

Nelli Øvre Sørensen

Det levede liv med sindslidelse

- ET ETNOGRAFISK FORSKNINGSTUDIE AF BORGERES SOCIALE LIV I BEHANDLINGS-
OG SOCIALPSYKIATRI



Kunstner: Mette Holt

Forskningscenter for Socialt Arbejde,
Professionshøjskolen Metropol

ROCKWOOL FONDENS FORSKNINGSENHED

Nelli Øvre Sørensen

Det levede liv med sindslidelse

Billedet på forsiden er malet af Mette Holt, jeg siger tusind tak, fordi jeg må bruge dette smukke billede til rapportens forside.

Titlen er en fænomenologisk titel, hvor det levede liv betyder: Det liv, der kontinuerligt leves i livsverdenen, altid i forandring, altid i et handlingssamspil mellem erfaringer og oplevelser fra fortiden til at influere på nutiden og med håb, forestillinger og planer for fremtiden. Det levede liv leves altid intersubjektivt og socialt.

Nelli Øvre Sørensen

Undersøgelsen er støttet af Rockwool Fonden.

Det levede liv med sindslidelse – et etnografisk forskningsstudie af borgernes sociale liv i behandlings- og socialpsykiatri.

Copyright 2012 by Forskningscenter for Socialt Arbejde & Nelli Sørensen

Sats og typografisk tilrettelæggelse:
Mia Møller Hansen

Bogen er trykt hos Frederiksberg Bogtrykkeri A/S
Printed in Denmark 2012
ISBN: 978-87-7008-019-4

Kopiering af denne bog må kun finde sted på institutioner, der har indgået aftale med Copy Dan og kun indenfor de i aftalen nævnte rammer.

Bogens redaktion er afsluttet i september 2011.12.09

Udgivet med støtte fra Rockwoolfonden

Forord

Mennesker med sindslidelser bliver et stadig mere udbredt fænomen i det danske samfund. Det afføder en diskussion af behandling og ofte af, hvorvidt der er tilstrækkelige behandlingsmuligheder i både omfang og indhold.

Sindslidende lever med lidelsen. Der arbejdes, der opdrages, der diskuteres, der besøges, der elskes osv., i mere eller mindre tætte relationer til andre. Almindelige menneskelige aktiviteter, som i kortere eller længere perioder forstyrres af lidelse og sygdom. Det sociale liv er ikke kun et spørgsmål om behandling. Behandling kunne i stedet være et spørgsmål om, hvordan det passer med det sociale liv. Det er det, som denne undersøgelse handler om.

Forsker, ph.d. Nelli Øvre Sørensen har interviewet en række mennesker med en sindslidelse om deres sociale liv, og bogen præsenterer deres overvejelser, set gennem en forskers optik. Nelli har yderligere besøgt en række behandlingssteder, hvor sindslidende behandles, for at følge deres arbejde i en periode og interviewe de dertil tilknyttede professionelle. Det handler om, hvordan livet håndteres på stedet, og hvad de tænker om de sindslidendes sociale liv med andre uden for behandlingsstederne. Resultaterne af undersøgelsen præsenteres og diskuteres i det følgende.

Undersøgelsen indgår som del af en større forskningsindsats fra Rockwool Fondens side. Senere publiceres ved forskere i Rockwool Fondens Forskningsenhed en kvantitativ undersøgelse, der belyser en række demografiske og socioøkonomiske karakteristika hos sindslidende.

Vi vil gerne takke Rockwool Fonden for finansiell støtte og forskningschef Torben Tranæs fra Rockwool Fondens Forskningsenhed for medvirken ved formulering af projektet samt kommentarer undervejs i processen.

Forskningscenter for Socialt Arbejde vil gerne sige mange tak til følgegruppen ved projektleder Johanne Bratbo, Videnscenter for Socialpsykiatri, overlæge

Lene Eplov, Psykiatrisk Center Ballerup, forsker Jane Greve, Rockwool Fondens Forskningsenhed, ledende oversygeplejerske Karin Johannesen, Region Sjælland, og professor Anna Meeuwisse, Lunds Universitet, der takkes for sparring, ideer og kritik.

Endvidere skal professor Kjeld Høgsbro ved Aalborg Universitet takkes for en vurdering af rapportens forskningsmæssige kvalitet.

Nelli Sørensen vil gerne sige: TUSIND TAK til alle I mange dejlige mennesker, der har lukket mig ind i jeres hverdag og har fortalt om jeres liv med sindslidelse, og tusind tak til alle jer professionelle, der har ladet mig få indblik i hverdagen på institutioner og i arbejdet både i behandlings- og socialpsykiatri. Det har været fantastisk berigende, og uden jer var der intet projekt.

Frank Ebsen
Forskningschef for Forskningscenter
for Socialt Arbejde
Professionshøjskolen Metropol

Indhold

Indledning - Forskning med fokus på sociale interaktioner	8
Etiske overvejelser	11
Projektets intentioner og forskningsspørgsmål.....	11
Introduktion af rapportens indhold	13
Del I – Hverdagslivsfortællinger.....	15
Tid og rumdimensioner	17
Kapitel 1 At leve med en sindslidelse	20
Gruppe 1. Støttende relationer	20
Familiefællesskab	21
Arbejdsidentitet.....	35
Gruppe 2. Turbulente liv og sociale brud.....	41
Musik som livsindhold.....	41
Arbejde med musik som indhold og mål	48
Savn og ensomhed	49
At forlige sig.....	65
Gruppe 3. Dysfunktionelle familier.....	73
Ringe selvværd.....	73
Udvidede sanser	80
Misbrugskarriere	87
Opsummering Del I	103
Familiær opvækst og håb for fremtiden	105
Brud med selvfølgeligheder	108
Flugt og misbrug.....	113
Del II – Stedernes egenlogik.....	120
Overordnede samfundsmæssige intentioner med rehabilitering	120
Tidlig intervention og langvarig rehabilitering	122
Forebyggelse	122
Socialpsykiatriske tilbud	124
Kort historisk og begrebsmæssigt rids af rehabilitering.....	125
Demokratiske processer og af-institutionalisering	127
Diagnose- og rehabiliteringstilgange i dag	130
Socialpsykiatri og recovery	133
Kapitel 2 – Rehabilitering og behandlingspsykiatri.....	136
Specialiseret rehabilitering	137
Målgruppe	138
Rehabiliteringstilgang.....	140
Indlæggelsestid på afsnit.....	140
Lukket afsnit.....	144
Tværfaglighed og teamsamarbejde	145
Rehabilitering som ændret adfærd.....	150
Rehabilitering på distrikpsykiatrisk center	155
Behandlingsgrundtænkning.....	156
Målgruppe	159
Tværfagligt teamsamarbejde.....	160
Sociale netværk.....	161
Opsummering behandlingspsykiatrisk egenlogik.....	162

Klassisk medicinsk rehabilitering	164
Opsummerende bemærkninger	165
Kapitel 3 - Socialpsykiatrisk indsats	168
Kommunal støtte-kontaktpersonordning	169
Målgruppe	169
Kommunale rammer for støtte	174
Professionelles modstand mod systemet	176
Fountain House-værested	182
Bevægelsens historie kortfattet	184
Formål	185
Værdigrundlag	186
Målgruppe, medlemmer	187
Arbejdstræning	190
Midlertidigt bosted	192
Bostedets målgruppe	193
Tværfagligt personaleteam	194
Rum og recovery som overordnede rammer	196
Længerevarende bosted	201
Målgruppe for bostedet	202
Tværfagligt team	203
Stedets overordnede referenceramme	204
Rehabilitering som tilgang	205
Opsummering socialpsykiatrisk egenlogik	210
Længerevarende bosted med målsætning om recovery	212
Støtte til udvikling	214
Værested – det arbejdende fællesskab	216
Del III – Etnografiske beskrivelser	221
Kapitel 4 - Åbne institutionelle organisationer	223
Det åbne afsnit	224
Arbejdsorganisering og mødestruktur	225
Sociale relationer personale og patienter imellem	228
Rygerummet	229
Længerevarende bosted	234
Fysiske forhold og livet på bostedet	235
Boenhed i tilbygning	237
Bofællesskab	238
Sociale relationer	239
Enhedernes sociale liv	240
Formelt og uformelt socialt liv	244
Centrale rum	247
Fountain House-værested	248
Morgenmøde	249
Køkkenenheden	250
Jobenheden	253
Kontorenheden	254
Samvær mellem medlemmer	256
Opsummering tre etnografiske beskrivelser	257
Praktikker i rum	259
Centrale rums funktion	262
Samvær mellem ligesindede	265
Kapitel 5 - Organisationer for akutte problemer	268

Lukket afsnit	268
Sociale relationer mellem patienter	270
Samvær mellem personale og patienter	276
Sociale netværk.....	278
Personalekontrollerede rum.....	279
Midlertidigt bosted	281
Fysisk indretning og brug af rum.....	282
Kulturhus.....	283
Akutafdeling.....	286
Relationen mellem beboere og personale.....	289
Relationen beboerne imellem.....	294
Opsummering - Et krævende miljøsamspil	294
Kapitel 6 – Ambulante organisationer	299
Distriktpsykiatrisk center	299
Relation mellem behandler og patient	302
Samarbejdsfora.....	303
Støtte-kontaktpersonordning.....	305
Målgruppe	305
Kvalitet måles på udvikling og fremgang	306
Opsummering – Ambulante organisationer	310
Kapitel 7 – Fra de- til re-institutionalisering	314
På tværs af grupper.....	316
Tabu, stigmatisering og skam.....	320
Medicin påvirker krop og identitet	323
Ensomhedsfølelse.....	325
Rehabilitering og borgerdemokrati.....	330
Fra de-institutionalisering til re-institutionalisering.....	335
Totale institutioner revisited.....	340
Afvigelsesheterotopi.....	342
Afrunding	344
Referencer	347

Indledning - Forskning med fokus på sociale interaktioner

Dette projekts hovedinteresse er at få viden om, hvordan mennesker oplever, at en sindslidelse influerer på deres sociale liv. Hverdagslivet udspiller sig forskelligt for hvert enkelt menneske, og følger af at få en sindslidelse afhænger både af familiær opvækst og af den kontekst, personen aktuelt befinder sig i.

En anden interesse er at få viden om behandlings- og socialpsykiatrisk logik og faglig baggrundstænkning på steder, hvor mennesker med sindslidelse møder og er afhængige af professionelle. I projektet indgår syv steder, der alle arbejder med rehabilitering som grundlag for deres professionelle indsatser.

En tredje interesse omfatter organisering af arbejde, bygninger, rum og strukturelle rammer på steder, hvor der udføres behandling af og gives social støtte til mennesker med sindslidelse.

Projektet indskrives sig i en igangværende forskningstradition på et felt, hvor interessen for at studere menneskers oplevelser af livet med sindslidelse øges både i ud- og indland, og hvor der er stigende fokus på rehabilitering og recovery (se f.eks. Topor, 2003, Høgsbro, 2003, Jensen, 2004, Karlsson, 2004, Eplov m.fl., 2010).

Studiet af sociale forhold i en organisation henviser til en forståelse af kultur som en kontekst, der omfatter interaktioner mellem mennesker bestående af udtalelser og handlinger, det omfatter studiet af materielle forhold og artefakter, indretning i rum, hverdagsliv og arbejde i tid og rum. Dette perspektiv er basis for et studie af det sociale liv, mennesker med sindslidelse lever i forskellige kontekster. Projektets etnografiske tilgang er karakteriseret af at være korte observationsforløb¹ på syv steder, hvor sociale forhold studeres 'i naturlige settings' med opmærksomheden rettet mod interaktioner mellem forskellige aktører i forhold til tid og rum, organisering af mennesker og mod stedets sociale liv.

Forskning om mennesker i organisationer har interesse i at studere, hvordan organisering af arbejde organiserer samvær mellem mennesker. Den sociale

¹ Det er observation i 'kendte kulturer', observatøren har forskningspraksis fra tidligere projekter på psykiatrisk område.

verden iagttages som relationer mellem professionelle og personer med sindslidelse og som relationer borgere imellem. De observeres i deres hverdagspraksisser, der både er kropslige handlinger og talehandling, idet mennesket konstruerer den sociale verden gennem samspil og sproglige handlinger, der altid foregår i en bestemt tidslig og rumlig kontekst.

Forskningsproces

Studiet indledes med observationer med efterfølgende udarbejdelse af feltstudier, undervejs gennemføres enkeltinterviews og fokusgruppeinterviews, der transskriberes til tekster. Der medtages bl.a. nedskrevne værdier og mål, faglig tale og praktiske handlinger, referencerammer for det faglige arbejde, stedet står for, når det enkelte sted beskrives (Alvesson, Sköldberg, 1994). Der inddrages dokumenter, hvori regeringens, regioners og kommuners officielle politiske udmeldinger, mål og visioner på psykiatriområdet beskrives. Tilsammen udgør disse tekster studiets empiriske materiale, der efterfølgende organiseres og gøres til genstand for fortolkning. Det betyder, at det empiriske materiale har forrang og er det vigtigste materiale for en analyse, og at teori og referenceramme styrer analysearbejdet:

"Någon teori eller referensram måste naturligtvis styra arbetet, men denna är snarare till för att gi riktning och systematik i arbetet än att ställa sig i vägen för observationer och analyser." (Alvesson, Sköldberg, 1994, p. 110).

Med dette udsagn menes, at materialet indeholder nøglen til resultatet, og at teori og tolkning er sekundære i forhold hertil (Alvesson, Sköldberg, 1994). Det empiriske materiale betragtes som tekster, der læses på særlige måder ud fra valgte perspektiver.

Der er valgt tre perspektiver, som også styrer rapportens inddeling: mennesker med sindslidelsers narrativer, diskursive italesættelser af rehabilitering og etnografiske beskrivelser af stedernes kulturelle settings. Disse perspektiver er på samme tid en fravælgelse af andre mulige tolkningsperspektiver.

Valg af betegnelser

Der er ikke vedtaget én bestemt betegnelse i forskningsverdenen, når der forskes i mennesker, der har kontakt med behandlings- og socialpsykiatri. Der er flere ting i dette. For det første de professionelles egne betegnelser både af dem selv

og af de mennesker, de har professionelle relationer til. For det andet diskuteres, hvilken betegnelse det er korrekt at anvende over for mennesker, der har psykiske problemer i en sådan grad, at det påvirker deres hverdagsliv. Disse betegnelser veksler, afhængigt af hvilket institutionelt regi de befinder sig i. Ved at anvende de samme betegnelser, som feltet selv anvender, kan det være vanskeligt at skelne feltets egenforståelse fra det forskningsmæssige blik, der rettes mod feltet, så der måtte gøres nogle valg.

Gennem rapporten anvendes overordnet betegnelsen *borgere, mennesker med sindslidelse og sindslidende*. Borgerbegrebet er valgt med reference til medborgerskab for alle.

I del II bibeholdes institutionernes egne betegnelser i udsagn fra feltet selv, fra benævnelser i dokumenter på hjemmesider, rapporter og fra fokusgruppeinterviews. I behandlingspsykiatrisk regi er de professionelle behandlere, og deres indsats rettes mod patienter. I den kommunale støttekontaktpersonordning anvendes betegnelsen borgere. I Fountain House-regi anvendes henholdsvis medarbejder- og medlemsbetegnelsen. På de to bosteder er der forskellige betegnelser for de professionelle, de fleste er kontaktpersoner eller støtte-kontaktpersoner, og personer med sindslidelse, der bor på bostederne, benævnes beboere og borgere. I offentlige dokumenter er der ligeledes forskellige betegnelser: Borgere, brugere, sindslidende eller mennesker med psykosociale handicap.

Der anvendes citater fra interviews og feltnoter, og når de optræder i teksten markeres det således: '*citatindehold*'. Citater fra interviews markeres med "*skrå skrift*" i pixel 11 og med citationstegn, og uddrag af feltnoter markeres med *skrå skrift* i pixel 11 og uden citationstegn. Tekst fra andre dokumenter som hjemmeside, rapporter m.m. markeres med almindelig skrift i pixel 11, omgivet af ramme. Udtrykket afdeling står for en samling af flere enkelte afsnit under samme overordnede ledelse i behandlingspsykiatrisk regi. Der kan være flere åbne og flere lukkede afsnit. Hvert afsnit har egen afsnitsledelse. På bosteder anvendes betegnelsen afdeling om hver boenhed.

Etiske overvejelser

Projektet undersøger en gruppe mennesker, som anses for sårbare.² Der blev forud for observationsstudier og interviews udleveret skriftlig information om projektet indeholdende: beskrivelse af formål for projektet og angivelse af tidspunkt for den 14-dages observationsperiode, forskeren ville være til stede på det pågældende sted. Det har betydet, at alle informanterne på forhånd har læst om projektet og taget stilling til, om de ville deltage i observationsstudiet og interviews. Rekrutteringen af informanter til interviews er fortrinsvis foregået gennem de professionelle, og under observationsstudiet har enkelte personer på eget initiativ taget kontakt med forskeren efter at have læst informationsmaterialet. Der er givet mundtlig information forud for interviews, og der er indhentet informerede samtykkeerklæringer fra samtlige interviewpersoner. Alle interviewede er orienteret om, at de kunne trække sig fra undersøgelsen til enhver tid, og om at citater fra interviews gengives ordret i rapporten, men i anonymiseret form. Der er en enkelt kvinde, der har trukket sig efter et interview. I rapporten anvendes fiktive navne, og helt særlige ting, der vil kunne afsløre en informants identitet, er udeladt. Projektet er anmeldt til Datatilsynet med nr. 2009-41-3291, og de foreskrevne regler for håndtering af data er blevet fulgt.³

Der har været afholdt et til to møder med professionelle på stederne forud for observationsperioderne. På to steder har personer med sindslidelse deltaget i møderne og har derved været aktive i beslutningsprocesser om stedets deltagelse. De syv steder, der indgår i projektet, benævnes ikke ved navn, kun som stedets type: f.eks. distriktspsykiatrisk center.

Projektets intentioner og forskningsspørgsmål

Hovedformålet med undersøgelsen er at bidrage med viden om det sociale hverdagsliv, mennesker med sindslidelse lever. Projektet spørger til menneskers

² I Norge diskuteres Den Centrale forskningsetiske Komité's regler for kvalitativ forskning, og der gælder særlige regler, når der er tale om at studere personer, der anses for sårbare (se f.eks. artikel om etik i forhold til mennesker med psykisk uhelse (Øye, Skorpen, 2009).

³ I Danmark er det udelukkende biomedicinske forsøg, der er omfattet af regler fra Den Centrale Videnskabsetiske Komité. Alle projekter skal følge Datatilsynets forskrifter om informeret samtykke og om håndtering af fortrolige, personfølsomme data.

oplevelser af et hverdagsliv med sindslidelse og om sociale relationer med familie- og vennenetværk, om uddannelse, arbejdsliv og bolig.

Livet leves altid i relationer i en samfundsmæssig kontekst, der i dette tilfælde omfatter samfundsmæssigt etablerede institutioner og organisationer i behandlings- og socialpsykiatrisk regi, hvor mennesker med sindslidelse og professionelle mødes og indgår i behandlings- og pædagogiske relationer. De mennesker med sindslidelse, der indgår i projektet, har alle relationer til professionelle fra behandlingspsykiatri, og hovedparten møder professionelle, der er ansat i socialpsykiatrisk regi i kommunerne. Projektets andet fokusområde er at få viden om grundlagstænkning og faglige logikker, der danner basis for behandlingspsykiatrisk virksomhed og for socialpsykiatriske tilbud.

Undersøgelsen må betragtes som et her og nu-blik på mennesker med sindslidelses hverdagsliv, på sociale interaktioner med andre i samme situation og med professionelle, der skaber forudsætninger og betingelser for et socialt liv. Nogle af de betingelser, der må være, for at et socialt liv kan udfolde sig mellem mennesker, drejer sig om sociale relationer til familie, venner og professionelle, og om at hverdagen rummer aktiviteter, den enkelte anser for at være meningsfulde. Det kan være uddannelse, arbejde, kulturelle og kreative aktiviteter. For at mennesker kan komme sig helt eller delvist efter en sindslidelse, er det en forudsætning, at de har særlige relationer med andre mennesker. Det kan være familie og venner, og det kan være professionelle, der gør noget ud over det forventelige for én (Topor, 2003, Jensen, 2006).

Projektet undersøger

- hvordan mennesker med sindslidelse lever og oplever deres sociale liv i hverdagen – med støtte fra familie/venner og professionelle fra behandlings- og socialpsykiatri
- tænkning og logikker, der konstituerer behandlings- og socialpsykiatriens faglige grundlag og arbejdsorganisering
- rammer for sociale relationer og aktiviteter i institutionelle rum
- hvilket kendskab de professionelle team har til det sociale liv, personer med sindslidelse lever, henholdsvis på institutionen og i eget hjem

Introduktion af rapportens indhold

Projektrapporten består af tre dele, der kan læses i vilkårlig rækkefølge. Del I består af fortællinger, der bygger på 38 interviews med mennesker med sindslidelse. Del II indeholder analyser af målgrupper, de professionelles referencerammer og tilgange til rehabilitering. Der indgår observation af tre steder i behandlingspsykiatrisk regi og fire steder i socialpsykiatrisk regi. Del III består af korte etnografiske beskrivelser af de samme syv steder. I denne del fremskrives stederne ved at gruppere i forhold til ligheder mellem stederne og ikke som i Del II hvor behandlings- og socialpsykiatriske tilbud ses hver for sig. Rapporten afsluttes med en samlet drøftelse.

Del I

Denne del af undersøgelsen bygger på empirisk materiale fra interviews med 38 personer med sindslidelse fra de syv steder, der indgår i forskningsprojektet. Formålet er at få viden om, hvordan sindslidende lever og oplever deres hverdagsliv. Der er fokus på deres sociale relationer med familiemedlemmer og venner samt med de professionelle, de møder i behandlings- og socialpsykiatrisk regi. Personernes egne fortællinger om deres oplevelser af et liv med sindslidelse prioriteres højt, derfor fremskrives mange detaljer i livshistorierne. Det analysestrategiske blik er inspireret af og tager udgangspunkt i Schutz' hverdagslivsteori (Schutz, 2005). Herigennem sættes fokus på baggrundsmiljøets betydning for handlestrategier, og der sættes fokus på den mening og betydning, der kobler hverdagslivet sammen for fortællerpersonen. Kapitlets form er cases, der præsenteres opdelt i tre grupper. Hver gruppe har nogle særlige karakteristika for familiære sociale relationer under opvækst og voksenliv. På baggrund af case-analyser opstilles typologi for hver gruppe. Der afsluttes med en drøftelse.

Del II

I anden del af rapporten indledes med et kort samfundsmæssigt sigte med udviklingen i psykiatrisk og socialpsykiatrisk regi, hvor rehabilitering italesættes. Dernæst gives et kort historisk rids af psykiatrisk rehabilitering og til

slut en kort oversigt over tre rehabiliteringsmodeller: en klassisk medicinsk model, en social model og en bio-psyko-social model. Efter de indledende bemærkninger præsenteres overordnede strukturelle og faglige tilgange til rehabilitering, egenlogik for de tre steder i behandlingspsykiatri. Dernæst præsenteres overordnede og strukturelle tilgange for fire steder i socialpsykiatrisk regi. Der anlægges et diskursanalysestrategisk blik, hvor der spørges til, hvordan der tænkes, når de professionelle skriver og taler (Andersen, 1999, Sørensen, 2006). Den samme analysestrategi følges ved at spørge, hvordan der tænkes i tale og skrift, når de professionelle fremstiller målgruppen: de mennesker, behandling/omsorg/social støtte rettes mod. Der analyseres på materiale bestående af rapporter, dokumenter på hjemmesider og på professionelles udsagn fra fokusgruppeinterviews.

Del II er struktureret i to kapitler. I kapitel 2 drøftes de tre behandlingspsykiatriske steder; henholdsvis et åbent, et lukket behandlingsafsnit og til slut et distriktspsykiatrisk center. Der afsluttes med en kort opsummering om stedernes egenlogik.

I kapitel 3 drøftes de fire socialpsykiatriske steders tænkningsgrundlag og deres omtale af målgruppen. De fire steder er en § 85 støtte-kontaktpersonordning i en kommune, et Fountain House-værested, et midlertidigt bosted og et længerevarende bosted. Der afsluttes med en opsummering.

Del III

Del III er inddelt i tre kapitler, der indeholder etnografiske beskrivelser af de syv steder. I denne del sker en ændring i præsentationen af de syv steder. I kapitel 4 beskrives og drøftes: Det åbne afsnit, det længerevarende bosted samt Fountain House-værestedet. I kapitel 5 beskrives og drøftes det lukkede afsnit og det midlertidige bosted. I kapitel 6 beskrives og drøftes det distriktspsykiatriske center og støtte-kontaktpersonordningen. Hvert kapitel afsluttes med en sammenlignende opsummering.

Rapportens kapitel 7 er en afrundende diskussion af fund fra rapportens tre dele.

Del I – Hverdagslivsfortællinger

Denne del af undersøgelsen bygger på empirisk materiale fra enkeltinterviews, der er velegnet til at få viden om de oplevelser og erfaringer, mennesker med sindslidelse har i og med omverdenen, og om social- og sundhedsvæsenets tilbud til dem. Der er metodisk gennemført interviews som en dialog, hvor åbne spørgsmål giver plads til mange detaljer fra den enkeltes livshistorie (Spradley, 1979). Tematisk stilles et bredt indgangsspørgsmål, der følges op med uddybende og eksplorative spørgsmål (Spradley, 1980).

Der er gennemført 35 enkeltinterviews og et fokusgruppeinterview med tre kvinder. Interviewene havde en varighed fra en halv til to timer. Informanterne er ligeligt fordelt på mænd og kvinder. Inklusionskriterierne for deltagelse er, at de tilhører aldersgruppen mellem 30 og 55 år, og at der er tale om mennesker, der har indsigt i, hvad sindslidelsen betyder for deres sociale liv.

De fleste af de 38 personer, der har ladet sig interviewe, fortæller deres historie i et godt og varieret sprog og giver dermed et nuanceret billede af, hvordan sindslidelsen har haft og stadig har indflydelse på deres sociale liv. De interviewede taler om deres individuelle livsbetingelser og om de muligheder og begrænsninger, deres liv med sindslidelse har givet og for nuværende personligt og socialt sætter som ramme for deres liv.

Hverdagslivssociologien fungerer som et bagtæppe for interviews og efterfølgende som organiseringsramme for, hvordan fortællingerne skrives frem (Schutz, 2005). De sociale relationer mellem mennesker udspiller sig i en given tid i livets cykliske tid og rum-konstellation, der omfatter såvel den målelige tid, erindringer fra fortiden (verden uden for rækkevidde) og forestillinger om fremtiden (verden inden for mulig rækkevidde).

Hverdagslivet udspiller sig på nutidens scene (verden inden for rækkevidde), en verden, der er intersubjektiv, forståelsen af verden og livet bliver til i relationer mellem mennesker. Livet udspiller sig altid i tid og rum, og når personen reflekterer over sit nuværende liv, ser de det i lyset af den måde, livet i fortiden og indtil nu har formet sig for én personligt og socialt. De interviewede reflekterer over muligheder og forhindringer for, at de kan komme til at fungere, som før deres liv blev ændret, som følge af at sindslidelsen medførte, at der skete

et brud med selvfølgeligheder. Når de interviewede fortæller om, hvordan deres sociale liv ser ud, og om hvordan de lever, taler de om de sociale relationer, de har med familie, venner, professionelle, eller som er fraværende og derfor har karakter af et savn af nærhed. Nogle har haft familie og venner, før deres liv ændredes, andre har oplevet omsorgssvigt og misbrug og har derfor en følelse af et savn af tætte og nære relationer stort set gennem hele deres liv. Nogle har interesser og har gang i mange aktiviteter, mens andre er mere inaktive.

De relationer, der fremhæves under refleksioner over det nuværende sociale liv med familie, venner og professionelle, sættes i forhold til informanternes fortællinger om familiær baggrund og relationer under opvækst, skolegang og uddannelsesforhold. For nogles vedkommende har de uddannelse og også oplevelser fra et arbejdsliv, som de taler om.

Hverdagsviden er en slags kokebogsviden med opskrifter for vores handlinger. Opskrifterne i 'livskokebogen' er forsvundet for manges vedkommende, og hverdagslivet må genskrives ud fra en ny forståelse af livet, muligvis med ændrede krops- og sansefænomener, for at borgerne skal kunne forholde sig til en ny hverdag og en virkelighed, der på samme tid opleves som fremmed og kendt. Mange fortæller, at sindslidelsen betød et brud i deres hidtidige liv og dermed i deres selvforståelse. Oplevelserne med sindslidelsen satte livsforståelsen på prøve og kendte handlinger ud af kraft, greb ind i positioner i sociale relationer, og for nogle blev hverdagslivet med familie og venner forandret fra nærhed og intimitet til social distance. På samme måde oplevede nogle, at der kom brud i uddannelsesforløb eller arbejdsliv. Sindslidelsen kan siges at udgøre en fremmedhed overfor fortrolighed og hverdagserfaringer med andre i sociale relationer.

Mennesket indtager under almindelige omstændigheder, som en del af den sociale verden, en commonsense-indstilling til verden omkring sig. Det vil sige, omverdenen forekommer givet og naturlig for den, der lever i denne verden. Denne indstilling kommer af, at livet har givet den enkelte viden om den kulturelle og sociale verden. Denne viden skaber hverdagslivets selvfølgeligheder og er med til at fjerne enhver tvivl om, at verden eksisterer her og nu, og om at vi kan handle i denne verden (Schutz, Alfred, 2005:8-9).

Hverdagslivets verden struktureres af vaner, regler og principper. Hverdagslivets verden er den altoverskyggende virkelighed for vores liv, men der findes 'andre virkeligheder' i form af drømme, fantasier, kunst, religion, videnskab, leg og kærlighed. Disse midler kan udtrykke individets indre tid. Der er et spring mellem forskellige virkeligheder, en overskridelse af en grænse (Schutz, Alfred, 2005:12-17).

Viljen til at handle for at leve på en måde, mennesket oplever, er i overensstemmelse med de ønsker, det har for livet, bygger på en selvfølgelighed, der kommer med erfaringer og viden på baggrund af allerede levet liv i et givet samfund. Denne selvfølgelighed forener erindringer fra fortiden med oplevelser i nutiden og danner, sammen med drømme og håb om fremtiden, basis for nutidens mulighedsbetingelser. De fleste af de interviewede fortæller, at der skal ske en udvikling i deres liv, og at de nærer håb om at komme sig. De fortæller om deres ønsker og forestillinger om et fremtidigt liv med kæreste, arbejde og selvstændig bolig. Andre har opgivet håbet om, at hverdagen ændres for deres vedkommende, de andre giver udtryk for, at de må lære at leve med deres psykiske problemer og arrangere sig, så de kan få professionel støtte til at klare en tilværelse på de præmisser, der nu er gældende.

De mennesker, der indgår i studiet, er enten tilknyttet behandlings- eller socialpsykiatri. Relationer med professionelle og med andre personer med sindslidelse influerer på deres oplevelser af hverdagen og det sociale liv, påvirkes af verden omkring sig, og gennem egne handlinger påvirker mennesket andre. I denne sammenhæng betyder det, at de funktioner, de samfundsskabte institutioner er etablerede til at varetage, sammen med måden stederne er organiserede og fungerer på, er med til at sætte betingelser for - og dermed påvirke - det sociale miljø og hverdagslivet for mennesker, der bor, opholder sig eller behandles på det pågældende sted.

Tid og rumdimensioner

Tiden er sammenhængende med rum, kosmisk rum, de rum, der er formet historisk i den kultur, mennesket befinder sig i, og som former menneskets nuværende betingelser for handlinger og forståelse af livet i nutiden. Rummet udgøres ligeledes af de rum, der skabes for at udfolde sig i et givent samfund, og

de forståelsesrum, der opstår i givne og skiftende kontekster. Der, hvor man har sin bolig, er personens og familiens fysiske private rum rammen om hjemmet. I hjemmet lever personen efter familiens normer, ønsker og muligheder. Disse normer og rammer giver en vis struktur, der på sin side strukturerer de mulige handlingsrum, der er for de sociale aktører i en given kontekst. Hjemmet er det sted, hvor man er sig selv og kan restituere sig efter oplevelser fra det halvoffentlige rum, der udgøres af f.eks. skole, arbejdsplads og fritidsaktiviteter, samt oplevelser fra det omgivende offentlige rum som transportmidler, butikker etc.

I disse rum eksisterer andre normer og strukturer, der bidrager til at konstruere det lærings- og udfoldelsesrum, den enkelte lever i sammen med andre mennesker, dette er med til at skabe arkitektonisk udformning og rammer for menneskets udfoldelse i tid og rum.

Mennesket lever i og formes af det omgivende samfunds struktur, normer og regler for fælles liv. Det omgivende samfund formes af tiden, af politiske strømninger og økonomiske betingelser, der har været, er og vil komme i fremtiden.

Del I består af et kapitel, der er opbygget over individuelle fortællinger. Her fordeler de interviewedes opvækstbaggrund og nuværende hverdagsliv sig groft set i tre grupper. Inddelingen er foretaget ud fra karakteristiske sociale træk, der ses for hver gruppe. Det er udtryk for en analytisk inddeling af det empiriske materiale, som det fordeler sig ifølge personernes fortællinger om livet med sindslidelse set i forhold til: opvækst og hverdagslivsaktiviteter, sociale relationer, uddannelse, arbejde og bolig. Det sociale liv og hverdagslivet er betydningsfuldt for hver enkelt og har fortsat betydning for drømme og håb for et fremtidigt liv.

Det mest karakteristiske træk for personer i Gruppe 1 er, at uanset hvor lang tid de psykiske problemer har været en del af hverdagen for dem, udgør familie og venner den største støtte for dem. De går ihærdigt ind i en aktiv proces til fremme af deres recoveryproces, og de stræber fortsat efter at skabe sig et fremtidigt liv, der mest muligt er som livet før sindslidelsen.

I Gruppe 2 er det mest karakteristiske træk, at sociale relationer i familierne tidligt blev brudt. Mange har efterfølgende haft en lang række af sociale brud i deres ofte turbulente livsforløb, og for nogle vedkommende er der i dag helt manglende netværk. Personer i Gruppe 2 har næppe haft fortrolighed og selvfølgelighed i deres hidtidige livsforløb, og med sindslidelsen er der indtrådt en eksistentiel fremmedhed, der har medført manglende selvværd og selvtillid. Nogle personer i denne gruppe har haft perioder, hvor de er forbrugere af store mængder alkohol.

Gruppe 3 er karakteriseret af personer med en opvækst i dysfunktionelle familier med forskellige grader af og former for omsorgssvigt. Nogle informanter fortæller om depressive tilstande og gentagne selvmordsforsøg. Mange fortæller om en opvækst i familier med misbrug og vold. Deres hverdagsliv har på en måde altid været uforudsigeligt og uden selvfølgeligheder, men rummer på samme tid en gentagelse, da deres sociale relationer hviler på en fortrolighed med de mønstre, et sådant liv giver dem, og mange har overtaget disse mønstre i deres nuværende sociale liv. De, som er opvokset med alkoholiserede og voldelige forældre, er selv i en tidlig alder blevet storforbrugere af alkohol og/eller stoffer og har taget det voldelige mønster med ind i deres kærestereationer.

Kapitel 1 At leve med en sindslidelse

De tre grupperinger fungerer i det følgende som overordnet ramme for fortællingerne om informanternes hverdagsliv og sociale netværk.

Gruppe 1. Støttende relationer

Det karakteristiske for den første gruppe er, at personerne er opvokset i en velfungerende familie, hvor hverdagen har været præget af en selvfølghed i en social kontekst; hvor det har været muligt at forestille sig, hvad der var forventeligt, dvs. gennemskuelige normer og mønstre for handlinger i det familiære og sociale rum. De fleste har i barndommen haft, og nogle har fortsat, kontakt til bedsteforældre, onkler og tanter på begge forældres side. Flere af de interviewede ser sociale kompetencer som noget, de har tillært sig i deres barndom, og som noget, der i den nuværende situation fortsat sætter dem i stand til at kommunikere og til at skabe kontakter og etablere nye venskaber.

Gennem barne-, ungdoms- og voksenliv skabes venskaber, og for manges vedkommende fortsætter disse venskaber og fungerer derved som faste holdepunkter i det sociale liv. Nogle af de interviewede ønsker ikke at involvere sig for at blive venner med mennesker, de møder på behandlings- og væresteder for sindslidende. Andre bibeholder forbindelse med nogle af de gamle venner, mens andre venskaber ebber ud, og de er aktive i at etablere nye venskaber, hvor de kommer, venskaber der også etableres på hospital eller værested.

Alle i denne gruppe bor i enten lejer - eller ejerbolig, de har fortsat tætte bånd til familien, og der er syv personer, der lever i ægteskab/parforhold. I denne gruppe er der flere, der taler om et eksisterende og velfungerende vennenetværk. Der er en del af de interviewede, der har gennemført uddannelse og efterfølgende har haft længerevarende arbejde. Én er stadig i fuldtidsarbejde, én er i skånejob, to forventer at vende tilbage til et arbejde, og andre træner med henblik på at komme ud i et arbejdsforhold ved at deltage i et arbejdende fællesskab på værestedet eller på arbejdspladser, som en medarbejder på værestedet er med til at skabe kontakt med.

Familiefællesskab

Anne

For Anne har familie og venner altid udgjort en vigtig del af hendes liv. Hendes fortælling om netværk kan ses i lyset af, at hendes selvforståelse og identitet fortsat ligger i, at hun som noget selvfølgeligt og naturligt omtaler, at familien altid har fulgt hende, og at den fortsat vil støtte hende. Anne forstår venskaber i en kontekst af handlinger, hvor hun handler aktivt for at etablere og opretholde vennerelationer med mennesker, hun møder i sit nuværende liv.

Anne har som noget naturligt antaget familiens normer og mønstre, og den familiære kontekst udgør den forståelsesplatform, der afgør, hvornår hun har brug for støtte. Anne medtænker ikke 'systemet' (behandlings- og socialpsykiatri), som en del af hende nuværende liv. Det vigtigste for hendes mulighed for at komme sig og leve et liv, som hun ønsker sig, er, at hun fortsat har et 'godt socialt netværk og en god familie'. Hendes sociale netværk udgøres ud over familien af en kæreste og en kreds af venner, som hun tilbringer en stor del af sin tid sammen med.

Brud på det selvfølgelige

Annes sindslidelse begyndte for 18 år siden, da hun var sidst i tyverne. Hun fortæller, at med sindslidelsen skete der et 'knæk' i hendes sociale liv.

"Det' 20 år siden... 17-18 år siden, jeg fik min sindslidelse, og der skete et knæk dér, eller et brud dér, også socialt, hvor jeg så har bygget noget nyt op... Jeg magtede ikke at holde forbindelsen ved lige med de gamle venner, og det gled ud, ik'. Og jeg trak mig også... Jeg var så dårlig. Det ku jeg slet ikke. Og så har jeg bygget noget andet op i de 18 år" (Interview med kvinde, 2009).

Selv om Anne siden har formået at komme sig så meget, at hun kunne bygge nye venskaber op, oplever hun fortsat, at hun - både i det sociale liv og arbejdsmæssigt - ikke kan klare lige så mange aktiviteter, som hun kunne, før hendes liv ændrede sig med sindslidelsen.

Anne har altid haft og har fortsat mange venner, og hun fortæller, at hun fortsat formår at skabe nye venskabsrelationer. Anne har ikke problemer med at kontakte andre mennesker, som mange, hun møder på værestedet, har. Hun mener, at hun har veludviklede sociale og kommunikative kompetencer, noget hun også tilskriver, at hun i sin ungdom har rejst og arbejdet i andre lande.

Gennem sin ungdom og sit voksenliv har Anne altid haft gode veninder, og det har hun fortsat, selv om nogle er forsvundet, og andre er kommet til.

"Så har jeg veninder, som jeg har haft faktisk altid, igennem mit voksenliv og min ungdom, som jeg har passet og plejet! ...Nogle er så skiftet ud, andre er kommet til og sådan! Men det har altid været en vigtig del i mit liv, at holde det sociale i skak! ... Og det har jeg været god til, synes jeg selv... for det har været så vigtigt for mig, og det er noget, der skal plejes! Og måske nogle gange er jeg gået over i den modsatte grøft og har været lidt for meget den, som tog initiativ til, at 'nu skulle vi ses, og nu skulle vi gøre dit, og nu skulle vi gøre dat'" (Interview med kvinde, 2009).

Når Anne reflekterer over sine venskabsrelationer, har hun en oplevelse af, at venskaber skal 'passes og plejes', og set i lyset af hendes mere afdæmpede aktivitetsniveau i dag har hun måske tidligere været for aktiv ved altid at være den person, der tog initiativet til at holde gang i aktiviteter i vennekredsen. Sindslidelsen bryder kontinuiteten i Annes hidtidige liv, og i begyndelsen magtede hun slet ikke at være sammen med vennerne. Hun trak sig fra sociale relationer, og samværskulturen i venskabskredsen ændredes. Hun ser den situation, hun oplevede med at have mindre energi, som medvirkende til, at nogle venskaber gled ud.

Bruddet i Annes sociale liv satte en dæmper, ikke alene på hendes aktiviteter på venskabssiden, men også i forhold til hendes uddannelses- og arbejdsliv. Anne har været i gang med nogle uddannelser, men kunne ikke gennemføre dem. Arbejde har fortsat stor betydning for Annes selvforståelse, og som ung har hun haft job som pædagog. Anne deltager i arbejdet på Fountain House-værestedet for at opøve sine praktiske færdigheder og for at komme ud på arbejdsmarkedet nogle dage om ugen.

Nanna

På samme måde som for Annes vedkommende er Nannas naturlige forståelse, at en social hverdagslivskontekst udgøres af familie og venner. Vennerne er mennesker uden sindslidelse, det er hendes selvfølgelige valg, der bunder i hendes forforståelse og erfaringer med familie og vennekontekster. De udgør Nannas støttende grund, som hun forstår og reflekterer i forhold til. Sindslidelsen skabte en ændring i Nannas hverdag, der bestod af et liv med mange venner og fritidsaktiviteter, af et karriereforløb i arbejdslivet og af et familieliv med mand og børn. Nanna ser, modsat Anne, ikke længere sig selv i

forhold til et aktivt arbejds-, venne- og fritidsliv. Nanna reflekterer sine tidligere oplevelser og fremtid på baggrund af, at hun har ændret sin selvidentitet og selvforståelse til at være førtidspensionist. Hun lever sit liv og skaber sine forestillinger ud fra den selvfølgelighed, denne identitetsidentifikation medfører. Hendes fremtidige hverdagskontekst består af et mere passivt pensionistliv, end hun har været vant til i sit liv, før sindslidelsen påvirkede hendes krop og hverdagslivspraksis og ændrede hendes muligheder for et fremtidigt liv. Nanna mener ikke, at det er realistisk, at hendes liv kommer til at ligne det liv med fuld fart på alle aktiviteter, hun tidligere har levet.

Nanna fortæller, at hun er vokset op i en familie, der altid har støttet hende. Hun har altid levet et meget aktivt liv, med familie, venner, arbejde og fritidsinteresser. Hun har fortsat sin mor, som hun ofte besøger over flere dage ad gangen. Nanna tilbringer også en del tid sammen med sine voksne børn og børnebørn. Hendes eksmand indgår i den sociale familie, de bor i samme nærområde, og de taler ofte sammen.

"Altså min familie har jo støttet op om mig 100 %, da jeg søgte hjælp og fik det [...] på den måde, ikke. Så de har været utroligt udholdende, synes jeg. Og rigtig gode til at være der, når jeg havde brug for det, ikke. Så på den måde er jeg meget heldig, at jeg har et godt familieliv" (Interview med kvinde, 2009).

Nanna har to børn, der nu er voksne, og hun ved ikke helt, hvor meget de forstår om hendes sindslidelse. De har oplevet hendes op- og nedture, som hun siger, og børnene ved og accepterer, at hun har brug for ro og ønsker at leve et stille og fredeligt liv.

"Jeg lever faktisk ret passivt. Det kan man godt sige. [...] Jeg foretager mig ikke ret meget [griner], [...] men jeg synes, det er nok. Og det har noget at gøre med nok den sindslidelse, jeg har haft, eller måske stadigvæk har, at jeg, da jeg var yngre og var mere frisk og ikke fik medicin og sådan noget, så, [...] der var jeg enormt aktiv både socialt og med arbejde og uddannelse og børn og familie, jeg ved ikke rigtig, men det har jeg ligesom udlevet, kan man sige. Og jeg lever meget stille og roligt" (Interview med kvinde, 2009).

Nanna har ingen venner, der har en sindslidelse, hun foretrækker sine venner fra før. Nanna vil heller ikke deltage i aktiviteter på et værested. Hun vil gerne male billeder, men det skal ikke foregå på et sted, hvor der er mennesker med psykiske problemer. Hun foretrækker at følge et malekursus på aftenskole, hvor hun kan indgå på lige fod med andre mennesker, som hun kan identificere sig med.

Sus

Sus taler sig ind i to forskellige og adskilte hverdagskontekster, når hun taler om sig selv og sit sociale liv. På den ene side betragter Sus sig selv ud fra en patientidentitet. Når hun omtaler sig selv som et menneske, der hører stemmer, reflekterer og forstår hun sig selv som patient, og hun identificerer og placerer sig i en kontekst bestående af andre mennesker, der har behov for medicinsk behandling for en sindslidelse. I denne livsverdens forståelse er hun ude af stand til at varetage et arbejde. Sus' anden kontekst er hendes fortidskontekst, en verden uden for genoprettelig rækkevidde, fra før hun fik forståelse af, at hendes høresans fungerede anderledes end den, andre i hendes familie, vennekreds og arbejdskolleger har. Denne kontekst fra andre menneskers sanselige virkelighed holder hun fast ved på et kommunikativt niveau, når hun mødes med venner, familie og sin voksne søn, der ikke kender til hendes stemmehøring. Det er udelukkende hendes mand og de professionelle, hun deler begge kontekster med.

Sus er i 50'erne og vokset op i en familie i et andet land, som ung flyttede hun til Danmark, hvor hun blev gift og fik en søn med en dansk mand, som hun senere er skilt fra. Sus bor sammen med sin nuværende ægtefælle, som nu er informeret og støtter hende, når hun hører stemmer. Sus taler ikke med andre om sin sindslidelse, så det er kun hendes mand og de professionelle, der kender til det. Hun har heller ikke indviet sin søn i sine psykiske problemer. Sus vedligeholder fortrinsvis telefonisk kontakt med familie og veninder fra sit hjemland. Det betyder, at de, der kender hende fra hendes tidligere liv, ikke kommer for tæt på hende. Hun og hendes mand har fælles venner, de tager på udflugter, på museer og går ud og spiser sammen med. Hun fortæller, at vennerne er mennesker uden psykiske problemer, fordi hun og hendes mand ikke ønsker at etablere venskaber med andre mennesker, der har en sindslidelse.

"Vi har venner, gode bekendte, som vi, de kommer og øh, vi kender ældre mennesker, som, de vil gerne gå på museum og sådan noget, så de siger, kom" (Interview med kvinde, 2009).

En af grundene til dette valg af venner er formentlig, som Sus giver udtryk for, at hun ikke ønsker, at andre skal have kendskab til hendes sindslidelse. Hun deltager heller ikke i aktiviteter sammen med andre sindslidende, hun møder på distriktpsykiatrisk center. På denne måde undgår hun i sin hverdag at skulle

bevæge sig inden for denne forståelsesramme og kontekst og kan holde sit patientliv adskilt fra sit sociale liv. Hun kan således opretholde en commonsenseforestilling om, at hendes familie og venner deler samme virkelighed, som hun selv er en del af.

Louise

For seks år siden blev Louise pludselig psykotisk. Psykosen blev ledsaget af brændende smerter i hele kroppen. Louises kontekstuelle virkelighedsbillede indeholder en særlig sanselig verden, der adskiller sig fra en commonsense og en medicinsk forståelse af verdenen. Louise har gennem mange år arbejdet med spirituel udvikling og healing. På linje med andre mennesker med samme spirituelle verdensbillede definerer Louise sine oplevelser som en Kundalinirejsning. Det kan opstå, når quienergien bliver for kraftig til, at legemet kan mestre den energimængde, der er lukket op for. Det kan medføre psykotiske tilstande og en følelse af, at hele kroppen brænder. Det er en smertefuld tilstand både fysisk og psykisk, så man kan i den kontekstuelle sammenhæng sige, at Louise har mistet herredømmet over sig selv og sine kræfter. Man kan ikke tale om et brud på selvidentitet og selvforståelse. Det hører med til en Kundalinirejsning, at der både er fysiske og psykiske problemer forbundet med det. Fysisk er det brændende smerter i kroppen, og psykisk kan der forekomme svære psykoser. Disse to elementer er ofte beskrevet som elementer i en Kundalinirejsning.⁴ Louise bliver behandlet medicinsk for sin psykose, så hun kan komme sig. Der er ingen uoverensstemmelse mellem den alternative forståelse af behandling at få medicinsk behandling for en psykose, der er udløst af en Kundalinirejsning. Der er større problemer den anden vej med at acceptere, at en Kundalinirejsning kan være årsag til udvikling af psykose.

Sociale relationer

Louise er vokset op i en familie med sin mor og en bror. Hun har ofte kontakt med sin mor, og broren taler hun i telefon med i flere timer et par gange om ugen. Louise har været gift og har to børn, der nu er voksne, begge børn kommer

⁴ Der findes en del hjemmesider om Kundalinikraften og Kundalinirejsning. Se f.eks. www.kundalini.se

og besøger hende ofte, de har støttet hende under hele forløbet. Da Louise pludselig blev psykotisk, fik datteren hende tvangsindlagt.

Louise har haft en lang periode, hvor hun har haft angst for at gå ud blandt andre og har isoleret sig i sin bolig. Derfor har hendes læge foreslået hende, at hun skulle tage hen til et værested for sindslidende.

"Rent mentalt. Altså, det kan godt være, at jeg ikke er helt med mentalt endnu, men psykisk og mentalt er jeg langt væk fra dem af, og jeg har ikke lyst til at sidde og høre på sygdomme. Jeg har ikke lyst til at være sammen med syge mennesker en hel dag. Det er jeg for kreativ til. Jeg maler og skriver og kan godt få tiden til at gå, ikke".

I: "Så du har det fint med at lave nogle ting selv".

"Ja".

I: "Så hvad er motivationen for, at du skulle være sammen med andre fra (navn på værested)?"

"For at bryde isolationen. De synes, at jeg skulle bryde min isolation. Det synes jeg da også, altså den sociale isolation, den kan da være hård, men det skal ikke være de betingelser, at jeg skal sidde sammen med en masse psykisk syge, det er jeg slet ikke interesseret i" (Interview med kvinde, 2009).

I den medicinske kontekst er Louise en sindslidende blandt andre. Men det er ikke foreneligt med Louises selvforståelse, hendes identitet er ikke som sindslidende, og ud fra hendes omverdensforståelse er hun langt fra de mennesker, der kommer på et værested.

Jonas

Jonas italesætter sig med en identitet som værende anderledes end andre mennesker. Han har altid adskilt sig gennem sin genetiske herkomst med en grønlandsk mor, og han forventer, at dette fortsat vil influere på de sociale relationer, han kan blive en del af, men endnu ikke er blevet. I sit nuværende livsrum oplever han sig som adskilt fra andre mennesker, og både på værestedet og i det nære miljø forestiller han sig selv som muligt mobbeoffer. Det gør han af to grunde: fordi han ser ud, som han gør, og fordi han adskiller sig fra andre uden for værestedet pga. sin sindslidelse. Hans handlinger både afspejler disse forestillinger om, hvad der kan ske i sociale kontekster, hvis han bliver en del af disse, og bryder med dem. Jonas tager ikke selv kontakt med folk på værestedet, han lader dem om at tage initiativet, men samtidig er han den, der tager telefonen og ringer til medlemmer, som ikke er dukket op. Han er også den, der ringer rundt for at indgå aftaler for værestedet.

Jonas er først i 30'erne, han er vokset op hos sine forældre sammen med to brødre. Den ene bror er som Jonas sindslidende, men ifølge Jonas har broren ikke helt så mange problemer. Jonas har et identitets- og følelsesmæssigt stærkt tilhørsforhold til sin familie, hvor han udgør en del af en gruppe, han altid har tilhørt. Det understreges af, at han har en selvfølgelighedsfølelse af, at hans barneværelse i forældrenes hjem står, som det altid har gjort, og han bor ofte flere dage ad gangen som søn i hjemmet. Som barn følte Jonas sig ensom i skolen, hvor både han og hans bror blev mobbet. Han mener, at det var, fordi familien boede i et lille samfund, og fordi familien med en grønlandsk mor så anderledes ud end de andre familier. Denne erfaring sidder i kroppen, og giver ham fortsat en forestilling om, at livet nu som før vil gøre ham til mobbeoffer.

Jonas' sindslidelse brød frem, mens han gik i gymnasiet, hvor han fik problemer og havde meget fravær, så han stoppede efter 2. g.

"Ja, det kom selvfølgelig efter folkeskolen, så skulle jeg i gymnasiet, men så droppede jeg ud efter 2. g. Fordi det kunne jeg ikke. Og det skulle der jo være samlet op på der. Men der var ikke en kæft, der vidste, jeg havde skizofreni dernede på det tidspunkt. Det var sådan lukket land, det er sådan nogle sindssyge, der render rundt oppe ved Oringe. [...]ja, altså jeg kan se tilbage på de symptomer, jeg har haft, som psykiateren sagde er skizofrenien, og dem havde jeg dengang" (Interview med mand, 2009).

Jonas reflekterer og efterrationaliserer, han tilskriver den manglende handling på sine problemer med, at der herskede uvidenhed om sindslidelse i det lille samfund, han voksede op i. Andre steder fandtes en viden om sindslidelse hos unge, men han blev ikke behandlet medicinsk. Jonas taler på samme måde om manglende viden og handling fra lærernes side, når det gælder mobbeadfærd i skolen. Der blev ikke fra lærernes side grebet ind, fordi det var en accepteret del af kulturen i hans barndom.

"Altså det er jo så også, min bror og jeg blev udsat for meget grov vold i folkeskolen. Og der var ingen, der gjorde noget. Vi sagde det til lærerne, de gjorde ikke noget, inspektøren turde slet ikke gøre noget, der var ingen, der gjorde noget".

I: "Ved du hvorfor I blev mobbet?"

"Ja, vi er fra Grønland. Vi har sort hår".

I: "Er det derfor I blev mobbet? Det er da ingen grund til at mobbe nogen".

"På X er det en almindelig grund.[...] Ja. Altså det skal så siges, at dem der gjorde det, de var fra den samme landsby. Den ligger 9 km derfra" (Interview med mand, 2009).

Jonas er flyttet for sig selv til en anden by end sin hjemby, men han har ikke lært nogen at kende endnu. Han har gamle venner fra sin hjemby, som han stadig ser. Men i den nye by synes han, at der foregår mobning, noget han genoplever

kropsligt fra sin skoletid. Derfor holder han sig lidt på afstand af andre mennesker, han ikke kender. Han forklarer:

"Altså, de er længe om at lukke folk ind i varmen. Det er jo efterligningerne af den der mobning. Altså, man skal være stensikker på, at de er, hvem de står for at være" (Interview, mand, 2009).

Jonas holder på samme måde lidt afstand til andre på det værested, han kommer, men det er hans måde at se det hele lidt an på, forklarer han. Han er selektiv i sit valg af kontakter, han er ikke interesseret i 'uddannede mennesker'.

"Jeg er sådan hoven. [...] Det er sådan et karaktertræk, jeg har. Hvis folk er uddannede, det er det værste ved dem. Det har jeg det sådan, nej væk, gå med dig. Lad være at være ved siden af mig. Hvis der sidder uddannede mennesker i toget ved siden af mig, bliver jeg sur på dem".

I: "Hvad tænker du, når du siger uddannede mennesker?"

"Altså sådan nogle uoplyste. [...] Dem, som ikke engang selv ved de mest grundlæggende demokratiske spilleregler. Eller som ikke gider tage en uddannelse. De der dumme blik i øjnene og hættetrøjen trukket ned i øjnene og hængerøvsbukserne" (Interview, mand, 2009).

Jonas betragter sig selv som mere begavet end de uuddannede unge, han møder. Jonas læser meget om videnskabelige ting og går op i politik, og han har en stor paratviden, især om naturvidenskab. Han husker rigtig godt, og han vinder som regel, når han spiller trivial pursuit med gamle venner. Han har et par venner, han af og til ser på værtshus til et spil.

"Ja, og det jeg læser, husker jeg. Det er som at huske den formular der, på 20 sekunder ca. [...] Weekend Avisen f.eks. Illustreret Videnskab, der skal man lige sætte sådan et filter på, når man læser den. Men hvis man sådan tænker over, hvad det er de skriver, så har de jo sådan set ret i det, de skriver. Man kan bare ikke sige i en eller anden mindre samtale, nå, men det har jeg læst i Illustreret Videnskab. Det skal man helst have læst i Ingeniøren. Den læser jeg også" (Interview med mand, 2009).

Jonas fortæller, at han ofte føler sig alene. Hans hverdag går med at være på værested og med at tilbringe tid foran sin hjemmecomputer for at søge kontakt med virtuelle venner, som han kan chatte med.

"Ej, jeg chatter meget. [...] en af de sidste partikler/fossiler fra dengang med chatning, det startede med. [...] jeg startede i 98 eller 99".

I: "Og er det de samme, du chatter med endnu?"

"Nej, de er faldet fra, der er kommet nye til. Men nogle gange så dukker der én op, som får et nostalgiflip og går ind på hjemmesiden for at se, om der stadigvæk er nogen, og så sidder jeg der. Jeg har det samme navn som dengang. Så det er sådan, så kan folk se, at der findes stadig nogle fra gamle dage. [...] jeg sidder jo gerne og blærer mig med min paratviden, hvis der er nogen. som er i stand til det" (Interview med mand, 2009).

Jonas søger efter venskaber, der giver ham intellektuelle udfordringer, men han føler sig oftest overlegen, fordi han har klæbehjerne, tilegner sig viden hurtigt og

husker den. Hans identitet ligger i familien, og han foretrækker langt sine forældres selskab, for han er specielt tæt knyttet til sin mor. Han har et lidt anstrengt forhold til sin bror, efter han har fundet en meget yngre kvinde, og de har fået barn. Hun kommer fra en familie, der er arbejderfamilie, og 'plebs', siger han. Arbejderklassen har han ikke meget til overs for, for hans brors kæreste har formået at narre mange penge ud af hans forældre, den klasse udnytter de rige i hans forståelse. Jonas' selvforståelse ligger i at tilhøre akademikerklassen, som hans far gør.

Elisa

Elisa har haft et vanligt liv med familie, venner, arbejde og fritidsinteresser, som alle andre mennesker. Hun er vokset op i en familie, som ikke har haft psykiske lidelser inde på livet. Hendes problemer kom, da hun blev udsat for et voldsomt røveri og blev truet på livet. Derefter udviklede hun angst og psykose.

"Altså, jeg kunne heller ikke grine så meget i starten, men jeg havde alligevel noget i mig. Og alligevel havde jeg det forfærdeligt og rædselsfuldt og kunne ikke sove om natten, fordi jeg havde tanker om døden. Hele tiden døden, døden, døden, ikke. Konstant. Hvis telefonen ringede, var det død, ikke. Og så videre" (Interview med kvinde, 2009).

I hendes verden skjuler man disse følelser, så godt det er muligt. Det betyder også, at der inden for rækkevidde ikke nødvendigvis er fælles viden om, hvilke handlinger der kan løse problemet. Elisa turde ikke gå uden for en dør og lagde sig på sin mors sofa. Der blev hun liggende, både fordi hun ikke kunne andet, men også fordi hun skjulte sig for det omgivende samfund. Elisas forståelse af verden fra tidligere i hendes liv indeholder fordomme og forestillinger om, at mennesker med sindslidelse ser ud og opfører sig på en særlig måde, og hvis man har problemer af den slags, så skjuler man det for andre.

"Fordi man mener altid, at psykisk syge sidder med sådan et stoneface, ikke, men det passer ikke. [...] Og det er jo så også det, de tager fejl af, som (navn) siger: 'Nå, du griner; du er rask.' Og det er meget, meget forkert, for jeg er nemlig opvokset med, at man skjuler sådan nogle ting. Du viser ikke, når du er syg. Du skjuler det og lader som om... Og når jeg så blev dårlig, ikke, så gik jeg ind på mit værelse" (Interview med kvinde, 2009).

Elisas mor tog sig af hende og fik hende overtalt til at blive indlagt. En indlæggelse, der har varet halvandet år, og hvor hun er blevet behandlet med medicin og psykoterapi. Relationerne med personale og især patientfællesskabet

har haft stor betydning for, at Elisa er kommet sig, så hun kan gå ud i byen både alene og sammen med andre, og for at hun tør flytte hjem til sig selv igen.

Birthe

Birthe har været i behandling for depression gennem lang tid, men har fået det bedre og får ikke længere medicin. Birthes selvforståelse er præget af, at hun har skullet leve op til høje forventninger fra sin far om, at hun skulle tage en akademisk uddannelse, og det har hun levet op til. Birthe har haft et liv, der var spændt op mellem at være involveret i mange aktiviteter på samme tid og have perioder af total passivitet med depressioner, hvor hun ikke formåede at foretage sig noget som helst og derfor følte sig vældig skamfuld. For Birthe er det vigtigt at kunne deltage både i et arbejdsliv og i et socialt liv, men det er også nødvendigt for hende at kunne trække sig fra relationer med andre for at genvinde ressourcer. Dette livsideal lever hun op til, idet hun har et fuldtidsarbejde, deltager i foreningsarbejde på den ene side og på den anden side lever et stille og tilbagetrukket liv hjemme i lejligheden.

Birthe og hendes to søskende er vokset op i en familie med begge forældre. Hun var og er i farens øjne hans *'lille datter'* og er i hans øjne aldrig blevet rigtig voksen. Hendes forældre er blevet skilt, og hun har mest fortrolighed med sin mor, mens hun ikke fortæller sin far meget om sit liv. Hun bor sammen med sin kæreste i lejlighed i samme ejendom, som hendes mor og bror bor i, og hun har et nært forhold til dem begge. Det nære forhold indebærer også, at hun og kæresten har været på en fælles ferie med moren og broren.

"Ja, men det er egentlig ikke noget typisk med dem. Vi rejser egentlig ikke så meget, men det er jo så også, fordi jeg lader op derhjemme, ikke. Altså, det er der, hvor jeg hygger mig, og hvor jeg får min energi tilbage" (Interview, kvinde, 2009).

Som yngre havde Birthe af og til problemer i sociale relationer, hun havde et par veninder, men deltog ikke meget i det sociale fællesskab i skolen. Hun fortæller, at da hun var 17- 18 år, fik hun problemer med humøret og var lidt overvægtig, så hun begyndte at tage slankemidler, da hun gik i gymnasiet. Hun tabte sig 30 kg, og hun fik samtidig en masse energi, hun *'var helt speedet'*. Så kom hun pludselig *'ind i varmen'*. Med vægttabet og den øgede energi kom der gang i Birthes festliv, og hun skubbede sine veninder lidt til side. Festen sluttede

imidlertid brat, da hun udviklede spiseforstyrrelse og fik en endogen depression, fortæller hun.

Kroppen som fængsel

Birthe beskriver følelsen af at være i en tilstand af depression. Hun følte det som at være i et fysisk fængsel, hvor kroppen ingenting kan udføre af sig selv:

"Og det var jo næsten det, at man var fanget, at det var et fængsel rent fysisk, rent kropsligt, men det hele, altså din kreativitet og din inspiration og dine ideer, og hvad du sådan kunne gøre for at få det bedre selv, jamen, tankerne var der, men når de skulle udføres, så kunne man ikke" (Interview med kvinde, 2009).

