

# Hvad tæller, og hvem tæller?

## – standardisering og emotionelt arbejde i psykiatrien

*Annette Kamp & Betina Dybbroe*

Arbejdet i sundhedssektoren i Danmark – såvel som i andre europæiske lande – har i de sidste årtier undergået store forandringer som led i en stadig effektivisering og rationalisering, først og fremmest med 'New Public Management' som overskrift. Standardisering indgår i forskellige udformninger som et værktøj til at gennemføre de nye styringsprincipper. I denne artikel undersøger vi de komplekse måder, forskellige former for standardisering påvirker arbejdet på et specifikt felt, nemlig psykiatrien. Vi retter her fokus mod, hvordan standardisering er med til at forandre opfattelsen af, hvad arbejdet handler om, og hvordan de etablerede hierarkier i det tværfaglige samarbejde udfordres. Samtidig usynliggøres det emotionelle arbejde, som er en vigtig del af at få arbejdet til at lykkes.

Psykiatrien har en lang historie som en slags medicinens stedbarn, idet psykiatrien siden opgøret med anstaltspsykiatrien i 1960-70'erne har insisteret på at fastholde et humanistisk fokus, hvor mennesket opfattes som unikt. Dermed tilslutter psykiatrien sig ikke helhjertet den rationalistiske medicinske tilgang, hvor mennesker kategoriseres på grundlag af diagnoser (Møllerhøj 2008), og behandling tendentielt objektiverer sin genstand. Denne tilgang har i høj grad været med til at forme arbejde, faglighed og samarbejdsformer i psykiatrien.

Arbejdet i psykiatriske institutioner er ofte organiseret i tværfaglige teams, som omfatter flere faggrupper. I sygehusinstitutioner oftest læger, psykologer og forskellige plejegrupper; i distrikts-, ambulatorie- og socialpsykiatri ofte pædagoger, sygeplejersker, socialrådgivere, lærere, psykologer og læger, der alle involveres i arbejdet med ana-

lyse af patientens situation og behandling. Tværfagligt teamarbejde har blandt andet en baggrund i den systemiske psykiatri, som sammen med psykoanalysen har præget psykiatriens udvikling siden 1970'erne. Den systemiske tilgang har været dominerende inden for børne- og ungepsykiatrien i både Danmark, Skandinavien og England (Donovan 2002). I denne tilgang betragtes psykisk sygdom som udtryk for forstyrrelse i patientens sociale system – de sociale relationer som patienten indgår i – snarere end noget, der alene er en sygdom hos individet. Det indebærer, at man både for at diagnosticere og hjælpe/behandle patienten må undersøge og forstå patienten i sit naturlige miljø, og at også netværket omkring patienten spiller en rolle i behandlingen. En mangfoldighed af fagligheder: Socialfaglige, pædagogiske, medicinske og psykologiske sættes derfor til at spille sammen om

løsningen af disse opgaver i et teamarbejde. Denne tilgang fokuserer altså på individet i sin specifikke kontekst, og psykiatrien forstås i høj grad som human- og socialvidenskabelig praksisfelt og fagdisciplin (Donovan 2002).

Psykiatriens historie er paradoksalt nok også en historie om et felt og en disciplin, som har kæmpet for at gøre sig til fuldgyldigt medlem af den medicinske familie med alle dens specialer (Møllerhøj 2008). Dermed har psykiatrien også måttet underkaste sig de videnskabelige rationaler, som hersker på dette felt. En af grundbyggestene er et standardiseret diagnosesystem, som beskriver og kategoriserer menneskers psykisk anormale tilstande (Brinkmann 2010). Der arbejdes på internationalt plan med en løbende udvikling af et detaljeret diagnosesystem DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders) som redskab for de professionelle kategorisering af patienten. Patienterne beskrives qua deres diagnose, de grupperes i diagnoser, og deres behandling foreskrives derved. Det repræsenterer således et ganske andet og dekontekstualiseret blik på patienter. Diagnosesystemet, som stadig raffineres og udvider sit felt – senest med udgivelsen af DSM 5 i 2013, strukturerer i dag indsatsen i psykiatrien (Simonsen & Møhl 2010).

Den humanvidenskabelige opmærksomhed på individet, mennesket i sin særlige kontekst og det rationelle medicinske diagnosesystem lever således side om side. Disse modsætninger skaber og opretholder en spænding i feltet. En spænding, der udfolder sig i det praktiske arbejde, og som til stadighed må finde sin løsning i de kompromiser, praksisfeltet kan etablere.

De store forandringer, som sektoren har undergået i de senere år under overskrifter som 'NPM', 'Kvalitetsreformen' og 'Lean', der alle bruger standardisering som et af deres vigtigste virkemidler, udfordrer disse

kompromiser og skaber opfordringer i arbejdet til en rationalistisk og medicinsk fremfor en humanistisk og socialvidenskabelig psykiatrisk praksis og faglighed.

'New Public Management' (NPM) udtrykker en global tendens til øget markedsstyring og management-orientering (Hood 1991). NPM indebærer blandt andet en opsplitning af sektorer i forskellige (økonomiske) selvstændige enheder som 'sælger' til og 'køber' af hinanden; en standardisering af ydelserne, således at de ydelser, der udveksles, kan tælles og prissættes; samt central styring af enhederne via kontrakter. Standardisering af ydelserne bliver den politiske forudsætning for kontraktstyring og udlicitering (Greve 2003; 2007; Busch m.fl. 2005).

Vi ser i denne artikel på centrale dimensioner af standardiseringen af det psykiatriske arbejde, og vi viser, hvordan standardiseringen udføres og også modereres, omtolkes og modarbejdes i professionelle teams af psykiatriske medarbejdere. Vi undersøger, hvordan dette paradoks influerer på fagidentitet og det tværfaglige samarbejde, og hvilke konsekvenser det får, for hvad der tæller som arbejde, og hvem der tæller mest i arbejdsteamet. Vi illustrerer i vores casestudie af arbejdet i en børnepsykiatrisk enhed, hvordan gennemførelse af standardiseringen skubber til balancen mellem det humanvidenskabelige og medicinske i psykiatrien som praksisfelt og fagdisciplin.

Vi fokuserer særligt på det emotionelle arbejde som foregår i mødet med klienterne og samarbejdspartnere, fordi det i feltarbejdet viste sig at være et meget væsentligt, men delvist upåagtet arbejde i psykiatrisk udredning, som finder sted inden for rammerne af standardiseringen. Emotionelt arbejde er en forudsætning for at gennemføre en udredning af barnets problemer og er et led i at gøre forældre, barn og andre omkring barnet parate til at fungere i den

nye virkelighed, som en diagnose etablerer. I psykiatrien er emotionelt arbejde en professionel aktivitet, hvor emotioner bearbejdes og håndteres, og hvor de professionelle benytter egne emotionelle oplevelser som afsæt for professionel handling.

Artiklen er baseret på et etnografisk studie af en børnepsykiatrisk afdeling, som 'producerer' diagnoser og behandling af børn og deres familier. Vi indleder artiklen med et teoretisk afsnit, hvor vi placerer os selv og studiet inden for teoretiske diskussioner om standardisering, emotionelt arbejde og professionsidentitet. Det efterfølges af en præsentation af vores metodologiske tilgang. Dernæst beskriver og karakteriserer vi de forskellige typer af standardisering, som er indført i psykiatrien, særligt i den konkrete afdeling, der indgår i vores studie. Den empiriske analyse fokuserer på de emotionelle processer i arbejdet og ser på, hvordan de på den ene side repræsenterer helt andre logikker end standardiseringens, men samtidig integreres i og forhandles ud fra standardiseringens krav. De valgte case-analyser illustrerer, hvordan opfattelsen af, hvad der er kernen i arbejdet bliver grundlag for forhandlinger og konflikt, hvordan sociale relationer i de tværfaglige teams sættes under pres, og hvordan det emotionelle arbejde og dets status påvirkes. Ud fra vores analyse afsluttes artiklen med at pege på betydningen af det ikke-standardiserede arbejde, for at psykiatrisk arbejde kan lykkes.

