

En sjukdom utan namn finns inte

En kvalitativ studie om diagnosens betydelse

Suzanne Johansson
Kajsa Johansson

LUNDS UNIVERSITET
Socialhögskolan

Kandidatuppsats (SOPA63)



Handledare:
Lars B Ohlsson

Abstract

Authors: Suzanne Johansson - Kajsa Johansson

Title: There is no illness without a name – A study in the importance of diagnosis (translated title).

Supervisor: Lars B Ohlsson

The aim of this study was to examine and gain knowledge about the psychiatric disabilities in social work. More specifically we wanted to examine how the diagnosis could impact on a persons prospects of treatment and to see the advantages and disadvantages with being diagnosed. The study was conducted by interviewing eight professionals who all work with people that suffer from psychiatric disabilities by using a semi-structured interview. We found that all of the professionals agree that the constitution of diagnoses in itself does not determine the course of treatment but that it is the persons abilities and difficulties that determines the choice of treatment.

Keywords: psychiatric disabilities, diagnosis, social work, psychiatry, medicalization

Nyckelord: psykiska funktionshinder, diagnostisering, socialt arbete, psykiatri, medikalisering

Förord

Vi vill tacka de informanter vi har haft glädjen att få träffa och intervjua för ert visade engagemang och genuina intresse för vår uppsats. Dessutom vill vi passa på att tacka vår handledare Lars B Ohlsson för allt stöd.

Suzanne Johansson

Kajsa Johansson

140106

1. Problemformulering	5
1.1 Syfte	6
1.2 Frågeställningar	6
2. Bakgrund	7
2.1 Begreppsförklaringar	7
2.2 Begreppsdiskussion	7
3. Teoretiska utgångspunkter och tidigare forskning	9
4. Metod	13
4.1. Val av metod	13
4.1.2 Metodens brister och bortfall	14
4.2 Urval och avgränsningar	15
4.2.1 Beskrivning av informanterna	15
4.3 Metodens tillförlitlighet och validitet	16
4.4 Bearbetning av material	17
4.5 Etiska överväganden	18
4.6 Arbetsfördelning	18
5. Resultat och analys	19
5.2 Insatser och de olika professionernas användning av diagnoser	22
5.3 För och nackdelar med att få en diagnos	29
5.4 Inställningar till diagnoser och den stigmatisering de kan medföra	33
5.5 Diagnostikens utveckling och medikalisering	36
6. Avslutande diskussion	41
6.1 Sammanfattande svar på våra frågeställningar	41
6.2 Slutdiskussion	42
7. Källförteckning	44
8. Bilagor	47
8.1 Bilaga 1	47
8.2 Bilaga 2	48

1. Problemformulering

För att kunna studera diagnostisering inom socialt arbete för individer med *psykiska funktionshinder* så måste först och främst definitionen av vad psykiska funktionshinder är vara klar.

En person har ett psykiskt funktionshinder om hon eller han har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden, och om dessa begränsningar har funnits, eller kan antas komma att bestå, under en längre tid.
(SOU, 2006:100, s. 325)

Ovanstående citat ramar in hela det klientel inom socialt arbete som lider av svårigheter i vardagen på grund av psykisk ohälsa. Precis som Maria Klamas (2010, s.14-15) lyfter fram i sin avhandling *Av egen kraft tillsammans med andra* finns det flera sätt att definiera psykiska funktionshinder utifrån både insatser och diagnoser men också utifrån den egna individens uppfattning om att vara eller inte vara funktionshindrad på grund av sin psykiska ohälsa. Vi har valt att analysera utifrån en blandad definition, likt det inledande citatet. Detta för att kunna nå både de individer som har svårigheter och en diagnos samt de som har svårigheter utan att ha en diagnos. Klamas (ibid) skriver vidare att begreppet funktionshinder ska användas för att syfta på hinderna eller begränsningarna det innebär för en individ i relation till omgivningen. Det kan tyckas stort och abstrakt, men vi ser ingen nödvändighet i att begränsa oss till särskilda psykiska diagnoser i vår studie. Socialt arbete handlar om människors vardag, det är den omgivningen vi undersöker.

Det som upptäckts är att diagnoser både kan hjälpa och stjälpa individer, dels kan det underlätta ur behandlingssyfte dels vidga interventionerna som individer med psykiska funktionshinder kan ha tillgång till. Att utredas för en diagnos kan vara ytterst positivt för en person som länge levt med svårförklarad problematik. Många insatser i samhället för personer med psykiska funktionshinder kräver en diagnos, men diagnoserna har också baksidor. För vissa individer kan det vara befriande att få en förklaring till varför de gör eller känner på ett visst sätt, medan några andra kan uppfatta det som en direkt stämpling. Det finns klienter som

fullständigt uppslukas av sin sjukdomsroll och unga människor som drabbas av ”google-sjukan”; då de söker sin diagnos på internet och försöker uppfylla varenda kriterier.

Då ingen i Sverige får lov att registrera personer med funktionshinder av integritetsskäl så är det svårt att finna statistik på hur många som lever med psykiska funktionshinder. Tillsammans med svårigheter att definiera psykiska funktionshinder och att vissa funktionshinder bara påverkar begränsade delar av livet blir statistiken svåröverskådlig. Resultatskillnader i statistik gällande antalet funktionshindrade beror på vad det är som har undersökts, exempelvis individens egna bedömning, arbetsförmåga eller medicinsk diagnos (Funka Nu, 2013). Det kan tyckas att det finns en diagnostrend i samhället och under praktikterminen uppstod tankar kring; *av vem och för vem är diagnoserna?* Trenden av ökad diagnostisering kan utläsas i statistik över antal personer som behandlas för psykisk ohälsa inom den slutna vården i Sverige. Trots medvetenheten om att långt ifrån all psykisk ohälsa som det arbetas med inom socialt arbete resulterar i slutna vård så kan det ändå anses att statistiken talar för sig själv. Statistiken på vuxna personer över 30år visar att det har varit på en jämn nivå de senaste 10åren medan en markant skillnad kan utläsas i åldrarna 15-29år, det vill säga bland de unga vuxna. Mellan 2001-2011 har det nästan skett en fördubbling av antalet personer i åldrarna 20-24år (Socialstyrelsen, 2013).

1.1 Syfte

Syftet med studien är att beskriva och analysera diagnostiseringen av psykiska funktionshinder inom socialt arbete ur professionellas synvinkel. Samt analysera hur klienters möjligheter till insatser påverkas av eventuella diagnoser.

1.2 Frågeställningar

- Hur ser de olika professionerna inom socialt arbete på diagnostiseringen av psykiska funktionshinder?
- Hur ser de olika professionerna inom socialt arbete på utvecklingen av diagnostiseringen och finns det ett samband med medikalisering?

- När kan diagnostisering av psykiska funktionshinder vara ett problem respektive till hjälp för individen?

2. Bakgrund

I kommande avsnitt förklaras ord och förkortningar som förekommer i uppsatsen. Avsnittet tar även upp en begreppsdiskussion kring termen psykiskt funktionshinder. Dessutom diskuteras begreppet diagnos och dess funktion i sammanhanget.

2.1 Begreppsförklaringar

ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, är en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (Karlsson 2007, s. 561).

Aspergers syndrom, är en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning som ingår i autismspektrumstörning (a.a, s. 564).

Bipolär sjukdom, är en psykisk sjukdom som orsakar perioder av mani varvat med perioder av depression. (a.a, s. 539).

Case Management, är en insats som samordnar vården för personer med allvarliga psykiska funktionshinder (Socialstyrelsen 2013).

DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, är en handbok för psykiatri som innehåller standarddiagnoser för psykiska sjukdomstillstånd. DSM utvecklas hela tiden och nya diagnoser tillkommer. Den senaste DSM (DSM-V) började gälla i maj 2013 (Psykologiguiden 2013).

2.2 Begreppsdiskussion

I resultatet används flera ord för att beskriva personer med psykiska funktionshinder: psykisk ohälsa, psykiska problem samt psykisk funktionsnedsättning. Vi syftar hela tiden på socialstyrelsens definition av psykiskt funktionshinder: En person har ett psykiskt funktionshinder om hon eller han har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden, och om dessa begränsningar har funnits, eller kan antas komma att bestå, under en längre tid (SOU, 2006:100, s. 325).

2.3 Begreppet diagnos och dess funktion

Ordet diagnos kommer från det grekiska ordet diagnosis som betyder lära känna genom och Gunilla Brattberg (1999, s. 6) skriver att meningen med diagnoser är att den som är sjuk ska lära känna och få kunskap om sitt lidande. Diagnoser kan ha flera olika funktioner; förklaringsmodell för upplevd ohälsa, orsaksbekräftelse, varningssignal vid behov av förändring, försörjningskälla, tillståndsgivare etcetera. Brattberg skriver vidare att diagnosredskapet, som är ett maktutövande, inte är helt oproblematiskt och bör användas med respekt för patienten. Hon menar att alla redskap kan brukas och missbrukas, exempelvis för att hugga ved är yxan nödvändig men använd fel kan den bli ett livsfarligt vapen. Av den anledningen anser hon dock inte att diagnostik ska sluta användas utan poängterar att det bör vara ett redskap för ytterligare förståelse och behandling där diagnosen i bästa fall ska överensstämma med patientens intressen (a.a. s. 14). Brattberg lyfter fram att flera diagnoser hos en patient ofta är förekommande, det vill säga att det inte bara har upptäckts en grund till lidandet eller beteendet. Därför anser hon att ställda diagnoser bör omprövas om den förbättring som antogs ske inte ägt rum (1999, s. 30).

En diagnos, att få ett namn på sitt lidande, kan vara kraftfullt och betydande för individen även om det inte alltid leder till en konkret behandling. Istället kan det vara en hjälp att sortera och organisera kaotiska upplevelser till något mer greppbart, vilket i sin tur kan innebära en oerhörd lättnad (Brattberg, 1999 s. 21). Svenaeus förklarar samma fenomen på följande sätt:

Diagnoser är inte bara pragmatiska eller neutrala, de är ett sätt att söka mening och legitimitet i ett lidande som annars lätt blir obegripligt och självförvållat. [...] Vem vill ta ifrån människor det halmstrå att klamra sig fast vid i en kaotisk verklighet som en nyfunnen diagnos kan utgöra? Men problemet är likväl att dessa halmstrån tillsammans kommer växa upp till en hel höskulle som skymmer sikten för andra orsaksfaktorer än de medicinska när det gäller att förstå själva lidandet och kunna göra något åt det (2013, s. 97).

Brattberg skriver vidare att sammankopplingen mellan livskvalitet, kronisk sjukdom och handikapp är problematisk, men att en lättande insikt kan vara att alla människor har olika

begränsningar och förutsättningar i livet. Att vara normal är att dela majoritetens begränsningar och förutsättningar. Hon skriver vidare att människans identitet besannas i samspelet mellan det privata och det samhälleliga. Därför blir vissa individer sina diagnoser, då diagnosen blir en del av den egna identiteten, något de är istället för något de har. Diagnosen kan också komma att ge en tillhörighet, en del av ens självbild, för att det finns någon annan som är likadan . (1999, s. 22-23).

3. Teoretiska utgångspunkter och tidigare forskning

I kommande avsnitt tar vi upp den teori som vi använt oss av när vi analyserat vårt resultat samt den tidigare forskning som studien bygger på. Det finns mycket tidigare forskning som berör psykiska funktionshinder och diagnostik och i detta avsnitt kommer vi att redogöra för den forskning som vi funnit relevant för vår studie.

3.1 Barnkalassyndromet

Barnkalassyndromet är en teori som vi valt att använda oss av i vår analys som teoretisk utgångspunkt då vi på ett sätt låtit vår empiri välja sin teori likt det Bryman skriver om när han talar om Grounded theory (2009, s. 254). Det föll sig naturligt att teorin vi valde byggde på den data som vi samlat in under intervjuerna och som också var en teori som vårt sätt att se på diagnostik överensstämde med. På så sätt så blev Barnkalassyndromet våra glasögon under studiens gång.