Hun oplevede denne tilstand, ikke bare som pinefuld, men også som skamfuld. Det, at hun ikke kunne tage sig sammen til at få gjort de ting, hun rent intellektuelt vidste, hun skulle gøre, var skamfuldt, noget hun ikke kunne indvie andre i. Efter Birthe selv blev syg, har hun fundet ud af, at to af hendes familiemedlemmer har en sindslidelse, men at det er blevet hemmeligholdt i familien. Birthe fortæller:

"To af min mors [søskende], de har altså også været bindegale. Altså, der har også været, det fandt jeg så først ud af i en sen alder, at han var skizofren. Men det er sådan noget, der har været puttet lidt ned under gulvtæppet altså. [...] jeg tror måske, min mor har vidst det, men jeg tror måske bare, det har været en del af den kultur, de har haft".

I: "At de ikke talte om det?"

"Nej, fordi da jeg først fandt ud af det, og det var jo efter, jeg selv havde fået konstateret en depression, så blev jeg meget forarget over det, fordi at det var som om, at det ikke var acceptabelt, at det var fy fy" (Interview med kvinde, 2009).

Da hun selv blev syg, støttede forældrene og hendes venner hende.

"Jeg isolerede mig rigtig meget. Og mht. mine venner, jeg har altid haft nogle veninder, ikke mange, men dem jeg har haft, de har også holdt ved og det, altså, jeg ville aldrig nogensinde blive bitter eller blive sur, hvis de fravalgte mig, og nogle gange når jeg decideret sagde til dem, jeg kan godt forstå det, men jeg kan bare ikke, for der kunne gå halve og hele år, og det lyder måske voldsomt, men det er alligevel 10 år, ikke. Men dersom menneskerne har villet mig..., og det er en følelse, man ikke kan købe for penge" (Interview, kvinde, 2009).

Birthe har venner, hun kender fra sin ungdom. De har holdt venskabet ved lige, også selvom hun har haft perioder, hvor hun isolerede sig fra omgivelserne.

Birger

Birger er midt i 30'erne og bor i ejerlejlighed. Han er vokset op hos sine forældre sammen med en bror. Birgers selvtillid og selvværdsfølelse kan ligge på et meget lille sted, han har haft vanskeligt ved at turde tale højt. I hans omverden taler

man ikke med andre om, hvilke problemer eller kvaliteter man har. Han har gennem sit liv foretrukket at leve alene. Birger undgår at knytte bånd ved at undgå kontakt med naboer, ved at fravælge venskaber og ved ikke at foretage sig noget sammen med arbejdskolleger. Birgers selvbillede er midt i en ændringsproces, efter at han har fulgt et behandlingsforløb i distriktspsykiatrisk regi. Han har fastholdt et arbejdsforhold i et skånejob, hvor han har kontakt med andre. Det tvinger ham til at tale med andre mennesker. Birger er ved at lukke andre ind i sin ellers tavse, lukkede og ensomme verden. I første omgang har han bevaret kontakter med spilvenner på nettet, og det er også dem, han foretrækker at tale med. Det viser også en åbning mod verden, at han begynder at overveje at tage på besøg hos den bedste chatven, han har i udlandet.

Birgers lave selvværd gælder også i relationen til forældrene, som han har haft et anstrengt forhold til. Forholdet er forbedret med årene, så nu kan han tale med dem, og han holder jul sammen med forældrene. Broren ser han ikke noget til, han er ikke Birgers bedste ven, og de har ikke talt sammen i de sidste ti år.

"Jeg har en bror, men øh, jeg snakker aldrig med ham.[...] fordi jeg øh, han behandlede mig ret dårligt i min opvækst, fordi han var en storebror, ikke, så han behandlede mig rimelig dårligt. Det er jeg sådan ret bitter over faktisk" (Interview med mand, 2009).

Birger har efterhånden fået et ønske om at få venner ind i sit liv, men det er svært at etablere, synes han. Han har ikke erfaring eller viden fra sit isolerede liv i forhold til, hvordan man handler i nære sociale situationer.

"Nu vil jeg så gerne møde nogle mennesker, men altså. Det er sådan lidt svært, fordi når man ikke har en omgangskreds i forvejen, så er det meget svært at komme ind i en" (Interview med mand, 2009).

Birger ønsker ikke kontakt med sine naboer, han foretrækker at være alene og holder sig for sig selv og er meget alene i sin fritid. Birger fortæller, at han ikke har 'nogen omgangskreds', han kender ikke nogen, og venskaberne fra skoletiden holdt ikke ved. Han har derfor ikke nogen nære venner fra sin ungdom, han har heller ikke formået at etablere fysiske venskaber i sit voksenliv. I stedet for fysiske venskaber har Birger virtuelle venskaber, og der har han glæde af sin store viden om computere. Han har gennem de sidste tre år haft en netven, som han mest spiller spil med.

"Altså, jeg kan godt lide øh, at surfe på nettet, og jeg har en kammerat på nettet, som øh, jeg snakker med en, et par gange om ugen der, ikke? Og så sådan nogle computerspil,

selvfølgelig? Det er ikke, fordi jeg går så meget op i spil, men en gang imellem kan jeg godt lide at spille lidt computer der” (Interview med mand, 2009).

Birger vil gerne besøge sin netven, men han har aldrig været i en lufthavn, så han er meget nervøs, fordi han ikke ved, hvordan man gebærder sig der. Det afholder ham fra at tage af sted.

Grethe

Grethe har et selvbillede af at være en livsglad og positiv person. Hun ser sig selv som én, der har overskud og kan klare at have mange bolde i luften. Hun har over en længere periode været omsorgsperson for en syg mor og en omsorgsfuld mor over for sin teenagersøn. Grethe har gennemført en akademisk uddannelse og har arbejdet på fuld tid gennem mange år. Hun ser primært sig selv som en person med mange ressourcer, hun vil gerne gøre meget for, at andre føler sig godt tilpas, og hun kan lide at glæde andre. Det er vigtigt for hende at føle sig som en person, der har betydning i sociale sammenhænge for familie, venner og - under hendes nuværende indlæggelse - for medpatienter.

Grethe er først i 40'erne og er vokset op i en familie med en mor, der ofte har været syg. Hun har derfor altid hjulpet sin mor. Grethe er fraskilt og har en søn fra sit ægteskab. Hun har som mor altid sørget for, at der var alle de ting, han kunne lide, i huset: mad, drikkevarer, legetøj og de spil, han holdt mest af. Hun har altid haft et godt humør og meget gåpåmod. Grethe fortæller, at hun altid har haft fart på, både med familie og venner, med arbejde og fritidsinteresser.

Brud og ændret verden

For halvandet år siden ændrede hendes liv sig pludseligt. Hendes selvfølelse ændredes, hun følte sig stresset og kom i en depressiv tilstand, hvor hun end ikke kunne klare at overskue eller udføre praktiske handlinger, dagligdags vaner og gøremål sad ikke længere som erfaringer i kroppen. De var ikke længere selvfølgelige handlinger.

”Jamen, det har været siden... Jeg fik det på én dag, føler jeg, fordi da jeg var stressramt, der var jeg egentlig glad. Og gik og tænkte, det er der andre, der har været på mit arbejde, og havde meningsfulde aktiviteter, og tænkte, jeg har det jo egentlig meget godt. Men gik også til en psykolog, der sagde ”jamen, du er ikke klar endnu til at gå på arbejde”. Og tænkte, det skal nok komme. Og så én dag, så fik jeg det, der hedder en psykose, som jeg ikke vidste, hvad var dengang. Og blev indlagt samme dag. Og opretholdt egentlig glæden

og det gode humør under den første indlæggelse på syv uger. Og da jeg så kom hjem, så var det, jeg havde svært ved at gøre ting. At hænge vasketøj op, det var en uoverkommelig opgave – jeg mener, jeg har godt nok hængt meget vasketøj op inden, og sengetøj hver uge, så det var fuldstændig sådan, jeg tænkte, at det her det er jo et dagligliv, så hvorfor fungerer det ikke?”(Interview med kvinde, 2009)

Grethes hverdag kom ikke til at fungere, og en dag blev hun akut psykotisk, hun følte sig forfulgt og aflyttet, hun gemte sig og turde ikke bruge sin telefon. Hendes teenagersøn ringede efter sin far, der kom og hjalp hende med at blive indlagt akut på psykiatrisk hospital. Hendes psykose klingede af efter fire timer på hospital, og hun kom hjem igen, men hun havde helt mistet evnen og energien til at klare en hverdag, både på et praktisk, mentalt og følelsesmæssigt plan.

”Så det er det værste; den indre fornemmelse og den indre livsglæde og livsgnist. F.eks. mistede jeg også helt evnen, var jeg lige ved at sige, til at gå i butikker – og det er jo ikke nogen evne. [...] Og i lang, lang tid, jamen, så gik jeg slet ikke ind i en butik, og det har jeg slet ikke prøvet i mit liv.[...] Men det blev faktisk til, at jeg vægrede mig, og det er vel et udtryk for, hvordan mit liv har været. Eller jeg vægrer mig for aktivitet. Rigtig mærkeligt – så det er sådan nogle ting, der er forsvundet” (Interview med kvinde, 2009).

Grethe oplevede, at hendes hverdag pludselig føltes 'så tom', selvfølgheden og glæden ved hverdagen sammen med sønnen forsvandt. Hun glemte helt at købe de ting, som sønnen holdt allermest af, og hun følte, at hendes 'indre livsgnist' forsvandt. Hun er igen ved at genvinde sin selvtillid og har lige været på ferie med sønnen. Det forløb godt for dem begge, og den frygt, sønnen følte, da Grethe blev psykotisk, er ved at forsvinde. Grethe ønsker ikke venner, der har en sindslidelse.

”Jeg har de samme venskaber, og så er der nogle af dem, hvor man kan sige, at der har jeg haft sværere ved at tage initiativ til at ringe, fordi jeg måske stadig er lidt forfængelig, at det er svært at ringe og fortælle 'jamen, jeg har det stadigvæk dårligt'. Fordi jeg har været syg nu i halvandet år, og det synes jeg er meget, meget længe. Og det er stadig måske den der krise for mig, for jeg forstår ikke, at det er sket. Så har jeg nogle venskaber, der næsten er blevet tættere. Eller et enkelt, to, venskaber, der er blevet tættere. Som virkelig tager hånd om mig, hvor det ikke er mig, som er aktiv. Specielt en veninde, der bare ringer eller sms'er og ser mig. I starten af sygdommen to til tre gange om ugen, hvor hun kom på besøg på hospitalet og derhjemme” (Interview med kvinde, 2009).

Grethe har kontakt med sine gamle venner, hun har kendt gennem mange år. De har holdt kontakten ved lige, hun selv har ikke haft overskud til at ringe til dem, og hun har heller ikke brudt sig om, at de har spurgt hende om hendes sindslidelse. Hun har stadig ikke lyst til at fortælle om det, hun føler ikke, at det er tabuiseret, men hun føler sig lidt 'forfængelig', og det er svært for hende at fortælle andre om.

Arbejdsidentitet

Anne kommer af og til på Fountain House-værestedet, hvor hun deltager i arrangementer, som stedets jobenhed har arrangeret for at de, der er i job, kan fortælle og opmuntre andre, der også gerne vil have et job uden for værestedet. Anne fortæller, at for hende er det lykkedes at få et job i et privat firma, fordi værestedets medarbejdere har været med i hele processen, de har støttet hende ved at fokusere på hendes ressourcer. Hun har fået trænet både sociale og arbejdsmæssige kompetencer ved at deltage i det arbejde, der er på værestedet. Annes proces og vej til at komme ud på arbejdsmarkedet i det omfang, der passer til hendes situation, er hele meningen med det arbejde, Fountain House-bevægelsen står for. Derfor er hun et eksempel til efterfølgelse for de andre på værestedet, der ønsker at få et arbejde. Det er ønsket om at komme i job, der får mange af medlemmerne i Fountain House til at deltage i jobtræningen i huset. Anne ønsker sig et bedre og mere aktivt liv med kæresten, og hendes håb og drømme for fremtiden omfatter også et arbejdsliv. Det har hun arbejdet på at få til at lykkes, og hun har deltaget i arbejdet med at etablere et Fountain House-værested. Derved har hun overskredet nogle af sine egne grænser. Det er medvirkende til, at hun oplever, at hun er vokset på det personlige plan.

"Fordi det er udfordringen i sig selv, gør jo også, at du vokser ved det! Så det gav mig et spark, det gjorde det!" (Interview med kvinde, 2009).

Annes engagement og samarbejde med medarbejdere om at opbygge et Fountain House-værested har været den overgang mellem to tilstande, der har været med til at ændre, bygge på og genopbygge hendes ressourcer. I arbejdet med at etablere et Fountain House kunne hun ikke bare gemme sig. Hun var med til en konference for at få viden om, hvordan andre huse fungerede, og det har vist hende, at det er muligt at udvikle sig. Anne oplever, at det er vigtigt at være med i nogle ting, hvor hun kan bruge sig selv rigtigt. På en måde der styrker hendes selvtillid og giver hende mod og tro på, at hun fortsat kan udvikle sine færdigheder:

"Jeg er da vokset enormt, efter jeg har været med Fountain House i Glasgow – virkelig! Det kunne jeg da mærke, det gav mig et skub så fantastisk og gav mig mod! Og måske var det det, der var med til, at jeg var parat til at få et arbejde, for det skete jo lige efter!" (Interview med kvinde, 2009)

Anne arbejder på at udvikle sig yderligere for at kunne magte flere ting, få mere energi og overskud. Hun forklarer, at arbejdet og det sociale samvær på Fountain House-værestedet har været med til, at hun er blevet stærkere, har turdet at tage arbejde og kan klare at have et job uden for værestedet.

"Det sociale i det, det udvikler dig og gør dig stærkere til at klare nogle opgaver, også ud af huset, ik? Det starter som det sociale her i huset, og så spreder det sig som ringe i vandet, så kan man klare en tand til! Man har måske klaret at komme ud i praktik og være social der på praktikstedet, og så endnu et trin videre, udvikler det sig, ik?" (Interview med kvinde, Fountain House, 2009)

Anne ved, at der er forskel på, hvordan hun og andre på værestedet klarer tingene, og hvad der skal til for at skubbe den enkelte i den retning, der skaber udvikling.

"Det er jo noget med at finde grænsen, og folk skal også være parate til det... Men det er også vigtigt ikke at fastholde folk i nogen roller" (Interview med kvinde, 2009).

Nanna har en akademisk uddannelse og har været ti år på arbejdsmarkedet. Da hun fik en sindslidelse, stoppede hun med at arbejde og blev efterfølgende skilt fra sin mand. Hun bor alene i en lejlighed og får førtidspension. Hun har indstillet sig på, at hun ikke kommer på arbejdsmarkedet igen, og hun har det godt med det. Det har hun ikke altid haft. Nanna synes, *'livet er skønt'*, hun har skabt sig et liv, hvor hun selv bestemmer, hvad og hvor meget der skal ske:

"Der er mange dage, som går med, som bare går med ingenting. Altså, sådan, der er jo altid, der er jo altid noget at lave, hvis man endelig vil lave noget, og der er jo altid det huslige arbejde, og der skal købes ind, og der skal laves mad og vaskes tøj og så videre, ikke? Men jeg kan godt få rigtig mange timer til at gå bare med at sidde og drikke kaffe" [griner].

I: "Ja, ja, men har du det godt med det?"

"Og det har jeg det fint med. Nu har jeg det fint med det, vil jeg sige. Det har jeg ikke hele tiden haft" (Interview med kvinde, 2009)

Nanna oplever, at medicinen påvirker hendes krop, så hun er blevet meget mere langsom i bevægelser og tanker, nu hvor hun får medicin. Det var en vanskelig overgang for hende at indstille sig på, at hun ikke kunne magte det samme som før sindslidelsen. Nanna har ikke altid taget alvorligt, at hun havde brug for at være alene og opnå fred, siger hun, men hun har lært at lytte og føle efter egne behov i stedet for at stræbe efter at gøre andre tilfredse:

"For et par år siden var jeg på et kursus, der hed 'styr livet', og så blev jeg bevidst om, at det faktisk var, at det faktisk var mit eget valg, og at det faktisk var bevidst, at jeg foretrak at sidde og lave ingenting indimellem, og at jeg faktisk havde det udmærket med det. Og grunden til, jeg måske på et tidspunkt var lidt utilfreds og gerne ville have, at der skulle ske

noget mere, det var lige så meget, det var andre folks forventninger og andre folks, sådan, fordomme om, at man kan ikke bare sidde og lave ingenting" (Interview med kvinde, 2009).

Nanna lærte nogle teknikker, der gav hende kontrollen tilbage over hendes eget liv, og der gjorde, at hun accepterer, at hun ikke kan klare så meget som før.

Hun fortæller, at hun lever ret passivt og

"bruger mange timer på at sidde og drikke kaffe, og det er mit eget valg, jeg foretrækker det sådan. Jeg har lært, at jeg ikke skal leve op til andre menneskers forventninger, og at de har fordomme om, at man ikke kan sidde og lave ingenting" (Interview med kvinde, 2009).

Nanna lever et liv, hun har accepteret må foregå stille og roligt. Hun kan ikke klare, hvis der foregår for mange ting i hendes hverdag, og hun har lært, at hendes liv fortsat vil se sådan ud. Det aktive og hurtige liv på arbejdsmarkedet og med masser af sociale relationer har hun udlevet. Hun savner ikke dette liv og har accepteret, at det ikke længere er inden for mulig rækkevidde.

Sus har en korterevarende uddannelse og har arbejdet gennem 15 år inden for dette faglige område. Sus havde været hos egen læge og fået piller for depression, men en dag blev Sus pludselig svimmel og dårlig på sin arbejdsplads, det hele kørte rundt, og hun blev indlagt.

"Ja, jeg gik til lægen, sådan jeg har fortalt, hvordan jeg har det, så har lægen fortalt mig, du har depressioner, så fik jeg piller. Så efter piller, så fik jeg stemmer, så fik jeg stemmer, så fik jeg lys i øjnene, og det øh, det, det begyndte med det" (Interview med kvinde, 2009).

Hun havde ikke fortalt noget hverken til kolleger eller til sin mand. Der skete et brud på hendes selvforståelse, da hun fandt ud af, at hun hørte stemmer, og at andre ikke hørte stemmer på samme måde, som hun havde gjort gennem flere år.

"Jeg vidste det ikke, hvad det er, så jeg var chokeret. Jeg var, jeg, jeg har ikke sagt til nogen, fordi jeg har tænkt mig, de så kun, jeg er crazy. Så, så jeg har ikke sagt noget" (Interview med kvinde, 2009).

Sus kom på førtidspension, da hun holdt op med at arbejde for fem-seks år siden, fordi hun ikke længere kunne klare at arbejde, da hendes stemmehøreaktivitet steg og begyndte at influere på hendes dagligdag ved at fratage hende hendes opmærksomhed fra andre aktiviteter.

Gennem alle de år **Louise** har været på arbejdsmarkedet, og i de år hun har taget andre uddannelser, har hendes mor hjulpet hende ved at passe hendes to børn. Det var en stor hjælp for hende, da hun blev skilt. Psykosen satte en stopper for

Louises uddannelses- og arbejdsliv. Louise bor i rækkehuslejlighed og får førtidspension, det er hun tilfreds med, men hun satser på, at hun kan komme sig helt, så hun igen kan komme til at arbejde med den spirituelle retning, hun er ved at uddanne sig til.

Louise har mange venner fra sit arbejds- og uddannelsesliv, de fleste af dem ser hun stadig. Louise har en arbejdsidentitet, og ser sig selv som et menneske, der for en periode er blevet ude af stand til at varetage et spirituelt arbejde, og selv om hun for øjeblikket får førtidspension, forestiller Louise sig ikke, at det er en varig tilstand for hende at være på førtidspension. Louise ser sig selv som den person, hun altid har været, med samme venner og familie og med et aktivt arbejdsliv. Louise har bevaret håb og drømme om et liv i fremtiden, som livet var for seks år siden, og hun er overbevist om, at hendes tilværelse igen vil forme sig sådan engang i fremtiden.

Jonas fik psykiske problemer i gymnasiet og fuldførte ikke. Han kom i stedet for ud som *'ung i arbejde'* efter sit drop out og startede senere på en htx-uddannelse. Der fik han høje karakterer, og på trods af meget fravær fik han lov at gå til eksamen og fik et fint gennemsnit til studentereksamen.

"Ja, altså det sidste år havde jeg det så skidt, jeg skulle egentlig være gået om. Men mine karakterer var, trods jeg kun havde afleveret to tredjedele af opgaverne, så høje, at de sagde: 'du fuser dig bare igennem, vi skal nok dække over dig'" (Interview med mand, 2009).

Han startede på en længerevarende videregående uddannelse, men måtte opgive at gennemføre den, da han psykisk havde det for dårligt. Han måtte opgive endnu en uddannelse, men kom stadig ikke i behandling før for ca. fem år siden, hvor han blev indlagt på psykiatrisk hospital. Da han fik en diagnose, fik han tilkendt førtidspension med det samme.

"Ja, og det var jo en kæmpe lettelse, fordi for det første så slap jeg jo for det der aktivering, som jeg så var sluppet for på daghøjskolen i stedet for. For det andet så får man jo så 3000 mere om måneden. Så nu kunne jeg pludselig leve af det, så det var jo rart nok".

I: "Ja. Er det belastende at skulle ud i arbejdsprøvninger?"

"Ja, det var det faktisk, men altså i det der stod i mine papirer, at jeg var depressiv, så blev jeg ikke sendt ud og slå græs og det der" (Interview med mand, 2009).

Selv om Jonas får førtidspension, ser han sig selv ud fra den arbejdsidentitet, der præger hans familie, hvor begge forældre altid har været i arbejde. Jonas' drøm er fortsat at gennemføre en uddannelse, så han kan få et arbejde, men han har

sænket ambitionerne, hvor han før udelukkende satsede på akademiske uddannelsesforløb, ser han nu sig selv som mulig håndværker. Han kommer flere gange om ugen for at arbejdsstræne på et Fountain House-værested som en forberedelse til et fremtidigt arbejdsliv.

Birthe er akademisk uddannet, men fik en depression, før hun nåede at få erfaring inden for sit fag, derfor har Birthe haft perioder uden arbejde. For at komme i gang med at arbejde igen, har hun deltaget i arbejdsfællesskabet på et Fountain House-værested gennem et år. Hun har gennem denne tid fået mod på at komme i arbejde igen, så for et halvt år siden søgte og fik hun et fuldtidsjob inden for sit fagområde. Birthe involverer sig meget i sit arbejde og er lidt perfektionistisk, og hun engagerer sig også i andre aktiviteter i sit nærmiljø. Når hun deltager i noget, involverer hun sig fuldt ud.

"Jeg vil gerne involvere mig, men jeg har også fundet ud af, jeg har en grænse for, hvor meget, hvor mange ressourcer jeg har" (Interview, kvinde, 2009).

Birthes arbejde er stressende for hende, fordi hun oplever, at hendes chef og kolleger behandler hende anderledes. Hun føler, at hendes arbejdsgiver og kolleger er lidt på nakken af hende, og det giver hende vanskeligheder, fordi hun involverer sig stærkt for at få tingene til at fungere.

"Jeg er nok en "people pleaser", jeg kan godt lide, at der er en eller anden form for konsensus, at vi har det godt. Altså, hvis folk er kedede af det, hvorfor er de det? Er der noget vi kan gøre? DEN type. Men samtidig har jeg det også sådan, at jeg kan godt lide at få noget ansvar, jeg kan godt lide at få nogle udfordringer, jeg kan godt lide at være med der, hvor der er noget indflydelse. Men samtidig så har jeg den der, det er måske også et spørgsmål om usikkerhed, kunne jeg forestille mig, og det hænger nok også sammen med den historik, jeg har med sindslidelse, kunne jeg forestille mig. [.....] man kan sige, lige pludselig så gik jeg jo ned. Og det, når jeg kigger tilbage, sådan har jeg været altid" (Interview, kvinde, 2009).

Birthe forklarer, at det ikke er, fordi hun ikke vil arbejde, hun kan lide sit arbejde, men hun vil ikke behandles anderledes end andre medarbejdere, og hun accepterer ikke, at det bliver fremstillet af chefen, som om det er hende, der har problemer, når det faktisk er chefen, der er problemet. Samtidig går det hende på, fordi hun helst vil udføre sit arbejde så perfekt som muligt, og det generer hende, når der opstår problemer i hendes omgivelser. Det slider på hende, for hun oplever, at der er grænser for hendes ressourcer, og hun kender sig selv så meget, at hun er klar over, at hun må 'have et rum, der er hendes eget', for at være

sig selv og finde frem til egne ressourcer. Birthe veksler således mellem at involvere sig totalt, fordi hun har perfektionistiske sider og at trække sig tilbage i hjemmet, hvor hun lader op og genetablerer energien.

Birger har taget studentereksamen, og han har sideløbende og efterfølgende haft forskellige småjob. Han har aldrig fået en uddannelse, men har lært sig selv at arbejde med en computer, og han skiller dem ad og sætter ny hardware i. Han har nytte af den viden, han har om computere i sit kontorjob, og han hjælper kollegerne, når der er noget, de har vanskeligt ved at finde ud af. Birger fortæller, at han altid har været genert og altid har haft lav selvværdsfølelse, men at han har fået mere mod på at skabe kontakter, efter han er kommet i behandling med medicin og går til psykoterapeutiske samtaler. Det har fået ham i gang, han har fået et 30-timers skånejob på kontor. Begge dele giver ham selvtillid, fortæller han. På arbejdspladsen får han trænet sine sociale kompetencer i at tale med andre mennesker, når han tager telefonen og er nødt til at tale med dem, der ringer.

"Så kom jeg så ind i det firma, jeg er i nu, og det har faktisk givet mig en masse selvtillid, og jeg har øh, lært en masse ting om mig selv også og sådan noget, og så... Så selvfølgelig de jobmæssige funktioner, ikke, og jeg øh, det jeg så laver, det er, jeg svarer telefonen og øh, jeg er som sagt, hjælper lidt med de basale computerproblemer, de har derude og sådan" (Interview med mand, 2009).

Det har endnu ikke givet noget på det sociale område, han ser ikke nogen af sine nuværende arbejdskammerater uden for arbejdstiden. De er meget ældre end han er, og det er kun hans chef, der ved, at han har en sindslidelse. Hans kolleger ved ikke, at han har en sindslidelse, så de stiller krav til ham, når der er travlt. Det er indimellem belastende for Birger, da han oplever, at han ikke kan klare, hvis der er for meget pres på ham.

Grethe har en akademisk uddannelse og har været på arbejdsmarkedet gennem mange år. Hun har altid været lige så glad, aktiv og engageret på sit arbejde, som hun har været i sit private liv. Grethe har en arbejdsidentitet, men har ikke den store tiltro til, at hun kan komme sig så meget, at hun igen kan varetage sådan et krævende job, som det hun har haft tidligere, selv om det er det, hun drømmer om. Hun har dog ikke afskåret sig selv fra muligheden for at komme tilbage på arbejdsmarkedet, og hun håber, at det bliver muligt for hende en dag.

"Jeg har tænkt på, at nu er det ikke blevet bedre på så lang tid; det kunne være en lettelse at få førtidspension – og det er slet ikke det, jeg vil, for jeg vil gerne i arbejde. Men når der er gået så lang tid, så må jeg give mig selv noget tid og håbe det kommer, og så komme i arbejde" (Interview med kvinde, 2009).

Som Grethe har det i øjeblikket, er der lang vej, og hun oplever, at det ville være enklere for hende at opgive og søge pension, men det er ikke det, hun vil. Hun kan ikke se sig selv uden et job. Indtil da vil hun gerne ud at arbejde nærmest med hvad som helst for bare at komme i gang. Som hun siger, som *'sliksælger'*, det er måske det eneste, hun kan klare i sin nuværende situation, men for hende vil det være en start.

Gruppe 2. Turbulente liv og sociale brud

Informanterne i Gruppe 2 fortæller om brudte familier, i deres barndom er forældrene blevet skilt, og efterfølgende boede de hos deres mor, hvorefter kontakten med faren og for nogles vedkommende også søskende er ophørt. Flere af informanterne i denne gruppe har fået psykiske problemer i ungdomsårene og har levet et turbulent liv med mange uddannelsesforløb, det ikke er lykkedes for dem at gennemføre. For de flestes vedkommende er der tale om korte eller ingen arbejdspladserfaringer. Andre i gruppen har været gennem episoder med brudte ægteskaber og skiftende arbejdspladser i deres ungdom og tidlige voksenliv. Mange fortæller om manglende netværk - både når det drejer sig om familie og om venner - og da de ikke formår at knytte bånd med andre mennesker, føler de sig ofte ensomme og isolerede i deres bolig. Nogle lever på kanten af det sociale fællesskab og har ikke viden eller praktisk handlekompetence til at ændre ved deres fastlåste situation. Andre finder sig selv i musikken, hvor de har stor glæde af at mestre eller have styr på denne verden.

Musik som livsindhold

Simone

For Simone udgør musik en forståelsesramme, hvor meget sættes i relation til. Musikken var hendes mors måde at få Simone til at klare barndom og ungdom; som det lidt sarte barn, hun blev opfattet som hos en dominerende mor og mormor. Musikken har fulgt hende på denne måde resten af hendes liv med op- og nedture i humøret og energien. Hendes bedste veninde og hun levede i musikken og fandt en vej til at mødes og klare sig igennem mange depressioner

sammen. Venskabet sluttede brat og chokerende den dag, veninden ikke kunne klare at leve længere.

Simone er først i 50'erne og bor alene i et hus, hun har været gift og har to voksne børn, hun taler ofte i telefon med sin mor og især med sine børn, der bor langt fra hende. Simone er vokset op hos en adoptivmor, som hun har haft et ambivalent forhold til. Simone beskriver sin mor som én, der på den ene side havde sans for alle de materielle ting, på den anden side kunne hun ikke give Simone den fysiske og psykiske omsorg og støtte, som hun havde brug for i hendes *'kaotiske sind'*. Hun husker sin adoptivmor som en dominerende person:

"Hun var en besiddende. Meget besættende. Meget kontrolleret. Hun havde en side, så jeg nogle gange tænker på, at det er fantastisk, at jeg ikke har smidt et eller andet i hovedet på hende, for at sige det lige ud. For hun kørte virkelig på min personlighed" (Interview med kvinde, 2009).

Simones adoptivmor har mange gange opfordret hende til at opsøge sin biologiske familie, og det har hun taget initiativ til som voksen. Efter hun har mødt dem, ønsker hun ikke at have dem som familie. Simone fortæller, at miljøet hos adoptivmoren stod i stor kontrast til hendes biologiske families på mange måder.

"Du skal se dem. Men jeg kunne godt høre den stemmeføring, at det var absolut ikke noget, jeg kunne bygge på. Det kunne jeg mærke allerede der. Og så kom alle de der søskende. Og den ene var så indlagt på et hjem, hvor de bor seks herude i kommunen, og to brødre der så lidt dybt i flasken, og en far der også havde gjort, og hold da kæft. For at sige det lige ud. Hvor har jeg trods alt, ej, jo, jeg skal da nok være glad for, at jeg, altså, der hvor jeg synes, at min opvækst, der hvor hun har sat nogle grænser for mig. Hun har holdt mig fast i nogle ting, hun har postet penge i mig til nogle sunde fritidsinteresser, og der var jo altid mad. Selve det psykologiske, eller hvad man skal sige. Den der med, at hun kunne give mig omsorg ved at holde om mig. Eller ved at snakke om, hvordan jeg havde det i mit kaotiske sind, det var hun fandeme ikke god til. Det var bare tiden, og jeg tilgiver hende gerne, ikke" (Interview med kvinde, 2009).

Simone har ikke ønsket at bibeholde kontakt med sin biologiske familie, selvom de kunne give hende noget af det fysiske og psykiske nærvær, hun ikke fandt hos sin adoptivmor, og selvom familien talte med hende om alle de emner, hun ellers oplever som tabubelagte.

Simone har haft et liv med mange og langvarige indlæggelser på hospital gennem mange år. Hun har ikke har mange venner, og derfor føler hun sig meget ensom.

"Altså, nu er jeg lige nu og her, nu har jeg også lært på den der depressionsskole at være i nuet. Lige i dag der har jeg det rimeligt. Jeg vil sige, at jeg er ensom ad helvede til. Det vil jeg også godt sige, at jeg er. Altså fordi at jeg har ikke den store omgangskreds. Det har jeg

ikke. Der er også nogle ting, der har skuffet mig. Og det er også lidt selvforskyldt. Fordi der har været nogle veninder og en kæreste i øvrigt også, der har givet mig meget ubalance. Så jeg har fået skubbet dem væk, ej, jeg synes, at jeg har gjort det ordentligt, ved at sige det her det dur simpelthen ikke. Så er jeg mange dage alene i det her hus. Det kan jeg godt sige dig, altså. Også lidt for mange indimellem. Og jeg kan mærke det er lidt ...” (Interview med kvinde, 2009).

Simone har søgt at etablere andre musikvennskaber, men det har ikke fungeret, da hendes musikvenner efter hendes mening ikke havde sans for nuancer og rytme i musikken. I stedet for søger hun selv at lære at spille på et nyt instrument. Hun forsøger at strukturere sig ud af sin hverdag og sin ensomhedsfølelse ved at notere alle aktiviteter i sin kalender. På denne måde kan man sige, at hun opdeler, inddeler og instrumenterer hverdagen på samme måde, som hvis det var et musikstykke, der skulle opføres, der gør det genkendeligt, men de forud strukturerede aktiviteter er ikke nødvendigvis gennemførbare.

”Men så har jeg min kalender, hvor jeg skriver op i, og den er jo fuldstændig overtegnet, og det er ikke altid jeg lige, altså, gør det der står, altså, den er fuldstændig, ikke. Streget over der fordi at jeg simpelthen, og så andre gange så har jeg det simpelthen sådan at ej, i dag skal du have besøg, nøj, i dag skal du til en koncert, ikke, så bliver jeg sgu så glad, ikke også, og det er egentlig, jeg griner lidt af mig selv, for det er egentlig lidt sjovt, at det er det, der skal til for at få min hverdag til at gå. Og jeg strukturerer den, og jeg skriver ned” (Interview med kvinde, 2009).

Simone har haft mange depressioner gennem hele sit liv. Hun mærker stadig til følgerne af depressioner og behandlinger med elektrochok, hvilket gør, at hun lider. For at komme ud af ensomhedsfølelsen kommer Simone på et værested, hvor hun deltager i at arrangere forskellige udstillinger og kulturelle udflugter, og hun deltager i nogle aktiviteter i huset.

Hun forbinder sin ensomhed med sin depressive tilstand, og hendes forsøg på at komme ud af ensomheden og ind i det sociale fællesskab sker gennem musikken. Musikken udgør ligeledes den platform for aktiviteter, der kan lindre smerten ved hendes lidelse og depressive sindstilstand, og dermed er musik hendes primære valg som helende middel.

”Altså, jeg mærker lidelsen, den jeg mærker jeg jo sådan, hver, hver anden gang. Men jeg mærker den på en sådan måde, at jeg kan fungere, og andre gange så kommer det måske bare i et interval af en to-tre dage, hvor jeg er nede og vende i sengen og så op igen der, ikke. Og så har jeg så haft de der voldsomme dybe depressioner, hvor jeg ligger helt fastlåst. Jeg kan ingenting. Og der er du jo levende og død, ikke. Hvis jeg så, det er så det, jeg vil sige med det, hvis jeg så har et lille lyspunkt, fordi at jeg har døgnsvingninger på, når jeg har det på den måde der, ikke, om formiddagen, de ligger helt fast, hvis jeg så ud på

aftenen bare har fem minutter, hvor jeg kan komme op af den her seng, så er det inde ved klaveret. Så sidder jeg og mediterer lidt og laver noget improvisation, og det danner de der, det ved vi jo, det danner de der endorfiner" (Interview med kvinde, 2009).

Det er musikken, Simone vælger som middel til at etablere venskaber, som hun har vanskeligt ved. Det har virket før, men selv om hun melder sig til undervisning på hold, fungerer det sociale ikke for hende.

"Men det der med det sociale. Det kunne jeg godt ønske mig, at det var lidt, at jeg havde. For jeg går på hold. Jeg går også til violin i øvrigt. Men det er så en enkelt... Privatundervisning. Ikke også" (Interview med kvinde, 2009).

Hun vælger desuden privatundervisning, når hun skal lære nye færdigheder som at spille på violin, der er et fremmed instrument for hende.

Kurt

Kurt er midt i 30'erne og blev indlagt første gang for syv år siden, hvor han var psykotisk og følte sig forfulgt. Han bor alene i en lejlighed og har modtaget kontanthjælp i de sidste syv år. Kurt har en uddannelse indenfor musik, og han har altid haft arbejde, der har haft med musik at gøre, han har oplevet mange succeser. Det er der, hans selvfølelse og identitet ligger. Hans praktiske sans ligger i at komponere og i udøvelse af musik. Han vurderer værdien af sig selv og sit livsindhold i forhold til, om han er i en manisk, kreativ fase, hvor han er den musisk skabende. Når han er skabende, har hans liv indhold og værdifuldhed. Det er der, hans selvværd er størst. I hans depressive perioder forandrer verden sig for ham, og hans tanker kredser om at finde en vej ud af livet, men det er ikke noget, han gør alvor af. Det bliver ved det talte og en søgen efter at få *'medlidenhed og opmærksomhed'*. Det er for ham en anden måde at komme i centrum på. Hans verdensforståelse i musikken er også styrende for valg af venner og for så vidt også for hans valg af terapeut. Han finder sin selvforståelse og selvfølelse gennem musik, han kommer til klarhed over sit liv, og han kommer sig ved meditativt at gå ind i og blive ét med musikken.

I Kurts barndom var han ikke i centrum, livet var uden 'succesoplevelser', og hans sociale netværk består af venner fra ungdommen, der alle har deres identitet i en musiksammenhæng. Kurt fortæller, at han har vanskeligt ved at have tætte relationer og ved at have tiltro til mennesker, han ikke kender. Kurt

fortæller, at han ikke vil knytte venskaber med mennesker, blot fordi han er indlagt sammen med dem.

"Jeg holder en distance til de andre medpatienter. Jeg involverer mig ikke i tætte relationer til dem. Fordi jeg er klar over, at det er en indlæggelse, jeg er i. Og på et eller andet tidspunkt, så bliver jeg altså udskrevet" (Interview med mand, 2009) .

Kurt etablerer alligevel relationer til medpatienter, når han har set dem lidt an, men han vælger ret selektivt, og det fungerer ikke som venskaber, men som en del af det sociale liv i en hospitalskontekst. Han har specielt en relation til en enkelt medpatient, de spiser og taler meget sammen, men han understreger, at det er ikke et venskab, hverken han eller hans medpatient har tænkt at overføre til en anden kontekst.

Kurt har ikke tidligere i sit liv villet i medicinsk behandling, men han har under indlæggelsen fundet et niveau, hvor han for første gang i syv år er begyndt at få lysten til at spille tilbage. Han har også glæden ved at deltage i forskellige aktiviteter, som han står for at arrangere.

"Jamen, milepæl er jo ligesom en periode i mit liv, hvor jeg har haft det svært; hvor jeg har oplevet en opstemthed igen, altså, at jeg har oplevet dét at leve livet igen. At jeg stadigvæk har de egenskaber af at kunne styre og regere og være lidt i magtposition igen, uden at det har været i så voldsom en grad, som jeg har været før" (Interview med mand, 2009).

Kurt har et hverdagsliv, hvor han er på hospital i hverdagen og hjemme i weekenden. For at klare dagligdags opgaver som madlavning og rengøring har han lært at strukturere og styre alle sine aktiviteter efter klokketiden.

"Jamen, jeg vil sige det på den måde, at jeg skematiserer min fritid, eller min hverdag derhjemme. For ellers kan jeg ikke finde ud af det. [...]jeg bliver nødt til at strukturere min hverdag, eller har gjort, for ligesom at få det til at fungere. [...]Det har været lidt svært, fordi så sidder jeg der med ben, der sidder som trommestikker på mig, og venter på at nu skal klokken blive 14 – så skal jeg ned at vaske tøj. Nu er klokken 15 – så skal jeg vaske op. Klokken 16 skal jeg rydde op eller støvsuge" (Interview med mand, 2009).

Kurt har opfundet et pointsystem, hvor han har givet sig selv plusser og strafpoint. Pointsystemet har han indført for at vise sig selv, at der er plusser ved de ting, han foretager sig.

"Men jeg har jo så gjort det, at jeg har sådan et pointsystem, som jeg giver mig selv. Altså, når jeg vasker op, så giver jeg mig tre pluspoint, og når jeg får vasket tøj, så er det et andet pointsystem, jeg bruger. Når jeg begynder at få det lidt dårligt, så giver jeg mig strafpoint" (Interview med mand, 2009).

Pointsystemet er et selvkontrol- og selvdisciplineringsystem, og det fungerer derved som en genopdragelsesmaskine, der kun fungerer i kraft af, at han

fortæller sig selv, at det er et positivt system, for det får ham efterhånden til at føle sig fremmed og på ukendt grund i sit eget hjem. For en periode har Kurt haft strukturen at hænge sine aktiviteter op på, så han har kunnet klare at være i lejligheden, hvor hans psykotiske oplevelser så som bankelyde og stemmer, der kalder på ham, tilhører lejlighedens kontekst, og derfor stadig sidder i væggene i rummet.

"Men her den senere tid har jeg ligesom testet mig selv i, at jeg lader være med at være så struktureret. Altså komme hjem og så bare nyde det at være hjemme. [...]Være sådan lidt mere "normal" i citationstegn, ikke også. Komme hjem og så "nå ja, ved du hvad, jeg tror, at jeg tager opvasken nu. Jeg tror, at jeg støvsuger. Jeg tror, at... Nå, men det kunne også være, at jeg skulle se at komme ned og handle ind," ikke også. Altså være sådan lidt ustruktureret. Lidt mere hverdagsagtigt forstået på den måde, at jeg kommer til at leve et liv ligesom alle andre, hvor det ikke behøver at være så struktureret, fordi det... Jeg har haft det lidt svært med at være struktureret, selvom jeg synes, at det har været godt, at jeg har lagt det i faste rammer" (Interview med mand, 2009).

Kurt er ikke længere psykotisk og har derfor brug for at leve et liv, hvor han kan være mere spontan og ustruktureret. Derved føler han sig mere 'normal' og kan nyde at være hjemme, og hans hjem bliver igen et sted, hvor han kan modtage sine venner til et glas vin eller en kop kaffe, mens de kan udveksle erfaring og viden om deres fælles formål i livet: musik. Som han har det nu, kan han nyde et enkelt glas vin, men når han er 'deprimeret' og derfor ikke kan komponere og spille musik, har han et 'voldsomt alkoholforbrug'. Kurt har en forståelse af, at han har 'et naturligt forhold til alkohol'.

Kurt har haft perioder, hvor han har haft mindreværdskomplekser og følte, at han ikke duede til noget. Han havde en følelse af, at andre ville ham ondt, og at de så ned på ham. Han fortæller, at han var paranoid og ikke turde færdes ude i samfundet sammen med andre.

"Ja. Altså, det er også fordi, når jeg er ude at handle og sådan noget – alle de mennesker jeg ikke kender – gør mig utryk. Det er også en af årsagerne til, at jeg bliver paranoid og oplever lidt småskizofrene træk. [...] Jeg føler mig overvåget og forfulgt. Og altså, så derfor søger jeg jo helst, at jeg handler ind sammen med andre. Som jeg kender. For ligesom at aflede min tankegang, min tankevirkosomhed. At det ikke bliver så svært for mig" (Interview med mand, 2009).

Kurt fortæller, at han ikke ville have medicin. Han har fået medicin før i sit liv, men er hver gang holdt op med at tage den. Han er indlagt på hospital og fortæller, at han har opnået den 'selverkendelse, at han er syg' og derfor har behov for hjælp. Før var han vanskelig at behandle, fordi han stoppede med at

tage medicin, når han blev udskrevet. Med medicin kan han bedre klare at komme i butikker, især hvis han tager af sted, før der er alt for mange mennesker.

"Men det skal også siges, at jeg er blevet bedre til det efter min indlæggelse her; at jeg er blevet god til sådan at handle ind. Men det skal helst være sådan først på dagen, altså hvor de lige har åbnet, hvor jeg har hele butikken for mig selv. [...] man kan jo godt sige, at jeg føler, at de vil mig noget ondt.[...] Altså, forstået på den måde at de sådan ser ned på mig. Altså sådan nedladende tankegang. At de har, ikke også. "Nå ja, men han kan jo heller ikke rigtig noget; han duer ikke til noget, og han er også bare et skvat. Han skal bare se at komme i gang. Han er på kontanthjælp – han skal bare se at komme ud og lave noget. Finde et arbejde og få styr på sit liv." Det er sådan nogle tanker, som jeg forestiller mig, at de gør sig" (Interview med mand, 2009).

Kurt oplever, at han er nødt til at tage medicin for at kunne klare at komme ud i butikker og for at komme af med sin angst og paranoia.

"Og jeg bliver nødt til at tage noget medicin for at kunne handle ind, for ligesom at dæmpe angsten for det paranoide og så videre – og det hjælper mig også, altså. Det skal jeg da med det samme sige. Det er heller ikke hver gang, at jeg bruger min medicin, altså, det afhænger lidt af, hvor utryg jeg er, fordi det er ikke i samme grad hver gang" (Interview med mand, 2009).

Kurt kan klare at være hjemme i sin lejlighed, også selv om han har haft perioder, hvor han har hørt lyde.

"Også selvom jeg har haft de ubehageligheder i min lejlighed, hvor jeg har følt mig paranoid og været bange for at høre bankelyde; jeg har været sådan... Jeg har jo været psykotisk på den måde, at jeg har været skizofren og har hørt bankelyde. Og min mor, der kaldte på mig og sådan noget. Men nu er jeg kommet så langt, at jeg kan føle mig tryk i mit eget selskab" (Interview med mand, 2009).

Efter at Kurt er begyndt at spise medicin, er det nemmere for lægerne at behandle ham, siger han, og han håber, han igen kan finde glæden ved at spille musik, som han holder pause med, når han har det psykisk dårligt.

"Det har jeg lagt lidt på hylden, efter at jeg blev syg. Men det er da noget, jeg... Altså, nu er jeg begyndt at få så meget overskud, at jeg er begyndt at opsøge mine musikalske legekammerater igen. Med henblik i at vi skal ud at spille lidt igen, ikke. Og der føler jeg mig også tryk, for der har jeg jo nogle med, altså nogle musikere med, som jeg kender, ikke. Og der er jeg jo tryk i det selskab, fordi jeg kender musikerne" (Interview med mand, 2009).

Kurt siger, at han glemmer verden omkring sig, når han spiller, for musikken giver ham energi og gør ham høj. Under indlæggelsen går han hos musikterapeuten og arbejder gennem musikken med sine psykiske problemer, der er angst og paranoia.

"Ja, altså, jeg vil sige, at jeg er jo lidt en enspænder forstået på den måde, at jeg helst vil arbejde med musikken alene. Jeg tror ikke rigtig, at han kan hjælpe mig med at få min

kreativitet igen. Det tror jeg... Fordi jeg er sådan hæmmet af medicinen" (Interview med mand, 2009).

Af de professionelle kender musikterapeuten ham bedre end de andre ansatte, og derfor tør Kurt åbne sig for ham. Når han fordyber sig i musikken, kan han genkende de sider af sig selv, som han holder mest af, hvor han har fået mest succes i sit liv.

Arbejde med musik som indhold og mål

Når **Kurt** reflekterer over sin egen rolle i en arbejdssammenhæng, ser han sig som et 'magtliderligt' menneske, som en person der har det bedst med at udgøre centrum i en musiksammenhæng. Den verden er præget af hans oplevelse af kun at leve, når han har mulighed for at skabe musik og være den, der kender sandheden. Han vil have magten i rummet, når musikken spilles.

"Jeg vil godt spole tiden tilbage til min ungdom og det med at være magtliderlig, som jeg kom til at kalde det. Det betyder altså også, at jeg i en forholdsvis ung alder havde de egenskaber, at jeg ligesom var i centrum. Og følte mig godt tilpas i den rolle, som det er at være den, der ligesom styrer slagets gang. Dengang spillede jeg jo som selskabsmusiker, og der var jeg jo i centrum af festen, kan man sige. Og det har sådan set fulgt mig. Det har ligesom været en forløsning, hvor jeg hele min barndom ikke har haft de der succesoplevelser. Men jeg har jo altid været en ener, forstået på den måde, at jeg var den eneste i skolen, der gik til keyboard, og jeg spillede til skolens fester, og jeg spillede til privatfester, og jeg begyndte at spille i bigband" (Interview med mand, 2009).

Han har opnået en 'milepæl', at være i en sindstilstand, der gør ham i stand til at 'leve livet igen'. Kurts livsindhold er fortsat musik som arbejde, som karriere og som indhold i livet. Han ønsker stadig at få et arbejde, det kan være som fleksjob, og det kan være hvad som helst, fordi musikbranchen ikke er så stabil, når det drejer sig om at kunne tjene penge.

Kurts fremtidsdrømme består af musik, som hans verden altid har gjort. Han er begyndt at komponere igen, og ved den nuværende indlæggelse har han lært, at han ikke altid skal have magten, at han kan samarbejde med de andre, musikerne, der spiller hans musik. Kurt føler, at opholdet har givet ham den indsigt, at han har en sindslidelse, han må have medicin for at leve med, det har gengivet ham lysten til at spille musik igen.

"Ja, det er det. Komponere noget musik igen. Jeg har også komponeret inden for de sidste fjorten dage. Jeg er begyndt at genfinde denne der kreativitet, efter man har justeret medicinen i sådan et naturligt leje, som passer til mit temperament. Det er jo meget individuelt, hvordan medicinen virker på folk. Så jo, jeg er fuld af fortrøstning. Og jeg er rigtig rigtig glad for, at jeg har været indlagt her, fordi jeg er omgivet af så mange

professionelle folk med deres hver især kompetencer. [...] Det synes jeg, og de har været lydhøre. Og jeg er sikker på, at det bliver min sidste indlæggelse" (Interview med mand, 2009).

Men selv om musikken er det, Kurt holder mest af at beskæftige sig med, føler han, at hans musikalske kreativitet bliver påvirket af medicinen. Den hæmmer ham, og han er mest produktiv, når han er sådan lidt 'manisk'.

"Ja, altså, det... Jeg var ved at sige, at jeg bliver hæmmet af medicinen, og det gør, at jeg bliver sådan lidt manisk, hvor jeg er meget produktiv. Hvor jeg kan føle mig høj af at lave noget rigtig god musik" (Interview med mand, 2009).

Livet med medicin, der er 'stemningsstabiliserende', bevirker, at Kurt har vanskeligere ved at komme i en stemning, hvor han kan omstille sig hurtigt og gå op og ned i energi, som han er vant til at kunne. I denne stemning kunne han komponere og spille musik på den måde, han holder mest af.

"Hvor jeg førhen – altså inden jeg begyndte at få medicin mod det, altså stemningsstabiliserende – der kunne jeg godt agere meget hurtigt op og meget hurtigt ned igen, altså vi snakker inden for den samme dag.[...]Men jeg oplever ikke denne der maniske.. Det kunne jeg godt savne en lille smule" (Interview med mand, 2009).

I de perioder hvor Kurt er lidt manisk, oplever han, at han har et særligt talent, og han føler sig 'hævet over andre mennesker'.

"Jeg synes måske mere, at jeg er verdens herre, altså. At jeg er hævet over andre mennesker.[...] Det synes jeg egentlig er en rar fornemmelse. At jeg ligesom er i kontrol.[...] Jamen, jeg har haft en eller anden evne til ligesom at overbevise dem om, at det ligesom er mig, der styrer det show" (Interview med mand, 2009).

Når Kurt er i denne fase, oplever han, at han får særlige evner, ikke blot til at komponere og spille, men også til at overbevise sine musikvenner om, at han er i kontrol, at han er den person, der bedst kan styre musikgruppen. Og hvis der er lidt utilfredshed i gruppen indimellem, går det hurtigt over.

Savn og ensomhed

Sunes identitet er tæt knyttet til to ting; 1) han har været aktiv sportsudøver, 2) han har en sindslidelse, der gør ham alene og ensom. Sune har fået et utal af medaljer for gennemførte amatørlob rundt om i verden. Hans liv er inde i en periode, hvor han fysisk ikke længere kan klare at gennemføre et løb, og han har ikke længere dette indhold i sit liv, hvilket efterlader ham alene og ensom.

Sune er først i 50'erne og bor alene i en lejlighed, han får førtidspension. Han og hans storebror er vokset op i en familie, hvor faren arbejdede, og moren var

hjemmegående i hans barndom. Da børnene blev større, begyndte moren at arbejde og uddanne sig, mens faren rejste meget i udlandet gennem sit arbejde. Sunes forældre er begge døde nu, og han har kun sin bror tilbage. Sune spiser aftensmad hos sin bror og hans familie en gang ugentlig, eller også kommer broren hos Sune. Broren er den eneste, han ser, for han har ingen nære venner fra sin ungdom, og han opsøger ikke venskaber. Han kommer ikke på et værested, og han kan ikke dyrke løbesport længere, hvilket ellers var hans store interesse og livsindhold. Han går ture alene og cykler dagligt, og af og til træner han i et fitnesscenter, resten af dagen ser han tv eller videofilm.

Sunes psykiske problemer begyndte allerede i folkeskolen, hvor han gik ud af første real og boede hjemme uden at have arbejde. Så startede han på EFG bygge og anlæg, men fuldførte ikke uddannelsen.

"Det er svært at sige det der med fint. For, hvad er det nu det hedder, allerede i en 73-74 eller sådan noget, der hvad var det nu, det var. Jeg kunne ikke have noget at lave, så fandt min mor en annonce på det der tekniske selskab og skole, fordi mine forældre kunne godt tænke sig, at jeg blev elektriker, så var det trods alt noget at komme ind på EFG Byg og Anlæg. Men jeg vidste, det var svært, og jeg havde spændingshovedpine og sådan noget der, eller om jeg bare var lidt af en dagdrømmer, og i al fald så var jeg noget langsommere til de fleste ting end de andre. Selvom om jeg var et år ældre" (Interview med mand, 2009).

Sune gennemførte ikke EFG-uddannelsen og fik aldrig en uddannelse. Han kom heller ikke i arbejde.

Seks år efter han stoppede i folkeskolen, blev han indlagt på psykiatrisk hospital med psykose. Han følger ambulans behandling og har ikke været indlagt gennem nogle år. Han har været indlagt mange gange, hvor han har været psykotisk og haft tvangstanker. Han synes selv, han har fået for meget medicin. Han er blevet mentalt og fysisk hæmmet af medicinen og har ikke formået at løbe som han gerne ville.

"I al fald, når de har overtaget helt, så har jeg ligget og sovet meget mere.[...]Gået fuldstændig i stå, ja. Hvis de har.. De har nærmest... Hovedformålet med dem er ikke, at man skal udvikle sig, men at man ikke laver ulykker" (Interview med mand, 2009).

Sunes opfattelse af lægerne er, at de vil have ham til at ligne alle dem, han ser på hospitalet, de er helt passive. Han synes ikke, lægerne tog hensyn til, at han var anderledes end andre, lægerne behandlede med medicin. Han synes selv, at forskellen var stor, fordi de andre var passive, mens han havde brug for at kunne

være aktiv, så han kunne fortsætte med at løbe Eremitageløb og maratonløb, som var det, han ville.

"Hvis jeg var lige så passiv som mange af de andre, ikke, altså, hvis hvad er det nu, det hedder, rent fysisk, så kunne det da godt være, at lægerne kunne styre min medicin. Men ikke et liv, som jeg lever. De har ikke interesseret sig for mit løb. De har ikke interesseret sig for mig, egentlig, i de ting, der kunne måles og vejes, de kalder sig selv for naturvidenskabsfolk, og så, så går de ikke op i de ting, der kan måles og vejes, men kun i deres egne vurderinger. [...] Når at de har styret min medicin, så er jeg holdt helt op med at løbe. Så er jeg begyndt at tage på i vægt" (Interview med mand, 2009).

Sune mener, at det er enkelt at beregne, hvor meget kalorieforbruget er for en løber, og hvor meget energi en løber har brug for for at kunne løbe et bestemt løb. Han har i perioder af sit liv taget sagen i egen hånd og er holdt op med at tage medicin for ikke at være for træt, så han fortsat kunne dyrke sport. Han prøvede at holde op med medicinsk behandling, men hver gang han holdt pause, blev han psykotisk.

"Mit ønske har været helt at holde op så, så på et eller andet tidspunkt så forsøger man at trappe sig helt ud af det. Og så er det så gået galt" (Interview med mand, 2009).

Sune har fået medicin, der skulle modvirke bivirkninger af medicinen, f.eks. stivheden i hans muskler, men det har han haft en tendens til at misbruge, fordi han så blev mere aktiv.

"Jeg har fået Akineton pga. bivirkningerne, ikke, som blandt andet skulle tage muskelstivhed og de der forskellige ting, ikke, som medicinen giver af bivirkninger. [...] Det kan også godt være, at jeg misbrugte den der Akineton lidt, ikke. At jeg har taget lidt flere tabletter end egentlig, og de skulle være, ifølge ham der (læges navn), så skulle det være i familie med, det der Dopamin, som man bliver psykotisk af, når man får for meget af det, [...] jeg tror ikke, jeg er blevet psykotisk af det, men jeg er blevet, hvis jeg må sige det sådan, en lille smule høj af det" (Interview med mand, 2009).

Sune får nogle helt andre præparater i dag end i sin ungdom, og han er blevet i stand til at styre, hvor meget medicin han har brug for. Han ved ikke helt, hvordan han er blevet i stand til at mærke på sin krop, hvor meget medicin han har brug for, men han har fundet en måde at dæmpe sine tvangstanker på, så han er i stand til at tage på besøg en gang om ugen hos sin bror og hans familie.

"Jeg ved bare, at når jeg skal ind hos min bror, for at dæmpe alle mulige tvangstanker og alt mulige ting og sager, så tager jeg de der 15 mg Abilify ekstra om dagen. Men når jeg bare går rundt for mig selv, så er det nok en tre fire dage om ugen, så kan jeg godt springe det over" (Interview med mand, 2009).

Sune fortæller, at har fundet ud af at skabe en balance mellem aktiviteter, passivitet og medicinindtag. Der sker ikke meget i hans hverdag, og han føler sig ensom. Sune fortæller, at fordi støtte-kontaktperson kommer,

"så får han da besøg en gang om ugen, ellers kommer der ikke mange." (Interview med mand, kommunal støtte-kontaktpersonordning, 2009).

Støtte-kontaktpersonen hjælper ham med oprydning og rengøring, og så taler de sammen. Det er han meget glad for. Han bruger meget af dagen på at se tv.

"Københavnkanalen er forsvundet ud. Så den kan jeg ikke tage længere".

I: "Okay. Var der noget på den, der var spændende at se. Noget fra København af?"

"Jamen, når jeg ikke kunne sove om natten, så kunne jeg da godt finde på at se sådan en fræk film" (Interview med mand, kommunal støtte-kontaktpersonordning, 2009).

Og med de nye tv-signaler er den kanal forsvundet, han ellers så om natten, når han ikke kunne sove. Resten af dagen ser han fortrinsvis amerikanske serier, fordi de spiller hele dagen. Sune har før i livet haft drømme:

"Jeg har haft nogle større drømme før. [...] på den ene side er jeg... den der med, at jeg ikke får nogen børn, ikke. På den ene side er det heldigt både for mig og børnene, at der ikke kommer nogen, til gengæld så, hvis mine drømme på deres vegne skulle gå i opfyldelse så. Så går samfundet glip af mindst lige så meget, ikke. Altså hvis der skulle være noget realistisk i mig. Så spænder I andre også ben for jer selv. [...] men på den anden side så tænker jeg også på, at hvis... hvis jeg nu regnede helt forkert, og de gik hen og blev endnu sygere end mig, så, så, så blev jeg da også glad på den måde, at der så ikke er kommet nogen, der har fået det værre end mig selv" (Interview med mand, kommunal støtte-kontaktpersonordning, 2009).

Sune har ikke længere drømme om en fremtid, der rummer kone og kloge børn, selv om samfundet er gået glip af den chance. Han er på den anden side også realistisk og ved, at hans evt. børn kunne få det endnu dårligere, end han selv har haft det i sit liv. Og i så fald er det godt for samfundet.

Henrik

Henrik er i 40'erne, han har mange aktiviteter i gang, han maler billeder på lærred, deltager i brugerdrevne væresteder og butikker og er i gang med en uddannelse i kunsthistorie. Henrik har ikke en forestilling om, at han kan gennemføre en akademisk uddannelse nu, og det er ikke tidligere lykkedes for ham at få et karaktergennemsnit, der kan give ham adgang på det studie, han tidligere drømte om at komme ind på. Han forsøger at kvalificere sig ved at tage hf-fag på højniveau, og læser samtidig på åbent universitet, ikke fordi han har tiltro til, at der vil komme meget ud af det. Det gør han, fordi han ser det som en

fritidsinteresse, han læser noget, der interesserer ham. Egentlig er han mere optaget af den praktiske side af kunsten, at være udøvende selv.

Henriks forældre blev skilt, da han var barn, og sammen med sine søskende er han vokset op hos sin mor. Han besøger sin mor og ser sine søskende indimellem, men han ser stort set ikke sin far. I dag bor Henrik alene i en lejlighed. Henrik har gennem mange år været på dagpenge, kontanthjælp og bistandshjælp. For ti år siden fik han tilkendt førtidspension.

Henrik fik psykiske problemer i sin ungdom. Han har haft mange perioder med indlæggelser på psykiatriske hospitaler i sit liv og har derfor ikke fået en uddannelse.

Henrik har i et par år haft et job på arbejdsmarkedet, men efter arbejdsforholdet ophørte, har han udelukkende arbejdet med at få tilbud til mennesker med sindslidelse til at fungere. Han har været meget aktiv i etablering af et Fountain House og har deltaget som medlem i arbejdet gennem mere end ti år. Han har været med på udenlandskonferencer og besøgt mange Fountain Houses i Europa. Henrik har deltaget i andre aktiviteter, gennem LAP har han været med til at etablere og drive en kiosk, han kommer på et værested, hvor han deltager i et arbejds hold, der ordner havearbejde på forskellige institutioner og for private hjem. Henrik har nogle venner fra sin tidlige ungdom og fra sin tid på højskole, som han ser en gang om måneden i en fælles klub. Han har også fået nogle venner gennem de brugerstyrede aktiviteter, han har deltaget i gennem årene. Henrik har mange fritidsinteresser, som han hygger sig med.

Mark

Mark har altid haft et trist sind, noget han anså for ganske normalt. Han har en akademisk uddannelse og har arbejdet i ti år, efter han afsluttede sin eksamen. Mark ser sig selv som en mand, der helt har mistet *'den totale lyst til alting'*, det er livsglæden, der er forsvundet. I hans barndom og voksenliv har han levet i familiære kontekster, hvor der har været lav følelsessocialisering. I Marks selvforståelse er han et indadvendt menneske, der ikke alene har vanskeligt ved at få et socialt tilhørsforhold, men som også helt har mistet lysten til at etablere sociale relationer med andre mennesker. Mark er et ensomt menneske, der helt har mistet gejsten, er inaktiv og lever et liv alene i en kaotisk lejlighed.

