

A photograph of a person wearing a brown hoodie, sitting on concrete steps. The person is looking down and to the left. In the background, there is a wall covered in colorful graffiti, including blue, purple, yellow, and orange. The overall scene suggests an urban or street environment.

FÆLLES VÆRDIER

i det sociale og sundhedsmæssige arbejde med socialt udsatte

Rapport

Indhold

Læsevejledning	7
Sammenfatning af rapporten	9
Hvad skal fælles værdier gøre godt for?	17
Målgruppen for arbejdet	21
Lovgivning og værdier	25
Anerkendelsestanken	29
Brugerinddragelse, medborgerskab og anerkendelse	33
Værdierne kan begrundes i udsattes menneskers uretfærdighedsfølelser	41
De fælles værdier	57
Særlige udfordringer vedrørende anerkendelse af socialt udsatte	63
Udviklingstemaer	69
Referencer	74

Fælles værdier i det sociale og sundhedsmæssige arbejde med socialt udsatte

Denne rapport er blevet til på baggrund af Rådet for Socialt Udsattes anbefalinger om, at formulere fælles værdier i den sociale og sundhedsmæssige indsats med socialt udsatte. Anbefalingen kom på baggrund af resultaterne af Rådets sundhedsundersøgelse "Dårligt Liv - Dårligt Helbred" fra 2009, hvoraf det fremgår, at mange socialt udsatte oplever kontakten til social- og sundhedsvæsenet negativt. Konsekvensen er, at nogle socialt udsatte vender social- og sundhedssystemet ryggen, selvom de måske har behov for behandling.

Et godt samfund kendes på den måde, det behandler de allersvageste på. Det er derfor bekymrende, at undersøgelser viser, at mange socialt udsatte borgere oplever sig dårligt behandlet i mødet med social- og sundhedssystemet. Rapporten formulerer en række værdier, som kan udgøre et fælles sprog eller en overordnet etik for det sociale og sundhedsmæssige arbejde med socialt udsatte.

Udgangspunktet har været, at de fælles værdier i høj grad må kunne begrundes i dårligt stillede menneskers egne erfaringer af mødet med social- og sundhedssystemet. Samtidig tager rapporten udgangspunkt i sociale teorier, navnlig Axel Honneths anerkendelsesteori, og adskiller sig herved fra en række tidligere forsøg på at opstille et etisk værdigrundlag for arbejdet med socialt udsatte. Tankegangen er, at kvalitet i det sociale og sundhedsmæssige arbejde i høj grad er et spørgsmål om anerkendelse, og at dette ideal kan begrundes med henvisning til de krænkelseserfaringer, som mange dårligt stillede borgere giver udtryk for.

Det er i arbejdet med socialt udsatte mennesker vigtigt at fastholde, at der findes en gruppe borgere med særlige problemer, som gør det svært for dem, at leve op til samfundets almindelige krav om funktionsduelighed og succes. Borgere som ikke profiterer af social- og sundhedssystemets almindelige tilbud, men har brug for en særlig opmærksomhed. I rapporten argumenteres der for, at socialt udsatte borgeres negative oplevelser af mødet med social- og sundhedssystemet i vid udstrækning kan kædes sammen med, at de føler sig usynliggjort, stigmatiseret og ringeagtet. De værdier, der formuleres, sigter på at minimere krænkelserne og at skabe et bedre grundlag for, at det sociale og sundhedsmæssige arbejde kan bidrage til menneskelig opblomstring.

Værdierne er ikke bare en appel til den enkelte social- og sundhedsarbejder. Hvis værdierne skal kunne sætte sig igennem og få praktisk betydning i en travl hverdag, er det afgørende, at de indarbejdes i de almindelige tænke måder, arbejdsgange og rutiner i institutionerne, og her påhviler der lederne et særligt ansvar. Samtidig må værdierne nyde almindelig opbakning i alle dele af social- og sundhedssystemet.

Vi har med glæde kunnet konstatere, at rapportens værdier og anbefalinger er blevet overordentlig godt modtaget af medlemmerne af den følgegruppe, der har været nedsat i forbindelse med projektet. Foruden nærværende rapport er der også blevet udarbejdet fem små film, der illustrerer dårligt stillede menneskers erfaringer med social- og sundhedsvæsenet, samt en pjece, der opsummerer rapportens konklusioner.

Rapporten er udarbejdet for Social- og Integrationsministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse af undertegnede dr.scient.soc. Søren Juul fra Roskilde Universitet og chefkonsulent Erik Riiskjær fra Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midt. Der har i forbindelse med arbejdet været nedsat en styre-

gruppe med repræsentanter for Social- og Integrationsministeriet, Ministeriet for Sundhed og forebyggelse, Danske Regioner og KL. I følgegruppen har indgået medarbejdere fra følgende organisationer:

Apotekerforeningen, Danske Patienter, Dansk Socialrådgiverforening, Danske Fysioterapeuter, Dansk Sygeplejeråd, Lægeforeningen, Ergoterapeutforeningen, Fag og Arbejde, Jordemoderforeningen, 3F, Bedre Psykiatri, BrugerForeningen, Dansk Psykologforening, Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere, SAND, Sind, SVID, Albertslund Kommune, Esbjerg Kommune, Frederiksberg Kommune, Guldborgsund Kommune, Herning Kommune, Høje Taastrup Kommune, Københavns Kommune, Lyngby-Taarnbæk Kommune, Nyborg Kommune, Odense Kommune, Randers Kommune, Aarhus Kommune, Familieambulatoriet – Hvidovre Hospital, Blå Kors, KFUM's sociale arbejde i Danmark, Kirkens Korshær, Kofoeds Skole, Misbrugsafsnittet Aalborg Kommune, LVS, KL, Danske Regioner, Rådet for Socialt Udsatte, Sundhedsstyrelsen, Socialpædagogerne, Region Nordjylland, region Midtjylland, Region Syddanmark, Region Sjælland, region Hovedstaden, Servicestyrelsen, repræsentant for praktiserende læger, DSI Nettet.

Vi takker både styregruppen og følgegruppen for vigtige diskussioner og kommentarer undervejs i processen, som i høj grad har sat sig spor i det færdige arbejde. Vi håber, at rapporten og de små film med socialt udsatte på www.sum.dk og www.sm.dk kan inspirere vore offentlige arbejdspladser til at gøre en ekstra indsats overfor socialt udsatte borgere.

Søren Juul

Erik Riiskjær



Læsevejledning

Det foreliggende skrift (herefter også omtalt som FÆLLES VÆRDIER) er et forslag til et af sæt fælles værdier i det sociale og sundhedsmæssige arbejde med socialt udsatte. Strukturen i skriftet er sådan, at der først gives en sammenfatning af de vigtigste resultater af arbejdet, herunder en præsentation af de mest generelle og overordnede værdier.

Herefter følger den mere udførlige begrundelse: I afsnit 1, 2 og 3 gives en redegørelse for formålet med arbejdet og for målgruppen, og det vises, at en række centrale værdier i en vis udstrækning allerede er ”skrevet ind” i lovgivningen på social- og sundhedsområdet.

Herefter redegøres der i afsnit 4 kort for Axel Honneth’s anerkendelsesteori, der udgør den betydeligste teoretiske præmis for arbejdet. Denne teori følges op i afsnit 5 om gjorte erfaringer med involvering af borgere som sociale klienter og patienter. I afsnit 6 vises det, at anerkendelsestanken kan begrundes i dårligt stillede menneskers spontane uretfærdighedsfølelser i mødet med social- og sundhedssystemet.

På baggrund af analyserne specificeres i afsnit 7 på et overordnet plan, hvad anerkendelse (og god dømmekraft) helt grundlæggende drejer sig om. De basale værdier er almene, men ofte langt sværere at realisere i arbejdet med socialt udsatte, end overfor andre mennesker. Derfor diskuteres i afsnit 8 nogle af de særlige udfordringer, der er forbundet med implementeringen af værdierne i arbejdet med socialt udsatte.

Skriftet afsluttes med formulering af en række udviklingstemaer i afsnit 9, som kan være afsæt for mere lokale diskussioner om værdier og praksis i social- og sundhedsvæsenets mange forgreninger.



Sammenfatning af rapporten

Formålet med at udvikle fælles værdier i arbejdet med socialt udsatte er, at de kan være med til at overvinde nogle af de problemer, som ofte opstår i mødet mellem social- og sundhedssektoren og socialt udsatte borgere. Løsningen på problemerne er ikke at opfinde en ny teknik eller metode, der uden videre kan tages i anvendelse og sikre den gode relation. En sådan teknik findes næppe. Snarere drejer det sig om at fremme nogle "fælles værdier" eller en fælles etik, der kan fungere som en referenceramme i mødet mellem samfundet og de udsatte borgere.

Målet med fælles værdier er ikke at ensrette eller standardisere ledere og medarbejdere eller at skabe en ensartet praksis. Godt socialt arbejde og god behandlingsindsats på sundhedsområdet må tværtimod være baseret på en dømmekraft, der er i stand til at dømme etisk og retfærdigt i konkrete situationer, dvs. tage hensyn til det enkelte menneske, dets livshistorie og de muligheder, der nu engang foreligger.

Selvom målgruppen for skriftet er socialt udsatte, som har svært ved at leve op til det moderne samfunds krav om funktionsduelighed og succes, retter pjecen sig først og fremmest til medarbejderne i social- og sundhedssystemet, herunder ikke mindst ledelsesniveauet som har særlig indflydelse på og ansvar for etikken i institutionerne.

En central forskel på dette og tidligere arbejder vedrørende fælles værdier er, at det foreliggende skrift er forankret i sociale teorier, navnlig i Axel Honneth's teori om anerkendelse. Anerkendelse er ifølge Honneth et eksistentielt menneskeligt behov og en grundbetingelse for, at et menneske kan udvikle en vellykket identitet. Dette er selvsagt relevant for et socialt og sundhedsmæssigt arbejde, der skal kunne bidrage til menneskelig opblomstring.

Der sondres mellem tre forskellige anerkendelsesbehov, der alle må tilfredsstilles, hvis et menneske skal kunne udvikle et positivt selvforhold: 1) kærlighedsanerkendelse, 2) retlig anerkendelse og 3) social værdsættelse. Til de tre former for anerkendelse svarer tre former for krænkelse: kropslige krænkelse, krænkelse af rettigheder og krænkelse af livsformer.

Empiriske undersøgelser af kontakten mellem socialt udsatte borgere og social- og sundhedssystemerne peger på, at det er svært og ofte mislykkes at skabe et positivt møde, og at mange borgere vender social- og sundhedssystemet ryggen som følge af oplevede krænkelser. Det indebærer en dårlig prognose for det sundhedsmæssige og sociale arbejde. Når dårligt stillede mennesker fx udtrykker harme over, at deres socialrådgiver eller læge ikke lytter til dem eller tager dem alvorligt, ja måske end ikke viser dem interesse, kan det læses som en appel om anerkendelse og som den empiriske begrundelse for anerkendelsesidealet.

De fælles værdier

Det, de socialt udsatte efterlyser i mødet med systemet er kvaliteter som menneskelighed, omsorg og interesse. Ofte er deres problemer så komplekse og sammensatte, at der ikke findes en bedste løsning, eller at den bedste løsning i hvert fald kun lader sig realisere i dialog og med respekt for borgeren.

Allermest grundlæggende handler anerkendelse og god dømmekraft derfor om:

- **Omsorg og menneskelighed**
- **Åbenhed og rummelighed**
- **Ligeværdig kommunikation**
- **Ydmyghed, interesse og respekt**

Men ligeværdighed betyder ikke, at parterne i relationen har lige meget magt, og formålet med de fælles værdier er ikke at afskaffe den magt, som er til stede i ethvert hjælpeforhold, både fordi hjælperen er udstyret med en række myndighedsbeføjelser og besidder en professionel viden, som borgeren er afhængig af. Det er vigtigt, at hjælperen erkender dette magtforhold, fordi det er betingelsen for, at han eller hun kan reflektere over, hvordan magten anvendes. Magten kan være produktiv og bidrage til at bringe borgeren videre i livet. Men den kan også misbruges og anvendes uetisk og illegitimt. Ydmyghed betyder i denne sammenhæng, at den professionelle kender sin begrænsning og forstår, at det er borgerens liv, det drejer sig om, og at borgeren så vidt muligt skal være arkitekt i sit eget liv.

De fælles værdier skal understøtte, at hjælperen agerer etisk og legitimt. Hvad der krænker mange socialt udsatte mennesker i mødet med social- og sundhedssystemet er, at de føler sig retsløse, ikke kender deres rettigheder eller ikke oplever, at der er rettigheder, der beskytter dem. Hvad der efterlyses er ofte mere og bedre information, fortrolighed og reel medinddragelse og ikke mindst synliggørelse og respekt for borgerens perspektiver.

Anerkendelse og god dømmekraft drejer sig derfor også om:

- **Fokus på borgerens rettigheder**
- **Ægte og ærlig information (i borgerens tempo)**
- **Reelle muligheder for medinddragelse**
- **At der handles i fortrolighed og så vidt muligt i fælles forståelse med borgeren**
- **Værdsættelse og synliggørelse af borgernes perspektiver**

Udsatte menneskers krænkelsererfaringer giver ikke et kvantitativt eller repræsentativt billede af relationen mellem borgerne og social- og sundhedsvæsenet, men ved at lytte til krænkelserne kan vi lære meget om, hvorfor relationen undertiden mislykkes. Pointen er, at systemet kan lære meget om, hvilken vej det skal gå, og hvad der positivt bør forandres ved at lytte til dårligt stillede menneskers uretfærdighedsfølelser.

Socialt udsatte borgere har grundlæggende de samme behov som andre borgere, men tilgangen til dialogen kan være helt forskellig. Anerkendelse betyder derfor ikke altid lige behandling, men kan også dreje sig om sans for forskellighed. Anerkendelse indebærer, at social- sundhedspersonalet lytter til borgerne, tager dem alvorligt og undlader at træffe beslutninger på borgernes vegne og tage over. Det indebærer også en vis koordination og kontinuitet i behandler/patientrelationen, da det kan opleves som en stor belastning for socialt udsatte mennesker at skulle åbne sig igen og igen over for forskellige og skiftende ansatte.

Mere etik kan ikke uden videre afskaffe social udsathed, endsiige ulighederne i sygdom og død, der hænger sammen med livsstilsforskelle og meget andet. Men det sociale og sundhedsmæssige arbejde kan bidrage til menneskelig opblomstring ved, at det bygger på fortrolighed og fælles forståelse, en anerkendelsesetik, der understøtter borgernes egne visioner om det gode liv.

Denne anerkendende etik er ikke bare en rettesnor for den enkelte social- og sundhedsarbejder i arbejdet med socialt udsatte mennesker. Den må være institutionelt forankret og præge den dømmekraft, som er fremherskende i velfærdsinstitutionerne. Hvis social- og sundhedssystemet skal dæmme op overfor ulighederne i sygdom og død, er det vigtigt med en forebyggende indsats, der forhindrer mennesker i at blive sårbare, og er i stand til at appellere til dem, der allerede befinder sig udenfor normalsamfundet.

At anerkende de socialt udsatte er ikke at forvente, at de er parate til at ændre deres liv i overensstemmelse med de professionelle social- og sundhedsarbejders anvisninger. For overhovedet at få dem i tale, kan det være nødvendigt at anstrenge sig for at være dér, hvor de er, når de har brug for det. Jo mindre det sociale arbejde opleves

som myndighedskontrol og mistillid, jo mere det giver rum for omsorg, nærvær, medleven og gensidig anerkendelse med afsæt i borgerens problembevidsthed, jo større er sandsynligheden for, at der kan opstå en positiv relation.

Frontmedarbejdernes særlige ansvar er at bringe den fortrolighedsviden, der opstår i mødet med borgerne, ind i diskussioner af den lokale daglige praksis, så alle medarbejdergrupper lærer af den. Fælles værdier sigter i sidste end på at fremme en god dømmekraft i social- og sundhedsinstitutioner, der arbejder med socialt udsatte. Hermed menes nogle gode og retfærdige tænkemåder, vaner og praktikker.

Hvis borgerens muligheder for at være arkitekt i eget liv "over-rules" af instrumentelle reguleringsformer, der trækker i en anden retning, bør ansatte og ledere ikke lade som ingenting. Det forudsætter en åben, demokratisk og læringsorienteret debatkultur i institutionerne, såvel som i det omgivende samfund, at have en anerkendende praksis. Dette er væsentligt både af hensyn til borgerne og de ansatte i social- og sundhedssektoren, som kan opleve reglerne som mistillid og kontrol. Det kan være en vigtig grund til stress og udbrændthed, som kan vise sig som en følelse af magtesløshed, udmattelse, manglende tro på egne evner og i sidste ende kan slå over i kynisme (jævnfør nogle af de grelle eksempler som har været fremme i medierne). Ledernes særlige ansvar er at skabe en åben og læringsorienteret debatkultur, hvor man diskuterer etiske og værdimæssige spørgsmål lige så meget som tekniske, administrative og økonomiske spørgsmål.

De fælles værdier specificerer ikke, hvad anerkendelse er i konkrete situationer. At gøre det ville i realiteten være i modsætning til anerkendelsestanken, der implicerer åbenhed og respekt for det enkelte menneske. En ansvarlig orientering i sociale relationer drejer sig grundlæggende om at synliggøre det andet menneske og om at betragte den andens værdier og egenskaber som betydningsfulde, også når de afviger fra ens egne.

Værdier har kun betydning, når de bliver en del af den kultur, der styrer praksis, eller sagt med andre ord at der skabes et ejerskab til værdierne hos dem, der har indflydelse på praksis. Derfor er dette oplæg formuleret i et tæt samarbejde med repræsentanter for området personaleorganisationer og brugerorganisationer. Det er en nødvendig, men ikke en tilstrækkelig betingelse for, at der opstår nye praksisformer overfor socialt udsatte. Først når de lokale miljøer med ledere, medarbejdere og brugerrepræsentanter forpligtiger sig til at tage diskussioner om oplægget op i dagligdagen, er der mulighed for, at den socialt udsatte mødes med mere anerkendelse. Til det formål er der formuleret 12 udviklingstemaer, der kan have forskellig betydning i de forskellige grene af social- og sundhedsinstitutioner, men som alle kan medvirke til at fremme en mere anerkendende praksis overfor socialt udsatte. Der er tale om generelle og brede temaer, som det vil være vigtigt at drøfte og arbejde videre med i en lokal kontekst. Temaerne er opstillet i tilfældig rækkefølge:

1. Samtalekulturen

Der bør skabes en respektfuld samtalekultur, der fremmer aktiv inddragelse af den socialt udsatte i dennes kontakt med social- og sundhedsmyndigheder. Det forudsætter færdigheder og vilje hos den professionelle til at sætte sig ind i den udsattes værdier, følelser, holdninger og tankegange. Dette bør bæres af en bevidsthed om, at de socialt udsatte selv er de bedste kilder til forståelse af deres ståsted og deres liv. Kommunikation kan ses som nøglen til løsning af mange andre vanskeligheder for den socialt udsatte. En dårlig kommunikation er ofte forbundet med oplevelsen af krænkelser.

