



"FØRSTE FORSØG". Installation of Tine Rask Eriksen

# Behandlingspsykiatri og socialpsykiatri

- *potato potato*

Af Anne Petersen

I Danmark har vi behandlingspsykiatrien, der drives af regionerne, og socialpsykiatrien, der drives af kommunerne. Hver især skal de hjælpe borgere, der har psykiske problemer til at klare livet bedre. Så langt, så godt.

Men – der er malurt i bægeret. Det diskuteres ofte, at medarbejderne i de to former for psykiatri har forskellige og uforenelige tilgange, selvom det er meningen at de skal supplere hinanden. Det gør borgerne til kasterbolde mellem forskellige indsatser, der ikke fokuserer på det rigtige, eller ikke fokuserer på det længe nok til, at indsatsen for alvor gør en forskel for borgeren. Lyder argumenterne blandt andet.

Jeg vil i denne artikel stille spørgsmålstejn ved, om tilgangene i virkeligheden er så forskellige, eller om de måske er for ens. Det, håber jeg, vil få læseren til at reflektere over, om psykiatriområdet er organiseret på den rigtige måde. Og – hvis refleksionerne leder til den konklusion, at forandringer er velkomne – til at reflektere over, hvordan der kan skabes forandringer, der går dybere end blot ændrede ord.

Argumenterne i artiklen baserer sig på et halvt års feltarbejde i to enheder på et socialpsykiatrisk bosted (Bostedet), samt i en psykiatrisk skadestue (Skadestuen) og et lukket afsnit (Den Lukkede) på et behandlingspsykiatrisk hospital (Hospitalet). Feltarbejdet er en del af en ph.d., jeg skriver med tilknytning til forskningsenheden i Københavns Kommunes Socialforvaltning og Copenhagen Business School. Før ph.d'en arbejdede jeg som udviklingskonsulent i socialpsykiatrien, og i rollerne som deltagerobservatør og konsulent har jeg som udefrakommende fået indblik i, hvordan hverdagen praktiseres i de to organisationer.

## ER TILGANGENE FORSKELLIGE – OVERORDNET?

Både de socialpsykiatriske bosteder og de behandlingspsykiatriske hospitaler er opholds- og arbejdssteder. Brugernes opholder sig der 'døgnet rundt' i kortere eller længere perioder, uagtet om man kalder det at være indlagt eller at bo der. Medarbejderne er der i vagtskifte; ansat til at varetage opgaver i forhold til brugerne. For organisationerne har officielle mål, der definerer, hvorfor de er til. Heri defineres bl.a. målet med brugernes ophold.

Målene er defineret i lovgivningen indenfor området såvel som i de enkelte organisationers egne strategipapirer, visioner og missioner (Indenrigs- og Sundhedsministeriet (A) 2010; Indenrigs- og Sundhedsministeriet (B) 2010; Regeringen 2009; Region Hovedstaden 2007; Socialforvaltningen 2008; Socialministeriet 2011). Et kig på målene viser ligheder mellem organisationerne, som at arbejde for at brugeren skal have en så normal tilværelse som muligt; recovery; brugerinddragelse og samarbejde både mellem brugere og professionelle, men også professionelle imellem fra de to sektorer.

Begge organisationer arbejder aktivt med at nå disse mål gennem værktøjer som 'handleplaner', som lokalt kan have forskellige navne såsom 'personlig plan', 'journal', 'plejeplan' eller 'beboermappe'. Handleplanerne udarbejdes i et samarbejde mellem bruger og personale. Til en vis grænse i hvert fald, for i de organisationer hvor jeg har været, har medarbejderen en prædefineret pligt til at definere indsatsområder inden for visse af brugernes livsdomæner, uanset om brugerne ønsker det. Medarbejderne er med andre ord ansat til at bruge deres faglige viden til at vurdere, hvad brugerne har brug for, for at deres ophold understøtter, at de kan komme sig og leve så normal en tilværelse som muligt. Måske er brugerne ikke enige i medarbejdernes vurdering, men det ændrer ikke ved medarbejdernes pligt til at dokumentere og motivere brugerne til dét, som medarbejderne vurderer, sandsynligvis vil gavne brugeren.

I Københavns Kommune er det f.eks. indbygget i handleplanerne, at medarbejderne skal forholde sig til brugernes rengøringsniveau, hygiejneforhold og misbrug. I Region Hovedstaden indebærer journaloptagelsen f.eks., at medarbejderne indenfor det første døgn skal have formuleret tre indsatsområder for patienten. Et typisk eksempel er medicineringen, hvor lægen og det øvrige personale kan have en plan, som

patienten ikke er enig i. Planen kan realiseres gennem motivering og forhandling med patienten eller i sidste ende, hvis det skønnes nødvendigt, gennem en tvangsforanstaltning.

I forhold til medicinen træder samarbejdsfladen mellem social- og behandlingspsykiatrien frem: Når medarbejderne på Bostedet arbejdede for at få en bruger indlagt, var det ofte fordi brugeren var stoppet med at tage sin medicin, symptomerne var blusset op, og medarbejderne vurderede, at det ville være bedst for brugeren at blive indlagt og medicinsk stabiliseret igen. Denne dagsorden fulgte Hospitalet op, da de definerede medicinering som deres primære arbejdsredskab og således udarbejdede indsatsområder for dette.

Et andet typisk indsatsområde ved indlæggelse matcher socialpsykiatriens prædefinerede indsatsområde på hygiejne. Uden at være aftalt mellem medarbejderne i de forskellige organisationer, bliver det medarbejdernes mål, at patienten kommer i bad.

På den måde kan social- og behandlingspsykiatrien meget vel være enige om indsatsområderne på det overordnede plan såvel som i forhold til konkrete brugere.

