



AALBORG UNIVERSITET
Socialrådgiveruddannelsen

Forside

Eksamensopgave

Semester:	7. semester, Socialrådgiveruddannelsen
Modul:	Modul 13: Bachelorprojekt
Gruppenr.:	Gruppe 2
Antal anslag:	116.164 anslag
Titel:	Socialrådgiverens arbejde med udsatte voksne med funktionsnedsættelser og deres pårørende
Dato:	3. januar 2025
Vejleder:	Steffen Ernø

Navn:	Cecilie Caroline Nielsen
Studentmail:	Ccni21@student.aau.dk



1. Abstract

This project explores how the involvement of relatives affects the quality of support provided to adults with a mental disability in the Danish welfare system. The study focuses on the collaboration between social workers, adults with mental disabilities, and their relatives, emphasizing the challenges and opportunities this relationship entails.

The project applies with a hermeneutic and phenomenological approach and is based on qualitative methods, specifically semi-structured interviews with two informants: a professional social worker and a close relative to an adult with a mental disability. The empirical data is analyzed using hermeneutic interpretation and theoretical perspectives, including Pierre Bourdieu's capital theory, Erving Goffman's stigma theory, and a recovery-oriented rehabilitation approach.

The results show that relatives can play a significant role in supporting adults with mental disabilities, but they often face emotional, practical, and social burdens. Effective collaboration between social workers and relatives can enhance the individual's rehabilitation process; however, this requires clear communication, ethical considerations, and respect for the individual's self-determination. Structural challenges, such as resource limitations in the public sector, also impact the quality of support.

The study concludes that involving relatives can contribute positively to rehabilitation when done in a balanced and supportive manner. It highlights the need for a more holistic approach that considers both the needs of the individual and the well-being of their relatives to create sustainable solutions in social work practice.



Indholdsfortegnelse

1. Abstract	2
2. Indledning	5
3. Problemfelt	6
3.1. Hvordan forstås funktionsnedsættelse?	6
3.2. Forskning om funktionsnedsættelser	7
3.3. Egne erfaringer	9
3.4. Det sociale problem ved en psykisk funktionsnedsættelse	9
3.5. Juridiske- og politiske rammer	11
3.6. Problemformulering	12
3.6.1 Problemformulerings relevans	12
3.6.2 Afgrænsning	12
4. Metode	13
4.1. Forforståelse af målgruppen	13
4.2. Videnskabsteori	14
4.2.1 Hermeneutikken	15
4.2.2 Fænomologiske tilgang	16
4.3. Kvalitativ metode	17
4.3.1. Abduktiv metode	17
4.3.2. Juridiske rammer	18
4.3.3. Luhmanns definition af tillid og etiske overvejelser	19
4.3.4. Valg af informanter	20
4.3.5. Databearbejdning	20
4.3.5.1. Transskribering	21
4.3.5.2. Interviewguide	21
4.5. Analysestrategi	22
4.6. Relevans af metoderne	23
5. Teori	23
5.1. Recovery og rehabilitering	24



5.1.1. Pierre Bourdieus kapitaler	25
5.2. Stigmatisering af Erving Goffman	26
5.2.1. Resiliens	27
5.3. Bronfenbrenners økologiske systemteori	28
5.4. Relevansen af teorierne	28
6. Analyse	29
6.1. Præsentation af informanterne	29
6.2. Pårørendes betydning	30
6.2.1. Opsamling på pårørendes betydning	34
6.3. Individuel tilpasning af pårørendeinddragelse	35
6.3.1. Opsamling på Individuel tilpasning af pårørendeinddragelse	37
6.4. Kommunikation og samarbejde	38
6.4.1. Opsamling på kommunikation og samarbejde	40
6.5. Udfordringer i systemet	40
6.5.1. Opsamling på udfordringer i systemet	42
6.6. Samlet opsamling	43
7. Diskussion	45
7.1. Mødet med socialrådgiveren og hvis vi taber den udsatte voksne	45
7.2. Det gode liv?	47
8. Konklusion	49
9. Litteraturliste	53
10. Bilag	56



2. Indledning

Manglen på ressourcer og personale i det danske velfærdssamfund udfordrer kvaliteten af støtten til udsatte borgere. Dette projekt undersøger, hvilke opgaver pårørende til en borger med psykiske funktionsnedsættelser kan eller bør varetage. Dette anliggende stiller et særligt krav til, hvordan opgaverne skal fordeles mellem den offentlige sektor og de pårørende. Pårørende til voksne med psykiske funktionsnedsættelser oplever et stigende ansvar for at støtte deres nærtstående i hverdagen og i rehabiliteringsforløb. Denne udvikling rejser et relevant spørgsmål: Skal pårørende løfte flere opgaver, eller har de selv behov for støtte og aflastning for at kunne fungere som en positiv ressource i borgerens liv? (Johansen et al., 2024).

Psykiske funktionsnedsættelser påvirker ikke kun den enkelte borger med en psykisk funktionsnedsættelse. Det kan også ramme de nærmeste relationer, som borgeren har i sit netværk. I dette lys bliver samarbejdet mellem socialrådgivere, borgere og pårørende afgørende for at sikre en helhedsorienteret tilgang i indsats. Socialrådgiveren skal tage højde for både borgerens selvbestemmelse og de pårørendes ressourcer, samt begrænsninger. Samtidig er det nødvendigt at forstå - både for socialrådgiveren, borgeren og de pårørende - hvordan juridiske og politiske rammer kan påvirke kvaliteten af det sociale arbejde (Simonsen & Møhl, 2017).

Formålet med dette projekt er at undersøge hvordan de pårørende kan inddrages i socialrådgiverens arbejde med den udsatte voksne med en psykiske funktionsnedsættelse. Og yderligere hvilken betydning denne inddragelse har for borgerens rehabiliteringsproces, samt hvordan pårørende bedst kan understøtte borgerens udvikling, uden selv hverken at blive overbelastet eller stresset af inddragelsen. Projektet undersøger dermed, hvordan socialrådgivere kan navigere i disse komplekse krav, som der kan opstå i mødet mellem borgerens behov, pårørendes ressourcer, samt samfundets rammer. Gennem 2 kvalitative interviews og en hermeneutisk analysestrategi fokuserer projektet på at finde løsninger, som der kan understøtte borgerens rehabilitering, men som yderligere kan være med til at lette ansvaret for de pårørende. På denne måde vil projektet være med til at bidrage til en dybere forståelse af, hvordan socialrådgivere kan skabe bæredygtige og kvalificeret løsninger for den udsatte voksne og deres pårørende. Projektet vil inddrage de politiske- og de juridiske rammers



betydning for kvaliteten af den støtte, der ydes til udsatte voksne med en psykisk funktionsnedsættelse.

Indledningsvist præsenterer projektets centrale problemstillinger ved psykiske funktionsnedsættelser, samt deres sociale konsekvenser. Herunder stigmatisering og ressourcepres for både borger og for de pårørende. Efterfølgende inddrages der i projektet teoretiske perspektiver, såsom Bourdieus kapitalteori og Goffmans stigmatiseringsteori, som giver en ramme for at forstå de dynamikker, som er med til at præge feltet. Samtidig undersøges den recovery-orienterede tilgang til at fremme borgerens trivsel og medinddragelse, samt medinddragelse for de pårørende.

3. Problemfelt

Projektet fokuserer på udsatte voksne med psykiske funktionsnedsættelser og de udfordringer, der følger med. Projektet undersøger også, hvordan pårørende kan bidrage til borgerens rehabiliteringsproces. Projektets formål er at undersøge, hvordan og i hvilket omfang socialrådgiveren kan samarbejde med borgerens pårørende for at støtte rehabiliteringen.

3.1. Hvordan forstås psykisk funktionsnedsættelse?

Ordet "psykiatri" stammer fra græsk og blev første gang anvendt af den tyske læge J.C. Reil. Selvom psykiske lidelser er blevet beskrevet gennem historien, blev psykiatrien først omkring slutningen af 1800-tallet etableret som et selvstændigt medicinsk speciale med fokus både på professionelle observationer og patientens egen oplevelse (Simonsen & Møhl, 2017). Moderne psykiatri bygger i dag på en integrativ tilgang, der forener biologiske og psykologiske perspektiver, som tidligere var adskilt af den cartesianske dualisme (Simonsen & Møhl, 2017).

Klinisk psykiatri adskiller sig fra klassisk biomedicin ved at fokusere både på kroppens biologi og det mentale liv. Dualismen mellem krop og sind betyder, at biologiske undersøgelser ikke direkte kan forklare mentale processer, og omvendt (Simonsen & Møhl, 2017). I det moderne samfund skelnes der mellem fire typer lidelser, som kan overlappe:

1. Sygdomslidelse – patientens oplevelse af sygdom og dens konsekvenser.
2. Eksistentiel lidelse – en følelse af isolation og manglende formål.



3. Omsorgs- og behandlingslidelse – opstår i mødet med sundhedssystemet og kan indebære krænkelser, bivirkninger eller tab af autonomi.
4. Social lidelse – reduceret deltagelse i samfundet og tab af sociale roller (Simonsen & Møhl, 2017).

De fire typer lidelser kan forstås i lyset af FN's Handicapkonvention artikel 1 (Institut for menneskerettigheder, handicapkonventionen, u.d.). Handicapkonventionen definerer personer med handicap som individer med langvarige fysiske, psykiske, intellektuelle eller sensoriske funktionsnedsættelser, der i samspil med forskellige barrierer hindres i at deltage fuldt og effektivt i samfundet på lige fod med andre, jf. Handicapkonvention artikel 1. Denne definition er med til at skabe en ramme for at forstå, hvordan de fire lidelser påvirker mennesker med psykisk funktionsnedsættelse. Sygdomslidelsen knytter sig til den enkeltes oplevelse af at være hæmmet af selve sygdommen, mens den eksistentielle lidelse peger på de psykologiske og følelsesmæssige barrierer, som kan føre til isolation og meningsløshed. Omsorgs- og behandlingslidelsen fremhæver, hvordan uhensigtsmæssige indsatser eller systemiske forhold kan forværre lidelsen, fx ved tab af autonomi eller oplevelse af magtudøvelse. Endelig viser den sociale lidelse, hvordan fordomme og strukturelle barrierer i samfundet kan reducere individets mulighed for deltagelse og anerkendelse.

Gennem FN's Handicapkonventions forståelse af funktionsnedsættelse kan projektet sætte fokus på, hvordan individuelle oplevelser og samfundsmæssige forhold spiller sammen i at skabe eller nedbryde barrierer. Dette projekt trækker på denne forståelse for at analysere og afhjælpe udfordringerne for målgruppen med psykisk funktionsnedsættelse.

3.2. Forskning om psykiske funktionsnedsættelser

En rapport fra VIVE udgivet i 2024 forudser, at den stigende andel af ældre i befolkningen, vil være med til at presse de enkelte kommuners budgetter i de kommende år (Foged et al., 2024). Rapporten understreger behovet for mere viden om, hvordan ressourcerne på området kan anvendes mere effektivt. Yderligere har velfærdsstaten i Danmark gennem de sidste mange år gennemgået en udvikling, hvor der i stigende grad er blevet sat mere fokus på psykiske diagnoser. Flere og flere danskere har de seneste år oplevet nedgang i deres psykiske helbred og haft behov for hjælp



gennem psykiatrien eller gennem kommunen. ”Bedre psykiatri” har sat et estimat på, at hver tiende voksne dansker lever op til kriterierne for en psykisk sygdom. Og at fire ud af fem voksne vil i løbet af deres liv komme i behandling for en psykisk sygdom. Området er dog ikke undersøgt til bunds, hvor der er en bred uenighed om, om stigningen skyldes at flere er blevet syge eller om flere kommer i behandling for deres psykiske helbred (Så mange er syge, u.d.). Samtidig estimere ”Psykiatri fonden”, at 82 procent af befolkningen i Danmark vil på et tidspunkt i deres liv enten få udskrevet medicin for psykiske symptomer og/eller blive behandlet i psykiatrien. Yderligere blev knap 150.000 mennesker i Danmark i 2022 behandlet i psykiatrien (Psykiatrifonden, 2023). Hvis man kigger nogle århundredår tilbage, kendte man ikke til de specifikke symptomer for den enkelte diagnose og de dertil medicinske behandlinger, som kunne tilbydes. Og de medicinske behandlinger man så kendte til, var kun et tilbud til de velstillede dele af befolkningen. Grundet velfærdsstaten udvikling, er denne tankegang udviklet sig til, at flere kan få hjælp, men at der nu er mangel på hænder i den offentlige sektor (Andersen et al. 2013).

Udsatte voksne med en psykisk diagnose er en bred forsamling af personer, som hver har forskellige diagnoser og oplever forskellig sociale problemer. Tallene viser, at der i 2020 var 633 personer mellem 20-39 år, som mistede livet, hvor dødsårsagen er markant anderledes end den øvrige aldersgruppe. Blandt mændene mellem de 20-39 år, som mistede livet, er enten sket af ulykker eller selvmord (Sundhedsstyrelsen, 2021). Det stigende pres på velfærdssamfundets og hvad det kan tilbydes, skyldes mangel af personale i den offentlige sektor, hvormed de pårørende påtager sig flere og flere opgaver for den udsatte voksne i eget hjem. Men der mangler viden. Viden om hvilke og hvor mange opgaver pårørende skal løfte eller om de er ligeså presset, som den offentlig sektor. Der blev derfor i 2024 udarbejdet en rapport af VIVE, som er baseret på en større kvalitativundersøgelse, som satte fokus på et nationalt overblik over udsatte voksne i Danmark ”på tværs af pårørenderelationer, livsfaser og de nærtstående sygdomme/problematikker” (Johansen et al., 2024). Rapportens hovedresultater viser, at de pårørende har forskellige opgaver, som inkluderer lige fra psykosociale opgaver, plejehjemsmæssige opgaver, samt praktiske opgaver, såsom koordinerings- og overbliksopgaver. Samtidig kan de pårørende være med til at kompensere for velfærdssamfundets fejl og mangler gennem tilbud om indsatser. De opgaver velfærdssamfundet ikke løser, kan de nærmeste pårørende være med til at hjælpe (Johansen et al., 2024). Rapportens



resultater vil løbende bruges i projektet, da det undersøgte er relevant for dette projekts undersøgelse.

3.3. Egne erfaringer fra praksis

På baggrund af erfaringer fra et botilbud i Aalborg Kommune har jeg arbejdet med voksne over 18 år med psykiske funktionsnedsættelser. Dette har givet mig et værdifuldt indblik i målgruppens komplekse behov. De psykiske funktionsnedsættelser på det specifikke botilbud består af både skizofreni, autisme, bipolar lidelse og personlighedsforstyrrelser. Gennem mit arbejde på botilbuddet har jeg opnået erfaringer og viden om den recovery-orienteret rehabilitering, empowerment og den motiverende samtale. Jeg har derfor opbygget en forståelse for målgruppen og hvilke udfordringer de *kan* stå overfor. Men qua min erfaringer fra botilbuddet, har jeg ikke selv stået for at skulle træffe en afgørelse i sagsbehandlingen, men derimod opnået viden omkring hvad der sker i sagsprocessen. Samtidig har jeg selv følt det som en svær balancegang, hvordan og i hvilket omfang, at jeg har skulle inddrage den enkelte beboers pårørende i, hvordan det går med beboeren. Et er, at alle beboerne er 18 år eller derover og dermed myndige, jf. Grundloven (herefter GDL) § 7. Det vil sige, at for at jeg kan videregive deres helbredsmaessige oplysninger, skal jeg have samtykke for dette, jf. Sundhedsloven (Herefter SUL) § 43. Og nogle borger kan gå frem og tilbage ift. at give samtykke og så trække samtykket tilbage. To er også, at nogle pårørende ikke kan forstå, hvorfor vi som personale ikke gør bestemte ting. Såsom hvis en af beboerne vil tage en overdosis i Panodiler, hvorfor vi så ikke fratager deres dankort. Og selvom det egentlig er det vi har lyst til at gøre, så vil det stride i mod, at beboerne netop er myndige og må bestemme over eget liv, jf. GDL § 7.