2. Kontrolniveau

Jo mindre det sociale arbejde opleves som myndighedskontrol, tvang og mistillid, jo mere det giver rum for omsorg, nærvær, medleven og gensidig anerkendelse med afsæt i borgerens problembewidsthed, jo større er sandsynligheden for, at der kan opstå en positiv relation. Hvis borgeren ikke oplever, at han eller hun har et medejerskab til de planer, der sættes i værk, kan det føre til mistillid og uretfærdighedsfølelser. Dialogen bør derfor være præget af lydhørhed og nysgerrighed.

3. Engagement hos de ansatte

Arbejdet med socialt udsatte må forestås af engagerede medarbejdere med overskud. Dette må sikres gennem personaleudvælgelse, specialisering og ført personalepolitik, altså et fokus på godt fysisk og psykisk arbejdsmiljø. Det er i denne forbindelse vigtigt, at medarbejderne selv oplever, at de anerkendes af systemet, og at de støttes, når arbejdet opleves belastende eller farligt. Træning i kommunikation og supervision kan være nyttige redskaber.

4. Koordineret praksis

Sikring af samarbejde mellem faggrupper og institutioner er vigtig for den socialt udsatte. Det gælder formentlig for alle mennesker, men navnlig er det centralt for den socialt udsatte at møde en koordineret indsats uden unødigt skiftende kontakter. Det kan opleves som en stor belastning for socialt udsatte mennesker at skulle åbne sig igen og igen over for forskellige og skiftende ansatte. Særligt overgangene mellem forskellige social- og behandlingsindsatser er kendt for at kunne skabe krænkelser, tab af selvværd og selvrespekt. Kontaktpersoner af gavn kan være vigtige. Ved konflikter skal patientens tarv altid tilgodeses.

5. Anerkendelse af de udsattes kompetencer

Det er helt centralt at være åben over for den socialt udsatte og så vidt muligt understøtte de positive kvaliteter, den udsatte tilskriver sig selv. I de tilfælde, hvor den udsatte borger ingen visioner har, eller når det hele opleves udsigtsløst, må social- og sundhedsarbejderen forsøge at formulere et perspektiv for fremtiden sammen med borgeren. Brug af socialt udsatte i aktiviteter overfor andre socialt udsatte kan undertiden rumme anerkendende elementer, fordi der her trækkes på den socialt udsattes helt unikke kompetencer og erfaringer med at tackle vanskelige vilkår i livet.

6. Synliggørelse af de socialt udsatte

Den socialt udsattes stemme savnes ofte i den offentlige debat og efterhånden også i det offentlige rum. Derfor er det vigtigt, at der så vidt muligt støttes op om brugerorganisationer, der fungerer som talerør for de udsatte. Man kan herudover drøfte, hvilke muligheder de ansatte på området har for at deltage i offentlige debatter og hvordan, når vigtige emner tages op af de udsatte og deres organisation.

7. Professionel opbakning

Socialt udsatte bør kunne regne med de professionelles støtte i forhold til deres behov. Det indebærer ikke, at magt- eller kontrolaspektet ophæves, men indenfor de gældende regler og muligheder må de ansatte med deres særlige indsigt tage den socialt udsattes parti. Den socialt udsatte, skal støttes i at træffe valg inden for social- og sundhedssystemet, hvor der kan være brug for hjælp til at skabe sammenhængende forløb på grund af et opdelt behandlingssystem, der fordrer store evner til navigering.

8. Undgå stigmatisering

Stigmatisering af socialt udsatte kan foregå på individ- og gruppeniveau. Mødes den socialt udsatte med fordomme eller grove klassificeringer opleves det som stigmatisering og meget lidt anerkendende. Klassificeringer bør altid ske i dialog med borgeren. Også hele grupper af socialt udsatte kan opleve stigmatisering, når gruppen som helhed forbindes med kritiske forhold. Omvendt kan positive kollektive referencer til grupper medvirke til at styrke enkeltindividets og gruppens identitet.

9. Ingen skjulte dagsordner

Den professionelle må delagtiggøre borgeren i sine ”skjulte dagsordner”, dvs. lægge sine målsætninger, faglige vurderinger og kategoriseringer frem til drøftelse med borgeren, være villig til at tage modforslag og indvendinger fra borgeren alvorligt og også lade borgerens perspektiver få plads i det, der nedskrives i journaler og sagsakter. Den professionelles dobbeltrolle som hjælper og kontrollant skal være synlig for den socialt udsatte.

10. Opsøgende virksomhed

For overhovedet at få socialt udsatte i tale, kan det være nødvendigt at være dér, hvor de er, når de har brug for det. Der vil være tale om særbehandling, som ikke ydes til andre borgere. Anerkendelse betyder nemlig ikke altid lige behandling, men kan også dreje sig om sans for forskellighed. Opsøgende virksomhed kan være udtryk for en anerkendende indsats overfor socialt udsatte.

11. Accept af forskellige veje

Arbejde med socialt udsatte vil ofte forudsætte fleksibilitet og afvigelse fra standardpraksis. Det gælder både i forhold til behandling, information og tilrettelæggelse af kontakten. Det er ikke alle, der er i stand til at holde op med at drikke eller lægge stofferne på hylden, men nogen vil måske alligevel gerne starte med behandling, dér hvor det er muligt. En ekskluderende praksis i forhold til socialt udsatte bør undgås, selv om de kan være besværlige og opfattes som usamarbejdsvillige. Som helhed er det den gruppe, der har de allerstørste behov for støtte – både socialt, psykisk og fysisk.

12. Opmærksomhed på rettigheder

En del af den anerkendende tilgang i arbejdet med socialt udsatte er også fokus på rettigheder. I et anerkendelsesperspektiv er det at have de samme rettigheder som alle andre, i høj grad det, der gør det muligt for den enkelte at ranke ryggen som en ligeværdig medborger. Derfor bør de ansatte ikke alene informere udsatte mennesker om deres rettigheder. De bør også understøtte og hjælpe til med, at de får dem i praksis.



1

Hvad skal fælles værdier gøre godt for?

Rådet for socialt udsatte anbefalede i deres årsrapport for 2009, at der udarbejdes et sæt fælles værdier for den sociale og sundhedsmæssige indsats overfor socialt udsatte. Anbefalingerne kom ikke mindst på baggrund af resultaterne fra Rådets sundhedsundersøgelse "Dårligt liv – dårligt helbred" (Pedersen 2009), hvoraf det fremgår, at mange socialt udsatte har dårlige erfaringer med kontakten til sundhedsvæsenet. De negative oplevelser skaber mistillid og kan medføre, at mange socialt udsatte undlader at henvende sig til sundhedssystemet, selv om de har behov for behandling eller rådgivning. Mange undersøgelser af kontakten mellem borgerne og socialsystemet peger på det samme (fx Høilund & og Juul 2005): at det er svært, og at det ofte mislykkes at skabe et positivt møde, og at mange borgere derfor vender social- og sundhedssystemet ryggen. Det indebærer en dårlig prognose for det sociale og sundhedsmæssige arbejde.

Det skal ikke betvivles, at "de gode viljer" til at hjælpe og lindre er i overtal hos alle medarbejdergrupper i social- og sundhedsvæsenet, og formålet er ikke at hænge nogen ud eller give nogen skylden for, at det i mange tilfælde mislykkes at skabe en god relation i mødet mellem det offentlige og borgeren, navnlig når det gælder socialt udsatte. Der udføres rigtig meget godt socialt og sundhedsmæssigt arbejde i Danmark, ingen tvivl om det! Der skal heller ikke herske tvivl om, at opgaven er svær, fordi det nu en gang er lettere at arbejde med positive og samarbejdsvillige mennesker end med socialt udsatte, der af mange grunde ofte er det modsatte.

Men arbejdet med socialt udsatte er en opgave, der kræver, at der hele tiden må være et fokus på, at gøre det endnu bedre, og hvor der hele tiden skal være en opmærksomhed om, hvorfor arbejdet ikke altid kommer de socialt udsatte til gavn. Hvad er det, der gør, at mange udsatte mennesker føler sig krænket i mødet med det offentlige, og hvad er det, der krænker dem?

Der fokuseres i disse år stærkt på metodeudvikling, benchmarking, akkreditering og om muligt på fremskaffelse af evidensbaseret viden om, hvad der virker og ikke virker i den sociale indsats og i det sundhedsmæssige arbejde. Det er i sig selv positivt. Hvem vil ikke gerne behandles ud fra "bedste praksis", hvis man bliver syg eller får sociale problemer? "Metodevejens" egnethed afhænger imidlertid af, hvad det er for

et problem, der er genstand for interesse. Man taler i litteraturen om "tamme" og "vilde" problemer (Kroghstrup 1999), og her er det sådan, at evidensbaserede metoder ofte har vanskeligheder, når de møder "vilde" problemer, der ikke har en entydig "bedste løsning".

At arbejde med socialt udsatte må karakteriseres som et "vildt" problem. Evidens kan kun skaffes på få områder, og hvad der bør gøres i det enkelte tilfælde, er ofte et spørgsmål om de professionelles evne til at skønne og vurdere i situationen. Talrige undersøgelser viser, at det, de socialt udsatte efterlyser i mødet med det offentlige, er kvaliteter som menneskelighed, anerkendelse og omsorg. Ofte er deres problemer så komplekse og sammensatte, at der ikke findes en bedste løsning, eller at den bedste løsning i hvert fald kun lader sig realisere i dialog og med respekt for borgeren.

Hvis borgeren ikke oplever, at han eller hun har et medejerskab til de planer, der sættes i værk, kan det føre til mistillid og uretfærdighedsfølelser. Det gode møde realiseres altså sjældent alene gennem anvendelse af metode og evidens. Er det ikke ofte sådan, at hvorvidt en metode virker eller ikke virker, om den er god eller mindre god, er et spørgsmål om, *hvordan* den anvendes i praksis? I det sociale og sundhedsmæssige arbejde over for socialt udsatte er det ofte alfa og omega, at metoden anvendes med en veludviklet etik.

Et vigtigt fundament for arbejdet med socialt udsatte er derfor at fremme nogle fælles værdier eller en fælles etik, der kan fungere som en referenceramme i mødet med borgerne. En sådan etik fortæller ikke social- og sundhedsarbejderen, hvordan han eller hun skal handle i helt konkrete situationer. Den lader sig ikke uden videre omsætte i spørgeteknikker eller dialogguider, som vil garantere gode resultater, når bare de bliver fulgt til punkt og prikke. Ikke desto mindre kan etikken være helt afgørende for, at mødet mellem system og borger lykkes, og hermed for, at det sociale og sundhedsmæssige arbejde får et positivt forløb.

FÆLLES VÆRDIER indebærer den grundopfattelse, at værdier og etik ikke er et rent subjektivt anliggende, men noget ledere og medarbejdere i social- og sundhedssektoren til en vis grad kan være fælles om. Social- og sundhedsarbejdere agerer i offentlige institutioner eller i andre institutionelle sammenhænge, og er derfor ikke herrer i eget hus. De er underlagt institutionelle rammer, og de præges af de gode eller dårlige vaner, som er fremherskende i institutionerne, hvad enten de vil det eller ej. Selv om de ikke er enerådende, har de professionelle et medansvar for kulturen eller dømmekraften på deres arbejdsplads. Det gælder alle men i særlig grad ledelsesniveauet.

Formålet med dette arbejde er at bidrage til udviklingen af nogle fælles værdier eller en fælles etik, der kan overvinde nogle af de problemer, som ofte opstår i mødet mellem det offentlige og borgeren. Det sker i samarbejde med en bred kreds af professionelle inden for de mangfoldige grene af social- og sundhedssektoren. Det er som nævnt en forudsætning for, at værdierne kan få autoritet i praksis, at

medarbejderne føler et medejerskab til dem. Mindst lige så vigtigt er det imidlertid, at værdierne tager udgangspunkt i de erfaringer, som de socialt udsatte borgere har af mødet med systemet. Værdierne må i høj grad udvikles gennem lydhørhed overfor det, de oplever krænkende og uretfærdigt.

Dette arbejde er langt fra den første af sin art herhjemme, og på en række udvalgte delområder foreligger der publikationer, der har formuleret en række anbefalinger, som de professionelle social- og sundhedsmedarbejdere skal tilstræbe at leve op til (Amtrådsforeningen, 2003; Dansk Socialrådgiverforening, 2000; Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Socialministeriet, 2005; Socialpædagogernes Landsforbund, 2010; Lægeforeningen, 2011; Sygeplejerådet, 2004). Vi befinder os altså langt fra på bar bund, og opgaven består selvsagt ikke i at "genopfinde" en række etiske værdier, som vi har i forvejen. Snarere drejer det sig om at prioritere imellem dem, om at begrunde dem bedre teoretisk og empirisk, og om at reflektere over, hvordan det kan være, at de ofte har svært ved at sætte sig igennem i praksis. Ingen er uenige i, at det er vigtigt at møde borgerne med respekt. Hvem er modstander af dialog og god kommunikation? Alligevel er det ofte det, udsatte borgere savner i mødet med social- og sundhedssystemet.

Forventningen er ikke, at mere etik uden videre vil afskaffe social udsathed, endsige ulighederne i sygdom og død, der hænger sammen med livsstilsforskelle og meget andet. Hvad vi hævder, er, at grundbetingelsen for, at det sociale og sundhedsmæssige arbejde kan bidrage til menneskelig opblomstring er, at det bygger på fortrolighed og fælles forståelse, en anerkendelsesetik, der så vidt muligt tager udgangspunkt i, og understøtter borgerens egne visioner om det gode liv.

Denne etik er ikke bare en rettesnor for den enkelte social- og sundhedsarbejder i arbejdet med socialt udsatte mennesker. Den må være institutionelt og organisatorisk forankret og præge den dømmekraft, som er fremherskende i velfærdsinstitutionerne. Måske er den allerstørste barriere for et vellykket møde mellem social- og sundhedssystemet og socialt udsatte mennesker, at den dømmekraft, der præger social- og sundhedsinstitutionerne nok har blik for betydningen af anerkendelse, men at anerkendelsestanken alligevel har svært ved at sætte sig igennem i konkurrence med rationaler, der har en mere instrumentel karakter og tendentielt trækker i en anden retning (med alle de forskelle, der er indenfor social- og sundhedsverdenens mangfoldige forgreninger!).

Det er velkendt og veldokumenteret, at der er en klar sammenhæng mellem sårbarhed og somatisk sygdom. Hvis social- og sundhedssystemet skal dæmme op overfor ulighederne i sygdom og død, er det derfor vigtigt med en forebyggende indsats, der forhindrer mennesker i at blive sårbare, og er i stand til at appellere til dem, der allerede befinder sig udenfor normalsamfundet. Det handler i høj grad om at møde det enkelte menneske, dér hvor det er, og om at tilrettelægge hjælpearbejdet på en måde, at det ikke fratager den enkelte muligheden for at føle sig som arkitekt i sit eget liv.



2

Målgruppen for arbejdet

Den direkte målgruppe for projektet er "socialt udsatte" og arbejdet drejer sig eksplicit om at formulere, begrunde og fremme nogle fælles værdier i arbejdet med og for dem. Når der specifikt fokuseres på socialt udsatte, skyldes det ikke, at vi mener, disse mennesker har nogle helt andre behov end "almindelige" mennesker. Grundlæggende har de tværtimod de samme behov som alle andre. Problemet er, at de har sværere ved at få dem indfriet, og at de socialt udsattes problemer kan gøre det særligt vanskeligt at handle etisk overfor dem. Risikoen for at den stærke, professionelle hjælper træffer beslutninger på borgerens vegne, er allerstørst, når der er tale om mennesker, der ikke selv har konstruktive visioner for deres liv og måske udviser en selvdestruktiv eller truende adfærd. I sådanne tilfælde kan den professionelle – i den bedste mening - være fristet til at tage over og handle på vegne af borgerne.

Derfor bliver det væsentligt at diskutere særskilt, hvad det vil sige at handle etisk i forhold til socialt udsatte. Fælles værdier i arbejdet med socialt udsatte drejer sig ikke om at formulere en række specifikke værdier i relation til forskellige konkrete grupper, som naturligvis kan have særbehov af den ene eller anden art. Snarere drejer det sig om at fokusere på de svære og særlige udfordringer, som social- og sundhedsarbejderne står overfor, når de "fælles værdier" (etikken) skal praktiseres over for mennesker, der ikke har nogen realistiske visioner, der kan tages udgangspunkt i. Mennesker, som måske slet ingen visioner har, eller som lever på måder, der strider med normale forestillinger om det gode liv. Hvad er anerkendelse og god dømmekraft i sådanne situationer?

Men hvem er det egentlig, vi betegner som "socialt udsatte"? Der er i tidens løb blevet brugt talrige begreber om mennesker, der på en eller anden måde befinder sig udenfor eller på kanten af samfundet. Nogle af dem er fattige, socialt udstødte, marginaliserede, udenfor arbejdsmarkedet, hjemløse, psykisk syge, misbrugere, handicappede, flygtninge eller indvandrere. Nogle lider af somatiske sygdomme. Unægtelig en sammensat gruppe.

På den anden side er det klart, at de enkelte belastningsfaktorer ikke nødvendigvis gør mennesker socialt udsatte. Mange somatisk syge og handicappede er fx i stand til at mestre deres sygdom og ville sikkert frabede sig at blive betegnet som socialt udsatte. Det samme gælder mange etniske minoriteter, som har overvundet de belastninger, som knytter sig til kulturmødet, og er velintegrerede medlemmer af samfundet. Dem, vi kalder de "socialt udsatte" er ofte kendetegnet ved at have sammensatte sociale og sundhedsmæssige problemer: en kombination af dårligt helbred, misbrugsproblemer, arbejdsløshed, svagt socialt netværk og psykiske afvigelser eksempelvis. Generelt er der tale om mennesker, som har svært ved at leve op til det moderne samfunds krav om funktionsduelighed og succes, mennesker som har svært ved at orientere sig og foretage hensigtsmæssige valg mellem det utal af muligheder, der findes i det senmoderne samfund, og mennesker, der i mange tilfælde reelt ikke har de samme valgmuligheder som andre mennesker.

