



## **AALBORG UNIVERSITET**

**Titel:** "Psykiatriarbejderes menneskesyn på patienter, med særligt fokus på de psykoiseramte borgere"

**Semester:** 4. semester

**Semester tema:** Kandidatspeciale

**Afleveringsdato:** 15. februar 2022

**ECTS:** 30 ECTS

**Vejleder:** Andreas Møller Jørgensen

Benedikte Viktoria Nymark Gurdon

Antal anslag: 162.291 anslag inkl. mellemrum

Antal bilag: 3 bilag

**PSYKIATRIARBEJDERES MENNESKESYN PÅ  
PATIENTER - MED SÆRLIGT FOKUS PÅ DE  
PSYKOSERAMTE BORGERE.**

**BRINKMANNS TEORI OM DIAGNOSESAMFUNDET  
FOUCAULTS TEORI OM MAGTFORHOLD**

**GOFFMANS TEORI OM INSTITUTIONALISERING  
SAMT ROLLEFORDELINGER OG -FORVENTNINGER  
KONKURRENCESTATENS PRODUKTIVITETSKRAV**

**TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE PSYKIATRIARBEJDERE  
OG SOCIALARBEJDERE IMELLEM**

**Gruppenummer:** 24

**Fulde navn:** Benedikte Viktoria Nymark Gurdon

**Studienummer:** 20145159

**4. Semester:** Kandidat i Socialt Arbejde

**Titel på projekt:** Psykiatriarbejderes menneskesyn på patienter, med særligt fokus på de psykoseramte borgere

**Vejleder:** Andreas Møller Jørgensen

## Abstract

In this master's thesis the human view within the field of psychiatry is analyzed and discussed. This by incorporating relevant theoretical as well as empirical knowledge within the field. The purpose is also to analyze and discuss how human vision in the field of psychiatry can be improved. This with knowledge from the field of social work.

From the problem area of this thesis, which is mainly based on personal experiences within the field of psychiatry, it is made clear that statements indicate that the human view within the field of psychiatry needs a loving hand.

The main point from the problem field is that the field of psychiatry needs a completely new view of people. It is questionable where within the psychiatric field's human view that man is seen. The good view of people is within the field of psychiatry, but the framework for living it is not there.

According to a specialist in the field of psychiatry, there is a lack of interdisciplinarity and an increased focus on the bio-psycho-social model is missing in meeting with patients.

The problem field culminates in the following problem formulation, which is to be answered through this thesis: "What human views do psychiatric workers apply to citizens affected by psychosis, in outpatient clinics, and how can knowledge within the field of social work contribute to a renewed and healthy view of human beings within the field of psychiatry in the future?"

To answer this problem formulation, both theory and empirics are included in the project. To elaborate on this, it must be said that the master's thesis is based on a theoretical preconception that we live in a diagnostic society today. The preconception is also that use is made of force against the citizens - or the patients. This is because power is part of the result of the institutional framework. There is also a preconception of role distribution and role expectations. In addition, patients can be expected to take on a specific role, while psychiatric workers can be expected to take on a different role.

In other words, the following theorists with their theories are presented in the theory section with the aim of forming the basis for a theoretical pre-understanding and interpretive framework through the project analysis: Brinkmann, and the diagnostic society, Foucault, and power relations, as well as Goffman, and partly institutionalization as well as role distributions and role expectations.

The theoretical preconception is supplemented by empirically based material in the form of interviews with two psychiatric workers. The interviews together with the theory form the basis for an in-depth analysis and discussion of the human view within the framework of the psychiatric field.

In addition to an analysis of the psychiatric workers' views of people on psychosis-affected citizens, it is also analyzed how the field of social work can contribute to a renewed and healthy view of people within psychiatry. Relevant material from the book *Menneskesyn i Socialt Arbejde – Om udviklingen af det productive menneske* (In English: *Human vision in Social Work – About the development of the productive human being*) is included here, which appears as the last part of the analysis. The book was published in 2018, and written by Mia Arp Fallov, Maria Appel Nissen, and Pia Ringø. Material from the book also helps to form the basis for the discussion that follows the analysis.

The last part of the analysis presents the importance of interdisciplinary collaboration. Interdisciplinary collaboration between psychiatric workers and social workers can help to form a healthier view of people in psychosis-affected citizens. Psychiatry workers should have greater knowledge of the productivity requirement of society. This is a field social workers know a lot about. Increased knowledge of the societal norm and the consequences of the competitive state can help with a strengthened view of people on psychosis-stricken citizens.

In this master thesis' discussion and conclusion, the focus is on research results as well as returning to answering the problem formulation.

# Indhold

Abstract .....	3
Indledning.....	7
Problemfelt.....	9
Patienten som syndebuk .....	9
Det glemte menneske .....	12
Et sygdomsorienteret menneskesyn .....	14
Opsummering af ovennævnte indhentede informationer.....	15
Afgrænsningsargument .....	16
Problemformulering .....	18
Udfoldelse af undersøgelsesfelt .....	18
Psykoseramte borgere i dagens Danmark.....	18
Psykoseramtes møde med psykiatrien i Region Nordjylland .....	19
Præsentation af de to ambulatorier.....	20
Hermeneutikken som videnskabsteoretisk metode .....	22
Forforståelse for feltet .....	23
Kvalitativ metode .....	25
Fortolkning af interviews.....	26
Pseudonymisering af interviews.....	27
Analysestrategisk metode .....	28
Før analysen .....	29
Interviewguide.....	29
Udfærdigelse af interviewene .....	29
Analyseprocessen.....	30
Transskription og meningsfortolkning.....	30
Strukturering af analysen .....	31
Teoretiske rammer .....	32
Brinkmann om diagnosesamfundet .....	32
Diagnosesamfund og menneskesyn .....	35
Foucault om magtudøvelse og menneskesyn, psykiatriens rødder .....	36
Foucaults magtbegreb som teoretisk perspektiv.....	38
Magtudøvelse og menneskesyn i dag .....	39
Goffman om institutionalisering .....	40
Goffman om totalinstitutioner samt optræden i roller.....	41

Institutionalisering og menneskesyn .....	43
Analyse .....	44
Analyseafsnit 1: Forståelsen af begrebet menneskesyn .....	45
Menneskesyn som anskuelsesvinkel og idealværdierne "ITOP" som grundværdier til psykiatriens menneskesyn .....	45
ITOP-værdigrundlaget som grundlag for psykiatriens menneskesyn .....	46
Teoretisk fortolkning af begrebet menneskesyn.....	48
Delkonklusion .....	50
Analyseafsnit 2: En stigning i antallet af diagnoser .....	51
Flere diagnoser, flere patienter og flere ansatte samt fordele og ulemper i denne forbindelse .....	51
Statistisk materiale bakker op om informanternes udtalelser om en stigning i antallet af diagnoser ...	52
Teoretisk fortolkning af stigningen i antallet af diagnoser.....	55
Delkonklusion .....	56
Analyseafsnit 3: Hvorfor i det hele taget gøre brug af diagnoser? .....	57
Diagnosticering som arbejdsredskab og patientgruppeopdeling .....	57
Teoretisk fortolkning af, hvorfor der diagnosticeres indenfor psykiatrifeltet .....	58
Delkonklusion .....	59
Analyseafsnit 4: Konsultation af ikke-diagnosticerede borgere overfor ny-diagnosticerede borgere .....	59
Regler for adfærd og ophold overfor forståelse for krisetilstand eller lettelse .....	60
Teoretisk fortolkning af konsultationen af ikke-diagnosticerede borgere overfor ny-diagnosticerede borgere .....	61
Delkonklusion .....	62
Analyseafsnit 5: Det sociale arbejdes felts input til et styrket menneskesyn indenfor psykiatrifeltets rammer .....	63
Delkonklusion .....	66
Diskussion .....	66
Resultater tilhørende problemformuleringens første del.....	67
Resultater tilhørende problemformuleringens sidste del.....	69
Konklusion .....	69
Litteraturliste .....	71
Bilag .....	74
Bilag 1: Læringsportfolio.....	74
Bilag 2: Interviewguide .....	74
Bilag 3: Transskription af interviews .....	74

## Indledning

*Følgende indledning fungerer som introduktion til denne kandidatafhandling. Menneskesynet indenfor psykiatrifeltet er i fokus i dette speciale. Det er præget af produktivitetskravet og et økonomiblik, men der er en forandring i gang, hvor anerkendelse og ligeværdighed patient og psykiatriarbejder imellem kommer til at udfolde sig. Alle skal starte et sted. Måske det at dykke ned på mikroniveau og analysere feltet med afsæt i to ambulatorier i Region Nordjylland, kan være startskuddet til en generel forvandling indenfor menneskesynet i psykiatrien i Danmark.*

Følgende kandidatafhandling omhandler psykiatriarbejderes menneskesyn på psykoseramte borgere. Specialet tager hovedsageligt afsæt i et teoretisk grundlag i form af Brinkmanns teori om diagnosesamfundet, Foucaults magtbegreb samt Goffmans teori om institutionalisering og rollefordelinger og -forventninger. Dette fremgår dels af det teoretiske rammeafsnit, men er også tydeligt igennem den empirisk funderede analyse, der følger efter præsentationen af teorierne.

I specialet indgår interviews af psykiatriarbejdere, og resultaterne af disse interviews bruges som empirisk materiale til en dybdegående analyse indenfor feltet. I denne forbindelse deltager psykiatriarbejdere fra to ambulatorier, der hører under Psykiatrien i Region Nordjylland.

I denne indledning fås et første øjekast på menneskesynet indenfor psykiatrien i Danmark. Der er noget, der er råddent i menneskesynet indenfor psykiatrifeltet i dag. Menneskesynet bærer præg af umenneskelige vilkår. Menneskesynet er ikke blomstrende, men der gror en ny spire frem. Menneskene har nemlig selv fået nok af menneskesynet. Flere psykiatriarbejdere og patienter er opmærksomme på at et særligt syn på mennesker indenfor psykiatrifeltet under givne omstændigheder kan lede til manipulation og kynisme. Det er menneskesynet i denne forbindelse, menneskene har fået nok af. Men en ny spire gror frem. Et foranderligt menneskesyn. Et menneskesyn, der bygger mere på fællesskab og sammenhold. Et sundt menneskesyn, der bærer præg af ligeværdighed og barmhjertighed. Dette argumenteres der for i de af problemfeltets udvalgte debatindlæg. Der er så at sige "*en stille revolution i gang*" (Stiften.dk, 2017).

Denne revolution, eller dette menneskesyn, om man så må sige, bærer præg af et paradigmeskift. Fra at psykiatriarbejderne ikke har tid nok til den enkelte borger og pengene udelukkende går til medicinering af borgerne, til at der skabes en gensidig anerkendende relation psykiatriarbejder,

patient og samarbejdspartnere imellem. Det værdige menneske slår nye rødder, for mennesket er værdigt, og patienten bør derfor mødes med ligeværdighed fra psykiatriarbejderens side.

Produktivitetskravet og økonomiblikket bør ikke overtrumfe det sunde menneskesyn indenfor psykiatrifeltet. Menneskesynet skal blomstre på ny, og det gøres ved at menneskene finder sammen, som en hær, der kæmper på samme side. Der skal ikke længere være en kløft imellem psykiatriarbejderne og patienterne. For er alle ikke blot borgere? Såvel psykiatriarbejdere, som patienter? Borgerne – eller menneskene om man vil – vil mødes til en sidste kamp, om det sunde menneskesyns opblomstring, og håbet er, at al manipulation og kynisme forgår, mens et menneskesyn præget af ligeværdighed, tillid og omsorg vil blomstre frem, hvor det ikke allerede er at se i dag.

Det er vigtigt at pointere, at menneskesynet ikke i alle sammenhænge ses som ledende til manipulation og kynisme, alligevel er disse begreber, der fremgår som en del af psykiatriarbejdernes fremgangsmåde i visse situationer, trods det ikke ses som værende absolutte udgangspunkter indenfor alle psykiatriarbejders arbejdsfremgangsmåder. Manipulation og kynisme er begreber, som tidligere omsorgsmedarbejder fra Psykiatrien, Dennis Larsen, udtaler i sin kronik hos Dagbladet Information fra 2016. Blandt andet kognitiv terapi, ses her som værende ren manipulation af patienternes tanker (Information.dk, 2016). For mere herom, henvises til problemfeltets første afsnit ”*Patienten som syndebuk*”.

Alle kan vi starte et sted. Derfor dykkes i dette projekt ned i to enkelte instanser indenfor psykiatrifeltet, nemlig to danske ambulatorier, hvorved der arbejdes med patienter, der har diagnosen skizofreni eller andre psykosesygdomme. Herfra interviewes i projektet, som før nævnt, psykiatriarbejdere. Holder psykiatriarbejderne nøglen i hånden til et nyt opblomstrende menneskesyn? Er spiren på vej op af jorden, og hvilken indflydelse har det sociale arbejdes felts menneskesynsgrundlag på dette? Det er spørgsmålet, som vi forhåbentligt får svaret på igennem denne kandidatafhandling.



## Problemfelt

*I følgende afsnit præsenteres problematikker indenfor psykiatriens menneskesyn. Dette set fra nuværende eller tidligere ansatte indenfor psykiatriens side. Ifølge disse individer ser psykiatrien op til "det gode menneskesyn", men kan siges ikke at have rammerne for at leve op til et sundt menneskesyn i praksis. Behandlingssystemet stigmatiserer, og psykiatrien skriger efter at få et helt nyt menneskesyn. Væsentligt er det her at pointere, at udtalelserne beror på personlige erfaringer og ikke på videnskabelige belæg. Dog findes det interessant, at flere arbejdere indenfor psykiatrifeltet udtaler sig igennem medierne med samme synsvinkel: at menneskesynet trænger til en kærlig hånd.*

## Patienten som syndebuk

*Først dykkes ned i en kronik fra 2016 kaldet "Psykiatrien skriger på et nyt menneskesyn". Kronikken er trykt i Dagbladet Information. Kronikkens hovedpointe er, at psykiatrifeltet trænger til et helt nyt menneskesyn. Kronikken er et debatindlæg, der som udgangspunkt repræsenterer skribentens egne synspunkter.*

Dennis Larsen, som skribenten hedder, har en baggrund indenfor filosofifeltet, idet han arbejder som filosofiblogger hos Videnskab.dk, samt psykiatrifeltet, da han tilmed har arbejdet som omsorgsmedarbejder i psykiatrien. Indledningsvist skal nævnes, at synspunkterne er meget filosofisk funderet, og åbner op for en bred vifte af problemstillinger indenfor det psykiatriske felt (Information.dk, 2016).

Dennis Larsen forholder sig i sin kronik meget kritisk til psykiateres syn på psykiske lidelser, som ses som værende hjernefejl, mens midlet herimod er medicin. Her fremstilles psykiaterens menneskesyn som værende stigmatiserende, idet der slås ned på, at mennesket ikke ses som værende almindeligt med en dårlig evne til at klare virkeligheden. Mennesket er sygt. Det er ikke naturligt eller normalt. Men sygt; unaturligt og unormalt (Ibid.).

Ud fra kronikken kan argumenteres for, at patienterne stemples og stigmatiseres af psykiatere, samt at patienterne direkte bliver gjort til syndebukke for egne lidelser, der kan siges at kunne skyldes ufatteligt mange udefrakommende stimuli, og ikke alene hjernefejl. Patienten ses som værende syndebuk for egne lidelser i og med, at hjernefejlen ses som værende en fejl, der opstår inde i patienten selv, og derved ikke kan skyldes andre mennesker. For hvordan påfører man et andet menneske en hjernefejl? Alene ved hjernefejl opstået i fostertilstanden, kan man stille spørgsmålstejn ved, om det i virkeligheden er moderen, der er syndebukken, og ikke patienten selv. Her kan det muligvis skyldes,

at moderen har taget stoffer eller været på meget stærk medicin såsom morfin i en længere periode. Men ved hjernefejl er det svært at argumentere for, at udefrakommende stimuli skulle være årsag til den psykiske lidelse.

Med et andet perspektiv herpå kan siges, at hjernefejl ikke skyldes patienten selv, idet man ikke kan påføre sig selv en hjernefejl, og patienten kan ikke gøres til syndebuk, ud fra denne synsvinkel. På den anden side kan mange andre omstændigheder, såsom stressfaktorer og traumer lede til psykiske lidelser, og i tilfælde af, at man anskuer området fra psykiateres synsvinkel og er af den overbevisning, at psykiske lidelser skyldes hjernefejl, kan man også stille spørgsmålstejn ved, hvorvidt det er en psykisk lidelse, hvis det er i ”den fysiske hjerne”, der er opstået en fejl.

Yderligere gøres klart i kronikken, at der er manglende omsorg og moralske overvejelser indenfor psykiatrifeltet. Kognitiv terapi bliver for eksempel, som før nævnt, beskrevet som værende ”*nyliberal tankemanipulation*” (Information.dk, 2016), og der slås ned på udtalelsen fra psykiatrien, at der ikke er nok ressourcer til at yde tilstrækkelig omsorg, mens der på den anden side er meget dyre medicineringsformer (Ibid.).

Samtidig er det ikke velset at drage åbenlys omsorg for en patient indenfor psykiatrifeltet ved for eksempel at en psykiatriarbejder giver et kram til en patient. De to parter er ikke ligeværdige, idet patienten er syg, mens psykiatriarbejderen fremstår som værende sund i sammenligningsforholdet til patienten. Åbenlys omsorg som erstatning for medicinering udelukkes (Ibid.).

Dog kan man anskue dette fra en anden vinkel i og med, at omsorg kan siges direkte at hvile på asymmetrien imellem omsorgspersonen og personen, der modtager omsorg. Med andre ord, er der et asymmetrisk forhold imellem *care-provider* og *care-recipient* – altså et ulige forhold mellem omsorgsgiver og omsorgsmodtager – hvorfor det kan siges at være ganske naturligt, at der ikke er et ligeværdigt forhold imellem en psykiatriarbejder og en patient. Det behøver ikke være sygdommen, der skaber denne asymmetri. Nej, asymmetrien er der i forvejen, fordi den ene giver, og den anden modtager omsorgen. Dette i al fald ifølge professor i statsvidenskab Joan C. Tronto, hvis bog ”*Caring Democracy: Markets, Equality, and Justice*”, der her refereres til (Tronto, 2013).

Eneste lyspunkt indenfor psykiatrifeltet, der præsenteres i kronikken er, at psykiske lidelser ikke altid varer ved. De er ikke kroniske altid. De kan overvindes. Nogen patienter bliver helt helbredt for deres psykiske lidelser (Videnskab.dk, 2016). Kunne det tænkes dette gør sig gældende for de patienter, hvor menneskesynet er mindst stigmatiserende samt hvor psykiatriarbejderen møder patienten som

ligeværdigt individ, eller spiller menneskesynet ingen rolle i forhold til overvindelse af patienters psykiske lidelser? I al fald kan siges, at stigmatisering af patienter kan skabe yderligere psykisk sårbarhed hos den enkelte patient, end der var der i forvejen.

Til trods for, at psykiske lidelser ikke ses som værende kroniske altid indenfor psykiatrifeltet, mener Dennis Larsen, at psykiatriarbejdere har en sort-hvid-tankegang, og han stiller følgende åbne spørgsmål:

*”Hvordan ønsker vi at leve og opføre os over for hinanden?”* (Information.dk, 2016).

Her kan opmærksomhed fra psykiatriarbejdere rettet mod patienternes velbefindende, og også omsorgen fra psykiatriarbejdere, siges at spille en væsentlig rolle. Men omsorg kan siges at være et vidt begreb. Omsorg kan for nogle betyde, at den anden person virker forstående i sin respons til vedkommende, det kan være et håndtryk, det kan være et smil eller et bekymrende ansigtsudtryk, hvis der tales om noget svært. Ja, omsorg er mange ting. Manglende omsorg indenfor psykiatrien kan derimod muligvis skyldes et forvrænget menneskesyn, der direkte stigmatiserer patienterne, som værende syge, frem for almindelige med reaktioner på virkelighedens tragedier. Er det ikke naturligt at reagerer psykisk på al den had og ondskab, der udspiller sig i verden i dag? Hvem siger psykiateren har ret i, at der altid er tale om hjernefejl, men ikke naturlige reaktionsmønstre på en umenneskelig virkelighed, der udspiller sig lige for øjnene af den enkelte patient?

Det kan med andre ord ses som værende manglende omsorg, hvis ikke psykiatriarbejderne forsøger at forholde sig til patienternes egne synsvinkler på, hvorfor de er blevet syge, hvad der kan forebygge en forværring og hvad der kan forbedre deres livsvilkår. En manglende kommunikation kan altså skabe tvivl og skuffelse, som gør, at omsorgen misforstås og føles forsømt. Dog kan siges, at der altid vil være en vis ulighed, psykiatriarbejder og patient imellem, og dette udelukker ikke omsorg i sig selv. Omsorg kan sagtens være til stede, selvom den ene part er omsorgsgiver, og den anden er omsorgsmodtager, og de to derved ikke har samme position. Og det er vel faktisk netop de to forskelligheder, der gør det muligt, at skelne mellem, hvem der bør udvise særlig omsorg, og hvem der bør modtage denne omsorg (Tronto, 2013).

Menneskesynet indenfor psykiatrifeltet kan derimod siges at bære præg af, at der er en ulighed mellem psykiatriarbejderen og patienten. Dette med afsæt i synspunkterne fremstillet i ovenstående problemfeltafsnit. Kan man se et menneske ud fra den rette synsvinkel, hvis ikke man fuldt ud sætter sig i den andens sted? Er det stemplende at omtale den pågældende patient, som værende syg og ikke

blot belastet eller lidende? I så fald trænger menneskesynet til et mere medmenneskeligt input, der ikke bærer præg af behandlingssystemets stigmatisering.

### Det glemte menneske

*Et debatindlæg fra Århus Stiftstidende kaldet "Samfund, sundhed og psykiatri – hvor bliver mennesket af?" fra 2017 stiller spørgsmålstegn ved, hvor indenfor psykiatrifeltets menneskesyn mennesket egentligt ses. Er det alene samfundet og sundheden, der er i fokus – glemmes mennesket?*

I dette debatindlæg kommer Mikkel Rasmussen, der er speciallæge indenfor psykiatrifeltet med sine synspunkter indenfor feltet. Af indlægget fremgår, at der er et behov for et paradigmeskift indenfor psykiatriområdet. Et sådant paradigmeskift kan hænge sammen med skabelsen af et helt nyt menneskesyn. Indenfor psykiatrifeltet i dag er samfundet og sundheden i centrum, men i midten står det glemte menneske (Stiften.dk, 2017).

