højne reliabiliteten kunne transskriptionerne være blevet sendt tilbage til informanterne for at få bekræftet, at jeg som interviewer har opnået korrekt forståelse af det fortalte. Ulempen kan her være, at informanterne i mellemtiden har haft tid til at diskutere interviewene, og dermed kan have påvirket hinanden. Dermed ville jeg alligevel ikke kunne få den subjektive forståelse (Christensen, 2015).

Validitet

Ifølge Brinkman og Kvale er validiteten i kvalitativ forskning projektets gyldighed. Gyldigheden bedømmes ud fra, om en metode reelt undersøger det, den har til formål at undersøge (Kvale og Brinkmann, 2009).

I projektet er der anvendt en teoretisk forståelse samt den forståelse, jeg har fået af de undersøgelser, jeg har inddraget i problemfeltet, Projektet har haft en hermeneutisk tilgang for at kunne opnå den subjektive oplevelse af, om de psykiatriske diagnoser hæmmer eller fremmer det sociale arbejde. Den valgte metode og tilgang til projektet understøtter og undersøger projektets formål, hvilket medfører validitet i projektet (Kvale og Brinkmann, 2009).

For at opnå størst mulig validitet i projektet, er det vigtigt, at der beskæftiges med elementer, der kan benyttes til at besvare projektets problemformulering.

Validering ved hjælp af Kvale og Brinkmanns syv faser

Første fase af valideringen er omhandlende emne og teorivalg, samt de teoretiske forudsætninger, og om der er sammenhæng fra disse til projektets forskningsspørgsmål. Der er i interviewguiden taget udgangspunkt i teori, der passede

til problemstillingen. Hertil er der i projektets analyse videre inddraget teori til forklaring af informanternes udsagn for at opnå en besvarelse af projektets problemstilling. Interviewguiden indeholdte temaer, der i forvejen var defineret, men efter meningskategoriseringen opstod nye emner ud fra informanternes udsagn. Disse var medvirkende til at anskue problemstillingen på en anden måde end først antaget. Temaerne er dannet på baggrund af projektets formål og undersøgelsens kontekst, og derfor ville der muligvis være forekommet andre temaer ved et andet formål og i en anden kontekst (Kvale og Brinkmann, 2009)..

Anden fase omhandler projektets metodevalg og design, og om disse vurderes som anvendelige til besvarelse af projektets problemstilling. I projektet er anvendt den kvalitative metode med benyttelse af semistrukturerede interviews med formålet om at opnå forståelse af, hvordan medarbejderne på et socialpsykiatrisk botilbud oplever, at psykiatriske diagnoser hæmmer eller fremmer det sociale arbejde her.

Tredje valideringsfase omhandler kvaliteten af de udførte interviews samt troværdigheden af de interviewede subjekter. Under interviewene er der stillet opfølgende spørgsmål med formålet om afklaring af uklarheder i deres udsagn. Dog har jeg ikke ved tvivl af det sagte i transskriptionen af interviewene kontaktet informanterne for klarlægge disse uklarheder. Dette kunne have højnet kvaliteten af interviewene.

Fjerde fase omhandler transskriptionen og her stilles spørgsmålstejn ved om en oversættelsen fra talesprog til skriftsprog er gyldig. Ved transskription er der transskriberet ordret og kun i udsagnene, der er anvendt som citater i projektet, er gentagelser taget ud for forståelsens skyld. Femte fase omhandler, hvorvidt fortolkningerne af informanternes besvarelser er valide. Problemstillingen er anset for at være holdepunktet i analysen, og derfor er kun de aspekter, der har betydning for denne, inddraget. Informanternes udsagn er en del af at sikre kvaliteten af projektet, og grundet dette er deres oplevelser afgørende for besvarelsen af projektets problemstilling (Kvale og Brinkmann, 2009).

Sjette fase omhandler en reflekteret vurdering af valget af form for validering. Analysen former en valid redegørelse af de væsentligste resultater i projektet. Den syvende fase vedrører spørgsmålet om, hvorvidt det givne projekt giver en gyldig redegørelse for undersøgelsens hovedresultater. De aspekter, der er fundet relevante i interviewene, er inddraget, sammenlignet samt sammenkædet i projektet. Hertil har læseren en vigtig rolle i forhold til valideringen af resultaterne, og derfor vil relevante

læsere bidraget til at højne validiteten af projektet være faggrupper inden for dette felt samt forskere med en relevant uddannelse (Kvale og Brinkmann, 2009).