Denne definition af målgruppen svarer godt til Rådet for Socialt Udsattes definition. I Rådets spørgeskemaundersøgelse fra 2007 (Rådet for Socialt Udsatte & Statens Institut for Folkesundhed 2007) er gruppen ganske vist defineret pragmatisk, som "mennesker, der frekventerer væresteder, herberger, forsorgshjem, permanente botilbud og andre sociale tilbud", men det er i vid udstrækning mennesker, der dækkes af definitionen ovenfor. Mange i målgruppen har psykiske problemer eller lider af egentlig psykisk sygdom, mange har misbrugsproblemer, er isolerede og udenfor arbejdsmarkedet, nogle er hjemløse eller har det så dårligt, at de hverken kan klare at bo for sig selv eller sammen med andre. Deres generelle helbredstilstand er markant dårligere end normalbefolkningens. En fællesnævner for de fleste er, at de har svært ved at leve op til de krav, der stilles til dem i det senmoderne samfund.

I arbejdet med FÆLLES VÆRDIER er det blevet påpeget, at betegnelsen "socialt udsatte" i sig selv kan opfattes som socialt stigmatiserende og som et udtryk for en "os" og "dem" tænkning. Begrebet kan i den forstand stride mod anerkendelsestanken. Vi fastholder imidlertid betegnelsen "socialt udsatte" ud fra den overbevisning, at der ikke vindes noget ved at opfinde en ny terminologi for en gruppe, der unægtelig skiller sig ud fra "normalbefolkningen" og ofte er synlige i gadebilledet. Hvis social udsathed opfattes nedværdigende eller stigmatiserende, skyldes det ikke så meget betegnelsen som den fremherskende "uafhængighedskultur" (Sennett 2006), der opfatter afhængighed som socialt degraderende, og selvstændighed og selvforsørgelse som det, der gør mennesker anerkendelsesværdige. De fælles værdier i arbejdet med socialt udsatte understreger målet om at gøre det muligt for alle og enhver – også de skæve og anderledes – at opnå den anerkendelse, der er forudsætningen for en velfungerende identitet. Det er den første forudsætning for, at disse mennesker kan blive deltagende medborgere på alle områder af det sociale liv, og gøre brug af alle de tilbud og muligheder, der ligger i samfundet.

Selv om målgruppen for FÆLLES VÆRDIER er de socialt udsatte, retter teksten sig først og fremmest til medarbejderne i social- og sundhedssystemet, herunder ikke mindst ledelsesniveauet. Lederne har om nogen indflydelse på og ansvar for den dømmekraft, som er fremherskende i social- og sundhedsinstitutionerne. Selv om nogle af værdierne for så vidt allerede er skrevet ind i social- og sundhedslovgivningen og i den forstand er noget, der skal overholdes, peger flere undersøgelser på, at der hersker stor usikkerhed om, hvad det betyder i praksis (fx Ejler et al. 2004). Sagen er, at det er vanskeligt at lovgive om værdier og etik, ligesom det næppe er muligt at pålægge medarbejderne i social- og sundhedssystemet en bestemt dømmekraft.

FÆLLES VÆRDIER er et oplæg til diskussion, et forsøg på at fremme og begrunde nogle bestemte værdier i arbejdet med socialt udsatte. Ledernes (og medarbejdernes) ansvar består i, at de engagerer sig i diskussionen, forholder sig til udspillet, og gør sig overvejelser om, hvordan værdierne kan implementeres i en travl hverdag. Hvis det er rigtigt, at værdier og etik har betydning for prognosen af social- og sundhedsarbejdet, navnlig over for socialt udsatte, er det afgørende, at de tager ansvaret på sig. Det gælder for alle ansatte men i særdeleshed for lederne, som har et særligt ansvar. Det indebærer fx, at man, i de nødvendige bestræbelser på at spare og effektivisere, aldrig glemmer det etiske perspektiv, og at der målrettet arbejdes på at styrke anerkendelsestanken i det praktiske arbejde.

3



Lovgivning og værdier

Sociale og sundhedsmæssige arbejder udføres i institutioner, som er underlagt retlig regulering. Store dele af social- og sundhedslovgivningen sigter på at beskytte borgerens muligheder for at være arkitekt i sit eget liv. Som eksempel kan nævnes Retssikkerhedsloven på det sociale område og Sundhedslovens regler om patienters medinddragelse i beslutninger. I vejledning til Retssikkerhedslovens § 4 understreges det således, at:

- **faglige vurderinger skal fremlægges og vurderes sammen med borgeren,**
- **alle oplysninger skal være tilgængelige for borgeren**
- **myndighedernes praksis skal være begrundet**
- **valg og beslutninger altid skal træffes i samarbejde med borgeren**
- **grundlaget for eventuelle afslag skal meddeles på en klar og forståelig måde**
- **myndighederne skal være villige til at drøfte sagen med borgerne og parate til yderligere overvejelser, hvis det er nødvendigt.**

Inden for sundhedsområdet fastlægger Sundhedsloven de grundlæggende og generelle principper for den enkelte patients vilkår og rettigheder i forbindelse med adgang til undersøgelse, behandling og pleje. Loven skal medvirke til at sikre patienters værdighed, integritet og selvbestemmelsesret. Det gælder fx regler om information, medinddragelse i beslutninger, aktindsigt, videregivelse af helbredsoplysninger, valg af sundhedsudbydere, ventetidsgarantier og klagemuligheder. Med hensyn til formelle patientrettigheder er Danmark i internationale sammenligninger kendt for at have et meget vidtgående regelsæt.

Hvis reglerne i Retssikkerhedsloven og Sundhedsloven blev anvendt, som de er tænkt i alle dele af social- og sundhedssystemet, ville dette arbejde med FÆLLES VÆRDIER

langt hen ad vejen være overflødig. Flere undersøgelser har imidlertid vist, at det ikke er tilfældet (fx Ejler et al. 2004), og at bestemmelserne i de nævnte regelsæt ofte tilsidesættes fordi andre normer og regelsæt også kommer i spil. Bl.a. Ejler et al. påpeger i deres detaljerede undersøgelse af Retssikkerhedslovens § 4 vedrørende brugerinddragelse på det sociale område, at kommunerne generelt er i vildrede med, hvordan de skal overholde lovens bestemmelser i praksis (Ejler et al. 2004). Der er mange hensyn i spil, når de sociale praktikere træffer afgørelser vedrørende borgerne. Når forskellige regelsæt trækker i forskellige retninger, er det som oftest anerkendelsestanken, der kommer til kort (Juul 2010). De fælles værdier, der formuleres i dette skrift, skal bidrage til at forhindre, at det sker og sikre, at det helt overordnede perspektiv for det sociale og sundhedsmæssige arbejde fastholdes: At understøtte menneskelig opblomstring.

Ofte er svaret på konstaterede problemer, at retssikkerheden må styrkes, og det er ikke mindst i det lys, at man må forstå mængden af retlig detailstyring, politisk signalgivning og den pågående jagt på evidensbaserede metoder, der ofte understøttes af økonomiske incitamenter. Målet er at sikre en ensartet bedste behandling for alle overalt i landet, hvilket det er svært at være modstander af. Spørgsmålet er som nævnt, om retssikkerhed og evidens er den "bedste" medicin mod de krænkelser, som mange socialt udsatte oplever i mødet med social- og sundhedssystemet. Når Retssikkerhedslovens og sundhedslovgivningens bestemmelser om medinddragelse og informeret samtykke ikke altid overholdes, og når mange socialt udsatte selv fravælger "den bedste metode", er der noget, der tyder på, at der er brug for noget andet.

Grundlæggende drejer retssikkerhed sig om beskyttelse af borgerne mod overgreb og vilkårlighed fra myndighedernes side. Som centrale nøgleord, der knytter sig til begrebet, kan nævnes forudberegnelighed, gennemskuelighed, lighed, legalitet, legitimitet og retfærdighed. Retssikkerhed forudsætter en retsorden, der lever op til visse minimumsfordringer. Af retssikkerhedsbegrebet følger, at statsmagten er bundet af loven og begrænset i sin magtudøvelse. Men spørgsmålet er, om dette ikke er en fjern idealfordring. Hovedindvendingen mod retssikkerhedsbegrebet er, at et abstrakt retssikkerhedsbegreb ikke har den store betydning for den institutionelle praksis. Hvordan retsreglerne anvendes i praksis, er i høj grad et spørgsmål om værdier, etik og dømmekraft (Høilund 2006).

I den forstand hænger retssikkerhed og etik sammen. Forudsætningen for, at retsregler, der sigter på at beskytte borgerens integritet og autonomi, kan sætte sig igennem i den institutionelle praksis, er, at der i institutionerne findes nogle fælles værdier, der beforder det. Hvad der er brug for, synes at være en dømmekraft i hvilken anerkendelsestanken er førstefilosofi. Det betyder ikke, at anerkendelsestanken slet ikke er til stede i social- og sundhedsinstitutionerne i dag – slet ikke. Den udgør tværtimod et "sprog" som langt de fleste medarbejdergrupper er fortrolige med,

utvivlsomt med professionsbetingede forskelle. Ofte er der imidlertid tale om et "andet sprog", der i praksis kommer til kort over for et "første sprog", der handler om effektivitet og økonomi.

Økonomi og effektivitet er naturligvis centrale elementer i ethvert moderne samfund. Fælles værdier skal imidlertid forhindre, at anerkendelsesetikken tilsidesættes af en teknokratisk eller rent instrumentel fornuft. I det følgende skal vi redegøre lidt mere udførligt for indholdet i denne etik og vise, at den kan begrundes i socialt udsatte menneskers moralske erfaringer. Siden skal vi diskutere, hvad den mere konkret betyder for det sociale og sundhedsmæssige arbejde med socialt udsatte.



4



Anerkendelsestanken

En central forskel på dette og tidligere arbejder vedrørende fælles værdier er, at det foreliggende er forankret i normative teorier, navnlig i Axel Honneths teori om anerkendelse, som har fået en ganske betydelig indflydelse i det akademiske miljø, ikke mindst i Danmark. Anerkendelse er ifølge Honneth, der her trækker på den tyske filosof Hegel, et eksistentielt menneskeligt behov og en grundbetingelse for, at et menneske kan udvikle en vellykket identitet. Anerkendelse er grundbetingelsen for selvvirkeliggørelse, da jeg kun kan se mig selv i en anden, som ser mig. Hvis det er sandt, må de "fælles værdier" i høj grad dreje sig om anerkendelse.

Det er også hos Hegel, at Honneth finder sondringen mellem tre forskellige anerkendelsesbehov, der alle må tilfredsstilles, hvis et menneske skal kunne udvikle et positivt selvforhold: 1) kærlighedsanerkendelse, 2) retlig anerkendelse og 3) social værdsættelse (Honneth 2006).

Ad. 1. Den første form for anerkendelse angår de menneskelige primærrelationer, fx mellem mor og barn. Gennem *kærlighedsanerkendelsen* udvikler barnet selvtillid, som gør det i stand til at være alene med sig selv. Der er tale om den mest elementære form for anerkendelse, som ifølge Honneth udgør al samfundsmorals strukturelle kerne. Kærlighedsanerkendelsen åbner muligheden for et positivt selvforhold gennem visheden om den følelsesmæssige bindings kontinuitet. Af denne anerkendelse følger en selvtillid, som sætter mennesket i stand til at handle, kommunikere og indgå positivt i sociale fællesskaber.

Ad. 2. Den anden form for anerkendelse er den *retlige*. I kraft af den retlige anerkendelse, der består i universel retlig ligebehandling af alle og enhver, udvikler den enkelte borger selvagtelse. Selvagtelse kan kun udvikles fuldt ud, hvis borgeren oplever sig anerkendt som medlem af samfundets retsfællesskab på lige fod med alle andre. Det er ikke mindst det, der gør det muligt for mennesker at ranke ryggen og forstå sig selv som moralsk tilregnelige medborgere på lige fod med andre.

Ad. 3. Den tredje form for anerkendelse er social værdsættelse. Der er her tale om anerkendelse af det enkelte menneskes personlige egenskaber og præstationer. Hvor den retlige anerkendelse er en anerkendelse af forskellige borgere som ligeværdige retssubjekter, er den sociale værdsættelse en samfundsmæssig anerkendelse af de værdier og egenskaber, den enkelte borger tilskriver sig selv. Denne anerkendelse er ikke begrænset til "our kind of people", men drejer sig om værdsættelse af den til enhver tid værende anden, også når den anden adskiller sig fra "os".

Til de tre former for anerkendelse svarer tre former for krænkelser, som truer med at nedbryde den personlige identitet og hermed gør det vanskeligt for den enkelte at realisere sig selv. Honneth taler om *kropslige krænkelser*, *krænkelser af rettigheder* og *krænkelser af livsformer* (Honneth 2006). Eftersom krænkelser fører til personlighedstab, skade og lidelse, drejer etik i social- og sundhedsarbejdet med socialt udsatte sig om at minimere krænkelserne og give alle mennesker mulighed for – så vidt muligt – at forfølge deres vision om det gode liv.

Nu er der nok ikke ret mange, der forventer, at social- og sundhedsarbejderne kan give mennesker kærlighed på samme måde som nære familiemedlemmer og venner. I det sociale og sundhedsmæssige arbejde må kærlighed oversættes til omsorg, nærhed og medleven. Krænkelser drejer sig omvendt om kulde, distance og ligestyldighed. Retlig anerkendelse handler om, at den udsatte borger behandles som en retsperson med de samme rettigheder og pligter som alle andre. Det handler om god kommunikation, og om at den udsatte borger oplever sig som medforfatter til rettens implementering i hans eller hendes sag. Retlige krænkelser drejer sig omvendt om diskrimination, vildledning eller mangelfuld information. Endelig drejer social værdsættelse sig om, at den udsatte borger anerkendes som en moralsk autoritet, som social- og sundhedsarbejderne tager alvorligt, lytter til og anstrenger sig for at forstå. Krænkelser i denne anerkendelsessfære drejer sig omvendt om nedværdigelse, usynliggørelse, stigmatisering og ringeagt. Når en forventning om anerkendelse udebliver eller skuffes, afføder det en krænkelsererfaring, der viser sig som harme, vrede og uretfærdighedsfølelser og fører til et svækket selvforhold (Honneth 2006).



GS

NOVEMBER

ERFEBY

DUKE

X MOOT JOEL

TOBLER ONE



THE GALLERY

NOEL

NOEL

NOEL

NOEL

NOEL

NOEL

NOEL

NOEL

NOEL

A high-angle photograph of a person crouching on a dirt path. They are wearing a white hooded sweatshirt, a grey hoodie underneath, teal leggings, and black sneakers with white laces and soles. Their hands are pressed against their face, completely obscuring it. A large white number '5' is overlaid on the left side of the image.

5

Brugerinddragelse, medborgerskab og anerkendelse

Som nævnt er anerkendelsesteorien på ingen måde fremmed for medarbejderne i social- og sundhedssystemet, og traditionelle social- og sundhedsfaglige værdier som omsorg, helhedssyn og dialog har så afgjort meget med anerkendelsestanken at gøre. Det samme har ambitioner om brugerinddragelse og aktivt medborgerskab, som har præget den velfærdspolitiske debat hele vejen gennem 1980'erne og 90'erne og frem til i dag.

At temaet om brugerinddragelse bliver så centralt hænger sammen med en række nyorienteringer i velfærdspolitikken som følge af den økonomiske krise i 1970'erne (Plovsing 1990). Der sættes i årene efter spørgsmålstegn ved store dele af velfærdsstatens oprindelige idégrundlag: universalismen, det offentlige ansvar, institutionaliseringen og professionaliseringen. Det offentlige ansvar havde ifølge kritikerne bredt sig i et omfang, som ikke alene indebar finansieringsproblemer for velfærdsstaten men også funktionsproblemer, eftersom at mange velfærdsopgaver løses bedre i de civile samfund end af institutionerne og de professionelle (Plovsing 1990). Dette udmøntede sig i 1990'erne i en afinstitutioniseringsbølge med bl.a. nedlæggelse af særforsoget og sengepladser i den etablerede psykiatri samt oprettelse af distriktspsykiatrien. Tankegangen var, at socialt udsatte mennesker skulle ud af totalinstitutionerne og leve et liv som aktive medborgere så nær det normale som muligt.

Brugerinddragelse på det sociale område

Brugerinddragelse opfattes som afgørende elementer i udviklingen af medborgerrollen. Også socialt udsatte mennesker skulle så vidt muligt tage vare på sig selv (Bech Hansen, Nørrelykke & Sjelborg 2006). Forudsætningen var et opgør med "de professionelle", med top down-styringen og ekspertkulturen i social- og sundhedsinstitutionerne. I stedet skulle brugerne medinddrages, de professionelle skulle lytte til dem og lære af deres erfaringer (Krogstrup 1999). Dette blev både anset for at være forudsætningen for, at brugerne kan få den ydelse, de har behov for, og for en effektiv udnyttelse af ressourcerne. Tidligere socialminister Karen Jespersen understregede således, hvor vigtigt det er, at borgerne inddrages i "kvalitetsudviklingen af de sociale ydelser":

”At brugerne oplever, at de er med til at bestemme indhold og kvalitet af den ydelse, de får, er i sig selv en kvalitet. At brugerne kommer til orde sammen med de professionelle og politikerne, er med til, at vi får mere for pengene, fordi ydelserne indrettes bedre på det, brugerne har brug for.” (Socialministeriet 1997)

Den socialfaglige og socialpolitiske udvikling i 1990'erne var da også præget af omfattende forsøgsprojekter med brugerinddragelse og efterfølgende brugerevalueringer, og mange så i denne periode brugerinddragelse som vejen til empowerment. Det vil sige, den proces hvorigennem den klientgjorte og afhængige borger gennem medindflydelse og deltagelse gennemfører en personlig udvikling. Stort set alle er i dag enige om, at en vis grad af brugerinddragelse er vigtig. Men ét er at blive medinddraget, noget andet er, hvor meget borgeren skal medinddrages og i hvilke spørgsmål: Skal borgeren bestemme, om et problem eksisterer? Om der skal gøres noget ved det? Skal han kunne vælge og fravælge bestemte former for hjælp?

Hvor kvalitet i 1990'erne blev koblet sammen med brugerinddragelse i en sådan grad, at kvalitet og brugerinddragelse næsten blev opfattet som synonyme (Krogstrup 1999: 54), forholder det sig anderledes i dag. Vel opfatter langt de fleste fortsat brugerinddragelse som et plus-ord, men der er mange andre normer i spil, som ofte vejer tungere. Hvad skal fx prioriteres, hvis borgernes ønsker og de professionelles viden trækker i hver sin retning? Kan høj brugertilfredshed være et succeskriterium, hvis der er evidens for, at en indsats ikke virker i efter hensigten? Hvem skal i sidste ende bestemme, hvad hensigten er: Borgerne? De professionelle? Eller politikerne? Hvem skal bestemme, hvad der virker og ikke virker, eller hvad det vil sige, at noget virker?