Homo Patologicus - Medicinska diagnoser i vår tid (2013) är en bok skriven av Fredrik Svenaeus som är professor i filosofi. I boken ställer Svenaeus frågor kring medicinska diagnoser i dagens samhälle. Han ställer frågan vad som avgör om man är sjuk för att man inte kan sluta exempelvis oroa sig eller stöka när andra kan det. Svenaeus baserar sina teorier på egna erfarenheter med nära koppling till forskning om olika diagnoser. Han ställer sig frågande till diagnosens betydelse för vår människosyn och hur hon bör hjälpas.

Fredrik Svenaeus har utvecklat en teori som han kallar Barnkalassyndromet. Tanken växte fram hos Svenaeus under 90-talets klassiska barnkalas som ofta blev en stökig tillställning.

Barn har olika personligheter, precis som vuxna, somliga är stökigare än andra. De första åren fanns barnens föräldrar till hands för att tillrättavisa sina barn men i takt med att barnen blev äldre försvann dem och det var upp till födelsedagsbarnets föräldrar att hålla ställningarna. Det var när Svenaeus kunde ägna mer tid åt att observera barnen som han märkte hur olika barnen betedde sig. Ett barn kanske skrek eller skrattade utan synbar anledning, ett annat barn drog sig undan och läste en tidning och ett tredje barn fortsatte att springa runt och reta de andra barnen trots tillsägelse. Till en början såg Svenaeus detta som att barnen hade olika personligheter eller helt enkelt var ouppfostrade, men under början av 2000talet väcktes andra tankar. Är det inte något fel på de där barnen? Är det kanske en ADHD-diagnos som ligger bakom barnets beteende? Svenaeus förundras över hur fort den här utvecklingen har gått. Hur människor nu ser annorlunda på varandra i en uppsjö av diagnoser. Poängen med Barnkalassyndromet är att visa hur samhället på senare år har ändrat sätt att se och hantera barn och vuxnas beteende när det inte passar in i normen (Svenaeus, 2013 s. 79-80).

3.2 Tidigare forskning

Diagnosens makt - om kunskap, pengar och lidande är en antologi utgiven av psykologen Gunilla Hallerstedt (2009). Här diskuterar ett antal meriterade vetenskapsmän sin syn på diagnostisering med utgångspunkt i forskning. Boken handlar om uppkomsten av diagnoser och vem diagnosen är bra för, men de tar även upp ett historiskt perspektiv. Vi har använt oss av kapitlet *Hur skapas en diagnos? Ett historiskt perspektiv* av Karin Johannisson. Johannisson är professor i idé- och lärdoms historia vid Uppsala universitet. Hon skriver om uppkomsten av diagnoser, diagnosens betydelse samt om utvecklingen av diagnoser. Johannisson är kritisk till den medikalisering samhället har genomgått och väger diagnosers för- och nackdelar mot varandra.

RSMH - Riksförbundet för Social och Mental hälsa och FoU-enheten, Psykiatri Södra Stockholm, har tillsammans med Alain Topor och Kjell Broström gett ut *Vägen vidare - verktyg för återhämtning vid psykisk ohälsa* (2007). Från denna antologi har vi hämtat ett synsätt på medicinering från Patricia Deegan. Hon ser medicinering som ett av flera bra redskap i en återhämtningsprocess från psykisk ohälsa (2007, s.142). I ett annat kapitel skriver

Larry Davidsson om de medborgerliga rättigheter som personer med psykiska funktionshinder innehar men som ofta försvinner i en vardag av stigmatisering (2007, s.161-162).

I boken *Vad hjälper, vägar till återhämtning från våra återhämtning från svåra psykiska problem* diskuterar Alain Topor (2004) vilka faktorer som spelar in i återhämtningen för en person med psykiska funktionshinder. Boken bygger på intervjuer med 30 brukare och belyser deras erfarenheter och kunskaper kring återhämtningsprocessen vid psykisk ohälsa samt forskare som har undersökt återhämtningsprocessen. Topor menar att personer som återhämtat sig ofta möts av skepsis då människor runt omkring ifrågasätter allvaret i deras tidigare psykiska ohälsa; om det var sjuka hur kunde de då återhämta sig?

I studien *Depression and the medicalization of sadness: Conceptualization and recommended help-seeking* har författarna tagit fasta på att sedan DSM-III infördes år 1980 så skiljer man inte längre på depression som har en tydlig orsak och på depression som inte har det (Dura-Vilà & Littlewood & Leavey 2011, s. 165). De har använt sig av två hypotetiska vinjetter för att se om de tillfrågade gjorde skillnad på sorg som har en orsak och sorg som inte har det. Majoriteten av de tillfrågade upplevde sorg utan orsak som en sjukdom som personen i fråga behövde professionell hjälp att handskas med. Majoriteten tyckte också att sorg förknippat med en orsak var en motgång i livet som kunde hjälpas genom stöd från vänner och familj. Den nuvarande definitionen av depression enligt DSM-III betecknar naturlig sorg som en psykisk störning, vilket har fått skarp kritik. Andra kritiker menar dock att den nya definitionen lyfter fram de personer som annars kanske inte hade sökt hjälp för sin depression. Författarna menar att allt fler naturliga mänskliga reaktioner medikaliseras. När individerna egentligen går igenom en naturlig sorgprocess så söker de istället professionell hjälp och diagnostiseras med depression.

Jenneth Carpenter (2002) diskuterar, i artikeln *Mental health recovery paradigm*, att medicinen har fått en högre status och blivit en drivkraft när det kommer till utformandet av insatser för personer med psykiska problem. Även om medicinen har bidragit signifikant till behandling av personer med psykiska problem menar kritiker att forskare för lättvindigt antyder att psykiska problem är medicinska sjukdomar. Carpenter menar att socialarbetarna

motverkar den medicinska syn, bland annat genom att komma med insatser som Case Management. Vidare skriver Carpenter att synen på psykiska problem som medicinska problem gör att flera psykiska sjukdomar numera benämns som kroniska. Detta menar Carpenter leder till att hoppet om att kunna leva ett normalt liv försvinner för personer som blir diagnostiserade med en kronisk sjukdom. Istället blir sjukdomen en självuppfyllande profetia (Carpenter 2002, s. 88). För att en person som lider av psykisk ohälsa ska kunna förbättra sitt tillstånd menar Carpenter att visionen måste vara att personen kan återhämta sig.

I artikeln *Medikaliseringen av det psykosociala fältet* analyserar Alain Topor en sammanställning av Metoder i socialt arbete, IMS, gjort på uppdrag av Handikappnheten inom Socialstyrelsen. Expertgruppen som skrivit sammanställningen, och även studien bakom den, består i huvudsak av personer med medicinsk bakgrund. Syftet med sammanställningen var att redovisa kunskap om effekten av psykosociala insatser för personer med svåra psykiska funktionshinder. Topor menar att gruppen bakom sammanställningen är alltför medikalisering. När Topor diskuterar medikalisering utgår han från Karin Johannisson definition; viljan att ta livsvärldens fenomen till medicinens domän. Medkaliseringsprocessen innebär att människors handlingar tas ur sitt sociala sammanhang och görs om till symptom som kan studeras av den medicinska professionen. Med detta menas att psykiska besvär motsvarar existerande sjukdomar även om inga biologiska förändringar har skett hos individen (Topor 2010, s. 67).

Briege Casey har, i artikeln *Meaning of madness: a literature review*, sammanställt en rad olika forskningsresultat för att undersöka hur personer som lider av psykisk ohälsa hanterar sin sjukdom. Casey menar att vikten av att ha ett namn på sitt tillstånd kan ha stor betydelse för dessa individer. Det kan till exempel ge individen en känsla av sammanhang i en annars kaotisk tillvaro, bringa gemenskap med andra som har samma diagnos, underlätta i vardagen, göra det lättare att se på framtiden etcetera (Casey 2003, s. 89).

I sin avhandling *Av egen kraft tillsammans med andra* har Maria Klamas (2010) undersökt vad som underlättar för att en person skall återhämta sig efter psykisk sjukdom. Klamas har under många år arbetat inom psykiatri där individens erfarenheter och upplevelser sades stå i

centrum, hon märkte dock att det inte alltid var så. Hon menar att det inte finns tillräckligt med kunskap kring de insatser som erbjuds individen när det kommer till hur verkningsfulla de är för individens återhämtningsprocess.

3.2.1. Sammanfattning

I vårt val av tidigare forskning eftersträvade vi en bred syn på diagnostisering med både företrädare och kritiker. Casey lyfter fram fördelarna med diagnoser utifrån ett brukarperspektiv. Han menar att en diagnos kan ge klarhet i varför livet ser ut som det gör och ge brukarna upprättelse. Karin Johannisson har ett tydligt kritiskt synsätt till såväl diagnoser som diagnostisering och medikalisering. Medikaliseringsprocessen är något som företräds av läkarkåren och det är ett fenomen som både Topor och Johannisson ifrågasätter. Även Carpenter riktar kritik mot medikaliseringen då han tycker sig se att diagnoserna döms ut som kroniska och obotbara. Han menar att återhämtningsprocessen hämmas genom att diagnosen blir kronisk. Både Klamas och Topor skriver om återhämtningen och deras syn är snarlik när det gäller vilka faktorer som är avgörande i återhämtningsprocessen. Ett exempel på sådana faktorer är god kontakt med anhöriga och behandlare. De båda författarna använder sig av brukares utsagor i sina studier.

4. Metod

4.1. Val av metod

Vi har valt att använda oss av en kvalitativ metod i vår studie då kvalitativa metoder används för att studera känslor, upplevelser och tankar (Bryman, 2009, s. 249). Detta anser vi är bäst lämpat för att nå de olika infallsvinklar och erfarenheter som olika professioner kan antas ha kring diagnostisering och psykiska funktionshinder. Vi har också övervägt den kvantitativa metodens förtjänster till vår studie. Med till exempel enkäter hade vi kunnat nå ut till fler respondenter, men vi hade troligen inte fått det resultat som vi efterfrågat eftersom det är mer fokuserat på att generera data (Ahrne, Svensson 2011, s. 12). Vid en kvantitativ undersökning hade vi inte kunnat ställa komplexa frågeställningar med möjlighet till öppna och djupgående svar.

4.1.1. Semistrukturerade intervjuer

Vi har valt att använda oss av semistrukturerade intervjuer i vår studie, detta då vi fann den typen av intervju mest lämpad för vårt syfte med studien. Semistrukturerad intervju är en blandning mellan strukturerad och ostrukturerad intervju. I en semistrukturerad intervju används en intervjuguide som bygger på ett flertal olika teman (se bilaga 2). Frågorna behöver inte komma i någon specifik ordning utan lämnar rum för flexibilitet hos intervjuaren. Semistrukturerad intervju ger även intervjupersonen stort utrymme att utforma svaren med egna ord och på så sätt ha möjlighet att reflektera fritt utifrån våra frågor (Bryman 2002, s. 301). Eftersom denna typ av intervjun är mycket flexibel gav den oss möjligheten att gå vidare och ställa följdfrågor utifrån intervjupersonernas svar (ibid.) Den semistrukturerade intervjun kräver inte att frågorna ställs i samma ordning som i intervjuguiden. Eftersom ordningen vi hade skrivit frågorna i var den ordning som föll sig naturligt när vi utförde våra intervjuer valde vi ändå att hålla oss till den.

4.1.2 Metodens brister och bortfall

Intervjuer är ett oslagbart verktyg när det kommer till att ta del av människors erfarenheter och tankar, men det har baksidor (Ahrne, Svensson 2011, s. 56). Ett problem som kan uppstå i en intervju är 'den mänskliga faktorn'. Vi kan inte med full säkerhet veta vad en utsaga egentligen betyder eller att informanternas teorier stämmer överens med praktiken. Vi kan inte heller vara säkra på att informanterna har uppfattat frågan på det sätt vi tänkt eller om vi uppfattar svaret på det sätt informanterna menade (ibid). Kritiken mot kvalitativ forskning är bland annat att den bygger alltför mycket på forskarnas egen uppfattning om vad som är viktigt (Bryman 2002, s. 269). Vidare menar många kritiker även att kvalitativ forskning kan ge för snäv inblick i ett fenomen. Kan intervjuer som görs med ett mindre antal informanter vara representativa för en hel population? Bryman menar att så är inte fallet. Dock är det inte heller nödvändigt för en kvalitativ studie då syftet inte är att generalisera kring population utan ifrån teori (a.a s. 70–71). Att vara medveten om de brister som finns i vårt val av metod gör att vi lättare kan undvika dem. För att undvika missförstånd under våra intervjuer bekräftade vi det informanterna sade för att på så sätt ge dem möjligheten att korrigera oss. Att vi är två som har tolkat och arbetat med materialet gör också att chansen för missförstånd

minskar en aning jämfört med om enbart en hade tolkat materialet. Detta då det är ur två synvinklar som materialet har bearbetats (ibid).

