

Diagnosens dominerande röst

Om expert- och ängslighetskultur hos professionella

Det finns idag en övertro på nyttan av manualbaserade utredningsmetoder där resultatet lätt tas för sanningar. Idag är neuropsykiatriska utredningar kanske det exempel där detta blir mest synligt. Diagnosen tas för sanning och förhindrar andra synsätt som är nödvändiga för ett förändringsarbete, skriver författarna.

text: Kenneth Gustafsson Ulf Hagström, Eva Redemo och Bengt Weine

De flesta som arbetar inom socialtjänst och barnpsykiatri är sedan decennier väl bekanta med ett systemiskt tänkande och salutogent förhållningssätt och har med framgång använt sig av detta som grund för utvecklingen av sitt arbete. Vi som arbetar med barn och ungdomar behöver påminnas om och använda dessa kunskaper och goda erfarenheter som en motvikt till dagens alltmer specialiserade och fragmentiserade organisationer och arbetssätt samt individualiserade förklaringsmodeller.

Vi som skriver detta gör det mot bakgrund av att ha arbetat som externhandledare och utbildare inom socialtjänst, barnpsykiatri och skola sedan mitten av 80-talet. Vi har mött ett stort antal professionella hjälpare och deras chefer och vi har haft möjlighet att följa utvecklingen inom dessa organisationer på nära håll. Vi har fått vara med om en, i många stycken, väldigt god utveckling av metoder och förhållningsätt vad gäller behandling, utredning och pedagogiskt arbete. De flesta professionella som vi möter gör ett imponerande arbete, byggt på gedigna kunskaper och stort engagemang. Det är våra mest bestående intryck som deltagande observatörer.

Följande handledningsavsnitt är ett exempel på vad bristande tillit till egna kunskaper och erfarenheter kan leda till för den enskilde socialarbetaren. Denna osäkerhet i yrkesrollen kan ibland yttra sig i att man gör saker ”för säkerhets skull”. Konsekvensen kan bli upprepade, onödigt långdragna och breda utredningar som varken gagnar klienter eller yrkesverksamma. Många gånger har till exempel en barnavårdsutredare tillräckligt med kunskap och information om barnet och dess behov för att, mycket tidigare än vad som sker, kunna göra sin bedömning och därmed erbjuda bistånd. I stället för att erbjuda hjälp så snabbt som möjligt då krisen och behoven är stora, riskerar socialarbetaren att hamna i långa diskussioner om rätt insats och om vilken huvudman som ska betala.

Utdrag ur ett handledningssamtal:

- *Nu är BUP äntligen färdiga med sin utredning på Rasmus. Jag ska träffa dem tillsammans med föräldrarna på torsdag.*
- *Du säger äntligen?*
- *Ja, då får vi ju veta om han har ADHD eller Asperger. Då kan vi planera tillsammans.*
- *Det här är ju den tredje barnavårdsutredningen du gör på honom och hans familj. Vet du inte vilken hjälp han behöver?*

- *Jo kanske det, men vi är ju inte överens föräldrarna, skolan och jag. Skolan och föräldrarna skyller mest på varandra att det inte fungerar.*
- *Vad tänker du själv?*
- *Jag håller delvis med föräldrarna att skolan inte håller riktigt, men det stora problemet är att de vuxna inte samarbetar så bra, inte föräldrarna sinsemellan heller. Rasmus möts av olika budskap och förhållningssätt som han har svårt att klara av. Det har gått mycket prestige i det hela. Ingen vill göra mer eller annorlunda.*
- *Kommer BUP:s utredning att lösa detta problem?*
- *Va? Jag hoppas det.*