De første år af sit liv boede Mark sammen med to af sine tre søskende hos sin mor og en stedfar. Den sidste bror var bortadopteret. Moren blev skilt, hvorefter Mark boede syv år hos sine bedsteforældre og kom hjem at bo hos sin mor igen, da hun giftede sig igen. Mark oplever sig selv som en mand uden det store initiativ, han fortæller, at han som ung ikke kunne tage sig sammen til at være sammen med andre. Hvis der skulle ske noget, måtte andre hente ham. Han tog ikke selv initiativ. Mark har også gennem årene haft tendens til tristhed, noget som i hans selvforståelse var helt normalt.

"Måske engang der i 80'erne. Har jeg haft nogle... gjort nogle underlige ting som godt, når jeg kigger tilbage, kunne virke lidt psykotiske, ikke. Dengang vidste jeg slet ikke, hvad det var for noget. Altså, jeg anede ikke, hvad der foregik med mig. Troede bare det var normalt, at man gik og tudede på vej til arbejde og sådan noget" (Interview med mand, 2009).

Mark var gift med den samme kvinde i 20 år; de blev skilt, da han havde haft en depression en tre-fire år. Han kom i gruppebehandling, og det var vanskeligt for ham, for han kan ikke tale med andre i sociale relationer. I hans familie talte man ikke om følelser eller om, hvordan man havde det, og det gjorde de heller ikke i hans kones familie eller i hans ægteskab.

"Jeg opdagede, der var sgu andet end bare lige at få det hele til at fungere efter en snor og sådan noget, at det var tilladt at have det dårligt, og at man godt måtte sige det, uden at der var nogen, der sagde øv-bøv" (Interview med mand, 2009).

Da han lærte at tale om følelser efter gruppeterapien og tog det op, når han kom hjem, blev han bedt om ikke at 'skabe sig'. Efter skilsmissen har Mark hverken kontakt med ekskonen eller deres to børn, og han kender kun få mennesker. Mark ser sin mor en gang hver måned, hvor han henter cigaretter hos hende. Han spiser af og til middag hos den ene af sine brødre. Den slægtning, han ser hyppigst, er en kusine, der kommer på besøg en gang imellem. Han mener selv, han har mistet sit familieliv og vennerne, fordi sindslidelse ikke var noget, man talte om i hans familie eller omgangskreds.

"Det snakkede vi ikke om. Det gør man heller ikke der, hvor jeg kommer fra. Min familie, vel" (Interview med mand, 2009).

Mark bor alene i en lejlighed, som han sjældent kommer ud af. I lejligheden er han kun i soveværelset, hvor han opholder sig bag nedrullede gardiner. Mark ligger mest i sin seng og kikker ud i luften. Han ser ikke tv, men hører lidt musik

på radioen. Derudover sidder han en del foran sin computer for at se, om der er nogle, han kender, som han kan chatte med.

"Ja, jeg kan ikke tage mig sammen til at gøre andet lige i øjeblikket, i hvert fald. End at sidde her. [...] I hverdagen sidder jeg her og kigger på min computer. På om der skulle, om der skulle dukke nogen på, jeg kendte. [...] Jeg er også lidt inde på nogle chatsider, ja. [...] Det er mere min mail og så Messenger, MSN, og Skype og sådan noget jeg sidder og kigger på. [...] der er som regel ikke nogen på, men det hænder, at der dukker én op, [...] det er jo folk, jeg kender. Der er hovedsageligt kun en, som jeg snakker med der, [...] det er én, jeg kender meget" (Interview med mand, 2009).

Som regel er der tale om kontakt med én veninde, som dagligt sender mail til ham og ringer til ham. Hun er også den eneste ven, som besøger ham. Han er ikke helt tilfreds, for hun har som han en sindslidelse, og hun taler mest om sig selv. Støtte-kontaktpersonen kommer som en af de eneste, og det er med til at bryde ensomheden i hans liv. Hun kommer en gang om ugen, de handler ind sammen, og hun laver sjov og bringer liv ind i huset, fortæller han.

I sit ægteskab var det Mark, der stod for madlavning, men han 'orke' det ikke mere.

I: "Hvad så, går du så ud og handler eller ud og spiser lidt eller?"
"(Støtte-kontaktperson navn) kommer og henter mig og handler hver fredag. [...] Så køber vi ind til hele ugen, ja. [...] Ja, altså hovedsageligt brød, rugbrød og sådan noget. Pålæg af en eller anden slags. Så det bliver det en gang imellem til noget færdig mad. [...] Jeg har kunnet lave mad. Det var mig der stod for mad, da jeg blev gift... var gift, så, men, ja, jeg orker det ikke. Det er lige meget" (Interview med mand, 2009).

Men det er ikke alene madlavning, Mark ikke længere orker, de praktiske ting i lejligheden som oprydning og rengøring bliver også sprunget over. Marks lejlighed ser ud som om, han har opgivet alt midt i, at han var ved at sætte lejligheden i stand. I entreen og stuen står spande med maling, tapetruller, trappestige, brædder etc. Det har set sådan ud i mange år, fortæller han, heller ikke dette orker han at gøre noget ved. Han lader bare være med at opholde sig i stuen. Mark synes, at det er et ensomt liv, han lever.

"Jeg lever et meget ensomt socialt liv, hvor jeg, selvom jeg er sammen med folk, er jeg stadigvæk alene, og... men det er jo heller ikke til at holde sådan en ud, der ikke interesserer sig for noget som helst" (Interview med mand, 2009).

Mark har en akademisk uddannelse og har arbejdet en stor del af sit liv. Han har haft tendenser til at få depressive tanker i perioder af i sit liv, og da han blev selvstændig, måtte han arbejde næsten i døgn drift for at få firmaet til fungere, men det blev for hårdt for ham, og han gik ned med stress og siden depression.

"Jeg havde været selvstændig før, da filmen knækkede første gang. Og det er så... det kan jeg altså ikke. Jeg vidste det også godt, men jeg havde ikke rigtig noget valg" (Interview med mand, 2009).

Siden har han helt måttet opgive sit arbejdsliv, der ellers fyldte hele hans hverdag.

Rikke er først i 30'erne og identificerer sig så stærkt med sin identitet som sindslidende og som hjælpeløs kvinde, at hun er kørt fast i et selvdestruktivt hverdagsliv, der påvirker hendes mulighed for at skabe 'naturlige' sociale relationer med andre. I denne identitet ligger en afhængighed af at være i et institutionelt regi med professionelle til at give hende den form for social kontakt, hun søger. Hun har behandlingsdom for vold, og hun har utallige indlæggelser på hospital bag sig - og for den sags skyld også foran sig, da hun udviser et nærmest rituelt mønster for sine handlinger. Hendes adfærd stemmer overens med udsagn om, hvilke mulige handlinger hun kan finde på at udføre. Der er en dobbelthed i det praktiske handleberedskab, Rikke har tilegnet sig. Dette mønster udgør en fast del af hendes selvforståelse og får dermed betydning for hendes valg af et bosted med døgnbemanding. Rikkens intentionelle handlinger fører til gentagne selvmordsforsøg med piller, snore eller ledninger. Rikke tilskriver de gentagne kvælningsforsøg, hun udsætter sig selv for, sin sindsstemning. Med til mønsteret hører, at hun umiddelbart forud for selve handlingen informerer de professionelle om sin hensigt. Rikkens handlemønster indeholder på denne måde en dobbelthed, da hun på forhånd søger at sikre, at hendes endnu ikke påbegyndte forsøg på at skade sig selv netop ikke medfører skade.

Rikke er vokset op hos sin mor, efter forældrene er skilt. Hun ser meget til moren, der besøger hende, så snart hun ringer og beder hende komme. Faren og hendes halvsøskende har for nylig afbrudt forbindelsen med Rikke. Hun fortæller, at de begyndte at lægge røret på, når hun ringede, og efterfølgende har farens familie fået hemmelige telefonnumre, så hun ikke er i stand til at ringe til dem. Det er sidste skridt, og det er farens endelige brud med Rikke.

Rikke forsøger at gøre skade på sig selv ved kvælning og piller. Når Rikke fortæller om sine kvælningsforsøg, taler hun ikke om, at hun er deprimeret, men om at have det 'skidt' eller om at være 'ked af' det.

"Og nogle gange så går jeg bare ud og siger, 'nu gør jeg det' [...] fordi så kan jeg ikke styre det, men alligevel vil jeg gerne have, at personalet ved, at jeg har det så skidt, så jeg ikke kan styre det. Så de kan tage det i opløbet, og hvis jeg har gjort noget, så når jeg ikke at tage skade. [...] Altså f.eks. nu da jeg prøvede at kvæle mig selv ikk'. [...] Så (havde jeg) taget piller og kvælet, kvælt mig" (Interview med kvinde, 2009).

Rikke kan godt blive voldsom, når hun føler sig deprimeret og alene, og hun kan ikke lide at være alene på sit værelse, hun er lidt bange for sig selv og sin egen trang til at skade sig selv, når hun er alene. Hun har en kugledyne, som hun putter sig under for at føle tryghed, og for ikke at blive 'voldsom', og så bliver hun liggende under den.

"Og det er dejligt, fordi man føler slet ikke, man har behov for at stå op og blive voldsom, jeg gør ikke i hvert fald" (Interview, kvinde, midlertidigt bosted, 2009).

Rikke har under en indlæggelse fået en behandlingsdom for forsøg på at kvæle en læge og en sygeplejerske:

"Jeg har en behandlingsdom".

I: "Men hvor længe skal du være i behandling så?"

"Det ved de ikke, så længe min dom er der, ubestemt [...] jeg må godt bo for mig selv, jeg skal bare tage min medicin. Og hvis jeg flytter for mig selv ude i mit eget, så skal jeg følge ambulatoriet [...] jeg er ikke til behandling på en institution" (Interview med kvinde, 2009).

Rikkens dom er ikke en anbringelsesdom, fortæller hun, og hun kan derfor godt flytte for sig selv, så længe hun får medicin. Men med hendes institutionsidentitet er det næppe noget, der vil blive realiseret. Hun giver udtryk for, at hun gerne vil bo i et bofællesskab med andre, men der skal være kvindelige beboere, hun kan tale med, og personale, der er til at få fat på, når hun har det dårligt.

Rikkens sociale liv er centreret om at få kontakt med personalet, og hun har udviklet forskellige teknikker til at gøre opmærksom på sig selv. Hun fortæller, at hun for at få opmærksomhed kan finde på at sparke til en radiator eller en dør eller sådan noget.

"Så er det den måde at vise, at jeg har det dårligt".

I: "Hjælper det så at sparke til tingene?"

"Ja, jeg har været sådan at sparke til en dør og sparke til en stol, det må være bedre end at sparke til mennesker [...] ja, altså det er ikke i orden alligevel, men det er da mere i orden at lige give gelænderet derude et los og smække med døren en enkelt gang, det synes jeg egentlig er lidt i orden, ikk'. Hvis jeg så kan styre mig med det i stedet for at begynde at true jer og slå jer og sådan noget ikk' " (Interview med kvinde, 2009).

Rikke bor på et midlertidigt bosted. Hun har boet på mange andre bosteder og er flyttet til det nuværende fra et bofællesskab, hvor hun følte sig ladt alene. Der var ikke personale om natten, og hun følte sig ensom.

"Så man var meget ladt til sig selv, jeg var meget ensom, da jeg boede der" (Interview med kvinde, 2009).

Rikke har en korterevarende uddannelse i et køkken, og hun har haft arbejde i en kort periode. Hun får førtidspension, en indtægt hun supplerer ved at arbejde i køkkenet på bostedet. Når hun er i køkkenet, har hun det godt, og det praktiske arbejde er med til at give hende kontakt med professionelle, den kontakt, hun er så afhængig af.

Rikkens hverdag går med at være i køkkenet og i værksteder, hvor hun beskæftiger sig med alle former for håndarbejde, noget hun udfører så godt, at hun viser frem og får meget ros af personalet for det, og hun bliver bedt om at undervise personalemedlemmer i at udføre nogle udviklede knytteteknikker. Rikke opholder sig også på sit værelse, hvor hun lytter til musik, ser tv og laver håndarbejde, men hun har ikke meget socialt samvær med de andre beboere uden for måltiderne. Hun siger, at der kun er mænd på den midlertidige afdeling, og at hun føler, hun ikke kan have noget tilfælles med dem.

"Der er jo ingenting heroppe, jeg skal, jeg kan jo ikke få nogen til at lave noget kreativt".

I: "Okay. Så mændene er ikke så kreative her?"

"Nej. Det er der jo ikke nogen... de drikker jo og tager stoffer alle sammen, så det er jo svært" (Interview med kvinde, 2009).

Rikke foretrækker at tale med kvinder. Hun synes, at de mandlige beboere i den enhed, hun bor i, er temmelig 'langt væk' på den ene eller den anden måde, enten ved at gå rundt i deres egen psykotiske verden eller i deres stofpåvirkning.

Rikke har ikke specielt meget kontakt med de andre beboere på bostedets øvrige afdelinger. Hun taler en gang imellem med et par kvindelige beboere nede i cafeen, men hendes interesse retter sig mere mod at få opmærksomhed fra de professionelle.

Marianne

Marianne søger som Rikke også at etablere kontakt til de professionelle. Når hun har det skidt, søger hun tryghed gennem samtale, hvor hun betror sig til

personalet. Men så snart hendes nedtrykthed er ovre, søger hun de professionelle som serviceorgan.

Marianne er i 40'erne og er for nylig flyttet på et bosted, fordi hun ikke længere kan se sig selv i en kontekst, hvor hun som sindslidende kan klare sig alene i sin lejlighed. Ud fra hendes grundantagelse har professionelle i en institutionel kontekst en servicefunktion over for hende. Hendes position i det institutionelle rum er som en, der bliver betjent, en af de mennesker med sindslidelse, de professionelle er ansat for at servicere. Når hun taler om de professionelle, er det for hende en selvfølgelighed, at de udfører de praktiske opgaver, hun i øjeblikket ikke selv formår at tage sig af, og som sørger for at adspredde hende gennem aktiviteter som musik og håndarbejde, som hun har en særlig færdighed inden for.

Mariannes identitet er som sindslidende, og på den ene siden forklarer hun alle sine sociale problemer i sociale relationer ud fra sin egen sindstilstand, på den anden side forsøger hun at holde fast i en identitet som ven med mennesker, der ikke selv har en sindslidelse. Det betyder også, at hun ikke mener, der er nogen af de andre på bostedet, der kan leve op til at blive hendes venner på nær én ældre mand.

Marianne er vokset op i en familie med forældre og søskende, men hendes far døde for egen hånd, da hun var ti år. Det fik stor betydning for hendes liv, og når hun ser tilbage og reflekterer over sit liv, er det der *'filmen knækker'*. Marianne fortæller, at hun har været sindslidende i femten år. Da hun var 19 år, fik hun en depression, og hun har siden haft flere mangeårige perioder, hvor hun har været psykotisk og har haft det dårligt.

"Men det var jo lige omkring, det var jo lige der min far døde, og så flyttede vi til Xby, og der er jo der mit liv kokser ikk', eller filmen knækker. [...] jeg var ti. [...] men jeg har altid søgt efter svaret på, hvorfor jeg havde det så dårligt, ikk', hvorfor jeg blev deprimeret, da jeg var 19 år, og græd i fem måneder, samtidig med at jeg gik på arbejde, som pædagogmedhjælper, og ikke havde nogen veninder at tage på ferie med, og lå nede ved X-Kirkegård og prøvede at tage sol, men jeg kunne ikke mærke solen og følte ikke glæde ved det" (Interview med kvinde, 2009).

Hun taler ofte i telefon med sin mor. Marianne siger, hun er en god støtte for hende, selv om der er nogle ting, moren ikke forstår.

*"Jeg snakker med hende sådan hver anden, tredje dag eller sådan noget".
I: "Så hun er en god støtte for dig?"*

"Ja, men der er også nogle ting, hun har sværere ved at forstå, og det er klart, hun kender jo ikke det hele vel, hun kan jo ikke mærke det på sin egen krop" (Interview, kvinde, 2009).

Marianne har været gift to gange, hun har to børn fra sit første ægteskab. Den yngste har boet hos sin far og er nu på efterskole, den ældste bor i lejlighed og har arbejde, ham ser hun oftest. Børnene giver udtryk for, at de ikke magter at besøge hende for lang tid. Det ser hun som deres måde at sætte grænser for hende på. Det er en stor sorg for hende, at hun ikke har kunnet klare at være mor for dem de sidste fire år, siger hun. Marianne synes, at livet har været hårdt ved hende, og det er ikke altid, hun kan klare at tale med sine børn.

"Det er hårdt, men det er altså, jeg har oplevet så meget så. Men det gør da stadigvæk ondt, fordi det er ens børn. Jeg kan jo ikke forlange af ham, at han skal sætte sig ind i mit liv. Men omvendt så vil jeg også have lov at være ærlig og sige, at jeg har det dårligt, hvis jeg har det dårligt, og så slutter vi bare samtalen. Så bliver det bare en kort samtale. For han har jo også nogle gange korte beskeder til mig, hvis han er på arbejde" (Interview, kvinde, 2009).

Marianne har været indlagt flere gange, hun hører stemmer, hun føler sig deprimeret og angst og har forsøgt at begå selvmord. Hun var indlagt i tre måneder, lige inden hun flyttede til bostedet.

"Jeg har to selvmordsforsøg, jeg prøvede derhjemme en 14-dages tid, inden jeg blev indlagt. Jeg har kæmpet med mange forskellige diagnoser, og den sidste diagnose, jeg har fået, den hedder skizo-effektiv, og det betyder at man, når man bliver stresset, at man hører stemmer inde i sit hoved, og det betyder, at jeg er så uheldig, at jeg også er angst og har depression oven i den diagnose. Jeg tror på Gud, og jeg tror nogle gange, at det er ham, der taler til mig, men det kan lige så godt være min egen stemme" (Interview, Kvinde, 2009).

Marianne har besluttet sig for, at hun vil blive boende på bostedet. Hun fortæller, at hun har brug for at bo et sted, hvor der er personale, der forstår hende, og som hun kan tale med, når hun har det dårligt, som hun oftest har om morgenen, når hun vågner, fordi hun er 'angst og føler en stor sorg inden i'.

Marianne har venner fra sine yngre år, som hun har kontakt med. Ingen af hendes venner har en sindslidelse, hun foretrækker mennesker, der ikke har det. Marianne er ikke faldet til på bostedet endnu, hun har vanskeligt ved at betragte de andre beboere som sine fremtidige venner. Marianne giver udtryk for, at hun drømmer om at få et lille hus på landet, men på samme tid er hun klar over, at dette er uden for genoprettelig rækkevidde for hendes vedkommende.

Marie

Maries ensomhedsfølelse er noget altoverskyggende i hendes liv, men modsat Mark, Rikke og Sune tænker hun, at hun kan bryde ensomheden lidt ved at søge nye muligheder på et Fountain House-værested. Hun har dog endnu ikke taget sig sammen til at besøge værestedet, som hendes læge har anbefalet hende at gøre.

Maries selvforståelse ligger på et dybt plan i, at hun har bevaret en identitet som et menneske, der kan gøre tjeneste og være noget for andre mennesker. Det er en livsdrøm, hun stadig har. Marie føler sig som et menneske med ubrugte intellektuelle og menneskelige ressourcer, og det er mod hendes ønske at være henvist til et socialt samvær blandt mennesker med sindslidelse på et værested. Maries selvforståelse rummer flere sider. På den ene side føler hun sig intellektuelt for god til at være henvist til at føre commonsense-samtaler i stedet for livsfilosofiske samtaler, men på den anden side er hendes selvværd lavt, og ud fra hendes selvindsigt ved hun, at hun med mange dage om måneden, hvor hun ligger uvirksom under dynen, ikke er i stand til at realisere sin livsdrøm. Der er også noget modsætningsfuldt i, at Marie ønsker at gøre tjeneste og være noget for andre mennesker, men ikke evner at tage vare på sig selv eller at skabe venskaber i sit daglige liv og derfor føler sig meget ensom.

Marie er vokset op hos sine forældre sammen med sin bror. Da hun var barn, betragtede hendes mor hende som et *'sart barn'*, og derfor kom Marie over til sin mormor og morfar, når hendes forældre var på arbejde. Fordi hun altid var hos sin mormor, levede hun i et socialt miljø der *'beskyttede'* hende.

"På den måde så var jeg sådan en lille hjemmegående pige, indtil jeg kom i skole. Men jeg kom altså i skole som seksårig. Så altså.[...] altså, jeg tror egentlig nok at, altså, mormor og morfar har været lidt hysteriske med at flytte omkring, [...]vi boede meget tæt på hinanden i hvert fald til og med første klasse. Og altså, dels har det jo været fornøjelse, altså at man ligesom altid havde noget beskyttet, eller, jeg har ligesom været sådan én, man puslede om og beskyttede, og altså, det har været meget rart af og til" (Interview med kvinde, 2009).

På den ene side var Marie som barn og ung tæt knyttet til sin mormor, på den anden side flygtede hun nærmest fra hende, da hun selv blev voksen.

"Men da jeg landede der på Kollegiet, så var mormor urolig, altså, kunne jeg være alene, fik jeg lavet mad, fik jeg gjort rent, fik jeg læst lektier, så hun var ligesom ret utrættelig i at komme vraltende uanmeldt og ringe på døren. Og det gik mig altså på nerverne" (Interview med kvinde, 2009).

Det førte til, at Marie valgte at læse i en anden del af landet. Hendes relation til sin mormor har i denne optik haft indflydelse på Maries liv i form af valg af studiested.

Forældrene blev skilt for 20 år siden, og Marie har svært ved at forstå, hvad der førte til en skilsmisse. Hun oplever forældrenes skilsmisse som en mulig grund til hendes egen stresstilstand.

"Altså, mor og far blev skilt der i 1981, og det kan også have været en grund til, at jeg blev stresset. Fordi altså, når jeg ser på de år, der gik med, at vi var en familie, så synes jeg egentlig ikke, at tingenes tilstand var så slemme eller så oprivende eller så forkerte, så det var indlysende med en skilsmisse" (Interview med kvinde, 2009).

Efter skilsmissen har Marie ikke set så meget til sin far, selv om hendes forældre er venner, og de af og til tilbringer fritid og ferier sammen. Marie fortæller, at hun i dag har et godt familiært netværk. Hun har mest kontakt med sin mor, og hun ser sin bror, når hun er hos moren, mens hun stort set ikke taler med sin far. Moren ringer til Marie hver 14. dag for at høre nyt, og moren inviterer hende hjem til sig til middag, som de tilbereder sammen. Det foregår altid hos moren, fordi Marie oplever, at morens lejlighed er *'finere'* end hendes egen.

"Jeg er lidt sart med ligesom et samtalekøkken, eller når jeg ser på min lejlighed og min mors lejlighed, så er de ikke lige fine og lige gode, altså min mor har tre værelser, og altså, så har hun derudover et meget stort og meget hyggeligt samtalekøkken. Så jeg har ligeud sagt til hende, at hvis vi skal noget sammen, så passer det mig, at jeg kommer hen til hende, for der hygger jeg mig bedre end ved, at hun kommer hos mig" (Interview med kvinde, 2009).

I sit nuværende liv er Marie meget alene i sin lejlighed. Hun har ikke et vennenetværk, hvilket hun gerne ville have, men ikke formår at etablere. Hun ser en nabo, en *'venlig gammel dame'*, som hun en gang om måneden drikker te og spiser kage sammen med, og som hun indimellem spadserer en tur og går til koncert i kirken sammen med. Ud over naboen har hun kontakter, men ikke venskaber, med de andre, der kommer på et værested. At der kun er tale om underordnede kontakter viser Marie, når hun fortæller, at hun menneskeligt og intellektuelt føler, at hun er for god til at være henvist til at tilbringe tid på et værested sammen med andre mennesker med sindslidelse. Hun ønsker sig mere af livet. For hende foregår der stort set kun meningsløse aktiviteter på værestedet, og samtaler forgår i en form, hvor hun kan ikke få indfriet sine behov for drøftelse af mere intellektuelle emner.

"Jeg kan se mig vred på den der smalltalk i (værestedet), men det er bedre end at være alene hjemme, og jeg synes også nogle gange, når vi har haft en aktivitet, altså noget vi fandt ud af at gøre i fællesskab, så har det været svært hyggeligt" (Interview med kvinde, 2009).

Men 'samværet og smalltalken', der intellektuelt får hende til at føle sig anderledes, når hun er sammen med de andre kvinder på værestedet, er for hende alternativet til at tilbringe det meste af tiden alene alle ugens syv dage.

Marie har levet et liv præget af mange flytninger mellem landsdelene og mange skift mellem forskellige universitetsstudier. Marie ønsker sig et liv med sit ønskejob, men da hun ikke har gennemført det studie, der kunne give hende ønskejobbet, ved hun, at det ikke er muligt for hende at få et sådan job. På samme tid er det også svært for hende at acceptere, at det ikke længere er inden for mulig rækkevidde. Hun har stadig en drøm om at få et job på halvtid, og hun fortæller, at hun har en følelse af at være for god både som menneske og intellektuelt til at være førtidspensionist, fordi hun ikke bestod eksamen og ikke kunne gøre sin uddannelse færdig. Hun synes heller ikke, hun får den støtte fra sin kommune, der ville gøre hende i stand til at bestride et job:

"Det er jo selvfølgelig fair play, at man kan dumpe til en eksamen ved ... Universitet, men det går mig egentlig på nerverne.... når jeg ser tilbage på, hvad jeg har forsøgt mig med af studier, så synes jeg ikke, at jeg gerne ville gøre det om, men altså, når jeg tænker over, hvad kunne du måske have været på arbejdsmarkedet, om du havde bestået, så har jeg altså stadig en vis drøm om, at jeg kunne da nok have været (job), måske helst på halvtid, for også at have tid til hjemmet, men altså, jeg føler ligesom, at jeg kunne ikke klare mig, men det har jeg svært ved at forstå og svært ved at bøje mig Altså, jeg synes, at jeg har for lidt at se til som førtidspensionist" (Interview med kvinde, 2009).

Marie føler sig ubrugt og har talt med sin psykiater om det. Han har foreslået hende at henvende sig på et Fountain House-værested for at se, om hun kan varetage nogle jobfunktioner under beskyttede forhold. Der ville hun også få flere sociale relationer med andre mennesker. Marie har ikke haft energi til at opsøge et arbejdsfællesskab i Fountain House-bevægelsens regi, sådan som hendes læge har foreslået hende. Det har hun ikke rigtig taget sig sammen til endnu, i hendes selvforståelse bunder det i hendes sindslidelse, der hver måned holder hende et par dage i sengen.

"Altså, jeg tror egentlig nok, at hvis jeg skal se på, hvordan går det med det sociale liv, så er det ovenud vigtigt, at man er rask nok til at gå ud af hjemmet, altså, jeg synes nogle gange, kan jeg føle mig slemt syg og slemt handicappet på grund af min situation, og så har jeg nok hver måned et par dage i sengen" (Interview med kvinde, 2009).

Gennem sin ungdom har Marie påbegyndt, men ikke færdiggjort forskellige universitetsstudier. Det har givet hende gentagne nederlag og følelse af ensomhed, hver gang hun skiftede studie og bolig.

"For første gang følte jeg mig uden en nabo at snakke med, uden studiekammerater at snakke med, eller altså, jeg syntes egentlig, de var jo så anderledes i (Jylland) så det, jeg havde svært ved at få sociale kontakter, og det tror jeg nok, det er første gang som psykisk syg, at jeg har tænkt nej, hvor bliver du isoleret, men det syntes jeg egentlig" (Interview med kvinde, kommunal støtte-kontaktpersonordning, 2009).

Maries sindslidelse satte en stopper for hendes drøm om at afslutte sit universitetsstudie med eksamen. Da hun dumpede, følte hun sig mobbet ud, og hun mener stadig ikke, at hun fik støtte og hjælp fra universitetet. Det medførte et brud på hendes selvbillede og dermed på selvfølelsen:

"Jeg kan ikke helt forstå, hvorfor jeg egentlig havde kræfterne til at bestemme, at 'nu flytter du'. Men altså, da jeg fik det bestemt, så fik jeg det også gjort, så jeg lejede et kælderværelse hvor, det var ikke noget slemt, altså, det var nogenlunde pæn standard, og jeg havde mit eget toilet med brus og egen kogeniche og eget køleskab, og altså, jeg, altså, ved al den fred og ro jeg fik der, der blev jeg dybt ensom og isoleret. Så, altså, det fungerede nok et halvt års tid, og, altså, i dag kan jeg ikke genkalde mig, hvad der ligesom gjorde mig vred og såret, men altså, det gik jo ikke for godt med (studiet)" (Interview med kvinde, kommunal støtte-kontaktpersonordning, 2009).

Det er også en ensomhedsfølelse, Marie taler om, noget der karakteriserer hendes liv i dag, hvor hun har et langt studieliv bag sig og aldrig har klaret at komme ud på arbejdsmarkedet. Da hun fik en depression, kom et brud, der ændrede hendes forestillinger om karriere og livsbane. Hun måtte opgive studierne, der ville kunne give hende det job, der stadig står som hendes store drøm, men hun er klar over, at det ikke er muligt for hende at bestride et sådant job. Marie føler sig *'ladt alene og isoleret'*, fordi hendes sociale netværk med naboer og studiekammerater forsvandt. Hun følte sig kasseret, fordi hendes karriere ikke længere var inden for mulig rækkevidde. Hun siger:

"Jeg har det dårligt med at føle mig kasseret" (Interview med kvinde, kommunal støtte-kontaktpersonordning, 2009).

Marie føler sig isoleret fra resten af samfundet, og hun føler, at hendes liv ikke har indfriet hendes største ønsker. Hun føler sig ikke alene kasseret, men også straffet af at være så meget alene i sin lejlighed, det er, som om hjemmet er hendes fængsel:

"Syv dage alene hjemme er for mig noget skrækkeligt, altså, der føler jeg mig straffet.... jeg blev kasseret, og jeg duede ikke, og nu skulle jeg ligesom i fængsel hjemme hos mig selv. Og

der må jeg sige, at der synes jeg, at det hjælper på det at (støtte-kontaktperson) kommer. Og det hjælper også at komme af sted til (værested), for så var dagen dog ikke det rene ingenting" (Interview med kvinde, kommunal støtte-kontaktpersonordning, 2009).

For Marie drejer hendes følelse af at være kasseret sig i lige så høj grad om, at hun er lukket inde i kraft af at være lukket ude fra et fagligt fællesskab, hun ønsker sig at være en del af. Hun har kun få sociale relationer, men ingen venner at tale med om de ting, der interesserer hende, og som ville kunne stimulere hendes intellekt. Socialt set deltager hun ikke i så mange aktiviteter, selv om hun aktivt tager del i arbejdet med at ændre på den måde, værestedet fungerer på. Mange andre mennesker med sindslidelse har samme problemer som Marie med, at deres netværk er stærkt reduceret. Marie oplever en dyb eksistentiel ensomhedsfølelse, og at hun er i en form for fængsel, fordi hun nogle dage på grund af træthed ikke kan gøre andet end at blive hjemme i lejligheden og blive liggende under dynen. Marie er på en måde fastlåst og bundet til sin ensomhed i lejligheden, og selv om hun drømmer om og giver udtryk for, at hun ønsker sig et helt andet livsindhold og et aktivt liv i fremtiden, formår hun med sin nuværende handlepraksis ikke at realisere dette.

At forlige sig

Allan føler sig ikke ensom, selv om han bor alene i en lejlighed. Allan har ikke noget familie tilbage, han lever i mindet blandt kendte ting, han har arvet efter familien. Han gør sig ikke tanker eller forestillinger om, at hans hverdag og sociale liv skulle forme sig anderledes i fremtiden. Han har fundet en rytme i sit liv, hvor han nemt får kontakt med andre mennesker. Han har valgt at se på alle, han møder som sine venner, på den måde har han mange.

Allan er midt i 40-års alderen, og han lever et liv i overensstemmelse med de forventninger, han har til et hverdagsliv. I hans selvforståelse har han tillært sig særlige sociale kompetencer, der får andre til at betroe sig til ham og gør ham i stand til at have venskaber med alle, han møder på værestedet og bostedets dagtilbud. Begge steder kommer han flere gange ugentligt. Han har kendt personalet på bostedet gennem mange år. Han omtaler dem på en måde, der viser, at de udgør hans sociale netværk.

Allan er vokset op med sine forældre og en ældre bror. Han var tæt knyttet til sin mor og mindre til sin far. Han fortæller, at han aldrig rigtig er flyttet hjemmefra. Hans far skaffede ham en lejlighed, så han føler, at han stadig bor 'hjemme'.

"Og, hvornår flyttede jeg egentlig hjemme fra min mor og far altså, det kan man ikke sige. Altså jeg har jo egentlig altid været en del af deres hjem jo [...] jeg har jo altid haft et værelse hos dem [...] og man kan så sige, jeg bor stadig bor hjemme, når jeg er, bor i den lejlighed, som min far skaffede mig [...] altså der kan man jo godt sige, at jeg bor, jeg stadig bor hjemme" (Interview med mand, 2009).

Da moren døde, kom der et brud i hans tilværelse, og han blev for første gang indlagt på psykiatrisk hospital. Efter et par måneder kom han hjem igen, men blev hurtigt genindlagt. Efter to år blev han langsomt sluset ud fra hospitalet og kom som dagbruger på et bosted i udslusningsfasen. Der kommer han stadig, og der kender han personalet 'rigtig godt'.

Allan har ikke gennemført en uddannelse, han blev mobbet i skolen og klarede ikke at gå i gang med en uddannelse. Hjemme mobbede og drillede hans bror ham, hvilket han oplevede som en stor belastning. Hans bror døde i en trafikulykke som 23-årig, og det tog hårdt på Allan. Allan fortæller, at han har vendt mobbehistorien om, så han ikke tænker på det negative fra brorens og hans barndom, men kun på de 'gode sider' ved broren.

"Jeg blev mobbet, og jeg blev drillet og chikaneret og alt sådan nogle ting.[...] jeg har vendt det om på en positiv måde, fordi i 70'erne der mobbede han [bror] mig meget og drillede mig og sådan nogle ting, ikke også. [...] Fordi han var meget misundelig på mig over, at jeg var meget afhængig af min mor [...] der har jeg vendt på en anden måde i dag. Til at sige at, fordi at han havde, han havde jo også nogle gode sider ikk'. Han var meget, han var meget det der sine bedste venners ven" (Interview med mand, 2009).

Allan bor alene, og han hygger sig med at lytte til musik, ofte noget der blev spillet i hans barndomshjem. Valget af musik er i en stor grad bestemt af, hvilken 'stemning' han er i. Det meste musik har han købt selv, og så har han arvet plader efter sine forældre.

"Jeg har alt musik altså, lige fra heavy metal til Glen Miller og jazzmusik fra 40'erne og swingmusik, diskoteksmusik, stemningsmusik, altså, filmmusik [...] og nogle plader jeg også har fået, har taget, har arvet fra mine forældre ik'. [...] men nej, langt det meste det er noget, det er jo også noget, jeg selv har købt altså" (Interview med mand, 2009).

Allan kommer på et værested, og han har en støtte-kontaktperson i hjemmet. Derudover kommer han på et bosted som dagbruger. De ansatte kender ham, fortæller han, og selv om han har dage, hvor han råber op og skælder ud på alle,

så tager de det roligt. De ved, det kun sker, når han er stresset. Allan ved, at hans måde at være på kan påvirke omgivelserne.

"Men jeg har oplevet det, at hvis jeg kommer ned, det, hvis jeg f.eks. kommer herved, og jeg er rigtig stresset ikke også, og råber og skriger og sådan nogle ting ikke også, så påvirker det, så påvirker det jo alle[...] men hvis jeg f.eks. kommer ind og er stille og siger hej og sætter mig ned og ser ud, så er folk, også mig, mere rolige" (Interview med mand, 2009).

Allan kan være stresset over at skulle udføre praktiske ting, og det kan påvirke ham psykisk, så han bliver lidt aggressiv og udsældende. Han ved, at hvis han begynder at råbe og skælde ud, når han kommer på bostedet, bliver personalet 'lidt sure' på ham. Han fortæller, at de godt ved, at det er fordi, han er stresset. De ved også, at det går over efter et par kopper kaffe. Han råber ad personalet, ikke ad de andre beboere, men bare det at han råber, får beboerne til at blive urolige. Personalet reagerer ved at vente på, at han holder op, for de kender ham og ved, det går over, fortæller Allan.

"De bliver selvfølgelig sure på mig, når jeg råber op, ikke også, men altså, altså inderst inde så ved de jo godt at, at det er, fordi jeg er stresset, og det er, fordi de kender mig, og de ved at jeg er stresset" (Interview med mand, 2009).

Allan har fundet en måde at bevare kontakten med andre på. Han oplever, at alle han møder, er hans venner. Allan fortæller, at hans evne består i at få andre menneskers tillid, og andre fortæller ham ting, fordi han er god til at skabe kontakt. Allan fortæller, at han har arvet sine sociale kompetencer efter sin mor.

"Så man kan så sige, at efter at mine forældre ikke er der mere, der har jeg så arvet det fra min mor, at jeg føler, at andre mennesker de er meget tilknyttet mig" (Interview med mand, 2009).

Allan kommer på et Sind-værested to dage om ugen, spiser varm mad og snakker, ryger cigaretter og drikker kaffe med de andre brugere af værestedet. Han er også med til at udføre de forskellige praktiske ting på værestedet, og han deltager i aktiviteter og socialt samvær både på værestedet og på bostedet. Allan siger, han har mange venner på værestedet og på bostedet. Han har også en ven, som han ind imellem spiser middag i byen sammen med. Allan er tilfreds med sit liv, hans identitet og selvforståelse ligger i hans tilhørsforhold til et brugerstyret Sind-værested og i hans oplevede evne til at knytte andre mennesker til sig.

"Jeg bliver et helt menneske af at være sammen med andre".

I: "Ja. Kan du sige hvad, kan du sige noget mere om det, hvordan du tænker det?"

"Ja, hvis jeg nu var den eneste levende person på hele jorden ikke også, så ville jeg jo ikke være noget [...] altså, det skal forstås på den måde, at altså igennem andre mennesker der

ser jeg mig selv som en, som en, som en del af det hele[...] fordi, hvis jeg ikke havde nogen andre mennesker at være sammen med så, altså så ville jeg, altså, så ville jeg jo ikke være noget" (Interview med mand, 2009).

Allans billede indeholder en forståelse af, at han som alle andre mennesker lærer af at være sammen med andre. Hans opretholdelse af en positiv selvværdsfølelse bygger på hans selv billede af sig selv som en socialt betydningsfuld person, der har en særlig udviklet evne til at skabe kontakt med andre mennesker. Allan kan ikke føle sig som noget særligt uden denne kontakt, mens selvforståelsen også bevirker, at han aldrig behøver føle sig ensom og venneløs.

Kamilla har forliget sig med, at hendes tilværelse i fremtiden vil komme til at se ud, som den gør nu, hvor hun ikke formår at lave noget og ikke formår at komme videre i sit liv. Kamilla søger på samme måde som Rikke og Marianne at være et sted, hvor det er muligt at have professionelle inden for rækkevidde.

Kamilla ser sig selv som en depressiv kvinde, der ikke bliver forstået af familie og venner. Hun har en selvforståelse af, at hun hele sit liv kun har ønsket at dø, og i hendes handlinger har hun fulgt et mønster, der har ledt i den retning, men som ikke har ført dertil. I hendes familiære kontekst taltes ikke om, når hun forsøgte at begå selvmord, og dette tavsliggørelsesmønster har hun taget med sig. Kamilla trækker sig tilbage for sig selv, og hun har ikke fortalt sin mand og vennerne om sine problemer, problemer, hun før ikke har gjort noget ved, men som hun løser ved at flytte for sig selv, til et sted hvor hun kan få professionel støtte.

Kamilla er opvokset i en familie med fire halvsøskende, men hun ser kun sin mor. Resten af familien taler hun stort set aldrig med. Kamilla har utallige gange i sine teenageår og som voksen forsøgt at tage sit eget liv. Hendes mor har fundet hende nogle gange i hendes teenageår og ungdom. Kamillas mor tog sig af det, hver gang Kamilla havde spist for mange piller i sin ungdom.

"Og min mor har fundet mig et par gange. Og hun vil jo ikke.. "Hospital, bah bah." [...] Det skulle hun nok klare selv.[...] Hældte mælk i mig og gik ture med mig. Flåede mig ud i alt muligt for at arbejde det ud.[...] Jeg havde i hvert fald ikke godt, kan jeg hilse og fortælle dig. Jeg ville kun én ting, og det var at sove. Væk" (Interview med kvinde, 2009).

Kamilla samlede piller sammen flere gange og spiste alle de slags piller, hun kunne få fat på. I dag er det vanskeligere at få udleveret så store mængder som før.

"Altså, nu skal man jo nærmest stå skoleret for at få noget, men før i tiden kunne man ringe op til lægen og bede om, hvad man skulle bruge, ikke? Det stod jo selvfølgelig på computeren, og ja ja, de skrev bare en recept ud" (Interview med kvinde, 2009).

Kamilla mener selv, hun har haft depressioner, fordi når hun har taget piller, er det altid, fordi hun har haft et ønske om at komme 'væk'. Da hun boede hos sin mor, kom Kamilla aldrig i behandling. Familien talte ikke om 'den slags', det var 'tabu', noget familien betragtede som et internt anliggende, som man hverken lod lægen eller andre få indsigt i.

Kamilla har en tre et halv års mesteruddannelse og har arbejdet mange år som frisør. Hendes arbejdsliv bestod af lange, travle arbejdsdage med meget stress. Når ugen var slut, var hendes kræfter ebbet ud, og hun var så udmattet, at hendes daværende mand måtte hente hende, tage hende ved hånden og placere hende på en bar med en whisky for at samle kræfter bare til at gå hjem. Imens gik han ud for at handle. Da hun gik ned med stress, blev hun fyret, og hun søgte læge, der gav hende henvisning til en psykolog:

"Jeg fik af min læge sådan et titurskort hos en psykolog. Og jeg kan ikke engang huske, hvad vi snakkede om" (Interview med kvinde, 2009).

Kamilla synes ikke, hun fik hjælp af psykologsamtalerne. Hun magtede ikke at gennemføre en arbejdsprøvning, og først derefter blev hun henvist til en psykiater, hvor hun fik psykofarmaka. Selv om hun oplevede, at hun en kort periode fik det lidt bedre af det, indtog hun det uregelmæssigt:

"Jeg kan ikke huske, hvad år det var, men det var i hvert fald i forbindelse med en arbejdsprøvning, fordi de bliver jo ved med at hive og flå i én, de der sygedagspengekontorer. Og så i forbindelse med denne der arbejdsprøvning kom jeg til en psykiater. Og så begyndte jeg at få medicin. Og så gik jeg i lang tid med det samme, og så blev det værre og værre. Så tog jeg medicin, og så tog jeg ikke medicin og.." (Interview med kvinde, 2009).

Kamilla er gift for anden gang og bor sammen med sin mand og datter fra første ægteskab. Hun fortæller, at hun altid har gået med sine depressive tanker og angstfølelser for sig selv og aldrig har fortalt sin familie eller venner om det. Kamilla arbejdede, indtil hun blev gravid for 17 år siden. I forbindelse med graviditeten fik hun bækkenløsning og måske en fødselsdepression, og i den forbindelse kom hun til en psykiater, der satte hende i behandling for depression. Siden fødslen har hun ikke kunnet klare ret meget, hverken det praktiske i hjemmet eller at arbejde.

"Altså, når jeg er hjemme, så kan jeg ikke ret meget. Og det kan jeg heller ikke her. [...] Fordi at jeg lider også af bækkenløsning og dårlig ryg, samtidig med, at jeg har de her ting at gå at slås med. Angst og, hvad hedder det, depression og sådan nogle ting" (Interview med kvinde, 2009).

Kamilla fortsatte med forsøg på selvmord. Datteren var kun 13-14 år, da hun første gang fandt Kamilla, efter at Kamilla havde indtaget mange piller.

"Ja, så lige pludselig endte jeg på X hospital, fordi jeg forsøgte nogle gange at tage mit eget liv og sådan noget. Det var ikke smart."

I: "Men da du forsøgte at tage dit eget liv, var det så, fordi du ville?"

"Ja, det var min mening, altså. Det, der holder mig tilbage, vil jeg så sige, det er jo sådan set min datter. Fordi det... Og hun fortæller mig også tit, altså hvor jeg har taget mange piller, så sidder hun og niver mig og slår mig og sådan noget for at holde mig vågen, ikke" (Interview med kvinde, 2009).

Kamilla synes, familien har vanskeligt ved at forstå hendes problemer. Datteren forsøger at få Kamilla med ud at handle, men Kamilla oplever, at hun er mere død end levende, når de kommer hjem igen, så det er hun ikke helt tilfreds med.

"Hun slæber mig rundt i samtlige supermarkeder og centre, og jeg ved ikke hvad; jeg er lige ved at gå op i limningerne, ikke, altså".

I: "Hvad tænker hun, siden hun gør det?"

"Det ved jeg ikke. At jeg skal ud at... At der skal ske noget andet; så får jeg det sikkert godt. Og jeg er mere død end levende, når jeg kommer hjem. Nu kan jeg altså ikke mere, nu må du stoppe" (Interview med kvinde, 2009).

Kamilla synes, både datteren og hendes mor gør tingene på en måde, der er forkert for hende, så det er for meget for hende.

Kamilla har været indlagt gennem to år på hospital, hun har fået behandling med medicin og kognitiv terapi for at komme sig fra sin træthed og sin følelse af ikke at kunne klare sociale udfordringer, som hun siger. Kamillas langvarige indlæggelses- og behandlingsforløb har fået hende til at overveje sit fremtidige liv. Hun har taget beslutning om, at hun ikke længere vil bo sammen med sin mand, hun har brug for at bo et sted, hvor der er personale til at besøge og hjælpe hende i hverdagen.

"En slags beskyttet bolig, ja, det er det. [...] Altså, de kan ikke tåle belastningen derhjemme, vel, fordi jeg er for syg, og jeg kan ikke lave noget. Så jeg får mere hjælp på den måde."

I: "Så det går ud over din familie, synes du?"

"Jeg synes det ikke; de synes det. [...] Og jeg vil egentlig også gerne flytte alene, altså. Så det... Og min datter kan jo komme og sove hos mig, lige så tosset hun vil. Hun havde lidt svært ved at forstå det til at begynde med og troede, at hun ikke måtte komme der. Så sagde jeg: 'Nej, du må komme der, alt det du vil. Du må bare ikke have din adresse stående her.' Nå, det skulle hun sådan lige finde ud af" (Interview med kvinde, 2009).

Kamilla fortæller, at hun har smerter i bækken og ryg, så hun kan ikke udføre praktiske ting i sin bolig. Hun mener ikke, det skal løses i hendes forhold og har valgt denne løsning, fordi hun ikke mener, hun vil få det bedre fremover.

"Jeg har ikke lige mere at reparere på, måske. Jeg må lære at leve med det" (Interview med kvinde, 2009).

I Kamillas selvforståelse er det ikke et problem for familien, at hun er inaktiv og forsøger at begå selvmord. Det er kun familien, der oplever det som et familiært problem. Hun selv mener, at det drejer sig om, at hun selv må lære at leve med sine problemer - alene.

Axel har også forliget sig med idéen om, at han skal leve resten af sit liv på den måde, han gør nu. Hans eneste fremtidsønske er, at han kan få lidt flere timer på arbejdet, hvor han er nu.

Axel er sidst i 30'erne. Hans liv har i en periode på 4-5 år været karakteriseret af træthed og manglende initiativ, noget der medførte en fyring fra arbejdspladsen, og at han blev smidt ud af sit værelse. Efterfølgende levede han et par år på gaden, uden selv at gøre noget for at komme ud af sin handlingslammede tilstand.

Axel og hans ældre bror er vokset op hos moren, og han kender ikke sin far. Axel har boet på klubværelser, mens broren stadig bor hos moren. Brødrene er begge ufaglærte. Axel gik i skole i otte år og kom på ungdomsskole med metalværksted. Han har i femten år arbejdet som ufaglært på forskellige værksteder, hvor der forarbejdes træ og metal. For fire år siden skete en omvæltning i hans liv på alle måder.

"Vi havde holdt en pause med at tage derhjem, fordi at jeg var så træt. Så ville jeg bare være lidt alene og sådan noget. Så flyttede de jo, og så fik jeg et brev, at hun var flyttet, at jeg bare kunne komme derud jo" (Interview med mand, 2009).

Axel følte sig for træt til at gå nogen steder, han besøgte ikke familien, blev opsagt fra arbejdet og fra sit klubværelse. Kommunen fandt ikke noget andet, så han flyttede på gaden, hvor han levede de næste to år. I de år har han sovet på bænke rundt omkring i parker, og spadseret fra sted til sted, så hans fødder blev trætte og værkedede, og han følte, at hans sko ikke passede til hans fødder længere.

Axels oplevelser af at være hjemløs var ikke behagelige, folk var ikke specielt venlige mod ham. Han oplevede, at unge mennesker chikanerede ham, smed ting på ham, spyttede på ham, mobbede ham, andre ignorerede ham bare eller bad ham flytte et andet sted hen. I den tid han boede på gaden, talte han ikke med mange mennesker. Han kunne ikke tage hjem til sin mor, de havde 'holdt en pause' med at ses, fordi han ikke havde orket noget, og han havde mistet sin mors nye telefonnummer og adresse. Han var forhindret i at tage hjem til moren, og hun vidste ikke, hvor han var.

Axel havde selv en idé om, at han havde psykiske problemer, men tog ikke initiativ til at gøre noget. Han fortæller, at han lidt for hurtigt blev vred og skældte ud på sin radio, men aldrig på andre mennesker.

"Jeg kunne godt mærke det på en måde, for man blev lidt hurtigt ophidset, og der skulle ikke så meget til.[...] så sad man og brokkede sig og lidt, og knyttede hænderne, og jeg ved ikke hvad. Så havde jeg også en radio, og så røg den også en tur og sådan noget. [...] Fordi at det drillede, eller et program man ikke kunne høre, så var der støj på, og så skulle man sidde og dreje" (Interview med mand, 2009).

På et tidspunkt holdt Axel til på en bænk tæt på distriktspsykiatrisk center og blev budt indenfor til te og en samtale. Efter nogle besøg på centret og samtaler med lægen fik han medicin for en psykose, og i det følgende år fik han hjælp af socialrådgiveren til lejlighed og førtidspension.

Axel fortæller, at han igen har kontakt med sin familie, han kommer der og spiser sammen med moren og broren. Axel kommer på et værested et par gange om ugen, og han har fået et beskyttet job, hvor han er et par dage om ugen og udfører havearbejde, og han har fundet et par venner.

"Ja, der er en, eller to, vi har været til cykelløb sammen og biografen sammen med, så. Så er der en, som vi også ser, som vi tager på café med en gang imellem" (Interview med mand, 2009).

Axels hverdag går med at høre musik og se tv, og når han er i sin lejlighed, laver han ikke andre ting. Han har førhen været glad for at tegne, men det kan han ikke klare mere, siger han. Axel har en støtte- kontakt- person, som støtter ham i de praktiske ting i lejligheden, og han kommer indimellem til medicinregulering hos distriktslægen. Axel har ikke tænkt sig at ændre ved sit nuværende liv, han ønsker sig ikke andet i fremtiden end lidt mere arbejde på sin arbejdsplads.

Gruppe 3. Dysfunktionelle familier

De personer, der i projektet placeres i den tredje gruppe, fortæller om dysfunktionelle familier, og at forskellige forhold har ført til omsorgssvigt i deres barndom. I én familie var børn noget, man ikke tog sig af, børnene blev overladt til deres eget selskab, hvilket skabte problemer med socialisering i skole- og ungdomsuddannelsesforløb og med lavt selvværd i voksenalderen. Én informant havde rollen som 'det voksne barn', hvilket især har præget livet for personen i ungdoms- og voksenlivet med manglende tillid og vanskeligheder med at etablere tætte relationer med andre. Én informant fortæller, at han blev sendt på børnehjem som barn og siden har boet på 22 forskellige institutioner. Der er i denne gruppe flere personer, der har dom til behandling. Nogle fortæller om forældre, der har været og stadig er alkohol- eller stofafhængige. I nogle af disse familier har forældrene skændtes, og vold har været en daglig foreteelse. I disse familier fortæller informanterne, at de som børn har været udsat for omsorgssvigt fra forældrenes side, og for nogles vedkommende udartede det sig til fysisk og psykisk vold. Tre af de personer, der beretter om en opvækst i en familie med volds- og alkoholproblemer, er i de tidlige teenageår stukket af hjemmefra for aldrig senere at vende tilbage til familien. De interviewede, der er vokset op i familier med alkohol- eller stofafhængighed, har selv påbegyndt en misbrugskarriere i teenageårene, og de er aldrig kommet i gang med et uddannelses- eller arbejdsliv. Misbruget har fulgt dem i deres voksenliv, og de fleste har stadig afhængighed. Der er et par i gruppen af alkoholafhængige, der har haft stressende arbejde gennem mange år, men som er ophørt på grund af, at alkoholforbruget er blevet til et misbrug.

Ringe selvværd

Gertrud

Gertrud har haft ringe selvværd hele sit liv, men det er ved at ændre sig. Hun har før søgt at gøre alle andre tilpas, men er nu begyndt at tage ansvar for sig selv, og ikke for det andre gør og siger. Gertrud er ved at lære, hvordan man naturligt agerer i en social kontekst. Hun fik ikke meget nærvær eller opmærksom i sin barndom, det indgik ikke som en del af den arbejdsomme familiære kontekst, hun blev for det meste overladt til sit eget selskab. Hun lærte ikke, hvordan man

agerer i sociale sammenhænge, og det har derfor været vanskeligt for hende at lære, hvilke normer og regler hun skulle forholde sig til i forskellige kontekster. Det har gjort, at hun altid følte sig fremmed, anderledes og isoleret i de sammenhænge, hun har bevæget sig i. Også dette er ved at ændre sig.

Gertrud er vokset op i en familie med en søster og en bror. Forældrene var mest optaget af arbejdet på gården og overlod hende til sig selv.

"Vi er ikke øh, vi har egentlig ikke været en særlig sådan, du ved, familie, der øh, der talte så meget sammen.[...] jeg tror, det gik mere op i den daglige drift af gården, [...] det var den ... jeg ved ikke, om man kan sige den gammeldags måde at se på børn på. Hvor børn det var noget, altså, der skulle være en pryd, ikke også? En stolthed. Det var ikke på den måde, og børn var født, som de nu engang var. Det var sådan en gammeldags [...] måde at se på børn på, ikke også? Og jeg tror måske, sådan har det jo også været måske i deres hjem måske, ikke? Altså, det var sådan meget[.] Så de har levet i den der tradition ligesom. [...] på den måde, at børn, det var ikke noget som, hvad skal man sige, man på den måde brugte tid på. Altså, [...] jeg tror egentlig på en måde de gik, eller min mor i hvert fald gik meget op i, hvordan andre så på os, at du ved, sådan øh, man måtte ikke være sjusket i tøjet og de [...] gik i øvrigt meget op i, at jeg fik noget lækker mad. Altså, vi fik rigtig god mad hver evig eneste dag, ikke? Og der var, det var aldrig småt med sådan nogle ting. Det var det ikke" (Interview med kvinde, 2009).

Gertrud har siden barndommen haft mindreværdsfølelser og har været stille og indesluttet. Hun havde fra starten vanskeligt ved at klare at finde ud af, hvordan hun skulle opføre sig i skolen og kom til ambulans behandling gennem et år hos en børnepsykiater. Når hun kom hjem derfra, lod hendes forældre hende bare sidde alene og se tv uden at tale med hende om det. Efterfølgende blev hun mobbet i skolen og hun følte, at hun måtte være meget anderledes end de andre.

"Og da jeg kom tilbage til skolen, der blev jeg faktisk drillet med, hvordan jeg havde opført mig.[...]Så jeg var samtidig meget flov over, at jeg havde været der, for jeg kunne, jeg kunne jo sjovt nok, selvom jeg ikke var særligt gammel, sagtens huske det. Jeg kunne sagtens huske øh, og havde tanker om, hvorfor jeg ligesom røg væk fra de andre, at der måtte være noget anderledes ved mig. Altså, der måtte være noget forkert ved mig, ikke også? [...] Jeg var sådan en stille én og blev mere og mere indesluttet, ikke også?" (Interview med kvinde, 2009).

Gertrud blev mere og mere 'stille og indesluttet' i skolen, hun blev 'nervøs for det sociale' og havde ingen venner. Hun følte, at ingen kunne lide hende, og hun fik ikke venner. Det fortsatte også som et mønster i lange perioder af hendes ungdom og hendes senere arbejdsliv.

"Jamen, det var sådan noget med, at jeg ikke var god nok og ... at folk ikke kunne lide mig[...] at fordi at jeg var, som jeg var, så var der ingen, der ville mig noget vel, altså. [...] jeg havde svært ved at få venner og følte mig ret ensom i virkeligheden" (Interview med kvinde, 2009).

Hun følte sig *'forpint'*, hun havde en idé om at hun var forfulgt, når nogle bebrejdede hende et eller andet. Hun havde en idé om, at hun var skyld i alle de fejl, alle andre også lavede. På et tidspunkt følte hun, at hun ikke havde *'ret til at være der'*.

Gertrud havde gode karakterer i skolen og har taget en mellemlang videregående uddannelse. Hun har gennem mange år haft arbejde inden for sit fag, men hun har altid været usikker på sig selv og tvivlet på sin arbejdsindsats. Hver gang noget gik galt på arbejdspladsen, følte hun, at det alene var hendes problem. Hun havde en tendens til at give sig selv skylden for *'alverdens problemer'*, og når det gik galt på arbejdspladsen, var hun sikker på, at det skyldtes, at hun havde begået en fejl. For et par år siden fik Gertrud en psykose, mens hun var på arbejdet, og hun blev indlagt direkte på hospital.

"Jamen, til sidst der blev jeg faktisk så syg, at jeg blev indlagt der fra det arbejde.[...] Altså, jeg tror, at det endte ud i en psykose, ikke også. [...] jeg tror, at det er sådan, at den der konstante fokusering på, hvad folk har sagt, eller hvad jeg nu havde kommet til at gøre af fejl, altså, konstant fokusering på det, sådan, hele tiden, som om at det var umuligt at lægge det fra mig - Og sådan at det blev kørt op til sådan en kæmpe katastrofe hele tiden - gjorde at jeg simpelthen.. jeg tror, at min hjerne simpelthen blev overbelastet af det til sidst. [...] Fordi at man lever i den der angst der, [...]og det er ligesom om, at det tager også lang tid, før at hjernen ligesom falder på plads bagefter, fordi at så får man også sådan nogle sære ideer og sådan noget fordi... eller angsttanker, fordi at jeg tror, [...] at det er en overbebyrdelse af den der tilstand, man har været i så længe" (Interview med kvinde, 2009).

Gertrud giver udtryk for, at hun har haft op- og nedture i sit liv, hun har *'fået et eller to knæk i sit liv'*, hver gang bragtes hendes selvfølelse ud af balance. Hun har i perioder haft temmelig vanskeligt ved at klare sit arbejde. Gertrud har holdt ved arbejdet, selv om det tog på hendes kræfter, fordi hendes selvtillid var ringe, og hun manglede tro på, at livet kunne bringe hende andet.

"Og det der med, at når man først har fået et knæk eller to knæk i sit liv, ikke også. Sådan nogle ordentlige nogle, så begynder man at miste troen på, det sådan kan gå fremad igen" (Interview med kvinde, 2009).

Gertrud blev psykotisk og måtte stoppe på arbejdspladsen, hun blev indlagt, og hun kom ikke tilbage til sin tidligere arbejdsplads. Hun har efter indlæggelsen gået til ambulans behandling medicinsk og psykologisk.

Gertrud mener, at det er grunden til, at hun nu har mod til at ændre ved sine tanker og bryde med sit hidtidige liv. Gertrud er begyndt at få mere selvtillid, og

det førte til, at hun ønskede en skilsmisse. Men familien ville ikke acceptere, de forsøgte at få hende til at tro, at hendes ønske om at blive skilt fra manden bundede i, at hun var psykotisk. Hun holdt fast i, at hun ikke var psykotisk. Hun holdt også fast i sin beslutning om skilsmisse, så hun opsøgte personalet på distriktspsykiatrisk center. Der blev holdt et møde med Gertrud og hendes familie, hvor personalet fra distriktspsykiatrisk center, forklarede familien, at hun ikke var spor psykotisk. Hun var på nippet til at bryde med sin familie i den fase.

Gertrud er i gang med at tage en hf-uddannelse, så hun kan komme videre med at studere og med at få et arbejde. Hun oplever, at hun for første gang i sit liv nyder at studere og være sammen med andre mennesker.

"Altså sådan, du ved, så det har taget sådan det har taget lang tid at komme sig. [...] Det har det. [...] men jeg tror, at sidste år, hvor jeg begyndte på et par fag på hf, der begyndte jeg sådan og,.... der begyndte det for alvor at ændre sig med, at jeg snakkede mere med folk. Jeg begyndte at nyde det, ikke også. Jeg begyndte at nyde at gå der, og... der skete nogle ting som .. gjorde, at jeg fik nogle, nogle ligesom generelt snakket med der på kurset" (Interview med kvinde, 2009).

Efter Gertrud er kommet i medicinsk og psykoterapeutisk behandling, er hun kommet ud af sin depression, så hun føler, at hun er kommet meget langt i sit liv og har fået mere tro på sine egne evner og ressourcer. For hende er det 'nyt og glædeligt', at hun kan bevæge sig ud blandt andre mennesker og tale om noget, der interesserer både dem og hende selv, uden at opleve sig som anderledes. Gertrud har fået mod på tilværelsen igen, er begyndt at få selvtillid og formår også at etablere kontakt med sine medstuderende.

Mads er 30 år, han bor i en lejlighed og har et praktikjob i en børnehave, som han har fået gennem jobheden i det Fountain House-værested, han har været aktiv i gennem det seneste par år. Mads har altid haft et billede af at være et menneske, der ikke rigtig dur til noget. Hans selvtillid har været lav, og han har haft vanskeligt ved at knytte tætte bånd til andre mennesker. Dette har ændret sig, efter han har oplevet anerkendelse, og efter at det lykkes for ham at komme igennem med ideer på det værested, han udgør en aktiv del af.

Mads er vokset op hos forældre, hvor moren var udearbejdende, mens faren kun havde arbejde i få og korte perioder af Mads' barndom. Faren havde et hidsigt temperament, så der skulle ikke så meget til, at han blev sur.

"Der må have været et eller andet psykisk galt med min far, det har der altid været! Og på en eller anden måde har han kunnet smyge sig udenom. Han har aldrig været i behandling eller..., og han bliver sindssygt sur, hvis man bare sådan prøver at nævne lidt eller på en eller anden måde eller sådan!" (Interview med mand, 2009).

Mads fortæller, at moren havde nogle problemer, der gjorde, at han i sin barndom måtte være den voksne i familien.

"Men det er jo ikke, fordi jeg sådan vil sige, det i en ond mening, vel, men jeg kan jo nok også godt forstå, at min mor har haft meget brug for det, men nogen gange har jeg fået at vide, at jeg har været sådan en slags pudsensæklud for min mor, for hun ikke har haft andre, og hun ikke selv har været så god til at opsøge hjælp udefra, og når så hun har haft det svært, har det ligesom været mig, der har været med til at trøste hende eller sådan noget.[...]

Og det kunne jeg i hvert fald godt mærke, at det kunne jeg bare ikke klare dengang, men det gjorde jeg så alligevel. Det har måske så sat sine spor!" (Interview med mand, 2009).