4.2 Urval och avgränsningar

Anledningen till valet av flera olika professioner är att få med olika perspektiv i studien. Dessa specifika professioner är utvalda av den anledning att de kan antas ha olika syn på diagnostik samt arbetar på olika sätt med frågor rörande psykiska funktionshinder. Ovanstående anledningar innebär både förutsättningar och motsättningar i frågan. Psykiatrin har ett intresse i frågan utifrån att individen ska genomgå en behandling och bli bättre medan Arbetsförmedlingen gärna ser att individen har ett arbete eller annan form av sysselsättning som de kan erbjuda genom diverse specialprogram. Socialtjänsten arbetar för individens ökade livskvalitet och vill nå detta genom behandling och/eller sysselsättning dessutom så ser man på exempelvis försörjningsstöd som sista lösningen och att ingen ska få det permanent.

För att komma i kontakt med vårt undersökningsfält och för att nå de personer som är aktuella för vår studie har vi använt oss av ett målinriktat urval. Målinriktat urval innebär att vi valt informanter utefter vad som är relevant för studien (Ahrne, Svensson 2011, s. 42). Vi skickade ut ett informationsmail där vi berättade vilka vi var samt vad vi ville undersöka. Detta mail skickades till Arbetsförmedlingen, Socialtjänsten och diverse psykiatrimottagningar (se bilaga 1). Vi fick svar från samtliga förutom Försäkringskassan, dock var alla inte intresserade av att ställa upp. Vi har också använt oss av ett snöbollsurval då vi frågade informanterna på socialtjänsten om personal inom psykiatrin som vi skulle kunna kontakta då dessa var svårast att få tag på (Ahrne, Svensson 2011, s. 42).

4.2.1 Beskrivning av informanterna

Rehabhandläggare 1, arbetar inom Arbetsförmedlingens rehabenhet för vuxna och är statsvetare i grunden. Har tidigare även arbetat på Försäkringskassan med personer med psykisk problematik.

Rehabhandläggare 2, arbetar inom Arbetsförmedlingens rehabenhet för ungdomar och är gymnasielärare i grunden.

Verksamhetschef, arbetar inom allmänpsykiatri och är socionom i grunden. Även vidareutbildad till KBT-terapeut och sexolog.

Psykolog, arbetar inom allmänpsykiatri med inriktning på KBT-behandling.

Terapeut, arbetar inom allmänpsykiatri med psykodynamiskt inriktad behandling och är socionom i grunden.

Kurator, arbetar inom sjukhuspsykiatri och är socionom i grunden. Arbetar med DBT-behandling för personer med Borderline personlighetsstörning.

Socialsekreterare 1, arbetar inom Socialtjänstens rehabenhet på ekonomiskt bistånd. Arbetar med personer som haft lång kontakt med socialtjänsten och som har psykiska och/eller fysiska funktionshinder. Målet är självförsörjande främst genom arbete.

Socialsekreterare 2, arbetar inom Socialtjänstens rehabenhet på ekonomiskt bistånd. Arbetar med personer som har psykiska funktionshinder och som har haft lång kontakt med socialtjänsten. Målet är självförsörjande genom sjukersättning.

4.3 Metodens tillförlitlighet och validitet

Fokus på reliabilitet och validitet är viktigt för att eftersträva en kvalitetssäker studie. Reliabilitet och validitet är från början begrepp som härstammar från den kvantitativa forskningen. Är det möjligt att applicera dessa begrepp även på kvalitativ forskning? Bryman (2002, s.257) diskuterar detta med hjälp av LeCompte och Goetz som menar att begreppen reliabilitet och validitet är överförbara till den kvalitativa forskningen men gör distinktioner mellan extern och intern reliabilitet samt validitet. Extern reliabilitet står för i vilken utsträckning undersökningen eller studien kan upprepas. Eftersom att vi är två skribenter är intern reliabilitet av stor vikt. Med intern reliabilitet menar LeCompte och Goetz att medlemmarna i ett forskningsteam har samma utgångspunkter och är överens om hur empirin skall tolkas (ibid). Detta har vi tagit hänsyn till genom att vi tillsammans tolkat och avläst den

empiri vi samlat in samt gjort intervjuerna tillsammans. Vi har även använt oss av respondentvalidering för att öka validiteten i vår studie. Respondentvalidering innebär att intervjuaren återkopplar sina resultat till informanterna som intervjuas. Detta har vi gjort under själva intervjun genom att bekräfta det informanten säger (a.a s. 259).

4.4 Bearbetning av material

Vi har spelat in samtliga intervjuer förutom två, då informanten i första fallet motsade sig att bli inspelad trots att information om inspelning i förhand tillhandahållits. I det andra fallet gjordes intervjun via mail på grund av att det tänkta intervjutillfället blev inställt. Att spela in intervjuerna anser vi är det mest lämpade sättet att gå tillväga. Bryman (2002, s. 479) skriver att transkribering av inspelningar är det bästa sättet för att sedan kunna analysera intervjuerna utförligt. En annan punkt som talar för vikten av användandet av diktafon är att med endast anteckningar och memorerade utsagor sjunker kvaliteten av vår empiri. Detta resulterar i en tunnare analysmöjlighet och kodning enligt Jönsson, vilket visade sig väldigt tydligt när vi skulle analysera den oinspelade intervjun. Vi är medvetna om att den intervjun har sämre analyskvalitet än övriga intervjuer, men menar dock att den ändå var användbar. Vi har inte helt förlitat oss på inspelningen utan också antecknat under intervjun, specifika eller extra intressanta uttryck eller händelser (Jönsson 2010, s. 57-58). Dock delar vi uppfattningen som Tim May har om att sådant måste ske med diskretion och förståelse för att våra reaktioner som intervjuare kan komma att påverka informanten och på det sättet också materialet vi samlar in (2001, s. 155).

Allt eftersom vi genomförde intervjuerna satte vi oss ned, en och en, för att transkribera dem. Detta för att det skulle bli lättare att koda materialet som vi samlat in; efter att ha hört, skrivit ned och läst igenom. Precis som Jönsson tar upp finns det enklare och svårare sätt att koda på, men vi har använt oss av en ingående kodning för att hitta tolkningar, orsaksbeskrivningar och lösningsbeskrivningar som kommit fram utanför de frågor som specifikt berör det området (2010, s. 61-62). Kodningen såg vi som en självklarhet i vår studie då detta öppnade upp för samband och mönster i olika empiri som annars lätt hade kunnat gå förlorat genom att bara läsa igenom, överblicka och leta i resultatet från intervjuerna (a.a. s. 57). Sådant som inte är i

ögonfallande intressant men betydande kunde då uppmärksammas på en helt annan nivå genom kodning.

4.5 Etiska överväganden

Vi är medvetna om att ämnet, psykiska funktionshinder, kan vara känsligt att prata om. Vi har därför valt att göra våra intervjuer med personer som arbetar med detta klientelet och inte brukarna själva. Det är nämligen etiskt problematiskt att ha personer som är utsatta för något som huvudkälla och istället får forskare ofta försöka hitta en väg runt det (Jönsson 2010, s. 91). Med detta sagt är det viktigt, i alla studier och forskningsprojekt, att ta hänsyn till de huvudkrav som vetenskapsrådet beskriver. Vi har tagit hänsyn till huvudkraven om information, samtycke, konfidentialitet samt nyttjande (Vetenskapsrådet, 2002).

I enlighet med informationskravet skickade vi ut ett informationsmail till alla de som vi kontaktade, det vill säga diverse professionella inom socialt arbete. I informationsmailet informerade vi om syftet med vår studie, vilka teman vår intervjuguide byggde på och hur själva intervjun skulle läggas upp. I och med att informationsbrevet skickades ut och informanterna tog kontakt och valde att ställa upp på en intervju uppfylldes även samtyckeskravet. Vidare informerades de om frivilligheten i att medverka och att de när som helst kunde avbryta medverkan; innan, under eller efter det att intervjun har ägt rum. Vi informerade också de tillfrågade om att de skulle avidentifieras och att det enda som skulle komma att framgå i studien var deras profession, verksamhet och utbildning. De blev vidare informerade om att sekretess gällde med hänsyn till konfidentialitetskravet. Vi försäkrade även de tillfrågade om att vi inte skulle använda informationen i något annat sammanhang än kandidatuppsatsen.

4.6 Arbetsfördelning

Vi genomförde sju intervjuer med sammanlagt åtta informanter, två av informanterna medverkade på samma intervju. Vi hade som mål att båda skulle medverka och vara aktiva under samtliga intervjuer, men en intervju utförde enbart en av oss. Istället fick den andra transkribera den intervjun för att få samma information. Vid de gemensamma intervjuerna har en av oss varit huvudansvarig för intervjuguiden medan den andre antecknat och ställt

följdfrågor. Sammanställningen av studien har vi delat upp mellan oss. Då en av oss har ansvarat för de tre inledande avsnittet så har den andra ansvarat för det fjärde då det var mer omfattande. Resultat- och analysdelen sammanställde vi tillsammans.

5. Resultat och analys

I kommande avsnitt kommer vi att redovisa vårt resultat i kombination med vår analys. Resultatet bygger på den empiri som vi har samlat inom genom semistrukturella intervjuer med åtta personer som kommer i kontakt med diagnostik i sitt arbete. Samtliga informanter har koppling till socialt arbete men kommer från olika verksamheter. Analysen av resultatet sker med hjälp av tidigare forskning och vår teori Barnkalassyndromet. Det är i detta avsnitt som svaren på våra frågeställningar kommer att ges.

5.1 Psykiska funktionshinder och diagnoser

När vi utfört våra intervjuer med professioner som kommer i kontakt med diagnoser inom socialt arbete har vi ställt frågan hur de definierar psykiskt funktionshinder. Trots att vi talat med flera olika professioner inom allmänpsykiatri, socialsekreterare på rehabenheten inom socialtjänsten samt handläggare på rehabenheten inom Arbetsförmedlingen har vi fått ett relativt enhetligt svar. Terapueten inom allmänpsykiatri uttryckte det såhär: ”Psykiska funktionshinder är när man av psykiska skäl har problem i det vardagliga; i situationer och i relationer”. Verksamhetschefen inom allmänpsykiatri beskrev det snarlikt: ”Att man har ett hinder som gör att man inte fungerar obehindrat och kan göra det man vill kunna göra. Vara ute, arbeta, umgås, ha relationer m.m”. Socialsekreterare 2 valde att definiera och bryta ned samma svar ytterligare:

För min del tänker jag utifrån att det innebär hinder att fungera i vardagens olika delar varav arbetsförmågan är väldigt central här hos oss. Men det handlar ju också mycket om det här med vardagen i form av att sköta sin ekonomi, hygien, mat, städning och allt det där grundläggande.

En definition som skiljde sig något från majoriteten kom från kuratorn:

För mig är det en psykiatrisk problematik av så pass allvarlig art att den är att betrakta som mer varaktig och långsiktigt mer problematisk för individen än en problematik som är avgränsad och att betrakta som en ”normal reaktion under svåra omständigheter.

Har som tidigare nämnt valt att utgå från den definitionen av psykiskt funktionshinder som är hämtad från Socialstyrelsen. Utifrån den och ovanstående citat verkar vi och informanterna rörande överens om vad som menas med psykiska funktionshinder när vi lyfte fram det under intervjuerna. För studien så är det avgörande att vi förstår varandra när vi diskuterar ämnet. Samtliga informanter är överens om att det gäller hinder i vardagen, något som hindrar individer från att utföra det grundläggande och att det består under en längre tid. Till detta räknas då inte exempelvis naturlig sorg vid anhörigs bortgång, vilket förtydligas av det senaste citatet. Karin Johannisson (2009, s. 30) poängterar att diagnoser tydliggör normerna för normalt och avvikande, sjukt och friskt samt accepterat beteende vilket bekräftas när Alain Topor (2004, s. 17) tar upp en definition av psykisk störning hämtad ur Nationalencyklopedin:

Psykisk störning, tillstånd kännetecknat av avvikelser i upplevelser och beteenden [...] Termen psykisk störning har numera fått ersätta psykisk sjukdom för att markera att ett biologiskt underlag inte kan påvisas vid en del av de tillstånd som faller inom psykiatrins verksamhetsområde.

