

Brugerinddragelse i psykiatrien

Professionel viden, ansvar og relationsarbejde i forandring

Betina Dybbroe¹

Annette Kamp²

¹ Institut for Mennesker og Teknologi, RUC
tibet@ruc.dk

² Institut for Mennesker og Teknologi, RUC
kamp@ruc.dk

Dybbroe, Betina & Kamp, Annette (2021). Brugerinddragelse i psykiatrien: professionel viden, ansvar og relationsarbejde i forandring. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 34, 91-112

Med paradigmet om brugerinddragelse forventes borgere i dag at påtage sig et ansvar for at styre, mestre og overvåge deres egen sundhed. Brugerinddragelse lægger derfor op til mere grundlæggende forandringer i relationen mellem borger og professionel, og udfordrer eksisterende videns- og ansvarshierarkier. I denne artikel undersøger vi hvordan de professionelle i psykiatrien oversætter idéer om brugerinddragelse til praksis, og hvordan deres professionelle ansvar, viden og relationsarbejde samtidig forandres og sættes under pres. Artiklen er baseret på narrative interviews med professionelle i en større institution i den regionale distriktskykiatri. Vi demonstrerer hvordan spændinger imellem forskellige forståelser af recovery, og deres praktiske fortolkninger hos henholdsvis professionelle og borgerne, former den måde brugerinddragelse bliver til på. Vi viser desuden, hvordan mestring af brugerinddragelse med vægt på brugerens viden og autonomi, fører til praktisering af 'tilbageholdt faglighed'. En tilgang til det psykiatriske arbejde, der skal opmuntre borgeren til at indtage positionen som ansvarlig og rationelt målrettet handlende aktør i eget liv. Dette er dog ikke uproblematisk; vi viser hvordan borgernes perspektiver og mål

indgår i brugerinddragelsens forhandlingsrum, og hvordan de fagprofessionelles viden og vurdering og borgerens mål ofte kommer i konflikt. Vi peger således på hvordan balancer imellem risiko og ansvar i sundhedspraksis spilles ud på nye måder. I et arbejde hvor etablering af langvarige relationer til borgerne opfattes som centralt for at kunne lykkes med behandling, spiller emotionelt arbejde en vigtig rolle i at forhandle borgernes personlige mål, at opnå professionelle mål, samt som en del af at etablere et meningsfuldt arbejde. Vi diskuterer afslutningsvis hvordan spændinger i den brugerinddragende praksis har implikationer for det emotionelle arbejde.

User involvement in psychiatry

Change in professional knowledge, responsibility and relational work

The paradigm of user involvement expects citizens to take responsibility for managing, monitoring and surveilling their own health. User involvement consequently prepares a path for more basic changes in the relations between citizens and professionals, and existing hierarchies of knowledge and responsibility become challenged. In this article, we explore how professionals in psychiatry translate user involvement in practice, and how their professional responsibility, knowledge and relational work is set under pressure and transformed. The analysis is based on an investigation of professional work and the perspectives of professionals in a part of psychiatric care, where user involvement is an integrated part, i.e. in out-reach psychiatry. Through qualitative in-depth narrative interviews, the article investigates how professionals create a balance between different forms of knowledge and construct quality when they engage in user involvement with citizens. The analysis shows, how especially the balance between risk and responsibility are being played out and negotiated in new ways between professionals and citizens. We illuminate how the perspectives and goals of citizens play a part in the spaces of negotiation of user involvement, and how these often will conflict with goals and professional decision-making. Furthermore, the article presents an analysis of how professionals engage in and create long-term relations to citizens. Relations are seen by professionals as central to succeeding in care and treatment, and emotional work becomes a means in negotiating the goals of citizens, and to reach professional goals. Furthermore emotional work also becomes a means for professionals to process their own feelings and reactions in relation to the difficult practice of user involvement.

Introduktion

Brugerinddragelse er i dag en af hovedhjørnestenene i transformationen af sundhedssystemer i Danmark og i de fleste vesteuropæiske lande. Målet er at borgerne skal tage del i ansvaret for egen sundhed og for sundhedsvæsenet igennem 'delt governance for sundhed' (Kickbusch, 2010). Det bliver også i Danmark i stigende grad et politisk krav og en afgørende indikator for styring af sundhedsvæsenet i fremtiden (Borg et al., 2009; Kjær & Reff, 2010)

Brugerinddragelse involverer borgerne som med-producenter med nye roller, ansvar og opgaver i relation til sundhedsindsatser. Centralt i idéerne om brugerinddragelse er, at borgernes hverdagsviden og præferencer i højere grad får legitimitet og bliver udgangspunktet for en ny og mere ligeværdig relation til de professionelle. Dermed antastes en traditionel forestilling om professionel viden som suveræn og som det legitime udgangspunkt for beslutninger. Som nordiske forskere peger på konstrueres brugerinddragelse imidlertid forskelligt på forskellige felter. I psykiatrien har sociale bevægelser med recovery som overskrift i høj grad sat demokrati og medborgerskab på dagsordenen, mens fx ældreområdet er langt mere præget af effektiviserings- og kundeorienterede diskurser (K. Christensen & Fluge, 2016). De stærke demokratiske ønsker på feltet og i samfundet må dog sammenholdes med at den medicinske institutionelle psykiatri har været bygget op over hegemonisk magt, viden og praksisser. Derfor må vi forvente at brugerinddragelse i psykiatrien i særlig grad vil være med til at forandre og udfordre eksisterende videns- og autoritetshierarkier.

I denne artikel undersøger vi, med baggrund i et kvalitativt case studie, hvordan faglighed, viden, ansvar og relationsarbejde, forandres i det professionelle arbejde i en brugerinddragende distriktspsykiatri. Undersøgelsen er en del af et større forskningsprojekt om brugerinddragelse. Mens en række nyere undersøgelser beskæftiger sig med hvorvidt idealer om brugerinvolvering, recovery og empowerment udfoldes i praksis set fra et borgerspektiv (se fx Holen, 2011), er implikationerne for det professionelle arbejde kun sparsomt undersøgt.

De professionelle spiller en central rolle i at udfolde og oversætte brugerinddragelse til praksis, samtidig med at brugerinddragelse også er med til at forandre de professionelle forståelse af egen praksis, herunder vidensgrundlag, ansvar og relationer. Dette har også andre forskere udfoldet på tværs af forskellige velfærdsprofessioner. Flere empiriske undersøgelser i ældreomsorg, socialt arbejde og rehabilitering peger på, hvordan de professionelle får en særlig rolle i at anspore borgerne til selv at tage ansvar for deres liv og helbred og at arbejde målret-

tet og ansvarsfuldt på at realisere dette. Disse analyser understreger hvordan de professionelle dermed får en mere pædagogisk opdragende rolle med brugerinddragelse (A. M. Hansen & Kamp, 2018; Järvinen, 2012).

Skønt borgerens viden og præferencer sættes i forgrunden, jf. idealer om brugerrinvolvering, og de professionelle trækker sig tilbage, med henblik på ikke 'at passivisere klienterne', gør flere undersøgelser opmærksom på, hvordan denne viden og disse præferencer forhandles og rammesættes af de professionelle (Meldgaard Hansen, 2016; Waldemar et al., 2019). Waldemar et al. benytter i deres studie af recovery praksis på et dansk psykiatrisk hospital betegnelsen 'as-if collaboration' til at beskrive, hvordan brugerinddragelse som ligeværdigt samarbejde i stedet bliver en proces, hvor de professionelle i realiteten sætter rammerne og tager beslutningerne. De påpeger at de professionelle oplever samarbejdet med brugerne om recovery betinget af andre konkurrerende institutionelle rationaler, som begrænser deres muligheder for samarbejde.