Spørgsmålene skal ikke besvares her, og formålet med denne korte drøftelse er at understrege, at anerkendelsestanken og de prioriteringsproblemer, der knytter sig til den, ikke er noget nyt, men har gennemsyret diskussionen om praktisk socialt arbejde i nyere tid. Idealer som helhedssyn, omsorg, brugerinddragelse og myndiggørelse, som prægede debatten om socialt arbejde gennem 1980'erne og 1990'erne (og før), har meget til fælles med anerkendelsestanken, selv om det først er inden for det sidste årti, at anerkendelsesbegrebet er kommet i centrum for socialfaglige drøftelser. Det særlige ved anerkendelsesteorien i Honneth's (og Hegels) udgave er, at den forstår anerkendelse som et eksistentielt menneskeligt behov. Det indebærer, at et socialt arbejde, som skal kunne bidrage til menneskelig opblomstring, grundlæggende må bygge på anerkendelse.

Derfor bliver diskussionen om, hvorvidt en metode virker eller ikke virker af sekundær betydning. Hvis borgeren ikke føler sig anerkendt som arkitekt i sit eget liv, er det altid problematisk, og social- og sundhedsarbejderen må anstrenge sig for, at det ikke sker. Det betyder ikke, at krænkelser helt kan undgås. Ingen går igennem livet uden at blive krænket, og ingen går igennem livet uden at krænke andre. Et afgørende succeskriterium for det sociale arbejdes kvalitet bliver imidlertid, om borgeren føler sig set, hørt og forstået.

Ud fra anerkendelsestanken må man gå ind for en udstrakt grad af borgerinddragelse og afvise praktikker, der fører til usynliggørelse og klientgørelse af borgeren. Derfor er det umiddelbart positivt, at tanken om borgerinddragelse (og hermed anerkendelse) fra slutningen af 1990'erne har præget socialpolitikken og lovgivningen. Sagen er imidlertid, at det er vanskeligt at lovgive om værdier og etik. Hvis dømmekraften i det sociale arbejdes institutioner og hos de forskellige medarbejdergrupper ikke er en anerkendende dømmekraft, kan idealer om brugerinddragelse, retssikkerhed og anerkendelse have svært ved at sætte sig igennem i konkurrence med andre normer og regelsæt, der trækker i en anden retning.

Brugerinddragelse på sundhedsområdet

På sundhedsområdet har der også været en debat om at inddrage patienterne, både i deres egen behandling, og i hvordan arbejdet er organiseret. Der har således de seneste tredive år i den internationale litteratur været en omfattende diskussion af begrebet patientcentrering eller partnerskabsmodellen, der indebærer, at patienter i øget omfang inddrages i deres egne individuelle behandlingsforløb. Der foreligger endda en omfattende dokumentation for, at en sådan praksis har positive virkninger (Coulter og Ellins, 2007). Alligevel har det vist sig vanskeligt at få praksis til at leve op til idealerne i sundhedsvæsenet, når patienten møder den professionelle (Sepucha og Mulley, 2009; Jacobsen et al., 2008). Det gælder både, når vi organiserer sundhedsvæsenet, og når patienten møder sundhedsvæsenet.

Patientinddragelse i beslutninger og behandling må konkurrere med andre dagsordener, og patienter kan på den måde komme ud for at opleve sig behandlet sådan, at der kun kommer fokus på det rent biomedicinske (Mead og Bower, 2000). Et forhold som er problematisk for alle patienter, men som kan være afgørende for den socialt udsatte, fordi sygdom her i særlig grad bør ses i et psykosocialt samspil.

En definition på begrebet patientcentrering lyder, *"sundhedsydelse, som etablerer partnerskab mellem klinikere, patienter og (om nødvendigt) deres familier, for at sikre at beslutninger respekterer patienternes ønsker, behov og præferencer, og som anmoder om patientens bidrag til uddannelse og støtte som de savner for at kunne træffe beslutninger og deltage i deres egen behandling"* (Institute of Medicine, 2001).

De første gange, man hører om patientcentrering i den sundhedsfaglige litteratur, er helt tilbage i halvtresserne, hvor ideen både forekommer i den sygeplejefaglige og lægefaglige litteratur (Stewart et al., 1995). Siden har begrebet skiftet karakter fra at være et ideal for optimal klinisk praksis til at være et bud på et styrende princip for hele organiseringen og normdannelsen i sundhedsvæsenet, hvor patienten skifter rolle fra den passive og ydmyge rolle til at indgå i en mere aktiv og deltagende rolle. Der har været talt om et paradigmeskift, der er kædet sammen med et opgør med den paternalistiske konsultationspraksis på sundhedsområdet.

Det er selve kernen i ideen om patientcentrering, at der skal tages udgangspunkt i patientens oplevelse og tolkning af egen sygdom. Umiddelbart burde det være et fåtal, der kan være imod ideen om patientcentrering. Men dykker man ned i, hvad patientcentrering faktisk kan indebære, er det klart, at det hverken er enkelt eller uproblematisk at etablere en konsekvent patientcentreret konsultationspraksis på sundhedsområdet. Mead og Bower (2000) har i et omfattende review sammenfattet, hvordan patientcentrering har været anvendt og opfattet i konkrete projekter.

Begrebet hviler på fem temaer:

- 1) Patientcentrering bygger på et *bio-psyko-socialt perspektiv*, hvor der skal være vilje til at gå ind i problemer, der ikke kun knytter sig snævert til patientens biomedicinske problem, men hvor mødet også må omfatte psykologiske og sociale problemstillinger.
- 2) Der må være fokus på *den individuelle patient som person*, herunder forståelse for at han eller hun oplever erfaringer med sygdom og behandling forskelligt og tillægger det forskellig mening og betydning.
- 3) Der bør være en *ligeværdig deling af kompetence og ansvar* mellem den professionelle og patienten, idet patienten herved i højere grad ses og ser sig selv som eksperten på egen sygdom. Der peges på behov for større respekt omkring patientautonomi, og der opfordres til større patientinvolvering.
- 4) Der er fokus på *kvaliteten af relationen mellem patient og professionel*, ikke bare som middel til højere "compliance", men fordi relationen i sig selv tillægges terapeutisk værdi.
- 5) Der må også være *fokus på den professionelle som person*. Noget der betyder, at den professionelle ikke som i den biomedicinske model, blot kan udskiftes med en anden uden betydning for patienten. Der tales om "to persons medicin" i modsætning til "en persons medicin".

Patientcentreringstanken har flere lighedstræk med anerkendelsestanken: accepten af borgeres fulde dagsorden, respekten for borgerens individuelle værdier, dialogens betydning, respekten for borgerens stillingtagen ved beslutninger og kravet om, at den professionelle også skal kunne agere i rollen som medmenneske overfor patienten. I overensstemmelse med anerkendelsesteorien opererer man også i sundhedslitteraturen med et "krænkelserbegreb", nemlig "at være udsat for en identitetstrussel", hvilket kan ske når de patientcentrerede normer ikke følges. Indholdet af disse oplevelser er beskrevet ved, at patienten kan opleve sig udsat for at være umenneskeliggjort, gjort til et objekt, gjort til en stereotyp, placeret i en magtesløs situation eller føle sig devalueret (Coyle, 1999). Begrebet blev opstillet på baggrund af dybdeinterview med en række patienter, som i tilfredshedsundersøgelser havde givet



udtryk for utilfredshed. Mødet med sundhedsvæsenet viste sig således at rumme endog meget problematiske påvirkningsmuligheder, når mennesker ikke blev mødt, som de specielle mennesker de var – socialt udsat eller ej.

Tankerne om patientcentrering rummer flere potentialer for den socialt udsatte og sårbare patient. På plussiden tæller det, at vægten lægges på, at der skal tages hånd om patientens samlede problemstilling, og at dette sker i en ligeværdig dialog. På minussiden kan modellen indebære at kravene til patienten øges. Det har således været en vigtig diskussion, der understreger at patientcentrering ikke må opfattes som en fast model for det rigtige konsultationsforløb, men at der mere er tale om elementer, der kan være vigtige at overveje i de enkelte kontakter, og hvor det er patienten, der afgør, hvad der bør gøre sig gældende i den konkrete situation (Stewart, 1995). Patientcentrering er et holistisk begreb, hvor delelementer spiller sammen, og skal samles på en enestående måde i hver enkelt patientkonsultation. Nogle patienter ønsker inddragelse og kan mestre det. Andre gør ikke, og nogle ønsker forskellige grader af inddragelse.

Netop det forhold, at der er tale om en enestående vurdering i hvert møde, har givet vanskeligheder for det praktiske kliniske arbejde med at finde frem til netop den grad af indflydelse, som den enkelte patient ønsker (Keating et al. 2002). Visiteringen til "den rette inddragelse" er i sig selv et vigtigt tema, fordi det har vist sig, at patienter har meget forskellige holdninger og ønsker omkring aktiv inddragelse i deres egen behandling.

Ideen om patientcentrering er i Danmark i vid udstrækning understøttet med lovgivning, så det er ikke på det punkt, at ideen er stødt på vanskeligheder. Der er imidlertid andre udviklingstræk, som gør det svært at realisere en patientcentreret praksis. Det skyldes en stigende fragmentering af sundhedsvæsenets organisering, et øget pres for økonomisk effektivitet, og at patienter i stigende grad mødes med forventninger om at kunne honorere aktive roller. Patienter skal være aktive og have evnen til at kunne *navigere* mellem udbydere (Sofaer, 2009). Det er et forhold, som specielt er problematisk for de socialt udsatte. Specialisering og fragmentering kan ses som strukturelle mekanismer, der skaber afstand, og som i sig selv udgør en kilde til, at patienter kan opleve krænkelser ved ikke at blive set og hørt som hele mennesker. I den forbindelse er det også en væsentlig pointe, at sundhedsvæsenet er rettet mod betjening af den samlede befolkning, og at den socialt udsatte i den forbindelse let kan blive set som en minoritet i målgruppen.

En særlig organisatorisk problemstilling for socialt udsattes oplevelse af patientcentrering er opdelingen af sundhedsvæsenet i en somatisk og en psykiatrisk del, og at den psykiatriske del i høj grad er afinstitutionaliseret. I mere end 100 år har man registreret en markant overdødelighed blandt psykisk syge, også når der korrigeres for selvmord. Gisningerne om årsagerne hertil er mange. "Lægens forsvinden" fra psykiatrien i perioden fra 1970'erne til århundredets slutning og den massive nedlæggelse af psykiatriske sengepladser er blandt de hyppigst foreslåede forklaringer

(Munk-Jørgensen, 2010). Der har således været stillet spørgsmålstegn ved, om de somatiske opgaver for de psykiatriske patienter har oversteget den socialpsykiatriske institutions formåen, og om afinstitutionaliseringen for patienter med en psykiatrisk diagnose er gået for vidt (Munk-Jørgensen, 2010).

En anden problemstilling for de socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet er, at de med en vis ret kan få oplevelsen af ikke at passe ind i den dominerende professionelle kultur. Det er flere gange undersøgt i sundhedsvæsenet, at der hersker en slags prestigehierarki mellem de forskellige specialer (Shortell, 1974; Album og Westin 2008). De sygdomme, som tillægges højst prestige, er karakteriseret ved pludselige livsfarlige svigt i vigtige organer, uden at disse kan forbindes til patientens egen skyld. Det synes også at have en positiv betydning, at der er en fælles forståelse af sygdommens karakter mellem patient og professionel. Omvendt er de mindst prestigefyldte specialer karakteriseret ved ikke at have objektive kendetegn, ved at være langsomt opstående med elementer af egen skyld, og der er ofte ikke enighed om sygdommens karakter mellem patient og professionel. I dette hierarki vil de socialt udsattes sygdomssituation på alle parametre være forbundet med lav faglig prestige, med stor risiko for at dette kan have betydning for både opmærksomheden og ressourcefordelingen på området.

6



Værdierne kan begrundes i udsattes menneskers uretfærdighedsfølelser

Kan idealet om anerkendelse overhovedet begrundes? Kan det gøre krav på at være empirisk begrundet i den sociale virkelighed? I det følgende argumenteres for, at de "Fælles værdier" faktisk lader sig begrunde med henvisning til socialt udsatte menneskers spontane krænkelsererfaringer. Disse erfaringer repræsenterer, som Honneth udtrykker det, en vigtig kilde til moralske fremskridt.

Lad os inden vi tager fat på begrundelsen kort redegøre for, hvad der menes med, at værdier kan begrundes empirisk i udsatte menneskers krænkelsererfaringer eller uretfærdighedsfølelser. Både i sin tiltrædelsesforelæsning, som er publiceret på dansk i artiklen *Foragtens sociale dynamik* (Honneth 2003) og i artiklen *Moralbevidsthed og socialt klasseherredømme* (2003a) understreger Honneth, at det normative standpunkt bør være forankret i dårligt stillede menneskers moralske erfaringer, der typisk er erfaringer med forskellige typer af krænkelser. Mange socialt udsatte behersker ifølge Honneth ikke den kulturelle kode, der kræves for at kunne forholde sig til abstrakte, positivt formulerede værdier og idealer. Derfor er det navnlig med henvisning til dårligt stillede menneskers spontane vrede og uretfærdighedsfølelser, at anerkendelsesidealet kan finde en empirisk begrundelse. Når dårligt stillede mennesker fx udtrykker harme over, at deres socialrådgiver eller praktiserende læge ikke lytter til dem eller tager dem alvorligt, ja måske end ikke viser dem interesse, kan det læses som en appel om anerkendelse og som den empiriske begrundelse for idealet¹.

Denne "negative" undersøgelsesstrategi sigter ikke på at tegne et billede af, hvor udbredte erfaringer af anerkendelse versus krænkelser er i den sociale virkelighed. Ærindet er at vise, at menneskers krænkelsererfaringer eller "uretsbevidsthed" kan tolkes som en appel om anerkendelse og som den empiriske begrundelse for idealet.

Vi skal i det følgende forsøge at leve op til denne forskningsstrategiske ambition og begrunde værdierne (anerkendelsesidealet) med afsæt i socialt udsatte menneskers fortællinger om mødet med social- og sundhedssystemet. Vi trækker navnlig på Søren Juuls og Peter Højlunds bog: *Anerkendelse og dømmekraft i socialt arbejde* (Højlund & Juul 2005) og på Pia Vivian Pedersens undersøgelse: *Dårligt liv – dårligt helbred. Socialt udsatte menneskers oplevelse af eget liv og sundhed* (Statens Institut for

Folkesundhed & Rådet for Socialt Udsatte 2009). Begge publikationer bygger bl.a. på dybdegående interviews med socialt udsatte mennesker med en lang og kompliceret historie i social- og/eller sundhedssystemet. Herudover anvendes indsamlede kommentarer fra patientundersøgelser i Århus Amt/Region Midt på det psykiatriske område. I gennemgangen lægges der vægt på illustration af praktiseret anerkendelse eller det modsatte.

Krænkelser i mødet mellem socialsystemet og borgerne

Oplevelsen af at være krænket – dvs. ikke at blive taget alvorligt, ikke blive set og hørt - går som en rød tråd gennem borgernes fortællinger i Høiland & Juuls bog, der også viser, hvor psykisk tilintetgørende disse krænkelser opleves. Selv om der ikke er tale om en repræsentativ statistisk undersøgelse, betyder det ikke, at de tendenser, der beskrives, er uden almen relevans. Hvad der især krænker mange dårligt stillede borgere i mødet med socialsystemet, synes at være en social praksis, der usynliggør dem og ikke interesserer sig for, hvad de selv mener. Hør hvordan en 37-årig kvinde med alvorlige helbredsproblemer og en langvarig kontakt til det sociale system formulerer det:

”Det gennemgående har været, at socialrådgiverne ikke har taget mig alvorligt eller har lyttet til mig. Først nu, hvor det er konstateret, at jeg har leddegigt i hænderne, og hvor de selv kan læse det i papirerne fra sygehuset, tror de på mig. Nej, jeg føler ikke, at der er blevet lyttet til mig, hverken når det gælder mine børn eller mine muligheder på arbejdsmarkedet. Jeg fik faktisk én på hovedet første gang jeg mødte min nuværende sagsbehandler, og gik tudende hjem. Hun sagde op i mit åbne ansigt, at det eneste, der havde gjort, at jeg ikke for længe siden var blevet sparket ud på arbejdsmarkedet, var, at jeg var alene med mine tre børn. Hvad så med al min sygdom og alle lægepapirerne, spurgte jeg jo så. Det slog faktisk benene væk under mig, så jeg tænkte: ”De tager dig ikke en skid seriøst”. (citeret efter Høiland & Juul 2005:34)

Denne kvindes uretsbevidsthed synes ikke at komme af ingenting. Hun fortæller i interviewet, at der ikke er noget, hun hellere vil, end at arbejde, men at hun er for syg til at klare sig på det almindelige arbejdsmarked. Derfor har hun efter flere mislykkede aktiveringsforsøg og arbejdsprøvninger ansøgt om at komme i fleksjob. Men på trods af klare anbefalinger både fra egen læge og fra kommunens jobkonsulent, tager man på kommunens sygedagpengekonto ikke kvindens opfattelse for gode varer. Ansøgningen om fleksjob afvises og på anbefaling af kommunens lægekonsulent visiteres hun til endnu en bred arbejdsprøvning – en afgørelse, som kvinden anker og får medhold i. Det er ikke overraskende, at hun føler sig som kasterbold mellem forskellige kommunale foranstaltninger. Hun lægger da heller ikke fingrene imellem, når hun udtaler sig om kommunen:

"Nu er jeg bare kørt træet i systemet. Det virker som om det hele drejer sig om at køre dig ned psykisk. Og det bliver du. Du opgiver simpelt hen til sidst og lader stå til, for hvad fanden skal du gøre? Du løber panden mod en mur hver gang. Lige meget hvad du gør, så er det ikke godt nok. De nedværdiger dig – jeg ved ikke, om man kan bruge det udtryk.

Interviewer: Men hvordan er den vrede, du har overfor systemet blevet til?

