

En psykosocial rekonceptualisering af den psykiatriske genindlæggelse

En kritisk realistisk Grounded Theory undersøgelse



Kunstner: Sille Sloth.

Rettighederne til anvendelsen af billedet er opnået med godkendelse fra kunstner.

Speciale på Kandidatuddannelsen i Socialt Arbejde på Aalborg Universitets fakultet i København, 10. semester, 15/11-2022.

Studerende: Bastian Sand Mørkeberg (Studienr: 20191824) (bsandmorke@outlook.dk)

Vejleder: Nichlas Permin Berger

Anslag: 167.990

Se: "Bilag A – Forord" for en kort tak og personlig begrundelse for og fortælling bag specialet.

Abstract

Readmission rates for psychiatric hospitalization is used to measure the quality of psychiatric inpatient care in Denmark and many other countries. However, the validity of readmission rates as an indicator for measuring the quality of psychiatric functions is not clear. This is partly because the majority of scientific studies regarding psychiatric readmission has neglected to investigate and explain the complex psychosocial mechanisms that presupposes psychiatric readmissions. In this thesis I attempt to contribute to this gap in the scientific literature about psychiatric readmissions. I do so by combining the metatheory of Critical Realism with the methodology of Grounded Theory, in an explorative investigation of the aforementioned psychosocial mechanisms.

In Denmark psychiatric readmissions are often characterized as cyclical movements between two public sectors: the municipalities and the regions. Therefore, this investigation was conducted via semi-structured interviews with residents at social-psychiatric housing facilities with readmission experience, and social workers at the housing facilities, in the municipalities. Furthermore, I interviewed psychiatrists working in psychiatric hospitals, in the regions. The aim with these interviews were to gather data that referred to the individual reasons behind and social structures that condition readmissions. Critical Realist Grounded Theory enabled me to construct a theory grounded in this data that explains the contours of a small number of psychosocial mechanisms.

Readmissions emerge as cyclical compromises of relatively normalizing temporal displacements. When a person is admitted to a psychiatric hospital, it is due to severe mental suffering that no other alternative intervention can handle or alleviate. The purpose of admission is to normalize patients to a relative extent, so that they might participate in their local environment upon discharge. This can at times result in counterproductive short-termed (re)admissions as patients are then discharged too quickly, whereby the patients need for care and adequate breaks from a distressful existence are continually postponed.

My study shows that readmission rates should not be used to measure the quality of psychiatric functions. Readmission rates could however still be used as a tool for improving efficiency locally at each psychiatric hospital.

Indholdsfortegnelse

Problemfelt: Sygdommen, psykiatrien og genindlæggelsen	5
Genindlæggelsens praksis i den tværsektorielle danske psykiatri.....	7
Kan genindlæggelsens psykosociale generative mekanismer forklares?	8
Problemformulering.....	9
Arbejdsspørgsmål	9
Kritisk realisme: Sindets og samfundets dybder	10
Ontologisk realisme: Verdens tredelte stratificering og kritisk realistisk kausalitet	10
Kritisk realistisk kausalitet: Teoretiske forklaringer over empiriske tests	11
Epistemologisk relativisme: Viden er en socialt konstrueret og emergerende del af verden ...	13
Emergens: Verdens og videns særegne opståen, reproduktion og forandring.....	14
Bedømmende rationalitet: Bedre og dårligere argumenter for sandheden.....	14
Kritikkens realistiske aspekter og transformative muligheder: Fra immanent til reparativ psykiatrikritik.....	15
Meningsfuld psykiatrikritik: Ydmyg og respektfuld kritik henimod tværfaglig opblødning.....	16
Metode.....	19
Kritisk realistisk Grounded Theory: Teoriudvikling om genindlæggelsen	19
Udviklingen af Grounded Theory mod kritisk realisme: Epistemologiske ensformigheder.....	19
Hvordan passer kritisk realisme og Grounded Theory sammen?	20
Anvendelsen af kritisk realistisk Grounded Theory: Genindlæggelsens rekonceptualisering ...	21
Indledende selvrefleksion	22
Konceptudvikling: Memoer, åben og aksial kodning samt konstante komparationer	22
Proces og struktur: Genindlæggelsens demi-regulariteter og fravær	28
Teoretisk Integration af kategorier og koncepter om genindlæggelsen	30
Teoretisk sampling: Retningsanvisende data og informantgrupperne	33
Informanterne	35
Mulighederne for mætning: Interne og eksterne komparationer	35
Semi-strukturerede interviews: Udtalelsernes kontekstuelle kausalitet.....	36
Etik: Fortrolighed, informeret samtykke og sympati	39
Abduktion og retroduktion: Kvalificeringen af dybe videnskabelige forklaringer	40
Analyse	42

Genindlæggelsens mulige definitioner: Skillelinje mellem indlæggelsestyper eller <i>surrogatmål</i> for en kompleks virkelighed?	43
Teorien om genindlæggelsen: Kompromisser af relativt normaliserende temporale forskydninger	44
Relativ normalisering: Genindlæggelsernes cykliske og dynamiske funktioner	46
Psykiatriens historiske udvikling: Fra anstalter til nærmiljøer	47
Forhandling af normalitet i psykiatrien: Hvad er eller bør være normalt og afvigende?	48
Psykiatriens normalitetsspektrum: Åbenlyse eller komplekse afvigende årsager til indlæggelse	52
Relative normalitetssfærer: Afgrænset, dynamisk og relativ normalisering mod bedring	54
De relative normalitetssfæres emergens: Magtfulde definitionskampe udvikler sfærerne dynamisk	56
Diskrepanser mellem relative normalitetssfærer: Hvornår er adfærd problematisk og hvad/hvem kan eller bør hjælpe?	59
Temporal forskydning: Forhastede forstyrrelser af muligheder og behov for indlæggelse	60
Psykiatriens accelerering: Forstyrrelser og transformationer af patienternes temporale behov.....	61
Genindlæggelsernes temporale forskydninger: Spidsbelastningernes behovsudsættelse....	63
Sammenhænge mellem indlæggelsens tid og temporalitet er ikke lineære	66
Dobbelt institutionaliseret tilpasning: <i>Det muliges kunst</i> i psykiatrien	68
Navigation og indlært gensidigt kendskab i genindlæggelsesforløb: Kvalificeret behandling eller <i>traumernes holdeplads</i> ?	69
Kritik af det muliges kunst i indlæggelses- og udskrivelsesvilkår: Suicidalitet som "adgangsbillet"	72
Potentialiet i det muliges kunst i psykiatrien: <i>Kreative tværfaglige løsninger</i> til komplekse problemer	75
Konkluderende og vurderende bemærkninger	78
Diskussion.....	79
Litteraturliste.....	87

Problemfelt: Sygdommen, psykiatrien og genindlæggelsen

Psykiske sygdomme har længe udgjort vidtstrakte, diffuse og komplekse problemer uden definitive løsninger, hvorfor de er blevet klassificeret som "vilde problemer" (Hannigan & Coffey 2011). Problemer med konsekvenser for samfundet, såvel som for de mennesker, der er berørt af sygdommene.

De økonomiske konsekvenser af psykiske sygdomme er bl.a. blevet fremhævet af OECD, der skønner at de direkte og indirekte omkostninger af psykiske sygdomme koster det danske samfund ca. 110 mia. kr. årligt, hvilket i år 2015 udgjorde 5% af det danske bruttonationalprodukt (OECD 2018: 28).

Mennesker med psykiske sygdomme og deres pårørende lider under sygdommens psykopatologiske og sociale konsekvenser. Fx kan personer med skizofreni plages af en kombination af forskelligartede former for hallucinationer (fx høre stemmer inde i hovedet) og/eller vrangforestillinger (fx en oplevelse af at blive forfulgt). Disse symptomer kan gøre at personer med skizofreni isolerer sig socialt (Straszek 2019), samt medvirke til omverdenens stigmatisering af personerne (Henderson & Gronholm 2018; Rasmussen & Ejbye-Ernst 2015).

Psykiatrien er den institution, hvis formål er at forebygge og udbedre problemerne ved de psykiske sygdomme (Dansk Psykiatrisk Selskab 2021; Pilgrim 2014: 8, 10f). I Danmark er psykiatrien organiseret i to offentlige sektorer. Distrikts- og hospitalspsykiatrien (kendt under fællesbetegnelsen behandlingspsykiatrien) hører til i regionerne og har primært til formål at udrede, diagnosticere, visitere og behandle mennesker med psykiske sygdomme. Socialpsykiatrien hører til i kommunerne og har til formål at støtte borgere med, samt forebygge forekomsten af, psykiske sygdomme (Mikkelsen et al. 2016: 10; Dansk Psykiatrisk Selskab 2021: 34f). Aktuelt er den danske psykiatris formål dog udfordret af flere strukturelle forhold, såsom: Flere nye diagnoser (se fx Gaebel et al. 2020 for en diskussion af de nye psykiatriske diagnoser fra ICD-10 til ICD-11), kortere indlæggelsesperioder/sengedage¹, flere nye unikke patienter² med færre økonomiske ressourcer pr. patient (Danske Regioner

¹ "Sengedage" er det antal dage (minimum 1), som en patient er indlagt på hospitalet (Sundheds- og Ældreministeriet 2018: 50).

² "Unikke patienter" er en afgrænsning af det komplette antal patienter vha. patienternes CPR-numre (Danske Regioner 2017: 2).

2017; Sundheds- og Ældreministeriet 2018), samt en stigende genindlæggelsesfrekvens (Sundhedsdatastyrelsen 2017; Sundhedsministeriet 2021). I år 2017 blev en tredjedel af de ca. 24.800 indlagte unikke patienter i psykiatrien, indlagt flere gange (Sundhedsdatastyrelsen 2019). Desuden blev 22,2% af alle psykiatriske indlæggelser i år 2019 opfulgt af en akut genindlæggelse, hvilket steg med 0,9 procentpoint til 23,2% akutte genindlæggelser i år 2020 (Sundhedsministeriet 2021: 5).

Genindlæggelsesfrekvens bruges som en kvalitetsindikator i Danmark (Jeppesen et al. 2016: 423) og flere andre lande (Duhig et al. 2017: 76; Ådnanes et al. 2018: 1f) til at måle hvor effektive de psykiatriske indsatser er; desto lavere genindlæggelsesfrekvens, desto bedre (Sfetcu et al. 2017: 1). Dette skyldes bl.a. at genindlæggelse fremstår nemt at måle grundet konceptets tydelige operationalisering (Durbin et al. 2007: 143). I en dansk kontekst defineres genindlæggelse fx som en ny akut indlæggelse efter mindst fire timer og maksimalt 30 dage, at en person er blevet udskrevet fra hospitalpsykiatrien (Sundhedsdatastyrelsen 2017: 4). Validiteten af genindlæggelsen, som indikator for psykiatriske indsatsers kvalitet, er dog et emne for diskussion (se Durbin et al. 2007). Genindlæggelsen fremstår således som et nemt måleligt fænomen, men denne kvantitative måling overser ofte den kompleksitet, der ligger til grund for selve genindlæggelsen. Spørgsmålet er derfor hvorvidt flere genindlæggelser er ensbetydende med dårligere kvalitet i psykiatriens indsatser, eller som udviklingspsykologen Michael Duhig og kollegaer pointerer, om genindlæggelsen i stedet kan anskues som:

"[...] a way point in a complex process centred on an individual's struggle to cope with distress, readmission can be understood as the 'tip of the iceberg' with much of the problem obscured from view." (Duhig et al. 2017: 81).

Helbredsforsker Marian Ådnanes og kollegaer fremhæver ligeledes problemet ved genindlæggelsens ukendte kompleksitet: *"Psychiatric re-hospitalisation is a complex and poorly understood phenomenon determined by a whole host of individual and system level factors."* (Ådnanes et al. 2018: 1f). Begge forskergrupper fremhæver at de kontekstnære og komplekse dimensioner af genindlæggelsen er et område, som mangler relevant forskning – særligt hvad angår patienternes perspektiver (Duhig et al. 2017: 76; Ådnanes et al. 2018: 2). Anden forskning viser ligeledes, at genindlæggelsens sociale kompleksitet er en forholdsvis ukendt størrelse (Sfetcu et al. 2017: 11).

Det er dette område, som jeg vil undersøge. Dvs. jeg vil undersøge kompleksiteten i det sammenspil af psykosociale generative mekanismer, der konstituerer genindlæggelsen³ i en dansk kontekst.

Genindlæggelsens praksis i den tværsektorielle danske psykiatri

Blandt især socialpsykiatriens indsatser findes botilbud til personer med svære psykiske sygdomme⁴, som har behov for dags- eller døgnbemandet støtte (Sundheds- og Ældreministeriet 2018: 42f). På psykiatriske bosteder kan personalet dog periodisk opleve ikke at kunne støtte beboerne tilstrækkeligt, hvis beboernes adfærd fx er præget af svære psykoser (Benjaminsen et al. 2018: 70f). Beboerne har i disse tilfælde behov for at blive indlagt, hvilket personalet på bostederne kan anmode om (Dansk Psykiatrisk Selskab 2021: 49f). Tilsammen skaber disse behov for indlæggelser og de relativt få psykiatriske hospitalssengepladser dog tværsektorielle udfordringer, idet beboerne i så fald enten har svært ved at blive indlagt eller udskrives før de er færdigbehandlede (Sørensen 2016; Jeppesen et al. 2016). Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til en 10-års plan for psykiatrien fra januar 2022, udtrykker den aktuelle politiske bevågenhed ift. disse tværsektorielle udfordringer, der besværliggør en eventuel nedbringelse af genindlæggelsesfrekvensen (Sundhedsstyrelsen 2022: 62). Genindlæggelsen bør derfor i en dansk kontekst ansues som et tværsektorielt fænomen, med relevans for både social- og sundhedsarbejdere i psykiatrien. Dette skyldes at borgere med svære psykiske sygdomme hyppigere vil fluktuere mellem psykiatriens sektorer, fx mellem psykiatriske bosteder og hospitalsafdelinger, desto hyppigere disse borgere genindlægges (Sørensen 2016; Mikkelsen et al. 2016).

Jeg vil i min undersøgelse derfor tage udgangspunkt i psykiatriens tværsektorielle organisering, idet relationer indenfor og mellem psykiatriens sektorer fremstår som rammen for flere relevante generative mekanismer for den psykiatriske genindlæggelse i Danmark. Derfor vil jeg interviewe de per-

³ Når jeg fremover i specialet skriver ”genindlæggelse” eller ”indlæggelse”, implicerer det psykiatrisk (gen)indlæggelse.

⁴ ”Svær psykisk sygdom” betegner de typer af psykiatriske diagnoser, der betydeligt sænker borgerens funktionsniveau og/eller giver borgeren vedvarende oplevelser af uro/agitation, som fx skizofreni. Dette kan føre til at borgeren behøver intensiv psykiatrisk støtte og behandling – såsom at blive indlagt (Sundhedsstyrelsen 2019: 11).

soner, der deltager i at konstituere genindlæggelsens tværsektorielle praksis. Dvs. tidligere genindlagte voksne beboere på psykiatriske §107 og §108 bosteder (Retsinformation 2022), socialarbejdere på samme type bosteder og psykiatere i hospitalspsykiatrien.

Kan genindlæggelsens psykosociale generative mekanismer forklares?

Undersøgelsen tager metodisk udgangspunkt i en kritisk realistisk version af Grounded Theory (Oliver 2011; Bunt 2018; Hoddy 2019). Formålet med denne tilgang er, med udgangspunkt i informanternes oplevelser, at konstruere en teoretisk forklaring på det multikausale forhold mellem de forskellige underliggende psykosociale generative mekanismer, der måtte forårsage genindlæggelsen som begivenhed (Oliver 2011: 374f).

Generative mekanismer er ikke-observerbare strukturelle kausale kræfter, der forårsager observerbare begivenheder (Bhaskar 2016: 28ff). *Psykosociale* er sammenhænge mellem relevante psykologiske (e.g., traumer, selvkonstruktioner, symptomer fra psykiske sygdomme) og sociale (e.g., sociale netværk, stigmatisering, lovgivninger) mekanismer (Larsen et al. 2021). Fx kan et antal af genindlæggelsens psykosociale generative mekanismer være et sammenspil af bl.a. lovgivninger, symptomer og professionskulturelle overbevisninger, der påvirker relationerne mellem psykiateren, socialarbejderen og beboeren/patienten. Jeg forholder mig til at undersøge de psykosociale mekanismer for genindlæggelsens praksis, idet mit studie er orienteret mod socialt arbejde, samt sociologi og socialpsykologi. Andre mekanismer, såsom de biologiske, er dog relevante for andre at udforske.

Interviewene giver adgang til de psykosociale mekanismer, idet informanternes begrundelser er kausalt forbundet til deres handlinger og oplevelser (Oliver 2011: 382; Bhaskar 2016: 60f). Begrundelserne udgør dog i sig selv ikke generative mekanismer, men sammenhængene mellem informanternes begrundelser vidner om underliggende generative mekanismer. Kritisk realistisk Grounded Theory gør det muligt at analysere disse sammenhænge og konstruere koncepter ud fra dem, som tilsammen vil udgøre en forklarende teori (Oliver 2011: 382), der bringer nogle af genindlæggelsens psykosociale generative mekanismer frem i lyset.

Det vil dog være umuligt for mig at forklare de komplekse forbindelser mellem samtlige psykosociale generative mekanismer, der forårsager genindlæggelser. Derfor undersøger jeg "kun" den andel af psykosociale generative mekanismer bag genindlæggelsen, der fremgår i min data. Derudover drager jeg inspiration fra andre teorier og forskningsresultater indenfor det psykiatriske genstandsfelt,

for at komplementere min tilgang og for at komme tættere på den bedst mulige teoretiske forklaring på genindlæggelsens tværsektorielle praksis (Charmaz 2009: 137; Oliver 2011: 380).

Min problemformulering er konstrueret efter den kritisk realistiske slutningsform: *retroduktion*. Forskeren bør her tage udgangspunkt i at undersøge og senere forklare hvad der nødvendigvis må ligge til grund for at et fænomen kan opstå (Bhaskar 2016: 3; Danermark et al. 2019: 132ff).

Problemformulering

Hvilke sammenhængene psykosociale generative mekanismer kan forklare hvorfor voksne beboere på psykiatriske bosteder bliver genindlagt i psykiatrien?

Arbejdsspørgsmål

1. Hvad er en tværsektoriel genindlæggelse i Danmark?
2. Hvilke sociale strukturer rammesætter genindlæggelsens tværsektorielle praksis?
3. Hvilke personer skal deltage, for at en beboer på et psykiatrisk botilbud kan blive genindlagt i den danske psykiatri?
 - a. Hvorfor deltager de?
 - b. Hvordan er relationerne mellem disse personer?
 - c. Hvordan er relationerne mellem disse personer og de sociale strukturer, der rammesætter genindlæggelserne?
4. Hvilke funktioner har genindlæggelserne og hvilke behov har de til formål at opfylde?
5. Hvad kunne bidrage til en mere akkurat og nuanceret rekonceptualisering af den psykiatriske genindlæggelse i Danmark?

Kritisk realisme: Sindets og samfundets dybder

Kritisk realisme (KR) udgør fundamentale filosofiske byggesten for min videnskabelige tilgang. KR blev oprindeligt udviklet af filosofen Roy Bhaskar og senere videreudviklet af bl.a. Bhaskar (2016) og sociologen Berth Danermark (et al. 2019).

Bhaskar anså verden som opdelt i det intransitive og transitive. Dvs. hhv. verden som den er, uafhængigt af mennesket (intransitive), og verden som mennesket forstår den (transitive). I forlængelse hertil udviklede Bhaskar en realistisk ontologi, relativistisk epistemologi og bedømmende rationalitet, som udgør KR's hellige treenighed (Bhaskar 2016: 6f).

Ontologisk realisme: Verdens tredelte stratificering og kritisk realistisk kausalitet

Verden eksisterer udenfor menneskets viden om den, men rummer samtidig menneskets emergende viden. Dette er den ontologiske grundsætning i KR, der implicerer at den realistiske ontologi har forrang over epistemologien, hvilket står i modsætning til socialkonstruktivismens og positivismens epistemologiske forrang (Bhaskar 2016: 79f). I en kritisk realistisk forskningsmæssig sammenhæng vil det sige, at genstandsfeltet er bestemmende for hvilken type teori og metode, der bør anvendes til at udforske feltet (Bhaskar 2016: 11, 78). Deraf følger mit valg af den metodologiske tilgang Grounded Theory (GT), der egner sig til eksplorative undersøgelser af de forholdsvist ukendte psykosociale mekanismer bag genindlæggelsens komplekse tværsektorielle eksistens.

Ifølge Bhaskar er verden yderligere inddelt i tre stratificerede domæner: 1) Det empiriske, hvor mennesker erfarer, sanser og observerer begivenheder. 2) Det aktuelle, hvor begivenheder opstår, uanset om de observeres. 3) Det virkelige/dybe, hvor strukturer og generative mekanismer forårsager begivenheder på de øvrige domæner (Bhaskar 2016: 7, 45f). Domænerne er stratificerede og indlejret i hinanden, hvilket kan visualiseres på følgende måde, med inspiration fra menneskerettighedsforskeren Eric T. Hoddy (2019: 113):



Kritisk realistisk kausalitet: Teoretiske forklaringer over empiriske tests

Genindlæggelsens forholdsvist ukendte psykosociale mekanismer vidner om behovet for videnskabelige undersøgelser, der forsøger eksplorativt at undersøge og forklare relevante sammenhænge *bag* genindlæggelsen og ikke blot empiriske sammenhænge mellem observerbare og relaterede variable til genindlæggelsen, såsom diagnosetype eller boligsituation (e.g., Sundhedsdatastyrelsen

2017). For at understøtte en sådan eksplorativ undersøgelse anvender jeg en kritisk realistisk version af GT, til at udvikle en forklarende teori om genindlæggelsen. Derfor følger jeg Bhaskars udlægning af videnskab og kausalitet.

Bhaskar mente at det er videnskabens opgave at forklare årsagssammenhænge mellem de generative mekanismer i det dybe domæne, der forårsager observerbare begivenheder på det aktuelle og empiriske domæne (Bhaskar 2016: 50). *Generative mekanismer* udgør ikke-observerbare strukturelle kausale kræfter, der, gennem interaktioner med andre generative mekanismer, muliggør, forandrer og/eller forhindrer aktualiseringen af bestemte begivenheder (Bhaskar 2016: 81f, 122f). Struktur defineres af Danermark som: "... *the inner composition making each object what it is and not something else ...*" (Danermark et al. 2019: 60). Struktur kan derfor både være biologisk struktur, der fx definerer og adskiller forskellige organismer fra hinanden, men også social struktur, der konstituerer og differentierer menneskelige fællesskaber (Danermark et al. 2019: 60f).

Forbindelsen mellem observerbare begivenheder og dybereliggende generative mekanismer har også relevans for det sociale arbejdes praksis. Dette beskriver den kritisk realistiske forsker i socialt arbejde Carolyn Oliver således:

"Critical realists seek vertical explanations which link events and experiences to their underlying generative mechanisms rather than their antecedent events and experiences. [...] Social workers do this every time we assess simply from a client's behaviour that she has suffered trauma; we do not need to witness the traumatic event itself."
(Oliver 2011: 375).

Bhaskar kritiserede kausalitetsforståelsen hos empiristisk videnskab, såsom positivismen. Bhaskar beskrev at virkelighedens observerbare begivenheder er forårsaget af multikausale generative mekanismer, som ikke umiddelbart kan observeres og forklares lineært empiristisk (i.e., hvis X så Y). Dette skyldes at virkeligheden er udgjort af komplekse kombinationer af åbne og lukkede systemer. Her muliggør, forandrer eller forhindrer generative mekanismer aktualiseringen af begivenheder, hvilket ikke lader sig reproducere fuldstændigt gennem fx eksperimenter. Forskere kan derfor ikke finde frem til kausalitet alene via tests af korrelationer mellem empiriske observationer (Bhaskar 2016: 24, 46, 80f). Dette er en kritik af filosofen David Humes betragtning af kausalitet, som; ob-

servationer af konstante overlap/konjunktioner af begivenheder. Bhaskar kritiserede denne Hu-meanske-kausaltet for at antage at forstyrrelser i ellers regulære sammenhænge mellem begivenheder betyder, at sammenhængene stopper med at være, eller aldrig har været, regulære. I stedet så skyldes forstyrrelser i observerbare sammenhænge, at hidtil ukendte generative mekanismer er begyndt at påvirke sammenhængene. Dette kalder på abduktive revurderinger af videnskabelige forklaringer og ikke nødvendigvis flere empiriske tests, iflg. Bhaskar (2016: 25, 36, 80f). Disse forklaringer kan dog i sidste instans kun være fejlbarlige teoretiseringer, idet de komplekse interaktioner mellem samtlige generative mekanismer, der forårsager begivenhederne, ikke lader sig observere. Derfor beror kausalitetsforståelsen i KR på teoretiske forklaringer som endemålet for videnskaben. Empiriske observationer og tests er derfor ikke endemålet, men redskaber, som kan bidrage til at undersøge de generative mekanismer og understøtte forklaringen af dem (Bhaskar 2016: 25, 50, 60, 79, 110).

Den teori jeg vil udvikle har til formål at forklare om skrøbelige og foreløbige multikausale forbindelser mellem genindlæggelsens psykosociale mekanismer. Teorien udgør dog på ingen måde en universelt gyldig og fejlfri sandhed om genindlæggelsens tværsektorielle praksis, med prognostiske funktioner (Bhaskar 2016: 50). I stedet udgør teorien mit forsøg på at forklare om *plausible sammenhænge* med *teoretisk generaliserbarhed* (Bhaskar 2016: 79) om tværsektorielle genindlæggelser. Dette bør forhåbentligt resultere i en nuancering af genindlæggelsesfænomenet.

Netop ved at målrette min undersøgelse mod teoriudvikling, og derved mod at *forklare sammenhænge*, bør faldgruberne ved absolut relativistiske slutninger i socialvidenskabelig og humanistisk forskning kunne undgås (Oliver 2011: 378f). Teorien er dog reduktionistisk af natur, fejlbarlig, samt åben for korrektion og empiriske tests. Ideelt bør teorien udgøre et redskab til refleksion, der kan informere praksis og politik på psykiatriområdet, idet teorien giver anledning til dialog om, samt plausible forklaringer på, tværsektorielle genindlæggelser.

Epistemologisk relativisme: Viden er en socialt konstrueret og emergerende del af verden

Bhaskar beskrev at al menneskelig viden, såvel videnskabelige resultater som lægmænds overbevisninger, er udgjort af socialt konstruerede, sprogligt medierede og fejlbarlige koncepter (Bhaskar 2016: 25f, 105). Disse koncepter er på én og samme tid en del af, tolkning af og reference til en reelt

eksisterende verden, som koncepterne aldrig kan indkapsle fuldstændigt. Dette er forbindelsen mellem den transitive og intransitive verden – og mellem hhv. epistemologien og ontologien i KR (Bhaskar 2016: 24, 37, 47). Epistemologien kan dog ikke reduceres til ontologien, selvom den er indkapslet i ontologien. I stedet *emergerer* menneskets viden som en særegen størrelse fra verdens tredelte stratificering (Bhaskar 2016: 92).

Emergens: Verdens og videns særegne opståen, reproduktion og forandring

Emergens er et centralt begreb for KR, der implicerer at ikke blot menneskelig viden, men også resten af verden, bliver til særegne entiteter gennem kontinuerlige og foranderlige vekselvirkninger mellem begivenheder og generative mekanismer. Disse emergerende entiteter er afhængige af, men kan ikke reduceres til, de kausale kræfter, der forårsagede dem (Bhaskar 2016: 32f). Fx emergerer sindet fra og er afhængig af kroppen, men sindet kan ikke blot reduceres til at være det samme som kroppen (Bhaskar 2016: 86; Charmaz 2009: 159). Jeg antager herfra at genindlæggelsen også er et emergerende fænomen, der ikke kan reduceres til, men delvist forklares ud fra, sammenhænge mellem de vekselvirkende mekanismer, som konstituerer genindlæggelsen i praksis. Dette kan fx være psykiaterens vurdering af en potentiel patients symptomer og patientens oplevede ensomhed, der begge til dels forudsætter denne hypotetiske genindlæggelses emergens.