## **Standardisering og emotionelt arbejde – teoretisk udgangspunkt**

I artiklen trækker vi på forskellige strømninger inden for sociologien. For det første tager vi udgangspunkt i standardiserings-sociologien (se fx Timmermans & Epstein 2010). Her præsenteres et bredt syn på standardisering, idet der peges på, hvordan termen standardisering dækker over forskel-

lige måder at skabe uniformitet i et felt. Det kan dreje sig om *terminologiske standarder*, der tilstræber at give et udtømmende sprog til at beskrive et felt. Et sådant sprog skaber universer, der giver mulighed for at italesætte og værdsætte visse dele af arbejdet, mens andre dele gøres tavse, ikke-tællelige og dermed forsvinder ud af synsfeltet. *Proces-standarder*, der fastlægger, hvordan arbejdsprocesser gennemføres, tilstræber i højere grad at regulere arbejdsadfærd og har indflydelse på organiseringen af arbejdet. Mens *performance-standarder*, der specificerer målene med indsatsen, sætter normer for kvalitet og kvantitet af arbejdet.

Standardisering betyder altså ikke kun at arbejdet gøres mere ensformigt og opsplittet, sådan som det ofte diskuteres med taylorismen som ledefigur, men kan mere grundlæggende udfordre normer og etik i arbejdet; det kan indebære en transformation af, hvad arbejdet går ud på (hvad kernen i arbejdet er), hvad der er kvalitet i arbejdet, og hvordan man opnår god kvalitet (se fx Kamp & Hvid 2012; Liff & Andersson 2011). Konsekvenserne kan således være komplekse. Flere nyere studier, inspirerede af 'Actor-Network Theory' (ANT), fremhæver vigtigheden af at have fokus på transformation af professioner og rekonfiguration af de relationer mellem forskellige faggrupper. Timmermans og Berg (2003) illustrerer, hvordan standardiseringsteknologier kræver professionel aktivitet for at bringes til at virke. Standardisering ses således ikke som en struktur eller et rationale, der gennemføres, men som en dynamisk proces, der er omkæmpet og forhandlet.

Timmermans og Berg (2003) peger desuden på, hvordan disse teknologier giver ny legitimitet til visse grupper og positionerer dem som eksperter, hvorved faglige hierarkier forandres. Også Halford m.fl. (2010) illustrerer i deres studie af implementering af et elektronisk journalsystem, hvordan

denne teknologi giver ulige muligheder for deltagelse for forskellige professionelle grupper og dermed potentielt forandrer den hierarkiske relation mellem dem. Men de viser også, hvordan sådanne teknologier kan bidrage til at usynliggøre bestemte dele af arbejdet.

I vores analyse af standardisering i psykiatrien ser vi eksempler på såvel terminologi-, proces- og performance-standarder. Vi undersøger, hvordan standardiseringen udfordrer faglig identitet og relationen mellem faggrupperne, og vi illustrerer, hvordan standardiseringen i stigende grad gør det emotionelle arbejde usynligt. Vi ser her faglig identitet som en dynamisk størrelse, der både i traditionel forstand (med reference til den weberianske professionsforståelse) formes i uddannelsen, med dens vægt på specialiseret viden og faglig etik; men som også reformuleres og udvikles lokalt i samspillet med arbejdsopgaver, arbejdsfællesskaber og organisation samt ud fra livshistorisk erfaring (Olesen m.fl. 2011). Dermed anskuer vi den transformationsproces, som vi følger i psykiatrien, som en forhandling af standardiseringen og de rationaler, den bringer med sig – og samtidig som subjektiv meningsfuld praksis i forhold til forskellige faglige identiteter og positioneringer.

Vores begreb om emotionelt arbejde er inspireret af følelessociologien, oprindeligt lanceret af Arlie Hochschild (Hochschild 1983). Her tager vi afsæt i en senere kulturteoretisk tilgang ved Sharon Bolton (Bolton 2005). Der er aktuelt en interesse for at forstå de affektive sider af arbejdslivet og følelsernes betydning 'genopdages' i karakteristikker af det senmoderne samfund (se fx Hjort 2012). Vores ærinde her er dog ikke at fremhæve det psykiatriske arbejde som særligt emotionelt i forhold til andet omsorgs- og behandlingsarbejde, men at undersøge, hvordan det emotionelle arbejde foregår og udfolder sig i sam-

menhæng med standardiseringens udvikling.

Sharon Bolton fremhæver, at følelser frembringes og opstår i arbejdets og organisationernes kontekst og er kulturaliserede. Bolton peger især på væsentligheden af de forskellige styringsregimer, som vil være i spil: Det ledelsesmæssige, som har til formål at forme medarbejdernes følelsesmæssige udtryk som et middel til at frembringe produktet eller løsningen; det professionelle regime, altså de normer og værdier omkring følelsesudtryk, som er en del af det professionelle virke og identitet. Og endelig er der de mere alment delte sociale forståelser af, hvordan man følelsesmæssigt interagerer med mennesker under specifikke omstændigheder. Nancy Chodorow (Chodorow 1999), en psykodynamisk inspireret kulturteoretiker, peger endvidere på, at emotioner i arbejdet må forstås som medieringer imellem det sociale og indre verdener, og derfor er de ikke mere eller mindre autentiske. Hun peger på, at emotioner har kulturelt specifikke betydninger for forskellige individer; de er ikke kun alment delte, men også personlige – samtidig med at de er kontekstbundne. Derfor anser vi det for meningsfuldt at analysere emotionelt arbejde i psykiatrien med blikket sat på handlinger og interaktioner i mødet mellem klienter og professionelle, såvel som på de professionelle subjektive orienteringer og perspektiver i arbejdet.

## Metodologi

Vores analyse er baseret på empiriske studier foretaget over to år, med start i sommeren 2011, som led i et større forskningsprojekt om arbejdet i psykiatrien<sup>1</sup>. Projektets formål er at undersøge teamarbejdet, som både (som i psykiatrien) kan have rod i faglige traditioner inden for et særligt felt, men som samtidig udgør en af de moderne

måder at organisere selvledelse på. Vi opfatter således teams som et spændingsfyldt fænomen, der både kan være med til at skabe fællesskab og social støtte, men også kan være konfliktfyldte og belastende. Vi har særligt haft fokus på de sociale relationer i teams, på mening og identitet samt på trivsel i arbejdet.

Den centrale metode er etnografiske feltstudier, hvor vi har haft en 'multisited' tilgang (Marcus 1995; Shore m.fl. 2011). Arbejdet og de professionelle perspektiver er derfor undersøgt ved at følge forskellige ledetråde: For det første har vi fulgt enkelte ansatte arbejdsdagen igennem. For det andet har vi fulgt en 'sag' eller en opgave. Og for det tredje har vi fulgt forløbet i flere teams, både udrednings- og behandlings-teams. Valget afhang af kontekst og praktiske muligheder. Vi har således fulgt arbejdet i tre teams og fem sager. Herudover har vi opholdt os i afdelingen, deltaget i personalemøder og i det uformelle samvær i pauserne m.m. Men vi havde også muligheder for gentagne (fem) gange at deltage i de såkaldte konferencer: fællesmøder, hvor alle deltog for at fremlægge og diskutere resultatet af deres udredningsarbejde. Derudover har vi gennemført 6 semistrukturerede kvalitative interviews med ansatte der tilhører forskellige faggrupper. Her har vi belyst deres professionelle livsbaner, deres forståelse af arbejde, mening og identitet, med henblik på at belyse, hvordan forandringer i det psykiatriske arbejde opleves og tolkes og påvirker mening og trivsel i arbejdet. Senere er disse interview fulgt op med to fokusgruppeinterviews med henholdsvis tre og fem deltagere.