Mikkel Rasmussen argumenterer for, at der er så meget fokus på produktivitet og økonomi, at selve fagligheden er ude af spil. Psykiatriarbejdere kommer til at fremstå ondskabsfulde udadtil, fordi de er underlagt systemets tankegang om produktivitet og økonomi, og er dette ikke tilfældet, så skyldes det, at den enkelte psykiatriarbejder selv rammes af for eksempel stress, og derved selv får brug for hjælp fra systemet (Ibid.).

Meget interessant er det, at der i dette debatindlæg nævnes en lyskilde indenfor feltet, ligesom i kronikken ovenfor. Lyskilden her handler dog ikke om, at psykiske lidelser ikke nødvendigvis er kroniske og kan overvindes, men om at der *"er en stille revolution i gang"* (Stiften.dk, 2017). Denne revolution kommer ikke ovenfra, fra for eksempel politikerne, men nedenfra de underliggende psykiatriarbejdere, som siges at have *"fået nok"* (Stiften.dk, 2017)

*"Ingen – hverken inden for sundhedsvæsenet eller udenfor – ønsker mere kontrol og mistillid"* (Stiften.dk, 2017).

Den omtalte kontrol og mistillid kan hænge sammen med et menneskesyn, hvor, som før nævnt, alt gøres op i produktivitet og økonomi. Mennesket glemmes. Det tabes på gulvet, fordi alt drejer sig om en økonomisk tankegang. Er der penge nok til at hjælpe patienten, foruden at bruge penge på at "dope" patienten med psykofarmaka? Nej, det ser det ikke ud til, at der er. Patienterne skal hurtigst muligt rasmeldes igen og i gang med en normal hverdag for at kunne leve op til produktivitetskravet. På den anden side sidder psykiatriarbejderen, der samtidig selv skal være så produktiv som muligt og

derfor glemmer at være tilstrækkeligt nærværende i samtale med patienten, fordi denne hurtigst muligt skal videre til næste patient (Ibid.).

Alligevel fortæller Mikkel Rasmussen at *"alle har fået nok"* (Stiften.dk, 2017). Der er med andre ord et gensidigt ønske indenfor psykiatrifeltet om, at det værdige menneske skal mere i fokus, for mennesket er værdigt. Til trods for, at det er ramt af psykisk sygdom, så er mennesket værdigt og bør hjælpes. Men når hjælpen kommer til at fremstå som kynisme og ren magtudøvelse frem for et ligeværdigt møde behandler og patient imellem, er der noget galt med menneskesynet indenfor psykiatrifeltet (Ibid.).

En af problematikkerne indenfor menneskesynet, som det fremstilles af debatindlægget, er at medicin – som det også ses i kronikken *"Psykiatrien skriger på et nyt menneskesyn"* – er løsningen på alt. Medicin kan være nødvendigt, men kan ikke nødvendigvis stå alene som løsning på psykiske lidelser. Det kan fjerne symptomer, men det fjerner ikke nødvendigvis årsagen til, at mennesket lider. Netop derfor er også kognitiv terapi vigtigt indenfor psykiatrifeltet. Men denne terapi bærer, ifølge kronikken *"Psykiatrien skriger på et nyt menneskesyn"*, præg af direkte manipulation, hvilket ikke kan siges at være en medmenneskelig tilgang til patienten. Løsningen skal måske findes i menneskesynet? (Ibid.).

Hvis psykiatriarbejderens intention er at møde patienten som et ligeværdigt menneske, må dette også kunne ses igennem handling. Det kan være svært, når psykiatriarbejderen er underlagt et paradigme, der bygger på et fokus rettet mod produktivitet og økonomi. Det kan også være svært, idet psykiateren rent hierarkisk er over patienten. Psykiateren befinder sig i en magtposition og uden fysisk omsorg og ligeværdighed, kan denne nemt komme til at fremstå kynisk og følelseskold i patientens øjne. Men findes det gode menneskesyn i det hele taget indenfor psykiatrifeltet?

*"Det gode menneskesyn er der i psykiatrien, men rammerne for at efterleve det har ikke været til stede længe"* (Stiften.dk., 2017).

Mennesket ses ikke altid som værende unikt, med egne holdninger, tanker og følelser, som kan have betydning for dennes sygdoms- samt behandlingsforløb. Nej, det lidende menneske placeres i en kasse og skal behandles ud fra behandlerens menneskesyn og sygdomsviden. Der er ikke tid nok til at møde mennesket, hvor det er. Mennesker er ikke ens, så hvem siger, de har brug for samme behandlingsform? Kognitiv terapi og medicinering hjælper ikke nødvendigvis på alle patienter. Måske der skal andre metoder til. Et samvittighedsfuldt og barmhjertigt medmenneske, der blot lytter

og har tid, er måske den bedste medicinering for nogle patienter. Medmenneskelighed og ligeværdighed danner rammerne for et godt menneskesyn.

Mikkel Rasmussen foreslår, at der indenfor psykiatrifeltet skal være mere tværfaglighed i spil, end der er det i dag. Dette side om side med, at der skal vægtes en bio-psyko-social forståelse af psykiske lidelser. Men er tværfaglighed lig med mere tid til den enkelte patient og mere medmenneskelighed? (Stiften.dk, 2017) En påstand kan her være, at det også må være forvirrende for den enkelte patient at møde for mange ansigter indenfor behandlingssystemet, da denne så vil skulle genfortælle om sine lidelser gang på gang. Hvem siger det hjælper at kradse i såret og ikke lade det hele?

### Et sygdomsorienteret menneskesyn

*Findes svaret på et sundt menneskesyn indenfor psykiatrifeltet mon i den bio-psyko-sociale model? Eller er denne model blot led i problematikken omhandlende et menneskesyn, der bærer præg af manipulation og manglende hensyntagen til patienterne. Det vil der blive set nærmere på nu.*

Den bio-psyko-sociale model kan give et helhedsorienteret syn på et menneskes sygdomsudvikling. Modellen kan derved siges at danne grundlag for et sygdoms- og menneskesyn, som viser at mange forhold spiller ind på det enkelte individs liv, og præger vedkommendes modtagelighed overfor udviklingen af sygdom i enten en positiv eller negativ retning (Eplov, et. al., 2019, s. 29).

*”I dag ved vi, at de fleste sygdomme, herunder de psykiske sygdomme, påvirkes af en kombination af biologiske, psykologiske og sociale faktorer”* (Eplov, et. al., 2019, s. 29).

Den bio-psyko-sociale model kredser om såvel biologiske, som psykologiske og sociale forhold, som alle kan siges at have en betydning for, at den enkelte patient har udviklet en psykisk lidelse (Ibid.).

Der tales desuden om risikofaktorer indenfor hvert af de ovennævnte tre felter, som kan være (med)årsag til udviklingen af psykisk sygdom. På den anden side, er der også positive såvel biologiske, som psykologiske og sociale omstændigheder i et menneskes liv, som kan påvirke vedkommende til ikke at blive psykisk syg (Ibid.).

Det er væsentligt at pointere at både risikofaktorer samt forebyggende faktorer, både kan forekomme indenfor felterne arv og miljø. Det vil sige, at der kan være nogle forhold, der gør en mere disponibel for at modtage en psykisk lidelse, fordi ens forælder har én, mens det på den anden side kan være en fordel, at man i miljøet er påvirket positivt af andre faktorer, som også spiller ind (Ibid.).

Som det kan ses, kredser den bio-psyko-sociale model meget om et sygdomsorienteret syn. Det kan siges at være en model for sygdom og sundhed, men der kan stilles spørgsmålstejn ved, hvorvidt denne model i det hele taget kan bruges som menneskesyn indenfor psykiatrifeltet. Der er tale om en model, der er ufattelig optaget af selve sygdommen, men ikke optaget af mennesket bag sygdommen. I al fald alene, når det gælder at forstå at forskellige faktorer kan spille ind på udviklingen af psykisk sygdom i et menneskes liv.

Psykiatriarbejdere kan ud fra denne model få en forståelse for patientens psykiske sygdom, samt hvorfor denne er udviklet og hvad der eventuelt er positive aspekter i menneskets liv, som vil kunne forebygge tilbagefald og føre patienten i retning mod fuld helbredelse. Dog mangler denne model stadig et menneskesyn, idet den faktisk kan siges alene at skabe et helhedssyn på hele sygdommens udvikling, bagvedliggende faktorer og fremtidige muligheder. Der er fokus alene på at danne et helhedsperspektiv, dog ikke på at møde borgeren i øjenhøjde og have en bestemt anskuelsesvinkel i forhold til patienterne.

#### Opsummering af ovennævnte indhentede informationer

*Følgende afsnit fungerer som opsummeringsafsnit af de informationer, der er indhentet igennem dels kronikken "Psykiatrien skriger på et nyt menneskesyn", debatindlægget "Samfund, sundhed og psykiatri – hvor bliver mennesket af?" samt den bio-psyko-sociale model.*

Ud fra informationerne indhentet fra kronikken "Psykiatrien skriger på et nyt menneskesyn", samt debatindlægget "Samfund, sundhed og psykiatri – hvor bliver mennesket af?" kan man tydeligt se, at der er enighed om, at løsningen i dag i alt for høj grad er blevet at "dope" patienterne med medicin, frem for at sætte tilstrækkelig tid af til den enkelte patient i mødet med psykiatrien. Dog kan argumenteres for, at to artikelindlæg ikke er tilstrækkelige til at vise, at der er enighed. Men i al fald påpeges problematikker, som ikke er tilstrækkeligt undersøgt indenfor feltet. Der italesættes, med andre ord, hvad Dennis Larsen og Mikkel Rasmussen opfatter som et problem, men det er uafklarede problemstillinger.

Når patienten møder psykiatrien bruges, hvad kan betegnes som værende *tankemanipulation* (Information.dk, 2016), i form for kognitiv terapi, hvor man søger at hjernevaske patienten til at tænke i nye baner... Måske dette er at vaske hjernen mere ren end beskidt i nogle tilfælde, hvilket kan have en gavnlig effekt, dog omtales kognitiv terapi som behandlingsform ikke ligefremt pænt, når det omtales som værende den rene manipulation.

Er psykiatrien blevet for ensporet og selvsikker i sin viden indenfor feltet? Måske kognitiv terapi sammen med medicin for eksempel ikke altid kan siges at være den rigtige løsning på patientens psykiske lidelse(r), mens den bio-psyko-sociale model i virkeligheden ikke kan siges at være med til at danne et menneskesyn, men et helhedssyn indenfor feltet. Kunne det tænkes, at et nyt menneskesyn skulle i spil, for at nå frem til mere medmenneskelighed og ligeværdighed psykiatriarbejdere og patienter imellem? Måske dette vil kunne føre til et afstigmatisering af patienter, der stemples som værende hjerneskadede, men i virkeligheden blot reagerer naturligt på livets modgang. Det kan vel være mere unaturligt ikke at reagerer overhovedet?

### Afgrænsningsargument

*I følgende afsnit præsenteres dette projekts afgrænsningsargument. Dette projekt er som helhed afgrænset til at omhandle menneskesynet på en bestemt målgruppe af borgere indenfor psykiatrifeltet, de psykoseramte borgere. For mere herom henvises til afsnittet "Udfoldelse af undersøgelsesfelt".*

Menneskesynet ses som værende et meget udefinerbart begreb. I al fald kan siges, at der findes mange forskellige måder at definere begrebet *menneskesyn* på. Af bogen "Menneskesyn i Socialt Arbejde" fremgår følgende:

*"I vores studier og dialoger med socialarbejdere er det blevet tydeligt, at menneskesyn anskues som noget, der på den ene side er vigtigt at reflektere over, på den anden side er vanskeligt at konkretisere" (Nissen, et.al., 2018, s. 17).*

Indenfor både det sociale arbejdes felt og psykiatrifeltet arbejdes der med tæt kontakt til mennesker, og relationen, mennesker imellem, er derfor meget vigtig. Men hvordan dannes en god relation mellem to mennesker indenfor disse to arbejdsfelter? Et bud herpå lyder, at etiske refleksioner skal i spil fra, i dette tilfælde, psykiatriarbejderens position.

*"Måden, hvorpå den enkelte socialarbejder forholder sig til mødet med mennesker, anskues som vigtig. I socialt arbejdes faglitteratur bliver menneskesyn ofte knyttet til nødvendigheden af etisk refleksion over grundlæggende forståelser af, hvad mennesket og det gode liv er" (Nissen, et.al., 2018, s. 17).*

Et sundt menneskesyn kan altså have sit fundament i moralske og etiske overvejelser og forståelser for det enkelte menneske, samt hvorledes dette enkelte menneske bedst muligt hjælpes af i dette tilfælde psykiatriarbejderen til at opretholde eller skabe et velfungerende liv trods sygdom.



Ser vi bort fra konteksten, og ser mere grundlæggende på begrebet *menneskesyn*, kan siges følgende herom:

*”... menneskesyn relateres til, hvordan man bør se mennesket, og hvad der følgelig er godt at gøre”* (Nissen et.al., 2018, s. 17).

Med andre ord er menneskesynet netop, som begrebet ligger op til: at anskue og se mennesket fra en bestemt synsvinkel. Det menneskesyn, som der anvendes indenfor psykiatrifeltet, kan være præget af dels psykiatriarbejderens personlige holdninger, men dels også af arbejdspladsens værdigrundlag og etiske retningslinjer.

Det er bevidst, at der er udvalgt en ”tung” målgruppe i form af de psykoseramte borgere, idet min baggrundsviden for feltet går på, at mange frygter, at psykoseramte er farlige mennesker, hvorfor det er tanken at fordomme og forudantagelser om psykoseramte kan have betydning for, hvilket menneskesyn den enkelte psykiatriarbejder anvender. På den anden side skal siges, at psykiatriarbejdere, der er vant til at omgås psykoseramte, kan have et helt andet syn på denne målgruppe, end en medborger, som eksempelvis er nabo til en psykoseramt kan have.

Det er vigtigt at pointere at udvalgte interviewinformanter, omhandlende psykiatriarbejderen møde med psykoseramte i to bestemte ambulatorier, overordnet set siger mest om arbejdet netop indenfor disse enkelte områder af psykiatrifeltet, og derved ikke nødvendigvis siger så meget om psykiatrifeltet som helhed. Psykiatrifeltet er meget bredt, og det kan menneskesyn i socialt arbejde også være. For ikke at projektet skal fremstå som værende for bredt favnene er det afgrænset til at omhandle alene psykiatriarbejderen menneskesyn på psykoseramte, og der inddrages alene psykiatriarbejdere fra to ambulatorier i Region Nordjylland.

Med andre ord dykkes der ned i denne kontekst på mikroniveau, hvorfor dette projekt findes relevant i forhold til at rykke noget ved menneskesynet indenfor et snævert felt. Men tanken er, som det fremgår af indledningen, at man skal starte et sted, og dette projekt siger derfor ikke meget om makroniveauet på menneskesyn indenfor psykiatrifeltet.

Med afsæt i ovenstående skal siges, at menneskesynet findes relevant hovedsageligt idet, det er med til at strukturere et forhold mellem psykiatriarbejderen og borgeren/patienten (Nissen, et.al., 2018, s. 17).

## Problemformulering

Ovenstående problemfelt og afgrænsningsargument har resulteret i følgende problemformulering:

***Hvilke menneskesyn anlægger psykiatriarbejdere på psykoseramte borgere hos ambulatorier, og hvorledes kan viden indenfor det sociale arbejdes felt bidrage til et fornyet og sundt menneskesyn indenfor psykiatrifeltet fremadrettet?***

## Udfoldelse af undersøgelsesfelt

*I denne kandidatafhandling fokuseres på menneskesynet i praksis hos to ambulatorier, hvorved der arbejdes med psykoseramte borgere. I følgende afsnit vil denne målgruppe og instanserne blive nærmere præsenteret, og feltet afgrænses til udelukkende at omhandle dette område. Det er tanken hermed at et sundt menneskesyn skal spire frem nedenfra. Det er nemlig både psykiatriarbejderne og patienterne, der har fået nok af et upopulært og råddent menneskesyn, der kun bygger på manglende tid, hierarkisk ulighed og kynisme. Måske denne kandidatafhandling kan være en lille spire indenfor det store psykiatrifelt?*

## Psykoseramte borgere i dagens Danmark

*I følgende afsnit præsenteres psykosebegrebet samt gruppen af psykoseramte borgere i Danmark. Denne målgruppe møder vi som socialarbejdere såvel indenfor det kommunale samt sundhedsfaglige felt. Der er tale om en tung gruppe af borgere, som kan have komplekse problemstillinger, hvorfor en forståelse for netop denne målgruppe kan ses som værende vigtigt at besidde som socialarbejder.*

Psykosebegrebets vigtigste element er en "defekt realitetstestning" (Videbech, et. al., 2016, s. 29) En psykotisk borger er en person, der i forlængelse heraf kan siges at have vanskeligt ved at skelne mellem virkelighed og fantasi. Den mest almindelige sindslidelse indenfor psykosespektrummet er skizofreni. Dette er en sygdom, hvor borgeren har hallucinationer og vrangforestillinger. Hallucinationerne kan for eksempel give sig til udtryk som hørehallucinationer, hvor individet hører stemmer, som andre ikke kan høre. Vrangforestillingerne kan for eksempel give sig til udtryk ved, at individet er overbevist om, at denne bliver overvåget. Vrangforestillingerne kan også være bizarre og medføre, at den sindslidende for eksempel oplever at dennes hænder er dens fødder og omvendt. Det er vigtigt at pointere, at ovennævnte eksempler ikke er de eneste måder, hvorpå hallucinationer og vrangforestillinger kan give sig til udtryk, men blot eksempler herpå (Psykiatrifonden, 2019).

Af Psykiatrifondens hjemmeside fremgår en rubrik, hvoraf følgende står skrevet:

*”I Danmark lever ca. 40.000 mennesker med skizofreni – lidt flere mænd end kvinder. Det svarer til ca. 0,8% af befolkningen. Den typiske debutalder for skizofreni er 16-24 år – og tidligere for mænd end for kvinder. Der er ca. 3.500 nye tilfælde af skizofreni per år” (Psykiatrifonden, 2019).*

Ovenstående oplysninger har Psykiatrifonden fra Sundhedsstyrelsen rapport kaldet *”Sygdomsbyrden i Danmark”* fra oktober 2015. Heraf fremgår, at 3.509 personer rammes af skizofreni årligt – altså nydiagnosticeres – mens hver tredje, der rammes af sindslidelsen er mellem 16 og 24 år. Yderligere fremgår, at 22.904 mænd samt 19.948 kvinder lider af skizofreni, hvilket svarer til de ca. 40.000 mennesker, som Psykiatrifonden nævner i rubrikken på deres hjemmeside (Sundhedsstyrelsen, 2015, s. 212).

Det er væsentligt at nævne, at man skal have for øje, at disse tal udelukkende omhandler borgere med skizofreni, og ikke giver et billede af hele målgruppen af psykoseramte borgere i dagens Danmark, idet der findes andre psykotiske lidelser end skizofreni. I denne forbindelse kan nævnes følgende psykotiske lidelser:

*”akut korterevarende psykose, paranoide psykoser [...], psykose udløst af stoffer, bipolar lidelse: mani og depression” (Region Sjælland, 2017).*

Fælles for disse psykoser er, at de ikke skyldes en fysisk tilstedeværende sygdom i hjernen. Dog kan psykoser også skyldes dette, for eksempel, hvis der er tale om en psykose i forbindelse med en tumor i hjernen eller grundet demenssygdom (Ibid.).

#### [Psykoseramtes møde med psykiatrien i Region Nordjylland](#)

*I følgende afsnit præsenteres en anonym dansk bys psykiatriske afdelinger, som har at gøre med psykoseramte borgere. Der findes to sengeafsnit og to ambulatorier til denne målgruppe af borgere. Alle fire enheder er placeret på samme adresse i en dansk by i Nordjylland.*

I den udvalgte by, som er beliggende i Nordjylland, findes der flere forskellige adresser for, hvor sindslidende borgere kan henvende sig, gå til samtale og være indlagt. Et af disse steder har psykoseramte som målgruppe. Her findes de to sengeafsnit S1 og S2, samt også to ambulatorier. (Psykiatrien Region Nordjylland, 2019).

Grunden til at den psykiatriske afdeling på denne adresse er inddelt således er, så forskellige målgrupper af psykoseramte borgere, kan få bedst mulig hjælp og vejledning. Dette ud fra en specialiseret organisering efter alder. Fælles for afsnittene er dog, at der alene arbejdes med psykoseramte borgere, herunder oftest med borgere som har en eller anden variant af skizofreni (Ibid.).

Følgende fremgår af Psykiatrien i Region Nordjyllands hjemmeside omhandlende sengeafsnittene S1 og S2:

*”I Sengeafsnit S1 undersøger og behandler vi patienter med forskellige former for skizofreni eller andre tilstande med psykose. Patienterne, der indlægges i Sengeafsnit S1 er voksne over 35 år [...] I Sengeafsnit S2 undersøger og behandler vi yngre patienter i alderen 18-35 år med forskellige former for skizofreni eller andre tilstande med psykose”* (Psykiatrien Region Nordjylland, 2019).

Af ovenstående citat står det klart, at man ved sengeafsnittene indenfor psykiatrien i Nordjylland har valgt at dele de psykoseramte borgere op efter alder. Alder har også betydning i forhold til, hvilket ambulatorium de psykoseramte borgere hører under, og her eventuelt har samtaleforløb hos. Første ambulatorium har ikke nogen aldersmæssig målgruppe som sådan, dog har det andet ambulatorium aldersgruppen 18-35 år, hvorfor man må antage at aldersgruppen hos det første ambulatorium er over 35 år, ligesom det gør sig gældende hos sengeafsnittet S1. Dog er målgruppen hos det første ambulatorium også de borgere under 35 år, som har afsluttet deres 2-årige forløb hos det andet ambulatorium, eller som vurderes ikke at kunne profitere heraf, hvis de for eksempel ikke er diagnosticeret med skizofreni, men med en anden tilstand med psykose (Ibid.).