Samtidigt som diagnoser förtydligar skillnader mellan människor sätter det också namn på och synliggör ett lidande. Samhällets föreställningar kring en sjukdom eller diagnos påverkar diagnosens status och till denna status innefattas även sjukdomens placering i kroppen. Är det en tydligt placerad och högt sittande sjukdom får den automatiskt högre status ur samhällets synvinkel. Ett exempel på en sådan diagnos är hjärntumör vilket har betydligt högre status än en diffus sjukdom som saknar specifik plats i kroppen, såsom psykiska störningar (Johannisson 2009, s. 31).

Fredrik Svenaeus skriver att han ofta försökt förmedla en mittposition i debatten om ADHD

och andra neuropsykiatriska diagnoser, men ofta möts av motstånd från båda sidor. De som är för och de som är emot diagnostisering av barn. De som är för och de som är emot centralstimulerande medicinering till personer under 18 år hugger båda mot de personer som försöker hitta en balanserad syn på det. Men Svenaeus förstår detta då det är mycket som står på spel när ny statistik visar att det är omkring 10 % av alla barn det rör sig om. Han menar också att det inte bara rör dessa barn utan även deras familjer, skolpersonal samt vård- och omsorgspersonal. Det är klart att det väcker känslor och är en tung debatt (2013, s. 80-81). Johannisson ger detta en förklaring genom att skriva att diagnosen i sig har en makt både för patienten och för läkaren. Å ena sidan är diagnosen en bekräftelse som kan ge avlastning från ångest, ansvar och skuld samt ge tröst och en viss vinst, men å andra sidan kan diagnosen leda till stigmatisering, förlust och utanförskap. För läkare innebär det en bekräftelse på att denne är kompetent nog att tolka och klassificera och det blir en orsaksförklaring för båda parter (2009, s. 30). Detta kan också innebära, menar Johannisson, att individer behöver sjukdomen för att vara sjuk är en av få avvikelser som är socialt accepterade (a.a. 33).

Johannisson skriver att sjukdom inte enbart är frånvaron av hälsa, det friska, och något som händer i den levande kroppen utan att det också är ett sätt för människor att kommunicera, det vill säga gi termer av diagnoser. Hon menar vidare att sjukdomar finns först när människor är överens om dess existens för utan namn är sjukdomen, som hon uttrycker det, hemlös. Därmed menar hon att diagnosen gör sjukdomen verklig (2009, s. 29-30). Detta märktes också tydligt under våra möten med diverse professioner som kommer i kontakt med diagnoser inom det sociala arbetets ramar. Under våra intervjuer var det ofta ADHD eller andra neuropsykiatriska diagnoser som kom på tal. Dels berodde detta på att antalet remisser på neuropsykiatriska utredningar anses ha ökat i antal, dels för att det är en diagnos som gemene man har kunskap om. Men det anses också bero på att forskningen har lett till att olika verksamheter idag är bättre på att upptäcka denna form av problematik.

En socialsekreterare ställde sig kritisk till förkärleken han menar finns till ADHD då det kan kännas väldigt lätt att sätta en ADHD-diagnos på en vuxen människa utan att se till helheten. Enligt informanten märks det istället ofta efter genomförd behandling att personen fortfarande inte fungerar i vardagen. Detta menar han leder till att en ny process startar angående en

annan diagnos eller ytterligare en diagnos. Han menar att hos Socialtjänsten handlar det huvudsakligen om arbetsförmågan hos en individ. Det är först efter behandlingsstart som det kan märkas ifall en person är rättddiagnostiserad. Detta baserar han på att om en person blir medicinerad för sin ADHD bör hon/han kunna arbeta. Denna kritiska fundering kan även ses hos våra andra informanter som vittnas om diagnoser som väldigt svåra att ta bort när de väl är inskrivna i journalen. Dessutom skriver Svenaeus (2013, s. 78) om att de *normala* olikheterna hos individer ofta glöms bort i ett synsätt som går ut på att skilja sjukt från friskt, likt Barnkalassyndromet. Han skriver vidare att vissa människor är livligare än andra, mer rotlösa eller rastlösa. Han menar att det inte är något konstigt med att människor har olika personligheter och olika läggningar.

5.2 Insatser och de olika professionernas användning av diagnoser

Det varierar en del kring hur psykiatrin, socialtjänsten och Arbetsförmedlingen använder sig av diagnoser i sitt dagliga arbete. Samtidigt var informanterna överens om att i många fall är diagnosen ointressant för val av behandling samt för patientens del. Kuratorn inom psykiatrin sade följande: ”Diagnoser är ständigt närvarande inom psykiatrin. De fördelar patientgrupper och ger vårdpersonal en snabb beskrivning om problematik, svårighetsgrad och de behandlingsmodeller som enligt forskningen har effekt.” Ur detta kan utläsas att diagnosen oftast är ett kommunikations- och hanteringssystem inom psykiatrin. Detta poängterade även psykologen: ”Diagnoser är ju ingenting mer än en samling beteenden som man sätter en etikett på, de förklarar ju inte någonting och det blir ju inte något annat som sker bara för man att ställer en diagnos heller.”

Flertalet av våra informanter förklarade att de inte använder själva diagnoser särskilt mycket i sitt arbete utan att användningen mestadels rör kommunikation mellan kollegor och forskningsvärlden. Informanterna har olika utgångspunkter när det kommer till diagnoser. Ett exempel är att Arbetsförmedlingens handläggare anpassar arbetssökningar utifrån de hinder som en diagnos karaktäriseras av medan socialsekreterarna ibland behöver funktionshindret eller beteendet på papper som underlag för en insats. De två rehabhandläggarna på Arbetsförmedlingen menade att det inte är avgörande för en klient om de har en diagnos eller inte då deras system är baserat på funktionshinder. Detta menar Rehabhandläggare 1 gör

diagnosen ointressant i deras arbete. Mycket av detta vittnar om att samtliga professioner fokuserar mer på funktionshinder och på vad individerna klarar av än på diagnosen:

Jag använder mig av det på det sättet att jag tycker det kan vara en fingervisning, lite grann kring vad det är för typ av problematik som den enskilda patienten kan ha. Men det innebär inte att diagnosen är ett arbetsmaterial, diagnosen är inget som som jag arbetar med så att säga. (Terapeut, Allmänpsykiatrin)

Om du kommer in här och får en diagnos så är det ju inte diagnosen i sig som styr ditt vårdbehov utan det är ju din funktion. Så är det så har du stora svårigheter så får man ju behandla ut efter det. Vi kan inte säga att du får bara fem gånger för sen ska du vara färdig, det är inte så det fungerar. (Socionom, Allmänpsykiatrin)

5.2.1 Fokusera på funktionerna

Varför ter det sig så viktigt att poängtera avståndstagandet till diagnoser och dess betydelse? Varför fokuserar informanterna på funktioner snarare än funktionshinder? Det kan finnas ett rimligt svar enligt Jenneth Carpenters kritik till diagnostiken och problematiken med den medicinska modellen, det vill säga att klassa en sjukdom som kronisk. Enligt honom kan hoppet om att kunna leva ett vanligt liv försvinna genom att en kronisk stämpel sätts. I och med detta skulle diagnostiserandet kunna följas av en självuppfyllande profetia. För att en patient ska bli bättre bör det inte fokus ligga på att patienten ska bli kvitt symptomen eller diagnosen utan på att hon/han ska kunna leva ett meningsfullt liv oavsett symptomens närvaro eller inte. Det som krävs för att patient ska kunna bli bättre är att patienten, behandlare och anhöriga tror på en förbättring. Detta hopp, menar Carpenter, försvinner i den medicinska modellen (2002, s. 88-89).

Kan ovanstående vara ett tankesätt som väckts hos de professionella som vi har intervjuat? Många av de diagnoser vi har kommit i kontakt med är diagnoser som är livslånga: Bipolär sjukdom, Borderline personlighetsstörning, ADHD, Asperger syndrom etcetera. Terapeuten förklarade att barn som i tidig ålder får en ADHD-diagnos kan bli av med symptomen genom tidiga hjälpinsatser. Hon menar att därmed kan diagnosen i vissa fall avskrivas eftersom

problematiken inte längre är närvarande. Verksamhetschefen inom allmänpsykiatrien sade däremot att Autismspektradiagnoser är något som patienten har för livet. Även om patienten får hjälp så att han/hon får en välfungerande vardag så tas inte dessa diagnoser bort. Psykologen uttryckte det såhär:

En förutsättning för att en utredning, eller fördjupad bedömning, ska göras är att patienten kan bli hjälpt på något sätt. Det finns ingen vits med att sätta en diagnos om det inte finns någon problematik.

Som tidigare nämnt var informanterna relativt eniga om att diagnosen stod under själva problematiken och att diagnosetiketten inte hade någon större inverkan på vilken sorts behandling patienten skulle kunna få. Det enda diagnosen är avgörande för är möjlig medicinering. Flertalet av informanterna var även överens om att diagnosen är högst relevant och ofta nödvändig då individen skall söka hjälpinsatser eller ekonomisk ersättning från kommun eller annan myndighet. Som exempel använde några informanter de tre personkretsarna inom LSS. Till dessa personkretsar kan bland annat personer med Asperger syndrom räknas och på så vis bli berättigade hjälp utifrån. För även om kroniska sjukdomar kan släcka hoppet om ett välfungerande och normanpassat liv, som Carpenter (2002, s. 88) skriver, så menar verksamhetschefen på allmänpsykiatrien att:

Det är så olika, har du en diagnos med Asperger så innebär ju inte det att du är på ett visst sätt. Du kan ju vara väldigt välfungerande och då vill vi ju hellre prata om funktionerna och vilka hinder du stöter på i din vardag. Vi tittar på funktioner och beteende.

Förutom ovanstående poängterade en informant att mycket handlar om att försöka läsa av patienterna, att inte lämna tunga diagnoser med ett brev på posten utan att först se vad patienten är mogen för. Hon vittnar om medkännedom och vikten av att förklara vad en diagnos eller sjukdom innebär för den enskilda patienten. Detta för att samtidigt kunna ge hopp. Ovanstående kan ses som ett sätt att försöka undvika den hopplöshet som Carpenter (ibid) varslar om rörande kroniska diagnoser. Klamas (2010, s. 48-49) diskuterar att en av

målsättningarna med återhämtningsprocessen är att få kontroll över sjukdomens hinder och svårigheter. Hon menar att vikten inte ligger vid att bli symptomfri. Med att ta kontroll över sin sjukdom menar Klamas att patienten ska ta ett aktivt ansvar för sin egen utveckling och förändring. För att göra det krävs det att individen känner att det finns hopp om förbättring. Vidare menar Klamas att det inte handlar om att bortse från sjukdomens svårigheten utan att se till de resurser och förmågor som individen har. När fokus läggs alltför mycket på sjukdomen finns det en risk att individen avhumaniseras. Hon menar att klassa svårigheterna som kroniska kommer att påverka individens återhämtning negativt.

5.2.2 Medicinering, alternativa metoder och eget ansvar

Ett tillfälle då diagnosen är avgörande är när det kommer till medicinering. Det finns nämligen preparat som är avsedda för vissa sjukdomar och tillstånd som inte får lov att skrivas ut utan att föregås av en utredning och diagnos. Patricia Deegan poängterar att psykofarmaka bara är ett redskap bland många andra som patienter kan använda för att bli bättre i återhämtningsprocessen. Förutom medicinering kan erbjudanden om motion, kostrådgivning, missbruksavvänjning, konst, natur och arbete eller sysselsättning vara avgörande för återhämtningen. Samtidigt poängterar hon att medicinering inte är fel sätt att återhämta sig på och att det inte finns någon svaghet i det. Hon menar att psykofarmaka inte är en moralisk fråga om rätt och fel men att det däremot bör kompletteras med andra sätt att hantera eventuell ångest, vaneföreställningar, tvångstankar och depression (2007, s. 142-143). Socialsekreterare 2 gjorde oss varse om många olika nya metoder som finns inom psykiatrin i form av terapi. Det finns bildterapi, naturterapi, kultur på recept, friskvård på recept, ljusterapi, diverse grupperapier etcetera. Detta anses fungera väl för klienter och i kombination med medicinering.