Bedømmende rationalitet: Bedre og dårligere argumenter for sandheden

Normalt differentierer mennesker ikke mellem viden og hvad denne viden handler om, hvilket Bhaskar kalder for menneskets ubevidste *naturlige attitude*. Når mennesker er uenige, og forskellige udlægninger af sandheden derved kommer i konflikt med hinanden, tvinges mennesker dog til at bryde med den naturlige attitude, idet de forsøger at differentiere mellem *hvad er* (ontologi) og *hvad der vides om dette* (epistemologi) (Bhaskar 2016: 6, 23). Gennem sådanne konflikter vil mennesker bedømme hvilke argumenter, der fremstår bedre eller mere plausible end andre.

Argumenter udgør teoretiske forklaringer på hvorfor og hvordan forskellige sammenhænge i verden eksisterer, såsom: hvorfor befolkningen bliver vaccineret mod Coronavirussen eller hvordan psykiatriske genindlæggelser opstår og/eller stiger i frekvens. Iflg. Bhaskar (2016: 25f) finder mennesker

svar på sådanne spørgsmål vha. deres *bedømmende rationalitet*, hvorigennem mennesker vurderer og selekterer mellem forskellige argumenter. Fx er Coronavaccinen blevet forklaret som et folkesundhedstiltag (Lægemiddelstyren 2022) eller som et fordækt forsøg af medicinalindustrien på at kontrollere befolkningen og tjene penge (Kølln 2020). Vurderingen af hvilken af disse to teorier, som udgør hhv. informativ viden og konspirationsteori, afhænger af hvor gyldig og plausibel teorierne fremstår for hver enkelt person.

Den bedømmende rationalitet betyder i kombination med den epistemologiske relativisme og ontologiske realisme, at mennesker selekterer og danner præferencer mellem mere eller mindre korrekte socialt konstruerede argumenter, der refererer til en reelt eksisterende virkelighed. Den videnskabelige kvalificering af sådanne præferencer opnås bl.a. ved at sammenligne forskellige videnskabelige teorier i forsøget på at finde den teori, der indtil videre, bedst forklarer de generative mekanismer bag de observerede begivenheder (Bhaskar 2016: 25f, 36). Kritisk realistiske forskningsstudier kvalificerer deres resultater vha. abduktion og retroduktion (Se Abduktion og retroduktion).

Den bedømmende rationalitet er dog en forudsætning for alle menneskers præferenceformationer (Bhaskar 2016: 64). Rationaliteten anvendes fx også i mødet mellem socialarbejderen og borgeren, hvilket Oliver beskriver således:

“While reality cannot be known for sure, it can be described with better or worse, truer or less true, accounts. Our assessments of our clients’ lives will never be our clients’ lives or capture all the nuances of their experience, but most social workers can tell the difference between a well-informed accurate account and its reverse.” (Oliver 2011: 374) (Egen understregning).

Kritikkens realistiske aspekter og transformative muligheder: Fra immanent til repressiv psykiatrikritik

Menneskers sociale virkelighed er konceptafhængig, men er samtidigt situeret i og omgivet af en reelt eksisterende verden, som koncepterne refererer til. Dvs. ligegyldigt hvordan mennesker kommunikerer om fænomener som fx hjemløshed eller psykisk sygdom, så vil oplevelsen af hjemløshed og psykisk sygdom altid indebære en materiel dimension i form af reelt menneskeligt afsavn og

lidelse (Bhaskar 2016: 57, 121). Det overordnede normative ideal for KR er i denne forstand, at forskning bør udføre foderarbejdet for menneskelig opblomstring, ved at undersøge hvordan menneskers lidelse kan mindskes og deres behov opfyldes (Bhaskar 2016: 71, 99f, 121f, 138).

Koncepter, selv videnskabelige, er dog fejlbarlige. Samtidigt er koncepterne forårsaget af og forårsagende for bl.a. værdier, ideologier og handlinger i menneskers sociale verden. Pga. denne fejlbarlige og værdiladede årsagssammenhæng må alle koncepter nødvendigvis være modtagelige overfor forklarende kritik; for at nuancere koncepterne mod en mere akkurat afbildning af virkeligheden og/eller mod menneskeligt velvære (Bhaskar 2016: 88, 105, 139). Genindlæggelsen er også et fejlbarligt koncept med en relativ ukendt social kompleksitet. Derfor vil jeg vha. GT forsøge at belyse og gøre konceptualiseringen af genindlæggelsens sociale kompleksitet mere akkurat end før.

Immanent kritik er i denne forstand en metode, der gør det muligt at kritisere kontraproduktive koncepter. Iflg. Bhaskar (2016: 2f, 25) indebærer immanent kritik, en kritik af hvorvidt et koncepts aktualisering lever op til konceptets formål. Fx kunne en immanent kritik være at kritisere aktualiseringen af konceptet "fredsbevarende styrker" for kontraproduktivt at føre til krig og ikke fred.

Jeg vil anvende immanent kritik i min undersøgelse af genindlæggelsen, idet genindlæggelse i Danmark behandles som anomali. Dvs. som et afvigende fænomen, der naturligvis bør nedbringes. Denne selvfølgelighed er jeg kritisk overfor, idet den stigende genindlæggelsesfrekvens derigennem signalerer dårligere kvalitet i de psykiatriske indsatser (Sfetcu et al. 2017). Dette behøver ikke nødvendigvis være tilfældet, idet genindlæggelsesfrekvensen ikke fortæller noget om forløbene *imellem* indlæggelserne, eller hvad selve genindlæggelsen betyder for patienterne. Indlæggelsen kan bl.a. repræsentere et nødvendigt pusterum fra en hverdag, der opleves gradvist mere stress- og pinefuld for borgere med svære psykiske sygdomme, hvilket Duhigs (et al. 2017) og Ådnanes' (et al. 2018) resultater indikerer.

Meningsfuld psykiatrikritik: Ydmyg og respektfuld kritik henimod tværfaglig opblødning

Psykiatrien er blevet kritiseret mange gange før af filosoffer, sociologer, psykologer og antropologer. Denne kritik har bl.a. været rettet mod validitetsproblemer i den historiske udvikling af de psykiatriske diagnosticeringssystemer i DSM og ICD (Pilgrim 2013; Rose 2015; Ringø 2016; Bhaskar et al. 2018), psykiatriske diagnoser som normalitetsindskrænkende (Brinkmann & Petersen 2015), samt

som sygeliggørende, kontrollerende og stigmatiserende mærkater (Brinkmann 2015; Pilgrim 2014; Scheff 1999). Derudover er psykiatrien bl.a. blevet kritiseret for at individualisere problemerne ved psykiske sygdomme (Vandekinderen et al. 2014), biomedicinsk reduktionisme (Pilgrim 2014; Bhaskar et al. 2018; Jørgensen et al. 2020a) samt essentialisering (Larsen et al. 2021).

Psykologen Jonathan L. Larsen og kollegaer pointerer selvkritisk, at deres tidligere forsøg på psykosocial kritik af den danske psykiatri har haft ringe indvirkning på psykiatriens kliniske praksis (Larsen et al. 2021). Kritikken har her i stedet haft kontraproduktive *bivirkninger*. Bl.a. er en bivirkning at den psykosociale kritik kommer fra en snæver, monodisciplinær og reduktionistisk position, hvilket overser konteksten i psykiatriens komplekse formål i samfundet (Larsen et al. 2021: 76f). Derfor afvises kritikken ofte, idet den fremstår uretfærdig, fordømmende og psykiatriens praktikere ikke kan genkende sig selv i den, hvilket fører til polariserede faglige forskansninger (Larsen et al. 2021: 73, 78f). En kritik af det psykiatriske diagnosesystem overser fx de omfattende følgevirkninger, som en komplet reformation af diagnosesystemet ville medføre (Larsen et al. 2021: 73). Larsen og kollegaer råder derfor forskere til at tilgå psykiatrien med et åbent, ydmygt og respektfuld sind, i forsøget på at nedbryde de faglige barrierer, som psykosocial kritik fra monodisciplinære udgangspunkter tidligere har forstærket (Larsen et al. 2021: 79f, 87).

Jeg vil i min undersøgelse af den psykiatriske genindlæggelse forsøge at følge Larsen og kollegaers råd og undgå at formulere en kritik af psykiatrien, der alene er baseret på mit eget monodisciplinære udgangspunkt fra socialt arbejde. Gennem den kritisk realistiske version af Grounded Theory er min forhåbning, at jeg i stedet kan være nysgerrig og interesseret i at lære af de tværfaglige perspektiver blandt psykiatriens forskellige ansatte og de detaljerige oplevelser blandt tidligere genindlagte beboere på psykiatriske bosteder. Min kritik vil derfor ikke være rettet mod fx at evaluere og kritisere bestemte professioners funktioner. I stedet vil en eventuel kritik være baseret på informanternes oplevede frustrationer med genindlæggelser, hvilket vidner om kontraproduktive konflikter mellem generative mekanismer, der på forskellig vis hæmmer mine informanternes ønskede hverdagsliv.

Jeg vil forsøge at formulere kritikken ydmygt og respektfuldt, idet jeg hverken er sundhedsfagligt uddannet eller har praksiserfaring med at deltage i det komplekse arbejde, der foregår i psykiatrien. Jeg håber dog at jeg gennem min undersøgelse bliver klogere på og alligevel bidrager med viden om genindlæggelsen.

Mit forsøg på ydmyg og respektfuld kritik baserer sig også på en forestilling om, at alle mennesker gør ting af meningsfulde grunde/årsager. Disse grunde behøver ikke være bevidste. Fx har mennesker med svære psykiske sygdomme, såsom skizofreni, meningsfulde grunde til at opføre sig afvigende ved fx at italesætte vrangforestillinger, hvor disse grunde fx kan være komplekse kombinationer af traumer, biologiske dispositioner m.m. (Pilgrim 2014: 10f). I forlængelse har psykiateren også meningsfulde grunde til at diagnosticere denne person med skizofreni. Psykiateren er specialiseret fagligt vha. langvarig medicinsk uddannelse og flerårige erfaringer fra klinisk praksis. Derudover indgår psykiateren i et tæt samarbejde med andre faggrupper, hvori diagnosticeringen anvendes som et redskab for at hjælpe personen med skizofreni mod bedring. Den potentielle (gen)indlæggelse kan her være et led i denne bedringsproces, som bl.a. bør afholde personen fra at påføre skade på sig selv eller andre (Dansk Psykiatrisk Selskab 2021: 104f). En kritik, der fx bebrejder psykiateren for at være en kontrollerende og undertrykkende magtperson, risikerer derfor at overse de komplekse, velmenende og nødvendige funktioner bag psykiaterens position i samfundet og samtidigt undergrave psykiaterens faglige selvforståelse (Larsen et al. 2021: 76f).

Kritik er dog en forudsætning for forandring (Bhaskar 2016: 99f, 115f). En yderligere forudsætning hertil bør dog være, at kritikken skal gøres *meningsfuld* for de målgrupper som kritikken er særligt relevant for. Ellers risikerer kritikken at blive afvist, uden at skabe forandring, som Larsen og kollegaers (et al. 2021) selvkritiske gennemgang viser. Jeg vil derfor forsøge at formulere en ydmyg og respektfuld kritik, der tager udgangspunkt i mine informanternes forskelligartede oplevelser.

Min kritik bevæger sig derfor mellem tre kritikformer: immanent, empirisk og reparativ kritik. Jeg tager udgangspunkt i en målsætning i psykiatrien, om at genindlæggelser alene er anomali (immanent). Dette vil jeg kritisere og nuancere gennem en undersøgelse af mine informanternes oplevelser med genindlæggelser vha. GT (empirisk). Undersøgelsen bør herved føre til en teori, ideelt med relevans for både social- og sundhedsarbejdere, som deltager i genindlæggelsens tværsektorielle praksis. Teorien bør således forhåbentlig også fungere som et brobygningsredskab mellem disse fagligheder, i forsøget på at bidrage til fælles forståelse og derved tværfaglig opblødning (reparativ), i stedet for monodisciplinær forskansning (Monrad & Olesen 2018: 308f, 312f).

Metode

Jeg følger Bhaskars metodologiske relationisme. Iflg. Bhaskar (2016: 55) bør sociale fænomener ikke undersøges gennem akkumulationen af individers adfærd eller kollektivets komposition, men gennem menneskelige aktører og strukturers relationer til hinanden. Kombinationen af kritisk realisme (KR) og Grounded Theory (GT) gør det her muligt at spore, hvordan strukturer betinger relationer i praksis vha. detaljerig, kontekstnær og kvalitativ data. Denne data kan dog også samtidig vise, hvordan praksis bidrager og relaterer til strukturel reproduktion eller forandring (Oliver 2011: 381f).

Kritisk realistisk Grounded Theory: Teoriudvikling om genindlæggelsen

Genindlæggelsen er et fænomen, der fremstår som et socialt problem med mange relationelle forbindelser mellem strukturer og aktører i psykiatrien. Kombinationen af KR og GT gør det muligt at udforske kompleksiteten i genindlæggelsens praksis og udvikle teori, der forklarer relationer mellem aktørernes handlinger og de strukturelle omstændigheder, der tilsammen forårsager og/eller konstruerer genindlæggelsen. Dvs. kombinationen muliggør en eksplorativ teoriudviklende undersøgelse af, hvordan genindlæggelsen tager form i en strukturelt betinget og transformativ praksis. Her konstrueres genindlæggelser politisk som anomali (e.g., Sundhedsstyrelsen 2022), men de opleves antageligt som andet eller mere for hver enkelt socialarbejder, psykiater og genindlagt beboer.

Kombinationen af KR og GT fremstår dog som et umage par, hvorfor jeg her vil redegøre for hvordan denne fusionsretning er blevet udviklet og hvordan jeg vil anvende den.

Udviklingen af Grounded Theory mod kritisk realisme: Epistemologiske ensformigheder

GT blev udviklet af sociologerne Barney G. Glaser og Anselm L. Strauss (1967), som et modsvar til deduktiv socialvidenskabelig forskning. GT er en kvalitativ og induktiv metodologi, hvor formålet er at udvikle og forfine teori, som forklarer sammenhænge mellem observerede fænomener. Teori bør vha. GT udvikles på baggrund af dybdegående og iterative forskningsprocesser, hvorigennem forskeren kontinuerligt veksler mellem dataindsamling og analyse (Glaser & Strauss 1967). For at skabe nuanceret og præcis teori må forskeren her danne et tæt og indlevende kendskab til de detaljerede, mangefacetterede og forskelligartede perspektiver, som kvalitative data rummer. Forskeren bør

derfor indlede forskningen fordomsfrit, for at lade data vejlede forskningen, iflg. Glaser og Strauss (1967). Nyere videreudviklinger af GT har dog nuanceret og/eller ændret flere af GT's oprindelige grundantagelser.

Én af disse nyere versioner af GT er sociologen Kathy Charmaz' (2009; 2014; 2017) konstruktivistiske GT. Charmaz (2009: 129ff) argumenterede for at forskning, såvel som alle andre menneskelige aktiviteter, er sociale konstruktionsprocesser, der er omgivet af allerede-eksisterende sociale strukturer. Forskeren kan derfor ikke undgå at have teoretisk informerede formodninger forinden forskningen. Formodninger er endda nødvendige for at kvalificere forskningens relevans og formål (Oliver 2011: 378f). Derfor bør formodninger ikke undgås, men derimod inddrages, som et for forskeren selv-refleksivt element af forskningen (Charmaz 2009: 130ff, 140).

Sociologerne Juliet Corbins og Anselm Strauss' (2008) interaktionistiske og pragmatiske videreudvikling af GT indeholder mange af de samme ovenstående nuanceringer af GT, som Charmaz' konstruktivistiske version. I Corbin og Strauss' (2008: 8f, 99ff) videreudviklede version af GT inddrages flere metodiske fremgangsmåder, der gør det muligt at bringe bl.a. proces og struktur ind i den kvalitative analyse. Derved afvises kritikken af den oprindelige version af GT, som lyder; GT overser relevante strukturelle sammenhænge, når forskeren alene bør fokusere på indtryk fra data og bevidst udelade den strukturelle kontekst omkring data (Danermark et al. 2019: 165ff). Nyere versioner af GT muliggør her en analyse af relationer mellem aktører og strukturer, ved bl.a. at inddrage allerede-eksisterende forskningsresultater og teorier med relevans for undersøgelsens formål, der forklarer om processer og strukturer i og omkring data (Oliver 2011: 381ff).

Hvordan passer kritisk realisme og Grounded Theory sammen?

Oliver (2011: 371ff) kombinerede Bhaskars filosofi og Charmaz' samt Corbin og Strauss' videreudviklede versioner af GT i forsøget på at fusionere KR og GT til en forskningstilgang, som er særligt relevant for socialt arbejde. Oliver (2011: 372f, 383f) beskrev at tilgangen muliggør emancipation som mere end blot et kognitivt koncept for marginaliserede socialservicebrugere. Muligheden for denne reelle og materielle emancipation kræver dog at selvfølgeliggjorte, usagte og undertrykkende strukturer fremhæves, forklares og kritiseres. Dette kan bedst opnås ved at tage udgangspunkt i socialservicebrugernes detaljerige og kontekstnære oplevelser, fx vha. GT (Oliver 2011: 377f).

Oliver fandt at KR og GT kan kombineres, idet nyere strømninger af GT tillader anvendelsen af allerede-eksisterende teori, hvilket er en central forudsætning for kritisk realistisk forskning (Oliver 2011: 378).

Dernæst bør metodologien anvendt sammen med KR anerkende at viden altid er foreløbig og fejlbarlig, hvorfor videnskaben handler om iterative (re)konceptualiseringer (Oliver 2011: 378f; se Abduktion og retroduktion). GT understøtter både en abduktiv og retroduktiv tilgang. Dette ses hos både Corbin og Strauss (2008: 48f, 58, 155) i princippet om *konstant komparation*, samt hos Charmaz (2009: 137f), der eksplicit anvender abduktive slutninger i sin forskning.

Slutteligt fandt Oliver at GT og KR begge understøtter epistemologisk holisme (Bhaskar 2016: 129) og relativisme. Dette implicerer at begge retninger anerkender, at der er mange måder at vide på, som kan være lige værdifulde og informative, og som tilsammen giver et bedre helhedsindtryk af det undersøgte (Oliver 2011: 379). Derfor er det ikke blot en mulighed, men en nødvendighed, at forskeren undersøger og lader sig inspirere af forskelligartede fagdiscipliner, teorier og metoder, både før og under analysen, i forsøget på at udvikle den mest akkurate forklarende teori (Oliver 2011: 380ff). Dette er desuden grunden til at Bhaskar har opfordret til brugen af Mixed Methods (Bhaskar 2016: 57, 82) og tværfaglige tilgange i forskning og praksis (Bhaskar & Danermark 2006; Bhaskar 2016: 85ff; Bhaskar et al. 2018). Epistemologisk relativisme ses bl.a. også hos Charmaz (2009: 162f), der drager inspiration fra anden forskning og andre teorier, for at nuancere og validere hendes analytiske fortolkninger. Charmaz (2009: 128, 134) anskuer desuden GT som en åben og fleksibel metodologi, hvori teoretisk og metodisk ortodoksi bør undgås.

Anvendelsen af kritisk realistisk Grounded Theory: Genindlæggelsens rekonceptualisering

Jeg anvender Olivers (2011) kombination af GT og KR. Charmaz' (2009; 2014; 2017) samt Corbin og Strauss' (2008) versioner af GT er her fundamentale for denne tilgang. Hoddys (2019) og forskeren i socialt arbejde Sarah Bunts (2018) studier er inspirationskilder til, hvordan tilgangen kan anvendes.

Jeg følger først princippet om *selvrefleksion* (Charmaz 2009: 131f; Oliver 2011: 380). Dvs. jeg vil forsøge at eksplicitere mit eget standpunkt forinden analysen, for at fremhæve hvordan analysen tager form gennem mine fortolkninger. Samtidigt udvikler mit standpunkt og mine fortolkninger sig dog også løbende, desto mere sensitivt et kendskab til data jeg opnår. Princippet om selvrefleksion er

udviklet på baggrund af en kritik af idealet om den "objektive forsker", der komplet kan adskille egne overbevisninger fra forskningen. Corbin og Strauss (2008: 13f) beskriver dette som en umulighed. Selvrefleksion bør i stedet fordre en for forskeren nødvendig, løbende og transparent overvejelse af, hvordan forskerens standpunkt unægtelig påvirkes af og påvirker data (Charmaz 2009: 132f, 140). Selvrefleksion modsvarer desuden kritikken af GT, som lyder; GT ignorerer socialvidenskabens *dobbelte hermeneutik*, idet GT-forskerens standpunkt ignoreres eller tages for givet under GT-studier (Oliver 2011: 377; Danermark et al. 2019: 167f).

Indledende selvrefleksion: Jeg har længe været interesseret i psykiatriens funktioner, dilemmaer og opbygning. Det kommer bl.a. af at min mor er sygeplejerske i distriktspsykiatrien. Herved har jeg fået et indblik i og udviklet en forståelse og sympati for de udfordringer, som ansatte i psykiatrien møder i sundheds- og omsorgsarbejdet. Jeg har også deltaget i aktiviteterne på et socialpsykiatrisk bosted én gang om ugen i et år. Herfra opstod min interesse i at undersøge genindlæggelsen, da jeg observerede flere af beboerne fluktuere mellem (gen)indlæggelser og bostedet. Dertil udviklede jeg en sympati og medfølelse for de borgere, der er modtagere af psykiatriens indsatser og som er svært belastede af psykiske sygdomme. Jeg føler at det er et moralsk imperativ at psykiatriorienteret forskning værner om disse menneskers perspektiver, ønsker og muligheder for bedring. Ellers er jeg bange for at disse menneskers livsførelse drukner i diskrepanser mellem forskellige ekspertvurderinger af, hvad der er eller bør være bedst for dem at være og gøre. Jeg vil fra start forsøge at være opmærksom på, at min overbevisning ikke bør diktere analysen, samt hvordan overbevisningen udvikler sig i løbet af dataindsamlingen og analysen, for at undgå en på forhånd skævvredet og antagonistisk fremstilling af psykiatriens ansatte. Min forhåbning om meningsfuld psykiatrikritik bør her være en konstant påmindelse om de meningsfulde grunde bag alle mine informanternes positioner.

Konceptudvikling: Memoer, åben og aksial kodning samt konstante komparationer

Yderligere selvrefleksioner vil fremgå i bilaget med *memoer* (Bilag 3). Memoer er tekstdokumenter, hvori forskerens fejlbarlige, daværende, interne, analytiske og selvrefleksive dialoger fremskrives (Corbin & Strauss 2008: 117, 124). Jeg vil skrive memoer fra start til slut af analysen, for transparent

at systematisere konceptualiseringerne, samt for at explicitere mine refleksionsprocesser (Oliver 2011: 376).

Jeg koder data for at udvikle *koncepter*, der har relevans for genindlæggelsen. Koncepter er mærkater, som repræsenterer en kondensering af forskerens fortolkning af de essentielle meninger i segmenter af data (Corbin & Strauss 2008: 48, 159f). Koncepter har *egenskaber* og *dimensioner*. Egenskaber er det konceptualiserede objekts, begivenheds eller handlings karakteristika og komponenter. Dimensioner er variationer af en egenskab langs et spektrum (Corbin & Strauss 2008: 45f). Et koncepts egenskab kan fx være en appelsins størrelse, der kan have dimensionerne "stor", "middel" og "lille" (Corbin & Strauss 2008: 74f). Egenskaber og dimensioner udgør således subkoncepter, der udvikles for at tilføje nødvendige detaljer og variationer til andre koncepter (Corbin & Strauss 2008: 164, 199).

Titlerne på koncepterne og memoerne afhænger af mine tolkninger af data. Hvis det er muligt og relevant, forsøger jeg at navngive mine koncepter vha. korte ordrette citater fra informanterne, hvilket defineres som *in-vivo koder* (Corbin & Strauss 2008: 82, 160). In-vivo koder anvendes, når de giver et bedre indtryk af informanternes praksisnære meningsdannelse, idet disse udsagn anvendes af informanterne selv, til at beskrive og forklare praksis (Charmaz 2014: 134f).

Jeg udvikler koncepterne gennem *åben* og *aksial kodning*. Åben kodning anvendes fra første øjeblik hvor data analyseres, til at fremhæve og sondere de mulige og relevante meninger i data (Corbin & Strauss 2008: 195). Charmaz kalder den indledende åbenkodningsproces for *linje-for-linje-kodning*

(Charmaz 2017: 189ff). Her bliver små segmenter af datamateriale tildelt korte koder, der repræsenterer forskerens midlertidige tolkninger af, hvad der foregår i de brudstykker af data (Charmaz 2014: 124ff). Et uddrag af hvordan jeg udførte linje-for-linje-kodning, ser således ud:

	Tid	Transskriptionsindhold	Talende person	Linje-for-linje kodning
1	0:00,0 - 0:14,0	Så ligger jeg den der. Jamen, så vil jeg gerne starte med at spørge dig; har du lyst til at fortælle lidt om dig selv her til at starte med?	Bastian	
2	0:12,9 - 0:49,4	Altså jeg er en ganske almindelig fyr på 41 [år]. Jeg har boet i By X hele mit liv. Jeg har også boet nogle andre steder. Så har jeg flyttet til Bosted X – det er der jeg bor nu og der har jeg et værelse og bor permanent der. <u>Øhm</u> og det går rigtig godt og <u>øhm</u> . Jeg hedder Lars Feldskov, et ganske simpelt navn. Og, ja, jeg er en ganske normal fyr.	Lars	Forsøg på normalisering: "Helt almindelig fyr". Positionering og normalisering: Ganske simpelt navn til en ganske normal fyr.

(Bilag 5: 253).

Koderne fra linje-for-linje kodningen, og udpluk af disses tilhørende datasegmenter, bliver efterfølgende sammenlignet i åbenkodningsmemoer (Bilag 3). Her fremskriver jeg overvejelser og konceptualiseringer på baggrund af de mulige og forskelligartede intentioner, meninger, formål, ideer, holdninger, processer, strukturer og årsager, som data kunne rumme (Corbin & Strauss 2008: 32f).

Koncepter udvikles indledende vha. åben kodning, men sammenlignes og videreudvikles vha. aksial kodning (Corbin & Strauss 2008: 195). Sammenhængen mellem disse to kodningsstrategier er således, at åben kodning bryder datasættet op i dele, hvorefter aksial kodning samler datasættet igen.

Separationen mellem disse to kodningsstrategier er dog kunstig, idet de begge anvendes sideløbende og samtidigt, så snart der er udviklet flere midlertidige koncepter vha. åben kodning, som kan sammenlignes vha. aksial kodning (Corbin & Strauss 2008: 198f).