3.4. Det sociale problem ved en psykisk funktionsnedsættelse

I hverdagen møder alle udfordringer og besværligheder, som de enten forsøger at løse eller håber forsvinder af sig selv. For borgere med psykiske funktionsnedsættelser kan sådanne problemer forblive uløste eller blive håndteret i privat regi. Det kan ske gennem hjælp fra familie og bekendte, køb af ydelser eller ved tegning af privat forsikring. Dette betyder, at løsningerne forbliver i civilsamfundet og dermed bliver begrænset af de politiske rammer, der er til for at støtte udsatte voksne med psykisk funktionsnedsættelse. Når problemstillingerne i stedet rettes mod de politiske



rammer, sker der en forskydning fra privat til offentlig sektor. Denne ændring kan bidrage til, at udfordringer der tidligere blev betragtet som individuelle eller utilfredsstillende løsninger for enkelte borgere, nu bliver behandlet som et fælles og samfundsmæssigt socialt problem. Dermed flyttes fokus fra individniveau til samfundsniveau (Bundesen et al., 2015).

Et socialt problem kan være en bred forståelse, hvor vi ofte kan tage for givet, at det kan være et socialt problem, som vi taler om. Når vi i den daglige tale bruger begrebet "et socialt problem" er det vigtigt at forstå, at der kan være forskellige opfattelser af, hvordan vi skal forstå spørgsmålet om et socialt problem. Men en umiddelbar definition af et socialt problem er, de eller det forhold, som den enkelte borger og/eller gruppe kan opleve som en svær situation og gerne vil have hjælp til, at løse eller komme ud af. Det, som der er det svære ved denne definition er, at det ikke er alle borger, som vil have hjælp til at komme ud af "det sociale problem". Og hvis borgeren og/eller gruppen gerne vil have hjælp, er det nødvendigvis ikke den samme form for hjælp, som den berørte borger og/eller grupper, efterspørger. Samtidig kan et socialt problem for en person, opleves som et problem, men ikke for en anden. Når man derfor snakker om sociale problemer, er det vigtigt, at socialrådgiveren snakker med borgeren om håb, ønsker og drømme for at komme nærmere ind på, hvad borgeren ønsker af forandringer. Problemerne bliver ikke nødvendigvis oplevet som kompliceret for en, som de gør for en anden. Dermed er det vigtigt for socialrådgiveren i mødet med borgeren forstå, om borgeren selv oplever sine udfordringer som et socialt problem og om socialrådgiveren oplever borgerens udfordringer som et socialt problem (Bundesen et al., 2015).

Sociale problemer vil i projektet forstås ud fra den hermeneutisk tilgang, hvor fokuset hviler på borgerens pårørendes oplevelser og ønsker. Denne tilgang søger at anerkende borgerens subjektive oplevelse og forbinde den med en bredere forståelse af sociale problemer. Den hermeneutiske tilgang vil i forståelsen af sociale problem medvirke til, at socialrådgiveren kan indgå i en dialog med borgeren med en funktionsnedsættelse om, hvad vedkommende har af håb, ønsker og drømme (Koester & Frandsen, 2016).

3.5. Juridiske- og politiske rammer

KORA gennemført i 2017 en undersøgelse af succesfulde tidlige eller forebyggende indsatser på voksenhandicapområdet. Formålet med undersøgelsen var at give et overblik over den forskningsbaseret viden der er om succesfulde tidlige eller forebyggende indsatser dedikeret til udsatte voksne med funktionsnedsættelse, inden for servicelovens (Herefter SEL) rammer. Heriblandt SEL kapitel 15a. KORA fremfører, at indsatser for netværk og de nære støttestrukturer omkring borgeren, sundhedsfremmende og beskæftigelse har været muligt at belyse gennem undersøgelsen, som på sin vis forsøger at påvirke borgerens situation i en positiv retning. KORA's undersøgelse har dog ikke kun belyse virkningen af indsatser med fokus på rehabilitering. Ydermere er KORA's konklusion på undersøgelsen, at der er forholdsmæssigt lidt viden om de enkelte indsatsers effekt. Især er der begrænset viden om indsatser der fokuserer på rehabilitering. Dermed kan det fastslås, at forebyggende indsatser til voksne med funktionsnedsættelse udgør et felt i forskningen, som er utilstrækkeligt belyst (Witte-Holmberg et al., 2017).

Samtidig har der i mere end 12 år været en ”pårørendeinddragelse” på den politiks dagsorden, hvor fokuset har været, at den udsatte voksne kommer ud af familier og netværk, som lever i gensidige relationer og er indbyrdes afhængige af hinanden. Mange kommuner har i dag taget fat om ”pårørendeinddragelse” og hvordan de kan inddrages bedst muligt. Nogle har formuleret specifikke pårørendepolitikker, mens andre har tilbudt konkrete indsatser til de pårørende. Men det er et felt, som er præget af variation i praksis, hvor socialrådgiveren står overfor en svær opgave.

Socialrådgiveren kan opleve, at det er svært at få de pårørende til at deltage i indsatserne, grundet at de pårørende ikke har mulighed for at deltage, ikke har overskuddet til at spørge om hjælp eller at de pårørende ikke kan se meningen med hjælpen. Samtidig kan socialrådgiveren risikere at holde nogle pårørende ude af sagsprocessen, men som egentlig gerne ville hjælpe (Navne & Frøslev-Thomsen, 2022).

Samtidig kan de pårørende opleve et rolleskift, når en i sit netværk oplever en nedgang i deres psykiske helbred. Såsom en forældre-barn relation, hvor barnet påtager sig flere og flere af forældrens opgaver i og/eller uden for hjemmet. Dette rolleskift kan for nogen være et stor skift af hverdagen og for nogen kan det være svært at navigere i. For andre pårørende kan der i par-



relationen opleves en pleje-relation, hvis den ene oplever nedgang og den anden overtager den eller de roller, som den udsatte har varetaget førhen. Det at være pårørende er hermed ikke en statisk oplevelse i den gensidige relation, men det er derimod en gensidig bevægelse mellem roller, positioner og situationer (Johansen et al., 2024).

3.6. Problemformulering

På baggrund af mit problemfelt, vil jeg derfor undersøge følgende i mit projekt:

Hvordan kan pårørende bedst inddrages i socialrådgiverens arbejde for at forbedre rehabiliteringsprocessen hos voksne med psykiske funktionsnedsættelser?

3.6.1. Problemformuleringens relevans

Gennem viden fra praksis og viden fra undersøgelser, ser jeg denne problemformulering som relevant inden for socialt arbejde. Jeg ser den som særligt relevant, da den berører kerneopgaver om social inklusion, trivsel og den fælles adgang til støtte. Ved at fokusere på sociale relationer hos den udsatte voksne, kan socialrådgivere bidrage til at forbedre vilkårene for den udsatte voksne med en psykiske funktionsnedsættelse. Samtidig giver problemformulering mulighed for at undersøge, om det giver socialrådgiveren mulighed for at gribe den udsatte voksne tidligere i forløbet, hvis de pårørende har kendskab til og forståelse for deres udfordringer og problemstillinger.

3.6.2. Afgrænsning

Ud fra ovenstående problemfelt, vil projektet undersøge udsatte voksne med en dokumenteret psykisk funktionsnedsættelse, hvor målgruppen er afgrænset til voksne over 18. Undersøgelserne vil ikke inkludere hverken børn og unge under 18 år eller personer med fysiske funktionsnedsættelser, uden samtidig at have en psykiske funktionsnedsættelse. Undersøgelser vil samtidig fokusere på socialrådgiverens arbejde i Danmark og med fokus på SEL bestemmelser om støtte til den udsatte voksne med psykiske funktionsnedsættelser. I projektet forstås psykiske funktionsnedsættelser som udviklingsforstyrrelser (Såsom autismespektret) og intellektuel/kognitiv forstyrrelse (Såsom angst, depression, forandret virkelighedsopfattelse og personlighedsforstyrrelse) (Social- og integrationsministeriet og KL, 2013).



Projektet vil kun gøre brug af empiri af nyere dato for at forstå forholdene for den udsatte voksne og deres pårørende i dag. Historiske data og praksisser uden for denne tidsramme vil ikke blive analyseret, men vil blive belyst for at give bredere forståelse for målgruppens udfordringer i dag. I projektet består pårørende for den udsatte voksne af nært stående netværk. Det kan bestå af forældre, søskende, ægtefæller, og børn, som kan være med til at støtte i processen. Andre former for netværk, såsom venner eller fjernere familiemedlemmer, vil kun blive inddraget i det omfang, at de er en del af den formelle støtteordning.

Herudover vil projektets undersøgelse bestå af kvalitative interviews som projektets primære datakilder. Samt vil der i projektet gøres brug af allerede eksisterende litteratur, såsom data fra Vive og Danmarks statistikker.

4. Metode

Dette afsnit vil omhandle projektets valg af metoder og herunder dets videnskabsteoretiske udgangspunkt. Formålet er at føre læseren frem til projektets formål og problemformuleringen. I projektet vil jeg begynde med at præsentere min egne forforståelse omkring målgruppen, efterfulgt af den hermeneutiske tilgang, samt den fænologiske tilgang, for at reflektere over mine egne forståelser. Efterfølgende vil jeg præsentere den kvalitative metode, hvor jeg herunder vil gå i dybden med mine overvejelser omkring den abduktiv tilgang, de juridiske rammer for selve interviewet, tilliden mellem informanterne og mig, mine valg af informanter, samt min håndtering af databearbejdningen. Herunder vil jeg præsentere en brede indsigt i min håndtering af transskriberingerne og mine overvejelser til interviewene i form af interviewguides.

4.1. Forforståelse af målgruppen

Dette afsnit omhandler mine forforståelse omkring udsatte voksne med en funktionsnedsættelse. Jeg ser dette som fordelagtigt, at jeg har den i fokus, da jeg har den overbevisning om, at de beslutninger jeg træffer i projekt, vil være mærket af dem. Denne beskrivelse er yderligere med til at vise, hvilken tilgang jeg har til mit bachelorprojekt. Som nævnt i afsnit 3.3. har jeg i forvejen kendskab til målgruppen, hvor mine forforståelser og min nysgerrighed for min problemformulering tager afsæt i, at borger med en psykisk funktionsnedsættelse kan være en



komplikeret målgruppe. Forstået på den måde, at det som socialrådgiver kan være kompliceret at arbejde med målgruppen, fordi socialrådgivere til en hvis grad eller har minimum viden omkring borgere der har en psykisk funktionsnedsættelse. Og samtidig kan det være svært at inddrage pårørende, hvis borgeren ikke har givet samtykke til dette. Og det til sammen gør, at jeg har fået en frygt eller nærmere en bekymring for, at hvis vi som socialrådgiver ikke nødvendigvis kan se løsningerne i arbejdet med en udsat voksen med en funktionsnedsættelse, hvordan kan vi så forvente, at de pårørende kan? Samtidig kan jeg opnået viden om, at flere og flere i det dansk samfund vil opleve en nedgang i deres psykiske helbred på et tidspunkt i deres liv, hvilket gør min frygt eller bekymring for dette arbejdsområde som socialrådgivere, større. Min forforståelser omkring borger med en funktionsnedsættelse, har vækket en bekymring hos mig. Og netop derfor vil jeg undersøge området om hvordan og i hvilket omfang, at socialrådgivere kan inddrage de pårørende for den enkelte borger.

4.2. Videnskabsteori

Når man snakker om videnskabsteori, snakker man om *Meta-teori*. Med *Meta-teori* beskriver man, at videnskabsteorien er "niveauet over" de enkelte fagområders teorier. Med andre ord, så er det teorien om videnskaben. Og overordnet set, når man snakker om videnskabsteori, så er der tre forskellige retninger: 1) naturvidenskab, 2) samfundsvidenskab og 3) humaniora. Og de forskellige retninger har som ofte forskellige opfattelser af, hvordan man finder frem til sandheden. Men alle retninger forholder sig til spørgsmålet om, hvordan videnskabelig viden skabes, begrundes og anvendes. Retningerne forholder sig herunder til den virkelighed, der undersøges (ontologi) og forudsætningerne for at opnår viden om virkeligheden (epistemologi). Med videnskabsteorien stilles der en række redskaber, som kan hjælpe med forstå definitioner og forståelser af virkeligheden, samt hvilket grundlag, som de er grundlagt på. I det store hele handler videnskabsteorien om, hvad vi som enkelte personer i samfundet ser som sandt, rigtigt eller som god viden (Engen et al., 2022). Med den viden om videnskabsteorien, har projektet fokus på mine refleksioner over mine egne forforståelser, men også i stor grad refleksioner over hvad borger og fagpersoner ser som sandt, således mit projekt hviler på et grundlag af vel reflekteret og vel dokumenteret viden. Som følge af det, vil dette projektet tage udgangspunkt i den hermeneutiske videnskabsteori, samt den fænomologiske tilgang. Grundlagt for disse to tilgange er, at jeg løbende vil reflektere over min



egne forforståelser og reflekter over den viden, som jeg modtager undervejs i mine undersøgelser af problemformuleringen.

4.2.1. Hermeneutikken

I projektet vil der blive gjort brug af den hermeneutiske tilgang og hermeneutiske cirkel. Tilgangen lægger op til at indgå i dialog med målgruppen, samt deres pårørende, så socialrådgiveren kan forstå, hvordan de oplever kvaliteten af støtten (Koester & Frandsen, 2016). Den hermeneutiske tilgang er en filosofi, som er blevet lagt op til en proces, som skal udforme en sandhed og en mening (Ingemann et al., 2018). Med den hermeneutiske tilgang forsøger man i processen gennem undersøgelser at indleve sig i andre menneskers tænkning, for at opnå deres mening og finde deres sandhed (Ingemann et al., 2018). Jeg er derfor også opmærksom på i projektet, at jeg har formuleret en problemformulering og har dermed en fordom. Med min problemformulering har jeg en opfattelse af målgruppen inden, at jeg er gået i gang med den egentlige kvalitative undersøgelse. Men dette er ikke nødvendigvis en ulempe. Det er derimod en fordel, at jeg selv er et menneske der undersøger og indlever sig i andre menneskers liv og dermed fortolker jeg deres mening (Ingemann et al., 2018). Gennem den hermeneutiske cirkel - som denne proces også kaldes - kan både socialrådgiveren og jeg selv møde borgeren gennem en fortolkning af en tidligere forudindtaget mening om dem. Vi har derfor et bestemt sæt briller på, som er formet gennem erfaring fra livet og kan forandres til nye opfattelse. Cirklen har derfor ikke en slutning og socialrådgiverens forforståelse er derfor altid i forandring. Forforståelse og erfaring har dermed en central rolle i den hermeneutiske cirkel, hvor tilgang tillader mig at fortolke, hvordan både pårørende og socialrådgivere oplever samarbejdet, og hvordan deres forforståelser påvirker hinanden. (Ingemann et al., 2018). Det giver mig derfor mulighed for at indgå i en dialog med den udsat voksen. Ved at gøre brug af den hermeneutiske cirkel i de kvalitative dataindsamlinger, kan jeg "trænge bagved" borgerens forståelse ved at fortolke den mening og betydning, som borgeren har i samspil med de omgivelser, som mennesket er en del af (Engen et al., 2022).

Ydermere kan den hermeneutiske tilgang også gøres brug af, når der er tale om funktionsnedsættelser. Når der generelt er tale om psykiske funktionsnedsættelser, kan det forstås som både kognitiv, mentale og kommunikative forstyrrelse ifm. både sindslidelser,



udviklingsforstyrrelser og hjerneskader. Men det kan godt stå uklart, hvad der ligger bag den egentlige funktionsnedsættelse og hvad der står til at være et resultat af sociale patologiseringsprocesser, sociale samspil og stigmatisering, som nævnt i afsnit 3.1. (Harder & Nissen, 2015). Gennem den hermeneutiske tilgang, forstås psykiske funktionsnedsættelser for den enkelte borger, deres subjektive mening og sandhed om den psykiske funktionsnedsættelse. Hermeneutikken har derfor grundlæggende og centrale begreber, som består af mening, forståelse og fortolkning. Derfor består hermeneutikken i, at vi som mennesker består grundlæggende som fortolkende væsner. Det er dermed vigtigt at forstå ved at gøre brug af den hermeneutiske tilgang, at vi agerer ud fra vores egne eller kollektive forståelser. Vores forståelse er meningsgivende, hvor verden bliver meningsfuldt for os og som vi efterfølgende kan forstå og fortolke ud fra (Ingemann et al., 2018). For den professionelle og de pårørende er det vigtig, at have forståelse for den enkelte borgers subjektive sandhed omkring deres psykiske funktionsnedsættelse.