## ER TILGANGENE FORSKELLIGE – I PRAKSIS?

Først et blik på hvordan medarbejderne i de to sektorer ser hinanden. Under feltarbejdet spurgte jeg medarbejdere, hvordan de forestiller sig, medarbejderne i 'den anden sektor' arbejder. Forestillingerne tager form som fordomme, der kort opridset betegner medarbejderne i socialpsykiatrien som "søde", havende "gode intentioner" men "deres kvalifikationer er ikke helt store nok". Medarbejderne i behandlingspsykiatrien betragtes ikke i samme omfang som inkompetente, men i højere grad som virkelighedsfjerne. De forstår ikke, at deres patienter er borgere 'i den virkelige verden', og at det derfor ikke er nok at symptombehandle dem medicinsk, for derefter at udskrive dem før de er stabiliserede og motiverede for at fortsætte behandlingen.

Skal man tro medarbejdernes fordomme om hinanden, vil man altså groft opridset blive behandlet inkompetent i socialpsykiatrien, mens man i behandlingspsykiatrien vil blive behandlet upersonligt.

Gennem mit feltarbejde har jeg observeret medarbejdernes bevægelser i deres arbejdsdag, og giver i figur A en illustration af medarbej-

dernes bevægelser, når de møder ind om morgenen. Figur B giver et overblik over medarbejdernes handlinger, når de vælger at forlade kontoret for at gå ud i 'enheden', dvs. fællesarealerne eller ind på brugernes værelse. Figurerne dækker både Bostedet og Hospitalsafsnittene, for medarbejdernes bevægelser er faktisk de samme, uanset om de er på Bostedet eller Hospitalet. Organisationerne er i høj grad ens opbygget, med f.eks. kontorer og depoter, hvor kun medarbejdere har adgang, tv-stuer og spisekøkkener der er fælles for medarbejdere og brugere, og endelig brugernes værelser, hvor brugerne kan trække sig tilbage og i høj grad regulere, hvem der har adgang.

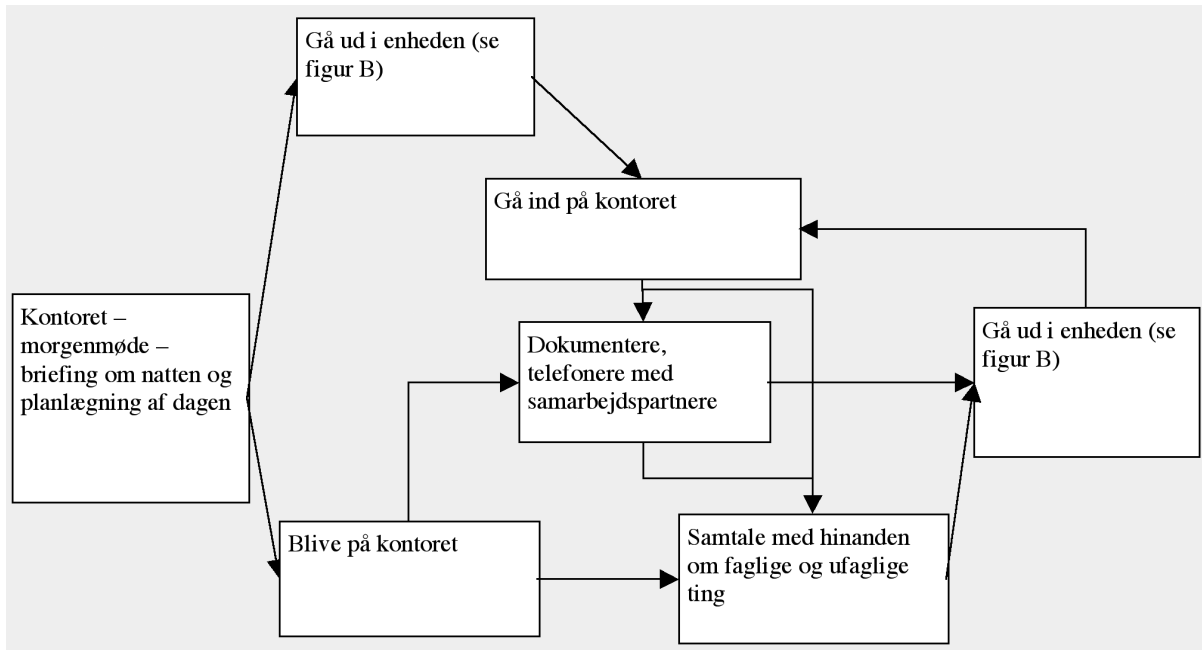
Når medarbejderne møder ind om morgenen, er der en medarbejdersamling, hvor man overleverer viden til hinanden og fordeler arbejdsopgaver. Her kommer et skel mellem "kan- og skal-opgaver" til verden, for hverdagen består af en mængde opgaver, der ikke kan vælges fra. Brugernes medicin skal klargøres og udleveres, der er personlige hygiejneopgaver, der skal varetages for bestemte brugere, der er nogen der skal til behandling og som skal følges af en medarbejder, handlingerne skal dokumenteres og der er måltider, der skal forberedes. Kan-opgaverne kan være at gå en tur med en bruger, spille et spil, eller at tilbyde en fællesaktivitet til brugerne, f.eks. bordtennis eller at se tv sammen i den fælles tv-stue.

Skellet mellem skal- og kan-opgaverne kan også ses som et skel mellem, hvad medarbejderne opfatter som et undergravende bureaukrati – f.eks. et dokumentationskrav der kun fungerer som kontrol af medarbejderne, og dermed ikke tjener formålet med brugeren – og hvad medarbejderne ser som havende et rehabiliterende potentiale. Rehabiliterende potentiale findes f.eks. i at opbygge en god relation til brugeren, fordi en god relation vil give gode muligheder for at arbejde med brugerens bedring. De undergravende skal-opgaver kan både undergrave ved at stjæle tid fra kan-opgaverne eller direkte modarbejde dem, som hvis de f.eks. bliver relationsnedbrydende. Det kan være i tilfælde, hvor brugeren ikke har samme opfattelse som medarbejderen af, om noget skal være et indsatsområde, men hvor medarbejderen er nødt til at arbejde med området, fordi det er et prædefineret indsatsområde. Mens skal-opgaverne i begge sektorer blev opfattet som tidsrøvere, var det primært i socialpsykiatrien, at skal-opgaverne blev opfattet som potentielle trusler for relationen.

