

SOCIALPÆDAGOGERNE

Socialpædagogik i arbejdet med mennesker med sindslidelser

Jan Jaap Rothuizen og Peter Boldsen



Socialpædagogik i arbejdet med mennesker med sindslidelser

Socialpædagogik i arbejdet med mennesker med sindslidelser

Publikationen er udarbejdet af
© Jan Jaap Rothuizen, VIA University College
og Peter Boldsen, Aarhus Kommune
for Socialpædagogernes Landsforbund
Februar 2016

ISBN: 978-87-91744-02-0

Indholdsfortegnelse

Forord	5
1. Indledning.	7
Bogens ærinde	7
Viden og ikke viden om sindslidelser og sindslidende	7
Et arbejdsfelt for socialpædagoger?	8
Bogens opbygning	9
Samtaler med informanter	13
2. Det sociale betydning for mennesker med sindslidelse.	14
Institutionskritik og brugerbevægelser	15
Fra langtidsafdeling til social indsats	16
Handicapkonventionen og rettigheder	19
Rehabilitering	20
3. En socialpædagogisk tilgang	22
En profession med en historie	22
Recovery	23
En socialpædagogisk tilgang kan forebygge magtanvendelse.	24
4. Socialpædagogiske og andre fagligheder	28
Galskab er ikke en entydig størrelse	28
Fælles værdier.	29
Behandling og socialpædagogiske indsatser i med og modspil	30
Fra Welfare til workfare?	32
5. Socialpædagogernes kunnen og viden	35
Fra værdier til hverdag	36
Det levede liv	39
Livshistorien	41
Det levede liv, et aktivt liv	41
Relation og resonans	42
Individualisering og plads til fællesskaber	45
6. Faglighed og styring på området for psykosocial rehabilitering	47
Bostøtte og støtte- og kontaktpersoner: der udvikles tommelfingerregler og faglighed	47
Recovery-faglighed og administrativ styring.	50
Evidens: forskningsviden bringes i spil.	51
7. Recovery-orientering: et samspil mellem faglighed, kultur og organisation	54
At styrke fagligheden – kan man uddanne sig til recovery-orientering?	54
Personinvolvering og handleplan	56
Relationsarbejde med læringsperspektiv	57
En anden kultur	59

Fleksibilitet	61
Medborgerskab	61
Magt	62
Borgerinddragelse	63
8. Afrunding: fra fortid til nutid til fremtid	65
Anvendt litteratur	68

Forord

Socialpædagogikken og socialpædagoger spiller en central rolle i arbejdet med mennesker med sindslidelser og i psykiatrien.

Med de store omlægninger af psykiatrien, og med bevægelsen over mod socialpsykiatri, kommer sociale tilgange og socialpædagogikken for alvor i spil i arbejdet med mennesker med sindslidelser. Og særligt med rehabilitering og recovery-orienteringen ser vi, at netop den faglighed og tilgang, socialpædagoger har, står helt centralt. Det viser bogen her meget klart.

Vigtigst med disse ny-orienteringer er måske erkendelsen af psykiske lidelser som noget, man kan komme sig af. Nogle kommer sig helt, andre delvist. Men også nye tilgange og metoder afprøves og inkorporeres løbende, og er med til at bedre nogle af de ting, der traditionelt har udfordret psykiatrien: Nedbringelse af tvang og (over)medicinering, sundhedsfremme og et forstærket fokus på nedbringelse af overdødeligheden.

Når socialpædagoger arbejder i psykiatrien og med sindslidende, er det, fordi de kan noget – og kan noget andet. Socialpædagoger ser ikke kun diagnosen eller sygdommen, de ser mennesket. De har fokus på, hvordan man kan leve et liv i samfundet. På medborgerskab, inklusion og livskvalitet som noget, der opnås i dagligdagen, og som er noget, den enkelte selv bestemmer og arbejder for, men har brug for støtte til at nå. Det fordrer en åben og inkluderende tilgang, som falder socialpædagoger naturligt. Tilgange og måder at anskue mennesker med sindslidelser på, der også er med til at mindske den stigmatisering, som desværre i alt for høj grad stadig omgærder psykiatrien, dens brugere og mennesker med sindslidelser i det hele taget.

For Socialpædagogerne er det vigtigt at bidrage til indsatser af høj faglig kvalitet, hvor borgeren sættes i centrum. Indsatser, der har fokus på borgerens ressourcer, relationer, netværk og deltagelse i fællesskabet. Og indsatser der virker. Herigenem spiller socialpædagoger samtidig en væsentlig rolle i den fremtidige udvikling af vores fælles indsats over for mennesker med sindslidelser.

Psykiatrien er et både meget bredtfaende og komplekst område, som ikke i sit fulde omfang vil kunne indfanges i denne bog. Snarere er det tanken, at bogen kan være med til at sætte spot på socialpædagogernes faglighed og rolle i arbejdet med mennesker med sindslidelser, og at den samtidig kan bidrage til de fremtidige debatter og diskussioner om rehabilitering og recovery.



Benny Andersen

Forbundsformand, Socialpædagogerne, februar 2016

1. Indledning

Bogens ærinde

Der er efterhånden mange socialpædagoger, der arbejder i og med indsatser for mennesker med sindslidelser. I denne publikation viser vi, at der er gode grunde til at inddrage socialpædagoger i dette arbejde. Andre end socialpædagoger kan få et større indblik i, hvad socialpædagogikken har at byde på, socialpædagoger, der arbejder på feltet, kan se væsentlige elementer af den faglighed, som de til daglig udøver, beskrevet, pædagogstuderende kan blive klogere på, hvorfor og hvordan pædagoger kom ind i feltet og hvordan de arbejder.

Viden og ikke viden om sindslidelser og sindslidende

At have ondt i sjælen, at blive plaget af tanker, af stemmer og at forsvinde i et hul er fænomener, som mange mennesker i perioder må leve med. Det er blevet benævnt som sygdom, men også som en sund reaktion på et sygt samfund. De lærde kan strides om, i hvor høj grad lidelsen kommer "indefra" eller "udefra", og om det er medicin eller miljøpåvirkninger, der er afgørende for, om der kan ske bedringer. Det er dog sikkert, at der er stor risiko for, at man havner i en ond cirkel, hvis man har ondt i sindet, hvor det gør ondt indeni og hvor det er svært at opretholde et almindeligt socialt liv. Et liv med sindslidelser har omkostninger.

I "Et liv i periferien" viser Jane Greve m.fl., at mennesker med svære psykiske problemer deltager mindre i samfundet: *"Længerevarende sygdomsperioder giver et naturligt fravær fra familien, uddannelsessystemet og arbejdsmarkedet, og det er derfor naturligt at forvente, at personer med sindslidelse fx klarer sig dårligere i uddannelsessystemet og oftere er uden arbejde"* (Greve m.fl., 2012; Greve, 2015). Den sociale indsats i forhold til mennesker med sindslidelse handler blandt andet om at undgå, eller at modvirke, den onde cirkel, om at se og benytte sig af muligheder for at gøre den vanskelige situation håndterbar. Den pædagogiske indsats handler også om, at den anden bliver rustet til at mestre den vanskelige situation.

For at få styr på den utrolige mangfoldighed af måder, hvorpå mennesker lider i sindet, har man lavet diagnosesystemer: symptomer samles og får et navn, og så ved vi, hvad for en slags sindslidelse, der er tale om – eller gør vi? Der er afprøvet kure, kolde bade, elektrochok, det hvide snit, medicinske kure, der påvirker kroppen og især hjernen på måder, der blandt andet gør, at symptomer dæmpes. Der forskes i gener og hjerner scannes. Vi ved efterhånden også, at der kan opstå en ond cirkel mellem lidelse og det at miste livsmuligheder, sociale relationer, arbejde, og at det både kan forstærke og vedligeholde lidelsen. Vi ved noget, men der er mindst lige så meget, vi ikke ved. Arbejde med mennesker, der måske er kommet på kant med sig selv, eller på kant med samfundet, forudsætter en ydmyghed i forhold til alt det, vi ikke ved, og mod til at gøre noget alligevel. Dernæst

kræver det masser af dialog, for man kan kun blive klogere, når man er nysgerrig og forholder sig undersøgende, både før og efter handlingerne.

Denne bog handler derfor ikke kun om, hvad vi ved, og hvordan vi kan handle med afsæt i viden, men også om, at den indsats, man gør, i lige så høj grad er baseret på, at man tør forholde sig undersøgende, og at man må lade sig lede af værdier og etik. Det stiller krav til den enkelte medarbejder, men også til organisationen og til de rammer, der sættes op for arbejdet. Recovery-orienteringen i arbejdet med mennesker med en sindslidelse stiller skarpt på, at den eneste, der kan flytte et andet menneske i sidste ende, er det menneske selv, og at det er den proces, der skal understøttes. Den tilgang er helt igennem pædagogisk, men kan også støde sammen med systemer, der gerne vil styre, hvordan borgeren flyttes fra A til B.

Et arbejdsfelt for socialpædagoger?

Socialpædagoger er ansat i sundhedssektoren, på retspsykiatriske afdelinger, på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger – også på sengeafdelingen og skærmede afsnit – men de fleste er ansat i sociale sektoren, i botilbud, som støtte- og kontaktperson, i lokalpsykiatrien, i enkeltmandsprojekter mv. I artikelsamlingen “Socialpædagogik i psykiatrien. Ti bud på socialpædagogisk arbejde med mennesker med sindslidelser” (Poulsen & Schmidt, 2015) fortælles om ti meget forskellige indsatser for mennesker med sindslidelse, hvori socialpædagoger yder en faglig indsats.

Når man ansætter socialpædagoger dér, er det, fordi de kan noget. Da man på retspsykiatrisk afdeling i Aarhus midt i 1990’erne begyndte at ansætte socialpædagoger, var det, fordi man fandt ud af, at det gav god mening at forberede patienterne på livet efter opholdet på afdelingen.

Socialpædagoger har ikke fokus på sygdom men på, hvordan man kan leve et liv ude i samfundet. I dag ville man nok sige, at det handler om medborgerskab og inklusion. Pædagoger har også et fokus på livskvalitet, som er noget, der opnås i hverdagen, som noget den enkelte selv må definere og arbejde for, men som han eller hun kan bruge en hjælpende hånd til at realisere.

I perioden fra 1984 til i dag er antallet af psykiatriske sengepladser reduceret fra ca. 16.000 til ca. 4.000. Langtidsafdelinger er stort set forsvundet, og en stor del af indsatsen er flyttet ud af sygehusvæsnet og ind i samfundet. Det står løbende til diskussion, om såvel behandlingsindsatsen som den sociale indsats nu er gode nok, om der bruges ressourcer nok, og om fordelingen mellem de to sektorer er hensigtsmæssig. At der i den sociale sektor kan være brug for en pædagogisk indsats, hvor den enkeltes liv er i fokus, er ikke til diskussion. Men også i behandlingspsykiatrien giver det god mening, at der er ansat pædagoger, der har fokus på liv, læring, myndighed og social deltagelse.

Socialpædagogikken er skræddersyet til den recovery-orienterede tilgang, der i løbet af de seneste 15 år har fået fodfæste i Danmark.

Bogens opbygning

Socialpædagogik rummer både et begreb om det sociale og et begreb om det pædagogiske. I **kapitel 2** sættes der fokus på *det sociale betydning for mennesker med sindslidelser*. Viden om det er en forudsætning for at arbejde socialt og pædagogisk med sindslidende. Kapitlet begynder med en reference til sociologen Erving Goffmann, som allerede i 1960'erne satte fokus på, at selve det sociale liv, som kendetegner en totalinstitution, kan skade menneskers identitet, og at man ved behandling af mennesker, der lider af en sindssygdom, skal være meget obmærksom på ikke at gøre ondt værre gennem institutionsanbringelser. I kapitlet følges historien, hvor langtidsafdelinger på psykiatriske institutioner efterhånden afløses af sociale tilbud med mindre institutionspræg, mindre fokus på sygdom og større fokus på det sociale liv.

Handicapkonventionen, som Danmark ratificerede i 2009, definerer også sindslidelser som handicap. Et handicap er ikke noget, der opstår i en person – som en sygdom – men noget, der konstrueres i mødet mellem person og verden, og derfor kan man også, ved at ændre verden, reducere eller helt eliminere handicap. Denne vinkling forstærkes af et fokus på rettigheder, for når alle har de samme rettigheder, har også mennesker med handicap ret til fx uddannelse, og så bliver det væsentlige spørgsmål, hvordan samfundet kan indrettes, så den rettighed kan realiseres.

Rettigheder skal indfries, og det er op til omgivelserne at sørge for, at det kan gøres. Også her fjerner man fokus på, hvad der er inde i personen, til et fokus på relationen mellem person og den sociale verden. Indførelsen af serviceloven i 1998 var et betydningsfuldt skridt i forhold til at sikre, at også borgere med et behov for social service har ret til egen bolig, uddannelse og arbejde, ligesom alle andre borgere.

Kapitel 3 handler om den socialpædagogiske tilgang. Foruden at man i en socialpædagogisk tilgang har fokus på det sociale betydning, har man også *en pædagogisk tilgang*. Også dette kapitel begynder historisk, da det minder om, hvordan socialpædagogerne i efterkrigsperioden, og op til udlægning af særfor sorgen i 1980, overtog et arbejdsområde, der indtil da var domineret af en medicinsk og omsorgsmæssig tilgang. Hvad er det så, der kendetegner det arbejde, som socialpædagoger udfører? Og hvordan kan det bringes i spil i forhold til mennesker med sindslidelser? Efter en historisk redegørelse skifter vi til nutiden, hvor en recovery-orienteret tilgang i indsatsen for mennesker med sindslidelser har fået fodfæste.

Der gives en kort introduktion til den recovery-orienterede tilgang, og der argumenteres for, at den er pædagogisk helt igennem. I en recovery-orienteret tilgang har den enkelte selv en stemme og finder sine udviklingsmuligheder. Et andet

aspekt ved den socialpædagogiske tilgang er orienteringen mod medborgerskab og inklusion. Den orientering har faget altid haft. Medborgerskabsorienteringen indebærer også, at der bygges broer mellem den enkelte og civilsamfundet; en indsats, der reducerer institutionalisering og som kræver, at pædagogen ser sig selv mere som miljøarbejder end som institutionsforvalter. I loven om Social Service er der et langt afsnit om “Magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten”.

Disse indgreb skal begrænses til det absolut nødvendige, og må, skriver man, “aldrig erstatte omsorg, pleje og socialpædagogisk bistand”. En socialpædagogisk indsats kan faktisk være med til at forebygge (og dermed evt. nedbringe) magtanvendelse. Hvordan gør den det? Det foregår i den sociale indsats, men er også anvendelig i en behandlingssammenhæng – eksempelvis har det stor betydning, at personalet på en retspsykiatrisk afdeling er sammensat af både plejere og pædagoger.

I fjerde kapitel behandles *forholdet mellem den socialpædagogiske faglighed og andre professioner*. I kapitlet vises, at forskellige professioner kan have så forskellig fokus, at der kan opstå en grundlæggende uenighed om, hvordan en passende indsats ser ud. Der kan være tale om forskellige fagkulturer, og i forhold til indsatsen for mennesker med sindslidelser er der også tale om, at arbejdet er organiseret i forskellige sektorer. For at lette samarbejdet er der i 2005, i regi af både Sundhedsstyrelsen og Socialministeriet, udarbejdet et fælles værdisæt.

Det fælles værdigrundlag for den samlede offentlige indsats for voksne mennesker med sindslidelser blev i 2005 vedtaget ved lov (se Psykiatrifonden, 2011). Respekt, faglighed og ansvarlighed blev de fælles værdier, og det indebærer, at også psykiatrien er værdibaseret, dvs. at man, udover evidensbaseret medicin, beskæftiger sig med rammer, holdninger og forståelse af konsekvenserne af intervention. Det er vigtigt at lytte til det menneske, det hele handler om, og det er også vigtigt, at de forskellige fagpersoner kan vise og redegøre for, hvorfor de mener det, de mener. Socialpædagoger, der har fokus på rettigheder, medborgerskab, inklusion, relation og recovery i hverdagslivet, må kunne redegøre for, hvorfor de tror et bestemt tilbud, en bestemt tilgang og bestemte aktiviteter ikke må tilsidesættes.

Nogle har benævnt de ændringer, der sker i velfærdsstaten, som en *overgang fra welfare til workfare*. Afløses velfærdsstaten af en konkurrencestat? Sociale indsatser, der skal bidrage til den sociale sammenhængskraft og til, at der er plads til alle, har i dag måske mindre fokus på, at velfærd betyder at have det godt og mere på, at deltagelse i samfundet betyder, at man skal kunne være aktiv på arbejdsmarkedet. Det kræver et rummeligt arbejdsmarked, og at virksomheder påtager sig et socialt ansvar. Når det ikke i tilstrækkelig grad sker, kan den enkelte komme i klemme.

Overgangen til workfare er ikke uproblematisk. Den medfører også, at der i socialt arbejde kan komme et større fokus på læring og udvikling af viden – færdigheder og kompetencer, der er anvendelige på arbejdsmarkedet. Pædagoger må på den ene side være med til at ruste brugere til denne workfare, mens de på den anden side også nogle gange skal beskytte dem mod den. En tredje mulighed er at bidrage til udvikling af særlige arbejdspladser og socialøkonomiske virksomheder.

I samarbejdsrelationer med andre professioner må pædagoger kunne redegøre for, hvad de kan. **I femte kapitel** behandles nogle væsentlige aspekter af *socialpædagogernes kunnen og viden*. Den socialpædagogiske tilgang er kendetegnet af, at den interesserer sig for, hvordan man lever sit liv. Det er ikke sygdommen, men livet, der er i fokus. Sindslidelsen indgår i, hvordan man har levet sit liv, hvordan det leves nu, og hvordan det kan leves fremover, men sindslidelsens betydning kan være forskellig over tid. En af de metoder, der anvendes i en afdækning og bearbejdning af sindslidelsens betydning i hverdagslivet, er arbejdet med livshistorier.

Hvordan man lever sit liv har også at gøre med de aktiviteter man udfolder, og med den livsstil man har tilegnet sig. Socialpædagoger ikke bare snakker om aktiviteter og livsstil, de gør også noget ved det. En af forcerne ved den socialpædagogiske tilgang er, at den tager det som en selvfølge, at det er vigtigt at være sammen om noget, at have et fælles tredje.

For pædagoger er det elementært, at den viden, man har om et andet menneske, ikke giver en udtømmende beskrivelse af det andet menneske: Der er altid mere på spil, og derfor kan arbejdet ikke kun være vidensbaseret. Er der en god relation, så har socialpædagogen et godt afsæt for også at improvisere for at gøre det, der er relevant i situationen. Relationen kan også bære en vis grad af konflikt. Undersøgelser viser, at relationen betyder meget. Men relationer skal opstå, opbygges og vedligeholdes. Det går nemmere i nogle tilfælde end i andre. Der, hvor det går nemt, er der resonans. At arbejde med relation og resonans indebærer, at man indser, at arbejdet også er personbåret, og ikke kun båret af viden og færdigheder. Det stiller høje krav til socialpædagogers etik, at de er til stede som fagpersoner, såvel i relation til borgerne som i det kollegiale fællesskab.

Fagligheden spiller altid sammen med de mere personbårne aspekter, og fagligheden skal man kunne redegøre for. Her deler vi fagligheden op i en tilgang, der er karakteriseret af værdier, i metoder og i viden, der kan bringes i spil.

I sjette kapitel tematiseres forholdet mellem *faglighed og styring af offentlige organisationer*. Der skelnes mellem tre måder, hvorpå det institutionelle arbejde kan styres: gennem tommelfingerregler, gennem en normativ faglighed og gennem regler. Også i dette kapitel følges udviklingen historisk. To “øjenvidner”, to socialpædagoger, der har været ansat som bostøttere siden midt i 1990’erne, beretter om deres arbejde. Mens man i starten især selv måtte finde sine egne regler

og vurdere, hvad der kunne være fornuftige fremgangsmåder, er der i dag en stærkere regelstyring, men også en socialpædagogisk og psykosocial rehabiliteringsfaglighed, der kan give retning. Der opstår dog også nemt konflikter mellem de forskellige styringsformer.

Mens der kan være enighed om, at arbejdet skal være vidensbaseret, og at viden på den måde er en væsentlig styringsfaktor, kan der være forskellige meninger om, hvad vi skal forstå ved viden og hvordan den kan styre. Evidens handler om viden, der virker, og mens de, der fremmer regelstyring, gør evidens til metoder, der kan manualiseres, så opfatter de, der fremmer den normative faglige styring evidens som en indsats, der hjælper brugerne i forhold til de problemer, de har. For at finde evidens, må man kombinere viden fra forskning, medarbejdernes erfaringsbaserede viden og ikke mindst brugernes erfaringsviden. Det vil typisk være i en recovery-orienteret tilgang, man anvender denne forståelse af evidens og den dertil passende forståelse af, hvordan man bedst styrer og tilrettelægger indsatser.

I kapitel 7 trækker vi på erfaringerne i Aarhus Kommune med at implementere recovery-orienteringen i den sociale indsats for sindslidende. Mens recovery-begrebet reserveres til brugerens egen proces, bruges rehabilitering som betegnelse for de professionelle indsats, der skal understøtte brugerens recovery. I Aarhus besluttede man sig tidligt for, at hele arbejdsområdet skulle kendetegnes af fælles systematikker og fælles værdiorienteringer. Det gav udfordringer: Var det systematikkerne eller værdierne, der kom først? Udfordringen minder om den, der behandles i kapitel 6, spændingsfeltet mellem regler og faglig normativitet, og om spændingsfeltet mellem mål/målrealisering og drømme/udvikling.

Recovery-orienteringen lægger vægten på lærings- og udviklingsdimensionen. Spændingsfeltet mellem værdiorientering og systematikker blev også aktualiseret, da man fik et organisatorisk behov for at tjekke, om den faglige udvikling, der var tilsigtet, nu også skete. Skulle man måle resultater? Og hvordan skulle det i givet fald gøres? I overensstemmelse med recovery-værdierne udviklede man et såkaldt screeningsredskab, der er baseret på dialog, brugerinddragelse og afklaring af, hvordan den recovery-orienterede tilgang kan videreudvikles netop på det sted, man "screener". Brug af redskabet giver både en status og et udviklingsperspektiv.

I kapitlet gennemgås nogle af de temaer, der har vist sig centrale i arbejdet med videreudviklingen af den recovery-orienterede indsats. Recovery-orienteringen stiller ikke kun krav til den enkelte medarbejder, men også til "stedet", kulturen og til organiseringen af indsatsen. Det betyder, at fleksibilitet bliver meget væsentlig, og at både ens egen organisation og "de tilstødende organisationer" skal kunne understøtte den fleksibilitet. En recovery-orienteret tilgang forpligter ikke kun den enkelte medarbejder, ikke kun den institution medarbejderen er ansat i, men hele organisationen.

Bogen slutter med en kort perspektivering.