Fælles for både åben og aksial kodning er princippet om *konstante komparationer*. Konstante komparationer foregår ved kontinuerligt at sammenligne hændelser med andre relaterbare hændelser i data, for at undersøge, hvilke variationer af mulige ensformigheder og forskelle, der kunne være mellem hændelserne. Dette kaldes også *komparativ analyse* (Corbin & Strauss 2008: 195, 199). Forskeren bevæger sig her frem og tilbage mellem områder af data i en iterativ analytisk proces, i forsøget på at udlede den bedst mulige konceptualisering (Corbin & Strauss 2008: 73). Herved bliver nye memoer udfærdiget og/eller sammenlignet med gamle memoer, hvortil sammenfattende memoer bliver fremskrevet (se Bilag 3). Konzeptudviklingen har dog også sit eget bilag (Bilag 6). Gennem konstante komparationer kan gamle koncepter valideres, nuanceres eller forkastes og nye koncepter kan udvikles (Corbin & Strauss 2008: 57, 155). En del af udviklingen af konceptet/kategorien: "Temporal forskydning" kan fremhæves således:

Kategorier	Egenskaber / underkoncepter	Dimensioner og variationer	Empiriske eksempler
Temporal forskydning	Af indlæggelsens længde	Fra lang til kort	Egon: <i>"Det, så, så det er jo heller ikke bare svaret på alle ting, men, men øh, men muligheden for at, at kunne have langvarige, flerårige, årtier lange indlæggelsesforløb, den burde være til stede. Du kan jo få en dom til anbringelse på en psykiatrisk afdeling. Og når det begreb eksisterer, hvorfor eksisterer muligheden så ikke af frivillighedens vej, hvis man kan sige det sådan?"</i> (Bilag 4: 114). Inga: <i>"Nogen mennesker skal jo have årelange indlæggelser, altså."</i> (Bilag 4: 257). Asta: <i>"Altså de fleste indlæggelser, det har været sådan over korte perioder, men jeg har også haft få, hvor det har været lange indlæggelser, hvor vi har gået mere i dybden."</i> (Bilag 4: 267). Mads:

"Fordi man kan sige, hvis man indlægger nogen som dybest set, kan man sige, det her er altså ikke noget man kan modellere på nogen måde, ved at holde folk indlagt på en psykiatrisk afdeling. Og så bliver de udskrevet, så efter to dage, hver gang, kommer de tilbage, fordi nu vil de tage livet af sig selv igen, eller sådan noget, ikke? Så, så kan man sige; i sådan et tænkt eksempel, så kan man i hvert fald ikke ekstrapolere til at sige, at hvis de nu var indlagt i 365 dage, at så ville det blive anderledes. Altså du ved, og for nogens tilfælde, vil det også være sådan, at hvis de så var indlagt i 300 dage, så bliver det endnu værre, på en eller anden måde, ikke? Så bliver folk også institutionaliseret, til en institution de ikke skal opholde sig i på sigt alligevel, og alle sådan nogle ting og sager, ikke? Så det, det er et farligt morads *griner lidt* at bevæge sig rundt i det der, ikke?" (Bilag 4: 615).

Bastian og Olivia:

Bastian: "Mmm, hvordan fejler I syntes du?"

Olivia: "Jamen altså, de får for korte indlæggelser. Øh, alt for korte indlæggelser." (Bilag 4: 42).

(Bilag 6: 20ff).

Proces og struktur: Genindlæggelsens demi-regulariteter og fravær

Udsagn er psykologiske generative mekanismer, der er kausalt forbundet til en persons adfærd (Oliver 2011: 382). Det betyder dog ikke at personer altid gør eller har gjort præcis det, personerne siger at de har gjort eller vil gøre. Personer kan fx overdrive eller undlade at fortælle hvad de rent faktisk gjorde eller vil gøre. Selv sådanne betydelige diskrepanser mellem udsagn og handling er dog også kausalt forbundet, som følge af interagerende og medierende generative mekanismer (Bhaskar 2016: 62ff).

For at forklare mekanismerne bag sociale fænomener, såsom genindlæggelser, der er udgjort af menneskelige interaktioner, må en GT-undersøgelse af disse derfor starte med menneskers egne analyser af og begrundelser for deres handlinger. Den oprindelige version af GT stoppede dog ved analysen af informanternes begrundelser og adfærd (Oliver 2011: 382). Tilføjelsen af KR bevæger her analysen videre, hvilket Oliver forklarer således:

"A critical realist grounded theory would simply continue this 'regression' by moving from individual action to reasons to rules to structures [...] and see attention to individual meaning-making as an integral step to understanding causality." (Oliver 2011: 382).

For at undersøge det dybe domæne bag genindlæggelsens praksis vil jeg analysere og kode efter *proces og struktur*. En proces defineres som kontinuerlige handlinger, der udføres i respons på situationer eller problemer, hvori handlingerne er midler til at opnå mål (Corbin & Strauss 2008: 96f, 247). Processer forløber over tid og involverer sekvenser af aktiviteter, hvilket skaber kontinuitet i de involverede personers formålsrettede handlinger (Corbin & Strauss 2008: 97f). Genindlæggelsen er her et socialt fænomen, der forløber som en cyklisk proces, med flere underliggende processer. Dette kan kort og groft beskrives som: en person (gen)indlægges, har et indlæggelsesforløb, udskrives, lever sit liv udenfor hospitalspsykiatrien, hvorefter personen indlægges igen. Genindlæggelsens processer, ligesom alle andre menneskelige aktiviteter, foregår dog ikke i et socialt vakuum (Corbin & Strauss 2008: 91). Der eksisterer sociale strukturer, i form af sociale generative mekanismer, der betinger og medierer adfærden hos de personer, som er involveret i genindlæggelsens processer (Corbin & Strauss 2008: 97ff). Sociale processer og strukturer kan dog forandres eller reproducere over tid vha. menneskers forskelligartede, handlekraftige og reflektive intentionalitet (Bhaskar

2016: 60f, 66, 93). Dette er en variation som forskerens konceptualiseringer bør rumme og fremhæve (Corbin & Strauss 2008: 51, 96). Rutiner er i denne forbindelse et analytisk opmærksomhedspunkt, idet rutiner er tidsbestemte processer med strukturelt betingede mønstre af adfærd (Corbin & Strauss 2008: 100, 253).

Kritisk realistisk GT bør undersøge processer og strukturer som udtryk for *demi-regulariteter*. Demi-regulariteter er tendenser og mønstre, såsom rutiner, der forløber sekventielt på bestemte måder, men som altid potentielt kan og ofte reelt bliver forstyrret, forandret eller afbrudt. Demi-regulariteter må antages at kunne optræde tilnærmelsesvist på samme måde, i lignende situationer udenfor data (Fletcher 2016: 185f). Dette skyldes at identifikationen af og forklaringen på sammenhænge mellem flere generative mekanismer, viser hvordan bestemte typer af begivenheders (såsom genindlæggelser) opstandelse og forløb kan aktualiseres, forandres eller forhindres (Hoddy 2019: 117f).

Begivenheder og strukturer er dog ikke alene karakteriseret af hvad der kan observeres som værende en del af dem, men også af hvad der er *fraværende*. Fravær er en materiel mangel eller et tomrum, der skaber dilemmaer og selvmodsigelser, hvis fraværet ikke erkendes, kritiseres eller udfyldes (Bhaskar 2016: 115f). Fravær karakteriserer dog ikke alene begivenheden og strukturen i nuet, men også dens materielle forandringspotentiale (Oliver 2011: 382; Bhaskar 2016: 91, 115ff). Fravær er fx mad, som personer ramt af hungersnød mangler, og bedring, som personer, der kontinuerligt genindlægges som følge af forværret psykisk lidelse⁵, også mangler (Bhaskar 2016: 121; Bhaskar et al. 2018: 107). Udover fravær er der desuden usagte og ikke-observerbare elementer, såsom tavs viden, samt skjulte eller selvfølgeliggjorte strukturelle positioner og ideologier, som befinder sig bagved og mellem linjerne af informanternes udsagn (Oliver 2011: 377f, 382; Charmaz 2009: 131). Et af memoerne, der udviklede kategorien "temporal forskydning" vha. disse opmærksomhedspunkter, ser således ud (Bilag 3: 95):

⁵ Jeg skriver periodisk "psykisk lidelse", for at betone den reelle og materielle dimension af lidelsen bag både svære psykiske sygdomme såvel som kategoriske psykiske lidelser, såsom personlighedsforstyrrelser (e.g., Bilag 4: 100f).

Memo 61. Genindlæggelsens temporale forskydninger. 23-05-2022 19:03

Bastian: *Mmm, hvordan fejler I syntes du?*

Olivia: *Jamen altså, de får for korte indlæggelser. Øh, alt for korte indlæggelser.* (Bilag 4: 42).

[...]

Inga: *Nogen mennesker skal jo have årelange indlæggelser, altså.* (Bilag 4: 257).

Uhensigtsmæssige genindlæggelser opstår pga. temporale forskydninger. Dvs. patienters temporale behov for omsorg, behandling og en pause fra en ellers lidelsesfuld tilværelse i disse situationer forskydes med det totale antal patienter, der har lignende behov, ift. de relativt få psykiatriske sengepladser (e.g., Jeppesen et al. 2016; Danske Regioner 2017). Fraværet af en fleksibel psykiatrisk tidsstruktur forårsager her genindlæggelser, idet patienternes behov ikke vil være opfyldt, hvis indlæggelserne afsluttes for tidligt. Behovene forskydes således i kollektiv forstand, hvilket kan have en transformerende effekt på patienternes tilstand. For dette skaber pseudo-konkurrencelignende omstændigheder, hvor patienternes mulighed for (gen)indlæggelse bliver et kontinuerligt nulsumsspil om: "hvem har det dårligst", som afgør hvem, der bliver indlagt og hvem, der bliver udskrevet for tidligt.

Teoretisk Integration af kategorier og koncepter om genindlæggelsen

"The goal of critical realist grounded theory is explanatory theory tracing the line of a tendency from its deepest known generative mechanism to its realised effect in an open social system." (Oliver 2011: 383).

For at udføre teoriudvikling har jeg konstrueret og integreret sammenhængene koncepter på forskellige niveauer til én sammenhængende teori.

Konceptudvikling gør det muligt for forskeren at gruppere og organisere data. Koncepter relaterer til hinanden på forskellige abstraktionsniveauer, hvor koncepterne her er på et spektrum fra *basisniveau* til *højniveau*. Basisniveauskoncepter emergerer af og bidrager med detaljer til abstrakte højniveauskoncepter. Fx kan to basisniveauskoncepter være "flyvemaskine" og "fugl", der hver især relaterer og tilføjer detaljer til højniveauskonceptet: "flyvning" (Corbin & Strauss 2008: 52). Højniveauskoncepter kaldes også for *kategorier*. Kategorier er abstrakte koncepter, der rummer og forbinder flere basisniveauskoncepter (Corbin & Strauss 2008: 159f).

En teoris koncepter bør være sammenhængene. Derfor bør alle koncepterne være forbundet til mindst én overordnet *kernekategori*, som er den mest abstrakte kategori, der kan forklare sammenhænge mellem alle andre kategorier og koncepter i teorien. Kernekategorien udvikles når forskeren efter minutiøst og dybdegående analytisk arbejde har opnået et tæt kendskab til data, der gør det muligt at finde den kategori, som har det højeste abstraktionsniveau og derved bedst rummer og forklarer alle relevante sammenhænge i data (Corbin & Strauss 2008: 104f). Det er desuden en *substantiel teori* (Corbin & Strauss 2008: 56, 102), som jeg vil udvikle, idet den handler om afgrænsede og konkrete processer med relation til et bestemt fænomen, som er genindlæggelse. Teorien er færdigudviklet når teorien kan præsenteres som en sammenhængende og overbevisende forklaring på relevante sammenhænge i data (Corbin & Strauss 2008: 106f). Den teoretiske integration mellem koncepterne har eget bilag (Bilag 7), men er også mere detaljeret gennemgået i memoerne (Bilag 3). Den teoretiske integration af kernekategorien: "Relativ normalisering" og kategorien: "Temporal forskydning" fremhæves her:

Katego- rier	Underkoncepter / -kategorier	Sammenhænge
Relativ nor- malisering	Temporal forskydning	Det nye normale i psykiatrien er korterevarende indlæggelser qua nærmiljøstilgangen. De tempo- rale forskydninger følger derfor naturligt i forlæn- gelse af accelererende hastighedsnormer, som po- litisk faciliterede modreaktioner på de tidligere statshospitalers næsten livslange passiverende in- ternerings. Slagsiden af denne udvikling er, at der sker både en temporal og normativ forskydning. Pa- tienter bliver under kortevarende indlæggelser nemlig kun relativt normaliserede så de igen kan deltage i deres nærmiljø – for en periode. Patienter med svære psykiske sygdomme fra bosteder, opnår således ikke varig bedring, når behandlingspsyki- atrien sjældent har kapacitet til varige indlæggelser. Derfor ender normen om nærmiljøet med at skabe kontraproduktive temporale forskydninger. Patien- ter opsøger herved kontinuerligt genindlæggelse, når deres tidligere indlæggelsesforløb har været for korte og deres behov for omsorg, behandling og en pause fra en ellers lidelsesfuld hverdag ikke bliver opfyldt, men udskudt.

(Bilag 7: 1).

Teoretisk sampling: Retningsanvisende data og informantgrupperne

Datakilderne til specialet er blevet udvalgt gennem teoretisk sampling. Teoretisk sampling er en metodisk fremgangsmåde fra GT, hvor forskeren løbende samler mere data, sideløbende med analysen. Udvalgelsen af datakilder baseres på hvilke koncepter, som mangler at blive udviklet analytisk, hvis koncepterne endnu ikke fyldestgørende kan forklare relevante sammenhænge i data (Corbin & Strauss 2008: 143f). Forskeren bør her forholde sig åbent overfor indtryk fra data, hvorefter forskeren bør forfølge de retninger, som underudviklede koncepter fra den analyserede data peger forskeren imod (Corbin & Strauss 2008: 146, 150). Kombinationen af KR og GT tillader dog at allerede-eksisterende forskningsresultater og teorier også påvirker analysens retning gennem den iterative teoretiske samplingsproces (Oliver 2011: 377f).

Jeg starter dataindsamlingen vha. semi-strukturerede interviews med: tidligere genindlagte beboere og socialarbejdere fra psykiatriske bosteder, samt psykiatere fra hospitalspsykiatrien. Denne metode og disse målgrupper er udvalgt, idet tidligere forskning peger på, at genindlæggelse i den danske psykiatri er et fænomen, der er betinget af psykiatriens tværsektorielle organisering (se Problemfelt). Jeg har dog valgt at undlade at gruppere mine informantgrupper yderligere i den indledende samplingsproces, i fx: alder, køn, diagnosetyper for de genindlagte beboere osv. Dette skyldes at den teoretiske sampling i løbet af GT-studier indledende bør være så bred og åben, som muligt, for at forskeren ikke på forhånd aflukker muligheder for at opsøge ny data (Corbin & Strauss 2008: 146). Endvidere kan prædefinerede informantgrupper aldrig være komplet homogene (Charmaz 2014: 107). Derfor ville jeg også kunne få adgang til mange forskellige oplevelser med genindlæggelser, hvis jeg alene interviewede fx genindlagte kvindelige patienter med skizofrenidiagnoser. I forlængelse heraf er min sampling målrettet mod at udvikle koncepter for at nuancere genindlæggelsen, og ikke mod prædefinerede målgruppers narrativer, hvilket min brede informantgruppeinddeling afspejler (Corbin & Strauss 2008: 151f).

For at konceptualisere de psykosociale generative mekanismer bag genindlæggelsen, må jeg først forstå hvordan: en person oplever at blive indlagt gentagende gange, personen lever livet udenfor indlæggelserne på bostederne og oplever overgangene mellem den kommunale og regionale psykiatri. Derudover må jeg forstå hvilke andre personer, som deltager i at konstituere de tværsektorielle genindlæggelser. Psykiatere er i denne sammenhæng fagpersoner i hospitalspsykiatrien med formelle magtbeføjelser til at indlægge, udrede, udskrive og afvise patienter (Dansk Psykiatrisk Selskab

2021: 63f). Psykiaternes vurderinger er således rammesættende for indlæggelsesforløbet og dermed nødvendige at undersøge, for at kunne forklare hvordan og hvornår en person kan eller bør (gen)indlægges og udskrives i hospitalspsykiatrien. Socialarbejdere på socialpsykiatriske bosteder er også med til at forme genindlæggelsen som tværsektorielt fænomen. Socialarbejdere kan anmode om indlæggelse af beboere, hvis socialarbejderne fx ikke oplever at kunne håndtere symptomerne fra beboernes psykiske sygdomme.

I selekteringen af tidligere genindlagte beboere udgjorde de ansatte i psykiatrien *gatekeepers* (Robinson 2014: 36; se Bilag 2), der udvalgte beboere med genindlæggelseserfaring, som de ansatte bedømte både var villige og havde de fornødne ressourcer til at deltage i et interview. Dette repræsenterer en skævhed blandt informanterne, idet jeg herigennem kun får adgang til de mest ressourcestærke tidligere genindlagte beboere, hvilket ikke er repræsentativt for hele målgruppen af tidligere genindlagte beboere (Robinson 2014: 35f). Denne gatekeeper-selektion var dog en etisk nødvendighed, der understøttede at de udvalgte tidligere genindlagte beboere, var villige og ressourcestærke nok til at deltage i et interview, hvori sårbare emner kunne optræde.

Genindlæggelsens tværsektorielle praksis består således delvist af adfærden og symptomerne blandt borgere med svære psykiske sygdomme, men også af psykiateres og (i mindre grad) socialarbejderes vurderinger. Disse personer har derfor det til fælles at de på forskellig vis deltager i at konstituere genindlæggelsens tværsektorielle praksis (Robinson 2014: 26ff). Således har jeg forsøgt at opnå en triangulering af forskelligartede perspektiver med relation til det samme fænomen (genindlæggelsen) i min inddeling af informanter, for at understøtte variationen i mine fremanalyserede koncepter (Oliver 2011: 379; Charmaz 2017: 198).

Jeg sendte mails (Bilag 2) ud på baggrund af denne målgruppe-inddeling, til forskellige behandlingspsykiatriske organisationer og til socialpsykiatriske §107 og §108 botilbud (Retsinformation 2022). Disse informanter indvilligede herefter i at deltage i interview:

Informanterne

Anonymiseret navn på informant	Informantgruppe og -information	Antal informanter
Lars	Genindlagt beboer/patient på psykiatrisk akutmodtagelse (PAM)	1
Asta	Beboer på bosted	2
Ulrikke	Beboer på bosted	3
Erin	Udflyttet beboer fra bosted	4
Paula	Beboer på bosted	5
Olivia	Psykiater under hoveduddannelse fra FACT	6
Egon	Overlæge i psykiatri på PAM	7
Terese	Psykiater under hoveduddannelse på PAM	8
Felix	Overlæge i psykiatri på åbent psykiatrisk afsnit	9
Klaus	Overlæge i psykiatri på åben PAM	10
Mads	Overlæge i psykiatri på lukket stationært afsnit.	11
Inga	Sygeplejerske og leder af bosted	12
Gudrun	Pædagog og souschef på bosted	13 (I ALT)

Mulighederne for mætning: Interne og eksterne komparationer

En udfordring for mit speciales resultater er GT-princippet om *mætning*. Mætning opnås når ny data ikke bidrager med flere nye analytiske indsigter, hvilket indikerer at forskerens fremfortolkede koncepter er valide og tilpas veludviklede (Corbin & Strauss 2008: 144f, 148f, 196f). Komplet mætning er dog en umulig idealtype, idet en komplet konceptualisering af psykosociale fænomener implicerer en endeløs dataindsamling, analyse og udvidelse af genstandsfeltet (Corbin & Strauss 2008: 149). En tommelfingerregel for mætning ift. interviews er dog, at et GT-studie bør have omkring 30 interviews for at opnå mætning (Oliver 2011: 384). Jeg kommer ikke til at kunne udføre og analysere så mange interviews, grundet ressourceknaphed.

Iflg. Oliver (2011: 379) betyder mætning for kombinationstilgangen af KR og GT dog også, at studiets udviklede teori har bedre forklaringskraft end rivaliserende teorier (se Abduktion og retroduktion). I stedet for at udføre en relativt stor mængde interviews, vil jeg forsøge at opnå mætning ved at sammenligne mine koncepter med teorier og forskningsresultater fra andre lignende studier med relevans for genindlæggelsen. Sammen med mine konstante komparationer af datamaterialet, udgør denne tilgang en kontinuerlig intern og ekstern analytisk evaluering og validering af min teori-udvikling. Duhigs (et al. 2017) og Ådnanes' (et al. 2018) studier omhandler fx også de kvalitative dimensioner af genindlæggelsen, hvorfor jeg løbende vil sammenligne mine koncepter med deres resultater. Disse eksterne sammenligninger betyder dog ikke, at jeg konformerer mine konceptualiseringer til andre teorier eller forskningsresultater. I stedet forsøger jeg at styrke den samlede forklaringskraft i min teori, ved iterative interne komparationer imellem segmenter af min egen data og samtidigt abduktivt sammenligne min konceptualisering med relaterede teorier og forskningsresultater. Dette er også et led i at opnå *teoretisk mætning*. Teoretisk mætning implicerer ikke en fikseret mængde interviews, men i stedet udførligt analytisk arbejde – bl.a. med memoer (se Bilag 3; Corbin & Strauss 2008: 113).

Semi-strukturerede interviews: Udtalelsernes kontekstuelle kausalitet

"... we must at least know what agents think they are doing, and why they are (in their opinion) doing it when we set out to describe and explain a social form of life." (Bhaskar 2016: 105).

For at indfange demi-regulariteter i mine informanternes udtalelser, der vidner om og refererer til kontekstuelle psykosociale mekanismer (Oliver 2011: 382; Bhaskar 2016: 60f), har jeg med inspiration fra Bunt (2018: 182) valgt den semi-strukturerede interviewform som dataindsamlingsmetode. Metoden gør det muligt for mig at undersøge genindlæggelsen som et tema vha. en strukturerende interviewguide, samtidigt med at jeg kan bryde denne struktur og forfølge pludselige, relevante og potentielt ukendte (sub)temaer i interviewet (Brinkmann 2014: 286ff). Qua den teoretiske samplingsproces er min interviewguide dog dynamisk udviklet. Dvs. dele af den forandrede sig i løbet af undersøgelsen; hvor de indledende interviews fx pegede mig i retning af relevante koncepter, såsom "normalisering", hvilket løbende formede og forandrede interviewguiden og de efterfølgende interviews (Charmaz 2014: 90f).

Formålet med interviewene er at opnå tekstdata i form af de transskriberede interviews (Bilag 4), hvori jeg kan analysere forskelligartede sammenhænge mellem intentioner og usagtheder bag mine informaners udsagn, der bidrager til varierede konceptualiseringer af genindlæggelsen. Jeg tager dog ikke mine informaners udsagn for pålydende værdi, selvom jeg tager dem alvorligt. Jeg er i stedet opmærksom på, at jeg, såvel som alle mine informanter, har agendaer med, samt indtager forskellige positioner i interviewet (Charmaz 2014: 34, 79f). De skrøbelige demi-regulariteter, som måtte opstå mellem informanternes forskellige udsagn, vidner her om sådanne agendaer og positioner (Corbin & Strauss 2008: 261). Endvidere vidner positionerne om de underliggende psykosociale mekanismer, der både karakteriserer disse positioner og genindlæggelsen som begivenhed (Oliver 2011: 381f; Bhaskar 2016: 60f). En sådan psykosocial mekanisme kan fx ænses bag disse to uafhængige udtalelser fra Egon og Erin:

Egon: *"Men herinde, der ved vi godt, at de har egentlig en seng derude på et bosted, hvor der er døgnpersonale på. Så vi har ikke til hensigt at holde dem særlig lang tid indlagt. Vi laver kun lige det mest nødvendige og så skal de udskrives."* (Bilag 4: 69).

Erin: *"Jeg har lidt en fornemmelse af, at de udskriver hurtigere når man bor på bosted, øhm det har jeg i hvert fald haft en følelse af, at de har kunnet få mig hurtigere ud af vagten, imens jeg boede på Bosted X, hvor at de har lyttet lidt mere til, hvornår jeg var klar til at komme hjem og sådan, øh da jeg boede – de, de år jeg har boet alene. Øhm og det tror jeg også har noget at gøre med, at de ligesom tænker: "Nå, men der er nogen omkring hende når hun kommer hjem og der er nogen, der kan få hende ind igen, hvis der sker noget." og sådan."* (Bilag 4: 467).

Disse to udtalelser fremhæver konturerne af en generativ mekanisme, der kan føre til at beboere fra bosteder bliver udskrevet hurtigere, end andre typer af patienter. Dermed ikke sagt at denne mekanisme aktualiseres under alle beboeres indlæggelsesforløb (Oliver 2011: 374f, 382). Mekanisme kan dog som demi-regularitet forklare; hvorfor nogle genindlagte beboere oplever korterevarende indlæggelser, hvis de tilstedeværende psykiatere har overbevisninger som Egons.

Genindlæggelsen udgør et begreb, hvis betydning formentlig varierer mellem mine informanter. Derfor udfører jeg nærmere bestemt et semi-struktureret begrebsinterview (Kvale & Brinkmann

2015: 207f). Dvs. jeg interviewer mine informanter og adspørger dem om; hvordan de hver især oplever genindlæggelses processer og temaer med relevans for genindlæggelse. Disse temaer er udvalgt grundet deres betydelige tilstedeværelse i forskningslitteraturen og psykiatriens praksis, såsom *recovery* (e.g., Topor 2003; Topor et al. 2011; Vandekinderen et al. 2014; Price-Robertson et al. 2016; Ådnanes et al. 2018; Jørgensen et al. 2020a; Jørgensen et al. 2020b; Dansk Psykiatrisk Selskab 2021), tværsektorielle overgange og samarbejde, professionskulturelle forskelle (e.g., Mikkelsen et al. 2016; Sørensen 2016; Johansen et al. 2018; Balleby & Overgaard 2019; Jørgensen et al. 2020b), samt kapacitets- og ressourceproblemer i psykiatrien (e.g., Jeppesen et al. 2016; Danske Regioner 2017; Sundhedsdatastyrelsen 2017; Sfetcu et al. 2017; Buch et al. 2021).

Nogle af psykiaterne udgør desuden elitepersoner, idet de er overlæger i psykiatrien. Derfor har jeg forsøgt at indsamle viden om psykiatriens historie, koncepter, formål og organisering forinden interviewet, for at kvalificere og legitimere interviewet overfor overlægerne og for potentielt at kunne stille opfølgende kritiske spørgsmål (Kvale & Brinkmann 2015: 201f).

Interviewene vil antageligt variere grundet mine forskellige informanter. Beboerne med genindlæggelseserfaring har antageligt hver især forskelligartede oplevelser med genindlæggelser, samtidig med at de som gruppe også oplever genindlæggelserne anderledes end fx psykiaterne. Derfor har jeg konstrueret tre forskellige interviewguides, som er variationer af samme grundlæggende design, der omhandler oplevelser med genindlæggelser (Bilag 1). Interviewene med de tidligere genindlagte beboere er her etisk udfordrende, idet disse informanter befinder sig i sårbare positioner, hvor de potentielt stadig er betydeligt påvirkede af psykisk lidelse. Jeg har derfor forsøgt at designe mine spørgsmål således at spørgsmålene forhåbentlig ikke fremprovokerer yderligere lidelse, selvom spørgsmålene handler om perioder i informanternes liv, der var psykisk smertefulde. Konsekvenserne ved mine spørgsmål kan dog ikke fuldstændigt forudses på forhånd. Min forhåbning er derfor at den viden om genindlæggelsen, som mit speciale kan frembringe, i sidste ende især hjælper personer, der lider psykisk. Også selvom beboer-informanterne potentielt oplever ubehag ved at tale om svære perioder i deres liv, hvor de blev genindlagt (Kvale & Brinkmann 2015: 118f).

Etik: Fortrolighed, informeret samtykke og sympati

Jeg har forsøgt at skabe *fortrolighed* og sikre *informeret samtykke* fra første kontakt med potentielle informanter (Bilag 2). Jeg har informeret om GDPR (Bilag 9), samt anonymiseret alle sensitive personoplysninger (e.g., navne på personer og steder) i transskriptionerne af interviewene. Derudover forklarede jeg i mailen (Bilag 2) til mine informanter, og umiddelbart forinden interviewene, at deres data ville blive anvendt i mit speciale i anonymiseret format, hvilket blev godtaget af mine informanter (Kvale & Brinkmann 2015: 116ff).

Interviews er moralske projekter (Kvale & Brinkmann 2015: 105ff), men mine interviews er særligt etisk ømtålelige, idet interviewene handler om et følsomt emne. Nogle af interviewene er afholdt med sårbare personer, som har oplevet lidelse i relation til emnet. Jeg har derfor forsøgt at reflektere over, hvordan jeg kan udvise respekt og sympati overfor alle mine informanter og samtidig opnå god data (Kvale & Brinkmann 2015: 119f).