#### Præsentation af de to ambulatorier

*I følgende afsnit præsenteres de to ambulatorier. Det første ambulatorium er, som før nævnt, en instans for psykoseramte borgere over 35 år, eller under 35 år som er færdige i deres forløb hos det andet ambulatorium. Sidstnævnte ambulatorium er, som også tidligere nævnt, et ambulatorium udelukkende for unge, der er nydiagnosticeret med skizofreni. Derved hører begge instanser under målgruppen for dette projekt: psykoseramte borgere. I følgende er taget udgangspunkt i information omhandlende disse to ambulatorier i Region Nordjylland. Senere i projektet vil der fremgå interviews af psykiatrimedarbejdere fra netop disse ambulatorier.*

Det første ambulatorie arbejder med borgere med en psykosediagnose eller skizofrenidiagnose. Aldersgruppen er 35+, men også de personer, der ikke kan profitere af et forløb i det andet ambulatorie eller som er færdige i dette forløb, kan være i det første ambulatorie. Ambulatorium nummer to har med en bestemt målgruppe af psykoseramte borgere at gøre. Dette fremgår af Region Nordjyllands Psykiatrisafsnits hjemmeside:

*”Vores målgruppe er patienter mellem 18-35 år, der er nydiagnosticerede med skizofreni og kun har fået antipsykotisk medicin i op til 3 måneder”* (Psykiatrien Region Nordjylland, 2020).

De psykoseramte borgere, som henvises til dette ambulatorium, kan komme fra alle Nordjyllands kommuner. Det kan også de psykoseramte, der henvises til det første ambulatorie. Det er enten egen læge, egen psykiater indenfor det private regi eller andre afdelinger indenfor Psykiatrien, som borgerne henvises fra (Ibid.).

Et behandlingsforløb i førstnævnte ambulatorie har ikke som sådan en fastsat tidsramme, som indebærer et ophør af samtaleforløbet. Men dette kan til enhver tid afbrydes, efter patientens ønske, hvis eksempelvis denne kobles på hos egen læge i stedet, eller bliver helt rask og ikke længere har behov for at deltage i et behandlingsforløb. I forbindelse med behandlingsforløbet har patienten en behandler, som denne er knyttet til og hos hvem samtalerne foregår (Ibid.).

De psykoseramte borgere, som kommer i et forløb hos det andet ambulatorie, er som regel i et behandlingsforløb, der varer i 2 år. I de to år har borgeren en primær kontaktperson fra ambulatoriet, der fungerer som dennes primære behandler. Det er denne behandler, der er koordinator for indsatsen hos den enkelte, psykoseramte borger. Vedkommende skal derfor have et stort overblik over hele behandlingsforløbet for pågældende borger. Behandleren kan have en stilling som såvel psykolog, som ergoterapeut eller sygeplejerske, hvilket også gør sig gældende hos det første ambulatorie (Ibid.).

I et forløb indenfor det andet ambulatorie finder der typisk samtaler sted ugentligt i starten af forløbet – for eksempel lige efter en borger har fået stillet sin diagnose efter indlæggelse, og netop er udskrevet, men er startet i behandlingsforløb i ambulatoriet. Efter det første års tid finder samtalerne sted mindre ofte, men måske stadig hver anden uge. I samtaleforløbene indgår blandt andet det, at det bliver fulgt op på den medicinske behandling, som de psykoseramte borgere er i. Samtidig kan samtalerne tage udgangspunkt i, om den psykoseramte borger, har haft psykotiske symptomer i form

af hallucinationer eller vrangforestillinger siden personen sidst var til samtale. Pårørende kan ligeledes inddrages i samtaleforløbene (Ibid.).

I det førstnævnte ambulatorie finder samtalerne ikke nødvendigvis sted lige så hyppigt som i det andet ambulatorie, da patienterne her kan være nogen, der ikke er nydiagnosticeret, men er blevet mere vant til deres liv med en diagnose, hvilket kan betyde for den enkelte patient, at denne ikke nødvendigvis har behov for et tæt samtaleforløb, men et samtaleforløb, hvor man for eksempel mødes en gang månedligt (Ibid.).

Om behandlingen i det andet ambulatorie fremgår følgende af Psykiatrien i Region Nordjyllands hjemmeside:

*”[Det er] specialiseret behandling, som er evidensbaseret. Behandlingen er helhedsorienteret, og fokus er ikke kun på diagnose, symptomer og medicinsk behandling. Vores gruppeforløb er alsidige, og vi gør under forløbet meget ud af at give dig mulighed for at møde andre unge med lignende problematikker”*  
(Psykiatrien Region Nordjylland, 2020).

Ud fra ovenstående citat står det klart, at også gruppebehandlingsforløb finder sted indenfor ambulatorium nummer to, hvor de psykoseramte unge kan møde andre med samme sindslidelse. Her finder desuden også psykoedukation sted, som er undervisning for de unge, omhandlende skizofreni og andre psykosesygdomme, samt hvorledes dette kan forværres eller på den anden side forbedres og endda helt forebygges (Ibid.).

Til sidst er det væsentligt også at nævne, at der i ambulatorierne samarbejdes med andre relevante aktører omkring den enkelte borger. Herunder som før nævnt pårørende, men også sagsbehandlere, misbrugsbehandlere samt uddannelsessteder, arbejdspladser med flere (Ibid.).

## Hermeneutikken som videnskabsteoretisk metode

*Som videnskabsteoretisk metode for dette projekt er valgt at tage udgangspunkt i hermeneutikken. Den viden, der skabes igennem denne kandidatafhandling, har jeg en forforståelse for. Dette igennem dels egne erfaringer med møde med psykiatriarbejdere, dels igennem den teoretiske forforståelse, der udspiller sig i teori afsnittene senere i projektrapporten. Den viden, jeg tilegner mig igennem interviews i forbindelse med dette projekt, er genstandsfelt for en fortolkning og indhentning af ny*

*viden indenfor feltet. Der gøres opmærksom på, at der ved projektførelsen omhandlende indhentning af empirisk materiale og analysering heraf, er gjort den overvejelse, at min egen forforståelse i form af erfaring ikke skal være altafgørende for argumentering og pointer i analysen. Dette da der ønskes tolket på informanternes holdninger, og ikke alene min egen holdning. Trods denne i dette videnskabsteoretiske afsnit vil blive udfoldet.*

De to elementer i den hermeneutiske retning, der findes særligt relevante for dette projekt, er, som det fremgår af metateksten, forforståelse samt fortolkning. Forforståelse kan siges at være den forståelse, man har, forud for at man undersøger et felt. Fortolkning derimod er et redskab til at nå frem til en ny forståelse, når man har været ude at undersøge et givent felt (Jacobsen, et.al, 2015, kap. 6).

Et vigtigt element, der gøres brug af i dette projekt, er den hermeneutiske cirkel, som de tyske filosoffer Martin Heidegger (1889-1976) og Hans-Georg Gadamer (1900-2002) udlægger den. Man bør forstå helheden af en given sammenhæng, for at kunne forstå de enkelte dele af sammenhængen. Man bør samtidig på den anden side forstå de enkelte dele af sammenhængen for at forstå helheden. Det at forstå eksempelvis informanternes udsagn i dette projekt har altså flere sider af samme sag. Dels betyder forforståelsen noget, men det gør også forståelsen man får igennem informanterne. Der dannes en fortolkning af udsagnene. Forståelsen jeg tilegner mig løbende samt forforståelsen, som jeg havde før jeg undersøgte feltet, går hånd i hånd og er afhængige af hinanden. De to forståelsesrammer danner sammen den hermeneutiske cirkel (Systime, 2021).

### Forforståelse for feltet

*I følgende bliver min forforståelse for feltet beskrevet. Men denne forforståelse er blot første del af en hel forståelsesramme. Forståelsen som tilegnes løbende og fortolkningen heraf er af afgørende betydning for projektkonklusionen senere i kandidatafhandlingen. Der finder, for at forblive indenfor den hermeneutiske retning, en horisontsammensmeltning sted, idet to forståelser møder hinanden. Den forståelse som fremgår af informanterne og den forståelse jeg når frem til igennem min fortolkning, som også til dels kan siges at være præget af min forforståelse.*

Min egen forforståelse for feltet omhandlende psykiatriarbejderes menneskesyn på psykoseramte borgere bygger på personlige erfaringer. Jeg har selv, som patient, været i kontakt med både ergoterapeuter, psykologer, sygeplejersker og psykiatere. Alle indenfor psykiatrien. Jeg har selv været ramt af psykoser i mit eget liv af flere omgange, og kontakten til psykiatriarbejdere har været

jævnlig indenfor en vis årrække i mit liv. Min forforståelse bygger på, at psykiatriarbejdere overordnet set har et positivt menneskesyn, hvad angår psykoseramte. Dog kan det have betydning, hvilken patient psykiatriarbejderen arbejder med, idet der findes meget forskellige grader af psykoser – nogen kommer sig helt, mens andre nærmest virker til ikke at have nogen som helt gavn af behandling. Denne udtalelse har jeg hørt fra flere psykiatriarbejdere.

Det positive menneskesyn viser sig i form af, at psykiatriarbejderne arbejder forebyggende og forsøger at få inkluderet patienterne dels i deres egen behandlingsvalg, men også i samfundet i det hele taget. Patienterne skal ikke stå udenfor samfundet, blive glemt og marginaliseret. Mit indtryk er, at psykiatriarbejdere ønsker, at psykoseramte borgere skal have den fornødne hjælp til *recovery*, som betyder at komme sig (Region Hovedstadens Psykiatriske Hospital, u.å.).

De skal have den hjælp i form af medicinsk behandling, kognitiv terapi, psykoedukation med mere, som skal til for at de kan fungere bedst muligt i hverdagen. Det kan være patienterne bliver så stabile, at de får hjælp til at komme ind på arbejdsmarkedet eller videre i uddannelsessystemet. Det kan også være, de bør afklares til en førtidspension, og derved kan få fred i ikke at skulle stresse over sin arbejds- og helbredssituation.

Psykiatriarbejdere virker til at arbejde meget tæt sammen med andre fagpersoner, herunder blandt andet socialrådgivere hos eksempelvis sygedagpengehuset. Jeg ved også af erfaring at psykiatriarbejdere også samarbejder med socialrådgivere indenfor selve psykiatrien, som kan støtte de psykoseramte i mødet med socialrådgivere fra kommunen.

Mit indtryk er kort sagt, at menneskesynet er positivt fra psykiatriarbejdernes side. De virker inkluderende, ikke manipulerende og ikke som sådan som nogen, der misbruger deres magtposition. Psykiatriarbejderne, jeg har mødt gennem mit eget sygdomsforløb, virker ikke til at være bange for psykoseramte borgere, som jeg af erfaring ved nogen andre personer gør. Ja, jeg husker endog selv en episode, hvor jeg mødte en anden psykoseramt borger, og jeg følte mig langt fra tryk ved det, da jeg frygtede vedkommende ville være udadreagerende. Dette til trods for, jeg selv kender til sygdommen og derved måske burde være en af dem, der ikke er fordomsfuld og utryk uden grund i mødet med en anden psykoseramt... Der skete desuden intet grimt. Det var simpelthen mine egne fordomme og min egen forforståelse, der talte.

Dog er mit indtryk at psykiatriarbejdere har det menneskesyn, eller nærmere den forudantagelse, at patienterne skal passe meget på ikke at få et tilbagefald, ikke skal stresse sig selv og ikke skal arbejde



eller studere mange timer i streg. Hertil må jeg sige, at det er min tolkning, psykiatriarbejderne har set så mange ufatteligt hårdt psykoseramte patienter, at de har svært ved at forholde sig til solstrålehistorierne, hvor patienterne kommer sig næsten helt, og måske endda ikke længere er i kontakt med psykiatrien. Netop da det kan være tilfældet, at patienterne ikke er i kontakt med psykiatrien mere, når det går godt, enten idet de dropper kontakten selv, eller idet de finder anden hjælp hos eksempelvis egen læge, kan det medføre, at solstrålehistorierne glemmes af psykiatriarbejderne. Dette da psykiatriarbejderne ikke længere kan følge patienterne på tæt hold.

Dette kan medføre, at menneskesynet hos psykiatriarbejderne er farvet ene og alene af de slemmere tilfælde af psykoseramte borgere. Hertil skal siges, at, er dette tilfældet, da kan det være med til at give et menneskesyn, der er præget af diagnosebegreber, magtforhold og institutionalisering. Disse tre betegnelser fremgår af dette projekts teoretiske rammer, som også kan ses som værende led i min forforståelse. I al fald kender jeg til dette udvalg af teori, inden jeg går ud og undersøger feltet og interviewer psykiatriarbejdere, for at få deres menneskesyn på psykoseramte borgere frem.

Al dette er blot mine egne forforståelser for feltet, og viser nogen tanker hos en enkelt patient, hvorfor det ikke er intentionen at tale på alle andre patienters vegne. Min forforståelse siger tilmed intet om psykiatriarbejders menneskesyn på psykoseramte, da jeg aldrig har prøvet at arbejde indenfor psykiatrifeltet.

Dette er blot mit personlige udgangspunkt og grundlag for, hvorfor jeg netop finder feltet yderst relevant at undersøge. Den viden, der skabes gennem dette projektforsøg, bærer ikke nødvendigvis præg af min forforståelse, foruden at jeg på forhånd har haft et personligt kendskab til de informanter, der medvirker under interviewene. Idet jeg har kendt disse dels som egen tidligere behandler samt som nuværende behandler. Det var her, døren blev åbnet for muligheden for at interviewe netop de informanter, der medvirker i denne kandidatafhandling. Det skal ligeledes nævnes, at jeg har forsøgt at få kontakt til psykiatriarbejdere, som jeg ikke selv på forhånd har haft kendskab til, dette dog uden held.

## Kvalitativ metode

*I følgende afsnit præsenteres den kvalitative metode, som adskiller sig fra den kvantitative metode. Ved den kvalitative metode ses blandt andet udfærdigelse af interviews, hvilket gør sig gældende for dette projekt. Ved kvantitativ metode derimod gøres for eksempel brug af spørgeskemaundersøgelser.*

*Dette projekt er afgrænset til udelukkende at omhandle den kvalitative metode, herunder interviews af psykiatriarbejdere samt anonymisering af indhentet interviewmateriale i denne forbindelse.*

### Fortolkning af interviews

*I følgende afsnit er fokus lagt på at redegøre for det fortolkende element i forbindelse med analysering af interviews. Man kan være både fortaler eller modstander af fortolkning af interviews, men er der argumenteret ordentligt for en given mening i et interview, kan selv en modstander af en udtalelse finde forståelse herfor. Fortolkningen hører som før nævnt til den hermeneutiske videnskabsteoretiske metode.*

Analyse af interviews kan sige at gå hånd i hånd med fortolkninger af informanternes meninger og holdninger, som de kommer til udtryk igennem et givent interview. Interviewanalyse kan med andre ord omtales som værende:

*”omfattende og kritiske fortolkninger af interviewudsagns mening” (Kvale, S., 2004, s. 207).*

Man kan være både for eller imod en såkaldt interviewfortolkning. Et udsagn som taler for, at fortolkninger af interviews findes hensigtsmæssige og anvendelige er følgende:

*”Der kan stilles mange forskellige spørgsmål til en tekst, og de forskellige spørgsmål fører til forskellige svar, hvad angår tekstens mening” (Kvale, S., 2004, s. 207).*

I dette udsagn står det klart, at der tales for de fortolkningsrammer som forskere arbejder indenfor, dette idet, at uanset, om der er tale om en tekst, der skal analyseres, eller er tale om et interview, der er optaget eller nedskrevet, så dette også tager form i en tekst, så findes der mange måder at analysere på. Men hvis blot man kan argumentere for sin mening, og at argumentationen er pålidelig, så vil en læser, der læser tolkningen også kunne forholde sig til denne, selv hvis læseren selv er af en anden mening.

*”Hvis man accepterer princippet om en legitim mangfoldighed af fortolkninger i interviewanalyser, bliver det meningsløst at stille strenge krav om fortolkningskonsensus. Så drejer det sig om at formulere den dokumentation og de argumenter, der indgår i en fortolkning, således at fortolkningen kan efterprøves af andre læsere” (Kvale, S., 2004, s. 208).*

Et udsagn, der derimod taler imod fortolkninger af interviews, lyder som følger:

*”Forskellige fortolkere finder forskellige meninger i det samme interview, interviewet er derfor ikke nogen videnskabelig metode” (Kvale, S., 2004, s. 207).*

Men med ovenfornævnte andre udsagn kan siges at fortolkningen i forbindelse med interviews hører til den videnskabsteoretiske metode kaldet hermeneutikken. Hvorfor udsagnet om, at forskellige interviewfortolkninger ikke er troværdige, når man ikke til enighed, ikke findes at være sandt.

Dog bør man passe på med ikke at komme til at ”digte” for meget på sine fortolkninger, og lave interviewudsagnene om til sine egne, så interviewet pludselig ikke findes brugbart, mens forskeren selv har dannet sine helt egne klare holdninger. Dette går under betegnelsen *ensidig subjektivitet*, som er:

*”kendetegnet ved forskere der kun lægger mærke til fund, der støtter deres egne opfattelser, fortolker selektivt, rapporterer udsagn, der underbygger deres egne konklusioner og overser ethvert vidnesbyrd, der peger i modsat retning” (Kvale, S., 2004, s. 209)*

De interviews, der finder sted, i forbindelse med denne kandidatafhandling, udmunder i en fortolkning, som fremgår af analyseafsnittene samt af diskussionsafsnittet, senere i denne projektrapport. Der er forsøgt ikke gjort brug af *ensidig subjektivitet*, men derimod anvendt en åbenhed overfor informanternes udsagn. Herunder en åbenhed overfor de repræsenterende psykiatriarbejderes menneskesyn på psykoseramte borgere. Det er vigtigt at slå fast, at det ikke er målet med dette speciale at nå frem til et specifikt menneskesyn, som værende relevant indenfor feltet, men dog at analysere frem til, hvorvidt der er menneskesyn i det store hele indenfor det sociale arbejdes felt, der kan siges at være relevante for psykiatrifeltet, når det kommer til psykiatriarbejderes møde med psykoseramte borgere.

### [Pseudonymisering af interviews](#)

*I følgende afsnit gøres klart, at der findes forskellige former for anonymisering i forbindelse med interviews. Der findes anonymisering, hvor ingen kender til informanterne, selv ikke forsker; og så findes der pseudonymisering, hvor forsker ved, hvem informanterne er, mens informanterne dog fremstår anonyme i forskers værk. Det er Databeskyttelsesforordningen der stiller forventninger til, at der ved forskning skal gøres brug af en anonymiseringsform.*

Når det kommer til indsamling af empiri igennem interviews, er det altid vigtigt at gøre brug af en form for anonymisering. Vigtigheden heraf beskrives blandt andet af følgende citat:

*”Et vigtigt etisk udgangspunkt omhandler at beskytte informanterne ved at sikre deres anonymitet, så de ikke kan genkendes af andre”* (Bengtsson, et.al., 2020, s. 194).

Det kan, hvis vi vender dette udsagn lidt om, siges at være uetisk eller etisk uforvarsligt ikke at anonymisere. Men der findes flere former for anonymisering, i al fald, hvis det kommer til Databeskyttelsesforordningen, der i daglig tale går under forkortelsen GDPR.

*”I Danmark skal human- og samfundsvidenskabelige forskningsprojekter typisk ikke anmeldes til eller godkendes af en videnskabetisk komité, hvilket eksempelvis er tilfældet i Sverige, England og USA. Registrering og behandling af følsomme personoplysninger skal dog altid følge Databeskyttelsesforordningen (GDPR)”* (Bengtsson, et.al., 2020, s. 194).

Når det kommer til anonymisering ifølge GDPR, så findes der som sagt flere former for anonymisering. Der findes *anonymisering* og *pseudonymisering*. Forskellen herpå er som følger:

*”Anonymisering er, når informanter slet ikke kan genkendes eller spores, heller ikke af forskeren. Pseudonymisering er, når informanter ikke kan genkendes i analyser og afrapporteringer, men er kendt af forskeren”* (Bengtsson, et.al., 2020, s. 195).

Med afsæt i Databeskyttelsesforordningens anonymiseringsformer skal siges, at anonymiseringsformen i dette projekt er *pseudonymisering* og altså ikke den anonymisering, der går under navnet *anonymisering*. Dette da jeg, som forsker af dette projekt, kender til identiteten af informanterne, der er deltagende i interviewet. Mens at læseren til gengæld ikke kender til identiteten af informanterne.

## Analysestrategisk metode

*I følgende analysestrategiske metodeafsnit bliver overordnet set både præsenteret, hvorledes der i projektarbejdet er gjort overvejelser før selve analysen samt under analyseprocessen. Disse to overordnede kategorier er ment til at skabe overblik over den analysestrategiske metode, og herunder hører flere underemner med relevans for analysearbejdet.*

## Før analysen

*Før analysen er der arbejdet dels med interviewguide samt med hvorledes udfærdigelse af interviewene finder sted. Dette er forarbejdet, og det indebærer blandt andet en række spørgsmål, som ønskes stillet under interviewene – interviewenes rettesnor, så at sige. Det indebærer også bestemmelse af tid og sted for selve interviewenes udfoldelse samt informationer om samtykkeerklæring, som informanterne skal være indforstået med inden selve interviewene finder sted.*

## Interviewguide

*I dette projekt er anvendt en interviewguide, som grundlag for interviewets udfoldelse. Interviewguiden findes hensigtsmæssig for at skabe overblik og dele interviewet ind i diverse kategorier. Samtidig er spørgsmålene i interviewguiden med til at skabe rammerne for, at der udelukkende tales om emner, der er relevante for besvarelse af denne kandidatafhandlings problemformulering.*

Interviewguiden i dette projekt består af en række spørgsmål delt ind efter fire forskellige kategorier. Først er nogle indledende spørgsmål, omhandlende målgruppen informanten arbejder med samt dennes overordnede syn på begrebet *menneskesyn*. Herefter er nogle spørgsmål under de to emner diagnoser og samtaler. Herunder blandt andet spørgsmål omkring informantens syn på, hvorvidt denne mener at antallet af diagnoser er steget eller ej, samt omhandlende hvorledes denne opbygger samtaleforløb med patienterne. Slutteligt er der nogle afrundede spørgsmål omhandlende informantens overordnede værdigrundlag og retningslinjer indenfor psykiatrifeltet.

Målet med emnerne er først og fremmest at skabe grundlag for, at spørgsmålene ikke forekommer i en lang uoverkommelig rækkefølge, men at der er mulighed for pauser undervejs i interviewet, samt at overskueliggøre interviewprocessen dels for jeg selv og for informanterne.