Två veckor senare

- *Du sa att du ville följa upp diskussionen vi hade kring Rasmus förra gången.*
- *Ja, jag känner mig frustrerad. BUP kom fram till att han varken har ADHD eller Asperger.*
- *Är inte det bra? För honom menar jag.*
- *Jo, kanske det. Men jag står kvar på samma ställe, jag vet inte vad jag ska göra nu.*
- *Du hade ju en klar tanke om det senast, att ni vuxna måste hitta ett bättre samarbete, för att kunna hjälpa Rasmus.*
- *(suck) Jag vet, men det hade kanske varit lättare om vi fått en diagnos... Usch, vad det lät hemskt, men det känns faktiskt så.*

Som handledare möter vi yrkesverksamma som uttrycker osäkerhet kring sitt förhållningssätt och sitt sätt att arbeta när de möter barn och unga som har symptom som kan tyda på neuropsykiatriska diagnoser. Det handlar om skolpersonal, socialsekreterare i utredningsgrupper eller grupper som har behandlande uppdrag. Att få svar på frågan om det finns en neuropsykiatrisk diagnos eller inte går före allt annat. När ett barn har problem med koncentrationssvårigheter, bristande impuls kontroll, hyperaktivitet och glömska dyker frågan ”är han/hon utredd” nästan alltid upp först. Professionella som har lång och gedigen erfarenhet av att möta barn som visar dessa symptom, blir osäkra på sina egna bedömningar och metoder innan någon med formell legitimitet att diagnostisera har gett sitt omdöme.

Vi får dock aldrig glömma eller missa att barn som lever med omsorgspersoner som brister på grund av missbruk, psykisk sjukdom, långvariga vårdnadstvister och barn som lever i oförutsägbarhet och osäkerhet om vad som händer i deras liv *också* visar symptom som till exempel koncentrationssvårigheter och dålig impuls kontroll. Sammanhanget är en del av problembilden.

Som professionella bör vi lägga ner mer kraft på att utveckla metoder för utredning och behandling som framförallt fokuserar på samspelsmönster och sammanhang när vi arbetar med barn som har till exempel koncentrationssvårigheter och bristande impuls kontroll.

Ett signum för gott socialt arbete är förmågan att se individer och problem i ett sammanhang utifrån ett helhetsperspektiv. Man kan säga att det är en del av socialarbetarens expertis. Det här är något som framhålls på grundutbildningar och även i socialtjänstlagen. I dagens samhälle och inom hjälpsystemen går utvecklingen istället mot specialisering (eller förenkling

i värsta fall) och med det följer behovet av smala expertkunskaper. Denna smala expertkunskap, som ofta är byggd på linjära resonemang om orsak – verkan får alltmer tolkningsföreträde, framför att se människor och sociala system som kännetecknade av komplexa orsakssamband.

Följande exempel ger en bild av kampen mellan olika förklaringsmodeller och konsekvenser för samtliga inblandade. En socialsekreterare berättar nedanstående under en handledning:

Jag har arbetat med en 15-årig pojke som är barn i en familj med invandrarbakgrund. Han blev aktuell inom socialtjänsten för relationskonflikter i skolan och våld i familjen. Enligt modern började han visa aggressivt beteende på sommaren mellan åk 7 och åk 8. Det kom plötsligt och det var samtidigt som pojkens pappa började avtjäna ett fängelsestraff för misshandel. Pojken började då också strunta i familjens regler, han var ute på nätterna och drack alkohol.

Skolan begärde en psykologutredning och den visade att det är troligt att pojken har "ADHD med pålagringar". När jag frågade vad som menas med "pålagringar" upplyste psykologen att de uppstår när pojken inte fått rätt bemötande utifrån sin diagnos. För att diagnosen skulle kunna fastställas fick så en privatkonsulterande psykiater och psykolog också göra en neuropsykiatrisk utredning med den första utredningen som utgångspunkt.

När den utredningen var klar blev jag kallad till en återgivning och fick då veta att ADHD diagnosen var fastställd och att pojken dessutom uppfyllde kriterier för så kallad "uppförandestörning". Utredarna hade inte kontaktat mig och hade ingen kunskap om eller visat intresse för pojkens psykologiska och sociala anamnes.