Det som Deegan (ibid) skriver om i föregående stycke är viktigt. Terapeuten menar att dessa terapier är under utveckling inom psykiatrin då man har insett vikten av det. Men hon menar också att det till stor del hänger ihop med samarbetet med övriga parter som är involverade i patientens fall. Verksamhetschefen valde att uttrycka det såhär:

Vi försöker att befinna oss utanför mottagningen så mycket vi kan för det är inte här patienterna blir friska på 45 minuter i terapi utan det blir man när man gör någonting, när man provar sina vingar därute.

Socialt arbete berör många människor som lider av psykisk ohälsa samt hur dessa personer skall hjälpas. Framförallt läggs stor vikt vid vem som skall hjälpa patienterna och det menar Socialsekreterare 1 är en fråga lika långvarig som den om hönan och ägget. Verksamhetschefen menar att det går åt rätt håll då många patienter får hjälp från Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan för att komma ut i arbete igen och på så sätt bli sysselsatta. Dock oroar hon sig även för att det finns så få enkla arbeten kvar ute på arbetsmarknaden. Hon ser att många av patienterna skulle må 'alldeles utmärkt' av att få arbeta igen. Även terapeuten ställer sig mycket frågande till medicinering som enda lösning:

[...] det gäller alla oberoende av diagnos, det är verkligen så, alla är inte hjälpta av medicineringen och för vissa kan man säga att medicineringen fungerar en tid och sen på något sätt fungerar den inte lika bra längre. Fråga mig inte varför.

Informanterna poängterade också att för vissa diagnoser finns det specialbehandlingar som är skräddarsydda för en viss sorts problematik, exempelvis Bipolär sjukdom eller ADHD. Båda dessa diagnoser anses ha en problematik där medicinering kan vara högst behjälplig. Dock sa Socialsekreterare 1 fokus ändå ska ligga på individens beteende, på vad individen gör och vad som triggat igång det samt hur han/hon kan handskas med det. Socialsekreterare 1 menar vidare att alla har olika saker som triggat igång dem men att funktionen, händelsen, är snarlik.

Alain Topor skriver att professioner som kommer i kontakt med individer med psykisk ohälsa ofta glömmer bort eller låter bli att fråga individen hur han/hon själv skulle kunna bidra till sin egen återhämtning och tillfrisknande. Han menar att utgångspunkten istället är att de professionella är de som ska hjälpa individen. Det är professionella som ska lära individen om hans/hennes problematik och hur han/hon bör handskas med den. För det blir som Topor säger ett "vi och dem"-tänk baserat på att professionella kan medan brukare inte kan, men med inställningen att brukarna kanske kan lära sig (2004, s. 108-109). Detta "vi och dem"-tänk

finns det tendenser till i intervjuvaren men inte på det sätt eller med den underton som Topor syftar på. För även om de olika professionerna ofta utgår från att det är de som ska sträcka ut den hjälpsande handen så poängterar dem att det i många fall finns en plats för individen i planeringen. Samtliga informanter poängterar vidare att de inte tvingar någon till att genomgå en utredning eller acceptera en diagnos. Psykologen förklarade att vissa individer behöver mer insikt i möjligheter och hinder samt allmän information kring sin egen diagnos. Han menar vidare att detta inte innebär att de talar om hur en individ blir frisk på bästa sätt eller hur individen upplever sin problematik. Kuratorn menar att vikten bör läggas vid förståelse och samförstånd:

En diagnos hos oss signalerar 'jag uppfattar att patientens problematik rör just detta område'. Eftersom samsjukligheten är hög så är det inte alls säkert att all vårdpersonal uppfattar patientens problematik på samma sak. Jag ärver inte läkarens namn för patientens problematik, jag gör i någon mån en egen bedömning [...] Jag brukar också föra en dialog med den berörda patienten, beskriva den diagnos som jag tänker är aktuell och undersöka i vilken mån patienten uppfattar sina svårigheter på samma sätt.

Välviljan att förklara och förstå är ett tecken på att de professionella försöker undvika det som Topor (2004, s. 108) skriver om när han exemplifierar att psykologer aldrig ställer frågan vad patienten kan göra för att hjälpa sig själv. Att försöka en form av samförståelse öppnar upp för en dialog mellan båda parter kring återhämtningen. Rehabhandläggare 2 talar om att de har vissa metoder eller knep för att få människor att hitta sina styrkor samtidigt som individerna blir medvetna om sina svagheter. Metoder för att lära människor att använda vad de är bra på istället för att fokusera på sina svagheter. Det är först då som individerna kan kompensera svagheter med något annat. Psykologen formulerade det såhär:

[...] då är det funktionshindret som man jobbar med sen skulle de här personerna få den behandlingen oavsett om man sätter den etiketten på det eller inte. Så det är ju inte det som avgör i sig, det är ju ändå svårigheterna, funktionsnedsättningarna som styr.

Verksamhetschefen talade mycket om anledningar till att socialtjänsten beställer utredningar:

En sak om just det här varför man utreder från socialtjänsten ibland är att det ju handlar om personer som kanske har nedsatt funktion och de har svårt att få arbete och de har provat många, då vill man ha svar så att man kanske kan söka en sjukersättning.

Samtidigt vittnar Socialsekreterare 2 om att diagnoser kan vara nödvändiga när det gäller hjälpinsatser från samhället. Både han och verksamhetschefen poängterar även att det blivit allt svårare att få exempelvis sjukersättning, då kraven har stramats åt på senare år. De anser vidare att detta gäller personer som är så pass hindrade av sin problematik att de inte längre kan räknas till samhällets arbetsföra. Dessa personer bör ha rätt att få ekonomisk ersättning från Försäkringskassan istället för att leva med försörjningsstöd och den låga inkomst som det innebär. Detta menar Socialsekreterare 2 är för att det till synes och sist handlar om arbetsförmågan samtidigt som alla de vardagliga delarna i livet inte fungerar önskvärt. Han menar vidare att det inte är rimligt att individen ska fortsätta vara aktuell på försörjningsstöd inom socialtjänsten efter 10-15 år av arbetsplatsträningar som inte fungerat. Det är ett stort övergrepp mot klienter att låta det fortgå på det sättet ytterligare 10 år.

Precis som flera informanter beskrivit menar Svenaeus att många som arbetar med diagnoser använder dessa som praktiska hjälpmedel för att kunna kommunicera med andra behandlare samt föräldrar. Med sådana resonemang menar Svenaeus att diagnosens identitetsskapande makt glöms bort. Detta menar han gäller även de olika associationer andra människor får när de exempelvis hör ordet ADHD (2013, s.97). I anslutning till sin teori Barnkalassyndromet frågar sig Svenaeus hur stökigt, högljutt, impulsivt ett barn får vara innan diagnostik väcks. Svenaeus menar att detta är en fråga som läkare, psykologer och föräldrar ständigt brottas med. När behöver barnets beteende medicineras? När medicinering fungerar menar många enligt Svenaeus att det är ett bevis på att sjukdomen faktiskt är biologisk. Detta är ett resonemang som man bör akta sig för att göra. Det finns en mängd mediciner idag som påverkar ett flertal olika personlighetsdrag och dessa kommer enligt Svenaeus antagligen öka

i framtiden. Ett barn som uppfyller kriterierna för ADHD i DSM blir inte mer eller mindre friskt/sjukt för att medicinen fungerar alternativt inte fungerar (a.a s. 96-97).

5.3 För och nackdelar med att få en diagnos

Rörande neuropsykiatriska diagnoser är samtliga informanter överens om att det till största del är en fördel för patienten och verksamhetschefen förklarade det på följande sätt: ”De tydligaste fördelarna med att få en diagnos syns i de neuropsykiatriska diagnoserna. Får man en sådan diagnos så får man tillgång till insatser genom kommunen som andra inte har tillgång till.” När det däremot handlar om övriga psykiska diagnoser så ser informanterna både för- och nackdelar med diagnoserna, även om fördelarna i flesta fall väger tyngre. Verksamhetschefen sade vidare: ”[...] om man behöver ha diagnosen för att få hjälp eller för att få extra rehabiliteringsåtgärder eller extra stöd från arbetsförmedlingen eller LSS, då är diagnosen bra. Om det hindrar mig från att få ett arbete eller det hindrar mig från att ta mitt körkort eller det hindrar mig från att leva det liv jag vill. Det beror på vad du ska ha det till.”

Sett till föregående stycke är en neuropsykiatrisk diagnos är nästan alltid till fördel för individen. Detta då diagnosen kan ge tillgång till insatser via andra lagar och myndigheter. Detta är något samtliga informanter menat att många känner till då de har mött patienter som har önskat att få en neuropsykiatrisk diagnos och blivit besvikna om det inte har gått. De fördelar som våra informanter har lyft fram handlar om att vården skall bli bättre för individen och att de inblandande professionerna/behandlarna skall tala samma språk. Att ha ett tydligt system menar flera av informanterna leder till att patienterna får bättre vård. Även om diagnosen inte är avgörande för vilken behandling patienterna får spelar den i många fall roll. Detta till stor del då det underlättar för en individ att få rätt stöd och hjälp om han/hon har en diagnos. Fredrik Svenaeus menar att medicinska diagnoser är mycket användbara i hälso- och sjukvården. Det är viktigt att läkare, psykologer och behandlare kan kommunicera angående sina gemensamma patienter utan att det uppstår missförstånd. Det är också viktigt att medicinska forskare har en klar definition av de sjukdomar och tillstånd som de undersöker. Men med det sagt vill han också poängtera att en diagnos inte automatiskt leder till smärtbefrielse, tillfrisknande eller personlig identitet (2013, s. 28). Terapeuten lyfte fram vikten av rätt vård och ett välfungerande vårdssystem:

[...] om du ser till psykiatrin så har vi ju gjort en uppdelning organisatoriskt och också utifrån diagnoser så att får du en psykosdiagnos så tillhör du en psykosavdelning och där har ju sjukvården sett till att ha extra resurser därför att man har räknat ut att det sjukdomstillståndet kräver betydligt mer hembesök, mer lättillgänglighet, mer mellanvårdsformer [...]

Psykologen lyfte fram att en diagnos kan vara till fördel för patienten då det blir mer rättssäkert. Individen kan sätta sig in i sin diagnos eller behandling för att se om den är beprövad och evidensbaserad. Han berättar att patienter är mycket mer pålästa idag än tidigare vilket gör att patienter påverkar den psykiatriska vården på ett sätt som inte tidigare skett.

Briege Casey har talat med både professionella och brukare i avseendet att se hur människor hanterar diagnoser och vilka för- och nackdelar dessa för med sig. Det är viktigt att aldrig glömma hur en diagnos kan förändra sättet en individ ser på sig själv och rasera deras identitet. Med det sagt menar Casey också att det kan underlätta för patienten att få en diagnos då han/hon får ett namn på problematiken, vilket kan göra det lättare att bearbeta och gå vidare (Casey, 2003 s. 94). Svenaeus menar att diagnoser kan agera identitetsskapande på ett icke-negativt sätt oavsett om det stödjer eller stigmatiserar individen då han/hon först får sin diagnos. När det exempelvis gäller ADHD menar han precis som många av våra informanter att det kan bli en förklaringsmodell då individen *förstår* bakgrunden till att han/hon har svårt att komma ihåg saker, fokusera på detaljer, vänta på sin tur etcetera. En fördel med en identitetsskapande diagnos är att det kan få individerna att uppfatta sig själva som speciella och mer värdefulla snarare än att se sig själva som något sjukt eller avvikande (2013, s. 94)

Rehanhandläggare 2 ställer sig kritisk till om ADHD verkligen är ett psykiskt funktionshinder i egentlig mening eller snarare något som vuxit fram under senare år med ökad stress, högre förväntningar och nedkortad barndom. Hon menar att barn och ungdomar idag kommer ut i vuxenlivet väldigt fort och utsätts för ökad press utifrån. Hon nämner exempelvis sociala medier och att det har blivit en ständig kapplöpning om de senaste teknikprylarna. Svenaeus skriver att neuropsykiatriska diagnoser till stor del beror på hur samhället ser ut idag och

menar att diagnoser av den formen skulle kunna vara en tillgång istället för ett problem om livsmiljön förändrades. Han menar vidare att diagnoser har med gruppstillhörighet att göra och hittas bara rätt spelrum så kan en individs problematik vändas till en eftertraktad egenskap (2013, s. 94-95). Ett exempel på det gav Rehabhandläggare 2 då hon talade om en klient med ADHD-diagnos som fick en anställning på ett litet café. Hon menar att klienten, trots sin problematik, fungerade väldigt bra när han/hon fick vara sysselsatt under längre tid men med varierande arbetsuppgifter. Variationen ledde till att klienten inte tappade intresset och fokuset. Samtidigt kan handläggaren se att det kanske inte skulle kunna fungera på ett större café med en högre stressgrad. Detta går att koppla till det som Svenaeus skriver om att vända problematiken, rastlöshet och driv, till något positivt.