## Udfærdigelse af interviewene

*Følgende afsnit omhandler rammerne i forhold til tid og sted for selve interviewene, samt informationer om samtykkeerklæring, der sætter visse retningslinjer for hele projektførelsen, og herunder særligt for informanternes deltagelse i interviewene.*

Rammerne for udfærdigelsen af interviewene består af, at der på forhånd er aftalt tid og sted for interviewene. Interview med Informant A fra ambulatoriet for psykoseramte, samt borgere der ikke længere er i målgruppen til et forløb hos det andet ambulatorie for nydiagnosticerede med skizofreni,

finder sted i forskers hjem. Dette efter gensidig aftale med Informant A. Derimod finder interviewet med Informant B, fra ambulatoriet for nydiagnosticerede med skizofreni, sted på informantens arbejdsplads, da dette er stedet, hvor informanten foreslår, at interviewet finder sted.

Samtykkeerklæring læses af informanterne og underskrives samt tilbageleveres inden interviewenes begyndelser. Af samtykkeerklæringen fremgår desuden, at den enkelte informant, med sin underskrift, er indforstået med projekts formål samt at interviewet optages på lydfil og herefter transskriberes.

### Analyseprocessen

*Følgende analysestrategiske metodeafsnit omhandlende analyseprocessen deles ind i underkategorierne "transskription og meningsfortolkning" samt "strukturering af analysen". I forbindelse med disse to underkategorier er det målet, at klargøre, hvorledes nedskrivningen af interviewet samt tolkningen af det nedskrevne materiale er af betydning for projektets videre forløb. Ligeledes er det tanken at klargøre, hvordan analysen på overordnet plan er struktureret i afsnit og underafsnit.*

### Transskription og meningsfortolkning

*I følgende afsnit er der lagt vægt på transskriptionen af de to interviews af to psykiatrarbejdere, der indgår i dette specialeprojekt. Der er efter transskriptionen af interviewene lagt vægt på at arbejde med fortolkning af det sagte og nedskrevne materiale fra informanterne – med andre ord tolkning af informanternes udtalte holdninger. Her spiller også min egen tolkning, som forsker ind, samt en teoretisk funderet viden.*

Under transskriptionen af interview med informanterne er lagt vægt på at nedskrive først alt det sagte, inklusiv tøven og eftertænksomhed med pauser i denne forbindelse. Herefter er arbejdet på meningsfortolkning af interviewet.

Der blev nævnt under afsnittet "Kvalitativ metode", at det findes hensigtsmæssig at inddrage fortolkning i forbindelse med analyse af interviews. I forhold til den hermeneutiske retning findes her meningsfortolkning relevant.

Den meningsfortolkende del af interviewet tager udgangspunkt i de tre fortolkningsfaser af Kvale og Brinkmann. Første fase er informanternes udtalelser, eller med andre ord "selvforståelse". Herefter

kommer fasen med forskers egen umiddelbare fortolkning af og forståelse af udsagnene, eller med andre ord ”*kritisk common-sense-forståelse*”. Den sidste fase er fasen, hvor teoretikerne Brinkmann, Foucault og Goffman kommer i spil, eller med andre ord fasen for ”*teoretiske fortolkning*” (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 279).

For hver udtalelse fra informanterne er lagt vægt på min første fortolkning og forståelse som forsker af udsagnene, samt herefter den teoretiske fortolkning af såvel informanternes udtalelser samt mine egne umiddelbare fortolkninger.

#### Strukturering af analysen

*I følgende afsnit præsenteres hvorledes denne kandidatafhandlings analyse er struktureret. Der er lagt vægt på at inddele analysen i overskuelige og meningsrige kategorier indenfor feltet. Hver analyseafsnit udmunder i en delkonklusion, som er med til at lede trådene sammen til den endelige konklusion sidst i projektrapporten.*

I denne kandidatafhandling er i alt fem analyseafsnit. De fem analyseafsnit er delt ind i mindre afsnit, for at overskueliggøre det analytiske materiale for læseren. Der er lagt vægt på at følge Kvale og Brinkmanns meningsfortolkningselementer: *selvforståelse*, *kritisk common sense forståelse* samt *teoretisk fortolkning*. Dette særligt i de fire første analyseafsnit.

*Selvforståelsen* – herunder informanternes udsagn og holdninger – og *kritisk common sense forståelsen* – herunder umiddelbar tolkning af *selvforståelsen* – er kort og præcist beskrevet i hvert afsnit.

Hovedvægt er dog lagt på *den teoretiske fortolkning*, hvor Brinkmanns, Foucaults og Goffmans teorier er sat i spil.

Grunden til, at det er *den teoretiske fortolkning*, som er vægtet højest, er da det anses for værende dette led i meningsfortolkningen, der er med til at højne niveauet for kandidatafhandlingen. Ligeledes findes det interessant at analysere det empiriske materiale i form af interviewene med væsentlige pointer fra det teoretiske materiale, som præsenteres første gang i specialets teori-afsnit.

Endvidere er der efter hvert analyseafsnit en delkonklusion, som leder tilbage til problemformuleringen. Det er tanken her at overskueliggøre og skabe en rød tråd gennem specialet. De fem delkonklusioner danner endvidere grundlag for specialets endelige konklusion.

Da femte analysedel ikke tager afsæt i den teoretiske forforståelse, der fremgår af det teoretiske rammeafsnit, samt ligeledes ikke tager afsæt i informanternes udtalelser, findes ikke hensigtsmæssigt her at arbejde ud fra Kvale og Brinkmanns meningsfortolkningselementer: *selvforståelse*, *kritisk common sense forståelse* samt *teoretisk fortolkning*. Her er der derimod lagt vægt på at inddrage relevant materiale fra fagbogen *Menneskesyn I Socialt Arbejde*, samt i denne forbindelse at besvare sidste del af problemformuleringen, hvorpå vægt ikke er lagt direkte på informanternes udtalelser. Vægt er lagt på at finde frem til eventuelle vidensområder indenfor det sociale arbejdes felt, som kan styrke menneskesynet indenfor psykiatrien både på overordnet plan, men også særligt i forhold til de psykoseramte borgere.

## Teoretiske rammer

*I følgende teoriafsnit bliver følgende teoretikere med deres tilhørende teorier præsenteret: Svend Brinkmann med sin teori omhandlende diagnosesamfundet, Michel Foucault med sin teori omhandlende magtudøvelse og Erving Goffman med sin teori omhandlende institutionalisering samt rollefordeling og -forventninger.*

### Brinkmann om diagnosesamfundet

*Brinkmann har været meget fremme i medierne i de seneste år, når det kommer til debat af emner som diagnosesamfund og diagnosesprog. Det kan siges, at vi i dag er i et diagnosesamfund, fordi nærmest alle fejler et eller andet. Om det er af alvorlig karakter eller ej kan variere meget, men hele samfundet er bygget op på diagnoser. Heraf begrebet diagnosesamfund. Dette kan ses som værende relevant for denne kandidatafhandling, idet vores omgivelser, bestående af det omkringliggende samfund, andre mennesker, samt egentligt også os selv, har betydning for, hvordan vi tænker om mennesker med diagnoser. Derved menes at diagnosesamfundet kan have betydning for psykiatriarbejdernes menneskesyn på psykoseramte borgere, og på alle patienter i øvrigt!*

Som det fremgår af problemfeltet, kan psykisk sygdom ses som værende en ganske almindelig reaktion på et kaotisk samfund med krig, terror, hungersnød med mere. Denne tankegang lægger sig op ad datidens anti-psykiatriske synspunkt, som var fremme for flere årtier tilbage (Brinkmann, S., 2019, s. 402). Den er anti-psykiatrisk i den forstand, at der findes en helt almindelig årsag til de psykiske lidelsers fremkomst, og denne skal findes i samfundssituationen.



Begrebet diagnosesamfund er skabt af professor i almenpsykologi, Svend Brinkmann (1975-). Det er vigtigt at understrege at Brinkmann ikke, ifølge sig selv, har et antipsykiatrisk eller antidiagnostisk syn på psykiatrifeltet. Følgende udtaler Brinkmann i kapitel 14: *"Psykisk lidelse i diagnosesamfundet"* i bogen *"Socialt Arbejde – teorier og perspektiver"* af Jens Guldager og Marianne Skytte:

*"I modsætning til anti-psykiatrien anerkender jeg nødvendigheden af psykiatrien og dens diagnoser i behandlingen af en lang række menneskelige problemer."* (Brinkmann, S., 2019, s. 402).

Nu vil der blive lagt vægt på at definere diagnosesamfundet, som kort fortalt er det samfund vi lever i i dag, hvor stort set alle individer kender til personligt at have en diagnose eller er nærtstående til en med en diagnose – hvis ikke begge dele gør sig gældende. Brinkmann fortæller følgende herom:

*"I dette samfund inkluderer vi meget mere under sygdomskategorierne og diagnoserne, end vi tidligere har gjort. Det er dog vigtigt at holde fast i, at dette ikke i alle tilfælde behøver at være et problem. Sygeliggørelsesbegrebet er ikke i sig selv negativt, da der er former for sygeliggørelse, som er både humane og legitime."* (Brinkmann, S., 2019, s. 404).

Hertil kan siges, at en diagnose ikke nødvendigvis bør ses som et negativt stempel at få, idet diagnoserne i dag kan være meget almindelige i samfundets normsyn og derved ikke være en diagnose, der gør, at individet bliver udstødt af samfundet eller på anden måde stigmatiseret. Samtidig vil vi gerne have diagnoser, da dette er med til at gøre, at vi kan administrere vores tilværelse (Brinkmann, S., 2019, s. 404).

Dog mener Brinkmann, at der også findes en negativ sygeliggørelse af individet igennem brugen af diagnoser. Han fortæller i forlængelse af ovenstående citat følgende:

*"Men der er næppe heller nogen tvivl om, at der i disse år også pågår en uretmæssig sygeliggørelse, når stadig flere livsproblemer bliver klassificeret som psykiske sygdomme via diagnosesproget."* (Brinkmann S., 2019, s. 404).

Brinkmann udpeger her en medicinsk sociolog ved navn Allan Horwitz (1948-), som sætter sin lid til nogle diagnoser, men dog mener at andre er et klart resultat af diagnosesproget i diagnosesamfundet.

*”Når Horwitz med sin bogtitel om at psykiske sygdomme er ”skabt”, mener han ikke, at enhver lidelse er en social konstruktion. Han mener, at der findes genuine psykopatologier som fx skizofreni, men han er samtidig af den opfattelse, at mange af dagens psykiske sygdomme kun tilsyneladende er sådanne og i virkeligheden er et resultat af moralske domme over uønsket eller afvigende adfærd. (Brinkmann, S., 2019, s. 415)”*

Det interessante i denne forbindelse i forhold til netop denne kandidatafhandling er at bide mærke i, at Horwitz ikke siger, at skizofreni med hundrede procent sikkerhed er en samfundsskabt diagnose, som er af afvigende karakter fra samfundsnormen. Han er af den opfattelse, at der findes sande former for psykopatologier, og skizofreni er en af dem. Mange psykoseramte borgere lider af skizofreni, hvorfor Horwitzs udtalelse findes yderst relevant til at belyse, at psykoser ikke nødvendigvis bør ses som værende et stempel fra samfundet, men en ”ægte” sygdom. Alligevel kan man stille spørgsmålstejn ved, hvorvidt sygdommens sygeliggørelse skyldes samfundets normaltendenser. Hermed menes, at hvis det normale ses som værende det ikke at være psykotisk, så kan det virke meget sygeligt at være det. I nogle miljøer er der måske flere psykoseramte borgere, end i andre. Her kan psykoser anerkendes som værende en naturlig del af tilværelsen. Men i givet fald skal vi ned på mikroplan og se på eventuelt et miljø med stofmisbrug eller en psykiatrisk afdeling. På overordnet plan kan psykoser ses som værende en sygelig og unormal tilværelsessygdom (Brinkmann, S., 2019, s. 415).

Der er andre tilfælde, hvorved grænsen mellem diagnose og ikke-diagnose kan være meget sværere at finde. Man kan for eksempel stille spørgsmålstejn ved om sorg er en diagnose eller ej. Med diagnoser følger desuden nogle begrænsede rettigheder, eksempelvis når det kommer til, hvorvidt man kan melde sig ind i Sygeforsikring Danmark eller ej. Selv en diagnose, som blev stillet for længe siden, såsom skizofreni, kan ses som værende så alvorlig, at en person, der ellers er velfungerende i sit liv, muligvis på medicinering, ikke kan melde sig ind i Sygeforsikring Danmark og få samme fordele, som andre danskere. Det medfører et eller andet sted en stigmatisering af borgeren. Det at få en diagnose kan i sig selv være stigmatiserende, men det at miste rettigheder må da siges at være mindst lige så stigmatiserende (Ibid.).

En teoretiker, der er yderst væsentligt at drage ind, når det kommer til betegnelsen, stigmatisering, er mikrosociologen Erving Goffman (1922-1982), som står bag en velkendt stigmatiseringsteori. Goffmans stigmatiseringsteori vil ikke blive præsenteret nærmere i dette projekt, men det bliver hans

institutionaliseringsteori som teoretisk ramme efter næste teoriansnit, som omhandler Foucaults syn på magtudøvelse indenfor psykiatrifeltet.

Foruden betegnelsen *diagnosesamfund* skal ligeledes nævnes, at vi kan siges i dag at leve i et videnssamfund, hvor videnskaben har magten og diagnoserne er svarene herpå. Der bruges i dag visse modeller og skemaer til at stille diagnoser, og det kan siges at være videnskaben, der har sat rammerne for disse modeller og skemaer, hvortil borgeren skal være i besiddelse af flere forskellige symptomer, før en specifik diagnose kan stilles. Altså ligger der en magt i disse former for diagnosticeringssystemer, som psykiaterne gør brug af, når de blandt andet stiller psykose-diagnosen eller skizofreni-diagnosen. I følgende afsnit vil i forlængelse heraf blive sat fokus på Foucaults magtudøvelsesbegreb.

Diagnosesamfund og menneskesyn

*Relevansen af dette teorivalg ses i, at diagnosesamfundet er med til at stille skarpe linjer for menneskesynet på psykoseramte borgere. Dette i og med at diagnoser først og fremmest sætter et skel mellem det normale og det afvigende i et samfund. Men dette hænger også sammen med samfundsnormen. I et samfund kan psykoser ses som værende mere håndgribelige og naturlige end i et andet samfund. Det kan også være helt nede i et givent miljø i et samfund, hvor psykoser kan ses som værende legitime i et miljø, mens de ikke er det i et andet miljø, selvom det eksempelvis er i samme land.*

I Danmark lever vi ifølge Brinkmann i det her diagnosesamfund, hvor sygeliggørelsesbegrebet er en del i spil. Skellet mellem det sygelige og det normale overlapper hinanden. Det ses idet, at selv et begreb som sorg i dag anvendes indenfor diagnosesamfundet. Men er sorg ikke blot en normal tilstand at være i, hvis man eksempelvis har mistet en nærtstående? Og er sorg ikke noget alle vil opleve i mere eller mindre grad på et eller andet tidspunkt i sit liv?

Anderledes er det med psykoser. Ikke alle oplever at have en psykose. Ikke alle kender nødvendigvis én, der har eller har haft en psykose. Så psykoser forekommer vel ikke lige så hyppigt som sorg eksempelvis gør det. Samfundets opbygning i form af diagnosesamfundet er alligevel med til at legitimere psykosebegrebet og andre sygdomsbetegnelser. Mange får i dag en angstdiagnose eller en depressionsdiagnose. Men det ses også ofte at diagnoser kan medføre diagnoser, samt at diagnoser overlapper hinanden i form af symptomer, der går igen ved flere forskellige diagnoser.

Når der siges, at diagnoser kan medføre diagnoser menes, at det, der måske startede som en mild frygt, blev til en svær angst, der udløste så meget stress at vedkommende blev psykotisk. Derved udløser en diagnose en anden. På den anden side overlapper symptomer ved forskellige diagnoser hinanden, hvilket også gør sig gældende for psykose- og skizofrenidiagnoser på den ene side og en række andre diagnoser på den anden side. Psykoseramte og skizofreniramte kan opleve rastløshed, have søvnproblemer, have koncentrationsbesvær eller hukommelsesbesvær. Al dette er symptomer, som man også kan have ved andre psykiske lidelser eller have helt uden nødvendigvis at være psykisk syg. Man kan godt have svært ved at sove om natten uden at være syg, men ens søvnproblemer kan hænge sammen med andre problemer, såsom en psykose, der holder én vågen og gør at personen ikke kan finde ro til at sove.

Synet på mennesker er i dag påvirket af det, at vi lever i det her diagnosesamfund. Menneskesynet på psykoseramte dannes ud fra diagnosesamfundets rammer. Der er allerede opsat rammer for, hvad der er normalt og afvigende. Men det meste er faktisk normalt i dag. De fleste diagnoser er normale. I al fald i Danmark. Ellers ville Brinkmann nok heller ikke kalde samfundet for et såkaldt "diagnosesamfund". Diagnosesamfundet er et samfund, der bygger på diagnoser og diagnoser som "psykose" eller "skizofreni" er nogen af dem.

Vores syn er farvet af diagnoser. Derved kan det måske være svært at se personen bag diagnosen, idet hele vores samfund bygger på at sætte folk i kasser alt efter hvilken diagnose man har. Så man kan stille spørgsmålstejn ved om mennesket ses, så man anlægger et menneskesyn indenfor psykiatrifeltet på en sygdomsramt målgruppe, i denne forbindelse psykoseramte, eller om det er diagnosen der ene og alene ses. For i så fald anlægges et diagnosesyn og ikke et menneskesyn.

#### [Foucault om magtudøvelse og menneskesyn, psykiatriens rødder](#)

*Foucault udgav i 1961 et værk, hvori han kom med en dybdegående beskrivelse af betegnelsen "galskab" samt kom med en stor kritik af såvel samfundets forståelse samt behandling af de gale. Værket, som i dag går under betegnelsen "Galskabens historie", blev ved første udgivelse kaldet "Galskab og ufornuft". Værket var udgivet ved forlaget Plon, dog er der en autoriseret udgave af værket, som udkom i 1972/76, som den danske udgave følger.*

Foucaults beskrivelse af de gale tog udgangspunkt i historiske kilder i form af sygejournaler, som han nøje havde undersøgt, omhandlende gale, som var spærret inde og som var i lænker i fangehuller. Foucault har også sat sig nøje ind i love og forordninger (Foucault, 2003).

Derved har han anvendt yderst troværdigt materiale til undersøgelse af feltet. Galskaben har ifølge værket medført psykiatriske hospitaler samt diagnoser og behandlingsformer, herunder også magtudøvelse (Ibid.).

Foucaults hovedpointe med værket er at psykiatriens begyndelsesfundament bar bræg af voldelighed som magtform. For at uddybe dette, er det væsentligt at dykke ned i historien og se på, hvorledes menneskesynet var på de gale i middelalderen (år 1000-1536) og i renæssancen (år 1536-1660) (Ibid.).

I middelalderen blev de spedalske udstødt fra samfundet både fysisk og socialt. I takt med, at der blev færre spedalske, blev det de gale, der stod for skud til at blive udstødt. Det bemærkelsesværdige er, at Foucault omtaler, at denne form for eksklusion også fandt sted af de gale flere århundreder senere. Der var ikke psykiatriske hospitaler i middelalderen, og de gale blev ikke indelukket, men derimod udelukket. En metafor for synet på de gale og de gales optræden i gadebilledet kan gå på, at den gale var som *en hofnar* (Ibid.).

I renæssancen, som følger lige efter middelalderen, kom de gale på galehuse samt i asyler. Der forekom indespærring samt også forskellige former for straffe. Forskellen mellem synet på de gale i middelalderen og i renæssancen var, at de gale i middelalderen slet ikke blev set som værende mennesker, men som ikke-mennesker. I renæssancen blev de derimod set som værende unormale. Blandt de gale var de psykisk syge, herunder også de skizofrene, men også alkoholikere og epileptikere med flere hørte under denne kategori (Ibid.).

I det 18. århundrede (1701-1800) begyndte man at se galskab som værende en sindslidelse, hvilket indebærer at denne gruppe af borgere hører til på psykiatriske hospitaler. Et sted, hvor de gale/sindslidende har mulighed for at få lægefaglig hjælp og forskellige former for terapi. Dog blev der fortsat anvendt magtformer som spændetrøjer og afvaskninger, hvilket Foucault ligefrem betegner som værende ”moraliserende sadisme” (Ibid.).

Psykiatrien var med andre ord fra dens begyndelse præget af både forskellige strafformer og disciplinering.

*”Det var ikke psykiatrien, der formede institutionerne, men det var institutionerne, der ved med til at forme psykiatriens grundlag”* (Information, 2011).

Foucault omtaler da også en ”psykiatrisk magt”, hvorved magten var at finde ved ledelsen, der i dette tilfælde er enten behandleren eller psykiateren: altså psykiatriarbejderen. Diverse retningslinjer for de gales/de sindslidendes adfærd skulle følges på tæt hold (Foucault, 2003).

Foucaults magtbegreb som teoretisk perspektiv

*Foucault er kendt for sin teoretiske holdninger i forhold til magtudøvelse. I forhold til dette projekt bliver diagnosesproget omdrejningspunkt for et magtforhold psykiatriarbejder og patient imellem. Magt kan komme til udtryk under samtaleforløb med psykiatriarbejdere. Det kan også eksempelvis komme til udtryk under en indlæggelse hos psykiatrien. Magtforholdet er i begge tilfælde at se mellem psykiatriarbejder og patient.*

Om den franske filosof og idehistoriker, Michel Foucault, fremgår af kapitel 5 ”Konfliktteoretiske perspektiver i socialt arbejde” i ”Teoretiske perspektiver i socialt arbejde” følgende:

*”Han har søgt at påvise, hvordan sprogbrugen, diskursen, på et samfundsområde afspejler og vedligeholder magtforhold. Foucaults værker er bidrag til kritisk refleksion i socialt arbejde og til forståelsen af magt” (Hutchinson, et.al., 2019, s. 208).*

Indenfor psykiatrifeltet kan, i forlængelse heraf, siges, at der bliver gjort brug af et diagnosesprog, som sætter rammerne for et magtforhold mellem patienterne og psykiatriarbejderne. Den ene har som sagt en diagnose, mens den anden er i en magtposition og kan, særligt ved indlæggelser, vælge at gøre brug af denne magtudøvelse ved at bestemme, hvor patienten skal befinde sig på et givent tidspunkt, eksempelvis at denne ikke må bevæge sig udenfor det psykiatriske hospital alene. Magtudøvelsen kan dog også finde sted under et samtaleforløb efter indlæggelse, hvor den psykoseramte eksempelvis, får medicinering af personalet med hjem med jævne mellemrum, når denne er ved at løbe tør for medicin. Dette for at undvige, at patienten har meget medicin liggende hjemme og i værste fald kan finde på at tage en overdosis, enten bevidst eller rent ubevidst grundet psykosen.