Disse syv faser af validering er med til at sikre kvaliteten af projektet, og at jeg som forsker sikrer og kontrollerer kvaliteten af mit håndværk igennem hele undersøgelsesprocessen (Kvale og Brinkmann, 2009).

Genereliserbarhed

Indenfor den kvalitative forskning kan der tales om analytisk generaliserbarhed, hvilket handler om, om resultaterne fra en undersøgelse kan være vejledende for omstændighederne i en lignende situation. Projektet er et casestudie, og der er forsøgt at sammenligne resultaterne med undersøgelser, der foregik i en lignende kontekst. Dette med begrundelsen for at styrke den analytiske generaliserbarhed (Kvale og Brinkmann, 2009). Ifølge de undersøgelser, der er anvendt i projektets problemfelt, opstår stigmatisering i socialpsykiatrien ofte fra medarbejderne side, hvilket på dette botilbud kan tolkes muligvis også at være gældende her, i forhold til nogle specifikke diagnoser. Dog er det ikke alle medarbejderne på dette botilbud, der synes at være opmærksomme på denne problematik, og derfor kan det formodes, at dette også er en problematik på andre botilbud.

Casestudiet kan ifølge Yin gøres generaliserbart i forhold til overvejelser, der er gjort ud fra teori og litteratur. Ved hjælp af den teorifortolkende typologi gives mulighed for en diskussion af generaliserbarheden af denne case, selvom dette projekt kun gælder en enkelt case (Antoft m.fl., 2012).

Rammen for analysen tager afsæt i teori, undersøgelser samt litteratur, der har bidraget til at finde tematiseringer heri. Ved hjælp af disse overvejelser i forhold til casestudiet af Yin er empirien sammenlignet med eksisterende undersøgelser. Ud fra Yins overvejelser om teoretiske betragtninger kan der argumenteres for, at projektet, på trods af at være et enkelt casestudie, kan opnå en analytisk generaliserbarhed (Antoft m.fl., 2012).

Konklusion

Størstedelen af medarbejderne på dette botilbud ser grundlæggende diagnoserne som hæmmende for deres behandling i det sociale arbejde, idet de oplever, at de sætter nogle begrænsninger for deres relationsarbejde. Relationsarbejdet

er ifølge medarbejderne en af de vigtigste faktorer i en vellykket behandling af mennesker med psykiatriske diagnoser.

Hertil opleves diagnoserne af medarbejderne fra kommunens side, som en styringsmekanisme, der har en hæmmende effekt på det sociale arbejde, grundet at der forekommer fejldiagnosticeringer fra deres side, som er svære for medarbejderne at håndtere i praksis. Borgerne identificerer sig med den psykiatriske diagnose, så snart de har fået den stillet, og dette er problematisk, hvis det ikke er den korrekte diagnose. De psykiatriske diagnoser medfører, at borgerne tager en adfærd til sig, som de ikke nødvendigvis ville have haft uden at have fået stillet en diagnose. Dette medvirker til at hæmme det sociale arbejdes praksis.

Medarbejderne kan til dels definere de psykiatriske diagnoser som et nyttigt arbejdsredskab i praksis, idet de kan være med til at give nogle retningslinjer for, hvordan borgeren skal mødes i forhold til deres udfordringer.

Et centralt resultat viser, at de institutionelle identiteter og herunder det sociale arbejde kan hæmmes af de retningslinjer, som de psykiatriske diagnoser giver i praksis. Disse retningslinjer medfører, at relationen ikke kan varetages på bedste vis ifølge medarbejderne på dette tilbud. Som før nævnt er en god relation er grundlaget for, at borgerne kan drage nytte af behandlingen.