Vi synes dette giver resonans i forhold til den analyse vi her præsenterer, idet begge analyser viser, hvordan de professionelle indtager en central position i forhold til at skabe brugerinddragelse, men også at andre institutionelle rationaler og krav former de professionelles måde at arbejde brugerinddragende. Imidlertid er betegnelsen "as if collaboration" primært rettet mod at karakterisere og kritisere brugerinddragelse som demokratisering, hvor vores ærinde er at udforske, hvordan det professionelle arbejde formes og forandres, når recovery og brugerinddragelse bliver centrale krav til de professionelles arbejde på linje med en række andre institutionelle og politiske krav.

Brugerinddragelse etablerer her nye forskydninger af det faglige ansvar, når de professionelle tilbageholder faglighed, og dermed kan forhandlinger om hvem der har ansvar for at forebygge og tage sig af risici potentielt opstå. I det senmoderne risikosamfund er der et ønske om at kunne forudse, forebygge og fordele et klart ansvar for risici (U. Beck, 1993). Der er især på sundhedsområdet et økonomisk og politisk ønske om at fastlægge ansvaret for risiko, som i velfærdssamfundet ligger overvejende i velfærdsinstitutionerne. Med neoliberale udviklingstendenser flyttes ansvaret i stigende grad over til borgerne selv og til enkeltpersoners ansvar, f.eks. de professionelle. Risici skubbes rundt imellem forskellige institutioner, og imellem brugere og professionelle, samtidigt med at den professionelle, i faglig etisk forstand, er individuelt ansvarlig for at håndtere risici, som dog kan være uden for hendes kontrol (se fx Järvinen, 2012; Kamp & Holen, 2018).

Det har rettet vores opmærksomhed mod nye spændinger og krydspres i arbejdet, og på hvordan disse fremtræder i psykiatrien. I psykiatrien spiller risiko og

ansvar sig ud på særlige måder, fordi psykisk sygdom konstrueres som risiko for både borgeren selv, og for samfundet, og ansvaret for at risikominimere opfattes som en win-win situation (Pilgrim & McCranie, 2013). At være diagnosticeret med psykiske lidelser opfattes desuden forbundet med henholdsvis risikoadfærd, risikotagning og ansvar for at forebygge risiko for at komme sig. Dette spiller ind i relationerne mellem professionel og borger i brugerinddragende beslutningstagen.

Med et stadigt større fokus på brugerinddragelse stilles der større krav til de professionelle i velfærdstjenester om at balancere imellem samfundets demokratiske forventninger til brugerinddragelse, de institutionelle rammer og de subjektive ønsker, behov og livsprojekter hos de mennesker de arbejder sammen med i deres faglige praksis (Dybbroe, 2018). Vores tidligere forskning peger her på, hvordan emotioner involveret i relationer mellem den professionelle og borgeren er en vigtig dimension af det fagprofessionelle arbejde (Kamp & Dybbroe, 2016). Emotionelt arbejde bliver i stigende grad et redskab der anvendes af de professionelle i denne form for faglige balancering (Bolton, 2004). Samtidig er emotionelt arbejde indvævet i relationsdannelser og centrale for at skabe social og subjektiv mening i arbejdet for de professionelle (Burkitt, 2014; Chodorow, 1999). Et spørgsmål vi derfor også stiller her er, hvordan de særlige træk ved psykiatrien påvirker relationerne og emotionelt arbejde mellem borgere og professionelle i en brugerinddragende praksis.

De problemstillinger som brugerinvolvering introducerer i det professionelle arbejde, finder sted i komplekse kontekster hvor flere modsætningsfulde logikker er til stede. Det er kontekster præget af mange års reformpolitik med fokus på markedsorientering, standardisering og opsplitting af 'ydelse' til borgerne, ofte med New Public Management som overskrift (T. Christensen & Lægneid, 2016; Kamp & Hansen, 2018). Denne type reformer er ikke fortid, men er en samtidig bevægelse i psykiatrien, udtrykt f.eks. igennem udviklingen af standardiserede behandlingspakker i psykiatrien (Trojaborg, 2018). Reformerne udgør en kontekst for psykiatrisk arbejde i dag præget af et medicinsk regime, hvori behandlingsplaner, diagnoser og medicinsk behandling strukturerer hverdagen (Waldemar et al., 2019).

Netop derfor er det væsentligt at udforske hvordan brugerinvolvering praktiseres i specifikke kontekster, således at de komplekse afvejninger og håndteringsstrategier, som er en væsentlig del af det professionelle arbejde, belyses. Vi undersøger hvordan de professionelle i psykiatrien oversætter idéer om brugerinddragelse til praksis, og hvordan deres professionelle ansvar, viden og relationsarbejde samtidigt forandres og sættes under pres. Vores analyse har fokus på

forskydninger i de professionelle faglighed, ansvar, viden og relationer til borgerne, og på konflikter og løsningsstrategier i det professionelle arbejde. Analysen bidrager dermed til at belyse hvordan brugerinvolvering i psykiatrien praktiseres, og hvordan brugerinvolvering har skabt nye betingelser for at udøve professionalisme.

Før vi præsenterer analysen vil vi pege på aspekter af recovery orienteringen i psykiatrien og i samfundet som helhed, der har haft betydning for den brugerinddragende faglige praksisudvikling, og som må forstås som medkonstituerende for den praksis vi analyserer. Derefter gør vi rede for den metodologiske tilgang dvs. teoretiske udgangspunkt, analysestrategier og metoder.

Recovery og brugerinddragelse

I Skandinavien har brugerinddragelse i bredere betydning været knyttet til de-institutionaliseringen af psykiatrien siden 1980'erne. Med udlæggelsen af psykiatrien fra totalinstitutionerne til en række mere lokale og mindre institutioner, og med udgående professionelle medarbejdere, er der blevet udviklet nye måder at arbejde sammen med borgerne i psykiatrien i gennem de sidste 40 år i de nordiske velfærdsstater (Borg et al., 2009).

Recovery er en central del af den aktuelle, danske politik på psykiatriområdet. Det betyder at indsatser skal sigte på at mennesker med psykiske lidelser kan komme sig, integreres i samfundslivet som alle andre, og at borgernes egne oplevelser af at få det bedre skal tillægges betydning. Den dominerende faglige fortolkning er, at borgerne skal inkluderes mere i deres eget institutionaliserede 'forløb'. Dermed er der skabt en stadig større opmærksomhed på psykiatrideltagere som 'brugere' af services (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013).

Et tværvideenskabelige paradigme om personlig oplevet recovery (Slade, 2010) har desuden skabt resonans hos mange mennesker i de nordiske velfærdsstater, og har skabt forventninger til indflydelse på egen situation og forløb, når man bliver ramt af psykiske udfordringer og sygdom (Pilgrim & McCranie, 2013). I teorier om 'personlig recovery' forstås inddragelse primært som rettet mod den sociale proces mennesker oplever de gennemgår, og de mange forskellige udtryk, resultater m.m., som opleves af værdi for mennesker med psykiske lidelser. Borgernes mål, eller det de gerne vil opnå, ses som mangfoldigt og forskelligt, afhængig af social og personlig situation og historie, og det er vanskeligt at sætte på standard (Beck et al., 2012). Endelig udvides forståelsen af recovery som praksis til ikke kun

at omfatte et enkelt individ og at dreje sig om det der sker *i* individet, som i den kliniske recovery, men recovery forstås som en dynamisk interaktion med sociale omgivelser, netværk og betydningsfulde andre, miljø m.m. (Cavelti et al., 2011).