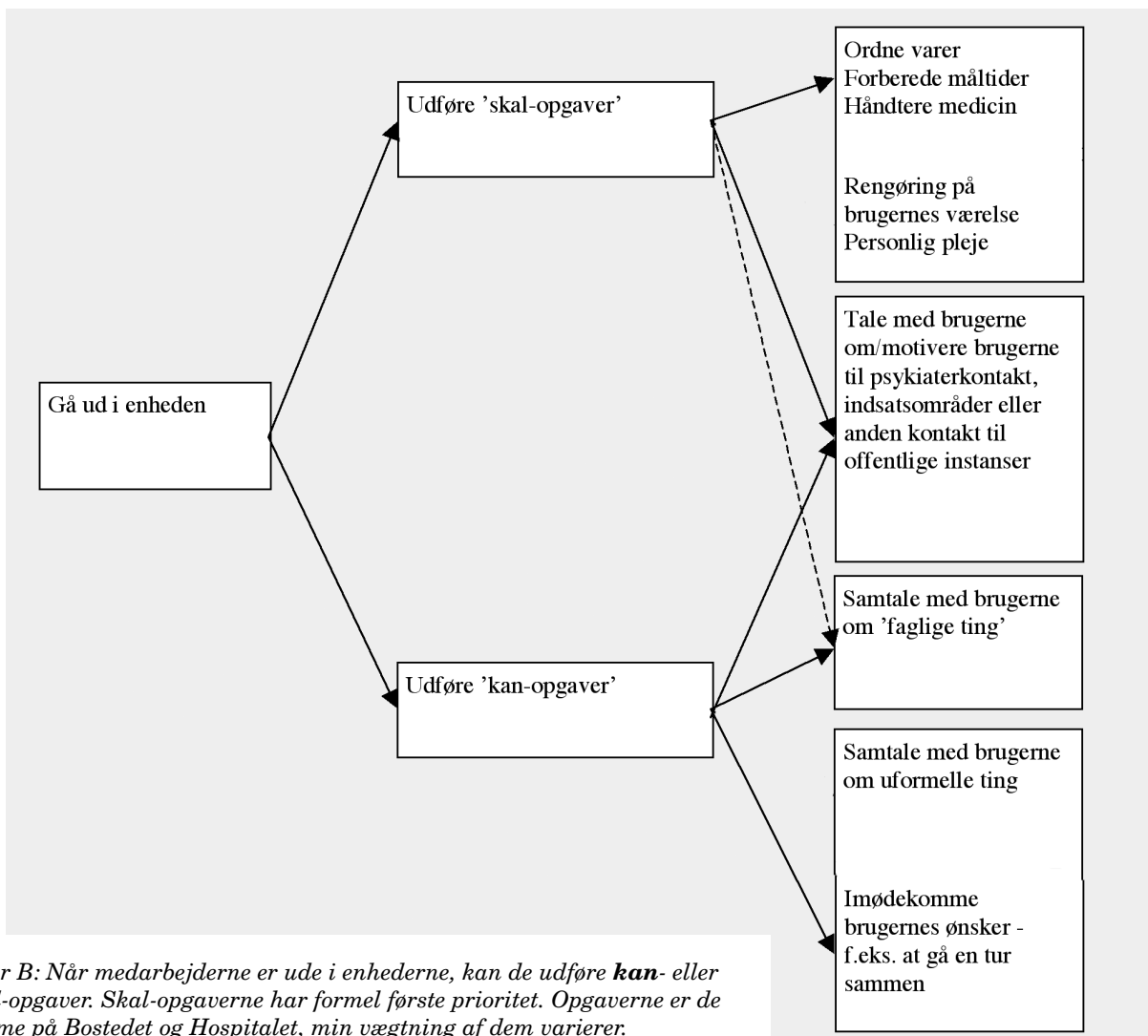
Opgaverne skaber en bevægelse ud og ind af kontoret, og ud og ind af samtaler med hinanden og brugerne. Kontoret bliver den base, hvor medarbejderne kan trække sig tilbage, og have rum og ro til dokumentationen, den faglige samtale og den personlige samtale med hinanden. Brugere har nemlig i begge sektorer formelt ikke adgang til kontoret. Derfor kan man sige til brugerne, at de skal gå ud, hvis de træder ind i kontoret, og man kan lukke døren, så de ikke kan komme ind.

Bevægelsen ud og ind af kontoret afbrydes af dagens faste måltider. Hvordan medarbejderne griber måltiderne an varierer snarere indenfor organisationerne end mellem organisationerne: I de enheder hvor jeg foretog feltarbejde, var der to enheder, én på Bostedet og én på Hospitalet, hvor medarbejderne spiste sammen med brugerne, og to enheder, igen én på Bostedet og én på Hospitalet, hvor medarbejderne spiste med hinanden således, at de var synlige for brugerne, men på en måde hvor brugerne ikke kunne tage del i samværet. Enhederne, der spiste sammen med brugerne, gjorde det ud fra overvejelser om ligestilling, opbygning af en god relation og tanker om menneskelig etik. I enhederne hvor kollegaerne spiste med hinanden og forsøgte at mindske forstyrrelser fra brugerne under måltidet, gjorde de det ud fra overvejelser om, at hvis medarbejderne ikke har et frirum fra den verden af "sindssyge" der omgiver dem, vil de blive drænet for psykisk og fysisk energi. Uden måltidet som kollegialt frirum i hverdagen, ville det ikke være muligt for medarbejderne at levere en god faglig indsats den øvrige del af dagen, fortalte de. Medarbejdere på tværs af alle enhederne delte samme type tanker om ligestilling og vigtigheden af en god relation, men alligevel blev måltidet omsat til meget forskellige sociale situationer i de forskellige enheder. På den måde forekom værdier omsat i det praktiske arbejde mere bundet til lokale kulturer indenfor organisationerne end til om organisationen var en del af social- eller behandlingspsykiatrien.