Resultaterne har yderligere vist, at medarbejderne på botilbuddet, på nær én, ikke er bevidste, om en mulig stigmatiserende adfærd fra deres side. Dette viser, at medarbejderne er ikke opmærksomme på denne problematik i praksis. Dette er opsigtsvækkende, når det ifølge nationale og internationale undersøgelser er medarbejderne i psykiatrien, der har den mest stigmatiserende adfærd overfor denne gruppe borgere. Den stigmatiserende adfærd kan have konsekvenser for borgerne, idet det har en indvirkning på mødet imellem borger og medarbejder. Dette vil senere kunne have betydning for en vellykket rehabilitering. Denne uvished omkring den stigmatiserende adfærd kan skyldes, at det ikke er et emne, der diskuteres på botilbuddet, samt at de forsøger at bevæge sig væk fra at have fokus på diagnosen.

Medarbejdernes oplevelse af, om diagnoserne hæmmer eller fremmer det sociale arbejde, er, at diagnoserne grundlæggende opleves som hæmmende for deres arbejde.

Litteraturliste

Artikler

- Jensen, K. Vendsborg, P. Hjorthøj, C. Nordentoft, M. (2015): *Attitudes towards people with depression and schizophrenia among social service workers in Denmark*. Nordic Journal of Psychiatry.
- Hocking, B. (2003): *Reducing mental illness stigma and discrimination — everybody's business*. Medical Journal of Australia.

Bøger

- Antoft, R., Jacobsen, M., Jørgensen, A. og Kristiansen, S. (2012): *Det kvalitative casestudien; introduktion til en forskningsstrategi Håndværk og horisonter - tradition og nytænkning i kvalitativ metode*. Syddansk Universitetsforlag.
- Brandt, Preben (2004): *Socialpsykiatri – psykiatri på humanistisk grundlag*, Forlag: Munksgaard Danmark.
- Brinkmann, Svend (2010): *Det diagnosticerede liv – sygdom uden grænser*. Svend Brinkmann (red.). Forlaget Klim, Aarhus.
- Brinkman, S. og Petersen, A. (2015): *Diagnoser - perspektiver, kritik og diskussion*, (red.) Forlaget Klim, Aarhus.
- Christensen, A., Jørgensen, S., Olesen, S. og Rasmussen, T. (2015): *Viden og videnskabsteori i socialt arbejde*. Hans Reitzels forlag.
- Dean, Mitchell (1999): *Governmentality – Magt og styring i det moderne samfund*. New York: Sage.
- Ejrnæs, M., Monrad, M. (2013): *Teorier om sociale problemer. Socialt arbejde - teorier og perspektiver*. Guldager, J. og Skytte, M. (red.) København: Akademisk Forlag.
- Foucault, M. (1980): *Power/knowledge: Selected Interviews and Other Writings, 1972-1977*. Pantheon Books.
- Galvind Bo, Inger 2008: *At tænke socialpsykologisk*, 1. udgave, 1. oplag, Akademisk forlag
- Goffman, E. (2009): *Stigma – om afvigerens sociale indentitet*. 2. udg. København: Gyldendal.

- Goffman, E. (1961): *Anstalt og menneske – den totale institution socialt set*. Specialtrykkeriet Viborg.
- Goffman, E. (1963): *Stigma*. 1. udg. London: Penguin.
- Jacobsen, M.H., & Kristiansen, S. (2013): *Sundhed og sociale netværk*. I G. Niklasson (Red.), *Sundhed, menneske og samfund*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Järvinen, M. og Mik-Meyer, N., red. (2012): *At skabe en professionel – Ansvar og autonomi i velfærdsstaten*. Hans Reitzels Forlag.
- Järvinen, Margaretha, Mik-Meyer, Nanna (2003): *At skabe en klient – institutionelle identiteter i socialt arbejde*. 1. udgave. 5 oplag. Hans Reitzels Forlag 2003.
- Järvinen, M., Larsen, Jørgen Elm, Mortensen, Niels(red.) (2003): *Det magtfulde møde mellem system og klient*, 1. udgave, 3. oplag, Aarhus Universitetsforlag
- Jørgensen, A. (2008): *At forstå det sociale*. I Jacobsen, M., H. og Pringle, K. København: Akademisk Forlag.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009): *Interview: En introduktion til et håndværk*. 2. udg. Hans Reitzels Forlag.
- Lund, H., Juhl, C., Andreasen, J. og Møller, A.M. (2014): *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning - Redskaber til evidensbaseret praksis*. Munksgaard.
- Rose, Nikolas, Valverde, Mariana (1998): *Governed by Law? Social and Legal Studies*.
- Jørgensen, C. (2012) *Danmark på briksen*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Thagaard T. (2004): *Systematik og indlevelse*. Akademisk Forlag.
- Vendsborg, P., Blinkenberg, S., Kistrup, K., Lindhardt, A., Nordentoft, M. (2011): *Dømt på forhånd - om stigmatisering af mennesker med psykisk sygdom*. 1. udgave. Psykiatriens Forlag.
- 6 P og Bellamy C (2012) *Principles of Methodology: Research Design in Social Science*. SAGE Publications Ltd.