Mads har været i gang med et par studier, men det har han haft problemer med, og han har en forestilling om, at han måske ligner sin far lidt i forhold til arbejde. Mads oplever, at hans funktion som 'det voksne barn' i familien har sat sine spor gennem hans ungdomsliv, hvor han har haft perioder med depressioner og har haft vanskeligt ved at gennemføre en uddannelse, så måske er det mere morens problemer, der har haft betydning for hans liv og for hans selvtillid.

Mads har gennem en årrække gået til ambulans medicinsk behandling og psykologisk samtale på et distriktspsykiatrisk center i forbindelse med en fase i hans liv, hvor han gennem en periode på 7-8 måneder lå uvirksom på sin mors sofa og ikke kunne se meningen med livet. Han var depressiv og havde vanskeligt ved at foretage sig noget.

"Der nåede jeg at bo i syv-otte måneder, og på det tidspunkt boede jeg jo der, og så var jeg bare inde i hendes lejlighed. Og nogle dage havde jeg det så dårligt, så jeg kunne ikke gå ned og kigge i postkassen, for jeg var bange for, at der var folk, der holdt øje med mig, og altså, alle sådan nogle underlige tanker jeg havde på det tidspunkt" (Interview med mand, 2009).

Mads havde paranoide forestillinger og fik behandling på et distriktspsykiatrisk center, medicin og samtaler hos en psykolog, derudover kom en støttekontaktperson og gik ture med ham, så han kom ud af lejligheden. Hun fulgte ham over på værestedet, og han begyndte så at komme i huset.

"Så alene den grundlæggende ting, altså det har det her været med til at rette op på, ikke. For man skal ikke bare have, det er ikke bare nok, at man har noget, man skal møde op til, det skal også være noget, man har lyst til at møde op til eller kan se meningen med. Og til at starte med kunne jeg ikke rigtig se meningen med noget, jeg var ret ligeglad med mange

ting, fordi jeg var så langt inde i noget depressionslignende tilstand" (Interview med mand, 2009).

I begyndelsen var det rigeligt bare at skulle stå op og komme af sted. Efterhånden fandt han ud af, at han også blev spurgt om sin og de andre brugeres mening, og det blev meningsfuldt for ham at være der. Da han begyndte på værestedet, havde han vanskeligt ved at sove om natten, og derfor havde han svært ved at komme op om morgenen. Da han begyndte på værestedet, fyldte det hele hans hverdag.

"Der var jeg her næsten hele tiden. Men så jeg kan også huske, at da jeg startede hernede, der havde jeg meget svært ved at sove, det var en af de helt grundlæggende ting, og så havde jeg også svært ved at komme op, så øvelsen bestod egentlig i, at jeg skulle prøve at vende det om, inden for en vis tidsfang. Og det har jeg sådan rimeligt fået styr på nu. Det er kun, når jeg får tilbagefald, og jeg får nogle lidt nedture stadigvæk, så har jeg lidt svært ved at møde til tiden. Men ellers går det rigtig godt på det område" (Interview med mand, 2009).

Mads har engageret sig i Fountain House-bestyrelsesarbejdet og er meget aktiv i husets funktion i hverdagen. Han kan mange ting, er kreativ, spiller musik og er en person, der opmuntrer og tænker meget på de andre medlemmer.

"Ja, men det er der også mange, der siger til mig 'Jamen X, du kan så mange ting'. Men jeg har bare aldrig kunnet finde ud af at kunnet bruge det på noget, som jeg kunne tjene penge på. Det er nok et af mine hovedproblemer, det er, jeg fungerer ikke rigtigt på arbejdsmarkedet. Man kan sige, der ligner jeg min far på utroligt mange områder der. Det har vi sågar også snakket om nogle gange, mig og mine lillesøstre og min mor også lidt" (Interview med mand, 2009).

Mads har deltaget aktivt i at få Fountain House-værestedet til at fungere. Han har fået mere selvværd gennem sit engagement i huset, og han deltager i alle opgaver, for at der skal være socialt fællesskab og rart at komme i huset.

"Men ellers arbejdsopgaver, når du nu siger det, jeg laver jo alt lige fra at rense toilet til at stå og tænde stearinlys, og så fortalte jeg, vi har sådan et rum herinde, sådan et afslapningsrum, det har jeg været meget primus motor for, at der skulle være den mulighed i huset, også det her med tæppe derinde og lidt hygge og sofa alt sådan noget. Jeg har også været med til at købe tingene og slæbe dem hjem. Jeg var med til, at vi diskuterede, hvad for nogle farver, der skulle være her, og det blev vi aldrig enige om, men vi nåede så frem til nogle fælles ting, hvor vi så blev nødt til at lave nogle afstemninger" (Interview med mand, 2009).

Det at være medbestemmende og opleve, at de andre lytter til, hvad han siger, har givet Mads selvtillid og en følelse af, at han kan klare mere. Arbejdet og samværet med de andre på værestedet har gjort, at Mads har fået så meget

selvtillid og lyst til livet, at han siger, at han ikke længere har lyst til at tage livet af sig selv, som han har forsøgt nogle gange.

Mads savner en kæreste, han har haft én engang i sit liv, men det varede ikke så længe. Han har stadig lidt problemer, det er lidt svært for ham at være kropslig tæt på et andet menneske, og han er ret blufærdig i det hele taget, fortæller han. Denne blufærdighed er et problem for ham, når han skal træne i fitnesscentret ude i byen. Han fortæller, at han går derhen på det tidspunkt, hvor der er færrest mennesker, fordi han har det svært med at skulle klæde om sammen med andre, og fordi han skal tage sig sammen for ikke at forestille sig, at de andre vil synes, der er noget galt med ham.

"Jamen, jeg havde i lang tid tænkt på, at jeg gerne ville ned og lave noget motion igen, men jeg kunne ikke få mig selv til at gå derned, for jeg var bange for, at der var nogle, der ville synes, at jeg ikke var god nok, eller jeg så grim ud, eller jeg havde for lidt kilo på vægtstangen. Det var sådan nogle tanker jeg ligesom kredsede om. Fordi da jeg var 16-17 - 20, der trænede jeg helt vildt meget, og nåede også op på sådan et rimeligt godt niveau eller sådan noget. Og så lige pludselig så skete der noget, der hvor jeg så fik min første depression omkring de 20-21. Så stoppede jeg fra den ene dag til den anden og havde slet ikke lyst til det, og det har jeg haft utrolig mange gange siden, for så synes jeg bare, jeg er blevet mere rundrygget og fedladet og... men jeg fik ikke gjort noget ved det, jeg kom ikke af sted" (Interview med mand, 2009).

Mads har haft et arbejde i fem år og møder af og til nogle gamle kolleger, men det bliver ikke så meget, fordi han mener, at der er mange fordomme i den by han bor, når man har psykiske problemer.

"Der er lidt sådan noget her i (X-bynavn), det er lidt ligesom en forstørret landsby. Altså den der mentalitet med, at man... og så snart at folk de har lidt med det psykiske, så tror alle sammen, at man er massemand og sådan noget" (Interview med mand, 2009).

Mads holder sig også lidt tilbage over for gamle venner, fordi han føler sig lidt anderledes end dem, men han savner at have et socialt netværk.

"Jeg savnede virkelig det der med noget socialt netværk omkring mig. Nogle mennesker at snakke med i det daglige. Jeg har jo venner og bekendte, men de bor alle sammen langt væk fra mig. Og jeg snakker smadder godt med dem, når vi er sammen, men vi ses jo ikke ret tit. Og vores liv går også længere og længere væk fra hinanden, fordi det meste af dem har jo fået job og uddannelse, og nogle har også begyndt at få en familie, og der er jeg jo ligesom på en eller anden måde haltet bagud. Så der er begyndt at komme en masse ting, hvor vi ikke rigtig har noget at snakke om. Og det er jo ikke, fordi jeg ikke gerne vil, men jeg synes også, jeg sidder og spiller komedie, hvis jeg skal sidde og høre, hvordan det nu går med..., for der er jeg ikke rigtig selv vel, og det minder mig også, om at jeg ikke selv har det. Dvs. jeg bliver faktisk lidt negativ over det".

I: "Fordi du kunne godt selv tænke dig..."

"Ja. Så jeg vil egentlig gerne bare have et normalt liv ligesom de fleste andre ikke, eller bare det at man har det godt med sig selv" (Interview med mand, 2009).

Fountain House-værestedet har en lang tradition for at arbejde med, at mennesker med sindslidelse skal komme sig, som han siger. Mads har fået arbejde i en børneinstitution nogle dage om ugen, og han oplever, at han har gode relationer med børnene. Han har håb om, at arbejdsstræningen i fremtiden kan føre til et job uden for værestedets regi. Efter Mads er begyndt at komme så meget på værestedet, har samværet med de professionelle opbygget hans selvtillid, og nu hvor han kan se, at arbejdet lykkes for ham, er han kommet nærmere det *'normale liv'*, som han så gerne vil leve.

Udvidede sanser

Alice

Alice er sidst i 40-års alderen og lever i to virkeligheder på samme tid. Hendes hverdag er præget af et liv med det, hun selv forstår som en følsom sanseverden. Denne sanseverden er en uadskillelig del af hendes selvforståelse i en verden, hvor Alice gennemlever alle former for hallucinationer, og hvor hun stort set orkestrerer sin tilværelse i den anden virkelighed i lyset af dette. I hendes hverdagsliv kan Alices sociale liv blive præget af, at hendes hallucinationer kan være så påtrængende, at hun overgiver opmærksomheden helt til denne virkelighed og holder sig borte fra socialt samvær, når der er mest aktivitet. Alice har viden om, at det ikke er naturligt at have hallucinationer, og at andre mennesker ikke ser, hører eller føler på samme måde, som hun gør. At andre ikke helt kan sætte sig ind i hendes oplevelser, fordi det kun er hende, der kender det på egen krop, gør hende til et menneske, der er udenfor i mange sammenhænge, og det får hende til at føle sig alene og ensom. I hendes forståelse ville ensomheden løses, ved at hun fandt en kæreste, som for hende er det menneske, hun kunne være fortrolig med, men som hun har opgivet at finde. Hun er derved hensat til at leve i sin ensomhed.

Alice er født af en mor, som op gennem hendes barndom tilbragte det meste af tiden på psykiatrisk hospital. Hun var derfor alene med sin far.

"Altså min mor hun var også syg, psykisk syg, hun var skizofren, og...[...] Hun har været syg lige fra jeg var ganske lille.[...] Og den eneste rigtige person, nære person, jeg har haft, det var min far. Og (stedmors navn) hun var ikke sådan decideret specielt god for mig, min stedmor, så det var ikke så sjovt.[...]Jamen, jeg var ti måneder, og så flyttede hun ud hos os, da jeg var ni år, jeg var lige blevet ni, så hun kom om foråret" (Interview med kvinde, 2009).

Alices far fandt en anden kvinde, da hun var ti måneder. Selv om hendes mor stadig levede, flyttede hun ind i huset. Da Alice var ni år gammel, giftede faren sig med kvinden. Alice fik en stedmor, som hun ikke fik noget godt forhold til, fortæller hun, men nu hvor hendes far er død, ser hun alligevel lidt til familien ved højtider og fødselsdage.

"Min far er død for snart fire år siden. Og det er ikke så sjovt. Så jeg har ikke noget rigtig familie tæt på mig.[...] der er så kun min faster tilbage, og jeg har en fætter, der er syg, psykisk syg også, på min fars side" (Interview med kvinde, 2009).

Alice har haft arbejde gennem en stor del af sit liv, hun er god til regnskaber og har stået i forretninger med ansvar for pengesager. Alice har altid passet sit arbejde, indtil hun fik det for slemt med paranoia, angst og hallucinationer og måtte have medicin for det. Hun får nu førtidspension. Hun bor alene i en lejlighed og har ingen venner. Alice kommer af og til på et værested, hvor hun deltager i madlavning sammen med de andre kvinder. Det er ikke, fordi hun ligefrem trives sammen med de andre. Alice er ikke altid lige tilfreds med de reaktioner på hendes adfærd, hun møder hos andre mennesker på værestedet.

"Jeg mange gange går ned på mit værested ... Og det er et værested for psykisk syge... der er ikke plads nok til. Og så er det sådan, at så går jeg tit hjem for tidligt, eller også så bliver jeg helt væk, men det er så, fordi at jeg synes, hvis der er nogen, der har... De brokker sig og skaber sig over mig, det har jeg fået rigeligt af i min barndom og ungdom og voksendom, da min far er død for snart fire år siden. Og det er ikke så sjovt. Så jeg har ikke noget rigtig familie tæt på mig" (Interview med kvinde, 2009).

Alices hverdag er præget af hendes mange og massive hallucinationer, der optager hendes tid og tanker og er med til, at hun føler sig angst, alene og ensom. Når hallucinationer og paranoia spiller ind på hendes virkelighedsopfattelse, føler Alice sig lukket inde med sig selv, så hun kommer i en tilstand, hvor hun oplever, at hun fysisk ikke kan flytte sig, og at hun derfor ikke kan komme ud af lejligheden.

"Jeg er muret inde her, og så kan jeg ikke komme ud".

I: "Oplever du rent fysisk at du kan faktisk ikke komme ud?"

"Ja, det gør jeg. Jeg får nogle... der sker noget med mig, der sker det, jeg ville gerne, hvis jeg kunne. Komme ud. Og jeg har også fået at vide flere gange af sygeplejersker, af læger, se at komme ud og gå, få noget luft. Jeg kan ikke. Jeg sætter mig der i min sofa, og så bliver jeg siddende, og så... ja" (Interview med kvinde, 2009).

Alice fortæller, at hun ser en veritabel krig udfolde sig på græsplænen uden for hendes vinduer. Hun er selv klar over, at det er noget, hun er alene om at se. Selv

om hun ved, det er hendes hallucinationer, der kommer og går, forstyrrer hendes hallucinationer hende ved at fjerne opmærksomheden fra de ting, der faktisk foregår rundt om hende. Alice fortæller, at hun af og til får problemer med sine omgivelser, når hun får syns-, føle- eller hørehallucinationer. Når hun hører stemmer, lyder de tydeligere end andre stemmer, og derfor er de mere virkelige for hende end andre menneskers stemmer. Andre mennesker i hendes nærhed trækker sig lidt fra at være sammen med hende, når hun bliver optaget af sine egne stemmer. Alice beskriver sine hallucinationer på denne måde.

"Jeg sidder og snakker med nogle andre, om noget i fjernsynet, vi har set, som egentlig var meget sjovt. Et eller andet. Syntes jeg. Det syntes de andre altså også. Og så, pludselig, så er der nogen, der råber mit navn, sådan rigtig høj skinger stemme, sådan ligesom i sådan en megafon, ikke. Råber mit navn, ud over det hele. Der var ikke nogen, der sagde noget. Kiggede. 'Hallo, Syfon, hvad sker der lige her?'"

I: "Altså, det var noget, du hørte, men der var ikke nogen, der sagde noget? (Alice ryster på hovedet) Nej."

"Altså, ikke om det, tror jeg. Jeg ved ikke, om jeg har hørt mit navn blive nævnt, det ved jeg ikke, eller om det var en hallucination....Jeg tænker, 'hvad dølen sker der lige nu?' 'Hvorfor gør de det?' Jeg vil godt være i fred, men det får jeg ikke..... og så trækker de andre mennesker væk fra mig..... Så hører jeg dem ikke. Så hører jeg de der stemmer, der snakker til mig" (Interview med kvinde, 2009).

Alice bliver socialt påvirket af sine forskellige former for hallucinationer, hun hører ting, der ikke bliver sagt, hun ser ting, der ikke sker, hun oplever kropsligt, at der sker ændringer, men ingen andre end hun selv oplever det. Hun kan høre stemmer, både når hun er alene og sammen med andre, mens hun er ved at foretage sig andre ting. Hun trækker sig indimellem fra at være sammen med andre og forbliver i lange perioder i sin egen lejlighed, fortæller hun, fordi stemmer og andre hallucinationer påvirker hende i sociale situationer. Hendes hallucinationer kan også forårsage en følelse af smerte, for Alice mærkes det, som om det er noget, der virkeligt sker. Alice fortæller:

"Og ja, men altså, det er alt, lige fra det ene til det andet, altså, og altså, for at komme videre til min følesans, så er det ligesom om, at der er knive i håndledet, og jeg har nogle, hvad hedder sådan nogle sprøjter... Kanyler i, her i armfidusen her, og, og så er der, altså, store, store, store blade her, brede..... knivblade, så brede her som går ind i ryggen på mig" (Interview med kvinde, 2009).

Det er smertefulde oplevelser, selv om det er noget, der ikke sker i andres oplevelser.

Alice formår ikke selv at bryde ud af sit 'fængsel', når hun har hallucinationer. Hun er splittet, på den ene side er oplevelserne af en krig uden for hendes

vinduer virkelige for hende, og på den anden side ved hun mentalt, at det kun foregår i hendes sanseverden og ikke i virkeligheden uden for hendes vinduer.

Torben

Torben har som Alice udvidede sanser, men hans måde at have det på foregår på en helt anden måde, og han vil helst ikke ud af sin farverige verden.

Torben opfatter sig selv som kompromisløs og provokerende på andre, han er sort/hvid. Det er det selvbillede, han har fået gennem sin barndom med morens opdragelse og tugtelse af ham, en selvforståelse som har fulgt med gennem to ægteskaber og mange venskaber med årene. Torbens liv har to sider, en manisk side med et sprudlende sanseboom, den tilstand elsker han at være i, men hvor andre mennesker bliver bange for ham. Hans anden side rummer depressive oplevelser, der resulterer i et farveløst og stillestående liv, en tilstand, der for ham er absolut uudholdelig. Torben søger kvinden i sit liv og de ultimative venner, der kan udgøre det sociale netværk, han ikke længere har.

Torben er først i 40'erne og bor i en lejlighed. Han har en bipolar sindslidelse og får førtidspension. Torben har haft et vanskeligt liv, når det drejer sig om familie og venner. Han fortæller, at han som barn er blevet 'banket' af sin mor, fordi han var et vanskeligt barn og meget 'provokerende'. Det har han konfronteret sin mor med de sidste fem-seks år. Han siger, at han nu har fundet ud af, at det skete af 'kærlighed', fordi hans mor elskede ham. Torben fortæller, at han kan finde på at stille urimelige krav til sine venner, han kan ringe midt om natten til dem og forventer, at de stiller op hos ham. Samtidig ved han godt, at han er manisk, når han opfører sig sådan. Af samme grund har hans gamle venner ikke holdt ved.

"Nej. Jeg har ikke sådan nogle gamle venner mere. De er skubbet væk. [...] Eller de er forsvundet, fordi jeg er svær at være venner med, tror jeg. [...] Jeg stiller store krav. [...] Jamen, de skal kunne tage telefonen klokken tre om natten, hvis jeg ringer til dem. [...] Hele vejen igennem, altså. Det er jo kompromisløst – jeg er kompromisløs. Jeg er sort og hvid".

I: "Hvad siger din familie til det?"

"De har også været... Jeg har... Der har jeg også været kompromisløs; min mor og jeg har haft voldsomme kampe de sidste seks-syv år, ikke. Pga. min barndom, ikke, hun har banket mig. [...] Og jeg har ikke rigtig kunnet forstå det. Nu har jeg indset, at det er kærlighed. Det var ren kærlighed. Og så afmagt. [...] Men nu har jeg affundet mig med, at det var fordi, hun elskede mig så meget. Så slog hun mig. [...] Nej, jeg tror, at jeg provokerede hende. Hun har sagt, at jeg var ikke noget nemt barn. Jeg tror, at jeg provokerede hende meget. Jeg har altid provokeret mine omgivelser og mig selv. [...] Ja. For jeg provokerer mig selv og omgivelserne for, at... At jeg ved, at det er det, der skaber udvikling. Det er jeg bevidst om

nu, men det har jeg ikke været tidligere. Men det er det, der skaber udvikling; det er, når man bliver provokeret” (Interview med mand, 2009).

Torben forklarer, at det er samfundet og ikke ham selv, der udstikker grænserne for, hvor langt det kan få lov til at udvikle sig, når han begynder at blive manisk. Han forklarer sin adfærd med, at han er kompromisløs over for sine venner, på samme måde som han var over for sin mor, da han var barn.

Torben blev gift meget ung med en kvinde, han havde kendt gennem 13 år. De var gift i tre år og har et barn sammen. Mens de var gift, tog han en akademisk uddannelse, han havde arbejde og tjente godt. De havde en stor *'herskabslejlighed'* og levede et godt liv, synes han, indtil en dag han følte, at der blev for lidt plads til ham i ægteskabet. Han brød ud, flyttede hjemmefra og forelskede sig i en anden kvinde, der var hjemme på ferie, men ellers boede i udlandet. Så opsagde han sit job og flyttede med hende til udlandet, og de fik et barn sammen. De flyttede tilbage til Danmark, da barnet skulle fødes, og han fik arbejde igen. De blev gift og købte hus, men efter tre år følte han sig igen tilovers i ægteskabet og forlod familien.

”Og der fik jeg job, og vi fik en bolig på X, og så igen levede vi et ganske normalt liv, hvor hun havde job i (Y), og jeg havde job dér, og vi havde (søn). Men efter tre år skete der lidt det samme. Jeg følte ikke, at jeg kunne være i det her forhold” (Interview med mand, 2009).

Torben ser ikke sine børn i dag, det vil ingen af mødrene tillade. Han forklarer det med, at børnene og mødrene er vrede på ham, og at han har provokeret dem, og fortsat gør det, når han henvender sig til dem per mail og telefon. Så de bliver bange for ham:

”Men jeg tror bare, at de er bange for mig. Eller den ene er. Den ene er bange for mig. Hun er bange for, hvad jeg kan finde på. Hun sagde engang: ’Psykisk syge mennesker er sådan nogen, der slår ihjel’” (Interview med mand, 2009).

På samme måde som med børnene udgør tidligere ægtefæller, kærester og gamle venner ikke længere et socialt netværk for ham. Torben forklarer, at han har skubbet sine gamle venner væk, og at børnene er sårede over, at han har forladt dem, og de er bange for ham, når han er manisk.

Torbens netværk består af to venner, han har mødt sent i livet, de har begge en bipolar lidelse, og de forstår ham, siger han. Han har mødt en kvinde på hospitalsafsnittet, de er blevet kærester. Hun er halvt så gammel som ham, men han fortæller, at hun repræsenterer en kvindelighed, han sætter meget pris på.

Han opfatter sin egen adfærd som *'meget maskulin'*, og forklarer, at han sætter pris på *'gamle dyder'* som, at en mand åbner døren for sin kvinde.

"Eftertænksomheden har gjort, at jeg har fundet ud af, at grunden til, at jeg ikke kunne være der, (i ægteskaberne) det er, fordi de kvinder, jeg har haft, var meget maskuline. De var ikke kvindelige. Jeg føler selv, at jeg er meget maskulin. Og jeg skal have en meget feminin kvinde, forstået på den måde, at der er forskel – som jeg ser det – på det en mand er god til, og det en kvinde er god til, og rollefordelingen var ikke..."

I: "Altså du tænker det som social maskulinitet?"

"Ja, lige præcis. Og rollefordelingen var bare ikke på plads i de forhold dér. Det har jeg så fundet ud af nu, efter jeg har mødt X her på afdelingen" (Interview med mand, 2009).

Torben er forelsket og er blevet ringforlovet, mens han har været indlagt på hospitalet, og han vil giftes igen, når han bliver udskrevet.

Også Torbens arbejdsliv har været turbulent og har stort set fulgt hans op- og nedture. Han fortæller, at han har haft arbejde flere forskellige steder, hvor han selv har sagt op, men at han blev fyret fra den sidste arbejdsplads, da han blev hypomanisk. Efter fyringen kom en periode, hvor han lå i sengen gennem seks år, og han havde ingen penge. Så henvendte han sig på psykiatrisk skadestue, blev indlagt og sat i behandling med Litium. Tre måneder efter han blev udskrevet, stoppede han med medicin og blev manisk, det er nu otte år siden.

Torben fortæller, at han som manisk troede og opførte sig som om, han var Messias. Torben synes, det er en dejlig tilstand at være i, han smelter sammen med alt og alle og føler sig som verdens centrum, men omgivelserne bliver bange for ham. Han fortæller:

"Jeg smelter sammen med alt. [...] Jeg er – i gåseøjne – "universets centrum" eller alt, der er. [...] når jeg er det sted dér, at jeg... At alle roterer omkring mig. [...] Så står jeg ved risten, og så kommer politiet og siger: 'Det må du ikke.' [...] Så tisser jeg færdig, og så tager de mig med ind til stationen og lægger mig i håndjern. [...] Og så siger jeg: 'Nu vil jeg gerne have hjælp.' Jeg vil hellere dét end detention. Så kører de mig på den lukkede. Eller jeg går ind og køber en guldjule eller af guldstof og går rundt i København og leger konge med 4000 kroner. [...] For sådan føler jeg mig. Jeg føler mig som en stor konge, ikke. Næsten som en ny Messias" (Interview med mand, 2009).

Torben blev indlagt og behandlet med tvang på lukket afsnit i forbindelse med den sidste mani, han havde for otte år siden. Han startede på medicinsk behandling og blev udskrevet igen. Han fortæller, at medicinen virkede så kraftigt på ham, at han de efterfølgende seks år bare lå i sin seng, fordi han befandt sig i en depressiv tilstand. Torben har erfaring for, at når han får det godt, så dropper han medicinen, og så bliver han glad igen, når han er på vej til at blive manisk. Hans sanser udvides, så han kan se og høre alt, mens medicinen

lukker af for hans åbne sanser. Han mærker medicinen på sin krop, og kan mærke med det samme, om den er god eller ikke for ham. Torben forklarer:

"Altså, når jeg er glad og ikke tager medicin, så er jeg jo... Så kan jeg jo næsten gå på vandet, ikke. Så glad er jeg. Så det er sådan set at komme fra himlen til helvede, når man tager medicin. Altså den medicin, jeg fik dengang. Den medicin, jeg får nu, er bedre. Men jeg fik noget, der hed Cyprexa, og det er zombimedicin, altså. [...] Altså, man kan ikke mærke sig selv – man bliver sløv. Man tænker ikke hurtigt, og man bliver... Verden er ligesom en osteklokke; man lever i en osteklokke. [...] Det er ligesom... Forestil dig en blomst, der lige bliver krøllet sammen, sådan der. Den folder sig ikke ud" (Interview med mand, 2009).

Medicinen virker på Torben, så han oplever, at hans tanker og sanser dæmpes alt for meget, til at han kan klare noget. Han har været indlagt i otte måneder på åbent afsnit. I den forbindelse har han skiftet til et andet præparat, så nu har han igen mod på livet og på at foretage sig noget, siger han. Han har endda fået energi til at ændre på sin lejlighed og er ved at bygge om, så der kommer mere lys ind i stuen. Han har skrevet om sit liv, digte og små fortællinger. Det har været godt for ham at bearbejde oplevelser fra sit liv, at se tilbage, siger han.

Torben ville gerne have, at han altid kunne være i en tilstand af udvidet sansning.

"Jeg tænker, at det er lidt ærgerligt, at jeg ikke kan få lov til at leve mit liv på den måde altid. Men at det er i sammenstød mellem mig – grænseflade mellem mig – og det omgivende samfund, som gør, at jeg bliver betragtet som værende sindssyg" (Interview, mand, 2009).

Torben fortæller, at når han er i en manisk tilstand, bliver folk på gaden bange for ham, og de synes, han siger mærkelige ting, derfor kan han ikke vedblive med at være i den tilstand med åbne sanser, han befinder sig bedst i. Han siger, at han ikke tænker som andre mennesker:

I: "Hvad sker, når andre mennesker ikke tænker ligesom dig?"

"Jamen, så er det jo, jeg har sammenstød. Fordi jeg ikke har kunnet forstå mig selv, og jeg har ikke kunnet forstå andre mennesker. Jeg har været forvirret på et højere plan. Jeg har handlet på de ting, som jeg har tænkt. Jeg har gået rundt med en kjole – fjollet, fjollet. Jeg har stået og tisset inde på (gade) – fjollet, fjollet, ikke. Altså, nu ved jeg godt, hvad jeg... Nu kan jeg ligesom bedre abstrahere fra mine tanker, og jeg kan reagere mere konstruktivt på de tanker, jeg har, og de følelser, jeg har. Jeg behøver ikke at udstille mig selv i nogen abstrakte former. Det blev meget abstrakt, ikke. [...] Så kortslutter det hele."

I: "Ja. Okay. Men tilbage igen til, hvad andre mennesker så siger, når du fortæller det – hvis du fortæller det til andre, end du lige gør til mig?"

"Ja. Men det gør jeg ikke. Jeg holder det tæt til kroppen, fordi jeg ved godt, at det ikke er normalt det her. [...] Det er sygt, eller det er grænseoverskridende; det er langt ude. Det er ude i ekstremerne, kan man sige. Jeg fortæller det måske til mine nærmeste venner. Jeg har skrevet en sms for nylig, at jeg engang har følt mig som en ny Messias, ikke. Det skrev jeg. Til dem. Til to af vennerne" (Interview med mand, 2009).

Vennernes reaktion på Torbens sms var at spørge, om han var indlagt på den lukkede afdeling. Torben fortæller ikke om sine forestillinger om sig selv, han ved, at det ikke er noget, andre mennesker vil kunne forstå. Og så er der måske også skam med i det, at det er ikke alt, man fortæller til alle.

Misbrugskarriere

De følgende fortællinger er fra mennesker, der har levet et liv på kanten af samfundet med skiftende boliger, hjemløshed og ikke mindst har deres liv været præget af misbrug af alkohol og stoffer. De er alle opvokset hos forældre, de har valgt at forlade i en tidlig alder og har levet et turbulent og problematisk liv. Mange hænger fortsat fast i en afhængighedsidentitet, for gennem deres liv har de ikke formået at erhverve andre handlekompetencer.

Ruth

Ruth er først i 50'erne. Hun har i sine teenageår og lige siden levet et turbulent og omskifteligt liv. I hendes liv har hun søgt efter sammenhold og noget af det nærvær, hun ikke fik i sin egen familie. Ruth har et ambivalent forhold til sin mor, som hun først har brudt med og siden er kommet overens med. I Ruths forståelse er hendes mor en politisk og samfundsmæssig anarkist. Ved at følge i sin mors spor, er hun blevet efterladt i den ene uvirkelige verden efter den anden. Første gang blev hun som 13-årig placeret i selskab med hashrygende voksne, og da hun siden fulgte efter sin mor, sluttede hun sig til en 'bz'ergruppe', som moren frekventerede. Herefter har Ruth fulgt dette mønster ved selv at placere sig i andre ekstreme situationer og grupper, der lever og fungerer i udkanten af samfundet.

Ruth voksede op sammen med en bror hos sine forældre, men da Ruth var 12 år, forlod hendes far pludselig hjemmet og flyttede sammen med en anden kvinde. Faren tog hendes bror med sig. Hun og moren kom tilbage til et halvtomt hus efter et familiebesøg i udlandet:

"Så kom vi hjem til et tomt hus, næsten tomt hus, og min bror var væk, hunden var væk, og så selvfølgelig halvdelen af møblerne, og min far var væk. Så havde de flyttet. Og det var selvfølgelig et chok for min mor og mig. [...] Min mor havde altid gerne villet studere og arbejde, [...] men det ville min far ikke have, så det blev de sådan set uvenner om, så meget så han valgte at flytte med sekretæren, og så kunne hun så bare klare sig så godt, hun nu kunne. Og hun havde været husmor i 22 år og kendte ikke til nogen andre i den periode og

stod lige pludselig der med ansvaret for hjem og hus og mig, og en tilværelse hun slet ikke anede, hvad skulle bunde i. Og resten af min familie, de stod af[...] og min fars familie blev totalt væk, altså der var slet ikke nogen interesse eller backstøtter, backstage[...] jeg blev overladt meget til mig selv[...]”.

I: ”Hvor gammel var du der?”

”Der var jeg så omkring 13” (Interview med kvinde, 2009).

Efter farens flytning gik det ikke godt, familien på begge sider støttede ikke moren og Ruth, så de var uden familie. Derudover følte moren og Ruth sig fysisk truede af faren. Forholdet mellem moren og faren var ikke godt, og Ruth prøvede at fortælle en lærer, at det stod skidt til hjemme, men det blev ikke hørt, fortæller hun. På det tidspunkt var det helt galt i familien.

”Jeg prøvede på en skovtur at sige til min idrætslærerinde, som jeg havde det bedst med,[...] at forholdene var ikke så gode derhjemme og sådan noget. Det var ikke så godt med mor og far, og min far kom på et tidspunkt og prøvede at ville dræbe mig og min mor” (Interview med kvinde, 2009).

Moren havde psykiske problemer, og da faren forlod dem, varetog hun sine egne interesser, og Ruth blev overladt til sig selv i en alder af 13 år. Moren solgte hus og sommerhus og fandt en lille lejlighed, hvor der ikke var plads til, at Ruth også kunne bo. Ruth flyttede i princippet sammen med sin mor i kollektiv, men moren boede der ikke, og ingen af de andre voksne i kollektivet tog sig af hende:

”Jeg flyttede i kollektiv i (by), men min mor havde også et værelse der. Og min mor regnede med, at de voksne, få voksne der var i huset ellers, ville tage sig af mig. Men det gjorde de slet ikke, de røg bare en masse hash. Og det startede jeg sådan set også med at gøre. Jeg gik på en privatskole, og der var ingen, der fattede mistanke om mit sociale liv, så jeg røg bare enormt meget hash, og det var sådan set min tilværelse” (Interview med kvinde, 2009).

Ruth har siden levet et meget turbulent liv. Som ung flyttede hun fra kollektiv til kollektiv og røg 'en masse hash'. Hun har siden sin ungdom rejst og boet forskellige steder rundt om i Danmark og i udlandet, og hun har haft mange forskellige slags arbejde. Hendes tilværelse som ung, og ligeledes senere hendes voksenliv, har været præget af mange skift af relationer til forskellige grupper af mennesker.

Ruth blev på et tidspunkt psykotisk og gik til ambulante gruppebehandling på et psykiatrisk center. Ruth fortæller, at hun ikke fik det bedre af at komme der og stoppede efter tre måneder. Hun sluttede sig til sin mor, der var i gang med at studere på universitetet og deltog i aktioner sammen med forskellige 'anarkistiske' grupper. Ruth siger om moren, at hun var:

"Ren anarkist.[...] Hun har aldrig været med i en gruppe, altså politisk gruppe på den måde. Hun har været med i større sammenhænge, der lavede anarkistiske temaaftener i (X) og sådan noget. Tusind forskellige eller hundrede forskellige mennesker som havde alle mulige projekter [...] Hun var jo altid imod vold, ikke, og altid mod kriminalitet og sådan noget. Men hun var ikke imod civil ulydighed. At man kunne stjæle fra dem, som havde mange penge. Altså i butikkerne og sådan noget, så det lærte jeg af hende dengang, jo, ikke. Det synes hun var moralsk forsvarligt at gøre. Det var politisk at gøre. Nå, men så blev jeg altså så optaget af alle de unge mennesker, der rendte rundt, fordi jeg selv var et ungt menneske i den sammenhæng, så jeg begyndte at rende sammen med besætterne [...] Og vi besatte et hus nede i (x-gade) og boede der i halvandet år [...] Og så boede jeg som besætter hele landet over. Der var meget sult i det hus, og der var meget koldt i det hus, og der var meget beskidt, fordi vi havde ikke noget bad, der fungerede, og der var ikke så meget vand, der fungerede" (Interview med kvinde, 2009).

Som besætter blev Ruth anholdt af politiet mange gange. Hun følte sig jagtet af politiet og begyndte i stedet at frekventere rockermiljøet, som hun sluttede sig til, fordi hun i rockergruppen søgte og fandt et sammenhold, som hun ikke havde oplevet i sin egen familie. Der begyndte hun at indtage amfetamin, der var noget, de solgte i miljøet. Hun fik en fængselsdom for vold på et tidspunkt, men den afsonede hun i et ungdomsbehandlingskollektiv.

Ruth har i flere perioder haft det psykisk dårligt, og siden 1993 har hun været indlagt flere gange på psykiatriske hospitaler. Første gang hun var indlagt, skete det i udlandet, efter hun havde været udsat for et groft overfald, mens hun var bosiddende i udlandet. Efterfølgende var hun gennem seks år indlagt på lukket afdeling på et psykiatrisk hospital, hvor hun fik meget medicin. Da hun kom ud derfra, havde hun fået tilkendt førtidspension, og hun rejste tilbage til Danmark. Ruth har flere gange forsøgt at tage sit eget liv med medicin.

"Jeg har også selv prøvet at tage livet af mig selv mange gange. Altså jeg har haft det der hedder misbrug, man kalder det misbrug, men jeg har ikke selv kaldt det misbrug af Phenergan [...] som er et allergimiddel, som man kan købe receptfrit. Som er meget, meget stærkt. Det har jeg taget for at kunne slappe af, for at blive ligeglad. Men jeg har ikke sådan taget det løbende. Jeg har bare taget det en gang imellem og taget det i meget store doser, og jeg har også ligget på intensivafdelingen på (B- hospital), fordi jeg har været ved at dø af det ikke" (Interview med kvinde, 2009).

I Danmark har Ruth været indlagt på psykiatriske afdelinger over flere omgange, siden hun første gang selv ønskede at blive indlagt i 2002 i forbindelse med, at hun følte sig deprimeret og havde tabt sig meget. Ruth siger, at hendes største hindring for et godt socialt liv har været hendes mors tilstand. Moren har gennem mange år været paranoid eller haft 'stor angst', men ifølge Ruth mener

moren ikke selv, der er noget i vejen med hende. Så hun har ikke søgt hjælp. Ruth siger, at angsten har 'afsmittet på' hende:

"Men det som har været min største hindring for at få et godt socialt liv, det har været, at i alle årene har min mor været meget paranoid. Hun har været sikker på, at min far ville dræbe hende, og det har hun også haft meget stor begrundelse for, så man kan måske ikke kalde det paranoia, men man kan kalde det stor angst. Min mor har haft meget stor angst, og den har afsmittet på mig også" (Interview med kvinde, 2009).

Ruth har haft en periode, hvor hun har brudt med sin mor, men har igen genoptaget forbindelsen med både hende og broren, men hun ser ikke så meget til dem. De to udgør, sammen med hendes kæreste, hendes eneste netværk.

Mogens bor i egen lejlighed, og han betegner i dag sit liv som godt. Han har en kæreste, som han har haft gennem mange år. Mogens fortæller, at han har dom til behandling resten af livet. Det har han fået for drab på sin mor, som han havde et ambivalent forhold til. Han fortæller, at han havde et stort alkoholmisbrug, og at han ikke havde planlagt, at det skulle ske. Det skete helt uden varsel. Han kom i fængsel og blev efterfølgende indlagt på psykiatrisk hospital med behandlingsdom på seks år, et år på lukket afdeling og fem år på åben afdeling:

"Jeg blev mentalundersøgt, og de erklærede mig utilregnelig i gerningsøjeblikket. Men jeg kan sagtens huske det, altså. Men impulsen til at gøre det, det er det, der er utilregneligt. [...] Jeg havde overhovedet ikke planlagt det. [...] Det var sådan et ambivalent, [...] Hun var, altså, hun var min skytsengel, men altså. Hun var meget autoritær" (Interview, mand, 2009).

Mogens får fortsat medicinsk behandling for sin sindslidelse, han forklarer, at det skal han fortsætte med resten af sit liv. Mogens har det godt med medicinen, han får nu, og han mener, at det er nødvendigt, for ellers var han ikke i live i dag. Han har et godt liv som også indbefatter nogle gode venner fra hans barndom, han stadig ser. Men "drukvennerne" smed han ud.

I: "Men når du siger, at du lever en parallel verden, hvad tænkte du på det i forhold til?"
"I forhold til det omgivende samfund. Man går i sine egne små cirkler, synes jeg. Mine meget gamle, jeg har venner helt tilbage fra 65 og fra 71, dem ser jeg stadigvæk. [...] Men alle drukvennerne, dem tog jeg afsked med på min 40-års fødselsdag. Da havde jeg inviteret dem alle sammen, og så smed jeg dem ud. Så var det færdigt med dem. Dårlige vibrationer med dem. Dårlige vaner" (Interview, mand, 2009).

Mogens har gjort op med sit liv, da han fik dommen og begyndte på medicinsk behandling. Han har kvittet misbruget og vennerne, som han oplevede var med

til at holde ham fast i misbruget. Han har ikke længere et arbejde og får nu pension.

Mogens fortæller, at han i en lang periode var meget paranoid, han var bange for alt og turde gennem seks år ikke forlade sin lejlighed. Han fortæller, at medicinen ikke virkede på ham.

"I '88 vågner jeg op i min lejlighed inde på (gadenavn) og var paranoid. Jeg vågner op paranoid. Så jeg gik jeg op og bankede en messingplade for min postkasse og gemte navnet ved dørtelefonen, der skulle jeg ikke kendes mere af nogen. Og det holdt i.. fra 88 til 96. Der var jeg kronisk psykotisk, det var et mareridt.[...] Der var intet, der virkede på mig. [...]Trilafon virker ikke på mig. Nej, nej, det var et mareridt" (Interview med mand, 2009).

Først efter han blev behandlet på hospital med et andet præparat, virkede det på hans paranoia og hans angst for at forlade lejligheden.

"Ja, jeg fik hjemmehjælp i to år og støtte-kontaktperson i halvandet år. Jeg kunne ikke bo i min lejlighed. Jeg var bange for at være her. Om aftenen, hvis jeg glemte at trække ned om dagen, og jeg skulle gå ned om aftenen, så kravlede jeg hen over gulvet. Jeg skulle ikke ses, jeg skulle ikke eksistere" (Interview med mand, 2009).

En lang periode før dette havde han haft angst for at tage offentlige transportmidler, og han cyklede rundt alle vegne, så hans kondi var helt i orden, fortæller han. I den periode han ikke turde forlade sin lejlighed, havde han kun kontakt med omverdenen gennem hjemmesygeplejersken og støtte-kontaktpersonen, fortæller han. Nu får han depotmedicin, det virker, og han tager det frivilligt.

Runes selvforståelse og identitet er som alkohol- og stofmisbruger. Hans hverdag er en lang tur ind i rusen. Hans krop og bolig er han ikke hjemme i, det hele er et stort kaos, som han ikke søger at ændre på. Runes handlepraksis ligger stort set inden for samme register, der er dikteret af hans misbrugskarriere, hvor hans liv har formet sig som en lang række af problematiske sociale relationer.

Rune er først i 30'erne og fortæller, at han er vokset op hos forældre, der havde og fortsat har et stort forbrug af alkohol. Da han var 14 år gammel, begyndte han selv med sit misbrug, han startede med at ryge hash og tage stoffer. Han fortæller, at han har en skizofreni, som han bliver behandlet for efter at have fået en behandlingsdom. Rune har et stort forbrug af stoffer og alkohol, det kan give ham problemer, fordi han kan blive aggressiv over for andre, når han får 'nedtur'.

"Ja, det har jeg sgu. Det må jeg sige, jeg har ikke fået nedtur endnu, men det kommer. Det kommer, bare vent og se, så kommer der en nedtur. Så bliver man aggressiv, og man slår ud i luften og siger, hvad fanden er du for en, og folk har ikke gjort en noget, det er bare sådan nogle aggressioner, der kommer".

I: "Så det har du oplevet før?"

"Ja, det har jeg."

I: "Hvad sker der så med de mennesker, du er omkring? Hvad ville der ske i det?"

"De bliver kede af det [...] det er ikke så sjovt. Men man bliver selv ked af det bagefter og siger, hvad fanden har jeg lavet, det må du fand'me undskylde" (Interview med mand, 2009).

Rune har boet på gaden gennem tre år og har været ude i et stort forbrug af stoffer, en dag Rune havde haft nedtur, og han ingen penge havde, tog han hjem til sine forældre for at få penge til stoffer. Men faren ville ikke give ham penge. Faren var fuld og rendte efter Rune med et koben. Rune havde stukket efter ham med en kniv, kniven ramte faren i låret. Rune blev anholdt og fik en dom til behandling, og efter dommen har han fået et værelse på en akutafdeling på et bosted.

Runes værelse bærer præg af, at der sjældent gøres rent og ryddes op. Der er ikke meget inventar i rummet, det har han solgt for at få penge til stoffer. Han får førtidspension, men han har stor gæld og har stakke af uåbnede rudekiverter liggende på sit rum. Han fortæller, at han har lånt mange penge, det er nemt, de er gået til stoffer og øl.

"Jeg har så ondt af mig selv, tror jeg [...] jeg sidder i stor gæld altså, og jeg kan ikke komme ud af den gæld igen [...] det er helt åndssvagt, at man kan få lov at låne så mange penge[...] men det er også, fordi banken vil gerne have, at man får et struktureret liv, og så vil de jo gerne hjælpe en med et hus og sådan noget, hvis man arbejder hårdt nok i et stykke, i nogle år, ikke? [...] så får man automatisk en, hvis man lærer noget om skattevæsenet, og hvordan det fungerer og sådan noget, og man sætter sig ind i det, jamen så ender man op med et hus[...] og sikkert også en kæreste og nogle søde børn og..."

I: "Er det nogen drømme, du har?"

"Nej, dem har jeg droppet. Fordi jeg har været en dum idiot [...] jeg har været ude og låne penge på det der lånemarked [...] og der bliver du bare godkendt. De godkender en, simpelthen".

I: "Hvem er det, der godkender dig, siger du?"

"(Jeg skal ind i) lånevirkksomheder og sådan noget. Der, de, så faxer de sådan et papir, hvor jeg har skrevet mine indtægter ned på. Så kommer der en fax tilbage, så står der godkendt" (Interview med mand, 2009).

Rune betragter personalet på bostedet som et serviceorgan for ham. Han synes, han selv skal tage initiativ, før der sker noget, og han mener ikke, personalet gør noget for ham, hvis han ikke selv er med. Han er ikke helt tilfreds med det og siger:

"Jeg synes, de gør så lidt for os".

I: "Hvordan det?"

"Vi har det godt, har jeg fundet ud af, men jeg, det eneste man laver her, det er, at man drikker kaffe hele dagen. Og de tilbud de har her, de synes jeg er meget svære at benytte, fordi at der, der, jeg ved ikke hvorfor, men altså. Jeg synes ikke rigtig det, jeg synes, det er for lallet, jeg synes det er for lallede tilbud ik' altså".

I: "Hvad er det for nogen tilbud, der er?"

"Man kan spille bordtennis, og man kan spille billard med personalet. Men de ting har jeg, jeg har været for meget igennem, til at jeg gider lave det, til at jeg gider gå i gang med det".

I: "Hvad kunne du tænke dig så?"

"Jamen, jeg har mistet min selvtillid så meget, så jeg, jeg tænker kun på mit misbrug og penge. Det er det eneste, jeg har i hovedet" (Interview, mand, 2009).

For Rune er det et dagligt spørgsmål om at have penge til øl og stoffer, og alle aftaler viger for det. Rune fortæller, at han kun har venner, hvor interessen er at være fælles om at drikke øl, ryge hash eller tage stoffer sammen. Men Rune giver udtryk for, at de ikke er egentlige venner.

X fortæller, at han keder sig, han bruger meget af sin tid til at sidde på bænken i parken sammen med alle de andre misbrugere. Jeg spørger, om de er hans venner. Det er det ikke, men han kender dem alle sammen. Han har haft en ven, der var så god ved ham. Han har ikke kontakt med ham mere, men det ville han gerne have, han savner ham. X siger, at han ville gerne holde op med at være misbruger og få en uddannelse og et arbejde (Feltnoter, 2009).

Rune fortæller, at han elsker heroin, han kan godt lide suset. Han ryger hash, han sniffer amfetaminpulver dagligt sammen med en medbeboer på bostedet, hvor det er meget enkelt at få fat på stoffer. Han er ret fastlåst i sit misbrug, han forklarer, at så snart han har penge, så har han en stærk trang til at bruge dem med det samme:

"Jeg tænker på at gå op til købmanden og så bruge mine penge så hurtigt som muligt, jeg kan, på hash og øl."

I: "Er det det, du tænker mest på i hverdagen?"

"Ja, det er presserende [...] hele tiden ikk' [...] men det er ikke særlig sjovt at være misbruger

[...]jeg ryger så meget af det, fordi jeg synes ikke, man er så afhængig. Det der med, at man siger, man har abstinenser, det er rigtig nok, men det er bare ikke, jeg tror godt, man kan klare sig uden. Det kræver bare lidt viljestyrke" (Interview med mand, 2009).

Men Rune tænker på at skaffe penge, og da han begynder at fantasere om at have en masse penge, er det stoffer, der er førstevalg som noget, han ville bruge penge på:

I: "Ja, hvad ville du gøre, hvis du havde mange penge?"

"Så ville jeg dø, tror jeg. Så ville jeg købe en masse stoffer [...] en masse kokain, tror jeg, jeg ville gå ud og købe [...] kokain og rent. Men så ville jeg også få problemer med, folk ville

finde ud af det, og så ville jeg blive slået ned, og så ville de tage mine stoffer og mine penge”.

I: ”Har du oplevet det?”

”Nej, men det ved jeg vil ske, hvis jeg fik mange penge” (Interview med mand, 2009).

Rune er dobbelt i sine meldinger, han bedyrer, at han gerne vil have et arbejde, så han kan tjene lidt penge, og så tiden ikke kun går med at drikke øl og tage stoffer. Rune mener, at hvis han får et arbejde, kan han holde op med at være misbruger, og hvis han holder op med at være misbruger, så slipper han også for sine druk- og misbrugsvenner, så kan han få en kæreste, en uddannelse og et arbejde. Han vil gerne:

” slippe af med de mennesker, der bare synes, det hele bare skal drikkes op og snakkes væk altså” (Interview med mand, 2009).

Selv om Rune fortæller, at han har opgivet at få en kæreste, giver han også udtryk for, at han har nogle drømme om at få en sød kæreste og om at komme ud af misbrugsmiljøet, som han har været en del af gennem 15 år. En af medarbejderne tager med ham til møde hos skovarbejderne, hvor der måske er et job at få. Han vil også gerne træne til et stort løb og aftaler med en medarbejder, at de skal træne, men på den aftalte tid er han forsvundet.

Leo er vokset op i en familie med tre søskende. Som Runes familie er Leos familie også præget af forældrenes misbrugsadfærd. Moren havde et alkoholmisbrug, forældrene skændtes hver aften, og stedfaren slog ofte moren, så politiet måtte afhente stedfaren til afrusning. Hver gang forældrene skændtes og sloges, gemte Leo sig under dynen. Han reagerede med selv at blive voldelig over for andre.

”Det startede, da jeg var lille jo ikke, der sloges min mor og min stedfar meget. [...] ja, og det gjorde mig selvfølgelig meget ked af det, og jeg blev meget voldelig som barn. Jeg var meget aggressiv og sloges meget” (Interview med mand, 2009).

Leo begyndte at tage på Christiania, da han var ung. Han mener, at han fik en psykose, fordi han i sin barndom tilbragte alt for meget tid hos en svoger.

”Og så tror jeg, at noget af det, der startede min psykose, var, at jeg fik lov til at være så meget ovre hos min svoger. Og de havde en hund, og den skulle slås ihjel, så han spurgte, om jeg ikke lige tog med over (i en park) og slog den ihjel. Jeg var 14, ikke, og det sagde jeg så ja til, og så ville han skære halsen over på den med min kniv, men det ville jeg ikke have, han skulle gøre, så blev vi enige om, at vi skulle hænge den, og så tog vi den henover en gren, og så bar jeg den op fire-fem gange før den døde. Og det tog hårdt på mig, for den gang boede jeg ude (i z-by) og kom meget på Staden allerede den gang, men røg ikke hash dengang” (Interview med mand, 2009).

Leo har selv været voldelig over for de kærester, han har boet sammen med. Han forsøgte at kvæle én af dem og fik dom til behandling. I en periode boede han på et bosted, men det fungerede ikke, syntes han.

"Jeg fandt en anden kæreste på det tidspunkt, og så flyttede vi i lejlighed sammen. Én vi fandt på internettet. Den er privat lejet. Det fungerede så godt i lang tid, men så døde min mor sidste år, d. 24. februar, og så gik det helt galt igen".

I: "Har du haft kontakt til din mor i perioden der – fra du var ung og så indtil hun døde?"

"Ja, jeg har altid haft kontakt. Hun boede ovre på Ø, da hun døde. Der har hun boet i mange år".

I: "Ja, så har hun støttet dig i hele din periode, her hvor du har haft det skidt?"

"Nej, hun har ikke støttet mig, hun har jo selv drukket og haft et misbrug, men jeg har kunnet snakke med hende, ikke" (Interview med mand, 2009).

Leo har haft kontakt med sin mor, indtil hendes død. Han kan ringe til sine søskende, men vil ikke gøre det, når han har det dårligt, som i øjeblikket. Han har behandlingsdom for at sparke en betjent. Han er indlagt på lukket afdeling og har fået frataget sin udgangstilladelse. Han er vred, for han har ikke gjort noget, siger han:

"Først siger han, at han ikke kan give mig udgang, fordi at jeg har behandlingsdom, og jeg har taget stoffer med ind til en" (Interview med mand, 2009).

Leo har en behandlingsdom og er derfor indlagt på lukket afsnit. Han har egen lejlighed, der er udlejet, mens han er indlagt, men han har ikke lyst til at flytte tilbage til den, fordi han så skal bo alene i lejligheden, og når han er tilbage, kommer han direkte tilbage til sit tidligere miljø, hvor fællesskabet kun drejer sig om at være fælles om stoffer. Han fortæller, at han er socialt anlagt, og at han bedst kan lide, at der er andre mennesker omkring ham, så han vil gerne flytte på bosted, når han bliver udskrevet.

"Jeg er et meget socialt menneske, så det er både derfor, og samtidig så er det også, fordi jeg ikke føler, at det er godt, at jeg flytter tilbage dertil for mig selv. Det er for at passe på mig selv, og jeg vil gerne ud af det stofmiljø...."

"Ja, jeg har det bedst, når jeg har nogle at snakke med og har nogle omkring mig. Jeg er meget social, jeg kan godt lide at spille og alt sådan noget" (Interview med mand, 2009).

Leo har været indlagt på mange forskellige lukkede afdelinger, og når Leo taler om at være socialt sammen med andre, tænker han lige så meget på de professionelles tilstedeværelse i patientmiljøet. Han har flere grunde til at ønske det, fordi der ofte er konflikter mellem patienterne, nogle bliver let aggressive, når de har det dårligt, og de har vanskeligt ved at koncentrere sig om at være sammen med andre i længere tid af gangen, og Leo er glad for at spille brætspil

og kort. Han har et billede af, at elever og studerende udgør en social faktor for patienterne, mens det faste personale opholder sig mere på afstand af patienterne.

"Jeg vil sige, dem, der holder hjulet i gang på lukket afdeling i forhold til patienterne og socialt samvær med personalet, det er eleverne. Og eleverne sidder altid iblandt os, for de skal jo studere, ikke. De skal jo vide, hvordan livet er. Dem, der arbejder, holder sig bare inde på kontoret. Og det synes jeg er forkert. Også fordi at nu kommer der en ny patient, der ikke kender nogen som helst på afdelingen. Det er da svært for ham at komme ind i det sociale, hvis personalet så var mere aktivt og sad inde i stuen, så kunne de ligesom pege ind på og hjælpe og sige, ham der spiller musik, og så pege ind på ham eller han gør sådan..... ja, og så, de kan løse konflikter ikke. De kan jo holde øje med, om der bliver konflikter, ikke" (Interview med mand, 2009).

Leo har en institutionskulturel opfattelse af livet på hospital. At dømmes efter hans udtalelser mener han, at personalet har ansvaret for, at der er et socialt liv mellem patienterne, og at det er personalet, der må igangsætte aktiviteter og introducere nye patienter i miljøet. Det er også for Leo en del af sikkerheden i afsnittet, at personalet er til stede både dag og aften, for at det skal fungere socialt i miljøet, så konflikter mellem patienter tages i opløbet eller helt undgås. Leo har endnu en grund til at ønske selskab af personalet. Han fortæller, at han gerne vil ud af stofmisbruget, og når personalet ikke er til stede i dagligstuen, indgår patienterne aftaler med hinanden om handel med stoffer, noget han er aktivt part i.

"Og på den måde så ville de også kunne holde øje sådan, så folk ikke sidder og snakker om stoffer, og med at de skal skaffe til hinanden og sådan noget. man laver nogle aftaler, det er jo klart. Hvis der var mere opsyn på os, så ville man ikke kunne gøre det jo. Så skulle man gå og hviske i hjørnerne, og så kan de jo lægge mærke til, at der var noget galt, ikke" (Interview med mand, 2009).

Personalet ser nok mere, end Leo giver udtryk for, at de gør. Han oplever på egen krop, at personalet overvåger og kontrollerer, om en patient er påvirket af stoffer, og selv får han inddraget sin terrænfrihed, da der findes patienter, der er påvirkede af stoffer i afsnittet. Leo bliver flyttet til et andet afsnit, og han fortæller i interviewet, at personalet på det nye afsnit er meget mere aktive i forhold til socialt samvær mellem patienter og personale.

Leo fortæller om et stort forbrug af stoffer, og om at alle hans venner kommer fra misbrugsmiljøet. Han har taget en høj dosis narkotika dagligt gennem mange år,

og har skaffet de mange penge på måder, han ikke vil fortælle om. Det er nok ikke alt sammen lige 'lovligt', som han siger.

"Jeg har så solgt ved siden af hernede, amfetamin meget. [...] Så det er det, de prøver at arbejde med nu, at jeg skal prøve at komme ud af amfetaminen, ikke".

I: "Jo, men tager du stadig amfetaminen?"

"Jeg har ikke taget et godt stykke tid nu, men jeg tog noget her for et par uger siden".

I: "Så du har stadig trang til, at du vil have stoffer?"

"Næ, jeg har ikke trang efter noget, jeg har det bare bedre, når jeg er på amfetamin, jeg synes, det er sådan en lykkemedicin. Jeg bliver lykkelig af det, og jeg kan bedre tackle mine problemer og sådan noget" (Interview med mand, 2009).

Leo har været stofafhængig gennem mange år og har flere gange fået dom for vold. Han fortæller, at han sælger stoffer på hospitalet. Han vil gerne ud af det, når han bliver udskrevet. Men det er kun et par uger siden, han tog stoffer.

Louis

Fra sin tidlige teenagealder har Louis levet et turbulent og voldsomt liv. Han har to lidelser: en alvorlig somatisk lidelse og en sindslidelse, og begge dele får han medicin for. Louis vil gerne leve et almindeligt liv, men kan ikke finde ud af, hvad det er. Hans liv har været alt andet end almindeligt.

Louis er vokset op i en familie med en søster, men løb hjemmefra som 13-årig, da han fik nok af en voldelig og alkoholiseret far, der også var 'børnepiller'.

"Jeg havde en far, der tævede mig altid.[...] Altså, det var ligesom, det gav mig ligesom en forkert start på det hele. Jeg stak ham en hammer i hovedet, da jeg blev 12 år og stak op på en pension..." (Interview med mand, 2009).

Louis fortæller, at han kom i forkert selskab på den pension, han stak af til. Han boede på gaden nogle år, hvor han levede af at sælge stoffer til folk på gaden, før han tog til søs som 16-årig.

"Men der kom jeg så i forkert selskab. Det startede der. Jeg har været både narkoman og drunker" (Interview med mand, 2009).

Der var ingen sociale myndigheder, der greb ind, hvilket Louis forklarer med, at han ikke bad om hjælp. Hans liv blev præget af alkohol- og stofmisbrug. Som barn var Louis indlagt på børnepsykiatrisk hospital.

"Jeg startede engang med (X- psykiatrisk hospital), der var jeg ikke ret gammel. [...]Ja. Det var jo min far. Det er jo klart. [...] Jeg kunne ikke finde ud af det. Jeg kunne ikke finde ud af det. Jeg kunne slet ikke finde ud af det" (Interview med mand, 2009).

Louis har været indlagt på psykiatrisk hospital mange gange i sit liv, og for et års tid siden er han begyndt at komme ambulantly på distriktspsykiatrisk center.

Louis fortæller, at han ikke har venner, han taler fortroligt med. Han har kontakt med mange mennesker, men det er ikke det samme. Derfor føler han sig ensom. Så skriver han til venner på pc'en. Det hjælper lidt på følelsen. Louis har fået en støtte-kontaktperson, der kommer hver 14. dag. Det giver ham tryghed, fortæller han.

I Louis' tilfælde er medicinen med til at give ham et liv, hvor han bedre kan overskue tingene og bedre kan klare at holde kontakt med sine venner. Han fortæller, at for et år siden oplevede han *'nogle ting'*, som ikke var virkelige.

"Ja, jeg har haft nogle ting, som jeg selv syntes var virkelige, men som åbenbart ikke har været det. Det kan jeg stadigvæk ikke forstå. Og det har bragt mig en tur på psykiatrisk afdeling, og så kom jeg i forbindelse med distriktspsykiatrien, og det har jeg jo så heller ikke fortalt, at jeg er røget ud og ind ad forskellige psykiatriske afdelinger i løbet af mit liv" (Interview med mand, 2009).

Louis kom på distriktspsykiatrisk center og blev sat i medicinsk behandling. Medicinen har hjulpet ham, så han kan overskue sin verden igen.

"Ja, ja, jeg får noget der hedder Abilify, men det er ligesom, det river mig ud af... jeg har sådan en tendens til nogle depressioner, og det river mig ud af den tendens. Der er det ligesom om, at jeg får nemmere ved at overskue tingene.[...]Det er rigtig godt, ikke. [...] Jeg kan også bedre kommunikere. Altså, nu kommer mine venner her. Der gjorde de ikke før.[...] Slet ikke i samme udstrækning. Det er fordi, at jeg ikke var værd at besøge.[...] Jeg var ikke selskabelig. Jeg var ikke selskabelig. Jeg var indelukket".

I: "Så når du har fået det medicin, så har du åbnet op og snakket?"

"Ja, jeg er lysnet op, og jeg kan bedre føre en samtale uden at snuble i det".

I: "Du taler da meget fint nu, i hvert fald."

"Jo, jo, men jeg er et født sludrechatol, det har jeg fra min mor, men, det, ja, ja, men jeg kunne bedre overskue det og bedre finde ud af det uden at snuble i mig selv"

(Interview med mand, 2009).

Louis fortæller, at han har tendens til depressioner, der gør, at han bliver indelukket, ikke kan overskue tingene, og ikke kan kommunikere. Derfor kommer vennerne ikke på besøg, når han har det på den måde. Louis oplever, at han er *'lysnet op'* og bedre kan formulere sig uden at snuble i ordene. Hans venner kommer igen og besøger ham, han tager ikke meget ud til dem, de kan bedre lide at komme hos ham.

Louis føler sig af og til ensom. Han har en meget fin computer, som han af og til skriver lidt på.

"Ind imellem så kan jeg godt finde på at komme i et hjørne, hvor jeg synes, at jeg vil skrive mig ud af et eller andet. Det kan jeg godt finde på.[...]Det bruger jeg somme tider. Det er ikke så tit. Det kommer an på... Jeg har somme tider nogle perioder, hvor jeg føler mig lidt ensom, så kan jeg godt lide at skrive" (Interview med mand, 2009).

En ven har hjulpet Louis meget gennem hans somatiske sygdom, og en anden ven deler han sin computer- og tv-interesse med.

"Jeg har, lad mig se, en, to, jeg har tre kammerater, der kommer, og to veninder. [...]Jeg har noget kontakt. Det har jeg".

I: "Selvom du siger, at du er ensom?"

"Jeg har altid haft meget svært ved at stifte nære forbindelser. Jeg har altid haft meget svært ved det".