I de interviews jeg udførte med beboere med genindlæggelseserfaring fra psykiatriske bosteder, forsøgte jeg at facilitere situationer, hvori beboerne trygt kunne italesætte deres oplevelser med genindlæggelser. Jeg forsøgte herved at undgå at gøre dem til genstand for hverken: terapeutiske interventioner eller instrumentaliserede interviewer-interviewede relationer, som eksotiske forskningsobjekter. Dette var dog en udfordrende balancegang, idet flere af beboernes udtalelser, vedr. deres oplevelser med genindlæggelser, også rummede dimensioner af betydelig lidelse eller frustration. For mig fremstod sådanne udsagn som naturlige appeller om sympati. Som reaktion herpå forsøgte jeg at udvande de altid tilstedeværende magtforskelle i interviewsituationen, ved at fokusere på den menneskelige gensidighed, der også altid til en vis grad er til stede i interviewet (Charmaz 2014: 82). Derfor var jeg åbenlyst sympatiserende overfor alle informanter, der italesatte tydelig lidelse og/eller frustration, ved fx at respondere med: "det kan jeg godt forstå", "det må have været frustrerende" eller "du behøver ikke at svare, hvis det er ubehageligt" (Bilag 4). Disse reaktioner kan dog fremstå terapeutiske i sig selv og derved bevæge interviewet i en uhensigtsmæssig pseudo-terapeutisk retning (e.g., Brinkmann 2014: 281). Derfor forsøgte jeg at relatere mine informanters oplevede lidelse tilbage til emner, der havde at gøre med genindlæggelsens processer. Det gjorde jeg fx i denne situation i mit interview med Paula, efter Paula havde forklaret om tidligere svære konflikter i hendes familie og jeg havde forsøgt at sympatisere med dette:

Bastian: *"Ja. At komme videre fra det og for eksempel blive indlagt, hvordan var, hvordan var den overgang og så gå over til så at blive indlagt?"*

Paula: *"Jeg syntes på en måde, at det var. Altså jeg sagde i starten nej til indlæggelse og så sagde hun [overlægen] til mig: "Ja okay, men så er det et spørgsmål om dage." og så var jeg bare sådan lidt: "Okay.""* (Bilag 4: 501).

Abduktion og retroduktion: Kvalificeringen af dybe videnskabelige forklaringer

Socialvidenskabelig forskning er ofte både induktiv og deduktiv (Corbin & Strauss 2008: 46). Dvs. at forskningens resultater er baseret på hhv. generelle slutninger fra multiple empiriske observationer og hypotesetests på baggrund af allerede-eksisterende teori (Danermark et al. 2019: 121ff). Disse slutningsmetoder bidrager dog ikke med forklaringer på relationelle sammenhænge mellem aktører og strukturer. Det gør *abduktion* og *retroduktion* (Danermark et al 2019: 126ff), som jeg primært arbejder med.

Abduktion er en strategi til rekonceptualisering/rekontekstualisering af forklaringer. Retroduktion er en strategi til at forklare hvilke strukturer, der må være til stede før en begivenhed kan eksistere. De to slutningsmetoder overlapper derfor ofte (Danermark et al. 2019: 132). Fx kan et hypotetisk dødsfald abduktivt og mere nøjagtigt rekonceptualiseres som et mord, hvortil de strukturer, der måtte forudsætte mordet, udledes gennem retroduktion (e.g., gerningsmandens motiver, hvordan mordet var planlagt etc.) (Bhaskar 2016: 79).

Abduktion anvendes også sammen med induktion i nyere GT-studier, hvilket Charmaz beskriver således:

"When a grounded theorist encounters a surprising finding while engaging in research, he or she (1) considers all conceivable theoretical ideas that could account for the finding, (2) returns to the field and gathers more data to put these ideas to test, and (3) subsequently, adopts the most plausible theoretical interpretation." (Charmaz 2009: 137).

Abduktion indebærer således en iterativ, kreativ og kontinuerlig rekonceptualisering, hvor formålet er at nå frem til mere akkurate konceptualiseringer af observerbare sammenhænge (Danermark et al. 2019: 130f). Den abduktive teoriudvikling i løbet af kombinationen af GT og KR grundes herved både i konstante komparationer af data, men også i iterative bevægelser mellem data og allerede-eksisterende teorier, der bidrager til at forklare overraskende empiriske fund (Oliver 2011: 380ff). I løbet af analysen vil jeg derfor være opmærksom på, om andre teorier eller studier bør inddrages, som jeg har kendskab til fra min studietid, hvis jeg konfronteres med potentielle psykosociale mekanismer i min data, der bedst kan forklares vha. disse teorier eller studier.

Jeg vil arbejde med retroduktion gennem konstante komparationer af data og forskningslitteratur, samt ved at udføre *kontrafaktuel tænkning*. Derved vil jeg i memoer (Bilag 3) løbende undersøge data udspørgende. Dvs. jeg opstiller tankeeksperimenter ift. hvorvidt sammenhængene i data kan eksistere eller om de ville se anderledes ud, hvis bestemte elementer i sammenhængene manglede eller ændrede sig (Danermark et al. 2019: 138, 142)? Derved forsøger jeg at udlede, hvordan genindlæggelsen kan eksistere på den måde, som den gør i data, og hvilke psykosociale generative mekanismer, som således nødvendigvis må være til stede for at genindlæggelsens tværsektorielle eksistens er mulig.

Abduktive og retroduktive slutninger er dog ikke empiriske beviser på universelle sandheder. I stedet repræsenterer de midlertidige og fejlbarlige videnskabelige abstraktioner, der bør udgøre bedre og/eller alternative forklaringer (Danermark et al 2019: 128f, 130ff). Min rekonceptualiserende teori, dvs. min tolkning af genindlæggelsens mekanismer, er dermed ikke den eneste valide fortolkning, men én blandt flere mulige reduktionistiske forklaringer på genindlæggelsen (Corbin & Strauss 2008: 55). Her deler jeg dog Corbin og Strauss' (2008: 11, 55) pragmatiske overbevisning, som er, at selvom socialvidenskabelige teorier altid er fejlbarlige og reduktionistiske af natur, så bør og kan teorierne alligevel bidrage med nyttige forklaringer. Min forhåbning er her at min teori vil udgøre en overbevisende forklaring på hidtil ukendte sammenhænge mellem psykosociale generative mekanismer, hvilket vil kunne hjælpe personer involveret i genindlæggelsens tværsektorielle praksis.

Min fortolkning er præget af bl.a. min uddannelsesbaggrund fra socialvidenskab og psykologi på RUC og socialt arbejde på AAU. Forskere med andre fagligheder, interessefelter eller udgangspunkter ville derfor godt kunne fremfortolke anderledes teorier, med udgangspunkt i mit datamateriale.

Derfor vil min teori formentlig ikke have høj reliabilitet (Monrad & Olesen 2018: 302f), hvilket heller ikke er sigtet med undersøgelsen. Styrken ved undersøgelsen bør i stedet være validitet. Dvs. at jeg bør kunne fremhæve et udsnit af gyldige, sammenhænge, varierede og komplekse psykosociale mekanismer i teorien (Monrad & Olesen 2018: 299ff), der forudsætter hvorfor og hvordan tværsektorielle genindlæggelser emergerer.

Min teori bør kunne *generaliseres teoretisk* (Bhaskar 2016: 79). Dvs. at min teori bør have relevans for genindlæggelsens tværsektorielle praksis generelt, idet jeg konceptualiserer demi-regulariteter, der også bør optræde og kunne genkendes i lignende situationer i psykiatrien, hvor tværsektorielle genindlæggelser opstår og forløber (Danermark et al. 2019: 117ff). Dette kaldes også for *analytisk generaliserbarhed* (Kvale & Brinkmann 2015: 334f) eller *konceptuel generalisering* (Monrad & Olesen 2018: 306f). Jeg vil her forsøge at overbevise læseren om generaliserbarheden af min teori gennem teoretisk argumentation, der er groundet i detaljerig og kontekstnær data (Oliver 2011: 381ff) om genindlæggelsens tværsektorielle praksis. Deraf følger at min teori ikke nødvendigvis er empirisk repræsentativ (Danermark et al. 2019: 117f; Charmaz 2017: 177, 202), men at teorien udgør et forsøg på overbevisende abstraktion (Danermark et al. 2019: 134f, 146), hvorved genindlæggelsen abduktivt rekonceptualiseres, idet genindlæggelsens psykosociale mekanismer retroduktivt undersøges og forklares.

Analyse

Analysen følger en analysestrategisk opdeling (Olesen 2018: 148f), der afspejler min fremgangsmåde med kritisk realistisk Grounded Theory. Herigennem har jeg været på en iterativ og eksplorativ rejse fra min indledende undring ved specialets start til analysens afslutning. Det indledende analyseafsnit rummer derfor en kort (selv)kritisk og afklarende gennemgang af hvad genindlæggelse kan defineres som. Dette muliggør den efterfølgende og primære analysedel, hvor min teori om genindlæggelsen indgår. I denne del af analysen præsenteres teorien først i sin concise helhed, efterfulgt af et diagram, der visualiserer hvordan teorien forklarer om et mindre udsnit af psykosociale mekanismer, i en større stratificeret helhed af mekanismer. Derefter følger forskellige afsnit, som gennemgår sammenhænge mellem teoriens kernekategori, kategorier og koncepter, som alle operationaliseres på segmenter af data, som teorien er groundet i (Oliver 2011: 381).

Genindlæggelsens mulige definitioner: Skillelinje mellem indlæggelsestyper eller *surrogatmål* for en kompleks virkelighed?

Klaus: *"Altså jeg tænker, at genindlæggelser er jo sådan et surrogatmål for øh, for øh om behandlingen virkede eller ej. Altså, øh det er rigtig svært at jo at måle på, om man har fået den rigtige behandling eller ej. Et eller andet er jo i hvert fald skredet, hvis man kommer igen, kan man sige. Og så kan man jo diskutere, hvad det er for nogle genindlæggelser man skulle måle på. Hvornår er det rimeligt at syntes, at, at, altså hvor ofte må man komme igen, før at det er et problem og sådan nogle ting jo?"* (Bilag 4: 381).

I mit interview med overlægen Klaus spurgte jeg Klaus om, hvad han tænkte, når jeg sagde: "Genindlæggelser i psykiatrien." Klaus' svar, som fremgår ovenfor, indfanger mange af de dilemmaer som genindlæggelseskonceptet rummer. For repræsenterer officielle definitioner på genindlæggelser også nødvendigvis definitive afgrænsninger af forskellen mellem hhv. problematiske og meningsfulde indlæggelsestyper? Eller er genindlæggelse et "surrogatmål" for en kompleks virkelighed, som den statistiske indikator kun mangelfuldt og partielt kan indfange?

Forskellige statistiske faktorer med relation til genindlæggelser er blevet undersøgt i studier i flere vestlige lande (e.g., Durbin et al. 2007; Sfetcu et al. 2017; Sundhedsdatastyrelsen 2017; Lassemo et al. 2021; Osborn et al. 2021), men genindlæggelsesindikatorens tidsmæssige definition varierer mellem studierne. Fx kan genindlæggelser defineres som *tidlige*, hvis en ny indlæggelse forekommer indenfor maksimalt 90 dage efter udskrivelse (Durbin et al. 2007: 138, 143). Forskellige studier definerer dog genindlæggelser forskelligt, med tidsgrænser på: en måned, tre måneder, seks måneder eller et år (Sfetcu et al. 2017: 3; Lassemo et al. 2021: 4).

I min undersøgelse tog jeg indledende udgangspunkt i den officielle danske definition på genindlæggelse, som er: en ny indlæggelse indenfor mindst fire timer og maksimalt 30 dage efter udskrivelse (Sundhedsdatastyrelsen 2017: 4). Min forhåbning var her, at jeg kunne konstruere en mere retvisende teori om den tværsektorielle danske genindlæggelse, ved at indsamle data, der faldt indenfor dennes officielle definition. Denne overbevisning blev dog hurtigt udfordret.

Jeg kontaktede indledende psykiatriske bosteder (Bilag 2) med forhåbningen om at kunne interviewe beboere, der for nyligt havde oplevet genindlæggelser indenfor 30 dage. Fra et af disse bosteder fik jeg svaret; at den officielle genindlæggelsesdefinition ikke havde relevans for hverken beboernes bedringsforløb eller personalernes arbejdsgang. På bostederne var det i stedet vigtigt at have mulighed for (gen)indlæggelser, når beboerne havde behov for intensiv hjælp, uafhængigt af tiden siden beboernes sidste indlæggelser (Bilag 8). Qua min teoretiske samplingsproces, så understregede denne oplevelse for mig, at erfaringer med genindlæggelser ikke nødvendigvis opleves radikalt anderledes, hvis genindlæggelsen fx forekommer 29, 31 eller 200 dage efter sidste indlæggelse. Det vigtige er i stedet hvorvidt beboerne/patienterne modtager relevant hjælp på de rette tidspunkter, i form af (gen)indlæggelsesforløbene. Baseret på en grundtanke i GT om at: "alt er data" (Oliver 2011: 379), så medførte denne oplevelse, og de andre studiers vilkårlige afgrænsninger, at jeg abduktivt ændrede min egen definition på genindlæggelser, til at være: *en ny akut indlæggelse indenfor fem år af udskrivelsestidspunktet* (Bilag 2).

Min forståelse af genindlæggelser blev derefter mere abstrakt og vidtrækkende, imens jeg fortsat forstod genindlæggelsen som et cyklisk koncept, idet, som Klaus påpegede: "Et eller andet er jo i hvert fald skredet, hvis man kommer igen". Netop hvad, der antages at "være skredet", i form af komplekse psykosociale mekanismer bag beboeres/patienters fluktueringer mellem bosteder og hospitalspsykiatrien i forskellige genindlæggelsesforløb, var det, som mine interviews og teoriudvikling herefter tog udgangspunkt i.

Teorien om genindlæggelsen: Kompromisser af relativt normaliserende temporale forskydninger

Tværasektorielle genindlæggelser i psykiatrien er cykliske, intensive og relative normaliseringsprocesser. De opstår, fordi beboere på bosteder har behov for intensiv behandling, når beboerne oplever så betydelig psykisk lidelse, at selv bostederne ikke længere kan støtte dem. Disse beboere har udover behandling behov for omsorg, ro, tryghed og en pause fra komplekse psykosociale problemer i deres hverdagsliv, hvilket indlæggelserne ideelt bør tilvejebringe. Pga. ressource- og kapacitetsproblemer i psykiatrien, er der dog ikke altid tid nok til at imødekomme sådanne behov. Dette skaber temporale forskydninger i spidsbelastede perioder, når patienterne kontinuerligt oplever at

gennemgå for korte (gen)indlæggelser. Genindlæggelser udgør dog også meningsfulde regelmæssige stabiliseringer af svær psykisk lidelse. Ansatte i psykiatrien og bostedernes beboere navigerer mellem og former sådanne relativt normaliserende vilkår i genindlæggelsernes praksis. Her forsøger de at opnå de bedst mulige kompromisser ved fx at undgå, opsøge, iværksætte, anmode om, gennemgå, facilitere, afslutte eller afvise genindlæggelse på forskellige måder.

Teorien forklarer dog kun om et lille udsnit af psykosociale mekanismer, der tager del i at forårsage tværsektorielle genindlæggelser. Teoriens lokalisering iblandt andre mekanismer, kan visualiseres således:



Resten af analysen gennemgår min teori, hvor første afsnit handler om teoriens kernekategori: "Relativ normalisering". Resten af hovedoverskrifterne gennemgår sammenhænge mellem denne kategori og teoriens resterende kategorier og koncepter. Kategorier og koncepter præsenteres i *kursiv*, citater præsenteres i: "*citationstegn med kursiv*" og gengivelser af citater i: "citationstegn uden kursiv".

Jeg erfarede under teoriudviklingen, at det var svært at udvikle koncepterne som in-vivo koder. Dette skyldes at jeg gerne ville udvikle koncepter, der var præcise nok til at afspejle praksis, men abstrakte nok til at rumme variationer i mine forskellige informanternes oplevelser. Koncepterne er derfor abstraktioner baseret på de praksisnære processer, som flere af mine informanter italesatte, såsom: at være eller blive almindelig/normal blev til normalisering og oplevelser med tid blev til temporalitet.

Relativ normalisering: Genindlæggelsernes cykliske og dynamiske funktioner

I mit første interview, med en informant fra gruppen af genindlagte beboere, præsenterede beboeren Lars sig således: "*Jeg hedder Lars Feldskov, et ganske simpelt navn. Og, ja, jeg er en ganske normal fyr.*" (Bilag 4: 119). Det fremstod her iøjefaldende for mig at Lars positionerede sig som en "ganske normal fyr". Dette gjorde at jeg efterfølgende lagde mærke til, at størstedelen af mine informanter ofte talte om processer i psykiatrien, der havde at gøre med at være eller blive mere eller mindre normal. "Diagnosticering", "behandling", "stabilisering", "medicinering", "samtale", "terapi", "støtte", "aktivering", "motivering" og lignende koncepter, blev hyppigt italesat som egenskaber ved processer, der havde at gøre med bedring og normalisering af en tilværelse med svær psykisk lidelse for beboerne/patienterne (Bilag 4). Jeg blev derfor interesseret i hvad normalitetens udformning og grænser fremstår som i psykiatrien, der gør, at genindlæggelser forekommer for bestemte typer af afvigende tilstande for beboere på psykiatriske bosteder.

Genindlæggelser i psykiatrien er i denne forbindelse *cykliske, relative og intensive normaliseringsprocesser*. Normalisering defineres her som samfundets organiserede, kategoriserede og afrettende reaktioner på personers psykiske lidelse, når lidelsen fører til tydelig afvigelse fra samfundets normer og idealer (Scheff 1999: 45ff, 84ff). Psykiatrisk indlæggelse er her en særlig form for *intensiv normalisering* (Sundhedsstyrelsen 2019; Sundheds- og Ældreministeriet 2018). Under indlæggelse

afsondres patienter periodisk fra deres sædvanlige hverdagsliv i et afskærmet og kontrolleret behandlingsforløb på et åbent eller lukket psykiatrisk afsnit eller en akutmodtagelse, for at opnå bedring. Dette bør understøtte patienternes efterfølgende tilbagevenden til et mere normalt hverdagsliv, end umiddelbart forinden indlæggelsen. Denne normalisering er dog også *relativ* og *cyklisk* for personer med svære psykiske sygdomme, som bor på psykiatriske bosteder, når personerne genindlægges. Normalitetens grænser kolliderer i disse tilfælde med genindlæggelsesforløbenes fluktuerende cyklusser af psykisk forværring og bedring, hvorved emergensen af *relative normalitetssfærer* tydeliggøres. For at forklare om disse sfærer, må normaliteten i den danske psykiatri dog først fremhæves.

Egon: *"Men altså, jeg vil jo sige at, man har øh, en, en opbygning nu her, hvor at vi har meget få senge. Det vil sige, at vi kan ikke have patienterne indlagt i lang tid. Det giver heller ikke mening, eftersom man vil have at de [patienterne] skal være ude i samfundet i de her bosteder."*

Bastian: *"Og når du siger "man"...?"*

Egon: *"Man". Det er politisk, øh, politisk besluttet. Øh, hvor man tidligere havde store sådan øh psykiatriske "asyler", sådan som Psykiatrisk Hospital X for eksempel har været det engang, hvor der var jo, der boede jo flere tusinde mennesker. Øhm, og øh, tilsvarende har man haft store asyler i By X og øh By A - altså By X's område - og de er jo lukkede og slukkede fuldstændig. Hvorimod man nu har sådan nogle små enheder af bosteder, som er private udbydere, som kommunen betaler for. *Pause* Og hvor at det er meget, meget, meget, meget variabel kvalitet, det arbejde, det personale de formår at lave med patienterne. Så ligeså snart de vrikker med ørene, så bliver de indlagt *pause* nogen steder, ikke? Mange steder." (Bilag 4: 71f).*

Psykiatriens historiske udvikling: Fra anstalter til nærmiljøer

Fra interviewuddraget ovenfor med overlægen Egon, blev jeg tidligt i min analyseproces peget i retning af psykiatriens historiske udvikling, som dataområde med mulige mekanismer, der kunne forklare, hvorfor beboere på bosteder bliver genindlagt. Derfor fandt jeg forskellige studier, der omhandlede psykiatriens historiske udvikling, som sekundære datakilder (Monrad 2018: 123f). Disse

dokumenter brugte jeg til at underbygge min forståelse af og forklaring på denne udviklings nutidige indflydelse (Charmaz 2014: 48ff). Egons kritik af bostederne vender jeg tilbage til.

Fra ca. 1970'erne og frem til i dag har psykiatrien undergået en betydelig deinstitutionalisering, som følge af skelsættende kritik af datidens psykiatri (Bengtsson 2011; Det Etiske Råd 2012; Pilgrim 2013; Hudson 2016; Ringø 2016), fremført af bl.a. sociologerne Erving Goffman (1967) og Michel Foucault (2003). Deinstitutionaliseringen førte i Danmark til udviklingen af distrikts- og socialpsykiatrien (Bengtsson 2011: 8f; Det Etiske Råd 2012: 5ff) og til nedlukningen af et betydeligt antal psykiatriske hospitalssengepladser. Fx var der i år 1976 ca. 11.000 psykiatriske sengepladser (Sørensen 2016: 59), hvilket i år 2019 var blevet reduceret til 3.098 sengepladser (Sundhedsministeriet 2021: 4). Særligt udviklingen af psykofarmaka gjorde deinstitutionaliseringen mulig, idet social- og distriktspsykiatrien herved kunne udføre hhv. støtte og behandling i borgernes nærmiljø (Bengtsson 2011: 38). Forhåbningen ved nærmiljøtilgangen var at fremme bedring og resocialisering, samt undgå den passive, klientgørende og næsten livslange internering på de tidligere statshospitaler (Mikkelsen et al. 2016: 12f; Sørensen 2016: 59). Antallet af patienter og indlæggelser faldt dog ikke som håbet, tværtimod, så steg antallet af begge gradvist med deinstitutionaliseringen (e.g., Bengtsson 2011: 50f; Danske Regioner 2017: 5f, 9f). Dette skyldes bl.a. at personer med svære psykiske sygdomme havde problemer med at tilpasse sig den strukturelle transformation af psykiatrien (Bengtsson 2011: 15f; Maarbjerger & Haastrup 1989: 246f; Jeppesen et al. 2016). Deinstitutionaliseringen har således medført at langvarige psykiatriske indlæggelser ikke længere er normativt ønskværdige eller fysisk mulige, i samme udstrækning som førhen.

Forhandling af normalitet i psykiatrien: Hvad er eller bør være normalt og afvigende?

Egons udsagn understreger de nutidige tværsektorielle dilemmaer ved psykiatriens historiske udvikling, men også udviklingens normative grænsedragninger. *Nærmiljøtilgangen* udgør her et aktuelt normativt ideal i psykiatrien, hvilket vil sige at psykiatriske indsatser bør understøtte borgerens deltagelse i eget nærmiljø. For genindlagte beboere er dette bl.a. deres bosteder. Derfor giver langvarige indlæggelser "ikke længere mening", idet de modarbejder normen om nærmiljøtilgangen.

Normalitetens dimensioner kommer også til udtryk i overlægen Mads' udsagn, der her eksemplificerer dilemmaerne ved de diffuse definitioner på recovery (e.g., Price-Robertson 2016; Topor et al. 2011):

Mads: *"Altså det, uanset hvordan man vender og drejer det, så er der jo ikke nogen, der har lyst til at, hvis de blev præsenteret for mulige livsbaner som 15-årig, at sige: "Nå, hvad vil du helst være: Bo i By P og være højesteretssagfører og have fire sunde børn og et hus i Frankrig og sådan nogle ting? Eller vil du hellere ende med at være, mere eller mindre, kronisk svært syg og tage noget tung medicin og bo på Bosted X oppe i By Z?" Altså *pause* ja, det, det, det er lidt det, ikke? Øhm, men, men så, så, så jeg tænkte, for mig, så betyder det, det med at få det bedst mulige liv, som i alle tilfælde kan blive ret godt, selvom man har nogle øh, nogle meget store problemer, som man desværre ikke kan fjerne helt."* (Bilag 4: 608).

Mads' udsagn vidner om yderpunkter i *normalitetens konstruerede spektrum*, som både kan fremstå absolutte og relative. Absolutte i form af naturaliserede positioner mellem hhv. en "kronisk syg" og medicineret tilværelse på et bosted, overfor prestigefuld og eftertragtelig social status. Relative, i form af "det bedst mulige liv" i relation til en persons omstændigheder og problemer. Det er netop disse relative konstruktioner af og bevægelser til og fra det normale, som beboere med genindlæggelseserfaring også deltager i, når de taler om deres liv udenfor psykiatrien og om deres fremtidige forhåbninger:

Lars: *"Indtil man kan udfordre skæbnen lidt, ved at sige at: "Jamen, jeg er nået hertil. Det er mit standpunkt og for at komme videre i livet, der skal jeg blive rask." Men når man er rask, så tænker man også at øhh, så skal man jo have kone og børn og alt det der, ikke?"* (Bilag 4: 137).

Paula: *"Ja og sådan og sådan lidt og det blev jo også bare – i den indlæggelse i hvert fald – sådan et dobbeltliv, fordi i hvert fald i den periode, hvor jeg så gik på HF samtidigt, ikke? Så sådan lidt."*

[...]

Bastian: *"Mmm, med at skulle gå fra indlæggelse og så til at studere?"*

Paula: *"Ja. Gå til at; fra at være den dygtigste i klassen, til at øh tage tilbage til afdelingen og sidde med en pædagog, der kigger på dig døgnet 24 timer."* (Bilag 4: 541f).

Erin: *"Nu er jeg så i ressourceforløb øhm og håber på at blive klar i starten af næste år til at komme i fleksjob."* (Bilag 4: 456).

Det normale, som her fremstår værd at stræbe efter (Merton 1968: 186ff), er relativerede versioner af normer om social status i form af bl.a. beskæftigelse, uddannelse og familieliv (se også Bilag 4: 327; Benjaminsen et al. 2018: 43, 104ff). Normalisering og psykisk bedring optræder i denne forbindelse som sammenhængende processer, hvor en normativt ønskværdig og psykisk lidelsesfri tilværelse sidestilles, som hos Lars, der oplever det at "blive rask" som sammenhængene med det at "have kone og børn". Disse processer kan dog også opleves som paradoksale "dobbeltliv", fordi de rummer samtidig betydelig afvigelse og normalisering, som hos Paula, der både var indlagt i psykiatrien og den dygtigste i sin HF-klasse.

Den relative spændvidde for disse bevægelser tættere på eller længere væk fra konstruktioner af normalitet, er dér, hvor konflikter opstår, som kan være mekanismer til grund for uhensigtsmæssige genindlæggelser. For som Mads også påpegede er "det bedst mulige liv" relativt i forhold til en persons problemer. Netop hvor relativt begrænsende disse reelt eksisterende problemer måtte være for beboere på psykiatriske bosteder, og de følgende typer og omfang af påkrævede indsatser beboerne således har behov for, er dog til *forhandling* (Scheff 1999: 129f) mellem bl.a. beboere/patienter, socialarbejdere og psykiatere. Disse forhandlingsprocesser er præget af magtforskelle mellem deltagerne. Beboerne/patienterne befinder sig her i udsatte positioner i modsætning til psykiaterne, som har formelle magtbeføjelser til fx at diagnosticere, ordinere medicin og behandle patienter (Dansk Psykiatrisk Selskab 2021: 63ff). *Magt* forstås her som mere eller mindre reproducerende, transformative, emanciperende eller undertrykkende relationelle kapaciteter (Bhaskar 2016: 55f, 152f). Psykiaternes magt kommer dog til forskellige udtryk i (gen)indlæggelsesforløbenes forhandlingsprocesser. Denne magt kan repræsentere rigide og undertrykkende magthierarkier, hvis andre deltageres perspektiver underkendes. Dette fremgår i Gudruns udsagn, der er pædagog og souschef på et bosted:

Gudrun: "Altså, der hvor jeg tænker vi oftest bliver taget mest seriøst, det er hvis vi har øh andet fagpersonale inde over. For eksempel, altså, der er sådan et eller andet med hierarkiet, der stadig hænger enormt meget fast øh i den, i, altså i lægeverdenen i det hele taget. Har man privatpraktiserende læge ind over, så går det mere smooth, end hvis det er os selv, der kommer, som "bare" er pædagoger." (Bilag 4: 333).