4.2.2. Fænomologisk tilgang

Udover, at det kvalitative interview vil have en hermeneutiske tilgang, vil den samtidig have en fænomenologisk tilgang. Tilgangen er med til at undersøge og finde frem til, hvad informantens egen oplevelser af både sociale fænomener og verden, er og hvordan det kan påvirke samarbejde mellem den voksne og socialrådgiveren. Ydermere fremgår det af fænomenologien, at når det kvalitative interview har en fænomenologiske tilgang, vil det være med til at fremme vigtige temaer i informantens syn på udsatte voksne med en psykisk funktionsnedsættelse. Med den fænomenologiske tilgang i det kvalitative interview, undersøger jeg informantens holdning og syn på, om de pårørende skal og kan have mere ansvar ifm. deres pårørende med en psykisk funktionsnedsættelse (Ingemann et al., 2018).

Det grundlæggende ved fænomenologi er, hvordan noget bestemt bliver synliggjort i vores bevidsthed. Her er det centrale spørgsmål, hvad der er den virkelige virkelighed, og hvordan man så skaffer sig viden om hvad andre ser som virkelighed. Det helt grundlæggende ved den fænomenologiske tilgang er, at man undersøger hvad det enkelte individ forstår ved bestemte fænomener eller situationer. Hertil passer den fænomenologiske tilgang ind i det kvalitative interview, da det er i interaktion med informanten, at man kan opnå viden om udsatte voksne med



en funktionsnedsættelse. Det der kan være et kritik punkt ved den fænomenologiske tilgang er, at det er en filosofisk tilgang og er ikke tilstrækkelig løsningsorienteret og kan være svært at handle på. Dog er den fænomenologiske tilgang relevant for at opnå viden omkring målgruppen, hvilket vil være med til at finde den rette løsning for problemformuleringen (Hutchinson & Oltedal, 2019).

4.3. Kvalitativ metode

Der findes ikke én udelukkende definition af, hvad kvalitativ metode konkret er. Men grundlæggende kan *kvalitative* beskrives i henhold til forskning, at man undersøger noget, som enten gøres, udføres eller opleves. Med den kvalitative metode er jeg derfor optaget af at forstå og fortolke mine informanternes erfaringer (Brinkmann & Tanggaard, 2020). I projektet vil jeg udelukkende indhente kvalitative interviews for at indsamle det nødvendige og relevant empiri. Den kvalitative metode kommer i projektet til at ske gennem et interview med 2 informanter fra målgruppen, som beskrives i afsnit 4.3.4. Interviewundersøgelserne kan være med til at belyse, hvilke indsatser der opfattes som mest effektive for målgruppen, og hvordan stigmatisering opleves for den enkelte. Derfor er der i interviewene gjort brug af det semistrukturerede interview (Kvale & Brinkmann, 2015). Den kvalitative metode som et semistrukturerede interview vil ydermere være med til, at jeg kan revidere min forforståelse og dermed stille nye spørgsmål i interviewundersøgelserne. Gennem den kvalitative metode kan jeg dermed opnå den horisontsammensmeltning, hvor jeg kommer tæt på en forståelse for andre menneskers forståelse i den kontekst og samspil, som de er en del af (Engen et al., 2022).

4.3.1. Abduktiv tilgang

Jeg vil i mit interviews indgå i en dialog med informanterne, som er relevant for min problemformulering. Mødet som interviewet vil foregå i, vil være ansigt-til-ansigt og vil ydermere vil interviewet være et semi-struktureret interview. Ansigt-til-ansigt og det semi-struktureret interviewet vil samlet set være fordelagtigt, da jeg sikre mig på forhånd, at jeg vil få spurgt om det, der er relevant for min problemformulering, men samtidig er modtagelig og opmærksom på den viden, som jeg får fra mine informanter. Hvis jeg havde valgt en meget struktureret interview form, ville jeg være usikker på, om jeg ville komme til at overse informantens perspektiver og sætte det i fare. Ydermere vil jeg være usikker på ved det meget struktureret interview form, at jeg vil komme



til at stræbe for meget efter at følge min dagsorden, uden hensyn til den viden, som jeg vil opnå ved at tage hensyn til informantens mening og perspektiver. Samtidig vil jeg være usikker, hvis jeg havde valgt et for løst interview form, at interviewet ville tage for mange retninger og have svært ved at holde fokus på det, som er relevant for problemformuleringen. Jeg ser derfor, at det semi-struktureret interview som relevant, da jeg på forhånd allerede har planlagt spørgsmål, men som giver mulighed for, at jeg kan stille spørgsmål, når informanterne formidler sine perspektiver og meninger (Ingemann et al., 2018).

Ydermere vil projektet gøre brug af abduktionsmetoden, da problemfelt på forhånd har udarbejdet en forståelse af målgruppen gennem teori og den kvantitative metode. Gennem arbejdet i den abduktiv metode opstår der en dialog mellem empirien og teorien, hvor begge kan indgå i en udvikling. Den abduktiv metode er ligeledes brugbar i projektet, da projektets kvalitative undersøgelse, samt den hermeneutiske tilgang, kan hjælpe socialrådgiverens forforståelse til en ny opfattelse. Denne interaktion mellem teori og empiri er fordelagtigt, hvis empirien fra den kvalitative undersøgelse ikke længere understøttes af den valgte teori, men derimod viser mønstre fra en anden teori, hvor projektet dermed kan have gavn af andre teorier. Den nye forståelse kan være med til at ændre tilgangen til den kvalitative undersøgelse, i forhold til hvad jeg i første omgang vil tro vil være mest gavnligt for projektet. Ved at bruge abduktionsmetoden kan jeg løbende tilpasse min analyse, når empirien afslørede aspekter, der krævede en ny teoretisk vinkel. Dette skete fx, da pårørendes udsagn om følelsesmæssige belastninger krævede inddragelse af resiliensbegrebet (Christensen et al., 2021). Gennem den abduktiv metode er det vigtigt at indstille sig på, at der kan opstå forandring i opfattelsen af målgruppen gennem den kvalitative undersøgelse.

4.3.2. Juridiske rammer

I kraft af den kvalitative undersøgelser, vil der i projektet blive foretaget et interview, hvilket der senere vil blive transskriberet. Hermed vil der blive behandlet personoplysninger som gør, at jeg i projektet er optaget af de juridiske rammer på området.



Jeg er i projektet opmærksom på, at når jeg indhenter oplysninger - uanset om der er tale om private eller offentligt ansatte - handler jeg ikke på uddannelsens vegne. Jeg er derfor ikke omfattet af principperne om tavshedspligt efter forvaltningslovens (Herefter FVL) § 27 og straffelovens (Herefter STRL) § 152. Derimod er jeg omfattet af reglerne i databeskyttelsesforordning (Herefter GDPR).

Jeg vil i interviewet forholde deltagerne til formålet med projektets undersøgelse og deres ret til at trække sig tilbage når som helst, jf. GDPR artikel 7 stk. 3. I undersøgelsen sætter jeg fortrolighed højt for at sikre, at jeg beskytter deltageren, jf. GDPR artikel 5, stk. 1, nr. a-f. Ydermere vil der blive indhentet samtykke til behandling af oplysningerne i en samtykkeerklæring før interviewets start, hvor jeg hertil udtrykker det specifikke formål med undersøgelsen, jf. GDPR artikel 4, stk. 11. Heriblandt gør jeg informanterne opmærksom på både formålet med interviewet, at samtalen vil blive lydoptaget og blive gjort brug til projektets formål. Interviewet bliver foretaget på baggrund af det indhentede samtykke og som bliver skriftligt indhentet, jf. GDPR artikel 6, stk. 1, nr. a.

Dermed vurderer jeg, at de juridiske rammer omfatter de professionsetiske principper, hvormed professionelle integritet samt medmenneskeligt ansvar er blevet lagt vægt på, i den kvalitative undersøgelse (Dansk socialrådgiverforening, 2011).

4.3.3. Luhmanns definition af tillid og etiske overvejelser

I forbindelse med det kvalitative interview vil jeg gøre brug af Niklas Luhmanns definition af tillid for at sikre, at jeg får det empiri med, som er nødvendig for projektet. Ifølge Luhmann er tillid et socialt fænomen, hvor han mener, at tillid er afgørende for sociale relationer. Sociale relationer er mærket af usikkerhed for den andens hensigter og hermed handlinger. Luhmann mener herfor at tillid indebærer, at informanten og jeg tør risikere noget, men hvor sammenspillet og vores erfaringer illustrer, at den anden kan have tillid. Min rolle som facilitator for interviewene er derfor, at jeg opbygger en tillidsrelation og som afhænger af, om jeg kan involvere dilemmafyldte og usikre relationer og samtidig er i stand til at have forståelse for, at tillid langtfra er en sag, som der er en overensstemmelse i (Harder & Nissen, 2015). Og udover at der skal være tillid mellem informanterne og mig, ville jeg være særlig opmærksom på de etiske rammer. Herunder er jeg



særligt opmærksom på informeret samtykke fra min informanter, for at sikre, at de er indforstået med mit projekts formål, hvordan deres viden bliver brugt og deres ret til at klage (Bilag 5).

Ydermere, når jeg fortager mine semistruktureret kvalitative interviews, vil jeg ikke komme med udsagn eller lignende, som kan opfattes som enten krænkende eller diskriminerende. Med disse etiske overvejelser opfylder projektet nærhedsetikken, hvor jeg er optaget af informanternes retssikkerhed og at jeg er opmærksom på informanternes åbenhed (Bundesen et al., 2015).

4.3.4. Valg af informanter

På baggrund af projektets problemformulering, ser jeg det som relevant, at informanterne består af en fagperson, der arbejder på området med borger med en psykisk funktionsnedsættelse og en pårørende til en borger over 18 år med en psykisk funktionsnedsættelse. Informanterne er i projektet anonymiseret. Informanterne er relevante for projektets formål, da Kasper (Informant 1) som fagpersonen har indsigten i de juridiske rammer, det sociale arbejde, samt viden omkring det, at arbejde med en borger med en funktionsnedsættelse. Line som pårørende (Informant 2) kan modsat Kasper som fagperson, forklare om kvaliteten af indsatserne m.m., som Line oplever og som Kasper ikke nødvendigvis har indsigt i. De to valgte informanter, kan være med til at sætte fokus på samarbejdet mellem de forskellige aktører, hvilket kan give projektet indsigt i hvilke udfordringer, samt kvaliteter som aktørerne oplever. I projektet er der opmærksomhed på, at det for Line særligt kan være en sårbar situation og dermed påvirke den kvalitative undersøgelse. Der kan ske det, at undersøgelsen bliver afbrudt eller at undersøgelserne ikke giver et bredere aspekt af det, at have en funktionsnedsættelse og hvordan kvaliteten af hjælpen er.

4.3.5. Databearbejdningen

De to følgende afsnit vil omhandle transskribering af og interviewguide til mine kvalitative interviews. De to afsnit vil dels omhandle hvordan jeg håndterer den viden, som jeg får, men også hvilken hensigt eller hvilken indsigt jeg opnår ved interviewene. Disse to afsnit er relevant for, at jeg kan redegøre for læseren om, hvad formålet med interviewene er.



4.3.5.1. Transskribering

For, at jeg kan gøre mine interviews mere håndterbare i min analyse, transskribere jeg selv mine interviews efter, at jeg har foretaget interviewene. Jeg lægger særlig vægt på, at jeg selv transskribere mine interviews, da de specifikke detaljer i interviewene er relevante for min analyse (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette ser jeg som relevant, da jeg kan arbejde mere analytisk med mine interviews og den viden jeg opnår. For eksempel vil jeg identificere mønstre i, hvordan pårørende beskriver deres samarbejde med socialrådgiveren, hvor jeg notere disse for at analysere deres indflydelse på borgerens rehabilitering. Transskriberingen af mine interviews er derfor med til at give mig og læseren et overblik over, hvilke informationer og viden der er vigtig at viderebringe til mit projekt. Ved at transskribere mine interviews vil jeg begynde at gå dybere ned i den viden, som jeg får ud af interviewet (Ingemann et al., 2018).

Jeg vil transskribere mine interviewes så ordret så muligt, da jeg anser det som relevant for, at jeg kan få mest viden ud af mine interviews. Jeg anser dette som relevant, da jeg på den måde kan få mest empiri og viden med videre til min analyse. Hvis jeg blot lavede et referat af mine interviews, ville jeg kunne risikere at filtrere noget fra. Hvis jeg lavede et referat af mine interviews, kunne jeg ubevidst komme til at lægge vægt på noget bestemt fremfor noget andet. Det kan dermed give kvalitetsproblemer af mit reelle interviews og hvilke viden og empiri jeg opnåede (Ingemann et al., 2018).

4.3.5.2. Interviewguide

Før jeg påbegynder mine interviews og dernæst min transskribering, laver jeg en interviewguide. Og dermed laver jeg en lukket kodning, da jeg på forhånd har valgt teorierne og på forhånd valgt temaer og kategorier (Ingemann et al., 2018). I og med, at jeg foretager semistruktureret interviews, vil jeg sikre, at jeg formår at forholde mig til projektets formål. Og qua det semistruktureret interview prøver jeg samtidig at forstå pårørendes inddragelse i sager med borgere med en psykisk funktionsnedsættelse, ud fra de pårørende selv. Ved denne interview form forsøger jeg at indhente fortællinger og erfaringer fra Kasper og Lines hverdag med målgruppen. Dette er med henblik på at forstå og fortolke indholdet af deres oplevelser med målgruppen, både som fagperson, men også som pårørende, således det bliver helhedsorienteret. For det semistruktureret interview er nøglen, at



det nærmer sig en hverdagssamtale, men en samtale man har som professionelt, hvor interviewet har et bestemt formål og som er tilrettelagt. Det der gør sig særligt gældende ved det semistruktureret interview er, at det hverken er en åben hverdagssamtale eller et lukket spørgeskema. Og det semistruktureret interview er i overensstemmelse med en interviewguide, som beskæftiger sig med specifikke temaer og emner, men som samtidig også kan rumme yderligere spørgsmål (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg har derfor i min interviewguide valgt, at mine interviews skal indeholde visse temaer. Disse temaer eller emner indeholder få spørgsmål, for at strukturere mine interviews, men at de stadig kan rumme, at jeg kan stille yderligere spørgsmål. Derfor har jeg valgt, at mine interviewguides ikke skal formå at være et manuskript, men at de kan være med til at struktur og sætte nogle tydelige rammer for mine interviews (Kvale & Brinkmann, 2015).

4.4. Analysestrategi

I projektet vil der blive gjort brug af den hermeneutiske meningsfortolkning som analysestrategi og som vil bruges til, at forstå informanternes intentioner og oplevelser. Projektets empiri bliver indsamlet ved to semistruktureret kvalitativt interviews og som vil indgå i projektets analyse. Gennem det semistruktureret interview giver det plads til, at jeg undervejs kan spørge om det, som jeg ikke allerede i forvejen havde tænkt som spørgsmål (Ingemann et al., 2018). De kvalitative interviews vil senere blive transskriberet, som er relevant for projektet, således forståelsen for informanternes udtalelser giver bredere sammenhæng af deres udsagn, som tidligere nævnt. Dermed tilgår jeg den kvalitative undersøgelse med den hermeneutiske tilgang, da transskriberingen er med til at skabe overblik over de forskellige emner og temaer. Og dermed ved hjælp af transskriptionen og interviewguiden, opdeles de to kvalitative interviews i emner/temaer, til at finde frem til meningerne. Disse emner/temaer vil blive videreført til analyse, for at skabe overblik over projektet. Samtidig er den hermeneutiske meningsfortolkning med til at fortolke og analysere på de kvalitative interviews ud fra et teoretisk ramme. Og ud fra disse fortolkninger sættes emnerne i et nyt lys til helheden, hvor denne cirkulation giver mulighed for en dybere forståelse af meningen. Det jeg er særlig opmærksom på ved en hermeneutiske meningsfortolkning som analysestrategi er, at jeg kommer ind i den hermeneutiske cirkel på den rigtige måde og ikke at komme væk fra den, således



jeg i analysen hele tiden forholder mig til at analysere ud fra informanternes intentioner og oplevelser (Kvale & Brinkmann, 2015).