Medarbejderne i de forskellige organisationer har altså samme handlemønster: en vekslen mellem at være på kontoret og i enheden. En vekslen mellem at udføre fagligt arbejde eller samtale kollegialt med hinanden på kontoret. En vekslen mellem at udføre kan- og skal-opgaver ude i enheden. Det var således ikke tydelige sektorforskelle i faktiske hand-



Figur A: Medarbejdernes bevægelser fra de møder ind om morgenen. Det er samme bevægelsesmønster på Bosted og Hospitalet.



Figur B: Når medarbejderne er ude i enhederne, kan de udføre **kan-** eller **skal-**opgaver. Skal-opgaverne har formel første prioritet. Opgaverne er de samme på Bostedet og Hospitalet, min vægtning af dem varierer.

linger, der kunne forklare hvorfor medarbejderne opfattede sig selv som afgørende forskellige fra den anden sektor.

## ER TANKERNE OM ARBEJDET FORSKELLIGE?

I interviews med medarbejderne bad jeg dem fortælle, hvad der var formålet med deres arbejde, og hvordan de arbejdede med det. På Hospitalet<sup>1)</sup> beskrev medarbejderne deres arbejde som værende akut behandling, typisk i form af diagnosticering og stabilisering ved medicinering. På den måde kredsede mange af medarbejdernes aktiviteter om medicinering og at motivere brugerne til at tage deres medicin. Medicinering blev af medarbejderne på Hospitalet anset som en nødvendighed for, at brugerne kan få det bedre, og på den måde er medicinering en meningsfuld skal-opgave. I forhold til den enkelte patient kunne medicineringen omfatte at finde ud af, hvad der er det rigtige præparat til brugeren, finde den rette dosis, såvel som at skabe ro ved brug af beroligende medikamenter. I forlængelse af dette ligger motiveringsarbejdet, dvs. at få skabt en forståelse hos brugeren om, at medicinen hjælper, og at han eller hun derfor skal tage den som ordineret. Medarbejdernes opgaver blev formet af denne forståelse, og det var en gennemgående opgave at observere brugerne og formidle videre til psykiateren, hvordan patienten fungerede i afsnittet med en given medicinering. Udover medicineringen talte medarbejderne om motion, samtale, opbygning af en god relation, at rumme patienterne, at styrke deres jeg, og at lære at forstå og kontrollere deres symptomer gennem psykoedukation, som tilgange til arbejdet. Disse tilgange understøttede eller supplerede alle medicineringen, ligesom man gennem tilgangene kunne observere patienten og derudfra vurdere, hvordan han eller hun fungerer på en given medicin.

Medicinering var på Bostedet en skal-opgave, hvis meningsfuldhed varierede blandt medarbejderne. Nogle anså det, ligesom medarbejderne på Hospitalet, som en nødvendighed for brugernes mulighed for at fungere i hverdagen. Andre opfattede medicineringen som noget, der i akutte perioder kan være en nødvendighed, men som ved længere tids brug invaliderer brugerne på grund af bivirkninger såvel som virkninger. Dette gjorde samarbejdet med psykiaterne særligt sårbart, fordi medarbejderne oplevede, at psykiaterne har magten til at bestem-

me, hvordan brugerne skal medicineres, og at de generelt modsætter sig at nedregulere medicineringen.

Medarbejderne på Bostedet beskrev formålet med deres arbejde som at give brugerne et frirum, hvor de kan arbejde med deres recovery-proces. Derfor bliver medarbejdernes arbejde at understøtte brugernes recoveryproces, og dermed definerede de deres arbejde som recovery-orienteret. Medarbejderne beskrev recovery-orienteret arbejde som dét at arbejde med brugernes forståelse af sig selv, deres ressourcer og at tage udgangspunkt i, hvad brugeren er motiveret for. En medarbejder udtrykker det således:

”Det jeg bruger med recovery, det er, at folk skal være fortrolige med, at de har nogle begrænsninger, men samtidig at forandringspotentialet ligger i deres ressourcer. (...) Så der hvor jeg tænker på recovery, det er, at man bliver fortrolig med sin sygdom og kender den. Og samtidig bliver fortrolig med den raske del og kan sige ’hvad søren skal den bruges til’. For jo mere man bruger den raske del, des mindre vil den syge del fylde”. [Pædagog ansat på det socialpsykiatriske Bosted]

Fordi brugeren ikke nødvendigvis er motiveret for de prædefinerede indsatsområder som rengøring, hygiejne og misbrugsbehandling, kan disse skal-opgaver være skadelige for relationen. Med skal-opgaverne kommer recoveryorienteringen til at balancere mellem den gode relation, brugerens motivation og det at stille krav til brugeren om noget, vedkommende ikke er motiveret for. Det bliver også en balancering mellem værdien ’brugerens selvbestemmelse’ og værdier om, at organisationen skal drage omsorg for brugernes rengøringsniveau og hygiejniske tilstand, samt nedbringelse af misbrug.