Du bliver da vred, når du bliver vraget hver gang, og det nedbryder dig psykisk. Du kommer jo ikke igennem med nogen meninger. Du kommer ikke igennem med noget som helst. Lige meget hvad du gør, så banker du panden mod en mur. Du får ingen støtte og ingen forståelse – du er bare et stykke papir med et navn, og du skal bare losses ud på arbejdsmarkedet. Så er alting godt. Skide være med, hvordan du selv har det." (citeret efter Høilund & Juul 2005:35)

Denne kvindes krænkelsererfaringer kan skyldes, at forvaltningen ikke har set hende, som hun ser sig selv. Hun har som samtalepartner været usynlig, og hendes forventning om at blive behandlet som et moralsk tilregneligt menneske er blevet skuffet. Dette kommer måske allertydeligst frem i kvindens beskrivelse af en telefonsamtale mellem hende og sagsbehandleren:

"Jeg kan huske, da jeg ringede til hende, samme dag jeg havde fået konstateret gigten. Jeg vrælede og vrælede, og syntes bare, at hele min verden var styrtet i grus. Og så snakkede jeg med hende og sagde det, som det var. Og så kan jeg huske, at hun sagde: "Ja, ja Helle, men det behøver jo ikke at betyde, at du skal sidde med hænderne i skødet, vel. Det betyder jo ikke, at du ikke kan arbejde." Så flippede jeg bare helt ud og sagde: "Ja, ja men så find mig da for Helvede et arbejde, jeg kan klare. Hvad er det, du vil have, jeg skal lave? Hvad er det, du vil?" (citeret efter Høilund & Juul 2005:36)

Sådan som kvinden refererer samtalen, forekommer socialarbejderen meget lidt sensitiv, og kvindens udsagn viser, hvordan det kan opleves, når interessen for borgerens ressourcer i forhold til arbejdsmarkedet helt "over-ruler" lydhørheden og omsorgen overfor det enkelte menneske. På det foreliggende grundlag kan det naturligvis ikke afgøres, om kvinden har ret i, at alle de sagsbehandlere, hun har haft gennem livet, har behandlet hende dårligt. Bortset fra at hendes fortælling langt hen ad vejen understøttes af sagsakterne, er det heller ikke så afgørende. Det afgørende er, at hun føler sig krænket og har mistet troen på, at det sociale system vil hende det godt. Det er et dårligt udgangspunkt for et socialt arbejde, der skal kunne bidrage til menneskelig oplomstring.

Kvindens fortælling er nærmest prototypisk for, hvordan informanterne beskriver mødet med det sociale system i Høilunds og Juuls bog. Lad os fremdrage endnu

et par eksempler: Først en 44-årig mand med et langvarigt alkoholmisbrug og en længerevarende indlæggelse på psykiatrisk hospital bag sig.

"Jeg ville godt have fulgt mit behandlingsforløb op med noget psykologhjælp, men det ville man altså ikke gå ind på. Hvis jeg ville noget, kunne jeg få en psykiater, sagde de. Men jeg ville jo ikke have en medicinsk løsning, når det var livet, jeg havde ondt i. Jeg havde jo sådan set misset tyve år af mit liv, ikke? I alle de år, hvor andre mennesker danner sig selv, sad jeg jo på den lokale og drak, og når jeg ansøgte om penge til psykologhjælp, var det jo for at undgå at gå til bunds igen."

Interviewer: Hvad var begrundelsen for, at du ikke skulle have psykologhjælp?

"De sagde, at hvis jeg var syg, så sorterede det under dem, og så skulle jeg til psykiater, så jeg kunne få noget medicin. Men mine luksusproblemer – sådan lå det lidt i luften – dem måtte jeg klare selv. Eller i min sociale omgangskreds. Men altså, jeg var jo lige kommet ud, og havde ikke andre venner end dem, jeg lige havde forladt som dranker." (citeret efter Høilund & Juul 2005:36f)

Denne borger er ikke glad for afslaget på sit ønske om psykologhjælp. Det er imidlertid ikke så meget selve afslaget som måden, det bliver givet på, der opleves krænkende. At få et afslag er ikke en krænkelse af et menneskes personlige integritet og oplevelse af selvværd, hvis afslaget er forståeligt og bygger på en begrundelse, som vedkommende kan acceptere. Men at blive fejlet af banen – eller opleve det sådan – er krænkende og fører til et tab af selvværd. Det underbygges meget klart af den citerede borgers videre udtalelser i interviewet:

"Jamen jeg føler ikke, at systemet har anerkendt mig, som et tilregneligt menneske, som man kunne tage alvorligt. Det dér med tankevirksomhed, kan man jo ikke overlade til klienterne, vel? Nej, faktisk mener jeg, det er nogle meget, meget dårlige socialrådgivere, der har med folk at gøre på det her plan. De forventer ikke, at man kan overskue sin situation – og det kan man heller ikke altid – men hvis man i én situation ikke har kunnet overskue noget, så er det sådan, man er som person. Så kan man heller ikke overskue noget i fremtiden. Og dér mener jeg altså, at man skulle være lidt mere fleksibel og tænke på, at folk måske udvikler sig. Sagsbehandlerne forstår overhovedet ikke, hvad dine problemer handler om. De forstår ikke at tage dig seriøst. De forstår ikke, at man faktisk kan være temmelig langt ude i sovsen på et bestemt tidspunkt, uden at have solgt sin intelligens. At man måske stadigvæk kan tænke konstruktivt. Heroppe virker det sådan, at enten så duer man – og så må man sgu klare sig selv - eller også er man i stykker, og så tager de over."

Interviewer: Hvordan påvirker det dig, når du bliver mødt på den måde?

"Jamen det, der sker, er, at din selvværdsfølelse bliver taget fra dig. Jeg vil sige, at det selvværd det giver at gå på arbejde, det ryger når man kommer op på forvaltningen. Det, der næsten er hårdest ved ikke at have arbejde, er, at man skal herop. Det er som at få trukket en plasticpose ned over hovedet. Jeg synes jo selv,

at jeg har gjort en rimelig god indsats for at komme ud af mine problemer, ikke? – men det er åbenbart ikke deres opfattelse, og de har absolut ikke store tanker om mine evner til at styre mit eget liv.” (citeret efter Høilund & Juul 2005:37f)

Et klarere eksempel på de socialpsykologiske konsekvenser, det kan føre med sig, når en anerkendelse, som opfattes som fortjent, udebliver, er det vanskeligt at tænke sig. Menneskelige subjekter mødes med en gensidig forventning om at blive anerkendt som moralske personer og værdsat for deres særlige præstationer. Når disse forventninger skuffes, er det en moralsk erfaring, der opleves som social foragt eller uretfærdighed. Sådanne erfaringer ledsages typisk af skam, vrede eller harme. Hvad der i det konkrete eksempel fører til vrede og frustration, er ringeagten over for mandens selvforståelse. Det bevirker, at han føler sig stigmatiseret og fastlåst.

Sådanne følelser lyser ud af alle interviewene i Høilund og Juuls undersøgelse, også af interviewet med en 23-årig mand, som har været på sygedagpenge på grund af dårligt knæ, men på interviewtidspunktet var raskmeldt og på kontanthjælp, og derfor skal aktiveres. Det er han meget uforstående overfor. Hvad der krænker ham allermost, er imidlertid, at hans egen problemopfattelse fuldstændig tilsidesættes:

”Kommunen stoppede mine sygedagpenge, fordi de mente, jeg havde lidt nederlag på arbejdet og blot havde brugt knæet som undskyldning. Det er helt i modsætning til, hvad jeg selv mener, og jeg var faktisk meget glad for at være derude. Det fremgår jo også af lægepapirerne, at der er konstateret en brusklæsion på indersiden af det højre knæ.”

Interviewer: Men hvorfor vil kommunen ikke anerkende det, tror du?

”Jeg ved det ikke. Jeg har været 100 pct. ærlig fra første gang, jeg trådte ind på kontoret og har fortalt, hvad mine problemer drejede sig om. Men hende, der sad med min sag, vurderede det altså anderledes. Jeg har også anket afgørelsen, men kommunen har fået medhold i amtet. Jeg tror simpelt hen, de har stukket amtet nogle papirer, som jeg ikke kender til. Kommunen har jo sin egen læge, der sidder og vurderer sagerne uden nogen sinde at møde klienterne (...).”

Interviewer: Men hvordan har du så reageret på beskyldningerne om, at det med knæet ikke var den reelle årsag til, at du blev fyret?

”Jeg er da frustreret og sur på dem. Jeg har haft det meget dårligt med det, og har tænkt mange dumme ting, som man ikke skal gøre, for man lever jo kun en gang, men altså, jeg har da tænkt på selvmord. Sådant en beskyldning sidder hårdt i én, når man har arbejdet fra kl. 8 til 16-17 hver dag og så får sådan en spand koldt vand i hovedet (...). Jeg føler simpelt hen, at de træder på mig, og som jeg sagde til dem i torsdags, er det jo ikke for sjov, jeg bruger 2000 kr. om måneden på medicin blot for at lindre smerten.” (citeret efter Høilund & Juul 2005:38f)

Den unge mand opfatter det tydeligvis uretfærdigt og nedværdigende, at socialarbejderen nærer mistillid til hans egen problemopfattelse og dermed krænker hans moralske autoritet. Det fører til tab af selvagtelse og selvværd, og borgeren er i det konkrete eksempel både blevet krænket som moralsk og juridisk person. Det er nemlig nærmest ved en tilfældighed, han bliver opmærksom på, at kommunen nærer mistillid til hans egen vurdering. Først, da han beder om aktindsigt, kan han i journalen læse, at kommunens beslutninger beror på vurderinger, som han ikke er bekendt med og derfor ikke har haft mulighed for at kommentere. Det er ikke mindst i det lys, vi kan forstå hans vrede over beslutningsgrundlaget.

I journalen skriver sagsbehandleren bl.a.:

"Jeg er ikke i tvivl om, at Jonas gør sit bedste, og at han har et stort ønske om at komme i arbejde. Derimod kan jeg komme i tvivl om, hvorvidt det er hans knæ, der er årsagen til, at han blev fyret fra sit tidligere arbejde. Jeg tror, noget af årsagen måske kan være, at han er bange for at få for mange nederlag. Min fornemmelse er, at han har oplevet nogle nederlag i firmaet, som han måske ikke vil inddrømme overfor sig selv, og derfor gør mere ud af sin knæskade, end der er grund til."

Sagsbehandlerens overvejelser bygger tydeligvis ikke på fortrolighed med Jonas. Den sidste sætning i citatet viser, at hendes konklusion bliver, at Jonas simulerer, og sagtens kan klare et almindeligt arbejde. I den forbindelse henholder hun sig til lægekonsulentens vurdering, hvori det hedder, *"at klienten har en mindre brusklæxion i knæet, hvorfor det anbefales, at han kommer i gang med et nyt arbejde, uden for megen trappegang."* Selv om lægekonsulenten slet ikke møder borgeren, i dette tilfælde Jonas, er der ingen tvivl om, at sagsbehandleren tillægger hans udtalelse afgørende betydning, og på det grundlag mener at kunne bedømme, hvad Jonas er i stand til. Denne bedømmelse fremstår som fagligt begrundet, men er reelt sagsbehandlerens egen, truffet uden reference til den unge mands selvforståelse og nedfældet i journalen og uden hans vidende.

Sagsbehandlerens vurdering synes at forfølge manden gennem hele sagen. I et referat fra et senere møde mellem Jonas og hans nye sagsbehandler og en af kommunens jobkonsulenter hedder det:

"Vi fornemmede, at Jonas bakkede ud, da samtalen blev konkret. Han ville ikke i gang med det samme, fordi han skulle have afklaret nogle ting med kommunen. Da vi udbad os en forklaring, viste det sig, at han var meget vred over, at hans tidligere sagsbehandler har skrevet i sagen, at hun mener, at hans knæproblemer også har en psykisk dimension. Jonas ville klage over dette og have journalnotatet slettet. Vi forklarede ham, at det ikke er muligt at slette et journalnotat, og at udtalelsen er en del af sagsbehandlerens vurdering, som hun har lov til at have. Vi understregede overfor Jonas, at vi godt kan forstå, hvis han er oprørt over det, men også, at vi selv har haft de samme tanker."



Det er i eksemplet helt uklart, hvad det er for fornemmelser og tanker, som de sociale praktikeres erfaringer bygger på. Ingen kan naturligvis forhindre socialarbejdere i at gøre sig tanker om borgerne, og det er en del af deres arbejde at vurdere, hvori deres problemer består. Men at nedskrive vurderinger som den ovenfor citerede uden først at have drøftet det med borgeren, harmonerer ikke med lovgivningens bestemmelser om, at borgeren skal kunne medvirke i sin egen sag, og det kan, som det fremgår, give anledning til oplevelsen af ganske alvorlige krænkelser.

Hermed være ikke sagt, at borgerne altid er realistiske i forhold til egne muligheder. Det er de naturligvis ikke, og i mange situationer har socialarbejderne pligt til at give afslag, når deres ønsker ikke ligger inden for de lovgivningsmæssige og institutionelle muligheder, eller når socialarbejderen skønner, at det vil påføre borgeren yderligere skade og lidelse at imødekomme dem. Krænkelser erfaringerne opstår imidlertid ikke først og fremmest, fordi borgerne får afslag på det, de beder om, men især når de oplever, at de ikke tillægges nogen moralsk autoritet, der sætter grænser for sagsbehandlernes indgreb. Det er tilfældet, når deres problemforståelser og perspektiver ikke tillægges betydning, og når retlige principper, der eksplicit sigter på at beskytte dem i mødet med systemet, tilsidesættes. Dette underbygges af en lang række andre undersøgelser af krænkelser i mødet mellem system og borger (fx Bengtsson & Middelboe 2001, MikMeyer 2003, Uggerhøj 2003, Olsen 2005).

I interviewene er Høilund og Juul også stødt på fortællinger om "den gode socialarbejder", der har forstået borgerne, og har været der for dem, når de havde brug for det. Den gode socialarbejder repræsenterer et klart modbillede til "den dårlige", der angiveligt hverken forstår eller interesserer sig for borgerne og det liv, de lever. Hør hvordan en 32-årig kvindelig sygedagpengemodtager beskriver det:

"Den eneste virkelig gode sagsbehandler, jeg har mødt gennem alle årene, kunne lytte. Hun kunne gå ind og sige: "Jamen prøv nu at høre her...". Hun kunne ruske op og sige: "Jamen det holder jo ikke det dér, hvad nu hvis... Hvad vil du her og nu? Og hvad kan jeg gøre for dig?" "Mit behov er sådan og sådan", sagde jeg jo så, og hun svarede: "Jamen inden for rammerne kan jeg gå ind og støtte dig med de behov. Det kniber måske lidt med dét og dét, men ved du hvad, jeg har et andet forslag..."

Interviewer: Så hun var i stand til at tage afsæt i dine behov?

"Ja, jeg synes ikke, hun gik hen over hovedet på mig med: "Vi synes her fra systemets side sådan og sådan, og det kan du ikke, det dér. Derfor gør vi sådan og sådan." Nej, hun var inde at lytte til behov. Jeg synes, det, der er galt med systemet, er, at de allerfleste sagsbehandlere glemmer at se på klienternes behov og ikke tager deres behov seriøst. I stedet for at udgangspunktet er: "Nej, nej, du er én, der bare vil udnytte systemet, du vil bare have penge, og du er sådan og sådan",

så skulle de gå ind og sige: "Hvilken slags menneske er du? Hvad er dine ressourcer? Hvordan kan vi gå ind og understøtte dig med de ressourcer, du har? Og de behov, du har"? Det synes jeg mangler meget." (citeret efter Høilund & Juul 2005:57)

Den "gode socialarbejder" er ud fra citatet en anerkendende socialarbejder, der forsøger at forstå borgerne, som de forstår sig selv, og inden for de lovgivningsmæssige og institutionelle rammer kæmper for et minimalt fællesskab som platform for en konstruktiv dialog. I den forstand kan citatet læses som en empirisk begrundelse for anerkendelsesidealet på samme måde, som de refererede krænkelser kan det. Alle interviewene kan tolkes som en appel om anerkendelse: Se nu hvem jeg er! Interesser dig for det, jeg føler og oplever! Tag det, jeg fortæller dig alvorligt! Og lad være med at presse mig ind i dine forhåndskonstruerede skemaer og kategorier!

Socialt arbejde med udsatte mennesker er naturligvis mange ting og foregår i forskellige institutionelle sammenhænge, der giver forskellige betingelser for en anerkendende praksis. Formålet med det ovenstående har som nævnt ikke været at give et dækkende eller repræsentativt billede af problemernes omfang og fordeling i de mangfoldige grene af den sociale verden. Formålet har været at begrunde anerkendelse som en central og overordnet etik i arbejdet med socialt udsatte med henvisning til disse menneskers egne moralske erfaringer.

Jo mindre det sociale arbejde af de socialt udsatte opleves som myndighedskontrol og mistillid, jo mere det giver rum for omsorg, nærvær, medleven og gensidig anerkendelse med afsæt i borgerens problembevidsthed, jo større er sandsynligheden for, at der kan opstå en positiv relation. Det er i mange tilfælde forudsætningen for, at det sociale arbejde kan få et positivt forløb.

Krænkelser i mødet mellem sundhedssystemet og borgerne

Mange af de samme konklusioner kan drages på baggrund af dårligt stillede menneskers fortællinger om kontakten til sundhedssystemet, som det bl.a. fremgår af *Dårligt liv - dårligt helbred* (Pedersen 2009). Langt hen ad vejen er det således de samme forhold, der opleves krænkende, når socialt udsatte borgere møder sundhedssystemet i dets mange forgreninger: Følelsen af ikke at blive taget alvorligt og mødt af en nedladende og nedværdigende tone, følelsen af stigmatisering og ringeagt, af mangel på omsorg og utilstrækkelig information. Men der er specielle forhold, der gør sig gældende i sundhedsvæsenet.

Der er formentlig en grundlæggende forskel på, hvad der driver udsatte mennesker til at tage kontakt til social- og sundhedsvæsenet. Mange kommer i jobcentret eller

på socialforvaltningen, fordi det er forudsætningen for, at de kan oppebære deres forsørgelsesydelse. De skal komme, og de skal være indstillede på at fremvise deres elendighed og dokumentere, at de ikke er i stand til at forsørge sig selv, ligesom de skal demonstrere vilje til at gøre, hvad de kan for at forandre deres situation. Der er utvivlsomt glidende overgange, men til sundhedsvæsenet henvender man sig principielt kun, hvis man er syg eller har helbreds-mæssige problemer. Både *Susy-udsat* (Statens Institut for Folkesundhed & Rådet for Socialt Udsatte 2007) og *Dårligt liv – dårligt helbred* (Pedersen 2009) dokumenterer, at socialt udsatte har massive helbredsproblemer relateret til det liv, de lever. Det kan derfor ikke undre, at undersøgelserne også viser, at de har mere hyppig kontakt til sundhedsvæsenet end den øvrige befolkning, hvad sundhedspersonalet utvivlsomt kan nikke genkendende til.