I: "Så dine venner, dem du ser, som de der fire-fem stykker, du har kontakt til, det er ikke så nært et forhold".

"Nej, det er det faktisk ikke. Det nærmeste jeg har, det er hende (navn), der kommer og henter den madras der, det er nok det nærmeste kammeratskab jeg har, altså det tætteste, ikke".

I: "Okay, så det handler sådan om, hvor meget I snakker om jer selv i jeres selskab?"

"Ja, ja, og hvor inderligt, ikke. Ja"(Interview med mand, 2009).

For Louis' vedkommende er venskab ikke det samme som at have kontakt og nogen at tale med. Venskab, der modvirker ensomhed, drejer sig for ham om, hvor inderligt han kan tale sammen med nogen. Louis har købt en meget kraftig pc med opkobling til en hurtig bredbåndsforbindelse. Han har venner fra hele verden, og det meste af dagen går med at chatte.

"Ja, min computer fylder meget.[...] Den fylder rigtig meget, ja. Den fylder, ja, næsten al min fritid. Og når jeg snakker om fritid, så er det, fordi at jeg har et lille havejob. Det må jeg egentlig ikke, fordi det er sort arbejde" (Interview med mand, 2009).

Louis har mange ting at beskæftige sig med i løbet af dagen. Han har været igennem en lang periode med alvorlige somatiske problemer, men det er overstået nu.

I: "Hvis nu vi skulle snakke om, hvordan du har haft det i de 20 år, du har boet her, så, har det været en god periode for dig?"

"Ja, ja. (somatiske problemer) var jo noget værre noget, og det er også ligesom, jeg ikke rigtig kan lære at leve et almindeligt liv".

I: "Ved du, hvad det er?"

"Nej. Det er nok, fordi at jeg ikke har prøvet det før. [...] Det er nu, at jeg sådan set skulle nyde livet og leve optimalt, men jeg synes, at det er svært. Synes det er svært" (Interview med mand, 2009).

Louis har en søn med en tidligere kæreste, sønnen bor hos moren, som har lejlighed to opgange borte i samme lejlighedskompleks, som han selv bor i. Louis fortæller, at han gør meget ud af at vise sønnen, at forældrene stadig er gode

venner. Louis er holdt op med at drikke for 20 år siden, og han har det bedre, end han nogensinde har haft det i sit liv.

"Jeg har det meget bedre, end jeg nogensinde har haft det, ja. Men jeg har jo spildt det meste af mit liv på at have det skidt. Det er jo meget ubehageligt, synes jeg. Hele min ungdom er væk, ikke... Der har jeg jo... føler jeg jo, at jeg har en masse til gode, som jeg jo aldrig har nogen chance for at indhente, og det kan godt pine mig.[...] Men det kan man ikke lave om på. Det kan man ikke lave om på" (Interview med mand, 2009).

Louis føler sig ensom og mangler en at have nærhed og fortrolighed med. Han kunne ønske sig et 'kvindemenneske', men han fortæller også, at han har indset, at det ikke er realistisk, det har han opgivet med tiden. De 20 år, der er gået med helbredsproblemer og sindslidelse, har ikke været et almindeligt liv for Louis, han har det 'svært' med at skulle leve 'et almindeligt liv', han kan ikke rigtigt lære det, fordi han aldrig har prøvet, hvad det vil sige at leve 'optimalt'.

Maltes historie er som Runes, Louis' og Leos en opvækst i en alkoholiseret familie med vold og druk. Malte forstår sig selv som alkoholiker, og i hans egen forståelse er det er ikke noget, der kan ændres ved. Han lever sit liv med alkohol for at holde sine tanker og hallucinationer på afstand, så han ikke bliver for angst for at være sammen med andre eller for at være alene i sin lejlighed.

Malte boede sammen med en søster hos sine forældre, men forældrene blev skilt, da han var otte år. Siden boede han hos sin mor og hendes samlever, men der var mange problemer både i skolen og i hjemmet. Moren var alkoholiker, og parret skændtes meget.

"Altså, jeg havde jo problemer i skolen. Jeg var indelukket pga. min opvækst, fordi jeg fik fysisk og psykisk bank i folkeskolen hver dag i seks et halvt år. [...] Det var den stærkeste i klassen dengang, men i midten af sjette klasse, der bankede jeg ham én på kassen, så han holdt med at være efter mig fysisk, men så var han det psykisk.[...] Det var meget hårdt, og jeg havde det hårdt på hjemmefronten samtidig. Min mor og samlever skændtes meget om natten. Det lå jeg og hørte på.[...] Det er også derfor, jeg altid har ligget meget i sengen, fordi da jeg var barn og kom hjem fra skole, så lagde jeg mig ind i sengen for at få fred" (Interview med mand, 2009).

Malte har altid været meget knyttet til sin mor, hun er død for år tilbage, men han drømmer stadig om hende, fortæller han. Hans far har seks børn med andre kvinder, men Malte og hans søster så aldrig faren igen efter skilsmissen. I dag har han ingen kontakt med nogen af sine halvsøskende og heller ikke med sin

helsøster. Malte havde problemer i gymnasieårene og fik allerede i 2. g et stort alkoholforbrug. Han fortæller, at da han var 24 år, brød hans sindslidelse ud på en meget 'hård' måde.

"Min sygdom brød ud den 6. i 5... Søndag, den femte i sjetten 90, klokken seks om morgenen. Der brød min sygdom ud. På en meget hård måde. [...]Jeg lavede ildspåsættelse.[...]Fordi politiet havde brudt døren op ind til mit værelse, sådan en skydedør, dem jagede jeg på flugt. To betjente der stak mig, de løb væk fra mig. Fordi jeg havde knive og økser og baseballbat og det hele liggende klar, når de kom ind".

I: "Var du bange, var det derfor, du havde taget dem frem, eller hvorfor?"

"Jeg ville af med livet. Jeg forsøgte med selvmord, det kunne jeg ikke, så gik jeg amok i stedet for, og så lavede jeg ildspåsættelse op ved døren, fordi jeg ikke ville have, at de skulle komme tilbage. [...] Jeg lejede et værelse i en kæmpe villa på det tidspunkt. Det var sat på tvangsauktion, men jeg havde en kontrakt. Så de kunne ikke smide mig ud."[...]Altså, det var kun nede i værelset, der brændte. Der var ikke andre, der kom til skade. Kun mig selv, jeg fik nogle forbrændinger".

I: "Men du nåede så at blive reddet ud, inden at der skete noget mere med dig?"

"Jamen, der var jeg rent ud sagt pisse stiv, og jeg fik blackout, da jeg stod over ved anlægget og satte den sammen med ... for fuld musik. Og det sidste jeg kan huske var, jeg stodovre ved anlægget og satte den på, og så fik jeg blackout" (Interview med mand, 2009).

Malte fik dom til behandling, og hjemmesygeplejersken kommer og giver ham depotmedicin.

Malte har fortsat et stort alkoholforbrug. Han siger, han er alkoholiker og ikke kan lade være med at drikke. Han fortæller, at han kender mange, der kommer på værtshuset for at drikke, som han gør. Hans venner møder han på værtshus, hvor de drikker øl, spiser og spiller spil sammen. Han besøger af og til sine venner, men de vil ikke besøge ham, fordi han kun drikker på værtshus og ikke længere drikker hjemme i sin lejlighed.

"Jeg besøger nogle engang imellem. Der er ikke særlig mange, der kommer herop. Det er også, fordi at jeg er tørlagt for alkohol. Jeg vil ikke have noget alkohol i mit hjem. For nogle år siden, to-tre år siden, der drak jeg en flaske gin om dagen.[...]Plus ind på Pizza House bagefter og drak øl videre".

I: "Ja. Så du drikker slet ikke mere, så?"

"Jo, jeg er alkoholiker.[...] For når jeg kommer ud herfra og kommer ned på Pizza House, så starter jeg. Jeg er alkoholiker.[...] Jeg drikker kun Grøn Tuborg fadøl eller Grøn Tuborg flaske i dag.[...] nogle gange sidder jeg alene dernede, og andre gange sidder jeg sammen med nogle andre stakler. Det kommer an på, hvem der andre.[...]Jeg er på en eller anden måde afhængig af det".

I: "Hjælper det dig? Altså, får du det bedre af det?"

"Det beroliger nervesystemet" (Interview med mand, 2009).

Malte hører stemmer af og til, når han sidder på værtshus sammen med vennerne, så hans alkoholforbrug ser han som nødvendig for at dæmpe hans angst, og så han bedre kan klare at være alene i lejligheden. Maltes stemmer

påvirker ham mest, når han er sammen med andre. Han får medicin, der hjælper på stemmerne, men den virker så kraftigt på ham, at han bliver meget træt og sover hver dag indtil middagstid.

"Mit liv. Det er godt i dag. Jeg har et godt liv i dag. En gang imellem bliver jeg stadigvæk syg. Så kommer jeg hjem, der hvor jeg er fra. Så går det over, når jeg kommer hjem. [...]Jeg hører stemmer".

I: "Påvirker det dit samvær med dine venner, at du hører stemmer?"

"Nogle gange, ja. [...] Når jeg bliver syg, så er det, fordi mine stemmer først bliver syg, og så bliver jeg syg, når de bliver syge. [...] Så går jeg hjem, ja, og så går det over.

[..] Når jeg er alene. Altså hvis der er nogen, som snakker lidt for meget mærkeligt. Hvis jeg føler, de snakker mærkeligt, så kan jeg godt blive syg af det. Og det starter altid med, at mine stemmer først bliver syge. Og tænker mærkelige tanker. Og så bliver jeg ramt af det, så bliver jeg også syg" (Interview med mand, 2009).

Malte synes, han har et godt liv. Han har sine venner, som han mødes med til øl og spil dagligt, og de støtter ham ved at ringe til ham, hvis han ikke dukker op som aftalt. Han har affundet sig med, at hans liv ser sådan ud nu og i fremtiden.

Opsummering Del I

Gennem analyserne af individuelle interviews er der fremkommet tre grupper af fortællinger. Analyser af fortællingerne viser, at baggrund og opvækstvilkår har stor betydning for de billeder, som personerne tegner af deres nuværende ressourcer og livsvilkår. Familiebaggrund, uddannelse og arbejdsliv og den forståelse, der følger af dette, har også indflydelse på borgernes livsgnist og på deres drømme og håb for fremtiden. Fortællingerne viser, at menneskers oplevelser af sociale livsforløb og den enkeltes recoveryproces er lige så afhængig i fremtiden af, om de har et socialt og personligt støttende familie- og vennenetværk, der kan medvirke til, at de brud, sindslidelsen medførte i selvfølelse og identitet, kan overskrides og dermed heles.

Sammenfatningen inddeles ud fra fortællingerne i de tre grupper, og strukturelt følges nogle overordnede temaer fra hverdagslivsperspektivet. Typiske træk for hver gruppe fremgår af nedenstående oversigtstabel.

Figur 2. Oversigtstabel over de tre typologier

Karakteristiske træk	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Opvækstvilkår	Tryk opvækst hos forældre og søskende	Opvækst i brudte familier	Manglende tryghed under opvækst i dysfunktionelle familier med psykiske problemer grænseoverskridende adfærd, omsorgssvigt, vold, misbrug Flere er i ung alder stukket af hjemmefra
Sociale relationer	Støtte fra familie og venner Nogle bor sammen med ægtefælle/ kæreste Nogle ønsker ikke at knytte venskaber med andre, der har en sindslidelse Oplevelser af skam	Indgår i skiftende, turbulente forhold Manglende fysisk, social og psykisk nærhed Manglende socialt netværk De fleste er ikke i parforhold og bor alene Savner en at dele livet og tale fortroligt med Oplever isolation og ensomhedsfølelse	Nogle har taget deres families voldsmønster med ind i egne forhold Andre er kommet sig socialt Mange har brudt med familie, alle bor alene Venner er ofte fra misbrugsmiljøet, og i dette miljø fungerer de socialt Savner 'rigtige venner', dem man taler fortroligt med
Uddannelse	Mange har gennemført uddannelse. Nogle på akademisk niveau	Mange er startet på en uddannelse som afbrydes af psykiske problemer	De fleste har ikke uddannelse.

Arbejde og økonomi	Mange har tidligere arbejdserfaring og ønsker at komme i job igen Nogle indgår i et arbejdsfællesskab eller er i arbejdspraktik. En har fuld arbejdstid på alm. vilkår De fleste får enten kontanthjælp eller er på førtidspension	Skiftende arbejde/ korte eller ingen erhvervs erfaringer Nogle ønsker sig få timers arbejde, andre har få timers arbejde Alle får førtidspension	Nogle har arbejdserfaring De fleste har ikke arbejde og ønsker det ikke Et par stykker ønsker sig uddannelse og arbejde En enkelt har 'sort arbejde' Alle er på førtidspension
Ressourcer og recovery	Mange har bibeholdt sociale, kommunikative, praktiske ressourcer og kompetencer Alle er kommet sig socialt Nogle på vej mod fuld recovery	Mange oplever lavt selvværd, mindreværdsfølelse Vanskeligheder med at etablere tætte relationer Flere bruger deres kreative aktiviteter i deres recoveryproces Nogle er på vej mod social recovery Ingen er kommet sig fuldt	Mange har ressourcer, der er tæt knyttet til deres misbrug, at skaffe og sælge stoffer Andre klarer sig kun, fordi de har bostøtte, hjemmehjælp og anden professionel støtte Ingen er kommet sig fuldt ud, men nogle er på vej
Boligforhold	Bor i lejlighed/ hus De fleste bor alene	Mange lever på bosted, beskyttet bolig, andre bor i almennyttig lejlighed	Nogle har dom til anbringelse og er på lukket afsnit, andre har dom til behandling Nogle bor i almindelig lejlighed, andre bor på bosted
Fremtid	Mange ønsker sig et arbejde og en kæreste Nogle har ægtefælle og børn	Flere har håb om at finde en kæreste, men tror ikke helt på drømmen	Flere har håb om en kæreste og et liv som alle andre Andre har opgivet drømmen Enkelte har en kæreste
Behandling	Alle har været i medicinsk behandling Nogle er stoppet med medicin Mange bruger familie og venner og ikke professionelle som netværk og støtte i deres recoveryproces	Alle er i behandling med medicin Nogle er også i psykoterapeutisk behandling Nogle stopper med medicin, når de kommer ud fra hospital	Alle i denne gruppe er eller har været i behandling med medicin. De med behandlingsdom har ikke valgfrihed Nogle indgår i et psykoterapeutisk forløb
Oplevelser med sindslidelse	Sindslidelse er kommet sent i livet, noget som mange oplever som et brud med tidligere selvfølghed Begrænsninger i hverdagslivet Nogle oplever livet tomt og indholdsløst	Nogle oplever, at de har perioder, hvor de er verdens centrum, andre oplever, at de ikke kan klare almindelige praktiske opgaver i hverdagen. Nogle føler sig som kasseret af samfundet	Mange har haft psykiske problemer fra tidligt i livet og har været i behandling Mange har stemmer og hallucinationer, der påvirker deres muligheder i sociale relationer Passivitet og handlingslammelse

Familiær opvækst og håb for fremtiden

Gruppe 1 – støttende relationer

Personerne i Gruppe 1 er meget veltalende, de reflekterer undervejs i interviewet, fortæller nuanceret og udfolder deres historie, så der kommer mange forhold med om deres tanker og erfaringer fra et liv med sindslidelse. Det karakteristiske for personerne i den første gruppe er, at de har haft en tryk opvækst hos forældre og søskende, at de har haft tætte venskaber, og mange har gennemført uddannelse og har arbejdet flere år. Et andet fællestræk for gruppen er, at forældre, søskende og nogle venner er vedholdende, også efter at livet på flere områder i deres hverdagsliv er ændret. Personerne i denne gruppe oplever det som noget helt naturligt, at deres forældre fortsat støtter dem i de perioder af livet, hvor de har haft og fortsat har det vanskeligt. I denne gruppe har flere personer levet i ægteskab eller kæresteforhold med børn. I nogle af disse ægteskaber har ægtefællen støttet op, andre er blevet skilt, nogle børn er fortsat boende hos den sindslidende forælder, andre er flyttet med tidligere ægtefælle.

Har bibeholdt sociale kompetencer

Flere personer fra Gruppe 1 fortæller, at de har bibeholdt deres sociale kompetencer, som de har tillært sig gennem deres opvækst og arbejdsliv. De mener, det er derfor, de formår at etablere nye venskaber, hvor de gamle forsvandt. Nogle lever helt fint med et miks af venner fra før sindslidelsen og med nye venner, der selv har en sindslidelse, mens andre afviser at knytte varige og tætte bånd med andre sindslidende mennesker. Nogle fortæller, at de ønsker sig en kæreste for at have et fuldendt liv, andre har fundet én, nogle få i denne gruppe ønsker sig ikke mere af livet, end de har nu. De har slået sig til tåls med livet, og nogle udtaler, at de selv har valgt at leve, som de gør.

Arbejdsparathed

De fleste personer i Gruppe 1 ønsker at komme i arbejde i større eller mindre udstrækning. Nogle har haft et længerevarende arbejdsliv og fortæller, at de er gået ned med stress. Én har oplevet en livstruende situation på sin arbejdsplads, andre har haft et hektisk arbejdspress, der blev efterfulgt af et liv i angst, og efterfølgende har de fået en depression. Nogle har tidligt fået psykiske

problemer, allerede i gymnasiet eller midt i et uddannelsesforløb, og har efterfølgende ikke kunnet gennemføre det igangværende eller andre uddannelsesforløb. På tidspunktet for undersøgelsen var otte i arbejde, én havde fuldtidsarbejde, én havde skånejob, fire havde job på særlige vilkår, arrangeret af et Fountain House-værested, mens andre var i arbejdsstræning ved at deltage i det arbejdende fællesskab i huset. En person i gruppen ventede på at komme sig helt og at vende tilbage til en igangværende uddannelse i forventning om et kommende arbejdsliv. Kun en enkelt i denne gruppe havde det helt fint med ikke at komme i arbejde igen. Mange i denne gruppe har skoleuddannelse på studenterniveau, nogle har efterfølgende gennemført en længerevarende uddannelse og har i en periode været i arbejde.

Økonomisk tryghed i kraft af førtidspension

Deres funktion på arbejdsmarkedet og i det omgivende miljø har bidraget til, at de forventer, at det er muligt at komme sig så meget, at de kan komme tilbage i en arbejdsfunktion i nær fremtid. Nogle af personerne i Gruppe 1 fik kontanthjælp i en overgangsperiode, heraf var to sygemeldt fra fuldtidsjob. Hovedparten fik udbetalt førtidspension, som de ikke kunne tænke sig at leve uden, fordi deres krop og tanke var blevet langsommere. Dette, oplevede mange, skyldes den medicin, de blev behandlet med. De oplevede gennemgående, at de var mere trætte end før sindslidelsen, og at de måtte trække sig tilbage til hjemmet for at samle ressourcer og regenerere. Det gav dem ro at vide, at de med en pension havde økonomisk tryghed, og de oplevede det som nødvendigt, for at de kunne komme sig så meget, at de kunne overkomme et arbejde. De fleste accepterede, at det betød et arbejde i mindre omfang end fuld tid og i et langsommere tempo, end de var vant til fra deres tidligere arbejdsliv.

Familie- og vennerelationer

For de interviewede, der indgår i den første gruppe, udgør familien en 'naturlig del' af hverdagen. Deres baggrundsforståelse af det sociale liv bunder i deres sociale opvækstmiljø. Den familiære opvækst og skole/arbejdslivserfaring har været med til at præge synet på dem selv og på de muligheder, de ser for fremtiden. De fleste i den første gruppe tager familie og vennenetværk for givet, deres eget hverdagsliv har dette præg af en selvfølgelig forståelse af, at

hverdagen i familien er noget, som bare fungerer uanset. Dette er i overensstemmelse med forventninger, andre mennesker i samfundet har til deres hverdagsliv i familien. Informanternes tanke- og handlemønstre hviler på disse forståelser og erfaringer, selv om en sindslidelse medførte midlertidige brud på selvfølgelige forestillinger, brud i rytmen i det hidtidige liv og i nogle sociale relationer. Bruddene har ført til nye forståelser og har ikke ændret ved deres livsmod og håb for et fremtidigt liv. Alle de interviewede lægger tryk på udtalelser om, at det bliver ikke det samme liv, som før sindslidelsen skabte et brud i deres velkendte og selvfølgelige verdensbillede. Det er karakteristisk for personerne i den første gruppe, at de altid har haft og fortsat har god støtte fra deres familiære netværk, og at det familiære miljø er en velkendt del af deres hverdag midt i al den fremmedhed, som sindslidelsen har medført for dem, både sansemæssigt, kropsligt, tankemæssigt og socialt og i deres opfattelse af dem selv. De arbejder meget ihærdigt for at komme sig fuldstændigt - de fleste med familiens hjælp og støtte i det sociale og med støtte fra professionelle i forhold til deres psykiske problemer.

Gamle og nye venner

Der er nogle få i denne gruppe, der fortæller, at deres venner forsvandt med sindslidelsen, hvilket står i modsætning til oplevelser, som de interviewede fra de øvrige grupper gav udtryk for. De, der oplevede at miste kontakten med venner, som de havde fra tiden, før deres problemer opstod, gav udtryk for, at de oplever et savn af nære venner, og at de føler sig ensomme i hverdagen, fordi de mangler vennerne at dele deres interesser med. De har deres familiære netværk, men det er ikke altid tilstrækkeligt til at bortjage følelsen af at være ladt alene i hverdagen. For andres vedkommende ser de fortsat de venner, som de så før sindslidelsen, fordi vennerne er vedholdende og også besøger dem, selv om de har perioder med indlæggelser. Nogle søger nye venner, men fravælger alle, der lider af en sindslidelse, og selv hvis de under en indlæggelse eller som brugere af et værested etablerer kontakter, hvor de udveksler erfaringer og er tæt sammen med andre, søger de ikke at etablere venskaber, der rækker ud over den aktuelle kontekst, de befinder sig i. Andre finder netop venskaber, fordi de mener, at mennesker, der befinder sig i situationer, der matcher deres egen situation,

forstår, hvordan de har det og netop formår at sætte sig ind i andres situationer, fordi de har kendt sindslidelse på egen krop.

Refleksion og håb

Under indlæggelser og i hverdagen på et værested deler de en social hverdag, og dermed er de allerede involveret i hinandens fortolkning af verden ved at dele oplevelser af livet og tanker om fremtidsmuligheder. Det fællesskab, der opstår mellem mennesker, der deler hverdagen under en indlæggelse, opstår og fungerer som en subkultur, der ikke har varig netværkskarakter, men snarere fungerer som en modmagtskultur i den institutionelle kultur, hvor de professionelle definerer stedets overordnede rammer og dermed den kontekst, de indlagte lever i.⁵

Brud med selvfølgeligheder

Der er flere i denne gruppe, der beskriver, at sindslidelsen medførte et brud i deres liv. Et sådant 'accidentielt brud', der kan tilskrives en særlig hændelse, bringer hverdagslivet ud af vanlige mønstre. Derved sker et brud med den selvfølgelighed, der har præget deres tidligere så kendte og 'naturlige' liv, og det bliver for nogle vanskeligt blot at udføre almindelige dagligdags handlinger. Nogle fra denne gruppe taler om, hvordan praktiske ting i hjemmet pludselig forvandles til noget, der forekommer helt uoverskueligt for dem. For nogle medfører dette skam, de isolerer sig og kan ikke klare at have kontakt eller tale med andre mennesker om deres psykiske problemer. Et accidentielt brud medfører et 'konstitutivt brud', hvorved personen får problemer med egen identitetsoplevelse og derved fremmedgøres fra sig selv, en følelse af ikke at vide, hvem er jeg? Den før så velkendte verden bliver uopnåelig, det er ikke længere naturligt og muligt at udføre handlinger, der var nok så kendte fra før sindslidelsen.

For nogles vedkommende bliver betingelser for at eftergøre disse handlinger umulige at genoprette. Drømmen om at genskabe handlinger og levemåde fra tiden, før bruddet indtrådte, forbliver uden for mulig rækkevidde. Det medfører ændret selvværd og selvforståelse og nødvendiggør gentænkning af ønsker og

⁵ Patientfællesskabet skaber en subkultur, hvilket bliver drøftet i de følgende dele af rapporten, der omhandler institutionelle kulturer.

forestillinger om fremtidige muligheder. Tilstanden af længerevarende passivitet medfører for mange menneskers vedkommende sociale tab i det nære liv, tab af ægtefælle og dagligt samvær med deres fælles børn. Bruddet giver for manges vedkommende ligeledes anledning til varige tab af venskaber. Enkelte er i stand til at etablere nye venskaber. Nogle bevarer håbet og troen på, at de vil kunne arbejde helt eller delvist igen i fremtiden.

At betræde 'ukendt land'

Informanterne fra Gruppe 1 fortæller om, hvordan deres liv ændrede sig fra en kendt og for dem almindelig hverdag til en hverdag præget af de begrænsninger og problemer, en sindslidelse førte med sig. Det er et ganske ukendt land, de har betrådt, og det er meget forskellige måder, en sindslidelse viser sig på. Flere kvinder har oplevet depressioner og et deraf følgende pacificerende liv; selv om der anvendes forskellige ord, er der overensstemmelse mellem deres oplevelser af, at livet bliver tomt og indholdsløst. Nogle får vanskeligt ved at udføre praktiske ting, vanskeligt ved at gå uden for en dør, og i perioder trækker de sig tilbage fra kontakter med venner og familie. Indholdet i hverdagen forandres dramatisk, når det fra at omfatte et aktivt arbejds-, familie - og venneliv ændres og bliver en verden tømt for initiativ og aktivitet. Nogle oplever, at livsgnisten forsvandt, og det sociale samvær med andre og indholdet i hverdagen var uden livsglæde. Selvfølgeligheden i hverdagen forsvandt, og med den mindskedes selvtilliden.

At kæmpe sig tilbage

Der er flere i Gruppe 1, der har rettet deres forventninger til et fremtidigt liv ind efter deres nuværende oplevelse af hverdagslivet. Sindslidelsen har medført en omvæltning på det personlige og familiære plan, idet kun et fåtal af dem, der er interviewet, fortsat lever i ægteskab/parforhold. For nogles vedkommende retter alle aktiviteter sig mod at genoprette et familieliv. De kan ikke forestille sig et liv alene. Andre søger at genoprette et arbejdsliv, deres identitet ligger i arbejdet, og de kan ikke se en fremtid uden et arbejde. Af de interviewede, der er placeret i Gruppe 1, har kun én person et almindeligt fuldtidsarbejde, og én person er i 30-timers skånejob. De øvrige har enten førtidspension eller er på kontanthjælp i en overgangsfase. Der er flere, der ikke stræber efter at vende

tilbage til samme form for arbejde som før, de fik en sindslidelse. I denne gruppe er der flere personer, der ønsker at træne for at kunne genoptage et job, men de fleste har mistet tidligere ambitioner om at genoptage et arbejde og kan ikke overskue, hvis det skulle være samme præmisser som før. De fleste har ingen forestilling om, at de engang i et fremtidigt liv kan blive i stand til at varetage et job, som de havde eller var i gang med at uddanne sig til, før deres sindslidelse indtrådte. Selv om sindslidelsen har medført store ændringer for dem i deres familieliv og arbejdsliv, har de bevaret optimismen og ser lyst på det liv, de har nu. De oplever, at de har mange ressourcer i sig selv og med deres familie og vennenetværk.

Gruppe 2 – turbulente liv og sociale brud

Der er flere træk, der er gennemgående for mennesker i Gruppe 2. Som det mest karakteristiske for personerne i gruppen fortæller de samstemmende om en opvækst i brudte familier, og om at der i mange af familierne hverken kan tales om fysisk, psykisk eller social nærhed.

Nogle personer i Gruppe 2 fortæller om en barndom med fraskilte forældre, hvor de i dag kun har kontakt med den ene af forældrene og måske med en af deres søskende. Flere har oplevet turbulente liv, uden tætte relationer med forældre og venner, og i deres barndom har der hersket løsere og for nogles vedkommende helt uigennemskuelige normer i familien. De fortæller enslydende om en følelse af lavt selvværd, mindreværd, manglende tiltro til andre mennesker og til deres egne kompetencer i at etablere tætte relationer med andre mennesker.

Et par personer i denne gruppe er vokset op i familier med forældre, som ikke formåede at skabe voksen-barn-relationer. Ingen har været i familier med misbrugsproblemer, og de er ved at komme ud af deres vanskelige sociale roller og formår nu at komme videre i livet. En var det voksne barn, der måtte stå for skud, når de voksne havde psykiske problemer. Det er vedkommende ved at arbejde sig ud af i dag gennem professionelle relationer med andre på et arbejdende værested. En anden husker sig selv som et barn, som fik tildelt rollen som familiens 'sorte får' og blev sendt til børnepsykiatrisk behandling i tidlig skolealder. Denne 'sorte får'-kontekst har familien søgt at bibeholde, mens

personen selv har søgt hjælp fra professionelle i distriktspsykiatrien og derved har formået at slippe ud rollen for at komme videre i sit liv.

Brud, isolation og brudte relationer

Mange fra Gruppe 2 lever på kanten af det sociale fællesskab. Deres familiære bånd er bristede, og de formår ikke at etablere netværk med andre mennesker, hverken i deres nærmiljø eller på væresteder. De lever ofte et liv alene, de føler sig ensomme og isolerede, nogle lever helt uden nære relationer, andre har få kontakter, men de understreger, at der ikke er tale om dybe venskaber.

Mange har i en tidlig alder oplevet psykiske problemer og har måttet afbryde deres gymnasieskolegang eller et igangværende uddannelsesforløb. Andre har nok haft lidt psykiske problemer, som de siger, men det er først senere, at det er blevet klart for dem, at der var tale om mere alvorlige problemer, når de midt i deres liv har stået med problemer, der er kommet til at fylde for meget til, at de har kunnet klare en hverdag med familie, børn og arbejdsliv. For manges vedkommende har ungdoms- og voksenlivet også budt på turbulente forhold med mange brud i sociale relationer, som f.eks. skilsmisse og forsvundne ungdomsvenner pga. vanskeligheder med at etablere og vedligeholde tætte og fortrolige relationer med andre mennesker.

Professionelle som støtte og næsten venner

De fleste personer i Gruppe 2 har ikke praktisk eller social viden eller handlekompetence, der kan gøre dem i stand til at bringe sig ud af den fastlåste eksistentielle ensomhed og sociale isolation. Deres familiære netværk og vennenetværk er forsvundet, fordi kontakterne er ebbet ud i takt med, at de blev sindslidende. For manges vedkommende er familieforholdet mere præget af fravær og af mistillid og distance, så de har brug for professionelle relationer i deres recoveryproces. Personerne i Gruppe 2 har flere professionelle relationer, nogle følger ambulantly behandling på et distriktspsykiatrisk center og har støtteperson i deres bolig. De giver udtryk for, at støtten fra de professionelle får deres verden til at blive udholdelig, og at den hjælper dem til at få deres hverdag til at fungere. Ofte udgør de professionelle første valg i situationer, hvor et menneske med sindslidelse har behov for en til at følge dem. De vælger ofte de professionelle, selv om der er kontakt til familiemedlemmer. Flere fortæller, at

de som deres største aktiv i livet har en støtteperson, der kommer en gang om ugen og giver lidt liv i boligen. De opfatter kontakten med professionelle som den eneste mulighed, de har for at tale med et andet menneske. Nogle mennesker med sindslidelse opfatter næsten støttepersonen som en ven, derved kommer kontaktpersonen til at fungere som en slags erstatning for de venner, personerne for længst har mistet.

At føle sig kasseret og ekskluderet af samfundet

Nogle har flere ægteskaber og arbejdspladser bag sig, nogle har ikke ambitioner om og heller ikke ressourcer til at komme tilbage til en hverdag med arbejde og familie. Mange føler en tomhed i livet og et savn over ikke at have muligheden. De fortæller, at de aldrig har nået at etablere venskaber i deres ungdom, hvorfor de ikke har sociale færdigheder i at knytte venskaber og tætte bånd til andre mennesker. Andre fortæller, at med sindslidelsens indtræden er vennerne forsvundet. De har vanskeligt ved at etablere nye venskaber, de steder de kommer i hverdagen.

Der er nogle, der i perioder af deres liv føler sig ude af stand til at klare at komme op af sengen og at komme udenfor i samfundet. De oplever det som et nederlag, for de føler, at de er kloge, at de er for gode til at være inaktive, og de ville allerhelst kunne gøre noget for andre mennesker i samfundet. De mange savn og tomheden efterlader nogle med en følelse af at være kasseret af samfundet. Følelsen af at være kasseret hænger sammen med den lave selvtillid og af ikke at betyde noget for andre mennesker. Mange oplever derfor en eksistentiel ensomhedsfølelse, et savn af menneskelig nærhed og en særlig fortrolighed, et savn af en kæreste.

Af de personer i Gruppe 2, der har været i arbejde, har de fleste haft skiftende arbejdssteder med korte ansættelser. Flere personer i denne gruppe har aldrig været i arbejde. Nogle i denne gruppe fortæller om kreative sider, som har været godt for dem i deres liv. Det har været aktiviteter med at male og tegne, skrive bøger om et liv med sindslidelse eller skrive artikler i tidsskrifter og blade.

Musik som middel til recovery

Nogle har musik som livsindhold og mål. De har i depressive perioder gået ind i musikken meditativt for at komme sig. De har altid levet i og af musik og ønsker

fortsat, at musik skal udgøre et væsentligt indhold i deres hverdag. Det er også gennem musikken, de etablerer vennerelationer og kontakter med andre mennesker. Og det er gennem musik, at de oplever at blive helet i deres sind. De strukturerer og orkestrerer deres hverdagsliv, som om det var et musikstykke, der skulle komponeres eller opføres. Gennem den struktur, de lægger over deres hverdag, følger de et velkendt mønster, der gør dem i stand til at udføre praktiske ting i hverdagen. De ligner ikke hinanden på andre måder end ved at have en passion for musik, de bruger musikken til at komme sig. Deres færdigheder i musikken giver dem ikke nødvendigvis værktøjer, der gør dem i stand til at begå sig socialt.

Nogle personer har aldrig oplevet at have succes, de har aldrig følt sig i centrum. Flere fortæller, at de har trang til at vise, at de har styr på tingene, at de kan præstere noget enten gennem musik eller idræt, gennem arbejdet i brugerorganisationer eller ved at have særlige evner til at opleve sig selv som verdens centrum. Andre personer har forliget sig med, at deres liv er et liv uden ægtefælle og børn. Selv om de ikke helt har sluppet drømmen om noget andet, så er håbet borte. Nogle i denne gruppe har affundet sig med tanken om at leve deres liv på bosted eller i beskyttet bolig med mulighed for at få professionel kontakt.

Flugt og misbrug

Informanterne, der indgår i Gruppe 3, fortæller om en opvækst præget af omsorgssvigt og for nogles vedkommende af vold, incest og alkoholmisbrug. Nogle er opvokset hos forældre, der havde psykiske problemer. Forældrene var fraværende i hverdagen og havde ikke meget øje for børnene i familien. Andre har som børn været udsat for en del vold fra ruspåvirkede forældre og fortæller enslydende historier om, at de har gemt sig under dynen og ligget helt stille, når forældrene drak, skændtes og derefter sloges.

De fleste personer i denne gruppe er blevet overladt til sig selv, flere er i deres helt tidlige teenageår stukket af fra hjemmet for at slippe fra forældrenes vold og misbrug. Det efterlod børnene i et familiært socialt tomrum, hvor de blev overladt til sig selv eller til andre voksne, som ikke følte eller tog ansvar for dem. Det medførte problemer med at finde ud af, at der var normer og regler, der

skulle følges i forskellige kontekster, de manglede sociale kompetencer og havde svært ved at begå sig sammen med andre børn. En barndom, der for manges vedkommende førte til fravær af legekammerater. De havde sociale problemer i skolen, og efterfølgende har de haft vanskeligt ved at knytte sig til andre.

Nogle har oplevet at få venner i deres ungdom i uddannelses- eller arbejdsliv. For nogle vedkommende er der udelukkende tale om 'druk- eller stofmisbrugsvenner', som de har fået, fordi de har opsøgt miljøer, hvor der var misbrug, og de er selv blevet afhængige af alkohol eller stoffer i en tidlig alder. Flere i denne gruppe har taget såvel alkohol som det voldelige mønster med ind i kæresteforhold og i deres misbrugsmiljø, som en del af deres livsindhold. De har fået behandlingsdom for vold, nogle er på lukket afdeling, andre bor på bosted.

De sindslidende misbrugere i denne gruppe har så stærk en afhængighedsidentitet, at de end ikke overvejer, om der kan være andet i livet, da deres sociale handlekompetencer er vævet tæt sammen med deres misbrug og det kendte mønster heri. Flere giver udtryk for, at de ønsker at komme ud af deres afhængighed, men de har ikke kompetencer eller støtte til at komme ud, derfor gør de ikke alvor af det. Enkelte har i perioder med svære psykiske problemer tyet til et stort forbrug af alkohol, men er efterfølgende kommet i medicinsk behandling for at slippe selvmedicineringen og har nu et mere afdæmpet forbrug.

Hallucinationer og manglende selvværd

Nogle personer i Gruppe 3 oplever hallucinationer, der påvirker deres opfattelse af verden omkring dem. De fortæller om perioder med angst og paranoia, eller de har perioder, hvor de opfører sig på en måde, så andre mennesker bliver bange for dem.

De har ringe selvværd og mangler tiltro til sig selv og til andre mennesker. Nogle har derfor problemer med at knytte bånd til andre mennesker og at indgå i fysisk tætte kontakter. Andre har haft tendens til at give sig selv skyld for alverdens ulykker og har til sidst haft vanskeligt ved at klare at opretholde facaden i deres familie -, venne- og arbejdsliv.

De sindslidende i Gruppe 3 lever alle alene, kun en enkelt har en kæreste. De fleste føler sig alene, ensomme og isolerede. De er alle på førtidspension. En enkelt er begyndt på en frisk efter en skilsmisse. Kun to personer fra gruppen satser på at få en uddannelse og komme ud på arbejdsmarkedet.

Interessefællesskab

Fælles for de tre grupper er der en del, der taler om savnet af en ven. Nogle kommer på et værested for ikke at være helt alene. På værestedet har de kontakt med andre mennesker, der også har en sindslidelse, og med professionelle, som de oplever, at de kan få relationer til. For nogle sindslidende er venner dem, de deler hverdagen med på et bosted. Nogle fortæller, at de har det godt, at de aldrig skændes, og hvis de gør, så løser de problemerne sammen. Beboerne i et bofællesskab på et af bostederne skændtes om rengøring i fællesområdet, men de løste problemet ved at købe sig til rengøringshjælp, og de beboere, som havde vanskeligt ved at klare deres egen lejlighed, købte samtidig rengøringshjælp til deres egen bolig.

Nogle mennesker har vedligeholdt kontakter med mennesker, som de har lært at kende under en indlæggelse på hospital. Under en indlæggelse deles oplevelser om sindslidelse og dagligdagens hændelser i et særligt patientfællesskab, der fungerer som en slags subkultur i hospitalskulturen. Nogle får venner på et værested, hvor de drikker kaffe eller spiser middag sammen, andre spiller musik, går i teater, maler billeder eller dyrker sport sammen med personer, de kender fra disse sammenhænge.

De fleste personer i Gruppe 1 giver udtryk for, at de har det liv, som de gerne vil have. Andre giver udtryk for, at efter omstændighederne har de et godt liv, mens enkelte siger, at de har lært at leve med, at der ikke sker ændringer i fremtiden. Nogle fra Gruppe 1 går aktivt ind i arbejdet i brugerforeninger såsom Sind eller LAP. De oplever, at de i denne sammenhæng har mange ressourcer, og at det giver dem livsindhold at deltage i dette arbejde. Andre søger ikke kontakt eller venskab med andre mennesker med sindslidelse, der kommer på væresteder og andre specielle socialpsykiatriske steder. De vælger enten at leve i tæt kontakt med deres familie og venner eller at deltage et sted som Fountain House-værestedet, hvor der er mulighed for at skabe en udvikling mod et liv med et

arbejdsindhold, der matcher deres arbejdsidentitet. De oplever, at de udvikler flere kompetencer, når de er med til at etablere og få et Fountain House-værested til at fungere.

Kontakt på afstand

Flere personer med sindslidelse i Gruppe 2 og 3 lever et liv med så megen angst og så meget kaos i deres liv, at de har opgivet håbet om at klare at leve alene. De søger enten bolig på bosteder, i bofællesskaber eller i former for beskyttede lejligheder, hvor de kan få støtte fra professionelle. Mange af de personer, der er placeret i Gruppe 2 og 3, fortæller om et liv med ensomhedsfølelse. De søger at afhjælpe følelsen af ensomhed ved dagligt at ringe til telefon-kontaktlinjer. Det er oftest i aften- og nattetimerne, når de føler sig alene og oplever angst. På tværs af grupperingerne findes mennesker, der går på nettet mange timer i døgnet for at få kontakt med virtuelle venner. De fortæller, at det for dem opleves som et aktivt liv at chatte på nettet. Mange med chatvenner har ikke kontakt med mennesker i deres nærmiljø, men de bevarer håb og drømme om at få venner i fremtiden.

Ensomhedsfølelse er et velkendt fænomen for mennesker med sindslidelse, og det er beskrevet i forskningslitteratur. Nilsson finder i sin forskning, at mange mennesker med sindslidelse lever deres liv socialt set passivt uden netværk og arbejde og uden at komme ud blandt andre mennesker. Med tiden ekskluderes de socialt og stigmatiseres. I sin forskning finder Nilsson, at savnet ikke alene er et savn efter relationer, det er også et savn efter deres tidligere selv og tidligere liv. Gennem livet med sindslidelse ændrer mennesker sig, og de savner derfor en fortrolighed med dem selv, samtidig med at de oplever en længsel efter menneskelig kontakt og fællesskab (Nilsson, B., 2004). Nilssons forskning er en undersøgelse af fænomenet ensomhed og bidrager ved at udfolde flere nuancer til ensomhedsfænomenet. I herværende undersøgelse ses, at ensomhedsfølelsen for mennesker i Gruppe 2 og 3 er altoverskyggende, mens der ikke er den samme dybe og uoverstigelige følelse af at være ladt alene i verden med sig selv hos mennesker fra Gruppe 1. De har støtte i deres familie- og vennenetværk, og de har flere sociale kompetencer, der er med til, at de kan skabe kontakter til andre mennesker og mulighed for at etablere nye venskaber.

Mange informanter i Gruppe 1 taler om, at noget af det vigtigste er at fylde hverdagen med meningsfulde aktiviteter, der kan give dem et tilfredsstillende indhold i hverdagen. Nyström ser, at nogle af de borgere, hun interviewede, mente, at mangel på aktiviteter og indhold i hverdagen bidrog til eller endog var årsagen til, at de havde fået psykiske problemer. Hun fandt, at nogle mennesker med sindslidelse foretrækker at bo i bofællesskab for at slippe for at leve alene og være ensomme (Nyström, M., 2003).

Afrunding

Når der som i dette forskningsprojekt anlægges et teoretisk blik med udgangspunkt i hverdagslivsteori, ligger vægten på menneskers sociale liv med fokus på relationer med andre, da mennesket altid lever i en intersubjektiv verden. Denne tilgang indfører et særligt analytisk blik på området. På baggrund af gennemlæsninger af materialet, er det valgt at opdele informanternes udsagn i tre grupper efter fund om tilstedeværelse eller fravær af informanternes sociale netværk og vennerelationer.

Denne opdeling skal ikke betragtes som et udtryk for, at det vil være muligt at inddele alle, som lever et liv med sindslidelse, ud fra disse tre grupper. Der er en stærk repræsentation af udsagn i det empiriske materiale, hvorfra det kan sluttes, at de mennesker, som projektet placerer i Gruppe 1, står med stærkere kort på hånden for at klare en hverdag, end de mennesker, der placeres i Gruppe 2 og 3. Dette slår også igennem i forhold til, at alle personerne i Gruppe 1 giver udtryk for, at de bruger det etablerede behandlings- og støttesystem i betydeligt mindre omfang end de, som er placeret i de to øvrige grupper, giver udtryk for, at de gør. Det må de nødvendigvis gøre, da de har helt andre vanskeligheder i social henseende.

De, der er i Gruppe 1, har haft en opvækst med tætte sociale relationer og tydelige normer for social adfærd, de har udviklet en betydelig større selvtillid og selvværdsfølelse. De har flere sociale kompetencer til at erstatte de netværksbånd, der er bristet i forbindelse med, at sindslidelsen skabte sociale livsbrud, end personerne i de to andre grupper har. Det er derfor også mere enkelt for personer i Gruppe 1 at vurdere, hvor stor en del af det etablerede system de har behov for at gøre brug af for at komme sig.

At være i stand til vælge og kombinere tilbud

Personer i Gruppe 1 er i stand til at kombinere behandlings- og socialpsykiatriske tilbud på en måde, der gør deres liv til et liv, de kan genkende som et liv, de kan være tilfredse med at leve, når nu det ikke kan være anderledes. De tager det som en selvfølge, at deres netværk er der for dem og støtter dem hele vejen igennem, og det er det, der holder stik. Det er enklere for denne gruppe mennesker at etablere og vedligeholde sociale relationer med venner og familie, ligesom mange af dem har bevaret en arbejdsidentitet. De fleste har været på arbejdsmarkedet og kan ikke forestille sig et liv helt uden et arbejde til at bryde ensformigheden i hverdagen, og de har kompetencer til at tage initiativer for at bringe sig ud af en sådan situation. Men mest af alt bevarer de fleste i Gruppe 1 håbet og forestillinger om, at de kan komme sig helt eller delvist og opretholde et liv, der for dem er tilfredsstillende. De virker realistiske i det, de søger at opnå for deres fremtidige liv, og dette mål arbejder de målrettet på at opnå, og de kan regne med støtte fra familie, venner og professionelle.

Der er en afgørende forskel i forhold til andre, der placeres i Gruppe 2 og 3. De har ikke på samme måde et velfungerende og vedholdende netværk, der støtter dem, når tilbuddene fra behandlings- og socialpsykiatri ikke slår til eller hører op. De er mere afhængige af offentlige tilbud for at få deres verden og hverdag til at fungere.

Hvis man kan tolke og forstå at færdes ud fra gældende normer og regler og kan vurdere præmisserne for, hvordan det fungerer i behandlings- og socialpsykiatriske tilbud, er det muligt at benytte sig af disse tilbud. Der er mange af personerne både i Gruppe 2 og 3, der i deres barndom har lært, at man ikke kan stole på familien, på lærerne eller på andre professionelle. De har været udsat for omsorgssvigt, og for nogles vedkommende også for vold og misbrug. De kender ikke til, hvordan en velfungerende familie ser ud, og det er derfor vanskeligt for dem at klare at opretholde et familienetværk eller at etablere et vennenetværk til at støtte sig. I deres liv har de overført de normer og regler, der var i deres egen familie; det betyder en hverdag bestående af misbrug og vold og med korte og ikke tætte relationer med andre.

Personer i Gruppe 3 savner venner, de kan tale fortroligt med. De har hovedsageligt haft 'misbrugsvenner'. Vennerne er der, så længe der er et misbrug at være fælles om, og de er med til at holde misbruget ved lige. Nogle har klaret at droppe misbrugsvennerne, andre ønsker at gøre alvor af det, men formår det ikke, alternativet er ofte at være helt alene. De kender ikke til et liv uden misbrug, og flere giver udtryk for, at det dulmer deres angst at drikke alkohol eller tage stoffer.

Nogle personer i Gruppe 3 mener, at de professionelle er med til at give dem et skub, så de kan komme videre med et liv på en måde, de føler er tilfredsstillende, mens andres relationer med de professionelle ofte er problematisk, på afstand og helt uden nærhed. Det samme, som karakteriserede sociale relationer i deres egen familie.

Livet med en sindslidelse præges både af sociale opvækstvilkår og af samfundsskabte betingelser, og heri får samfundets organisering og institutioner stor betydning i den måde, hvorpå der handles, tænkes og tales om udsatte mennesker. Det samme er tilfældet i forhold til, hvordan samfundet tilrettelægger muligheder for behandling af problemer med helbred, psyke, økonomi og bolig.

Del II – Stedernes egenlogik

Rapportens Del II indledes med en skitsering af rehabilitering som behandlingspolitisk strategi på det psykiatriske område. Der satses på rehabilitering både af humanistiske og samfundsøkonomiske grunde. Tendensen er, at der nedlægges sengepladser, i stedet satses på udbygning af ambulante behandlingsfunktioner i form af distriktpsikiatriske centre og forskellige opsøgende team. Disse tilbud placeres i nærmiljøet, hvor kommunerne etablerer forskellige former for botilbud og andre støttefunktioner i kommunalt regi. Desuden intensiveres organiseringer af samarbejdsrelationer mellem regionale psykiatriske behandlingstilbud og kommunale socialpsykiatriske tilbud.

Rehabilitering har i en årrække været i fokus i somatisk behandling og vinder nu indpas både i behandlings- og socialpsykiatrisk regi. Der er en del forskning, der viser, at sindslidelse ikke altid forløber som en kronisk og livsvarig tilstand. Mange mennesker, der får en sindslidelse, kommer sig helt eller delvis (Wilken & Hollander, 2008, Topor, 2003, Epløv m.fl., 2010).

Der trækkes et kort historisk rids af rehabilitering i psykiatrien, efterfulgt af en kort omtale af forskellige syn på rehabilitering. Det er den rehabiliterende praksis' mål at bringe mennesker med sindslidelse tilbage så tæt som muligt på en normal tilværelse set i forhold til deres tidligere liv.

Overordnede samfundsmæssige intentioner med rehabilitering

I regeringens Handlingsplan for psykiatri november 2009 lægges op til styrket indsats for sindslidende. Der opstilles tre overordnede mål med tilsvarende indsatser:

- * sammenhængende forløb
- * bedre tilgængelighed
- * nedbringelse af omfang og sværhedsgrad af sindslidelser.

Regeringen fremhæver *'shared care'* som mål for samarbejde mellem almen praksis, sygehuspsykiatri og kommunale tilbud. Det skal sikre *'sammenhængende koordineret og effektiv behandling, indsats og støtte af høj kvalitet både i social- og*

behandlingssektoren'. Handlingsplanen lægger op til øgede patientrettigheder til hurtig behandling, så psykiatriske patienter får samme rettigheder som somatiske patienter. Desuden satses på *'udbygning af antallet af specialiserede senge'* og til udbygning af *'specialiserede klinikker med svære ikke-psykotiske lidelser'*. I planen understreges det, at *'det er en god udvikling'*, at der er kortere indlæggelser og længere ambulante behandlingsforløb. Ifølge regeringens plan er dette en optimal udvikling, da der er nedlagt en del sengepladser på hospitalerne (*Handlingsplan for psykiatri, 2009, s. 7*).

Sundhedsstyrelsen har ligeledes sammenhængende forløb som mål for deres Nationale strategi for psykiatri. Det angives, at strategien har fokus på sundhedsvæsenet, men at det ikke kan ses uden at medtænke det socialpsykiatriske område.

Imidlertid har indsatser i den sociale sektor samt på områderne kultur, uddannelse og arbejdsmarked stor betydning i relation til psykiatriske patienters samlede behov. En sammenhængende indsats på tværs af sektorer vil ofte være afgørende for patientens muligheder for at opnå en god tilværelse. Denne sammenhæng kan bl.a. sikres via sundhedsaftaler (*Sundhedsstyrelsens Nationale strategi for psykiatri, 2009*).

Specialisering og shared care skal sikre en *'bedre tilgængelighed til psykiatrisk behandling og socialpsykiatriske tilbud'*. Ifølge oplægget sker dette ved hurtig diagnostik og behandling i distriktpsikiatriske centre og ved styrkelse af den akutte sociale indsats i form af tilbud til støtte, rådgivning og omsorg uden for normal åbningstid, f.eks. telefonrådgivning og udgående akutte team. Der skal desuden etableres botilbud med rummelighed, og der satses på tilbud, så sindslidende kan bo for sig selv (*Handlingsplan for psykiatri, 2009*).

Samarbejdets funktion er at være understøttende for deinstitutionaliseringsstrategier, nedlæggelse af sengepladser på hospitalsafdelinger og udbygning af ambulante behandling og opsøgende team. Indlæggelsestiden på hospitalsafdelinger forkortes, og efterbehandling skal foregå ambulante på hospitalernes distriktpsikiatriske centre, der i flere kommuner er udlagt til nærmiljøet. I socialpsykiatrisk regi tilbydes pædagogisk støtte til mennesker med sindslidelse og pårørende. Der tilbydes støtte f.eks. gennem psykoedukation, der bl.a. indeholder undervisning i psykiatriske lidelser, deres kendetegn og konsekvens. Det skal gøre mennesker med sindslidelse i stand til at tage ansvar for deres eget liv, og i forhold til behandling,

at de tager ansvar for at følge den ordinerede behandling med medicin. Psykoedukation har ligeledes til hensigt at forebygge tilbagefald med hospitalsindlæggelse til følge (*Handlingsplan for psykiatri, 2009, s 22*).

Tidlig intervention og langvarig rehabilitering

Målene for den nationale strategi bliver af Sundhedsstyrelsen præciseret, og rehabilitering inddrages som en af de behandlingsmetoder, der indgår i tilbud fra *'tidlig intervention over den akutte sygdomsbehandling til langvarig viderebehandling og rehabilitering'*. Dette skal sikre:

at personer med psykiske lidelser modtager en lettilgængelig, tilstrækkelig og effektiv diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning af høj kvalitet og med højest mulig inddragelse og respekt for den enkelte patients autonomi og selvbestemmelse (*Sundhedsstyrelsens Nationale strategi for psykiatri, 2009*).

Det præciseres, at afdelingerne bør tilbyde indlagte: gode fysiske rammer, privatliv, aktiviteter, sund kost, mulighed for at have besøg og for at komme ud i frisk luft. I socialpsykiatri retter mål for sundhedsfremme sig ligeledes mod sund kost, motion og rygning. Behandling skal ifølge Sundhedsstyrelsen foregå tværfagligt, behandling består af:

psykofarmakologiske, psykoterapeutiske og psykosociale metoder i overensstemmelse med afdelingens patienters behov for behandling. Psykoedukation og rehabilitering bør indtænkes i det samlede patientforløb (*Sundhedsstyrelsens Nationale strategi for psykiatri, 2009*).

Det fremhæves, at *'behandlingsmiljøet skal understøtte genopbygningsprocessen'*, og at denne genopbygningsproces skal sikre, at *'behandling af mennesker med sindslidelse er rehabiliterende og foregår i borgernært miljø'*. (*Sundhedsstyrelsens Nationale strategi for psykiatri, 2009*).

Forebyggelse

Det er en af regeringens visioner at lægge mere vægt på *'at forebygge psykisk sygdom'*. Forebyggelse kan ske på tre planer. 1) Den primære forebyggelse sættes ind i forhold til risikogrupper. Regeringen vil sætte fokus på tidlig opsporing af psykiske lidelser, f.eks. ved at indføre screening af børn, der har psykiske helbredsproblemer, og ved opsøgende team til unge. Der skal satses på forebyggelse af selvmord. Det skal ske for at nedbringe *'omfanget og*

sværhedsgraden af sindslidelser'. 2) For sekundær forebyggelse gælder det om at hindre udvikling til alvorligere psykiske problemer. Et af forslagene er udbygning af OPUS team, der omhandler tidlig opsporing hos udsatte unge. Tidlig opsporing har vist sig at være effektiv til forebyggelse af udvikling af sociale problemer. 3) Ved tertiær forebyggelse tænkes på forøget fokus på rehabiliteringstiltag, bl.a. som øgede antal opsøgende psykoseteam, og fastholdelse af patienter i behandling gennem udskrivningsaftaler, der indgås mellem overlæge og patient (Handlingsplan for psykiatri, 2009, Regeringens mål og visioner, 2009, Jørgensen, m.fl., 2010).

Der er forskellige tiltag undervejs med henblik på at sikre, at langvarige behandlingsforløb på hospitalsafdelinger afløses af ambulante behandling og forebyggende indsats i eget nærmiljø. Såvel behandlingspsykiatriske team som socialpsykiatriske team rykker tættere på mennesket, helt ind i hjemmet. Det betyder, at flere mennesker med sindslidelse kan forblive i eget hjem under behandling, og at der bliver delt socialt behandlingsansvar mellem regional behandling og kommunale støttetilbud.

En aktuel teamdannelse er igangsat på baggrund af, at der i 2010 blev vedtaget en lov om opfølgning efter udskrivning, ambulante tvang, der skal medvirke til forebyggelse af tilbagefald for mennesker, som har været langvarigt i psykiatrisk behandlingsregi med mange indlæggelser. Loven er en fireårig forsøgsordning, hvor der gælder særlige regler. For at komme under opfølgende behandling må personen forud have været tvangsindlagt tre gange. Aftalen skal forhindre mennesker i at afbryde et medicinsk behandlingsforløb (www.retsinfo.dk Lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien og lov om rettens pleje, 2010). Hvis et menneske skønnes at kunne udvikle en psykose, og hvis behandlingen afbrydes inden for tre måneder efter udskrivelse fra hospital, kan han/hun afhentes i eget hjem af politi, blive bragt på psykiatrisk center og behandles forebyggende med tvangsmedicinering. Der er tale om mennesker, der har været psykotiske, men som på det pågældende tidspunkt ikke længere er psykotiske. Der arbejdes i øjeblikket på at udmønte loven i praksis ved at etablere udgående team til dette område fra psykiatriske centre.

Socialpsykiatriske tilbud

Den socialpsykiatriske indsats, der foregår i kommunalt regi, retter sig mod flere grupper af udsatte voksne. Socialpsykiatri omfatter fra et lægevidenskabeligt perspektiv de *'sociale faktorer, der kan have betydning for opståen og vedligeholdelse af psykisk lidelse'*. Den socialpsykiatriske indsats forstås i denne kontekst som et supplerende behandlingstilbud, der foregår på det sociale område (Blinkenberg, in Simonsen og Møhl (red.), 2010, s. 645).

Kommunernes socialpsykiatri betegner ifølge samme kilde: *'et socialfagligt og institutionelt begreb, der beskriver (kommunens) sociale tilbud til mennesker med sindslidelse'*. Kommunernes tilgang til socialpsykiatri tager udgangspunkt i servicelovens bestemmelser. *'I serviceloven er der primært fokus på social funktion, herunder er der fokus på bolig og netværk samt sociale kompetencer'* (Servicestyrelsen, 2009, s. 7). Socialpsykiatri er fra et lægevidenskabeligt perspektiv et vigtigt fokus, hvor der tages udgangspunkt i den aktuelle sociale situation, med henblik på at mindske *'risiko for tilbagefald og stigmatisering'*. (Blinkenberg, in Simonsen og Møhl (red.), 2010, s. 645). For at styrke behandlingseffekter understreges vigtigheden af et samarbejde mellem de to sektorer. Det anføres, at der i dette samarbejde ligger et dobbelt sigte, opnåelse af en behandlingseffekt på det medicinske område og at vælge en behandling *'der understøtter patientens sociale liv'*. Patienten får medansvar for, at den valgte behandling får effekt, da patienten *'om nødvendigt indretter sin livsførelse, så hverdagen understøtter et liv uden psykisk sygdom.'* (Blinkenberg, in Simonsen og Møhl, 2010, s. 645). Det beskrives som social opfølgning på en medicinsk behandling, og det svarer til klassisk medicinsk rehabilitering, hvor rehabiliteringsindsatsen overvejende består af medicinsk behandling (Epløv, 2010). Rehabilitering anvender bestemte metoder og værktøjer, som de professionelle stiller til rådighed for at understøtte personen i at opnå fuld recovery, en tilbagevenden til en tilstand uden symptomer og med samme funktionsniveau, som før sindslidelsen brød frem. Socialpsykiatri kan fra en sådan synsvinkel udgøre et supplement til et behandlingspsykiatrisk tilbud. De professionelle rehabiliteringsindsats ses som en understøttelse af en recoveryproces.

Rehabilitering

I Sundhedsstyrelsens nyhedsbrev af 24. marts 2010 angives, at rehabiliteringsbegrebet er under hastig udvikling, især ses, at kommuner italesætter deres tilbud som rehabiliterende indsatser. Der er efter Sundhedsstyrelsens opfattelse for meget uenighed om, hvad dette begreb står for. Sundhedsstyrelsen skriver, at *'med en fælles forståelse af begrebet kan vi i højere grad sikre systematisk arbejdsdeling, kommunikation og koordinering på tværs af faggrupper og sektorer'* (De Neergaard, L. Nyhedsbrev, Sundhedsstyrelsen, 24. marts 2010).

Rehabiliteringstilgangen er både afhængig af historisk tid og de forskellige måder at betragte rehabilitering på afhængig af den kontekst, den tænkes ind i. I det følgende skitseres dette ved et kort historisk blik på rehabilitering. Efterfølgende fremskrives de syv steders syn på målgruppe og rehabiliterende indsats.

Kort historisk og begrebsmæssigt rids af rehabilitering

Der er langt fra de første tidsubegrænsede indlæggelser på psykiatriske statshospitaler i 1840'erne til nutidens korte indlæggelsestider og ambulante behandling. Holdninger til mennesker med sindslidelse er ændret i takt med øget viden om sindslidelse. Som følge af udvikling af mere effektive behandlingsformer, som i dag udgøres af en kombination af medicin og psykoterapeutiske metoder, betragtes sindslidelser ikke længere som kroniske tilstande for alle mennesker.

Efter første og anden verdenskrig kom der øget fokus på rehabiliterende indsats over for soldater. Både fordi der var behov for, at de kunne deltage i genopbygningen af samfundet, og for at de igen skulle være i stand til at fungere socialt; i familie og på en arbejdsplads. Der skete en udvikling fra at bestå af medicinsk behandling af skader til udvikling af rehabilitering i et tværfagligt team, fordi forskellige faggrupper har flere redskaber at arbejde med. Behandling fik i denne periode mere karakter af en socialmedicinsk praksis, med øget fokus på genoptræning af erhvervsmæssige færdigheder (*Epløv m.fl., 2010, s. 22*).

Denne behandlingstænkning på det somatiske område påvirkede behandlingen på psykiatriområdet, hvor der gennem de sidste 30–40 år er kommet øget fokus på rehabiliterende behandling.

"Udviklingen af psykiatrisk og psykosocial rehabilitering blev påvirket af to faktorer: opdagelse af virkelig effektive psykofarmaka og erkendelsen af, at indespærring kunne være skadelig" (Wilken & Hollander, 2008, s. 19).

Der er i dag viden om, hvordan flere faktorer spiller sammen i det billede, der viser sig, hvis mennesker er indlagt på en institution over en længere årrække. Det anses ikke længere for at være tilstrækkeligt at udskrive mennesker fra en institution. Det er ikke sindslidelsen alene, der bevirker, at mennesker mister færdigheder, men de langvarige indlæggelser i miljøer, som Goffman kalder totale institutioner, de:

"eliminerer beboernes personlighed og identitet" (Goffman, op.cit. Wilken & Hollander, 2008, s. 19).

Hvis udskrivelse sker uden opfølgning med støtte i nærmiljøet, vedbliver funktionsnedsættelser. Institutionaliseringsens medvirken i ændret adfærd og i at fratage mennesker færdigheder og handlekompetencer, som påvist af Goffman, har ført til mere humane omgangsformer og øget fokus på rehabilitering af såvel kropslige som psykologiske og sociale færdigheder (Goffman, 2001).