Två av våra informanter lyfte tydliga praktiska nackdelar som de menar att långt ifrån inte alla inom socialt arbete känner till. Verksamhetschefen sade såhär:

Du kan inte bli pilot om du har ADHD och ska äta Concertamedicin, om du nu önskar det, ditt körkort kommer att i frågasättas [...] Försäkringsbolagen är inte benägna att ge dig en livförsäkring om du har en ADHD, för att där finns en ökad risk för att du oftare hamnar på akuten, oftare i råkar i olyckor [...]

Socialsekreterare 2 menar att diagnoser i princip alltid är till fördel för klienten då det ger tillgång till ökad och bättre hjälp. Problemen, menar han, uppstår först om en diagnos ställs och det inte görs någon uppföljning eller patienten inte får verktygen att hantera sin diagnos: ”Det är ju viktigt utifrån den synvinkeln, att de ska ju leda till att klienten/patienten får bättre hjälp, det är ju egentligen den enda anledningen till att man ska sätta en diagnos”. Vidare poängterar han att professionella måste ha respekt för individerna när de sätter igång en diagnostiseringsprocess. Han menar att det kan vara dramatiskt för individen att få sin problematik på papper. Tearapeuten poängterade att en diagnos inte är ett litet ord på papper utan mening: ”Även om diagnoser går att ändra, de är inte för evigt, tycker jag nog att jag kan se att de är lite efterhängsna.”

En sista nackdel som våra informanter har lyft fram är att diagnoserna ibland tenderar att ursäktas en individs negativa beteenden med en diagnos. Verksamhetschefen inom allmänpsykiatri menar att det kan finnas vissa vinster med att få en diagnos, bland annat i form av att individer delvis kan befrias från sitt eget ansvar. Psykologen har ett liknande resonemang och berättar att det händer att patienter använder sin diagnos för att rättfärdiga vissa beteende. Genom detta kan vissa patienter hävda att det är alla andra som behöver ändra på sig. Han berättar att det kan finnas ett intresse hos patienten att hålla hårt i sin diagnos och bara se till de negativa aspekterna med den. Exempelvis säger han: ”Om de blir bättre så uppstår andra krav och då måste man ta ansvar och kanske söka jobb”. Socialsekreterare 1 tar också upp detta då hon menar att en del personer som lider av den här problematiken inte alltid har förståelsen för att världen inte kretsar kring honom/henne. Hon säger att klienter ofta tycker att hon eller psykiatriken ska ha förståelse för att han/hon inte kan komma på alla möten då han/hon faktiskt mår psykiskt dåligt eller har svårt att hålla reda på olika tider. Socialsekreterare 1 påpekar också: ”Psykiatriken kan inte jaga klienterna, kommer de till psykiatriken så får de hjälp men kommer de inte dit så kan de inte få någon hjälp”.

Som tidigare nämnts anser de flesta av informanterna att diagnosen till största del är ett praktiskt hjälpmedel men det också i många fall är individernas sätt att finna mening i ett lidande som annars kan uppfattas ’obegripligt och självförvållat’ (Svenaeus 2013, s. 97). Karin Johannisson frågar sig: Vad tjänar vi respektive förlorar vi på att diagnostisera? Johannisson menar att en diagnos kan skymma sikten för andra, kanske bättre, förklaringar av olika tillstånd. Diagnoserna riskerar också att skapa sjukroller och sjukidentiteter (2009, s. 40). Diagnosens avgörande betydelse för vissa individer förklarar Svenaeus med följande liknelse:

Vem vill ta ifrån människor det halmstrå att klamra sig fast vid i en kaotisk verklighet som en nyfunnen diagnos kan utgöra? Men problemet är likväl att dessa halmstrån tillsammans kommer att växa upp till en hel höskulle som skymmer sikten för andra orsaksfaktorer än de medicinska när det gäller att förstå själva lidandet och kunna göra något åt det. (Svenaeus 2013, s. 97)

Kuratoren menar att vissa personer som hamnar mitt i det som Svenaeus ovan beskriver tenderar att gå in i en viss passivitet som inte är av godo: ”Ett cirkelresonemang kan då uppstå där patientens problematik blir en godtagbar förklaring till ett beteende som faktiskt behöver och kan förändras. Det säger ingenting om vad patienten behöver göra annorlunda eller vilka möjligheter patienten faktiskt har till att förändra sitt agerande.”

5.4 Inställningar till diagnoser och den stigmatisering de kan medföra

Klamas (2010, s. 50) diskuterar genom Alain Topor och Erving Goffman begreppet stigma i sin avhandling. Topor använder begreppet ’att återvinna sitt förlorade jag’ vilket han grundar i sin tanke om vilka effekter sjukdomar får för individen. När det kommer till psykiska funktionshinder menar Klamas att individen blir angripen från två håll. Dels själva sjukdomen, dels de konsekvenser som sjukdomen har. Genom Goffman hävdar Klamas att vår identitet bestäms utifrån det gensvar vi får från andra. Om en person behandlas som avvikande kan individen själv uppfatta sig så och på så sätt internaliseras ett stigma och individen börjar uppträda på ett sätt som hon tror att andra förväntar sig.

Larry Davidsson tar upp stigmatiseringen som fortfarande lever kvar från institutionstiden rörande personer med psykiska funktionshinder eller psykiska störningar. Han menar att personer än idag blir rädda att inte yttra sådant som speglar deras sjukdom och anhöriga blir rädda att sörja förlusten likt en bortgång. Han menar att majoriteten fortfarande får förklarat för sig att de varken kan återvända till skolan eller kan arbeta för att försörja sig själva. Davidsson skriver att så länge som personer som lider av psykisk ohälsa anses kunna vänta på att återfatta makten om sina liv i samhället kommer det inte ske en förändring i systemet. Han hänvisar till Martin Luther King som menade att motparten förstår hur svårt det är att vänta först när denne står i samma situation (2007, s. 160-161). I en studie där forskarna undersökt hur personer med psykisk ohälsa upplever att de bli stigmatiserade av omgivningen redogör hela 78 % av respondenterna att de någon gång har fått höra nedsättande kommentarer och en tredjedel upplevde att de blev behandlade som mindre kompetenta än andra. Undersökningen visar också att personer med psykisk ohälsa har svårare att få arbete eller bostad och att de har svårt att bli accepterade av kollegor. Forskarna menar att stigma gentemot personer med

psykisk ohälsa är ett seriöst problem. Kuratorn vittnar om detta:

Vissa diagnoser har tyvärr den effekten. Exempelvis en psykosdiagnos leder ofta till omfattande fantasier och rädslor hos folk. Samma sak med ex borderline eller bipolaritet. Det finns en stor risk för att slutsatser läses in utan att de faktiskt gäller för den unika individen.

Psykologen säger att statusen hos psykiska sjukdomar fortfarande är låg ”[...] det är lättare att komma till arbetsgivaren och säga att jag är sjukskriven för det här med hjärtat än att säga att det är något psykiskt”. Vidare förklarar han att det är många som tycker det är jobbigt att berätta för exempelvis arbetskollegor, chefer eller anhöriga om varför man är sjukskriven om det är på grund av en psykisk åkomma. Han säger vidare att det finns trender i diagnoser som är lite ’finare’. Han förklarar att det känns bättre att säga att man har utmattningssyndrom än depression därför att det är något som man har arbetat sig till, ’förtjänar’ att vara sjukskriven. Samma sak menar han kan gälla för de som får neuropsykiatriska diagnoser. Diagnosen blir en upprättelse för patienten och en bekräftelse på att de inte bara var lata i skolan, vilket de kanske fick höra. Davidsson exemplifierar stigmatiserandet och symbolskapandet med att hänvisa till det som Bill Clinton sa angående fru King på hennes begravning. Då han poängterade för lyssnarna att det var en kvinna av kött och blod som låg i kistan och ingen symbol. De medborgliga rättigheterna säger att människor i första hand är just människor. Det vill säga, personer med psykiska störningar är människor som hör hemma i detta samhälle och som har lika rätt att delta i livets aktiviteter som alla andra oavsett funktionshinder. Men som för alla andra människor ska det vara av deras egen vilja (2007, s. 162) I anslutning till Barnkalassyndromet funderar Svenaeus kring effekten av att diagnostisera barn med till exempel ADHD. Om barnet stigmatiseras och/eller placeras i facket onormal kan det få konsekvenser som låg självkänsla eller känslan av att inte duga eller vara som alla andra. Detta är något som kan följa barnet även längre fram i livet. Samtidigt menar Svenaeus att diagnosen kan leda till förståelse för både barnet och dess föräldrar samt även ta bort skam och skuld känslor som barnet kan ha rörande sitt beteende. Svenaeus menar att man måste väga både dessa två utgångar för och emot varandra när man sätter en diagnos (2013, s. 83).

Vissa diagnoser kan vara svårare än andra för patienten att ta in. Terapeuten lyfter fram Bipolär sjukdom och Aspergers syndrom som exempel på detta då de är väldigt strikta. Psykologen tar också upp detta och menar då att fokus inte ska ligga så mycket på namnet på diagnosen utan istället bör psykologer beskriva motiveringen och symptomen för patienten. Han menar att det är viktigt att poängtera för individen att en diagnos bara är ett samlingsnamn eller en förklaringsmodell. Han säger vidare att det kan vara bra för patienten att läsa på själv om sjukdomen eller diagnosen för att känna igen sig i symptomen. Dock kan det vara av vikt att patienten tittar på rekommenderade internetsidor och inte i olika internetforum. Verksamhetschefen sade att hon önskar att det finns mer beskrivande diagnoser än det finns idag. Hon menade att det skulle vara betydligt enklare att arbeta med samtidigt som att det inte blir lika stigmatiserande för patienten, ingen skulle riskera att bli sin diagnos på samma sätt. Hon sade att hon ofta ser att patienter blir sina diagnoser vilket visar sig i uttryck som: ”Jag är Bipolär”. Hon säger också att hon förstår varför det finns en diagnoslista frågan är dock för vem den finns: ”[...] jag tycker jag vet inte hur mycket nytta vi har av diagnoserna. Forskarna har nytta av det gissar jag [...] Jag kan inte hävda att det är till patients bästa bara, det kan jag inte”

Topor (2004, s. 101) lyfter fram föreställningar i vårt samhälle som finns rörande personer som lider av psykisk ohälsa. Han menar att ofta kan en individ tänkas vara sina diverse störningar. Han menar att en uppfattning är att individens problem finns hos honom och att han saknar sjukdomsinsikt, vilket också innebär att han inte är kapabel att själv ta itu med sin problematik. Till sist menar Topor att samhällets inställning till psykiska funktionshinder resulterar i att enbart den psykiatriska professionen kan hjälpa en individ att bli kvitt den psykiska ohälsan. Han skriver vidare att ovanstående föreställningar inte stämmer överens med verkligheten, då människor som tidigare haft psykisk ohälsa ofta beskriver att de hade en sorts dubbel medvetenhet. Å ena sidan vet de vilka de är men å andra sidan så upptäcker de nya främmande sätt hos sig själva. Topor (a.a. s. 101-102) skriver att redan från början är många individer medvetna om att någonting inte står rätt till. Detta beskriver han som att en individ redan i början av ett insjuknande reagerar på och funderar kring de främmande egenskaper och sätt som kommit att bli en del av personen. Topor (a.a. s. 103) menar därmed att diagnoser, som enligt honom är till för att förenkla översikten av en problematik, hindrar

människor att se bortom diagnosen. Det förenklar till en sådan grad att det blir svårt för människor att se individen bakom sjukdomen och hans/hennes medvetenhet om sig själv.