Mere bemærkelsesværdigt er det, at størstedelen af de udsatte kun kontakter sundhedsvæsenet, når den er helt gal, når de kollapse eller bliver så dårlige, at de nødvendigvis må have en pause i deres hårde liv. Nogle af de interviewede påtager sig selv skylden og fortæller, at når man er helt ude i tovene og ikke tænker på andet end at få sine stoffer, så er man stort set ligeglad med alting, hvorfor åbenlyse helbredsproblemer og risici negligeres:

”Når man er helt derude, så er alt jo lige meget. Det eneste, det drejer sig om, det er at få stoffer. Slukke for det hele. Så jeg var sådan set ligeglad (...). Normalt så beder man jo ikke om hjælp. Man glemmer det jo, ikke? Det er kun i yderste nødstilfælde, at man bøjer sig og beder det offentlige om hjælp.” (45-årig kvinde, citeret efter Pedersen: 2009:39)

Man kan ikke sige, at kvinden giver udtryk for en oplevelse af at være krænket. Hendes fortælling understreger imidlertid, at der ofte kan være behov for en ekstraordinær indsats overfor socialt udsatte. At anerkende dem er ikke at forvente, at de er parate til at ændre deres liv i overensstemmelse med de professionelle sundhedsarbejders anvisninger. For overhovedet at få dem i tale, kan det være nødvendigt at anstrenge sig for at være der, når de har brug for det. Størstedelen af de interviewede giver udtryk for, at den kontakt, de har haft til sundhedsvæsenet, er en broget affære, og grunden til at de ikke søger hjælp, er så langt fra kun, at de ikke har overskud til det, men også at hjælpen ikke er der, når de henvender sig:

”jeg tog ud på psykiatrisk afdeling og snakkede med dem. Og så kom der en læge og overbragte mig nyheden, at jeg var ikke syg nok (...). Jeg var ikke syg nok. Selv om jeg ville tage livet af mig selv (...) Trods det, at jeg sad med ... jeg havde skåret mig både det ene og det andet sted. Og virkelig havde prøvet at tage livet af mig selv. Og så vil jeg da mene, at man har behov for hjælp. Men det syntes de åbenbart ikke. Og så havde jeg det bare sådan, jamen altså ”gå hjem og pak din taske og hold ferie, fordi det er det, du gør. Du vil jo ikke hjælpe mennesker, der har brug for det.” (37-årig mand, citeret efter Pedersen: 2009:42f)

Det er ikke vores opgave at forholde os til, om den borger, der her taler, virkelig var så syg, som han selv mener, eller om den læge, han taler om, var så afstumpet, som han fremstiller ham. Det er vanskeligt at afgøre på det foreliggende grundlag. Det står imidlertid klart, at manden subjektivt oplever afvisningen som uberettiget, og føler, at hans eksistentielle problemer er blevet negligeret. Den vrede og harme, der kommer frem i citatet, er således et stærkt argument for anerkendelsens betydning. I stedet for at blive modtaget med omsorg, medleven og interesse, føler han sig usynliggjort og fejlet af banen. Episoden ender med, at han tager hjem og fortsætter sit misbrug (Pedersen 2009: 43), og således vender hjælpen ryggen.

Et tilbagevendende tema i interviewene med socialt udsatte i *Dårligt liv – dårligt helbred* er, at de føler sig nedværdiget, stigmatiseret og diskrimineret i mødet med sundhedssystemet. Nogle af informanterne fortæller om en stærkt nedværdigende tone fra behandlerpersonalets side, at de bliver sprunget over i køen og må vente længere end andre på at blive tilset, og at de i det hele taget føler sig som andenrangs borgere. Således understøtter mødet med sundhedsvæsenet ikke, at de kan opleve sig som ligeberettigede retspersoner og værdige medborgere, der betyder noget for andre.

Ringegten synes undertiden at slå over i en nærmest kynisk behandling eller opleves i hvert fald sådan af de socialt udsatte selv. En af dem beskriver på denne måde, hvordan han oplevede lægens dom, engang han var på sygehuset med et inficeret ben:

"Den ene kirurg, da jeg lå oppe på hospitalet (...) da jeg kom og han så på mine ben. Så siger han: "Jamen det der ben, det skal jo af". Og så tog han en pincet, der var lige så lang som den her lineal, og så plantede han den sådan et stykke nede i benet på mig. "Swap", sagde det bare, så sad den bare sådan der. Så sagde han: "Det kan du jo godt se, det skal jo af". Og så gik han. Og så sad den pincet bare dér og vibrerede (...). Jeg begyndte at tude. Ikke fordi det gjorde ondt, for benet var jo fuldstændig inficeret. Du kunne stå på det. Jeg kunne ikke mærke en skid. Det var ikke det. Det var bare synet af det. Og så det der med "det skal jo af, det kan du jo godt se." (49-årig mand, citeret efter Pedersen: 2009:45)

Spørgsmålet er, om nogen læge eller behandler kunne finde på at handle således over for et menneske, der ikke, som den pågældende stofmisbruger, selv kunne bebrejdes for sine problemer. Igen skal man være opmærksom på, at det, vi forholder os til, er patientens subjektive oplevelser og ikke, hvad der faktisk skete i mødet mellem lægen og patienten. Det er imidlertid i sig selv alvorligt. Oplevelsen af ringeagt, nedværdigelse, ydmygelse og fraværende omsorg gør manden mindre, end han allerede er, og det understøtter under ingen omstændigheder hans "compliance", dvs. hans vilje og evne til at handle i overensstemmelse med sundhedspersonalets forskrifter.

Krænkeserfaringen, som lyser ud af citatet, kan også i dette eksempel tolkes som en appel om anerkendelse og som den empiriske begrundelse for idealet. Hvad manden efterlyser, er i det mindste lidt medfølelse, at blive behandlet som et menneske med en vis værdighed.

Anerkendelse indebærer, at sundhedspersonalet lytter til borgerne, tager dem alvorligt, og undlader at træffe beslutninger på borgernes vegne og tager over. Det indebærer også en vis koordination og kontinuitet i behandler/patientrelationen, da det kan opleves som en stor belastning for socialt udsatte mennesker at skulle åbne sig igen og igen over for sundhedspersonalet, som man måske aldrig ser igen. At åbne sig kræver tillid, fortrolighed, og at man oplever, at man tages alvorligt. Hør hvordan en 34-årig kvinde beskriver oplevelsen, da hun tager mod til sig og kontakter en psykiatrisk skadestue og henvises til psykiatrisk sygehus, men dagen efter sendes hjem igen efter en kort samtale med lægen:

”Det er rigtig, rigtig ærgerligt at blive udskrevet uden nogen form for bedring (...). Der er mange personer, der har været inde og ude af mit liv: læger, sygeplejersker, ergoterapeuter, psykologer, og det er utrolig svært at blive ved med at åbne/blotte sig, at lukke nye personer inde næsten på kommando. Jeg kan undre mig over, hvordan en læge kan vurdere efter mine første minutter på afdelingen og få minutters snak, at jeg skal sendes ud af døren igen (...). Det var en meget stor overvindelse at ringe til vagtlægen (...). Jeg havde håbet og satset på, at jeg aldrig skulle indlægges igen, og jeg håber endnu mere intenst nu, at det ikke bliver aktuelt igen, for at blive afvist og negligeret efter så hårde uger og samtaler (med egen læge, psykolog og vagtlægen), og så blive sendt hjem efter at have været her i ca. et døgn. Jeg tror desværre, at det fremover vil blive trukket endnu længere ud, så jeg bliver endnu sværere at hive ind igen, for hvad nytter det, når jeg bare bliver afvist? Den lille smule værdighed, jeg trods alt har tilbage i mig, vil jeg ikke sætte over styr ved endnu en tur herud” (Kommentar fra Landspatientundersøgelsen i psykiatrien).

Også dette citat rummer en krænkelsererfaring og kan som sådan læses som en appel om anerkendelse. Det afslører en indestængt vrede og frustration over ikke at blive taget alvorligt og ikke at blive udvist interesse. Kvinden føler sig reelt usynliggjort i mødet med det system, som hun havde brugt en kolossal mængde energi på at kontakte, og hun sendes hjem med uforrettet sag, uden nogen form for bedring. Hun kommer uopfordret ind på, hvordan forløbet påvirker hendes selvforhold negativt og fratager hende motivationen for at søge hjælp igen. Meget tyder på, at en mere anerkendende dialog kunne have skabt en forståelse hos kvinden og derved have befordret et mere konstruktivt forløb.

Det er klart, at ressourcerne i det psykiatriske behandlingssystem ikke kan eller skal række til, at alle og enhver, der måtte ønske det, kan blive indlagt gennem længere tid. Spørgsmålet er dog, om ”forretningsmæssigheden” ikke nogen gange kan kappe over og bliver kontraproduktiv. Bortset fra, at det harmonerer dårligt med idéen om et humanistisk velfærdssamfund, at socialt udsatte mennesker med alvorlige eksistentielle problemer oplever, at de ikke kan få hjælp, når de henvender sig til systemet, er det måske heller ikke rentabelt på længere sigt.

I nogle situationer hænger krænkelserne utilslørret sammen med følelsen af at være umyndiggjort og frataget muligheden for indflydelse på egen behandling. Det er fx tilfældet for den 52-årige kvinde, der nedenfor fortæller om, hvordan det psykiatriske behandlingssystem reelt forhindrer hende i at være arkitekt i sit eget liv:

”Det har ligesom tidligere været komplet umuligt at indlede seriøse samtaler om de underliggende forhold, som kan være årsag til sygdom. Metodikken her på stedet er lynhurtigt at slå mig i hovedet med en eller anden ”diagnose” og herefter stå med hele det velorganiserede tvangsapparat og tvinge mig til at tage en højst tvivlsom medicin. (...) Det er muligt, at medicinalfirmaerne, personalet og systemet tjener på det, men JEG gør det ikke, og de påstår alligevel, at de og hele dette system er til for at hjælpe netop sådan nogen som mig. Jeg modtager ikke nogen som helst form for behandling (...) udover medicinen med den skjulte, bagvedliggende trussel om tvang = vold. (...) Der er intet positivt samarbejde, og de forhindrer mig i at komme videre i mit liv og finde selvstændige løsninger, herunder at komme fri af patientrollen, hvilket jeg selv anser for en vigtig del af helbredelsen. (...) Det har lige fra min første indlæggelse været stort set umuligt at komme ind i et værdigt, kompetent og positivt samtaleforløb om, hvad jeg egentlig fejler (...) og hvad der ud fra en sådan afklaring kan gøres, ud over at jeg bare bevidstløst skal proppes med medicin (kemikalier) resten af mit liv.”
(Kommentar fra Landspatientundersøgelsen i psykiatrien)

Det tilkommer ikke os, at vurdere, hvornår medicinering er hensigtsmæssig. Det er dog tydeligt ud fra citatet, at det kan føre til oplevelsen af krænkelser, når patienten oplever, at sundhedsvæsenet ved hjælp af medicin fratager mennesker oplevelsen af kontrol over deres eget liv. Den lægelige indvending er måske, at syge mennesker ikke er i kontrol, og at medicinen er et hjælpemiddel, der kan gøre det muligt for dem at genvinde kontrollen. Sagen er bare, at denne borger bestemt ikke oplever det sådan. Tværtimod oplever hun medicineringen som et overgreb og en tvangsforanstaltning og erfarer, at det er næsten umuligt at komme igennem med alternative behandlingsformer. Således føler hun sig ”over-rullet” og umyndiggjort af systemet, der handler hen over hovedet på hende og forhindrer hende i at forfølge sine egne visioner om, hvordan hun bedst kommer videre i sit liv. Konsekvenser er vrede, frustration og uretfærdighedsfølelser, som vi tolker som et signal om anerkendelsens betydning.

Dette kan naturligvis også begrundes positivt, når socialt udsatte mennesker tilsyneladende oplever sig set, hørt og forstået af sundhedsarbejderne (som det også var tilfældet med socialarbejderne). At møde det andet menneske med venlighed og forståelse, at anerkende det, som det er, og være til rådighed, når det har behov for hjælp, synes at være helt centralt, når det drejer sig om sundhedsarbejde med og for socialt udsatte:

"Altså, de var rigtig gode. Det synes jeg, de var. Jeg var jo misbruger, og derfor kom jeg jo også over på åben og fra åben over i behandling, fordi jeg var misbruger. Men ja, de havde forståelse for min situation, de havde forståelse for, hvor jeg var på det tidspunkt, og de hjalp mig meget (...) Jeg har jo været indlagt to gange før. Også i forbindelse med stoffer. Men det er ligesom først denne her gang, at jeg har mødt forståelse. De to andre gange var jeg indlagt på X, og dér var det meget hårdt. Altså, jeg var jo bare misbruger, så jeg skulle ud hurtigst muligt. Men her på Y gik de virkelig ind og arbejdede med mig, fordi jeg havde de selvmordstanker, som jeg havde. Og de tog virkelig vare på mig. Så på det punkt var jeg glad for, at jeg kom på Y. Fordi jeg mødte forståelse." (37-årig mand, citeret efter Pedersen: 2009:44)

Modbilledet til den sundhedsmedarbejder, der hverken forstår eller interesserer sig for de udsatte borgere og det liv, de lever, er altså en sundhedsmedarbejder, der anerkender dem og møder dem med interesse og forståelse. Det er en sundhedsmedarbejder, der anstrenger sig for at synliggøre borgerne og inden for de institutionelle rammer kæmper for en konstruktiv dialog, i hvilken der handles ud fra fortrolighedskundskab og så vidt muligt fælles forståelse. Det er for så vidt kernen i anerkendelsestanken, og hvad der kan udledes af citaterne ovenfor.

I sundhedssystemet er den praktiserende læge tildelt en rolle, der kan være af stor betydning for den socialt udsatte. Det forudsætter, at der etableres et fortrolighedsforhold, som kan opbygges ved, at den socialt udsatte kommer flere gange. Men også her kan der desværre findes eksempler på, at dialogen ikke kommer i gang:

"... Sidste år blev jeg blind i 3 måneder, og min læge hun troede ikke på jeg var ved at blive blind... og mine øjne var helt røde, og så troede min læge jeg var stjernestiv – skæv af hash, men det var jeg ikke. Hun sagde at jeg skulle holde op med at drikke og ryge hash før hun kunne hjælpe mig. Men jeg vidste godt at det ikke var hashens skyld, og det var heller ikke alkoholens skyld. Men det var mit eget helbred. Når jeg selv har valgt at leve sådan, så gør jeg det. Så skal hun ikke ignorere mig sådan. Det er mit eget liv. Når jeg selv har lyst til at ødelægge mit liv, så ødelægger jeg det, og når jeg har lyst til at rette mit liv op, så kan jeg rette mit liv op. Lægen kan ikke sige hvordan jeg skal leve, for hun passer ikke på mig. Jeg passer på mig selv. Hun tilsidesætter folk bare for hash- og alkoholforbrugets skyld. Det kan man ikke ... Han [en ven] blev så ked af det, da han først fandt ud af at jeg var blind. Så gik han over til min læge og klagede over det. Det er derfor jeg blev indlagt lige pludselig, og jeg fik mit syn tilbage. Hvis et menneske føler sig syg, så er man nødt til at henvende sig til lægen, så er de nødt til at tage sagen seriøst, i stedet for bare at smide en ud på grund af alkohol og hashforbrug. Det er kun de rige mennesker, der bliver hjulpet fornuftigt, men vi fattige hjemløse, vi bliver bare ... fis af med dig! (Citater stammer fra en af fem film optaget til projektet om en hjemløs, sommeren 2011)

Den socialt udsatte oplever, at han afvises, fordi han bruger hash og alkohol. Han oplever, at denne livsform står imellem ham og en behandling. Han føler sig dermed ikke bare krænket ved ikke at blive tilbudt samme behandling som andre, han føler endnu værre, at det sker fordi hans valg af livsform ikke anerkendes. Dialogen om den konkrete sygdom og behandlingsmulighederne kommer i hvert fald slet ikke i gang. Først da en kammerat kontakter lægen med en klage over sagen, sker der noget. Det er muligt, at lægen ville have en anden udlægning af forløbet, hvis hun var blevet spurgt, men det bekymrende er, at den indledende dialog stopper, uden at man får indkredset årsager og behandlingsmuligheder, som begge parter kan være enige i.

Hvis det sociale og sundhedsmæssige arbejde skal kunne bidrage til menneskelig opblomstring, må samspillet mellem de professionelle og den socialt udsatte om noget bygge på anerkendelse, fortrolighedsviden og god dømmekraft, dvs. en dømmekraft med sans for anerkendelsens eksistentielle betydning og den enkeltes behov for at betyde noget for andre. Her er vi fremme ved nogle af de allermest centrale værdier i social- og sundhedsarbejdet. Spørgsmålet er, hvad de kan betyde i praksis, og hvordan værdierne kan omsættes overfor socialt udsatte mennesker i en travl hverdag. Det tager vi op i det følgende.

1 Honneth formulerer det således: "Eftersom erfaringen af den sociale anerkendelse udgør en betingelse, hvorpå menneskets identitetsdannelse som helhed beror, ledsages dens udeblivelse, altså foragten, nødvendigvis af en følelse af et truende personlighedstab. (...) Der (er) altså tale om en snæver sammenhæng mellem de krænkelser, som den sociale interaktions underforståede normer bliver tilføjet, og de moralske erfaringer, som subjekterne gør sig i den daglige kommunikation. Bliver disse betingelser beskadiget, idet en person bliver nægtet den fortjente anerkendelse, så reagerer den pågældende almindeligvis derpå med de moralske følelser, som ledsager erfaringen af foragt, altså skam, vrede eller harme. (...) de uretfærdighedsfølelser, som ledsager foragtens strukturelle former, udgør en førvidenskabelig kendsgerning, hvorpå en kritik af anerkendelsesforholdene socialt kan godtgøre sit eget teoretiske perspektiv." (Honneth 2003:37)

A photograph of a brick archway. The arch is constructed from reddish-brown bricks. A dark metal gate with vertical bars is positioned in front of a wooden door. A pair of blue pants with a colorful patterned waistband and cuffs is hanging from the bars. The scene is lit with a blue tint, and a large white number '7' is overlaid on the left side of the image.

7

De fælles værdier

Et menneske, som vi ikke mener, bør anerkendes, frakender vi reelt al værdi eller værdighed. På den anden side er det klart, at ikke alt hvad et menneske ønsker, bør anerkendes. Social- og sundhedsarbejdere bør fx ikke imødekomme ønsker fra borgerne, som disse ikke er berettigede til ifølge loven, eller som efter socialarbejderens overbevisning ville påføre dem yderligere skade og lidelse. Det betyder ikke, at borgernes visioner og drømme skal fejres ad banen. At anerkende et andet menneske er at handle i fortrolighed og så vidt muligt i fælles forståelse med den pågældende.

Medmenneskelighed og etisk autonomi

Den allerførste del af anerkendelseskampen med og for den anden drejer sig om at skabe, hvad man kunne kalde et minimalt fællesskab mellem forskellige men ligeværdige parter. I mødet med borgeren bør social- og sundhedsarbejderen ikke kun optræde som den professionelle fagperson, men også som et medmenneske. Det handler om at synliggøre borgeren og behandle ham eller hende som en moralsk autoritet, som et menneske, man tager alvorligt, lytter til og kærer sig om. Det handler om at finde tonen i samtalen og skabe et oplyst rum, hvor den professionelle og borgeren anerkender hinanden som ligeværdige samtaleparter og anstrænger sig for at forstå hinanden. De værdier, der er på spil, er således.