## **Standardisering i psykiatrien – NPM og Lean i børnepsykiatrien**

Som i det øvrige sygehusvæsen er der i løbet af 00'erne indført en 'Bestiller/Ud-

fører'-model i psykiatrien. Grundlaget for modellen er et IKT-baseret katalog over ydelser, bygget op omkring DRG-systemet (Diagnosis Related Grouping). Dermed kan køb og salg af ydelser registreres og danne basis for afdelingens økonomi. Diagnosen fastlægges som den centrale ydelse og barnet som kunden, der modtager denne ydelse. Dette er altså en *terminologisk standard*. Den fastlægger, hvad der tæller som ydelse, og der listes en række aktiviteter, som bidrager til diagnosticeringen. Men for eksempel tæller kontakt med forældrene (uden barnet) ikke, selvom fx en række af de anerkendte tests er baseret på interviews med forældrene alene. Og kun ydelser udført af sygeplejersker, læger og psykologer tæller, øvrige faggruppers indsats ikke. Denne standardiseringsteknologi betyder således, at en del af de aktiviteter, der rutinemæssigt udføres som en del af udredningen, ikke kan registreres som ydelser. Ydelserne styres kvantitativt via resultatkontrakter, der blandt andet omfatter antallet af producerede ydelser. Derudover reguleres feltet af en række *performance-standards*. Kvaliteten af 'performance' er i de senere år blevet vurderet på baggrund af årlige målinger af kundetilfredshed.

Med den ny sundhedslov i 2005 blev der åbnet op for borgernes frie valg af leverandører og etableret muligheder for konkurrence med private enheder (Bovbjerg 2012). Samtidig blev der indført ventetidsgarantier i psykiatrien. Dette har skabt et pres for reorganisering og rationalisering af arbejdsprocesserne i psykiatrien, og der er gennemført i et omfattende Lean-program med denne rationalisering og reorganisering som sit formål.

'Leaning' i psykiatrien har for det første medført, at der er sat standarder for, hvor mange diagnoser hvert team skal producere pr. måned. Gennemløbstiden for hver 'kunde' er fastsat til to måneder. På den

arbejdsplads vi har studeret, er de diagnosticerende teams reorganiseret. Hvor man førhen arbejdede i 'selvgroede teams', altså med teammakere man selv valgte at arbejde sammen med over en ikke nærmere specificeret periode, fastlægges teamsammensætningen nu af ledelsen, og man skifter makker hver tredje måned. Teamene består af to personer: en akademisk uddannet arbejder sammen med en pædagog, sygeplejerske eller socialrådgiver. Samtidig er arbejdsdagen nu fast organiseret, så den er opdelt i udredning (diagnoseproduktion) og behandling.

'Leaning' har således i et vist omfang betydet en *processtandardisering* af det diagnostiske arbejde. Arbejdsdelingen imellem teammedlemmerne er dog ikke specificeret; den aftales i teamet afhængig af en faglig vurdering af den specifikke case og af interesser og erfaring. Dog er der en række tests, som alene kan udføres af psykologer eller læger, mens hjemmebesøg og besøg på barnets institutioner i princippet kan gennemføres af alle faggrupper. Der er heller ikke – endnu – standarder for hvilke typer af undersøgelser, der skal gennemføres i forbindelse med en udredning. Dette er imidlertid på vej med indførelse af de såkaldte udredningspakker i psykiatrien, som også vil opdele og konstruere de faglige opgaver i psykiatrien på nye måder (Danske Regioner 2011; Madsen m.fl. 2011).

Det børnepsykiatriske arbejde i Danmark blev reformeret i årene 2007-09 med indførelse af 'Lean' og større fokus på ambulans og akut behandling (Danske Regioner 2008). Den børnepsykiatriske enhed, vi har undersøgt, har været inddraget i denne udvikling. Afdelingen har cirka 30 ansatte, psykologer, læger, pædagoger, sygeplejersker og socialrådgivere, og har som andre afdelinger på hospitalet en tostrengt ledelse bestående af en overlæge og en ledende sygeplejerske.

## Arbejde og faglige hierarkier i forandring

### Dystopien – psykiatrien som diagnoseindustri

I den første del af analysen ser vi nærmere på, hvad det stærke fokus på at producere diagnoser og producere dem effektivt, som ydelsesregistreringen og reorganiseringen af arbejdet bærer med sig, betyder for identitet og mening i arbejdet. På baggrund af de kvalitative interviews udforsker vi, hvordan udredning og diagnosticering indgår i de forskellige faggruppers forståelse af kernen i arbejdet og illustrerer, hvordan standardisering indebærer en reformulering af målet med arbejdet, som på forskellig vis forhandles, bøjes eller afvises.

En af psykologerne, som har arbejdet i en privat børnepsykiatrisk enhed i et par år, har dér oplevet denne markedslogik i fuldt udfoldet form. Hun er meget klar og utvetydig i sin opfattelse af den udvikling, der er i gang.

*"Det bliver diagnosen frem for barnet. Altså, der blev det: Hvor mange diagnoser har vi stillet i den her uge? Fordi det var det, der udløste betalingen, og så var der penge i kassen. Og det er næsten det, der også er ved at ske lidt. Vi snakker meget om, hvor mange ydelser har vi lavet, hvor mange undersøgelser har vi lavet, fordi det bonner ud. Altså, undersøgelser bliver jo diagnoser, og diagnoser udløser penge. Så min frygt er lidt, at vi begynder at miste det humanistiske perspektiv.. Barnet og familien bliver mere og mere et nummer i rækken."* (Anne, psykolog)

Og hun tilføjer:

*"Det ligger mere i vores fag at fortælle den sammenhængende historie omkring det her barn. At der er rigtig mange faktorer, der har indflydelse på trivsel og udvikling. Der er rig-*

*tig mange faktorer, der kan gøre, at et barn bliver uroligt og ukoncentreret. Der er mange andre faktorer, end at det har ADHD.”*  
(Anne, psykolog)

Faggrupperne, pædagogerne, socialrådgiverne, sygeplejerskerne og psykologerne formulerer deres idealer på forskellig vis; men alle distancerer sig fra 'diagnoseindustrien'. Diagnosen anerkendes som det formelle mål med arbejdet, men dens betydning fortolkes og forhandles.

Joan, en psykiatrisk sygeplejerske siger:

*”I virkeligheden synes jeg ikke, det er så meget, om det hedder noget. Det er jo mere, om barnet kan få hjælp bagefter. Det er i hvert fald min holdning til det. Så er jeg ligeglad med, om det hedder det ene eller det andet. Men for forældrenes skyld, der vil jeg sige, for at de får noget mere fremadrettet hjælp, så er de nødt til at have et navn på det, barnet fejler. For ellers sker der ikke noget. Så det er vores samfund..”*

Så hun betragter diagnosen som et middel, ikke som målet, og det omhyggelige arbejde med at skelne mellem forskellige diagnostiske kategorier og underkategorier forekommer hende omsonst. Men som hun fremhæver, er diagnosen den eneste legitime måde, hvorpå man kan få anerkendt et problem som noget, der kræver en indsats. Diagnosen giver adgang til ressourcer.

Denne opfattelse deles af Leo, en pædagog. Hans fokus er på familien, og han understreger vigtigheden af at komme dem i møde dem og støtte dem.