Det er ikke kun behandling og relationer til professionelle under et hospitalsophold, der har betydning for tab af færdigheder, også fysiske forhold på institutioner har vist sig at have betydning for menneskers adfærd og muligheder for at komme sig. De fysiske forhold på institutioner har undergået en forandring. Med inddragelse af menneskerettigheder som baggrund for sundhedsloven er fysiske forhold på psykiatriske hospitaler ændret fra fælles soverum, til at der i dag på de fleste psykiatriske behandlingscentre stort set kun er enestuer for at tilgodese den enkeltes behov og ret til privatliv. Fællesrum anvendes som terapeutisk social træningsarena for at vedligeholde og tilgodese menneskers behov for socialt fællesskab.

Menneskesyn i rehabilitering

Synet på mennesker med sindslidelse ændres ved en rehabiliterende tilgang. Fra at mennesket tilkendes en passiv patientrolle, bliver han et menneske, der er medbestemmende for eget liv. En demokratiseringsproces, der følger op på

menneskerettigheder, influerer også på relationen mellem behandler og patient bl.a. ved, at der i behandlingspsykiatri er indført informeret samtykke, hvor mennesker med sindslidelse får ret til at blive medinddraget og have medbestemmelse i forhold til behandling. I socialpsykiatrisk regi er der ligeledes fokus på medbestemmelse. Der skal udarbejdes en kommunal handleplan for hver enkelt, og sagsbehandleren udarbejder udviklingsmål i samarbejde med personen. Disse mål er afgørende for, hvor den socialpædagogiske støtte sættes ind. På bosteder er der oprettet bruger-/beboerråd, som er medbestemmende i aktiviteter og andet i hverdagslivet, og de deltager f.eks. også ved ansættelse af personale.

Demokratiske processer og af-institutionalisering

Rehabilitering er ikke et nyt fænomen. Det har skiftet fokus fra at dreje sig om medicinsk rehabilitering til fra 1940 til 1960 at omfatte både medicinsk og social rehabilitering, især erhvervsmæssig. Fountain House-bevægelsen i USA blev allerede i 1947 grundlagt som et rehabiliterende tilbud af mennesker, der havde været indlagt på psykiatriske hospitaler, og som efter udskrivelse atter ønskede at blive inkluderet på arbejdsmarkedet og i samfundet.⁶ Fountain House-bevægelsen gav anledning til etablering af flere lignende bevægelser efter samme demokratiske koncept. Disse bevægelser har langsomt bredt sig til Europa. Værestederne er karakteriseret af både at være oprettet af og drevet af brugerne, og selv om brugerne siden ansatte professionelle medarbejdere, er det forblevet en brugerdreven og demokratisk organisation.

Den italienske demokratiske psykiatri startede i 1962 som en modstand fra de professionelles side mod de forhold, der eksisterede på italienske psykiatriske hospitaler. Personalet på det psykiatriske hospital i byen Glorizia i Italien gjorde som de første forsøg på at udforme terapeutiske samfund efter demokratiske metoder.

"Målet var at nedbryde det hierarkiske forhold mellem læger, personale og patienter, så alle kunne deltage i beslutningerne og få chance for at udtrykke deres skabende evner" (Haugsgjerd og Engelstad, 1977, s. 11)

Forsøget viste, at patienterne fik det bedre, men der var for megen politisk modstand, så efter ti år blev forsøget afbrudt. Personalet fortsatte

⁶ I kapitel 4 i herværende rapport uddybes tænkningen bag Fountain House-bevægelsen.

demokratiseringsarbejdet i andre byer: Triest, Ferrara og i Arezzo, hvor de blev bakket op politisk. Arbejdet var karakteriseret af, at der blev indført demokratiske processer, hvor ansatte og patienter på lige fod deltog i diskussioner og var lige i beslutningsprocesser, og der blev lavet opsøgende og forebyggende arbejde blandt børn og familier i det omkringliggende samfund (Haugsgjerd og Engelstad, 1977, s. 17).

I 1970'erne påbegyndtes en ændring i flere lande i Europa - inspireret af antipsykiatribevægelsen i England og demokratisk psykiatri i Italien - med udskrivelser fra hospitalerne med vægt på tilbagevenden til lokalsamfundet (Wilken & Hollander, 2008).

I Danmark var det først i 1980'erne, at en egentlig afinstitutionalisering af psykiatrien begyndte at tage form. Målet var at inkludere mennesker med sindslidelse i samfundet.

"Da man som led heri påbegyndte en systematisk nedlæggelse af sengepladser, så socialpsykiatrien dagens lys i amter og kommuner" (Bratbo, Servicestyrelsen, 2010, s. 1).

Grundlaget for udlægning af psykiatri til kommunerne med socialpsykiatri og distriktskykiatri blev lagt i 1980'erne i Danmark som en modbevægelse mod de årelange indlæggelser på store psykiatriske institutioner. Inspirationen til dette kom fra den italienske demokratiske psykiatribevægelse og den engelske anti-psykiatribevægelse (Agger, 2004). Personer blev udskrevet fra hospitalerne, uden at der systematisk blev fulgt op med sociale tilbud uden for hospitalet.

Da rehabilitering vinder frem i psykiatrien i 80'erne, sættes der på, at mennesket selv får indflydelse og medbestemmelse mod udvikling af kontrol over eget liv (empowerment). Med dette er tanken,

"at de professionelle må opgive deres ekspertrolle og lade deres magtposition udfordre for derved at give brugere mulighed for at udvikle deres egen magt" (Epløv m.fl. (red.), 2010, s. 25).

Der sættes fokus på den enkeltes egen proces om at udvikle færdigheder, og på at der udvikles støtte i samfundet, så personen kan fungere socialt.

Af-institutionaliseringen blev senere fulgt op med en udvikling af mere strukturerede rehabiliterende metoder, og distriktskykiatriske centre begyndte at blive etableret. I kommunalt regi blev der i 1993 givet økonomiske midler til udvalgte kommuner med henblik på etablering af socialpsykiatriske tilbud

såsom væresteder, botilbud og støtte-kontaktpersonordninger (Videnscenter for socialpsykiatri, 2000).

Rehabilitering i lokalmiljø

Ved den danske kommunalreform i 2007 blev ansvaret for psykiatriske behandlingstilbud overdraget til regionerne, og kommunerne fik ansvar for socialpsykiatriske tilbud. Af økonomiske grunde, men også i overensstemmelse med rehabiliteringstanken, ses endnu en bølge af afinstitutionalisering i disse år. Der er siden kommunalreformen nedlagt et større antal sengepladser på de psykiatriske hospitaler, og indlæggelsestiden er væsentligt forkortet. Kortere indlæggelser følges op af ambulante behandlingstilbud. Der etableres flere distriktspsykiatriske centre med øget mulighed for ambulante behandling i nærmiljøet, og der oprettes opsøgende og ambulerende team til opfølgende behandling, tidlig intervention og forebyggelse. De distriktspsykiatriske centre udgør en del af behandlingspsykiatriens tilbud, og - som i andre af behandlingspsykiatriens områder - er tænkningen også her klassisk biomedicinsk, hvor der lægges vægt på psykopatologi, på diagnosticering og på kompensationsbehandling, som virker biologisk og socialt stabiliserende.

Ændringer i behandlingsinstitutioner og organisering af behandling og sociale tilbud følger tidens skiftende holdninger til og viden om mennesker og sindslidelse og influerer på menneskets muligheder for at leve i egen bolig uden for hospitalet. Det har ikke betydet, at alle mennesker med sindslidelse har kunnet leve et liv uden for institutioner, nogle bor efter en langvarig indlæggelse på hospital eller i en bolig på et bosted.

"Rigtig mange psykisk syge befinder sig i dag fortsat på institutioner (botilbud m.v.), og udviklingen har derfor til dels været en udvikling, hvor én slags institutionalisering er blevet erstattet af en anden, dvs. med det, nogle vil kalde opbygning af sociale reservater" (Epløv, m.fl. (red.) 2010, s. 19).

Hvor sindslidelse før blev betragtet som kroniske og livslange forløb for alle mennesker, eksisterer der i dag viden om, at mange mennesker kommer sig helt eller delvist (Topor, 2003). Specielt siden år 2000 har der såvel i behandlings - som i socialpsykiatri været øget fokus på professionel rehabiliterende indsats og recovery. Der er også i denne sammenhæng fokus på menneskerettigheder:

"Et menneske med funktionsnedsættelser har samme rettigheder som enhver anden borger og som følge heraf også samme forpligtelser, hvilket falder sammen med den vægt, der i psykosocial rehabiliteringspraksis lægges på de "normale" eller sunde sider af personen. Medborgerskab refererer også til deltagelse i lokalsamfundet og til de sociale færdigheder, der er nødvendige for at være en god medborger. Deltagelse i lokalsamfundet er kun muligt, hvis lokalsamfundet tillader eller muliggør dette" (Wilken & Hollander, 2008, s. 23).

Rehabilitering har to betydninger: *'genskabelse af værdighed og funktionel recovery'*, Wilken & Hollander, 2008, s.17). Formålet er at ændre holdningen til mennesker med psykisk lidelse med henblik på at reintegrere mennesker med sindslidelse i lokalsamfundet. Det gøres ved at tilbyde alternativer til institutionalisering gennem udbygning af tilbud som socialpsykiatriske tilbud og distriktspsykiatriske centre. Med rehabiliterende indsats ændres fokus fra funktionsnedsættelse til at fokusere på stærke sider og på at støtte menneskets udvikling af færdigheder og skabelse af ressourcer. Målet med rehabiliterende indsats er, at støtte mennesker i at *'opnå bedre livskvalitet i omgivelser efter eget valg'*. I den rehabiliterende indsats medvirker personens sociale netværk som led i det lokale støttesystem *'ved at forbinde og vedligeholde ressourcer den enkelte har brug for'* (Wilken & Hollander, 2008, s. 15).

Mange bosteder befinder sig i en overgangsfase, hvor demokratiske ændringer er igangsat. Beboernes positioner ændres, de går fra at være passive modtagere af visse serviceydelser uden indflydelse til aktivt at indgå i demokratiske processer. Denne overgangsfase er ikke mindst influeret af en holdningsændring, der går fra en klassisk biomedicinsk forståelse af et menneske med psykiske problemer til en bio-psyko-social forståelse af mennesket.

Ændringsprocesserne tager afsæt i øget forståelse for vigtigheden af de professionelle rehabiliterende indsats til understøttelse af den enkeltes recoveryproces.

Diagnose- og rehabiliteringstilgange i dag

WHO's ICD-system er i dag det gældende diagnosesystem på det medicinske område. Af dette system fremgår, at sociale kriterier ikke medregnes, bortset fra få undtagelser (WHO, 2006:9). Dermed udelukkes begivenheder, der kan have udløst lidelsen, ligeledes udelukkes relationer til familie, venner, skole, uddannelse m.m., der kan have betydning for håndtering og helbredelse.

Diagnoserne i ICD-systemet er primært en biologisk kategorisering af symptomer, der kan accepteres alment i lægevidenskaben, og som i lighed med denne er individorienteret. Den ser årsagen til lidelsen som noget, der kommer inde fra det enkelte individ, hvor især skizofreni og affektive lidelser opfattes som uhelbredelige (Strömngren, 1964, Kringlen, 2006).

Den biomedicinske forståelse er ved at blive afløst af en forståelse, hvor sindslidelse opfattes som resultat af et samspil mellem biologiske, psykologiske og sociale faktorer - en sårbarhedsmodel (Kringlen, 2006, Høgsbro, 2004, Psykiatrifonden, 2001). Den opstiller en sammenhæng mellem den enkeltes biologiske disponering, og den måde omgivelser og samfund reagerer på og socialt håndterer forskellige former for adfærd.

Den rent medicinske forståelse udfordres ligeledes af den efterhånden udbredte rehabiliterings- og recovery-orienterede forskningstilgang, der viser, at også personer med skizofreni kan blive i stand til at leve et liv med begrænset eller helt uden funktionsnedsættelse (Wilken & Hollander, 2008, Topor, 2003). Helbredelse i denne forståelse forudsætter, at den enkelte selv aktivt tager del i behandlingen (Kringlen, 2006). Helbredelsen stiller sociale krav til den enkelte om at ville helbredes, og til at omgivelser som familie, netværk og behandlere deltager i en dynamisk proces i takt med, at helbredelsen skrider frem eller tilbage (Wilken & Hollander, 2008). Der kan ikke udpeges en enkel vej til helbredelse, da der ikke er én, men flere veje til at komme sig (Jensen, 2006).

"Recovery består af to ting: personlig recovery (dvs. den proces, hvorigennem personen kommer sig efter sygdommen, lærer at mestre funktionsnedsættelsen og formår at udføre ønskede sociale roller) og social recovery (der henviser til medborgerskab og social reintegration). Rehabilitering er en form for støtte, der har til formål at hjælpe personer med nedsat psykosocial funktionsevne med at komme sig" (Wilken & Hollander, 2008, s. 28).

Wilken og Hollander mener, der kan tales om tre tilgange til rehabilitering i forhold til mennesker med sindslidelse, a) problemfokuserede, b) miljøfokuserede og c) udviklingsfokuserede tilgange. De tre tilgange ser Wilken og Hollander ikke som adskilte, men som komplementære.

- a) Det problemfokuserede syn på rehabilitering lægger vægten på symptomer, problemer og diagnoser. Behandlingen har til formål at løse problemet. Den professionelle indsats drejer sig om at behandle et menneske, der på sin side helst skal deltage i en vurdering af situationen.

Der udarbejdes behandlingsplaner og interventioner til løsning af problemer. Personen er som patient modtager af en behandling. Der indgår tre elementer i behandlingen: medicin, psykoedukation og færdighedstræning.

- b) Det miljøfokuserede syn på rehabilitering lægger vægt på at reducere virkninger af personens funktionsnedsættelse, på at yde beskyttelse og sikkerhed. Der er tale om en medbestemmende bruger af tilbud. Miljøfokuseret rehabilitering sigter mod etablering af terapeutiske omgivelser, på beskyttet bolig i sociale omgivelser, der anses for at være et hjælpemiddel til at opretholde bomiljøet så funktionelt og normalt som muligt. De professionelles indsats er at bevare det fysiske miljø som et relationelt miljø mellem den enkelte, netværket og de fysiske omgivelser.
- c) Den udviklingsfokuserede tilgang er centreret om eget ønske om at forandre sig, mod personlig vækst og læring. Personen sætter selv sine mål, der af de professionelle bruges til at styre og støtte vedkommende mod den ønskede udvikling. Mennesket ses her som en selvbevidst elev (Wilken & Hollander, 2008, s. 27).

Eplow m.fl. beskriver tre forståelsesrammer for funktionsnedsættelse, der ligger bag henholdsvis den medicinske, den sociale og den bio-psyko-sociale model.

Den *medicinske model* er en model, der betragter funktionsnedsættelse som betinget af sygdom. Funktionsnedsættelse betragtes som *'et problem ved personen'*. Der er behov for individuel medicinsk behandling givet af professionelle. Fokus lægges på træning, bolig, arbejdsplads og lokalmiljø. Personen med funktionsnedsættelse er den passive modtager af den ordinerede behandling.

I den *sociale model* ses manglende muligheder for, at mennesker med funktionsnedsættelse kan deltage i samfundet, som samfundsskabte problemer. Funktionsnedsættelse har rod i samfundsskabte forhold, hvor:

"organisering af uddannelse og arbejde, fysiske hindringer og holdninger gør, at enkeltindivider eller grupper oplever at være funktionshæmmede og have manglende eller have ringe mulighed for at deltage i samfundslivet på lige vilkår som den øvrige del af befolkningen" (Eplow m.fl. (red.), 2010, s. 32).

Løsning på problemet er at påvirke til politisk ændring af indretning af samfundet. Epløv m.fl. angiver, at en rendyrket form i den sociale model kan flytte fokus bort fra individuelle faktorer, hvilket ikke har været tanken med modellen (Epløv, m.fl. (red.), 2010). Den *bio-psyko-sociale model* er en modvægt mod de to øvrige modeller, der ser på de forskellige faktorerers betydning for hinanden. I denne model ses funktionsnedsættelse som et

"resultat af biomedicinske, psykiske og sociale forhold. Fokus er på både individet og samfundet, men som noget lige så vigtigt på relationerne mellem individ og samfund" (Epløv m.fl. (red.), 2010, s. 32).

I denne model er mennesket et handlende individ, som indgår i en kultur og påvirkes af det omgivende samfund. Mennesket har indflydelse på eget liv, og derfor satses på ændringer af både person og samfund. Rehabiliteringsindholdet består af:

"forskellige psykoterapeutiske metoder, uddannelsesindsatser for både brugeren og de pårørende, indsatser, der retter sig mod at øge evnen til at håndtere sygdommen i det daglige liv, og indsatser i forhold til uddannelses- og arbejdsmarkedstilknytningen" (Epløv m.fl. (red.), 2010, s. 59).

Rehabilitering er ikke afgrænset til en snæver målgruppe. Rehabilitering er en tværfaglig professionel og struktureret indsats, i modsætning til recoveryprocessen, der ikke kan struktureres, og som forløber forskelligt hos hver enkelt person i en individuel tidsperiode, der kan tage op til 30 år.

Socialpsykiatri og recovery

Social opfølgning og forebyggende opsøgning er kommunernes ansvar, og med ændring af lov om social service (heraf serviceloven) i 2006 er ansvaret for opfølgning efter lovens § 99 udvidet, så det nu omfatter personer med sindslidelse, personer med misbrug og personer, der er hjemløse. Tilbuddene i kommunalt regi skal imødegå nogle af de psykologiske og sociale udfordringer, udsatte voksne møder i deres hverdag. Det ekspliciteres, at mange mennesker med psykosociale problemer lever isoleret fra andre.

Socialpsykiatri udgør et selvstændigt forskningsfelt, der stiller nogle centrale spørgsmål til de behandlings- og socialpsykiatriske tilbud til mennesker med sindslidelser i forhold til det hverdagsliv, andre mennesker lever (Høgsbro m.fl., 2004, 2003), og deres mulighed for at komme sig (Topor, 2003, Jensen, 2004, Videnscenter for Socialpsykiatri, 2009). Psykiatribrugere og

pårørendeorganisationer har sammen med professionelle og forskere sat fokus på recovery, på professionelles holdninger og den måde tilbuddene fungerer på.

Topor anfører, at

"flere undersøgelser peger på, at den positive effekt af forskellige indsatser i socialpsykiatrien ikke holder længere end tiltagene varer.[...] Disse resultater tyder på, at det at komme sig socialt kan fremmes af et varieret og fleksibelt udbud af sociale tiltag uden for de psykiatriske institutioner. Resultaterne tyder derimod ikke på, at et sådant udbud ville påvirke det antal af personer, der kommer sig fuldstændigt" (Topor, 2003, s. 89).

Recovery er en individuel proces, der udfoldes i et socialt rum gennem samarbejde med andre mennesker. Recovery opnås gennem støtte fra sociale relationer eller professionel hjælp (www.socialpsykiatri.dk, 2009). Det er ikke eksistensen af sociale relationer, der alene har betydning for, at en person kommer sig, det er, hvordan forholdet mellem personer fungerer. At en person kommer sig understøttes af, at et andet menneske viser sig at være:

"et rigtigt menneske med sine egne mangler og nederlag, der gør det muligt for vedkommende at identificere sig med vedkommende, at han har en tilladende accepterende holdning" (Topor, 2003, s. 115).

Topor skriver, at andres accept kan bidrage til forandring og bedring, og at andres 'håb kan være en kilde til håb og dermed åbne processen mod at komme sig'. I hverdagslivet er konkret hjælp ligeledes en accept af vedkommende som person.

Socialpsykiatriske tilbud:

"har relation til centrale dele af et hverdagsliv som totale institutioner tidligere tog hånd om: bolig, arbejde og fritid. I modsætning til de psykiatriske hospitaler er disse enheder spredt ud i lokalsamfundet og er i varierende grad åbne for lokalsamfundet".(Topor, 2003, s. 208).

Topor anfører, at socialpsykiatriske tilbud på denne måde erstatter både tidligere tiders totalinstitutionelle tilbud, som bolig og behandling i asyler, hvor arbejde, aktiviteter eller anden beskæftigelse tidligere var alternativ til lediggang, siden som tidsfordriv, nu som træning og som fristed for at give mennesker ro og tid til at komme sig. De socialpsykiatriske tilbud som bosteder og væresteder har ifølge Topor forskellige funktioner. De kan ses som et sted, et menneske kan gå hen som et påskud for at forlade boligen, det kan være et sted,

der minder brugerne af stedet om, at der er en virkelighed uden for stedet, de ikke er en del af (Topor, 2003, s. 209).

Stederne kan ifølge Topor være præget af en dobbelthed.

"Socialpsykiatriske tilbud er normaliserende steder. Steder som er skabt for at ligne almindelige steder i folks hverdag, men beregnet for mennesker der tidligere er blevet defineret som værende uden for normalitetens grænser" (Topor, 2003, s. 210).

Topor betegner et værested som et sted, der også kan modvirke ensomhed, det kan fungere som et sted, hvor der samles kræfter, hvor relationer afprøves, hvor der ikke er de samme regler mellem tilladt/ikke tilladt som på nogle psykiatriske institutioner. Der kan øves og trænes til et liv i tilbagevenden til samfundet, f.eks. med henblik på at genoptage et studie eller et arbejdsliv.

Behandlingstilgang og socialpædagogisk tilgang

I kapitel 2 drøftes den behandlingstilgang, der lægges op til på de to hospitalsafsnit og det distriktspsykiatriske center. I kapitel 3 drøftes social og pædagogisk tilgang på de fire socialpsykiatriske tilbud. Der foretages en sammenfattende drøftelse, som afrunding. De to kapitler kan læses i vilkårlig rækkefølge.

Der fokuseres på diskursive italesættelser af tænkemåder, symboler og ideer om behandling/pædagogiske indsatser med henblik på at identificere professionelles og organisationers syn på målgruppe og rehabiliteringsindsats på de undersøgte steder. Ideerne refererer til den rehabiliterende indsats, der kan ses at slå igennem på flere niveauer: samfundsmæssigt i den overordnede politik på rehabiliteringsområdet, lokalt i regioner og kommuners intentioner for institutioner og organisationer, hvor mennesker behandles, og i forhold til professionelle praksisser. Den sproglige italesættelse kan ses som en metakommunikativ tilgang til behandling af mennesket og et udtryk for en tro på, at tale om en opnåelig tilstand også konstruerer virkelighedens praksisser, og på at mennesket kan normaliseres og reintegreres i samfundet (Hansen, Tjørnhøj-Thomsen, 2009, s. 359-361).

Kapitel 2 – Rehabilitering og behandlingspsykiatri

Kapitel 2 omhandler tre steder i behandlingspsykiatrisk regi, der alle arbejder med rehabilitering. Fra et psykiatrisk center indgår to afsnit, et åbent og et lukket. De to afsnit arbejder ud fra samme behandlingsgrundlag om rehabilitering. Det tredje sted er et distriktspsykiatrisk center, der er placeret i en by i borgernært miljø.⁷ Der analyseres med henblik på at vise den logik, der ligger til grund for stedernes rehabiliterende behandling, og for at identificere målgrupper. Der anvendes forskelligt skriftligt materiale, de professionelle fra de syv steder har produceret og offentliggjort på hjemmesider og i pjecer. Ud over materiale, der er tilgængeligt på hjemmesider, består materialet også af projektrapporter. Dette materiale er ansigtet udadtil og viser stedets behandlingsmæssige og pædagogiske tilgange.

I denne del af rapporten medtages i nogen udstrækning feltnoter fra observationer og udtalelser fra fokusgruppeinterviews med professionelle team. Disse interviews intenderer at skabe et pædagogisk læringsrum for deltagerne, hvilket gav interviewet karakter af refleksion og drøftelse deltagerne imellem med uddybende spørgsmål fra moderators side (Morgan, 1997). Fælles refleksion understreger det kollektivt sociale i gruppen og bevirker ofte, at deltagerne ser modsætninger og dermed den kompleksitet, der er på feltet. Læringsrummet er en mulighed for at reflektere sammen om nogle dagligdags oplevelser af, hvordan det sociale liv fungerer for de mennesker med sindslidelse, arbejdet rettes mod. Fokusgruppeinterviews er specielt egnet til at få dagliglivets kollektive fortællinger frem. Det kan være fortællinger, der er bærere af fælles viden og erfaringer (Morgan, 1997). Fokusgruppeinterviews er således velegnede til at få viden om, hvorfra de professionelle betragter deres arbejde med mennesker med sindslidelse, og hvorfra de professionelle vurderer egen faglige indsats.

Kapitel 2 afsluttes med en kort opsummering.

⁷ Det distriktspsykiatriske center hører administrativt til et andet psykiatrisk center end de to afsnit.

Specialiseret rehabilitering

Den rehabiliterende behandling foregår i et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde med fokus på den enkelte patient. I samarbejdet inddrages dennes kendte og potentielle sociale og kommunale professionelle netværk. Rehabilitering anses for en proces, hvor der er fokus på patientens individuelle forløb.

Formålet med specialiseret rehabilitering af svært psykisk syge patienter er at hjælpe patienten til at genvinde sit tidligere funktionsniveau eller opnå højst mulig funktionsevne, forebygge tilbagefald eller yderligere reduktion af funktionsevnen (Psykiatrisk Center, 2010).

For at opnå et optimalt liv og livskvalitet retter den specialiserede rehabilitering sig mod forskellige områder i patientens liv. Der fokuseres på genopbygning af sundhed og af sociale netværk. Målet er at øge livskvaliteten ved at optræne og vedligeholde basale fysiske, psykiske og sociale funktioner. Formålet er, at mennesket kan klare sig selv i hverdagslivet, får frihed, bliver uafhængigt og bliver i stand til at deltage i samfundet.

Meget centralt står sundhedsfremme, således at patienten efter udskrivelse kan mestre sin livssituation og opleve en tilfredsstillende livskvalitet. Det gælder om, at den psykisk syge oplever en personlig frihed i hverdagslivet og oplever mulighed for at deltage i samfundet. Centralt står optræning og vedligeholdelse af evnen til egenomsorg, sociale færdigheder, beskæftigelse og styrkelse af netværket. Den specialiserede rehabilitering søger således at genopbygge patientens maksimale niveau af funktionsevne og maksimale niveau af uafhængighed såvel psykologisk, socialt, fysisk som økonomisk. Helt centralt i rehabiliteringen står samarbejdet med patienten og dennes pårørende (Psykiatrisk Center, 2010).

Det er store ideologiske mål, og der præciseres ikke, hvad der menes med frihed og deltagelse i samfundet, eller hvilke rehabiliterende behandlinger der specifikt retter sig mod opnåelse af dette.

Aktiviteter/behandlingstiltag fremgår således af rehabiliteringsplanen. Heri kan fx indgå:

- Kognitiv miljøterapi.
- Psykoedukation.
- Social færdighedstræning.
- Gruppebehandling med henblik på styrkelse af selvværd.
- Gruppebehandling med henblik på reduktion af angstniveau.
- Psykoterapeutisk behandling (individuel eller i gruppe).
- Musikterapi.
- Psykofarmakologisk behandling med mulighed for ekspertbistand fra Forskningsinstituttet og psykofarmakologisk konsulentfunktion.
- Gartneri.
- Kunstcenter.
- Bibliotek.

- Patientklub med mulighed for undervisning i pc-brug og anden voksenundervisning.
- Fysisk aktivitet.
- Sportsaktiviteter.
- Kontinuerlig kontakt til patientens netværk, både det professionelle og familien.
- Andre aktiviteter/ behandlingstiltag (Psykiatrisk Center, 2010).

Den rehabiliterende behandling skal *'genopbygge patientens maksimale niveau af funktionsevne og maksimale niveau af uafhængighed'*. Det kan opnås gennem en eller flere af ovenstående behandlings- og fritidsaktiviteter.

Der er tale om en klassisk medicinsk rehabiliteringstilgang, hvor patientens funktionsnedsættelser er betinget af sygdom, der behandles medicinsk, og hvor funktionsnedsættelse betragtes som *'et problem ved personen'* (Eplov m.fl., 2010, s. 32). For at mindske følger af funktionsnedsættelse behandles problemer individuelt. Fokus lægges på træning, bolig, arbejdsplads og lokalmiljø. Topor anfører:

"Rehabiliteringsbegrebet fokuserer ligeledes på individets funktioner og dets udvikling. I begge tilfælde er disse begreber knyttet sammen med en praksis, hvor professionelle grupper gør et eller andet med og for individet" (Topor, 2003, s. 41).

Behandlingsindsatsen målrettes en funktionel mangeltilstand med henblik på det enkelte individs forbedring. Den bedring, der kan iagttages hos individet, er en følge af den professionelle behandlingsindsats, hospitalet yder, og af den måde mennesket modtager tilbuddet og indgår i behandlingen på. Personen med funktionsnedsættelse er den passive modtager af den ordinerede behandling, og den professionelle behandler er den aktive part.

Målgruppe

Målgruppen på det psykiatriske centers rehabiliteringsafdeling beskrives som *'patienter med svær sygdomsgrad inden for det skizofrene og affektive spektrum'*. Der kan desuden være tale om mennesker med *'lettere misbrugsproblemer'* og om mennesker under retspsykiatrisk behandling (Afdelingens hjemmeside, 2010).

Når et menneske med sindslidelse indlægges på afdelingen, medtænkes følgende i visiteringen:

- Patienterne (skal) have et behov for rehabilitering ud fra mindst et af følgende kriterier:
- Behov for omlægning af psykofarmakologisk behandling.
 - Behov for ændring af uhensigtsmæssig adfærd (eksempelvis ændring af døgnrytme, selvdestruktiv adfærd, situationsutilpasset adfærd m.m.).

- Behov for genetablering af netværk (professionelt netværk og familiært/socialt netværk).
- Behov for forbedring af funktionsniveau, differentieret vurdering af funktionsdeficit og intensiv optræning, som bedst tilgodeses under et indlæggelsesforløb fx evnen til egenomsorg, evnen til at klare sig i egen bolig, evnen til at være i en meningsfuld beskæftigelse (Afdelingen, 2010).

Når man ser på, hvilke ord personalet på det åbne afsnit i fokusgruppeinterviewet bruger til at karakterisere patienterne med, er det ord som *'tung'*, patienterne med *'svære'* sindslidelser, og at der er tale om mennesker der gennem en lang årrække har mange indlæggelser bag sig. Psykologen omtaler patienterne som de *'dårligste'* af alle patientkategorier. De kommer på det psykiatriske center, når de er opgivet alle andre steder. *'Det er final destination i psykiatrien; det er her. Det er endestationen det her'*. Psykologen fortæller, at de patienter, han møder på hospitalet, kræver mange samtaler, før de responderer på behandlingen. Psykologen modstiller hospitalets patienter med de udskrevne patienter, han mødte, før han blev ansat på psykiatrisk center.

"Jeg kom herved og var vant til udskrevne patienter i hvert fald, ikke. Som fungerer væsentligt bedre end vores patienter. Og for nylig hørte jeg idéen "Yavis-patienten" – Young, attractive, verbal, intelligent, social – Yavis-patienten, ikke".

I: "Okay?"

"Som en idé. Og det er vores patienter sgu ikke. De er alt det andet. Yavis-patienter, der kan du flytte dem i løbet af ti samtaler. Vi har patienter, der først reagerer efter 100 samtaler".

I: "Okay, det var lige det, jeg tænkte; hvor kom de ind?"

"Ja. Yavis-patienter er dem, du har ude i privatlivet. [...] Jamen, det er folk, der er meget forandringsklar. De skal næsten ikke have noget stimulus, så forandrer de sig. Og de er meget selvhjulpne, altså. Mens hernede kalder man det psykiatria major, ikke. Det er der fandeme en god grund til. Du får det ikke værre, altså" (Interview med psykolog, åbent afsnit, 2009).

Det er en generel beskrivelse af patienterne på både åbent og lukket afsnit, der gives. Og det svarer til det billede af sindslidende, de professionelle team i afsnittene giver.

De professionelle fra det lukkede afsnit fortæller, at mange af deres patienter er *'svært adfærdsforstyrrede'*, og at næsten alle har et *'sidemisbrug'*. De fleste patienter er *'rigtig kroniske og svingdørspatienter'*, de fleste har været indlagt på hospitalets forskellige afsnit over en periode på mellem ti og tyve år.

Rehabiliteringstilgang

Det anføres på afdelingens hjemmeside, at rehabiliteringstilgangen er en samarbejdsproces mellem patienter, familie og professionelle, og at rehabiliteringen bygger på 'Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet':

Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger består af koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats (Afdelingen, op.cit. Johansen et al., 2004).

I teksten ovenover italesættes patienter som mennesker, som har eller er i *'risiko for at få betydelige begrænsninger i [...] funktionsevne'*. En professionel og målrettet rehabiliterende indsats skal være med til at rette op på disse begrænsninger. Personalet på det åbne afsnit anser tid som en væsentlig faktor for et vellykket rehabiliteringsforløb, da gruppen af mennesker, der indlægges på afdelingens afsnit, er kategoriserede som svært syge.

For at personalet kan have den nødvendige tid til rådighed, er patienterne på det åbne afsnit indlagt gennem længere tid. I den periode behandles patienterne medicinsk - og indgår i psykologisk kognitiv behandling. For at behandlingen lykkes, er det vigtigt:

"At vi har tid til det. Det er så langvarigt, sådan et ophold, vi har jo tid. Altså, indlæggelsesvarigheden er op til et år og det, ja, så vi får jo de tunge patienter, dem som er hårdest ramt af sygdom, som vi er nødt til at arbejde i et hold, og fra alle sider. Så meget fokuseret omkring patienten fra alle sider" (Fokusgruppeinterview, tværfagligt team, åbent afsnit, 2009).

Indlæggelsestid på afsnit

Under observationsstudiet på det åbne afsnit blev patienter indlagt til længerevarende rehabiliterende behandlingsforløb, der kunne strække sig fra ni måneder og op til to år. På det lukkede afsnit var patienter indlagt fra få dage i akutte forløb til flere år, og nogle patienter havde været indlagt på skiftende afsnit på hospitalet gennem årtier. Den seneste revision af afdelingens hjemmeside angiver indlæggelsestiden til at være op til syv måneder. Under observationsstudiet havde flere patienter været indlagt på det åbne afsnit i op til to år. Det lukkede afsnit havde patienter, der havde været indlagt på forskellige afsnit på hospitalet gennem en periode på 16 år. Indlæggelsestiden fremover

estimeres til at vare syv måneder. På hjemmesiden præciseres, at der fra indlæggelsestidspunktet planlægges med, at patienterne efter udskrivelse skal følges ambulant i deres nærmiljø.

Ved indlæggelse til specialiseret rehabilitering sættes der fra starten fokus på tiden efter patientens udskrivelse. Patienten forberedes til fortsat behandling/opfølgning i eget nærmiljø. Rehabiliteringen for hver enkelt patient tilrettelægges derfor, så den stemmer overens med patientens ønsker og den tilværelse, der venter patienten efter udskrivelse (Psykiatrisk Center, 2010).

Den kortere tidsramme og opfølgning i nærmiljøet er ikke nye betingelser, men der er sket en skærpelse som følge af regeringens handleplan fra 2009, hvor der skal sikres korterevarende indlæggelser på hospitaler, og hvor en større del af et behandlingsforløb bliver udlagt som ambulant behandling på distriktspsykiatriske centre. Disse centre placeres nær patienternes bolig, og denne placering skal sikre øget samarbejde med de professionelle i kommunernes socialpsykiatri (Styrket indsats på psykiatriområdet, Regeringen, 2009).

Standardiserede patientforløb

Afdelingen har *'specialiseret rehabilitering'* som overordnet ramme for behandling på både det åbne og det lukkede afsnit. Det betegnes som et *'standardiseret patientforløb'*, der foregår i en *'afgrænset tidsramme'* og består af *'en række bio-psyko-sociale interventioner'*. Behandlingen på centret er akkrediteret, så alle indlæggelsesforløb er standardiserede til at foregå i en bestemt tids- og ordensstruktur, der skal følges for alle patientforløb. I fokusgruppeinterviewet på det åbne afsnit er der flere af teammedlemmerne, der medtænker de rammer, der er fastsat for deres arbejde med rehabiliteringsplanen.

Stort set alle patienter i begge afsnit behandles med medicin, og som lægen forklarer, er der flere af patienterne, der bliver genindlagt, fordi de *'stopper med medicinen'*, når de kommer hjem. Derfor lægges vægt på psykoedukation, hvor der arbejdes med, at patienterne undervises om deres sygdom, og der arbejdes med patienternes accept af, at de selv skal tage ansvar og lære at leve med den. Rehabiliteringen er et mål for behandlingen, og afdelingens behandlingsplan

består af to søjler, som tilsammen udgør en psyko-farmakologisk/psykoterapeutisk behandling:

"Den obligatoriske del af planen: behandlingsplanen og rehabiliteringsplanen. Det er det psykofarmakologiske. Den nuværende generation af antipsykotika, som er kommet på markedet inden for de sidste, jah, ti år, og det har jo haft effekt, må man sige, og patienten får betydeligt mindre bivirkninger, og derfor er de også mere motiverede til at tage medicinen. Og så kan man også se det på effekten – jeg vil ikke sige, at der er sket en revolution, men det er i hvert fald store fremskridt i rehabiliteringen og også denne her sociale rehabilitering. [...] når man behandler de såkaldte psykotiske symptomer, [...] så bliver patienten også mere åben overfor samfundet og modet til at [...]genetablere de sociale kontakter. Og på den måde er psykofarmakologisk behandling, må man sige, en af de centrale. [...]der er stort set[...] to søjler; det er psykofarmakaterapi og psykoterapi. Og det arbejder vi intenst med på begge fronter" (Fokusgruppeinterview, tværfagligt team, åbent afsnit, 2009).

Medicin åbner for muligheden af en dybere social og psykologisk rehabiliterende behandling. Afdelingens psykoterapeutiske behandling, som i øvrigt alle andre afdelinger på hospitalet, hviler på kognitive adfærdspsykologiske metoder. De er valgt, fordi der er evidens for deres effekt på mennesker med sindslidelse.

"Og der er lavet forskning på, at der er evidens for, at det virker at arbejde kognitivt. Og derfor har man jo også overordnet valgt den strategi fra hospitalets side. Så det er sådan, at man på alle områder her[...] arbejder kognitivt" (Fokusgruppeinterview, tværfagligt team, åbent afsnit, 2009).

Psykologen forklarer, hvad der forstås ved kognitiv metode, og hvorfor det er en sådan tilgang, afdelingen har valgt at arbejde med:

"Nu arbejder vi kognitivt adfærdsterapeutisk.[...] Det særlige ved det kognitive er[...] at det tager udgangspunkt i et problem.[...]"

I: "Hvad er det, der gør, at man vælger det som fokus her på stedet?"

"Det er, at det er den psykologiske metode, som er bedst undersøgt. Det er en metode, der i den grad vedkender sig de naturvidenskabelige kriterier for viden. Og for undersøgelser. Og dermed også for evidens, altså.[...]"

I: "Nej, men så, hvad ser du, altså, når du siger det?"

"Det betyder, at etikken er i orden, [...] og hensynet til patienten er i orden. Det er nogle frygtelig skrøbelige mennesker, vi har med at gøre, ikke. Og hvis du udsætter dem for nogle psykologiske metoder, der ikke er ordentlig efterprøvede, så risikerer du[...]at de bliver voldsomt psykotiske og lider mere, end de gør i forvejen" (Interview med psykolog, 2009).

I dette citat omtales mennesker med sindslidelse som 'frygtelig skrøbelige', som mennesker der 'lider', og derfor skal den psykoterapeutiske etik være i orden, forstået på den måde at der udelukkende anvendes metoder, der er udviklet den bedste evidens for. Etikken sættes lig med at vælge metoder med den bedste evidens, og samtidig angives, at valget af metode bunder i, at kognitiv metode vedkender sig naturvidenskabelige kriterier for viden. Dermed vurderes psykoterapeutiske

interventioners effekt efter de samme kriterier, som er i overensstemmelse med kravet til effekt af farmakologiske produkter. Når der behandlingsmæssigt satses på evidensbaserede metoder, mindskes risikoen for, at patienterne kan udvikle psykoser som følge af den psykoterapeutiske metode. På samme tid er der også en viden om, at når de kognitive metoder vurderes ud fra naturvidenskabelige kriterier, bliver de mere acceptable i det medicinske rehabiliteringsfelt, da de er genkendelige for feltets lægelige specialister.

Det er ikke nødvendigvis sådan, at andre psykoterapeutiske metoder ikke virker, men at der kan dokumenteres høj evidens, tilfredsstillende også de krav, der stilles fra politisk side om, at behandling skal være evidensbaseret. Der er et hierarki i behandlingen. Politisk krav om evidensbaserede metoder tænkes først og fremmest i betydningen medicinsk farmakologisk evidens, psykoterapeutisk evidens underordnes denne medicinske evidenslogik. Evidens i behandlingen fremsættes som krav og får ophøjet status. Fra at være profant er evidens nærmest blevet helligt.

"Og det er jo sådan en diskussion, man hører i medierne hele tiden, ikke. At det er evidensbaseret og bla bla bla, [...] Og faren er, at så tror folk, at så er der ikke noget andet, der virker. Men det er jo slet ikke sådan, det er [...] Og folk bliver mere sådan.. Der var en, der sagde for nyligt: 'De bliver mere hellige end paven', ikke, altså. Og det har aldrig været meningen, og det er ikke meningen" (Interview med psykolog, 2009).

Lægen på det åbne afsnit fortæller, at der er større evidens ved kognitive metoder. Der fokuseres på her og nu-situationer, der skal færre behandlinger til, og der indtræder hurtigere virkning end med psykodynamiske metoder. At der ses effekt efter kort tid, medfører både behandlingsmæssig og økonomisk gevinst. Det angives ikke, om der også på længere sigt er større effekt, end der er ved andre psykoterapeutiske metoder. Principperne ved den kognitive metode forklares i fokusgruppeinterviewet:

"fokus på nuet [...] Og kognitiv terapi, fordelene ved den kan være tidsbegrænset og kunne klares på, ja, jeg vil sige 10-20 seancer, og det kan rykke virkelig meget. Hvorimod psykodynamisk terapi kan vare i årevis [...] der er også bedre evidens ved at sige kognitive. Og det er sådan mere struktureret; det hele går på såkaldte "Den Kognitive Diamant", hvor der centralt i det er patientens tanker, såkaldte automatiske tanker, som popper op i ens hoved, når man oplever en eller anden situation. Og så medfører det følelser, og det er så typisk i vores kohorte af patienter, det er følelse af angst, det er følelse af ked af det, af depression. Og det er det, vi arbejder med. Men det er så primært, som regel er det udløst af tankerne. Ja, og så går det ud på den her kropslige oplevelse og adfærd. Til sidst er der adfærd, og typisk adfærd det er isolationen. [...] meningen er at arbejde i situationen, prøve at lave såkaldt kognitiv omdrejning for at lave en anden type adfærd end social isolation.

Ændre automatiske tanker, som ændrer følelserne, som ændrer kropslig oplevelse. De klager også over de her somatiske ting, hjertebanken osv., svedeture. Ja, og åndedrætsbesvær, som der er. Og der er nogle, der har tolket det, som at de har en fysisk sygdom, men det har de jo ikke; det er rent på det her psykologiske niveau, såkaldte autonome symptomer ved angsten. Og så, ja, og så adfærd, at de skal ikke isolere sig. Og de skal være socialt aktive. Det er ligesom et kort overblik over kognitiv terapi” (Fokusgruppeinterview, tværfagligt team, åbent afsnit, 2009).

De kognitive metoder er meget strukturerede og retter sig mod problemer, der følger af, at mennesker med sindslidelse har tankemæssige, rent psykologiske problemer. Disse tanker giver følelser af angst, ked-af-det-hed og depressioner. Det kan give fysiske udslag, men det er ikke et udtryk for, at der faktisk er fysiske problemer, derfor skal patienter med fysiske problemer ikke behandles fysisk, men psykologisk. Både medicin og kognitive metoder retter sig mod at ændre en given adfærd, der kommer med tanken. Denne forklaring siger, at der gennem arbejdet med at ændre tanke og adfærd også arbejdes med krop, psyke og følelser. Det hele spiller sammen, når det drejer sig om en kognitiv vurdering og interventionsbehandling.

Hvis man ser på den behandling, der tales om på rehabiliteringsafdelingens lukkede afsnit, er der en kontrast til den meget strukturerede rehabiliterende behandling på det åbne afsnit, der beskrives på hjemmesiden, og som de professionelle fortæller om.

Lukket afsnit

Der er lagt op til, at patienter kun skal være indlagt på lukket afsnit i det akutte forløb. På hjemmesiden angives, at behandlingen på det lukkede afsnit hviler på samme rehabiliteringsgrundlag som på det åbne afsnit. Der er ikke tale om at følge en standardiseret rehabiliteringsplan. Personalet fortæller, at de ikke har en strategi for rehabilitering, deres patienter vurderes individuelt.

”Altså (det) er jo rehabiliteringsafsnittet, vi skal jo også rehabilitere dem, patienterne. Men altså vi kører jo ikke det rehabiliteringskoncept, som de gør på de andre afsnit. Altså, vi har ikke sådan nogen strategi for, hvordan vi gør. Det vil være individuelt i forhold til hver enkelt patient” (Fokusgruppeinterview, tværfagligt team, lukket afsnit, 2009).

Der er patienter, der hurtigt kommer ud af deres akutte psykose, men personalet oplever flest patienter, der ikke bliver bedre, eller som gennem flere år vender tilbage med nye psykoser.

”Det er jo sjældent, vi ser en så god forbedring af vores patienter, hvis de bliver så meget bedre, ryger de jo videre på åbne afsnit. Altså, så vi ser dem jo mest i deres akutte faser, og

nogle af de patienter, vi har, har været indlagt i 16 år i det her "akutte" forløb, jeg ved ikke, om man kan kalde det et akut forløb. Så det er der, det nogle gange er lidt problematisk" (Fokusgruppeinterview, tværfagligt team, lukket afsnit, 2009).

Patienter skal i princippet kun være indlagt på et lukket afsnit i en akut fase, hvor der ikke så stor effekt af behandlingen, hvorfor rehabiliteringsprogrammet ikke gen- eller vedkendes i personalets svar. Personalet på det lukkede afsnit omtaler kun behandling med psykofarmaka og nævner ikke psykoterapeutisk behandling som en del af afsnittets koncept, men under observationsstudiet var der psykoedukation. Personalet angiver, at afsnittets største behandlingsmæssige problem består i, at selv om det er et akut behandlingssted, er det vanskeligt at visitere patienter videre, selv om de er kommet ud af deres akutte psykotiske tilstande.

"Jeg synes, man skal være på lukket afdeling, når man har akut behov for det. Og det skal ikke være årelange indlæggelser. Det kan godt være, der er nogle enkelte, men jeg synes, at vi, ikke som personale, men der er en tendens til, at de som er her, de kommer ikke videre, fordi der ikke er plads, eller de ikke kan rummes på andre afsnit. På trods af at bostederne er visiteret til at kunne tage næsten alle slags patienter og sådan nogle ting. Så kan de ikke rumme dem alligevel, for de er for dårlige. Hvor jeg tænker, behandlingsmæssigt er vi egentlig reelt færdige. På trods af, at vi ikke kan melde dem færdige, fordi de stadigvæk vil være ambivalente omkring medicinen. Så der er i hvert fald noget, som ikke hænger sammen, og jeg kan ikke sætte ord på, hvad det er" (Fokusgruppeinterview, tværfagligt team, lukket afsnit, 2009).

Når det akutte arbejde med at behandle patienterne medicinsk er udført, er de behandlingsmæssigt 'reelt færdige'. Problemet set fra personalets side er, at det er vanskeligt for både bosteder og åbne afsnit på hospitalet at kunne 'rumme' mange af de patienter, der har været indlagt på det lukkede afsnit, hvoraf mange af dem har været på forskellige hospitalsafsnit i årevis. Med de mange besparelser på psykiatriområdet er det blevet vanskeligt at visitere patienter videre, da mange af de afsnit, der skulle modtage patienter fra det lukkede afsnit, er blevet lukket. Det er et problem i forhold til at være en effektiv akutafdeling, der tager sig af at behandle mennesker, der befinder sig i akut psykotiske tilstande.

Tværfaglighed og teamsamarbejde

Der er to søjler i behandlingsplanen: Psykofarmaka og kognitiv psykoterapi. Personalet er tværfagligt sammensat. Grundlaget for rehabilitering bygger på tre grundvidenskabelige retninger: natur- human- og socialvidenskabelig teori.

Den specialiserede rehabilitering har en tværvidenskabelig reference, således at forstå at de metoder, der anvendes, har reference i såvel naturvidenskabelig, humanvidenskabelig som socialvidenskabelig teori. Miljøterapi, gruppeterapi og individuel terapi foregår i en kognitiv psykologisk reference. Samtidig er der fokus på fysisk aktivitet, hvor det tilstræbes, at den enkelte patient er fysisk aktiv min. en halv time om dagen (Psykiatrisk Center, 2010).

Da der er flere videnskabsteoretiske retninger som reference for rehabilitering, er der sammensat et tværfagligt team til i fællesskab at varetage fagspecifikke opgaver. De tværfaglige team består af læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, ergoterapeuter, aktivitetsmedarbejdere og sekretærer. På afdelingsniveau er tilknyttet socialrådgivere, musikterapeuter og psykologer. Psykologerne har ansvar for den kognitive terapi og miljøterapi i de forskellige afsnit. Det er kun psykologerne, der har en længerevarende videregående uddannelse i psykoterapeutisk teori og metode. Psykologerne varetager uddannelse og ugentlig supervision af personalet og underviser alle ansatte på etårigt uddannelsesforløb i kognitiv terapeutisk metode. Kurset skal ruste personalet til at indgå i afsnittets miljøterapeutiske arbejde.

Det fælles tværfaglige arbejde består i første omgang i at kortlægge patientens problemer og i at udarbejde en fællesfaglig behandlingsplan indeholdende en rehabiliteringsplan. Der tages udgangspunkt i problemer, som patienten gerne vil arbejde med at forandre:

"Der vælger man tre, maksimalt fire, problemstillinger, og som regel er et af de her problemer også sociale problemer. Det er faktisk næsten hver gang, der er noget socialt og noget med et netværk. Altså der er ingen tvivl om, at det er noget af det væsentligste. Og så laver man en fornuftig plan og opfølgning.[...] men vi mødes jo alle sammen til et nyt, opfølgende rehabiliteringsmøde, hvor vi samler alle data op og ligesom laver brainstorm [...] og holder fast i det her. Det kognitive (psykoterapeutiske), det er faktisk vores arbejdsredskab" (Fokusgruppeinterview, tværfagligt team, åbent afsnit, 2009).

På afsnittet kan patienterne definere deres problemer og opstille mål for de forandringer, de gerne vil arbejde mod. Tænkningen viser sig at være en deficittænkning, at det er mangler i patienternes funktionsniveau, der hindrer patienten i at anvende sine ressourcer fuldt ud i hverdagslivet. Derfor sigter behandlingen på at genopbygge patientens funktionsniveau:

Ifølge det specialiserede rehabiliteringsforløb skal det tværfaglige personale, i samarbejde med patienten, identificere patientens behov for intervention. Dette effektueres ved først at identificere de funktionsdeficits, der forhindrer, at patienten kan leve et for ham tilfredsstillende liv uden for "hospitalssystemet". Derudover identificeres også patientens ressourcer, således at disse styrkes under indlæggelsen, og patienten bliver i stand til bedre at kunne anvende sine ressourcer i hverdagen efter udskrivelse. Ansvar for at udføre disse undersøgelser er lagt på faggrupperne i forhold til disse gruppers uddannelse og arbejdsopgaver (Psykiatrisk Center, 2010).

Der er nævnt en række test og behandlingsforslag på hjemmesiden. De er opdelt efter, hvilken faggruppe der har ansvar for at udføre de enkelte test og behandlinger. Det vil sige, at det tværfaglige samarbejde fungerer som fagligt parallelle og ikke overlappende forløb. Resultater af test indgår i den samlede vurdering af patientens problemer, deficits og ressourcer, og den samlede vurdering er udgangspunkt for opstilling af de kort- og langsigtede mål, der indgår i behandlingsplanen, som lægerne har ansvaret for.

Patienterne skal give samtykke til behandlingen, og deres bemærkninger noteres i journalen. På det sociale område udfylder patienterne et netværkskort over nære pårørende og mere fjerne netværkspersoner, hvorefter afsnittets socialrådgiver, i overensstemmelse med standarden, har en samtale med patienten inden for de første tre dage efter indlæggelsen, hvor:

"patientens sociale forhold kortlægges: opvækst, familieforhold, netværk, økonomi derunder forsørgelsesgrundlag, boligforhold, uddannelse, beskæftigelse" (Fokusgruppeinterview, tværfagligt team, åbent afsnit, 2009).

Psykologen fortæller, at en psykolog har en introduktionssamtale med patienten, hvor der foretages en test for selvværd, og hvor patienten introduceres til kognitive psykoterapeutiske metoder, f.eks. psykoedukation. På baggrund af test og samtale drøftes, hvilke forandringer i forhold til selvværd og funktionsniveau patienten har behov for.

Lægen udfører også en del test til vurdering af patientens sindslidelse med henblik på, om der er behov for ændring i den medikamentelle behandling. De forskellige faggruppers samtaler med patienten har som mål at vurdere patientens samlede situation og at opstille en rehabiliterende behandlingsplan med identificering af behov for interventioner. Interventioner medvirker til, at patienten efter udskrivelse igen kan komme til at fungere i hverdagen. Psykologen forklarer, at der som basis for alle rehabiliteringsretninger anvendes kognitive adfærdspsykologiske metoder, der er videnskabeligt testede, og derfor

er der evidens for, at det virker på mennesker med skizofreni, en af de målgrupper afsnittet retter sin behandling imod.

"Normalt skal vi jo arbejde ud fra CBT, altså Cognitive Behavioural Therapy, ikke. [...] Og inden for den tradition er der skrevet enormt meget om behandling af skizofrenipatienter (Interview med psykolog, 2009).

I fokusgruppeinterviewet fra det åbne afsnit uddybes nærmere, hvad rehabiliteringstilgangen betyder i behandling af patienten. Lægen fortæller, at patienter kan være 'skamfulde', men at selve autoriteten, som lægen besidder, får patienten til at betro sig til ham og familien til at søge oplysninger og få deres antagelser bekræftet. Dette er i sig selv med til at mindske eller lindre familiens interne spændinger:

"Jeg vil sige, at det er vigtigt, at der er nogen, en autoritet, ligesom en læge, som siger de her ting, som de måske i forvejen vidste, men ligesom at få dem bekræftet. Og så mindsker det den interfamilære spænding nogle gange. Altså, hvis der er nogen spænding, misforståelse, så kan det faktisk lindre, mindske, den her spænding" (Fokusgruppeinterview, tværfagligt team, åbent afsnit, 2009).

Behandling ordineres af lægen. Det kan være ændring af præparat eller justering af dosis, kognitive psykologiske metoder, fobitræning, undervisning af patienten og dennes sociale netværk, så patienten og pårørende får en forståelse af patientens lidelse og tilegner sig redskaber til at klare hverdagen og livet (psykoedukation). Psykoedukation foregår i grupper af patienter, så patienterne kan høre, at der er andre patienter med lignende oplevelser.

"Det er da meget vigtigt, at patienten både får indblik i sin egen sygdom for forståelsen af den, og hører også, at der er måske andre, som har det ligesom jeg eller har haft det. [...]to gange om året tilbyder (vi) pårørende undervisning, fordi man jo erfaringsmæssigt ved, at jo mere pårørende bliver undervist om den pågældendes sygdom, jo lettere er det at forholde sig til tingene" (Fokusgruppeinterview, tværfagligt team, åbent afsnit, 2009).

Med viden og forståelse følger ansvar. Psykoedukation sigter på, at patienten bliver selvansvarlig for sin sundhed, er selvstyrende og derved kan 'bremse' udviklingen mod sygdom. Gennem kognitiv psykoterapi og psykoedukation får patienter og pårørende redskaber til at vurdere, overvåge og kontrollere symptomer på en negativ udvikling i et sygdomsforløb. Familien får mulighed for at forholde sig til sygdommen via undervisning. Familien får ligeledes medansvar for styring af patientens sygdomsudvikling. Det delte ansvar i familien medvirker til, at den sindslidende kan leve et liv med forbedret og optimeret livskvalitet:

"Rehabilitering indbefatter tilbagevenden til et liv, og hvad er det så for et liv, den pågældende skal tilbage til. Det liv, der eksempelvis er levet før indlæggelsen, hvad kan der planlægges af ændringer, som gør, at patientens livskvalitet efterfølgende bliver forbedret og optimeret" (Fokusgruppeinterview, tværfagligt team, åbent afsnit, 2009).

Psykoedukation er et undervisningsforløb af hele familien, der retter sig mod forbedring af den sindslidendes individuelle optimerede livskvalitet. Plejepersonalet i afsnittet fungerer som kontaktpersoner og har daglig kontakt med patienterne. Plejepersonalet tager sig af at koordinere behandlingsordinationer, medicin, kost, kontakter til netværk, og de tager sig af dagligdagen i afsnittet. Sygeplejerskerne udformer en plejestatus, hvor der fokuseres på 'en hel vifte' af spørgsmål, der drejer sig om sundhedstilstand, relations- og kommunikationsformåen, sociale forhold, m.m., ting, som hører et hverdagslivsperspektiv til:

"Altså, når patienten kommer her og bliver indlagt, så laver vi det, som hedder en sygeplejestatus, hvor man går ud med en hel masse spørgsmål om kommunikation, og viden og udvikling, og sociale forhold, relationer, ernæring, en status over alt simpelthen. Kost og religion og jura. En hel vifte, som vi så skal udfylde til journalen sammen med patienten" (Fokusgruppeinterview, tværfagligt team, åbent afsnit, 2009).

Ergoterapeuten arbejder specifikt i forhold til at vurdere problemer med aktiviteter med henblik på patienternes optræning af den fysiske krop. Der arrangeres forskellige former for motion, bl.a. en daglig spadseretur, svømning og aktiviteter i gymnastiksal.

"Jeg går jo ind som ergoterapeut og laver min egen undersøgelse i forhold til at vurdere patienternes aktivitetsniveau,[...] patienterne selv, der skal komme frem til, [...]det de synes, de har problemer med, og så skal de vurdere det på en skala fra 1 til 10, hvor motiverede de er for at arbejde med de her aktivitetsproblemer, som de kommer frem til. [...]det lægger jeg også meget vægt på at fortælle dem om, at det er en undersøgelse og ikke en test. De skal ikke tro, at der er noget rigtigt og forkert, og jeg skal bruge den her undersøgelse først og fremmest til at finde ud af, jamen, hvor er det, jeg kan hjælpe dem som patienter, hvad er det, vi skal ud og træne med. Og så fortæller jeg dem også, at den indgår i den her rehabiliteringsplan [...] Fordi at den her rehabiliteringsplan også skal være lavet inden de første fire uger" (Fokusgruppeinterview, tværfagligt team, åbent afsnit, 2009).

Ergoterapeutens arbejde styres også af de standardiserede test og den tidsramme, der er fastlagt i behandlingsplanen. Ergoterapeuten har et særligt blik på patienternes dagligdagskompetencer og funktionsniveau, og de forskellige test retter sig mod at udrede patientens problemer med motivation til fysisk aktivitet. Når patienternes motivationsrate er øget ved afslutningen af træningsprogrammet, har patienten også fået det bedre. Som tidligere beskrevet

er problemerne placeret som et tankeproblem, der styrer adfærd og dermed også følelser og fysiske forhold.

Foruden at undersøge og udforme aktiviteter til patienternes fysiske forbedring varetager ergoterapeuten træning i at færdes uden for institutionen blandt andre mennesker. Det omfatter den fysiske træning af kroppen, der indgår som en del af afdelingens rehabiliteringsplan, og det omfatter psykisk træning for at kunne indgå i sociale sammenhænge i samfundet uden for afsnittet under indlæggelse og uden for hjemmet efter udskrivelse.

"Og det kommer også ind på det sociale – altså, hvordan har de det i det hele taget med at være sammen med andre mennesker, hvordan har de det med at være ude i det offentlige rum" (Fokusgruppeinterview, tværfagligt team, åbent afsnit, 2009).

Ergoterapeuten indgår i den kognitive behandling med fobitræning for mennesker, der har angst for at komme ud i det offentlige rum, hvor de kan møde andre mennesker.

"Vi har også en ergoterapeut, der laver noget fantastisk eksponeringstræning med patienterne" (Interview med psykolog, 2009).

Der er et fast ordnet kognitivt træningsprogram for dette. Træningen har som mål, at patienten efter endt eksponering kan bevæge sig derhen, hvor vedkommende ikke turde gå alene, det kan være at køre i bus eller tog, at gå i butikker eller på gaden. Ved at træne dette sammen med andre ændres tanken, følelsen, de kropslige fornemmelser og angsten for at udføre dette.

Rehabilitering som ændret adfærd

Åbent afsnit

Fra indlæggelsestidspunktet på det åbne afsnit arbejder teamet på udskrivelsessituationen. Dvs. al behandling retter sig mod ændringer i adfærd og mod den fremtidige tilværelse uden for afsnittet. Det betyder, at boligen får stor betydning. Socialrådgiveren fortæller, at mange af de indlagte patienter har egen lejlighed, andre bor på bosted. Nogle har op til indlæggelsen været så psykotiske, at lejligheden må saneres, før boligen er så beboelig, at patienten kan vende tilbage dertil.

"Ja, og nogle gange er det jo kaotiske boligforhold, patienterne har, i og med at det, der er sket før indlæggelsen, det givetvis har været en psykotisk tilstand, hvor det hele måske er splittet ad. Og manglende kontakt til relevante instanser har gjort, at der trænger til rengøring, sanering og planlægning af – ja, det kan også være fysiske ting, der skal i orden, eksempelvis maling, reovering, oprydning – totalsanering. Og det kan jo også være, at

situationen er den, at den pågældende slet ikke skal tilbage til den bolig. Det er det, vi vurderer under forløbet” (Fokusgruppeinterview med tværfagligt team, åbent afsnit, 2009).

På hjemmesiden anføres, at rehabiliteringsforløbet genopbygger patienterne, dvs. ikke alene er det materielle skadet, men også personen selv skal genopbygges, begge dele kan være *'splittet ad'*, når patienten indlægges. Der er mange ting, der skal ordnes og udbedres i lejligheden før udskrivelse, og der skal være orden i patientens liv, så patienten kan klare sig selv, når han/hun vender hjem. Rehabiliteringen i afsnittet sigter mod, at patienterne ved udskrivelsen fremstår: *'genopbyggede med maksimal funktionsevne'* i maksimal *'uafhængighed såvel psykologisk, socialt, fysisk som økonomisk'*, dvs. at patienterne har fået bragt dem selv, deres netværk og deres bolig i orden, og at de har lært tilstrækkeligt om deres sindslidelse til at være ansvarlige og kan kontrollere og styre deres behandling med medicin, og at de mestrer de kognitive metoder, så de kan klare sig selv med de tilbud, der måtte være i hjemkommunen.

Tid er i personalets forståelse en nødvendig forudsætning for, at patienten sammen med personalet kan finde ud af, hvilken boform der fremover kan udgøre den bedste ramme for den enkelte sindslidendes hverdagsliv. Set fra de professionelles side må boligen udgøre en ramme, mennesket kan trives i. En del af rehabiliteringen er at finde en egnet bolig, der kan understøtte den igangsatte proces, og socialrådgiveren arbejder på, at der kan findes en bolig, som den enkelte kan udskrives til efter indlæggelse på afsnittet.

”Hvad er mulighederne, og hvad er ønsket – mange gange er patienten uafklaret [...] hvad skal jeg boligsmæssigt? Man vil jo gerne hjem til sit hjem, det er jo ligesom hovedtemaet mange gange, ikke. [...] Men der går da tit et stykke tid, inden de er afklarede med, hvad er det, de skal, ikke” (Fokusgruppeinterview med tværfagligt team, åbent afsnit, 2009).