4.5. Relevans af metoderne

De forrige videnskabsteorier og metoder er relevante for påbegyndelsen af analysen, da min problemformulering kan udfoldes mere nuanceret billede af udsatte voksne med psykisk funktionsnedsættelse. Samtidig kan de være med til at give en dybere forståelse af, hvordan pårørendes inddragelse kan skabe en mere helhedsorienteret støtte til målgruppen. Ydermere ser jeg en særlig relevans ved det ovenstående afsnit om metode (afsnit 4) og brugen af den kvalitative metode, til dette projekt. Dette er på baggrund af, at jeg kan opnå kvalitative udsagn og viden fra informanter, som dagligt har med projektets formål at gøre. Ved brugen af den abduktiv metode, kan jeg indgå i en dialog med mine informanter, for at fremme projektets formål, hvor jeg også selv kan reflektere og forstå informanternes udsagn. Med den hermeneutiske tilgang og den fænomologiske tilgang, kan jeg opnå forståelse for fænomener og forståelse af målgruppen og dermed reflektere over min egen viden. Samtidig er der en særlig relevans ved brugen af både transskribering af mine interviews, samt interviewsguiderne, som består både af den skrevne tekst (transskriberingen) og lydoptagelsen (samtale med interviewguide). Det til sammen, vil være med til at danne rammerne for den efterfølgende analyse. Samtidig er det semistrukturerede kvalitative interview ud fra den fænomenologiske tilgang med til, at jeg kan opnå meningen indenfor helt centrale temaer og emner. Yderligere kan jeg opnå specifikke meninger fra informanterne og ikke den brede befolknings mening eller opfattelse på området. Og slutligt er det semistrukturerede kvalitative interview ud fra den hermeneutiske tilgang med til, at jeg forholder mig åben overfor nye tilgange til området, fremfor at jeg arbejder med i forvejen færdige spørgeskemaer (Kvale & Brinkmann, 2015).

5. Teori

I dette afsnit, vil jeg redegøre for projektets teorier, herunder den recovery orienteret rehabilitering, Bourdieus definition af kapitaler, stigma af Goffman, resiliens, samt Bronfenbrenners økologiske systemteori. Samtidig har jeg i projektet valgt at gøre brug af den interaktionistiske tilgang, da jeg i



analysen vil have fokus på de sociale relationer, når sociale problemers opståen skal forstås og forklares (Bundesen et al., 2015).

5.1. Recovery og rehabilitering

Når man snakker om mennesker med psykiske funktionsnedsættelser, er begreberne *recovery* og *rehabilitering* ofte to begreber, som bruges i sammenhæng med denne målgruppe. *Recovery* kan oversættes til det ”at komme sig” over noget eller en bestemt situation. Metoden bruges i indsatser i mange kommuner og regioner ifm. borger med psykiske funktionsnedsættelser og bliver ofte brugt i sammenkobling med *rehabilitering*. Når man som professionel arbejder ud fra en recovery-orienteret tankegang, ser man at hjælpen til borgeren om ”at komme sig”, som helt centralt. Indenfor den recovery-orienteret tankegang anser man ikke den psykiske funktionsnedsættelse som kroniske, men mere som en tilstand, som man kan komme ud af - enten helt eller delvist. Når der snakkes om, at en borger er kommet sig helt, er det *klinisk recovery*, hvor borgeren er helt symptomfri fra sin psykiske funktionsnedsættelse. Hvis borger kommer sig delvist i recovery-processen, kaldes det for *social recovery*. Her er fokuset på borgerens funktionsniveau, eks. borgerens evne i at varetage et arbejde, uddannelse og at kunne indgå, i almene sociale systemer i samfundet, på trods af sine symptomer (Social- og boligstyrelsen, 2019).

Når man ydermere som professionel arbejder med den recovery-orienteret tankegang, kan man anskue borgerens proces i et indefra-perspektiv og et udefra-perspektiv. I det indefra-perspektiv, taler man om det personlige recovery og består af borgerens egne oplevelser af sin trivsel i sin tilstand. Når man derfor snakker om borgerens indefra-perspektiv, er det centrale borgerens egen forståelse af det gode liv. Derfor betragter man borgeren som den erfaren i eget liv og derfor har viden om egne håb og drømme. Når man derfor snakker om indefra-perspektivet i den recovery-orienteret tankegang, snakker man yderligere om borgeren egen personlige proces, hvor den enkelte borger lever sit liv, som vedkommende finder som vigtig og betydningsfuldt. Socialrådgiverens rolle i det indefra-perspektiv i recovery-processen er, at have forståelse for borgerens erfaringer og at borgeren er ekspert i eget liv. Hvis man derimod snakker om den recovery-orientere tankegang i et udefra-perspektiv, er det bl.a. socialrådgiveren der vurderer borgerens recovery ift., hvor langt den enkelte borger er i sin egen proces om ”at komme sig”. I det indefra-perspektiv, er



socialrådgiverens rolle at være eksperter i de faglige metoder omkring recovery og som kan være med til at understøtte og bidrage til borgerens recovery-proces. Uanset om man arbejder i et indefra- eller udefra-perspektiv er det centralt, at recovery-processen består af et samarbejde mellem socialrådgiveren og borgeren og som bygger på et ligeværdigt samarbejde (Social- og boligstyrelsen, 2019).

Og som førnævnt, har recovery og rehabilitering en tæt sammenkobling. Processen i rehabilitering er, at metoden er tidsbestemt, hvor borgeren i et givne tidsrum skal opnå, forbedre eller bevare sin funktionsevne i det omfang, som gør det muligt for borgeren at leve et liv, som efter borgerens egen vurdering er meningsfyldt. Rehabiliterings-processen er en målrettet, koordineret og er en sammenhængende vidensbaserede indsats, som har til formål, at bygge videre på samarbejdsrelationen imellem socialrådgiveren og den enkelte borger. Når borgeren oplever i sagsbehandling at blive mødt og hjulpet af socialrådgiveren, kan indsatsen eller metoden betegnes som *recovery-orienteret rehabilitering* (Jensen et al., 2007).

5.1.1. Pierre Bourdieus kapitaler

I forbindelse med forrige afsnit, kan Pierre Bourdieus kapital former være relevant at gøre brug af. Bourdieu var optaget af den enkelte borger klasseposition og at den bestemmes af vedkommendes plads i det sociale rum. Bourdieus definition af den enkelte borgeres kapitaler består af den kulturelle-, den sociale-, og den økonomiske kapital. Den kulturelle kapital består af det, som man tilegner sig og de diskurser, som florer i den enkelte kultur. Den kulturelle kapital opnår man gennem sin barndom og gennem uddannelse, hvor man tillærer sig de symbolske goder, som har brugs- og bytteværdi i samfundet. Gennem både opvæksten og gennem uddannelse, opnår man kulturelle kapitaler om viden, sprog, en "god" opvækst og hvad der er de "gode" vaner. Denne kapital form kan opnås gennem en objektiveret form, i en kropsliggjort form og i en institutionaliseret form. Hvor men det sociale kapital består af alle de personer der berører ens netværk, som det enkelte individ er en del af. Dette kan bestå af både familien, venner, skole, job, samt organisationer. Slutlig består det økonomiske kapital af ens penge, formue og ejendom. Samlet set, når andre anerkender ens kapitaler, tildeles den en hvis værdi, hvilket kan kaldes for symbolsk magt. Eks. når en socialrådgiver skal træffe afgørelse i sagsprocessen, har vedkommende en



kulturel kapital, fordi socialrådgiveren har en uddannelse der gør, at vedkommende har kompetence til at træffe afgørelse. Derfor mener Bourdieu, at i kraft af anerkendelsen af kapitalerne, da andre individer ser det og anerkender det (Hutchinson & Oltedal, 2019).

Men det er ikke kun socialrådgiverne der har kapitaler. Det har alle samfundets borger. Bourdieu mener, at de forskellige kapitaler kan konverteres fra det ene kapital til det andet. Såsom det økonomiske kapital kan udskiftes med en uddannelse (kulturel kapital), og den kulturelle kapital erstattes til en høj pris på markedet. Med Bourdieus tankegang indebærer det, at den enkelte borger kan overflytte sig i det sociale rum. Men han fastholder også, at kapitalerne er ulig fordelt blandt befolkningen, hvor nogle kan dominere andre eller har bedre mulighed for bedre goder end andre. Han argumenterer derfor, at de forskellige klasser er et udtryk for afstanden i det sociale rum. Alt efter afstanden fra hinanden mener Bourdieu, at dem der har længere afstand mellem sig, vil blive socialiseret i forskellige miljøer og dermed opleve verden eller virkeligheden på forskellige måde. Hvorimod mener Bourdieu, at dem der bor tætte på hinanden, ville have samme opfattelse af smag, verdensopfattelser og/eller uddannelse. Og herfor mener Bourdieu, at individer fra forskellige systemer vil givet vis udvikle forskellige former for habitus. Habitus vil hermed forårsage forskellige livsstile i praksis og hvordan vi opfatter, vurderer og den måde vi handler på (Hutchinson & Oltedal, 2019).

5.2. Stigmatisering af Erving Goffman

Erving Goffman fremstillede begrebet *stigma*, som der i dag bliver brugt til at inddele enkelte individer eller grupper i kategorier. *Stigma* er med til at beslutte, hvilke egenskaber der betegnes som normale og naturlige for de enkelte individer eller grupper i disse kategorier. Dermed er kategorierne i dag med til at sætte sociale spilleregler op for, hvad vi kan forvente indenfor de enkelte miljøer og kategorier. Når vi derfor står overfor fremmede mennesker eller en gruppe af fremmede, vil vi på baggrund af deres umiddelbare udseende, forvente en såkaldt sociale identitet. Vi er nødvendigvis ikke klar over, at vi selv laver denne kategorisering eller giver bestemte krav til miljøerne, før vi bliver sat overfor, om vores umiddelbare førstehåndsindtryk bliver opfyldt eller ej. Dermed bør de krav vi stiller personer fra hver enkelt kategori, betegnes som krav om en bekræftelse af vores forventninger. Hvorimod de attributter som vi vil tilskrive det enkelte individ



eller gruppe snarer være en bedømmelse, som der forventes at blive bekræftet ved en senere iagttagelse. Derfor skelner man imellem en persons identitet som: *Social identitet* eller *en persons faktiske sociale identitet*. Den første betegnes som den identitet, som andre tilskriver eller pålægger personen fra en bestemt kategori, hvor den anden betegnes som det enkelte individ kan påvise, at han eller hun bisidder (Gooseman, 2009).

Når vi ydermere snakker om stigma, kan der i det store hele skelnes mellem 3 former for stigma. Den første betegnes som kropslige vederstyggeligheder, som i det korte betegnes som de fysiske misdannelser eller skavanker. Her tillægger vi bestemte stigmaer, da de fysiske skavanker hos den anden, kan ses med det blotte øje. Hernæst er der det stigma, som indeholder forskellige karaktermæssige fejl hos de enkelte individer, såsom viljesvagthed, dominerende eller unaturlige lidenskaber. De individer, som betegnes at være i denne gruppe, er personer med en psykisk funktionsnedsættelse, hvis man har haft et fængselsophold, stofmisbrug, alkoholisme, arbejdsløshed, selvmordsforsøg eller hvis man har en bestemt politisk holdning. Denne stigma form indeholder de ting, som er underliggende og som man som personer først får kendskab til, når man får det at vide af vedkommende. Slutligt findes der også det tribale stigma, som er slægtsbetingede, herunder race, etnicitet og religion. Denne stigma form kendetegnes ved, at de videregives fra slægt til slægt (Gooseman, 2009).

Tankegangen om stigmatisering blev op gennem 1990'erne inkorporeret i socialpolitikken på sådan en måde, at personer med et handicap og en psykisk funktionsnedsættelse skulle have en øget indflydelse i samfundet. De skulle på lige fod som andre i samfundet, have en indflydelse, frie valgmuligheder, udvikling og selvstyring og blev på lige fod et politisk ansvar (Harder & Nissen, 2015).

5.2.1. Resiliens

Når vi snakker om stigma, kan begrebet resiliens gøres i brug. Resiliens er en betegnelse for individets modstandskraft og referer til nogle af de faktorer der beskytter individet mod eks. stigmatisering eller stress. Personer med en høj resiliens, er dermed i stand til at klare sig eller modstå stigmatiseringen eller stressen. Hvorimod personer med en lav resiliens, har ikke de samme



forudsætninger. Om man har en høj eller lav resiliens, kan ikke nødvendigvis sammenkobles med, om man har en medfødt eller erhvervet sårbarhed. Når der ydermere snakkes om resiliens, kan individets modstandskraft også have betydning for hvilke traumer og/eller sociale problemer, efter en given episode eller situation. Nogen individer kan opleve belastende og stressende situationer, men have en høj resiliens og modstandskraft til ikke, at udvikle f.eks. PTSD, hvor andre ikke har samme resiliens og dermed udvikler f. eks. PTSD. Forskningen viser, at det enkelte individs evne til genopretning eller rehabilitering efter visse situationer kan være en væsentlig faktor til at forstå, hvorfor der hos nogle personer igangsættes en vis proces, men ikke hos andre ved de samme belastninger (Simonsen & Møhl, 2017).

5.3. Bronfenbrenners økologiske systemteori

Urie Bronfenbrenner udviklet og indkredsede fire systemer i det, som han opkaldte den økologisk systemteori og som alle mennesker bevæger sig i. Heri mener han, at alle systemerne bevæger sig kontinuerligt og er på den måde altid i bevægelse. Systemerne symboliserer dermed, at menneskers systemer og miljøer er forbundet og påvirker hinanden gensidigt. De fire miljøer eller systemer består af: Mikrosystemet (Familie og skole), mesosystemet (Samarbejdet mellem mikro- og eksosystemet), eksosystemet (Det socialvæsen, naboer, lokalpolitik, osv.) og makrosystemet (Kulturens holdninger og ideologier). Med denne forståelse af de fire systemer i Bronfenbrenners teori er, at de både påvirker hinanden og spiller sammen, hvor mennesket i sig selv også påvirker og spiller sammen med systemerne. Derfor når man har med en borger med en psykisk funktionsnedsættelse at gøre og ser dem i en bestemt kontekst, må man forstå, at denne kontekst er et dynamisk og fleksibelt system med helheder og sammenhæng. Og i de fire systemer udgør netværket en central rolle, hvor formålet med en særlig opmærksomhed på netværket er at identificere formelle og uformelle sociale kontakter. Efterfølgende kan man gøre dem brugbar for den udsatte voksne (Harder & Nissen, 2011).

5.4. Relevansen af teorierne

Jeg ser disse teorier som relevante for projektet, da jeg bruger Bourdieu til at analysere sociale ressourcer og relationer, Goffman bruges til at forklare stigma og sociale udfordringer i rehabilitering og hvor recovery-tilgangen bruges til at forstå målet med rehabilitering og



samarbejde. De er alle med til at understøtte hinanden, bl.a. hvordan de sociale udfordringer i rehabilitering kan forstås i de sociale ressourcer og relationer og hvordan recovery-tilgangen bruges til at forstå målet med pårørendesamarbejdet.

6. Analysen

I de følgende afsnit, vil analysen udforme sig efter den indsamlede empiri fra de to kvalitative interviews og deres temaer og emner. Analysen vil indeholde dels en præsentation af de to informanter, men herunder også pårørendes betydning, individuel tilpasning af pårørendeinddragelse, kommunikation og samarbejde, udfordringer i systemet, og slutteligt en opsamling på de 4 førnævnte emner og temaer. De 4 temaer vil blive analyseret i overensstemmelse med hermeneutikkens principper og rammer om, at jeg vil forholde mig reflekterende (afsnit 3.4).

6.1. Præsentation af informanter

Min første informant er Kasper og som er leder for et højt specialiseret for unge med autismediagnoser og andre kombinerede tilstande, såsom angst, OCD og depression. Det, som der er grundlagt for botilbuddet som Kasper er leder for er, at alle borger skal have autisme for, at de bor på et botilbud. Han har været leder i 18 år, primært inden for autismeområdet og han har generelt stor erfaring inden for det sociale område. Det botilbud han er leder for, fokuserer på rehabilitering og specialiserede indsatser for målgruppen. Kaspers rolle som leder, har givet ham et ansvar for botilbuddets daglige drift, udvikling af tilbuddet, samt at samarbejde med både personale og pårørende. Her er Kasper optaget af at balancere mellem borgerens autonomi og pårørendes ønsker, hvilket ofte kræver en sensitiv tilgang. I mit interview med Kasper snakker vi om pårørende inddragelsens betydning for borgerens rehabilitering og udfordringer ved at finde balancen mellem borgerens selvbestemmelse og pårørendes forventninger. Samt snakker vi om systemiske og lovgivningsmæssige rammer, der kan påvirke arbejdet med borgerne og deres familier.