Samtaler med informanter

Som en del af forberedelsen til udarbejdelse af bogens tekst har vi ført samtaler med nogle af de professionelle, der har været med i udviklingen af arbejdsfeltet de sidste 20 år. Vi har talt med to ledere og med to socialpædagoger: Jan Nielsen, Mogens Seider, Johannes Bredahl og Anne Jakobi.

Jan Nielsen, leder af annekset i Randers, er sygeplejerske og var i begyndelsen af 1990'erne med til at omforme et H-plejehjem til et socialpsykiatrisk bo- og aktivitetssted. Senere blev han oversygeplejerske på retspsykiatrisk afdeling i Aarhus, hvor han var med til at gennemføre en ændring af personalesammensætningen, således at pleje blev suppleret med socialpædagogik.

Mogens Seider er i dag leder af Fountain House i København og medstifter og formand for Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering. Han var næstformand i Socialpædagogernes Landforbund indtil 2006, hvor han fik som opgave at omorganisere indsatsen for sindslidende i en kommune fra at være plejebaseret til at være social- og udviklingsbaseret.

Johannes Bredahl er uddannet socialpædagog fra 1978, og har arbejdet i det socialpsykiatriske felt siden 1997. Johannes er også uddannet CARE-instruktør i forbindelse med implementeringen af recovery-orientering i socialpsykiatrien i Aarhus Kommune. Han har medvirket til at undervise sine kolleger i CARE-metodologien.

Anne Jakobi er ligeledes uddannet socialpædagog – i 1994 fra Peter Sabroe-Seminarieret. Umiddelbart efter uddannelsen blev hun ansat i "Bofællesskabsteamet" i Aarhus Kommune og arbejdede med "støtte i eget hjem". Aktuelt arbejder Anne som bostøtte i den sydlige del af Aarhus. Inden Anne tog socialpædagoguddannelsen, har hun erfaringer fra institutioner indenfor psykiatri og særforsorg.

Vi skylder dem alle fire stor tak. Samtalerne har givet os en dybere forståelse for relevansen af den pædagogiske faglighed, viden om feltets historiske udvikling og god indsigt i aktuelle udfordringer. I bogen finder man både korte citater fra samtalerne og i kapitel 6 en sammenhængende beretning om socialpædagogers indsats i bostøtten gennem de sidste 20 år.

2. Det sociale betydning for mennesker med sindslidelse

Dette kapitels overskrift er også titlen på en bog, der udkom i 2015, redigeret af Benny Lihme (Lihme m.fl., 2015). Bogen er en efterfølger af en tidligere udgave, der hed "Invitation til socialpsykiatri". I 2015 er vi også i Danmark kommet derhen, hvor psykiatribegrebet så vidt som muligt skal reserveres til den indsats, der foregår i sundhedssystemet, som er et lægeligt speciale. Den sociale og pædagogiske indsats i forhold til mennesker med en sindslidelse er ikke psykiatri, men socialt og socialpædagogisk arbejde. I de kommende år vil vi sikkert fortsat møde begrebet socialpsykiatri som betegnelse for arbejdet med mennesker med sindslidelser uden for hospitalet, men formentlig vil betegnelsen efterhånden igen blive reserveret til psykiatriens inddragelse af den sociale dimension, ligesom socialmedicin er lægefaglighedens inddragelse af den sociale dimension.

Er det ikke lidt langhåret, kan man spørge – at gå så meget op i ord? Kan det ikke være det samme, om vi kalder det ene eller det andet, bare vi ved, hvad vi mener med det? Nej, det gør en forskel, om man bruger det ene eller det andet ord. Ord bærer betydninger med sig, som vi ikke bare selv kan bestemme, men som er bestemt af traditioner og historie. Psykiatri refererer således til sygdom, og når man er inde i det psykiatriske system, bliver man benævnt som patient.

Patienter behandles. Det gør noget ved ens selvbillede, når man er "patient" og skal "behandles". Det er muligvis hensigtsmæssigt i nogle sammenhænge, men ikke i alle. At betegnelsen gør en forskel for både den sindslidende og støttepersonen, blev eksempelvis meget klart for 25 år siden, da det var et nyt tiltag at stimulere, at sindslidende kunne få uddannelses tilbud. I Aarhus stod den daværende Lilleskole for Voksne for undervisningen, og det var helt revolutionerende, at det var tydeligt for såvel undervisere, deltagere og personale i psykiatrien, at det menneske, der deltog i undervisningen, var elev eller studerende. I den sammenhæng var man ikke patient, og læreren skrev ikke i patientjournalen. Det gjorde en vældig forskel, ikke mindst for det menneske, der nu var "under uddannelse" og ikke "under behandling".

Sociologen Erving Goffman (1922-1984) beskrev allerede i 1960'erne, hvordan det psykiatriske asyl iscenesætter en bestemt rolle for såvel de indlagte som for de ansatte (Goffman, 2006). Han var optaget af menneskers adfærd, hvordan den opfattes, og hvordan andres opfattelser af ens adfærd er med til at producere et bestemt selvbillede. I hans fodspor blev der foretaget eksperimenter, hvor man fx sendte studerende ind til en psykiatrisk visitation med henblik på, at de – selvom de var raske – ville blive indlagt. Når de først var indlagt, viste det sig, at personalet tolkede deres adfærd som tegn på sygdom, endda i en sådan grad, at en studerende nemt og helt åbenlyst kunne lave sine feltnoter, da denne "skriveadfærd" blev tolket som et symptom på sygdommen.

Omvendt blev det også sværere og sværere for de studerende at bevare deres selv-billede af "raske unge mennesker, der bare deltager i et eksperiment". Goffmans observationer og analyser har på afgørende vis været med til at sætte spørgsmålstegn ved det fornuftige i at have "totalinstitutioner", og hans arbejde har således været medvirkende til, at man også i Danmark forsøgte at komme "totalinstitutionerne" til livs. Statens Åndssvageforsorg blev udlagt til amter og kommuner i 1980 (Bengtsson & Kristoffersen, 2006), og dermed gjorde man op med de store centralinstitutioner. Også nedlæggelse af langtidsafdelinger på psykiatriske hospitaler kan man se i dette lys. Alligevel fortsatte man langt op i 1990'erne med at bruge de gamle institutionsbegreber, når man omtalte nye indsats. Da man begyndte med at sætte fokus på den sociale indsats for mennesker med sindslidelser, blev disse mennesker omtalt som "ikke indlagte psykiatriske patienter".

Goffman undersøgte og teoretiserede videre, og knyttede an til begrebet "stigma" eller "stempel"; han viste i hvor høj grad stemplingsprocesser er bestemmende for en persons sociale identitet (Goffman, 2009). At blive omtalt som "ikke indlagt psykiatrisk patient" er en stempling, der gør det meget svært at slippe ud af patientrollen og det medfølgende fokus på sygdom.

Det er derfor ikke lige meget, hvilke ord vi bruger.

Institutionskritik og brugerbevægelser

Goffman skrev sit værk om asylerne i begyndelsen af 1960'erne. Årtiet ville blive kendetegnet af et opgør med autoriteter, herunder også medicinske autoriteter. Der opstod en bred bevægelse – med studenterbevægelsen som spydspids, der ønskede demokratisering, humanisering og forbedringer af undervisningssystemet, forvaltningen og det medicinske system. Det var her, brugerbevægelser fik deres afsæt. I dag er de blevet til interesseorganisationer, som fx SIND.

Mens SIND, der blev oprettet i 1960 som Landsforening Sindslidendes Vel, primært efterlyste humanisering, men accepterede den gængse måde at anskue sindssygdom på, var Galebevægelsen, der blev oprettet i 1979, mere radikal, idet den lagde vægt på mangler og patologiske træk i samfundet, således at sindssygdom kunne opfattes som en sund reaktion på en syg påvirkning. Offensivt kaldte man sig ikke syg, men gal, og brugte således det stempel som våben, ligesom "Black Power"-bevægelsen gjorde det. Landsforeningen af Psykiatribrugere (LAP), der blev dannet i 1999, er den første egentlige brugerbevægelse, der arbejder for at forbedre forholdene for de psykiatriske patienter (Tumling, 2005).

Mens SIND tydeligt går efter humanisering, Galebevægelsen efter demokratisering og LAP efter forbedring, så hører de tre værdier sammen og sætter deres præg på udviklingen. Autoriteter mister magt og sættes i højere grad under kontrol, den enkeltes indflydelse på beslutninger og ydelser bliver delvist omsat til en markedsgørelse, med den kommunale visitation som formidler mellem rekvirenter (borgere) og udbydere (leverandører), og forbedringer bliver tolket som effekti-

viseringer, der kan gennemføres, hvis man bare råder over den viden, der gør, at man ved, hvad der virker. Marked, bureaukrati og krav om vidensbasering kommer til at spille sammen i nye styringsformer (New Public Management), der ofte igen gør borgeren til en brik i et stort system (se fx Togsverd & Rothuizen, 2015a). Hvis man kan lære én ting af historien, så er det, at offentlige indsatser har det med at udvikle sig til systemer, der får en egen logik, og derfor ikke nødvendigvis er særligt gode til at løse den opgave, de er sat i verden for.

I forhold til både psykiatrien og det sociale arbejde med mennesker med sindslidelse har vi internationalt, siden midten af 1990'erne, set det, man kunne kalde "den anden afinstitutionaliseringsbølge" i form af recovery-orienteringen. Recovery-orienteringen viser, at det menneske, der er sindslidende, selv kan komme sig, og at de professionelles opgave ikke er at flytte den anden, men at understøtte den andens recovery (Slade & Longden, 2015). Humanisering, demokratisering og forbedringer sættes på ny på dagsorden.

For socialpædagoger bør bevægelsen fra den institutionaliserede indsats til en indsats, der har fokus på den enkeltes deltagelse og trivsel, ikke være fremmed. Det hører til socialpædagogikkens væsen, at udøverne reflekterer over det centrale spændingsfelt mellem individ og fællesskab, idet den socialpædagogiske opgave består i, på en gang at tage vare på menneskers integritet og livskvalitet og på deres inklusion og medborgerskab. Det fordrer et permanent udviklingsarbejde (se fx Rothuizen, 2014).

Fra langtidsafdeling til social indsats

I lang tid havde den sociale indsats i forhold til mennesker med sindslidelse været ubetydelig (Kragh, 2008). For svært sindslidende udspandt det sociale liv sig på det psykiatriske hospital, hvor man havde langtidsafdelinger. Det begyndte at ændre sig for 50 år siden, i efterkrigstiden, hvor velfærdsstaten blev udbygget.

Som tidligere omtalt er der en markant og meget synlig ændring i forståelsen af, hvad der kunne være en social opgave på det område, som dengang var kendt som åndssvageforsorgen, og som vi nu benævner som indsatsen for mennesker med nedsat funktionsevne. Forsorgschefen Niels Bank-Mikkelsen arbejder ihærdigt for, at de mennesker, det handler om, kan få et liv så nær det normale som muligt, dvs. at de har ret til alt det, som andre borgere også har ret til.

Dengang betød opgøret med centralinstitutionerne også, at opgaven kom til at høre ind under den (amts)kommunale socialforvaltning, og at socialpædagoger blev den dominerende medarbejdergruppe. I psykiatrien gik der længere tid. Det hænger sikkert også sammen med, at behandlingsmetoder inden for hospitalspsykiatrien udviklede sig stærkt efter fremkomsten af virksomme psykofarmaka i 1950'erne.

I 1976 blev de daværende statshospitaler eller sindssygeanstalter lagt ud til amterne, og dermed er psykiatrisk behandling ligestillet med al anden sygehusbehandling. Det var både et skridt i retning af en afstigmatisering og en udvikling, der lagde pres på langtidssafdelingerne. I og med at flere patienter kunne udskrives, kom der opgaver for den kommunale socialforvaltning, der skulle tage vare på, at "udskrevne patienter" kunne finde sig en plads som lokale borgere, og helst også kunne blive klar til at deltage på arbejdsmarkedet. Det sidste kunne ofte ikke lade sig gøre, og der blev derfor også brug for en indsats fra den kommunale sundhedsforvaltning, hvor hjemmeplejen skulle sikre opfølgingsbesøg og evt. aktivitetstilbud. Det haltede dog ofte med indsatsen, både fordi sygehussektor og kommunal sektor ikke var gode til at koordinere, og fordi man i den kommunale sektor kunne have svært ved at se, hvordan opgaven skulle løftes, og derfor skubbede den lidt til side.

Mens den sociale opgave siden indførelsen af Bistandsloven i 1976 havde ligget i (amts)kommunerne, skulle det vare næsten 15 år, før man overalt i landet for alvor begyndte at lave planer for udviklingen af indsatsen for mennesker med sindslidelse på tværs af sektorerne. Det skete efter en henstilling fra regeringen, der stillede krav om, at amterne skulle lave såkaldte temaplaner. Hermed blusede en strid op om hvilken sektor, der skulle være den dominerende i planlægningen. I Fyns Amt og i Århus Amt oprettede man såkaldte fællessekretariater på tværs af sundheds- og socialforvaltningen. I Nordjyllands Amt og Viborg Amt kom hele psykiatrien ind under socialforvaltningen. I Århus Amt valgte man at oprette en hel ny "driftsenhed", der samlet skulle tage hånd om såvel hospitalspsykiatrien som "socialpsykiatrien".

Udover at den sygehusbaserede og den sociale indsats hører under forskellige lovgivninger og finansieringsmodeller, var der også tydelige spor af kampe om, hvordan tilgangen til mennesker med svære sindslidelser skulle være, om hvilke slags tilbud der skulle prioriteres og hvilke faggrupper, der var bedst egnede (se fx også Center for Evaluering, 1999).

Mogens Seider forklarer, hvorfor oprettelsen af et fælles "Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering" i 2008 var en milepæl: *"Det hele var segmenteret. Hvor var det med at leve hele livet? Det ville vi være ambassadører for. Det kan samle. Det er ikke rettet mod nogen specielle faggrupper, men helhedsorienteret. I alle firkantede systemer er der runde mennesker. Vi må sammen kunne skabe faglig synergi. Det er hele "åben dialog"-tænkningen. Og der sker en udvikling i den retning".* Ingen faggruppe eller vidensperspektiv ejer opgaverne på i psykiatrifeltet!

Efter en folketingsdagsorden i 1991 blev der nedsat en central følgegruppe for socialpsykiatri i Socialministeriet. Socialpsykiatribegrebet bliver nu brugt offensivt for at markere en forskel fra den medicinske psykiatri. Ligeledes i 1991 kom der en (årlig) finanslovsbevilling på 15 mio. kr. til støtte for "ikke indlagte psykiatriske patienter". For disse midler blev der igangsat lokale udviklingsprægede forløb,

der gennem erfaringsopsamling og evaluering skulle vinde ny indsigt i, hvorledes man kunne udforme støttefunktioner, der forbedrer brugernes livskvalitet”.

Projekterne, og ikke mindst vidensopsamlingerne omkring dem, produceret af Forskningsgruppen Arbejds- og Levemiljøer fra Aalborg Universitet og af Socialt Udviklingscenter Storkøbenhavn, har utvivlsomt haft stor betydning for udviklingen af den sociale indsats. Nogle år senere fulgte også en pulje på 50 mio. kr.

I 2007 blev der i Socialministeriets regi oprettet et uafhængigt Videncenter for Socialpsykiatri, der i en periode på mere end ti år, sammen med det århusianske Center for Evaluering af Psykiatrien, havde en central rolle i vidensopsamling og -formidling.

To stærke tendenser fra 1990'erne kan fremhæves. Den ene handler om overgangen fra de såkaldte H-plejehjem, der var oprettet som aflastning for de psykiatriske hospitalers langtidsafdelinger, til egentlige socialpsykiatriske tilbud, med et skift fra en plejeorienteret til en mere socialpædagogisk orienteret tilgang. Den anden omhandler oprettelsen af bostøtteam eller støtte- og kontaktpersonordninger. Disse tilbud blev oprettet som forsøgsordninger, da der i den daværende lovgivning ikke var plads til dem (Bengtsson, 2011). Det blev der i 1998, da Serviceloven blev indført, og borgere med behov for social støtte fik garanti for, at de fortsat havde de normale borgers rettigheder, såsom ret til en egen indtægt (pension), ret til egen bolig m.m.

Som et led i bekæmpelse af den institutionalisering, som Goffman allerede kritiserede, blev institutionsbegrebet afskaffet. Efterhånden blev det sociale arbejde med sindslidende et etableret arbejdsområde, og de første egentlige fagbøger så dagens lys: “Socialt arbejde med sindslidende” (Adolph m.fl., 1997) og “Liv i fokus” (Ramian, Gustafsson, m.fl., 1998).

Indenfor pædagogikken introducerede denne forfatter begrebet “Pædagogisk arbejde på fremmed grund” (Rothuizen, 2001) for dels at angive, at arbejdet ikke længere foregår på pædagogens domæne, men også for at vise, at det er vilkåret for al pædagogik, at pædagogen hverken kan eller må bestemme, styre og kontrollere forholdet.

Kravet om en helhedsplanlægning udløste magtkampe mellem faggrupper og sektorer, men bragte gennem konkrete tiltag og samarbejdspraksisser også forståelse og en fælles ansvarstagning nærmere. Efter strukturreformen fra 2006 blev amternes sociale opgaver lagt over til kommunerne, der nu for alvor fik en interesse i organisering og udvikling af den sociale indsats for mennesker med sindslidelse.

Handicapkonventionen og rettigheder

“Rettighedssproget er et stærkt sprog: det er ikke kun pædagogens egne værdier, det kan være institutionaliserede værdier, der kan være selvbestaltede – rettigheder, konventioner og værdierne, de står der, og de kommer før alt andet og gælder for alle!” (Mogens Seider).

Konventioner og lovgivning spiller en betydelig rolle i udviklingen af arbejdsfeltet, da de angiver væsentlige værdimæssige pejlemærker og rammer. Forsorgschef Niels-Erik Bank-Mikkelsen formulerede, sammen med pårørende, allerede i 1950'erne en kritik af de åndssvages vilkår på de store institutioner, og blev deri bakket op af FN's menneskerettighedskonvention fra 1948 samt Europarådets konvention fra 1953. Det førte i 1959 til vedtagelse af den såkaldte “åndssvage lov”, hvori de åndssvage ikke længere blev udskilt som værende “af en anden slags”, men begyndte at blive betragtet som borgere med rettigheder, ligesom alle andre, dvs. også med ret til undervisning og udvikling.

I de Forenede Nationers regi blev der i 1992 udarbejdet såkaldte “Standardregler om Lige muligheder for Mennesker med Handicap”. Standardreglerne har form af en deklARATION, der skal forstås som en opfordring til regeringer og andre offentlige myndigheder, men de er ikke bindende.

I 2006 vedtog FN's generalforsamling en handicapkonvention, som er en aftale, der indgås mellem forskellige stater. Når aftalen er indgået, skal den ratificeres af medlemsstaterne, hvorefter den er gyldig.

Folketinget ratificerede handicapkonventionen i 2009. Det væsentligste i handicapkonventionen er, at handicap opfattes *relationelt*, dvs. som noget, der opstår i mødet mellem et menneske og omgivelserne. Et handicap er dermed også noget, der kan blive mindre og endda helt forsvinde, når omgivelserne ændrer sig. Konventionen slår fast, at mennesker med handicap har adgang til de samme grundlæggende menneskerettigheder som alle andre (se også Bonfils, 2003). I Handicapkonventionen slås det fast, at mennesker med sindslidelser nu er omfattet af handicapbegrebet. Mennesker med sindslidelser betragtes dermed ikke som syge, men som mennesker med et psykosocialt handicap. Behandlingsbegrebet trænges i baggrunden, og det bliver mere nærliggende at bruge ord som inklusion, autonomi, rehabilitering og empowerment.

Handicapkonventionen spidsformulerer nogle af de principper, som man i Danmark har arbejdet med i længere tid, ligesom den underbygger den socialpædagogiske faglighed, der altid har øje for forholdet mellem individ, omgivelserne og det store samfund.

Ratificeringen af konventionen blev i 2012 fulgt op af en handicappolitisk handlingsplan, hvoraf det fremgår, *“at regeringen ønsker et samfund, hvor børn, unge og*

voksne med handicap har samme muligheder for at udnytte deres potentiale og samme ansvar for eget liv som alle andre samfundsborgere”.

Endvidere fremgår det, at regeringen vil arbejde for:

- Et samfund med respekt for forskellighed, hvor alle mennesker indgår ligeværdigt som medborgere i samfundets fællesskaber ...
- Et samfund, som understøtter mennesker med handicap i at opnå øget selvbestemmelse og ansvar for eget liv ...
- Et samfund, hvor der er fokus på det enkelte menneskes ressourcer og hvor mennesker med handicap bliver støttet i at realisere og bidrage med deres fulde potentiale ...

Ditte Sørensen skriver i sin artikel om konventionen: *“Handleplanen indeholder en fin vision, men meget få konkrete forslag til, hvordan praksis skal forbedres og ændres”* (D. Sørensen, 2014).

I vores interview med Mogens Seider var det påfaldende, hvor meget vægt han til lagde netop rettighedsperspektivet. *At have de samme rettigheder som alle andre betyder, at man tæller med på samme måde, både når der skal stemmes til Folketinget, når man skal have en bolig eller når man skal på toilettet på dagcentret. Ja, det med rettigheder må nødvendigvis også gælde på vores arbejdspladser, og så skal vi jo ikke have et apartheidsystem, hvor nogen må bruge ét toilet og andre skal bruge et andet. Hvis vi som professionelle synes, vi er en anden race af mennesker, der skal have vores egen kabine for at tisse, så kan vi jo ikke bilde de andre ind, at vi vil dem noget rigtigt.*

Rehabilitering

Rehabilitering er et begreb, der kommer fra sundhedsområdet. Det betegner den proces, hvor man finder sin “habitus”, sin sædvanlige måde at være på, igen, efter den sædvanlige måde at være på er blevet forstyrret af sygdom.

I socialpædagogikken har man ofte talt om resocialisering, dvs. en proces, hvori man igen på en konstruktiv måde kan bevæge sig i den sociale verden efter en periode, hvori denne relation med den sociale verden har været forstyrret. I resocialiseringsbegrebet er der indbygget en større opmærksomhed på de sociale vilkår, mens rehabiliteringsbegrebet lægger større vægt på de personlige forudsætninger.

I Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering forener man opmærksomhed for sociale vilkår, social inklusion, medborgerskab og personlige forudsætninger. Verdenssundhedsorganisationen (WHO), Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen bruger følgende definition: *“Rehabilitering kan defineres som en række indsatser, der støtter det enkelte menneske, som har eller er i risiko for at få nedsat*

funktionsevne, i at opnå og vedligeholde bedst mulig funktionsevne, herunder at fungere i samspil med det omgivende samfund". Marselisborgcentret, som er et dansk center for rehabilitering, forskning og udvikling, definerer rehabilitering som: "Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og videnskaberet indsats" (Rehabiliteringsforum Danmark, 2004).