Personalet siger, at vurderingen af, om en bolig er egnet for den pågældende patient, ikke blot afhænger af, hvilket ønske det enkelte menneske har om bolig. Det afhænger også af, om det er muligt for mennesket at leve alene i en bolig meget af tiden, medregnet den professionelle støtte og hjælp, det er muligt for vedkommende at få fra hjemkommunen:

”Og mange gange er ønsket jo ikke [...] foreneligt med ønsket om et optimalt liv og livskvalitet, fordi den pågældende ikke kan fungere i de rammer. For når man er hjemme i eget hjem, betyder det jo, at selvom man har støtte-kontaktperson og hjemmevejledning, og hvad man ellers kan sætte i gang, så er der altså mange timer i døgnet, hvor man skal være alene, og hvor man i de fleste tilfælde, hvis man er der, ikke magter den situation at

skulle være alene. Og der er vi jo så inde i en vurdering af, hvad er egentlig det rigtige botilbud, og der er en stor vifte af muligheder fra solistboliger med nogen støtte, med fast tilknyttet hjemmevejleder, til grader af døgnfællesskab, eller døgn dækning, til egentligt bocomcenter – altså, et botilbud med døgnstøtte” (Fokusgruppeinterview med tværfagligt team, åbent afsnit, 2009).

Socialrådgiveren fortæller, at det betyder meget for patientens sociale liv, at de kan hjælpe patienten til at finde frem til den rette bolig, da boligen er en central ramme i hverdagen. De professionelle stræber efter, at den sindslidende opnår *’et optimalt liv og livskvalitet’* gennem rehabiliterende behandling. Behandlingen tilrettelægges ud fra en professionel vurdering af, hvilket liv og hvilken livskvalitet det er muligt for den enkelte at opnå, og hvad der er af ønsker for et fremtidigt liv:

”Formålet med specialiseret rehabilitering er at sætte den enkelte patient i stand til at kunne varetage og fungere i en hverdag ud fra sine præmisser, ud fra sine ressourcer” (Interview med psykolog, 2009).

Denne styring mod sundhed og maksimal funktionsevne befordrer en tilbagevenden til et tidligere liv. Socialrådgiverens arbejde begynder allerede ved indlæggelsen og består i en afklaring af sociale forhold, bolig, arbejde, økonomi og afklaring i forhold til patientens relation til sociale og professionelle netværk:

”Hvad jeg som socialrådgiver beskæftiger mig med. Ved indlæggelsen inden for tre arbejdsdage, der har jeg en aftale med en nyindskrevet patient, hvor jeg gennem en samtale kortlægger de sociale forhold. Jeg laver sådan et socialt oplæg, som indgår i journalen, og der har vi et akkrediteringsprojekt, der går på, at det er inden for tre arbejdsdage, jeg skal bedømme den sociale situation. Det drejer sig om opvækst, familieforhold, netværk, økonomi – derunder forsørgelsesgrundlag - boligforhold, uddannelse, beskæftigelse og beskæftigelsesplaner; det er planer for, hvad den pågældende skal beskæftige sig med efterfølgende. Omkring netværk, så laver jeg en beskrivelse af, hvad det er for nogen relationer, patienten har. Primære netværk i form af familiemedlemmer. Kontakt til familien – hvor hyppig er den. Er der nogen, man ikke har kontakt med, men som er en del af det primære netværk. Det sekundære netværk, der beskriver jeg, hvad det er for nogen kontakter, der har været til eksempelvis distriktpsykiatrien, støtte-kontaktperson, kontakt til kommunen, anden støtte i hjemmet, og hvad siger de i forhold til sit netværk” (Fokusgruppeinterview, tværfagligt team, åbent afsnit, 2009).

For at opfylde akkrediteringsprojektet arbejder socialrådgiveren med et struktureret forløb med henblik på at planlægge, at sociale og økonomiske rammer fungerer for patienten efter udskrivelse. For at forberede tiden efter udskrivelsen bedst muligt, lægger det samlede personaleteam vægt på at etablere et samarbejde med patienten og dennes netværk. Dette samarbejde foregår ved, at der afholdes et netværksmøde med patient og netværkspersoner,

hvor læge, sygeplejerske og socialrådgiver fra afsnittet deltager. Netværksmødet er også med til at organisere og fastholde patientens kontakt til pårørende, sagsbehandlere, støtte-kontaktpersoner, hjemmesygeplejersker, bosteder, distriktpsychiatriske centre, som patienten kan være tilknyttet og afhængig af. De professionelle har medansvar for, at patienten kan klare sig efter udskrivelse til eget hjem. Behandlingen fortsætter i nærmiljøet som ambulante behandling i distriktpsychiatrisk center. Rehabiliteringsprocessen ser ud til at køre på skinner og forløber efter en fastlagt strukturel ramme, når det fremstilles af personalet på det åbne afsnit.

Lukket afsnit

Selv om det lukkede afsnit i princippet er et rehabiliteringsafsnit, omtaler personalet deres arbejde på en anden måde. Der er helt andre ting på spil, patienterne er ikke indlagt til et frivilligt rehabiliterende forløb, de er på lukket afsnit enten pga. en dom, eller fordi de er psykotiske. Personalet oplever, at det er vanskeligt at arbejde med sociale langsigtede netværksrelationer i det akutte forløb, det er også vanskeligt, fordi mange af de patienter, der har været i årevis på hospitalet, ikke har netværk længere. Afsnittet udfylder netværkskort med patienterne, men ofte er det professionelle, patienterne ønsker skal skrives på. Hvis der ikke er familie eller venner til patienten, søger personalet at etablere andre former for kontakter.

"Jamen, så kan man måske vende bøtten lidt rundt og sige, at hvis vi kan sige, de ikke har nogen kontakt udadtil, så måske vende bøtten rundt og sige: Hvad gør vi så? Kan vi støtte mere og skabe et socialt liv udenfor på.. som ikke lige nødvendigvis er familie og venner, men socialt liv i form af nogle væresteder tilsvarende andre ting. Hvis vi skulle komme i den situation, at de skulle udskrives" (Fokusgruppeinterview, tværfagligt team, lukket afsnit, 2009).

For de patienter, der har familie, søger personalet at hjælpe patienterne med at genetablere og styrke kontakt, hvis patienterne ønsker det.

"Vi har jo møder med pårørende, [...] Vi skal informere patienterne om, at de er velkommen til at få lægesamtaler osv. Vi skal.. også samtale med os, ik. Også til sådan nogle rundbordssamtaler osv., ik. Hvis ellers det er muligt. Men det er ikke så tit, det er".

I: "Rundbordssamtaler, hvad er det?"

"Det er sådan samtaler, hvor der måske er læge og nogle pårørende og fra distriktpsychiatrien eller noget. Og patienten selvfølgelig også. Med henblik på udslusning. Men det er ikke særlig tit, vi har det. Men altså i princippet kan det sagtens lade sig gøre, hvis det var muligt. Så det er noget, der foregår individuelt i forhold til en patient".

I: "Okay. Så I har nogle få eksempler, hvor I alligevel har haft nogle udslusnings- og netværkssamtaler?"

"I hvert fald når vi får nogle i en kortere periode, hvor det er akut, jamen, så koncentrerer vi os om det, de er kommet herover for. Det kan være et selvmordsforsøg eller.. eksempelvis. Og der forhåbentlig inden for kort tid skal tilbage til åben, jamen, så går vi nok ikke så dybt ind i det, fordi det er det, de åbne arbejder med. Så i mange tilfælde synes jeg her, så koncentrerer vi os om den akutte psykiatriske fase, de er i, og så tager de åbne afdelinger sig af de lidt mere dybdegående relationer til netværket. Hvor det jo er vores langtidspatienter, vi går ind og kigger på individuelt. Sådan overordnet" (Fokusgruppeinterview, tværfagligt team, lukket afsnit, 2009).

Efter den akutte fase visiteres patienterne videre til åbne afsnit, der så tager sig af at behandle i 'dybden', dvs. af at kombinere medicin med psykoterapeutiske metoder og af at arbejde med sociale sider af patientens liv.

"Man er på det lukkede, [...] Eller får det hurtigt bedre forhåbentligt og så komme videre. Og så er det de åbne afdelinger, der kan arbejde dybt med det. Også for måske ikke at åbne op for noget, man ikke kan færdiggøre".

I: "Åbne op for noget, man ikke kan færdiggøre?"

"Ej, men jeg tænker; begynde på en relation, man ikke kan være 100 % sikker på, bliver gjort færdig i det videre forløb".

I: "En relation mellem dig og patienten eller.."

"Eller til pårørende, eksempelvis. [...] Ja, altså, hvis man netop f.eks. udskriver dem til eget hjem..". (Fokusgruppeinterview, tværfagligt team, lukket afsnit, 2009).

På samme måde som rehabiliterende behandling tilskrives de åbne afsnit, viderevisiteres familienetværks- og relationsarbejdet for patienter, der kun er indlagt på afsnittet i akutte forløb. Nogle patienter visiteres ikke videre til rehabiliterende behandling på åbne afsnit, men vender tilbage til deres bosted eller til eget hjem, hvor behandlingen følges op på distriktspsykiatriske centre. Hvis patienterne kun er indlagt i det akutte forløb, 'åbnes' ikke for 'relationsarbejde', hvis det er noget, der er for 'dybt' i forhold til den korte tidsperiode, patienten er indlagt på afsnittet. Målet er, at patienterne tager den ordinerede medicin, får det bedre og hurtigt kommer videre enten til behandling på åbne afsnit eller udskrives. Men mange gange er der tale om 'gengangere', som personalet kender rigtig godt, hvor personalet prøver at beskytte de få pårørende, der er tilbage.

"Og der er jo også.. altså, de fleste af vores patienter har jo ikke.. de har måske en enkelt, som vi også prøver at beskytte nogle gange, fordi vores patienter har været så syge i så mange år, har udsat deres pårørende for rigtig, rigtig mange ting. Så vi prøver også nogle gange at holde igen tænker.. det gør jeg i hvert fald, holder igen nogle gange med at informere for meget og involvere for meget, fordi de ofte er rigtig, rigtig brugt. De skrøbelige relationer der er tilbage. Og der er også flere pårørende, der har sagt fuldstændig fra; vil ikke høre om noget" (Fokusgruppeinterview, tværfagligt team, lukket afsnit, 2009).

For ca. 50 % af patienternes vedkommende er der slet ikke nogen pårørende at kontakte, og mange af de patienter, der får besøg af venner, har meget korte kontakter, det kan være fem til ti minutters besøg.

"Et af de dilemmaer, som jeg faktisk ser tit hos os omkring relationer, det er, at ofte er vores patienter gengangere. Vi kender dem rigtig, rigtig godt, og den enkelte eller flere er også misbrugere, og nogle af de der sociale relationer, de har udadtil, det er jo misbrugermiljøet, som vi selvfølgelig ikke lige graver.. men nogle gange er det deres eneste kontakter. Så det kan godt være problematisk der ligesom at være støttende og anerkende "Ni" og sige, at det er godt, at han kommer på besøg, samtidig med at vi ved, han har lommen fyldt med alt muligt. Og det handler om handel" (Fokusgruppeinterview, tværfagligt team, lukket afsnit, 2009).

Andre har misbrugsvenner, hvor det drejer sig om helt andre ting, men som personalet betragter som bedre end slet ingen venner.

Rehabilitering på distriktspsykiatrisk center

Det distriktspsykiatriske center er beliggende i lokalmiljøet, men hører administrativt under hospitalspsykiatrien. Centret blev etableret i 1995 og varetager langvarige ambulante behandlingsforløb af patienter. Patienter henvises ofte til centret med henblik på opfølgende behandling efter et hospitalsophold, fra egen læge eller fra socialpsykiatrisk regi. Personalet fortæller, at de mennesker, der kommer i centret, ofte har oplevet mange og langvarige indlæggelser på hospital, og gennem mange år har de oplevet korterevarende kontakter fra professionelle, 'der ofte tænker i, at patienten skal udskrives hurtigt igen'. Denne form for kontakt giver ikke meget kontinuitet i den enkeltes liv, derfor søger personalet på centret at etablere længerevarende og støttende kontakter, der derved får en mærkbar effekt for patientens hverdag og sociale liv.

"Den behandling, der foregår i distriktspsykiatrien, har helende og udviklende effekt" (Fokusgruppeinterview, distriktspsykiatrisk center, 2009).

Personalet i distriktspsykiatrien taler også om vigtigheden af tidsfaktoren i rehabiliteringen, og de fortæller, at kontakter med patienter er langvarige. I det langvarige behandlingsarbejde etableres samarbejde mellem kommune, social- og distriktspsykiatri.

En af hovedopgaverne er at give medicinsk behandling, at være opsøgende, at give ting god tid, typisk tager et forløb fem år (Feltnoter, distriktspsykiatrisk center, 2009).

Holdningen hos teamet er, at det skal være frivilligt for et menneske at komme til behandling i distriktspsykiatrisk center. Der er visse elementer af opsøgende arbejde i centrets funktion, der kan opstå akutte situationer, hvor personale fra centret rykker ud til en person med psykiske problemer. Centret tager sig i princippet ikke selv af indlæggelser med tvang, de ser helst, at indlæggelser foregår frivilligt.⁸

Arbejdet på centret varetages af et tværfagligt team og udgør både et traditionelt medicinsk behandlingssted og adskiller sig fra et sådant. Behandling i distriktspsykiatrisk center følger op på en behandling iværksat under indlæggelse og genoptager behandling, der blev afbrudt af et indlæggelsesforløb. Teamet i distriktspsykiatrisk center følger patienternes forløb gennem en længere periode. Teamet aftaler faste intervaller. Patienterne kommer til centret, og eller også tager personalet hjem til dem. Hvor hyppige kontakter, der er behov for, aftales mellem den pågældende behandler og patienten. Patienterne medinddrages i beslutninger, og teamet opnår et godt kendskab til den enkelte patients liv og ønsker. I behandlingen tages højde for, hvad der er muligt at opnå ud fra de præmisser, sindslidende faktisk lever under, og de ressourcer, der samlet set er hos personen og i dennes familie.

Behandlingsgrundtænkning

Den overordnede tilgang i distriktspsykiatrisk center er medicinsk rehabilitering, hvor behandling består af psykofarmakologisk behandling, derudover arbejder teamet med en kognitiv terapeutisk behandlingstilgang, der omfatter:

kognitiv psykoterapi, social færdighedstræning, psykoedukation og kognitiv optræning (Notat om fundamentet for distriktspsykiatrisk arbejde på centret, 2009).
--

Dermed er grundlaget i rehabiliteringsarbejdet beskrevet som en klassisk medicinsk tanke, som også var grundlæggende tænkning på det psykiatriske center.

⁸ I Danmark er der ikke udlagt myndighed til overlægen i distriktspsykiatrien til at udføre opfølgende tvangsbehandling. Det kan udelukkende foregå på hospital. (Tvungen opfølgning efter udskrivning)

Lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien og lov om rettens pleje.
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=129446>.

Den psykologiske referenceramme er kognitiv, ifølge en sådan etableres et arbejdsgrundlag, der omfatter *'langvarige og tætte relationer med patienterne'*. Psykologen forklarer, at autenticitet og en personlig involvering er vigtig for en persons recovery, at relationer mellem behandler og patient bygger på fortrolighed, og at der tilstræbes et ligeværdigt forhold mellem behandlerteam og patient.

Ifølge Topor er en personlig involvering et forhold, hvor den professionelle giver noget af sig selv og også drøfter egne problemer og tanker, det er at give og modtage noget ud over det forventelige. Den bedste måde til at opnå recovery er, når patienter kan bidrage med noget, give noget igen i relationen med behandleren, derved får patienten anerkendelse (Topor m.fl., 2011).

Teamet fortæller, at tætte forhold er personlige forhold, hvor de professionelle fortæller patienterne om deres eget liv, uden at det bliver på et privat plan, derved fungerer behandlere som rollemodeller. I kraft af det tætte og fortrolige forhold får de professionelle mere viden om patienternes personlighed og det liv, de lever. Teamet fortæller, at de på denne måde fungerer som et professionelt netværk, der etablerer kontinuitet i patientens liv gennem støttende samtaler. Der er i dette forhold en professionel distance, en adskillelse mellem behandler og patienters verden, hvor den professionelle er den, der giver støtte i patientens proces.

Inddragelse af patientens egne ønsker

For at skabe kontinuitet i patienternes liv arrangerer distriktspsykiatrisk center ressourcegruppemøder mellem personer, *'der er vigtige at få drøftet borgerens livssituation med'*, det kan være familie, og det kan være andre professionelle fra kommunens socialpsykiatriske team. Behandlingsteamet søger at medtænke faktorer, der influerer på den enkeltes liv. Personalet fortæller, at behandlingen lægger vægt på at støtte patienterne i at kunne komme sig efter sygdom, og i dette rehabiliteringsperspektiv medinddrages såvel patienternes familie- og vennenetværk som professionelle netværk, f.eks. hjemmepleje og pædagogisk støtte i hverdagslivet og andre omsorgs-, sociale- og professionelle netværk, samtidig med at distriktspsykiatrisk centers medarbejdere selv udgør en del af det professionelle netværk, der støtter op omkring menneskets egen

recoveryproces. Afhængig af patienternes individuelle behov kan udredning af økonomiske, sociale og bolig-mæssige forhold indgå. Stedets socialrådgiver har ingen myndighedsfunktion, det ligger i det kommunale led at afklare og bevilge sociale ydelser. Centrets socialrådgiver fungerer som støttende og kan bistå patienten i at *'finde rede'* i love og regler og derved vise de muligheder, der er. Teamet siger, at begrebet rehabilitering ikke anvendes så ofte af distriktsteamet. De taler om at komme sig, og de mener, at ikke alt er rehabiliteringsarbejde, der er mange måder, patienter kan komme sig på. Når teamet arbejder med recoverybegrebet, som det formuleres i fokusgruppeinterviewet, så er der mere tale om at komme videre.

"sådan genuint over ordet recovery, ikke, det er egentlig vores plan at komme videre." [...]
"Men vi har jo aldrig brugt ordet rehabilitering, heller ikke recovery." [...] "Der er sådan mere kød og blod i det andet" (Fokusgruppeinterview, distriktspsykiatri, 2009).

Teamet forklarer, at deres måde at tænke behandling på, som de ser i lyset af rehabilitering og recovery, ikke er helt i overensstemmelse med den måde, hospitalet tænker behandling på. Det har givet anledning til en del diskussioner mellem ansatte på distriktspsykiatrisk center og ansatte i hospitalspsykiatrisk regi.

En ansat i distriktspsykiatrien fortæller, at det er recovery, men det er behandlingspsykiatri, og da de lavede et projekt i centret, blev der ramaskrig fra de andre læger i regionen, der ikke er enige i en sådan tilgang. Men distriktspsykiatrisk center holdt fast i projektet, og de kalder det så rehabilitering fra medicinsk side og recovery fra patientens side (Feltnoter, distriktspsykiatri, 2009).

Teamet forklarer, at hensigten med den tværfaglige indsats i behandlingen af en patient er at arbejde mod et *'vendepunkt'*, der ligger dér, hvor der sker ændringer for patienten, så han får en bedre livskvalitet.

Der arbejdes mod, at der sker en *'modifikation af patientens vanskeligheder'*. Teamet formulerer det på den måde, at de arbejder med at løse nogle problemer, som ingen andre kan løse, og på en måde, så patienten kan komme videre i livet. Mange af de patienter, der kommer i distriktspsykiatrien, *'vil ikke deres eget bedste'*, og mange *'lever et kummerligt liv'*. Når en patient, der lever *'selvdestruktivt'*, er nået til et punkt, hvor han erkender, at det ikke kan blive værre og har behov for en kursændring, så når han til det vigtige punkt, der kan blive et *'vendepunkt'*. Ved dette punkt *'beslutter patienten at gå en anden vej'*.

I den medicinske tilgang til rehabilitering er problemet noget individuelt ved patienten, et problem, der løses ved, at de professionelle gør noget behandlingsmæssigt ved patienten. Talen om vendepunktet er fra Topor, 2003.

Målgruppe

Distriktpsychiatrisk center har selvstændigt behandlingsansvar og visitationsret inden for centrets målgruppe på psykoseområdet.

Målgruppen for det distriktpsychiatriske center er mennesker med en alvorlig, ofte længerevarende sindslidelse, som i kraft af lidelsens sværhedsgrad har behov for en opsøgende, tværfaglig og individualiseret indsats. Patienterne er tilknyttet centret gennem mange år (Notat om fundamentet for distriktpsychiatrisk arbejde på centret, 2009).

Det er langt fra alle patienter, der visiteres til centret, der har en diagnose, eller som ser sig selv som sindslidende. De kommer til støttende samtaler med personalet om deres psykiske eller sociale problemer. Nogle kommer i centret for at få medicinsk behandling, mens andre modtager psykoterapeutisk behandling.

Distriktpsychiatrien fungerer som et behandlerteam og professionelt netværk, der har støttende samtaler, og etablerer kontinuitet i patienternes liv (Notat om fundamentet for distriktpsychiatrisk arbejde på centret, 2009).

Flertallet af patienter tilknyttet centret bor i selvstændig bolig eller på et bosted i kommunen, og de fleste modtager førtidspension.

Få har børn under 18 år [...] og de fleste har kontakt til deres private netværk, men for manges vedkommende er kontakten sporadisk (Notat om fundamentet for distriktpsychiatrisk arbejde på centret, 2009).

Patienterne er kønsmæssigt ligeligt fordelt, og der er varierende alder, der er dog flest i alderen 40 til 50 år.

De lever på kanten af samfundet. Såvel deres livsform som deres oplevelser ligger uden for de gængse rammer i befolkningen (Notat om fundamentet for distriktpsychiatrisk arbejde på centret, 2009).

De patienter, der er tilknyttet det distriktpsychiatriske center, har fortrinsvis psykoser. Der er ikke mange med borderline og personlighedsforstyrrelser. Der er ifølge internt notat følgende kendetegn for patientgruppen:

- Fastlåshed i tankegang og handling
- Opfatter ikke deres problemer som udtryk for sygdom
- Ensomhed og isolation
- Oplevelse af at være udenfor/anderledes
- Ringe social kompetence, f.eks. fravær af social perspektivtagning

- Ringe problemløsningsevne
 - Oplevelse af, at livet er for svært
 - Ringe selvværd
 - Kognitive vanskeligheder, f.eks. i forhold til opmærksomhed. Oplevelse af stigmatisering.
- (Fundamentet for distriktpsychiatrisk arbejde på centret, 2009).

Tværfagligt teamsamarbejde

Det tværfagligt sammensatte team ledes af en overlæge og en afdelingssygeplejerske, og personalet på dette center består af en distriktslæge, fem distriktsygeplejersker, en socialrådgiver, en psykolog og en sekretær. Personalet betegner den distriktpsychiatriske indsats som en helhedsbehandling, der bygger på tværfagligt samarbejde om de patienter, som kommer til ambulant behandling i centret. I behandlingsarbejdet lægges vægt på, at der er ansat en gruppe professionelle, der kommer med hver deres faglighed. Tilsammen udgør de et team med tværfaglige kompetencer på det medicinske, psykologiske, sygepleje- og socialfaglige område. Det tværfaglige team fortæller, at i de fælles drøftelser bidrager personalet med viden fra hver deres faglige vinkel, og på baggrund af dette foretager teamet en fælles vurdering af, hvilken form for indsats den enkelte patient har behov for og kan få størst udbytte af. Der udarbejdes behandlingsplaner for alle patienter, som visiteres til centret. Alt efter behov kan samtalerne dreje sig om medicinsk og psykologisk behandling, afklaring af økonomiske forhold og støtte til bolig, hjælp og oplæring i at administrere medicin, undervisning om sygdom og virkninger af medicin. Samtalerne har til formål at understøtte personens egen mulighed for at klare sig i et hverdagsliv med en sindslidelse. Teamet fortæller, at det er vigtigt at medtænke et tidsperspektiv i behandlingsarbejdet, fordi nogle komplekse problemstillinger somme tider kan virke uoverskuelige. Nogle gange løser problemerne sig, fordi

"vi sover på det, det er også rigtig godt. Når vi ikke kan nå til en enighed eller kan nå en løsning, som er acceptabel, så er vi nogle gange nødt til at sove på det. ... så løser det sig i løbet af natten. ... Så står det fuldstændigt klart" (Fokusgruppeinterview, distriktpsychiatrisk center, 2009).

Teamet anser det for vigtigt, at problemstillinger bliver drøftet igennem og set fra flere sider. Diskussionerne tages i en åbenhed, der bevirker, at der kommer

mange flere vinkler frem. Der er ikke en person eller faggruppe, der bestemmer. Det er vigtigt for teamsamarbejdet, at beslutninger tages i fællesskab og ikke er taget på forhånd, før mødet begynder. Teamet mener, at det i et tværfagligt team er godt at kunne trække på den enkeltes faglige viden fra den uddannelse, den enkelte professionelt er uddannet til og har færdigheder indenfor. Behandlingsarbejdet dokumenteres fælles i journalen, der er fælles for alle i teamet.

Selv om der arbejdes tværfagligt med de fælles patienter, har de to læger og psykologen egne forløb med patienter, som kun kommer til behandling hos dem. Der kommer derfor patienter, der ikke kendes af de andre teammedlemmer i huset. Der kan også være patientforløb, hvor det fortrinsvis er sygeplejerskerne, der udfører behandlingen. Hvis der opstår problemstillinger med patienter, der ikke kendes af hele teamet, kan de tages op i det tværfaglige team, hvorefter der kan inddrages læge, socialrådgiver, psykolog eller sygeplejerske, alt afhængig af det behov, der opstår. Teamet fortæller, at selv om der arbejdes i en tværfaglig teamstruktur, hvor alle samarbejder om fælles patienters problemer og diagnosticering, arbejder alle i teamet meget selvstændigt. Det kan lade sig gøre, fordi den enkelte i teamet er orienteret om alle vinkler i en patients liv, og det er vigtigt, da det er helhedsbehandling, der udføres på centret. Teamet siger, at når hver især tager ud til patienterne alene, skal de kunne vurdere og træffe beslutninger på egen hånd ud fra den viden om patientens sygdom og liv, der opnås gennem daglig tværfaglig vidensdeling.

Sociale netværk

Patienterne kommer ofte alene til samtaler med behandlerteamet, mens det tilstræbes at få kontakt med et eksisterende netværk eller at etablere et netværk af nære pårørende eller professionelle, når der er tale om møder i ressourcegrupperne. Distriktspsykiatrisk center har siden 2001 anvendt ressourcegruppemøder i deres behandling, når der er tale om behandlingsindsats med mange professionelle involverede til en gruppe patienter med svære sindslidelser og komplekse situationer.

Centrum for indsatsen er respekten for det enkelte menneskes selvbestemmelse. Derfor inddrages brugeren i åben dialog og støttes til at tage ansvar for egen tilværelse og
--

De distriktspsykiatriske centre i kommunen har arbejdet med projektudvikling af indsatsen med ressourcegruppemøder, der har en særlig betydning i arbejdet med mennesker med sindslidelse om at få et liv, der har så høj en livskvalitet som mulig. Det angives i et internt notat, at hensigten med rehabilitering er at etablere, stabilisere og opbygge private netværk samt kontakten til det professionelle netværk. Teamet mener, at den måde, patienten mødes på, har indflydelse på muligheden for, at patienten kan komme sig, derfor er ressourcegruppemødernes form at tage udgangspunkt i patientens aktuelle situation, så det er patienten, der sætter ord på sine behov og mål. De øvrige deltagere i mødet bidrager med hver deres vinkel. Formålet med ressourcegruppemøder er at inddrage familiære og professionelle netværk i behandlingen gennem samtaler med patient, behandlere og netværkspersoner. Ressourcegruppemøderne bygger på tanken om recovery og er et af de vigtigste samarbejdsfora mellem patienter og deres netværk, hvor patienterne inddrages i behandlingen. Teamet understreger, at formålet med ressourcegruppemøder er, at patienten deltager og hører alt, hvad der bliver sagt i rummet henvendt til ham og til alle andre. Derved flyttes samtaleformen fra, at der holdes møder, hvor der tales om en patient, der ikke er til stede, til at tale med patienten om de tanker, deltagerne i mødet gør sig om patientens sygdom og sociale livssituation.

Opsummering behandlingspsykiatrisk egenlogik

Den forståelse af det sindslidende menneske, der fremkommer ved analyse af materiale fra det psykiatriske centers hjemmeside og fokusgruppeinterviews med de professionelle, viser, at der er tale om mennesker, der benævnes som svært sindssyge, psykotiske, mange har aktivt misbrug, og de fleste har manglende sociale netværk. De omtales som de tungeste af de tunge, som frygtelig skrøbelige og som mennesker, der lider af angst og har nedsat fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevner.

Figur 3. Målgruppe karakteristik for behandlingspsykiatri

Målgruppen tilhører diagnoseområderne inden for det skizofrene, det affektive spektrum og bipolare lidelser. De har svær sygdomsgrad og betragtes som frygtelig skrøbelige og lidende mennesker, der er i risiko for at få betydelige begrænsninger i

deres fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne. På det lukkede afsnit tales om akutte patienter, som er svært adfærdsforstyrrede, næsten alle har sidemisbrug, og halvdelen er domsanbragte. Fællestræk for patienter i behandlingspsykiatri er lavt selvværd, mange lever alene uden familie og venner, er ensomme og isolerede.

Indlæggelsestiden på det åbne afsnit var fra ni måneder op til to år, mens den reviderede hjemmeside fra 2010 angiver syv måneder for maksimal indlæggelsestid. Den lange indlæggelses- og behandlingstid angives at være nødvendig for, at de professionelles rehabiliterende indsats har en effekt på så svært syge mennesker.

Patienter på det lukkede afsnit indlægges i en akut psykotisk fase. Intentionen med målrettet medicinsk behandling er hurtig behandlingseffekt, at de bringes ud af den akutte tilstand, og så snart de er færdigbehandlede, viderevisiteres de til åbne afsnit eller udskrives.

Virkeligheden ser anderledes ud. Det er ikke muligt at viderevisitere alle, og de fleste af dem, der udskrives som færdigbehandlede, vender hurtigt tilbage med nye psykoser. Mange af de indlagte forbliver i afsnittet i årevis, de har ikke egen bolig uden for hospitalet, for når de udskrives fra afsnittet, forbliver de oftest på hospitalet. De fleste af patienterne på det lukkede afsnit har været indlagt og flyttet rundt på forskellige afsnit på samme hospital gennem ti til tyve år, derfor betegnes de som rigtig kroniske og svingdørspatienter. Et fællestræk for patienter på begge afsnit er, at der er mange, der stopper med at følge den medicinske behandling, når de udskrives. Der tales om mennesker med lavt selvværd, de lever ofte alene og isoleret, mange uden familie og venner.

Patienterne, der kommer på distriktspsykiatrisk center, er mennesker, der har alvorlige og langvarige sindslidelser i psykosespektret. Personalet betegner dem som nogle, der ikke vil deres eget bedste, mange er selvdestruktive og lever et kummerligt liv. Centrets rehabiliteringslogik hviler ligeledes på en medicinsk rehabiliteringstilgang, hvor der gennem behandling søges balance som helhed i menneskers liv. Denne helhed omfatter udredning og afhjælpning af problemer, der kan skyldes problemer i økonomiske, sociale eller boligmæssige forhold. På centret inddrages patienten i egen behandling og er med til at vurdere, hvilke problemstillinger, der er mest behov for at få løst, for at hverdagen kan fungere.

Klassisk medicinsk rehabilitering

Det åbne og det lukkede afsnit og distriktpspsykiatrisk center har samme overordnede tilgang til rehabilitering. Begge steder behandles sindslidelser med psykofarmaka, og selve relationsarbejdet med patienterne hviler på kognitive adfærdspsykologiske metoder. Kognitive metoder omfatter samtaler med psykolog, social og praktisk færdighedstræning og psykoekation. Den kognitive psykoterapi er mest forenelig med den naturvidenskabelige grundlæggende tænkning, som medicin hviler på. Ud fra en naturvidenskabelig tilgang har kognitive metoder størst evidens i forhold til andre psykologiske metoder. Psykologen fortæller, at det ikke handler om, at andre metoder ikke har virkning, men det har vist sig, at der hurtigere opnås effekt ved kombinationen mellem psykofarmaka og kognitive metoder.

På det psykiatriske center og på det distriktpspsykiatriske center foregår behandlingen ud fra en medicinsk rehabiliteringsmodel. Rehabilitering ud fra denne model hviler på en deficiitænkning, hvor der skal tilføres noget, for at mennesket igen kan fungere. Dette noget, der mangler, identificeres af professionelle og tilføres gennem særlige behandlingsmetoder. Det sindslidende menneske med funktionsdeficit besidder nogle ressourcer, der kan stimuleres og anvendes til at motivere til aktiviteter, som befordrer genopbygning af manglende funktionsniveau. Det sindslidende menneske er et menneske med videns- og forståelsesdeficits, der bevirker, at den sindslidende ofte er uvidende om egen sindslidelse, og som følge heraf mangler forståelse for vigtigheden af at følge den psykofarmakologiske behandling, derfor er der mange patienter, som stopper med medicinen efter udskrivelsen og hurtigt bliver psykotiske igen. Personalet mener, at også pårørende ofte har videns- og forståelsesdeficit.

Rehabiliteringsprogrammer tilrettelægges, så de indeholder de metoder, der ses som udtryk for den største evidens inden for specifikt virkende psykofarmaka og kognitive psykologiske teknikker. De programmer, patienterne tilbydes, dækker de fleste områder, så aktiviteterne kan matche ethvert problem, der måtte blive identificeret og udvalgt efter behandlingsrelevans. Det standardiserede behandlingsprogram forløber over en afgrænset tidsramme og består af et bestemt antal programinterventioner, der genopbygger menneskets funktionsdeficits; f.eks. at organisere hverdagslivet og strukturere dagen.

Fagopdelte funktionstest

På det psykiatriske center har de professionelle ansvar for at udføre en række test. De er fordelt, så hver faggruppe udfører forskellige test. Tilsammen fungerer test som måleredskaber, der er egnede til at identificere funktionsdeficits i art og omfang. Rehabiliteringen foregår også funktionsopdelt, hvor hver faggruppe har samarbejde med det menneske, der har behandlingskrævende funktionsdeficits. Rehabiliteringsprogrammer sigter mod at opbygge og styrke patienternes egne ressourcer, så der er færre mangler i funktionsniveau ved udskrivelse til eget hjem. På samme måde kan sociale deficits afklares. Gennem udfyldelse af netværkskort kan mangler og ressourcer i det familiære og professionelle netværk identificeres, og gennem møder mellem det tværfaglige team og familie/professionelle netværk kan de sociale relationsdeficits identificeres.

Ifølge en deficitlogik har mennesket visse videns-, forståelses- og især funktionelle mangler, der kommer til syne i deres relation med andre mennesker i omgivende samfund. Funktionsdeficit kan betragtes som handicap, der bliver synlige, når de skal honorere krav fra samfundets side om at være selvforsørgende gennem en arbejdsindsats, have egen bolig og fungere i sociale sammenhænge sammen med andre mennesker. Funktionsdeficits viser sig i disse sammenhænge, og det gør på mange måder mennesket ude af stand til at tage vare på sig selv.

I de tilfælde, hvor der er familie, kan familiens videns- og forståelsesdeficit udbedres gennem psykoedukation. Den sindslidende kan efter psykoedukation tage ansvar for egen sygdom, behandling og sundhed og kan bedre styre og kontrollere egen angst. Familiemedlemmer, der deltager i psykoedukation, kan efterfølgende bedre støtte deres pårørende.

Opsummerende bemærkninger

Behandlingspsykiatriens rehabiliteringstilbud kan betragtes i relation til gruppeinddelingen i studiets Del I. Patienterne, der er indlagt både på det åbne og det lukkede afsnit, er svært syge, det er de dårligste af de dårlige. Det er mennesker med mange funktionsdeficits, for at bruge termen fra behandlingsteamet på det åbne afsnit. Den specialiserede behandling med de to

søjler: Psykofarmaka og psykoterapi retter sig mod at identificere disse funktionsdeficits, intervenere med henblik på at rehabilitere med udgangspunkt i patienternes psykiske, fysiske og sociale problemer. Det angives fra de professionelles side, at det tager lang, lang tid.

Det harmonerer ikke helt med det billede, der gives af, at kognitive metoder er effektive og hurtigtvirkende, og at der er høj evidens for, at metoderne har effekt på den målgruppe, der var på rehabiliteringsafdelingen. Den hurtige virkning indtræder hos 'Yavis'-patienter, men de er ikke indlagt på hospitalet, de går til psykolog og kan tage ansvar og styre deres psykiske problemer efter ti behandlinger, mens der i forhold til de dårligste og mest skrøbelige patienter skal mindst 100 psykologsamtaler til, før mange af patienterne responderer. De personer, der placeres i Gruppe 1, har gode sociale netværk, deres pårørende vil kunne tage deltagelse i psykoedukative undervisningsforløb og kan påtage sig et medansvar for den sindslidelses rehabiliteringsforløb efter udskrivelse. Mange i denne gruppe giver udtryk for håb om at komme sig helt. Men der er ikke tale om hurtigt responderende 'Yavis'-patienter. For personer i Gruppe 1 vil der være brug for stabile og langvarige rehabiliterende behandlingsforløb, da kun få tilrettelægger deres fremtid ud fra forestillinger eller ønsker om helt at kunne klare sig på almindelige arbejdsvilkår, uden førtidspension. Ud fra de ord, der anvendes om det sindslidende menneske, tilhører dette menneske ikke 'Yavis'-patientkategorien og matcher ikke personer fra Gruppe 1, der er tale om personer fra projektets Gruppe 2 og 3. De fleste af patienterne på det lukkede afsnit tilhører Gruppe 3. Der er ikke egentlig tale om, at der igangsættes rehabiliterende behandling under opholdet. Der satses på akut behandling, og opholdet har ikke en udstrækning, hvor personalet igangsætter større sociale udredninger. Denne gruppe af patienter - med gentagne indlæggelser pga. psykotiske tilstande og sidemisbrug - omtales som svært tunge. Det angives, at der skal mere end 100 samtaler til, for at patienter, der ikke tilhører 'Yavis'-kategorien, kan komme videre og måske komme ud af deres liv som langtidsindlagte.

Hvis korterevarende behandling på rehabiliteringsafdelingen mere retter sig mod de personer, der er i Gruppe 1, vil et sådant behandlingsforløb næppe have den store effekt for de, der er i Gruppe 2. Rehabiliteringen retter sig ikke

specifikt mod personer fra Gruppe 3, ud fra det de professionelle fra det lukkede afsnit giver udtryk for. Når der er størst succes og behandlingseffekt hos mennesker, der ligner 'Yavis'-patienten, vil behandlingen ikke være rettet mod de patienter, der rent faktisk er indlagt til rehabiliterende behandling. De vil kun sjældent være indlagt på behandlingspsykiatriske centre. De er for velfungerende, de indlægges sjældent og indgår ikke i den gruppe af mennesker, der er interviewet til dette projekt.

Kapitel 3 - Socialpsykiatrisk indsats

Kommunernes socialpsykiatriske tilbud og den målgruppe, tilbuddene retter sig mod, er fastlagt gennem serviceloven. Målgruppen er alle borgere, der opholder sig i Danmark, og som falder inden for målgruppen af personer, der har behov for omsorg og støtte. Alle ydelser og tilbud forudsætter visitering på basis af individuel vurdering. Målgruppen ifølge servicelovens kap. 2:

Berettigede til ydelser efter serviceloven efter, at der er foretaget en individuel vurdering, er således mennesker med nedsat fysisk og/eller psykisk funktionsevne, dvs. borgere som i daglig tale benævnes som mennesker med handicap, herunder mennesker med en varig sindslidelse, og mennesker med aldersbetinget nedsat funktionsevne. Herudover omfatter målgruppen også mennesker med særlige sociale problemer. Der kan være tale om mennesker, som er truet af social udstødelse, nogle grupper af sindslidende med særlige problemer, mennesker med spiseforstyrrelser, hjemløse voldsramte, mennesker med senfølger efter overgreb, stofmisbrugere, alkoholikere, mennesker, der har forsøgt selvmord, m.fl. (Socialministeriet, lov nr. 573 af 24/06/2005, LBK nr. 81 af 04/02/2011)

Målgruppen for den kommunale indsats er bred, men bestemmes nærmere i de enkelte paragraffer. Målgruppen præsenteres under hvert af de fire socialpsykiatriske steder.

I dette kapitel drøftes socialpsykiatriske steders egenlogik, menneskesyn og socialpædagogiske støtteintentioner i de fire kommunale tilbud, som projektet undersøger. Stedernes formelle målgruppe, overordnede rammer og faglige tilgang til omsorg og socialpædagogisk indsats drøftes med udgangspunkt i dokumenter, feltnoter og udtalelser i fokusgruppeinterviews. Alle steder italesættes recovery som det vigtigste perspektiv i den professionelle tilgang og holdning til borgerne. De fire steder er følgende:

- 1) socialpædagogisk støtte § 85, støtte-kontaktpersonordning § 99
- 2) et Fountain House-værested
- 3) et korterevarende bosted
- 4) et længerevarende bosted.

Recoveryperspektivet trækkes op i forhold til Topors recoverytilgang (Topor, 2003, Jensen 2004), og tilbuddenes organisation drøftes med henblik på den grundlæggende tænkning.

Serviceoven tager udgangspunkt i handicapkonventionens begreber om mennesker med handicap, hvor handicapproblemer viser sig i relationen mellem individ og samfund (Jensen, 2004). Med handicapkonventionens vedtagelse og ratificering i Danmark i 2009 er der ved at ske ændringer i den måde, de kommunale hjemmesider ekspliciterer socialpsykiatriske tilbud.

Kommunen, der indgår i projektet, anvender ikke længere termen 'socialpsykiatri'. Det er udskiftet med vendingen 'psykosociale tilbud'. Der tales ikke længere om 'mennesker med sindssyge/sindslidelse'. I stedet anvendes benævnelsen 'mennesker med psykosociale problemer'. Dette skifte er foreløbig mere en sproglig end en konkret forankret holdningsændring, hvilket vil blive eksemplificeret og drøftet under den egenlogik, der er i kommunen, hvor støttekontaktpersonordningen har deres funktion.

Kommunal støtte-kontaktpersonordning

I afsnittet drøftes tilbuddets formål og målgruppe, kommunens overordnede ramme for styring af ressourcer og tildeling af ydelser, de professionelles arbejdsorganisering og de professionelles udtalelser om de sindslidendes sociale liv.

Kommunen har i lighed med landets øvrige kommuner indført BUM-modellen som styringsredskab. Der opdeles behandlingen af borgere i en bestillerfunktion, der udreder og vurderer borgerens behov, og i en udførerfunktion, hvor andre udfører, hvad der er blevet bestilt. Det muliggør en hegemonisk detailstyring af økonomiske og professionelle ressourcer, en model, der af støtteamet opleves som fagligt undertrykkende, hvilket medfører frustrationer og påkalder faglige modmagtsstrategier.

Målgruppe

Støtte-kontaktpersonordningen er organiseret i en kommune med 64.000 indbyggere. Ifølge servicelovens § 99 skal kommunalbestyrelsen sørge for en støtte-kontaktpersonordning til mennesker med psykosociale problemer. Støtte-kontaktpersonteamets medarbejdere skal skabe kontakt med

de mest socialt udsatte og isolerede sindslidende, misbrugere og hjemløse, som ikke selv magter at kontakte de etablerede tilbud (Vejledning nr. 5, serviceloven, kap. 2).
--

En målgruppe, der er så blandet, kræver fleksibilitet, og teamet tager forskellige teknikker i anvendelse i den pædagogiske indsats for at motivere personerne til at blive mere sociale og tage ansvar for deres eget liv.

"Jamen, det er meget forskelligt, for jeg synes, om du har en ADHD eller en udviklingshæmmet eller en psykisk borderline, det er meget forskelligt, og der prøver man sig frem. Der er der, man må bruge sine kreative evner. Og ligesom sige, skal der gulerod, skal der følgeskab, skal, altså, det kan være alt muligt. Skal man have en af deres venner med til det her. Eller hvad måtte det være. Og så tage det i bittesmå hak for at det overhovedet lykkes. Ja" (Fokusgruppeinterview med kommunalt støttekontaktpersonsteam, 2009).

Mange mennesker i kommunen lever et liv med sparsom kontakt til familie og venner eller helt uden familiært netværk, hvilket efterlader mange ensomme og isolerede. Ensomhed og isolation er kendte fænomener for mennesker med psykisk lidelse, og modvirkning af isolation er skrevet ind i kommunens målsætning som et fokusområde.

Sindslidende kan få tilbud om en støtte-kontaktperson. Formålet er at opnå og bevare sociale kontakter og derved bryde den sindslidendes isolation. Støtte-kontaktpersonen skal hjælpe den sindslidende til at kunne gøre brug af kommunens etablerede tilbud. Støtten gives ud fra den sindslidendes ønsker, behov og præmisser (Kommunen, 2010).

§ 99 omhandler opsøgende arbejde, hvor der er et kommunalt - successivt professionelt ansvar - for at identificere, opsøge, vejlede og styre de pågældende mod benyttelse af mere langvarige støttetilbud. Denne indsats fra teamet har som mål at udvikle menneskets kompetencer til at vælge de tilbud, der tilgodeser en persons udvikling mod selvansvar og selvstyring. En proces, der på sigt skal føre til, at mennesket kommer sig socialt, social recovery, at de kan indgå i relationer med deres medmennesker. For nogles vedkommende kan indsatsen føre til, at personen kommer sig helt.

Af lovovervågningsrapporten for perioden 2007-2009 om § 99 fremgår, at på landsplan var 70 % sindslidende, 37 % alkoholmisbrugere, 27 % stofmisbrugere og 8 % hjemløse, af de mennesker der i perioden modtog tilbud efter § 99.

Udvikling mod at klare sig selv opnås ikke i den korte periode, en opsøgende og midlertidig indsats varer, selvom indsatsen vedbliver, indtil personen er i stand til at vurdere sit behov og er i stand til at samarbejde i valg af tilbud. Det fremgår af overvågningsrapporten, at på landsplan er 39 % af forløbene endt med succes, mens der i 61 % ikke er opnået positive forandringer. Succesraten vurderes i

forhold til, at der er opnået kontakt med det etablerede system (Servicestyrelsens Lovovervågningsrapport, 2011, s. 5).

Indsatsen efter § 99 er tidsbegrænset, og med opsøgende arbejde kan der være vedvarende tilgang af personer med behov for støtte, og de professionelle i teamet kan have vanskeligt ved at videregive ansvaret til andre professionelle.

"Hvad jeg har haft rigtig svært ved,.... Jeg kan bruge al den tid jeg vil på den enkelte, altså, og derfor så tænker jeg nogle gange at det, jeg kører nok ikke det der § 99 arbejde, som jeg absolut skal, fordi at det er vigtigt at komme ud til folk, der sidder på bænkene. Det er jo det, man skal. Det er det, der forstås ved det opsøgende. Så det håber jeg bliver lavet om. Jeg vil i hvert fald prøve at lave det om. [...] Jeg skal jo faktisk give det videre til mine kollegaer. Men min opgave den er jo kun at komme der nogle få gange, og så skal vi videre til kommunen, og så skal det ud til støtteamet" (Fokusgruppeinterview, kommunal støtte-kontaktpersonordning, 2009).

Det betyder, at der er risiko for, at § 99-teamet kan have langt flere med psykiske problemer at tage sig af, end de magter. Med den store tilgang og vanskeligheder med at viderevisitere dem er der fare for, at teamet 'sander til' (Munk, Ørnbøll, 2011).

Personer opsøges ofte på baggrund af henvendelser fra familie, venner eller naboer.

"Det opsøgende arbejde, vi har meget tit nogle der, altså, [...] fra kommunen får vi tilsendt nogle mennesker, som er bekymringsopkald, og der er naboer og familiemedlemmer og sådan noget, der ringer" (Fokusgruppeinterview, kommunal støtte-kontaktpersonordning, 2009).

I den undersøgte kommunes støtte-kontaktpersonordning er ansat et professionelt team, der hovedsagligt har pædagogfaglig baggrund. Alle i teamet kalder sig støtte-kontaktpersoner, da alle har fungeret i en blandet funktion. Udover § 99 tilbyder teamet socialpædagogisk støtte efter § 85.

§ 85. Kommunen sørger for tilbud om hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer (serviceloven, § 85, 2010).
--

Strukturen for teamet blev ændret et par måneder før, observationerne fandt sted. Der blev oprettet et særligt opsøgende team (§ 99). Inden da havde alle i teamet varetaget såvel opsøgende funktion (§ 99) som socialpædagogisk støttfunktion (§ 85), der er et af de længerevarende tilbud i kommunen. Kommunens indsats rettes mod:

Borgere med en psykiatrisk diagnose, der har brug for specialiseret støtte til at håndtere
--

og arbejde med de psykologiske og sociale udfordringer de møder i deres hverdagsliv (Kommunen, 2009).

Det er hensigten at støtte personen i at opnå, bevare og udvikle sociale kontakter og i at udvikle praktiske og sociale kompetencer, der gør ham i stand til selv at komme ud af sin isolerede og ensomme tilværelse. Dermed gøres personen medansvarlig både for sin egen recoveryproces, og for at den givne støtte fører til opnåelse af kommunens målsætning om at bryde den sociale isolation.

Støtteteamet fortæller om mange variationer af, hvordan mennesker lever deres liv socialt, og for manges vedkommende er støtteteamets medarbejdere de eneste, der kommer i deres hjem. Teamet mener, at deres opgave er at være der for de sindslidende, og at det er vigtigt for mennesker, at teamet viser, at det professionelle netværk ikke svigter dem. Selv om mange sindslidende i deres liv har oplevet, at mennesker er forsvundet efterhånden,

"så skal de vide, at støtte-kontaktpersonen altid kommer igen" (Fokusgruppeinterview, kommunal støtte-kontaktpersonordning, 2009).

I fokusgruppeinterviewet med medarbejdere fra støtte-kontaktpersonenteamet i 2009 fortæller de, at der er rigtig mange af de mennesker, der er tilknyttet støtte-kontaktpersonordningen i den pågældende kommune, der har et 'fattigt liv uden netværk', få har et 'rigtig godt socialt netværk'. For manges vedkommende gælder det, at den eller de personer, der udgjorde netværket, er blevet 'slidt op' efterhånden. Topor anfører, at pårørende betragtes som 'patienternes vigtigste støtte', og de spiller en afgørende rolle i en recoveryproces. Det er i sig selv ikke helt så enkelt, fordi de set fra en socialpsykiatrisk vinkel kan have en dobbeltrolle både som medvirkende årsag til problemers opståen og som løsning på problemer (Topor, 2003, s. 300).

Teamet fortæller, at de pårørende i mange tilfælde er 'blevet budt' så meget, at de simpelthen har givet op. I enkelte tilfælde har den sindslidende selv brudt med venner og familie i en periode, hvor de har haft det vanskeligt i deres liv. Det får betydning for, at der ikke er nogen tilbage, der kender deres historie. Teamet fortæller, at der er ret mange steder, hvor støtte-kontaktpersonen er det eneste menneske, der kommer i hjemmet. Nogle opgiver navn og telefonnummer på støtte-kontaktpersonen, hvis de bliver indlagt på en institution, hvor der skal opgives navn på en pårørende. Teamet mener ikke, at det er følelsesmæssigt muligt at bytte familienetværk ud med professionelle, og de mener også, at selv

om de sindslidende oplever det som en 'tryghed, er der også tale om et 'savn', når de i deres hverdagsliv (kun) har kontakt med en støtte-kontaktperson. Teamet gengiver en udtalelse fra en kvinde, der udtrykker forskellen på et professionelt og et familiært netværk.

"Jeg kan rigtig godt lide både dig og psykologen, men I får jo penge for det" (Fokusgruppeinterview med SKP-team, 2009).

For de fleste af de mennesker, teamet møder i deres arbejde, betyder et manglende netværk, at de '*føler sig alene*'. Mange mennesker med psykiske problemer har '*svært ved at sætte grænser*' og føler angst for situationer, de kommer ud for, hvis de går ud blandt andre mennesker. Mange med '*angst for relationer lukker sig inde*', da de ikke kan klare at gå uden for deres bolig.

En støtte-kontaktperson fortæller, at mange af de, der er tilknyttet teamet, '*lever et liv på kanten af samfundet*'. De sidder udenfor og kikker ind, men er ikke med i det, der sker. De er med i periferien og er dermed '*marginaliserede*'. En forklaring kan ifølge teamet være, at de '*lukker sig inde og lukker andre ude*' af deres nære liv, og det kan være, fordi deres pårørende har givet op efterhånden eller er faldet fra på anden vis.

"Med disse mekanismer sætter nogle borgere med sindslidelse sig selv uden for livet, og sættes udenfor af andre mennesker, de ekskluderes, ikke mindst fordi der både er historiske og kulturelle mekanismer, der medvirker i en samfundsmæssig stigmatisering og marginalisering af disse borgere" (Fokusgruppeinterview med støtte-kontaktpersonsteam, 2009).

Teamet oplever, at de fleste mennesker med sindslidelse er karakteriseret ved at have en angst, der begrænser dem i at indgå i nære relationer med andre. Det giver mange et '*savn af at indgå i nære relationer*', mange bliver '*isolerede*' fra andre, da de har '*paranoia*' over for de mennesker, der bor omkring dem eller omgiver dem ude i byen.

Kommunale rammer for støtte

I dette afsnit ses på intentioner med socialpædagogisk støtte, og på de rammer støtten til de sindslidende gives under.

Da observationsstudiet blev gennemført i 2009 var der en del frustration blandt teamets ansatte i forhold til, at støtten var styret af en økonomitænkning, af de overordnede rammer og mindre af den enkeltes behov for omsorg og støtte.

Rammerne er etableret, da der fra regeringens side stilles krav om, at kommuner skal udforme kvalitetsstandarder for alle offentlige ydelser. På det kommunalpolitiske niveau træffes beslutning om budgetmæssig ramme for ydelser til kommunens borgere, og der udformes generelle kvalitetsstandarder, hvorved tid og indhold for mulige ydelser fastsættes. Tildeling af støtte styres af mulige kvalitetsydelser, der er udarbejdet således, at standarder overholder det serviceniveau, der er politisk bestemt.

Den overordnede administrative styring af kommunens socialpsykiatriske indsats er udformet i en New Public Management-ramme (NPM), idet der er indført en BUM-model⁹. BUM er et effektivt administrativt styringsredskab, der styrer ved et funktions- og tidsopdelt koncept. Det overordnede ansvar for styring af de samlede ressourcer er placeret på bestillerniveau. Kommunens ansatte på bestiller- og udførerniveau udarbejder sammen kvalitetsstandarder. Kvalitetsstandarder skal

sikre ensartethed og tydelighed i visitation til de enkelte ydelser, og der skal være overensstemmelse mellem borgerens behov for støtte, den visiterede ydelse og det, der konkret ydes støtte til (X- kommune, 2009).

Kommunen angiver, at kvalitetsstandarder skal sikre, at kommunens borgere i videst muligt omfang bliver behandlet ensartet og ud fra *'så objektive kriterier som muligt'*.

For at have overblik og mulighed for at kontrollere, hvilken indsats der gives, er der flere redskaber i spil. Udmøntningen af konkrete ydelser aftales på årlige samarbejds møder mellem støtte-kontaktperson og sagsbehandler, hvor indsatsen til den enkelte vurderes. Der er årlige handleplansmøder mellem borger, støtteperson og sagsbehandler. På baggrund af den enkeltes ønsker og behov udarbejdes handleplaner, og derefter tildeles de ydelser, der er mulige ifølge kvalitetsstandarder. Handleplanen fungerer som en kontrakt mellem borger og kommune, og er kommunens sikkerhed for, at borgeren får de ydelser, vedkommende har krav på. På længere sigt er målet, at borgeren udvikler sig mod aktivt medborgerskab, med de rettigheder og pligter dette fører med sig. Handleplanen er et teknologisk redskab, der egner sig til at styre mennesket i

⁹ BUM står for Bestiller, der er myndighedsansvar, Udfører, der har det faglige ansvar, Modtager, der er borgeren.

den rette retning mod selvovervågning og selvstyring gennem målrettet udvikling af selvansvar.

Der ses således stærk retningsanvisning og styring fra regeringens side for økonomisk ramme og formen på kommunernes tilbud til borgere, og der er lovovervågning med henblik på at kontrollere, om den ønskede effekt af servicelovens tilbud opnås. Der er stærk styring af økonomi både fra ministeriets og fra kommunalpolitikernes side, både økonomisk ramme og serviceniveau skal overholdes. Der er stram styring af og også kontrol med tildelte ydelser fra bestillerside i form af vurdering af behov, tildeling af tid og ydelse og opfølgning af evaluering af, i hvilket omfang borgeren opnår de mål, hver enkelt standardydelse retter sig mod.

Der er styring på udførerniveau for at overholde økonomiske rammer, der følger med de bestilte ydelser. Dette repræsenterer en form for strukturel magt, det udløser modmagtsteknikker hos professionelle, som udfører arbejdet på det konkrete niveau. Hvor der er magt, vil styrken af denne kunne ses i omfanget af den modmagt, der udløses et andet sted i netværket (Foucault, 1999). Kommunens stramme styring opleves af de professionelle som meget rigid, men da den enkelte støtteperson arbejder selvstændigt, føres der ikke minutiøs kontrol med de professionelles anvendelse af den tildelte tid til den enkelte. Det giver de professionelle rum og mulighed for at tilrettelægge deres tid på en måde, der mere taler til deres selvforståelse og faglige ansvarsfølelse.

Professionelles modstand mod systemet

Medarbejderne oplever, at deres faglighed er blevet udfordret af logik i og håndtering af BUM-model og kvalitetsstandarder. Begge dele havde betydning for deres mulighed for at planlægge og udføre det pædagogiske arbejde hos hver enkelt på en måde, de fandt svarede til deres egne faglige standarder. De professionelle oplevede, at kvalitetsstandarderne mere repræsenterer et arbejdsredskab, der udgør en fælles ramme for ledere og medarbejdere, som træffer afgørelser om tildeling af ydelser på socialpsykiatriområdet, end det udgør et anvendbart arbejdsredskab for dem. De mener, at denne ramme ikke harmonerer med det faglige arbejde, de som professionelle udfører hos mennesker med sindslidende. Teamet gav udtryk for frustrationer over, at

faglige vurderinger og beslutninger var blevet vanskeligere som følge af de arbejds- og ansvarsændringer, der var sket med indførelse af de nye styringssystemer.

Teamet gav også udtryk for, at det var vanskeligt at få timenorm og faktisk tidsforbrug til at stemme overens, når de ud fra deres pædagogfaglige vurderinger betragtede menneskers ressourcer, og hvilke behov den enkelte havde for omsorg og støtte i et vanskeligt hverdagsliv. Når de gav udtryk for, at de vurderede, at den tildelte tid ofte var helt utilstrækkelig, oplevede de, at deres faglige vurderinger kom i anden række i forhold bestillers beslutning om støttetildeling ud fra de vedtagne standardydelser. Standardydelserne blev sat over faglige skøn. De administrative styringsinstrumenter fik - efter medarbejdernes mening - forrang i forhold til de professionelles konkrete vurderinger.

Teamet fortæller, at de arbejder i et politisk system, det kan være svært at 'manøvrere i'. Der kan være ting, der ikke må gøres, men som støttekontaktpersonen af pædagogiske grunde er nødt til at udføre. Der kan være samarbejdsaftaler, hvor det helt oplagt ikke kan sikres, at den enkelte får støtte i det omfang, som han efter deres faglige skøn rent konkret har brug for. Teamet oplever ikke, at der fra bestillerniveauets side er forståelse for de enkelte personers situationer og heller ikke respekt for det pædagogiske arbejde. Teamet mener, at tildelingen af ydelser mere handler om økonomiske vurderinger og skøn end om socialfaglighed. Teamet føler sig pressede på deres professionalitet, de oplever det som manglende tillid til deres faglige vurderinger, og at de negligeres i bestillerleddet. Teamet søger at løse problemet med, at der i forhold til de sindslidendes faktiske behov ikke bevilges tilstrækkeligt med tid. Derfor mener de, at de må være kreative i det pædagogiske arbejde, så det alligevel bliver muligt for mennesket at leve livet. Problemet for støttekontaktpersonerne er at få *'det hele til at gå op i en højere enhed.'* I disse situationer træder modmagtsstrategier i kraft. Socialpædagogerne handler ud fra faglige og ikke økonomiske prioriteringer. Teamet oplever, at det er blevet vanskeligt at fastholde en persons behov for ydelser, fordi det ikke længere er teamets faglige vurderinger, der lægges til grund for tildeling af ydelser. For at de kan se sig selv i øjnene, skaffer de sig plads.

Teamet fortæller, at de ofte bliver nødt til at *'fire i tid'* og bruge mere tid hos nogle personer, end de er visiteret til, for at få det hele til at gå op. Det går ofte ud over deres frokostpauser, og de arbejder gratis timer om eftermiddagen. Timerne må de af og til *'snyde sig til'* ved at tage fra andre, der er visiteret til ydelser, hvis disse personer har en periode, hvor de ikke har behov for den tildelte tid. Teamet fortæller, at det bliver tiltagende vanskeligt at passe arbejdet fagligt forsvarligt uden at lægge ekstra tid til den tid, hver enkelt er visiteret til. På den måde kommer alle i teamet til at udføre opgaver, der reelt ikke er visiteret til, og som støtte-kontaktpersonen derfor ikke må udføre på trods af et aktuelt behov hos en person.

"I dag er det op til 99 % snyd, jeg må fikle til det hele, jeg fiser den ikke af i hjørnerne, de har virkelig brug for det" (Fokusgruppeinterview med kommunalt støtte-kontaktperson team, 2009).

Teamets faglige og professionelle principper og vurderinger er blevet vanskelige at fastholde, når de ikke har faglig autonomi i samme udstrækning som før. Bestillerniveauets økonomiske ansvar er blevet afgørende og figurerer hierarkisk over støtte-kontaktpersonteamets vurdering af en persons behov. Derfor er det ikke længere støtte-kontaktpersonerne, der kan tage beslutning om at tildele eller fratage en ydelse efter en konkret vurdering af en persons aktuelle funktionsniveau. Det er medarbejderen på bestillersiden, der vurderer og tager beslutninger. En støtteperson giver et eksempel på en person, der ikke var blevet bedre til at rengøre sin bolig inden for de sidste år. Bestiller ville fratage personen tid til støtte på rengøring m.m.

"Jeg havde en samtale med en sagsbehandler, der blev sagt, at sådan så det ud for fem år siden, ja, men hvad hvis jeg ikke havde været der, hvad så? Jeg fik svaret, at så må vi vente på, at der kommer fluer, det kan måles" (Fokusgruppeinterview med kommunalt støtte-kontaktperson team, 2009).

Der er nogle mennesker, hos hvem det ikke er muligt at se en fremgang. Teamet fortæller om en mand, der i flere år ikke har været indlagt. Før støttepersonen kom ind i billedet, var han indlagt mange gange om året. Medarbejderne giver udtryk for, at problemet er, at der ikke eksisterer en indlæggelsesforebyggende ydelse i kvalitetsstandarderne, og at der derfor heller ikke kan udarbejdes mål i handleplanen på at undgå indlæggelse.

"Men det er ikke en fremgang, der er ingen standard, som den man er visiteret til, har stadig rod, kan ikke spise ordentlig mad, er voldsomt forpint, men det kunne vi ikke få igennem så nemt nu. Vi må bruge en bred pensel" (Fokusgruppeinterview med SKP, 2009).