Min anden informant er Line, som er 22 år og som er pårørende til en søster, som der blev diagnosticeret med skizofreni i starten af 2022. I projektet omtaler jeg søsteren som Mette (pseudonymisering). Line kommer fra en familie uden tidligere erfaring med psykiske funktionsnedsættelser, og Mettes sygdom var derfor en pludselig og uventet situation for hele



familien. Line har haft en vis distanceret rolle i forhold til Mettes behandling, da hun ønskede at bevare og beskytte deres søskenderelation uden, at Line vil blive for involveret i Mettes behandling. Hun har deltaget i enkelte pårørendeaftener igennem OPUS i Aarhus kommune, hvor Line har værdsat muligheden for at vælge sit eget niveau af deltagelse i disse pårørendeaftener. OPUS er et tilbud til personer med skizofreni på "Afdeling for Psykoser", hvor behandlerne løbende tilbyder støtte til pårørende at deltage i en psykoedukationsgruppe (Region Midtjylland, 2024). I mit interview med Line snakker vi om betydningen af fleksibel pårørendeinddragelse, der tager hensyn til individuelle behov. Ydermere fortalte Line om sine erfaring med OPUS-programmet i Aarhus, der tilbød støtte og vejledning til både Line og familien, samt de udfordringer der er ved at opretholde en normal søskenderelation i en situation præget af sygdom.

Jeg ser det som særligt relevant, at disse to informanter bliver inddraget i min analyse, da de repræsenterer forskellige perspektiver. Kasper repræsenterer den professionelles tilgang til at inddrage pårørende i rehabilitering, hvor Line repræsenterer den personlige oplevelse som pårørende. Begge informanter bidrager med relevant viden i, hvordan relationer og kommunikation kan fremme eller udfordre rehabiliteringsprocesser.

6.2. Pårørendes betydning

Det, at være en pårørende kan være en svær balancegang. Både i mit interview med Line og med Kasper snakker vi om, at pårørende spiller en central rolle. Men graden af deres inddragelse afhænger af konteksten af den enkelte borgers situation. Samtidig mener de begge også, at der er udfordringer i at finde en balance mellem at respektere borgerens autonomi og at inddrage pårørende i behandlingen. Kasper nævner, at "*Vi er også knusende bevidst om, at vi er her jo ikke for evigt. Altså det hele netværk man har, vil jo ofte være de pårørende*" (Bilag 2). Kasper beskriver derfor, at de pårørende og fagpersoner ikke er her for evigt, selvom nogle pårørende og fagpersoner gerne vil formå, at hjælpe borgeren med det hele. Dermed anser han også pårørende og fagpersoner som en central del af rehabiliteringsprocessen for borgeren med en funktionsnedsættelse. Han påpeger, at pårørende ofte udgør en vigtig del af borgerens netværk og kan bidrage til at skabe stabilitet og kontinuitet i borgerens liv. Også efter at vedkommende forlader botilbuddet. Dette er særligt vigtigt, fordi botilbuddet ikke er en permanent løsning, og pårørende og netværk derfor ofte



fungerer som en langsigtet støtte. Kasper peger yderligere på nogle udfordringer ved inddragelsen af pårørende, såsom at pårørende har meget forskellige baggrunde og ressourcer. Nogle er stærkt engagerede og har klare forventninger, mens andre har begrænsede ressourcer eller føler sig overvældede af borgerens situationen. Dermed mener Kasper, at når pårørendes forventninger ikke stemmer overens med borgerens ønsker eller botilbuddets praksis, kan det føre til konflikter. For eksempel nævner han, at nogle pårørende har stærke holdninger til dagligdags aspekter, såsom oprydning eller personlig hygiejne, hvilket kan skabe spændinger mellem fagpersoner, borgeren og de pårørende:

”Man kan sige dem, dem, der kommer til vores pårørendemøder, vil jo ofte være dem, der kommer fra ressourcestærke familier. Fordi de har en holdning, en holdning til alt. Og heldigvis. Og nogle gange, så kan man næsten lige skulle trække vejret en ekstra gang, fordi det er en holdning til alt i hele verden. Vi har en mor der ringede, fordi hun synes ikke at det mad der var om søndagen, at det var søndagsmad. (...) Så man kan have en holdning til mange ting” (Bilag 2).

Dermed understreger Kasper, at pårørende spiller en central rolle i borgerens netværk og proces i mikrosystemet for den enkelte borger, men graden af deres inddragelse afhænger af konteksten af den enkelte borgers situation (Harder & Nissen, 2011). Herudover fremhæver Kasper ved den ovenstående udtalelse, at ressourcestærke pårørende er mere aktive. Dette er med til at illustrerer, hvordan sociale og økonomiske ressourcer kan fungere som social kapital der gør, at ressourcestærke pårørende er bedre i stand til at engagere sig i borgerens rehabilitering (Bundesen et al., 2015). Men på den anden side, er det med til at skabe en skævhed, hvor borgere uden ressourcestærke netværk i deres mikrosystem, risikerer en mindre støtte, hvilket kan gå ind og udfordre socialrådgiverens arbejde med at sikre lige vilkår for alle. Derfor kan man sige, at med den viden Kasper har, er, at de pårørende, som der deltager i pårørendeaftner, kommer ofte fra ressourcestærke familier, hvilket kan indikere, at ressourcestærke pårørende er mere tilbøjelige til at engagere sig og tage del i den udsatte borgers proces. Og netop derfor tillægger Kasper de forældre eller pårørende, som der deltager i forældre aftner, en social kapital, da han understreger, at de kommer fra ressourcestærke familier (Hutchinson & Oltedal, 2019) (Bilag 2).



Hertil er Line enig, hvor hun udtaler, at OPUS-programmet skabte et særligt struktureret rum for pårørendes deltagelse i Mettes diagnose, hvor både forældre og søskende blev inddraget gennem henholdsvis pårørendeafterner og søskendegrupper: *"Vi blev egentlig ret meget inddraget. Det var rart, at vi fik mulighed for at forstå hendes diagnose og hvordan vi bedst kunne støtte hende"* (Bilag 4). Hertil mener Line, at deres rolle som pårørende (Mettes mikrosystem (Harder & Nissen, 2011)) gennem OPUS-programmet viser, at en systematisk og struktureret inddragelse hjælper pårørende med at navigere i deres rolle. Line og hendes oplevede dermed en positiv tilgang til deres inddragelse gennem OPUS-programmet. Ifølge Line, er OPUS-programmet med til at skabe en mere struktureret og systematisk rum for pårørendeinddragelse. Det afspejler derfor, hvordan en systematisk tilgang kan være med til at styrke mikrosystemet (Harder & Nissen, 2011). Ud fra Lines oplevelser og viden, kan det indikere, at faste rammer kan facilitere en mere effektiv inddragelse af pårørende og samtidig øge deres kulturelle kapital (Hutchinson & Oltedal, 2019). Ydermere fremhæver Line, at: *"Jeg deltog i nogle søskendeafterner, som gjorde en forskel, fordi jeg lærte mere om, hvordan jeg kunne være der for hende uden at overbelaste mig selv"* (Bilag 4). Dermed understreger Line, at OPUS-programmet havde en positiv effekt på hende og hendes familiens forståelse af Mettes situation og gav dem flere redskaber til at støtte hende bedre. Hun beskriver, at de som pårørende blev inviteret til at deltage i pårørendeafterner og søskendegrupper, hvor de fik en mulighed for at lære om Mettes diagnose og behandlingsbehov. Line oplevede, at denne form for inddragelse hjalp familien med at føle sig bedre klædt på til, at kunne støtte Mette, hvor OPUS særligt gjorde det nemmere for familien at finde deres plads som pårørende. Særligt gav søskendeafterner en platform og et rum til Line, at reflektere over hendes egen rolle og ageren. Derigennem kunne Line skabe en balance mellem det, at være en støttende søster og at hun samtidig fik redskaber til at passe på sig selv i processen. Dermed understreger Line endnu engang, at OPUS-programmet viser, hvordan målrettet inddragelse af pårørende kan føre til en styrket familie-dynamik og mere effektiv støtte til Mette, samt at deres kulturelle kapital øges. Det viser samtidig, at familien kan fungere som et væsentligt element i mikrosystemet, som er med til at skabe en stabilitet for Mette (Harder & Nissen, 2011). Men trods denne systematiske og struktureret inddragelse i hendes søsters diagnose, oplever Line efter OPUS-programmet, at de pårørendes inddragelse blev reduceret: *"(...) efter hvor hun er kommet ud af det her OPUS igen, så er vi ikke lige så meget inddraget i det længere(...)"* (Bilag 4). Her fremhæver Line, at hun ser og oplever et



systemisk problem, hvor pårørendes rolle ofte reduceres, når de faste rammer ophører. Hermed peger Line på en generel problematik i behandlingsforløb, at når de struktureret rammer såsom OPUS ophører, kan det føre til, at pårørende bliver mindre inddraget. Dermed påpeger Line, at imens OPUS-programmet er igangværende, er det tydeligt, at familiens rolle i Mettes mikrosystem styrkes. Men når programmet afsluttes, mister de pårørende de strukturerede rammer, og skaber ifølge Line en følelse af usikkerhed. Dette understreger hermed en systemisk svaghed, hvor der mangler en overgang fra det ene til det andet, hvilket kan føre til, at familiens støtte mindskes over tid. For socialrådgiveren betyder dette et behov for at udvikle nogle eller flere strategier, der kan sikre kontinuitet i pårørendeinddragelsen. Hertil nævner Line, at:

”Jeg tror i hvert fald, jeg kan huske, jeg har oplevet på et tidspunkt - det var så også efter hun var kommet ud af det OPUS der. Men der havde hun stået med behandling noget og som ikke rigtig havde virket. Og, og hun skulle så til at starte på noget lidt stærkere af samme behandling. Og der ender min far faktisk med at ringe ind og være sådan ”Prøv og hør. Hun har allerede alle bivirkninger på den medicin hun får, at du kan se, hvor træt hun er”. Du kan se, at det var sådan, hun rystede over at hele kroppen, altså” (Bilag 4).

Med dette udsagn understreger Line, at en mindre eller reduceret inddragelse for nogle pårørende, kan skabe en følelse af usikkerhed og/eller isolation, da Line og hendes familien ikke længere følte sig en integreret del af Mettes støtte. Dermed mistede familien en del af deres kulturelle kapital, fordi deres oplevelse af deres interaktion med sundhedssystemet antyder, at de mangler den nødvendige forståelse. En forståelse for, at de har indflydelse på beslutningerne i Mettes behandling på en måde, der giver dem fordel i systemet (Hutchinson & Olstedal, 2019). Lines udsagn understreger hermed et behov for en kontinuerlig og fleksibel inddragelse af pårørende – også efter, at de formelle programmer afsluttes. Dette indikerer endnu engang, at en manglende overgang kan fører til et tab af værdifuld støtte fra familien og dermed en værdifuld støtte for mikrosystemet.

Fælles for de to informanter er, at de begge mener at pårørende spiller en central rolle i den enkelt borger med en funktionsnedsættelses proces. Men graden af deres inddragelse afhænger af konteksten. Dermed mener de begge, at familien og netværket i mikrosystemet, kan fungere som en



afgørende støtte i den enkelte borgeres nærmiljø og være med til at bidrage til deres trivsel og udvikling. Herfor mener de, at det er i mikrosystemet, at den enkelte borger kan opleve og mærke den mest direkte støtte fra både pårørende og behandlingssystemet (Harder & Nissen, 2011). Samtidig fremhæver Kaspers og Lines oplevelser to sider af pårørendeinddragelse. Kasper ser udfordringerne som fagperson, at balancere ressourcestærke pårørendes engagement overfor borgerens autonomi. Hvorimod Line fremhæver fordelene ved systematisk inddragelse gennem OPUS-programmet. Denne forskel kan tolkes som et tegn på, at pårørendeinddragelse kræver en balancering mellem både struktur og fleksibilitet, som afhænger af den enkelte borgers situation og netværk.

6.2.1. Opsamling på pårørendes betydning

Det ovenstående afsnit analyserer på, hvordan de pårørendes centrale rolle i rehabiliterings- og behandlingsprocesser for borgere med funktionsnedsættelser, er. I afsnittet fremhæves der, at inddragelsen af pårørende kan variere afhængigt af konteksten og den enkelte borgers behov. Både Kasper og Line påpeger, at pårørende ofte udgør en vigtig del af borgerens netværk og kan bidrage til stabilitet og kontinuitet. Især når den formelle støtte, såsom SEL paragraffer om botilbud eller programmer såsom OPUS, ophører.

Kasper fremhæver herunder de udfordringer han oplever, når pårørende har forskellige baggrunde, samt forskellige ressourcer. Han mener og oplever, at ressourcestærke pårørende engagerer sig ofte mere aktivt, hvilket både kan være en fordel og en udfordring for den enkelte borger. Det kan skabe spændinger, hvis de pårørendes forventninger ikke stemmer overens med borgerens egne ønsker eller institutionens praksis.

I min samtale med Line, deler hun erfaringer fra OPUS-programmet, der viste, hvordan struktureret inddragelse af pårørende kan styrke deres forståelse af hendes søsters diagnose. OPUS-programmet har givet Line og hendes familie redskaber til at yde støtte uden at overbelaste sig selv. I interviewet påpeger hun dog, at inddragelsen ofte reduceres, når formelle rammer såsom OPUS ophører, hvilket kan skabe usikkerhed og isolationsfølelser blandt de pårørende.



Begge informanter understreger dermed vigtigheden af at finde en balance mellem at respektere borgerens autonomi og inddrage pårørende som en del af borgerens mikrosystem. Herunder fremhæver både Kasper og Line, at en kontinuerlig og fleksibel inddragelse af pårørende er nødvendig for at sikre støtte og trivsel i borgerens nærmiljø. De beskrevne udfordringer i pårørendeinddragelse i ovenstående afsnit peger derfor på, at socialrådgivere bør tilpasse deres tilgang afhængigt af både pårørendes ressourcer og borgerens behov, herunder borgerens ønsker, håb og drømme. Dette kræver en praksis i socialt arbejde, hvor socialrådgiveren aktivt støtter mindre ressourcestærke pårørende, samtidig med at borgerens autonomi fastholdes.

6.3. Individuel tilpasning af pårørendeinddragelse

Som nævnt i afsnit 6.2. påpeger Kasper, at gennem de pårørendes betydning for den enkelte borger, må man som socialrådgiver også være opmærksom på, at der skal være en individuel tilpasning af pårørendeinddragelse. Når der i dette afsnit dermed står ”Individuel tilpasning af pårørendeinddragelse” betyder det, at inddragelsen af borgerens pårørende skal tilpasse de specifikke behov, ressourcer og/eller ønsker hos borgeren og pårørende. Dette indebærer en fleksibel tilgang, hvor man som socialrådgiver anerkender, at forskellige pårørende har forskellige grader af behov for involvering, kapacitet, samt præferencer i, hvor meget man vil inddrages. De pårørende har nemlig forskellige ressourcer og behov, hvilket kan være med til at påvirke deres engagement i processen for borgeren med en funktionsnedsættelse. Nogle pårørende deltager aktivt i møder og arrangementer, hvor andre enten ikke har ressourcerne, oplever det som for overvældende eller ikke har overskuddet til, at skulle deltage i disse møder eller arrangementer. Han fremhæver herfor, at inddragelse bør være fleksibel og tilpasset den enkelte families situation, hvor det kan være en udfordring, hvis ressourcestærke pårørende ofte har lettere ved at deltage og blive hørt. Alt imens resourcesvage pårørende kan opleve begrænsninger, som gør, at deres stemme ikke får samme vægt. Dette understreger vigtigheden af en socialrådgiverens opmærksomhed på at skabe plads for alle stemmer, uanset ressourcer og baggrund:

”Men, men vi har et bredt udsnit og det gør også at vi, vi skal være opmærksomme på, at når eksempelvis der er nogen der flytter ind som attenårig og som ikke gider at rydde op på deres værelse, så vil der ofte være nogle pårørende, som har nogle normer som rimer på en eller anden



form for ordentlighed. At der er opryddeligt. Og der er rengjort. Og der kan vi, der kan der godt komme nogle konflikter og de konflikter bliver vi nødt til at kunne håndtere på en eller anden måde gennem det pårørende samarbejde vi har. Så vi inddrager egentlig de pårørende i det omfang, som vi kan indenfor ganske almindelige lovgivning” (Bilag 2).