Flere kritiske engelske, norske og danske forskningsbidrag om borgernes rolle i decentrale, distrikts-, ambulant- og socialpsykiatriske tjenester har dog vist, at selvom borgerne har opnået nogen indflydelse på den type og de måder omsorg og professionel hjælp antager, forbliver sygdomsnarrativer, borgernes viden og erfaringer marginaliserede (Borg & Davidson, 2008; Dybbroe, 2016; Graham et al., 2005; Hansen et al., 2004). Brugernes ønsker til hvilke aspekter af deres situation de gerne vil have hjælp til, hvor de gerne vil befinde sig når de modtager hjælp, og hvem/hvilke professioner de kan blive hjulpet af, er således vanskelige at imødekomme i de eksisterende behandlingstilbud.

PsykiatriNetværket, som er talerør for psykiatribrugere og pårørende organisationer i Danmark, peger på at brugerne i dag ønsker et individtilpasset og sammenhængende forløb, tilpasset deres hverdag, så de f.eks. kan få hjælp i skole eller arbejde, og ikke nødvendigvis i psykiatrien (PsykiatriNetværkets Vision for Psykiatrien 2030, 2018) I de eksisterende tilbud, tydeligst i pakkeforløb, stilles der derimod krav til brugerne om at bidrage til at opfylde specifikke behandlingsmål om bedring for at 'passe ind' i de måder recovery praktiseres i standardiserede behandlingstilbud (Trojaborg, 2018), og samtidig passe ind i ressourcebegrænsede tidsafmålte indsatser.

I disse forløb er diagnoser afgørende, og borgerens diagnose eller fortolkede sygdomsbillede er konstrueret som fyldt af risici for den enkelte, for omgivelserne, og for samfundet. Heri kan borgerens perspektiver på egen situation, også ud fra en recovery tilgang, blive fortolket af professionelle og institutionerne som en del af manglende ansvar (Pilgrim & McCranie, 2013). Den kliniske forbedring og det ændrede symptommønster, i relation til risikofyldte 'tilbagefald' danner dermed ofte udgangspunkt for inddragelse af mennesker med psykiske lidelser i de faglige/kliniske beslutninger (Hopper et al., 2007).

Psykiatrien er en heterogen samling af institutioner, som i praksis oversætter recovery og brugerinddragelse meget forskelligt (Borg et al., 2009). De professionelle kan trække på rationaler for recovery, ligesom de også kan trække på faglige og kliniske rationaler, professionel viden og erfaringer fra behandling og omsorg, og idealer om det gode/rigtige borger-professionel forhold. Nyere, dansk forskning i brugerinddragelse i psykiatrien har især peget på hvordan det medicinske paradigme institutionaliserer en kultur, der på forskellig vis begrænser brugerinddragelse (Jørgensen et al., 2018, 2020). Vi er dog her mere optagede af at

undersøge hvordan recovery fletter sig ind i brugerinddragende praksis og optræder som konkurrerende rationaler i forhold til faglige rationaler, og hvordan det udfordrer de professionelle faglighed.

Metodologi

Artiklen tager teoretisk afsæt i en forståelse af velfærdsprofessioner, hvor professionalisme, faglig ekspertise og faglig autonomi forstås som dynamisk og i stadig bevægelse i samspil med velfærdsstatens transformation (Evetts, 2011; Salling Olsen et al., 2011). Der er dog ikke tale om glatte og ukomplicerede transformationer, men snarere om komplekse konfliktfulde og forhandlede forløb (A. M. Hansen & Kamp, 2019). Velfærdsprofessionelt arbejde betegnes ofte som relationsarbejde. I dette studie hvor vi særligt ser på hvordan relationer til brugeren udfordres og fordrer nye håndteringsstrategier, inddrager vi særligt begreber om emotionelt arbejde med henblik på at indfange de følelsesmæssige dynamikker, som er spil i et arbejde, hvor tilknytning og tillid tillægges en helt central rolle for at nå faglige resultater og for at skabe et meningsfuldt arbejde (Bolton & Boyd, 2016; Chodorow, 1999).

Grundlaget for artiklen er en undersøgelse af brugerinddragelse i en stor institution under distriktspsykiatrien i det regionale sundhedssystem i Danmark. Der er tale om et ambulans behandlingstilbud, der modtager borgere i alderen 18 – 75 år diagnosticeret med kroniske lidelser. Man behandler fortrinsvis patienter inden for det psykotiske område, depression og bipolær lidelse. Der er ansat ca. 50 medarbejdere og der arbejdes tværfagligt i teams bestående af psykiatere, sygeplejersker, psykologer, socialrådgivere, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Desuden er der ansat OPUS-medarbejdere – dvs. opsøgende og udgående medarbejdere med henblik på tidlig opsporing af psykoser hos unge – som indgår i de tværfaglige teams sammen med andre medarbejdere. Alle sundhedsprofessionelle kan have ansvar for behandlingsforløb. Borgerne tilbydes en bred palet af indsatser og kan komme i længerevarende forløb, samtidigt med at de lever et liv uden for psykiatriske institutioner i eget hjem eller på bosteder.

Undersøgelsen, som blev gennemført i efteråret 2017, er en del af et større forskningsprojekt om brugerinddragelse (MUPP – Metodeudvikling med Patienten som Partner), som beskæftigede sig med brugerinddragelsesinitiativer og -modellers implikationer både for patienter og for sundhedsprofessionelles praksis. Projektet omfattede undersøgelser i såvel psykiatri, hjemmepleje (KOL-patienter)

og hospitalsafdelinger (hjerterpatienter). Institutionen blev udvalgt som case på baggrund af en af forfatterenes tidligere aktionsforskningsprojekter om trivsel og mening i arbejdet samme sted. Her blev det klart, at idéer om brugerinvolvering spillede en vigtig rolle i arbejdet og var med til at skabe mening såvel som frustrationer og dilemmaer i arbejdet. Det var således en case for, hvordan brugerinddragelse blev en aktiv og konstituerende del af den professionelle praksis.

Den metodologiske tilgang til feltundersøgelsen er inspireret af den reflektive etnografi (Davies, 2012), hvori viden forstås som både situeret og bestemt af forskelle i samfundsmæssig deltagelse. Heraf følger at forskeren må betragte sin egen adgang til viden kritisk og igennem deltagelse i felten og igennem dialog med stemmer i felten forsøge at få adgang til viden i og om praksis. Vi har søgt indsigt i et særligt professionelt hverdagsliv, hvori brugerinddragelse undersøges som flertydig praksis i relation til både konceptuelle kontekster, lokale kontekstuelle forhold og deltagernes forskellige erfaringer fra og perspektiver på samarbejde med borgerne og det at arbejde brugerinddragende.