Begge definitioner følger op på Handicapkonventionens forståelse og sigte, den sidste understreger borgerens egen rolle og betydning i processen, ligesom den minder om, at koordinering og sammenhæng er nødvendige.

3. En socialpædagogisk tilgang

“Socialpædagogik foregår i en arena, og du aner ikke, hvad det er for rollehæfter, de andre har. Hvis du gerne vil have, at det foregår på en scene, hvor du står, og nogle andre ser på dig i hovedrollen, så skal du finde noget andet at lave. Hvis du accepterer, at det er i en åben arena, hvor man er nødt til at snakke med hinanden om stykkets udvikling, så bliver det kaotisk, og det kaos forvirrer rigtig mange medarbejdere, folk vil have orden i tingene. Du må respektere, at den anden har et andet tempo og en anden dagsorden end dig” (Mogens Seider).

En profession med en historie

Når socialpædagoger også arbejder med mennesker med svære sindslidelser, gør de det med afsæt i en historie, der har formet professionen (se Erlandsen, Jensen, Langager & Petersen, 2013). I kernen af den socialpædagogiske faglighed ligger der en overbevisning om, at de mennesker, man arbejder med, skal have mulighed for selv at tage stilling, selv at være aktør og deltager. Socialpædagogik kom frem som begreb i Tyskland omkring 1850, hvor samfundet var i opbrud, og socialpædagogikken blev tiltænkt en rolle i udformningen af det nye samfund.

Socialpædagogikken understøtter demokratisering ved, at den bidrager til, at alle borgere deltager i det sociale liv. Mennesket tænkes som et socialt væsen, derfor retter pædagogikken sig ikke kun mod den enkelte, men også mod udformning af det sociale og samfundsmæssige liv. Med det afsæt har der gennem tiderne været mange socialpædagogiske varianter – der er en stor diversitet i, hvordan socialpædagogik tænkes og praktiseres. Diversiteten hænger bl.a. sammen med forskellige teoretiske orienteringer.

I den strukturerede pædagogik tror man, at der først skal være en ydre struktur for, at den anden person kan opbygge en indre struktur. I en empowerment-orienteret pædagogik tror man på, at selvstændighed kommer af, at man får mulighed for at være selvstændig, og man vil betragte struktureret pædagogik som undertrykkende, ligesom man i struktureret pædagogik vil opfatte den empowerment-orienterede pædagogik som alt for løs. Tuft skelner i den forbindelse mellem en bred og en snæver forståelse af socialpædagogik, hvor den snævre forståelse er koblet til de former for socialpædagogik, hvor pædagogen ved bedst og strukturerer (se Tuft, 2009).

I stedet for på forhånd at opdele socialpædagogikken i forskellige lejre er det dog mere på sin plads at være bevidst om, at en socialpædagogisk tilgang altid foregår i spændingsfelter, hvor den professionelle selv må finde sin position i den aktuelle situation. Der er således et spændingsfelt mellem “strukturering” og “at give plads”, hvor for meget strukturering er kvælende og for meget plads bevirker, at man føler sig fortabt. Kunsten er at ramme “den rette mængde” af begge i den konkrete situation. Det er der ikke nogen opskrifter til, og det indebærer, at

pædagogen selv må tage ansvar, og må være klar til at gå i dialog om sin konkrete vurdering.

Socialpædagogikken har gennem det sidste århundrede fået flere og flere arbejdsområder. Mens døgninstitutioner for børn og unge var det klassiske arbejdsområde, kom arbejdet med voksne mennesker i udsatte positioner senere til. Fælles for alt det arbejde er et fokus på deltagelse, der kun kan opnås, når man arbejder sammen med de pågældende borgere. Ligesom i den øvrige pædagogik er den professionelle magtposition på den ene side uundgåelig, mens arbejdet på den anden side går ud på at ophæve den magtposition. Socialpædagogen bør derfor have et reflekteret forhold til sin egen magtudøvelse, og måske er det derfor, at socialpædagogiske tilgange også kan være særlig relevante i situationer, hvor magt og tvang skal forebygges og undgås.

Recovery

En recovery-orienteret tilgang er det modsatte af en tilgang, der er baseret på bedrevinden og udøvelse af magt. En recovery-orienteret tilgang er pædagogisk, idet den er baseret på dén pædagogiske indsigt, at udvikling hænger uløseligt sammen med, at den der udvikler sig, flytter sig selv. At komme sig – som er oversættelsen af den engelske begreb “recovery” – er noget man selv gør. Recovery-begrebet kom frem som et resultat af socialvidenskabelige undersøgelser, der viste, at der var en forholdsvis stor gruppe mennesker med svære sindslidelser, der stort set af egen kraft, dvs. ikke som et resultat af en “behandling”, kom sig, enten helt eller så meget, at de kunne leve et almindeligt socialt liv.

Efter fremkomsten af begrebet og dermed af indsigten, at recovery er en mulighed, og at den sindslidende selv er hovedaktøren, har man, såvel i den sociale indsats som i den psykiatriske indsats, gjort sig umage for at blive “recovery-orienteret” (se kapitel 7). Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering angiver, med en henvisning til recovery-forskeren Lary Davidson, følgende faktorer og tilgange, som virker fremmende for menneskers recovery-processer (Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering & Davidson, 2015):

- *Recovery handler om at opbygge et meningsfuldt og tilfredsstillende liv, defineret af den pågældende person selv, hvad enten der optræder aktuelle eller tilbagevendende symptomer eller problemer.*
- *Recovery repræsenterer en bevægelse bort fra patologi, sygdom og symptomer, i retning af sundhed, styrker og velbefindende.*
- *Håb er centralt for recovery, og det kan forstærkes ved, at hver enkelt person selv opdager, hvordan han eller hun kan tage mere aktiv kontrol over sit liv (‘aktørbevidsthed’) og gennem indblik i, hvordan andre har fundet en vej frem.*

- *Selvstyring opmuntres og lettes. Selve processen med at tage styring er den samme fra person til person, men det kan være meget forskelligt, hvad der virker for den enkelte. Der findes ikke nogen universalløsning.*
- *Den hjælpende relation mellem medarbejdere og patienter bevæger sig væk fra en ekspert-patient-relation og mod en 'coach' eller 'partner-orienteret' relation på en fælles opdagelsesrejse. Medarbejderne skal stille sig til rådighed, ikke stille sig over.*
- *Mennesker gennemlever ikke en recovery-proces alene. Recovery hænger tæt sammen med social inklusion og muligheden for at påtage sig meningsfulde og tilfredsstillende sociale roller i lokalsamfundet, frem for i isolerede tilbud.*
- *Recovery handler om at opdage – eller genopdage – fornemmelsen af en personlig identitet, der ikke er knyttet til sygdom eller handicap.*
- *Brugen af begreber, udtryk og historier har stor betydning som formidler af recovery-processen. De fælles betydninger støtter enten en fornemmelse af håb og muligheder, eller kalder på pessimisme og kronicitet.*
- *Opbygning af recovery-baserede systemer fremhæver medarbejdernes personlige egenskaber lige så meget som deres formelle kvalifikationer. Man forsøger at fremme de ansattes evne til at håbe, være kreative, nære omsorg og medfølelse, realisme og modstandskraft.*
- *Familiemedlemmer og andre støttepersoner spiller ofte en afgørende rolle for recovery, og de bør inddrages som partnere, hvor det er muligt. Men støtte fra andre mennesker med levede erfaringer er også af central betydning for mange mennesker under deres recovery.*

Formentlig vil enhver socialpædagog kunne nikke genkendende til ovenstående; det indgår i en socialpædagogisk faglighed.

En socialpædagogisk tilgang kan forebygge magtanvendelse

Tvang og magtanvendelse er forbudt. Som frie borgere har vi alle vores selvbestemmelsesret. Det fremgår af Danmarks riges grundlov § 7, stk. 1, at: *“Den personlige frihed er ukrænkelig”*. Menneskerettighedskonventionens § 5 siger: *“Enhver har ret til frihed og personlig sikkerhed. Ingen må berøves friheden undtagen i følgende tilfælde og i overensstemmelse med den ved lov foreskrevne fremgangsmåde ...”*. Frihedsberøvelsen er kun tilladt, hvis der er en lov, der angiver, at det i en ganske speciel situation er tilladt at anvende magt og at berøve en person sin frihed.

Det fremgår fx af straffeloven, men også i sociallovgivningen og i psykiatriloven er der paragraffer, der specificerer, hvornår der må anvendes magt og tvang. Det er oven i købet sådan, at man, hvis man krænker en anden persons frihed, udsæt-

ter sig selv for lovlig frihedsberøvelse, idet Straffelovens § 261 siger: *“Den, som berøver en anden friheden, straffes med fængsel indtil fire år eller under formildende omstændigheder med hæfte”*. Nu er magt og tvang brede begreber, og der foregår mange former for magtudøvelse i hverdagen, som ikke nødvendigvis er i modstrid med grundloven og menneskerettighedskonventionen. Hvornår overtaler man nogen til noget, og hvornår udøver man magt? Hvornår er det i orden at angive, at handlinger har konsekvenser, og hvornår er det en trussel? Hvornår minder man om en aftale, der er lavet, og hvornår bliver den påmindelse til udøvelse af magt? Den professionelle skal både have kendskab til loven og have sin etik i orden.

En medicinsk faglighed har et fokus på sygdom og symptomer, der skal behandles. Her kan patienten selv stå i vejen for den behandling og modsætte sig. I systemet kalder man det nogen gange for “manglende sygdomsindsigt”, underforstået: havde vedkommende sygdomsindsigt, så ville hun underlægge sig behandlingen.

I nogle specifikke situationer er det tilladt at bruge magt, og disse situationer er beskrevet i “Bekendtgørelsen af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien”. Arbejdet med sindslidende i den sociale sektor reguleres af Serviceloven, der har et afsnit VII, der handler om “Magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelseretten”. I begge love understreges, at man skal forebygge magtanvendelse og, hvis det er nødvendigt, begrænse det til det absolut nødvendige, og at man skal lave planer for at undgå gentagelser.

Alligevel har Danmark ifølge Europarådets torturkomité kandideret til en kritisk titel som europamester i bæltefiksering i psykiatrien. Således var der i 2004 1.749 registrerede bæltefikseringer og i 2013 2.084 (V. M. Hansen, 2014), hvoraf de 882 strakte sig over mere end 48 timer. Yderligere 4.000 patienter blev udsat for andre former for tvang (Schmidt, 2014).

Magtanvendelse i psykiatrien har ligget forholdsvis højt, og uanset om det kan skyldes, at der mangler personale og tid, så er der også opstået en kultur, hvor man anser det for nødvendigt og forholdsvis almindeligt.

I 2012 blev der etableret et større satspuljeprojekt om nedbringelse af tvang i psykiatrien. I projektperioden blev tvangen nedbragt, og man fandt dokumentation for, at aktivitetstilbud er et væsentligt element i indsatsen mod at forebygge tvangsanvendelse. I den afsluttende rapportering skriver man således:

“Samlet set er erfaringerne fra projektet, at tilbud om fysiske, sansestimulerende og sociale aktiviteter er vigtige redskaber i det forebyggende arbejde med at nedbringe tvang. Flere afsnit har oplevet, at sansestimulerende og sanseintegrerende tiltag kan fungere som et alternativ eller supplement til PN-medicin og har god effekt i forhold til at dæmpe uro, angst og selvskadende adfærd. Erfaringerne fra projektet er generelt, at inddragelse af patienter i planlægningen, udførelsen og opsamling af sociale arrangementer og aktiviteter fører flere sociale aktiviteter med

sig, arrangeret af patienterne selv. Både personale og patienter giver udtryk for, at det er vigtige tilbud at have på et psykiatrisk afsnit. Mange aktivitetstilbud kræver, at medarbejderne opholder sig meget i miljøet sammen med patienterne". (Sundhedsstyrelsen/CFK, 2015, s. 86)

Pædagoger har stor erfaring med netop det at skabe sociale aktiviteter og at inddrage borgere. I rapporten gør man også opmærksom på, at kultur- og holdningsændringer er nødvendige. Introduktion af en anden faggruppe, der ikke er bærer af den gamle kultur og de gamle holdninger, kunne i den forbindelse være værd at overveje. Det gjorde man fx på sikringsanstalten. Ser man på det idé-katalog, der sideløbende er udviklet i projektet, så står punktet "Styrke forståelse og respekt for patientens individuelle behov og medinddragelse i behandlingen" allerøverst (Høgh & m.fl., 2013). Herunder nævnes flere tiltag, der er som taget ud af socialpædagogikkens hjertekammer:

- at møde patienten
- forebygge aggression og vold
- målrettede aktivitetstilbud
- pårørendesamarbejde
- kontaktpersonopgaver
- konflikthåndtering

Alle sådanne tiltag er pædagogiske i den forstand, at pædagoger pr. definition indgår i relationer med henblik på den andens selvstændiggørelse, dannelse og sociale deltagelse. Det er her, socialpædagoger har deres fokus.

Også i den sociale sektor skal tvang og magt forebygges, og her er beføjelserne i øvrigt også noget mere restriktive end under psykiatriloven. Forebyggelse af tvang og magtanvendelse indebærer ikke, at man nødvendigvis skal undgå konflikter. I det socialpædagogiske arbejde er det et grundvilkår, at pædagog og borger kan ville noget forskelligt. Det er i princippet ikke en forstyrrelse, men noget der er helt essentielt for det pædagogiske arbejde. Pædagogisk arbejde handler om selvstændiggørelse, og dér hører det med "at man vil noget forskelligt". Det handler ikke om at undgå forskellighed, men om at håndtere det. Nogen gange skal man forhandle, andre gange skal man give sig, og atter andre gange skal man holde fast. Ofte ender situationer, hvor man vil noget forskelligt med noget helt tredje.

Socialpædagoger bør og må mobilisere indsigt og overskud, så de ikke gør forskellighed til en magtkamp. De bør være kreative, så de kan finde alternative muligheder, når borgeren ikke vil det, pædagogen vil, og omvendt. De bør forholde sig nysgerrige og undersøgende, for som regel er der, som man siger, mening i galskaben, dvs. borgeren har som regel gode grunde til ikke at ville noget, eller til at ville noget bestemt.

Enhver kommunikation, hvori mennesker flytter sig, begynder med, at man oplever sig forstået. At forebygge magtanvendelse og tvang indebærer også en individualiseret og fleksibel indsats. Det stiller krav til organisationen, der skal kunne rumme, at man laver om på planerne. Det forudsætter en pædagogisk kultur, som er værdibaseret og refleksiv (se også Rothuizen, 2015; Vold som udtryksform, 2008).

4. Socialpædagogiske og andre fagligheder

“Alle firkantede systemer er der runde mennesker” (Mogens Seider).

Galskab er ikke en entydig størrelse

Socialpædagogikken har altid tematiseret spændingsfeltet mellem normalitet og afvigelse. Hvorfor er det normale normalt, og hvad er det, der gør, at andet falder udenfor? Socialpædagoger har beskæftiget sig med at integrere mennesker, der er ved at falde udenfor, først og fremmest med afsæt i, at også disse mennesker fortjener respekt og fortjener at blive hørt. Måske har de endda noget at fortælle os.

I dag taler vi lidt mere fordækt om tingene; afvigeren bliver “socialt udsat”, hvilket blot betyder, at han er udsat, fordi han ikke passer ind i det normale. Vi taler også om mennesker i udsatte positioner, og her skifter fokus fra en opfattelse af, at det afvigende eller det anderledes primært er en egenskab ved et menneske, til en opfattelse af, at det afvigende eller anderledes er noget, der har at gøre med en position, der defineres i forhold til andre positioner. Vil man ændre noget, må man ændre positionen, og det er i sidste ende snarere et samfundsmæssigt anliggende end et psykologisk.

I forhold til psykiatrien er normalitet og afvigelse også et fast tema. Det kan man læse historisk om i Michel Foucaults “Galskabens historie”. Temaet kom for alvor op i 1960 og 1970’erne og blev særligt synligt i anti-psykiatrien, sådan som den udviklede sig inspireret af psykiatere som Ronald Laing og David Cooper, og i den “demokratiske psykiatri” i Norditalien. Anti-psykiatrien slog fast, at en diagnose blot var systemets forståelse, og at sygdommen således ikke var en objektiv størrelse inde i patienten. Man kunne lige så vel opfatte psykosen som en forståelig, måske endda sund reaktion på et sygt samfund, og frem for at bekæmpe psykosen skulle man hellere begive sig på en rejse gennem galskaben.

Her ændres også behandler-patient forholdet: de begiver sig på vej sammen, frem for at den ene udøver (normaliserings)magt over den anden. Magtspørgsmålet stod også centralt for den demokratiske psykiatri i Norditalien. Den kan forstås som et oprør mod asylerne, de psykiatriske (langtids)hospitaller, der i den grad holdt de sindssyge i en sindssyg position.

Den danske psykiater, Thorkil Sørensen, fortæller om, hvordan det startede: *“Marco Cavallo blev gennembruddet. Hesten Marco havde i årevis slæbt vasketøj i det psykiatriske hospital i Trieste. Nu var den gammel, udtjent og skulle slagtes, men patienterne forhindrede det. Byens hippodrom blev Marcos alderdomshjem og en Vespa scooter afløste ham. Sammen med psykiateren Basaglia fandt patienterne et fælles projekt ved at skabe en stor blå papmacheskulptur af Marco. I færdig udgave trak man den blå Marco ud i byen, hvor patienter og borgere festede sammen. Symbolet på gennembruddet var, at man måtte smadre flere døråbninger i*

hospitalet for at få den enorme Marco ud. Marco Cavallo blev den omvendte trojanske hest” (T. Sørensen, 2013).

Det handlede om at etablere et humanistisk, ligeværdigt forhold til de sindssyge, om at give dem magt gennem demokratiske processer på institutionen; det handlede også om at erstatte de store enheder med små enheder med lokal forankring.

Bevægelserne havde genklang i Danmark og skabte også her røre. At der både er biologiske, psykologiske og sociale forhold involveret, når mennesker lider i deres sind, er efterhånden blevet almenviden, og man er blevet bedre til at forstå, at medicinske, psykologiske og sociale indsatser ofte kan supplere hinanden. Man kan spørge sig selv, om vi er kommet nærmere en forståelse af det at være sindslidende.

Vi er måske ikke helt så skrāsikre mere, men det kan også have den konsekvens, at vi deler sindslidelsen op i sine forskellige aspekter, hvor hvert aspekt får sin egen ekspert. Om det altid er hjælpsomt, er dog tvivlsomt. Striden mellem de forskellige opfattelser, og måder at håndtere sindssygdom på, blusser ind imellem op igen: psykiateren anklages for overdreven brug af medicin og tvang og socialarbejdere for, at de overlader den syge til sin sygdom.

I mødet med et sindslidende menneske er der meget, vi ikke ved, og blandt andet derfor skal man passe på med at være bedrevidende uden at stikke en eller flere fingre i jorden. Recovery-bevægelsen har sat fokus på vigtigheden af, at den sindslidende selv angiver, hvad der er hjælpsomt, og at det langt fra altid er de “ydelser”, der ligger klar i systemet. Systemkritikken, respekten for den enkelte, inklusionstanken og det ikke-autoritære forhold, der gør den professionelle mere sårbar og mere personligt involveret, er kommet for at blive.

Fælles værdier

“Fælles værdier i indsatsen for mennesker med en sindslidelse: respekt, faglighed, ansvar” er titlen på en pjece fra 2005 udgivet af Socialministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet i skøn forening (Hagel (red), 2005). Det er oplagt, at der skal være et godt samspil mellem den sociale sektor og sygehussektoren. Det er også oplagt, at hvert system udvikler egne måder, egne regler, og en tro på egen fortræffelighed, der kan besværliggøre samspillet.

Selvom man gerne bryster sig af, at man har en bio-psyko-social model, så strides der fortsat om, hvordan de tre vinkler skal spille sammen. Striden har en økonomisk dimension, idet sundhedssystemet og det sociale system finansieres forskelligt. Striden kan også have faglige og ideologiske dimensioner. Og hvad gør man, når der er stridigheder, når ingen kan kæmpe sig til en sejr og når der står konkrete mennesker, hvis liv og velvære er afhængig af den indsats, der ydes? Så ser man på, hvad man kan blive enig om.

Da denne forfatter i 90'erne var involveret i at fremme tværsektorielt og tværprofessionelt samarbejde i forhold til mennesker med sindslidelser, blev vi i den tværgående gruppe hurtigt enige om, at det væsentligste var "en anstændig behandling", og at der ikke var nogen faggruppe, fra sosu-hjælperen til den psykiatriske overlæge, der havde mere forstand på det end andre.

Selvom man fagligt har forskellige syn, kan man blive enig om en etik, om bærende værdier. Forskellige systemer, forskellige fagligheder, men samme etik. *Respekt* er en værdi, der gør sig gældende mellem fagpersoner, men også, og ikke mindst, mellem fagpersoner og den sindslidende. Respekt er den værdi, som de fleste, der var involveret i udarbejdelsen af det fælles værdigrundlag, pegede på som væsentligt. *Faglighed* er en værdi, der kan være svær at tolke. Det betyder mest af alt, at man skal holde sig til det, man har forstand på, og at man skal gøre sit arbejde ordentligt. Faglighed betyder, at man skal tilbyde mennesker med en psykisk lidelse den behandling og sociale indsats, der er bedst og som passer til den enkeltes individuelle behov og ønsker.

For at udøve faglighed er det nødvendigt og naturligt at vise respekt for de mennesker, man samarbejder med, uanset om det er kolleger, andre fagpersoner, patienter eller borgere i psykosocial rehabilitering. I sådanne samarbejdsprocesser skal man også kunne spørge ind til de professionelles faglighed. *Ansvarlighed* gælder alle involverede og indebærer, at alle har ansvar for sammenhængen mellem de forskellige indsatser. Når der skal arbejdes med problemer og i forhold til situationer, som er sammensatte og vanskelige, er der som regel ingen nemme løsninger. Her gælder det om at stå åben, og om at understøtte hinanden; det gælder både om at gøre det klart, hvad man kan tilbyde, men også om at være klar til at tilpasse sit tilbud, hvis en anden samlet indsats forekommer mere fornuftig.

Behandling og socialpædagogiske indsatser i med og modspil

Behandlingsarbejde er i princippet altid forholdsvis afgrænset, da behandlingen forudsætter, at man ved, hvad det er, der skal behandles. Efter endt behandling skulle det "behandlingskrævende" så være kureret, og derefter kan man gå i gang med en "rehabilitering", dvs. med igen at blive funktionsdygtig i hverdagslivet og i normalsamfundet.

Virkeligheden svarer ofte ikke til denne noget skematiske opstilling, men det kan være meget svært at adskille det, der kræver behandling, fra hverdagslivet, dvs. at det behandlingskrævende ikke kan isoleres.