Hertil understreger Kasper, at inddragelsen er afhængig af borgerens samtykke og samtidig deres individuelle ønsker. Hvis borgeren vælger at begrænse kontakten mellem behandlingsstedet og de pårørende, kan det underminere eller reducere deres rolle som pårørende til trods for, at det kan være frustrerende for familien. Men alligevel, som nævnt i afsnit 6.2. påpeger Kasper, at ressourcestærke familier ofte har større social og kulturel kapital, hvilket kan spille en rolle i hvor aktive de pårørende er i inddragelsen (Hutchinson & Olteidal, 2019). Hermed mener Kasper, at borgerens autonomi, ret til selvbestemmelse indenfor den danske lovgivning og familiens ressourcer, sætter naturlige grænser for, hvor meget pårørende kan involveres. Yderligere ser han, at der er forskelle i pårørendes ressourcer og engagement, og at inddragelsen dermed bør tage højde for disse variationer af ønsker fra pårørende i forbindelse med inddragelse. Slutligt understreger han, at behandlingssystemet skal kunne håndtere forskellige niveauer af involvering, uden at dømme pårørendes valg.

I modsætning til Kaspers oplevelse af pårørendeinddragelse, beskriver Line, hvordan hendes involvering som søster var forskellig fra forældrenes rolle. I mit interview med Line, beskriver hun hvordan hendes egen involvering som søster var forskellig fra hendes forældres, og hvordan det var vigtigt for hende at have mulighed for at vælge sit engagementsniveau:

"(...) jeg har ikke haft lyst til at være så meget inde i selve hendes behandling. Jeg vil godt have noget at vide omkring diagnosen, som jeg lige ved, hvad er det for noget? Hvordan håndterer man det? Men jeg var ikke så glad for at blive for stor en del af hvad der skulle ske med hende eller hvad, hvad for nogle behandlinger hun skulle igennem og så videre. Så det har jeg sådan bedt om lidt afstand til" (Bilag 4).



Hermed understreger Line et ønske om, ikke at blive for involveret i behandlingen, fordi hun prioriterede at opretholde en søskenderelation, frem for at påtage sig en rolle, der mindede om en forælder eller behandler. For Line handler det ikke om selve inddragelsen, men det handler om for hende, at kunne bibeholde en søskenderelation. Med dette understreger Line, hvordan OPUS-programmet styrkede hendes rolle i søsterens mikrosystem ved at tilbyde et rum til refleksion og støtte (Harder & Nissen, 2011). Og herfor valgte Line, at hun vil deltage i et begrænset antal søskendeaftener under OPUS-forløbet. Et var, at hun ikke altid havde tiden, men de gange hun deltog, gav det hende mulighed for gradvist at bearbejde situationen og finde ud af, hvordan hun bedst kunne støtte sin søster. I mit interview med Line påpeger hun herfor, at pårørendeinddragelse bør tage højde for forskelle i roller. Eks. mellem søskende og forældre og hvad de forskellige roller bør hjælpe med i inddragelsen. Hun understreger, at det er vigtigt, at pårørende ikke føler sig pressede til at deltage, men kan tilpasse deres engagement efter egne behov og ressourcer. Ydermere mener hun, at der i pårørendeinddragelse skal være en individuel tilpasning, som kan være med til at styrke pårørendes evne til at finde en balance mellem, at være støttende og at passe på sig selv.

6.3.1. Opsamling på individueltilpasning af pårørendeinddragelse

I det ovenstående afsnit, mener både Kasper og Line, at fleksibilitet er og skal være nøglen til pårørendeinddragelse. Begge fremhæver herunder, at pårørendeinddragelse skal være tilpasning til den enkelte borgers pårørende og deres netværk. Nogle pårørende ønsker tæt involvering, mens andre har behov for afstand eller en mere indirekte rolle i sagsprocessen. Yderligere pointerer Line forskellen mellem søskenderoller og forælderoller, mens Kasper beskriver variationen blandt forældre selv. Dette viser, at familiodynamikker er komplekse, som kræver, at socialrådgiveren skal have en nuanceret tilgang til pårørendeinddragelse. Herudover fokuserer Kasper i interviewet på de udfordringerne han oplever som leder på et botilbud, ved at balancere ressourcestærke pårørendes engagement og borgerens autonomi. Hvorimod Line understreger fordelene ved en fleksibel og individuel tilpasning, især i forhold til søskenderoller kontra forælderoller. Samtidig peger både Line og Kasper på, at borgerens ret til selvbestemmelse er helt centrale i pårørendeinddragelse. Dette kan begrænse pårørendes rolle, men det er nødvendigt for at respektere borgerens integritet.



Slutligt fremhæver både Line og Kasper vigtigheden af at tilbyde ressourcer og vejledning til de pårørende der ønsker det, men uden at gøre det obligatorisk.

6.4. Kommunikation og samarbejde

Et tredje punkt, som både Kasper og Line snakker om i interviewene, er kommunikation og samarbejde. Og som socialrådgiver er kommunikation og samarbejde en centrale rolle i det sociale arbejde. Både ift. borgeren, deres netværk, samt evt. deres behandlingssted, hvis dette er tilfældet. Hertil understreger Line, at OPUS-programmet er et godt eksempel på, hvordan struktur og åben kommunikation kan skabe tryghed for både borger og pårørende:

"(...), mine forældre var i hvert fald, rimelige til det med hendes primære behandler i psykiatrien. Så hun var også meget god til altså og snakke med mine forældre om hvad der kommer til at ske, og mine forældre kunne også ringe ind og stille spørgsmål til noget af det der også skulle ske" (Bilag 4).

Med dette udsagn fremhæver Line, hvordan kommunikationen gav hendes familie indsigt i Mettes behandling og gjorde det muligt for dem at støtte hende bedre. Og samtidig uddyber Kasper, at pårørendes forventninger kan skabe konflikter, især når de ønsker mere information, indsigt eller kontrol, end borgeren eller systemet tillader: *"Så vi inddrager egentlig de pårørende i det omfang, som vi kan indenfor ganske almindelige lovgivning"* (Bilag 2), som nævnt i afsnit 6.3. Med dette understreger Kasper, at kommunikationen med pårørende og borgerens netværk ofte er begrænset af borgerens autonomi, samt en begrænsning i juridiske rammer. Med Line og Kaspers udsagn, understreger de, at kommunikationen mellem familien, der udformer sig i mikrosystem, og behandlingssystemet, som indgår i mesosystem, udgør en vigtig forbindelse, der påvirker borgerens trivsel. Hermed pointerer Line, at OPUS skabte en åbne kommunikation og en stærk sammenfletning i mesosystemet, som styrkede familiens rolle i Mettes liv (Hutchinson & Olte dal, 2019). Omvendt viser Kaspers oplevelser, hvordan en mindre kommunikation eller urealistiske forventninger fra pårørende og mikrosystemet kan svække denne sammenfletning. Og det kan efterfølgende skabe konflikter (Hutchinson & Olte dal, 2019). Og af disse grunde, er det centralt for socialrådgiveren, samt behandlingssystemet, at skabe rammer for en åben og struktureret



kommunikation og dialog, der både respekterer borgerens autonomi, men som samtidig også imødekommer borgerens pårørende og netværks behov for bl.a. information og hertil støtte. Hertil er det også relevant for socialrådgiveren at kunne balancere mellem forskellige forventninger.

Men trods af, at Kasper og Line ser en positiv indgangsvinkel til kommunikation og samarbejdet mellem socialrådgiveren, borgeren og deres pårørende, kan de også se udfordringer på dette felt. Og disse udfordringer skal socialrådgiveren være særligt opmærksomme på, i samarbejdet med aktørerne. Line påpeger, hvordan manglende kommunikation skabte frustration for familien, fx i forbindelse med Mettes medicinering:

"(...) jeg kan huske, jeg har oplevet på et tidspunkt, det var så også efter hun var kommet ud af det OPUS der. Men der havde hun stået med behandling noget og som ikke rigtig havde virket. Og, og hun skulle så til at starte på noget lidt stærkere af samme behandling. Og der ender min far faktisk med at ringe ind og være sådan "Prøv og hør. Hun har allerede alle bivirkninger på den medicin hun får, at du kan se, hvor træt hun er" (Bilag 4).

Med dette påpeger Line, at når kommunikationen ikke er tilstrækkelig, må pårørende selv tage initiativ til dialogen, hvilket kan føre til en følelse af usikkerhed og en evt. belastning for de pårørende. Og med dette bakker Kasper op med udsagnet om, at *"... der kan der godt komme nogle konflikter og de konflikter bliver vi nødt til at kunne håndtere på en eller anden måde gennem det pårørende samarbejde vi har"* (Bilag 2). Med dette påpeger Kasper, hvordan ressourcestærke pårørende kan være med til at skabe konflikter, når deres forventninger ikke stemmer overens med behandlingssystemets praksis, socialrådgiverens praksis eller borgerens ønsker og behov. Disse konflikter mellem pårørende og behandlingssystemet kan være med til at forringe eller reducere samarbejdet i mesosystemet og kan efterfølgende påvirke borgerens trivsel i en negativ retning (Hutchinson & Olteidal, 2019). Herunder understreger Kasper endnu engang, at ressourcestærke pårørende har ofte større evne til at udtrykke deres forventninger og derigennem påvirke samarbejdet. Og med denne tankegang, kan det skabe spændinger eller udfordringer, hvis pårørendes synspunkter ikke stemmer overens med f.eks. borgerens eller behandlingssystemets rammer. Derfor er det centralt for socialrådgiveren i praksis at facilitere konflikthåndtering mellem



pårørende og behandlingssystemet, sikre, at borgerens autonomi respekteres, samtidig med at pårørende føler sig hørt i processen, samt at arbejde aktivt for at skabe balance mellem forskellige interesser og behov.

6.4.1. Opsamling på betydning af kommunikation og samarbejde

Både Kasper og Line understreger vigtigheden i, hvor centralt kommunikationen og samarbejdet er, ift. pårørendes støtte til borgeren. Herunder understreger Bronfenbrenners teori vigtigheden af stærke koblinger mellem mikrosystemet og mesosystemet, således der ikke opstår konflikter eller unødige diskussioner (Harder & Nissen, 2011). Alt imens underbygger Bourdieus teori, hvordan forskelle i ressourcer og de forskellige kapitaler også kan være med til at påvirke samarbejdet (Hutchinson & Oltegal, 2019). Derfor kan socialrådgiveren være med til at styrke kommunikationen og samarbejdet mellem mikrosystemet og mesosystemet ved, at tilpasse kommunikationsformer til både borgerens og pårørendes eller netværkets behov. Yderligere kan socialrådgiveren være med til at skabe strukturerede, men samtidig også fleksible rammer for samarbejdet og dialogen med borgeren og deres pårørende. Slutligt kan socialrådgiveren aktivt i dialogen og i samarbejdet, håndterer konflikter og støtter evt. mindre ressourcestærke pårørende. Dette kan være med til at sikre en mere balanceret inddragelse af pårørende, som der kan bidrage til borgerens trivsel og udvikling, men samtidig også tage afsæt i borgerens autonomi og selvbestemmelse.

6.5. Udfordringer i systemet

Som jeg understreger i afsnit 6.4.1., er en central udfordring i systemet, at balancen mellem borgerens ret til autonomi og de pårørendes behov for inddragelse. Her kan der opstå konflikter imellem borgeren, de pårørende og evt. behandlingsstedet, hvis ikke kommunikationen og samarbejdet fungerer. Kasper understreger, at lovgivningen ydermere kan være med til at begrænse behandlingsstedets mulighed for at dele information med pårørende uden borgerens samtykke: *"Lige så vel kan vi jo ikke drøfte noget med de pårørende uden at borgeren har sagt, "Nu må i gerne". Så det har vi selvfølgelig også samtykkeerklæringer til, "Må vi, må vi kontakte dine forældre""* (Bilag 2). Hermed påpeger Kasper, at borgerens selvbestemmelse er helt centralt indenfor det juridiske område og sociale arbejde. Men det kan samtidig også være med til at skabe



frustrationer blandt pårørende, som føler sig ekskluderet eller ikke inddraget i beslutningsprocesserne for borgeren. Hertil kan det tilskrives, at borgerens trivsel kan blive påvirket af forbindelsen mellem mikrosystemet og mesosystemet, som består af kommunikationen og samarbejdet mellem familien og behandlingssystemet. Dermed, når lovgivning og generelt systematiske regler begrænser denne forbindelse (Mesosystemet), kan det svække relation i mesosystemet og dermed reducere pårørendes mulighed for at støtte borgeren (Harder & Nissen, 2011). Derfor er det helt centralt for socialrådgiveren og behandlingssystemet, at bør aktivt kommunikere de juridiske begrænsninger til pårørende. Herigennem skaber det en forståelse for, hvilke rammer vi som socialrådgivere kan arbejde indenfor. Og dermed bør fokuset være på støtten til borgeren, i at give informeret samtykke, hvor det er muligt, at styrke forbindelsen mellem pårørende og behandlingssystem, således der ikke opstår konflikter i mesosystemet.

Ydermere påpeger Line, at hende og hendes familie blev reduceret i inddragelsen af Mettes behandling, efter Mette afsluttede OPUS-programmet:

”(...) efter hvor hun er kommet ud af det her OPUS igen, så er vi ikke lige så meget inddraget i det længere, fordi nu er det ikke sådan, at familien bliver kontaktet, når der sker noget. Det er sådan...nu lever hun lidt for sig selv. Altså nu skal vi have det afvide igennem hende, hvis der sker noget nyt, agtigt” (Bilag 4).

Line og hendes familie oplevede dermed, at de mistede adgang til en strukturerede ramme og støtte fra det kommunale, hvor det har skabt en følelse af at være "efterladt på sidelinjen". For at koble det ind i et teoretisk perspektiv, kan det siges, at når et struktureret program såsom OPUS, ophører, forsvinder en vigtig del af mesosystemet, hvor samarbejdet mellem familie og behandlingssystem, ikke længere er i stand. Dette er med til at svække Line og hendes families rolle i Mettes mikrosystem, hvilket kan føre til, at både familien og Mette mangler en stabilitet og en støtte fra behandlingssystemet. Derfor kan det siges ud fra Lines ovenstående udsagn, af socialrådgiveren bør udvikle overgangsstrategier, som er med til at sikre, at pårørende - såsom Line og hendes familie - fortsat modtager støtte og vejledning, når formelle programmer, såsom OPUS, ophører. Programmer såsom ungestøtte, jf. Barnets Lov (herefter BAL) §§ 113-116 eller



rådgivningsmuligheder, som kan være med til at hjælpe med at opretholde forbindelsen i mesosystemet mellem pårørende og behandlingssystem (Harder & Nissen, 2011). Ydermere beskriver Line i interviewet, hvordan kapacitetsproblemer eller udfordringer påvirkede Mettes behandling og familien som pårørende:

"Og, og jeg vil også sige, at nu havde vi jo en behandler der lyttede, men om det er tilfældet hver gang, kan jeg jo ikke...altså det ved man jo ikke. Problemet er jo også meget at, at de ofte skifter behandler, og især når hun er indlagt, så er det jo alt efter hvem der er på vagt, som er den der er den behandlende læge og den person der skal tage stilling til, hvad der skal ske" (Bilag 4).