*”Jeg synes, vi skal behandle de her forældre ualmindeligt ordentligt. Altså virkelig være søde og rare ved dem. Fordi det er svært at være dem og komme her. Jeg synes, vi skal.. ja, tænke, at de gør deres bedste. Men også vise det, selvom de kommer ti minutter for*

*sent, ... være ordentlige ved dem alligevel. Jeg kunne godt tænke mig, man kunne følge forældrene bedre til dørs. Altså, de kommer ind og tror, de er normale forældre, og så går de ud med et handikappet barn. De er rystede.”*

Han finder det egentlig ikke problematisk at afkorte den tid, der er afsat til at udrede et barn – et af resultaterne af 'Lean'. Han ville hellere bruge sin energi på at give forældrene noget andet, noget som giver mening i forhold til at blive bedre kvalificerede til deres nye liv som forældre. Her peger han altså på, at noget af det vigtige i arbejdet er det emotionelle arbejde. Her er det den særlige måde at møde forældrene på, som skal støtte dem, og som også er en forudsætning for den pædagogiske og emotionelle proces, hvor de lærer nye måder at håndtere deres forældreskab på.

En anden psykolog, Bente, fremhæver sine og sine fagfællers diagnostiske kompetencer og deres meget lange erfaring med at arbejde med diagnosekategorierne. Hun tilføjer imidlertid, at hun forstår fastlæggelsen af en diagnose som en proces, en proces som skal forberede forældrene til deres fremtidige situation. Samtidig er et godt samarbejde også en forudsætning for pålidelige resultater af udredningen. Så evnen til at tilrettelægge denne proces er helt central; det betragtes som en vigtig professionel kompetence. Hun og andre kolleger arbejder kontinuert på at udvikle deres kompetencer i forhold til at håndtere de mange forskellige typer af komplekse og uforudsigelige situationer, som forekommer i samspillet med klienter og deres netværk. Men her mener hun, tiden er et problem. Mens det på mange måder må ses som et gode, at familierne kan få en diagnose på deres barn nærmest 14 dage efter, de starter forløbet på et psykiatrisk ambulatorium, så er det også problematisk. Processen er for kort i forhold til at kunne understøtte den

følelsesmæssige proces, familien gennemgår, og som hun bemærker: *"Nogle gange må vi efterlade forældrene i dyb krise"*.

Som denne analyse viser, accepteres diagnosen i varierende grad og med forskellige begrundelser som mål for arbejdet. Men generelt opfattes formålet med arbejdet i ambulatoriet bredere end at stille en diagnose. Det komplekse og højt kvalificerede emotionelle arbejde og dets betydning for udredningsarbejdet og for det, som ses som det egentlige mål: at hjælpe børn og forældre, fremhæves. Det spiller en vigtig rolle i den faglige identitet for disse ikke-lægelige grupper. De forskellige styrings- og rationaliseringsstiltag, som skal standardisere arbejdsprocessen, har en egenlogik. De forudsætter fastlæggelsen af entydige mål, der danner grundlag for styring og optimering i forhold til tids- og ressourceforbrug, gennemløbstider etc. Det er tydeligt, at mening og identitet i arbejdet hermed udfordres, og at vigtige dele af arbejdet hermed gøres usynligt.

### **At forhandle diagnoser og identiteter**

Det øgede fokus på at producere diagnoser påvirker også de forskellige gruppers position i arbejdsfællesskabet. I denne del af analysen ser vi på, hvordan fælles diskussioner om diagnoser udgør et rum, hvor der ofte udspiller sig en konfliktfuld proces, der handler om, hvordan man fremlægger en sag, men også om, hvad der er godt diagnostisk arbejde, hvordan man arbejder diagnostisk og ikke mindst om positioneringen af forskellige fagligheder.

Den ugentlige konference, hvor teamene præsenterer deres udredninger/sager for en forsamling bestående af kolleger og ledelse, er en vigtig institution. Her tages de endelige beslutninger om, hvordan sagerne skal afsluttes og hvilken diagnose, som skal gives. I dette forum præsenterer de professionelle deres argumenter og fremlægger også evt. spørgsmål og tvivl.

Et vigtigt spørgsmål er, hvordan man når frem til en diagnose; hvad tæller hvor meget? Formelt – når man tager udgangspunkt i det system-teoretiske paradigme i psykiatrien – tæller både observationer i hjemmet og institutionerne samt interviews med forældre på lige fod med psykologiske og medicinske tests. Men det forstærkede fokus på at levere diagnoser betyder, at denne ligeværdige position udfordres. På konferencen testes forskellige typer af argumenter og 'beviser' i forhold til at overbevise forsamlingen.

Samtidig er dette et sted, hvor relationer og identiteter til stadighed forhandles. Her har ikke kun den uddannelsesmæssige baggrund, men også fordelingen af kompetencer og opgaver betydning. Derfor påvirker de metoder og værktøjer, som de ansatte anvender, hvordan de identificeres og positioneres i forhold til hinanden. I børnepsykiatrien er der ofte en arbejdsdeling, således at de diagnostiske tests udføres af psykologer og læger, mens de øvrige undersøgelser ofte udføres af de øvrige grupper. I princippet kan de udføres af alle, men da tiden er knap, bliver denne form for arbejdsdeling oplagt. Og som Leo, pædagog, bemærker:

*"Når man er smed, så kan man have en dårlig hammer, men når man er pædagog, så har man ikke en dårlig hammer, så er man dårlig som pædagog... Så det betyder, hvis man har en konflikt om noget fagligt her, så bliver det hurtigt personligt."*

Mens nogle konferencer forløber glat uden kontroverser, så er der også dramaer.

De vanskeligere sager skaber mere diskussion og afslører vigtige skillelinjer, sådan som det illustreres nedenfor:

*"En sag forelægges af Lena, som er nyuddannet læge. Hun arbejder sammen med Joan på sagen. Testene understøtter ikke klart nogen*



diagnose. Joan, sygeplejerske, forelægger barnets ret komplekse historie. Joan beskriver pigen som et barn med høj ængstelighed, som har problemer med søvn og mad. Der har været tragiske hændelser i familien; moderens adfærd overfor barnet synes ikke adækvat etc. Derefter følger en lang diskussion. Kollegerne viser tegn på utålmodighed. 'Hvad mener I sådan diagnostisk?', spørger en af psykologerne. Lene svarer lidt usikkert: 'Generaliseret angst'. En anden indskyder: 'Hvad vil I med at tage det på konferencen. I er jo ikke færdige'.

Lene svarer, at de har tilbagemeldingsmøde (til familien) på tirsdag, så derfor skal sagen på nu. Joan er synligt vred over angrebet. Nogle af de meget erfarne kolleger kommer til undsætning, og foreslår at Anna, en ældre og meget kompetent psykolog, går ind og hjælper teamet i en videre undersøgelse, og ledelsen indvilliger i at teamet får mere tid til sagen." (feltnoter, AK)

Denne seance illustrerer tydeligt, at det er meget lettere at præsentere en test end kvalitative observationer og interviews. Testens resultater kan lettere aggregeres til klare svar. Og de spiller ofte en dominerende rolle i konferencens beslutningsprocesser. Testene fremlægges altid af psykologer eller læger. Og deres præsentationer betoner hårde data og faktualitet. Observationerne derimod fremlægges i brede multifacetterede beskrivelser med fokus på barnets opførsel i skolen, dets interaktion med andre børn etc.