Jeg vender et kort øjeblik tilbage til Hospitalet, for her kendes recoverybegrebet også. Generelt opfattede medarbejderne ikke recovery som specielt relevant for deres arbejde, fordi deres kontakt med brugerne var i forholdsvis korte intervaller, og derfor kunne de ikke arbejde med en langstrakt recoveryproces. Derudover er der stor forskel på, hvordan recoverybegrebet opfattes. En medarbejder forklarede recovery som symbolet på forandringen fra en kronicitetsforståelse til en tro på, at brugerne kan komme sig:

”(...) hvor man nu meget mere taler om, at man kan lære at leve med det [sindslidelsen,

red.]. Nogen kan måske helt blive fri for symptomer, og andre kan i hvert fald lære at leve med de symptomer, de har, så de kan hjælpe sig selv bedst muligt, og få noget hjælp til ligesom at tackle det, sådan at man ikke nødvendigvis skal have pension og det var det, det løb er bare kørt, men at der hele tiden bliver taget stilling til, at det bliver taget op på ny: er der sket nogen ændringer? At man ligesom arbejder med, at det i hvert fald er noget, der kan ændre sig, det er ikke bare en livslang tilstand.” [Sygeplejerske ansat i Skadestuen]

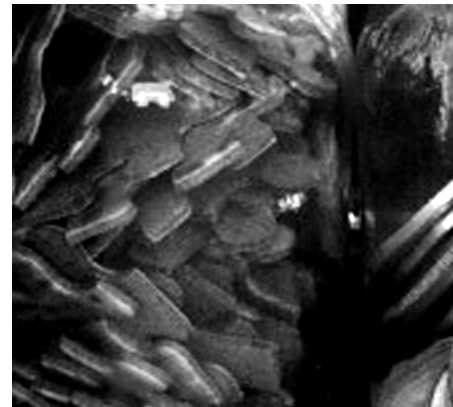
Mens denne medarbejder opfattede recovery som en proces, hvor brugeren får det bedre, og hvor det er medarbejdernes ansvar kontinuerligt at forholde sig til brugerens situation, forstod en anden medarbejder recovery som et redskab, medarbejderne bruger til at vurdere, om brugerne er i bedring, og om de evt. er kommet sig:

”Der er nogle klare kriterier stillet op for recovery, for hvor god man skal være, altså kriterier man skal opfylde for at være i recovery, ik’. (...) det er sådan noget; hvordan man skal klare sig til hverdag, at man kan leve alene og hvordan man klarer dagligdagens gøremål og sådan noget. Så afhænger det lidt af den der gaf-skala, den bruger man så vidt, at man skal have over 69 point eller højere, plus man skal kunne klare sig. Kan man klare sådan nogle kriterier, så er man i recovery, kan man sige. Så recovery er ikke det samme som, at man er fuldstændig rask, det betyder bare, at man har det så godt, at man kan fungere på et vist niveau ik’. Men det er ikke sådan at forstå, at man kan få patienterne til at være sådan fuldstændig raske og symptomfrie, det er det ikke.” [Læge ansat på Hospitalet]

Disse to definitioner af recovery af medarbejdere i samme organisation, indebærer at medarbejderne vil arbejde meget forskelligt, hvis de beslutter, at de skal arbejde recoveryorienteret. Sygeplejersken vil forholde sig til brugerens umiddelbare livssituation og fokusere på brugerens mestring af livet som en helhed, mens lægen vil måle brugerens niveau af recovery. Recovery blev også beskrevet som konsekvenspædagogik, hvor det opfattes som nødvendigt, at brugerne oplever konsekvenserne af deres handlinger, hvis de skal udvikle sig. Denne forståelse vil igen lede til andre oplagte praksisser i arbejdet med brugerne.

Lad os generalisere og antage, at behandlingspsykiatrien tænker medicin som medarbejdernes hovedredskab til at arbejde med brugerne, mens f.eks. psykoedukation indtager en position som biretskab der træder frem, når medicineringen er på plads. Og samtidig antage, at socialpsykiatrien tænker ressourcer, hvad der måske kan oversættes til det behandlingspsykiatrien kalder psykoedukation, altså at blive fortrolig med sin sygdom som hovedredskab, mens medicinen indtager en position som bagvedliggende og vedligeholdende. Så har vi to organisationer, der delvist bruger samme sprog til at definere deres opgave, der har dagligdags praksisser og bevægelser der ligner hinanden, og som tænker på tilnærmelsesvis de samme redskaber, om end de vægter dem forskelligt. Hvorfor er organisationerne så ikke bare i harmoni med hinanden?

Der hvor fordommene og irritationerne bliver formuleret er, hvor de forskellige foci kommer i konflikt med hinanden i forhold til konkrete brugere. Som når medarbejdere på Bostedet oplevede, at lægerne og sygeplejerskerne i behandlingssystemet var uvillige til at efterkomme brugerens ønske om at trappe ned eller ud af medicinen, og at brugerne derfor ikke kunne have ejerskab over en væsentlig del af deres liv. Medarbejderne på Bostedet oplevede det som et kompromis i forhold til dét de anså som en kerneværdi i recoverybegrebet: muligheden for at kunne bestemme over sit eget liv. Dermed symboliserede situationen et svigt af dét, medarbejderne opfattede som deres hovedopgave: at understøtte recoveryprocessen. På Hospitalet oplevede medarbejdere, at deres kol-



”FØRSTE FORSØG” udsnit

legaer på Bostedet ikke formåede at sikre, at brugerne tog medicinen som ordineret ud fra en faglig vurdering. De oplevede således, at deres faglighed og kerneværdi blev kompromitteret af, at medarbejderne på Bostedet udøvede et alvorligt omsorgssvigt pga. en konfliktskyhed, der blev skjult under bløde pædagogiske værdier som brugernes selvbestemmelse.