Når der tales om, at sindslidelser skal forstås bio-psyko-socialt, så kan man høre, at det er komplekst. Komplekse problemer kalder man nogle gange for "wicked problems" eller "vilde problemer" i modsætning til "tamme problemer". Vilde problemer er komplekse, og man ved ikke på forhånd, hvordan de skal løses. Der findes, kan man sige, ikke en kendt behandling, selvom elementer af kendte behandlinger kan indgå i løsningsforsøg.

Problemet med de vilde problemer er også, at det, der kan se ud til at være en del-løsning, muligvis skaber nogle nye problemer. Rygning kan være en form for selv-medicinering, der lindrer psykisk uro og smerter, men medfører afhængighed og en lang række mulige følgesygdomme. Et rygestop kan løse et helbredsproblem, men medføre nervøsitet, uro og irriterabilitet, der gør, at andre holder sig på afstand. Behandlingssystemet har somme tider skærmet sig for problemer, som de anså for alt for vilde, fx i forbindelse med dobbeltdiagnoser.

Det har ikke været usædvanligt, at den, der både har et misbrug og en psykisk lidelse, har fået at vide, at psykiatrien ikke kunne hjælpe, så længe misbruget stod på, og misbrugsbehandlingen kunne ikke komme i gang, så længe den psykiske sygdom var ubehandlet. Set ud fra et behandlingssystem, der er indrettet til at kunne håndtere tamme problemer, er det fornuftigt, men set ud fra den kendsgerning, at det levede liv ikke altid lader sig tæmme, og at man ikke må lade dem, der allermest trænger til hjælp, i stikken, er det uansvarligt.

Når der er tale om vilde problemer, vil der ofte være flere faggrupper og eksperter, der er involveret, hvor hver af dem har forstand på, og måske endda behandlingsmetoder, i relation til et delproblem. Der er måske en psykiatrisk speciallæge, en socialrådgiver, én fra jobcentret, en praktiserende læge, en misbrugskonsulent, en sosu-assistent og en pædagog fra dagcentret involveret i sagen. Her er der brug for, at man i fællesskab løfter ansvaret for det vilde problem, frem for, at hver enkelt arbejder isoleret på sit felt, og overlader det til problembæreren at koordinere det hele. Det er et spørgsmål om "at løfte i flok". Som om det i sig selv ikke kan være svært nok, så er det ofte sådan, at de forskellige systemer, som de forskellige eksperter hører til, har deres egne regler, som man ikke altid kan afvige fra. Så skal der systemændringer til.

Den recovery-orienterede tilgang lægger ikke så meget vægt på, hvordan man nu kan adskille og sammensætte de forskellige problemer, der tilsammen udgør et vildt problem, men fokuserer på, hvad det vil sige "at komme sig". Hvad er det, der måske, på tværs af de forskellige ekspertiser, beforder den individuelle proces af at komme sig? Frem for at hver ekspert hævder sin egen ekspertise, forholder alle sig nysgerrig i forhold til det, de ikke ved, nemlig hvordan den pågældende kommer sig. Her får det menneske, det handler om, en anden rolle end problembæreren, her er det ham, der har nøglen til løsningen. Selve dette skift i rollen, fra at være et umuligt problem til at være nøglen til løsningen, kan i sig selv være gavnlige. Recovery-orienteringen kræver noget af den enkelte "ekspert", men den kræver i lige så høj grad en hel del af de organisationer, eksperterne er knyttet til. Jo mere regelstyring der er, desto sværere kan det være at gøre det, der skal til.

Jan Nielsen fortalte os om en psykiatrisk afdeling i en større provinsby, hvor der er tre behandlingskrævende patienter med sammensatte problemer, og deraf følgende problematisk adfærd på afdelingen. Hvordan kan man beherske situationer, som truer med at blive ustyrlige? Magtanvendelse kan være en sidste udvej,

hvis man ikke har kunnet finde på andet før. Her blev løsningen dog, at man tog nogle lokaler i brug, der tilfældigvis stod tomme og at man flyttede patienterne derhen, hvor der var mere ro, og hvor personalet udviste meget nærvær og fleksibilitet i forhold til aktiviteter. Her kunne der, sideløbende med behandlingen, skabes en hverdag, der i højere grad gav patienterne ro og overskud til selv at tage ansvar for deres liv. Men hvor ofte har man lige et par ledige lokaler? Og hvor ofte tør man lave en lille satsning?

Socialpædagogikken er kendetegnet af, at man har specialiseret sig i vilde problemer, der skal tackles i hverdagen. Frem for at man altid på forhånd har en klar forestilling om, "hvad der virker", er man parat til at eksperimentere og at lave om på sine planer, når det forekommer formålstjenligt. Sådan oplevede jeg (forfatteren) det i hvert, da jeg lavede en undersøgelse af fagligheden i et bostøtte-team (Rothuizen, 2001). Her var fagligheden ikke, at medarbejderne var gode til at lave en enkel problembestemmelse (diagnose) og kendte opskriften på løsningen (behandling), men at de var gode til at lave om på deres planer, når de oplevede, at planen ikke var relevant. Man skal vurdere situationen, og have situationsfornemmelse (Tuft, 2014). For at kunne udfolde det, skal man kunne sætte ord på, hvad der er vigtigt i situationen, og hvilke pejlemærker man tager bestik af.

Behandling og socialpædagogiske indsatser kan fint gå sammen. Som følge af en koordineret og recovery-orienteret indsats tog overlægen hjem til Peter, der periodevis også havde et misbrugsproblem, frem for at Peter skulle møde op på ambulatoriet for at få sin depotmedicin. På et opholdssted for unge lavede man en aftale med en privatpraktiserende psykiater om, at han skulle være der en dag om måneden. Her talte han både med de unge, der muligvis også havde en psykiatrisk problematik, og han talte med medarbejderne om, hvordan de tacklede ungerne, når de havde det sværest. Han udstrålede på en gang, at han vidste noget om symptomer og sygdomsbilleder, som kunne være godt at få i spil, men at han i øvrigt havde den dybeste respekt for, at den viden skulle indsættes i en hverdag, hvor der også var så meget andet i spil – og at det var noget, pædagogerne var gode til.

Fra Welfare til workfare?

Med socialreformen fra 1976 skete der et skift i forestillingen om, hvordan sindslidende, psykisk udviklingshæmmede og adfærdsvanskelige børn og unge skulle behandles. Tina Ussing Bømler illustrerer det med denne figur (Bømler, 2000, 2010):

Institutionssamfund

Centralisering

Passivitet

Væk fra nærmiljøet

Segregation

Individssamfund

Decentralisering

Aktivering

Blive i nærmiljøet

Integration og normalisering

I individsamfundet slår man fast, at den enkelte har ret til at disponere over eget liv, og man satser på, at afinstitutionaliseringen kan gøre det muligt for stort set alle grupper at leve en nogenlunde normal tilværelse. Desværre træder socialreformen i kraft i en periode med lavkonjunktur, og forudsætningerne for at implementere målsætningerne om tryghed, trivsel, forebyggelse og revalidering er ikke optimale.

I perioden fra 1984-1990 var der et stigende antal mennesker, der ikke kunne stå til rådighed for arbejdsmarkedet og fik tildelt en førtidspension, dvs. de havnede i en situation af "passiv forsørgelse", der både var dyr og medførte nye sociale problemer.

Fra 1990 sætter man ind på at gøre op med den "passive forsørgelse", og den nye tilgang præges af en "noget for noget-tankegang". En stor gruppe af mennesker med svære sindslidelser kunne hverken integreres eller indgå i "noget for noget"-systemet, og for at imødekomme deres behov for støtte og omsorg udviklede man i 90'erne "socialpsykiatrien" i (amts)kommunal regi. Her var grundstenen rummelighed og accept, og det indebar, at man ikke på forhånd kan definere klare mål og succeskriterier – at der er en stor opgaveusikkerhed. *"Det var et arbejde"*, skriver Tina Ussing Bømler, *"der stod i skærende kontrast til de politiske bestræbelser på at effektivisere den offentlige sektor, hvor resultaterne af den sociale indsats helst skulle måles og vejes ud fra nogle på forhånd fastlagte og kvalificerbare mål"*.

Ønsket om styring af velfærdsydelser, noget for noget-tankegangen samt fokus på aktivering og deltagelse på arbejdsmarkedet kan støde sammen med behovet for rummelige og ofte varige omsorgs- og støtteforanstaltninger, sådan som det er blevet synligt i 1990'erne. I den forbindelse tales der også om, at vi skifter fra at tænke "welfare" til at tænke "workfare".

Det har blandt andet medført store reduktioner i den refusion, kommunerne får fra staten til førtidspensioner, hvilket giver kommunerne et incitament til at "få folk i arbejde". Det er også slået igennem i form af større krav om dokumenterede fremskridt og brug af handleplaner. Netop når man har at gøre med vilde problemer, er det dog vigtigt, at der kan laves om på planer undervejs og at ydelser er fleksible.

Ved at man i det sociale arbejde med sindslidende bekender sig til en recovery-orienteret tilgang og bliver bakket op i det af den kommunale politik, kan man skaffe sig lidt plads til at finde en balance mellem en stram styring og krav om planlagte fremskridt på den ene side og omsorg, ændring af planer, rummelighed og fleksibilitet på den anden. Det skyldes ikke mindst, at der er en forventning om, at en recovery-orienteret tilgang i sidste ende er billigere, fordi mennesker netop kommer sig.

Recovery-orienteringen kan dog også i perioder være ganske ressourcekrævende, hvilket der ikke altid er forståelse for. For organisationer og medarbejdere inde-

bærer det, at de ofte må navigere i et spændingsfelt mellem rammer, krav og forventninger på den ene side og rummelighed og fleksibilitet på den anden. En af vores informanter siger det sådan: *“Det samme offentlige system arbejder nogle gange efter forskellige logikker, for der er masser af ting i handicapkonventionen (se s. 19) som strider mod Lov om Aktiv Beskæftigelse – der er du frataget styringen i dit eget liv!”*.

En af vores informanter karikerer den spænding, der kan være mellem på den ene side en forvaltning, der vægter styring, effektivitet og målbare fremskridt og på den anden side et socialt tilbud, der arbejder recovery orienteret: *“Vores måde at lave strukturerede forløb på her, det er jo ikke det samme som kommunen praktiserer med voksenuddannelsesmetoden, hvor borgerne skal finde et eller andet mål, for vi skal have noget at arbejde med. Så finder man i forvaltningsregi på noget og siger: ‘du står på en 1’er, vi skal have det på en 4 nu’. Det synes jeg er i modstrid med alt det, jeg har læst om, hvad recovery er. Jeg synes, der er en tendens til, at man har ligesom lavet stierne inden borgeren er begyndt at gå, så de har nogle forskellige veje de kan gå, men det er ikke dem, der har valgt vejene. Der er ikke nogen, der har bedt nogen om at flytte nogen, det tror jeg er vigtigt. Hvorfor skulle jeg egentlig begynde at flytte på nogen, før de har bedt mig om at hjælpe? Vi har socialiseret hele generationer af pædagoger til, at man skal udvikle, flytte, man kan ikke bare sidde ned, man skal være parat og flytte nogen, ellers har man ikke passet sit arbejde. Men det væsentligste må jo være, at mennesker selv flytter sig, det er ikke noget, nogen kan gøre for én”*.

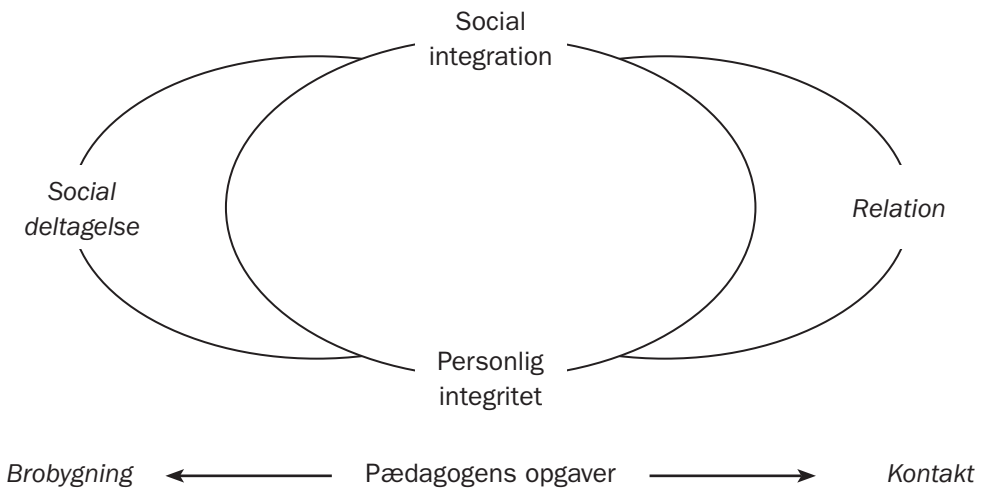
5. Socialpædagogernes kunnen og viden

I den sidste uddannelsesbekendtgørelse til socialpædagoguddannelsen, den fra 1987, kan man finde formuleringen, at den studerende skal "erhverve sig forudsætninger for fagligt og personligt begrundede bidrag til pædagogiske opgaver". Også i bekendtgørelserne for den fælles pædagoguddannelse, som socialpædagoguddannelsen i 1992 blev en del af, finder man en formulering om "personlig udvikling".

Socialpædagogisk arbejde betegnes ofte også som relationsarbejde, dvs. at arbejdet næppe kan gennemføres, uden at socialpædagogen etablerer kontakt, har en relation og indgår i et samspil med de mennesker, hun arbejder med. Kontakt, relation og samspil er altid også personbunden, og derfor kan man også tale om pædagogens fagpersonlighed. Den indeholder selvfølgelig også kunnen og viden.

Den socialpædagogiske opgave er dels en social opgave, dvs. en opgave, der handler om at få "det sociale", menneskers samliv i samfundet, til at fungere, også når det er svært. Opgaven er som regel rammesat af lovgivning og konventioner og finansieres offentligt. Før i tiden talte man om integration, i dag bruger vi oftest begrebet inklusion som et nøgleord. Kort sagt, det handler om at bygge bro mellem den, der er i en udsat position, og det almindelige sociale liv. Skal den, der indtager den udsatte position, flytte sig, eller skal samfundet påvirkes på en sådan måde, at positionen ikke længere er udsat? At stå fast på udsattes rettigheder er eksempelvis en måde hvorpå man gør positionen mindre udsat.

Dynamikken i det socialpædagogiske arbejde kan tegnes i følgende figur (se også Rothuizen, 2014):



Da forholdet mellem social integration og personlig identitet påvirkes af kvaliteten af relationen og af social deltagelse, er grundlæggende opgaver for pædagogen at indgå i en befordrende relation og at formidle en konstruktiv sociale deltagelse.

Figuren er inspireret af den iagttagelse, man gjorde sig i de første forsøgsprojekter på det socialpsykiatriske område, først i 1990'erne. Vi lagde mærke til "den onde cirkel": jo mere udstødelse, desto værre gik det den sindslidende, og omvendt, jo værre det gik, desto mere udstødelse. Den cirkel måtte kunne vendes: fra udstødning til deltagelse (Krogstrup & Else Stenbak, 1993). Deltagelse både i en relation, men også i samfundet. Deltagelse i relationer og i samfundet kan bidrage til at vende den onde cirkel, hvor fornemmelsen af ikke at slå til bekræftes af udstødning, og hvor udstødning fører til ensomhed, der bidrager til, at man ikke føler sig meget værd.

Det sociale arbejde har dermed også et pædagogisk islæt, idet det handler om *at den anden kommer til sig selv*. Pædagogikken er kendetegnet af, at den bidrager til menneskers udvikling på tre forskellige måder: gennem *socialisering* bliver den anden én af os, gennem *kvalificering* kan hun udvikle viden og færdigheder, der kan bringe hende videre og gennem *subjektificering* bliver den anden til en helt egen person (Biesta, 2011, 2014). Den sidste opgaves vanskelige og paradoksale karakter kommer til udtryk i den pædagogiske opgave "at føre barnet til sig selv". Subjektificering har i høj grad at gøre med et menneskes integritet.

I interviewet med Mogens Seider siger han: "*Socialpædagogik foregår i en arena, og du aner ikke, hvad det er for rollehæfter, de andre har. Hvis du gerne vil have det foregår på en scene, hvor du står, og nogle andre ser på dig i hovedrollen, så skal du finde noget andet at lave. Hvis du accepterer, at det er i en åben arena, hvor man er nødt til at snakke med hinanden om stykkets udvikling, så bliver det kaotisk, og det kaos forvirrer rigtig mange medarbejdere, folk vil have orden i tingene. Du må respektere, at den anden har et andet tempo og en anden dagsorden end dig*".

Dermed udtrykker han, at det socialpædagogiske arbejde altid er behæftet med en usikkerhed, at man skal have situationsfornemmelse, for hvis du vil give plads til den anden som et subjekt, må du finde dig i, at du ikke kan styre tingene, at du ikke altid på forhånd ved, hvor du ender. Den karakteristik gælder alt pædagogisk arbejde.

Det betyder dog ikke, at man ikke også har brug for værktøjer, for viden og for færdigheder.

Fra værdier til hverdag

"Fra værdier til hverdag" er titlen på et hæfte, der er udarbejdet af det socialpsykiatriske center i Hillerød, Orion (Orion, 2014). Det er et metodekatalog. En af beboerne på stedet har kommenteret metodekataloget sådan: "Et metodekatalog skal være en invitation til improvisation". Stedet og forfatterne tager dermed klart afstand fra opfattelsen af en metode som en "manual", der skal følges. De skriver: "*At arbejde metodisk handler om at foretage begrundede valg og om at være systematisk – og så handler det først og fremmest om at arbejde på en måde, hvor man lærer af sine erfaringer og justerer den videre indsats på baggrund heraf. At arbejde*

metodisk er altså også at arbejde dynamisk. Det, der er den gode metodiske indsats den ene dag, er dermed ikke nødvendigvis den gode metodiske indsats den næste” (s. 5).

Metoder afspejler erfaringer og refleksion over erfaringer og fremgangsmåder, der har været hjælpsomme i nogen situationer, som man kan øve sig i, men som også altid må vælges med omhu i forhold til den aktuelle situation, ligesom måden de så bruges på også vil være forskellig.

På Orion placerer man sig således mellem de to poler i debatten om, hvordan man skal forstå og håndtere en psykosocial rehabiliteringsindsats. De kendetegner selv de to positioner sådan: *“Nogle stemmer i debatten peger på, at et fokus på metode i arbejdet med mennesker med sindslidelse er ensbetydende med en overhængende fare for, at det nødvendige fokus på den enkeltes situation, det levede liv og relationen mellem den professionelle og brugeren går tabt, mens andre peger på, at en indsats bygget op omkring stringente ‘evidensbaserede’ ‘sociale behandlingsmetoder’ er den nødvendige vej frem, hvis der skal brydes med den vilkårlighed, man mener, det socialpsykiatriske felt i Danmark har været præget af” (s. 7).* At stille sig mellem de to poler betyder, at den udviklingsstøttende relation, situationen og fokus på det levede liv ses som forudsætning for den gode metodiske indsats.

Metoder er altid del af en tilgang, der bygger på bestemte værdier og antagelser og som kan være forbundet med teorier. Værdier og antagelser kommer først, så tilgangen og derefter metoderne. Værdier og antagelser, der hører til den socialpædagogiske tilgang, er bl.a., at det andet menneske altid først og fremmest må ses som en (potentiell) deltager, både i det store (samfundet), i det nære (det omgivende samfund) og i det små (i relationen). Socialpædagogikken ser individ og fællesskab i en vekselvirkning; det giver nogen fingerpeg om, hvordan man skal arbejde, men det afføder også, at arbejdet altid vil foregå i spændingsfelter, hvor socialpædagogen selv skal navigere. De fleste vil genkende følgende spændingsfelter:

1. Arbejdet er såvel en opgave, der skal løses, som en opgave, man engagerer sig i. Nogle gange kan man nemmere holde lidt afstand til arbejdet, andre gange kommer det tæt på, og er det svært at lægge fra sig. En af vores informanter nævnte, at en praktikant deltog i et husmøde, og efterfølgende fortalte, at der ikke havde været andre. Hun talte ud fra den rolle, hun påtog sig: at være medarbejder, og ud fra det perspektiv var hun alene. Men selvfølgelig havde hun ikke været alene; der havde også været brugere. Skulle hun opfatte sig som medarbejder, der løser en opgave, eller som en, der hører til huset ligesom brugerne? Gennem distancen beskytter hun sig selv mod en for stor involvering, men samtidigt sender hun et signal til de andre om, at der er to typer mennesker i huset.

2. Det er vigtigt at have viden, men i de afgørende situationer kan viden ikke fortælle en, hvad man skal gøre. Man må træffe valg. Mogens Seider, en af vores informanter, sætter det på spidsen, når han fortæller "*mine unge medarbejdere – de siger en gang imellem 'hvorforsiger du ikke, hvad for en vej vi skal gå?'. Jamen, det er fordi, jeg ved det ikke*". Jo mere man ved, desto mere kan man stå åben for, at det måske alligevel kan forholde sig anderledes end man tror, at man skal vurdere situationen på sine egne præmisser. At have erfaring betyder i det tilfælde, at man står åben for nye erfaringer, og ikke, at man bare gør, som man plejer. På den anden side, så er det også vigtigt at have viden, at kende metoder, at vide hvad det handler om, for, som Mogens Seider også siger: "*De, der kommer her, de kan også være syge, og når de er allermest syge, så skal de også møde nogen, der ved noget om, hvad det er at høre stemmer, hvordan man får hjælp omkring medicin, man er nødt til at have nogle håndtag*".
3. Man arbejder med afsæt i en samfundsmæssig institution, men det er vigtigt at undgå institutionalisering. Det er godt, at samfundet tager et medansvar for, at de mest udsatte får omsorg, støtte og hjælp. Men enhver form for organiseret omsorg, støtte og hjælp er også med til at institutionalisere, til at forme dem, der benytter sig af institutionen, i institutionens billede. Er man ude på at imødegå, at de borgere, der er henvist til institutionen, bliver institutionaliserede, må man aktivt modvirke den institutionalisering. Det kan betyde, at man hellere må sponsorere et billardbord i medborgerhuset end at man selv anskaffer sig et til sit center. Omvendt kan afinstitutionaliseringen også medføre ny ensomhed og isolation, især når ressourcerne ikke følger med. Så står billardbordet ubrugt i medborgerhuset, og de to timers bostøtte om ugen går ikke med egentlig pædagogisk arbejde, men med at få styr på det mest elementære.
4. Omsorg er vigtig, men hvornår bliver omsorg til kontrol? Nogle gange skal der uanmeldt omsorg til, mild overtalelse, så går man som medarbejder til en hårfin grænse, for ikke at efterlade den anden i en måske uværdig situation. Nogle gange er det godt og omsorgsfuldt at gøre det, andre gange kan det være et overgreb. I en evaluering af en omstillingsproces på et socialpsykiatrisk bosted fortæller en af beboerne, hvor stor en lettelse det er, at medarbejderne nu forstå et nej, når hun ikke har lyst til at deltage i noget. Før i tiden blev de ved med at overtale hende. Allermest pris sætter hun dog på den medarbejder, der også ved, hvornår hun ikke skal tage et nej for et nej. Mogens Seider siger om den vigtige selvbestemmelse og medindflydelse: "*Man giver ikke medindflydelse, alle mennesker har indflydelse, nogen gange er der nogen, der har taget det fra dem, så kan vi hjælpe til med at reetablere det*".