Magtudøvelsen, der kan ses som en form for kontrol fra psykiatriarbejderens side, skaber et asymmetrisk magtforhold psykiatriarbejder og patient imellem, idet psykiatriarbejderen har magt over, og i en vis udstrækning kan siges at bestemme over, den psykoseramte.

Foucault kritiserer det psykiatriske felt, dog argumenteres alligevel i *”Socialt arbejde – teorier og perspektiver”*, for at diagnosesproget kan være brugbart til at sætte et skel mellem det normale og unormale subjekt. Det formuleres i bogen med følgende ord:

*”Man kan som Michel Foucault (2003) hævde, at det, der ligger bag humaniseringen af psykiatrien, dels afspejler en karakteristik af det normale psykisk (eller sjæleligt) sunde subjekt, som kun kan defineres i forhold til et ikke-sundt subjekt – det fornuftige, kalkulerende og refleksive subjekt karakteriseres og defineres bedst ved at definere det irrationelle, spontant og impulsivt reagerende, ufornuftige subjekt – dels i institueringen af lægen og dennes autoritet”* (Guldager, J., et.al., 2019, s. 426).

Med andre ord er skellet mellem normal og unormal kun muligt at finde ved at gøre brug af diagnoser, idet disse udtrykker det ”unormale” felt, hvorimod ikke-diagnose-ramte må siges at være ”normale”. Problemet er dog, at der i dag gøres brug af diagnoser i så stort et omfang, at selv begrebet som sorg bruges indenfor diagnosefeltet.

Magtudøvelse og menneskesyn i dag

*Relevansen af ovenstående findes i sammenhængen mellem magtudøvelse og menneskesynet på psykoseramte borgere. Foucault omtaler den asymmetriske magt, der finder sted indenfor blandt andet psykiatrifeltet i dag. Den asymmetriske magt er med til at udlægge et bestemt menneskesyn. Psykiatriarbejderen er hierarkisk set over den psykoseramte borger, og menneskesynet er præget af denne asymmetri imellem psykiatriarbejder og borger.*

Først og fremmest kan siges at asymmetrien rent faktisk i sig selv gør at psykiatriarbejderen står i en magtposition, for denne er over borgeren, og derved har denne også mere magt end borgeren på visse områder og i en vis udstrækning. Det hele afhænger af, hvor meget den enkelte psykiatriarbejder vælger at inddrage den psykoseramte borger selv i dit behandlingsforløb. Det kan være meget forskelligt, hvor meget den enkelte patient får lov at bestemme, og hvor meget den psykoseramtes egne ønsker bliver opfyldt eller ej. Det kan være ønske om ikke at flytte på et bosted, ønske om selv at administrere medicin eller noget helt tredje.

I al fald er der en asymmetrisk magt, men den kan både være meget synlig eller næsten ikke til at se. Den psykoseramte kan få forbud mod at bevæge sig ud fra det psykiatriske hospital under en indlæggelse. Da er magten meget synlig. Den psykoseramte kan også opleve at magten blot kommer

til udtryk igennem en særlig opmærksomhed fra psykiatriarbejderen, der måske spørger ind til borgerens situation på en lidt overbeskyttende måde, for at sikre sig, at vedkommende for eksempel ikke kunne finde på at tage en overdosis, hvis denne får lov til at administrere sit medicinindtag på egen hånd.

Diagnosesproget er med til at sætte rammer for menneskesynet. Skellet mellem det normale og afvigende fremstår tydeligt i, at anvende et diagnosesprog, hvor der gøres klart, hvad der ses som værende normalt, og hvad der ses som værende afvigende adfærd i samfundet. Dette hænger uadskilleligt sammen med diagnosesamfundet i dag, hvor vi anvender et hav af forskellige diagnoser. På den ene side kan siges, at har man en diagnose, så er man afvigende fra samfundets normalnorm. På den anden side kan siges, at ufattelig mange mennesker i det danske samfund i dag har en diagnose, hvorfor diagnoserne er med til faktisk at gøre det normalt at have en diagnose. Så normen i samfundet kan rykkes ved brug af netop diagnosesproget.

Kort sagt kan menneskesynet på psykoseramte borgere i dag være præget af det asymmetriske magtforhold psykiatriarbejder og psykoseramt borger i mellem. Diagnosesproget er med til at gøre diagnoser normale i samfundet generelt set, hvorfor menneskesynet også kan påvirkes til at være positivt på borgerne, idet diagnosesproget netop normalisere diagnoserne. Samtidig kan man hurtigt komme til at tro, at en persons afvigende adfærd skyldes en diagnose uden det nødvendigvis gør det, hvorfor man, som psykiatriarbejder, også skal passe på, at ikke diagnosen bliver alt man ser hos patienten.

### Goffman om institutionalisering

*Erving Goffman opererer med begrebet totalinstitution i bogen Anstalt og Menneske fra 1997. Goffman fortæller her om en institutionsform, hvor der er fastsat fælles rammer og værdier for såvel ophold som arbejde på stedet. Det væsentlige fra Goffmans teori med hensyn til denne kandidatafhandling er, hvordan de institutionelle rammer hos interviewinformanternes arbejdspladser, det vil sige et psykiatrisk hospitals rammer, har betydning for psykiatriarbejderes menneskesyn på patienterne, herunder de psykoseramte borgere.*

Betegnelsen *totalinstitution* findes relevant for denne kandidatafhandling, idet psykiatriarbejderne arbejder og de psykoseramte patienter opholder sig på, hvad der kan betegnes som værende en *totalinstitution*. Om denne form for institution fremgår af *Anstalt og Menneske* følgende:



*“Den totale institution kan defineres som et opholdssted- og arbejdssted, hvor et større antal ligestillede individer sammen fører en indelukket formelt administreret tilværelse, afskåret fra samfundet udenfor i en længere periode” (Goffman, E., 1997, s. 9).*

Dette indebærer at de, der opholder sig på institutionen, har deres dagligdag her. De borgere, der her opholder sig, hører under samme gruppe. I forhold til den empiri, der indhentes igennem interview i forbindelse med dette projekt, kan siges at de psykoseramte, der kommer i ambulatorierne har det til fælles, at de har faste behandlingssamtaler hos ambulatorierne, mens flertallet heraf sikkert også har været indlagt under samme tag i samme bygning, som hvor ambulatorierne befinder sig, inden de blev visiteret hertil.

Ambulatorierne kan ikke ses som værende en institution, hvor patienterne opholder sig døgnet rundt, men har de været indlagt under samme tag, men på et sengeafsnit, så er sagen en anden. De har haft fælles spisetider, fælles arealer at opholde sig i, gældende for dem alle er særlige regler om indtag af medicinering under opsyn med mere (Goffman, E., 1997, s. 9).

Rent arbejdsmæssigt kan siges, at ambulatorierne, hos det valgte psykiatriske hospital i Region Nordjylland, arbejder under samme tag som sengeafsnittene. Det kan være med til at skabe fælles rammer og retningslinjer, som skal følges. Dog er det vigtigt at nævne, at et fælles værdigrundlag for dette psykiatriske hospitals personale er ét, men hvorledes det tager sig ud i praksis er noget andet.

Der må siges at være forskel på at arbejde med indlagte patienter, der måske først nu skal til at have stillet en diagnose, overfor på den modsatte side, at arbejde med udredte patienter, der skal til at lære at leve med en psykose- eller skizofrenidiagnose. Dette til trods for, at arbejdet finder sted i samme bygning. Goffman nævner dette i *Anstalt og Menneske* ved at forklare, at der kan være forskel på retningslinjer og det egentlige arbejde i praksis (Goffman, E., 1997, s. 60-69).

Goffman om totalinstitutioner samt optræden i roller

*Følgende teoriunderafsnit omhandler to af Goffmans store værker. Det første går under titlen ”Anstalt og Menneske” og det andet går under titlen ”Hverdagslivets Rollespil”. ”Anstalt og Menneske” handler, som før nævnt, om totalinstitutioner, herunder med hovedfokus på et amerikansk statshospital. ”Hverdagslivets Rollespil” handler om rollefordelinger og rolleforventninger i sociale sammenhænge. Goffmans værker finders relevante til at analysere psykiatrarbejderes menneskesyn på psykoseramte borgere, da både psykiatrisk som totalinstitution og rolleforventninger og -*

*fordelinger indenfor psykiatriens rammer, kan siges at have betydning for psykiatarbejderens dannelse af menneskesyn på psykoiseramte borgere.*

Erving Goffman står bag et værk, der som før nævnt, går under titlen *"Anstalt og Menneske"*. Den engelske originaltitel på værket er *"Asylums"*. Værket er fra 1962 og betegnes i forlagsbeskrivelsen som værende:

*"... et af tidens hovedværker inden for den sociologiske analyse af livet i den totale institutions lukkede verden"* (Paludan, u.å.).

En lukket institution kan, som før nævnt, være et psykiatrisk hospital. Herunder for eksempel også, hvor der kan være en lukket afdeling. Det kan dog også eksempelvis være et fængsel eller et plejehjem (Paludan, u.å.).

Goffmans hovedfokus i værket er på et statshospital i USA. Hertil fremgår af forlagsbeskrivelsen følgende:

*"... den mest betydningsfulde faktor i den sindslidende patients udvikling under opholdet ikke så meget er hans sygdom, men selve institutionen og alt, hvad den indebærer"* (Paludan, u.å.).

Alt, hvad institutionen indebærer kan siges at hænge sammen med, hvorledes den er bygget op, samt hvilke rollefordelinger og rolleforventninger, der er på stedet (Goffman, 1997).

Goffman er ikke alene kendt for sit værk *"Anstalt og Menneske"*, hvori der fortælles om totalinstitutioner. Han er også kendt for sit værk *"Hverdagslivets Rollespil"*, hvilket der vil blive set nærmere på nu. I *"Hverdagslivets Rollespil"*, der på engelsk går under titlen *"The Presentation of Self in Everyday Life"* og som udkom i 1959, skildrer Goffman samfundets forskellige rollefordelinger og rolleforventninger.

Goffman fortæller i *"Hverdagslivets Rollespil"*, at mennesker i enhver social kontekst kan siges at være deltagende i et teaterstykke, hvorigennem de interagerer med andre mennesker, der deltager i samme teaterstykke, men som har en anden rolle i skuespillet, end dem selv. Det interessante er, at et skuespil hænger sammen med indbildning, hvorfor en social kontekst, hvori der spilles skuespil, ikke kan siges at vise virkeligheden, men derimod bærer præg af indbildning (Goffman, 2014, s. 51).

Når man i virkeligheden indgår i et socialt samspil, kan det forekomme at man spiller en rolle, og at de andre deltager i samspillet også spiller en rolle. Man er oftest til sådanne sociale sammenhænge enige om at opretholde ”maskerne”, som man tager på (Goffman, 2014, s. 69).

En maske, eller en rolle, er ikke altid at se, når en person træder *backstage*, og så befinder sig ude af den sociale kontekst, eller her ude af skuespillet. Her krakelerer glansbilledet, og den virkelige sandhed kommer frem. Men *frontstage*, eller på scenen om man vil, har alle en rolle på. Det sker måske helt automatisk, men der kan også være visse rolleforventninger til hinanden i en social kontekst (Goffman, s. 141-142).

Indenfor psykiatrien kan det for eksempel være, at behandleren eller psykiateren er den der fører ordet, mens den psykoseramte borger er den, der viser sine følelser, græder, er forpint eller som har et familiemedlem eller en bisidder med, da borgeren ej kan overskue det sociale møde ellers. Men i virkeligheden – når behandleren eller psykiateren træder ned fra scenen – kan denne måske have en rigtig dårlig dag, græde når denne kommer hjem, eller i et helt andet eksempel have et rigtigt grimt syn på den psykoseramte borger, når denne ikke sidder overfor vedkommende.

Dilemmaet ligger dog i, at ordet ”*person*” faktisk betyder ”*maske*”, hvorfor der kan argumenteres for, at en person, der har en maske på i et skuespil – altså som spiller en bestemt rolle i en social kontekst – faktisk mere er sit sande jeg, end når denne er for sig selv. Det kan diskuteres (Goffman, 2014, s. 69).

Relevant for dette projekt findes det, at Goffman opererer med rollefordeling og rolleforventninger, og forskellige roller, herunder eksempelvis om man er syg eller behandler, kan have betydning for ens menneskesyn, og have betydning for hele den totale institutions ”optræden” som scene udadtil.

Institutionalisering og menneskesyn

*Ovenstående findes relevant for denne kandidatafhandling idet menneskesynet indenfor psykiatrifeltet kan være påvirket af institutionaliseringen. Dette kan tage sig ud på forskellig vis. Eksempler herpå er nævnt i dette afsnit og omhandler, hvilken afdeling indenfor psykiatrien, der arbejdes for, samt hvilken arbejdsfunktion den enkelte psykiatriarbejder har.*

Det kan eksempelvis være i form af det faktum, at personalet på ambulatorierne er i tæt kontakt med patienterne, og derved kan få en relation til patienterne, der bærer præg af en personlig relation. Dette kan medføre, at menneskesynet er påvirket af en personlig frem for en faglig relation til borgeren.

På den anden side kan siges, at det, at målgruppen af borgere er ens for hele institutionen, kan medføre et overordnet menneskesyn hos psykiatriarbejderne, idet gruppen af patienter har samme diagnose og problematikker i denne forbindelse. Menneskesynet bliver et overordnet menneskesyn på gruppen som helhed, og ikke et menneskesyn på den enkelte borger.

Relevant er også at nævne, at der kan være forskel på menneskesynet, der anlægges på patienterne i ambulatorierne frem for på et af sengeafsnittene. Dette idet patienterne, som er indlagt på et sengeafsnit, kan siges at være til stede på afdelingen døgnet rundt, hvorfor der fås et meget bedre kendskab til, hvordan de agerer i deres hverdag. Dette frem for det menneskesyn, der kan anlægges i ambulatorierne, hvor patienterne blot er forbi en gang imellem til samtale og opfølgning. Der vil altså kunne være forskel på menneskesynet alene indenfor det psykiatriske hospitals rammer, idet kontakten til borgeren og kendskabet til borgeren er anderledes alt afhængigt af, om man som psykiatriarbejder arbejder på et sengeafsnit eller i et ambulatorium. Det er som sagt sidstnævnte sted hvor psykiatriarbejderne, der interviewes i forbindelse med dette projekt, arbejder.

De hierarkiske rammer kan siges at spille en rolle i forhold til dannelse af et menneskesyn på borgerne. Der kan være forskel på, om man arbejder som psykiater eller daglig behandler. En daglig behandler kan være sygeplejerske, psykolog, ergoterapeut med mere. Kontakten til patienterne kan være anderledes, hvis man sidder på en høj magtposition, såsom psykiateren, frem for, hvis man er daglig behandler, der ikke har samme magtposition som en psykiater har.

## Analyse

*Følgende analyse tager udgangspunkt i dels informationer indhentet igennem interviews af informanter fra psykiatrien, dels teoretisk viden og forforståelse for feltet – blandt andet fra Brinkmann, Foucault og Goffmans teorier. Ligeledes spiller hele arbejdet med udformning af et problemfelt ind, og det er målet med analysen, at denne skal udmunde i en besvarelse af projektets problemformulering: "Hvilke menneskesyn anlægges psykiatriarbejdere på psykoseramte borgere hos ambulatorier og, hvorledes kan viden indenfor det sociale arbejdes felt bidrage til et fornyet og sundt menneskesyn indenfor psykiatrifeltet fremadrettet?". Derfor er lagt vægt på at dele analysen ind i mindre afsnit og også udformning af delkonklusioner og meningsfortolkninger af informanternes udtalelser indgår som mellemlid i denne analyse.*

## Analyseafsnit 1: Forståelsen af begrebet menneskesyn

*Dette afsnit, som er analysedel 1, er delt ind i tre mindre afsnit. Først kommer et afsnit omhandlende informanterne fra interviewet hos psykiatriens syn på begrebet menneskesyn. I dette afsnit præsenteres læser også for kritisk common sense forståelse af det sagte fra informanternes side. Herefter følger et afsnit omhandlende Region Nordjyllands værdigrundlag, der går under betegnelsen ITOP. Sidste afsnit omhandler en dybdegående teoretisk fortolkning af forståelsen af begrebet menneskesyn. Det sidste afsnit er delt ind i yderligere mindre kategorier ud fra de forskellige teoretikere Brinkmann, Foucault samt Goffman.*

Menneskesyn som anskuelsesvinkel og idealværdierne "ITOP" som grundværdier til psykiatriens menneskesyn

*I følgende afsnit præsenteres informanternes udtalelser omhandlende betegnelsen menneskesyn som anskuelsesvinkel og idealværdierne ITOP, der kan ses som værende grundværdier indenfor psykiatriens menneskesyn. Informanternes udtalelser skal ses som værende selvforståelse, set ud fra Kvale og Brinkmanns meningsfortolkningselementer. Selvforståelsen medfører en kritisk common sense forståelsestolkning af informanternes udtalelser, der ligeledes præsenteres i dette afsnit.*

Informanterne fra psykiatrien, som medvirker i interviewene, er indledningsvist i interviewene blevet spurgt ind til, hvad deres forståelse af begrebet menneskesyn er, samt hvorledes de har en bestemt form for syn på menneskesynet indenfor psykiatrifeltets rammer. Informant A's udtalelse til spørgsmålet om, hvorledes denne forstår begrebet menneskesyn på overordnet plan lyder som følger:

*"Jamen, det er jo den måde, man selv ser et andet menneske på. Ens holdning til andre mennesker, kunne det være."*

Informant A kommer således med dennes egen definition af begrebet menneskesyn. Informantens udtalelse skal her fremstå som det, Kvale og Brinkmann kalder *selvforståelse*. *Min kritisk common sense forståelse* af informant A's udtalelse går på, at denne betegner menneskesyn, som værende en anskuelsesvinkel hvorfra man anskuer andre mennesker og danner egne personlige holdninger til disse andre individer.

Informant B's *selvforståelse* af begrebet menneskesyn specifikt indenfor psykiatrifeltets rammer udlægges som følger:

*”I psykiatrien arbejder vi med et grundbegreb, der hedder ITOP. Det er ikke så mange år siden, vi fik det indført. [...] I står for indflydelse, T: tillid, O: ordentlighed og P: professionalisme. Så det er sådan vores grundbegreb – vores menneskesyn.”*

Her fortæller informant B kort og præcist om værdigrundlaget indenfor psykiatrifeltet, som også informant A kan nikke genkende til at arbejde under. Dette værdigrundlag hænger ifølge informant B uadskilleligt sammen med menneskesynet indenfor psykiatrifeltet. Det er med informantens ord, ja nærmest definitionen herpå. Min *kritisk common sense forståelse* af informant B’s udtalelse om psykiatriens værdigrundlag som ramme for menneskesynet indenfor psykiatrien går på, at ITOP-værdierne kan ses som værende idealstenene til dannelse af et sundt menneskesyn indenfor psykiatrien, men selvom psykiatrien har det, der lyder til at være et sundt værdigrundlag, kan udfoldelsen af værdigrundlaget i praksis være svært. Dette idet psykiatriarbejdere kan tolke værdigrundlaget forskelligt, samt idet psykiatriarbejdere er forskellige individer med forskellige personligheder. Psykiatriarbejdernes personligheder kan også siges at spille ind på, hvorledes den enkelte psykiatriarbejder vælger at agere overfor patienter i en given situation, og værdigrundlaget kan blive glemmt.

ITOP-værdigrundlaget som grundlag for psykiatriens menneskesyn

*For at få en dybere forståelse for menneskesynets rødder indenfor psykiatrifeltets rammer, vil nu blive dykket ned i psykiatrifeltets værdigrundlag, der, som før nævnt, går under betegnelsen ”ITOP”. ITOP er en forkortelse for fire relevante begreber, der sammen kan være netop rødderne til et sundt menneskesyn indenfor psykiatrifeltets rammer.*

ITOP-værdierne er grundstenene til det Region Nordjylland kalder for en:

*”... fælles forståelse af, hvordan vi sammen skaber en god arbejdsplads og et godt arbejdsliv.” (Region Nordjylland, 2019).*

Med andre ord er ITOP-værdierne med til at danne rammerne for psykiatrifeltets arbejdsområde. Det vil sige at værdierne er brugbare dels i samarbejdet med kolleger, men særdeles også i mødet med borgerne. ”I” står for ”indflydelse” (Region Nordjylland, 2019). Dette indebærer at psykiatriarbejderne har indflydelse på borgernes liv, men betegnelsen kan ligeledes lægge op til, at også borgerne selv, bør have medindflydelse. Af Region Nordjyllands hjemmeside står følgende beskrivelse af værdien ”indflydelse”:

*”Vi skaber dialog og samarbejde – vi tager fælles ansvar for et aktivt samarbejde og en åben dialog” (Region Nordjylland, 2019).*

Det handler med andre ord om kommunikation og samarbejde på tværs af organisationen og sammen med borgerne.

For at se nærmere på næste ITOP-værdi som forkortes ”T” for ”tillid” (Ibid.), kan i det følgende citat se, hvorledes dette begreb beskrives via Region Nordjyllands hjemmeside:

*”Vi udviser og indgyder tillid – vi har gensidig tillid uanset om samarbejdsrelationerne er op, ned, til siden eller ud” (Region Nordjylland, 2019).*

Tillid ses som værende en vigtig faktor indenfor psykiatrifeltets rammer uanset om det samarbejdes internt, eksternt, med borgere eller medarbejdere.

Næste begreb, der findes relevant for ITOP-værdiernes grundlag har forkortelsen ”O”, hvilket står for ”ordentlighed” (Ibid). Betegnelsen beskrives på følgende måde på Region Nordjyllands hjemmeside:

*”Vi er til at stole på og gør det, vi siger – vi er ordentlige i det, vi siger og gør, og med gensidig respekt” (Region Nordjylland).*

Her lægges der vægt på en adfærd, der bygger på ordentlighed og respektfuldhed. Det er et af kerneønskerne at psykiatriarbejderne skal være til at stole på. Dette kan for eksempel komme til udtryk i, at man overholder sin tavshedspligt overfor borgerne og danner en sund relation til borgerne, som indebærer, at disse ikke er bange for at åbne op og fortælle om deres problematikker. Det indebærer også, at hvis der er indgået en aftale, så overholdes denne, medmindre man for eksempel på en ordentlig måde melder afbud, hvis dette bliver nødvendigt.