Omvendt kan psykiaterne dog også anvende deres magt emanciperende og transformativt, ved netop at kvalificere deres vurderinger vha. det tværfaglige samarbejde. Dette fremgår i overlægen Klaus' to udsagn:

Klaus: "Altså det er rigtig sjældent, at man kommer som psykiater og giver en pille og så løser den alle problemer. Det er rigtig tit en holdindsats, hvor at det, det er mange forskellige, der står sammen omkring det." (Bilag 4: 432).

[...]

Klaus: "Og det er faktisk ikke så let at finde ud af hvem, der er syge og hvem, der ikke er syge. Og med syge mener jeg sådan alvorligheden i; til hvornår skal man gøre forskellige ting. Det kan jo virke meget oplagt, øh, men øh, når man læser for eksempel lovgivninger om tvangsindlæggelse, hvor der står at man skal være psykotisk eller i en tilstand man kan sidestille med. Og så er der sådan en helbreds- og et farlighedskriterie, som man kan blive indlagt for. Øh og med farlighed for eksempel, der er det; nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre. Så hvad er det? Det er jo, det er, der er jo noget elastik i. Altså, nærliggende og væsentlig farlig. Det er klart, at de der eksempler, som er meget oplagte, hvor at for eksempel at man øh, hvad ved jeg øh *pause*."

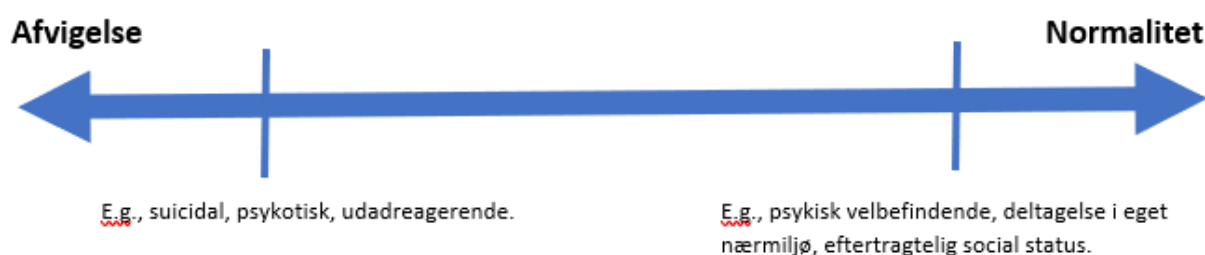
Bastian: "Udadreagerende?"

Klaus: "Ja eller skåret sig i halsen med en kniv og ikke vil indlægges og er åbenlyst psykotisk og hører stemmer, der siger, at man skal tage sit eget liv. Altså, sådan nogle meget, meget åbenlyse ting." (Bilag 4: 373).

Klaus' udtalelser viser at det både kan være kompliceret og "ikke så let", men omvendt også "åbenlyst" som psykiater, at afgøre hvorvidt en person har en psykisk problemstilling, der kan kræve indlæggelse. Vurderingerne kvalificeres her bl.a. af det tværfaglige samarbejde, hvilket betinges af psykiaternes (mod)villighed til at overskride det lægefaglige magthierarki. Det spektrum for skøn, som Klaus italesætter, italesættes også af alle andre psykiater-informanter (Bilag 4). Tydelige *suicidale*, *psykotiske*, *udadreagerende* og/eller *farlige* tilstande er her "åbenlyse" kriterier beskrevet i psykiatriloven (Retsinformation 2019). Disse grundlag udgør en lovmæssigt forankret ende af normalitetens spektrum i psykiatrien, der afgør hvorvidt en persons sindstilstand eller adfærdsmønster er afvigende nok til at udløse tvangsindlæggelse. Desto længere væk personens adfærdsmønster og tilstand bevæger sig fra denne "åbenlyse" grænse for afvigelse, hen imod normalitet, desto sværere bliver det således at vurdere "hvornår man skal gøre forskellige ting" som psykiater, og vice versa.

Psykiatriens normalitetsspektrum: Åbenlyse eller komplekse afvigende årsager til indlæggelse

Herfra kan et spektrum for normalisering i psykiatrien visualiseres, hvorpå normalisering udgør en samtidig bevægelse henimod og delvis konstruktion af normalitet:



Klaus' udsagn viser at faglige vurderinger må være fejlbarlige, idet selv psykiatriloven muliggør et fortolkningsrum, når den har "noget elastik i". Derfor må forskellige faglige vurderinger være mere eller mindre adækvate ift. bl.a. diagnosticeringen, behandlingen og støtten af forskellige personers psykiske lidelse. Denne nødvendige fejlbarlighed kan med tiden dog også kvalificere faglige vurderinger og de følgende normaliserende indsatser, idet erkendelsen af potentialet for fejl muliggør abduktive *revurderinger*. Disse revurderinger kan dog også opleves forvirrende for patienter/beboere, hvilket den tidligere beboer Erin giver udtryk for således:

Erin: "Øhm et par, nogle måneder efter at jeg flyttede ind på Bosted X, der øh fik jeg taget en ny psykologisk undersøgelse, end den jeg fik taget, da jeg var indlagt første gang, øhm fordi den jeg fik taget første gang viste, at jeg havde lav intelligens. [...] Så øh, så, så den fik jeg taget – det er så ni år siden nu – øhm den fik jeg så gentaget [...] og der viste den nye psykologiske undersøgelse så, at jeg ikke havde lav intelligens – min IQ lå præcis hvor den skulle. [...] Øhm og den anden psykologiske undersøgelse sagde faktisk også, at jeg ikke havde paranoid skizofreni, men at jeg havde noget, der hed skizotypisk borderline, øhm som er sådan en lillesøster til skizofreni. Øhm *pause* så øh, så jeg har været sådan lidt i tvivl om, om det er den rigtige diagnose jeg overhovedet har." (Bilag 4: 485f).

Erins udtalelse viser her at diskrepanser mellem de psykologiske undersøgelser, der har været med til at afgøre hendes diagnose og funktionsniveau (Ringø 2016), målt i IQ, har sæt tvivl hos hende om hvorvidt det er "den rigtige diagnose" hun har. Revurderinger af funktionsniveau og diagnostiseringer kan således gradvist forbedre og kvalificere patienternes behandling, men samtidigt erodere den afklaring, som diagnoserne også kan give (Brinkmann & Petersen 2015).

Dilemmaerne ved at vurdere og kategorisere mulige årsager til patienters psykiske lidelse, og den tilsvarende adækvate psykiatriske behandling, beskriver beboeren Paula ligeledes her, idet Paula svarede på hvad en god indlæggelse udgjorde for hende:

Paula: "Altså her sidst jeg var indlagt, øh, øh – der var lige en periode hvor jeg blev indlagt rigtig meget og alting gik fuldstændig galt og så begyndte jeg jo på elektrochok og sådan – og noget kan jo tyde på, at jeg i virkeligheden har haft en depression ret længe, for eksempel, og den bare ikke er blevet øh. For jeg har jo fået det radikalt meget bedre, siden jeg begyndte på elektrochok. Altså virkelig, virkelig, som i at jeg, jeg kan ikke huske på noget tidspunkt i løbet af de sidste syv år, at jeg har haft det tilnærmelsesvist så godt." (Bilag 4: 520).

Elektrochokbehandling (ECT) anvendes typisk til behandling af patienter med svær depression, og sporadisk til behandling af fødselspsykose eller skizofreni (Videbech 2021). Paula fik først ECT ved sin seneste genindlæggelse, selvom hun ikke har disse diagnoser. Paulas og Erins oplevelser viser, at genindlæggelser rummer dilemmafyldte potentialer for revurderinger af, hvad der kan udgøre

optimale normaliseringsprocesser for patienterne/beboerne. Perioder med hyppige genindlæggelser påkalder nemlig opmærksomhed på behovet for nye eller alternative måder at anskue og behandle patienternes problemer på, så de kan opnå varig bedring. I de tværsektorielle genindlæggelses cykliske normalisering forhandles der således om: årsagerne til og kategoriseringerne af patienternes psykiske problemer, samt den følgende normaliserende støtte og behandling af disse problemer.

Relative normalitetssfærer: Afgrænset, dynamisk og relativ normalisering mod bedring

Herfra emergerer de *relative normalitetssfærer*, som er dynamiske og fremforhandlede sfærer for normalitet omkring de genindlagte patienter. Sfærene afgrænser normalitet ved relative og omkiftelige problemdefinitioner og -løsninger på afvigelse. Disse sfærer kan visualiseres således:



Relativ normalisering er her en bevægelse mod normalitet indenfor de relative normalitetssfærer, der samtidigt rummer processer med tydelig afvigelse. Her refererer de genindlagte patienters normalisering til normative strukturer, såsom social status, nærmiljøstilgangen og psykiatriloven, men i praksis transformeres disse generelle normer i relativiserende kollisioner med totaliteten af beboernes konkrete hverdagsliv (Bhaskar 2016: 129f). I de relative normalitetssfærer kan bl.a. beboere/patienter, psykiatere og socialarbejdere genforhandle eller reproducere præmisserne for det samtidigt tilstedeværende relativt normale og afvigende. I disse sfærer kan det afvigende for samfundet således udgøre det normale for de genindlagte beboere og beboernes umiddelbare omverden. Den relative normalisering er her en bevægelse, der er både afgrænset af og formativ for de relative normalitetssfærer, hvori normaliseringen foregår *dialektisk* (Bhaskar 2016: 91, 115f, 122) med afvigelsen. Genindlæggelser og ophold på bosteder iværksættes fx ikke tilfældigt, men som *cyklusser* af normaliserende reaktioner på psykisk afvigelse. Dialektikken opstår her ved, at disse

cykliske normaliserende reaktioner og beboernes/patienternes psykiske lidelse påvirker hinanden. Fluktuationer af bedring og lidelse giver fx adgang til forskellige indsatser, såsom bostedernes støtte eller (gen)indlæggelsernes behandlingsforløb. Disse indsatser kan og bør føre til bedring, som indsatsernes *manifeste funktion*, men i praksis kan indsatserne også føre til forværring af beboerne/patienternes tilstand, som *latente dysfunktioner* (Merton 1968: 105ff). Et eksempel på dette kan være den hyppige psykofarmaka-medicinering, der har både stabiliserende virkninger og belastende bivirkninger (e.g., Bilag 4: 84f, 122f, 220, 607; Gøtzsche 2015).

Den behandling og støtte patienterne/beboerne modtager er også foranderlig. Den ændrer sig afhængigt af bl.a. patienternes diagnoser og omskiftelige sindstilstande, samt de forskellige bosteders og hospitalspsykiatriske afsnits kapaciteter til at udbedre beboerne/patienternes lidelse – og mere til. Indsatserne og beboerne/patienternes psykiske lidelse er således delvist gensidigt konstituerende og transformerende. En eventuel betydelig og varig bedring af beboernes psykiske lidelse medfører således også, at (gen)indlæggelserne og ophold på bostedet ophører. Dvs. afvigelsen og normaliseringen eksisterer og formes i de relative normalitetssfærer, i kraft af hinanden. Den relative normalisering er således afgrænset af de relative normalitetssfærer, som normalisering under devisen: herfra og dertil, men ikke længere. Grænserne og udformningen af de relative normalitetssfærer er dog ikke statiske, men dynamisk emergende og omdannes eller reificeres med cyklusser af relativ normalisering.

Genindlæggelsesforløb fremhæver og tydeliggør konturerne af patienternes relative normalitetssfære. For disse forløb er afvigende brud på det relativt normale. Og gennem sådanne brud er genindlæggelserne med til at (re)etablere grænserne for hvor relativt normalt en persons liv kan være udenfor hospitalspsykiatrien, og hvor relativt afvigende personens liv kan være, før det giver anledning til genindlæggelse. Disse to udsagn iscenesætter den relative normalisering, idet selvmordstanker både er afvigende, men også relativt normale, især for patienter med "kroniske selvmordstanker":

Klaus: "*Selv mordstanker er jo relativt almindelige, må man sige, øhm.*" (Bilag 4: 374).

Mads: "*Og, og, og nogen, og nogen er jo også sådan, at, det kan man også snakke om – nogle typer af patienter, som har kroniske selvmordstanker – om at, at, at hvis de*

siger: "Jamen nu skal jeg udskrives.", men du taler med dem om deres suicidalitet og sådan nogle ting og sager, så siger de: "Ja selvfølgelig tænker jeg på selvmord, det gør jeg hver dag, men jeg har styr på det nu." Altså så det og, og, og det er underligt at forestille sig, at man taler med mennesker om sådan nogle ting og at folk kan indgå i sådan mere eller mindre rationelle diskussioner om det, men, men, men det er der jo rigtig mange, som godt kan og det er jo og, og, og så det er jo sådan man gør det."
(Bilag 4: 596).

Den relative normalisering rummer et fejlbarligt fortolkningsrum med "noget elastik i", når patienter/beboere fx kan have "rationelle diskussioner" om deres konstant tilstedeværende selvmordstanker. Som en relativ normaliseringsproces (re)vurderes det herved, hvorvidt denne patient "har styr på" selvmordstanker. Dvs. om de "kroniske selvmordstanker" er på et relativt normalt leje for patienten, eller om tankerne på nuværende tidspunkt er relativt afgivende for patienten, hvilket giver anledning til indlæggelse.

De relative normalitetssfærers emergens: Magtfulde definitionskampe udvikler sfærene dynamisk

Det er i diskrepanser mellem magtfulde definitionskampe vedr. de relative normalitetssfærers form og afgrænsninger, at der opstår problematiske genindlæggelsesforløb. Dette kommer til udtryk i disse to citater fra overlægen Egon og bostedslederen Inga:

Egon: "Psykotiske patienter bør man ikke afvise uden at man ved at dét her, det er deres habituelle niveau af psykose. Det, det er det bedste, der kan opnås behandlingsmæssigt. Man kan ikke, de kan ikke få det bedre. Ellers bør man ikke afvise patienter, der har en psykose." (Bilag 4: 90).

Inga: "Altså, vi har også oplevet at have en borger indlagt, hvor de siger [personale på sengeafsnit:] "Nu er hun i sin habituelle tilstand. Hun er klar til at blive udskrevet.", hvor vi siger: "Det er hun altså ikke, fordi hun skriver til os hele natten. Hun er vågen hele natten."

[...]

"Og så kan vi jo se, at den dag hvor de ringer til os og siger: "Nu er hun i sin habituelle tilstand og I skal komme næste, næste dag og hente hende og tage hende med hjem." Der får vi sådan en meget medicindopet dame med hjem og når vi så sidder og læser i journalen fra den dag, så har hun smadret stole om natten, inden vi kommer og henter hende om morgenen." (Bilag 4: 236f).

Sociologen Robert K. Merton (1976: 7f) beskriver at sociale problemer opstår igennem betydelige diskrepanser mellem *hvad er* og *hvad mennesker oplever, at der bør være*. Den relative normalisering repræsenterer i tilfælde som disse problematiske diskrepanser. Inga oplever fx ikke at kunne støtte en psykotisk beboer på bostedet, hvorefter denne beboer indlægges kortvarigt, for så at blive udskrevet, idet vedkommende vurderes at være på sit *habituelte psykotiske niveau* af hospitalspsykiatrien. Inga er her uenig i, at beboeren er habituelte psykotisk og at bostedet således *bør* kunne håndtere beboeren, imens hospitalspsykiatrien mener at de ikke *bør* behandle patientens habituelle niveau. Dette er et psykotisk niveau, der iflg. Egon udgør patientens "bedst mulige" relative normalisering. Den relative normalisering kan her føre til genindlæggelser, når patientens habituelte psykotiske niveau er til forhandling i en sådan grad, at vedkommende vurderes til at være normaliseret af hospitalet, men ikke af bostederne. Herved efterlades sådanne beboere/patienter i psykiatrien i en *liminel gråzone* (Turner 1977: 65ff; Warner & Gabe 2004); konstant imellem og på tærsklen til de tilgængelige indsatser, der enten ikke kan eller vil hjælpe.

Fælles for alle psykiatriske indsatser er dog, at deres *manifeste funktion* (Merton 1968: 104f) er at udbedre psykiske problemer. Intentionerne bag denne funktion, italesætter overlægen Klaus således:

Klaus: *"Man kan sige, at man skal jo arbejde med, at man kan være udenfor hospitalet, helst jo. Helst have en så normal hverdag som muligt. Helst helt normal jo, men i hvert fald se, hvor tæt man kan komme på."* (Bilag 4: 397f).

Klaus' udsagn, der også vidner om tilstedeværelsen af nærmiljøstilgangen, viser hvordan intentionerne bag psykiatriske indsatsers funktion nødvendigvis må være relativt normaliserende. Behandlingen af beboeren/patienten *bør* føre til en "helt normal hverdag", men denne ideelle normalitet afgrænses af beboeren/patientens psykosociale problemer og bliver herved til så "tæt på man kan komme". Det afvigende og det normale eksisterer her, ikke som to modpoler på et lineært spektrum

eller som gensidigt udelukkende tilstande, men som gensidigt konstituerende tilstande. Normalisering kan ikke eksistere foruden afvigelse som sin modsætning, og vice versa (Bhaskar 2016: 152). De relative normalitetssfærer i psykiatrien er her psykosociale mekanismer, der illustrerer denne modsætningsfyldte dialektiske tilstedeværelse ved, at betydelig psykisk afvigelse og normalitet kan sameksistere. Således kan personer: have "rationelle diskussioner" om konstante selvmordstanker, leve et "dobbeltiliv" som langvarigt (gen)indlagte og samtidigt være den dygtigste i deres HF-klasse, have paranoid skizofreni og forberede sig på fleksjob samt være beboer/patient med forskellige definitioner på, hvad der udgør vedkommendes habituel psykotiske tilstand. Disse fluktuerende tilværelser kan være relativt normale for beboerne/patienterne og deres umiddelbare omverden.

De relative normalitetssfære betinger og muliggør således bestemte handlemuligheder for beboerne/patienterne. For i omskiftelige definitioner af hvad der fx er "habituel psykotisk", befinder sig også både eksplicitte og usagte afgrænsninger af hvad fx "habituel psykotiske" personer kan gøre og hvor normalt et liv disse personer antages at kunne opnå. Uanset om sådanne definitioner er mere eller mindre empirisk valide, må de påvirke selvkonstruktioner (Scheff 1999: 91f) eller identitetsdannelsesprocesser (Bhaskar 2016: 67f), hos beboere/patienter, idet deres livsførelse også anskues gennem filteret af bl.a. deres diagnoser (Brinkmann 2015) og genindlæggelsernes kliniske processer. *Stabilisering* blev fx hyppigt italesat af informanterne, som et klinisk synonym for relativ normalisering (Bilag 4). For stabile tilstande kan fx være habituel psykotiske eller kronisk suicidale, og dermed være "relativt normal" for de pågældende patienter. Disse tilstande kan dog også blive ustabile og således kræve stabiliserende indlæggelser. Dette fremgår for beboeren Lars, der her forklarer om hvad han tænker om sin seneste indlæggelse:

Lars: *"Altså jeg får stabilitet over mig selv. Og jeg bliver til et bedre menneske. Og jeg prøver at fungere så godt jeg kan."* (Bilag 4: 124).

Lars' udsagn viser her, at "stabilitet" eller ustabilitet er relationelle selvkonstruktioner, der internaliseres som kliniske betegnelser for en relativiseret social orden (Petersen 2015) i og omkring de genindlagte patienter. En relativt ustabil tilstand kan føre til genindlæggelse, hvorigennem patienterne bør "blive til et bedre menneske", så de kan "fungere så godt de kan". Dette er en relativt normaliserende proces, idet reaktioner på og konstruktioner af det relativt stabile/ustabile, eller

normale/afvigende, varierer fra patient til patient, og emergerer gennem forhandlingsprocesser mellem bl.a. patienter og fagprofessionelle.

Diskrepanser mellem relative normalitetssfærer: Hvornår er adfærd problematisk og hvad/hvem kan eller bør hjælpe?

De problematiske diskrepanser i forhandlingerne om de relative normalitetssfærer opstår således, hvis normalitetssfærene selvfølgeliggøres og ikke anerkendes som fagligt kvalificerede og midlertidige udtryk for fejlbarlige (re)vurderinger. Dette opstår i forhandlinger om hvilke tilstande, der defineres som afvigende eller normale for patienter/beboere, og hvilke indsatser disse tilstande i forlængelse kan eller bør udløse. De forskellige forventninger til den førømtalte psykotiske patients habituelle niveau udgør sådanne diskrepanser, hvilket kan visualiseres således:



Udenfor overlappet, men indenfor hver af de to sfærer, bliver den relative normalisering problematisk ift. funktionerne med og overgangene imellem de tværsektorielle psykiatriske indsatser. Dvs. når ansatte i behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien, samt beboere på psykiatriske bosteder, hver især har markant anderledes selvfølgeliggjorte definitioner af, hvad der er normalt og afvigende for beboerne. Sfærernes overlap repræsenterer her ensformige definitioner og løsninger på det relativt normale og afvigende. Sfærernes dele udenfor overlappet udgør dog betydelige diskrepanser i hvad beboerne/patienterne, samt ansatte i behandlingspsykiatrien og på bostederne, oplever at kunne gøre og forventer at hinanden bør gøre. Den relative normalisering er i eksemplet med den habituel psykotiske beboer fanget mellem sådanne diskrepanser i definitionerne af beboerens relative normalitetssfærer. Dette bevirker at hverken behandlingen eller støtten opleves tilstrækkelig til at udbedre beboerens psykiske lidelse. I stedet fører sådanne betydelige diskrepanser

til konflikt mellem bl.a. patienterne/beboerne og psykiatriens ansatte, fremhævet i forskellene mellem fx Egons kritik af bostederne og Gudruns oplevede lægefaglige magthierarki. Sådanne konflikter er også identificeret i andre studier (e.g., Mikkelsen et al. 2016; Jørgensen et al. 2020b).

Når der indenfor de selvfølgeliggjorte relative normalitetssfærer ikke er potentielle muligheder for varig bedring af patienternes/beboernes psykiske lidelse, så opstår genindlæggelser. Genindlæggelser er her cyklusser af relativ normalisering med potentialet for at reproducere, korrigere og/eller ensformiggøre de genindlagte beboeres relative normalitetssfærer, hvorved muligheder for varig bedring kan emergerer eller overses. Således opstår genindlæggelser bl.a. som resultatet af kontrasterende og konfliktfyldte forhandlinger om en beboer/patients habituel psykotiske niveau. Men de opstår også som afprøvende mulighedsrum for bedring, som for Paula, der oplevede at ECT bemærkelsesværdigt førte til bedring under hendes seneste genindlæggelse.

Temporal forskydning: Forhastede forstyrrelser af muligheder og behov for indlæggelse

Størstedelen af mine informanter talte om dilemmaer med genindlæggelser, der havde at gøre med *tid* (Bilag 4). Oftest blev den nuværende indlæggelsestidsperiode kritiseret for at være *for kort*, hvilket kan føre til uhensigtsmæssige genindlæggelser. Omvendt, så kunne indlæggelsen også være *for lang*, hvilket kunne føre til passiverende internering, som på datidens statshospitaler (se Goffman 1967). Dette fokus på tid under indlæggelse gjorde mig interesseret i, hvad selve oplevelsen med *indlæggelsestiden* havde af betydning for genindlæggelsernes tværsektorielle emergens.

Tid og temporalitet bør her forstås som to sammenhængene halvdele af samme koncept. Tid kan overfladisk kategoriseres og opdeles *kronologisk*, såsom i epoker eller perioder som fx timer og dage (Bhaskar 2016: 84). Temporalitet er derimod individets tidslige oplevelse, hvori fortiden og fremtiden kontinuerligt flyder ind og ud af, får betydning og transformeres i det øjeblikkelige nu (Mead 1934: 86f; Bo 2020).

Indlæggelsestiden, kronologisk målt i sengedage, har som tidligere påvist været faldende, samtidigt med den stigende genindlæggelsesfrekvens (Danske Regioner 2017: 11, 23). Der er også blevet fundet sammenhæng mellem, at korterevarende indlæggelser oftere fører til genindlæggelser (Sundhedsdatastyrelsen 2017: 18).

Transformationen af indlæggelsestiden har således også transformeret genindlæggelsernes temporalitet, hvilket har betydning for patienternes relative normalisering og muligheder for bedring. For hvordan kan temporaliteten ellers afgrænses normativt, hvorved indlæggelser generelt kan opleves at forløbe over: for kort tid, for lang tid eller som en potentiel gylden middelvej af *tilpas tid*? Svarene på sådanne spørgsmål udgør relativt normaliserede *temporale behov* for indlæggelse. Mine informanter italesatte disse behov som, at indlæggelser ideelt burde udgøre "afskærmede" behandlingsforløb, med "forudsigelighed", "ro", "omsorg", "tryghed" og "stabilitet", hvorved patienterne får tid til at "komme til sig selv igen" (Bilag 4). Under overfladen af disse temporale forventninger befinder sig generative mekanismer, som har at gøre med muligheden for indlæggelse, og for behandlingen, støtten og bedringen af psykisk lidelse. Dvs. processen mod at "komme til sig selv igen" forudsætter bestemte oplevelser med og mængder af tid. Dette fremgår fx i overlægen Felix' udsagn:

Felix: *"Og så er der nogle patienter, som har brug for øh, at blive indlagt, øhm, med regelmæssige mellemrum for ligesom at blive stabiliserede og komme til sig selv igen."* (Bilag 4: 190).

Genindlæggelser kan her opfylde patienters behov for "regelmæssige stabiliseringer". I denne sammenhæng udgør genindlæggelse en kontinuerligt nødvendig temporal behovsopfyldelse. Fraværet af en fleksibel psykiatrisk tidsstruktur kan dog omvendt også føre til uhensigtsmæssige genindlæggelser. Dette skyldes at desto kortere indlæggelsernes varighed er, desto sværere bliver det også at opfylde forskellige patienters behov for ro, tryghed og stabilitet. Ro implicerer fx en forudsigelig, ubekymret og uforstyrret tilstand (Ordnet 2022a), hvilket står i modsætning til at skulle gennemføre hastige indlæggelsesforløb.

Psykiatriens accelerering: Forstyrrelser og transformationer af patienternes temporale behov

Genindlæggelsernes *temporale hastighed* fremgik også i Erin og Egons citater i mit metodeafsnit, idet beboere fra bosteder kan blive udskrevet "hurtigere" fra indlæggelse. Dette uddybes yderligere af overlægen Egon således:

Egon: *"Og øh, dermed så skal vi hele tiden have et kæmpe flow, hvilket jo så også, på sin vis, giver mening, at de skal hurtigt tilbage til bostederne, hvis de har personalebe- mandet bosted, hvilket rigtig, rigtig mange tunge psykisk syge har."* (Bilag 4: 73).

Dette "kæmpe flow" af patienter, særligt mellem bosteder og hospitalspsykiatrien, giver her et indtryk af en tilstedeværende *acceleration* i psykiatrien. Herved modtager beboere fra bosteder kun den "mest nødvendige" behandling under indlæggelse, hvorefter de udskrives "hurtigt tilbage til bostederne." Sociologen Hartmut Rosa (2014) beskriver at vi aktuelt lever i *accelerationssamfund*, hvor en dimension herved er *livstempoets acceleration*. Herigennem opleves flere handlinger at skulle gennemføres på kortere tid end førhen, hvilket skaber en oplevelse af ikke at have tid nok – en *tidshunger* (Rosa 2014: 26ff). Denne samtidssdiagnose resonerer med mine informanternes oplevelser med psykiatriens "kæmpe flow" af patienter, idet dette indikerer at der *ikke er tid nok*, til fyldestgørende at behandle alle indlagte patienter (Bilag 4). Psykiateren Olivia forklarer også, at bestemte patienter afvises fra at blive indlagt bl.a. pga. de manglende ressourcer i psykiatrien:

Olivia: "Jeg er jo opdraget i en psykiatri fuldstændigt uden ressourcer. Altså, så jeg er jo også præget af den tankegang. Altså, på den måde at der er jo masser af folk, jeg tænker, at dem kan vi ikke hjælpe, for det har vi ikke ressourcerne til og jeg tror ikke på at det hjælper. Men jeg er i tvivl om hvor meget der er, at hvis vi havde ressourcerne, ville jeg så i virkeligheden tro noget andet? Fordi vi ikke har ressourcerne, så tænker jeg jo, at vi kan ikke hjælpe dem. Så jeg er lidt i tvivl om, hvad der egentlig vejer tungest." (Bilag 4: 41).