Feltstudiet bestod af to indledende interviews med henholdsvis den ledende sygeplejerske (af Dybbroe) og af institutionens leder og overlæge (Kamp og Dybbroe), og i samarbejde med denne udpegedes interviewpersoner. Forfatterne gennemførte sammen 6 dybdegående interviews af ca. 2 timers varighed med 6 professionelle. De professionelle tilhørte forskellige faggrupper, men havde alle længere tids erfaring med behandlingsarbejde i psykiatrien. Interviewene var narrativt opbygget (Mattingly, 2010) og konstrueret således, at interviewpersonerne blev bedt om at give udvalgte signifikante fortællinger, hvorudfra de beskrev den brugerinddragende praksis. Her inddrog de egne perspektiver og handlinger, borgerens handlinger, samt forhandlinger og kontekstuelle betingelser for brugerinddragelse. Interviewene blev optaget og transskriberet, og deltagerne er anonymiserede.

Interviewene er blevet tværgående analyseret med hermeneutisk afsæt, og igennem deres detaljerighed har vi fundet eksemplariske cases forbundet med den særlige kontekst i feltet, f.eks. den særlige professionsfaglighed, arbejds erfaring, typer af forløb og anciennitet. Dernæst har vi ledt efter genkendelige mønstre i andre cases og ud fra en større kontekst såsom i relation til institutionelle krav og sundhedspolitisk standardisering m.m. I interviewene har vi haft fokus på at afdække den forståelse af brugerinddragelse der udfoldes i praksis, og de spændinger og modsætninger som udfoldes, særligt i forhold til faglig identitet, viden og relationer til borgeren; samt fokus på professionelles strategier til mestring og meningsgørelse. Samtidig lader vi også de subjektive fortællinger fremstå med

forskellighed. De anvendte citater er imidlertid udvalgt som særlig prægnante og eksemplariske for det samlede materiale.

Brugerinddragelse i praksis

Vi ser som udgangspunkt relationerne mellem professionelle og borgere i omsorgsarbejde som asymmetriske; der er tale om en relation, hvor borgerne er i en situation hvor de har brug for hjælp, og de professionelle har til opgave at hjælpe dem. De spændinger, som brugerinddragelse udspænder omkring legitim viden, kvalitet og ansvar, udfoldes inden for denne ramme. Den forståelse af god psykiatrisk behandling og forløb, som de professionelle på enheden repræsenterer, er mainstream, og repræsenterer således den dominerende tilgang inden for dansk psykiatri. Med udgangspunkt i et medicinsk paradigme er medicinsk behandling, i overensstemmelse med specifikke diagnoser såsom psykose, depression og bipolar lidelse, helt central i den behandling der tilbydes. For andre diagnoser er dette ikke altid centralt, men et medicinsk vidensbaseret professionelt perspektiv er imidlertid oftest også til stede, sammen med andre faglige perspektiver på behandlingen. Dette kombineres med kognitiv terapi og psyko-edukation.

Psyko-edukation i form af formaliserede kurser sigter på at hjælpe borgeren med at tilegne sig en passende forståelse af deres sygdom og deres situation, og dermed også understøtte deres evne til at mestre deres situation på en 'relevant' måde. Derfor bliver det at etablere og vedligeholde det der blandt de professionelle kaldes 'en alliance' med borgeren et centralt middel til at sikre borgerens samtykke til at modtage hjælp og villighed til at deltage aktivt i medicinsk behandling og i de forløb der tilbydes. Nedenfor belyser vi, hvordan målet om at bevare denne alliance spiller en vigtig rolle i hvordan de professionelle omsætter idéer om brugerinddragelse til praksis.

'Patienten som partner' – et koncept for brugerinddragelse

I de professionelles narrativer spiller det at etablere en særlig relation til borgeren en vigtig rolle. Der tales om en behandlings-, samarbejds- eller terapeut-alliance, og denne beskrives som en tillidsrelation mellem borger og professionel, som til-

lader at behandlingen bliver til en samarbejdsproces. Etableringen af en sådan alliance ses som et helt nødvendigt udgangspunkt for behandlingsarbejdet. Dette er ikke nyt inden for det sundhedsprofessionelle arbejde. Som vi skal vise nedenfor, er de idéer om borgeren som ligeværdig partner, og fordringer om selvansvarlighed, aktivitet og målorientering som brugerinddragelse implicerer, imidlertid med til at forandre og reformulere hvad denne alliance går ud på.

Adspurgt om hvad hun gør for at etablere denne særlige relation, svarer Anna tøvende:

"Ja altså jeg tænker at det handler rigtig meget om at møde mennesker der hvor de er. Altså...og hele den der terapeutiske tilgang til at undersøge ting i stedet for...og vurdere og...og forsøge at presse en forandring ind, men mere at gå ind og undersøge, hvorfor det er sådan her for dig og hvad kunne du godt, hvordan kunne du godt tænke dig. Vil du gerne have det forandre sig."

Udgangspunktet for at skabe et behandlingsforløb er således at forstå borgeren som en ligeværdig partner som skal mødes med anerkendelse. De professionelle taler om at møde borgeren 'i øjenhøjde' og som en 'voksen og selvstændig person'. Og om at etablere en 'anerkendende, støttende og nysgerrig dialog'. Borgeren forventes at bidrage på bestemte måder i forhold til at mestre sin egen sygdom og (muligvis) komme sig. Som Ghita forklarer:

"Der er nogle skematikker, vi skal igennem, såsom undervisningselementer. Så er det jo defineret på forhånd. Men ellers gør jeg meget ud af, at dem som kommer ind og får et forløb hos mig, gør det klart at det her er patientens projekt. Altså patienten skal være med til at forbedre sig, reflektere over hvad det er patienten gerne vil have ud af det forløb."

Borgeren forventes at sætte sine egne mål både på kort og langt sigt. Et eksempel på hvordan sådanne mål formuleres er en ung mand, som sætter sit kortsigtede mål: 'at være i stand til at tage offentlig transport', mens hans langsigtede mål er 'at være i stand til at tage en uddannelse'.

Dette syn på borgeren implicerer at borgeren gives stemme og kan bidrage til en dagsorden for forløbet og til samtalerne med de professionelle. De professionelle har imidlertid også altid en professionel dagsorden, idet de arbejder ud fra en særlig viden og med et professionelt og institutionelt begrænset sæt af redskaber som udgangspunkt for at udvikle en plan for behandlingen. Men de er fleksible så der skabes rum for borgerens formulering af mål, og der skubbes på at få patienten til at gå foran i deres eget forandringsprojekt, hvori de professionelle

forsøger at bevæge dem lidt efter lidt. Der er altså tale om en særlig form for tilbageholdt faglighed, der kan sammenlignes med den 'hænderne på ryggen'-tilgang vi finder i ældreplejen (Hansen 2016).

Lisa fortæller for eksempel hvordan hun arbejder med borgerens egne mål:

"Jeg kan tage udgangspunkt i det som de gerne vil. Og hvis de kan formulere det og sige: jamen det er her jeg gerne vil hen. Jamen så kan vi snakke om hvordan det kan lykkes med de valg de så i øvrigt træffer. Det kan være et step til at få snakket med dem om deres misbrug, ...og med det samme der bare er sådan en lille ændring, altså hvis de, for eksempel hvis de holder op med at ryge hash i en periode, og de kan mærke det. Jamen så er det det som vi skal tage fat i. Hvis de siger...jamen jeg har haft det lidt bedre, jeg har ikke røget så meget hash eller et eller andet. Så er det jo om at finde de der små udmeldinger."

De professionelle prøver således at få borgerne til at indse deres problematiske adfærd ved at pege på deres egne erfaringer og opfordre dem til at lære af det. I denne proces afstår de professionelle fra at kontrollere eller diktere borgerne, men søger at støtte borgerens selv-ledelse på forskellige måder. Det er således tydeligt hvordan bestemte former for pædagogisk, faciliterende faglighed bliver væsentlig i denne tilgang.