Næste og sidste begreb forkortes ”P” for ”professionalisme” (Ibid). Professionalisme indebærer evidens, og dette beskrives med følgende ord på Region Nordjyllands hjemmeside:

*”Vi løser vores opgaver med høj faglighed og kvalitet – vi er professionelle og arbejder for at løse vores opgaver med høj faglighed, kvalitet, effektivitet og menneskelighed” (Region Nordjylland, 2019).*

Med andre ord handler det om at vise, at man træffer sine valg og siger, som man siger, med ens faglighed for øje. Men også med en menneskelighed for øje (Ibid).

I TOP-værdierne kan siges at hænge uadskilleligt sammen, da de alle vægtes som værende lige vigtige og indflydelsesrige for psykiatriarbejderens virke både overfor borgerne og overfor kollegerne. Det er dog vigtigt at pointere, at der er tale om et værdigrundlag – et ideal, som tidligere nævnt – hvilket indebærer, en måde, hvorpå det ønskes at psykiatriarbejderne skal arbejde. Men det er ikke givet at psykiatriarbejderne nødvendigvis arbejder ud fra disse værdier i praksis. Det er ikke givet at de indtænker disse tre værdier i deres arbejde hele tiden. Dette er blot en model for, hvordan det ideelle arbejde som psykiatriarbejder bør se ud – en form for rettesnor – men der kan argumenteres for, at det kan være svært at efterleve disse værdier i praksis, idet det kan være vidt forskelligt fra psykiatriarbejder til psykiatriarbejder, hvorledes denne vælger at indarbejde værdierne i sit daglige arbejde. Ligeledes er det ikke til at lave stikprøvekontrol af, hvorledes værdierne overholdes, da en person måske ville mene, de ikke overholdes af en bestemt psykiatriarbejder, ene og alene fordi disse to mennesker, måske vægter en eller flere af værdierne forskelligt.

Alligevel kan siges, at menneskesynet indenfor psykiatrifeltets rammer, ifølge ITOP-værdierne, bør bære præg af en overordnet forståelse for andre mennesker og en overordnet medmenneskelig respekt, samtidig med at psykiatriarbejderen bør huske på sin faglighed og have denne for øje i sit møde med borgerne. Alt dette tilsammen kan komme til udtryk igennem indflydelse, tillid, ordentlighed og professionalisme.

Teoretisk fortolkning af begrebet menneskesyn

*Følgende analyseafsnit er delt ind i tre kategorier, der repræsenterer Brinkmanns, Foucaults og Goffmans teoretiske indflydelse på forståelsen af begrebet menneskesyn. Dette med særligt fokus på menneskesynet indenfor psykiatrifeltets rammer.*

*Brinkmann og forståelsen af begrebet menneskesyn*

Ud fra denne kandidatafhandlings teoriafsnit kan siges, at diagnosesamfundet har betydning for menneskesynet indenfor psykiatrifeltets rammer. Diagnosesamfundet kan siges at have betydning for, hvordan vi tænker om andre mennesker. Herunder også hvorledes psykiatriarbejdere anskuer og danner holdninger til de psykoseramte borgere.

Brinkmann fortæller, at man ikke altid skal anskue sygeliggørelsesbegrebet som noget negativt. Informant B fortæller under interviewet om Region Nordjyllands værdigrundlag, der som nævnt, går under betegnelsen ITOP. Anskuer psykiatriarbejderne de psykoseramte borgere, og andre



patientgrupper, ud fra dette værdigrundlag kan argumenteres for, at man ikke har et negativt syn på sygeliggørelsesbegrebet. Heller ej et negativt menneskesyn på de psykoseramte borgere.

Horwitz, som Brinkmann udpeger og som også er nævnt i denne kandidatafhandlings teori-afsnit, fortæller at skizofreni er en af de såkaldte genuine psykopatologier. Med andre ord kan herudfra tolkes at skizofreni er en ægte sygdom, og det at anskue psykoseramte ud fra denne synsvinkel medfører ikke nødvendigvis, at de psykose- og skizofreniramte ses som værende ”unormale”. Nej, det kan tværtimod være med til at skabe større forståelse for denne patientgruppe, idet det ikke er negativt at blive kaldt syg i et diagnosesamfund, hvor stort set alle enten selv har eller kender en, der har en diagnose.

#### *Foucault og forståelsen af begrebet menneskesyn*

Med afsæt i dette speciales teori-afsnit kan siges, at magtforhold indenfor psykiatrifeltets rammer kan have betydning for menneskesynet på psykoseramte borgere. For det første skal nævnes, at der finder en asymmetrisk/ulige magt sted psykiatriarbejder og patient imellem, idet både behandleren og psykiateren rent hierarkisk ligger over patienten. Det kan have betydning for det menneskesyn som psykiatriarbejderne har på de psykoseramte borgere, idet der både er retningslinjer for adfærd og ophold i institutionen. Alligevel kan det også siges at være positivt med et ulige magtforhold psykiatriarbejder og patient imellem, idet psykiatriarbejderen får rollen som omsorgsgiver, mens patienten er omsorgsmottager.

I dag kan man sige, at det mere normalt at få en diagnose, end det var førhen, men de diagnosticerede kan hurtigt blive set, som de unormale, mens de raske, og dermed ikke-diagnosticerede, er de normale. I middelalderen blev de psykisk syge set som værende ikke-mennesker, mens de i renæssancen blev set som unormale. De psykisk syge kan stadig den dag blive indelukket, som i renæssancen, dog ikke i fangehuller, men på psykiatriske hospitaler. Dog kan medicin hurtigt stabilisere en patient nok til at denne overflyttes fra et sengeafsnit til at være knyttet til et ambulatorium, hvor denne kan deltage i samtaleforløb hos en behandler. Indelukkelsen varer så at sige ikke ved.

#### *Goffman og forståelsen af begrebet menneskesyn*

Ud fra Goffmans teori om totalinstitutioner samt teori om rollefordelinger og -forventninger kan siges at, både rammer, regler og værdier indenfor psykiatriens rammer kan have betydning for dannelsen

af et menneskesyn på den psykoseramte borgere set fra psykiatriarbejderens synsvinkel. Ligeledes kan rollefordelinger og -forventninger have betydning for dannelsen af menneskesynet.

Man kan ud fra Goffmans værk ”Hverdagslivets Rollespil” sige, at enhver psykiatriarbejder samt patient agerer på en måde i mødet med hinanden, altså *frontstage*, mens skjulte sandheder kommer frem *backstage*. Dette medfører også, at de oplysninger, der er kommet frem under interviewene med informant A og B, ikke nødvendigvis udviser hele sandheden, da der er tale om et øjebliksbillede, hvor informanterne får mulighed for at udlægge deres holdninger. De kan have valgt at udelade noget eller kan være kommet i tanke om noget efterfølgende, de ville ønske, de havde fået sagt.

Der kan yderligere siges at være forskel på at arbejde hos psykiatrien, hvor der er et værdigrundlag, man arbejder ud fra, og så det at opholde sig på stedet som patient, hvor der er nogle retningslinjer for adfærd og ophold, der skal overholdes. Også her ses den ulige magt, som indebærer, at patienterne skal overholde nogle retningslinjer, som psykiatriarbejderne har magtudøvelse til at gøre opmærksomme på.

#### Delkonklusion

*Mange andre faktorer end værdigrundlaget kan have betydning for informanternes, og andre psykiatriarbejderes, menneskesyn på psykoseramte borgere. Både diagnosesamfundet, ulige magtfordeling – herunder også rolleforventninger – samt institutionaliseringen kan have betydning for det menneskesyn psykiatriarbejdere anlægger på psykoseramte borgere.*

Menneskesynet på psykoseramte kan ud fra Brinkmanns teori om diagnosesamfundet afhænge af, hvorledes sygeliggørelsesbegrebet ses som værende positivt eller negativt. Eftersom psykiatriarbejderne, der medvirker under interviews, dagligt møder psykoseramte, antages at disse ikke ser negativt på sygeliggørelsesbegrebet. Derfor antages også at disse ikke har et negativt syn på den patientgruppe, der arbejder med. Horwitz, som Brinkmann udpeger, fortæller også at skizofreni er en ægte sygdom, en genuin psykopatologi. Det er ikke blot et resultat af diagnosesamfundet, hvor man måske kan være blevet for hurtige til at stille en diagnose i nogen sammenhænge. Nej, det er en sand lidelse.

Ud fra Foucault kan siges, at der er en asymmetrisk/ulige magt psykiatriarbejder og patient imellem, hvilket kan have betydning for psykiatriarbejderens menneskesyn på den psykoseramte borger. Dette

i og med, at psykiatriarbejderen er over patienten rent hierarkisk. De er ikke ligestillede, selvom det kan være psykiatriarbejderens ønske at møde patienten som ligeværdigt individ.

Menneskesynet på psykoseramte kan ligeledes være påvirket af institutionaliseringen samt af bestemte rolleforventninger og rollefordelinger indenfor psykiatrifeltets rammer. Også her kan den asymmetriske magt ses, idet den ene arbejder hos psykiatrien, mens den anden part blot opholder sig her.

## Analyseafsnit 2: En stigning i antallet af diagnoser

*Følgende analyseafsnit, som er analyseafsnit to, indebærer overordnet set informationer om en stigning i antallet af diagnoser. En stigning som både informanterne fra psykiatrien samt en undersøgelse fra Socialstyrelsen fra 2020 viser er sand. Informanterne er enige om at se en stigning i antallet af diagnoser indenfor psykoser og skizofreni. Socialstyrelsens undersøgelse fra 2020 viser, at der fra 2014-2018 er sket en stigning på 30 % i psykiske lidelser blandt voksne i alderen 18-66 år. Der er med andre ord sket en stor stigning på alene 4 år. Til sidst fremgår et teoretisk fortolkningsafsnit, hvoraf der fremgår at en stigning i antallet af diagnoser kan hænge sammen med diagnosesamfundet, magtudøvelse samt institutionaliseringen af psykiatrien.*

Flere diagnoser, flere patienter og flere ansatte samt fordele og ulemper i denne forbindelse  
*Følgende afsnit omhandler i hovedtræk, hvorvidt informanterne mener, der i dag diagnosticeres oftere end førhen, samt en umiddelbar tolkning af informanternes udsagn. Med andre ord præsenteres i dette afsnit "selvforståelse" samt "kritisk common sense forståelse". Ligeledes vægtes fordele og ulemper ved en stigning i antallet af diagnoser.*

Informant B giver under interviewet udtryk for, at der diagnosticeres oftere, og fortæller følgende, da der spørges ind til, hvorvidt vedkommende mener, at antallet af diagnoser er steget eller ej:

*"... mit billede er helt klart, at de senere år kommer der flere patienter til os med flere forskellige diagnoser, det er ikke kun en diagnose de har. Og jeg kan også se, at her i vores lille team, har vi fået flere ansatte og vi har flere patienter pr. ansatte."*

Med disse ord giver informant B udtryk for, at antallet af patienter med skizofrenidiagnosen eller en psykose er steget, idet det er denne målgruppe informant B arbejder med. Informant A giver udtryk for at være enig i, at antallet af diagnoser er steget. Informanternes udsagn fremgår som *selvforståelse*.

Min *kritisk common sense forståelse* går på, at informanterne opstiller en hypotese om, at der diagnosticeres oftere. De taler ud fra, hvad de ser, men ikke ud fra faktiske statistiske tal.

Informant A bliver spurgt ind til, om vedkommende ser det som en fordel eller ulempe, at der diagnosticeres oftere. Hertil svarer informant A følgende:

*”Det er selvfølgelig en hjælp i forhold til, at man så har et arbejdsredskab, og skulle arbejde med. Og det er, for eksempel, hvis man har en skizofrenidiagnose [...], så kan det være mit arbejdsredskab i forhold til, hvad det er for nogle mestringer man skal arbejde med, med et andet menneske.”*

Ovenstående fremgår som *selvforståelse*. Min *kritisk common sense forståelse* af dette går på, at fordelene ved, at der diagnosticeres oftere er, at psykiaterne og behandlerne indenfor psykiatrien bedre kan bidrage med den fornødne hjælp i form af terapi og medicinering, når der er stillet en egentlig diagnose.

Informant A fortæller i forlængelse af ovenstående udtalelser følgende:

*”... ulempen kan også være, at der kan være nogle gråzoner i forhold til diagnosen i udredningsperioden, hvor det kan ligne lidt den ene diagnose eller den anden diagnose. Og hvis man bliver låst fast på det, og den så ikke er helt rigtig, eller patienten ikke er enig i den her diagnose, der bliver stillet, så kan det godt være lidt af et dilemma.”*

Dette udsagn fremgår som *selvforståelse*. Min egen *kritisk common sense forståelse* heraf går på, at ulempen ved oftere diagnosticering kan være et ændret menneskesyn på mange borgere, der med en diagnose står ud fra mængden og kan ses som værende afvigende og unormale. På den anden side, kan flere dog få forståelse for det psykiatriske felt og dermed for en given diagnose.

Statistisk materiale bakker op om informanternes udtalelser om en stigning i antallet af diagnoser. For at dykke yderligere ned i spørgsmålet om, hvorvidt antallet af diagnoser er steget eller ej, eller om dette blot er informanternes *selvforståelse*, samt min egen *common sense forståelse* – eller alene gælder indenfor skizofreni- samt psykosed diagnoserne – findes relevant at inddrage data fra Socialstyrelsen herom. En registeranalyse udarbejdet af PwC med afsæt i informationer fra Danmarks Statistiks Forskerservice, som er publiceret af Socialstyrelsen i november 2020 viser nemlig, at antallet af psykiske lidelser er steget markant over de sidste år.

Informationerne fra analysen tager afsæt i WHO's ICD-10, som er et diagnosesystem, der kan være med til at afgøre, hvorvidt en borger er i besiddelse af en given diagnose eller ej (Socialstyrelsen, 2020).

Tallene i analysen er fra 2014-2018 og overordnet viser analyseresultaterne, at der blandt voksne i alderen 18-66 år er en stigning med hele 30 % i psykiske lidelser i ovennævnte periode på alene 4 år. Det er formålet med analysen, at den skal bidrage med ny information og evidens indenfor det socialpsykiatriske felt. Følgende fremgår af Socialstyrelsens hjemmeside herom:

*” I 2014 var der 388.950 borgere over 18 år med en psykiatrisk diagnose. I 2018 var antallet steget til 507.268. En stigning på 30 pct. på blot fire år (Socialstyrelsen, 2020). ”*

En forklaring på, at der er sket denne store stigning i antallet af diagnoser indenfor det psykiatriske felt kan, som det fremgår af analysens dertilhørende artikel være, at flere søger hjælp end førhen, hvorfor også flere borgere får stillet en diagnose (Ibid.).

En anden forklaring herpå kan være, at der i årrækken 2014-2018 er kommet en del indvandrere til landet, hvorfor også deres psykiske traumer fra krig med mere er medregnet i analyseresultaterne, i tilfælde af, de har søgt hjælp indenfor psykiatrifeltet og har fået stillet minimum en diagnose, som her kunne være posttraumatisk stress. Undersøgelsen viser i al fald, at der i 2014 var omtrent lige mange med psykiatriske lidelser på tværs af etnicitet, hvorimod der er flere etniske danskere med en psykiatrisk lidelse siden 2014. Dette kan skyldes, at der ikke i 2018 er kommet lige så mange flygtninge til landet end i årene her forinden, hvorfor der i disse år er færre indvandrere, der har fået stillet en diagnose.

Diagnoserne skizofreni og psykoser hører under en diagnosegruppe fra WHO's ICD-10 sammen med diagnosen skizotypisk sindslidelse. Samtidig med dette er psykoser opdelt i paranoide psykoser, akutte psykoser, forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser (Socialstyrelsen, 2021, s. 43).

Af diagnoserne skizofreni samt psykoser viser undersøgelsen i figur nummer 3:3, at der er cirka lige mange mænd som kvinder med disse diagnoser i 2018. Disse diagnoser går med andre ord under kønsneutrale diagnoser. De to diagnoser hører desuden ikke under de allermest stillede diagnoser i perioden 2014-2018. Det gør derimod autisme, demens og ADHD (Socialstyrelsen, 2021, s. 11).

For de to diagnoser skizofreni og psykoser viser undersøgelsen desuden at omtrent samme andel indvandrere som etniske danskere har diagnosen. Herfor kan siges, at det ikke nødvendigvis er en god

forklaring, at indvandrerstrømmen skulle spille en rolle på antallet af disse diagnoser. Der er dog andre diagnoser, for eksempel ADHD og autisme, hvor der er større andel af etniske danskere med diagnoserne end der er indvandrere med diagnoserne (Socialstyrelsen, 2021, s. 18).

Ud fra ovenstående informationer fra registeranalysen kan argumenteres for, at antallet af diagnoser ganske rigtigt er steget igennem de seneste år, som informanterne giver udtryk for under interviewet. Samtidig ved vi nu, at der er tale om en generel stigning, der blandt andet kan skyldes, at flere personer søger hjælp end førhen. Målgruppen for undersøgelsen er som der nævnes de 18-66-årige, hvorimod informant B i sit ambulatorie alene arbejder med de 18-35-årige. Derfor skal selvfølgelig siges, at der i undersøgelsen fra PcW er medtaget de 36-66-årige, som er udenfor informant B's arbejdsområde (Socialstyrelsen 2021).

Af figur 4:1 vises, at blandt de voksne med en psykisk lidelse udgør de 18-24-årige 17%, de 25-29-årige 12%, de 30-39-årige 21%. I sidstnævnte aldersgruppe er vigtigt at lægge mærke til, at der her også er taget højde for de 36-39-årige og ikke alene de 30-35-årige, som hører under informant B's målgruppe. Foruden målgruppen for informant B, udgør de 40-49-årige ligeledes 21% af psykiske lidelser, mens der udgøres henholdsvis 20% og 9% blandt de 50-59-årige og 60-66-årige. Med andre ord udgør de 18-39-årige faktisk 50% af diagnoseramte voksne, hvorfor også 40-66-årige udgør 50% af diagnoseramte voksne (Socialstyrelsen, 2021, s. 12).

Taget i betragtning, at de 30-39-årige er delvist udenfor informant B's målgruppe, kan altså siges at der er større andel fra 36 år og opefter med en psykisk lidelse, end der er voksne med en psykisk lidelse under 36 år. Dog er forskellen ikke mærkbar stor, men idet omtrent halvdelen af de voksne med psykiske lidelser er udenfor informant B's målgruppe af ny-diagnosticerede skizofreniramte borgere skal siges, at dette er væsentligt at have med sig i sine overvejelser om, hvorledes antallet af diagnoser er stigende eller ej indenfor netop informant B's målgruppe. Der kan i al fald argumenteres for, at der ikke er så stor en stigning i diagnoser, som havde de 36-66-årige også været i målgruppen for ambulatorie nummer 2's behandlingsforløb. Derfor kan det være interessant at se på, hvorledes antallet af diagnoser også siges at være stigende for de 35+-årige indenfor skizofreni- samt psykosefeltets rammer.

For informant A, som ikke arbejder i samme ambulatorie som informant B, er målgruppen noget mere åben. Målgruppen består her både i voksne fra 18-35 år, men også de, der er over 35 år. Der kan med andre ord være flere med lidelserne skizofreni og psykoser indenfor informant A's ambulatorium. Dette da målgruppen her er bredere. Det kan have betydning for psykiatriarbejdernes syn på,

hvorledes der diagnosticeres oftere end førhen, hvor mange psykoseramte borgere de møder i deres daglige arbejde. Dog er de medvirkende informanter som nævnt enige om, at der diagnosticeres oftere.

Ydermere kan siges, at der med afsæt i ovenstående statistiske tal samt interviewudsagn overordnet kan siges at være en stigning i antal diagnoser på tværs af aldersgrupper, mens der ikke kan udelukkes, at informanterne har ret i, at der diagnosticeres oftere indenfor det psykiatriske felt, når det kommer til skizofreni og psykoser.

Teoretisk fortolkning af stigningen i antallet af diagnoser

*I følgende afsnit bliver præsenteret, hvorledes Brinkmanns teori om diagnosesamfundet, Foucaults magtteori samt Goffmans teori om institutionalisering samt rollefordelinger og -forventninger har betydning for stigningen af diagnoser indenfor psykiatrien. Det præsenteres ligeledes, hvordan disse teorier kan sige noget om fordele såvel som ulemper i forbindelse med stigningen af diagnoser indenfor psykiatrien.*

*Brinkmann, Foucault og Goffman og stigningen af diagnoser*

Stigningen i antallet af diagnoser kan siges at hænge uadskilleligt sammen med Brinkmanns udsagn om, at vi i dag lever i et diagnosesamfund, hvor stadigt et stigende antal af befolkningen får stillet en eller flere diagnoser (Brinkmann, 2019).

Brinkmanns teori kan altså siges at blive godkendt ud fra ovenstående statistiske materiale samt ud fra informanternes erfaring indenfor feltet. Dog indebærer diagnosesamfundet også, at flere kan få en fejl diagnose. Dette blandt andet, da flere diagnoser kan siges at overlape hinanden.

På grund af diagnosesamfundet har psykiatrien behov for flere ansatte. Dette i takt med et stigende antal af patienter. Det har altså, med afsæt i Goffmans begreb om institutionalisering, betydning for psykiatrien som institution, at vi lever i et diagnosesamfund, idet dette medvirker til psykiatriens opretholdenhed.

Samtidig kan siges at psykiatrien, med afsæt i Foucaults teori om magtforhold, får mere magt i samfundet generelt, i takt med at diagnoserne bliver gjort legitime.

*Brinkmann, Foucault og Goffman og fordele og ulemper ved den hyppigere diagnosticering*

En fordel ved Brinkmanns diagnosesamfundsbegreb kan være, at diagnosesproget udvikles og anvendes i diagnosesamfundet, samt at flere får den hjælp, de har brug for på grund af, at der er så meget fokus på diagnoser hele tiden i dagens Danmark.

I forbindelse med Foucaults teori, kan siges at Psykiateren får mere magt, og andre psykiatriarbejdere, som kan ses som værende omsorgsgivere, kunne måske hjælpe mere, end hvad de får mulighed for. Dette i det, at medicin ikke nødvendigvis kan ses som værende svaret på alt. Medicin behandler symptomer, men hvad med at se på årsagen til, hvorfor den enkelte udvikler en psykose eller egentlig skizofrenisygdom?

I forhold til Goffmans teori om rollefordeling og rolleforventninger kan siges, at den psykisk syge placeres i en rolle som enten *unormal*, hvilket er negativt, eller *som en, der kan hjælpes*, hvilket er noget mere positivt.