Med på återgivningsmötet är utredarna, jag själv, familjebehandlare, föräldrar och skolpersonal. Vi fick en del grundinformation om ADHD-diagnosen och vad den innebär. Vi fick ingen information om uppförandestörningen, men vid direkt fråga om vad som menas med det förklarar psykologen att den diagnosen handlar om att pojken ljuger, dricker, begår brott och inte följer regler. Vi fick också reda på att han kan bli av med diagnosen om han behandlas rätt.

Föräldrarna anammade genast diagnosen, men tolkade den på sitt eget sätt. De förstod att det är något "fel" på pojken och de menade att eftersom pojken är "sjuk" kan man inte, som skolan gjort, ifrågasätta föräldrarna och deras förmåga att sätta gränser för pojken.

Slutresultatet för mig som socialsekreterare är att jag nu möter föräldrar som är helt ointresserade av att reflektera över sitt eget förhållningssätt och som också är helt ointresserade av familjebehandling. De förstår inte heller varför det är viktigt att samarbeta med skolan som de tycker sig ha så negativa erfarenheter av. Min reflektion blir att pojkens beteende är lika illa vare sig det benämns ADHD eller ej, men diagnosen lägger i det här fallet hela felet hos pojken och förändringsarbete som inbegriper familj och nätverk har ytterligare försvårats/omöjliggjorts.

Som handledare har vi tidigare sett en utveckling inom behandlings- och utredningskultur, där professionella ser sig som deltagare i ett gemensamt sammanhang med klienter. Idag upplever

vi att pendeln svänger tillbaka till positioner där experten ses, och ser sig, som stående utanför relationen och som en som kan göra objektiva bedömningar, generella förutsägelser och vetenskapligt säkra interventioner. I en sådan kultur betonas de professionellas olika akademier, som definierar "vad som är" samt hierarkier som kontrollerar att definitionerna gäller.

Diagnoser kan bli internaliserade. Individen ser sig själv, och ses av omgivningen, som sin diagnos. Ett systemiskt tänkande skulle problematisera diagnosens betydelse och funktion i systemet och betona det speciella och relationella i sammanhanget.

Begreppet "icke-vetande" introducerades och debatterades bland socialarbetare, handledare och många andra på 90-talet. Icke-vetandet innebär naturligtvis inte att man inte har kunskap från sitt levda liv. Innebörden är istället att vi professionella inte har tillgång till överordnad kunskap om någon annan person. Vår generella kunskap gör inte att vi förstår en person på ett sannare vis än personen förstår sig själv, utifrån sin speciella kunskap om sitt levda liv. Icke-vetande är en uppmaning till ett förhållningssätt som uppmuntrar till ödmjukhet inför den andres speciella kunskap och nyfikenhet på vad vi kan lära oss i ett gemensamt utforskande av den andres situation. Det är också ett förhållningssätt som utmanar en hierarkiskt organiserad kunskapskultur. Det kan vara frestande, kanske nödvändigt ibland, att fly från denna position, när det inte är tillåtet att förhålla sig icke-vetande, då akademier slagit fast vilket vetande som ska gälla och vara överordnat.

Detta riskerar att göra fackkunskapen blind för till exempel föräldrarnas speciella kunskap om sitt barn. Med en inriktning på barnet och barnets diagnoser så riskerar vi professionella att förlora ett relationistiskt perspektiv och inte uppmärksamma de naturliga och nödvändiga sammanhangen runt barnet.

När vi handleder socialsekreterare och lärare får vi del av, och kan vi själva som handledare bli en del av, ängslighetskulturen och diagnosens makt. Ängslighetskulturen som får oss att huka inför experters utlåtanden och inte längre lita till vår egen unika professionalitet. Diagnosen blir en slags sanning som minskar nyfikenheten på andra berättelser om en människa och dennes livssammanhang. Nödvändiga berättelser som utgångspunkter för ett kommande förändringsarbete.