Ghita reflekterer:

"Jeg vil jo godt hjælpe patienten med at træne sin egen mentalisering omkring hvordan man kan komme omkring sine egne problemstillinger. Så jeg kommer aldrig med gode råd. Jeg kommer også sjældent med konklusioner. ...jeg holder mig, jeg har sådan en etik som hedder at jeg er ikke ekspert på patientens liv."

Hun, og de øvrige, medgiver at der selvfølgelig er borgere hvor denne tilgang kommer til kort. Borgere som har psykotiske lidelser er svære at nå på denne måde, og her må de professionelle 'sænke ambitionerne', som de udtrykker det, og prioritere aktivt støttende processer. Som vi her viser, er denne form for brugerinddragelse baseret på samarbejde med borgeren, og fordrer at de sætter egne mål, lærer og finder egne veje til mestring og recovery. Samtidig rammesættes den af en specifik professionel forståelsesramme, og passes ind i denne, snarere end at der sker en gensidig tilpasning. Det sker ved at de professionelle udfolder det som vi her vil kalde en 'tilbageholdt faglighed'.

Der hvor vi tydeligst ser dilemmaer og konflikter omkring brugerinddragelse er når denne professionelle forståelsesramme konfronteres og søges overskredet. I

det næste afsnit vil vi belyse hvordan risiko, kvalitet og professionelt ansvar kommer i spil og udfordres på nye måder.

Når professionalismen udfordres

Praktisering af 'tilbageholdt faglighed' er i mange tilfælde en velfungerende strategi til at håndtere modsætningerne i brugerinddragelse. Men der er også tilfælde hvor centrale dele af professionalismen udfordres; først og fremmest når patienterne nægter at acceptere deres diagnose og/eller nægter at tage deres medicin. De professionelle vurderer at disse udfordringer optræder stadig hyppigere, og de tolker det som et resultat af den samfundsmæssige debat om diagnoser, diagnose-samfund og medikalisering. De peger dog også på mere individuelle forklaringer. For det første at nogle af borgerne har svært ved at forlige sig med en diagnose der bryder med deres egen selvforståelse. For det andet mener de, at de ofte ret alvorlige bivirkninger, som medicinen kan have, også spiller en rolle. De professionelle fastholder altså deres faglige tilgang, hvor medicinen er et kerneelement og en forudsætning for forløbets kvalitet, og i sidste ende en forudsætning for vellykket behandling.

Dette udspænder en række dilemmaer, og de professionelle må finde nye måder at håndtere modsætninger mellem deres ansvar for borgerens forløb versus ønsket om at fastholde borgerens autonomi og selvansvarlighed i forløbet. De må på den ene side opretholde behandlingsalliancen, og dermed også det grundlag det hviler på; et syn på borgeren som ligeværdig og autonom, og med respekt for dennes valg og præferencer. På den anden side må de kunne stå til ansvar for den professionelle kvalitet af processen, herunder også sikre sig at de som professionelle ikke godkender valg som udgør en risiko for borgeren. Som vi illustrerer nedenfor opstår der dilemmaer omkring temaer som kvalitet, risiko og ansvar, og de professionelle strategi, hvor de praktiserer en 'tilbageholdt faglighed' kommer under pres.

Et eksempel er Lisas håndtering af samarbejdet med en ung mand som nægter at tage sin medicin. Her er opretholdelse af behandlingsalliancen hendes første prioritet.

Lisa:

"Og der siger jeg til ham, jamen for mig er det rigtig vigtig at jeg ved hvad du tager, altså det er næsten det vigtigste. Det vigtigste er ikke om han tager eller ikke tager

det. Jeg vil bare vide hvad han tager. Og så prøver jeg at lave en aftale med ham om at han noterer i løbet, altså mellem de her samtaler at han noterer hvad tager han...og så kan jeg spørge til, hvorfor tog du den så der. Jamen fordi det må der have været en grund til, for ellers tager han den nok ikke bare. Og så stille og roligt så er han blevet fuldstændig stabil på den her medicin. Og jeg bliver ved med at spørge, tager du det hver dag. Jamen det gør han...Jeg er ret overbevidst om, at han fortæller mig hvad han gør og hvad han ikke gør. Det er egentlig det vigtigste for mig.”

I dette eksempel lykkes det hende at opretholde en tillidsfuld relation, hvor hun afstår fra at kræve at borgeren skal tage sin medicin. Hun lader ham vælge selv og respekterer på den måde hans autonomi. Og det lykkes hende at gøre hans brug af medicin til genstand for en fælles diskussion. Så man kan sige at det her lykkes at opretholde paradigmet om brugerinddragelse – med vægt på brugerens selvstyring og autonomi – inden for den institutionaliserede faglige ramme. Men det sker her ved at Lisa midlertidigt trækker sin professionelle ansvarlighed noget tilbage og accepterer en vis risiko i det valg der træffes – borgerens eget ansvar bliver centralt.

I andre tilfælde bliver processen mere konfliktfuld. Her bliver forskellen mellem den professionelle og borgerens positioner og deres forskellige erfaringer og vidensgrundlag mere tydelig, og det bliver vanskeligt at opretholde relationen, som det belyses i Louises narrativ om forløbet mellem hende og en ung mand:

”Han siger, på et tidspunkt, han vil ikke have medicin mere...det synes vi ikke, det var vi jo ikke glade for. For han havde godt nok været meget syg, han havde været hjemløs, hele den historie og, hele den paranoia, og nu går det bare godt, han passer sit studie og han gør det rigtig godt. Han synes ikke at det er nødvendigt, fordi det, det fylder ikke så meget, det der mere. Han vil også gerne bare være normal... det er et dilemma for mig, som sygeplejerske fordi... jeg ved jo at han kan få tilbagefald til paranoia og sine symptomer i det hele taget selvfølgelig.”

Den unge mand fortsætter et stykke tid uden medicin. Men efter en længere periode får han symptomer på paranoia og bryder kontakten til Louise og klinikken. Et halvt år efter kontakter han klinikken igen. Han har det dårligt, er droppet ud af sin uddannelse og har mistet sit hjem. Han vil stadig ikke have medicin, og det ender med at han bliver tvangsindlagt. Dette er ikke en let beslutning og Louise beslutter i situationen at lade en af sine kolleger, en psykiater, stå for denne del af arbejdet. Hun forklarer:

”Det kan jeg simpelthen ikke. Det [tøver] det er fordi den der fortrolighed vi har, det at han kommer til mig og det er det eneste rum [han har] og...ja...det kunne jeg ikke, altså som menneske. Så gør han [en kollega] det så. Så han [kollegaen] kontakter egen læge og så bliver han så indlagt på gult papir efter et stykke tid.”