I forhold til Goffmans teori om totalinstitutioner kan siges, at institutionaliseringen udvikles og fastholdes – den er stadig aktuel.

Delkonklusion

*Diagnosesamfundet har betydning for psykiatrien både som institution og som magtenhed. Væsentligst er dog, at det, at vi kan siges at leve i et diagnosesamfund, kan have stor betydning for menneskesynet på psykoseramte borgere. Både informanternes udtalelser samt statistikkens tal viser, at der diagnosticeres oftere og at antallet af diagnoser i den forbindelse er steget.*

Der kan argumenteres for, at, hvor skizofrene og psykoseramte førhen kunne siges at være et fåtal af befolkningen, bliver diagnosen i dag i større grad accepteret, idet diagnoser indenfor dette felt af psykiatrien bliver mere og mere almindelige. Førhen så man denne målgruppe som nogen, der var gale, og mærkelige, i det de eksempelvis kunne have tendens til at virke farlige og samtidig gå og hviske for sig selv på grund af stemmehøring. Udviklingen i form af hyppigere diagnosticering indenfor feltet kan helt klart siges at være en hjælp mod af forebygge marginalisering af denne målgruppe af borgere.

Den øgede fokus på diagnoser medvirker til at psykiatrien som institution opretholdes, og psykiatere sidder med en stor magt til at stille diagnoser og udstede medicin i denne forbindelse. Men behandlerne indenfor psykiatrien kan siges at møde borgerne mere i øjenhøjde, da de har hyppige



samtaleforløb med patienterne og ikke selv sidder med magt til at stille diagnoser eller udstede medicin. Om man er psykiater eller behandler kan altså også have betydning for ens menneskesyn på psykoseramte borgere, hvilket bør huskes. I denne kandidatafhandling indgår udelukkende interviews af to informanter fra Region Nordjylland, som er primærbehandlere for patienterne.

Interviewresultaterne kunne altså have set anderledes ud, var der interviewet en psykiater. En anden mulighed er at se på tværs af afdelinger i landet eller i Norden. Informanterne fra Region Nordjylland repræsenterer ikke nødvendigvis en bred vifte af psykiatriarbejders menneskesyn på psykoseramte borgere. Dog er det interessant, at informanternes udsagn om en stigning i antallet af diagnoser viser sig at stemme overens med statistisk materiale indenfor feltet.

### Analyseafsnit 3: Hvorfor i det hele taget gøre brug af diagnoser?

*Dette er analyseafsnit 3. Afsnittet er delt ind i to underkategorier. Først omhandlende informanternes syn på diagnosticering indenfor psykiatrifeltet som arbejdsredskab og patientgruppeopdeling. Herunder selvforståelse samt kritisk common sense forståelse af selvforståelsen. I andet underafsnit præsenteres læser for en teoretisk fortolkning af informationerne fra første afsnit.*

#### Diagnosticering som arbejdsredskab og patientgruppeopdeling

*Afsnittet tager udgangspunkt i et spørgsmål til informanterne under interviewet til dette kandidatspeciale, der går op, hvorvidt de kan forklare, hvorfor der diagnosticeres indenfor psykiatrifeltet. I denne forbindelse kommer informanterne både ind på diagnosticering som arbejdsredskab og gruppeopdeling. Goffmans institutionaliseringsbegreb såvel som Brinkmanns begreb "diagnosesprog" findes her relevant som led i en meningsfortolkning af denne sammenhæng. Foucaults begreb om ulige magt inddrages afslutningsvist, til at forklare, at diagnoserne medfører en asymmetrisk magt psykiatriarbejder og patient imellem.*

Da, der under interviewet spørges ind til, hvorfor der diagnosticeres indenfor psykiatrifeltet, ifølge informanterne, fortæller informant B følgende:

*"Altså jeg tænker det handler rigtigt meget om, at man skal sætte folk i grupper, for man får den rigtige specialiserede behandling. Så her i vores regi, der stiller man skizofrenidiagnosen, så man får den specialiserede behandling, man har brug for. Så for at mennesker kommer hen, hvor de hører til, og får den rigtige behandling."*

Informant A bliver ligeledes under interviewet spurgt ind til, hvorfor vedkommende mener, der diagnosticeres indenfor psykiatrifeltet. Her svarer informant A følgende:

*”Det er et arbejdsredskab. Og det er egentligt fordi, at når der er et diagnosesystem, er der også en fælles faglig forståelse for, hvad det er det drejer sig om, det her begreb, vi snakker om.”*

Informanternes udtalelser fremgår her som *selyforståelse*. Min egen *kritisk common sense forståelse* indenfor feltet, som led i meningsfortolkningen af denne analysedel, bygger på, at der diagnosticeres indenfor psykiatrifeltet, for at danne et overblik. Dette i form af, som informant B udtaler det: at sætte folk i bestemte sygdomsgrupperinger, men også som informant A udtaler det, for netop at få en fælles faglig forståelse for de forskellige sygdomsgrupper af patienter. Der dannes et overblik over hvilken diagnose borgeren har, netop for herefter at indhente forståelse for, hvad diagnosen indebærer, og hvorledes man som psykiatriarbejder bør møde borgere med netop denne psykiske lidelse.

Teoretisk fortolkning af, hvorfor der diagnosticeres indenfor psykiatrifeltet  
*For at udfærdige en teoretisk fortolkning af informationerne, der fremgår af ovenstående afsnit ses det her hensigtsmæssigt at inddrage dels Goffmans institutionaliseringsbegreb, men også Brinkmanns teori og diagnosesamfundet og herunder diagnosesprog. Ligeledes findes det relevant at inddrage Foucaults magtbegreb, herunder ulige/asymmetrisk magt.*

Det at diagnosticere indenfor psykiatrifeltet kan siges at hænge uadskilleligt sammen med det, at vi i dag lever i et diagnosesamfund. At borgerne ifølge informant B sættes i grupper, og at dette er et af formålene med at diagnosticere, kan blandt andet skyldes det, at der har fundet en institutionalisering sted indenfor psykiatrifeltet – dette med afsæt i Goffmans institutionaliseringsteori – som gør at folk netop grupperes i institutioner, såsom forskellige psykiatriske sengeafsnit og ambulatorier. Ligeledes inddrages de i patientgrupper efter, hvilken psykiatrisk problemstilling, der hører indenfor. Herunder eksempelvis sengeafsnit og ambulatorier alene for psykose- og skizofreniramte.

Det kan også siges at hænge uadskilleligt sammen med det, at vi i dag – som Brinkmann fremstiller det i sin teori om diagnosesamfundet – gør brug af et bestemt diagnosesprog, såsom for eksempel, når psykiaterne gør brug af et bestemt kriteriespørgeark for at finde ud af, om borgeren kan udredes til at have en bestemt diagnose.

Diagnoserne kan siges at medføre en ulige magt psykiatriarbejder og patient imellem. Da det, når diagnosen er stillet, står klart, at *den syge* er syg, mens psykiatriarbejderens ses som værende den raske i denne relation.

#### Delkonklusion

*I følgende delkonklusion er vægtet, hvorledes gruppeopdeling og diagnosticering som arbejdsredskab har betydning for dannelsen af et menneskesyn på psykoseramte borgere indenfor psykiatrifeltets rammer.*

Det menneskesyn, som anlægges i ovenstående analyseafsnit, tager udgangspunkt i en idé om, at patienter bør placeres i grupper, da grupperingerne kan være væsentlige for at kunne yde den rette behandling til den enkelte borger. Dette idet forskellige patientgrupper har brug for forskellig behandling, dog har for at give et eksempel, patientgruppen med skizofreni, alle behov for en behandling, der har fællestræk. Et fællestræk kunne være, de skal have antipsykotisk medicin. Et andet kunne være, at der under samtaleforløb spørges ind til psykotiske symptomer.

Diagnosticering kan ses som værende et arbejdsredskab, og det kan være nemmere at yde den rette behandling, hvis man er klar over, hvilke problematikker - herunder hvilken diagnose – en borger har. Men anskuer psykiatriarbejderne patienterne ud fra den patientgruppe, den enkelte indgår i, kan argumenteres for, at det ikke er patienten der ses som menneske, men gruppen som helhed. I den forbindelse kan det være vanskeligt at yde en konkret individuel behandling, da psykiatriarbejderen da nemt kan komme til at behandle alle de skizofreniramte patienter ens, og tro, at de sidder med de samme problematikker – dog kan forskellige mennesker, vel have forskellige problematikker, trods samme diagnose.

#### Analyseafsnit 4: Konsultation af ikke-diagnosticerede borgere overfor ny-diagnosticerede borgere

*I følgende fjerde analyseafsnit lægges vægt på at analysere, hvorledes primærbehandlerne, som medvirker under interviews, ser konsultationen af borgere. Denne analyse er opdelt i to kategorier. Der er først lagt vægt på analyse af konsultationen af ikke-diagnosticerede borgere overfor ny-diagnosticerede borgere. Herunder fremgår informanterne, der medvirker under interviews, selyforståelse samt kritisk common sense forståelsen heraf. Herefter er lagt vægt på en teoretisk fortolkning af konsultationen af ikke-diagnosticerede borgere overfor ny-diagnosticerede borgere.*

Regler for adfærd og ophold overfor forståelse for krisetilstand eller lettelse

*I følgende underafsnit til analyseafsnit fire ser vi nærmere på konsultation af borgere. Her de borgere, der ikke er diagnosticeret endnu, og som for første gang befinder sig hos psykiatrien med henblik på at få den fornødne hjælp, herunder for eksempel også at få stillet en diagnose. Dette overfor de borgere, der netop har fået en diagnose indenfor psykiatrien og som for eksempel skal i gang med et samtaleforløb og medicinsk behandlingsforløb. Vægtet i dette afsnit er meningsfortolkningselementerne: selvforståelse samt kritisk common sense forståelse.*

Informanterne bliver spurgt ind til, hvorledes de forholder sig, når de skal konsultere henholdsvis ikke-diagnosticerede borgere og ny-diagnosticerede borgere. Informant A's udtalelse til spørgsmålet angående konsultation af ikke-diagnosticerede findes her interessant. Vedkommende fortæller følgende under interviewet:

*”Jeg vil først og fremmest byde vedkommende velkommen. Hvis det er på et sengeafsnit, var det sådan? Så tager vi typisk imod en patient, når de kommer til afdelingen, og de kommer typisk fra skadestuen af eller et andet afsnit. Byder dem velkommen og viser dem ind på den stue de skal have. Lader dem lige lande, og få fat i sine ting. Fortæller lidt om, hvad det vil sige at være indlagt på den afdeling, de er indlagt på. Og så typisk en rundvisning, og hvad der ligesom er af husorden eller husregler, hvis man kan sige det sådan. Og det er ikke regler for reglernes skyld, det er simpelthen... det er sådan lidt med, hvordan adfærden er på et sengeafsnit, og lidt om, hvornår man spiser, og hvornår de faste aktiviteter er.”*

Informanterne arbejder i ambulatorier for skizofreni- og psykoseramte, men informant A fortæller i ovenstående citat om, hvorledes vedkommende kunne forestille sig at møde patienterne, som ikke har fået en diagnose endnu, hvilket typisk vil foregå på et sengeafsnit og ikke i et ambulatorium. Min baggrundsviden går på, at informant A ikke nødvendigvis gætter, idet denne tidligere har været ansat i en anden stilling, hvorfor denne kan have erfaring indenfor arbejde på et sengeafsnit. Informant A's udtalelse fremgår her som *selvforståelse*.

Min egen *kritisk common sense forståelse* af informant A's udtalelse går på, at vedkommende er meget regelorienteret i sit svar. Det kan gisne om en manglende tiltro til patienterne, at alting skal handle om regler for adfærd og ophold på et sengeafsnit.

Ser vi nærmere på spørgsmålet om, hvorledes informanterne ville agere i mødet med borgere, som lige har fået stillet en diagnose, fortæller informant B følgende under interviewet:

*”Det gør jeg jo rigtigt ofte, og der er meget fokus på, hvad de står i nu. Om de er i krise. Man kan også være lettet, når man får en diagnose. Det kan også give en forklaring på noget af det, man synes er svært. Så jeg tager meget udgangspunkt i, hvor den unge er.”*

Informant B forsøger at tage højde for, hvor borgeren er – om denne er i en krisetilstand over diagnosen eller derimod føler en lettelse over diagnosen. Informant B's udtalelse fremgår her som *selyforståelse*.

Min *kritisk common sense forståelse* går først og fremmest på, at dette er en helt anden tilgang til patienten, som har en diagnose, frem for mødet med en patient på et sengeafsnit, som ikke har fået stillet en diagnose endnu. Pludselig mødes patienten med medmenneskelig respekt over, at vedkommende kan føle sig i krise, hvorimod patienten på sengeafsnittet, der endnu ikke har fået stillet en diagnose, mødes med regelforventninger for adfærd og ophold.

Teoretisk fortolkning af konsultationen af ikke-diagnosticerede borgere overfor ny-diagnosticerede borgere

*Følgende underafsnit til analyseafsnit fire bygger på viden fra både Brinkmann, Foucault og Goffman. Underafsnittet omfatter teoretiske belæg for konsultation af både ikke-diagnosticerede og ny-diagnosticerede borgere. Dette fremgår som teoretisk fortolkning af ovenstående informationer.*

Ud fra Brinkmanns teori om diagnosesamfundet, som vi siges i dag at leve i, kan siges at de ikke-diagnosticerede borgere er indlagt med henblik på blandt andet at få stillet en diagnose/blive udredt til videre behandling. Det kan simpelthen siges at være der det ender, når man indlægges på et sengeafsnit. Man sendes videre i systemet efter at have fået en diagnose til for eksempel et ambulatorie, hvor man kan blive knyttet til en behandler, der holder terapeutiske samtaleforløb med én, samt knyttet til en psykiater, der følger op på medicinering samt bivirkninger i denne forbindelse.

Ser vi på Foucaults magtbegreb i denne forbindelse skal siges, at magten over de ikke-diagnosticerede borgere kommer til udtryk igennem regeloverdragelser/formidlinger fra behandleren eller psykiateren til patienten. Der er bestemte rolleforventninger, dette med afsæt i Goffmans teori, der indebærer, at den ene har magten, mens den anden skal adlyde.

Yderligere ses med afsæt i Goffmans teori tydelige institutionelle rammer. Alle skal have en bestemt adfærd under opholdet på sengeafsnittet. De indlagte skal spise indenfor bestemte tidsrum og deltage i faste aktiviteter. Der er stadig en disciplinering i gang ligesom ved psykiatriens åbning i det 18. århundrede.

Den ulige magt, som Foucault nævner, kan siges at være til stede imellem patienten og behandleren. Dette uanset om borgeren er ikke-diagnosticeret eller om vedkommende er ny-diagnosticeret. Dog kan siges, at behandlere i et ambulatorie kan nå at få et bredt kendskab til en given patient, hvorfor der også her opstår en dybere relation i form af noget, der kunne ligne en mentorrelation. Derved kan den ulige magt forsvinde lidt i takt med at borger og behandler lærer hinanden at kende – dette set i forhold til de ny-diagnosticerede borgere. Dette kan selvfølgelig også ske på et sengeafsnit for ikke-diagnosticerede borgere, hvor en patient er indlagt i en meget lang periode, og derved får opbygget en god tillid til en psykiatriarbejder, der derved bliver bedre til at møde borgeren i øjenhøjde, og ikke ud fra en magtposition.

#### Delkonklusion

*Følgende delkonklusion bygger på informationer fra ovenstående analyseafsnit omhandlende konsultationen af ikke-diagnosticerede borgere overfor de ny-diagnosticerede borgere. Delkonklusionen tager herudover udgangspunkt i dette projekts problemformulering, og det tilstræbes at have menneskesynet indenfor psykiatrifeltet for øje.*

Oplysningerne fra ovenstående analyseafsnit kan siges at bygge på to vidt forskellige menneskesyn. De patienter, der er indlagt på et sengeafsnit, bliver, ifølge informant A, mødt med en vejledning fra psykiatriarbejderne i adfærdsregler og rammer for opholdet på sengeafsnittet. Det kan virke meget formelt og med magt for øje. Denne magt kan have indflydelse på patienterne på en måde, så de ikke føler, at de bliver set som ligeværdige individer eller bliver mødt med medmenneskelig forståelse. Reglerne for adfærd på sengeafsnittene for de patienter, der endnu ikke har fået en diagnose, men som mistænkes for at have en psykose- eller skizofrenidiagnose, får betydning for menneskesynet. Er de indlagte ikke til at stole på, siden der skal være regler for deres adfærd? Antager man på forhånd, at alle patienterne har adfærdsforstyrrelser?

Dette står i direkte kontrast til mødet med de ny-diagnosticerede i et ambulatorie, og menneskesynet her virker til at være ganske anderledes. Det er væsentligt her, ifølge informant B, at have øje for, at patienten kan være enten i en krisetilstand eller i en tilstand af ren lettelse. Diagnosen kan medføre,

at vedkommende føler sig dårligt tilpas, fordi det er en alvorlig situation at få stillet en diagnose. Derimod kan det også være en stor lettelse, idet at man pludselig finder ud af, der er en grund til ens problematikker, og at det rent faktisk kan siges at hører under en diagnosekategori. Menneskesynet her ser noget pænere ud.

Det er som om tilliden til patienten er anderledes i ambulatoriet for ny-diagnosticerede, end det gør sig gældende på sengeafsnittet, hvor vi kan møde den ikke-diagnosticerede. Menneskesynet på den ny-diagnosticerede bærer præg af ITOP-værdierne, hvor man skal møde patienten med indflydelse, tillid, ordentlighed og professionalisme. Men noget virker ikke helt godt ved mødet med det uvisse. Det ikke at vide, hvad en patient fejler. Hvor vedkommende står? Om vedkommende nu også kan finde ud af at opføre sig pænt på sengeafsnittet. Tilliden opbygges efter diagnosen er stillet.

Med andre ord kan ITOP-værdierne siges ikke tilstrækkeligt at være til stede på sengeafsnittet, hvor vi møder den ikke-diagnosticerede borgere, idet der, trods professionalisme og ordentlighed, ikke rigtigt kan siges at være indflydelsesmuligheder for patienterne eller tillid til dem.

#### [Analyseafsnit 5: Det sociale arbejdes felts input til et styrket menneskesyn indenfor psykiatrifeltets rammer](#)

*Problemformuleringens anden del går på, hvorledes at det sociale arbejdes vidensområde kan bidrage til et fornyet og sundt menneskesyn indenfor psykiatrifeltets fremadrettet. Her findes det relevant at inddrage viden fra bogen Menneskesyn i Socialt Arbejde, som bidrager med forskellige former for menneskesyn indenfor det sociale arbejdes felt. Her er det ikke tanken at gengive hele bogens menneskesynsbegreber, men at komme med forslag til, hvorledes menneskesynets teorier og metoder indenfor socialt arbejde kan styrke menneskesynet indenfor psykiatrifeltet.*

Der findes nogen relevante betegnelser, der er med til at fortælle om, hvorledes et menneske kan være produktivt. *Homo faber economicus* lægger op til et arbejdende og økonomisk individ. *Homo faber socius* lægger op til et individ, der ikke nødvendigvis kan arbejde, men da kan deltage i andre fællesskaber, end på arbejdspladsen. *Homo faber amans* lægger op til et individ, der er omsorgsgivende (Nissen, et.al., 2018, s. 53-55).

Alle disse tre betegnelser hører til det at være et produktivt menneske, idet produktivitet kan se ud på forskellig vis: nogen arbejder, nogen deltager i fællesskab og nogen yder omsorg. Men alle er de produktive mennesker (Ibid.).

Den psykoseramte kan være i stand til at enten studere eller arbejde, og derved tjene sine egne penge. Det er væsentligt her at nævne, at det er ikke alle psykoseramte, der nødvendigvis er i stand til at arbejde og tjene sine egne penge pga. sygdommens tilstand. De psykoseramte kan være så syge, at de er indlagte, og når de udskrives, kan de følges tæt i et ambulatorium. Her er der muligvis mulighed for deltagelse i fællesskaber. Dette i og med, at den psykoseramte kan deltage i psykoedukationsundervisning hos visse ambulatorier, som er undervisning indenfor sygdomsfeltet i grupper med andre med samme diagnose. Nogen psykoseramte kan dog være ude af stand til at deltage i fællesskaber, måske fordi personen isolerer sig selv eller har svært ved at være til stede i den virkelige verden, mens vedkommende er psykotisk. Så er der mulighed for at deltage i et mindre fællesskab alene bestående af borgeren, psykiatriarbejderen og eventuelt en pårørende. Den psykoseramte kan også være ude af stand til både at arbejde og deltage i fællesskaber, men alligevel være i stand til at yde omsorg overfor eventuelle børn eller andre nære.

Væsentligt er det at pointere, at modellen omhandlende det produktive menneske kunne være interessant som psykiatriarbejder at have med i sit menneskesyn på psykoseramte borgere. Dette idet, det er et menneskesyn, der lægger op til en tankegang om, at mennesket har ressourcer. Hvis ikke ressourcen findes i form af arbejde, findes den måske i form af deltagelse i andre fællesskaber. Og hvis ikke ressourcen findes her, findes den i form af at patienten kan yde omsorg overfor nære. Der er altså meget fokus på potentiale i forhold til dette menneskesyn.

Vi lever i det Brinkmann betegner som værende et diagnosesamfund, men vi lever tilmed i det, der i daglig tale kan betegnes som værende *en konkurrencestat*, hvor der er øget fokus på produktivitet (Samfundsfag-c.systeme.dk, u.å.).

Disse to samfundsstrukturer må gå hånd i hånd. I diagnosesamfundet er der mange syge individer, samt mange pårørende til syge individer. Både de syge og de pårørende skal der selvfølgelig gerne tages hånd om. Men vi lever tilmed i et samfund, hvor der er øget fokus på, at folk skal afklares hurtigst muligt i arbejdsevne, er der tage om, at en person ikke udviser evne til at arbejde fuldtid. Det kan være en stor stressfaktor, men samtidig kan det medføre et menneskesyn fuld af ressourcefokus, frem for barrierefokus. Socialrådgiveren eksempelvis, forsøger at nå frem til, hvorledes den psykoseramte borger kan komme hurtigst muligt tilbage på arbejdsmarkedet – eller få afklaret denne til en førtidspension, hvor det trods alt er muligt at deltage i andre fællesskaber og yde omsorg for børn og andre nære.