- omsorg og menneskelighed
- åbenhed og rummelighed
- ligeværdig kommunikation,
- ydmyghed, interesse og respekt.

Etisk og legitim anvendelse af magt

Et element i anerkendelseskampen er, at social- og sundhedsarbejderen stiller sine "faglige våben" til rådighed. Den professionelle hjælper må anerkende, at han eller hun repræsenterer magt overfor borgeren, som både kan skyldes, at den professionelle som myndighedsperson er udstyret med bestemte beføjelser, og at han eller hun besidder en særlig viden, nogle kompetencer, som den hjælpsøgende er afhængig af. At vedkende sig sin magtrolle er den første forudsætning for, at man kan reflektere over, hvordan magten anvendes. Undersøgelser viser (fx Uggerhøj 2003), at mange socialarbejdere er uopmærksomme på den magt, de besidder eller føler et ubehag ved den. Nok skal man i mange situationer forstå sig selv som "borgerens advokat", men det er også vigtigt at erkende, at man som hjælper og professionel repræsenterer nogle samfundsmæssige og institutionelle strukturer, som sætter grænser for, hvad der kan anerkendes. En forståelse af, hvordan man som professionel på en og samme tid er hjælper og systemrepræsentant, må være afsæt for en etisk reflekteret og retfærdig magtanvendelse.

De fælles værdier skal fremme etisk og legitim magtanvendelse. At stille sine våben til rådighed indebærer, at den professionelle delagtiggør borgeren i det, som kunne være "skjulte dagsordener", dvs. lægger sine målsætninger, faglige vurderinger og kategoriseringer frem til drøftelse med borgeren, er villig til at tage modforslag og indvendinger fra borgeren alvorligt og også lader borgerens perspektiver få plads i det, der nedskrives i journaler og sagsakter. En gennemgang af journaler og videobånd af udvalgte konsultationer viste fx, at det patienten sagde, ikke altid kom i journalen, og at denne sortering ikke blev drøftet med patienten (Langewitz et al., 2009).

At anerkende borgeren som juridisk person indebærer, at social- og sundhedsarbejderen taler med borgeren om hans eller hendes rettigheder og pligter. Men det er kun det første skridt. Det er også centralt, at den professionelle redegør for institutionens praksis, fx økonomiske forhold, politiske prioriteringer og institutionelle vaner og traditioner. Borgeren skal både kende sine rettigheder og pligter og føle, at han eller hun har reelle muligheder for at være medforfatter til lovgivningens udmøntning i hans eller hendes sag. Nøgleord er i denne sammenhæng:

- **Fokus på borgerens rettigheder**
- **Ægte og ærlig information**
- **Reelle muligheder for medinddragelse**
- **At der handles i fortrolighed og så vidt muligt i fælles forståelse med borgeren**
- **Værdsættelse og synliggørelse af borgerens perspektiver**

Nogle af de ovennævnte principper er som nævnt allerede indskrevet i Retssikkerhedsloven på det sociale område, i Sundhedsloven om fx informeret samtykke og i en

række andre regler på social- og sundhedsområdet. Undersøgelser viser imidlertid, at reglerne ofte har svært ved at sætte sig igennem i en travl hverdag så der kan opstå en forskel mellem loven og rets anvendelsen (fx Ejler et al., 2004). Det kan bl.a. skyldes en institutionel dømmekraft, som savner blik for, hvor afgørende oplevelsen af at have reelle rettigheder er for det enkelte menneskes selvagtelse. Det kan også skyldes, at regelsæt og økonomiske rammer ikke fremmer lovgivningens intentioner, når den skal oversættes til praksis.

Social- og sundhedsarbejderne bør være opmærksomme på, at store dele af social- og sundhedslovgivningen sigter på at beskytte borgerens etiske autonomi, og de bør tage denne del af retten meget alvorligt, også når der er tale om socialt udsatte mennesker. Det er i denne forbindelse centralt, at social- og sundhedsmedarbejderne gør sig en kraftanstrengelse for at sikre sig, at borgeren forstår deres faglige prioriteringer og i sidste ende respekterer borgerens valg. De professionelle bør altid anvende lovgivningen til borgerens fordel, så længe fortolkningen er forenelig med en alment accepteret retspraksis. Hvis borgerne ikke er berettigede til en ydelse, skal de naturligvis have afslag. I sådanne tilfælde er det afgørende, at afslaget formuleres på en anerkendende måde, så borgeren forstår og allerhelst accepterer det. Det er ikke så meget det at få nej til en ydelse, som følelsen af at blive fejlet af banen, ikke set og ikke hørt, der fører til krænkelser i mødet.

Hvis ledere og frontmedarbejdere oplever, at de ikke har mulighed for at overholde lovgivningen i praksis, at forskellige regelsæt strider mod hinanden, eller at netop de rettigheder, der sigter på at understøtte borgerens muligheder for at være arkitekt i sit eget liv tilsidesættes af arbejdsgange og reguleringsformer, der trækker i den anden retning, bør de ikke lade som ingenting. I så fald bør de "råbe op" og gøre opmærksom på problemerne, så der kan blive taget hånd om dem. Det forudsætter en åben, demokratisk og læringsorienteret debatkultur i institutionerne såvel som i det omgivende samfund.

At arbejde med fælles værdier er som nævnt ikke en manual- eller standardmetode. De her formulerede værdier bygger på sociale teorier, på fortolkninger af dårligt stillede menneskers krænkelsoplevelser i mødet med social- og sundhedsvæsenet og på dybtgående drøftelser med repræsentanter for stort set alle dele af social- og sundhedsverdenen i følgegruppen. Men de fortæller ikke, frontmedarbejderne, præcist hvad de bør gøre, eller hvordan de bør handle i mødet med borgerne. Snarere er værdierne et forslag til en etik for det sociale og sundhedsmæssige arbejde, som kan fungere som ledetråde i det praktiske arbejde.

Det nytter ikke ret meget, hvis medarbejderne ikke føler noget for værdierne eller oplever et medejerskab til dem. Derfor skal dette arbejde først og fremmest opfattes som en opfordring til, at ledere og medarbejdere forpligter sig på at føre diskussionen om værdier videre i dagligdagen. De værdier, der ligger i "Fælles værdier", kan ikke besluttes fra oven og presses ned over hovedet på social- og sundhedsmedarbejderne,



men må udvikle sig i en dialogisk proces med praktikerverdenen. Det er også i den ånd, det skal læses, når vi i det følgende diskuterer de særlige udfordringer, der knytter sig til implementering af værdierne i arbejdet med og for socialt udsatte.

FÆLLES VÆRDIER sigter på at styrke borgernes autonomi og på at minimere krænkelser i mødet mellem system og borger. Men de fælles værdier er langt fra bare et opråb til den enkelte social- og sundhedsarbejder: Husk nu at anerkende dine borgere! For ret beset hjælper det ikke så meget at social- og sundhedsarbejderen anerkender borgerne, hvis han eller hun ikke selv anerkendes af systemet. Ikke mindst de politiske og faglige ledere har en forpligtelse til at arbejde for en dømmekraft, som indebærer, at borgerne føler sig set hørt og forstået, når de møder social- og sundhedssystemet. Det har både betydning i sig selv, men vil også ud fra en effektivitetsbetragtning forbedre prognosen for social- og sundhedsarbejdet. Ledernes ansvar er bl.a. at skabe en åben og læringsorienteret debatkultur, hvor man diskuterer etiske og værdimæssige spørgsmål lige så meget som tekniske, planlægningsmæssige og økonomiske spørgsmål.

Frontmedarbejdernes særlige ansvar er at bringe den fortrolighedsviden, der opstår i mødet med borgerne ind i disse diskussioner. Det er frontmedarbejderne, der i mødet med borgerne har adgang til deres livsverden og selvforståelse. Hvis anerkendelsestanken skal kunne sætte sig igennem i den institutionelle praksis, må denne viden bringes ind i institutionerne og være noget, alle medarbejdergrupper anstrænger sig for at lære af. Udsatte menneskers krænkelsererfaringer giver ikke et kvantitativt eller repræsentativt billede af relationen mellem borgerne og social- og sundhedsvæsenet, men ved at lytte til krænkelserne kan systemet lære, hvornår og hvorfor relationen mislykkes – ikke mindst over for socialt udsatte mennesker. Det er forudsætningen for, at man kan sætte effektivt ind på at forbedre den.



8

Særlige udfordringer vedrørende anerkendelse af socialt udsatte

Det er meget lettere at anerkende mennesker, der er positive, samarbejdsvillige og realistiske om deres muligheder, og som har en klar idé om, hvad de gerne vil, end at anerkende socialt udsatte, der typisk er alt det modsatte. Socialt udsatte mennesker er meget ofte negative over for social- og sundhedsarbejderne og anerkender dybest set ikke de professionelle. De er muligvis direkte truende, aggressive, og meget ofte afvisende overfor det, de professionelle repræsenterer. Måske opfatter den udsatte borger et tilbud om hjælp til ryggestop, som gives i den bedste mening og ud fra en professionel viden om, at rygning i endnu højere grad slår socialt udsatte ihjel end andre mennesker, som endnu et forsøg på manipulation fra hjælpesystemets side. De er ikke indstillede på at holde op med at ryge eller magter det måske ikke, fordi de oplever, at de har så mange andre sociale og helbredsmæssige problemer at slås med, at rygningen er det mindste problem. Det er heller ikke alle, der er i stand til at holde op med at drikke eller lægge stofferne på hylden, selv om det utvivlsomt ud fra et lægeligt synspunkt, ville være det eneste rigtige. Mange formår heller ikke, at rette deres konstruktive blik mod arbejdsmarkedet eller har urealistiske forestillinger om, hvad de formår, og hvad der reelt kræves. Nogle har slet ingen visioner for deres liv, som leves i en tåge af stoffer, som her og nu dulmer smerten og de eksistentielle problemer, de lider under.

Mødet

Hvad disse mennesker har brug for, er om noget omsorg, menneskelighed, åbenhed, rummelighed etc., men det kan være svært for hjælperne at give dem det, fordi de socialt udsatte netop ofte repræsenterer noget grimt og angstprovokerende og måske dybest set udfordrer social- og sundhedsarbejdernes egne normer for det gode liv.

Det kan i denne sammenhæng være formålstjenligt at erindre sig, hvordan Søren Kierkegaard beskrev kernen i ægte menneskelig omsorg og hjælp:

"Al sand hjælpen begynder med en ydmygelse; Hjælperen må først ydmyge sig under den han vil hjælpe, og herved forstå, at det at hjælpe er ikke det at herske, men det at tjene, (...) at det at hjælpe er villighed til indtil videre at finde sig i at have uret, og i ikke at forstå, hvad den anden forstår (...) dersom du ikke kan begynde således med ham, at han finder en sand lindring i at tale med dig om sin lidelse (...) så kan du heller ikke hjælpe ham; han lukker sig inde i sit inderste – og præk du så kun for ham." (Kierkegaard, 1964)

At "ydmyge sig" under den man vil hjælpe og "at tjene", implicerer netop, at den stærke og magtfulde hjælper (lægen, sygeplejersken, socialrådgiveren, pædagogen) lægger en dæmper på sig selv og anerkender den til enhver tid værende andens ret til at vælge at leve usundt, farligt og anderledes. Det kan godt være, at den anden aldrig har truffet et frit valg, og at det liv, han eller hun lever, næsten gør det meningsløst at tale om et valg, men så må hjælperen anerkende det og i overensstemmelse med Søren Kierkegaards etik, anstrenge sig for at møde det andet menneske, dér hvor det befinder sig her og nu. Det er i høj grad det, anerkendelse drejer sig om. Handler vi hen over hovedet på den udsatte borger og presser alle vore egne idéer om det gode liv ned over hovedet på ham eller hende, risikerer vi, at relationen umuliggøres eller går i stykker.

Social- og sundhedsarbejderne må altså i en vis forstand anerkende det svage liv, hvilket er noget helt andet end at erklære de udsatte for usamarbejdsvillige og uden for rækkevidde. Den professionelle må tværtimod signalere interesse og søge relationen i respekt for det svage liv, og være ved siden af, når den udsatte borger er parat. I den forstand kræver arbejdet med de socialt udsatte en ekstraordinær menneskelig indsats.

At handle anerkendende over for den udsatte borger indebærer, at hjælperen må "ydmyge sig", men det betyder ikke, at den professionelle usynliggør sig selv og aktivt understøtter den udsatte borger i alt, hvad han eller hun kommer med. Anerkendelse er noget helt andet end eftergivenhed, og det drejer sig under ingen omstændigheder om ligegyldighed. Hvis social- og sundhedsarbejderen er af den overbevisning, at det vil indebære yderligere skade og lidelse for den udsatte borger aktivt at understøtte den vision, han eller hun kommer med, ja så ville det være meget lidt anerkendende at gøre det. Tværtimod skal hun indgå en samtale med den anden og aktivt søge dialogen vel vidende, at det i sidste ende er borgerens liv, der er til diskussion, og at det derfor er ham eller hende, der har det sidste ord.

I ekstreme situationer indebærer det alvorlige etiske dilemmaer. Det kan være svært for social- og sundhedsarbejderne at se på, at det andet menneske ødelægger sig selv. Undertiden kan det selvsagt være nødvendigt at skride ind af hensyn til et truet barn, og det kan være umuligt at undgå at den udsatte borger føler sig krænket over det. Men hvad er bedst for barnet? Og hvad er bedst for den udsatte borger? Værdierne kan som nævnt ikke fortælle social- og sundhedsarbejderen, hvordan der konkret bør handles. Det må afgøres af en god dømmekraft i situationen, der tager hensyn til konteksten, og hvor værdierne fungerer som etiske ledetråde.

God og retfærdig anvendelse af magt

Det kan også være en særlig udfordring at forvalte den magt, man som professionel er udstyret med, etisk og retfærdigt overfor socialt udsatte mennesker. Netop, når det drejer sig om mennesker, som social- og sundhedsarbejderne måske oplever som usamarbejdsvillige, ligeglade med egen sundhed og vanskelige at få i tale, kan det være det letteste at overse reglerne om patientinformation og informeret samtykke og de dele af sociallovgivningen, der drejer sig om at sikre borgerens aktive medvirken. I en vis forstand opgiver man dem måske, og lader stå til: Når de alligevel ikke vil ændre deres usunde og socialt fornedrende levevis, ”orker” social- og sundhedssystemet dem i virkeligheden ikke, og der opstår en ”slip af med sagen kultur”, hvor systemet nok tager sig af helt akutte problemer, men derefter sender udsatte mennesker på gaden igen, undertiden med henvisning til, at de ikke er syge nok (jf. interviewene).

Alternativt kan der ske det, at den magtfulde social- og sundhedsmedarbejder i den bedste mening tager over: Når udsatte borgere åbenbart ikke vil deres eget bedste eller ved, hvad der er bedst for dem selv, skal jeg nok som den professionelle ekspert sørge for, at de får den hjælp, de har behov for. I sådanne tilfælde kan udsatte mennesker opleve, at indflydelsen på deres eget liv glider ud af hænderne på dem. Konsekvensen kan være, at de på et tidspunkt siger fra, fordi de reelt ikke er med i de behandlings- og handleplaner, der sættes i værk.

Det er grunden til, at det sociale og sundhedsmæssige arbejde, også når det gælder socialt udsatte, så vidt muligt må bygge på værdsættelse og synliggørelse af borgernes perspektiver. Men det kan være en kæmpe udfordring og kræve stor opmærksomhed fra social- og sundhedsmedarbejdernes side at leve op til værdier som ærlig og ægte information, når det drejer sig om socialt udsatte. Ofte må social- og sundhedsarbejderen bruge mange kræfter på at overvinde den modstand, som mange udsatte mennesker møder frem med, når de henvender sig til systemet. En ligeværdig og respektfuld dialog er derfor noget, der må kæmpes for.

Eksempler på nedværdigende tale og diskrimination, hvor den udsatte borger oplever, at han eller hun kommer bagerst i køen, og i det hele taget opfattes som et anderrangs menneske, er naturligvis det stik modsatte af anerkendelse og udtrykker reelt systemets magtesløshed over for udsatte og sårbare mennesker. Vi har i medierne set grove eksempler på, hvordan der nogle steder kan udvikle sig en nedværdigende kultur og en rå tone, som mest af alt drejer sig om hjælpernes og systemets hjælpeløshed. De fælles værdier skal ikke mindst forhindre, at noget sådan sker, og er en etik, der skal minde social- og sundhedsarbejderne om, hvordan vi altid bør møde og handle overfor det andet menneske, også når den anden er besværlig, usamarbejdsvillig, misbruger eller psykisk syg.

Der skal som nævnt ikke være tvivl om, at det kan være svært at møde udsatte mennesker med anerkendelse, ikke mindst når deres visioner og drømme kolliderer med normalsamfundets normer for det gode og rigtige liv. Hvad skal social- og sundhedsarbejderne stille op med mennesker, der ikke magter at leve op til det moderne,

strømlinede samfunds krav om funktionsduelighed og succes? Mennesker der måske er skæve og anderledes, og har brug for noget andet. Det skal ikke tolkes sådan, at socialt udsatte mennesker fundamentalt har helt andre drømme end "almindelige" mennesker, men for nogle er drømmene for længst bristet, og deres visioner har fået et andet indhold. Anerkendelse betyder derfor ikke altid lige behandling, men kan også dreje sig om sans for forskellighed.

Social- og sundhedssystemet må med andre ord forstå, at der kan være flere veje til social integration, flere veje til menneskelig opblomstring. Udgangspunktet må være borgerens vision om det gode liv, også når denne går i en anden retning end social- og sundhedsarbejderens. Det drejer sig ikke først og fremmest om, at den professionelle kan "se vejen" men om så vidt muligt at understøtte borgerens vision om det gode liv. Når denne ikke kan realiseres, eller der måske slet ingen visioner er, bliver udfordringen for den professionelle sammen med borgeren (eventuelt de pårørende) at finde en realistisk vision for fremtiden. Her er dialog, åbenhed og rummelighed noget helt centralt.

Målet om medinddragelse er som nævnt nedfældet i social- og sundhedslovgivningen, som også omfatter socialt udsatte mennesker. Men hvor det som oftest er ret uproblematisk at leve op til lovgivningen, når det gælder ressourcestærke og handlingsduelige mennesker, er det langt vanskeligere, når det drejer sig om socialt udsatte. Hvorfor skal man bruge en masse kræfter på at fortælle dem om deres rettigheder og sørge for, at de får dem, når de dybest set ikke forstår dem, og også er ret ligeglade? I mange tilfælde er det, de har brug for, jo netop at den faglige ekspert tager over og fortæller dem, hvad de skal gøre, vil mange sikkert mene. Hvorfor så bruge en masse ressourcer på information og dialog?