I princip alla informanter menar att en diagnos egentligen bara är en förklaringsmodell och det är viktigt att komma ihåg, framförallt för patienterna. Verksamhetschefen beskriver det som att patienterna förankras bättre i sig själva. De får en förklaring till varför de har genomgått svårigheter. Hon säger också att de flesta hon träffar vill ha en diagnos men att det också finns de som är rädda att bli behandlade annorlunda. Föräldrar ser allt som oftast positivt på att deras barn får en diagnos. Verksamhetschefen beskriver det som en oerhörd lättnad när de får svart på vitt att de inte har gjort något fel

För att minska stigmatiseringen bland individer med psykiska funktionshinder säger många av våra informanter att mycket ansvar ligger på de som behandlare eller myndighetspersoner. Det är av vikt att normalisera kring psykiska funktionshinder och göra det klart att de aldrig är sin diagnos. Samtidigt säger flera att det är lätt hänt att även personal inom sjukvården reducerar människor till sin diagnos. Verksamhetschefen säger att det är viktigt att tänka innan man pratar: ”Vi får kanske akta oss överhuvudtaget och tänka igenom hur vi benämner varandra i dagligt tal också. Det är en kommunikationsfråga hur man uttrycker sig och hur man ser på människor, att vi kategoriserar varandra kanske rätt ofta”. Psykologen förklarar det såhär:

När man träffar en människa för första gången, även när man är på fest eller sådär, hur snabbt är det inte så att man frågar 'och vad jobbar du med?'. Och sen har man placerat den i det facket, som att det inte fanns något annat. Det gör vi alltid och det blir ju ännu svårare när man pratar diagnos. Det är ju ännu mer att stigmatisera och jag tycker att det skulle vara jättejobbigt att vara en diagnos, men många människor gör det själva.

5.5 Diagnostikens utveckling och medikalisering

Under intervjuerna har informanterna svarat på om de ser en utveckling av diagnoser i samhället och vad det i så fall kan bero på. Något som togs upp mycket var diagnosen ADHD då det generellt pratas väldigt mycket om det i samhället idag. Att det fanns en ökning av

diagnoser kunde samtliga professionella håll med om, men vad det berodde på rädde det delade meningar om. Rehabhandläggare 2 uttryckte sig såhär:

Vi har sett en ökning, särskilt av ADHD, jag ser det som en modefluga [...] det har blivit en orsak för personer att göra lite som dom vill istället för en förklaringsmodell

Samtidigt säger Rehanhandläggare 1 att en ökning av diagnoser för neuropsykiatriska sjukdomar, och även diagnoser i övrigt, kan bero på att man har blivit bättre på att upptäcka snarare än att det har blivit fler sjuka. Psykologen menar att det antagligen är en kombination av de båda två. Han menar att många diagnoser har fått uppmärksamhet i media och fått en positiv stämpel, däribland ADHD. Detta på grund av att många kändisar i Sverige kommit ut med att de har diagnosen under senare år. ADHD är en av de neuropsykiatriska diagnoserna som har blivit socialt accepterad. Samtidigt menar han att det finns många diagnoser som människor inte känner till eller som har en lägre social status. Vidare menar verksamhetschefen att det är svårt att se om det faktiskt har ökat då många av de diagnoser vi har idag inte fanns tidigare. Kriterierna för flera diagnoser har också förändrats över tid vilket gör det svårt att jämföra dem. På följande sätt valde två informanter inom allmänpsykiatrin att formulera sig:

ADHD-diagnosen är ju en sådan diagnos som många tror har blivit 'hipp' [...] Det finns inte mer ADHD idag än det fanns förr i tiden, vi har däremot blivit bättre på att se det och faktiskt kunna diagnostisera det. (Verksamhetschef, allmänpsykiatrin)

[...] jag ser mycket mer ADHD och bokstavskombinationer, alltså autismspektrum störningar. Det är en utveckling. Om det betyder att det inte har funnits lika mycket tidigare det kan man ju inte säga, inom psykiatrin finns också trender. (Terapeut, allmänpsykiatrin)

Svenaesus (2013, s. 95) menar att anledningen till att ADHD inte existerade för 100 år sedan inte bara beror på att expertisen att upptäcka ADHD inte fanns utan för att förväntningarna på barn såg annorlunda ut då. Reglerna var strängare men också enklare att följa. Barnen var inte ansvariga för kunskapsutveckling och framtida yrkesval på samma sätt som idag. I skolan fick barnen lära sig saker utantill och behövde inte reflektera och tänka själva. Detta kan förstås genom Svenaesus teori Barnkalassyndromet. Då inte samma krav ställdes på barn förr var eventuella neuropsykiatriska sjukdomar inte ett problem. I och med att kraven på unga ökar framträder denna typ av problematik mer. Även om det är en funktion i hjärnan som skiljer sig hos en person med ADHD är det samhället som barnet lever i som tydliggör problematiken (2013, s. 95). Detta kan kopplas direkt till det som verksamhetschefen tog upp angående att barn nu för tiden har alldeles för höga krav på sig, liksom även Rehabhandläggare 2 påpekade. Verksamhetschefen menade att idag förväntas barn redan i femte klass kunna göra sina egna scheman, ta emot betyg i ämnen och planera sin egen studiegång och hon menar att det inte är rimligt. 11-åringar är inte redo och mentalt mogna för det, vilket är ett ansvar som bör ligga först på gymnasienivå.

Samtidigt är informanterna överens om att kunskapen kring diagnoser ökar och att det också blir lättare att se och upptäcka problematiken tidigare så att färre individer går igenom hela skolgången med problematik som aldrig undersöks. Socialsekreterare 2 formulerade sig såhär: ”Jag tror på något vis att innan har man mer pratat om symptomen [...] då har de pågått kanske i många år men till slut försöker man komma fram till ’vad är det egentligen vi pratar om’.” Terapeuten vittnade dock om att de än idag kommer i kontakt med personer över 18 år som visar sig ha utvecklingsstörningar av olika grad, ofta i kombination med neuropsykiatriska diagnoser: ”[...] jag tycker att det är ett observandum att vi fortfarande ser att det finns de som går igenom skolan utan att detta upptäcks”. Vidare säger hon att hon ser att det hela tiden pågår en utveckling av metoder, teoribildningar, behandlingar och medicin inom psykiatrin, vilket hon ser positivt på. Inom allmänpsykiatrin dyker det också upp äldre människor som gått igenom hela livet med problematik som aldrig uppmärksammats. Många av dessa har med sig traumatiska upplevelser av hur de har behandlats. Hon menar att detta beror på att vi idag är bättre på att upptäcka och diagnostisera än vad vi varit tidigare och hoppas att utvecklingen fortsätter i samma riktning.

Socialektrere 2 ställer sig positiv till utvecklingen av diagnoser. Han berättar om en kvinna som varit isolerad i sitt hem i 15 års tid på grund av vanföreställningar utan att någon har velat ta tag i hennes problematik. När en klient genomgick en utredning har hon nu flera möjligheter inom psykiatri än hon tidigare hade. Hans inställning till utvecklingen av diagnoser är: ”Jag tror inte problemet är att vi har för många diagnoser. Jag skulle nog snarare vilja säga att vi har för få”. Samtliga informanter är överens om att ökningen av diagnoser också ökar chanserna för att få hjälp. Kuratorn lägger fram det på följande sätt: ”Antalet diagnosbegrepp har vuxit enormt under de senaste tjugo åren. Diagnosmanualerna blir allt större och mer omfattande. En diagnos har blivit allt viktigare för att kvalificera sig till stöd- och hjälpinsatser”.

När Alain Topor (2010, s. 68-69) skriver om medikalisering utgår han från Karin Johannissons definition: ”viljan att muta in livsvärdens fenomen inom medicinens domän”. Topor menar att medikaliseringsprocessen innebär att människors handlingar plockas ut ur sitt sociala sammanhang och blir till symptom som medicinen kan behandla. Nästa steg blir då, enligt Topor att utveckla specifika behandlingsprogram för specifika sjukdomar. I samma spår har Durà-Vilà, Littlewood och Leavey genomfört en studie för att se om människor skiljer på sorg som har en specifik orsak, exempelvis förlusten av en närstående, och sorg som inte har en tydlig orsak. Resultatet visade att majoriteten av de tillfrågade menade att personen med orsak genomgick en naturlig motgång i livet medan den personen utan orsak till sin sorg var deprimerad eller psykiskt sjuk och behövde professionell hjälp. De gjorde alltså tydlig skillnad på olika typer av sorg. Detta menar forskarna beror på sociala och kulturella förväntningar. Det anses mer acceptabelt att må dåligt när man förlorar en närstående.

Verksamhetschefen förklarar att grunden till medikaliseringen idag är att många idag har svårt att känna psykiskt smärta eftersom det kan upplevas som obehagligt. Hon upplever att det är lättare psykiska tillstånd som ångest, krisreaktioner och lättare depression som har ökat. De individer som befinner sig i kategorin unga vuxna tror hon beror på den stress de utsätts för idag som inte tidigare fanns. Med detta menar hon att ungdomar idag ställs inför fler

valmöjligheter. Hon ser inte någon betydande ökning av de tyngre diagnoserna, psykosjukdomar exempelvis. Socialsekreterare 1 uttrycker det såhär:

Det som egentligen är en normal reaktion på en onormal händelse, sorg när en nära anhörig dör [...] det ska man igenom. [...] Men många har inte den orken utan man söker professionell hjälp för att man tror att man kan bli botad

Socialsekreterare 2 menar att den ökning av psykisk problematik som framförallt porträtteras i media rör det lättare psykiska tillstånden. Den tyngre problematiken menar han att samhället inte är redo att prata om än. Han menar att de som lider av den tyngre psykiska problematiken ofta inte har så starka röster och då är det bland annat handläggarnas och behandlarnas uppgift att slåss för dem. Fredrik Svenaeus (2013, s. 28) menar att betydelsen av en diagnos blir allt större. Människor behöver sätta ett namn på sitt lidande för att det ska bli mer hanterbart, ”lidandet behöver förklaringsmodeller för att bli mer uthärdligt för människan”. När någon lider krävs det en förklaring eller behandling och vetenskapliga förklaringar och åtgärder ses som mer sanna och adekvata än andra förklaringar. Vidare skriver Svenaeus att faran med att diagnostisera orsaken till mänskligt lidande är att orsaken till lidandet förbises och istället ligger fokus på att försöka behandla bort det. Detta menar Svenaeus är ett missbruk och ett överanvändande av diagnoser i ett desperat försök att ge lidandet en rationell förklaring (2013, s. 57).

Psykologen säger att kriterierna för att få en diagnos måste vara fortsatt höga. Individer ska inte kunna få en diagnos om de får vardagen att fungera. Han menar att problematiken ska orsaka betydande svårigheter för personen i vardagen. Vidare menar han att han ser ett patologiskt beteende där sådant som som för 20 år sedan var normalt sjukdomsförklaras. Kuratorn säger att ett diagnossystem behövs inom sjukvården för att göra arbetet tydligare och öka chanserna för att patienteras problematik blir utredd. Samtidigt säger han att en diagnos inte säger allt, det är en subjektiv bedömning som ofta vårdpersonalen är tvungen att göra. Karin Johannisson skriver att en diagnos föds, gör karriär och dör. Hon menar att om man ser till ett historiskt perspektiv så ändras hela tiden kriterierna för vad som anses sjukt.