Hjemmesider

- WHO. *ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*. Fundet 14.02.18 kl.13.00.
<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/V>
- Bedre Psykiatri (2018): *Det sociale område*.
<http://www.bedrepsykiatri.dk/vidensbank/det-sociale-omraade/>
Fundet 13.02.18, kl. 10.28.
- Bedre Psykiatri (2012): *Recovery*.
<http://www.bedrepsykiatri.dk/vidensbank/recovery/om-recovery.aspx>
Fundet d.01.05.18, kl. 12.24.
- Sundhedsstyrelsen (2015): *Psykiatri og mental sundhed*. Fundet 14.02.18 kl. 9.18. <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/folkesygdomme/psykiatri>
- Sundhedsstyrelsen (2012): *Forebyggelsespakken - mental sundhed*, 2. oplag, Rosendahls-Schultz Grafisk. Fundet 14.02.18, kl. 12.17.
https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2013/~/_media/D986EF821E864D089B70BADDF4F7FFB8.ashx.
- Skriver, K. (2016): *Skrud ned diagnoseforskrækkelsen*
<https://www.information.dk/debat/2016/08/skrud-diagnoseforskraekkelsen>
Fundet d.18.05.18, kl. 9.38.
- Bundesen, B.W. (2012): *En psykiatrisk diagnose – at stille en diagnose – skulle det nu være så svært?*
<https://www.information.dk/debat/2012/07/psykiatrisk-diagnose>
Fundet d.20.05.18, kl. 10.50.

Rapporter

- Regeringen m.fl. (2014): *Aftale om satspuljen for perioden 2015-2018 til psykiatrien*. Fundet 14.02.18 kl. 15.00.
http://sum.dk/Puljer/~/_media/Filer%20-%20dokumenter/Psykiatri_satspuljeaftale_juni_2014/Psykiatriaftale_juni_2014.ashx

- Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI) og Dansk Sundhedsinstitut (DSI) (2010): *Stigma og psykiske lidelser*. Fundet 14.02.18 kl.13.30.
http://www.en-af-os.dk/sitecore/shell/Controls/Rich%20Text%20Editor/~/_media/Files/Undersogelsesresultater/Stigma%20og%20psykiske%20lidelser.ashx.
- Det Ethiske Råd (2016): *Kan diagnoser bruges på en bedre måde*.

Lovgivning

- Bekendtgørelse af lov om social service. LBK nr. 1270 af 24.02.18

Tidsskrifter

- Ringø, P. (2016): *Skidt med årsagen, når bare vi er pålidelige - Psykiatriske diagnoser historiske indhold, udvikling og funktion*.
- Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund, nr. 25, 57-72.

Bilag 1

Samtykkeerklæring

Dato for interview: _____

Jeg bekræfter hermed at være informeret mundtligt og skriftligt om, at interviewet foretages i forbindelse med et specialeprojekt på kandidatuddannelsen i Social Arbejde. Projektet ønsker at undersøge hvordan diagnoser hæmmer og fremmer det sociale arbejde i socialpsykiatrien med mennesker, der lider af en psykisk lidelse.

Jeg giver tilladelse til, at mine oplysninger må anvendes i projektet under nedenstående betingelser:

- Jeg bekræfter, at jeg frivilligt har indvilliget i at deltage i interviewet.
- Jeg er indforstået med, at interviewet bliver optaget på en diktafon/mobiltelefon og er indforstået med, at den studerende har tavshedspligt, så alle personlige oplysninger og data vil blive anonymiseret, behandlet fortroligt og destrueret efter brug. Interviewet vil blive transskriberet, så det efterfølgende kan bruges til en analyse.
- Jeg giver tilladelse til, at interviewet må anvendes i projektet, og at resultaterne må offentliggøres.
- Jeg har frivilligt deltaget i interviewet og kan til enhver tid uden begrundelse trække mit samtykke tilbage og forlade interviewet, hvis jeg ikke ønsker at deltage alligevel. Alle informationer vil derefter blive destrueret.