Tid er en ressource sammenhængende med bl.a. penge, arbejdskraft, sengepladser (e.g., Danske Regioner 2017) og patientkontakt (e.g., Glantz et al. 2019; Oh et al. 2020). Den manglende tid i psykiatrien, i form af tidshungeren, transformerer således den psykiatriske indlæggelsespraksis. Olivias selvrefleksion viser dette, idet nogle patienter afvises pga. manglende ressourcer, hvilket giver endnu et indtryk af genindlæggelsernes emergens, som følge af psykiatriens acceleration.

Temporaliteten bør her anskues som individets bevidsthedstilstand, analogt med et stykke musik; hvor fortiden og fremtiden er toner, der flyder sammen og får mening i helheden af musikstykket i nutidens øjeblik. Tidens toner kan derfor ikke sammenlignes hver for sig, eller udelades, uden at temporalitetens helhedsindtryk også forandres (Bo 2020: 229f). Fremtidige forventninger til indlæggelser, skabt af bl.a. erfaringer fra fortidige indlæggelsesforløb, bliver herved kontinuerligt genfortolket og transformeret af patienter, psykiatere og socialarbejdere i kraft af deres nutidige omstændigheder (Bo 2020: 233). Hvis det således forventes at tiden under indlæggelserne fx bør føles som

at lytte til et stykke klassisk musik, imens de accelererede muligheder for indlæggelse reelt opleves som heavy metal rock, så forstyrres og transformeres de temporale behov.

Genindlæggelsernes temporale forskydninger: Spidsbelastningernes behovsudsættelse

Genindlæggelser opstår således også pga. sådanne *temporale forstyrrelser*, hvorved patienternes behov for fx ro, tryghed og stabilitet under indlæggelse, ikke bliver opfyldt. De temporale forstyrrelser er mekanismer, der aktualiseres som en kontinuerlig søgen efter temporal behovsopfyldelse vha. indlæggelse. Dette er nødvendigt for bedringen eller ”stabiliseringen” af patienternes psykiske lidelse. I praksis kolliderer denne søgen dog med indlæggelsesforløbenes reelt accelererende tidsbetingelser, for så at starte forfra. Genindlæggelser forekommer ydermere i denne forbindelse som kollektive fænomener, når der fx er ”spidsbelastninger” (Bilag 4: 437, 588), hvorved for mange patienter har behov for at blive indlagt samtidigt ift. antallet af sengepladser. Dette fører til *temporale forskydninger*. Dvs. patienter indlægges med behov for en tilpas indlæggelsesperiode, men desto flere patienter, der indlægges med disse reelle temporale behov, desto hurtigere skal patienterne også behandles på de relativt få sengepladser (e.g., Jeppesen et al. 2016: 423). Her emergerer det ”kæmpe flow” af patienter i en temporal genindlæggelsescyklus; hvor patienter oplever at blive udskrevet før de har fået ro, tryghed og stabilitet under indlæggelse. Dette skaber genindlæggelser, når patienternes temporale behov stadig er til stede ved udskrivelsen – eller hvis behovene er blevet transformeret og derved er blevet større. Indlæggelsernes accelererende forløb og patienternes temporale behov forskydes i disse situationer ift. hinanden. Patienternes behovsudsættelse under for korte indlæggelser fordrer her nye genindlæggelser, hvilket i forlængelse kræver nye udskrivelser af patienter, som er udskrivningsklar, men ikke færdigbehandlede (Sørensen 2016: 59, 63), som så efterfølgende også vil have behov for genindlæggelse. Kapaciteten til at have patienter indlagt i *tilpas lang tid*, forskydes således med antallet af patienter, der samtidigt har behov for indlæggelse, idet der her ikke er tilstrækkelige ressourcer – der er ikke *tid nok*. Herved forårsager tidshungeren uhensigtsmæssige genindlæggelser, når patienternes temporale behov forstyrres, udsættes og transformeres. Dette fremgår fx i både psykiateren Olivia og den udflyttede beboer Erins oplevelser med indlæggelser:

Bastian: ”Mmm, hvordan fejler I syntes du?”

Olivia: *"Jamen altså, de får for korte indlæggelser. Øh, alt for korte indlæggelser."* (Bilag 4: 42).

Erin: *"Jeg har oplevet, under nogle indlæggelser, at folk er blevet udskrevet efter to dage og så kommer de ind samme aften, som de er blevet udskrevet og [patienten] siger: "Ved du hvad, det her, det går ikke." Så bliver de indlagt igen, men at de bliver udskrevet på grund af pladsmangel, ikke? Og så er det den, der har det bedst, der bliver udskrevet."*

[...]

Erin: *"Nej, men det er bare virkelig ærgerligt at, at det skal foregå sådan; at man ikke beholder dem i de, i det, i den periode, der er nødvendig og så man [som patient] så ikke kommer tilbage."* (Bilag 4: 462).

Indlæggelsernes eksakte "periode" Erin og Olivia italesætter er her afhængig af hver enkelt patients temporale behov. Det er dog i forkortelsen eller afvisningen af disse perioder, at patienternes behov transformeres pga. de temporale forskydninger. Dette forklarer bostedslederen Inga således:

Inga: *"Men hvis vi kunne, når de har behov for indlæggelse, kunne ringe øh og sige: "Nu kommer vi. Simone har brug for en snak og måske en overnatning.", at hun kunne det. Så, så ville hun ikke hidse sig op og smadre hele huset her og skræmme alle de andre og være nødt til at lægge sig ude på gangen og råbe og skrig og smide sig, for at vise: "Jeg har det simpelthen så dårligt, at I må gøre et eller andet." Og hvis ikke vi lytter nok til det, ja så smadrer hun noget, så til sidst må vi ringe til politiet, ikke? Og så kommer hun jo ind."* (Bilag 4: 262).

Fraværet af en fleksibel og rummelig psykiatrisk tidsstruktur skaber her unødigt udadreagerende adfærd, ressourceanvendelse (i form af politiets indblanding) og lidelse, som forudsætning for genindlæggelse. Dette eksemplificeres ved beboeren "Simone", hvis temporale behov transformeres når hun ikke indlægges i tide. Simone bliver herefter først (gen)indlagt, når hun har "smadret hele huset" og "skræmt alle de andre" beboere, hvilket kunne være undgået ved "en snak og måske en overnatning". Temporalitet og kronologisk indlæggelsestid er derved ikke adskilt fra indlæggelsens

relativt normaliserende funktioner. De er derimod begge dybt integrerede mekanismer i indlæggelsesforløbene, hvilket bostedslederen Inga også forklarer således:

Inga: "Nogle gange er det jo bare to dage at komme ind og ligesom føle at man bliver, bliver taget seriøst og der er nogen, der lytter på, at: [beboer/patient til personale i psykiatrien:] "Jeg har det helt fantastisk forfærdeligt." Det kan godt være, at der ikke kan gøres noget. Der skal ofte heller ikke gøres noget." (Bilag 4: 229f).

Det *at blive taget seriøst* er her en relativt normaliseret temporal oplevelse, et behov, der for beboeren/patienten kun kan opfyldes over en vis "periode", såsom "to dage", før beboerne/patienterne oplever, at deres problemer bliver "lyttet på". Denne temporale oplevelse om at blive taget seriøst kan endda føre til bedring i sig selv og forebygge voldsomme udbrud og lidelse for bostedernes beboere, iflg. Inga. At blive taget seriøst fremstår således som et temporalt modstykke til afvist indlæggelse eller for kort indlæggelsestid, idet patienters sygdomshistorik og problemkompleksitet tager tid at forstå og udbedre (Brinkmann 2010). Det er således den manglende tid til at tage patienterne seriøst, der også skaber de temporale forskydninger, idet varig bedring i visse tilfælde også forudsættes af muligheden for varig behandling.

I disse tilfælde undergraver indlæggelsernes relative normalisering sig selv. Normen om nærmiljøstilgangen er her med til at understøtte en psykiatrisk struktur med et "kæmpe flow" af genindlæggelser. Indlagte beboere udskrives herved forhastet tilbage til deres nærmiljøer, bostederne, der ikke kan støtte beboernes fortsat ustabile tilstand. Beboerne bliver derfor uhensigtsmæssigt genindlagt kort efter udskrivelse. Idealet om at indlæggelserne bør understøtte patienternes deltagelse i eget nærmiljø fører derved i praksis til det modsatte. For dette ideal forårsager korterevarende indlæggelser, hvilket fører til at patienterne ikke altid har tid til at blive tilpas stabiliserede under indlæggelse. Derfor får patienterne netop sværere ved at deltage i deres eget nærmiljø. Dermed fører de temporale forskydninger også til normative forskydninger, idet det nye normale er korterevarende indlæggelser, så patienterne hurtigst muligt igen kan deltage i eget nærmiljø. I hospitalspsykiatriens praksis ender dette ideal dog omvendt med at understøtte cyklusser af uhensigtsmæssige genindlæggelser.

Sammenhængene mellem indlæggelsens tid og temporalitet er ikke lineære

Den eksakte indlæggelsesperiode og dennes temporalitet er dog ikke lineært sammenhængene. Dvs. at relativ kort kronologisk indlæggelsestid, på fx en dag, ikke nødvendigvis er forbundet med temporale oplevelser af, at denne indlæggelses varighed er for kort. Længerevarende indlæggelser er derfor heller ikke nødvendigvis ensbetydende med gradvist bedre oplevelser med indlæggelsesforløbene. Dette fremgår i den udflyttede beboer Erins udsagn, idet hun fortalte om overgangen fra sin første indlæggelse til hendes senere indlæggelser:

Erin: *"Ja altså den første indlæggelse var virkelig hård, de ti måneder. [...] men mine indlæggelser bliver kortere og kortere og øh jeg føler, at jeg får mere og mere hjælp. Altså jeg bliver taget mere og mere seriøst. I starten var jeg lidt svingdørspatient, altså; så kom jeg ind og overnattede to nætter, ud igen, kom jeg ind en måned efter og overnattede to nætter og ud igen. Altså øhm så jeg føler, at de, at de er begyndt – de sidste par år – ligesom at, at tænke langsigtet *griner lidt* for mit vedkommende."* (Bilag 4: 463f).

Erins *retrospektive selvkonstruktion* (Bo 2020: 231) som tidligere "svingdørspatient" er her sammenhængende med indlæggelsernes temporalitet ift. at blive taget seriøst. Erins tidligere indlæggelsesvarighed fik her betydning for Erins nutidige selv, som for korte, idet indlæggelserne på fx to dage gav anledning til genindlæggelser. Erins efterfølgende indlæggelsesperioder er dog "blevet kortere og kortere", hvilket omvendt har betydet gradvis bedring for Erin, idet hun samtidigt "blev taget mere og mere seriøst" og behandlingen herved blev "tænkt mere langsigtet." Den kronologisk kortere- eller længerevarende indlæggelsestid er derfor ikke nødvendigvis udslagsgivende for, om indlæggelsens varighed opleves for kort eller for lang. For Erin er indlæggelsernes temporalitet derimod et mere harmonisk musikstykke, når hun bliver taget mere seriøst og den "langsigtede" behandling muliggør et hverdagsliv, hvor hun ikke oplever sig selv som kontinuerligt og hyppigt genindlagt "svingdørspatient." Afgrænsningen af indlæggelsens længde som tilpas, kan også fremhæves i den udflyttede beboer Erin og beboeren Aestas udsagn, hvor de forklarer om hvad indlæggelser betyder for dem:

Erin: *"Ja, at få en pause fra forventninger og, ja."*

[...]

Erin: "Når jeg, for det meste når jeg bliver indlagt og kommer ind og får en seng og får et værelse og så kan jeg godt mærke, at *ånder tydeligt ud*. Så kan jeg bare slappe af og jeg kan bare tænke kun på, at arbejde med mig selv og få styr på alle mine tanker. Øhm, men jo bedre jeg får det, jo mere begynder jeg at kede mig." (Bilag 4: 465).

Asta: "Så er det jo egentlig bare du står op, får din medicin, samtale. Det er kedeligt at være indlagt, altså. Røv kedeligt *Bastian griner*. Øhm, nogle gange har jeg også bare sagt det de gerne vil høre for at komme ud igen hurtigt, ikke? Af, af de kortere indlæggelser." (Bilag 4: 270).

Asta og Erins udtalelser viser her, at indlæggelsernes temporalitet kan nå et *tilpas* mætningspunkt i form af *kedsomhed*. Her skal det dog nævnes at indlagte patienter også kan opleve indlæggelsen som bl.a. kedelig, fordi de er påvirkede af deres psykiske lidelse, hvis de fx er maniske eller psykotiske (Bilag 4: 167ff) og/eller bliver indlagt under tvang og derfor er uenige og modsætter sig indlæggelsens formål og forløb (Bilag 4: 178, 212, 421).

Opmærksomheden på indlæggelsesforløbets forudsigelige tidsstruktur med at "stå op, få medicin og indgå i samtale" repræsenterer her kedsomhed for Asta. Erin oplevede ligeledes kedsomhed under indlæggelser, som sammenhænge med bedring. Indlæggelse kan således repræsentere et temporalt frirum for Erin, hvori hun "bare kan slappe af og arbejde med at få styr på alle tankerne." De kaotiske toner fra en ellers smertefuld fortid bliver således mildere under indlæggelsernes afskærmende og kontrollerede forløb. Fremtiden, i form af omverdenens "forventninger", er her sat på "pause", som et *temporalt kvasi-vakuum*, hvor tiden udenfor opleves at stå stille, imens patienter som Asta og Erin får behandling og hjælp til at "arbejde med sig selv." Kedsomheden nedbryder dog indlæggelsens temporale kvasi-vakuum, idet den udgør et behov om at bruge tiden på noget andet end at være indlagt. Erins behov for pause fra omverdenens forventninger under (gen)indlæggelser resonerer også med Duhigs (et al. 2017: 79f) og Ådnanes' (et al. 2018: 4) informanternes udtalelser, hvor genindlæggelser ligeledes oplevedes som nødvendige og lettende pauser fra livskriser og stress.

Dobbelt institutionaliseret tilpasning: *Det muliges kunst* i psykiatrien

Felix: "Øhm, så det er jo ligesom det muliges kunst, ikke? Hvis de, hvis de måske sidder på bænken og drikker øl hver dag, hvis man så køber en hund, så kommer man op hver morgen og går tur med den tre-fire gange om dagen."

Bastian: "Og så er det ligesom derigennem, at der sker forandring og...?"

Felix: "Så er der en forandring, ikke? Altså, så har han også noget selskab derhjemme. Nogen, der godt kan lide ham. Så det er ligesom med at inddrage de dér. Så kan man så sige, når han så har hunden, hvad er det næste måske? Og det er jo det muliges kunst, et eller andet sted." (Bilag 4: 218) (Egen understregning).

Psykiatriske indlæggelser bør i det kontemporære danske samfund være korterevarende og relativt normaliserende. Ressourceknapheden i psykiatrien skaber dog herfra et accelererende tidspres, hvilket giver ansatte og beboere/patienter i psykiatrien oplevelser af ikke at have tid nok.

Tilsammen udgør disse omstændigheder en del af de strukturelle vilkår i psykiatrien, som en samlet *institution*. En institution forstås her som en naturaliseret social orden, der vejleder menneskelige handlinger og derfor også *organisationer* (Pedersen 2014: 233, 237f). Organisationer er koordinationer af flere menneskers kollektive handlinger, rettet mod at udføre bestemte opgaver eller løse specifikke problemer (Jacobsen & Thorvik 2014: 15f, 86f). Mennesker *tilpasser sig* institutionerne (Merton 1968: 193ff), men institutionerne består og formes samtidigt af de mennesker, der *bebor dem* (Hallet & Ventresca 2006).

Overlægen Felix' udsagn ovenfor indkapsler essensen af den *institutionaliserede tilpasning* som både ansatte og beboere/patienter i psykiatrien gennemgår pga. de førmtalte strukturelle vilkår. Psykiatrien som institution formes af disse strukturelle vilkår, men også af hvordan mennesker i psykiatrien handler med og på vilkårene (Hallet & Ventresca 2006). Til at analysere denne *dobbelte institutionaliserede tilpasning*⁶ anvender jeg Felix' begreb om *det muliges kunst*, som en in-vivo kode. Det muliges kunst betyder her kapaciteten til at opnå det bedst mulige kompromis i en situation, givet omstændighederne (Ordnet 2022b). Patienter/beboere udfører det muliges kunst, bl.a. i

⁶ Se også Anthony Giddens (1984) om strukturation, som jeg er inspireret af her, hvilket Bhaskar og kollegaer (et al. 2018: 34ff) beskriver er en teori, der korresponderer til det kritisk realistiske forhold mellem strukturer og aktører.

måderne hvorpå de forsøger at undgå, opsøge, gennemgå og afslutte (gen)indlæggelsesforløb. Disse indlæggelser faciliteres af psykiatere og kan efterspørges af socialarbejdere, som begge herved også udfører det muliges kunst ved at navigere indenfor og samtidigt delvist udforme psykiatriinstitutionens vilkår i praksis – ligesom beboerne/patienterne også gør. Felix' udtalelse viser det muliges kunst for den hypotetisk indlagte mand med alkoholproblemer, der havde et relationelt forandringspotentiale ved at få en hund, som Felix kunne støtte manden i.

Navigation og indlært gensidigt kendskab i genindlæggelsesforløb: Kvalificeret behandling eller *traumernes holdeplads*?

Det muliges kunst udføres ved at *navigere* i psykiatriinstitutionens vilkår. Dette indebærer et gradvist *gensidigt indlært kendskab* (Hutchinson & Oltedal 2019: 176ff) mellem beboerne/patienterne og de ansatte i psykiatrien – til hinanden og psykiatriens vilkår. Dette indlærte kendskab udvikles bl.a. pga. genindlæggelser, hvilket beboeren Ulrikke forklarer her, idet hun fortæller om hendes erfaringer med genindlæggelser:

Ulrikke: "*Øh, men du ved, så lærer psyk én at kende og jeg vil faktisk sige, jo flere, jo mere *griner imens hun snakker*. Altså, det lyder mærkeligt, men jo mere psyk lærer dig at kende, altså jo, jo bedre bliver de jo selvfølgelig også til at håndtere problemer og sådan noget, ikke?*" (Bilag 4: 290).

Genindlæggelser på de samme afsnit har for Ulrikke betydet, at "psyk lærte hende bedre at kende", hvilket for hende har medført en oplevelse af gradvist kvalificeret behandling. Det er dog ikke alle patienter, der gennemgår en lignende læringsproces. Nogen patienter kan fx ikke huske selve indlæggelserne, idet de har været betydeligt påvirket af fx "stofpsykoser", hvilket kan føre til hukommelsessvigt. Dette fremgår i beboeren Astas udsagn:

Asta: "*De fleste gange jeg har været indlagt, det har jo været stofpsykoser. Der, de første mange dage, der har jeg jo bare sovet, så. Dagene efter jeg har sovet, dem kan jeg ikke rigtig huske, det er sådan lidt sløret.*" (Bilag 4: 270).

Atter andre patienter kan dog også udvikle aversioner mod at blive genindlagt, fx fordi deres første erfaringer med indlæggelser har givet dem et negativt indtryk. Dette fremgår for beboeren Paula,

der her forklarer om hvordan hun havde det med at blive indlagt igen, efter hendes første indlæggelse, som hun beskriver som "traumernes holdeplads":

Paula: "Mmm, nej præcis og altså så kommer der også, fordi hvis man har en oplevelse af: "Det her, det er bare traumernes holdeplads.", så næste gang de siger: "Det ville nok være godt for dig, at du skulle indlægges.", så siger man jo: "Nej." og så bliver det jo med politi og ambulancer og pis og lort, altså." (Bilag 4: 506f).

Paulas negative erfaringer med hendes første indlæggelse som "traumernes holdeplads", stemmer overens med resultater fra Ådnanes' (et al. 2018: 3, 5) fokusgruppestudie. Her oplevede informanterne også, at hvis deres første indlæggelse havde været traumatiserende, så skabte dette et vedvarende negativt indtryk, hvor de efterfølgende genindlæggelser typisk ikke oplevedes lige så traumatiske som den første indlæggelse.

Ulrikke, Asta og Paulas varierede erfaringer med genindlæggelser viser, at navigation i psykiatrinstitutionen ikke er ens for alle patienter. Det muliges kunst varierer derimod betydeligt mellem alle personer i psykiatrien (Bilag 4). Derved kan det muliges kunst for patienter som Ulrikke fx være at frivilligt gennemgå indlæggelse, fordi hun ved at hun får den rette hjælp, imens Paula nægter at blive indlagt, hvorfor det derfor "bliver med politi og ambulance", i form af en tvangsindlæggelse. For Asta har indlæggelserne oftest været gennemført uden et indledende bevidst til- eller fravalg pga. stofpsykoserne. Efter stofpsykosernes "slør" har løftet sig, kan Asta dog vælge at "sige det de vil høre", for at blive udskrevet, fordi indlæggelserne for hende er "røv kedelige." Variationer af det muliges kunst iværksættes således pga. processer af dynamisk indlæring og erfaringsbaserede præferenceformationer, som beboere/patienter og ansatte i psykiatrien udvikler og handler efter, for at opnå det, de oplever er det bedst mulige kompromis. Bostedssouschefen Gudrun beskriver i denne sammenhæng, hvordan det er pga. kendskabet til de lokale hospitalspsykiatriske afsnit, at en beboer søger indlæggelse:

Gudrun "Så lige præcis selve modtagelsen nede i akutdelen, den er meget øh. Altså, der er en ny [læge] hver gang gerne. Men oppe på afdelingerne, det er de samme medarbejdere. Altså vi oplever ikke den store udskiftning. Altså vi oplever faktisk at øh en af vores borgere, hun øh kan deres vagtplaner og deres rul, så øh." (Bilag 4: 346).

Bastian: "Udenad?"

Gudrun: "Yes."

Bastian: "Sådan."

Gudrun: "Og det er sådan noget øhm. Øh det er, bærer hendes øh indlæggelser også præg af." (Bilag 4: 346).

Forskellige bosteder, samt hospitalspsykiatriske akutmodtagelser og afsnit, udgør psykiatriske organisationer, med hver deres lokale særpræg. Dette fremgår i Gudruns udtalelse, idet "der er en ny læge hver gang" på de lokale akutmodtagelser, men det er de "samme medarbejdere" på de afsnit, som beboeren gerne vil indlægges på. Denne beboers/patients kendskab og relation til dette specifikke afsnits personale gør at vedkommende har memoreret deres "rul" – dvs. deres vagtplaner. Denne læring betinger således beboerens temporale behov for indlæggelse. Genindlæggelsernes læring kan dog også føre til uselvstændiggørelse af patienterne, hvilket psykiateren Terese beskriver således:

Terese: "Men det er jo meget det her med, at man tager lidt deres selvstændighed fra dem, når de bliver indlagt. Der er mange, der, åh de vil så gerne indlægges og det er jo fordi, at de føler sig trygge og der er nogen, der sørger for dem og, og de behøver ikke forholde sig til deres eget liv. Men det er jo nogle gange lidt en bjørnetjeneste, øhm." (Bilag 4: 149).

[...]

Terese: "Men vi har dem her, som kommer igen og igen, som har lært – altså, de er nærmest en del af institutionen, ikke? At når de har det skidt, så kommer de ind og er i PAM i nogle dage og så går de hjem igen." (Bilag 4: 171f).

Behovet for temporale kvasi-vakuum under indlæggelse fremgår igen som essentielt for patienterne i Tereses udsagn. Patienterne lærer derfor at opsøge indlæggelse "når de har det skidt", for så "føler de sig trygge", når "der er nogen, der sørger for dem" og "de ikke behøver at forholde sig til deres eget liv." Dette udgør dog en "bjørnetjeneste" iflg. Terese, fordi patienternes *selvstændighed* herved undermineres. Her bør det dog bemærkes at de forskellige indlæggelsestyper, i rets- og hospitalspsykiatrien (Bilag 4: 560ff) kun opstår, hvis hverken patienternes pårørende eller andre alterna-

tive indsatser kan hjælpe (Bilag 4: 558f). Patienter med svære psykiske sygdomme er derfor afhængige af at blive indlagt, når de oplever betydelig psykisk lidelse, idet der i disse situationer ofte ikke er andre tilgængelige muligheder for hjælp. Dette skaber dog et skisma, idet forventninger til at patienterne bør blive selvstændige gennem indlæggelse, kolliderer med den underliggende afhængighed af indlæggelsernes enestående, intensive, afskærmende og behandlende funktioner i samfundet.

Kritik af det muliges kunst i indlæggelses- og udskrivelsesvilkår: Suicidalitet som "adgangsbillet"

Det muliges kunst er således betinget af psykiatriens vilkår og relativt normaliserende funktioner i samfundet. Dette betyder, at når man som patient fx "har lært" at opsøge indlæggelse og der samtidigt er en temporalt forskydende tidshunger i psykiatrien, så transformeres det muliges kunst for sådanne patienter herved.

"Simulering" (Bilag 4: 594; Engelbrecht 2020) eller "dissimulering" (Bilag 4: 597; Sundhed 2021; Engelbrecht 2020) blev beskrevet af psykiater-informanterne som adfærdsmønstre patienter kan anvende for hhv. at imitere og fremprovokere symptomer eller skjule symptomer fra psykiske sygdomme. Dermed ikke sagt at disse handlinger er "manipulative" (e.g., Bilag 4: 156f, 417f). De er tværtimod handlekraftige udtryk for lidelsen bag det muliges kunst for sådanne patienter; hvor det bedst mulige kompromis for en potentiel patient kan være at undertrykke symptomer for at undgå at blive indlagt, hvis man som Paula har traumatiske indlæggelseserfaringer. Det kan også være at fremprovokere symptomer, hvis man som potentiel patient oplever, at det kun er en indlæggelse, der kan hjælpe, og dette er den eneste måde, man kan blive indlagt på.

"Suicidalitet", "selvskade" og "udadreagerende adfærd" blev af flere af mine informanter italesat som potentielle "adgangsbilletter" (Bilag 4: 92f, 351, 397f, 416), der kunne anvendes instrumentelt til at (for)blive indlagt. Dette beskriver overlægen Mads således:

Mads: *"Jamen det, det kunne jo typisk være sådan noget som suicidalitet, for eksempel, ikke? Det, det er noget, der på en eller anden måde giver noget til kende som man har lært, at det er noget som systemet reagerer på."* (Bilag 4: 591).

Mads fremhæver her, at det netop er igennem det gensidige kendskab til psykiatriens normaliserende vilkår, i form af bl.a. generelle indlæggelsesgrundlag beskrevet i psykiatriloven (Retsinformation 2019), at det muligst kunst gennemføres for både patienter og ansatte i "systemet". Hvis man som potentiel patient fx ønsker indlæggelse, men man afvises medmindre man simulerer suicidalitet, så kan dette være det bedst mulige kompromis for denne patient, fordi dette "reagerer systemet på". Det bør dog nævnes, at sådanne adfærdsmønstre langt fra findes i alle indlæggelser. Flere af beboer-informanterne, som Ulrikke og Asta, italesætter fx at de typisk er blevet indlagt pga. psykotiske tilstande, hvorfor de i disse situationer ikke bevidst har opsøgt indlæggelse (Bilag 4: 293f). Dertil beskriver de, at de har fået "formidabel hjælp" størstedelen af gangene de har været indlagt (Bilag 4: 267f, 289).