En proces som denne giver anledning til både refleksion og tvivl om den fordeling af ansvar som brugerinddragelse lægger op til. Hvor langt skal man følge borgerens valg og ønsker, og hvornår skal man intervenere som professionel? Viden om risikoen for tilbagefald gør det vanskeligt at forsvare at følge borgerens valg som om det er god professional kvalitet. Men ikke at bruge tvang betragtes som fagligt etisk ideal. Tvangsindlæggelse ses som det ultimative brud på tillid og på behandlingsalliancen, og det udfordrer også den forestilling om partnerskab med brugeren, som er dominerende i psykiatrien i dag. Disse dilemmaer har været til stede også tidligere i psykiatrien, men det ændrede er at brugerinddragelse som faglig metode og forpligtigelsen på en ny ansvarsfordeling fører til den tilbageholdte faglighed, vi her har peget på. Selvom brugerinddragelse principielt indebærer en distribution af ansvar for risiko og for kvalitet, så er det de professionelle der må balancere imellem potentielle sundhedsrisici, og imellem fagligt, og delvist juridisk ansvar, og ansvaret for at følge borgerens projekt og opfattelse af vejen til egen recovery.

Langvarige relationer og emotionelt arbejde

Som vist ovenfor viser det sig, at faglig beslutningstagen og gennemførelse af en faglig praksis med bevarelse af alliancen er et vanskeligt område for de professionelle. ’Tilbageholdt faglighed’ bliver en strategi til at mestre disse dilemmaer; en strategi som dog ikke slår til når centrale dele af professionalismen udfordres. Det faglige ansvar er udfordret i den brugerinddragende praksis, når brugernes opfattelse af personlig recovery skal inkluderes, og i relation til forskellige former for risici, for borgeren, og for den professionelle.

Den praksis vi her analyserer med begrebet om ’tilbageholdt faglighed’ stiller imidlertid også nye krav til de professionelle om at udøve emotionelt arbejde for at fastholde og udvikle relationerne til borgerne. Dette bliver samtidig influeret af de rammer den brugerinddragende praksis foregår indenfor. De særlige institutionelle rammer og styring af forløbene, med institutionelle begrænsninger for

de professionelles arbejde, har betydning for hvad relationer betyder og hvordan relationer opleves af de professionelle (Burkitt, 2012), som Anna her udtrykker:

"Der er en anden relation. Du sidder meget mere lige, og pludselig er du gæsten. Men i hospitalet, jamen så er jeg afsted til et møde, og det går efter hospitalernes regler."

Distriktspsykiatrien er overvejende steder borgerne besøger, eller de professionelle besøger borgerne i eget hjem eller på bosteder. På denne måde bygges relationerne anderledes op for de professionelle, ligner mere venskaber og hverdagslivets praksis, og mere uformelt end i hospitalsregi. De ret langvarige forløb rummer desuden muligheder for at arbejde med at forme og udvikle relationer på en måde som gør denne praksis til et selvstændigt fagligt værktøj:

"Relationen er noget af det allervigtigste...og så kan der komme en ny og så kan de ikke få kontakt og så siger jeg: arbejd videre med relationen, og det går langsomt! Og så lige pludselig så er den der!" (Hertha)

Relations- og emotionelt arbejde, som er ikke-professionaliserede områder, med perifer placering i uddannelsessammenhænge, viser sig i denne praksis at være noget "der arbejdes på".

De professionelle bliver ofte en væsentlig del af borgernes netværk, og deres primære nære relation i den tid de er i behandlingsforløb. Der opstår hos de professionelle oplevelsen af at blive livsvidner til borgernes liv og til deres livsprojekter, som ikke kun trækker på forestillinger om recovery:

"Hun er meget insisterende på, og det har hun været de sidste tre gange, at jeg bliver et vidne til hendes liv, sådan siger hun det også. Så hun vil have jeg skal gå ind i en evaluering af om det ser ud som om hun har tabt sig. Men jeg vil helst ikke gå ind i dette. Til dels fordi jeg ikke anser det for relevant terapeutisk, men vi kan tale om hvorfor det er så vigtigt for hende" siger Ghita.

Når de professionelle stiller spørgsmål til menneskers liv, der bidrager til fortolkningen af vanskelige livsforløb, og tilbyder borgere i sårbare situationer at dele viden om og fortolkninger af deres liv, så kan der opstå en oplevelse af bevidning (Stein & Mankowski, 2004). Denne livsbevidning kan forstås som en form for udveksling af værdi imellem borger og professionel, som kun til dels kan relateres til eksisterende forestillinger om recovery. Ved at anlægge dette perspektiv på analyserne, ser vi at der også opstår en vis form for gensidighed, idet det også giver stærk subjektiv mening for de professionelle og animerer dem til et fortsat engagement i borgerne. Lisa fortæller:

"Det bliver meget tæt. De betror os virkelig mange ting. Jeg tror også der er mange ting de ikke siger, men der er også ting de siger! Jamen, jeg har været her og haft patienter som jeg har haft i to år. Så jeg burde have færdiggjort dem – og jeg har bare ikke fået det gjort! Jeg prøver, og jeg prøver, og jeg prøver – og med nogle lykkes det. Men mange af dem, de bliver bedre – men så bliver de værre – så du tænker at nu er de klar, og når du så når frem til at skulle indgå den kontrakt med dem, at nu er de klar, så bliver de psykotiske og hospitaliserede, og har selvmords tanker...åhhhhh, så kan jeg ikke bære at gøre det, nej jeg kan ikke!"

Lisa fremstiller sig selv her som en vigtig person i borgerens liv, men også at borgeren bliver en vigtig person i hendes liv, og stærke emotioner er en del af det der medieres imellem Lisa og borgeren. Lisas fortælling viser to væsentlige aspekter ved relationer i distriktspsykiatrien. Dels at de professionelles emotionelle involvering og emotionsarbejde er betydningsfuld for at udvikle behandlingen. F.eks. fremstilles borgerens bedring som en form for resultat af behandlingen, mens borgerens lidelser/forværrede tilstand øjeblikkeligt kædes sammen med relationens ophør. Desuden er relationsdannelsen og bevarelsen samtidig et professionelt redskab, med bestemte hensigter om bedring og om at borgeren skal tage imod bestemte tilbud – dvs. de tilbud som er mulige inden for de institutionelle rammer.

At afbryde eller at sikre en fortsættelse af et behandlingsforløb, er et meget væsentligt tema og relateret til den styringsmæssige regulering af behandling:

"Vi har de her diskussioner (i behandlergruppen), om hvornår vi skal neddæmpe relationerne efter at en patient har været hospitaliseret og er roligere. Hvilken tilstand er den professionelle i (relation til patienten) og hvordan kan vi støtte dem i at tage relationen op igen, eller er det uopretteligt?" (Sanne)

De professionelle arbejder derfor interkollegialt med at professionalisere deres relationsarbejde og ser det som en vigtig del af de fælles værktøjer og metoder de har for at lykkes med arbejdet i forhold til borgerne. Det kræver vedvarende emotionelt arbejde, når relationsdannelser afbrydes eller er truet, som i Lisas narrativ. Det emotionelle arbejde med og i relationen bliver et fagligt instrument i forhold til hvordan den professionelle gerne vil lede borgeren og forløbet. De trækker i håndteringen af mulige brud situationer ofte på både forestillinger om at opnå personlig recovery og om at opnå klinisk recovery. Heri sigter de professionelle oftest pragmatisk på compliance med de faglige fortolkninger, og bruger emotionelt arbejde for at fastholde borgerne i relationen.

Men det får også betydning for den professionelles ønske om mening. De professionelle beskriver deres relationer til patienterne stærkest i forhold til brud og fastholdelse af forløb, som er blevet mere påtrængende pga. stærkere styring af længden og resultaterne for behandlingsforløb. I narrativer herom fremstiller de sig selv med særlig fagligt og individuelt ansvar, hvorimod de institutionelle rammer for deres arbejde bliver mere utydelige. På den måde bliver de emotioner der kan skabes og fastholdes igennem arbejdet sammen med borgerne et særligt vigtigt aspekt for de professionelles fastholdelse af fagidentitet i brugerinddragende praksis. Men det bliver også til nye krav til deres faglighed om at kunne arbejde emotionelt og anvende dette instrumentelt i en brugerinddragende praksis.