Måderne mennesket kan være produktivt på i dag er nemlig ikke alene igennem arbejde, men det ændrer ikke på, at det er arbejde, der i dag vægtes meget højt. Det kan medføre en marginalisering af den samfundsgruppe, der er ramt af psykosesygdomme, idet disse ikke er i stand til at vende tilbage til arbejde ovenpå en psykotisk episode så hurtigt som ønsket – eller måske endog aldrig formår at vende tilbage til arbejdsmarkedet.

Psykiatrien i Region Nordjylland har vist sig at være bygget op på idealværdierne ITOP (inddragelse, tillid, ordentlighed, professionalisme) (Region Nordjylland, 2019). Men disse er alene idealværdier for, hvorledes psykiatriarbejderne bør arbejde. Det kan give nogen anelser om, hvilket sundt menneskesyn de bør have. Men står det klart frem, og hænger det tydeligt nok sammen med det samfund, vi befinder os i? Hvis socialrådgiverne fra kommunen og psykiatriarbejderne fra psykiatrien gik sammen om at videreudvikle på hinandens menneskesyn, kunne det måske gavne indenfor feltet.

Med andre ord, som faktisk foreslås af speciallæge Mikkel Rasmussen i debatindlæg hos Aarhus Stiftstidende, og som fremgår af problemfeltet, så er der behov for et øget fokus på tværfagligt samarbejde (Stiften.dk, 2017). Dette samarbejde kan være relevant ikke alene i forhold til, når den psykoseramte borger er til stede, men også når en socialrådgiver fra kommunen møder psykiatriarbejderen uden borgeren nødvendigvis er til stede. Her kan man drøfte menneskesynet på netop målgruppen af psykoseramte, samt hvilke rammer der lægger til grund for dette menneskesyn.

Den psykiatriarbejdende er måske særligt fokuseret på, at borgeren kan mødes ud fra ITOP-værdierne, som indebærer inddragelse, tillid, ordentlighed og professionalisme. Mens socialrådgiveren fra kommunen ser på produktivitetskravet, der gøres klart fra politikernes side. Hvis psykiatriarbejderne fik større åbenhed overfor produktivitetskravet, kunne det ligeledes være med til at overskueliggøre mødet med kommunen for de psykoseramte borgere. Dette i tilfælde af, at psykiatriarbejderne allerede før kommunen bliver indblandet, formår at gøre klart for de psykoseramte hvilke samfundsforventninger der vil være til målgruppen af psykoseramte som helhed. De skal som udgangspunkt tilbage til arbejdsmarkedet eller tilbage til skolebænken. Men afklaring af arbejdsevne kan blive relevant. Et led heri kan være deltagelse i andre fællesskaber indenfor psykiatrifeltets rammer, for at styrke den psykoseramte, så denne bedst muligt kan genvinde modet og evnen til at vende tilbage til et større fællesskab på arbejdsmarkedet. I sidste ende er det dog også yderst vigtigt at kunne yde omsorg for sine nære, og det er også at være produktiv, selv hvis man ikke formår at vende tilbage til arbejdsmarkedet på fuldtid – eller slet ikke formår at vende tilbage til arbejdsmarkedet overhovedet.

Samtidig er det tanken at socialrådgivere fra kommunen muligvis også vil have stor gavn af et tættere samarbejde med psykiatriarbejdere omkring målgruppen af psykoseramte borgere. Dette i det, at produktivitetskravet ikke skal vægtes så højt, at borgerens velbefindende glemmes. Der er tale om syge borgere, der kæmper en kamp, som er hård at kæmpe. Så det at blive mødt med inddragelse, tillid, ordentlighed og professionalisme fra både psykiatriarbejdernes side, men også fra socialrådgivernes side fra kommunen, kan argumenteres for at være af stor betydning.

Derfor er ITOP-værdierne ikke ligegyldige, men produktivitetskravet vil patienterne møde uanset hvad, når de træder udenfor psykiatriens rammer, så hvorfor ikke huske at have samfundsnormen for øje som psykiatriarbejder?

#### Delkonklusion

Det er med andre ord væsentligt at psykiatrien husker på det produktivitetskrav, der i dag er den del af samfundsnormen. Dette da menneskesynet set ud fra ITOP-værdierne, ene og alene bærer præg af et ideal, om hvordan det ønskes, at den enkelte psykiatriarbejder bør arbejde og møde borgeren. Tværfagligt samarbejde findes relevant for at sikre, at de psykoseramte patienter får den rette hjælp. Herunder et tværfagligt samarbejde kommune og psykiatrien imellem. Menneskesynet indenfor psykiatrien i forhold til psykoseramte borgere, kan styrkes ved flere syn på samme sag. Altså ved inddragelse af tværfaglighed.

#### Diskussion

*Følgende afsnit er en diskussion af de forskningsresultater, der er observeret under arbejdet med denne kandidatafhandling. Herunder er forskningsresultaterne delt op i besvarelse af problemformuleringen i to dele, samt en herefter følgende diskussion af det påviste samt validiteten heraf.*

I denne kandidatafhandling ønskes besvaret problemformuleringen, der som det fremgår af problemfeltet lyder: *"Hvilke menneskesyn anlægger psykiatriarbejdere på psykoseramte borgere hos ambulatorier, og hvorledes kan viden indenfor det sociale arbejdes felt bidrage til et fornyet og sundt menneskesyn indenfor psykiatrifeltet fremadrettet?"*

For at besvare denne problemformulering er først og fremmest inddraget såvel teoretisk viden samt indhentet empirisk viden. Den teoretiske viden tager udgangspunkt i Brinkmanns teori om

diagnosesamfundet, Foucaults teori om magtforhold og Goffmans teori om institutionaliseringen samt rollefordelinger og -forventninger. Den empiriske viden tager udgangspunkt i to interviews med psykiatriarbejdere, der arbejder indenfor psykiatriske ambulatorier med psykoseramte borgere som målgruppe.

Den videnskabelige metode for projektet er den hermeneutiske metode, hvorved forforståelsen bygger på dels personlige erfaringer samt den teoretiske baggrundsviden for feltet. For at udarbejde en hermeneutisk fortolkning er tilmed arbejdet ud fra det Kvale og Brinkmann beskriver som værende fortolkningselementerne selvforståelse, kritisk common sense forståelse samt teoretisk fortolkning. Hovedvægt er her lagt på den hermeneutiske fortolkning.

I det følgende vil blive set på forskningsresultaterne samt på, hvorledes disse lever op til forventningerne. Til at starte med, vil blive set på de resultater, der har at gøre med besvarelse af problemformuleringens første del: hvilke menneskesyn som psykiatriarbejderne anlægger på psykoseramte borgere hos ambulatorier. Dette med afsæt i interviewene med informant A og B fra ambulatorier i Region Nordjylland. Herefter vil blive set op resultater, der har at gøre med besvarelse af problemformuleringens anden del: hvorledes viden indenfor det sociale arbejdes felt kan styrke menneskesynet indenfor psykiatrien i fremtiden.

#### Resultater tilhørende problemformuleringens første del

Først og fremmest viser det sig at psykiatriarbejderne fra psykiatrien, der medvirker under interviewene, lægger vægt på idealværdierne, der går under betegnelsen ITOP (indflydelse, tillid, ordentlighed, professionalisme).

Hernæst viser forskningsresultater, at der i dag diagnosticeres oftere og at antallet af diagnoser er steget. En af informanterne er da også af den overbevisning, at der ansættes flere i det ambulatorium, vedkommende arbejder i, samt at der kommer flere patienter til ambulatoriet.

Et led i dannelsen af et menneskesyn indenfor psykiatrien er, ifølge informant, at skabe patientgrupper, herunder blandt andet en gruppe med psykoseramte patienter, da disse har ens symptomer og behov for forholdsvis ens behandling.

Diagnosticering fremgår som et arbejdsredskab, som kan overskueliggøre arbejdet med patienten, da det, ifølge informant, er lettere at yde den rette hjælp, er der forståelse for, hvilken diagnose vedkommende har.

Ikke-diagnosticerede, der som regel mødes på sengeafsnit, før de får en diagnose, mødes af en psykiatriarbejder, der har ret til at gøre klart, at der er visse adfærdsregler og -forventninger på det psykiatriske hospital, dette ifølge informant.

De ny-diagnosticerede derimod mødes med en dybere forståelse for, at de kan stå i en situation, hvor de enten er lettede over endelig at have fået klarhed omkring, hvad der er galt, eller er i krise over at have fundet ud af, de har en diagnose.

Resultaterne hænger meget godt sammen med den teoretiske forforståelse samt baggrundsviden, der fremgår af teoriafsnittet. Brinkmann argumenterer for, at vi lever i et diagnosesamfund, så der er ikke noget at sige til, at psykiatriarbejderne ser diagnosticering som et arbejdsredskab, ønsker patientgruppeopdelinger med mere. Samtidig har der fundet en institutionalisering sted, med afsæt i Goffmans teori, hvilket medfører at der er forskel på behandlingen af ikke-diagnosticerede i sengeafsnittene overfor de ny-diagnosticerede i ambulatorierne. Dette da der er opsat bestemte adfærdsregler på sengeafsnit samt at behandlerne har forventninger til at de psykoseramte, der kommer ind på ambulatorierne enten er i krise eller er lettere, når de skal til at starte op i et samtaleforløb. Foucaults magtforholdsbegreb ses i spil idet, at der er visse adfærdsregler ved sengeafsnittene. Psykiatriarbejderen har mere magt end patienten, der skal leve op til visse retningslinjer for opholdet. Dette hænger også sammen med Goffmans begreber rolleforventninger og rollefordeling, idet psykiatriarbejderen har en rolle, mens patienten har en helt anden rolle. Patienten er ikke ansat, men indlagt eller i et behandlingsforløb, og skal acceptere forventninger til dennes adfærd og mødestabilitet til samtaleforløb.

Resultaterne har vist sig at stemme meget godt overens med forventningerne. Teorierne kan fint bruges i sammenhæng med den indhentede empiri. Det giver faktisk god mening at analysere på informanternes udtalelser ud fra den teoretiske forforståelse.

Forskningsresultaterne viser at informanterne har et menneskesyn på de psykoseramte borgere, der klart bærer præg af diagnosesamfundet, institutionaliseringen samt på en rollefordeling, der bygger på, at psykiatriarbejderen har magt, mens patienten ikke som sådan har magt, men nærmere skal adfærdsreguleres er dette nødvendigt.

Menneskesynet bærer også præg af ideal-værdigrundlaget ITOP, som dog kan siges alene at være et ideal, der kan være vanskeligt at undersøge virkningen af i virkeligheden, idet ITOP-værdierne kan tolkes helt forskelligt alt efter, hvilken psykiatriarbejder, der arbejder herudfra.

### Resultater tilhørende problemformuleringens sidste del

Det er væsentligt for at besvare sidste led i problemformuleringen omhandlende, hvorledes viden indenfor det sociale arbejdes felt kan bidrage til et sundere menneskesyn indenfor psykiatrien fremadrettet at se på produktivitetskravet, der i dag er en væsentlig del af samfundsnormen.

Dette kan indebære et øget tværfagligt samarbejde psykiatriarbejdere og socialarbejdere imellem. Herunder eksempelvis socialrådgivere fra kommunen, som kender meget til dette produktivitetskrav.

Produktivitetskravet er et samfundskrav, idet der i dagens konkurrencestat stilles store krav om, at den enkelte skal yde sit for samfundet – dette uanset helbredssituation. Alligevel viser resultater også, at ikke alene gennem arbejde, kan den psykoseramte vise sine produktivetskompetencer, men også gennem deltagelse i fællesskaber og som omsorgsgiver for sine børn eller andre nære, kan vedkommende vise sine evner til at være et produktivt menneske.

Resultatet om, at et øget tværfagligt samarbejde mellem psykiatriarbejdere og socialarbejdere vil kunne styrke psykiatriarbejderens menneskesyn, findes yderst væsentligt at præsentere. Der er flere perspektiver i spil, når der er flere øjne på målgruppen af psykoseramte borgere. Med andre ord kan der bedre dannes et helhedssyn og dermed også et sundt menneskesyn på de psykoseramte borgere, hvis psykiatriarbejderne har mulighed for at indhente viden fra andre felter. Samtidig er socialarbejderne personer, som de psykoseramte borgere helt sikkert vil møde. Lad det være ved kommunen eller ved for eksempel et misbrugscenter. Derfor findes det relevant med et samarbejde psykiatriarbejder og socialarbejder imellem, da begge parter er repræsentative i den psykoseramtes liv.

Det kan ikke siges at være et forskningsresultat, der var forventeligt. Dette idet der hverken under interviewene eller i forhold til den teoretiske forforståelse og fortolkningsramme er vægtet et tværfagligt samarbejde med socialarbejdere. Det er så at sige alene sidste del af analysen, hvor dette forskningsresultat er kommet frem, idet bogen *Menneskesyn i Socialt Arbejde* blev inddraget.

### Konklusion

*For at konkludere på denne kandidatafhandlingens problemformulering "Hvilke menneskesyn anlægger psykiatriarbejdere på psykoseramte borgere hos ambulatorier, og hvorledes kan viden indenfor det sociale arbejdes felt bidrage til et fornyet og sundt menneskesyn indenfor psykiatrifeltet*

*fremadrettet?" findes relevant at se på de fem analyseafsnits delkonklusioner samt på diskussionen, der tager afsæt i netop analysens resultater. I det følgende vil der blive lagt vægt på det påviste i denne kandidatafhandling samt validiteten heraf.*

Med denne kandidatafhandling er påvist, at psykiatriarbejdere arbejder under et værdigrundlag, som informanter fra psykiatrien mener har betydning for deres værdigrundlag, trods dette alene er idealværdier, der kan tolkes vidt forskelligt alt efter, hvem tolker er. Værdigrundlaget går under betegnelsen ITOP, som står for indflydelse, tillid, ordentlighed og professionalisme.

Samtidig er påvist, at de rammer psykiatriarbejdere, arbejder under, såsom institutionelle rammer, diagnosesamfundets rammer samt rolleforventninger, herunder magtrollen, spiller ind på det menneskesyn psykiatriarbejdere, ved ambulatorier for psykoseramte, anlægges på netop denne målgruppe af borgere.

Det er tilmed påvist, at et tværfagligt samarbejde med socialarbejdere kan være af afgørende karakter i forhold til at bibeholde og videreudvikle et sundt menneskesyn indenfor psykiatrifeltets rammer i forhold til psykoseramte borgere. Dette idet, at socialarbejdere anskuer de psykoseramte fra andre synsvinkler og kan være med til at danne et mere helhedsorienteret menneskesyn på denne målgruppe.

Der kan siges at mangle en overordnet accept fra psykiatriarbejdernes side for, at vi ikke alene lever i et diagnosesamfund, men også lever i en konkurrencestat, hvor der stilles et produktivitetskrav til den enkelte borger. Patienterne med psykosesygdomme kan ikke flygte fra samfundsnormen, om at alle skal yde, og fra menneskesynet om det produktive menneske, hvorfor det vil give yderst god mening, hvis psykiatriarbejderne havde et øget fokus på netop produktivitetskravet. Det er et krav som patienterne kan føle sig tynget af, så det vil være en god idé, at psykiatriarbejderne også her har viden, så de kan støtte de psykoseramte borgere i samfundsforventningerne og eventuelt afhjælpe dem i denne forbindelse i samarbejde med socialarbejdere.

Det er vigtigt at nævne, at feltet er undersøgt på mikroplan, idet alene to psykiatriarbejdere er medvirkende under interviews, hvorfor de påviste forskningsresultater om menneskesynet på psykoseramte indenfor psykiatrifeltet ikke kan siges at sige meget om feltet på makroplan. Alligevel er det påvist, at tværfagligt samarbejde kan være et led i et fornyet og sundt menneskesyn indenfor psykiatrifeltet fremadrettet.

## Litteraturliste

- Bengtsson, T. T. et. al. (2020) *Forskning med børn og unge – Etik og etiske dilemmaer*. Hans Reitzels Forlag, København.
- Brinkmann, S. (2019) *Psykisk lidelse i diagnosesamfundet*. Kapitel 14 i Guldager, J. et.al. (2019) *Socialt Arbejde – teorier og perspektiver*. 2. udgave, 2. oplag. Akademisk Forlag
- Eplov, Lene Falgaard et. al. (2019) *Psykiatrisk & psykosocial rehabilitering – en recoveryorienteret tilgang*. 1. udgave, 4. oplag. Munksgaard. Lokaliseret den 5. januar 2021 via følgende link:

[https://www.moodle.aau.dk/pluginfile.php/2079327/mod\\_resource/content/1/Eplov%20C%20L.%20F.%20Korsb%C3%A6k%20L.%20Petersen%20L.%20Olander%20M.%20282010%29.%20Psykiatrisk%20psykosocial%20rehabilitering.%20Munksgaard%20K%C3%B8benhavn.%20S.%202019-37.pdf](https://www.moodle.aau.dk/pluginfile.php/2079327/mod_resource/content/1/Eplov%20C%20L.%20F.%20Korsb%C3%A6k%20L.%20Petersen%20L.%20Olander%20M.%20282010%29.%20Psykiatrisk%20psykosocial%20rehabilitering.%20Munksgaard%20K%C3%B8benhavn.%20S.%202019-37.pdf)

- Foucault, M., (2003) *Galskabens historie i den klassiske periode*. Det Lille Forlag
- Goffman, E., (1997) *Anstalt og Menneske*. København: Paludans Forlag
- Hutchinson, G. S. & Oltedal, S. (2019) *Teoretiske Perspektiver I Socialt Arbejde*. København: Hans Reitzels Forlag
- Information (2011) *Grænser for galskaben*. Dagbladet Information. Lokaliseret den 29. september 2021 via følgende link:

<https://www.information.dk/moti/2011/06/graenser-galskaben>

- Information.dk (2016) *Psykiatrien skriger på et nyt menneskesyn*. Dagbladet Information. Lokaliseret den 18. januar 2021 via følgende link:

<https://www.information.dk/debat/2016/07/psykiatrien-skriger-paa-nyt-menneskesyn>

- Kvale, S. (2004) *Interview*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009) *Interview – Introduktion til et håndværk*. Hans Reitzels Forlag
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Interview - Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Paludan (u.å.) *Anstalt og Menneske*. Forlaget Jørgen Paludan. Lokaliseret den 28. oktober 2021 via følgende link:

<https://paludans.dk/bog/anstalt-og-menneske/>

- Psykiatrien Region Nordjylland (2019) *Ambulatorier og sengeafsnit, Brandevej*. Region Nordjylland. Lokaliseret den 4. januar 2021 via følgende link:

<https://psykiatri.rn.dk/afsnit-og-ambulatorier/her-findes-de-psykiatriske-sygehuse-sengeafsnit-og-ambulatorier/aalborg-universitetshospital-psykiatrien/ambulatorier-og-sengeafsnit-brandevej>

- Psykiatrien Region Nordjylland (2020) *Generelt om ambulatoriet*. Region Nordjylland. Lokaliseret den 4. januar 2021 via følgende link:

<https://psykiatri.rn.dk/Afsnit-og-ambulatorier/Her-findes-de-psykiatriske-sygehuse-sengeafsnit-og-ambulatorier/Aalborg-Universitetshospital-Psykiatrien/Ambulatorier-og-sengeafsnit-Brandevej/Ambulatorium-for-Unge-med-Skizofreni-OPUS/Om-ambulatoriet/Generelt-om-ambulatoriet>

- Psykiatrifonden (2019) *Skizofreni*. Psykiatrifonden. Lokaliseret den 4. januar 2021 via følgende link:

<https://www.psykiatrifonden.dk/viden/diagnoser/skizofreni-og-andre-psykoser/skizofreni.aspx>

- Region Hovedstadens Psykiatriske Hospital (u.å.) *Fakta: Hvad er recovery?* Lokaliseret den 26. oktober 2021 via følgende link:

<https://www.psykiatri-regionh.dk/undersogelse-og-behandling/Recovery/Om-recovery/Sider/Fakta-hvad-er-recovery.aspx>

- Region Nordjylland (2019) *Værdigrundlag*. Region Nordjylland. Lokaliseret den 14. september 2021 via følgende link:

<https://psykiatri.rn.dk/genveje/om-psykiatrien/vaerdigrundlag>

- Region Sjælland (2017) *De forskellige former for psykose*. Region Sjælland. Lokaliseret den 4. januar 2021 via følgende link:

<https://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/psykiatrien/raadgivning/top/hvad-er-psykose/Sider/De-forskellige-former-for-psykose.aspx>



- Samfundsfag-c.systeme.dk (u.å.) *Konkurrencestaten*. Systeme. Lokaliseret den 31. oktober 2021 via følgende link:  
  
<https://samfundsfag-c.systeme.dk/?id=607>
- Socialstyrelsen.dk (2020), Ny analyse: Markant stigning af voksne med en psykiatrisk diagnose, Socialstyrelsen. Lokaliseret den 22. juli 2021 via følgende link:  
  
<https://socialstyrelsen.dk/nyheder/2020/ny-analyse-markant-stigning-af-voksne-med-en-psykiatrisk-diagnose>
- Socialstyrelsen.dk (2021), Målgrupperne i socialpsykiatrien – registeranalyse. Socialstyrelsen. Lokaliseret den 22. juli 2021 via følgende link:  
  
<https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/malgrupperne-i-socialpsykiatrien-registeranalyse/@@download/publication>
- Stiften.dk (2017) Samfund, sundhed og psykiatri – hvor bliver mennesket af? Århus Stiftstidende. Lokaliseret den 19. januar 2021 via følgende link:  
  
<https://stiften.dk/artikel/samfund-sundhed-og-psykiatri-hvor-bliver-mennesket-af>
- Sundhedsstyrelsen (2015) Sygdomsbyrden i Danmark. Sundhedsstyrelsen. Lokaliseret den 4. januar 2021 via følgende link:  
  
[https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/~/\\_media/00C6825B11BD46F9B064536C6E7DFBA0.ashx](https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/~/_media/00C6825B11BD46F9B064536C6E7DFBA0.ashx)
- Systeme (2021) *Den Hermeneutiske Cirkel*. Systeme. Lokaliseret den 26. oktober 2021 via følgende link:  
  
<https://filosofi.systeme.dk/?id=453>
- Tronto, J. C. (2013) *Caring Democracy. Markets, Equality, and Justice*. New York University Press
- Videbech, Poul et. al. (2016) *PSYKIATRI En lærebog om voksnes psykiske sygdomme*. 5. udgave, 2. oplag. Fagl's Forlag

## Bilag

Bilag 1: Læringsportfolio

Bilag 2: Interviewguide

Bilag 3: Transskription af interviews