Jeg giver hermed mit samtykke deltagelse i interviewet på ovenstående betingelser:

Informantens underskrift

Den studerende sørger for, at samtykkeerklæringen overholdes:

Michelle Futtrup Sejrup

Bilag 2

Interviewguide

Informationer om specialet og underskrivelse af samtykkeerklæring

Inden vi går i gang med interviewet, fortæller jeg om formålet med specialet og min baggrund. Selvom de har modtaget en mail med disse oplysninger, opsummerer jeg det lige en gang til.

- Jeg er en studerende fra Aalborg Universitet, der læser kandidat i socialt arbejde og er nu gang med specialet osv.

I samtykkeerklæringen står, at alle informationer anonymiseres, at det er frivilligt at deltage, og at de til en hver tid kan forlade interviewet.

Spørgsmål er opstillet ud fra teori

Tema	Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål
Informationer om informanter	Professionerne	<u>Information om informanterne</u> • Hvad er din profession? • Hvor længe har du været ansat i socialpsykiatrien? • Hvor længe har du være ansat her på stedet?
Definitioner	Definition på diagnoserne	<u>Definition af diagnoser</u> • Hvordan vil du definerer ordet diagnose? ○ Hvad betyder diagnoser for dig?
Anvendelsen af diagnoser i hverdagen	Hvordan diagnoserne opleves af medarbejderne at benyttes i det sociale arbejde	<u>Brugen af diagnoser i hverdagen</u> • Hvordan bruger du diagnosen i hverdagen i dit arbejde? • Har diagnosen betydning for, hvordan du udfører dit arbejde over for en bestemt
Institutionelle identiteter af Mik-Meyer	Professionelle og institutionelle identiteter	

Stigma af Goffman	Stigmatiseringstendenser på botilbuddet – hvordan opleves stigmatisering af medarbejderne?	beboer? Hvis ja, hvordan? • Har du nogle bestemte forventninger, inden du skal ind til en beboer, når du ved, hvilken diagnose han/hun har? ○ Hvordan påvirker det dig at kende beboerens diagnose? (hvis det påvirker dig) • Er det vigtigt for dig at kende til beboerens diagnose, inden du går ind til en beboer? • Når I får en ny beboer kender I altid til diagnosen? - Tror du det har betydning for hvordan I er overfor beboeren? - Er det negativt eller positiv at kende til den synes du? • Har dit syn på diagnoser forandret sig gennem dit arbejdsliv? Hvordan? • Vil du betegne diagnoser som et godt arbejdsredskab i din hverdag? Hvordan? • Oplever du at diagnoser hæmmer eller fremmer dit arbejde i praksis?
-------------------	--	--

Stigma af Goffman	Stigmatiseringstendenser på botilbuddet – hvordan opleves stigmatisering af medarbejderne?	• Oplever du, at I blandt medarbejderne bruger diagnoserne forskelligt? Hvis ja – hvordan? • Hvordan kan du mærke, at diagnosen har indflydelse eller påvirker beboeren? • Hvordan oplever du, at diagnosen fylder i socialpsykiatrien? • Har du nogensinde oplevet, at diagnosen bruges overskyggende ift beboeren? Hvordan? • Har det øgede fokus på diagnoser i vores samfund betydning for dit arbejde? - Har det haft indflydelse på dit syn på diagnoser? • Hvordan ser du beboernes muligheder i fremtiden for at komme sig og blive ”raske”? • Oplever du, at beboerne ”bliver” deres diagnose, når de kommer her på botilbuddet? • Har du oplevet, at nogle beboere har følt sig stigmatiserede i forhold til medarbejdere eller i forhold til samfundet?
--------------------------	---	---

Organisations og samfundsniveau		<u>Organisation</u> • Hvordan bruger I diagnosen på selve stedet? Har I en holdning til dem? • Bruger I risikovurderinger her på stedet?
------------------------------------	--	--