Med en forholdsvis udbredt konsensus på Bostedet om, hvad recovery er, og en meget forskelligartet forståelse på Hospitalet samt den generelt bredere palet af tilgange, som medarbejderne på Hospitalet bruger til at beskrive deres arbejde med, kan disharmonien opstå i forvirringen af logikker, der ligger bag arbejdet. Når medarbejdere trækker på en logik, hvor recovery forstås som at tage udgangspunkt i brugernes egne ressourcer, i organiseringen af deres arbejde, vil der opstå uenighed når de møder andre medarbejdere, der trækker på en logik, hvor recovery f.eks. opfattes som et medarbejderredskab. Forståelserne af det sprog, der kan genfindes på tværs af organisationerne, er altså forskellige, men også indenfor organisationen, som det ses i citaterne fra Hospitalet, ligger der forskellige logikker til grund for helt centrale begreber indenfor det psykiatriske felt, såsom recovery. Internt i organisationerne skaber de forskellige logikker også uenigheder.

Jeg forlader nu perspektivet på, hvad der foregår ude i enhederne, men opfordrer til at der diskuteres videre. De beskrivelser og bud, der kommer frem i det ovenstående,

er korte beskrivelser af fællestræk. De skal foldes mere ud og modargumenteres, for at vi kan blive klogere på, hvordan vores psykiatri fungerer, og hvordan vi gerne vil udvikle den.

I det følgende kaster jeg blikket på, om forklaringer på at social- og behandlingspsykiatrien ser ens ud, kan findes i historien eller på et mere overordnet niveau. Det skal også medtænkes, når vi tænker over udviklingen af psykiatrien.

## HVORFOR ER SOCIAL- OG BEHANDLINGSPSYKIATRIEN SÅ ENS?

Bostedet og Hospitalet er underlagt love, missioner og visioner, der har et retorisk overlap. Medarbejdernes daglige bevægelser er meget ens, og der er overlap i deres forståelser af, hvordan man skaber udvikling hos brugerne. Her følger to bud på, hvorfor de er så ens, og alligevel kan opleves som forskellige.

## FORDI DE STADIG ER INSTITUTIONER?

Er organisationernes hverdage så ens, fordi de stadig er institutioner?

'Der er ikke psykiatriske institutioner i Danmark længere; institutionsbegrebet er afskaffet', er et udsagn, jeg gentagne gange har hørt under mit arbejde indenfor det psykiatriske område. Udsagnet hører jeg hyppigst i socialpsykiatrien, hvor det der tidligere var institutioner er blevet til borgernes hjem, med dertilhørende rettigheder.

Goffman (2006) undersøgte i 1950'erne livet på psykiatriske institutioner og definerede "den totale institution" som:

"... et opholds- og arbejdssted, hvor et større antal





ligestillede individer sammen fører en indelukket, administreret tilværelse, afskåret fra samfundet udenfor i en længere periode.” (Goffman 2006, s. 9).

Definitionen uddybes med, at 'institutioner' er bygninger, hvor der regelmæssigt foregår en eller anden form for aktivitet, der har et officielt mål rettet mod organisationens medlemmer, dvs. brugere af institutionen (Goffman 2006, s. 11-13). Et andet karakteristika ved den totale institution er, at den fratager individet muligheden for at handle, som individet selv beslutter. Det kan være fordi, de fysiske muligheder simpelthen ikke tillader det (f.eks. låste døre), eller fordi der er personale, der har en magt til at beslutte for individet (ibid.).

#### *En indelukket tilværelse*

Mange psykiatriske organisationer, Bostedet og Hospitalet inklusiv, er bygget, så de lukker sig om sig selv, og mange brugere færdes primært på organisationernes matrikel. Indendørs er skellet mellem brugernes private sfære og deres naboers og medarbejdernes færden i høj grad ophævet. I de psykiatriske organisationer hvor jeg har været, træder brugerne fra deres 'bolig' ud på institutionens fællesgang, som tilhører brugere, medarbejdere, ledere og læger på konsultationsrunde. Fællesgangen leder hen til fællesområderne; spisekøkken og tv-stue. Der er regler for, hvordan man skal være i de områder, og reglerne håndhæves i sidste instans af medarbejderne, der på den måde kommer til at definere og regulere, hvad der er acceptabel adfærd. Reglerne forbyder f.eks. at sove på sofaen, eller at være meget højtråbende, og er formuleret af medarbejderne, for at fællesarealerne skal være rare at færdes på for alle. Mens lejlighedens døre hos mennesker, der ikke lever på hospitaler eller bosteder, ofte er lukkede, står dørene til brugernes værelser ofte åbne, når de sidder derinde. Brugeren sidder f.eks. på sengen og kigger ud på livet på gangen. Nogle med meget tøj på, andre med mindre. Der er lydt, og man kan høre musik, råb, rulleborde, døre der smækker, alarmer eller overhøre samtaler mellem medarbejdere og brugere, eller medarbejdere imellem, om faglige såvel som personlige emner. Mange brugere fører derfor med Goffmans ord en indelukket tilværelse, men spørgsmålet er, om det er efter eget valg, der hvor de ikke er bag låste døre, og hvis det er

efter eget valg, om det så er i orden. Organisationerne arbejder officielt med brugerinddragelse og at målet er, at brugerne skal leve så normal en tilværelse som muligt, men hvad med de brugere, der er kommet til at opfatte denne institutionaliserede tilværelse som normal? Hvordan skal organisationerne arbejde med deres officielle mål og brugernes formelle ret til selvbestemmelse, hvis brugerne ønsker den institutionaliserede hverdag? Med tanke på hvor ens organisationerne fremstår, rejser det også spørgsmålet, hvordan organisationerne skal adskille sig fra hinanden, for at de giver brugerne lyst og mod på en tilværelse, der er så normal som muligt.

#### *En administreret tilværelse?*

Tidligere i artiklen har jeg beskrevet, at både social- og behandlingspsykiatrien har mål for brugerne, som de skal arbejde på at motivere brugerne for samtidig med, at der er en vision om brugerinddragelse.