Konkluderende diskussion

I artiklen har vi sat fokus på hvordan brugerinddragelse skabes i psykiatrisk praksis i relation til recovery, og hvordan det udfordrer de professionelles håndtering af ansvar, viden og sociale relationer. Især en personlig recovery orienteret brugerinddragelse opfordrer, eller lægger til rette for, at borgerne i højere grad får indflydelse, autonomi og ansvar i forhold til at håndtere eget liv og sygdom, og at de professionelle indtager nye roller.

Brugerinddragelse indebærer en mulig forskydning af roller og ansvar mellem borgere og professionelle, og udfordrer dermed relationerne mellem professionelle og brugere, som påpeget både i studier af psykiatrisk arbejde og i andre former for velfærdsarbejde (Borg et al., 2013; Waldemar et al., 2019). Men som vi viser er denne proces kompliceret. Brugerinddragelse kan ses som en rettethed imod at lade den enkelte borger i højere grad tage ansvar i forhold til egne mål og ressourcer. Men det kan ikke blot ses som en ny rollefordeling der kan aftales en gang for alle. Det indebærer et stadigt arbejde med faglig identitet, meningsfuldhed og udvikling af nye praksisser.

Vi viser således, hvordan de professionelle håndterer de modsætninger der er indbygget i en brugerinddragelsestilgang ved det vi kalder 'en tilbagetrukket faglighed'. På den ene side bruges borgerens viden og erfaringer som udgangspunkt for etablering af et partnerskab omkring behandlingsmål og retning. Her lægges stor vægt på at konstituere borgeren som autonom, ansvarlig og rationel aktør, der formulerer mål og delmål og bevæger sig mod recovery.

På den anden side er medicinsk viden – diagnoser og medicinsk behandling – et fagligt grundlag der ikke kan antastes af borgerens viden og erfaringer, men

som er en del af den professionelle rammesætning af forløbet. Borgerens viden og erfaringer rammesættes, omformuleres og rettes således mod mål som indenfor det professionelt acceptable.

Borg, Stenhammer og Karlsson har i Norge beskrevet og undersøgt recovery-orienterede praksisser igennem de seneste 10 år, og finder at paradigmet om personlig recovery stiller en særlig udfordring til de professionelle om at inddrage brugerne på nye måder, hvori professionsroller forhandles, og der afgives ansvar for handling til brugeren (Borg et al., 2009, 2013). Borg, Stenhammer og Karlsson finder i navnlig den decentrale psykiatri, at de professionelle er afgørende for at recovery orienteringen i psykiatrien kan finde sted. De finder at relationer imellem brugere og professionelle bliver centrale faglige redskaber, men også mulige barrierer for en recovery-orientering.

Vores analyse peger på at relationer og de professionelles intensive emotionelle arbejde er forudsætningen for at arbejde brugerinddragende. De professionelles handlerum er underlagt styring og institutionelle rammesætninger, som de professionelle ikke blot kan bryde med. Vi ser at de forsøger at omfortolke borgerens ønsker og deres egne handlemuligheder og faglighed situationelt igennem en til tider tilbageholdt faglighed, men også igennem et motiverende og relationelt intensiveret arbejde. Der er altså tale om at de professionelle også indgår i en form for styring, hvor de professionelle kan indtage en pædagogisk, opdragende rolle, for at understøtte brugernes inddragelse og samtidig lykkes fagprofessionelt ud fra hensyn til både risiko, kvalitet og ansvar. Men der er ikke tale om en egentlig demokratisering, som bevæger sig hen imod en stadig mere ligeværdig dialog. Her støtter vores undersøgelse den kritiske forskning, der har understreget de neoliberale træk i recovery som begreb og praksis (se fx Holen, 2015; Jørgensen et al., 2018, 2020), hvorved der skabes en idealisering af den autonome borger der træffer egne valg.

Relationer til borgere er imidlertid ikke kun strategiske alliancer med henblik på at bevæge borgerne mod nye identiteter og recovery. Troværdigheden og bærekraften i relationerne beror på et engagement og et emotionelt arbejde, som kan have afgørende betydning for at lykkes både med at borgeren oplever sig anerkendt i sit ønske om recovery, og for at de professionelle kan opleve deres arbejde meningsfuldt og ikke kun politisk styrede. Vi peger derfor på hvordan de modsætninger og spændinger som er en integreret del af brugerinddragelse, kan være med til at sætte det emotionelle arbejde under pres.

Dette gælder især i tilfælde, hvor fagligheden direkte udfordres, og strategien om tilbagetrukken faglighed kommer til kort. Her sættes de professionelle under

pres i spændingsfeltet imellem ansvar risiko og kvalitet. Vi illustrerer hvordan de professionelle må slække på faglig viden om risiko for at bevare en alliance base-ret på den selvansvarlige bruger eller ultimativt blive tvunget til at bryde samarbejdet med brugeren ved udøvelse af tvang. I tråd med Kilminster & Zukas (2013) og deres undersøgelser af ansvar og risiko i andre dele af sundhedspraksis ser vi, at ansvarsfordelingen hele tiden er til forhandling, og at der slækkes og strammes på de professionelle kodeks for kvalitet, ansvar, risiko og emotionel og personlig involvering. Vi ser at de professionelle får stort individuelt ansvar for at balancere imellem faglig fortolkning af risici og brugerens risikohåndtering og oplevelse, og imellem egen faglig professionalisme, og det at kunne arbejde emotionelt og relationelt. Derfor bliver tilbageholdt psykiatrifaglighed, øget ekspertise i emotionelt arbejde og relationsdannelse, samt udvikling af en risikoorienteret faglig viden om ansvarshåndtering, alle til væsentlige aspekter af forandringer i professionsfaglighed ved brugerinddragelse i en recovery-orienteret psykiatri.

Referencer

- Beck, R., Heffernan, S., Law, H., McCusker, M., Bentall, R. P., & Morrison, A. P. (2012). Subjective judgements of perceived recovery from psychosis. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 21(6), 556–566. <https://doi.org/10.3109/09638237.2012.710765>
- Beck, U. (1993). *Risk Society. Towards a New Modernity*. SAGE Publications.
- Bolton, S. (2004). *Emotion management in the workplace*. Palgrave Macmillan.
- Bolton, S., & Boyd, C. (2016). Trolley Dolly or Skilled Emotion Manager? Moving on from Hochschild's Managed Heart [Article]. *Work, Employment and Society*, 17(2), 289–308. <https://doi.org/10.1177/0950017003017002004>
- Borg, M., & Davidson, L. (2008). The nature of recovery as lived in everyday experience. *Journal of Mental Health*, 17(2), 129–140. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/09638230701498382>
- Borg, M., Karlsson, B., & Kim, H. S. (2009). User involvement in community mental health services—principles and practices. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(3), 285–292. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01370.x>
- Borg, M., Karlsson, B., & Stenhammer, A. (2013). Recoveryorienterte praksiser: en systematisk kunnskapssammenstilling. In *Ligger åpen på NAPHA.no*.
- Burkitt, I. (2014). *Emotions and Social Relations*. SAGE Publications. <https://doi.org/https://doi.org/10.4135/9781473915060>
- Cavelti, M., Kvrjic, S., Beck, E.-M., Kossowsky, J., & Vauth, R. (2011). Assessing recovery from schizophrenia as an individual process. A review of self-report instruments. *European Psychiatry*, 27(1), 19–32. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.01.007>
- Chodorow, N. J. (1999). *The Power of Feelings: Personal Meaning in Psychoanalysis, Gender, and Culture*. Yale University Press.