Efter konferencen føler Joan sig angrebet og nedgjort. Hun reflekterer:

"Det kan godt nogle gange være lidt svært, når man har haft en sag, som man er så tæt inde på livet af. Og man kender næsten hver eneste detalje i det sammen med sin makker. Og så at skulle fremlægge det her på kon-

ferencen! Man får ikke detaljerne med. Du får ikke de der små fornemmelser og finurligheder, man oplever, når man er sammen med den her specielle familie, man nu er ved at udrede. Og det er svært at formidle til en konference, synes jeg. Og hvordan gør man det så? Fordi det er netop nogle gange de der fornemmelser, den underlige adfærd eller opførsel, som underbygger din beskrivelser og bedømmelse".

Men disse problemer og dilemmaer understøtter tilsyneladende ledelsens reservationer overfor 'det gamle paradigme' – den systemiske tilgang:

"Det er helt klart, at det skal være meget mere tydeligt, hvilke kriterier, der skal være; hvad de skal fremlægge. Men vi har et gammelt levn, fra dengang vi arbejdedeovre på XX, som hedder, at man er meget optaget af relationer i familien. Og nogle gange bliver der for meget snak om, hvordan far og mor har det sammen, og hvordan deres historie har været i forhold til. Og det er også vigtigt selvfølgelig, i forhold til hvordan barnet trives, men hvis man skal diagnosticere, så er det måske ikke så vigtigt." (Sanne, leder)

Da der er mangel på erfarne læger i enheden, er det psykologerne, der har taget den ledende rolle. Bente, en af dem, forklarer, at psykologerne er de skarpeste til DSM, de har et intimt kendskab til systemet. Og når man deltager i konferencerne, er det klart, at denne kompetence spiller en vigtig rolle. Ofte, når en sag præsenteres, og der foreslås en diagnose, rejses der spørgsmål som: *Hvad tænker du om at bruge 83.2 i stedet for 83.1, har du udelukket den diagnose?* Det er synligt, at denne disput ekskluderer en stor del af forsamlingen. Læger og psykologer medbringer den lille DSM-bog til konferencerne. Den ligger foran dem og bruges adskillige gange, hvor de alle ivrigt bladrer i den.

Sammenfattende ser det ud til, at det stigende fokus på diagnoser og medicinsk vokabularium og tænkemåde, sammen med fokus på tidsbesparelse og flow, underminerer de ikke-akademiske faggruppers position. Deres bidrag – som tager udgangspunkt i et mere kompleks forståelse af børn og familiers lidelse og den dynamik de skabes i – devalueres, sådan som det tydeligt fremgår, når de præsenterer sager på konferencerne, og de risikerer at havne i sårbare og problematiske positioner.

### **Emotionelt arbejde i mange og komplekse relationer**

I det følgende ser vi nærmere på arbejdsprocessen i relation til klienter/patienter, som praksis og materialitet. Hvad sker der, når der arbejdes praktisk og konkret i specifikke situationer med individer, der er emotionelt involverede og har brug for hjælp? – Og når arbejdet samtidig er underlagt standardisering? Den følgende case berører grænserne for processtandardisering og udfordringerne for standardisering set i forhold til arbejdets særlige karakter. Standardiseringens kvantitative performancemål satte tydelige spor i arbejdsprocesserne. Men samtidig viser arbejdet sig at indeholde mange andre opgaver og processer og kræve langt større fleksibilitet end standardiseringen lægger op til, hvilket vi vil illustrere i denne case. Vi vil her kigge nærmere på, hvilken rolle og position forældrene og de professionelle kan indtage i relation til standardisering. Hvad bliver mulighederne for at skabe fælles mening i arbejdet, og samtidig bevare fagidentitet, når arbejdet standardiseres?

I den første case så vi, hvordan psykologfaglighed positioneres stærkere, når alle faggrupper forhandler om deres arbejde, i 'det store team' eller konferencen. Men hvordan former arbejdsprocesserne i de tværfaglige udredningsteams sig? Og hvad kræver selve arbejdets karakter af de professionelle? Vi

følger her en typisk case i børnepsykiatrien, hvor et barn er optaget til vurdering, og igennem en tre til fire ugers periode arbejder to professionelle med forskellig faglig baggrund i et team omkring 'sagen', som både er barnet, familien, og institutionen barnet lever en stor del af sit hverdagsliv i. De to professionelle Anne, psykolog, og Peter, socialrådgiver, arbejder med observationer i klienternes kontekst, gennemfører tests, undersøgelser og samtaler med barnet, forældre og institutionspersonale. Undervejs diskutere de det, der sker på uformelle teammøder, og endelig har de et møde med forældrene om analysen af barnet. Til sidst er der et netværksmøde for alle implicerede parter om analysen og om barnets fremtid.

Målet med arbejdet, set som produkt, er, at der skal skabes en diagnostisk vurdering, som professionelt og institutionelt kan legitimeres, og det skal de professionelle igennem teamarbejdet og konferencen, som set i forrige case, sørge for finder sted. Forudsætningerne for dette diagnosearbejde er, at den skal ligge klar – ikke når de professionelle vurderer, at de har udført et tilfredsstillende arbejde, men til et udefra givet tidspunkt, som standarderne foreskriver. Samtidig er standarderne dog heller ikke noget helt entydigt, idet *performance-standardiseringen* ligger i kundetilfredshed, som spiller en stor rolle i den kommunale og regionale politiske virkelighed. Den spiller samtidig en stor rolle for de professionelle, som via brugerundersøgelser får en væsentlig feedback på værdien af deres arbejde, og som kan knytte arbejdsoplevelser sammen med statistikken, hvad de ofte refererer til. I denne case ser vi, at for de to professionelle er der flere mål, og det yderste mål er noget andet end diagnosen.

Vi følger sagen om Lars, en dreng på fem år, som er blevet foreløbig testet af Pædagogisk Psykologisk Rådgivning til at have ADHD. Børnehaven har været opmærksom

på drengen og henvendt sig til PPR, som observerer og tester og sender sagen videre til Børne- og Ungdomspsykiatrien til nærmere undersøgelse. Igennem arbejdsprocessens første fase, som vi følger fra besøg i hjemmet, i institutionen, til interviewsamtale med mor og tests af barnet, forsøger de to professionelle at have en løbende refleksion over, hvad der samlet set er disse menneskers problemstillinger ud fra et helhedssyn på barnet i relation til familien. Her holder de sig tilbage fra at tale om diagnoser. Meget hurtigt indser de, at drengens mor er meget sårbar, og at drengens liv har været dramatisk med familieopbrud, og at begge biologiske forældre er tendentielt depressive.

Anne giver stærkt udtryk for, at det er en indbygget udfordring i arbejdet for de professionelle, at kunne *"fuldende det puslespil vi kigger ind i, og at kunne gøre det sammen imellem forskellige professionelle."* Det er også en professionel håndværksmæssig /metodisk udfordring til kvalitet i arbejdet med børn og familier, at børn er vanskelige at teste, og at børn som informanter er en tvivlsom praksis. Her spiller standardiseringen ind, fordi der er muligheder for at kalde barnet ind flere gange og at lave flere tests, og der kommer stadig nye test repertoarer, men det er derimod ikke noget 'der tæller som arbejde', når man foretager flere samtaler med forældre, genbesøger børneinstitutionen m.m., selvom der ofte kunne være brug for det. Det bliver potentielt til overarbejde for de professionelle. Så set ud fra Annes psykologfaglige professionsidentitet medfører standardiseringen et kvalitetsmæssigt problem.

Peter giver på den anden side udtryk for en bekymring for, at han ikke er professionelt kvalificeret til at deltage i diagnostisering, fordi han som socialrådgiver ikke får mulighed for at komme hele vejen rundt i undersøgelsen, efter standardiseringen er indtrådt.