Adfærdsmønstrenes tilstedeværelse er i stedet udtryk for kritisable demi-regulariteter, der leder til uhensigtsmæssige genindlæggelser, som følge af psykiatriens vilkår, der er karakteriseret af bl.a. kapacitets- og ressourcemangel (e.g., Danske Regioner 2017; Sundheds- og Ældreministeriet 2018). Dette fører til mekanismer, som forårsager forværring af psykisk lidelse, som forudsætning for at psykiatrien kan og vil behandle selvsamme lidelse. Dette må belaste både patienter, psykiatrisystemet og resten af samfundet i uhensigtsmæssige nedadgående spiraler af forværret psykisk lidelse og flere genindlæggelser. Selvskade, selvmordsforsøg eller udadreagerende adfærd bliver her italesat eller handlet på, som det muligst kunst, når dette fremstår som de eneste legitime "adgangsbilletter" til indlæggelse. For hvad kan beboere på psykiatriske bosteder ellers gøre, når de oplever et udtalt behov for indlæggelse, men bliver afvist fra at blive indlagt, imens de mindre intensive alternative indsatser, såsom kommunal misbrugsbehandling (se Johansen 2009; Johansen et al. 2018) og beboernes døgnbemandede botilbud, ikke kan eller vil støtte beboernes nuværende lidelsestilstand? Vilkårene omkring adgangen til indlæggelse er i disse situationer kritisable og kontraproduktive, idet de fører til instrumentaliseret forværring af potentielle patienters tilstand, som forudsætning for patienternes indlæggelse. Dette italesætter bostedssouschefen Gudrun således:

Gudrun: "Altså de ved efterhånden, hvad det er for nogen knapper de skal trykke på, for at blive indlagt og det er desværre sådan nogle øh knapper, som er enormt øh omkostningstunge for samfundet og det er rigtig, rigtig ærgerligt. Vi har én, som øhm når hun har brug for at blive indlagt og de afviser hende, øh, så øh kan hun finde ud af at stille sig. Altså, så kan hun finde på at stille sig ud til en øh bro hen over togbanen og

vente på, at der er nogen, der kommer og ser det og så kan der nå at blive. Så bliver der ringet efter politiet og togdriften kan nå at blive stoppet og øh al trafikken på Gadenavn X kan blive stoppet og øh. Alt det her sker jo ikke, når der ikke er noget trafik. Det sker jo gerne i myldretiden. Så det er sådan enormt omkostningstungt, i stedet for at de måske havde lyttet til hvad det var hun sagde og tog. Altså tog hende seriøst øh, fordi. Altså det der med, at der indimellem skal sådan nogle feje tricks til er, er jo rigtig ærgerligt, men det er nogle gange det, de oplever de er nødt til at gøre, for at blive taget seriøst. Også selvom vi går med dem ud og argumenterer for dem, øh.” (Bilag 4: 350f).

Gudrun forklarer her om en beboers reaktioner på at blive afvist, når beboeren opsøger indlæggelse. Dette er en proces, der leder til forværret lidelse for beboeren, hvilket samtidigt også påvirker resten af samfundet, idet beboeren foretager en ”omkostningstung” instrumentaliseret handling, for at blive indlagt. Denne handling er en reaktion på kulminationen af mekanismer som ressourcemangel, fraværende forståelse for patienten og psykiatrilovens rammer for, hvornår tvangsindlæggelse er påkrævet, såsom ved selvmordsforsøg. *At blive taget seriøst* fremstår således igen udslagsgivende for, om potentielle patienter, som beboeren i Gudruns eksempel, oplever bedring ved at blive mødt og rummet af psykiatrien eller reagerer på den forstærkede lidelse i at blive misforstået og afvist. Det kontraproduktive og kritisable er her, at ressourcemangel i psykiatrien indskrænker indlæggelsernes adgangsmuligheder, hvilket gør at potentielle patienter må udføre strukturelt ressourcebelastende og instrumentaliserede suicidale handlinger, for at blive taget seriøst. Gudruns eksempel understreger også den magtesløshed som afvisningen betyder for både ansatte og beboere på bosteder, når selv socialarbejderes ”argumentation” ikke kan bidrage til, at beboerne bliver indlagt. Det muliges kunst kommer dog ikke kun til udtryk for patienter, der opsøger indlæggelse. Det kommer også til udtryk for patienter, som i Astas udtalelse i analyseafsnittet om temporalitet, der forsøger at afslutte indlæggelse. Dette beskriver beboeren Paula også således:

Paula: ”Altså, den er helt klar, at det er altid en god ide at sige, at øh, at øh, at øh du har selvmordstanker, men ikke konkrete selvmordsplaner, eller impulser, hvis du vil hjem. Den er rigtig god, fordi at så erkender du, at selvmordstankerne er der og det tænker de [personalet i psykiatrien], at du jo ikke ville gøre ellers. Det øh.”

[...]

Bastian: *"Okay, så, så du bliver nødt, så du skal erkende lidt, men ikke for meget?"*

Paula: *"Ja, lige præcis. For der er jo ikke nogen, der ville tro på mig, hvis jeg sagde: 'Nej, jeg har det fint.'"* (Bilag 4: 545).

Paulas udtalelse viser nuancerne i, hvordan personer i psykiatrien kan navigere mellem og derved transformere vilkårene for psykiatriens relative normalisering. Sammenlignet med Mads' tidligere udsagn om "rationelle diskussioner" med kroniske selvmordspatienter, så tilføjer Paulas udtalelse dimensioner til forklaringen på, hvorfor selvmordstruethed i form af "suicidalitet" fører til (gen)indlæggelse. Det er nemlig svært at vurdere hvorvidt en patient reelt eller instrumentelt er selvmordstruet. Psykiatere som Mads og beboere som Paula eller kvinden i Gudruns eksempel er bevidste om dette. Derfor "reagerer systemet" når patienter fremstår suicidale, ved bl.a. at indlægge dem hvis de fx "stiller sig ud til en bro over togbanen". Med ønsket om at blive udskrevet, kan det muligvis kunst for en indlagt suicidal patient derfor også være at indgå i "rationelle diskussioner" om suicidalitet, hvorved patienten "dissimulerer" rationelt, ved netop at "erkende at selvmordstanker er der", men at patienten ikke har "konkrete selvmordsplaner eller impulser". Dette kan være overbevisende nok til at blive udskrevet, idet dette indikerer en relativt normaliseret tilstand.

Potentialet i det muliges kunst i psykiatrien: *Kreative tværfaglige løsninger til komplekse problemer*

Det muliges kunst i psykiatrien har også et betydeligt udviklingspotentiale. De bedst mulige kompromisser opstår her gennem det gensidigt indlærte kendskab; hvor psykiatrien og patienterne lærer om hinanden. Herved kan patienter som Paula opnå udskrivelse ved at lære hvordan hun kan dissimulere rationelt. Ansatte i psykiatrien kan dog samtidigt herved lære hvorfor patienter som Paula ikke vil indlægges og hvilke behandlingsmetoder, der potentielt kan føre til varig bedring for patienterne (såsom ECT), når tidligere indlæggelsesforløb ikke har haft den ønskede virkning. Disse kompromisser er således udgjort af de tilgængelige ressourcer og indsatser, der kan iværksættes for at hjælpe sådanne patienter bedst muligt. Overlægen Klaus forklarer om et sådant kompromis herunder, idet Klaus fremhæver hvordan han deltog i at nedbringe en patients uhensigtsmæssige genindlæggelsesmønstre:

Klaus: "Vi har en øh, en patient, som vi laver planlagte indlæggelser på, som laver svær selvskade øh og som har svært ved at være alene i weekenderne. [...] Og det har stoppet den der selvskade, men øh – og vi har fået arbejdet os ned fra indlæggelse fra fredag til mandag, [til nu at være] fra fredag eftermiddag til lørdag morgen. Det har så taget, ja, nærmest et lille års tid, altså, hvor der så bliver arbejdet med socialrådgiver på eventuelt bosted og tværfaglige møder, ikke? Også med deres ambulante psykiatriske enheder, også og sådan noget patienten har. Øh og der, og der er jo selvfølgelig en forskel fra, at man kom første gang, men også, også i hele den der måde med, hvor er det, *pause* [patientens tanker:] "Altså, hvad, hvad er det, der hjælper mig? I forhold til, er det, at når jeg har det rigtig svært, så er der nogle, som skal tage helt over i en hel weekend og min adgangsbillet til psykiatrien, det er svær selvskade." Altså det, det er jo, det er jo ikke så, så hensigtsmæssigt." (Bilag 4: 397).

Skismaet mellem patienternes selvstændighed og afhængighed transformeres her gennem det muliges kunst. Patienten kan "ikke være alene i weekenden", hvilket er en afhængighedsskabende mekanisme, der forårsager, at patienten søger indlæggelse. Patienten udførte derfor selvskade som "adgangsbillet" for at blive indlagt, hvilket "ikke er så hensigtsmæssigt", iflg. Klaus. Klaus imødekommer derfor denne patients ønske om "planlagt indlæggelse" i weekenden på den åbne akutmodtagelse han arbejder på. Herved omfavner Klaus patientens relationelle behov for "ikke at være alene i weekenderne". Dette understøttede patientens bedring, idet patienten "stoppede selvskaden" og patientens indlæggelsestid i weekenderne også blev kortere. Dvs. denne patients progressive bedring og selvstændiggørelse fra indlæggelse emergerede pga. det tværfaglige kompromis, som var at imødekomme patientens afhængighed af indlæggelse, gennem ordningen om planlagte indlæggelser i weekenden på den åbne akutmodtagelse. Patienten blev altså mere selvstændig og uafhængig af psykiatrien, ikke som modsætning til, men som følge af kontinuerlige indlæggelser. Disse typer af indlæggelser er dog atypiske på åbne akutmodtagelser, hvilket Klaus forklarer således:

Klaus: "Og vi er ikke bygget til planlagte indlæggelser. Ud af de der femtenhundrede indlæggelser vi har der, så er hun den eneste, der har den ordning. Øh, så det, der med at finde kreative løsninger, for at bryde sådan noget der."

[...]

Klaus: "Man skal løse et eller andet, som man kigger ned på igen og igen og tænker: "Men hvordan?", uden rigtig at få ideen, ikke? Det svarer vel lidt til en, til en øh forfatter's skriveblokada, ikke? Forestiller jeg mig. *begge griner lidt* Altså, at man [som forfatter] tænker: "Nu skal jeg i gang med den bog." og så kigger man ned og så tænker man: "Jamen, om hvad?", ikke? Øh og man ved, at det er bare det man skal, ikke?" (Bilag 4: 430f).

Patienten i Klaus' eksempel er den eneste patient på den åbne akutmodtagelse, der "har den ordning" med planlagt indlæggelse. Klaus' udsagn viser her, at sådanne patienter, der hyppigt genindlægges, ofte har komplekse problemer, som ikke blot kan løses "af en enkelt indsats" eller "ved at give en pille." I stedet kræver komplekse problemer *kreative løsninger*. Klaus' metafor med forfatteren og skriveblokaden understreger hvordan disse løsninger ikke forekommer som prædefinerede og kategoriserede forløb, fundet i fx behandlingspakker eller diagnosemanualer. Tværtimod, så emergerer løsninger på sådanne komplekse problemer gennem *tværfagligt* samarbejde. Disse løsninger vidner også om, hvordan både psykiatrien og patienten kan lære om hinanden. Patienten i Klaus' udsagn lærer at selvskade er en "adgangsbillet", hvilket i forlængelse skaber hyppige genindlæggelser, hvorved ansatte i psykiatrien lærer om patientens behov og motivation for at blive indlagt. Dette giver anledning til de kreative løsninger med planlagte indlæggelser, for at imødekomme patientens behov og for at undgå den u hensigtsmæssige selvskade.

Eksemplet fremhæver udviklingspotentialer i det muliges kunst. Som forfattere, der skal skrive en bog, men ikke kender til indholdet endnu, må psykiatere, socialarbejdere og andre fagprofessionelle i psykiatrien her samarbejde "om hvad" en løsning kan indebære. Dette giver anledning til at se udover og på tværs af patienternes isolerede problemstillinger, afspejlet i fx patienternes diagnoser, for at finde løsninger, der kan rumme *holistiske forklaringer* (Bhaskar 2016: 92, 129) på sammenhænge mellem patientens komplekse problemer. Ift. muligheden for tværfaglighed beskriver beboeren Paula dog følgende:

Paula: "Det har været så forskelligt fra afdeling til afdeling og sådan, men jeg syntes også det nogle gange virker som om, at der er nogle afdelinger, hvor at de egentlig lidt mere virker som om, at det er en konflikt om; hvem har ansvaret. Og så er der andre

afdelinger, hvor at det mere virker som om, at: "Okay vi skal, vi skal løfte det sammen, så bliver det lettere for os begge to.", altså sådan." (Bilag 4: 536).

Paula illustrerer her, at potentialet i det muliges kunst i psykiatrien ift. at udvikle tværfaglige kreative løsninger for patienterne, er betinget af, om tværfagligheden anses som en nødvendig foranstaltning blandt ansatte i psykiatrien.

Konkluderende og vurderende bemærkninger

Jeg besvarede kortfattet min problemformulering i afsnittet: "Teorien om genindlæggelsen". Derfor vil jeg bruge dette afsnit på at fortsætte og uddybe denne konklusion, ved at vurdere genindlæggelseskonceptet med afsæt i analysen.

Gradvist stigende genindlæggelsesfrekvens skyldes ikke universelt ringere kvalitet i psykiatriens indsatser. Denne indbyggede fejlslutning i genindlæggelseskonceptet bygger på antagelser om, at "et eller andet er i hvert fald skredet, når patienter kommer igen". Og det er ikke helt forkert. For når tværsektorielle genindlæggelser opstår, så er det forudsat af psykisk lidelse, der er så hæmmende og markant, at hverken patienternes bosteder, pårørende eller andre alternative indsatser, kan hjælpe. Forværringen af patienternes psykiske lidelse, som giver anledning til genindlæggelse, forårsages dog af interaktioner mellem et væld af forholdsvist ukendte mekanismer. Aktualiseringerne af disse mekanismer kan fx observeres i den stress og de symptomer patienter oplever, der følger af interaktioner mellem bl.a: biologiske dispositioner (Imamura et al. 2020), traumer, relationelle konflikter (Duhig et al. 2017), social isolation og for korte indlæggelser (Sundhedsdatastyrelsen 2017). Mekanismernes interaktioner varierer således fra: genetik, idet fx børn af forældre med skizofreni har større sandsynlighed for selv at få skizofreni (Hilker et al. 2017), til det psykosociale, når fx PTSD-patienter oplever traume-triggers i bestemte sociale situationer (McDonald et al. 2019), til det sociostrukturelt betingende, når der fx ikke er tid nok til længerevarende indlæggelser bl.a. pga. politiske beslutninger om psykiatriens organisering og økonomi (e.g., Sundhedsministeriet 2021) – og mange flere mekanismer endnu. Psykiatrien kan derfor ikke forventes at have indflydelse på eller kontrol over alle disse mekanismers komplekse interaktioner og konsekvenser. I forlængelse af denne argumentation opstår genindlæggelser således ikke nødvendigvis, fordi psykiatrien har gjort

eller gør noget forkert eller ineffektivt, som indikatoren ellers viser (e.g., Sundhedsstyrelsen 2022: 62).

Genindlæggelsesfrekvens kan dog meningsfuldt anvendes til at forbedre psykiatrien, men ikke som en indikator, der ensidigt signalerer dårligere kvalitet i psykiatrien. Genindlæggelsesfrekvens kan i stedet anvendes til at effektivisere behandlingen. I det regionale psykiatriske område overlægen Klaus arbejder i, analyserer de fx patienternes genindlæggelsesfrekvens, for at tilrettelægge behandling til hyppigt genindlagte patienter, såsom patienten med den ekstraordinære ordning med de planlagte indlæggelser (Bilag 4: 387f). Dette kunne med fordel udbredes til resten af psykiatrien.

Qua genindlæggelsernes relative normalisering, så påvirkes patienternes selvkonstruktioner også af genindlæggelsesforløbene. Derfor er det værd at bemærke, at genindlæggelser kan opleves som nederlag for genindlagte patienter, hvilket overlægen Felix beskrev her (Bilag 4: 221). Disse oplevelser kan have relation til, at genindlæggelser i sig selv opfattes som anomali og dermed uønskede fænomener i samfundet. Her kunne legitimerende rekonceptualiseringer af genindlæggelsen også være med til at ændre forløbene og potentielt derfor også deres virkning. Derved burde samfundet og patienterne fx opfatte genindlæggelsesforløbene som nødvendige led i patienternes komplekse bedringsprocesser, hvor genindlæggelsernes cykliske, intensive og relative normalisering udgør meningsfulde periodiske pauser fra og stabiliseringer af en ellers lidelsesfuld tilværelse.

Diskussion

Det sociale arbejde har flere funktioner i den danske psykiatri. I socialpsykiatrien støtter socialarbejdere på bostederne beboernes hverdagsliv, og socialrådgivere i hospitalspsykiatrien kan fx hjælpe indlagte patienter med at løse forskellige sociale problemer (Bilag 4). Overlægen Mads beskrev i denne forbindelse, at på det lukkede afsnit han arbejder på anses det som en del af behandlingen; at socialrådgivere hjælper hjemløse patienter med at finde bolig, for at forebygge at patienterne bliver genindlagt som følge af hjemløshed (Bilag 4: 562). Grundene til og måderne hvorpå det sociale arbejde i sådanne tilfælde er integreret med kliniske indsatser, som (gen)indlæggelser, understreger det nødvendige og presserende behov for *interdisciplinær tværfaglighed* i psykiatrien.

Overlægen Klaus italesatte også i det sidste analyseafsnit, at det var gennem et ekstraordinært tværfagligt samarbejde, at ordningen med planlagte indlæggelser opstod, hvilket mindskede selvskaden og indlæggelsestiden for patienten. Tværfaglighed er dog, ligesom recovery (e.g., Price-Robertson et al. 2016), et diffust og flertydigt koncept. Spørgsmålet er således hvad tværfaglighed i psykiatrien aktuelt indbefatter og kan udvikle sig til?

Tværfaglighed eller *tværdisciplinaritet* kan defineres som; *alle former for samarbejde på tværs af faglige discipliner*, såsom på tværs af socialt arbejde, medicin og psykologi. Tværdisciplinaritet kan grupperes i: *multidisciplinaritet* (samarbejde mellem adskilte fagdiscipliner), *interdisciplinaritet* (samarbejde, der opbløder de faglige grænser) og *transdisciplinaritet* (samarbejde, hvor fagdisciplinerne smelter sammen) (Larsen et al. 2021: 73). Den danske psykiatri bliver dog af Larsen og kollegaer anset som: "[...] *overvejende mono- til multi-disciplinær, sjældent interdisciplinær og aldrig transdisciplinær.*" (Larsen et al. 2021: 73). Min analyse understøtter denne opfattelse, idet mine informanter typisk anvendte *reduktionistiske* eller *atomistiske* forklaringer, hvilket er problematisk.

Reduktionistiske forklaringer forsøger at begribe et fænomen ved at tage udgangspunkt i fænomenets enkelte dele. Reduktionisme er dog til en vis grad nødvendigt og findes indenfor enhver faglig disciplin, idet forskere og praktikere indenfor forskellige fagdiscipliner, anskuer de samme intransitive objekter fra deres egne faglige positioner (Bhaskar et al. 2018: 124f). I psykiatrien er det mono-disciplinære biomedicinske reduktionistiske og empiristiske perspektiv dog dominerende (Pilgrim 2013; Pilgrim 2014; Ringø 2016; Bhaskar et al. 2018; Jørgensen et al. 2020a). Dvs. at forskning og praksis i psykiatrien typisk hhv. undersøger og behandler psykisk sygdom som empirisk korrelerede sammenhænge mellem isolerede biologiske variable (Bhaskar et al. 2018: 96). Dette fremstod tydeligst blandt især psykiater-informanterne. Først eksemplificeret ved overlægen Mads, der bl.a. beskrev at skizofreni alene må skyldes en dysfunktion i patientens hjerne, som følge af biologiske dispositioner (Bilag 4: 570f). Overlægen Egon beskrev også: "*Vi ved ikke hvad det er, der er den generiske årsag til, at de er psykisk syge. Vi kender ikke til den der "skizokok", eller hvad den nu kan kaldes, som kan ramme folk, ikke?*" (Bilag 4: 84).

Det problematiske ved biomedicinsk empiristisk dominans i psykiatrien er, at det baseres på *metodologisk imperialisme*. Dette implicerer at andre fagdiscipliners forklaringer ofte afvises eller anses som underlegne for forskning og praksis i psykiatrien. Sådanne forklaringer er typisk enten ikke-

empiristiske og/eller udviklet gennem metoder, der ikke anerkendes indenfor den biomedicinske disciplin som "rigtig videnskab", såsom kvalitative metoder, bl.a. pga. fraværet af lineær empiristisk kausalitet (Bhaskar et al. 2018: 131ff).

Reduktionistiske forklaringer kan dog, uanset metodologi, aldrig alene fyldestgørende forklare sammenhænge mellem de komplekse mekanismer, der forårsager menneskelige helbredsproblemer. For reduktionistiske forklaringer overser den *emergerende totalitet*, som mennesker altid-allerede både udgør og bliver til (Bhaskar et al. 2018: 3, 53, 123). Det biomedicinske perspektiv kan fx ikke alene forklare hvorfor ensomhed belaster immunforsvaret (Bhaskar et al. 2018: 85). Ensomhed er også et socialt og psykologisk fænomen, hvorfor forklaringer på mekanismer fra fagdiscipliner, som fx sociologi og psykologi, også er nødvendige for at undersøge, forklare og udbedre konsekvenserne ved ensomhedens komplekse mekanismer (Bhaskar et al. 2018: 85ff).

Atomistiske forklaringer anerkender derimod forskellige fagdiscipliner, ved at veksle mellem et blandt flere relevante fagdiscipliners perspektiver ad gangen (Bhaskar et al. 2018: 125f). Dette kunne findes hos både socialarbejdere og psykiatere, som jeg interviewede, der anerkendte nødvendigheden af separate tværfagligheder i psykiatrien (Bilag 4: 88, 147, 229f, 232f, 235, 336, 349, 369). Atomistiske forklaringer findes ofte i multidisciplinær tværfaglighed. Dette er dog også problematisk, idet *interaktioner* mellem mekanismer, identificeret indenfor forskellige fagdiscipliner, herved overses eller ignoreres. Fx kan en atomistisk løsningsmodel af ADHD være at anerkende: det biomedicinske perspektiv, ved at ordinere Ritalin til personen med ADHD, det psykologiske perspektiv, ved at tilbyde personen terapi, samt det socialkonstruktivistisk-sociologiske perspektiv, ved at bidrage til at ændre stigmatiserende stemplingsprocesser af personer med ADHD. Denne atomistiske løsningsmodel overser dog, hvordan interaktioner mellem mekanismerne: Ritalin, terapi og ændringer i stemplingsprocesser, tilsammen påvirker partikulære personer med ADHD (Bhaskar et al. 2018: 125f).

Pga. sådanne problemer udgav Bhaskar og kollegaer (et al. 2018) bogen: "*Interdisciplinarity and Wellbeing*", som jeg baserer min argumentation på i diskussionen. Bhaskar og kollegaer (et al. 2018: 3, 85f, 96f) fandt at moderne medicinvidenskab og -praksis er domineret af en empiristisk biofysisk tilgang. Dette har problematiske implikationer for menneskers sundhed og velvære, når forskningen i og behandlingen af helbredsproblemer reduceres til summen af korrelationer mellem menneskers

biofysiske komponenter. Problemer for menneskers sundhed og velvære bør i stedet forklares vha. synteses mellem forskellige typer af teorier, udviklet vha. forskelligartede empiriske såvel som ikke-empiriske metoder. Tilsammen udgør dette *transfaktuelle teorier* (Bhaskar et al. 2018: 75ff, 101ff), der kun kan udvikles gennem *interdisciplinært samarbejde*, iflg. Bhaskar og kollegaer (et al. 2018: 2f).

Grunden til at interdisciplinaritet sjældent forekommer eller fejler, er pga. fraværet af et nødvendigt fælles videnskabsteoretisk fundament, der gør det muligt at integrere flere forskelligartede fagdiscipliner. Kritisk realisme kan udgøre et forenende videnskabsteoretisk fundament, idet kritisk realisme kan favne både natur-, human- og socialvidenskabelige fagdiscipliner (Bhaskar et al. 2018: 11f, 23, 52). De forskellige fagdiscipliner bør her indgå i en integreret forklaring af mekanismer bag menneskelige fænomener, som *laminerede systemer* (Bhaskar et al. 2018: 49f). Dvs. at alle fagdisciplinernes forskellige forklaringer både anses som ligeværdige, nødvendige, specialiserede og særegne, men også overlappende og sammenhængene. Dette bør tilsammen kunne forklare interaktioner mellem mekanismer på differentierede og stratificerede niveauer af virkelighedens dybe domæne (Bhaskar et al. 2018: 29, 85), der forårsager aktualiseringen af de samme menneskelige fænomener. Mekanismer og fagdiscipliner på forskellige niveauer af et lamineret system kan fx være:

- 1) Fysiske og/eller kemiske mekanismer fra hhv. fysikken og kemien.
- 2) Biologiske mekanismer fra kliniskmedicin og -psykologi.
- 3) Psykologiske mekanismer fra neuropsykologi og psykoanalyse.
- 4) Psykosociale mekanismer fra socialpsykologi og socialt arbejde.
- 5) Socioøkonomiske mekanismer fra politologi, sociologi og økonomi.
- 6) Kulturelle mekanismer fra antropologi.
- 7) Normative mekanismer fra sociologi og politologi (Bhaskar & Danermark 2006: 288ff).

Dette eksempel udgør dog en forsimplet og grov opdeling af de udvalgte fagdiscipliner, fordi det er komplekst at afgrænse fagdiscipliner. Der er bl.a. mange flere fagdiscipliner, end påvist i eksemplet, og disse fagdiscipliner kan både fremstå forskellige og ensformige. Indenfor hver fagdisciplin er der også ofte betydelige underopdelinger, som adskiller fagdisciplinerne internt i distinkte skoler eller

traditioner, der også kan overlappe med andre fagdiscipliner (Bhaskar et al. 2018). Ikke desto mindre kan de interdisciplinært udviklede transfaktuelle teorier forklare multimekanistiske kausale sammenhænge mellem stratificerede niveauer af det dybe domæne (i.e. laminerende systemer), hvilket de involverede fagdiscipliner ikke kan alene. Dette er nødvendigt for fyldestgørende at udforske, forklare, forebygge, behandle og støtte bedringen af alle menneskelige helbredsproblemer, såsom psykiske sygdomme, der allerede overlapper flere fagdiscipliners genstandsfelter (Bhaskar et al. 2018: 108ff).

Forklaringer på hvorfor og hvordan overlægen Klaus tværfagligt iværksatte ordningen med planlagte indlæggelser for den hyppigt genindlagte og selvskadende patient, kan således ikke alene opnås vha. fx biomedicin, psykologi eller socialt arbejde. Denne patients symptomer, i form af bl.a. selvskade, blev ikke bedre, fordi vedkommende alene: fik "en pille", gennemgik terapi, eller undgik stigmatisering, vha. indlæggelse. For planlagte indlæggelser på åbne akutmodtagelser er ekstraordinære, iflg. Klaus. Dette må betyde at de planlagte indlæggelser typisk iværksættes andre steder, på fx åbne eller lukkede afsnit. Derfor må der være noget særligt ved netop den åbne akutmodtagelse, som gjorde at patientens planlagte indlæggelser i weekenden, lige dér, førte til bedring for patienten. Denne bedring har således været forudsat af mekanismer, der har at gøre med patientens temporale behov (i weekenden) og relation til det specifikke sted (den åbne akutmodtagelse) og de mennesker, som var/er der. Jeg kan dog ikke forklare samtlige mekanismer bag opfyldelsen af dette tid-sted relationelle behov, for dette kræver netop flere fagligheder. Hele min analyse er således også nødvendigvis et resultat af min egen monodisciplinære specialisering i socialt arbejde, hvorfor jeg selv begår flere af de reduktionistiske og atomistiske fejlslutninger, som jeg kritiserer.