Tillstånd som förr var normala, som övervikt, åldrande, kortväxt, barnlöshet, klassas nu som diagnoser. Johannisson ser en framtid där ensamhet, graviditet, förlossning kan komma att klassas som sjukdomar (2009, s. 35)

6. Avslutande diskussion

I kommande avsnitt kommer vi att svara på våra frågeställningar samt lyfta fram andra tankegångar och frågor som slagit oss under studiens gång.

6.1 Sammanfattande svar på våra frågeställningar

En slutsats som är väldigt övergripande för hela studien är att det fanns mer likheter rörande psykiska funktionshinder inom professionerna än vad vi föreställt oss. Samtliga professioner hade en väldigt funktionsfokuserad syn på psykisk ohälsa vilket visade sig tydligt när de pratade om insatser. Arbetsförmedlingen visade sig vara minst involverade i diagnostisering av psykiska funktionshinder då deras system inte kräver diagnoser. Socialsekreterarna inom rehabenheten ser vikten av en diagnos i koppling till vidare insats från kommun eller annan myndighet, men hade önskat att mer vikt skulle läggas vid funktioner och hinder även i de bedömningarna då vissa brukare tenderar att hamna mellan stolarna. I psykiatri krävs någon form av diagnos för att bli berättigad hjälp men informanterna poängterar att det snarare rör sig om fördjupad bedömning än om fastställandet av en psykisk diagnos. Dock poängterar de även flertalet gånger att det är funktionerna som styr och finns inte problematiken där är inte en diagnos behjälplig för patienten och fullkomligt ointressant.

Samtliga professioner kunde se både fördelar och nackdelar med diagnoser även om vissa informanter var mer eller mindre kritiska till det än andra. Fördelar med en diagnos för en patient tordes vara att han/hon kan bli berättigad särskilda hjälp- och stödinsatser som annars inte är tillgängliga. Här är autismspektrumstörningar ett stående exempel som kan göra en klient berättigad till insatser via LSS. En annan fördel som ofta lyfts fram är att en diagnos kan vara en förklaringsmodell för en individ som länge brottats med odefinierad problematik. Konkreta nackdelar förutom den självklara stigmatiseringen en diagnos kan medföra är exempelvis svårigheter att ta körkort eller få teckna livförsäkring vid en ADHD-diagnos.

Neuropsykiatriska diagnoserna, framförallt ADHD, anses ha ökat i antal och efterfrågan men anledningen är oklar. Somliga informanter menar att ökningen är något som kommit med samhällsutvecklingen och det liv vi lever idag. Informanterna hävdar att neuropsykiatrisk problematik alltid funnits men att forskningen har gått framåt. Det kan hävdas att man idag är bättre på att upptäcka problematiken och att det är där i ökningen ligger. Dock kan informanterna se en trend bland lättare psykisk ohälsa. Med lättare ohälsa menas diagnoser så som depression, ångest och sorg. Det är oviljan att bearbeta normala reaktioner på onormala händelser som lett till medikaliseringen. Istället för att bearbeta exempelvis en depression, som de allra flesta någon gång i livet råkar ut för, väljer fler att söka professionell hjälp i hopp om att bli botad.

6.2 Slutdiskussion

Med resultatet sammanställt ser vi att en avgränsning i psykiska funktionshinder, som exempelvis neuropsykiatriska diagnoser, skulle kunna ha varit till fördel för oss. Detta då största fokus både forskningsmässigt och under intervjuerna låg där. Dessutom hade vi med fördel kunnat specificera oss mer mot antingen stigmatisering, utveckling eller intresse istället för att ha det så brett och övergripande som det är nu. Under intervjuerna samt under forskningssökandet kom det fram mängder med intressanta infallsvinklar och tankar som gjorde att vi hämtade upp mer information än vi kunde använda. Tanken som kvarstår nu är att vi vet lite om mycket och därmed skulle kunna skriva ett arbete om varje tema som vi berört under studiens gång.

Debatten om ADHD tog fart på riktigt när Christopher Gillbergs forskning i ämnet fick skarp kritik av sociologen Eva Kärfve på 2000talet (Sveaeus 2013, s. 81). Det blev en av Sveriges mest omtalade debatter mellan läkare och sociologer. Det var en debatt som handlade om miljö kontra biologi där Kärfve menade att Gillbergs forskning var ett enda stort försök att ge mer makt åt läkarna. Detta genom att hon förkastade hela forskningen som ovetenskapligt maktspel. Rättstvisten mellan de båda parterna slutade med att Gillbergs forskning på ett oförklarligt sätt försvann när beslutet om att den skulle granskas kom. Utgången av det hela fick många att ifrågasätta hur underbyggd forskningen egentligen var.

Att Johannisson siar om en framtid där fler tillstånd räknas som sjukdomar och diagnostiseras gör oss fundersamma och lite illa till mods. Homosexualitet är något som förr klassades som sjukdom men idag balanserar mellan accepterat och avvikande. Fetma är däremot ett av de tillstånd som idag är sjukdomsklassade. Ska allt som är avvikande diagnostiseras och vad kommer då att vara normalt? Vad kommer att vara personlighet och vad är sjukt? Människor söker idag hjälp för naturliga sorger som drabbar alla i livet. Kan detta leda till att människor i framtiden inte kan hantera minsta motgång? Kommer människor att vara ovilliga till att hantera livet och istället enbart söka en quick fix på sitt problem? I takt med att medicinforskningen går framåt ställer vi oss frågande till om denna utveckling kan leda till att människor kommer kunna slippa känna alla oönskade känslor framöver.

7. Källförteckning

Ahrne, G & Svensson, P (2011) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber

Brattberg, G (1999) *Diagnos. Om att få, att ha och att vara en diagnos*. Stockholm: Värkstaden

Bryman, A (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber

Carpenter, J (2002) "Mental health recovery paradigm: Implications for social work" *Health and social work*, 27, 2, pp 86-92

Casey, B (2003) "Meanings of madness: a literature review" *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, pp. 89-99

Davidsson, L (2007) "Vad hände med de medborgerliga rättigheterna?". I Alain Topor & Kjell Broström, (red): *Vägen vidare, verktyg för återhämtning vid psykisk ohälsa*. Stockholm: RSMH & FoU-enheten

Deegan, P (2007) "Att bruka mediciner i sin återhämtning". I Alain Topor & Kjell Broström, (red): *Vägen vidare, verktyg för återhämtning vid psykisk ohälsa*. Stockholm: RSMH & FoU-enheten

Durà-Vilà, G & Littlewood, R & Leavey, G (2011). "Depression and the medicalization of sadness: Conceptualization and recommended help-seeking" *Social Psychiatry*, 59, 2, pp. 165-175

Funka Nu (2013) "Statistik" (elektronisk) <http://www.funkanu.com/Design-for-alla/Tillganglighet/Statistik/>, hämtad 131031

Jönson, H (2010). *Sociala problem som perspektiv. En ansats för forskning och socialt arbete*. Malmö: Liber

Klamas, M (2010) *Av egen kraft tillsammans med andra. Personer med psykiska funktionshinder, socialt stöd och återhämtning*. Göteborg: Institutionen för socialt arbete

May, T (2001). *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Karlsson, L. (2007) *Psykologins grunder*. Lund: Studentlitteratur AB

Psykologiguiden (2013) "Psykologilexikon" (elektronisk), <http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?Lookup=DSM> (hämtad 140123)

Socialstyrelsen (2013) "Case Management" (elektronisk), <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialtarbete/casemanagement> (hämtad 140123)

Socialstyrelsens statistiska databas (elektronisk) www.socialstyrelsen.se, hämtad 131031

Svenaesus, F (2013). *Homo Patologicus. Medicinska diagnoser i vår tid*. Hägersten: Tankekraft förlag

Svensson, K "Forskning i socialt arbete" Lunds universitet: Campus Helsingborg 131015

SOU 2006:100. *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.

Topor, A (2010). "Medikalisering av det psykosociala fältet. Om en kunskapsmanställning från Socialstyrelsen, IMS" *Socialvetenskaplig tidskrift*, 1, pp. 67-81

Topor, A (2004). *Vad hjälper? Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur

Vetenskapsrådet (2002) ”Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning” (elektronisk) http://www.cm.se/webbshop_vr/pdf/etikreglerhs.pdf, hämtad 131216

8. Bilagor

8.1 Bilaga 1

Hej!

Vi går 6e terminen på socionomutbildningen och skriver just nu vår kandidatuppsats. Syftet med vår uppsats är att få större insikt i diagnostisering i socialt arbete ur ett professionsperspektiv samt huruvida klienters möjligheter till insatser påverkas av eventuella diagnoser. Vi vill studera de olika intressen som finns i utredningar för psykiska funktionshinder. Vi vill se till de möjligheter och hinder som medföljer diagnostiseringen som sker inom socialt arbete. Vi vill inte utdöma något varken som fel eller rätt, negativt eller positivt. Vi skulle vara väldigt intresserade av att få tid med någon på ... med erfarenhet av detta för en intervju, ca 40 minuter. Detta för att få en så bred bild som möjligt till vår uppsats.

Självfallet kommer ni att avidentifieras i resultatet och vi har tystnadsplikt så att det är ingen annan deltagare i studien som kommer att få ta del av vad just ni säger. Det enda som kommer framgå i studien är att samtliga respondenter är verksamma inom samma kommun. Det är så klart frivilligt för er att delta och ni får när som helst under studiens gång avbryta ert deltagande. Under intervjuerna kommer vi, för mest korrekt transkribering och analys av det ni säger, att använda diktafon om ni godkänner detta. Enbart för våra öron.

Vår intervju kommer att beröra följande teman:

Arbete: ditt arbete och hur det berör personer med psykiska funktionshinder

Diagnostik: för och nackdelar, utveckling

Intresse: ert uppdrag i frågan, andra aktörers intressen, individen

Samarbete: med klienter och andra aktörer

Insatser/lösningar: vilka insatser som finns, vad som avgör etc

Stigma: som fenomen

Med vänliga hälsningar,

Kajsa Johansson och Suzanne Johansson

8.2 Bilaga 2

BAKGRUND

Vilket är ditt födelseår?

Vad har du för utbildning?

Vilken är din arbetstitel?

Hur länge har du arbetat med det du gör idag?

Har du tidigare arbetslivserfarenhet inom området?

ARBETE

Hur definierar du psykiskt funktionshinder?

Hur skulle du beskriva att du arbetar med diagnoser?

Hur ser du på utvecklingen av diagnostisering i samhället?

Är det fler eller färre diagnoser i samhället idag än förut? Hur visar det sig?

Hur upplever ni att samhället ser på personer med psykiska funktionshinder?

DIAGNOSTIK

Hur ser ni på diagnostisering av psykiska funktionshinder (som profession inte person)?

Kan ni ge exempel på för och nackdelar med diagnoser?

För vem diagnostiserar vi?

Av vem; bestäms utredningar, vem sätter diagnoser?

När kan det vara ett problem för individen att få en diagnos? Kan ni ge ett exempel

När är det till hjälp för individen att få en diagnos? Kan ni ge ett exempel

Feldiagnostisering; är det ett fenomen?

Finns det en baksida av diagnostisering? Om ja, ge exempel

INTRESSE

Vilka intressen har ni i frågan om diagnostisering/ vilket är ert uppdrag?

Ser ni en intressekonflikt i frågan? Hur märks det?

Märker ni av olika intressen inom olika aktörer? Kan ni beskriva något/några?

Kan ni beskriva andra aktörers intressen?

Var finns individens intresse i frågan?

SAMARBETE

Hur samarbetar ni med klienterna? Ge exempel

Finns det samarbete med andra aktörer?

Hur ser samarbetet ut med andra aktörer? I ett konkret fall

Hur motiveras personer till utredningar?

INSATSER/LÖSNINGAR

Vilka insatser finns det från er sida?

Olika lösningar om man har diagnos eller inte?

Leder en diagnos till fler insatser än om man inte har någon?

Vilka dörrar anser ni stängs i och med en diagnos?

Specifik hjälp för specifika diagnoser?

Kan man missa lämplig hjälp om man får en viss diagnos? Ge exempel
objekt/subjekt

STIGMA

Uppfattar ni ett stigma/stämpling rörande diagnostisering?

Bli sin diagnos, självuppfyllande profetia, google-sjukan, gå in i roll

ÖVRIGT

Har ni något att tillägga eller är det något viktigt vi glömt att fråga om?