*"Jeg har holdt fast i, at jeg vil ud på de institutionsbesøg, fordi jeg vil have det kliniske billede. Og hvis min makker laver screening eller har barnet til undersøgelse, og ser barnet der, så vil jeg ud i institutionen. For jeg har haft nogle sager med makkere, hvor jeg har været på hjemmebesøg og lavet anamnesesamtaler, men jeg har ikke rigtig beskæftiget mig med barnet."*

Dermed synes Peter ikke, at han bliver i stand til at deltage i den kliniske beslutningsproces, som standardiseringen foreskriver, fordi standardiseringen samtidig sammenkobler bestemte fagprofessioner med bestemte arbejdsopgaver og indregistreringer, og det fratager ham de faktiske muligheder.

Efter første fælles møde med forældre og barn, Peters besøg i daginstitutionen og Annes test af Lars tager de på hjemmebesøg. De taler om det, de har oplevet i hjemmet ned til mindste detalje: rummene, hvad forældrene fortalte og ville tale om, hvordan de bevægede sig rundt i huset, om hvad Lars fortalte både Anne og Peter, som begge havde nået at være inde med Lars på hans værelse hver for sig, medens de på skift også fik talt med forældrene. De taler om mors sygdom, om den ældre bror, om at Lars var meget urolig, at forældrene var støttende, at de var gode til at grænsesætte drengen og ramme ham ind, og at det lykkedes for dem, hvad det ikke gør i børnehaven. Det bliver svært at tackle det med institutionen, taler de om. De bliver enige om, at Peter skriver opsummering af besøget, og Anne skal lave en kognitiv test og udfylde registreringskemaet, som dokumentation for arbejdet, og at de så skal mødes og tale om sagen. Arbejdsdelingen er nødvendig for at nå arbejdet. I modsætning til før besøget taler de nu ikke om diagnoser overhovedet; men de har hjemmets kontekst og de relationer, de har set udspille sig, i fokus for deres refleksioner.

I sidste ende skal de dog sammendrage hele forløbet og fremkomme med en konklusion, som de kan lægge frem på et netværksmøde med alle implicerede parter. Den kontekst barnet indgår i, og det relationelle forhold i barnets liv, de har været i berøring med igennem arbejdsprocessen, er stærkt repræsenterede i den professionelle dialog i teamet, hvor de taler meget om forældrenes reaktion. De er begge vendt tilbage til drengen og forældrene siden første hjemmebesøg for at få mere viden. De er endt med ikke at bekræfte ADHD-diagnosen og har besluttet, at der faktisk slet ikke er nogen klar diagnose, hvilket de har talt med forældrene om.

På teammødet bearbejder Peter og Anne forældrenes reaktioner på analysen og deres vurdering af barnets nuværende situation, og de dvæler ved de forskellige familiemedlemmers perspektiver på situationen og den proces, de netop har været igennem. De taler om moderens vanskelige situation som alvorligt syg, og de dvæler længe ved hendes modstand. De ser selvkritisk på, om familien kan bruge analysen, og dels om de kunne have været mere klare og mere omsorgsfulde i deres ordvalg, så familiens selvværd ikke lider for meget.

### **Fagidentitet og mening udfordres**

Både Anne og Peter bekymrer sig om forældrenes udbytte af deres arbejde, og samtidig er de optagede af deres egen faglige rolle og det fagligt meningsfulde og forsvarlige i det, de har lavet: opdagede og så vi det, der kunne ses? Forstår vi sagen tilstrækkeligt? Og ikke mindst bekymrer de sig om: kan vi undgå katastrofer for dette barn og dets familie? Både Anne og Peter er som professionelle optagede af, hvordan de skal styre igennem den efterfølgende proces på netværksmødet – fagligt og etisk kvalificeret. De foretager også hele tiden introspektion i forhold til deres eget arbejde og overve-

jer, om standarderne opfyldes? Og parallelt hermed: om deres egne faglige krav efterleves? Refleksionen er vanskelig, og de implicerede emotioner hos Peter udtrykker sig, når han siger "*at de kan komme igen*", hvorved han både udtaler sin tvivl om det, de gør nu, men også beskytter sit eget og Annes arbejde: Hvis der ikke er resultater, ligger ansvaret hos klienterne, de må henvende sig igen.

Som psykolog og socialrådgiver virker de her jævnbyrdigt positionerede som professionelle i et monitoreret forløb, som kan slå fejl i praksis i kraft af deres egen indsats, men også pga. en række forhold, de ikke har indflydelse på – først og fremmest forældrenes komplekse og problemfyldte situation og den emotionelle stress, de må opleve. Men det er også tydeligt, at subjektive professionelle betydninger er på spil.

For Anne er det den analytiske proces og den metodiske fremgangsmåde, der giver faglig mening. Det drejer sig om at forblive tro mod det, hun kan observere, og hvordan hun forstår problemet, uafhængigt af andre interesser og uanset det diagnostiske imperativ. For Peter er det meningsfuldt at kunne visualisere og katalysere en positiv social proces for barnets fremtid, og Peter er tæt på at overtage ansvar for barnets fremtidige udvikling igennem fremlæggelsen af en plan for det, man efterfølgende kunne gøre, selvom dette ansvar reelt ligger et andet sted. Peter går videre til at kritisere den måde, forældre og daginstitution forholder sig til barnet pædagogisk og socialt, og udviser en klar interesse i fortsat at kunne styre processen omkring barnet, efter at sagen har forladt afdelingen.

De to professionelle kan ses som fanget i et paradoks, hvor de ikke kan vælge en vej frem, som både kan tilfredsstille klienternes behov, og leve op til deres egne fagligt-etiske kriterier. To modstridende rationaliteter er virksomme: en bureaukratisk-politisk og

en fagligt-politisk, som er skærpet i betragtning af standardiseringens tidspres. Enten giver de moderen den diagnose, hun gerne vil have og renoncerer på det fagligt meningsfulde – og så kan sagen måske hurtigt afsluttes. Eller de holder fast i deres faglige analyse og risikerer, at sagen hopper tilbage til dem om et halvt år. Peter foreslår allerede en differentieret position, idet han nævner ADHD-diagnosen som en mulig løsning og siger, "at de må vente og se.." og måske trække sagen lidt længere ud for at kunne blive helt sikre i deres sag.

Anne fortæller på den anden side i det efterfølgende interview om det professionelt fornuftige i at lade analyser af børn forblive åbne under det perspektiv, at så små børn er i udvikling, og at mange ting kan forandre sig med en ny og social og pædagogisk støtte. Dette er det væsentligste for Anne, som hun derfor arbejder for ved sagens afslutning. Udfordringen til de professionelle rationalitet og tænkning er, at de kan præsentere professionelt arbejde, som er etisk og kollektivt identitetsskabende for dem begge som team og samtidig som to distinkte subjektive professionelle fagligheder. Når hele den psykiatriske enhed er samlet i den professionelle konference, har vi set dem positionere sig i det professionelle hierarki. Dette adskiller sig noget fra det, der kommer til syne i teamarbejdet, hvor de fastholder en interprofessionel tilgang til arbejdet, som inkluderer begges synsvinkler. Denne tilgang i praksis har stor betydning for kvaliteten af det analytisk-reflektoriske arbejde, og for at det emotionelle arbejde kan centrere sig om barnet og parterne omkring barnet. Anne og Peter finder samstemmighed om en praktisk, funktionel løsning, fremfor en skarp diagnose. De beslutter, at det drejer sig om 'tilknytningsforstyrrelser', hvilket kan anses både som en 'blød' diagnose, der kan registreres og accepteres i systemet, men i højere grad fungerer som en

social-psykologisk karakteristik af familiens situation og udgør en kraftig opfordring til de professionelle i familiens nærmiljø om at handle for denne familie.