Mycket ofta handlar handledningsberättelserna om till exempel barn och ungdomar som tvingats växa upp under olika svåra sociala och psykologiska förhållanden men som också fått neuropsykiatriska diagnoser. Diagnosen har de fått i samband med att de inte fungerar på ett önskvärt sätt i hemmet, förskolan eller skolan. Under en handledning förförs vi alla lätt av den enkla formel som en diagnos ger oss: det är barnet som är behäftad med "felet" och diagnosen tas lätt som en allena saliggörande förklaring på barnets svårigheter. Såväl det privata som det professionella nätverket förlorar ofta sin nyfikenhet på *alla* de omständigheter som kan förklara ett barns beteende (och förändra ett barns beteende!). Vart tar de komplicerade samband med *både* individens sårbarhet *och* den stress och de trauman som lika gärna skulle kunna förklara barnets beteende vägen?

När ett barn som redan har en diagnos blir föremål för reflektion i handledningssituationen, är det därför viktigt att handledaren och gruppen frågar vidare på ett sätt så att den handledde får del av ett multiversa. Kanske frågor kring vem som tagit initiativ till diagnosticerandet, och hur utredningen motiverades? Vem eller vilka som kan ha ”vinster” av en diagnos? Hur har olika parter, till exempel barnet, föräldrarna och skolans personal förstått och tagit till sig diagnosen och vad har diagnosen resulterat i? (till exempel extra resurser, medicinering med mera). Har diagnosen blivit ”förklaring på allt”? Är barnet sin egen diagnos? Hur påverkar diagnosen möjligheten att engagera nätverket kring ett barn? Hur påverkar det möjligheten till andra insatser i förhållande till ett barn eller en familj?

Sådana frågor utgår från en professionell kunskap som vi som socionomer och systemteoretiskt skolade handledare ska fortsätta att använda oss av och vara stolta över!

- Vi måste som professionella bli mindre ängsliga och mer förlita oss på, och vara stolta över, vår egen expertis. Som en följd av detta ska vi också ifrågasätta idén om att ständigt både söka och bli så beroende av annan expertis. Vi måste som professionella bidra till att upprätthålla ett interaktionistiskt perspektiv i arbetet.
- Många små förändringar i en människas samspelsrelationer får ofta större effekt än de förändringar som en expert på egen hand kan åstadkomma. Detta är också en uppmaning till att involvera en människas närstående och såväl privata som professionella nätverk i ett förändringsarbete eftersom det är där den stora förändringskraften finns.
- Vi måste problematisera utredningar och diagnoser men också själva det faktum att utredningar görs ”för säkerhets skull”. Diagnoser kan vara, men behöver inte alltid vara, till hjälp för barnet eller för närstående till barnet. Diagnoser kan ibland till och med förvärra situationen. Vi måste också, när diagnoser är satta, se upp med faran att diagnosen blir en självuppfyllande profetia för de professionella men också för barnet och barnets omgivning. Detta är också en uppmaning till att se människors beteenden i sitt sammanhang istället för att söka svaren i enkla individualiserade förklaringar.
- Vi måste förstå att många diagnoser är ”färskvaror” och hypoteser. Barn och familjer möter i en utredningssituation inte ett utredningsdokument eller en metod, de möter en professionell *med* ett utredningsdokument eller *med* en metod i ett visst sammanhang. Utredandet blir på så sätt alltid kontextuellt beroende. Detta är också en uppmaning till att som professionella bidra till att klargöra sammanhangets och relationens betydelse för vad en utredning utmynnar i för resultat, särskilt i dessa tider när kravet på ”vetande” och evidens i snäv bemärkelse växer sig allt starkare.
- Vi måste slutligen verka för att möjligheten att få extraresurser inte bara ska kopplas till diagnos utan till ett barns behov i stort.