Min analyse understøtter dog Bhaskars og kollegaers pointer, som bl.a. er, at biomedicin, psykologi og socialt arbejde bør samarbejde interdisciplinært, i både forskning og praksis i psykiatrien. Disciplinernes adskillelse overser nemlig interaktioner mellem mekanismer, som hvert fag er specialiseret i at undersøge og/eller udbedre (Bhaskar et al. 2018: 123, 127f). For når sociale problemer, såsom hjemløshed, kan føre til psykisk lidelse og derved til genindlæggelser, så må dette indebære interaktioner mellem bl.a. biopsykosociale mekanismer, som forudsætning for genindlæggelsernes emergens. Tidligere forsøg på at forklare sådanne sammenhænge kan findes i den biopsykosociale model, der har været anvendt som en teoretisk forklaringsramme i psykiatrien, til at fremhæve hvordan biologiske, psykologiske og sociale mekanismer forårsager psykiske problemer (Larsen et

al. 2021). Modellen er dog blevet kritiseret for bl.a. at være blevet koloniseret af biomedicinsk empirisme, hvilket som nævnt underminerer tværfaglighed, idet andre discipliners forklaringer på relevante psykosociale mekanismer herved underkendes (Pilgrim 2014; Bhaskar et al. 2018: 113ff). Denne biomedicinske kolonisering af tværfaglig forskning kan i den danske psykiatri bl.a. findes hos Dansk Psykiatrisk Selskab, hvor der i deres hvidbog står:

”Det er dog vigtigt, at den psykiatriske forskning er forankret i den lægelige forsknings-tradition, hvor tværfagligheden sikrer, at flere facetter af den psykiatriske klinik bliver gjort til genstand for forskning, ligesom de mange forskellige tilgange sikres.” (Dansk Psykiatrisk Selskab 2021: 139) (Egen understregning).

Denne lægelige forankring af tværfaglig psykiatrisk forskning sikrer dog kun biomedicinsk dominans og afvisning af ikke-empiristiske fagdiscipliners forklaringer, hvilket ikke er fremmede for interdisciplinær tværfaglighed, men nedbrydende. Magten iblandt fagdisciplinerne bør i stedet nøje monitoreres og ligeligt fordeles, for at sikre at alle fagdiscipliners perspektiver indgår ligeværdigt i interdisciplinær psykiatrisk forskning (Bhaskar et al. 2018: 135f).

Gennem min undersøgelse har jeg vha. kritisk realistisk Grounded Theory periodisk forsøgt at nærme mig interdisciplinaritet. Jeg har her måtte være nysgerrig, åben og villig til at lære fra andre fagdiscipliner, såsom psykiaternes kliniske praksis, som på flere punkter er væsensforskellige fra socialt arbejde. Herved har jeg forsøgt at lade grænserne for min egen faglighed være porøse, for at jeg kunne forklare interaktioner mellem komplekse psykosociale mekanismer bag genindlæggelser, som er dybt integrerede med de kliniske praksisser, ved at lære om bl.a: indlæggelsens processer, psykiatriske diagnoser, dobbeltdiagnoser⁷, komorbiditet, (dis)simulering, dobbelt bogholderi (Bilag 4: 599f), mindstemiddelprincippet (Bilag 4: 232, 240f), psykofarmaka, selvmordsscreening og elektrochokbehandling m.m. Derudover har jeg måtte lære om psykiatriens organisering, for at forstå og forklare hvordan beboere i forskellige tværsektorielle genindlæggelsesforløb bevæger sig mellem socialpsykiatriske bosteder og hospitalspsykiatriske afsnit eller akutmodtagelser.

Min tilgang er også et forsøg på at udvise *respekt* overfor alle mine informanter og overfor andre fagdiscipliners forklaringer, som måtte være i konflikt med de forklaringer jeg foretrækker, qua min

⁷ ”Dobeltdiagnose” betyder at borgeren både har en eller flere psykiatriske diagnoser og misbrug af rusmidler (Johansen 2009: 39).

specialisering i socialt arbejde. Respekt mellem og villigheden til at lære af andre fagdiscipliner er i denne forbindelse grundlæggende forudsætninger for interdisciplinaritet (Bhaskar et al. 2018: 52, 125, 130). Jeg vil derfor understrege, at selvom jeg har kritiseret behandlingspsykiatrien, så har jeg dybfølt respekt for biomedicinsk forskning og for det arbejde alle psykiatere udfører. Det at skulle bl.a. udrede, vurdere om psykiatriske patienter skal indlægges og behandle patienternes forskelligartede og komplekse problemer, er ikke alene svært, men også beundringsværdigt. For det må kræve en høj grad af faglig ekspertise, mennesketække, overblik, viljestyrke og sindsro. Jeg kan også forestille mig, at det til tider må påvirke psykiaternes psykiske velbefindende, når de fx alene vha. samtale ofte må vurdere om potentielle patienter reelt begår selvskade eller selvmord, hvis de fx ikke indlægges eller udskrives for tidligt. Ligeledes må det være vanskeligt at håndtere erkendelsen af psykofarmaka som et nødvendigt onde (e.g., Bilag 4: 84f, 122, 220, 607). Dvs. erkendelsen af, at psykofarmaka er "ringe symptombehandling" med svære bivirkninger (Gøtzsche 2015). Samtidigt udgør det den mest udbredte behandling af psykiske sygdomme (Braslow & Marder 2019; Sundheds- og Ældreministeriet 2018; Gøtzsche 2015; e.g., Bilag 4: 84f, 122, 220, 607). Særligt patienter med svære psykiske sygdomme er her en målgruppe med et markant behov for at få lindret eller helbredt deres sygdomme, i den udstrækning det er muligt.

Netop derfor bør det ikke blot være en mulighed, men et altoverskyggende obligatorisk imperativ, at fagdiscipliner i psykiatrien forenes i ligestillet interdisciplinært samarbejde, i både forskning og praksis. Det bør være forsøget værd, for bl.a. at udvikle effektive behandlingsmetoder uden så betydelige bivirkninger, til gavn for især personer med svære psykiske sygdomme.

Psykiatrien har historisk udviklet sig meget siden dens oprindelse i midten af 1800-tallet (Det Etske Råd 2012). På trods af denne udvikling har de dominerende monodiscipliner i psykiatrien dog endnu ikke formået at finde svarene på: hvad der er de "generiske årsager" (Bhaskar et al. 2018: 96f) til størstedelen af de svære psykiske sygdomme, såsom skizofreni, og hvordan de kan kureres eller forebygges effektivt (Pilgrim 2013; Bhaskar et al. 2018: 100f, 107ff). Dette understreger behovet for nytænkning gennem interdisciplinært udviklede transfaktuelle teorier. For hvis de historisk dominerende monodisciplinære fag i psykiatrien, såsom psykoanalyse eller biomedicin, alene kunne finde disse svar, burde svarene så ikke være fundet nu?

De transfaktuelle teorier bør udvikles i forsøg på at forklare; hvad der forårsager svære psykiske sygdomme, for derigennem at udvikle interdisciplinære behandlingsmetoder og forebyggende indsatser, for at udbedre de svære psykiske sygdomme (Bhaskar et al. 2018: 96fff). Ift. det presserende behov for interdisciplinaritet beskrev Bhaskar og kollegaer følgende:

"Ontologically speaking, biomedical causes do not have greater importance than other causes. It simply already is the case that other causes are at play, such as psychological and social causes, whether socio-economic or cultural. It is also the case that the longer we take to understand the aetiology of a condition, the more pressing will be the need to account for the non-biomedical causes - the psychosocial causes - such as behaviour and lifestyle." (Bhaskar et al. 2018: 122).

Overlægen Klaus' eksempel med den ekstraordinære ordning med planlagte indlæggelser, demonstrerer potentialet for interdisciplinaritet i psykiatriens praksis. Klaus' metafor med forfatterens skrivebloade, som udtryk for det tværfaglige samarbejde, vidner her om den *epistemiske emergens*, der opstår når forskelligartede fagligheder samarbejder interdisciplinært. Herigennem opstår *creative transdisciplinære momenter*, hvor fagdiscipliner kortvarigt smelter sammen, for at kunne svare og handle på "om hvad", der kan forklare og/eller løse problemer, som disciplinerne hver især ikke kan (Bhaskar et al. 2018: 124fff). Interdisciplinaritet bør dog ikke være ekstraordinært, men en del af den etablerede og dominerende forskning og praksis i psykiatrien. Kun derigennem kan kompleksiteten i de multimekanistiske interaktioner bag menneskers helbredsproblemer undersøges, forklares og udbedres. For vi mennesker er emergerende totaliteter og derfor bør vi anskues og tilgås som mere end summen af vores isolerede enkeltdele (Bhaskar et al. 2018: 127).

Litteraturliste

- Balleby, M. S. & Overgaard, K. (2019). *Analyse af genindlæggelser i psykiatrien og tværsektorielt samarbejde – Afsluttende rapport*. DEFACTUM, Koncern Kvalitet, Region Midtjylland, 2019.
- Bengtsson, S. (2011). *Danmark venter stadig på sin psykiatrireform*. SFI, 2011.
- Benjaminsen, L., Grønfeldt, S. T. & Jensen, M. C. F. (2018). *Kompleksitet i borgersager og opgaveløsning i socialpsykiatrien – En kvalitativ undersøgelse i fire kommuner*. VIVE og forfatterne, 2018.
- Bhaskar, R. & Danermark, B. (2006). *Metatheory, Interdisciplinarity and Disability Research: A Critical Realist Perspective*. Scandinavian Journal of Disability Research, Vol. 8, No. 4, 278-297, 2006.
- Bhaskar, R. (2016). *Enlightened Common Sense*. Routledge, 2016.
- Bhaskar, R., Danermark, B. & Price, L. (2018). *Interdisciplinarity and Wellbeing*. Routledge.
- Bo, I. G. (2020). *Temporalitet som nøgle til forståelsen af Meads socialpsykologi*. Psyke & Logos, 2020, 41, 225-244.
- Braslow, J. T. & Marder, S. R. (2019). *History of Psychopharmacology*. Annual review of clinical psychology, 15(1).
- Brinkmann, S. (2010). *Patologiseringsstenen: Diagnoser og patologier før og nu*. I Brinkmann S. (red.): *Det diagnosticerede liv*. Klim, Århus.
- Brinkmann, S. (2014). *Unstructured and Semi-Structured Interviewing*. In Leavy, P. (ed.): *The Oxford Handbook of Qualitative Research*. Oxford University Press, 2014.
- Brinkmann, S. (2015). *Diagnoser som epistemiske objekter*. I Brinkmann, S. & Petersen, A. (red.): *Diagnoser – perspektiver, kritik og diskussion*. Forfatterne & Klim, 2015. 1. udgave, 3. oplag.
- Brinkmann, S. & Petersen, A. (2015). *Dilemmaer og paradokser i diagnosekulturen*. I Brinkmann, S. & Petersen, A. (red.): *Diagnoser – perspektiver, kritik og diskussion*. Forfatterne og Klim, 2015. 1. udgave, 3. oplag.
- Buch, M. S., Højgaard, B. & Martin, H. M. (2021). *Evaluerings af de særlige pladser i psykiatrien*. VIVE og forfatterne, 2021.

- Bunt, S. (2018). *Critical realism and grounded theory: Analysing the adoption outcomes for disabled children using the retroduction framework*. *Qualitative Social Work*, 2018, 17(2), 176-194.
- Charmaz, K. (2009). *Shifting the Grounds: Constructivist Grounded Theory Methods*. In Morse, J. M., Bowers, B. J., Charmaz, K., Clarke, A. E., Corbin, J. & Stern, P. N. (eds.): *Developing Grounded Theory – The Second Generation*. Routledge, 2009. 1st edition.
- Charmaz, K (2014). *Constructing Grounded Theory*. SAGE. 2nd edition.
- Charmaz, K. (2017). *Grundtræk i Grounded Theory*. I Järvinen, M. & Mik-Meyer, N (red.): *Kvalitativ Analyse – Syv Traditioner*. Hans Reitzels Forlag, 2017. 1. udgave, 1. oplag.
- Corbin, J. & Strauss, A. (2008). *Basics of Qualitative Research 3e*. Sage Publications, 2008.
- Danermark, B., Ekström, M. & Ch. Karlsson, J. (2019). *Explaining Society: Critical Realism in the Social Sciences*. Routledge, 2019. 2nd edition.
- Danske Regioner (2017). *Benchmarking af psykiatrien 2017*. Danske Regioner.
- Dansk Psykiatrisk Selskab (2021). *Dansk Psykiatrisk Selskabs Hvidbog 2021-2031*. Dansk Psykiatrisk Selskab, 2021.
- Det Ethiske Råd (2012). *Samfundet og "de gale"*. Det Ethiske Råd, 2012.
- Duhig, M., Gunasekara, I. & Patterson, S. (2017). *Understanding readmission to psychiatric hospital in Australia from the service users' perspective: a qualitative study*. *Health and Social Care in the Community*, 2017, 25(1), 75-82.
- Durbin, J., Lin, E., Layne, C. & Teed, M. (2007). *Is Readmission a Valid Indicator of the Quality of Inpatient Psychiatric Care?* *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 2007, 34(2).
- Engelbrecht, N. (2020). *Simulering (medicinsk begreb)*. Den Store Danske. Set: 13/11-2022. URL: [https://denstoredanske.lex.dk/simulering - medicinsk begreb](https://denstoredanske.lex.dk/simulering_-_medicinsk_begreb)
- Fletcher, A. J. (2016). *Applying critical realism in qualitative research: methodology meets method*. *International Journal of Social Research Methodology*, Vol. 20, No. 2.
- Foucault, M. (2003). *Galskabens historie i den klassiske periode*. Det lille Forlag. 1. udgave, 3. oplag, 2009.

- Gaebel, W., Stricker, J. & Kerst, A. (2020). *Changes from ICD-10 to ICD-11 and future directions in psychiatric classification*. Dialogues in Clinical Neuroscience, 2020, Vol. 22, No. 1.
- Giddens, A. (1984). *The constitution of society: Outline of the theory of structuration*. Polity Press, Cambridge.
- Glantz, A., Örmon, K. Sandström, B. (2019). "How do we use the time?" – an observational study measuring the task distribution of nurses in psychiatric care. BMC Nursing, 2019, 18:67.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. Aldine de Gruyter, New York.
- Goffman, E. (1967). *Anstalt og menneske*. Jørgen Paludan. 1. udgave, 13. oplag, 2019.
- Gøtzsche, P. C. (2015). *Overdiagnostik og overbehandling i psykiatrien*. I Brinkmann, S. & Petersen, A. (red.): *Diagnoser – perspektiver, kritik og diskussion*. Forfatterne og Klim, 2015. 1. udgave, 3. oplag.
- Hallet, T. & Ventresca, M. J. (2006). *Inhabited institutions: Social interactions and organizational forms in Gouldner's Patterns of Industrial Bureaucracy*. Theory and Society, 35.
- Hannigan, B. & Coffey, M. (2011). *Where the wicked problems are: The case of mental health*. Health Policy, 2011, 101(3), 220-227.
- Henderson, C. & Gronholm, P. C. (2018). *Mental Health Related Stigma as a 'Wicked Problem': The Need to Address Stigma and Consider the Consequences*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2018, 15(6).
- Hilker, R., Helenius, D., Fagerlund, B., Skytthe, A., Christensen, K., Werge, T. M., Nordentoft, M. & Glenthøj, B. (2017). *Heritability of Schizophrenia and Schizophrenia Spectrum Based on the Nationwide Danish Twin Register*. Biological Psychiatry, 2017, 88, 492-498.
- Hoddy, E. T. (2019). *Critical realism in empirical research: employing techniques from grounded theory methodology*. International Journal of Social Research Methodology, 2019, 22(1), 111-124.
- Hudson, C. G. (2016). *A Model of Deinstitutionalization of Psychiatric Care across 161 Nations: 2001-2014*. International Journal of Mental Health, 45:2, 135-153.

- Hutchinson, S. G. & Olstedal, S. (2019). *Teoretiske perspektiver i socialt arbejde*. Hans Reitzels Forlag, København 2019. 1. udgave, 1. oplag.
- Imamura, A., Morimoto, Y., Ono, S., Kurotaki, N., Kanegae, S., Yamamoto, N., Kinoshita, H., Tsujita, T., Okazaki, Y. & Ozawa, H. (2020). *Genetic and environmental factors of schizophrenia and autism spectrum disorders: insights from twin studies*. Journal of Neural Transmission, 2020, 127, 1501-1515.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2014). *Hvordan organisationer fungerer*. Hans Reitzels Forlag, 2014. 3. udgave, 4. oplag.
- Jeppesen, R. M., Christensen T. & Vestergaard, C. H. (2016). *Changes in the utilization of psychiatric hospital facilities in Denmark by patients diagnosed with schizophrenia from 1970 through 2012*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2016, 133, 419-425.
- Johansen, K. S., Busch, S., Jeppesen, P. P., Mårtensson, S., Poulsen, H. & Larsen, J. L. (2018). *Dobbeltdiagnosepatienters møde med det psykiatriske behandlingssystem*. Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund, 28, 155-172.
- Johansen, K. S. (2009). *DOBBELT DIAGNOSE – DOBBELT BEHANDLING*. KABS VIDEN, 2009. 1. udgave, 1. oplag.
- Jørgensen, K., Præstegaard, J. & Holen, M. (2020a). *The conditions of possibilities for recovery: A critical discourse analysis in a Danish psychiatric context*. Journal of Clinical Nursing, 2020, 29(15-16), 3012-3024.
- Jørgensen, K., Rasmussen, T., Hansen, M., Andreasson, K. & Karlsson, B. (2020b). *Recovery-Oriented Intersectoral Care in Mental Health: As Perceived by Healthcare Professionals and Users*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2020, 17(23).
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Interview*. Hans Reitzels Forlag, København 2015. 3. udgave, 1. oplag.
- Kølln, T. (2020). *Corona har skabt 3 slags konspirationsteorier. Dem bør vi lytte til*. Akademikerbladet, 2020. Set: 13/11-2022. URL: <https://www.akademikerbladet.dk/aktuelt/2020/juni/corona-har-skabt-3-slags-konspirationsteorier-dem-boer-vi-lytte-til>

- Larsen, J. L., Düring, S. & Johansen, K. S. (2021). *Bivirkninger ved en psyko-social psykiatri-kritik*. Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund, 34, 71-89.
- Lassemo, E., Myklebust, L. H., Salazzari, D. & Kalseth, J. (2021). *Psychiatric readmission rates in a multilevel mental health care system – a descriptive population cohort study*. BMC Health Services Research, 2021, 21:378.
- Lægemiddelstyrelsen (2022). *Generelt om vacciner mod COVID-19*. Set: 13/11-2022. URL: <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/nyheder/temaer/generelt-om-vacciner-mod-covid-19/#id7519AA583E3B410AAFC0F47BB441DFEB>
- Maarbjerg, K. & Haastrup, S. (1989). *Genindlæggelser i en psykiatrisk afdeling: En undersøgelse af en gruppe patienter med minimum 4 indlæggelser i løbet af 2½ år*. Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift, 43(3), 243-247.
- McDonald, A. D., Sasangohar, F., Jatav, A. & Rao, A. H. (2019). *Continuous monitoring and detection of posttraumatic stress disorder (PTSD) triggers among veterans: A supervised machine learning approach*. IISE Transactions on Healthcare Systems Engineering, 2019, 9:3, 201-211.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, Self & Society*. The University of Chicago Press, 1934. Eighteenth Impression, 1972.
- Merton, R. K. (1968). *Social Theory and Social Structure*. Enlarged Edition. The Free Press & Robert K. Merton, 1968.
- Merton, R. K. (1976). *The Sociology of Social Problems*. In Merton, R. K. & Nisbet, R. (eds.): *Contemporary Social Problems*. Fourth Edition. Harcourt Brace Jovanovich, 1976.
- Mikkelsen, E. N., Petersen, A. & Pedersen, A. R. (2016). *Problemer i det tværfaglige, tværorganisatoriske og tværsektorielle samarbejde i psykiatrien*. Tidsskrift for Arbejdsliv, 2016, 18(3).
- Monrad, M. & Olesen, S. P. (2018). *Kvalitet og kritik*. I Monrad, M. & Olesen, S. P. (red.): *Forskningsmetode i socialt arbejde*. 1. udgave, 1. oplag. Forfatterne & Hans Reitzels Forlag, København 2018.
- Monrad, M. (2018). *Tilvirkning af data*. I Monrad, M. & Olesen, S. P. (red.): *Forskningsmetode i socialt arbejde*. 1. udgave, 1. oplag. Forfatterne & Hans Reitzels Forlag, København 2018.

- OECD (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing, Paris.
- Oh, H., Lee, J., Kim, S., Rufino, K. A., Fonagy, P., Oldham, J. M., Schanzer, B. & Patriquin, M. A. (2020). *Time in treatment: Examining mental illness trajectories across inpatient psychiatric treatment*. Journal of Psychiatric Research 2020, 130, 22-30.
- Olesen, S. P. (2018). *Analysestrategi*. I Monrad, M. & Olesen, S. P. (red.): *Forskningsmetode i socialt arbejde*. 1. udgave, 1. oplag. Forfatterne & Hans Reitzels Forlag, København 2018.
- Oliver, C. (2011). *Critical Realist Grounded Theory: A New Approach for Social Work Research*. British Journal of Social Work, 2012, 42, 371-387.
- Ordnet (2022a). *Ro*. Den Danske Ordbog. Set: 13/11-2022. URL: <https://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=ro>
- Ordnet (2022b). *Det muliges kunst*. Den Danske Ordbog. Set: 13/11-2022. URL: <https://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=det%20muliges%20kunst>
- Osborn, D. P.J., Favarato, G., Lamb, D., Harper, T., Johnson, S., Lloyd-Evans, B., Marston, L., Pinfold, V., Smith, D., Kirkbride, J. B. & Weich, S. (2021). *Readmission after discharge from acute mental healthcare among 231 988 people in England: cohort study exploring predictors of readmission including availability of acute day units in local areas*. BJPsych Open, 2021, 7, e136, 1-7.
- Pedersen, J. S. (2014). *Institutionel teori*. I Vikkelsø, S. & Kjær, P. (red.): *Klassisk og moderne organisationsteori*. Forfatterne og Hans Reitzels Forlag, 2014. 1. udgave, 3. oplag.
- Petersen, A. (2015). *Diagnoser som designet orden: Depression i præstationssamfundet*. I Brinkmann, S. & Petersen, A. (red.): *Diagnoser – perspektiver, kritik og diskussion*. Forfatterne og Klim, 2015. 1. udgave, 3. oplag.
- Pilgrim, D. (2013). *The Failure of Diagnostic Psychiatry and some prospects of Scientific Progress Offered by Critical Realism*. Journal of Critical Realism, 12(3), 336-358.
- Pilgrim, D. (2014). *Some implications of critical realism for mental health research*. Social Theory & Health, 2014, 12(1), 1-21.

- Price-Robertson, R., Obradovic, A. & Morgan, B. (2016). *Relational recovery: beyond individualism in the recovery approach*. *Advances in Mental Health*, 2017, 15(2).
- Rasmussen, P. S. & Ejbye-Ernst, P. (2015). *Oplevet diskrimination og stigmatisering blandt mennesker med psykisk sygdom*. KORA og forfatterne, 2015.
- Retsinformation (2019). *Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v.* Sundheds- og Ældreministeriet. Set: 13/11-2022. URL: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/936>
- Retsinformation (2022). *Bekendtgørelse af lov om social service*. Social- og Ældreministeriet. Set: 13/11-2022. URL: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2022/170>
- Ringø, P. (2016). *Skidt med årsagen, når bare vi er pålidelige: Psykiatriske diagnosers historiske indhold, udvikling og funktion*. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 25, 57-72.
- Robinson, O. C. (2014). *Sampling in Interview-Based Qualitative Research: A Theoretical and Practical Guide*. *Qualitative Research in Psychology*, 2014, 11(1), 25-41.
- Rosa, H. (2014). *Fremmedgørelse og acceleration*. Hans Reitzels Forlag, København 2014. 1. udgave, 2. oplag.
- Rose, N. (2015). *Hvad er diagnoser til for?* I Brinkmann, S. & Petersen, A. (red.): *Diagnoser – perspektiver, kritik og diskussion*. Forfatterne og Klim, 2015. 1. udgave, 3. oplag.
- Scheff, T. J. (1999). *Being Mentally Ill*. Routledge, 2017. 3rd edition.
- Sfetcu, R., Musat, S., Haaramo, P., Ciutan, M., Scintee, G., Vladescu, C., Wahlbeck, K. & Katschnig, H. (2017). *Overview of post-discharge predictors for psychiatric re-hospitalisations: a systematic review of the literature*. *BMC Psychiatry*, 2017, 17(1), 227.
- Straszek, S. (2019). *Skizofreni, symptomer og tegn*. Sundhed.dk. Set: 13/11-2022. URL: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/skizofreni/skizofreni-symptomer-og-tegn/>
- Sundhedsdatastyrelsen (2017). *Genindlæggelser i det psykiatriske sundhedsvæsen*. Sundhedsdatastyrelsen, 2017.

Sundhedsdatastyrelsen (2019). *En tredjedel i psykiatrien indlægges flere gange*. Sundhedsdatastyrelsen, 2019.

Sundhedsministeriet (2021). *Opfølgning på udmøntning af 600 mio. kr. til psykiatrien fra Aftale om finansloven for 2020*. Sundhedsministeriet, 2021.

Sundhed (2021). *Paranoide psykoser*. Sundhed.dk. Set: 13/11-2022. URL: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/psykiatri/tilstande-og-sygdomme/psykoser/paranoia/>

Sundheds- og Ældreministeriet (2018). *Indblik i psykiatrien og sociale indsatser*. Sundheds- og Ældreministeriet, 2018.

Sundhedsstyrelsen (2019). *Intensiv behandling til mennesker med svær psykisk lidelse*. Sundhedsstyrelsen, 2019.

Sundhedsstyrelsen (2022). *Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser*. Sundhedsstyrelsen, 2022.

Sørensen, N. Ø. (2016). *Mennesker med psykiske lidelser i spændingsfeltet mellem regionale og kommunale social- og sundhedstilbud*. I Glasdam, S. & Jørgensen, J. W. (red.): *Det nære sundhedsvæsen – perspektiver på samfundsudvikling og møder mellem mennesker*. Forfatterne og Munksgaard, København 2016. 1. udgave, 1. oplag.

Topor, A. (2003). *Recovery : at komme sig efter alvorlige psykiske lidelser*. Hans Reitzels Forlag, 2003. 1. udgave, 1. oplag.

Topor, A., Borg, M., Girolamo, S. D.I. & Davidson, L. (2011). *Not just an individual journey: Social aspects of recovery*. International Journal of Social Psychiatry, 2011, 57(1), 90-99.

Turner, V. (1977). *Process, System and Symbol: A New Anthropological Synthesis*. Daedalus Vol. 106 No. 3, Summer 1977.

Vandekinderen, C., Roets, G. & Van Hove, G. (2014). *Untangling the Nonrecyclable Citizen: A Critical Reconceptualization of Responsibility in Recovery*. Qualitative Health Research, 2014, 24(10), 1418-1430.

Videbech, P. (2021). *Elektrochokbehandling (ECT)*. Sundhed.dk. Set: 13/11-2022. URL: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/diverse/elektrochock-behandling-ect/>

Warner, J. & Gabe, J. (2004). *Risk and liminality in mental health social work*. Health, Risk & Society, Vol. 6, No. 4, December 2004.

Ådnanes, M., Melby, L., Cresswell-Smith, J., Westerlund, H., Rabbi, L., Dernovšek, M. Z., Šprah, L., Sfetcu, R., Straßmayr, C. & Donisi, V. (2018). *Mental health service users' experiences of psychiatric re-hospitalisation – an explorative focus group study in six European countries*. BMC Health Services Research, 2018, 18(1), 516.