### **At lykkes med arbejdet – med eller uden diagnoser**

'Sagen Lars', eller processen hvori børnepsykiatrien mødte og greb ind i Lars' og hans families liv, afsluttes ved et møde, 'netværksmødet' med alle implicerede parter: Lars og familie, daginstitutions pædagog og leder, psykolog, der oprindeligt henviste Lars, sagsbehandlere for familien og de to professionelle behandlere fra børnepsykiatrien, Anne og Peter. Dette afsluttende netværksmøde bliver en fortætning af alle de dilemmaer og udfordringer, der har været til stede undervejs, og det udfoldes et intenst emotionelt arbejde under ekstremt tidspres. Horisonten for de to professionelle indsats er nu tydeligvis barnets og familiens fremtid, langt mere end den analytiske udredning, som for dem allerede er fortid. Nu er der ikke mere, der kan ændres – nu gælder det at bruge det relationelle rum som udgangspunkt for det emotionelle arbejde, der skal ændre aktørernes forståelser og adfærd.

Mødet indledes med at Anne uden omsvøb erklærer, at de er samlet her for at tale om en sårbar dreng, som ikke er kronisk syg, og som ikke tilhører en bestemt kategori af diagnoser og lidelser. Derpå inviterer hun Peter ind til at fortælle om sine observationer af barnet i dets sociale kontekster, og Peters grundige og empatiske observationer skaber genkendelse hos forældre og daginstitutionsmedarbejdere. Dette fører over i, at Anne konkluderer, at alle, der er rundt om barnet, må være meget opmærksomme på Lars' nuværende situation, og på hvordan han kan bringes hen i en social bedre situation. Derpå inviterer Anne og Peter institutionen ind i en dialog, og langsomt æn-

drer atmosfæren i rummet sig fra retssalens, hvor de professionelle skal levere domme, og over til en 'setting', hvor alle deltagere må reflektere over deres egen rolle i relation til deres egne erfaringer med barnet.

De professionelle tillægger barnet den højeste værdi for familiens fremtid, samtidig med at barnet ses i kraft af familien, og det diagnostiske bliver sekundært. Tilknytningsforstyrrelserne nævnes kort som karakteristisk for barnets situation, men ikke som en diagnose, og medicin diskuteres slet ikke. Rummet for samarbejde og fælles forståelse udvider sig og bliver mere synligt, jo mere diagnoser, kategoriseringer og entydige indgreb, såsom medicin, fortrænges fra mødet. Peter og Anne udfører her et intenst emotionelt arbejde, som rummer og samtidig udløser nye følelser og reaktioner hele tiden. De havde ikke på det forberedende teammøde besluttet, at de ville arbejde med at neddæmpe eller skjule deres konklusioner, men deres fælles professionelle praktiske sans ser ud til at guide dem. De fastholder dermed en fremtidshorisont for mødet, der rækker videre fra det øjeblik de befinder sig i og ikke bagud.

### **Det usynlige og centrale emotionelle arbejde**

I arbejdsprocesserne fremtrådte bearbejdning af følelser og relationelt arbejde som værende af stor betydning for sagsforløbet og som en stor og nødvendig del af de professionelles arbejde. For at lykkes med arbejdet havde de professionelle dels blikket på, hvordan deres analyse ville kunne fungere i forhold til barnet, forældrene og det netværk af relationer, barnet er en del af, og dels blikket på fremtiden efter diagnosen. Denne del af arbejdet er usynlig i den registrering af legitime begivenheder i sagsforløbet og i den diagnose, som institutionen understøtter, og som bæres videre ud i andre institutioner, der møder barnet og

familien. Standardiseringssystemerne skaber samtidig en skævhed, idet arbejdet for de professionelle, som ikke er psykologer eller læger, ikke i samme grad synliggøres og anerkendes som arbejde. De udfører typisk mere af det arbejde, der drejer sig om barnets relationer og netværk, og er forment adgang til en stor del af det arbejde, især testarbejdet, som registreres.

Arbejdet indeholder mange møder, som tendentielt sprænger standardiseringens forskrifter og følger sin egen logik, idet det er i de møder, at betydningen af barnets relationer og sociale livssammenhænge kommer til syne for de professionelle. Dette danner grundlaget for medarbejdernes forskellige opfattelser af kernen i arbejdet; opfattelser, der udfordrer tendensen i retning af, at arbejdsprocesserne koncentrerer sig om barnet som løsrevet individ. Forældrenes problemer kommer til syne, og barnets problemer vurderes i lyset af forældrenes, selvom forældrene formelt kun har betydning som informanter.

De professionelle engagerer sig i, om deres analyse og løsning er virksom for forældre og børn, som skal leve med problemstillingerne. I dette arbejde spiller en professionel tilrettelagt proces, der tillader forældre – men også fx daginstitutionernes personale – at bearbejde deres følelser en stor rolle for, om det videre forløb skal lykkes, og også for om de professionelle oplever det fagligt forsvarligt at slippe sagen ud i verden. Udfaldet af sagen afhænger så at sige af de professionelles evne til at emotionelt arbejde i forhold til mennesker omkring barnet, men også i forhold til sig selv og hinanden. Hvis undersøgelsen og resultatet fx vækker stor modstand, er det væsentligt med et fagligt og emotionelt fællesskab i teamet, der er i stand til at dele ansvaret. I casen ser vi, at Anne og Peter kan emotionelt håndtere og selv udholde, at et netværksmøde måske kan ende i kaos. De

har ekspertise i at arbejde med emotioner i arbejdet og kan arbejde fleksibelt i forhold til de mennesker, de står overfor og med et delvist ansvar for.

Men vi ser også, at de to professionelle positioneres forskelligt igennem standardiseringens krav til arbejdsdeling, hvor de selv opfatter arbejdet som et fælles arbejde, hvor de har brug for hinanden som sparingspartnere i analysen. Som 'proceskonsulenter' har de brug for at være et team, der sammen kan manøvrere sagen igennem med inddragelse af og bearbejdning af alle de følelser, sagen fremkalder og medfører. I denne forstand er Anne og Peters praksis effektiv i relation til standardiseringen, fordi de evner at lempe sagen ud af børnepsykiatrien og over til de parter, der befinder sig i barnets kontekst.

## Konklusion og perspektivering

Denne artikel illustrerer, hvordan NPM-reformer og den standardisering, som iværksættes for at understøtte denne form for styring, bidrager til at transformere det professionelle paradigme, som arbejdet er baseret på. Standardisering og 'Leaning' af arbejdsprocesserne opererer inden for en målstyringslogik, der kræver et simpelt og entydigt fokus, et produkt og en kunde. Den støtter sig til en simpel logik, hvor der kan etableres en simpel automatik mellem den rette diagnose og den rette behandling, uafhængigt af kontekst. Men som analysen peger på, er praksis langt mere end dette. Målet med arbejdet forstås betydeligt bredere af de professionelle, og antastes af de professionelle, der ser det som perspektivet med deres arbejde at hjælpe børn og familier. Denne hjælp kan dels bestå i at give en diagnose, som kan forklare og legitimere en særlig praksis og indsats for barnet, både økonomisk og kulturelt. Men hjælpen kan også bestå i at understøtte familien i en

proces, hvor de lærer at håndtere en ny og vanskelig situation.

Analyserne viser med inspiration fra Bolton, at professionelle regimer spiller en central rolle i dette børnepsykiatriske arbejde. Arbejdet med psykiatriske udredninger, som vi møder det i et børnepsykiatrisk ambulatorium, anskues som en proces, der giver klienterne muligheder for at bearbejde følelser og oplevelser af sig selv og deres verden. Man lærer både familierne og andre professionelle at reorganisere deres måde at tænke på. At rumme og bearbejde følelserne hos de involverede og at tilrettelægge processer, der understøtter dette, er derfor centrale professionelle kvalifikationer i psykiatrien. Kvalifikationerne hertil er de professionelle i høj grad bevidste om. Med inspiration fra Chodorows så vi også, at i det psykiatriske arbejde er både klienternes, de professionelles og samarbejdspartnerne meningskabelse og identifikationsprocesser tilstede som væsentlige emotionelle aspekter af forhandlinger, dialoger og løsninger.