De fysiske magtbeføjelser er mindsket i forhold til datidens institutioner, og det er således kun på Den Lukkede, som de seneste år har fået betydeligt færre sengepladser, at medarbejderne har mulighed for at udøve direkte tvang over borgernes konkrete valg. Magtudøvelsen er kontrolleret af et bureaukrati, der med retningslinjer drager et skel for, hvornår man må og ikke må udøve direkte kontrol, og giver brugeren rettigheder til at klage over magtmisbrug.

Fører dét, at organisationerne har mål for brugerne til, at de lever en administreret tilværelse? Med organiseringen hvor medarbejdernes vurdering vægter højest i tilfælde af uenighed, når handleplanerne skal udarbejdes, vil der være en dagsorden for brugernes liv, som de ikke selv er med til at sætte. Det kan betyde, at der bliver gjort rent hos brugeren, selv om brugeren ikke ønsker det. Det betyder også, at når der er uenighed, så arbejder medarbejderne med at ændre brugernes forståelse/engagement mv., så brugeren på et tidspunkt, forhåbentligt, selv kommer til at tage aktiv del i rengøringen.

Brugernes hverdag bliver på den måde i et eller andet omfang administreret af andre. Alene i formaliseringen af arbejdet med brugeren, hvor medarbejderne skal dokumentere dele af brugerens adfærd og de handlinger medarbejderen foretager i forhold til brugeren, vil der være en administrering af brugerne (jf. Goffman 2006, s. 61).

Men – hvis ikke organisationerne var baserede på at ville skabe en målrettet forandring hos brugerne, ville samfundet så overhovedet acceptere, at organisationerne eksisterede? Har samfundet brug for dokumentationen for at kunne tro på, at medarbejderne arbejder målrettet med brugerne?

Nu forlader jeg Goffmans blik på institutioner og lader det sidste perspektiv i denne artikel rette sig mod, hvordan organisationer kan påvirke hinanden og ende med at ligne hinanden.

#### FORDI ENSARTETHED GIVER LEGITIMITET?

Udover at diskutere om social- og behandlingspsykiatrien ligner hinanden, er det interessant at diskutere, hvem der ligner hvem, hvis diskussionen skal danne grundlag for videreudviklingen af det psykiatriske område.

Den ny-institutionelle organisationsforskning vinder frem i 1980'erne, bl.a. fordi nogle organisationsforskere bliver opmærksomme på, at organisationer indenfor samme område over tid lader til at blive mere og mere ens, i stedet for at skille sig ud fra hinanden og være unikke indenfor deres område. De udvikler begreber om isomorfi til at beskrive denne bevægelse mod hinanden, og en væsentlig forklaring på hvorfor denne bevægelse mod ensartethed finder sted er, at organisationerne ved at ligne hinanden opnår legitimitet (DiMaggio & Powell 1983). Ved at ligne andre organisationer, hvis praksis indenfor området og i samfundets diskurser opfattes som 'den rigtige tilgang', opnår organisationer at blive legitime – uagtet om deres tilgang faktisk giver 'de bedste resultater' eller ej. Bevægelsen kan f.eks. ske gennem love og reguleringer, gennem en ubevidst efterligning eller ved, at der bevidst ansættes bestemte faggrupper for at påvirke organisationen i den retning, der opfattes som legitim.

Er Bostedet og Hospitalet ens, fordi det giver dem legitimitet? Og med dette spørgsmål stillet, hvem efterligner da hvem, eller hvor efterligner de hinanden? To eksempler hvor jeg har set organisationerne efterligne hinanden er, at der på Bostedet var et ledelsesønske om at ansætte flere sundhedsfaglige medarbejdere for at sikre, at der bliver taget vare på brugernes fysiske tilstand. Et sundhedsfokus træder frem i de prædefinerede indsatsområder med rengøring, hygiejne og medicin.

Både på Bostedet og Hospitalet oplevede medarbejderne stigende krav til dokumenteringen af arbejdet med brugerne, men på Bostedet blev det af medarbejderne opfattet som en tilnærmelse til behandlingssystemet, fordi fokus i de prædefinerede

indsatsområder omhandlede krop og hygiejne frem for det psykiske og sociale.

Dét, der opfattes som den rigtige tilgang, formes af det, der kaldes 'institutionelle logikker'. Det institutionelle er i denne forbindelse grundlæggende kategorier for, hvordan verden hænger sammen, såsom institutionen kapitalisme eller demokratiet (jf. Friedland & Alford 1991)<sup>2)</sup>. De forskellige samfundsinstitutioner baserer sig på logikker, der anviser hvordan man skal agere i forskellige sociale situationer (Greenwood et al. 2011, s. 318; Thornton & Ocasio 2008; Friedland & Alford 1991), og mens de institutionelle logikker godt nok har tilknytning til de forståelser, der findes på samfundsniveau, påvirkes logikkerne når de bevæger sig ind i et organisatorisk felt, såsom det psykiatriske område, og igen når de bevæger sig ind i de enkelte organisationer (jf. Scott 2008 s. 182-183, Greenwood et al. 2011, s. 321, Friedland & Alford 1991, s. 232). Anvisningerne for hvordan man skal agere, formes altså af den kontekst, man befinder sig i, og der kan godt eksistere flere forskellige og endda modstridende logikker i en organisation samtidigt (Greenwood et al. 2011; Friedland & Alford 1991; Thornton & Ocasio 2008).

Min påstand om at Bostedet og Hospitalet ligner hinanden, kan ledes tilbage til de institutionelle logikker, der anviser praksis i organisationerne. Samtidig vil jeg også påstå, at det er de institutionelle logikkens modsætninger, der skaber uenighederne.