En tilgang er kendetegnet af værdier og af en bevidsthed om spændingsfelter. I socialpædagogisk arbejde er de bærende værdier *medborgerskabet* og det, at man altid betragter den anden med respekt, fordi vedkommende har en *værdighed*. Det betyder, at indgangen ikke er, at man som medarbejder er bedrevidende, men

at man altid er ude efter at skabe situationer, hvor den anden kan bruge sin egen dømmekraft. Man forholder sig med andre ord undersøgende, stimulerer den andens myndighed og bruger sin egen.

I Orions metodekatalog skelnes der mellem (1) rammemetoder, dvs. de strukturer, der udgør rammerne for det psykosociale rehabiliteringsarbejde, (2) dokumentations- og vidensproducerende metoder, (3) faglige processuelle metoder og (4) metoder, der anvendes i det individuelle samarbejde mellem bruger og kontaktperson. Det er ikke tilfældigt, at systemiske, narrative og faglige processuelle metoder fylder meget i kataloget. Det, der kendetegner dem, er, at de går i spænd med en værdibaseret, og at de, i kraft af deres processuelle karakter, løbende udfordrer den professionelle og brugeren til selv at stille spørgsmålet: er vi fortsat på den rette vej?

Arbejder man med sådanne metoder, fordrer det en reflektiv kultur.

Det levede liv

En af de første bøger, der udkom på området, hed "Liv i fokus" (Ramian et al., 1998). Den stiltiende modsætning er selvfølgelig "sygdom i fokus". Her er det interessante ikke sygdommen, men spørgsmålet om, hvordan man kan og vil leve sit liv, hver eneste dag.

Socialpædagoger kendte den tilgang i forvejen fra eksempelvis arbejdet med udviklingshæmmede, hvor begrebet "livskvalitet" i 1990'erne blev et vigtigt begreb. Man skal interessere sig for mennesker og deres liv, deres hverdagsliv, og lige så stille, sammen med dem, arbejde på et hverdagsliv med kvalitet. I 1990'erne kom der også fokus på liv på den retspsykiatriske afdeling på Psykiatrisk Hospital i Aarhus. Midt i dette årti startede man med systematisk at ansætte pædagoger. Jan Nielsen, der dengang var oversygeplejerske og medinitiativtager til denne drejning, fortæller om det:

"I '92 var der ikke pædagoger. Det startede på baggrund af en analyse af opgavens karakter. Retspsykiatri er lange forløb, og hvis sådan et forløb skal give mening, så rummer det en medicinsk behandlingsdel og plejedel, men så rummer det også en adfærdsdel: hvordan regulerer man sin adfærd, når man kommer ud, hvordan er det, man agerer i alle de situationer, man bliver bragt i, såvel indenfor som udenfor afdelingen, som kan være nemme eller konfliktfyldte. Da vi så sådan på det, så kunne vi godt se, at akutpsykiatri ikke rummer meget socialpædagogik: det er korte intensive behandlingsorienterede indlæggelser. Dengang startede vi med at tænke arbejdet i retspsykiatrien i et længere perspektiv: hele den del med at lære at leve med sin sygdom og hvordan man agerer i sociale sammenhænge, hvad er det for aktiviteter, der er gode at gå til for mig – det lå der en klar pædagogisk rolle i. Hvis vi ikke arbejder med læring på afdelingen, ja så kommer de ud og vil med stor sandsynlighed genoptage "gamle" adfærdsmønstre, "gamle" netværk og reagere, som de tidligere gjorde".

Det siger egentlig sig selv, at det er godt at være forberedt til et hverdagsliv, når man forlader den retspsykiatriske afdeling – eller en hvilken som helst anden psykiatrisk (langtids)afdeling. Jan fortsætter: *“Vi fik folk ind, der var svært svært syge, og så var det ligesom om, når de så var behandlet og tilstanden stabiliseret, så var der faktisk rigtig mange, der var interesseret i at lære at begå sig igen, så vi havde sådan ret så tydeligt skift i fokus fra behandling til det hverdagsliv, de på et tidspunkt skulle ud i igen. Det kunne godt være, folk fortsat var psykotiske, men de var stabile, og så var det sådan set muligt at begynde at arbejde med det pædagogiske der. Det var egentlig nemt nok at se hvornår. Og personalet forblev med hver sin identitet og sit fokus. Selvom de selvfølgelig var sammen om at løfte den samlede opgave, og fx også af at tage sig af akutte situationer”.*

Jan Nielsen lægger vægt på hverdagsliv, på aktiviteter og på den læring, der skal til for, at de retspsykiatriske patienter efter deres ophold undgår at komme i den samme situation, som de var i før. Træning og læring er individuelt, forudsætter at man kender hinanden, og sammen finder ud af, hvad der er relevant at arbejde med.

Jan Nielsen fortæller også om, hvordan pædagoger er med til at kaste nyt lys over kendte problemer. Der er eksempelvis unge mænd med psykiatriske problemer, der ikke rigtig kan finde den livsbane, som de gerne vil følge. Så foreslår man dem det ene og det andet, men det har de ikke lyst til, og i journalen står der så måske bare “manglende lyst”, som hurtigt bliver tolket i retning af “depressive symptomer”. Men måske er den manglende lyst bare et udslag af, at de ikke rigtig ved, hvordan de finder ud af, hvad de har lyst til, og så kan man arbejde mere pædagogisk med motivationsanalyse, gruppesessioner, og det at lære at finde ud af, hvad man kan tænke sig, og hvordan man kan arbejde med det.

Socialpædagoger kan være gode til en sådan procesorienteret tilgang. Nogle gange kan der være en spænding mellem en sådan procesorienteret tilgang og kravet om, at man skal dokumentere alt. Kravet om dokumentation ledsages som regel af et krav om planlægning, hvor man sætter klare mål, og dokumenterer arbejdet i retning af disse mål. Men i denne type arbejde, hvor problemer tit er vilde, holder målene langt fra altid, så skal man lave om på planerne undervejs, og i dokumentationsprog betyder det, at man angiver, at man ikke har nået sit mål. Det ser ikke godt ud på papir, mens det i virkeligheden måske er det bedste, man kan gøre.

Går man op i – eller er man nødt til at gå op i – planlægnings- og dokumentationsregimet, så vil man mange gange dokumentere, at man ikke når de mål, der er sat, og dermed fortæller man hele tiden brugeren, hvad han ikke kan. Det befordrer hverken selvtillid eller tillid til systemet.

En hverdagslivstilgang fordrer, at man sammen gør sig både ambitiøse og realistiske forestillinger om det hverdagsliv, og at man så arbejder ud fra en stærk relation, og med mulighed for at blive klogere og justere processen.

Livshistorien

Jónas Gústafsson's bog "Livshistoriefortællinger – nøglen til livet" (Jónas Gústafsson m.fl., 2014) tager også afsæt i det levede liv – ikke i en diagnose- og sygdomsfortælling. Livshistoriefortællingen, skriver han, skaber (ny) mening og sammenhæng i et menneskes liv, og bidrager dermed til, at man kan komme videre. Livshistoriefortællingen præsenteres som en metode, så man er opmærksom på rammerne og på, hvordan man kan gøre, men den enkelte fortælling vil altid blive til i et unikt forløb, hvor der også knyttes bånd. Livshistoriefortælling er på en gang metodisk og relationsarbejde. Gústafsson giver tre gode grunde for arbejdet med livshistoriefortællinger (s. 13):

- 1. Brugeren får en chance for at erstatte en begrænsende identitets- og sygdomsfortælling med en fortælling, der tager udgangspunkt i det levede liv og de værdier, drømme og håb, som knytter sig hertil.*
- 2. Medarbejdere får mulighed for på en mere systematisk måde at styrke fordybelse, indsigt og kvalitet i relationsarbejdet som led i kontakten med den enkelte bruger.*
- 3. Organisatorisk og kollegialt kan det fremme en øget parathed til refleksion over kultur og roller.*

Livshistoriefortællingen bliver en metode, der understreger individets ejendomsret til egen historie og dermed til sit eget liv. Bogens 12 forfattere har igennem ti år i vidt forskellige settings arbejdet med livshistoriefortælling. De har mødt hinanden i et netværk, hvor de har udviklet den metodiske tilgang i arbejdet. Det er et eksempel på, hvordan man med afsæt i en fælles værdsættelse af hverdagen kan samle erfaringer, pege på fremgangsmåder, videregive gode og inspirerede historier og samtidig bidrage til faglig udvikling.

Det levede liv, et aktivt liv

I socialpædagogikken bruges begrebet "det fælles tredje" for at angive, at mennesker forbinder sig med hinanden, fordi de har en fælles interesse i at være i verdenen. Mennesker forbinder sig med hinanden i fælles bestræbelser på at bebo og håndtere dele af verden, da det er gennem et verdensforhold, man udvikler sig. Selv om man kan sige, at socialpædagogisk arbejde er relationsarbejde, så er det altid et relationsarbejde, der forholder sig til verden. Relationer opstår og bliver meningsfulde, når man sammen forholder sig til aspekter af verden, når der er et fælles tredje.

Derfor er socialpædagoger som regel også aktive sammen med de borgere, de arbejder med. Ved at være sammen om noget, får man noget andet at tale om, og måske er det gennem talen om vores involvering i verden, at vi nogle gange udvikler os mere, end gennem talen om os selv. Det fælles tredje kan være mange forskellige ting. Det kan både være hverdagsagtige gøremål, det kan også være

aktiviteter, der giver god mulighed for, at man udtrykker sig og bliver en del af et æstetisk fællesskab. Fælles tredje vil næsten altid også kalde på en kropslig involvering i verden: man gør noget. Det kompenserer for, at den ikke medicinske krop som regel er overset i de behandlingssystemer, hvor den medicinske krop fylder meget.

Museet ved det psykiatriske hospital i Aarhus er opkaldt efter en tidligere patient, Ovartaci, som var en meget produktiv og ekspressiv kunstmaler. Navnet Ovartaci fandt han selv på, det udtales som “overtosse”, og det var hans måde at matche overlægen på. Maleri og musik er fælles tredje, nogle gange kombineret med gøgl. Som hos ensemblet “De Splittergale” fra Aarhus.

På socialpædagogiske institutioner er der visse traditioner for, at der, evt. i perioder, også kan ansættes medarbejdere med en baggrund som håndværker, mekaniker eller kunstner, netop for at kvalificere arbejdet med “fælles tredje”. Et fælles tredje, som tilsyneladende er populært i dag, er idræt, nogle gange eksplicit koblet med “sundhed” og “livsstilsændringer” (Socialstyrelsen, 2013).

En undersøgelse af barrierer og muligheder i forbindelse med implementering af idræt og fysisk aktivitet indenfor den kommunale socialpsykiatri fortæller bl.a., at relationer udvikler sig gennem fælles aktiviteter, men også at den professionelle relation kan være bindeleddet mellem borgeren og dennes deltagelse i diverse idrætsaktiviteter (Topp, 2013). Et af de forhold, der også nævnes i undersøgelsen, er, at sådanne aktiviteter kan ramme medarbejdernes blufærdighed. Ved at indgå i fælles aktiviteter blotter man jo også sig selv. Man er mere “ligestillet” i aktiviteten, end man er som “socialarbejder” og “klient”.

En anbefaling fra projektet er, at det er vigtigt, at man tiltrækker de “rigtige” medarbejdere, de der kan se en mening i at lave idrætsaktiviteter for psykisk sårbare, og som samtidig udviser interesse og engagement i forhold til at motivere borgere og kolleger. Socialpædagoger trækker i deres professionelle arbejde på forskellige sider af sig selv – det, som man selv er optaget af, kan lide, eller vil blive bedre til, kan bruges i det professionelle arbejde.

Har man igennem længere tid involveret sig i et fælles tredje, er man blevet bidt af det, og har man fundet ud af, at der er noget, man er glad for, så øger det også mulighederne for, at man gennem den aktivitet kan udvide sin verden, slutte sig til andre i lokalområdet, i foreningsregi eller i cyberspace, der også dyrker den aktivitet. Det fælles tredje kan på den måde også befordre deltagelse og inklusion.

Relation og resonans

Når det i socialpædagogisk arbejde handler om, at mennesker selv udvikler sig, må der være plads til den udvikling. Medarbejderen vil nogle gange gå foran, nogle gange ved siden af og nogle gange bag ved. I sjældne tilfælde vil medarbejderen gøre noget ved den anden, oftere vil hun gerne gøre noget for hende, men oftest

vil hun gøre noget sammen med den anden. At gøre noget sammen indebærer, at begge må forholde sig åbent og nysgerrigt, for der er ikke bare én, der kan bestemme, hvad der skal foregå, og hvordan det skal foregå. Der skal være en vis åbenhed, en nysgerrighed, men man skal også kunne tåle at være forskellig, at ville noget forskelligt. Det kan man kun, hvis der er en relation.

Relationen kan til en vis grad bære uenighed, for selvom der er noget, man er uenig om, så har man fortsat noget sammen. Sverker Belin har skrevet bogen "Relation før metode" (Belin, 2010). Her kommer han ind på, hvad det kræver af en medarbejder at indgå i en relation med et andet menneske, der både er sårbart og såret. "*Sårede, i den forstand, at tvivlen om og det skræmmende i, hvad andre mennesker vil dem, er så stor, at de for at overleve denne angstfyldte smerte, må skade sig selv og/eller isolere sig, både fysisk og mentalt, for at holde smerten ud*" (s. 10).

Pernille Jensen og Esper Sørensen skriver i deres forord, at de blev ramt af, hvor væsentligt *vedholdenhed* er. En vedholdenhed, der bunder i en tro på, at den anden er et menneske som dig og mig. I bogen tager Belin fat i mange af de problemer man som professionel kan støde ind i, og tilbyder forklaringsmodeller, der gør det mere forståeligt og dermed udholdeligt, når der opstår problemer i forløbene.

Relation er ikke en metode, men metoder har ringe værdi, hvis ikke de indgår i og modificeres af et forløb, hvori der er en relation, og hvori der er opmærksomhed for denne relation. En relation indebærer, at man har noget sammen, men den indebærer også, at man kan ville noget forskelligt, uden at det fører til, at man fjerner sig fra hinanden. I pædagogikken anser man traditionelt relationen mellem barn og voksen som noget helt grundlæggende, både for at barnet kan få omsorg og for at barnet kan frigøre sig.

En pædagogisk relation er en relation mellem mennesker, der har forskellige forudsætninger, og hvori den ene er afhængig af den anden: Som mellem pædagogen og barnet, medarbejderen og brugeren. Magten er ulige fordelt, og den ene har, i kraft af sin merviden sin mere-kunnen og sin størrelse, en større magt og autoritet end den anden. Relationen bliver pædagogisk, når den går ud på at opheve afhængigheden. I en pædagogisk relation til barnet kan den voksne ikke bare bruge sin magt efter forgodtbefindende. Gør han det, hæmmes barnets muligheder for at komme på lige fod.

På den anden side er det ikke noget reelt valg for den voksne at afgive sin magt og merviden, fordi barnet netop også er afhængigt. Umiddelbart ser det ud til, at det er umuligt at handle rigtigt: Bruger man sin magt, svigter man barnet, bruger man den ikke, svigter man også barnet. Den eneste måde, det dilemma kan løses på, er ved, at den voksne gør sig fortjent til sin autoritet og får den af barnet. Omvendt kan den voksne kun afstå fra at bruge magt, hvis han har tillid til barnet. Den pædagogiske relation er således i princippet kendetegnet af en gensidig tillid, der gør

det muligt for den voksne at være en autoritet, og for barnet at være anderledes end den voksne umiddelbart havde tænkt.

Tænker man relationen mellem bruger og medarbejder som en pædagogisk relation, så gælder også her, at medarbejderen skal gøre sig fortjent til autoritet, dvs. at medarbejderen skal tage vare på, at der kan opstå en tillidsrelation, der også gør det muligt for hende at give plads til, at den anden selv tager føringen. Pædagogik, der bygger på en relationstankegang, vil altid give plads til, og åbne op for, uforudsigelighed, og den er velegnet til at håndtere alle de situationer, hvor der opstår ballade, og hvor balladen ikke bare er noget, der skal undertrykkes, men også noget, der rummer et potentiale (se Togsverd & Rothuizen, 2015a, 2015b).

Det var et fremskridt, da man indførte kontaktpersonordninger på institutioner, da man derved viste, at det kunne være vigtigt med en vis kontinuitet i relationen mellem borger og medarbejder, således at medarbejderen ikke bare var én blandt mange repræsentanter af et system. Men kontaktpersonordninger kan også blive et snærende bånd igen.

I en evaluering af en omstillingsproces på et bosted kom der en fortælling frem om en af beboerne, der ikke ville have en kontaktperson. Hvor man før omstillingsprocessen nok ville have sagt: "visse vasse, selvfølgelig skal du have en sådan en", så stillede man sig nu mere nysgerrig op, og ledte efter, hvad mon beboeren kunne mene med det. Det var ikke så svært at finde ud af, hun formulerede det selv: at få en kontaktperson indebærer, at man er kontaktsvag, og det er jeg ikke. Hun kunne udmærket selv angive, hvem hun kunne have en god kontakt med i hvilke situationer.

På stedet førte den indsigt til, at man turde tænke den tanke, at det ikke nødvendigvis skulle være personalet, der udpegede kontaktpersonen, men at beboerne selv kunne angive, hvem de gerne vil have (mere) kontakt med. Det gav en del uro blandt medarbejderne, for hvem vil ikke blive bange for ikke at blive valgt, hvis det skulle foregå på den måde. Alligevel gennemførte man forsøget, ingen blev fravalgt, og alle blev særligt opmærksomme på, hvad "en god relation" egentlig ville sige.

Samme forestilling om, at en relation er noget, der opstår, og ikke noget, der kan pålægges, kommer til udtryk i projektet "Resonans – livgivende relationer i socialpsykiatrien". *"Mellemmenneskelige relationer lader sig ikke sådan beherske, på uudgrundelig vis lever de på en måde deres eget liv"*, skriver Michael Freiesleben (Freiesleben, 2014, s. 16). Michael Freiesleben har i mange år arbejdet med matchning mellem frivillige kontaktfamilier og mennesker med sindslidelser. Og når matchet nu er vigtigt der, hvorfor skulle det så ikke også være vigtigt i professionelt arbejde? Eller betyder professionelt mon, at man kan indgå i den samme kvalitativt gode relation med alle og enhver? Nogle vil stille det op som et valg mellem faglighed eller personlig kontaktevne, men der er ikke tale om et enten-

eller: *“Når der er grund til at fremhæve resonansdimensionen, er det ikke for at devaluere faglighedens betydning, men for at understrege, at netop fordi resonans og dissonans altid er i spil, hvor mennesker er i kontakt, er det vigtigt som professionelle at medtænke det i relationsarbejdet. Gør vi ikke det, spiller ‘de’ os et puds som ‘blind makker’”* (s. 18).

Individualisering og plads til fællesskaber

Med orienteringen mod recovery som en individuel proces og med en styring, der lægger vægt på, at der sættes mål for den enkelte, slår individualiseringen igennem i det sociale arbejde med sindslidende. Individualiseringen og opmærksomhed for den enkelte stiller medarbejderen og institutioner over for problemer. Hvor stor en diversitet kan man rumme? Hvad nu, hvis halvdelen af brugerne er i en recoveryproces, hvor det passer dem at gå videre med integrering i lokalsamfundet gennem deltagelse i lokale aktiviteter, mens den anden halvdel er der, hvor det passer bedst med aktiviteter på stedet?

Individualiseringen medfører en diversitet, der kan være svær at rumme, administrere og understøtte institutionelt. Traditionelt har institutioner reduceret den form for kompleksitet gennem en visitation, således at alle, der kom ind, skulle leve op til bestemte kriterier. Folk med samme karakteristikker har måske nogenlunde ens behov. Den vidtgående specialisering i sygehusvæsnet er et godt eksempel på en sådan differentiering.

Når psykosocial rehabilitering og recovery nu ikke primært handler om diagnoser, men om “det levede liv”, skal man selvfølgelig ikke vende tilbage til at sortere borgere efter diagnoser. Til gengæld kan man overveje, om det giver mening at være opmærksom på, at forskellige mennesker har forskellige livsformer, og at de tilbud, man giver, kan gå i spænd med de forskellige livsformer.

I januar 2016 viste DR en tv-dokumentar i flere afsnit, “Rebellen fra Langeland”, hvor man følger socialpsykiatrichefen på Langeland, Ole Sørensen. Ole Sørensen viser selv, at han ikke har en lønarbejderlivsform, og at han er god til at tage udgangspunkt i den livsform, en del af borgerne har: hans indsats skal give mening for dem. Hvor traditionel faglighed kan medføre en forestilling om, at der findes standardmetoder til at håndtere standardproblemer, så giver Ole Sørensens tilgang anledning til debat om, hvordan faglighed og livsformer spiller sammen (DR, 2016). Et andet tiltag, der var livsformsspecifik, var By- og Boligministeriets initiativ “Skæve huse til skæve eksistenser” (By og Boligministeriet, 1999) – her viste det sig dog, at målgruppen ikke selv brød sig om betegnelsen “skæve eksistenser”, for hvad der er skævt eller lige er afhængig af, hvor man ser det fra.

Livsformsbegrebet er ikke entydigt. Det blev introduceret af etnologen Thomas Højrup, der skelnede mellem lønarbejderlivsformen, den karrierebundne livsform og den selvstændige livsform. Lone Rahbæk Christensen tilføjede to kvinde-livsformer: husmor-livsformen og baglands-livsformen. Nogen opererer også

med en klient-livsform, eller en “down-and-out”-livsform, som opstår, når mennesker er uden fast arbejde og lever af offentlig understøttelse og forsorg.

Højrup og Christensen forsøger sig med en systematisk beskrivelse af forskellige mulige livsformer med afsæt i leve- og arbejdsvilkår, mens andre bruger begrebet mere løst, ligesom man kan tale om forskellige ungdomskulturer eller livsstile. Taler man om livsformer, så bør man se dem som kulturformer præget af bestemte værdier, normer og selv- og omverdensforståelser. Livsformen kan være præget af ens historie, men selvfølgelig også af ens aktuelle omgangskreds og egne valg. Livsformen giver såvel et tilhørsforhold som en bestemt måde at stå i verden på. De har betydning for de mestringsstrategier, man har til rådighed og foretrækker. Foruden en afsøgning af menneskers individuelle ønsker og behov kan det derfor også være relevant at afsøge, i hvilke sammenhænge de hører til, og hvilke sammenhænge de gerne vil høre til. Arbejdet med livshistoriefortællinger kan i den forbindelse give gode fingerpeg.