- Christensen, K., & Fluge, S. (2016). Brukermedvirkning i norsk eldreomsorgspolitik. Om utviklingen av retorikken om individuelt medansvar. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 19(03), 261–277. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-03-04>
- Christensen, T., & Lægread, P. (2016). *The Ashgate research companion to new public management*. Ashgate. <https://doi.org/https://doi.org/10.4324/9781315613321>
- Davies, C. A. (2012). *Reflexive Ethnography: A Guide to Researching Selves and Others*. Taylor and Francis. <https://doi.org/10.4324/9780203069370>
- Dybbroe, B. (2016). Ulige mental sundhed i livshistorisk og klassesteoretisk persepektiv. In S. Lehn-Christiansen, M. Holen, A. Liveng, B. Dybbroe, I. Aamann, & N. Thualagant (Eds.), *Ulighed i sundhed : nye humanistiske og samfundsvidenskabelige perspektiver* (pp. 133–157). Frydenlund Academic.
- Dybbroe, B. (2018). Professionssociologi - sundhedsprofessioner under pres. In P. Tangaard Andersen & H. Timm (Eds.), *Sundhedssociologi : en grundbog*. (1. udgave., pp. 203–223). Hans Reitzel.
- Evetts, J. (2011). A new professionalism? Challenges and opportunities. *Current Sociology*, 59(4), 406–422. <https://doi.org/10.1177/0011392111402585>
- Graham, J., Denoual, I., & Cairns, D. (2005). Happy with your care? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(2), 173–178. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00814.x>
- Hansen, A. M., & Kamp, A. (2018). From Carers to Trainers: Professional Identity and Body Work in Rehabilitative Eldercare. *Gender, Work and Organization*, 25(1), 63–76. <https://doi.org/10.1111/gwao.12126>
- Hansen, A. M., & Kamp, A. (2019). Welfare professionals in transformation: The case of elderly care. In H. Hvid & E. Falkum (Eds.), *Work and wellbeing in the nordic countries. A critical perspective on the world's' best working lives* (pp. 243–259). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781351169967-17>
- Hansen, T., Hatling, T., Lidal, E., & Ruud, T. (2004). The user perspective: respected or rejected in mental health care? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(3), 292–297. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2003.00717.x>
- Holen, M. (2011). *Medinddragelse og lighed – en god idé? En analyse af patienttilblivelser i det moderne hospital*. Roskilde University.
- Holen, M. (2015). Patientinddragelse som politik - hvordan blev det muligt og hvad bliver det til? *Gjallerhorn*, 20, 37–47.
- Hopper, K., Harrison, G., Janca, A., & Sartorius, N. (2007). *Recovery from Schizophrenia: A Report from the WHO Collaborative Project, the International Study of Schizophrenia*. Oxford University Press, Incorporated.
- Järvinen, M. (2012). Fra afhængighed til autonomi: At arbejde med stofbrugere. In M. Järvinen & N. Mik-Meyer (Eds.), *At Skabe En Professionel - Ansvar Og Autonomi I Velfærdsstaten* (pp. 29–51). Hans Reitzel.
- Jørgensen, K., Praestegaard, J., & Holen, M. (2020). The conditions of possibilities for recovery: A critical discourse analysis in a Danish psychiatric context. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15–16), 3012–3024. <https://doi.org/10.1111/jocn.15311>
- Jørgensen, K., Rendtorff, J., & Holen, M. (2018). How patient participation is constructed in mental health care: a grounded theory study. In *Scandinavian journal of caring sciences*. (Vol. 32, Issue 4, pp. 1359–1370). Wiley. <https://doi.org/info:doi/>

- Kamp, A., & Dybbroe, B. (2016). Struggles of Professionalism and Emotional Labour in Standardized Mental Health Care. *Nordic Journal of Working Life Studies*, 6(February), 67–86. <https://doi.org/10.19154/njwls.v6i1.4886>
- Kamp, A., & Hansen, A. M. (2018). Nordic New Public Management: The case of Denmark. In H. Hvid & E. Falkum (Eds.), *Work and Wellbeing in the Nordic Countries* (1st ed., pp. 221–242). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781351169967-16>
- Kamp, A., & Holen, M. (2018). Brugerinddragelse: ny professionalisme og nye omsorgsrum? *Nordisk Vælfærdsforskning*, 3, 47–57.
- Kickbusch, I. (2010). Health in all policies: Where to from here? *Health Promotion International*, 25(3), 261–264. <https://doi.org/10.1093/heapro/daq055>
- Kilminster, S., & Zukas, M. (2013). Responsibility matters : putting illness back into the picture. *Journal of Workplace Learning*, 25(6), 383–393. <https://doi.org/10.1108/JWL-08-2012-0058>
- Kjær, P., & Reff, A. (Eds.). (2010). *Ledelse gennem patienten: nye styringsformer i sundheds-væsenet*. (1. udgave). Handelshøjskolens Forlag.
- Mattingly, C. (2010). *The Paradox of Hope : Journeys through a Clinical Borderland*. University of California Press. <https://doi.org/10.1525/9780520948235>
- Meldgaard Hansen, A. (2016). Rehabilitative bodywork: Cleaning up the dirty work of homecare. *Sociology of Health and Illness*, 38(7), 1092–1105. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12435>
- Pilgrim, D., & McCranie, A. (2013). *Recovery and Mental Health- a Critical Sociological Account*. Palgrave Macmillan.
- PsykiatriNetværkets vision for psykiatrien 2030*. (2018). 1–14. <https://www.lap.dk/wp-content/uploads/2020/10/Input-Psykplan-Psykiatrinetværket.pdf>
- Regeringens udvalg om psykiatri. (2013). *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser: rapport fra regeringens udvalg om psykiatri [A modern, open and inclusive service for people with mental disorders: report of the Cabinet Committee on psychiatry] (In Danish)*.
- Salling Olesen, H., Nicoll, K., & Jütte, W. (2011). Editorial: Professionalisation – the struggle within. *European Journal for Research on the Education and Learning of Adults*, 2(1), 7–20. <https://doi.org/10.3384/rela.2000-7426.relae2>
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research*, 10(1), 26. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-26>
- Stein, C. H., & Mankowski, E. S. (2004). Asking, Witnessing, Interpreting, Knowing: Conducting Qualitative Research in Community Psychology. *American Journal of Community Psychology*, 33(1), 21–35. <https://doi.org/10.1023/B:AJCP.0000014316.27091.e8>
- Trojaborg, R. S. (2018). Enhanced quality or assembly lines? Psychiatric treatment packages in Denmark: knowledge definitions and governing tools. *Social Theory & Health*, 16(4), 342–360. <https://doi.org/10.1057/s41285-018-0061-x>
- Waldemar, A. K., Esbensen, B. A., Korsbek, L., Petersen, L., & Arnfred, S. (2019). Recovery-oriented practice: Participant observations of the interactions between patients and health professionals in mental health inpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 318–329. <https://doi.org/10.1111/inm.12537>