Med dette udsagn, understreger Line, at hun og hendes familie måtte selv tage initiativ til at få ændret Mettes medicinering og behandlingsmetode, hvilket skabte en ekstra belastning eller konflikt i mesosystemet. Både for familien og travlheden for det givne personale (Harder & Nissen, 2011). Med dette underbygger Kasper, hvordan ressourcestærke pårørende nogle gange kan stille høje krav til behandlingsstederne, hvilket kan være svært altid at imødekomme inden for nogle givne rammer: *"Og der kan vi, der kan der godt komme nogle konflikter og de konflikter bliver vi nødt til at kunne håndtere på en eller anden måde gennem det pårørende samarbejde vi har"* (Bilag 2). Med dette udsagn understreger Kasper, at Bourdieus kapitalteori hjælper med at forklare, hvordan ressourcestærke familier med høj social og kulturel kapital ofte er bedre i stand til 1) at udnytte systemet og 2) kræver mere støtte. Ud fra Bourdieus kapitalteori, påpeger Kasper, at familier uden samme omfang i deres kapitaler derimod kan opleve, at de bliver overset eller ikke har samme ressourcer til at engagere sig i borgerens behandling (Hutchinson & Oltedal, 2019). Ydermere understreger Kasper gennem udsagnet, at behandlingssystemet bør sikre, at mindre ressourcestærke familier får lige adgang til støtte, fx ved at tilbyde rådgivning. Samt vil det gavne, at socialrådgiveren bør ressourceprioritere, som skal have fokus på at håndtere komplekse situationer, men uden at marginalisere de familier, der har færre ressourcer til at kunne "råbe op".

6.5.1. Opsamling på udfordringer i systemet

Ud fra det ovenstående afsnit, fremhæver og understreger både Line og Kasper udfordringer ved systemet. Et er borgerens autonomi og lovgivning hertil. Line og Kasper ser begge udfordringer ved



lovgivningen og den til tider kan skabe begrænsninger i pårørendes adgang til information, hvilket herunder kan føre til en følelse af frustration, samt et svækket samarbejde med den enkelte borgers familie og netværk. Ydermere påpeger begge informanter, en manglende kontinuitet, når strukturerede programmer, herunder OPUS, ophører. Pårørende kan risikere at blive efterlade ofte uden støtte, hvilket kan svække deres rolle i borgerens netværk. Slutteligt mener begge informanter, at der er mangel på ressourcer. Hertil mener de, at behandlingssystemets begrænsninger lægger pres på både pårørende og fagpersonale, hvilket kan føre til en ulighed mellem ressourcestærke og mindre ressourcestærke familier. For at disse udfordringer kan blive taget hånd om, bør både socialrådgivere og behandlingssystemet samlet udvikle nogle klare og tydelige retningslinjer, samt dialogredskaber for at forklare bl.a. lovgivningens begrænsninger til støtten til de pårørende. Samtidig bør både socialrådgivere og behandlingssystemet skabe overgangsstrategier, som der er med til at sikrer kontinuitet i støtte og vejledning til pårørende efter formelle programmer ophører, som Line understreger tydeligt. Supplerende bør både socialrådgivere og behandlingssystemet prioritere i de ressourcer der er, såfremt at mindre ressourcestærke familier også kan få støtte og vejledning. Slutteligt bør både socialrådgivere og behandlingssystemet være med til at implementere konflikthåndteringsværktøjer og fokusere på en åben kommunikation mellem borgere, pårørende og behandlingssystem, således mesosystemet kan fungere, uden støre og alvorligere udfordringer og evt. konsekvenser af disse udfordringer.

6.6. Samlet opsamling

I dette afsnit, vil jeg opsamle på de 4 forrige afsnit under min analyse. Opsamlingen er med til at påpege, hvordan de forskellige afsnit belyser både de positive aspekter af samarbejdet og de udfordringer, som der skal håndteres for at skabe en helhedsorienteret indsats for borgeren, samt for deres netværk. De fire afsnit under analysen undersøger, hvordan kommunikation og samarbejde mellem borger, pårørende, behandlingssystem og socialrådgiver spiller en central rolle i det sociale arbejde. Samt hvordan det kan være positivt og negativt for den enkelte borgers mesosystem (Harder & Nissen, 2011). Gennem interviews med Kasper og Line samt en teoretisk forankring i Bronfenbrenners økologiske sytemteori og Bourdieus kapitalteori fremhæves og understreges der både styrker og udfordringer i dette samarbejde.



Det første der bliver undersøgt i min analyse er, at kommunikation og dialog er nøglen til tryghed og inddragelse for de pårørende. Kommunikation fremhæves af Line som en afgørende faktor for at skabe tryghed og struktur i samarbejdet i borgerens mesosystemet (Harder & Nissen, 2011). Line skildrer, hvordan at OPUS-programmets åbne og strukturerede kommunikation gav hende en oplevelse af, at hendes familie fik en større og bredere indsigt i Mettes behandling og dermed muliggjorde, at de kan være med til at støtte Mette bedre. Ydermere påpeger Kasper det centrale ved at inddrage pårørende, men påpeger samtidig, at borgerens autonomi og lovgivning kan være begrænsende, ift. hvor meget information der kan deles og hvor meget borgeren har lyst til at dele ud af. Hermed understreger Kasper, at balancen mellem borgerens selvbestemmelse og pårørendes behov for inddragelse er et centralt tema.

Det andet der bliver analyseret, er de udfordringer der er ved overgangen fra strukturerede rammer til ikke at være en del af et program. Når strukturerede programmer og rammer såsom OPUS ophører, sås Line beskriver, kan det føre til en oplevelse af tab af støtte og stabilitet. Line beskriver, at både borgeren og de pårørende kan få en oplevelse af dette tab. Line beskriver, hvordan hendes familie følte sig "efterladt på sidelinjen," da deres inddragelse ophørte efter Mettes afslutning i OPUS. Line belyser og understreger dermed et behov for overgangsstrategier, som sikrer, at pårørende får støtte og vejledning efter et endt program, og at forbindelsen mellem mikrosystemet og mesosystemet opretholdes (Harder & Nissen, 2011).

Ydermere bliver der i analyse afsnittene udformet, at der kan opstå kapacitetsproblemer, samt hvordan pårørendes rolle afspejler sig i disse udfordringer. Kapacitetsudfordringer i behandlingssystemet (herunder hyppige skift af behandlere), kan ifølge Line skabe både usikkerhed og frustration for både borgere og pårørende. Line understreger herunder, hvordan hendes familie selv måtte tage initiativ til at sikre ændringer i Mettes behandling, hvilket skabte en ekstra belastning i familiedynamikken. Kasper supplerer efterfølgende med, at han oplever gennem sit arbejde som leder på et højt specialiseret tilbud til borgere med autisme, at ressourcestærke pårørende og familier som ofte har større muligheder for at påvirke systemet. Med dette mener Kasper også, at dette også kan føre til konflikter, når de pårørendes forventninger ikke stemmer overens med systemets praksis.



Herudover ser Line og Kasper, at socialrådgivere har en centrale rolle, som skal både skulle kunne fungere som facilitator for dialogen i mesosystemet og som konfliktmægler mellem forskellige aktører. Heriblandt lægger både Line og Kasper vægt på, at socialrådgiveren skal kunne kommunikere både de juridiske rammer tydeligt til pårørende, samt at kunne balancere forventningerne for de pårørende, og yderligere støtte borgeren i at give informeret samtykke, hvor det er muligt. Derudover fremhæves behovet for at udvikle overgangsstrategier og rådgivning, som kan styrke samarbejdet på tværs af systemer.

Alle analysens afsnit er foretaget i en teoretiske ramme. Herunder er der blevet gjort brug af Bronfenbrenners økologiske systemteori, som bruges til at analysere, hvordan relationen mellem familien og behandlingssystemet (mesosystemet) påvirker borgerens trivsel. Når denne relation svækkes, som ved eks. manglende kommunikation, dialog eller kapacitetsproblemer, kan det have en negativ indflydelse på både borger og pårørende (Harder & Nissen, 2011). Ydermere er der i analyse afsnittet blevet gjort brug af Bourdieus kapitalteori (Hutchinson & Olstedal, 2019), som er med til at bidrage med en forståelse af, hvordan ressourcestærke familier med høj social og kulturel kapital kan navigere bedre i systemet, mens mindre ressourcestærke familier risikerer at blive marginaliseret (Koester & Frandsen, 2016). Dette fremhæver, er der en udfordring for socialrådgivere i at kunne sikre lige adgang til støtte for alle familier.

7. Diskussion

I diskussion fremhæver jeg, hvilke udfordringer som Line og Kasper understreger i interviewene, som der er eller kan opstå i mødet mellem socialrådgiveren, borgeren, de pårørende, samt evt. behandlingssystemet.

7.1. Mødet med socialrådgiveren og hvis vi taber den udsatte voksne?

Som socialrådgiver kan der være en fundamental udfordring i mødet mellem socialrådgiver, borger og pårørendes ønske og/eller behov for involvering i borgerens sagsbehandling (Harder & Nissen, 2011). Det mest væsentligste heri, er balancen mellem borgerens ret til selvbestemmelse, men også de pårørendes ønske om involvering. Herunder understreger Kasper, at lovgivningen er med til at skabe en naturlige grænse for, hvor meget pårørende kan inddrages: ”Så vi inddrager egentlig de



pårørende i det omfang, som vi kan indenfor ganske almindelige lovgivning” (Bilag 2). I sammenfletning med dette udsagn, fremfør Line, at hendes far følte sig nødsaget til at tage initiativ til at ændre medicineringen for Mette, da familien som helhed ikke følte sig hørt af systemet: ”Og der ender min far faktisk med at ringe ind og være sådan ”Prøv og hør. Hun har allerede alle bivirkninger på den medicin hun får, at du kan se, hvor træt hun er” (Bilag 4). Både Kasper og Line mener ifølge deres udsagn, at ifølge Bronfenbrenners økologiske systemteori, fungerer relationen mellem mikrosystemet og mesosystemet som en afgørende faktor for borgerens trivsel og hvordan samarbejdet kommer til at fungere. Når lovgivningen går ind og begrænser de pårørendes inddragelse, risikerer samarbejdet i mesosystemet at svækkes, da det kan påvirke borgerens trivsel i en negativ retning. Socialrådgiveren har dermed en stor og vigtig opgave i, at skulle forklare og klarlægge lovgivningens begrænsninger for de pårørende. Men på den anden side, bør socialrådgiveren samtidig arbejde for at kunne styrke borgerens autonomi gennem det informerede samtykke, så pårørende kan inddrages i det omfang, som borgeren ønsker. Det kan herunder være relevant, at socialrådgiveren kan fremme dialogen mellem borgeren og de pårørende, for netop at opnå en fælles forståelse af udfordringer og muligheder der er i samarbejdet. Eks. kan der udarbejdes en inddragelsesplan, hvor borgeren præciserer, hvilke aspekter af behandlingen som de ønsker, at familien skal eller ikke skal involveres i.

Ydermere pointerer Line og Kasper, at socialrådgiveren står over for en dobbelt udfordring, hvor de skal kunne navigere og arbejde i et system, hvor ressourcerne skal fordeles ligeligt og samtidig sikre, at alle familier behandles ligeværdigt. Herunder påpeger Kasper, at ressourcestærke familier kan være med til at dominere samtalerne og stille høje krav, både til den enkelte borger og behandlingsstedet. Hvorimod Kasper mener, at mindre ressourcestærke familier kan føle sig marginaliserede (Simonsen & Møhl, 2017). Kasper understreger herfor, at ressourcestærke pårørende ofte stiller høje krav, som behandlingssystemet kan have svært ved at imødekomme: ”Og der kan vi, der kan der godt komme nogle konflikter og de konflikter bliver vi nødt til at kunne håndtere på en eller anden måde gennem det pårørende samarbejde vi har” (Bilag 2). Med dette understreger Kasper ved brug af Bourdieus kapitalteori, at ressourcestærke familier har oftere en større social og kulturel kapital, hvilket giver dem bedre muligheder eller større chance for, at få deres behov hørt i behandlingssystemet. Mindre ressourcestærke familier kan derimod opleve, at



deres behov kan blive overset, fordi de ikke har samme evne til at navigere i systemet (Hutchinson & Oltedal, 2019). Samtidig mener Kasper med det førnævnte udsagn, at konflikter i dialogen med borgeren og de pårørende kan opstå, når pårørendes forventninger ikke stemmer overens med borgerens ønsker eller ikke stemmer overens med behandlingssystemets rammer. Hertil på nævner Line, at familien ofte følte sig nødsaget til at tage et ansvar for at sikre ændringer i Mettes behandlingen, hvilket skabte frustration og en følelse hos familien af, at de ikke blev inddraget efter OPUS-programmet. Både konflikterne og følelsen hos Line og hendes familien af, at ikke at blive inddraget efter OPUS-programmet og dermed kan ses som en konsekvens af en svækkelse i mesosystemet, hvor samarbejdet mellem familien og behandlingssystemet ikke fungerer optimalt. Hertil kan ressourcestærke familier med deres sociale og kulturelle kapital være med til, at forstærke de opstået konflikter ved, at stille krav, som systemet senere ikke kan opfylde, da der ikke er blevet foretaget en forventningsafstemning forinden. Derfor kan løsning være, at socialrådgiveren kan implementere en screeningsproces i starten af behandlingsprocessen, som der kan være med til at identificerer familier med mindre ressourcer og tilbyder dem en ekstra støtte. Samtidig kan socialrådgiveren være med til at skabe nogle retningslinjer for, hvordan ressourcer fordeles retfærdigt mellem de enkelte familier.

7.2. Det gode liv?

Når vi snakker og diskutere om, hvad ”et godt liv” er, er det både relevant og nødvendig at fastslå, hvad der er både af grundlæggende værdier der tillægges ”et godt liv”, samt hvilke principper der er med til at understøtte muligheden for at kunne leve et sådant liv. Til en definition af ”et godt liv” er Erik Allardts teori om ”at have, at elske og at være” en relevant ramme (Harder & Nissen, 2011). Allardt fremhæver, at ”det gode liv” ikke kun afhænger af materielle ressourcer (”at have”), men afhænger samtidig også af sociale relationer (”at elske”), samt yderligere afhænger det af muligheden for en selvrealisering (”at være”). Dette perspektiv er relevant for borgeren og de pårørende at kunne forstå, hvordan socialrådgivere kan arbejde for at styrke både den udsatte voksne med psykiske funktionsnedsættelser, men samtidig også deres pårørende og netværk.

Ifølge Allardt er ”at have” afgørende for at dække de basale behov. Det består herunder af en økonomisk sikkerhed og boligforhold, hvor ens bolig ens grundlæggende økonomiske



sikkerhedsnet. For nogle udsatte voksne i målgruppen, udgør denne mangel på de materielle rammer, en udfordring for at opnå ”et godt liv”. Her kan socialrådgivere spille en vigtig og central rolle i, at kunne sikre lige adgang til disse ressourcer gennem både de juridiske og politiske rammer. Men som nævnt, kan de materielle forhold (”At have”) ikke alene skabe ”et godt liv”, men de er med til at danne et grundlag for udvikling af andre dimensioner (Harder & Nissen, 2011).

Når man derimod fokusere på dimensionen af ”at elske”, fokuserer man på betydningen af sociale relationer og følelsen af, at man hører til i en relation (Harder & Nissen, 2011). Nogle udsatte voksne kan opleve en isolering, der forstærkes af stigmatisering og manglende netværk. Dette bliver særligt tydeligt, når Line påpeger gennem sine egne oplevelser som pårørende til en søster med skizofreni. Hun understreger, at hun og hendes familie blev inddraget gennem OPUS-programmet, hvor pårørende fik redskaber til at forstå og håndtere den psykiske funktionsnedsættelse. Hun fremhæver dog også, hvordan hun selv valgte en vis distance til dette program, for at kunne bevare relationen til sin søster, men på sine egne præmisser. Dette viser hermed, hvor vigtigt og centralt det er for socialrådgivere, at dette respekteres, hvor de forskellige niveau af engagement fra pårørende, og at der skabes fleksible rammer for deres inddragelse. Ydermere understreger Kaspers erfaringer som leder på et specialiseret botilbud, vigtigheden af at inddrage pårørende, især når der er eller opstår komplekse behov for både borgeren og de pårørende. Her fremhæver han, hvordan samarbejde med ressourcestærke familier kan styrke rehabiliteringsprocessen, men peger samtidig også på hvilke udfordringer der er ved at skulle balancere myndige borgers ret til selvbestemmelse, men med et ønske om pårørendeinddragelse. Dette er med til at demonstrere, hvordan dimensionen ”at elske” ofte kræver en fin balancegang mellem forskellige interesser og behov. De pårørende kan her spille en central rolle som både en ressource og men også en udfordring i borgerens behandling. Det er samtidig også med til at vise, hvordan at de pårørende ofte påtager sig et stort ansvar, som kan være givende, men som også kan lide en belastning for de pårørende. Socialrådgivere må derfor arbejde for at skabe en struktur, der både er med til at støtte de pårørende og samtidig anerkender deres behov for balance mellem engagement og selvomsorg.