I et organisatorisk perspektiv kan man til en vis grad differentiere tilbud i forhold til forskellige livsformer. De ældre brugere på et værested, der har fungeret i mere end 25 år, har det godt med at følges ad og at overholde de omgangsformer og ritualer, de har udviklet gennem årene. Lidt ligesom de ældre mænd i de syd-europæiske landsbyer, der kan mødes om et slag kort eller et spil boule. De yngre derimod ser selv deres ophold på stedet mere tidsbegrænset, for dem er det mere “et stoppested”, og deres bus kører videre. Det er selvfølgelig ikke meningen, at der nu skal laves nye kategoriseringer, der sætter folk i bås, så man kan lave institutioner, der kun kan tage sig af folk med en ganske bestemt livsform. Men ser man på viften af tilbud i en kommune eller et område, kan det give god mening at spørge sig selv og hinanden, om man nu også på fornuftig vis dækker forskellige livsformer, og matcher dem med tilbuddene. I modsat fald kan man nemt komme derud, hvor man dømmes mennesker til en selvudvikling som de – i et recovery-perspektiv – ikke selv har bedt om.

6. Faglighed og styring på området for psykosocial rehabilitering

I forhold til dengang der var centralinstitutioner og asylers, er der sket en betydelig afinstitutionisering, der har medført en individualisering. Individualiseringen indebærer, at der tilstræbes en bedre sammenhæng mellem den enkeltes levede liv og de tilbud, der gives. Men institutioner, dvs. den iscenesatte distribution af ydelser, kræver fortsat en form for systematik, for at man kan holde overblikket over dem og koordinere dem. Systematikken kan komme forskellige steder fra:

1. Den kan komme fra det enkelte sted, hvor man har en række tommelfingerregler for, hvordan man gør.
2. Den kan komme fra den faglighed, der bringes i spil, da enhver faglighed præges af en bestemt tankegang, en logik, fælles normer for god praksis.
3. Den kan komme fra den styring, som området udsættes for fra myndighedernes side.

Mens det traditionelle socialpædagogiske område ifølge Hansen (Hansen, 2009) har været kendetegnet af lokale tommelfingerregler, er det tydeligt, at der på området for psykosocial rehabilitering også er en stærk forvaltningsmæssig styring. I en tid med forvaltningsmæssig styring kan det være svært at få legitimitet gennem tommelfingerregler – forvaltningen vil formentlig ikke have den store respekt for sådanne lokale, mere eller mindre subjektive, påfund. For at bevare plads til faglig styring er det derfor nødvendigt at styrke fagligheden og de fælles normer for god praksis.

Fagligheden gjorde i 1990'erne sit indtog gennem referencer til "community-psychiatry" og "community mental health" og blev for alvor etableret gennem referencen til recovery-begrebet og den både operationelle og normative faglighed, der opstod rundt om dette begreb (se også kapitel 5). I Danmark er Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering nærmest at betragte som en faglig forening, der samler en lang række medarbejdere med forskellig baggrund omkring (udvikling af) en fælles faglighed.

Bostøtte og støtte- og kontaktpersoner: der udvikles tommelfingerregler og faglighed

Anne Jakobi søgte, efter endt uddannelse på Socialpædagogisk Seminarium Peter Sabro, arbejde i et bofællesskabsteam i Aarhus, hvor der i forvejen var ansat syv medarbejdere. Johannes Bredahl blev ansat i samme team kort tid efter, og han var medarbejder nr. 13. De fortæller: *"Der var meget søgning til bofællesskaber dengang, blandt andet fordi der skete en reduktion i antallet af sengepladser på de psykiatriske afdelinger. Der var gang i oprettelse af bofællesskaber, men man kunne*

ikke følge med efterspørgslen, så der var ventelister. Der var nogle kolleger, der var ude at undersøge blandt dem, der var skrevet op til bofællesskab: 'Kunne du tænke dig, mens du står på venteliste til det der bofællesskab, kunne du så tænke dig at få støtte her, hvor du bor?' Da det så havde stået på noget tid, så var der mange mennesker, der sagde: "Ja, men det kan jeg da godt nøjes med", og så blev de boende hjemme hos sig selv, bare med støtte. Så på den måde opstod støtte i eget hjem mere som en erfaring, der blev gjort, det var ikke noget, der blev sat i værk: nu skal vi foranstalte støtte i egen bolig. Det blev egentlig etableret på baggrund af en erfaring med, at mange, der så modtog det, sagde: Det kan jeg godt nøjes med, så behøver jeg ikke at flytte i bofællesskab alligevel".

I København eksperimenterede man på samme tidspunkt med støtte- og kontaktpersoner. Der skulle lidt kreativitet til for at få det til at passe ind under den daværende bistandslov, men i 1998 blev det formuleret som en mulig ydelse i Serviceloven. Benny Karpatschof evaluerede ordningen gennem interviews med de sindslidende. Ifølge Bengtsson (2011) var resultatet af evalueringen stærk positiv. Han skriver: "Det er klart ud fra de mange ting, der refereres af Karpatschof, at SKP'eren har en helt afgørende positiv betydning for de mennesker, der benytter ordningen. Evalueringens konklusion opsummerer, at SKP opfylder fire typer behov for borgerne: praktiske behov, eksistentielle behov, sociale behov og behandlingsmæssige behov. De praktiske behov spænder fra enkle, men vigtige ting i hverdagen såsom at holde orden i boligen. Det er ikke så meget, fordi SKP'eren hjælper med det, men mere, fordi hun eller han støtter og inspirerer borgeren til selv at gøre det. SKP'eren hjælper med kontakter til myndigheder og behandlere, som ofte kan være et stort problem for mennesker med sindslidelser. Endelig hjælper SKP'eren sin borger med at holde styr på økonomien, og det kan jo volde virkelige problemer, hvis den ikke er i orden. De eksistentielle behov dækkes bl.a. med fortrolige samtaler om personlige problemer. En stor del af de undersøgte borgere har kun SKP'eren at betro sig til og til at drøfte tilværelsens sværeste og vigtigste problemer med. SKP'eren er en samtalepartner, der letter byrden for personen med sindslidelse. Det er en funktion, som borgerens sociale netværk ikke har kompetencer til, da det overvejende består af personer, der har samme vanskeligheder med at tackle deres problemer. De professionelle kontakter tager sig heller ikke af det. De sociale behov varetager SKP'eren på to måder. Dels ved ganske enkelt at være en kontakt for borgeren og i mange tilfælde borgerens eneste kontakt her i verden, dels ved at arbejde for, at borgeren bliver i stand til at opnå kontakt til andre, og der er det en forudsætning, at personen har de sociale kompetencer, som er trænet gennem SKP'erens egen kontakt med borgeren. De behandlingsmæssige behov er et vanskeligt område. Sagen er nemlig, at det er et udgangspunkt for ordningen og for socialpsykiatrien i det hele taget, at der ikke sker behandling. I princippet hjælper SKP'eren derfor med at dække de behandlingsmæssige behov ved at formidle og opretholde kontakten til behandlingssystemet. I virkeligheden forholder SKP'eren sig dog også til borgerens psykiske problemer, og i to tredjedele af interviewene fremgår det, at dette sker med stor succes. SKP'erne har dermed en stabiliserende effekt og er på den måde en

vigtig støtte for behandlingen. Evalueringen opstiller en række egenskaber ved relationen mellem SKP'er og borger, som det fremgår af interviewene er vigtige for at imødekomme de nævnte behov hos borgerne. Det drejer sig om fortrolighed og tillid, respekt og ligeværdighed, ærlighed, ingen krav, men opmuntring, at kontakten også opretholdes, når borgeren har det dårligt, at SKP'erne er borgerens advokat, og at der er tilstrækkelig tid og kontinuerlig kontakt. Endvidere er det vigtigt, at interaktionen rummer udfordring og humor”.

Man kunne vel påstå, at der ved fremkomsten af den nye ordning blev udviklet mange “tommelfingerregler”, der tilsyneladende fungerede hensigtsmæssigt. Socialt isolerede mennesker kom ud af lejligheden og i kontakt med samfundet – et første skridt i det vi i dag vil kalde en recovery-proces.

Da antallet af bostøtter i Aarhus var kommet op over tyve, flyttede man til andre lokaler. Anne og Johannes husker, hvordan der blev organiseret en del fælles aktiviteter, fx var der to gange ugentligt fællesspisning. Det var, siger de, fordi det var en erstatning for et bofællesskabstilbud. Man fik bostøtte plus fællesskab. En til en-kontakten var det centrale, og så kom fællesskabet til. Tiden var, siger de, meget mere samværsagtig, og det udviklede sig af sig selv. *“Vi skulle ikke bare være der, vi skulle også udrette noget”*. De angiver også, at det er der omkring år 2000, at de for alvor begyndte at beskæftige sig med, hvad det var for et fag og en faglighed, de udøvede. Der kom psykodynamisk inspireret gruppesupervision, de satte sig ind i den systemiske tankegang og diskuterede, om det nu var professionelt fx at sende brugerne postkort, når man var på ferie.

I den socialpsykiatriske basisforståelse handler det meget om at finde balancer – og her frigjorde de sig fra den traditionelle psykiatriske faglighed, der i meget højere grad handlede om diagnoser og symptomer. Senere var de 32 medarbejdere, for efterspørgslen voksede, og de flyttede endnu en gang, denne gang for at blive delt i fire grupper. Hver gruppe dækkede et “distrikt” svarende til det, den amtskommunale lokalpsykiatri dækkede, nu skulle der for alvor samarbejdes.

De arbejdede videre med aktivitetsdelen, *“en åben café for brugere, og det blev til onsdagscafeen – den levede videre rigtig rigtig længe, den er først blevet nedlagt for 4-5 år siden. Den tradition med at tilbyde noget fælles for dem, der fik bostøtte. Hvorfor blev det til sidst ikke noget, som folk de søgte? Var det tidens ånd og individualismen, og at det simpelthen ikke er så moderne at lave de der lidt kollektivistiske “Vi laver mad sammen”-, “Vi beslutter sammen”-, “Vi handler ind sammen”-arrangementer?”*.

Der sker et skift, også fordi organisationen bliver større, ventelister skal afvikles og de oplever, at de kommer væk fra socialcentret og bliver del af en “psykiatrisøjle”. For medarbejderen var det lidt af en krise, som de skulle kravle op af igen. De var nødt til igen at spørge: hvad er bostøtte egentlig for en størrelse? Det bundede også i sammenlægningen, hvor “de andre” jo havde mere fokus på diagnoser, syg-

dom og problemer, mens “den gamle bostøtte” gik ud fra, at det vigtigste var, at brugeren ville noget med sit liv. Anne og Johannes fortæller, at de langsomt fandt ud af, at det ikke skulle gå ud på at blive ens, at det var vigtigt at se, at “de andre” også gjorde det med hjertet “og det er faktisk det, der er afgørende. Han takler det som sig og i en god mening. Og brugerne får noget ud af det, nemlig”. Forskellighed blev en fælles værdi. Og så kom der faglige tilgange, der kunne give en fælles forståelse af, hvad der arbejdes med. De nævner CARE, en tilgang, der understøtter de fire værdier i recovery-orienteringen (se også s. 54).

I den næste fase mister organisationen også noget frihed – nu skal der arbejdes, så det kan dokumenteres, der skal laves handleplaner og mål. Anne og Johannes angiver, at de har det bedre med at arbejde med værdier frem for mål. Målene binder, de er ikke ret fleksible og det, der kan se fornuftigt og overskueligt ud i starten, bliver måske irrelevant eller næsten umuligt. Det ender nemt med en stor omgang selvfordømmelse hos brugeren, fordi: det stod jo i planen, hvorfor er det så, jeg ikke kan det? Det er vigtigt ikke at blive for lineær. *“Konkretiseringen af målsætningen, den er altid problematisk, fordi der prøver vi jo at forudsige noget. Der er det bedre, hvis man kan lære folk at drømme. Der kikser de ikke, fordi de kan bare gentage drømmen, og der er ikke gjort noget galt, eller noget. Lige så snart man konkretiserer det og vil binde folk, nærmest kontraktligt på at gøre nogle ting, så holder det ikke en meter, sådan er livet ikke skruet sammen”*.

I handleplanerne skal man forholde sig til uddannelse og beskæftigelse, man kan ikke sige, at det ikke er relevant i mit liv. Men sådan er det for nogen, i hvert fald i perioder.

Anne og Johannes giver os et indblik i en historisk udvikling, hvor man begyndte med “tommelfingerregler”, udviklede faglighed og oplevede, hvordan mere administrativt indrettede systemer nogle gange kan understøtte faglighed og andre gange kommer på tværs af den. De giver også et indblik i, hvordan mere kollektive værdier og fællesskabsarrangementer afløses af en større individualisering.

Recovery-faglighed og administrativ styring

Styringen udefra blev markant med New Public Managements (NPM) sejrsgang (se også s. 56). Såvel recovery-orienteringen som New Public Management tager udgangspunkt i individet. I New Public Management bliver denne tagen udgangspunkt i individet gjort styrbar ved, at individet får redskaber til på en gang at overvåge og udvikle sig selv, og institutionens opgave bliver at understøtte denne udvikling. Individuelle handleplaner er eksempelvis et redskab, hvorigennem den enkelte selv bliver gjort ansvarlig for sin egen udvikling, og forpligtiger sig på at overvåge sig selv i forhold til den udvikling. I den forbindelse er der også en kritik af denne “styring gennem selvstyring”, idet brugeren bliver “dømt til personlig udvikling” (Mik-Meyer, 2004). Recovery-orienteringen er i højere grad relationel og den er også mere rummelig – den kan håndtere, at tingene ændrer sig under-

vejs, at mål forskyder sig, at det lige så meget er et spørgsmål om, at omgivelser skal ændre sig, som at brugeren ændrer sig, og at der er mange forskellige slags mål, hvoraf ingen på forhånd er dømt ude.

I det institutionelle arbejde kan kravene om systematik, der udgår fra NPM-styringen, også komme på tværs af recovery-orienteringen. Det er vigtigt, at man er opmærksom på, at det er en konfliktualitet, der er strukturel, dvs. at det ikke er det enkelte sted, den enkelte medarbejder eller den enkelte bruger, der "ligger på tværs", men at det kan være en konflikt mellem en administrativ styring og en faglig styring. Socialpædagoger og andre fagpersoner, der arbejder i feltet, vil ofte stå i sådan et krydspres.

Evidens: forskningsviden bringes i spil

Evidenstankegangen spiller sammen med styringsformer. Evidens handler om "hvad der virker". Begrebet kom på det sociale og pædagogiske område frem på et tidspunkt, hvor man blev interesseret i at kunne styre velfærdsområdet. Styring er nødvendigt for at overholde de økonomiske rammer, og vil man give så meget velfærd som muligt indenfor de rammer, så skal ydelserne være effektive.

Styringsbehovet kalder derfor på viden om, hvad der er effektivt. Vi har formentlig alle sammen forestillinger om, at nogle fremgangsmåder i nogle situationer er bedre og mere relevante end andre, og vi har måske også en erfaringsviden, der siger, hvad der er specielt klogt – eller dumt – at gøre i forskellige slags situationer. Styringsbehovet kaldte på noget andet end den erfaringsbaserede viden: den kaldte på sikker viden, der kunne gøre det muligt at tæmme vilde problemer (se også s. 30 f.).

Før evidensbegrebet gjorde sin indtræden på det sociale og socialpædagogiske arbejdsområde, blev det allerede brugt på sundhedsområdet. Her ser man på, om der er evidens for en behandling, dvs. om en bestemt behandling virker. Det forudsætter, at man har et tilpas præcist diagnosesystem, dvs. at man har konkrete og præcise problemdefinitioner. Så samler man en gruppe af mennesker, der alle har diagnosen, denne gruppe deler man i to, og man sørger for, at de to grupper også ligner hinanden, hvad angår fx kønsfordeling og aldersfordeling. Den ene gruppe får behandlingen, den anden får ikke, men ingen i grupperne er bekendt med, hvilken gruppe man hører til. Herefter måler man ændringen i forhold til problemet, og kan således konstatere, om behandlingen virker eller ej, eller hvor godt den virker for hvor stor en procentdel af patienterne.

Samler man en række af sådanne undersøgelser, gennemgår man dem og analyserer man resultaterne, så producerer man et såkaldt "review", der giver et klart billede af om, og i hvilken grad, behandlingen virker. Nu har man "evidens", og man kan gå i gang med at implementere behandlingen. Denne måde at tænke på passer godt til forestillingen om en indsats som en service, eller en vare, der har en "varedeklaration" og en pris. Varedeklaration og pris gør det muligt at sam-

menlige “varer” på markedet, sådan som man fx kan gøre på serviceportalen. Det bidrager til, at der opstår en konkurrence, der i sidste ende gør alle varer både billigere og bedre. Varedeklarationerne gør det ovenikøbet muligt at kontrollere de organisationer, der producerer serviceydelserne, og ved at spørge dem efter de metoder, de bruger til at kvalitetssikre deres ydelser, kan man kontrollere og akkreditere dem.

Vidensbasering, markedsføring, effektivisering og en vis form for bureaukratisering indgår alle i den styring, som er blevet kendt under betegnelsen New Public Management. Denne styreform baserer sig på en tro på, at “sikker viden” kan effektivisere den sociale service. Ønsket om en stærkere styring og om vidensbasering kan også ses som en reaktion på, at man i feltet ikke altid har været lige god til at lægge sine faglige ræsonnementer frem, måske fordi det ofte var indlysende nok for deltagerne i en praksis, hvorfor det var godt at gøre, som man gjorde (jf. begrebet “tommelfingerregler”, se s. 47). Mens ønsket om en tydeligere faglighed kan være forståeligt, er “løsningen” på problemet mindre indlysende. Ønsket om en stærkere styring medfører et krav om øget vidensbasering. Når vidensbasering forstås som evidensbasering, kommer der fokus på viden “udefra”, som importeres.

Der er ingen tvivl om, at man med fordel kan sætte sig ind i, hvad andre har fundet ud af. Der er heller ikke tvivl om, at det hører med til professionalitet, at man kan lægge faglige ræsonnementer frem, så andre kan få indblik i, hvad man gør og hvorfor man gør det. Viden bliver bragt i spil i den konkrete situation, fordi praktikerne selv finder frem til, at den viden er relevant.

En af vores informanter fortalte: *“Evidens er ikke noget, vi snakker om. Hvis vi oplever et eller andet behov, så udvikler vi ud fra det, ja, så opsøger vi viden”*. Her giver han et eksempel. Det handler om en pige med en spiseforstyrrelse, hvor en bestemt engelsk teori hjælper dem med at få indsigt og med at finde frem til, hvordan de sammen med pigen kan tackle den. De kombinerer den viden, de finder, med de erfaringer de selv har i et forløb, hvor de løbende tjekker sammen med pigen, om de nu også er på rette vej.

Det er præcis den forståelse af evidens, som også den svenske forsker i recovery-processer Alain Topor og kollegaen Anne Denhov fremlægger i deres introduktion til at arbejde evidensbaseret (Topor & Denhov, 2014). Her kobler de evidensbegrebet til en lidt anden forståelse af effektivitet end den, der kommer frem, når man starter med et ønske om styring. Effektivitet, siger de, betyder, at indsatser skal være til hjælp for brugerne i forhold til de problemer, de slås med (s. 5). *“For at nå frem til hvilke indsatser, der egner sig bedst til en bestemt person, har man brug for viden, som må hentes fra forskellige kilder. Det er ikke tilstrækkeligt at hente sin viden fra en eller to af disse kilder, ikke hvis man vil arbejde evidensbaseret. De tre kilder er:*

- *Forskningsresultater*
- *Erfaringer fra medarbejderne i praksis*
- *Brugerens erfaringer*

(...) Evidensbaserede indsatser kan altså aldrig bestå i, at én indsats eller én metode skal passe til alle borgere; uanset om de måtte have samme diagnose eller samme funktionsnedsættelse og behov. Evidensbaserede indsatser er altid individuelle og dermed forskellige fra person til person” (s. 7).

At der kan være noget om den forståelse af evidens og vidensbasering, vidner forskningen i recovery om. Mike Slade, en af Englands mest kendte og anerkendte forskere i recovery, har i 2015 sammen med kollegaen Eleanor Longden skrevet en lille pjece med titlen: “Den erfaringsvidenskabelige evidens omkring mental sundhed og det at komme sig” (Slade & Longden, 2015).

Her kommer de med afsæt i et review frem til syv evidensbaserede påstande:

1. Recovery (det at komme sig) kan bedst vurderes af den person, som gør sig erfaringen.
2. Mange mennesker med psykiske problemer (mental health problems) kommer sig.
3. Når en person ikke længere lever op til kriterierne for psykisk sygdom, er vedkommende rask.
4. Diagnoser udgør ikke noget robust grundlag.
5. Behandling er et spor blandt flere, man kan følge på vej mod recovery.
6. Nogle mennesker fravælger psykiatrisk og socialpsykiatrisk behandling og service.
7. Man kan ikke sige noget entydigt om betydningen af psykiske og psykiatriske problemer.

De bruger her evidensbegrebet til at vise, hvor vigtigt det er at have en nuanceret og åben tilgang til mennesker, der oplever den slags vanskeligheder, som man plejer at benævne som psykiatriske.

7. Recovery-orientering: et samspil mellem faglighed, kultur og organisation

De sidste ti år har recovery været et centralt begreb i udviklingen af socialpsykiatrien i mange kommuner. Dette afsnit tager udgangspunkt i personlige erfaringer fra implementeringen af recovery-orientering i Aarhus Kommune. Forfatteren har selv været aktiv i understøttelsen af implementeringsprocessen, som for alvor tog fart i 2007.

Begrebet recovery, i en socialpsykiatrisk sammenhæng, har rødder tilbage i 90'erne, hvor Universitetet i Boston, USA, interesserede sig for, hvilke faktorer der havde betydning for, at mennesker med psykiske lidelser kunne komme sig. I Danmark var Pernille Jensen (Jensen, 2006) en af pionererne på området, og hendes definition af recovery, som begreb, som fænomen og som tilgang blev grundlæggende.

I forståelsen af begrebet recovery lænede Pernille Jensen sig op af definitionen fra Boston: *“Recovery er en dybt personlig og unik proces, der ændrer ens attitude, værdier, følelser, mål, færdigheder og/eller roller. Det er en måde at leve et tilfredsstillende, håbefuldt og bidragende liv på trods af eventuelle begrænsninger forårsaget af sygdommen/misbruget. Recovery betyder udvikling af ny mening og formål i ens eget liv”* (Anthony, 1993).

Recovery handler altså ikke om helbredelse, eller om at vende tilbage til – snarere om at komme videre: *“Det er en proces hen i mod et nyt selvbillede, et jeg som ikke er fuldstændig underkastet af sygdommen/misbruget”* (Strauss, 1989).

Med denne definition af recovery som en personlig proces bliver det nødvendigt at tydeliggøre, hvad der har med brugerens proces at gøre og hvad der har med de professionelles indsats at gøre. Vi brugte betegnelsen “recovery-orientering” for at signalere, at det nok så meget også handlede om de organisatoriske rammer for udøvelsen af den professionelle hjælpeindsats. Nu skelner vi skarpt mellem brugerens proces og de professionelles indsats, som vi betegner som psykosocial rehabilitering.