Det emotionelle arbejde er i udgangspunktet ikke standardiseret. Det involverer både bevidste som ubevidste processer og er uforudsigelig, også selvom det samtidig er en kulturaliseret praksis og indgår i styring *fra* de professionelle overfor klienterne og *af* de professionelles arbejde. Dette ser vi blandt andet i konferencen og i udredning, hvor diagnosticeringen kun udgør en del af det psykiatriske arbejde.

Men relationsdannelser og emotionsarbejde gøres i stigende grad usynligt, og det bliver derfor ikke anerkendt og gjort til grundlag for læring og udvikling på samme måde som fx tests og diagnosticering. Det giver de professionelle en oplevelse af ikke at have tid til at gøre arbejdet ordentligt; ikke at være i stand til 'at tage den tid, det tager'. Dette arbejde, som ikke er registrerbart, presses derfor. Det udføres i tidsspræk-

ker: små møder med kolleger i korridorerne, ekstra opringninger til forældrene, som ikke kan registreres som arbejde, ekstra besøg i familierne, under taxakørsel etc.

Samtidig indebærer et stigende fokus på diagnoseproduktion, at mere komplekse og kontekstsensitive forklaringer, som ikke let kan reduceres til scores og tal, mister legitimitet. Og dermed skaber standardiseringen, som også Timmermans m.fl. (2003) og Halford m.fl. (2010) peger på, et pres på relationerne mellem forskellige personalegrupper. Psykolog og lægefaglighed positioneres stærkere i den diagnoserelaterede standardisering, og de sociale, lærings- og barndomsorienterede perspektiver, som lærere, pædagoger og socialrådgivere bringer ind, overflødiggøres tendentielt. Standardiseringen skubber derfor til den balance, som søges opretholdt mellem det sociale menneske i sin særlige kontekst og det rationelle medicinske diagnosesystem.

Overalt i landet er man aktuelt i gang med at indføre behandlings- og udredningspakker i psykiatrien med udgangspunkt i erfaringerne fra behandlingspakker i somatik-

ken. De kommende udredningspakker vil forsøge at standardisere tilbuddet til patienter/klienter så detaljeret, at det foreskriver de professionelles praksis i forhold til forskellige diagnosegrupper, snarere end at lade det være op til en vurdering af sagen og de personer, der er involveret – både klienterne og de professionelle. Selvom denne form for processtandardisering formodentlig stadig vil følges af professionel metodefrihed, er det oplagt, at det giver mulighed for at privilegere bestemte faglige tilgange, på bekostning af andre. Allerede i dag medfører standardisering og manualisering at fagligheden paradoksalt nok gøres mindre synlig og klar. Og man kan spørge, hvad det egentlig er for en kvalitet, der skabes i mødet mellem professionelle og klienter med hver deres historier, erfaringer/faglige orientering og emotioner, når handlingerne er foreskrevne og monitorerede igennem standarder? Ud fra et stort empirisk materiale har vi forsøgt at give et lille indblik i dette igennem denne artikel. Pakkeforløbene vil forstærke denne udvikling og bliver særdeles væsentlige at følge forskningsmæssigt i fremtiden.

## NOTER

- 1 Forskningsprojektet *Trivsel i teams* støttet af Arbejds miljøforskningsfonden.

## REFERENCER

- Bolton, Sharon C. (2005): *Emotion management in the workplace*, Palgrave, Macmillan.
- Bovbjerg, Kisten Marie m.fl. (2012): Nye ledelsesrationaler i det offentlige, i Kirsten Marie Bovbjerg (red.): *Motivation og Mistillid. Effektivisering og stress på offentlige arbejdspladser*, København, Hans Reitzel, 17-42.
- Brinkmann, Sven (2010): *Det diagnosticerede liv*, København, Forlaget Klim.
- Busch, Tor m.fl. (2005): *Modernisering av offentlig sektor: Udfordringer, metoder og dilemmaer*, Oslo, Universitetsforlaget.
- Chodorow, Nancy J. (1999): *The power of feelings*, New Haven and London, Yale University Press.
- Danske regioner (2011): *Kvalitet i psykiatrien*.



- Danske Regioner (2008): *Et styrket og udbygget akutberedskab i børne- og ungdomspsykiatrien*.
- Donovan, Mary (2002): Social work and therapy: Reclaiming a generic therapeutic space in child and family work, i *Journal of Social Work Practice*, 16, 2, 113-123.
- Greve, Carsten (2003): Public sector reform in Denmark: Organizational transformation and evaluation, i *Public Organization Review*, 3, 3, 269-280.
- Greve, Carsten (2007): *Contracting for Public Services*, London, Routledge.
- Halford, Susan, Aud Obstfelder & Anne-Therese Lothringen (2010): Changing the record: the inter-professional, subjective and embodied effect of electronic patient records, i *New Technology Work and Employment*, 25, 3, 210-222.
- Hjort, Katrin (2012): *Det affektive arbejde*, Frederiksberg, Samfundslitteratur.
- Hochschild, Arlie Russell (2003 [1983]): *The Managed Heart*, Berkeley and Los Angeles, University of California Press.
- Hood, Christopher (1991): A public management for all seasons, i *Public Administration*, 69, 1, 3-19.
- Kamp, Annette & Helge Hvid (2012): *Elderly care in transition: Management, meaning and identity at work*, København, Copenhagen Business School Press.
- Liff, Roy & Thomas Andersson (2011): Integrating or disintegrating effects of customized care: the role of professions beyond NPM, i *Journal of Health Organizations and Management*, 25, 6, 658-676.
- Madsen, Marie H., Anne Hvenegaard & Eskild Klausen Fredslund (2011): *Opgaveudvikling på psykiatriområdet. Opgaver og udfordringer i kommunerne i relation til borgere med psykiske problemstillinger*. København, Dansk Sundhedsinstitut.
- Marcus, George E. (1995): Ethnography in/ of the world system: The emergence of Multi-Sited Ethnography, i *Annual Review of Anthropology*, 24, 95-117.
- Møllerhøj, Jette (2008): On unsafe ground: the practices and institutionalization of Danish psychiatry, 1850-1920, i *History of Psychiatry*, 19, 3, 321-337.
- Olesen, Henning Salling, Wolfgang Jütte & Kathy Nicolls (2011): Professionalisation: the struggle within, i *European Journal on the Education and Learning of Adults*, 2, 1, 7-20.
- Shore, Cris, Susan Wright & Davide Però (red.) (2011): *Policy worlds. Anthropology and the analysis of contemporary power*, New York, Berghahn Books.
- Simonsen, Erik & Bo Møhl (2010): *Grundbog i Psykiatri*, København, Hans Reitzels Forlag.
- Timmermans, Stefan & Marc Berg (2003): *The Gold Standard. The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*, Philadelphia, Temple University Press.
- Timmermans, Stefan & Steven Epstein (2010): A World of Standards but not a Standard World: Toward a Sociology of Standards and Standardization, i *Annual Review of Sociology*, 36, 69-89.

**Annette Kamp**, ph.d., er lektor ved Center for Arbejdslivsforskning, Institut for Miljø, Samfund og Rumlig Forandring, Roskilde Universitet  
e-mail: kamp@ruc.dk

**Betina Dybbroe**, ph.d., er leder af Center for Sundhedsfremmeforskning og lektor ved Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning, Roskilde Universitet  
e-mail: tibet@ruc.dk