Og slutteligt handler ”at være” om muligheden for borgerens selvrealisering, autonomi og at føle sig anerkendt som et helt menneske i sagsbehandlingen (Harder & Nissen, 2011). For nogle udsatte



voksne begrænses ”at være” af samfundets normer og institutionelle strukturer, der kan føre til en marginalisering af borgeren. Hertil definerer Line, hvordan hendes søsters sygdom var med til at påvirkede familiens dynamik, og hvordan det var nødvendigt at finde en balance mellem det, at kunne og skulle støtte i hendes søsters behandling, men samtidig også at kunne opnå en selvstændighed. På samme måde fastslår Kasper, hvordan fagprofessionelle nogle gange kan fokusere for meget på specifikke begreber - såsom rehabilitering - uden at tage højde for borgerens egne erfaringer og livshistorie. Dette understreger, at ikke alle borgere oplever en positiv indgang ved den recovery-orienteret rehabilitering tilgang, men det for nogle kan være gavnligt, hvor borgerens egne mål og ønsker står centralt. Gennem den recovery-orienterede tilgange kan socialrådgivere i samarbejde med borgeren og evt. pårørende, herunder arbejde på at styrke borgerens egen mulighed for at definere deres mål, ud fra deres givne behov og ønsker. Det kan ydermere være med til at skabe en tilværelse, som borgeren ser som meningsfuldt og som ”et godt liv”. Det indebærer herunder, at socialrådgivere kan facilitere og ”bygge bro” mellem borgerens egne drømme og de strukturelle rammer, hvor der kan skabes en dialog, som der kan være med til at muliggøre deres handlemuligheder (Social- og boligstyrelsen, 2019).

Under Erik Allardts teori, er det tydeligt, at de tre dimensioner ikke kan adskilles eller stå alene. Et godt liv kræver en balance mellem de materielle, sociale og eksistentielle aspekter, og socialrådgiverens arbejde bliver derfor en kompleks opgave, som der kræver både juridisk forståelse, etisk refleksion og praktisk handlekraft. Samtidig stiller de institutionelle og politiske rammer krav til fleksibilitet og tilpasning, så de bedre kan imødekomme borgernes behov. Sammenfattende viser diskussionen, at ”det gode liv” ikke kun er et individuelt ansvar, men afhænger af komplekse interaktioner mellem borgeren, pårørende, socialrådgivere og de institutionelle rammer. Erik Allardts fokus på ”at have, at elske og at være” giver en væsentlig forståelsesramme, som der kan styrke socialt arbejdes bidrag til at fremme livskvalitet og trivsel for udsatte voksne og deres pårørende.

8. Konklusion

Dette projekt har undersøgt, hvordan eller hvorvidt inddragelsen af pårørende påvirker eller spiller en rolle ift. kvaliteten af den støtte, som der ydes af socialrådgiveren til den eller de udsatte voksne



med psykiske funktionsnedsættelser. Gennem teori og empiriske undersøgelser (Kvalitative interviews) er det blevet klart, at pårørendes inddragelse kan have en betydelig positiv effekt på rehabiliteringsprocessen, men samtidig kan det også medføre udfordringer og unødvendige konflikter, for både de pårørende og det professionelle arbejde. Konklusionen er, at pårørendes inddragelse kan påvirke kvaliteten af støtten til voksne med psykiske funktionsnedsættelser positivt. Især når samarbejdet understøttes af klar kommunikation og respekt for borgerens selvbestemmelse. Dog kræver dette en bedre ressourcefordeling i den offentlige sektor for at sikre bæredygtige løsninger.

Det fremgår blandt de kvalitative interviews, at socialrådgiverens har en central rolle i, at skulle kunne balancere mellem hensynet til borgerens selvbestemmelse og de behov som pårørende har til støtte i borgerens behandling. Teorier såsom Bourdieus kapitalbegreb og Bronfenbrenners økologiske sytemteori har vist sig nyttige til at forstå de sociale dynamikker og de strukturelle barrierer, der præger arbejdet med denne målgruppe. Samtidig har den recovery-orienterede tilgang understreget betydningen af, at møde borgeren med respekt for deres subjektive mål og behov.

De kvalitative indsamlet empiri indikerer, at kvaliteten for indsatserne for borgeren, skal afhænge af et tæt samarbejde mellem borger, pårørende og socialrådgiver. Herunder understreger begge informanter med deres erfaringer, at inddragelsen af pårørende kræver en individuel tilpasning og gensidig tillid. Men at der samtidig også skal være nogle klare rammer for, hvornår og hvordan pårørende bør eller kan blive involveret og inddraget i borgerens behandling, hvis dette ses som en positiv ressource for borgeren. Derudover er det samtidig tydeligt, at ressourcemangel i den offentlige sektor og manglende viden om pårørendes kapacitet, kan skabe udfordringer for et succesfuldt samarbejde for borgeren.

Mine resultater viser, at inddragelsen af pårørende kan forbedre rehabiliteringsforløbet for borgeren, hvilket stemmer overens med VIVE-rapporten (2024), der fremhæver værdien af netværksbaseret støtte. Dog peger mine fund også på, at ressourcemangel i det offentlige system forhindrer optimal udnyttelse af denne støtte.



Samlet set viser resultaterne i mig projekt, at ved en helhedsorienteret indsats, ved at inkluderer og inddrage de pårørende, kan være med til at styrke rehabiliteringsindsatsen og forbedre livskvaliteten for borgeren og de pårørende. Dette kræver herunder, at socialrådgiveren er og skal være opmærksomme på de juridiske og etiske rammer, der sikrer borgerens rettigheder. Og samtidig skal de pårørende være indforstået med de juridiske og etiske rammer, således der ikke opstår konflikter eller udfordringer, hvis ikke de er indforstået med disse rammer, som socialrådgiveren arbejder under.

Slutteligt kan det herfor konkluderes ud fra projektet, at socialrådgiveren har en central og relevant rolle for samarbejdet mellem borger og pårørende. Socialrådgiveren skal kunne balancere hensynet til borgerens selvbestemmelse og rettigheder ifm. inddragelsen af de pårørende. Socialrådgiveren skal herfor vise hensyn og respekterer både borgerens og de pårørendes behov. Samtidig er det essentielle, at socialrådgiveren har indsigt i de juridiske rammer og anvender en helhedsorienteret tilgang baseret på tillid, kommunikation og forståelse for både borgerens og de pårørendes perspektiver. Ud fra projektets undersøgelse, kan det være en klar anbefaling, at socialrådgiveren arbejder med en fælles arbejdsmetode, for at kunne inddrage de pårørende, som er individuelt tilpasset til de pårørende. Dette kan herunder bestå af:

- At skabe klare individuelle aftaler og rammer for de pårørendes rolle i rehabiliteringsprocessen.
- At kommunerne kan styrke den psykosociale støtte til både borger, samt for de pårørende for at reducere en evt. stressbelastning og/eller en følelsesmæssige belastning.
- At socialrådgiveren kan indføre regelmæssige dialogmøder med pårørende for at skabe en fælles forståelse af rehabiliteringsmålene, hvor anvendelsen af den recovery-orienterede rehabilitering, kan anerkende borgerens egne individuelle håb, mål og drømme. Men yderligere, at pårørende også støttes i at bidrage uden at blive overbelastet i sin egen deltagelse i processen og behandlingen af den enkelte borger.
- At øge vidensgrundlaget generelt, om, hvordan man bedst kan inddrage de pårørende på et individuelt plan, som kan ske gennem både praksis og forskning.



Arbejdsmetoderne kan herunder udvikles gennem kurser eller uddannelse for socialrådgivere i, at kunne samarbejde med pårørende. Her skal der ske en udvikling af retningslinjerne for pårørendes inddragelse, således alle fagpersoner arbejder under de samme retningslinjer for pårørendes inddragelse.

Resultaterne fra dette projekt viser hermed, at pårørende bedst inddrages gennem dialog, forståelse for deres ressourcer, samt en holistisk tilgang, som der er med til at balancerer borgerens behov og selvbestemmelse. Dette er med til at fremme rehabiliteringsprocessen, når de pårørende oplever sig som en ressource frem for at være en udfordring. Projekts resultater kan ydermere anvendes som et værktøj for socialrådgivere til at forbedre kommunikationen og samarbejdet mellem borger, pårørende og fagpersoner. Det kan samtidig være med til at sikre en bedre forståelse af borgerens livssituation og inddrage pårørende på en måde, der bidrager til helhedsorienterede løsninger, men at det samtidig sker på et individuelt niveau. Slutteligt kan resultaterne bruges i praksis ved at være med til at opbygge en tillidsbaserede relation mellem borgeren, de pårørende og socialrådgiveren. Er kan socialrådgiveren inddrage både borgerens og de pårørendes perspektiver aktivt i beslutningsprocessen. Projektets undersøgelse viser hermed, at pårørende kan være en ressource i rehabiliteringsprocessen, men kun når samarbejdet bygger på respekt for borgerens og pårørendes grænser og ressourcer. Socialrådgivere spiller en central rolle i at skabe dette samarbejde, men det kræver klare rammer og støtte fra det offentlige system.



9. Litteraturliste

Andersen, T., Blom, A., & Dahl, B. H. (2013). *Livet med en kronisk sygdom - et samfunds- og sundhedsfagligt perspektiv* (1. udg.). København: Gads Forlag.

Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2020). *Kvalitative metoder - En grundbog*. (3. udg.). København: Hans Reitzels Forlag

Bundesen, P., Christensen, A. B., & Rasmussen, T. (2015). *Sociale problemer* (1. udg.). København: Hans Reitzels Forlag.

Christensen, M., Jørgensen, R. E., Lysen, N. H., & Rosenberg, C. (2021). *Videnskabsteori og socialt arbejde*. (1. udg.). København: Hans Reitzels Forlag.

Dansk socialrådgiverforening. (2011). Professionsetik. Hentet fra Dansk socialrådgiverforening d. 24. november 2024:
<https://socialraadgiverne.dk/wp-content/uploads/2017/05/2011-Professionsetik.pdf>

Danmarks Riges Grundlov (Grundloven) (* 1), lov nr. 169 af 5/6 1953 om Grundloven

Engen, M., Østergaard, P., Svensson, C. F., & Nielsen, V. B. (2022). *Problembaserede undersøgelser - På Socialrådgiveruddannelsen*. (1. udg.). København: Hans Reitzels Forlag.

Foged, S. K., Hansen, H.P., Houlberg, K., Pedersen, L. B., & Darger, M. (2024). *Kommunernes ressourceforbrug og økonomisk styring på socialområdet*. København: VIVE.

Gooseman, B. (2009). *Stigma - Om afvigerens sociale identitet*. (2. udg.). Frederiksberg C: Samfundslitteratur.



Harder, M., & Nissen, M., A. (2011). *Helhedssyn i socialt arbejde*. (1. udg.). København: Hans Reitzels Forlag.

Harder, M., & Nissen, M., A. (2015). *Socialt arbejde i en foranderlig verden*. (1. udg.). København: Hans Reitzels Forlag.

Henriksen, K. (2015). *Metodisk tilgang i socialt arbejde*. (1. udg.). København: Hans Reitzels Forlag.

Hutchinson, G. S., & Oltedal, L. (2019). *Teoretiske perspektiver i socialt arbejde*. (1. udg.). København: Hans Reitzels Forlag.

Ingemann, J. H., Kjeldsen, L. Nørup, I., & Rasmussen, S. (2018). *Kvalitative undersøgelser i praksis - viden om mennesker og samfund*. (1. udg.). Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Institut for menneskerettigheder, handicapkonventionen (25 september 2024). *FN's Konvention om Rettigheder for Personer med Handicap*.
<https://menneskeret.dk/monitorering/internationale-rapporter/menneskerettighedskonventioner/handicapkonventionen#Pr%C3%A6g>

Jensen, L., Petersen, L. & Stokholm, G. (2007). *Rehabilitering teori og praksis*. (1. udg.) København: Faglitterat forlaget.

Johansen, M., B., Aarhus, R., Kass, E., D., Fischer, R., H., & Madsen, M., H. (2024). *At være pårørende i Danmark*. Hentet fra VIVE d. 17. september 2024:
<https://www.vive.dk/da/udgivelser/at-vaere-paaroerende-i-danmark-rv74poov/>

Koester, T., & Frandsen, K. (2016). *Introduktion til Psykologi*. (3. udg.). Frederiksberg C: Frydenlund.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Interview - Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*.

(3. udg.). København: Hans Reitzels Forlag.

Lov om Barnet (Barnets lov), lov nr. 721 af 13/6 2023 om Barnets lov, jf. LBK nr. 890 af 19/6 2024, som senest ændret med lov nr. 665 af 11/6 2024

Lov om borgerlig straffelov (straffeloven), lov nr. 127 af 15/4 1930 om borgerlig straffelov, jf. LBK nr. 434 af 25/4 2024 som senest ændret med lov nr. 665 af 11/6 2024

Lov om offentlighed i forvaltningen (forvaltningsloven), lov nr. 571 af 19/12 1985 om forvaltning, jf. LBK nr. 433 af 22/4 2014 som senest ændret med lov nr. 655 af 11/6 2024

Lov om retssikkerhed og administration på det sociale område (Retssikkerhedsloven), lov nr. 453 af 10/6 1997 om retssikkerhed og administration på det sociale område, jf. LBK nr. 261 af 13/3 2024 som senest ændret med lov nr. 680 af 11/6 2024

Lov om social service (serviceloven), lov nr. 573 af 24/6 2005 om social service, jf. LBK nr. 909 af 3/7 2024, som senest ændret med lov nr. 680 af 11/6 2024

Lov om sundhed (sundhedsloven), lov nr. 546 af 24/06/2005 om sundhed, jf. LBK nr. 1015 af 5/9 2024, som senest ændret med lov nr. 1779 af 28/12 2023

Navne, L. E., & Frøslev-Thomsen, J. (1. April 2022). *Indsatser til voksne pårørende på socialområdet*.

Hentet fra VIVE d. 24. oktober 2024:

<https://www.vive.dk/da/udgivelser/indsatser-til-voksne-paaroerende-paa-socialomraadet-2z164nvj/>

Psykatri, B. (u.d.). *Så mange er syge*. Hentet fra Bedre Psykiatri d. 20. september 2024:

<https://bedrepsykiatri.dk/viden/behandlingspsykiatrien/>



Psykiastrifonden. (u.d.). *Forekomst af psykisk sygdom*. Hentet fra Psykiastrifonden d. 4. oktober 2023:

<https://psykiastrifonden.dk/viden/fakta-forskning/tal-fakta-om-psykisk-sygdom-danmark-2023/forekomst-psykisk-sygdom#oversigt>

Region Midtjylland, Psykiatrien i Region Midtjylland - til patienter og pårørende (30. december 2024). *Velkommen til OPUS - et behandlingstilbud til mennesker med skizofreni*.

<https://www.psykiatrien.rm.dk/undersogelse-og-behandling/patientvejledninger/afdelinger/afdeling-for-psykoser/velkommen-til-opus-afdeling-for-psykoser/>

Simonsen, E., & Møhl, B. (red.). (2017). *Grundbog i psykiatri*. (2. udg.) København: Hans Reitzels Forlag.

Social- og boligstyrelsen. (27. September 2019). *Recovery og rehabilitering*. Hentet d. 3. november 2024: <https://www.sbst.dk/nyheder/2019/recovery-og-rehabilitering>

Social- og integrationsministeriet og KL. (2013). *Voksenudredningsmetoden - metodehåndbog*. Odense: Socialstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen. (20. December 2021). *Stadigt færre mister livet*. Hentet d. 10. November 2024: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/nyheder/2021/faerre-mister-livet-201221>

Witte-Holmberg, R., Graff, L., & Olsen, L. (23. Juni 2017). *Forebyggelse i et handicapperspektiv*. Hentet fra VIVE d. 23. November 2024: <https://www.vive.dk/da/udgivelser/forebyggelse-i-et-handicapperspektiv-qz56bnx8/>

10. Bilag

Bilag 1: Interviewguide til informant 1

Bilag 2: Transskribering af interview med informant 1



AALBORG UNIVERSITET
Socialrådgiveruddannelsen

Bilag 3: Interviewguide til informant 2

Bilag 4: Transskribering af interview med informant 2

Bilag 5: Eksempel på mine samtykkeerklæring