“Recovery er individuel proces, der foregår i en social kontekst, du kan ikke gøre det alene, og beder du om hjælp, skal du møde nogen, der har noget i værktøjskassen. Du skal kunne vælge på en palet af hjælpemuligheder. Recovery er aldrig en færdig pakke” (Mogens Seider).

At styrke fagligheden – kan man uddanne sig til recovery-orientering?

I Aarhus Kommune udviklede vi, som et led i implementeringen af recovery-orientering et uddannelsesforløb, som byggede på CARE-metodologien (Hollander og Wilken, 2006). 17 instruktører blev uddannet af STORM Rehabilitation fra Hol-

land, og efterfølgende fik instruktørerne den opgave at uddanne samtlige medarbejdere i Socialpsykiatrien i metodologien.

Johannes Bredahl, som vi har interviewet i forbindelse med dette hæfte, var en af disse instruktører. CARE-tilgangen angiver en systematisk ramme for arbejdet med at støtte borgerens recovery-proces. Hjælpearbejdet er faseopdelt og beskrives som en samarbejdsproces mellem den professionelle og borgeren, hvor det er helt centralt at sikre, at der er en fælles forståelse af, hvad sigtet med arbejdet er. CARE-faserne i den professionelle arbejde er:

1. Etablering af kontakt – orientering – udforskning
2. Vurdering (assessment)
3. Opstilling af mål
4. Planlægning
5. Implementering
6. Monitorering, evaluering og feedback

Her er faserne gengivet som en lineær fremadskridende proces, men det er helt centralt, at de forstås cirkulært. Hvis borgeren ikke er helt med i, hvad der foregår, vender man tilbage til “vurderingsfasen” og etablerer en fælles forståelse derfra. Faseopdelingen ligner den, man kender fra projektarbejdsformen (Mørch, Sven (1993). “Projektbogen. Teori og metode i projektplanlægning” (Ribikon), dog med understregning af cirkulariteten.

På den ene side var recovery-værdierne (Anthony, Rogers, & Farkas, 2003)

- Personorientering
- Personinvolvering
- Valgmuligheder
- Potentiale for udvikling

og på den anden side var CARE-systematikken. En vigtig diskussion i implementeringsprocessen, på daværende tidspunkt var netop vægtningen mellem værdierne og systematikken.

Diskussionen var på daværende tidspunkt, i 2008, ret polariseret, og først langt senere blev det klart, at de to perspektiver på recovery-orientering var hinandens forudsætninger. Det rent værdimæssige udgangspunkt var, som afsæt i implementeringsprocessen, for lidt handlingsanvisende, mens vi i CARE-systematikken savnede et formuleret værdimæssigt afsæt.

To af interviewpersonerne udtrykker det sådan: *“Vi får nogle fælles ord: Værdierne blev lanceret og konkretiseret ... Så var der noget med faser, som blev præsenteret.*

Det var en interessant måde at hjælpe sig selv til at se noget mere på afstand, fordi vi, når vi arbejder, så er vi jo meget, meget tæt på, og vi kan meget nemt blive helt inde i dagligstuen – vi kan nemt blive for indforstået. Med det her kan man så prøve at lave et andet perspektiv, hvad det er, der er gang i i den her dagligstue. Der blev også en opmærksomhed på tidsperspektivet, som fik noget mere substans” (Johannes Bredahlog Anne Jakobi).

De uddannelsesforløb, der blev sat i gang for samtlige medarbejdere, CARE basisuddannelsen, betød, at CARE-instruktørerne fik en central rolle i vurderingen af det faglige niveau i medarbejdergruppen. Her gik bølgerne til tider højt: en stærkt værdiorienteret tilgang kunne give mindelser om “Berufsverbot”, dvs. at man ikke var egnet, hvis man ikke kunne skrive under på værdierne. Medarbejderne kunne også undre sig over, at det var CARE-instruktører, der på den måde lagde linjen – var det ikke ledelsens opgave at sikre fagligheden i organisationen? Uanset hvad, så medvirkede basisuddannelsen til, at fagligheden blev udfordret og kom til debat.

Personinvolvering og handleplan

Personinvolvering og brugerinddragelse har været et vigtigt tema i implementeringen af recovery-orientering. *“Fra et rehabiliteringsperspektiv betyder personinvolvering, at alle dele af indsatsen fra udredning, plan, til støtte og evaluering så vidt muligt gennemføres i en inddragende proces, som baseres på et ligeværdigt samarbejde med borgeren” (Aarhus Kommune, 2012).*

Et vigtigt instrument i samarbejdet mellem borger og professionel er handleplanen. Allerede i 2005 blev der gennemført obligatoriske handleplankurser for samtlige medarbejdere i socialpsykiatrien. En forudsætning for at deltage i kurset var, at man som ansat fulgtes med en borger, som havde kontakt med psykiatrien. På den måde kom der fokus på samarbejdet mellem borger og ansat og isolationen af den professionelle udøvelse af ens faglighed blev ophævet, i hvert fald for en stund.

Budskabet i handleplankurserne var, at det at sætte mål for samarbejdet med borgeren skulle ses som en tilbagevendende, dynamisk og cirkulær fælles proces. Med andre ord, succeskriteriet for det pædagogiske arbejde, kunne ikke alene være et spørgsmål om, hvorvidt målet var nået. En proces, hvor det viste sig, at andre mål end dem, der var noteret i handleplanen, blev mere betydningsfulde for borgeren, kunne være et vigtigt skridt i vedkommendes recovery-proces.

Med servicelovens krav om handleplaner og New Public Management-bølgen (som nævnt på side 50) bliver det et skisma i handleplansarbejdet, som socialpædagogen må håndtere.

To af interviewpersonerne udtrykker dilemmaet sådan:

“Det er jo så det, vi måske mærker i handleplanen, at det der med målet måske bliver “voldet” lidt i handleplanen. Det er vigtigt for mig at håndtere ... Vi støder også på andres ønsker til, at vi skal sørge for, at der bliver opnået nogle mål, og det gør vi bare ved at strukturere fx en hverdag – så må de her mål jo kunne opnås. Eller hvis vi bare siger, så gør vi sådan og sådan, så må vi da kunne opnå målene. Og så står vi tilbage og kan ikke forstå, hvorfor de der mål så ikke kunne opnås, og vi kan heller ikke forklare den, der har modtaget bostøtten, hvorfor vedkommende sidder og er desperat over, at det ikke kunne lade sig gøre, når vi nu lavede sådan en god plan og ender med en stor gang selvfordømmelse: Fordi det stod jo på planen, hvorfor er det så, jeg ikke kan det? Og der synes jeg, der var også noget af det fra CARE, som var hjælpsomt. Hvor vi havde været meget underlagt det der lineære krav ... Der kom der nogle flere nuancer og dimensioner ind i det, som var en lettelse. Konkretiseringen af målsætningen, den er altid problematisk, fordi der prøver vi jo at forudsige noget. Der er det bedre, hvis man kan lære folk at drømme. Der kikser de ikke, fordi de kan bare gentager drømmen, og der er ikke gjort noget galt, eller noget. Lige så snart man konkretiserer det og vil binde folk, nærmest kontraktligt på at gøre nogle ting, så holder det ikke en meter, sådan er livet ikke skruet sammen. Det er jo ikke fordi der er noget galt med mål, men måske måden vi har gået til det på og forstået det, det har i hvert fald ikke givet resultater. Ved at organisationen har taget det til sig (det med at lave målsætning for hjælpearbejdet) har de lagt noget linearitet ind. Hvor så CARE og recovery bliver til midler til at lave den produktion, man godt vil have lavet. Det er der, hvor systemtænkning og mennesketænkning, det ligesom skal finde sammen, at det går hen og bliver skævt. Og det er der vi står!” (Anne og Johannes).

Handleplanens dobbelte funktion, som dokumentationsredskab og som udtryk for borgerens drømme, udfordrer det socialpædagogiske arbejde og stiller store krav til pædagogens måde at agere på i dette spændingsfelt. På den ene side er det helt grundlæggende, at der er et mål med det pædagogiske arbejde, at pædagogen har en intention med sin støtte til borgeren. På den anden side er det også pædagogens opgave at facilitere borgerens recovery-proces og understøtte læringen. Det skal hele tiden tjekkes, om målet stadig er meningsfuldt for borgeren. Det er det relationelle element i målsætningsarbejdet, oven i det ligger der et dokumentationskrav fra organisationens side, som lægger en helt anden forståelsesramme ned over målsætningen.

Relationsarbejde med læringsperspektiv

Vi har tidligere været ind på, at socialpædagogisk arbejde handler om at ville noget med den anden – og kunne håndtere, når man vil noget forskelligt (se s. 26). Med recovery-værdien om personorientering kommer der særligt fokus på borgerens ønsker og drømme, og de får nærmest status af ukrænkelighed. Det betyder med en mere dynamisk forståelse af målsætningen, at kernen i det pædagogiske arbejde forskubber sig fra indfrielse af mål mod læring.

Recovery-processen handler, som definitionen også antyder, dybest set om at få det bedste ud af sin væren i verden, lære at være i verden, evt. med sit handicap – og den professionelle bliver hjælperen, eller facilitatoren i den læreproces. Tidligere så vi i højere grad rollen som socialarbejder overfor borgeren som en relation mellem klient og professionel, hvor der var fokus på neutralitet og distance (Uggerhøj, 1994).

En af vores interviewpersoner, Anne, beskriver dette ganske præcist:

“Mange af de diskussioner vi havde dengang, de gik meget på grænser: Havde de, vi gav bostøtte, ens private telefonnummer eller havde de ikke? Sendte vi dem et postkort, når vi tog på ferie, eller gjorde vi ikke det? Det fik et noget, lidt firkantet udfald, fordi, så kom der den der snak ind over: Hvad der var professionelt og hvad der ikke var professionelt. Det blev sådan lidt firkantet” (Anne).

I den recovery-orienterede organisation ses relationen først og fremmest som et ligeværdigt forhold mellem mennesker. Det almenmenneskelige træder i forgrunden, mens det særlige, der knytter sig til diagnosen eller handicapet, bliver sekundært.

“Der oplever jeg, at vi sådan fagligt set opfatter os selv parallelt med dem, vi har med at gøre. Menneskesynet drejer sig ikke så meget om sygdomme og omstændigheder og det der, men egentlig er fællesnævneren, at det er noget, der berører os alle sammen. Det, vi arbejder med, berører jo også os, det er jo også ting, vi beskæftiger os med. Så det er et fælles vilkår, uden at man hopper ned i gryden til dem! Vi har rigtig godt fat i det fælles menneskelige, det synes jeg” (Johannes).

Understregningen af ligeværdigheden i det pædagogiske arbejde med at støtte borgerens recovery-proces fordrer, at socialpædagogen i højere grad må bruge sig selv, som person og som menneske, i samarbejdet med borgeren. Grænserne mellem det professionelle, det personlige og det private udfordres (Jappe, 2010).

Når målsætning af samarbejdet mellem borger og professionel bliver en dynamisk proces, træder læringsperspektivet tydeligere frem. Muligvis nås målet ikke, eller det ændrer karakter undervejs, men det er lige så afgørende, at borgeren lærer noget om sig selv og sin måde at agere i verden på. Dermed bliver læring og bevidstgørelse centrale begreber i det pædagogiske arbejde.

“Det er et nøgleord, simpelthen bevidstgørelse. En bevidstgørelse på alle mulige fronter. En bevidstgørelse om, hvad er det for et samfund, vi lever i, hvad er det for nogle strømninger, de (borgerne) er oppe imod? Hvad er det for nogle indre bevægelser, der rører på sig? Hvad er det for nogle relationelle ting, de befinder sig i – bevidstgørelsen om det. På en måde så ligner det så det, jeg prøver at give en ramme for i mit eget liv. Det er meget lidt noget med, at der er en rigtig løsning på noget, men simpelthen noget med at prøve at gebærde sig” (Johannes).

En anden kultur

I en omfattende udviklingsproces, som den at implementere recovery-orientering i en større organisation, er det påkrævet fra tid til anden at stoppe op og spørge sig selv, om man er på rette spor. Bevæger organisationen sig i den tilsigtede retning? Som et forsøg på at svare på det spørgsmål udviklede vi et screeningsredskab (Boldsen & Rothuizen, 2012; Petersen, Thygesen & Rothuizen, 2012). Redskabet skulle både dokumentere og understøtte udviklingen.

I udviklingen af screeningsredskabet tog vi afsæt i en indsats-teori, hvor vi prøvede at indkredse, hvilke organisatoriske forhold der var fremmede for borgerens recovery-proces. På det grundlag formulerede vi seks dimensioner, som blev vores "målestok":

- Personen i centrum
- Inddragelse og involvering
- Valg og viden
- Håb og udvikling
- Medborgerskab
- Rehabilitering

Dimensionerne tog således udgangspunkt i vores erfaringer fra arbejdet med recovery-orientering og i de internationale erfaringer. De første fire dimensioner er stærkt inspireret af recovery-værdierne.

Medborgerskabsdimensionen blev formuleret, fordi vi i implementeringsprocessen havde oplevet, at tilbuddene var forholdsvis isolerede i forhold til det lokal-område, som de var en del af. Inklusionen i civilsamfundet havde ikke haft høj prioritet.

Rehabiliteringsdimensionen var udtryk for en fokusering på fagligheden hos de professionelle. Her lænede vi os op ad Marselisborgcentrets definition af rehabilitering (Rehabiliteringsforum Danmark, 2004).

Screeningsprocessen strækker sig over et par måneder og indebærer fire tematiserede dialogmøder, hvor borgere og medarbejdere nuancerer de temaer, som screenernes analysearbejde peger på.

Screeningen udføres af to medarbejdere, som er specialuddannede. I udviklingen af redskabet er der lagt vægt på, at screenerne i deres møde med organisationen selv lever op til de værdier, som screeningen hviler på. En screening må ikke opleves fremmedgørende, og organisationen skal mødes med en ressourceorienteret tilgang, som motiverer til videre udvikling.

Etisk kodeks for screeningsredskabet

- Screeningsredskabet er skabt i den ånd og med det formål, at recovery-orienteringen i de tilbud, der stilles til rådighed for mennesker med psykisk sårbarhed og misbrug, fremmes mest muligt.
- Redskabet har en evaluerende og en udviklende del, som er uløseligt forbundet.
- I tilrettelæggelsen og udførelsen af screeningen forventes det, at recovery-værdierne udledes i praksis af screenerne. Det betyder, at organisationen, brugere, medarbejdere og leder understøttes i at formulere og definere sig selv i screeningen og er inddraget i hele processen via dialog.
- Redskabet er udviklingsorienteret og tilbuddene mødes altid der, hvor de aktuelt er i deres udvikling. De gode intentioner og viljen til forandring understøttes.
- Screeningen skal understøtte organisationens egne ressourcer til forandring og ikke være fejlfindende og dømmende.

Fra eksamensbeviserne på Diplomuddannelse for screenere.

Det datamateriale, som screenerne indsamler (spørgeskemaer, dokumenter fra organisationen og observationer fra dialogmøderne), analyseres og danner grundlag for dialogmøderne. I screeningsprocessen opfattes borgerne som helt centrale aktører, de har status af "sandhedsvidner".

Ved afslutningen af screeningen afleveres resultaterne på et formidlingsmøde for borgere og medarbejdere samt i en kort rapport. I formidlingen er der fokus på udviklingsmulighederne, men der gives også en status over "hvor recovery-orienteret er organisationen". I screeningsarbejdet bliver det slået fast, at screeningen er udtryk for et øjebliksbillede af organisationens grad af recovery-orientering. På den baggrund giver det ikke umiddelbart mening at sammenligne resultaterne fra screening af forskellige organisationer. Ligesom udviklingen heller ikke nødvendigvis entydigt kan dokumenteres ved gentagne screeninger af samme organisation. Det banebrydende ved screeningsredskabet er, at det søger at bygge bro mellem dokumentation og læring/udvikling i organisationen – på en måde kan man se dette som en parallel til det dilemma, vi skitserede i forbindelse med handleplanen.

I Aarhus Kommune, såvel som i en række andre kommuner, er der nu foretaget et stort antal screeninger. Her vil vi beskrive nogle af de temaer, som er trådt tydeligst frem i screeningerne: fleksibilitet, medborgerskab, magt og borgerinddragelse.

Fleksibilitet

Når kravet er, at personorienteringen skal være en markant værdi i hjælpearbejdet, betyder det også, at organisationen skal være parat til at skabe rammer for, at de behov og ønsker, borgerne har, bliver retningsgivende for arbejdet. Som vi har været inde på tidligere, fordrer det fleksibilitet i pædagogens samarbejde med borgeren; det er nødvendigt hele tiden at være parat til at justere indsatsen ud fra de aktuelle behov og mål hos borgeren. Den recovery-orienterede organisation må altså skabe rammer som understøtter frontmedarbejderens dynamiske samarbejdsproces med borgeren. At give plads for denne fleksibilitet har vist sig ofte at støde an mod de traditionelle styringsmekanismer, som organisationen benytter sig af: Visitation, handleplaner og BUM-model. Der er behov for en organisationskultur, som giver plads til en eksperimenterende tilgang, hvor borgernes oplevelse af hjælpen hele tiden inddrages. Det vil også være en kultur, hvor pædagogens faglige vurdering er central, samtidig med at den konkret udfordres i forhold til recovery-værdierne.

I flere screeninger har vi set, at samarbejdet mellem bestiller- og udførerdelen, altså mellem dem der bevilger støtten til borgeren og dem, der yder støtten, har været præget af uklarhed. Set fra et styringsperspektiv i organisationen er det vigtigt, at alle ydelser er bevilget og registreret, mens det set fra et borgerperspektiv er afgørende, at der er fleksibilitet i ydelsen, altså at den i et vist omfang kan tilpasses de aktuelle behov hos borgeren. I dette spændingsfelt befinder pædagogen sig og kan blive bærer af organisatoriske problemstillinger.

I samspillet mellem bestiller og udfører er handleplanen et vigtigt dokument, og i flere organisationer har det vist sig, at der er forskellige forståelser af planens funktion. Myndighedspersonen ser typisk handleplanen som en formel § 141 plan (Serviceloven, LBK nr. 150, 2015), mens frontmedarbejderen snarere ser handleplanen som en indsatsplan, som er styrende for samarbejdet med borgeren. Udover dette er der i nogle kommuner indlagt muligheder i handleplanen for at dokumentere progressionen hos borgeren. Disse forskellige funktioner, kombineret med overstående spændingsfelt, gør det til et komplekst område at agere i for pædagogen.

Medborgerskab

Mange screeninger har peget på en tendens til, at organisationerne og tilbuddene indenfor socialpsykiatrien har en tilbøjelighed til at "lukke sig om sig selv". Man kan se det som reminiscenser fra en tid, hvor tilbuddene tilstræbte at være oaser for de borgere, som var psykisk sårbare. Mange tilbud skaber rammer, så borgerne kan deltage i aktiviteter i et beskyttet miljø, uden at have blik for, at der i civilsamfundet er tilsvarende aktivitetsmuligheder. Som Mogens Seider udtrykker det:

"... jeg synes, at socialpædagoger også er med til at lave nye parallelsamfund, nye akvarier, hvor de vil have deres fag til at blomstre op, i stedet for at komme ud i

gaderne. Hele den eksplosion af civilsamfundsstrategi, der foregår lige nu, den synes jeg socialarbejderne har svært ved at gribe, for vi vil gerne have vores eget nye billardbord, eller ti cykler, som vi kan køre med i vores egen retning. Vi skal åbne døre i den lokale billard- og cykelklub, der hvor andre mennesker lever deres liv i al almindelighed. Man skal vide noget om byens liv, medarbejderne skal ikke alle sammen komme rejsende udefra. Vi skal have nogen blandt medarbejderne, der kan få de her samspilsprocesser til at fungere, vi skal ikke være så indadskuende”.

I implementeringsprocessen i Aarhus Kommuner blev det tidligt i forløbet klart, at inklusionsperspektivet ikke havde den største opmærksomhed. I 2008 blev der arbejdet med en række foregangsprojekter, og ved evalueringen af dem kunne det konstateres, at ingen af projekterne havde haft fokus på inklusion i civilsamfundet.

Senere blev inklusion i civilsamfundet derfor et fokusområde, og det blev nævnt som det første overordnede mål for implementeringen af recovery-orientering i perioden 2011-2013: *“At brugerne får adgang til civilsamfundets tilbud herunder arbejde/uddannelse samt støtte til at være ligeværdige medborgere”* (Aarhus Kommune, 2011).

Dette peger klart på, at et af aspekterne i samarbejdet med borgerne er – og i fremtiden også vil handle om – styrkelse af adgangen til civilsamfundet. Her har pædagogen i psykiatrien et vigtigt perspektiv i hjælpearbejdet, som Mogens Seider også peger på.

Magt

En recovery-orienteret tilgang til borgerne udfordrer magtforholdet mellem professionel og borger, det viser screeningerne. Ligeværdigheden, som vi har været ind på flere gange, kræver, at pædagogen revurderer sin rolle. At møde borgeren som en person med ressourcer nødvendiggør, at den professionelle “pudser de faglige briller” og ser andet end offerrollen hos den borger, der efterspørger hjælp. På den ene side har organisationen udstyret frontmedarbejderen med en magt, som kan udøves, bruges og misbruges overfor borgeren. På den anden side kan organisationens forventninger til medarbejderen sætte vedkommende i en situation, hvor valget mellem brugerbehov og organisationskrav bliver nærmest umuligt at håndtere (Mik-Meyer & Villadsen, 2007).

I dialogmøderne i forbindelse med screeningerne har vi set velmenende socialarbejdere negligere, eller måske ligefrem latterliggøre, udsagn fra borgere. Det er en markant repressiv måde at udøve magt på. Socialpædagogen står midt i dette krydspres, mellem organisation og borger, og fordomsfri åbenhed om de faktorer, der spiller ind i situationen, er en af vejene til at opløse det strukturelle magtforhold. Her må der trækkes på pædagogens evne til selvrefleksion.

Der er også det nye aspekt i magtforholdet mellem borger og professionel, at vi med recovery-orienteringen tillægger borgerens livserfaringer afgørende betydning. I den forstand giver det mening at betragte mødet mellem borger og hjælpearbejder, som et møde mellem to ligeværdige eksperter: Borgeren som ekspert på egne livserfaringer og den professionelle som ekspert på hjælpearbejde med metoder, redskaber, muligheder og perspektiver.

Screeningerne peger på, at magtaspektet er komplekst og ofte tabubelagt. Her er et vigtigt skridt at anerkende vanskelighederne og skabe rum og sprog for, at magten kan beskrives og forstås nuanceret. Her kan socialpædagerne bidrage med deres viden om at skabe og arbejde i relationer.