Hospitalet og Bostedet eksisterer ud fra en velfærdslogik om, at borgere der ikke kan klare sig selv, skal hjælpes af systemet. På Hospitalet såvel som Bostedet findes logikker om behandling, i forståelsen af medicinering, såvel som recovery, i forståelsen af, at brugeren skal udvikle sig ud fra de ressourcer, vedkommende har. Dét, der i det psykiatriske felt, ofte kaldes paradigmekampen. Begge organisationer trækker på en New Public Management logik, der bl.a. giver sig til kende i øget dokumentation og målstyring i forhold til de enkelte brugere. Begge organisationer trækker også på logikker, der kan genfindes i det, Goffman beskrev som den totale institution, når de indretter Bostedet og Hospitalet, så det på væsentlige punkter ligner datidens psykiatriske institution. I begge organisationer findes også logikker om medarbejderfællesskaber og brugerfællesskaber, og i de en-

heder hvor medarbejderne spiste sammen i et bevidst forsøg på at opnå en pause fra den sindsyge, der omgav dem i organisationen, ophævede logikken om vigtigheden af et godt kollegialt fællesskab momentant logikken om, at brugere og medarbejdere er ligeværdige.

Alle disse logikker er at finde i begge organisationer, og logikkerne sameksisterer ikke i perfekt harmoni på hverken Bostedet eller Hospitalet, hvilket fører til udtrykte såvel som undertrykte frustrationer over, hvordan ledelsen og kollegerne agerer. Logikkerne sameksisterede heller ikke i harmoni mellem organisationerne, hvor forskellige logikkers uforenelighed netop trådte tydeligt frem, når Bostedet i forhold til konkrete brugere f.eks. oplevede, at Hospitalet trådte recoverylogikken under fode, og vice versa.

#### AFRUNDING

Lad mig slå fast, at jeg bevæger mig hen over mange forhold i artiklen og ikke går i dybden med det, der skaber frustrationer hos medarbejderne i deres samarbejde med hinanden. Jeg fokuserer på de steder, hvor organisationerne har slået mig som værende ens. Den dimension mangler både i diskussionen om organisationernes samarbejde, og i diskussioner om, hvordan vores psykiatriske tilbud i det hele taget skal se ud.

Jeg kunne have inddraget, om der er forskel på, hvordan forskellige professioner arbejder. Det perspektiv trækkes ofte frem som forklaring, men det bruges også til at pege fingre og ryste på hovedet af 'de andre', som fordommene fra de to organisationer viser. Professionsperspektivet er selvfølgelig interessant, men ved et øjeblik at ignorere det, og se på organisationernes ligheder og logikker, uagtet medarbejdernes uddannelser, tror jeg, at diskussionen kan åbnes, og der kan skabes refleksion om, hvad det er for tilbud, brugerne får.

Det er bemærkelsesværdigt at kunne se institutionernes træk samtidig med, at institutionerne i praksis er aflivet i sprog og diskurs. Det er bemærkelsesværdigt at kunne se så mange fælles-træk mellem organisationerne samtidig med, at de ser sig selv som meget forskellige. Jeg tror, vi i fællesskab skal turde reflektere over, hvorvidt vi stadig har institutioner i den Goffman'ske forstand, i stedet for retorisk at bekræfte hinanden i, at vi ikke har institutioner. Vi skal diskutere, hvad det er for logikker, der styrer vores nuværende organisationers diskurser såvel som praksisser, for der er ikke altid overensstemmelse mellem, hvad der siges og gøres. Vi skal disku-

tere, hvad organisationerne kan og ikke kan og skal og ikke skal kunne.

#### REFERENCER:

- DiMaggio, P.J. & Powell, W.W. (1983) The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, **48**, 147-160.
- Friedland, R. & Alford, R.R. (1991) Bringing Society Back. In: Symbols, Practices, and Institutional Contradictions. In Powell, W.W. & DiMaggio, P.J. (Eds.) *The New Institutionalism in Organizational Analysis* (232-263). London: The University of Chicago Press.
- Goffman, E. (2006) *Anstalt og menneske*. Paludans Fiolbibliotek, Viborg.
- Greenwood et al. (2011) Institutional Complexity and Organizational Responses. *The Academy of Management Annals*, **5** (1), 317-371.
- Indenrigs og Sundhedsministeriet (A). Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien. 1729. 2-12-2010.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (B). Sundhedsloven. LBK nr 913 af 13/07/2010. 15-7-2010.
- Regeringen. Styrket indsats for sindslidende. Handlingsplan for psykiatri. 2009. Regeringen.
- Region Hovedstaden. Psykiatriplan 2007. 2007. Hillerød, Region Hovedstaden.
- Scott, W.R. (2008) *Institutions and organizations* (3rd ed). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Socialforvaltningen. Plan for Københavns Kommunes socialpsykiatri 2009-2012. 2008. København, Københavns Kommune, Socialforvaltningen.
- Socialministeriet. Serviceloven. LBK nr 904 af 18/08/2011. 20-8-2011.
- Thornton, P.H. & Ocasio, W. (2008) Institutional Logics. In R. Greenwood, C. Oliver, K. Sahlin, & R. Suddaby (Eds.), *The SAGE handbook of organizational institutionalism* (99-129). London: Sage.

#### NOTER:

1. Medarbejderne der blev spurgt arbejdede enten i Skadestuen eller på Den Lukkede. Begge afsnit var kendte ved at være italesat som et overgangssted. I Skadestuen kunne man være indtil det var vurderet, hvor den videre behandling bedst blev varetaget. På Den Lukkede kunne man være så længe, de låste døre var en forudsætning for behandlingen eller for patientens eller andres sikkerhed. Det betyder, at medarbejdernes tanker om deres arbejde kan være anderledes på afsnit, hvor brugerne er indlagt længere tid.
2. Dette institutionsbegreb er således markant anderledes end Goffmans begreb om den totale institution, præsenteret tidligere i artiklen.

*Anne Petersen er cand.scient.san.publ., Ph.d.-studerende ved Institut for Organisation ved Copenhagen Business School og i Københavns Kommunes Socialforvaltning.*