Svaret er, at det skal man, både fordi det står i loven, og fordi den retlige anerkendelse er en central dimension i et socialt og sundhedsmæssigt arbejde, der sigter på at understøtte menneskelig opblomstring. At have (og få!) sine rettigheder er ikke bare forudsætningen for, at man kan stille krav på lige fod med andre. Det er i høj grad også forudsætningen for, at man kan ranke ryggen som borger og lære at opfatte sig selv med selvrespekt. Derfor drejer anerkendelseskampen med og for borgeren sig i høj grad om at tage fx Retssikkerhedslovens og Sundhedslovens regler alvorligt, også når det drejer sig om socialt udsatte. Det er et vigtigt element i etisk og legitim magtanvendelse.

God dømmekraft

De fælles værdier i arbejdet med de socialt udsatte, er som nævnt ikke bare et opråb til den enkelte social- og sundhedsarbejder. De sigter i sidste ende på at fremme en god dømmekraft i social- og sundhedsinstitutioner, der arbejder med socialt udsatte. Hermed menes nogle gode og retfærdige tænkemåder, vaner og praktikker.

Anerkendelsesetikken taler utvivlsomt til mange social- og sundhedsmedarbejderes hjerter. Når det alligevel må konstateres, at der forekommer udbredte krænkelsoplevelser blandt socialt udsatte, er der noget, der tyder på, at der er andre kræfter, der trækker i en anden retning, fx produktivitetshensyn, standardisering, incitaments-systemer og fokus på refusion. Formålet med fælles værdier er derfor i et videre perspektiv at bidrage til en anden balance mellem institutionelle normsystemer, og hermed en institutionel dømmekraft i hvilken anerkendelsesetikken har større autoritet end i dag.

Forudsætningen for, at sundhedsmedarbejderen skal kunne agere som "den gode" anerkendende medarbejder, er overskud. Udbændthed har fx i den sygeplejefaglige litteratur mest henvist til plejerens manglende mestring af den professionelle rolle (Vahey et al., 2004; Riiskjær et al., 2011). Udbændthed kan ses som en proces, hvor den professionelle holdninger og adfærd ændrer sig i en ikke anerkendende retning. Udbændthed kan vise sig som en følelse af magtesløshed, udmattelse, manglende tro på egne professionelle evner, hvilket i sidste ende kan slå over i kynisme, som det er fremgået af nogle af de sager, der har været fremme i pressen. Der kan udvikle sig en hjælpernes hjælpeløshed. Derfor bliver det afgørende, at ledelsesniveauet går forrest i kampen for de fælles værdier. Anerkendelseskampen er både en kamp med og for den udsatte borger og en kamp på de indre linjer om den dømmekraft, der skal præge social- og sundhedsinstitutionerne.

9

Udviklingstemaer

Honneths anerkendelsesteori specificerer som nævnt ikke, hvad anerkendelse (eller mangel på anerkendelse) er i konkrete situationer, ligesom den ikke udtaler sig om, hvordan konkrete anerkendelseskrav skal bedømmes. At gøre det ville i realiteten være i modsætning til anerkendelsestanken, der implicerer åbenhed og respekt for det enkelte menneske. Ikke desto mindre præciserer anerkendelsesteorien, hvad en ansvarlig orientering i sociale relationer helt grundlæggende drejer sig om, nemlig at synliggøre den anden og betragte den andens værdier og egenskaber som betydningsfulde, også når de afviger fra ens egne. Overført til institutionsniveau betyder det, at social- og sundhedsinstitutioner, der vil kunne kalde sig gode og retfærdige, bygger på en anerkendelsesetik, der har sans for det enkelte menneskes behov for at betyde noget for andre.

Målet med dette skrift har været at vise, hvad der krænker mange socialt udsatte mennesker i mødet med social- og sundhedssystemet, og i lyset heraf at pege på fælles værdier i det sociale og sundhedsmæssige arbejde med socialt udsatte. Skriftet støtter hermed op om mange allerede formulerede etiske værdigrundlag, som i vid udstrækning ligger i tråd med en anerkendende praksis.

En institutionel praksis bliver hele tiden reproduceret gennem handlinger, oftest i konkurrence med andre institutioner. En idé kan siges at være "institutionaliseret", når den er bredt praktiseret, stort set modstandsdygtig overfor feedback, og når den giver stabilitet og mening til socialt liv (Scott og Davis, 2007). Ændring af praksis i retning af at følge fælles anerkendende værdier skal altså ses i en samlet organisatorisk ramme. Man må forudse, at der er tale om en ide, der skal ydes ekstraordinær støtte, hvis den skal komme til at danne ny praksis, fordi den på flere punkter konkurrerer om opmærksomheden med andre stærke og mere instrumentelle ideer, der gør sig gældende på social- og sundhedsområdet.

Nogle af de forhold, der kan have betydning for om nye værdier og en ny praksis realiseres, har vi forsøgt at indfange i de tolv temaer, der skitseres nedenfor. Der er tale om generelle og brede temaer, som det vil være vigtigt at drøfte og arbejde videre med i en lokal kontekst. Temaerne er opstillet i tilfældig rækkefølge:

1. Samtalekulturen

Der bør skabes en respektfuld samtalekultur, der fremmer aktiv inddragelse af den socialt udsatte i dennes kontakt med social- og sundhedsmyndigheder. Det forudsætter færdigheder og vilje hos den professionelle til at sætte sig ind i den udsattes værdier, følelser, holdninger og tankegange. Dette bør bæres af en bevidsthed om, at de socialt udsatte selv er de bedste kilder til forståelse af deres ståsted og deres liv. Kommunikation kan ses som nøglen til løsning af mange andre vanskeligheder for den socialt udsatte. En dårlig kommunikation er ofte forbundet med oplevelsen af krænkelser.

2. Kontrolniveau

Jo mindre det sociale arbejde opleves som myndighedskontrol, tvang og mistillid, jo mere det giver rum for omsorg, nærvær, medleven og gensidig anerkendelse med afsæt i borgerens problembevidsthed, jo større er sandsynligheden for, at der kan opstå en positiv relation. Hvis borgeren ikke oplever, at han eller hun har et medejerskab til de planer, der sættes i værk, kan det føre til mistillid, og uretfærdighedsfølelser. Dialogen bør derfor være præget af lydhørhed og nysgerrighed.

3. Engagement hos de ansatte

Arbejdet med socialt udsatte må forestås af engagerede medarbejdere med overskud. Dette må sikres gennem personaleudvælgelse, specialisering og ført personalepolitik, altså et fokus på godt fysisk og psykisk arbejdsmiljø. Det er i denne forbindelse vigtigt, at medarbejderne selv oplever, at de anerkendes af systemet, og at de støttes, når arbejdet opleves belastende eller farligt. Træning i kommunikation og supervision kan være nyttige redskaber.

4. Koordineret praksis

Sikring af samarbejde mellem faggrupper og institutioner er vigtig for den socialt udsatte. Det gælder formentlig for alle mennesker, men navnlig er det centralt for den socialt udsatte at møde en koordineret indsats uden unødigt skiftende kontakter. Det kan opleves som en stor belastning for socialt udsatte mennesker, at skulle åbne sig igen og igen over for forskellige og skiftende ansatte. Særligt overgangene mellem forskellige social- og behandlingsindsatser er kendt for at kunne skabe krænkelser, tab af selvværd og selvrespekt. Kontaktpersoner af gavn kan være vigtige. Ved konflikter skal patientens tarv altid tilgodeses.

5. Anerkendelse af de udsattes kompetencer

Det er helt centralt at være åben over for den socialt udsatte og så vidt muligt understøtte de positive kvaliteter, den udsatte tilskriver sig selv. I de tilfælde, hvor den udsatte borger ingen visioner har, eller når det hele opleves udsigtsløst, må social- og sundhedsarbejderen forsøge sammen med borgeren at formulere et perspektiv for fremtiden. Brug af socialt udsatte i aktiviteter overfor andre socialt udsatte kan undertiden rumme anerkendende elementer, fordi der her trækkes på den socialt udsattes helt unikke kompetencer og erfaringer med at tackle vanskelige vilkår i livet.

6. Synliggørelse af de socialt udsatte

Den socialt udsattes stemme savnes ofte i den offentlige debat og efterhånden også i det offentlige rum. Derfor er det vigtigt, at der så vidt muligt støttes op om brugerorganisationer, der fungerer som talerør for de udsatte. Man kan herudover drøfte, hvilke muligheder de ansatte på området har for at deltage i offentlige debatter og hvordan, når vigtige emner tages op af de udsatte og deres organisation.

7. Professionel opbakning

Socialt udsatte bør kunne regne med de professionelles støtte i forhold til deres behov. Det indebærer ikke, at magt- eller kontrolaspektet ophæves, men indenfor de gældende regler og muligheder må de ansatte med deres særlige indsigt tage den socialt udsattes parti. Den socialt udsatte skal støttes i at træffe valg inden for social- og sundhedssystemet, hvor der kan være brug for hjælp til at skabe sammenhængende forløb på grund af et opdelt behandlingssystem, der fordrer store evner til navigering.

8. Undgå stigmatisering

Stigmatisering af socialt udsatte kan foregå på individ- og gruppeniveau. Mødes den socialt udsatte med fordomme eller grove klassificeringer opleves det som stigmatisering og meget lidt anerkendende. Klassificeringer bør altid ske i dialog med borgeren. Også hele grupper af socialt udsatte kan opleve stigmatisering, når gruppen som helhed forbindes med kritiske forhold. Omvendt kan positive kollektive referencer til grupper medvirke til at styrke enkeltindviders og grupperes identitet.

9. Ingen skjulte dagsordner

Den professionelle må delagtiggøre borgeren i sine "skjulte dagsordner", dvs. lægge sine målsætninger, faglige vurderinger og kategoriseringer frem til drøftelse med borgeren, være villig til at tage modforslag og indvendinger fra borgeren alvorligt og også lade borgerens perspektiver få plads i det, der nedskrives i journaler og sagsakter. Den professionelles dobbeltrolle som hjælper og kontrollant skal være synlig for den socialt udsatte.

10. Opsøgende virksomhed

For overhovedet at få socialt udsatte i tale, kan det være nødvendigt at være dér, hvor de er, når de har brug for det. Der vil være tale om særbehandling, som ikke ydes til andre borgere. Anerkendelse betyder nemlig ikke altid lige behandling, men kan også dreje sig om sans for forskellighed. Opsøgende virksomhed kan være udtryk for en anerkendende indsats overfor socialt udsatte.

11. Accept af forskellige veje

Arbejde med socialt udsatte vil ofte forudsætte fleksibilitet og afvigelse fra standardpraksis. Det gælder både i forhold til behandling, information og tilrettelæggelse af kontakten. Det er ikke alle, der er i stand til at holde op med at drikke eller lægge stofferne på hylden, men nogen vil måske alligevel gerne starte med behandling dér, hvor det er muligt. En ekskluderende praksis i forhold til socialt udsatte bør undgås, selv om de kan være besværlige og opfattes som usamarbejdsvillige. Som helhed er det den gruppe, der har de allerstørste behov for støtte – både socialt, psykisk og fysisk.

12. Opmærksomhed på rettigheder

En del af den anerkendende tilgang i arbejdet med socialt udsatte er også fokus på rettigheder. I et anerkendelsesperspektiv er det at have de samme rettigheder som alle andre, i høj grad det, der gør det muligt for den enkelte at ranke ryggen som en ligeværdig medborger. Derfor bør de ansatte ikke alene informere udsatte mennesker om deres rettigheder. De bør også understøtte og hjælpe til med, at de får dem i praksis.

Referencer

- Album, D. & Westin, S. (2008). "Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students", *Social Science & Medicine*, vol. 66, pp. 182-188.
- Amtsrådsforeningen m. fl. (2003): *Patientens møde med sundhedsvæsenet. De mellem-menneskelige relationer – anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet*.
- Bech Hansen, I. & Nørrelykke, H & Sjølborg, H. (2006): *Borgerinddragelse og retssikkerhed i socialt arbejde*. Hans Reitzels Forlag. København.
- Bengtson, Steen og Middelboe, Nina (2001): *Der er ikke nogen der kommer og fortæller hvad man har krav på*. København: Socialforskningsinstituttet..
- Coulter, A. & Ellins, J. (2007). "Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients", *British Medical Journal*, vol. 335 (24), 7609.
- Coyle, J. (1999). "Exploring the meaning of 'dissatisfaction' with health care: the importance of 'personal identity threat'", *Sociology of health & illness*, vol. 21(1), 95-123.
- Dansk Socialrådgiverforening (2000): *Etikvejledning – etiske principper i socialt arbejde*. (www.socialrdg.dk/index.dsp?page=848)
- Ejler, N., et al. (2004): *Undersøgelse af retsikkerhedsloven*, Socialministeriet, København.
- Høilund, P. (2000): *Faglighed og etik i socialt arbejde*. I: *Uden for Nummer nr. 1*.
- Høilund, P. & Juul, S. (2005): *Anerkendelse og dømmekraft i socialt arbejde*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Høilund, P. (2006): *Social retfærdighed udkast til en retslære for socialt arbejde*. København: Jurist- og Økonomforbundet.
- Honneth, A. (2003): "Foragtens sociale dynamik". I: Rasmus Willig (red.): *Behovet for anerkendelse – en tekstsamling*. Hans Reitzels Forlag. København.
- Honneth, A. (2003a): "Moralbevidsthed og socialt klasseherredømme". I: Rasmus Willig (red.): *Behovet for anerkendelse – en tekstsamling*. Hans Reitzels Forlag. København.
- Honneth, A. (2006): *Kamp om anerkendelse - sociale konflikters moralske grammatik*, Hans Reitzels Forlag, København.
- Indenrigs- og sundhedsministeriet og Socialministeriet (2005): *Fælles værdier i indsatsen for mennesker med sindslidelser. Faglighed, respekt, ansvar*.
- Institute of Medicine (2001). *Envisioning the national health care quality report*, National Academies Press, Washington, DC, USA.
- Jacobsen, C.B., Pedersen, V.H. & Albeck, K. (2008): *Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed - En empirisk undersøgelse af fælles beslutningstagning og dagligdagens møder mellem patient og behandler*. Medicinsk Teknologivurdering-puljeprojekter. DSI.
- Juul, S. (2010): *Solidaritet: anerkendelse, retfærdighed og god dømmekraft*. Hans Reitzels Forlag. København
- Keating, N.L., Guadagnoli, E., Landrum, M.B., Borbas, C. & Weeks, J.C. (2002). Treatment Decision Making in Early-Stage Breast Cancer: Should Surgeons Match Patients' Desired Level of Involvement?, *Journal of Clinical Oncology*, vol. 20 (6). 1473-1479.
- Kierkegaard, S. (1964) B. Drachmann et al. (red.): *Samlede værker bd. 18* (§2 pp. 96-99) København

- Krogstrup, H. (1999): *Det handicappede samfund – om brugerinddragelse og medborgerskab*. Systime. Århus
- Lægeforeningens etiske regler. www.laeger.dk. Februar 2011
- Mik-Meyer, N. (2003). "Anne er sygdomsfikseret: Forhandling af en institutionel diagnose." I: Margaretha Järvinen & Nanna Mik-Meyer (red.): *At skabe en klient – institutionelle identiteter i socialt arbejde*. pp. 82- 109. København: Hans Reitzels Forlag.
- Munk-Jørgens, P. (2010). "Der skete noget mærkeligt på vej til psykiaterens kontor – lægen forvandt", *Ugeskrift for Læger*, vol. 172, no. 5
- Langewitz, W.A., Loeb, Y., N'bling, M. & Hunziker, S. (2009). From patient talk to physician notes - Comparing the content of medical interviews with medical records in a sample of outpatients in Internal Medicine. *Patient Education and Counseling*, vol. 76, 336-340.
- Mead, B. & Bower, P. (2000). "Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature". *Social Science and Medicine*, vol. 51, pp. 1087-1110.
- Pedersen, Pia Vivian. (2009): *Dårligt liv – dårligt helbred. Socialt udsattes oplevelse af eget liv og sundhed*. Statens Institut for Folkesundhed og Rådet for Socialt udsatte.
- Plovsing, J. (1990): *Socialpolitik i velfærdsstaten*. København: Handelshøjskoleens Forlag.
- Riiskjær E., Jette Ammentorp, Jørn Flohr Nielsen og Poul-Erik Kofoed. (2011). Semi-customizing patient surveys: linking results and organizational conditions. *International Journal for Quality in Health Care*. vol 23 (3). 284-291.
- Rådet for Socialt Udsatte og Statens Institut for Folkesundhed (2007). *SUSY UDSAT Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2007*.
- Scott, W.R. & Davis, G.F. (2007). *Organizations and organizing. Rational, natural, and open system perspectives*. Pearson, New Jersey.
- Sennett, R. (2006). *Det fleksible menneske*, Forlaget Hovedland.
- Sofaer, S. (2009). Navigating Poorly Charted Territory. Patient Dilemmas in Health Care "Nonsystems". *Medical Care Research and Review*, vol. 66(1), pp. 75S-93S.
- Sygeplejerådet, (2004). *Sygeplejeetiske retningslinier*.
- Sepucha, K. & Mulley, A.G. (2009). A perspective on the patient's role in treatment decisions, *Medical Care Research and Review*, vol. 66, no. 1, pp. 53s-74s.
- Shortell, S. (1974). Occupational prestige differences within the medical and allied health professions. *Social Science and Medicine*, vol. 8, pp. 1-9.
- Socialministeriet (1997). *Håndbog i brugerinddragelse. Erfaringer fra Socialministeriets kvalitetsprogram*. Socialministeriet. København.
- Socialpædagogernes Landsforbund (2010), *Etisk Værdigrundlag for socialpædagoger*.
- Stewart, M., Brown, J., Weston, W., McWhinney, I., McWilliam, C. & Freeman, T. (1995). *Patient-Centered Medicine*, SAGE Publication, Inc, Thousand Oaks.
- Uggerhøj, I. (2003): *Menneskelighed I mødet mellem socialarbejder og klient – ideal eller realitet? I: (Red. Järvinen, M., Elm Larsen, J. & Mortensen, N.: Det magtfulde møde mellem system og klient*. Århus Universitetsforlag. Århus.
- Vahey, D.C., Aiken, L.H. & Sloane, D., M. Sloane (2004). Nurse Burnout and Patient Satisfaction, *Medical Care*, vol. 42(2), II-57-II-66.



Udgivet af:
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
og Social- og Integrationsministeriet
Juni 2012

ISBN 978-87-76013-36-3 (Elektronisk)

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K
Tlf. +45 72 26 90 00
www.sum.dk

Design BGRAPHIC
Foto Mikal Schlosser, Michael Daugaard
og Colourbox



sum.dk



sm.dk