Borgerinddragelse

Det er helt centralt i recovery-orienteringen, at borgerne er inddraget både i det, der direkte handler om samarbejdet med den professionelle, men også i de organisatoriske forhold, såsom prioriteringer, ansættelser og generelle forhold om organisationens tilgang til samarbejdet med borgerne.

De fleste af de screeninger, vi har gennemført, peger på, at der er gode muligheder for at udvikle og forbedre indsatsen, når det handler om at styrke borgerinddragelsen og indflydelsen. Som antydnet giver det mening at se på borgerinddragelse på to planer: Dels på det område, hvor det drejer sig om indflydelse på de nære forhold, fx om borgeren har "ejerskab" til handleplanen. Dels på borgerindflydelsen på de mere overordnede organisatoriske forhold.

På handleplansområdet, som vi tidligere har været inde på, er der stadig tilbud, hvor borgerens aktive deltagelse i udformningen af planen er tvivlsom. Det er ikke altid, at borgeren kender sin handleplan, og det er i øvrigt heller ikke altid, at borgeren anser det for vigtigt, hvilket kan hænge sammen med, at organisationen ikke kommunikerer handleplanen som en fælles samarbejdsaftale. Vi møder dog også borgere i screeningerne, som giver udtryk for, at kendskab til handleplanen er en hjælp for dem: Det bliver mere klart, hvad hjælpen fokuserer på og fremskridtene bliver mere synlige.

På de mere overordnede områder er borgerinddragelsen og indflydelsen mest markant i forbindelse brugerråd. Især i de tilbud, hvor der er relativt tæt kontakt mellem borger og professionel, fungerer brugerrådene, mens fx matrikelløse tilbud (tilbud, hvor der ikke er en bygning som samlingssted), som bostøtte, ofte slet ikke har brugerråd. Men selvom der er organiserede brugerråd, er det ikke usædvanligt, at de overordnede problemstillinger slet ikke kommer op i rådene.

Få steder har vi oplevet, at de borgere, som er tilknyttet organisationen, er med til ansættelse af nye medarbejdere. Her beskriver de professionelle, at borgeren ofte har helt andre kriterier for ansættelse end de professionelle, og at det har været et godt supplement til de rent faglige ansættelseskriterier.

På det helt overordnede plan, hvor det drejer sig om indflydelse på prioriteringer, på økonomi og på politikker, peger screeningerne på, at der er en vis "berøringsangst" fra organisationens side i forhold til at inddrage borgerne. Det viser sig også, at inddragelsen, hvis den finder sted, ofte bliver på organisationens præmisser, så det kan være vanskeligt at trænge igennem som borger, hvis man ikke kender det offentlige mødekultur.

Spørgsmålet om borgerinddragelse er væsentligt, fordi det har vist sig, at borgere, der er involveret både i de nære og de overordnede forhold omkring den hjælp, de får, kommer videre i deres recovery-proces. Samtidig fremhæver serviceloven dette: *Kommunalbestyrelsen skal sørge for, at brugerne af tilbud efter denne lov får mulighed for at få indflydelse på tilrettelæggelsen og udnyttelsen af tilbuddene. Kommunalbestyrelsen fastsætter skriftlige retningslinjer for brugerindflydelsen* (LBK nr 150 [Serviceloven] 2015, afs. 16).

8. Afrunding: fra fortid til nutid til fremtid ...

Den historiske bevægelse går fra langtidsafdelinger i psykiatrisk regi til en arbejdsdeling mellem den psykiatrisk behandlingsmæssige og den sociale, pædagogiske og rehabiliterende indsats. Recovery-orienteringen kan være fælles for såvel behandlingsindsatsen som for den psyko-sociale rehabilitering.

Mens en del af de første egentlige sociale indsatser i begyndelsen af 1990'erne havde karakter af væresteder, og man lagde vægt på fællesskab og på brugerens personlige værdier og drømme, er indsatserne i dag ofte i højere grad struktureret af individuelle mål, begrænsede ressourcer, og en vis jagt på effekter, der kan dokumenteres. I forskellige systemer og til forskellige tider lægger man vægt på forskellige ting, og dermed bliver der lagt rammer for de roller og livsmuligheder, den sindslidende kan tage eller få. Patienten blev til bruger, for nu at blive til borger – en der har rettigheder og muligheder for deltagelse.

Fra en situation, hvor man gennem begrebet socialpsykiatri antydede både et slægtskab og en forskel i forhold til den medicinsk baserede psykiatri, anvender man i dag selvstændige betegnelser, som psykosocial rehabilitering og socialt arbejde. Anvendelsen af psykiatribegrebet har gjort det nemt at argumentere for, at der var tale om en særlig social og socialpædagogisk indsats, men samtidig har det associeret indsatsen til det medicinske speciale. Hvad sker der, når området helt frigør sig fra psykiatribegrebet?

Der er ingen tvivl om, at den socialpædagogiske faglighed er relevant i sektoren. Det vidner de mange ansættelser om, og af denne bog fremgår det tydeligt, at netop socialpædagogers faglighed matcher den indsats, der er brug for. Området er bemandet tværfagligt, så der bliver ikke tale om "socialpædagogiske institutioner", sådan som vi kender dem på området for psykisk-fysisk handicappede og på børne- og unge-døgninstitutionsområdet.

Socialpædagoger kan trække på deres egen faglighed, på deres socialpædagogiske tilgang og på de socialpædagogiske arbejdsformer, som på mange måder er relevante. De kan kritisk-konstruktivt bringe dem i spil, når indsatser og tilbud udvikles under nye navne, og med inddragelse af nye metoder. Recovery-orienteringen bør falde socialpædagoger let, da den er baseret på den grundlæggende pædagogiske forestilling om, at den, der har brug for hjælp og støtte, er en selvstændig person, der kun kan udvikle sig, hvis man respekterer ham eller hende som person. For pædagoger er det grundlæggende, at man ikke kan bestemme over andre, men må indgå i støttende relationer, hvor man er to om at finde vejen frem.

Netop denne forestilling om ligestilling kan også sætte socialpædagogen i et krydspres, hvor man på den ene side gerne vil værne om den beskyttelse, som en

professionel distance giver, og hvor man, på den anden side, ikke vil gøre sig til en, der er “mere værd”.

Mens recovery-orienteringen peger på, at der skal være meget fleksibilitet, og at der skal være meget plads til brugernes og medarbejdernes egen dømmekraft, kan ønsket om styring af området pege i den modsatte retning med systematikker, der kan virke begrænsende eller producere de nederlag, som man gerne vil undgå. Også her kan socialpædagogen komme til at stå i et krydspres.

Recovery-orienteringen har også gjort det oplagt at tænke borgerne ind som en ressource. Er der arbejdsopgaver på stedet, de kan varetage? Og hvorfor ikke ansætte medarbejdere med brugerbaggrund som regulære medarbejdere i den psykosociale rehabilitering? Et fantastisk tydeligt eksempel er den norske psykolog Arhild Lauveng. Hun har i bogen “I morgen var jeg altid en løve” (Lauveng, 2008) taget os med i en verden fyldt med stemmer og hallucinationer. Hun var indlagt i ti år, en verden, hvori hun kæmpede for at blive rask. Erfaringerne bruger og kombinerer hun med sin efterfølgende uddannelse til blandt andet at fremhæve alle de positive bivirkninger, “det unyttige”, det der ikke direkte indgår i en behandlingsplan, har for menneskers muligheder for at komme sig (Lauveng, 2009).

Spørgsmålet om medarbejdere med brugerbaggrund kan både forstyrre og berige forestillingen om professionalitet, og bringer konsekvenserne af recovery-orienteringen helt tæt ind på livet af det system, som de professionelle agerer i. Skal vi holde fast ved de sædvanlige krav om uddannelse? Skal tærsklen, for at påtage sig rollen, være høj eller lav? Er det måske sådan, at medarbejderen med brugerbaggrund ikke kun er rollemodel for andre brugere, men også for medarbejdere? Da man i Region Syddanmark slog seks stillinger op til medarbejdere med brugerbaggrund, kom der 130 ansøgninger. I Region Hovedstaden arbejder man med “peer support” og “recovery-mentorer”. I Region Midt arbejder man sammen med UC-Nord om MB-uddannelsen, uddannelsen til medarbejder med brugererfaringer, og her forudsætter man, at den studerende i forvejen har en uddannelsesmæssig baggrund inden for de social- og sundhedsfaglige eller pædagogiske områder.

Det er bemærkelsesværdigt, i hvor høj grad indsatsen er blevet individualiseret. Individualiseringen sætter på den ene side den enkelte mere fri, men samtidig fratager den også den enkelte oplagte muligheder for fællesskab. Socialpædagoger har altid været optaget af forholdet mellem individ og fællesskab. Til forskel fra før i tiden, hvor man i højere grad lavede plads til fællesskaber for – med Nils Christies ord – usædvanlige mennesker (Christie, 2002), siger man i dag, at de eksisterende almindelige fællesskaber skal åbne sig, fx i forenings- og klublivet.

Hvis individualiseringen ikke bare skal medføre, at man sidder alene, skal der arbejdes på den front. Det vil indebære, at medarbejdere i højere grad skal være lokalsamfundsorienterede, og der er det absolut en fordel, hvis man også selv bor i lokalsamfundet. Ja, det kan blive en særlig “kompetence” at være godt hjemme

i lokalsamfundet, og måske et ansættelseskriterium, der i nogle tilfælde kan veje lige så tungt som andre aspekter af faglighed.

Bruger man ikke de nødvendige ressourcer på åbning af eksisterende fællesskaber, kan man meget vel risikere, at skrabede individuelle tilbud af kommunen vil blive suppleret med et tilbud til alle andre i en underskudssituation, der så samles i et aktivitetshus i fx en nedlagt skole. En af vores informanter siger om det: *“og så lige pludselig så har vi fået en ny anstalt midt i byen, ikke, og så kan man gå derhen, resten af byen, og så stå og beskue: ‘nå, det er åbenbart alle dem, der har brug for hjælp her i kommunen, de kommer åbenbart derhen, hvor mine børn gik i skole i gamle dage’”*.

Individualisering i kombination med begrænsede budgetter kan medføre skrabede tilbud, med eksempelvis kun ganske få bostøttetimer og intet andet. Man kan risikere en opdeling i to grupper, hvor den store gruppe “kan nøjes med lidt” og en lille gruppe, der skal have tilbud i form af et enkeltmandsprojekt.

Netop socialpædagogers fagligt velbegrundede fokus på recovery, drømme og livskvalitet må bringes i spil for at undgå, at mange får for lidt, og de, der ikke kan nøjes med det, har så få muligheder, at løsningen bliver enkeltmandsprojekter. Der er i høj grad brug for, at man ikke kun tænker i individuelle løsninger, men også i hvordan man løbende kan (videre)udvikle en samlet tilbudsvifte, der på bedste vis kan imødekomme det samlede behov. Medarbejdere kan ikke nøjes med at engagere sig i de individuelle forløb med borgere, de må også melde sig fagligt på banen, når det handler om udviklingen af den samlede vifte af tilbud.

Der foregår aktuelt ændringer i, hvordan medarbejdere uddannes. De etablerede professionsbacheloruddannelser er i højere grad end tidligere, karakteriseret af, at de studerende skal lære at forholde sig distanceret; de skal kunne analysere, evaluere, dokumentere, reflektere, observere (Larsen, 2013). I uddannelsernes bekendtgørelser er der mindre plads til det, der i gamle dage karakteriserede de forskellige fag: omsorg, dannelse, den pædagogiske tilgang, relationer, det fælles tredje, der kan findes i æstetiske og kulturelle aktiviteter m.m. Vil vi om nogle år se en anden type professionel? Eller vil det fortsat være en kombination af personligt engagement, socialisering på en arbejdsplads i udvikling, og en faglig ballast, der gør, at fagligheden vil udvikle sig i et samspil med grundlæggende værdier, som personen i centrum, inddragelse og involvering, valg og viden, håb og udvikling?

Anvendt litteratur

- Aarhus Kommune. (2011). Strategi for styrket recoveryorientering 2011 – 2013. Aarhus.
- Aarhus Kommune. (2012). Recovery-orientering. Fællesfagligt grundlag 2012. Aarhus.
- Adolph, E., & m.fl. (1997). Socialt arbejde med sindslidende. En basisbog. Aarhus: Systime.
- Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, (16), 11–23.
- Anthony, W., Rogers, E. S., & Farkas, M. (2003). Research on evidence-based practices: future directions in an era of recovery. *Community mental health*, 39(2), 101–114.
- Belin, S. (2010). Relation før metode. At arbejde med mennesker med alvorlige psykiske problemer. København: Akademisk Forlag.
- Bengtsson, S. (2011). Danmark venter stadig på sin psykiatrireform. Et rids af udviklingen de seneste årtier. København.
- Bengtsson, S., & Kristoffersen, L. K. (2006). Særforsorgens udlægning. København: SFI Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Biesta, G. (2011). God uddannelse i målingens tidsalder. Aarhus: Klim.
- Biesta, G. (2014). Den smukke risiko i uddannelse og pædagogik. Aarhus: Klim.
- Boldsen, P., & Rothuizen, J. J. (2012). Screeningsmanual – for understøttelse og afdækning af graden af recovery-orientering. Aarhus.
- Bømler, T. U. (2000). Når samfundet udstøder. København: Gyldendal Uddannelse.
- Bømler, T. U. (2010). En kort historisk sociologisk baggrundsanalyse af den sociale indsats over for sindslidende. *Tidsskrift for Socialpædagogik*, 13(2), 3–11.
- Bonfils, I. S. (2003). Historiske spor og nutidige udfordringer i handicappolitiken. I *Handicap, kvalitetsudvikling og brugerinddragelse*. København: AKF forlaget.
- By- og Boligministeriet. (1999). Skæve huse til skæve eksistenser. Det rigtige initiativ på det rigtige tidspunkt. København. Hentet fra <http://www.statensnet.dk/pligtarkiv/fremvis.pl?vaerkid=913&repid=0&iarkiv=1>
- Center for Evaluering. (1999). Amterne og samarbejdet om de sindslidende i små kommuner. Aarhus. Hentet fra <http://knudramian.pbworks.com/f/smaak.pdf>
- Christie, N. (2002). Hinsides institution og ensomhed – om landsbyer for usædvanlige mennesker, om socialfilosofi og pædagogik. Aarhus: Klim.
- Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering, & Davidson, L. (2015). Recovery. Hentet fra <http://www.psykosocialrehabilitering.dk/recovery.html>
- DR (2016). Rebellen fra Langeland. Hentet fra <http://www.dr.dk/nyheder/indland/skulderklappene-vaelter-ind-til-rebellen-fra-langeland>
- Erlandsen, T., Jensen, N. R., Langager, S., & Petersen, K. E. (Red.). (2013). *Socialpædagogik. En grundbog*. København: Hans Reitzels forlag.
- Freiesleben, M. (2014). Når fagligheden spiller andenviolin. *Social Kritik*, 26(138), 16–25.
- Goffman, E. (2006). *Anstalt og Menneske*. København: Paludan.

- Goffman, E. (2009). *Stigma. Om afvigerens sociale identitet*. København: Samfundslitteratur.
- Greve, J. (2015). Omkostninger ved et liv med sindslidelser. *Social Politik*, (3), 5–10.
- Greve, J., & m.fl. (2012). *Et liv i periferien. Levevilkår og samfundsdeltagelse blandt danskere med svære sindslidelser*. Odense: Rockwool Fondens Forskningsenhed og Syddansk UNiversitetsforlag.
- Hagel, A., & (red). (2005). *Fælles værdier i indsatsen for mennesker med sindslidelse*. København.
- Hansen, S. J. (2009). Styring af døgninstitutioner for børn og unge. Bureaucrati, faglige metoder eller tommelfingerregler? *Tidsskrift for socialpædagogik*, 12(1 (23)).
- Hansen, V. M. (2014, September 17). Eksperter: psykiatrien mangler personale og tid. *Kristelig Dagblad*. Hentet fra <http://www.etik.dk/psykiatri/2014-09-17/eksperter-preset-psykiatri-er-%C3%A5rsag-til-flere-b%C3%A6ltefikseringer>
- Høgh, H., & m.fl. (2013). *Tvang i psykiatrien. Håndtering og forebyggelse*. Idékatalog. Aarhus. Hentet fra www.tvangpsykiatrien.cfk.rm.dk
- Jappe, E. (2010). *Håndbog for pædagogstuderende*. Frederiksberg: Frydenlund.
- Jónas Gústafsson, & m.fl. (2014). *Livshistoriefortællinger – nøglen til livet*. (J. Gústafsson, Red.). Frederiksberg: Frydenlund.
- Kragh, J. V. (2008). *Psykiatriens historie i Danmark*. København: Hans Reitzel.
- Kroghstrup, H. K., & Else Stenbak. (1993). *Fra udstødning til deltagelse*. København: Socialministeriet/Socialt Udviklingscenter Storkøbenhavn.
- Larsen, L. T. (2013). Indsamle analysere systematisere. *Gjallerhorn Tidsskrift for professionsstudier*, (16), 52–61.
- Lauveng, A. (2008). *I morgen var jeg altid en løve*. København: Akademisk Forlag.
- Lauveng, A. (2009). *Unyttig som en rose*. København: Akademisk Forlag.
- LBK nr. 150. Bekendtgørelse af Lov om Social Service, Pub. L. No. LBK 150 af 16.02.2015 (2015). Hentet fra <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=167849>
- Lihme, B., & med flere. (2015). *Det sociale betydning for mennesker med sindslidelse*. (B. Lihme, Red.). København: Akademisk forlag.
- Mik-Meyer, N. (2004). *Dømt til personlig udvikling. Identitetsarbejde i revalidering*. København: Hans Reitzel.
- Mik-Meyer, N., & Villadsen, K. (2007). *Magtens former: Sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Orion. (2014). *Fra værdier til hverdag*. Hillerød. Hentet fra <https://www.psykiatri-regionh.dk/Orion/Tilgang-og-metoder/Metodekatalog/Sider/default.aspx>
- Petersen, K., Thygesen, R. H., & Rothuizen, J. J. (2012). *Udvikling af screeningsredskab – til afdækning og understøttelse af recovery-orientering i socialpsykiatriske tilbud*. Aarhus. Hentet fra https://www.ucviden.dk/portal-via/files/10828655/Screening_af_recovery-orientering.pdf

- Poulsen, A., & Schmidt, M. (2015). Socialpædagogik i psykiatrien. Ti bud på socialpædagogisk arbejde med mennesker med sindslidelser. København: Socialpædagogerne. Hentet fra <http://fagligeselskaber.sl.dk/sindslidelser/tilbud-og-viden/artikler/>
- Psykiatrifonden. (2011). Værdier i praksis. Undervisningsbog om respekt, faglighed, ansvar. København: Psykiatrifonden.
- Ramian, K., Gustafsson, J., & m.fl. (1998). Liv i fokus. Det sindslidende menneske i hverdagen. Aarhus: Systime.
- Rehabiliteringsforum Danmark. (2004). Rehabilitering i Danmark. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. (Marselisborgcentret og Rehabiliteringsforum Danmark, Red.). Aarhus: Marselisborgcentret.
- Rothuizen, J. J. (2001). Pædagogisk arbejde på fremmed grund. På vej mod en ny forståelse af pædagogisk faglighed og praksis. København: Gyldendal Uddannelse.
- Rothuizen, J. J. (2014). Socialpædagogisk udviklingsarbejde. I T. Erlandsen, N. R. Jensen, S. Langager, & K. E. Petersen (Red.), *Socialpædagogik – en grundbog* (s. 268–281). København: Nota.
- Rothuizen, J. J. (2015). Faglighed som social deltagelse. I B. Lihme (Red.), *Det sociale betydning for mennesker med sindslidelser* (s. 102–125). København: Akademisk Forlag.
- Schmidt, A. L. (2014, Maj 8). Psykiatriboss erkender: Rekord i bæltetvang er uacceptabelt. Politiken. Hentet fra <http://politiken.dk/indland/ECE2283476/psykiatriboss-erkender-rekord-i-baeltetvang-er-uacceptabelt/>
- Slade, M., & Longden, E. (2015). *The empirical evidence about mental health and recovery: how likely, how long, what helps?* Victoria: MI Fellowship.
- Socialstyrelsen. (2013). Det gør en forskel. Om livsstilsændringer i socialpsykiatrien. København. Hentet fra www.socialstyrelsen.dk
- Sørensen, D. (2014). FN's konvention om rettigheder for personer med handicap (handicapkonventionen). *Tidsskrift for Socialpædagogik*, 17(1).
- Sørensen, T. (2013, Januar 3). Big Pharma og Psycho-Mom kommer. *Politiken*.
- Strauss, J. (1989). Subjective experiences of schizophrenia: toward a new dynamic psychiatry II. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 179–187.
- Sundhedsstyrelsen/CFK. (2015). Evaluering af satspuljeprojektet Nedbringelse af tvang i psykiatrien – 2012-2015. Aarhus. Hentet fra http://www.cfk.rm.dk/siteassets/cfk/6-projektsite/tvang-i-psykiatrien/cfk_tvangipsyk_evaluering_marts_2015.pdf
- Togsverd, L., & Rothuizen, J. J. (2015a). Pædagogik som profession. Hvordan rimer pædagogik på profession? I L. Togsverd & J. J. Rothuizen (Red.), *Pædagogiske ballader. Perspektiver på pædagogens faglighed*. København: Samfundslitteratur (in press).
- Togsverd, L., & Rothuizen, J. J. (2015b). Pædagogik, ballade og ræsonnementer. I S. Østrem, M. Pettersvold, & B. Hennem (Red.), *Profesjon og kritikk*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Topor, A., & Denhov, A. (2014). *At arbejde evidensbaseret. En introduktion. Om erfaringer, praksis og videnskab*. Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering.
- Topp, C. M. (2013). *Idræt og fysisk aktivitet i den kommunale socialpsykiatri*. Københavns Universitet.

- Tuft, K. (2009). Socialpædagogik. I N. Mors & S. I. Mørch (Red.), Pædagog i en mangfoldig verden: profession, udvikling og forskning (s. 43–57). Aarhus: Academica/Gyldendal Akademisk.
- Tuft, K. (2014). Pædagogik og etik. København: Akademisk Forlag.
- Tumling, T. (2005). Galebevægelsen. Der er ingen grænser for galskaben. Hentet fra <http://galebevaegelsen.dk/et-bud-paa-galebevaegelsens-historie/>
- Uggerhøj, L. (1994). Hjælp eller afhængighed. En kvalitativ undersøgelse af samarbejde og kommunikation mellem truede familier og socialforvaltningen. Aalborg Universitet.
- Vold som udtryksform. (2008). Temamagasin: Magt og Tvang. Hvor går grænsen? København. Hentet fra <http://www.sus.dk/wp-content/uploads/Temamagasin-magt-og-tvang.pdf>

**Socialpædagogernes
Landsforbund**
Brolæggerstræde 9
1211 København K
Tlf. 7248 6000
Mail sl@sl.dk
www.sl.dk

ISBN: 978-87-91744-02-0