Teamet oplever det som et problem, at en person kan blive frataget timer til støtte, eller at der skæres i tid hos den enkelte, så det ikke er muligt for de professionelle at give en fagligt tilfredsstillende omsorg og støtte, der modsvarer personens ønsker og det aktuelle behov.

*"Der bliver skåret ned til benet og fjernet ydelser hos borgere, det er ikke helt rimeligt."
"Det bliver virkeligt snævret ind, det pædagogiske felt, andre definerer, hvad der er pædagogisk arbejde, det er ikke pædagogerne selv. Visitationsudvalget vurderer, at det ikke er pædagogisk arbejde" (Fokusgruppeinterview med SKP, 2009).*

Det er teamets oplevelse, at der fra bestillerniveauets side lægges vægt på, at der skal ske en udvikling, for at en person kan vedblive med at få timer hos dem, et problem som tydeliggøres, når det kræves, at en udvikling skal kunne måles. For at den pågældende kan vedblive med at få støttetimer, skal støttepersonen dokumentere, at der er sket en fremgang i kraft af det arbejde, der udføres. Uden den professionelle støtte vil mange mennesker med sindslidelse få et endnu vanskeligere livsforløb, vurderer støttepersonenteamet.

Figur 4. Støtte-kontaktpersonenteamets karakteristik

Borgeren i støtte-personordningen er et menneske med sindslidelse, som lever et menneskeligt fattigt liv. De lukker sig selv inde og andre ude - socialt isoleret - tilbagetrukket fra samfundet, uden venne- og familienetværk, med et savn af at indgå i nære sociale relationer. De lever på kanten af samfundet i en marginaliseret position, lever stigmatiserede og i en parallelverden. De har angst og paranoia, har svært ved at sætte grænser. De har behov for støtte til at arbejde med psykologiske og sociale problemer. De har behov for at udvikle kompetencer

Ændringer i målgruppe og holdningsmæssig tilgang

I de sidste to år, mens dette projekt har været i gang, er der sket et perspektivskifte fra en 'diagnose og sygdomstilgang til en rehabiliteringstilgang'. De ansatte i kommunen angiver, at der fremover vil være flere grupper af borgere med psykiske problemer, som kommunens indsats må rettes mod.

Borgere som har udviklet et handicap
Borgere med psykosociale vanskeligheder
Borgere med risiko for at udvikle et psykosocialt handicap
Borgere med misbrug kombineret med sindslidelse
Borgere med anden etnisk baggrund end dansk og et stigende antal borgere med behandlingsdomme (X- kommune, 2010).

Betegnelsen for kommunernes indsats var i 2009 socialpsykiatrisk indsats, en betegnelse afledt af og i overensstemmelse med en psykiatrisk betegnelse. Sprogligt og funktionelt retter de kommende kommunale botilbud og omsorgs- og støtteindsatser sig mod mennesker med psykiatriske diagnoser, der har behov for social støtte i deres liv for at klare en hverdag med de psykiske, fysiske og sociale deficitproblemer, de har. Der er med dette fokus på et lægevidenskabeligt perspektiv, hvor de socialpsykiatriske tilbud ses som en forlængelse af behandlingspsykiatriske tilbud, dvs. kommunen overtager de områder, der ikke længere varetages i institutionelt regi, men i borgernes egne boliger, på væresteder og bosteder - spredt ud i lokalsamfundet.

Handicapkonventionen blev ratificeret i Danmark i år 2009, og kommunerne har arbejdet med det i forhold til alle mennesker med psykosociale handicap, der er omfattet af konventionen.¹⁰ På socialpsykiatrimrådet har nogle kommuner - som følge af det ændrede fokus - gennemført sproglige ændringer. I år 2010 ændrede den kommune, hvor støtte-kontaktpersonteamet er hjemmehørende, og bostederne betegnelse. Det kaldes psykosocial indsats i stedet for socialpsykiatri, og i stedet for at tale om mennesker med forskellige diagnosekategorier, kaldes de for borgere med psykiske problemer og borgere med funktionshandicap. Med den sproglige ændring synliggøres, at stederne ønsker holdnings- og adfærdsmæssige ændringer for, hvordan de professionelle arbejder med at inddrage målgruppen for at opnå øget selvansvar. Der vurderes i forhold til den enkeltes aktuelle livssituation, ressourcer og kompetencer, når der skal tages beslutning om tildeling af støtte i forhold til den samlede situation. Der anvendes begrebet inklusion i samfundet, og normaliseringsbegrebet glider ud, der gives støtte til at mennesket kan komme sig og leve et liv som andre menneskers med uddannelse, arbejde og selvstændig bolig.

Af kommunens betegnelser fra 2010 ses, at de befinder sig i en overgangsfase, da der i samme dokument skrives: *'borgere med psykiatriske diagnoser'*, og på samme tid tales imod anvendelse af socialpsykiatri som fremtidig betegnelse. Begrundelsen er, at begrebet henviser til en tænkning, der ligger i forlængelse af psykiatriske diagnoser og sygdomme. Det anføres, at der fremover skal tales om

¹⁰ Se f.eks. <http://www.handicap.dk/politik/socialpolitik>

psykosociale indsatsområder, idet der henvises til begrebsanvendelsen fra Handicapkonventionen fra 2009.

Kommunen sætter med denne betegnelse fokus på ressourcer og udvikling mod *'et selvstændigt liv med integration i samfundet'*, som det anføres et sted, og *'inklusion'*, som det anføres et andet sted i samme dokument. Det ekspliciteres, at handicappolitikken tager udgangspunkt i FN's Handicapkonvention om: *'retten til selvbestemmelse, forbud mod diskrimination og accept af handicap, med ligestillet for handicappede'*.

For mennesker, der har brug for professionel støtte, skal valgmuligheder synliggøres. Der lægges vægt på værdier som familie og netværk og *'borgerens gode'* af at deltage i sociale sammenhænge. Med handicapkonventionen følger en social strategi på området, og der arbejdes i kommunen for, at støtten skal kompensere for de nedsatte funktioner, så der opnås lige muligheder for alle til at være aktive medborgere. Det er hensigten, at alle kan få medindflydelse og opleve ejerskab af de beslutninger, der træffes i kommunen.

Med indførelse af handicaptænkning og ratificering af handicapkonventionen ændres fokus til at vurdere behov for rehabiliterende indsats på alle områder i livet med henblik på personens aktive recoveryproces.

Området er i forandring, og der dukker nye betegnelser og begreber op på skrift. Det er midt i en tid, hvor et ideologisk perspektivskift er på vej, og rehabilitering og recoverybegreberne vinder frem. Det betragtes som rette vej og tænkning, så i fremtiden er det ikke længere diagnoser, men psykosociale handicap, der bliver bestemmende for, hvilken støtte kommunen tilbyder sine borgere.

Det er dog denne plans vision at forlade et sygdomsorienteret perspektiv, hvorfor målgruppen i fremtiden ikke bør defineres af, om borgeren har en diagnose, men af hvorvidt borgerens psykosociale handicap er af en sådan karakter, at borgeren kan profitere af de tilbud, der er på dette område (x-kommune, 2010).

Kommunens nye målsætning om rehabilitering frem til år 2020 fungerer som en overordnet ramme for socialpsykiatrisk/psykosocial indsats. Målsætningen tager - som også behandlingspsykiatriens målsætning gør - udgangspunkt i Hvidbog i Rehabilitering i Danmark (www.rehabiliteringsforum.dk, 2004). Med kommunens psykosociale rehabilitering som mål for den pædagogiske indsats er kommunens formål at *'optimere rehabiliteringsindsatserne og udvikle et samfund med stor rummelighed for forskellighed'*. Rehabilitering retter sig både mod

'ressourcestærke borgere', som med korterevarende støtte kan komme til at klare sig selv helt selvstændigt igen. Det retter sig også mod mennesker, der er *'vanskeligt stillede'*. Målet med rehabilitering er, at de opnår et *'selvstændigt og meningsfuldt liv'*. Med handicapkonventionens skift til et fokus på funktionsdeficit i sociale forhold matcher dette den rehabiliteringstilgang, der gjorde sig gældende på det behandlingspsykiatriske område.

Der sker et sprogligt skift fra kategorisering efter at have en sygdom, der skal behandles, til at være et menneske med et handicap. Det intenderes, at den sproglige ændring følges op med faktiske ændringer af fremtidige kommunale indsatser, der, fra at bevilges i forhold til diagnosens alvorlighed, flyttes til at blive bevilget på baggrund af en faktisk vurdering af handicappets indvirkning på personens mulighed for at kunne mestre et selvstændigt liv.

Rehabilitering og recovery er tilgange, der er på vej til at blive førende i såvel behandlings- som socialpsykiatri. Der sker med andre ord en tilpasning mellem sektorerne, der udligner forskelle. Begge steder minimeres fokus på funktionsdeficits. Et recoveryperspektiv lægger vægt på, at mennesker med sindslidelse kan komme sig helt eller delvis socialt. Det kræver en holdningsændring fra de professionelle side ikke bare på ord, men i udførelsen af det professionelle arbejde og den måde, det er organiseret på. Det er en igangværende forandring i hvert fald i begreber, vi er vidne til, noget der har været lagt op til gennem flere år. Det tager tid, før det også slår igennem i praksis.

Fountain House-værested

Værestedet er specielt på den måde, at det er et Fountain House-værested. Huset udgør et demokratisk arbejdsfællesskab og et socialt fællesskab, hvor der er fokus på ressourcer og ikke på mangler, mottoet for Fountain House er det samme alle steder i verden:

Du kan noget! Du er noget! Der er brug for dig! (Fountain House)

Huset er et klubhus, hvor der ikke produceres noget som sådan, men alle er fælles om at få huset til at fungere. Medarbejderne taler om en *'øvebane'* for

nogle af de vanskeligheder, medlemmer kan have. Huset kan fungere som et springbræt for at kunne klare et hverdagsliv og evt. komme ud på arbejdsmarkedet, som mange af medlemmerne har et ønske om. Medarbejderne fortæller, at der er to grupper af medlemmer i huset. Én gruppe består af mennesker, som har fået psykiske problemer lidt sent i livet. De har allerede nogle erfaringer og kompetencer både socialt og arbejdsmæssigt (Det svarer til de personer, der i rapporten er omtalt som Gruppe 1). Personer i denne gruppe har familie, og deres sociale netværk er ofte større, end netværket er for den anden gruppe, der består af unge mennesker, der typisk er på kontanthjælp. De unge har for manges vedkommende ikke nået at udvikle sociale kompetencer og har ikke været på arbejdsmarkedet. Mange har heller ikke venner i deres sociale netværk, fordi de har fået psykiske problemer i en ung alder.

Medarbejderne understreger, at der ikke er fokus på *'sygdom og behandling'*. Der er fokus på at være sammen om at drive huset, som den arbejdsplads og det klubhus det nu er. Der er fokus på, at alle kan have menneskelige problemer, man kan være sur og have en dårlig dag, men det er noget, alle oplever, og det hører livet til. Det skyldes ikke nødvendigvis, at man er *'psykisk syg'*, mener medarbejderne. Alle har medansvar, selv om medarbejderne fungerer som rollemodeller og har et skærpet ansvar for, at tingene fungerer. Alle er ligeværdige og udfører det arbejde, de kan.

Medarbejderne lægger vægt på, at alle passer på hinanden i huset, at alle *'bliver set og hørt, det er at være anerkendende'*, og derved trænes det sociale. Der lægges vægt på, at medarbejderne ikke skal gøre tingene for medlemmerne. Der er forventninger til, at alle deltager og selv kan gøre tingene, og der stilles krav om, at man er fælles om at udføre arbejdet. Det drejer sig om respekt, og et medlem kan ikke lade være med at udføre opgaver, *'efter om de er kedelige eller spændende'*. Der ligger en træning for mange medlemmer i at gå sammen med medarbejdere ud at handle i butikker, de ikke før har handlet i. Medarbejderne går med medlemmerne i banken, på kommunen m.m., hvis de ønsker det.

Medarbejderne oplever sig selv som *'rollemodeller både på det følelsesmæssige, det sociale og det arbejdsmæssige plan'*. De fortæller, at de giver noget af dem selv, de taler om deres hverdag hjemme i familien, men fortæller ikke mere, end de ville fortælle andre på deres arbejdsplads. De fortæller ikke i dybden, som

man ville fortælle venner om livet. De viser, at de kan have svært ved at komme ud af sengen ind imellem, at de kan være i mindre godt humør, at følelser er noget alle har, det er noget, der skal udtrykkes og ikke dæmpes, men det skal håndteres som en naturlig del, og de viser, at det er normalt, at følelser varierer.

Bevægelsens historie kortfattet

Huset er etableret i et samarbejde mellem kommunen, mennesker med brugerbaggrund, og en af de ansatte - med mange års erfaring fra såvel behandlings- som socialpsykiatri - er leder af værestedet. Der er specielle krav til værestedet, der for at blive akkrediteret internationalt vurderes efter kriterier, der er gældende for alle Fountain Houses. Fra starten har gruppen fulgt forskrifterne for opbygning af et værested i Fountain House-bevægelsen, med en bestyrelse bestående af medlemmer og medarbejdere. Der måles dagligt på morgenmøder, om husets aktiviteter lever op til den eksterne 'kvalitetscertificerede rehabiliteringsmodel', der er opstillet for den internationale Fountain House-kæde. På undersøgelsestidspunktet havde værestedet fungeret som projekt lidt over et år, og det var endnu ikke et fast etableret tilbud i den pågældende kommune. Der er tale om et forholdsvis lille værested med fem medarbejdere. Kommunen har givet tilsagn om økonomisk støtte til værestedet foreløbig for en to-årig periode. Efter den periode kendes økonomien ikke, det kan blive aktuelt at søge midler til drift fra fonde ud over det kommunale tilskud, så der er ved at blive etableret en støtteforening, der skal være med til at rejse midler til fremtidig drift af værestedet.

Det første Fountain House blev etableret i 1986 i Danmark, og det første hus blev evalueret af Horst og Madsen, der betegner værestedet som noget, der ikke ligner en behandlingsinstitution, det er:

"Et frivilligt valgt opholdssted og rehabiliteringsprogram baseret på arbejde og socialt samvær. [...] Hele husets dagligdag, faktiske funktion og eksistens er centreret omkring og afhængig af dagprogrammets mange gøremål (aktiviteter)" (Horst og Madsen, 1992).

Beskrivelsen rammer konceptet og fungerer som nutidsbillede af projektets Fountain House-værested. Fountain House-bevægelsen begyndte i New York i 1948, hvor en lille gruppe mennesker med sindslidelse dannede en bevægelse kaldet 'WANA, we are not alone'. Bevægelsen var en protest mod den holdning, professionelle havde til mennesker med sindslidelse, 'De følte sig kun set som

patienter og klienter, ikke mennesker med følelser, behov og ideer' (Thomsen, O., 2006, s.4). I USA sigtede bevægelsen mod et fællesskab, hvor medlemmerne kunne støtte hinanden i at styrke deres kompetencer gennem uddannelse og i et arbejdsfællesskab med henblik på at opnå social inklusion.

Mennesker med sindslidelse i Fountain Houses udgør medlemmerne i arbejdsfællesskabet. I 1950'erne ansatte medlemmerne professionelt uddannede medarbejdere. I 1977 bad regeringen Fountain House i USA om at oprette et nationalt træningsprogram. Det resulterede i, at der blev oprettet over 200 klubhuse gennem de følgende ni år, og adskillige andre lande fulgte efter med oprettelse af klubhuse. I 1994 blev den nuværende internationale paraplyorganisation *'The International Center for Clubhouse Development'* etableret (Thomsen, O., 2006, s. 6).

Der er nu seks-syv klubhuse fordelt i Danmark. I 1999 blev den danske Fountain House fond stiftet med en bestyrelse bestående af arbejdsgiverrepræsentanter, repræsentanter for medlemmer og medarbejdere fra Fountain House-klubhusene og fra støtteforeninger.

Formål

Formålet med at arbejde med principper for Fountain House-klubhuse er, at:

Hjælpe mennesker med sindslidelser til at undgå hospitalsindlæggelser og klare sig selv socialt, økonomisk og beskæftigelsesmæssigt. (www.fountain-house.dk, 2009)
--

Fountain House-bevægelsens overordnede formål er, at arbejde videre med udvikling af metoder og etablering af flere klubhuse. Fountain House er en type værested, der har et fællesskab, der er karakteriseret som *'et socialt og beskæftigelsesmæssigt rehabiliteringstilbud til mennesker med sindslidelse'*, hvor deltagerne selv er med til at definere deres arbejde (Thomsen, O., 2006, s. 4).

Det er husets mål, at medlemmer frivilligt kommer i huset. Når de har valgt at indgå i samarbejdet, har medlemmerne rettigheder til at deltage i arbejdsfællesskabet og i de demokratiske beslutningsprocesser i huset, og de har på samme vis forpligtelse til at være med til at få huset til at fungere i det daglige. Uden medlemmernes arbejdsindsats kan huset ikke fungere. Ud fra et demokratisk princip deltager både medlemmer og medarbejdere i princippet i alle møder. Der kan være administrative eller faglige møder, hvor

medarbejderne har behov for at mødes uden medlemmer, eller hvor medlemmerne selv fravælger at deltage (www.fountain-house.dk, 2009).

Medarbejderne fortæller, at der arbejdes gennem demokratiske processer, hvor alle kan deltage i beslutninger om husets funktion. Der nedsættes arbejdsgrupper, som har ansvar og står for det pågældende arbejde i fællesskab. Medlemmerne har medbestemmelse og ansvar for arbejdet, og de ved, at det ikke kan udføres, uden de er med. De er med til at sætte rammerne for arbejdet. Det giver det hele en vis forudsigelighed, og det giver ro. Beslutninger tages i enighed, man taler sig til rette og aftaler f.eks. at forsøge en måneds tid, for at se om det virker, og så tage det op igen.

Værdigrundlag

Fountain House modellen er bygget op omkring et etisk værdigrundlag bestående af fem værdier: medindflydelse, ligeværd, arbejdsfællesskab, frivillighed og fokus på ressourcer frem for begrænsninger. Hjørnestenene i husets værdigrundlag er den fælles samarbejdskultur, der skabes gennem demokratiske beslutningsprocesser, hvor alle, der er i huset, deltager i beslutninger. Kulturen i huset præges af samarbejdsformen mellem medlemmer og medarbejdere, som det udtrykkes i en rapport af Horst og Madsen:

"Det sociale miljø eller husets kultur er præget af lydhørhed, åbenhed og ikke-hierarkiske omgangsformer. Dette er de afgørende elementer i det værdigrundlag, som huset og projektet bygger på" (Horst og Madsen, 1992, s. 228).

Fountain House satser på *'recovery gennem socialt rehabiliterende arbejde og medlemskab af meningsfulde arbejdsfællesskaber'*. Huset drives af medlemmer og medarbejdere i samarbejde. Medlemmer af huset kommer og deltager i arbejdet i den udstrækning, de kan klare, og de forpligter sig til at indgå i nogle af de fælles arbejdsopgaver og funktioner, de kan være med til. På denne måde foregår en arbejdsoplæring internt i huset. Det kan bidrage til, at medlemmer på et tidspunkt kan få job uden for huset.

Der lægges vægt på, at der kun skal være få medarbejdere i klubhuset. Medarbejdere vælges ikke nødvendigvis efter, hvilken uddannelsesmæssig baggrund de har, der lægges mere vægt på personlige kompetencer og kvalifikationer. Det vigtigste er medarbejdernes holdninger til medlemmerne og

til arbejdsfællesskabet, hvor der fokuseres på stærke, sunde og produktive sider hos medlemmerne og ikke på begrænsninger og sygdom.

Medlemmer og medarbejdere tager beslutninger i fællesskab og arbejder sammen om alle gøremål i huset. Selv om der er fælles ansvar for arbejdet, understreges det, at medlemmerne ikke er forpligtede på at yde mere, end de kan eller ønsker. Der er forventninger om, at medarbejderne kan indgå i alle husets arbejdsfunktioner. Husets intention er, at arbejdet og arbejdsfællesskabet skal opleves som meningsfuldt for medlemmerne. For at understøtte at der er tale om et meningsfuldt arbejde, anses det for vigtigt, at dagen har en fast arbejdsrytme, da opgavestrukturering menes at være central for at bidrage til udvikling af personlige, sociale og arbejdsmæssige færdigheder.

Arbejdsfunktionerne er fordelt på arbejdsenhederne og varetages af enhedens faste medlemmer og medarbejdere. I arbejdsgrupperne og i arbejdet indgår medlemmer og medarbejdere i '*åben dialog for fælles ansvarlighed*'. Måden at organisere huset på har til hensigt at støtte mennesker med henblik på at styrke medlemmernes: selvværd, praktiske færdigheder, kunnen, ansvarlighed og sociale færdigheder (Thomsen, O., 2006, s. 6).

Værdigrundlaget er udmøntet i 36 internationale retningslinjer for klubhuse. De er delt op under syv overskrifter gående på: medlemskab, indbyrdes relationer, fysiske rammer, dagsprogrammet, arbejde/uddannelse, klubhusets funktion og finansiering, ledelse og administration (Thomsen, O., 2006, s. 11).

Målgruppe, medlemmer

Ifølge medarbejderne på Fountain House er målgruppen af medlemmer nogle, der gerne vil ud og have et job for at kunne mærke, at de kan bruges til noget; de vil gerne have et indhold i deres hverdag. Mange af medlemmerne føler, at de er '*blevet kasseret af samfundet*', og at mange mennesker tror, at fordi en person har en sindslidelse, er han også '*dum*'. Der er - efter medarbejdernes mening - ved at ske en holdningsændring, og mange arbejdspladser åbner for at tage mennesker med psykiske problemer i praktik eller i lønnet arbejde.

Medarbejderne fortæller om nogle af de ting, de ser som karakteristiske for de medlemmer, der kommer i huset. De omtaler medlemmerne som mennesker med sindslidelse, hvoraf mange har oplevet sig selv som '*ikke-eksisterende*'. De

fortæller, at det er denne proces, der er vanskelig at vende, nogle mennesker kommer sig hurtigt, mens det for andres vedkommende kan tage mange år. Der er tale om en gruppe mennesker, der er blevet *'ramt af psykisk sygdom sent i deres liv'*. Medlemmerne på værestedet *'vil noget'*, og de fleste er i stand til at udføre et stykke arbejde, da de har en *'vis arbejds erfaring'* fra en del år på arbejdsmarkedet. De er mennesker, der *'ved, hvad det vil sige at gøre deres arbejde til tiden'*, og der er mange, der har både lyst og ressourcer til igen at komme ud på arbejdsmarkedet.

"Hvis du bliver ramt senere i dit liv, hvor du egentlig har nogle færdigheder, jamen, så har du også noget at falde tilbage på, det er folk, der har et andet drive også. Måske er der også nogle, der har et større netværk omkring sig, og nogle som kan skubbe lidt på og hjælpe lidt. Det er i hvert fald folk, der vil noget, tænker jeg, dem vi har her, og det er rigtigt, at nogle vil bare være her og have det som deres arbejde, og det er godt nok for dem, og andre vil noget andet. Men vi skal være en hjælp på den vej" (Fokusgruppeinterview, Fountain House-værested, 2009).

Medarbejderne fortæller, at det er karakteristisk for medlemmerne på værestedet, at de har et familiært og socialt netværk, der støtter dem og giver dem et skub til at komme videre i livet. Medlemmerne kan *'have angst'* for dagligdags ting, som f.eks. at komme ud blandt andre, at komme til at dumme sig, at have forkert tøj på, om de har penge nok med, om de husker at købe det hele eller det rigtige, eller hvis posen med varer går i stykker. Nogle af medlemmerne hører stemmer, så det kan være svært for dem at gå i butikker og vanskeligt at adskille *'rigtige stemmer'* og *'ikke rigtige stemmer'*.

På hjemmesiden angives, at der stilles krav til medlemmerne om, at de har *'interesse i og psykisk, socialt og rent praktisk kan klare at indgå i og bidrage til arbejdet i et arbejdsfællesskab'*. Desuden skal medlemmerne have en *'intention om at udvikle sig'*, så de på et tidspunkt kan komme ud at arbejde uden for huset. Der sker en slags sortering, inden medlemmer kommer ind i værestedets arbejdsfællesskab.

I huset trænes både sociale og arbejdsmæssige færdigheder, og det foregår som i en slags beskyttet samfund. Noget af det, huset arbejder med, er at give medlemmerne nogle redskaber til at håndtere de problematikker, de støder på, ved at medarbejderne taler med medlemmerne, som de taler med alle andre mennesker. Det giver dem *'selvværd'*, mere kontakt til netværket og flere sociale kontakter, og mange finder venskaber i huset. Der er tale om, at man har noget

'fælles tredje' at være fælles om, og at man imens taler sammen om arbejdet og om de tanker, der følger med. Medarbejderne mener, at det ofte er uformelle samtaler, der gør, at samværet mellem medarbejdere og medlemmer bliver 'ufarligt', og gør det muligt at knytte sig til andre. Medarbejderne fortæller, at de fleste af denne gruppes medlemmer har fået tilkendt førtidspension, og at de derved har været gennem en proces, hvor der er blevet lagt vægt på, at de har mangler, der gør dem ude af stand til at arbejde, og måske heller ikke er i stand til at klare sig selv. Denne oplevelse har for mange medført et lavt selvværd og manglende selvtillid. Mange har oplevet, at de har fået medicin, når de følte sig angste, eller når de begyndte at føle for meget. Det har bevirket, at de ikke er i kontakt med deres egne følelser og ikke tør være det. I huset giver man ikke medicin. Personalet fortæller, at mange er vant til, at de bliver skærmet og får særlig medicin, hvis de har nogle følelser, som andre mener skal dæmpes. Medarbejderne mener, at mange af medlemmerne er vant til at komme på institution og blive passet på, når de har det svært. Nogle er vænnet til, at omsorgspersonale og støtte-kontaktpersoner gør det meste for dem og ikke sammen med dem. Det kan være svært for mange med sindslidelse at skelne mellem, hvad der skyldes sygdom, og hvad der er normalt. Der lægges vægt på, at medlemmer tager medansvar for husets arbejde, selv om der ikke stilles krav til arbejdsindsatsen ud over, at det enkelte medlem skal yde efter ressourcer og evner.

Arbejdet i Fountain House-værestedet er et samarbejde om konkrete opgaver. Det er et arbejdende fællesskab, hvor alle har lige ansvar for, at opgaverne bliver udført. Det er ikke åbent for andre end medlemmer og medarbejdere, og de professionelles arbejde retter sig mod at få huset og fællesskabet til at fungere. Der er fokus på ressourcer, socialt samvær og samarbejde, og på at arbejdet - selv om det foregår i beskyttede rammer - er en opøvelse af medlemmerne til at komme udenfor i et arbejde på en regulær arbejdsplads sammen med andre samfundsborgere.

Medarbejderne oplever, at medlemmerne ændrer sig på flere områder, når de kommer i huset, nogle bliver mere selvstændige. Et af medlemmerne havde kontakt til sin støtte-kontaktperson, da hun begyndte i huset, men efter et stykke tid er denne erstattet af, at hun tre dage om ugen kommer i huset og har lavet

aftaler med venner og andre medlemmer om at ringe de dage, hun ikke er i huset. Et andet medlem har lært at se anderledes på andre og tænke, at det er dem selv, der har et problem, hvis de er sure, og at det ikke har noget med ham at gøre. De er bare mennesker, der alle kan have en dårlig dag. Før kunne han spørge, *'hvorfor de (de ansatte på kommunen, red.) skulle gøre livet surt for ham'*. Nu kan han sige, at *'de passer bare deres arbejde og følger loven'*. Han har udviklet en social forståelse for, hvad der sker mellem mennesker, mener medarbejderne. Gennem det sociale samvær og arbejdsstræningen sker en social færdighedstræning, der gør medlemmerne i stand til at vove sig mere frem og indgå i sammenhænge, de ikke før turde opsøge uden for huset i nærmiljøet. Teamet fortæller, at når medlemmerne starter i huset, har mange af dem en sort/hvid opfattelse af verden og af andre mennesker. Efterhånden som medlemmerne er i huset, får de en større forståelse for og et mere nuanceret billede af andre mennesker, de møder i forskellige sammenhænge.

Ud over at fokusere på arbejdet med praktiske opgaver i huset fokuserer medarbejderne på træning af medlemmernes sociale færdigheder, f.eks. at kunne magte at tage på kommunekontoret, at kunne gå i banken, deltage i træning på fitnesscenter eller at blive i stand til at gå alene i butikker.

Arbejdsstræning

Medarbejderne fortæller, at mange af medlemmerne ønsker at komme i arbejde på almindelige arbejdspladser. En af medarbejderne fungerer som jobkonsulent i huset.

Medarbejderen kommer fra et arbejde som jobkonsulent i kommunen og er meget inde i de ting, der drejer sig om arbejdsmuligheder for medlemmerne af FH. Han deltager i et netværk af erhvervsfolk, der mødes en tirsdag om måneden kl 6.30 om morgenen. I dette forum udveksles erfaringer, og det er et sted med mulighed for rekruttering af arbejdskraft. Der er oprettet en stilling til et medlem af FH i dette netværksregi, og kontrakten er indgået med FH, så det ikke er virksomhedens problem, hvis en medarbejder ikke møder. Så garanterer FH, at der sendes en anden til at udføre arbejdet. Det kan være et andet medlem, eller det kan være en medarbejder (Feltnoter, Fountain House, 2009).

Det er således værestedet, der er forpligtet til at udføre det aftalte arbejde, et fælles ansvar for både medlemmer og medarbejdere for at arbejdet bliver udført. På nogle arbejdspladser møder medarbejderen fordomme over for mennesker med sindslidelse, andre steder synes arbejdsgivere, at det er for besværligt at

have medarbejdere, der har psykiske problemer. Før indgåelse af aftale om et job til et af husets medlemmer spurgte en direktør:

"Hvad er det så lige, de fejler, de her mennesker? Skal jeg være bange for dem?" (Fokusgruppeinterview, Fountain House-værested, 2009).

Når der er tale om praktik, koster det ikke virksomheden/arbejdspladsen noget, der udbetales kun løn, når der er tale om et rigtigt arbejde. Fællesskab mellem Fountain House medarbejdere og de erhvervsledere, der er i nærområdet, baner vejen for, at medlemmerne kan varetage et job på en arbejdsplads uden for huset og derved blive inkluderet i samfundets almindelige arbejdspladser, hvilket er et af formålene med arbejdsstræning i huset.

De professionelle fortæller, at nogle medlemmer gerne vil arbejde med frivilligt arbejde, f.eks. i Røde Kors. Andre vil gerne have et helt almindeligt job. Ikke alle har et realistisk forhold til, hvad de kan klare. Det arbejder medarbejderne med under det daglige arbejdsfællesskab og samvær i huset, og medarbejderne forestiller sig, at det kan lade sig gøre for nogle af medlemmerne at varetage et fuldtidsjob om nogle år. Medarbejderne fortæller, at de ikke noterer noget om nogen af medlemmerne, uden at de selv er med eller er vidende om det. De tager heller ikke kontakt til andre, uden at medlemmet ved det. Medarbejderne fortæller, at de ikke har samarbejde med andre instanser, men medlemmerne kan bede en medarbejder om at tage med sig eller om at tage kontakt til f.eks. en støtte-kontaktperson.

Medarbejderne oplever, at medlemmerne har et socialt fællesskab, at det er

"rigtig godt at holde sig væk ofte, ik! At trække sig lidt. [...] Det er tydeligt at høre, når man ikke lige er med, så er der mange, der snakker rigtig livligt!" (Fokusgruppeinterview, Fountain House, 2009).

Medarbejderne tænker på huset som en arbejdsplads, hvor man sammen tager ud at feste eller ud at bowle, som fælles aktivitet a la firmaidræt.

"Altså, jeg synes i hvert fald, vi forsøger at lave et arbejdsliv med alt, hvad der tilhører sådan et arbejdsliv, også med sociale arrangementer. Det gør man jo også, hvis man arbejder "ude i, i gåseøjne, det virkelige liv"! Der har du jo også nogle!" (Fokusgruppeinterview, Fountain House, 2009).

Medarbejderne fortæller, at værestedet fungerer som en fælles arbejdsplads, hvor man ikke ved alt om sine kolleger. De professionelle ved heller ikke alt om de øvrige medarbejders sociale liv.

"Huset adskiller sig ved, at der ikke er 'nogen dumme chefer', derved adskiller huset sig måske en smule fra det virkelige liv! Og få pillet omsorgen lidt ud, og få puttet ansvarligheden lidt ind! Det tror jeg!" (Fokusgruppeinterview, Fountain House, 2009).

Der er nogle medlemmer, de professionelle ved meget lidt om, og sådan synes de også, det skal være på en arbejdsplads, hvor man har medbestemmelse og respekt for det enkelte menneske, som et overordnet mål.

Figur 5. Fountain House-værestedets karakteristik

Der er to grupper af mennesker med sindslidelser

- a) en gruppe, der har fået psykiske problemer sent i livet, som har været på arbejdsmarkedet, og som har et venne - og familienetværk.
- b) en gruppe af unge mennesker, der ikke har været på arbejdsmarkedet, og hvoraf mange ikke har fået opbygget et socialt venne - og familienetværk.

For begge gruppers vedkommende er der tale om personer, der gerne vil have et indhold i hverdagslivet, de vil gerne have et job på arbejdsmarkedet.
De har alle intentioner om at udvikle sig psykisk, socialt og praktisk, så de kan klare at indgå i et arbejdsfællesskab.
De har lavt selvværd, og oplever angst i forskellige situationer.
Mange har oplevet en følelse af at være kasseret og ikke-eksisterende i samfundet.
Alle vil gerne bidrage i et arbejdsfællesskab.

Midlertidigt bosted

Det midlertidige bosted har plads til seks beboere. Bostedet retter sig mod borgere, der har behov for en akut bolig af midlertidig karakter efter servicelovens § 107. Denne type botilbud retter sig mod:

personer som på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov for det (Vejledning nr. 4 til serviceloven, om botilbud mv. til voksne, Socialministeriet, 2006).

Det midlertidige bosted er indrettet som en afdeling på et større bosted med blandede tilbud. Bostedet har to boenheder med plads til i alt 38 beboere. Det er et botilbud efter servicelovens § 108 om længerevarende ophold. I forbindelse med bostedet er der opført to bebyggelser med selvstændige to-værelses lejligheder. De fungerer som beskyttede boliger, og bostedets ansatte fungerer som støttepersoner. Bostedet tilbyder desuden aktivitets- og samværstilbud til stedets beboere og til 20 personer, der har dagtilbudspladser efter servicelovens § 104:

til personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer til opretholdelse eller forbedring af personlige færdigheder eller af livsvilkårene (Vejledning nr. 4 til serviceloven, om botilbud mv. til voksne, Socialministeriet, 2006).

Dagtilbudsbrugere er knyttet til et værksted og opholder sig sammen med de øvrige beboere i caféområdet på stedets aktivitetshus.

Bostedets målgruppe

Bostedet har ikke særskilte værdier og referenceramme for det midlertidige bosted. Ifølge bostedet udgør målgruppen:

Voksne mennesker, hvis liv er præget af sindslidelse med svære symptomer og psykoser, fortrinsvis har bostedets beboere diagnosen skizofreni (Bostedet, 2009).

Det angives i en pjece fra bostedet, at nogle beboere har akutte problemer med misbrug og psykoser. Samlet set har mange af beboerne på bostedet et *'stort forbrug af rusmidler'*. Kommunen har taget nogle af de nuværende beboere hjem fra institutioner i andre kommuner, og 1/3 af beboerne har behandlingsdomme. Den samlede beboergruppes problemer italesættes i en pjece på følgende måde:

Brugergruppens særlige vanskeligheder, herunder episoder med destruktiv og selvdestruktiv adfærd betyder, at leve og arbejdsmiljøet også er præget af vold og trusler om vold (Pjece, bostedet, 2007).

Det ser ud til, at bostedet rummer en særlig gruppe mennesker, og ifølge samme pjece har nogle beboere behov for omsorg, pleje og støtte døgnet rundt, mens andre er mere selvhjulpne. Bostedets personale fortæller, at alle ansatte har en arbejdsmobiltelefon, der skal holdes åben til 24 timers tilkaldevagt fra hjemmet, fordi der kan opstå situationer uden for arbejdstid, hvor en beboer har brug for at tale med sin kontaktperson.

Der er andre karakteristika for beboergruppen. Der er mange, der

ikke accepterer psykisk sygdom som et vilkår i deres liv, men benægter sindslidelsens eksistens af angst for at miste sig selv. Det er derfor vanskeligt at indgå aftaler om behandling (Pjece, bostedet, 2007).

På bostedet bor mange mennesker med svære sindslidelser, mange modtager ikke behandling, og de befinder sig ofte i akutte psykotiske tilstande. Mange beboere har et stort forbrug af stimulanser, alkohol og stoffer, og der kan opstå *'farlige situationer'* for såvel personale som andre beboere. Derfor er der meget fokus på personsikkerhed, f.eks. bærer alle ansatte på bostedet alarm.

En afdeling i bostedet er indrettet som et botilbud til mennesker med akutte behov for en midlertidig bolig efter servicelovens § 107. Der er personale hele døgnet. Det midlertidige bosted tilbyder overnatning i akutte situationer til

personer, der er visiteret af det tilknyttede akutteam. Der er indgået aftale mellem kommunen, psykiatrien og bostedet om akutberedskab til andre af kommunens borgere med sindslidelse. Akutteamet er etableret som en del af det beredskab, kommunen tilbyder mennesker, der får problemer i aften- og nattetimerne. Akutteamet tager sig af:

Psykisk syge med akutte problemer i aften og nattetimerne. Sindslidende, pårørende, naboer, medarbejdere, boligforeninger og andre, der i aften og nattetimerne kommer i kontakt med et menneske med sindslidelse med behov for en akut indsats i hjemmet, kan søge hjælp hos akutteamet [...] Akutteamet kan derimod tilbyde at hjælpe en psykisk syg hen på den psykiatriske skadestue og dermed sikre, at der bliver taget hånd om patienten (Fra Aftale mellem region og kommune, 2008).

Nogle få af de mennesker, der opsøger akutteamet, får en plads på det midlertidige bosted. Beboere kan bo på midlertidigt bosted i et halvt år, hvorefter de visiteres videre til længerevarende bosteder, men på observationstidspunktet havde to af beboerne boet der i mere end to år.

Tværfagligt personaleteam

Til at varetage opgaver omkring beboernes sociale liv i boenheder og i kulturhuset er ansat et tværfagligt personale på 75. Teamet består af fysioterapeuter og ergoterapeuter, pædagoger, sygeplejersker, keramikere, social- og sundhedsassistenter, omsorgsmedhjælpere, lærere, socialrådgivere, ernærings- og husholdningsøkonomer, rengøringsassistenter, kontorassistenter og musiker. De tværfaglige team varetager opgaver på baggrund af den enkeltes personlige kompetencer, og det social- og sundhedsuddannede personale indgår i kontaktpersonteam for hvert et antal beboere.

kontaktperson og beboer indgår i et partnerskab om beboernes levede liv, for at skabe og fastholde en anerkendende og ligeværdig relation (Bostedet 2009).

På hjemmesiden præciseres, at medarbejdere skal kunne udvise professionalitet ved at rumme andre menneskers angst og kaos, en faglighed, der skal befordre, at *'brugeren får indflydelse på egen tilværelse som herre i eget hus'*. Der lægges vægt på, at der i kontaktformen mellem personale og beboere skabes rummelighed. Dette vanskeliggøres især på den midlertidige boenhed, fordi omgivelserne præges af beboernes angst og kaos. Teamet fortæller:

"Vi har få beboere som, hvad skal man sige, har ressourcerne til at være mere sociale end andre, vi har også rigtig, eller rigtig mange, så mange er vi jo ikke, men vi har også dem, som slet ikke er sociale, ja. Som jeg forstår ved at være social".

I: "Ja, og hvad forstår du ved at være social?"

"Jamen altså, at have socialt samvær med andre mennesker og personale, hovedsageligt [...] jeg synes, at alle har en form for socialt liv, men den udspringer sig rigtig meget forskelligt i forhold til de ressourcer, de har haft, altså" (Fokusgruppeinterview, tværfagligt team, midlertidigt bosted, 2009).

Teamet fortæller, at de søger at skabe rammer for et 'socialpsykiatrisk miljø, der kan rumme og afhjælpe de problemstillinger, beboernes 'manglende forståelse for egen sindslidelse' medfører. Medarbejderne fortæller, at der er mange af beboerne, der 'er meget grænseoverskridende' i socialt samvær både over for andre beboere, personale og folk udenfor. Mange har fået forbud mod at komme i butikker i lokalområdet. Nogle af beboerne er også grænseoverskridende, når det gælder seksualitet.

"Man bliver både som mand og kvinde gramset på og alt muligt, ikke, og der tænker jeg, der kan jeg rigtig godt lide det ved (bostedet), at det er meget tydeligt, det er det private rum, det handler om, og det offentlige rum, og der synes jeg, at det er en stor hjælp for mig som personale at sige, det halvoftentlige rum, jamen, der skal vi ikke have det, men jeg vil meget gerne gå ind i dit private rum, i deres eget, og tage en snak om de frustrationer og tanker, der er omkring den del af livet" (Fokusgruppeinterview, tværfagligt team, midlertidigt bosted, 2009).

Personalet oplever, at mange af beboerne retter deres opmærksomhed mod personalet, fordi det er vanskeligt for dem at skabe venskaber med andre mennesker både på bostedet og udenfor.

"En vi har haft, hun vil gerne have nogle andre, nogle at snakke med og være veninder med, og de eneste veninder, hun har, det er altså professionelle veninder, fordi hun er så syg, at hun har svært ved at lave normale relationer. Men alligevel kan hun godt være sådan bevidst om sit eget liv, at hun godt kan se det. Vi kan i hvert fald meget se det, at det er professionelle veninder, hun har, og det er jo ikke rigtige venskaber. [...] hvis jeg går hen og snakker, med en beboer, så er jeg jo ikke veninde med hende, uanset hvor meget vi snakker, og hvor godt vi snakker sammen. Så er jeg her på arbejde, og hun har en helt anden relation. [...] Og jeg er også nødt til at signalere over for hende, at vi er ikke personlige venner. Men det må være et meget ensomt liv, ikke at kunne skabe personlige relationer" (Fokusgruppeinterview, tværfagligt team, midlertidigt bosted, 2009).

Da mange beboere ikke har relationer til andre på bostedet, arrangerer de professionelle mange aktiviteter fælles for alle beboere.

"Ja, altså, jeg oplever også, at deres psykiske sygdomme har præget deres sociale enormt meget over alt. Den kontakt de ofte har, det er altid professionel, [...] det er jo også, altså, at prøve at skabe et netværk udadtil med beboerne, og det gør vi jo også meget her i huset, både ved at vi spiller badminton med andre, vi tager på ture ud, der er mulighed for at møde nogle andre mennesker, end lige i det område man selv bor i, og tage på ture langt væk også, har vi været med. Så jeg synes, at altså, vi prøver nogle ting, men det er bygget meget op omkring det professionelle" (Fokusgruppeinterview, tværfagligt team, korterevarende bosted, 2009).

Venskabstemaet kommer frem i fokusgruppeinterviewet, og udsagnet illustrerer på samme tid, at beboerne knytter sig til deres kontaktpersoner, at de mangler netværkspersoner at indgå i sociale relationer med, at de professionelle mener, at nogle af beboerne har vanskeligheder ved at skelne grænser mellem professionelle relationer og personlige venskabsrelationer.

I det følgende afsnit ses, at den professionelle indsats i relation til beboerne på bostedet foregår inden for en overordnet referenceramme, der bygger på mange teoretiske antagelser. Som noget af det centrale er tanker om medborgerskab, rehabilitering og recovery.

Rum og recovery som overordnede rammer

På bostedets hjemmeside og i stedets centrale pjece beskrives bostedets værdigrundlag. Et ligeværdigt medborgerskab er udgangspunkt i støtten til at komme sig (recovery).

Der arbejdes rehabiliteringsorienteret med borgeren i centrum i et ligeværdigt medborgerskab (Bostedet, 2009).
--

Bostedets pjece beskriver recovery som en individuel proces, *'som fordrer den enkeltes egen aktive deltagelse og vilje til forandring'*. Der sættes fokus på rolleskift, fordi det at *'blive forstået og fastholdt i en sygdomsrolle er en barriere for heling og udvikling'*. Pjecen angiver, at medarbejderne på bostedet skal tilbyde beboeren forskellige roller, *'således at den stigmatiserende rolletilskrivning elimineres eller i det mindste reduceres'*. Det understreges, at kontaktpersonens tilgang skaber mulighed for, at beboerne kan *'indgå i en brugerrolle med til- og fravalg, og med mulighed for at udnytte kundskaber og handlekraft'*.

På hjemmesiden angives, at samværet mellem beboere og ansatte bygger på *'ligeværdighed, tilgængelighed, det enkelte menneske bestemmer, hvad der er vigtigt i livet'*. Samtidig anføres i stedets pjece, at det foregår i en *'virkelighed'*, som er præget af, at kontaktpersonen skal *'bære håbet'* for beboerne, fordi disse har oplevet mange nederlag, og fordi beboernes og medarbejdernes *'opfattelser af virkeligheden ofte er forskellige'*. Det er derfor op til kontaktpersonen at handle i den aktuelle situation:

Kontaktpersonernes arbejde foregår i en virkelighed, som bl.a. er præget af:
--

- unikke personligheder
 - fantastiske oplevelser og samvær
 - selvdestruktivitet
 - misbrug
 - trusler/vold
 - modsatrettede behov - fravalg af eks. behandling/medicin
 - en hverdag med uforudsigelighed og en række dilemmaer
- (Pjece, bostedet, 2007)

I pjecen beskrives, hvordan bostedet udmønter sit værdigrundlag i praksis. Bostedet arbejder med kontaktpersonordning ud fra en ramme, som bygger på den fælles overordnede ramme for bostedet; bl.a. *'systemisk tænkning, recovery, medborgerskab'*. Medborgerskabet medfører visse rettigheder og pligter for beboerne.

Beboerne kan have behov for hjælp og støtte for at kunne opnå deltagelse og få indflydelse på eget liv og til at udfolde eget liv. Beboerne har indflydelse på flere områder, bl.a. vælger beboeren selv kontaktpersoner efter at have interviewet mulige kontaktpersonkandidater, hvor beboeren vurderer, hvilke egenskaber og kompetencer hos kontaktpersonerne beboeren sætter mest pris på. Beboerne gives på denne måde magt til at vurdere, hvilke personalemedlemmer de kan samarbejde med. Det er at vende ansvaret for at vurdere bort fra en professionel vurdering, som de professionelle har ansvar for, til at være en personlig vurdering, som borgeren får ansvar for.

Bostedet ekspliciterer, hvordan stedets ansatte tænker de fysiske rammer ind som aktivt skabende af rums betydning. Det er ikke som sådan det fysiske ved et rum, der fokuseres på. Der er mere tale om sociale og psykologiske aspekter ved rum. Der lægges også vægt på, at bevidstheden om rums betydning omfatter sondringen mellem private og offentlige rum. Det har stor betydning for samværet beboere imellem og for beboere og medarbejdere, hvordan brugen af rum defineres og håndhæves af de ansatte. Det anføres i pjecen, at der som ramme for det sociale arbejde anvendes redskaber fra empowerment og anerkendende samtale.

Disse redskaber, sammen med rumtilgangen, har til hensigt at skabe rammer for, at alle skal opleve, at bomiljø og medborgerskab har betydning for oplevet socialt fællesskab.

Teamet fortæller, at alle medarbejdere har deltaget i kurser om kognitive metoder, og de oplever, at de ord og begreber, der efterfølgende anvendes på bostedet, er med til at skabe andre måder for medarbejderne at formulere sig om handlinger på. Ordvalget påvirker selve tænkningen om arbejdet og relationen til beboerne, mener medarbejderne.

"Gennem den uddannelse vi får med kognitive tilgange osv., ikke. Hvor netop at vi i stedet for, hvor jeg har oplevet før, at man var mere restriktive, man var mere firkantet, man var mere opdragende i den måde, man snakkede med beboerne, og nu oplever jeg faktisk en helt anden tilgang med at spørge ind til følelser, tanke, handlinger osv., og det synes jeg gør en stor forskel. Jeg har et eksempel nede fra bodelen netop på et tidspunkt, der blev sagt, jamen, jeg smed beboerne i lejligheden, og en anden sagde, jamen, jeg hjalp beboerne ind i lejligheden for at få noget ro. Der er en utrolig forskel i den måde, man kommunikerer og begrebsverdener, ikke. [...] Og der synes jeg, at vi er blevet meget mere opmærksom på sådan nogle ting. Meget bedre til at spørge ind, i stedet for at vi bare har en eller anden opdragende effekt".

I: "Men hvis man hjælper beboeren ind, har det så en opdragende effekt alligevel?"

"Ja, det kan det godt have. Det er en helt anden positiv måde. Der er en helt anden positiv energi i det, at man hjælper beboerne til at få noget ro i hovedet til at kunne samle sig selv til at kunne komme videre i sit liv" (Fokusgruppeinterview, tværfagligt team, midlertidigt bosted, 2009).

Citatet viser, at det ikke er selve handlingen, at en beboer vises ind på sit eget private rum, men at det er de ord, medarbejderne beskriver selve handlingen med, der bestemmer, om den opdragende handling modtages positivt eller negativt. Medarbejderne på bostedet tænker beboerdemokrati ind i organisationens beslutningsprocesser, både når det drejer sig om ansættelse af nyt personale, hvordan huset skal anvendes, og ved at beboere og personale deltager i fælles kurser og sociale aktiviteter. Bostedet søger desuden sprogligt og gennem handlinger at de-institutionalisere bostedet:

Fokus på boligmiljø og lokalsamfund gør op med institutionel tænkning og giver beboerne mulighed for en almindelig tilværelse i egen bolig med basis for individuel udvikling i et Recoveryperspektiv (Bostedet, 2009).

Bostedet ønsker at samarbejde med lokalsamfundets handlende om at gøre op med bostedet betragtet som en institution for mennesker med sindslidelse for i stedet at betragte bostedet som et bomiljø, der er som andre boligområder i nærmiljøet. Det er igen en sproglig konstruktion, der satses på.

Bostedets café og aktivitetshus betegnes i en pjece som et offentligt rum, der er på linje med det omgivende samfunds offentlige rum. Det er en åbning mod det omgivende miljø, en måde at invitere personer udefra ind for at deltage i livet på bostedet. Stedets ansatte ser gerne, at lokale borgere kommer på bostedets café

og drikker en kop kaffe, at de kommer på julebasar, deltager i stedets fester, og besøger bostedet, når der er åbent hus. De ansatte giver udtryk for, at det stadig er svært for de lokale borgere at have fokus på sindslidende. De ansatte mener, at bostedet som institution virker beskyttende, og invitationer til borgere udenfor om at tage del i stedets åbne arrangementer drejer sig om at skabe kontakt med det omgivende samfund. Herved kan livet uden for bostedet komme lidt indenfor, de professionelle mener, at det kan være godt for beboere, der er angst for at *'komme alene ud i virkeligheden'*, at borgere kommer ind i de rum, der er defineret som husets offentlige rum.

Der kan ses flere problemer ved at sammenligne den pågældende institution med andre offentlige rum i nærmiljøet. Institutionen virker ikke alene beskyttende for beboere indenfor, den virker også beskyttende for borgere udenfor. Selv om rum defineres som offentlige, er det ikke en garanti for, at borgere udefra i stor udstrækning vil gøre brug af en café i et miljø, der på hjemmesiden betegnes som et sted, der er bolig for svært sindslidende, som pga. manglende accept af egen sindslidelse ikke følger en behandling. Der er tale om beboere med et stort rusmiddelforbrug, et sted, hvor der på hjemmesiden skrives, at der er trusler om vold. Borgere, der bevæger sig ind på caféområdet, mødes desuden af en gruppe ansatte, der som sikkerhedsforanstaltninger bærer alarm.

I bostedets pjece lægges særligt vægt på, at relationer og bomiljø spiller sammen i en større enhed. Stedet skelner mellem institutionens forskellige rum:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Det private rum: egen lejlighed/værelse- Det halvoffentlige rum: fællesrummene- Det offentlige rum: Kulturhus og café og det øvrige samfunds offentlige rum (Pjece, bostedet, 2007) |
|---|

I de private rum er det beboeren, der bestemmer, men det understreges, at denne selvbestemmelse ikke må føre til *'omsorgssvigt'*. I fællesrummene er det både ansatte og beboere, der bestemmer, alle bestemmer i det offentlige rum, ansatte og beboere er lige i beslutninger om at igangsætte aktiviteter, indrette café m.m.

Bostedet har et samarbejde med politiet. Nærbetjenten kommer på bostedet og drikker kaffe med beboerne af og til.

"Den anden kontakt vi har til det omgivende samfund, som giver meget tryghed til vores beboere, er lokalpolitiet, eller nærpolitiet, specielt en betjent som kommer her meget i huset, som vores beboere kender godt, der er flere sådan virkninger, men en af dem er, at det kan lidt afmystificere kontakten til politiet, hvor mange af vores beboere har kun kontakt, når de bliver tvangsindlagt. Og de voldsomme, fra før i tiden, måske, det sidste år eller de sidste 20 år, hvor de bl.a. har kunnet få lov at møde en betjent, som har en eller anden mission" (Fokusgruppeinterview, tværfagligt team, korterevarende bosted, 2009).

Samarbejdet er indledt, dels for at 'afmystificere' politiet, dels for at betjenten kan tage sig af regler for beboeres brug af stoffer og kontrol af handel med stoffer. Personalet fortæller, at de havde mange problemer i en periode, hvor der var forbud mod stoffer på bostedet, og beboerne blev visiteret af personalet. Det blev afklaret, at det ikke er lovligt at have forbud mod brug af stoffer, og at det derfor heller ikke er lovligt at visitere mennesker, når der er tale om deres egne hjem. Nogle af de ansatte kommer ind på, at der både kan være fordele og ulemper ved, at bostedet rummer alt i ét. De mener, at det kan hjælpe beboere til at opleve, at de kan klare at leve et for dem godt socialt liv i de rammer, der er etableret på stedet. Samtidig kan de beskyttende rammer, som bostedet udgør, være en 'virkelighed', der eksisterer ved siden af verden udenfor, som beboerne ikke nødvendigvis kommer ud i. Derved udgør bostedet en parallel samfundsmæssig virkelighed. Personalet mener, at beboerne stort set ikke behøver at bevæge sig uden for bostedet, fordi omverdenens rum er inkluderet i bostedet. Det ser nu ikke ud til at være sådan, det fungerer i praksis.

"Jeg vil lige sige noget andet først i forhold til det sociale liv, fordi at sådan et sted som er en del af den større organisation [...], og det har faktisk fordele og ulemper at være et stort sted i forhold til at det sociale liv kan spille sig ud, fordi at der er faktisk utroligt mange tilbud i huset, og når jeg siger i huset, det indbefatter også den turgruppe, jeg laver ud af huset, tit kunne det opstå i huset. Men det midlertidige bosted er en bygning for sig selv. Der vil personalet der blive tvunget til at selv stå - og få mere ud af - de der udadvendte aktiviteter med beboerne, og jeg har erfaringer fra før i tiden, hvor man er mere et lille sted, er der faktisk, at man hurtigere kommer ud i samfundet, for det er der, hvor tilbuddene er. Man skal ud af huset for at opleve noget. Hvor her kan man godt få en form for isolation i og med, at man faktisk godt kan få opfyldt masser af de ting, uden at have bragt sig uden for huset. Så det at det er en stor organisation med masser af rigtig gode tilbud og masser af rigtig gode professionelle medarbejdere kan også være en ulempe i forhold til at komme udenfor og opleve noget socialt. Så det er både positivt og negativt, at denne her organisation er så velfungerende" (Fokusgruppeinterview, tværfagligt team, korterevarende bosted, 2009).

Andre i personalegruppen giver på samme måde udtryk for, at de mener, at der kan være risiko for, at der med en så stor organisation dannes en 'ny totalinstitution'. De mener, at en totalinstitution både virker som en beskyttelse

af beboerne, men også en hindring for at beboerne udvikler sig til at blive inkluderede i det omgivende miljø.

Teamet mener, at det er vanskeligere for sindslidende at blive inkluderet, hvis de har været sindslidende, siden de var unge, end for mennesker der har levet i et socialt fællesskab en større del af deres liv med arbejde, familie og venner, før de fik psykiske problemer. Som medarbejderne ser det, har den sidste gruppe mange ressourcer. De har viden om mange ting og kan lettere klare at have relationer f.eks. med de småhandlende uden for bostedet. Der nævnes et eksempel på en mand, der er ret psykotisk, men som selv klarer at gå i de omgivende butikker. Personalet fortæller, at de handlende har accepteret ham og lægger ting til side, til han kommer for at handle næste gang, det er ting, som de ved, han får brug for.

Figur 6: Midlertidigt bosteds karakteristik

Konstruktionen af subjektet viser følgende:

- et menneske med svær sindslidelse, svære symptomer og psykoser og manglende forståelse
- fornægter ofte egen sindslidelse og modtager ikke behandling
- har destruktiv og selvdestruktiv adfærd
- har et stort forbrug af rusmidler
- har grænseoverskridende adfærd
- kommer med seksuelle tilnærmelser
- kommer med trusler om vold
- manglende socialt familie- og vennenetværk

Længerevarende bosted

Det andet bosted er et længerevarende botilbud (ophold efter § 108 i serviceloven). På observationstidspunktet var der plads til i alt 40 beboere, fordelt på tre afdelinger.

Boligerne er egnet til længerevarende ophold for personer, der på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for omfattende hjælp til almindelige daglige funktioner eller pleje, omsorg eller behandling, og som ikke kan få dækket disse på anden vis (Vejledning nr. 4 til serviceloven, om botilbud mv. til voksne, Socialministeriet, 2006).

Der var et bofællesskab tilknyttet bostedet i en lille enhed med fem beboere. Der lægges op til ændrede boformer. I fremtiden er hensigten, at mennesker med psykosociale problemer ikke skal bo på bosteder. De skal støttes i at **'leve samme steder som andre mennesker'** lever, ikke i en **'parallel verden'**. I de nuværende

beboeres fremtidige liv får den socialpædagogiske indsats fokus på støtte til udvikling af deres ressourcer og netværk, støtte til et liv med uddannelse, arbejde og fritid. De samme værdier, der er gældende for andre mennesker.

Målgruppe for bostedet

Målgruppen for bostedet var i 2009 mennesker med psykiske problemer, der pga. sindslidelse ikke magtede at bo i egen bolig og derfor valgte en bolig på bostedet, hvor der var professionel støtte til at klare at ændre hverdagen. Bostedets politik sigter mod holdningsændringer hos medarbejderne til beboere og til holdningsændringer hos beboerne til dem selv.

Bostedet lægger vægt på, at beboerne betragtes som mennesker med psykosociale handicap ikke som mennesker med sygdomme. Der lægges vægt på ressourcer og samarbejde og på, at beboerne gennem samarbejdet kan komme sig. På hjemmesiden angives, at når en beboer visiteres til netop dette bosted, er det fordi vedkommende har et ønske om, at der *'sker en udvikling i livet'*, der kan være med til at ændre ved *'et liv som inaktiv'* (Bostedets hjemmeside, 2009). På bostedet er intentionen, at beboerne ændrer adfærd fra at være passive til at arbejde aktivt mod at få et liv i en selvstændig bolig med almindelige job og netværk. Det er en målsætning, at beboerne bliver i stand til at klare dagligdagen mere eller mindre selvstændigt med individuel støtte fra personalet. Udgangspunktet for støtten tages i den enkelte beboers egne ønsker og mål for sit liv. På baggrund af disse ønsker udformer kontaktperson og beboer en handleplan i fællesskab.

I 2011 betegnes målgruppen på bostedet som *'mennesker med psykosociale handicap'*, der *'har et behov for og et ønske om at bo et sted, hvor der er medarbejdere døgnet rundt'* (Bostedet, 2011). Fra bostedets side lægges vægt på, at medarbejderne:

anerkender beboernes psykosociale handicap, men tilstræber at rette opmærksomheden på, at beboerne besidder muligheder og ressourcer. Medarbejderne arbejder ud fra en tro på, at alle kan komme sig og leve et meningsfuldt liv. Medarbejderne vil derfor sammen med beboerne, gøre alt hvad de kan, for at beboerne kan få det bedre og genvinde lysten til livet (Bostedet, 2011).

Bostedet tilbyder andre personer med bolig i kommunen at deltage i stedets fælles aktiviteter og sociale liv efter servicelovens § 104 om dagtilbud. De deltager i bostedets fællesarrangementer, i sportsaktiviteter på bostedet og i

byens sportshal, nogle følger undervisning af forskellig slags, f.eks. tegne-, maleværkstedskursus. De fleste af de, der kommer udefra, har tidligere boet på bostedet. De holder kontakten ved lige med bostedets ansatte og beboere, der på den måde fungerer som socialt netværk.

Personalet fortæller, at nogle beboere ikke har kontakt med andre mennesker uden for bostedet, derfor betyder relationen mellem beboere og personale meget for beboerne. Nogle gange fortæller beboerne personalet, at det er svært for dem, at de har mistet så mange af deres venner. Teamet mener, at det er ekstra vanskeligt, fordi mange af beboerne ønsker sig et liv med venskaber og kærlighed, som kan være vanskeligt for dem at realisere. Beboerne betragter personalet og de andre beboere som en slags familie, og nogle siger: *'Jamen, I er vores familie'*. Beboerne knytter sig til nogle bestemte i personalegruppen, med disse drøfter beboerne problemer, som de har vanskeligt ved at håndtere på egen hånd. Det kan dreje sig om private problemer med andre beboere eller med deres familie. Noget af det, beboere fortæller personalet, kan være meget personligt for beboeren, og ofte vælger den ansatte at udelade at dele disse private samtaler med kolleger, fortæller personalet.

Tværfagligt team

På bostedet er der ansat en gruppe professionelle i stillinger som støttekontaktpersoner, der hver fungerer som kontaktpersoner for et antal beboere. De fleste af de professionelle har en faglig uddannelse som social- og sundhedsassistent eller som pædagog, der er også andre faggrupper ansat (Bostedets hjemmeside, 2009). Hovedparten af medarbejdere har arbejdsfunktioner svarende til en støttekontaktpersons opgaver, og for denne gruppe er arbejdet ikke yderligere opdelt efter grundfaglig uddannelse. Der er en hierarkisk ansat ledelse, og enkelte af medarbejderne er ansat til særlige funktioner. Der er medarbejdere med ansvar for medicindosering, en medarbejder er uddannet som fitnessinstruktør og varetager motion og idrætsaktiviteter, som bostedet har særlig fokus på. En medarbejder er musiker og arrangerer korsang og guitar spil med beboere, og en tredje er aktivitetsmedarbejder og står bl.a. for en beboermadklub.

Selv om medarbejderne mener, at beboerne anser personalet for at udgøre deres familie- og vennenetværk, betragter de ansatte deres relationer med beboerne som professionelle relationer og ikke som venskaber. De ansatte har et arbejde, hvor de går hjem klokken 16 og holder fri til næste dag. Selv om de ansatte af og til tager med beboere på ferierejser, er det ikke en ferietur, det er arbejde, og beboerne betaler turen for dem selv og for det personale, der er med.

Stedets overordnede referenceramme

I den periode observationerne fandt sted, var der en proces i gang omkring de-institutionalisering af bostedet. Bostedet havde gennem nogle år arbejdet med at ændre tilgangen til beboerne; fra en traditionel behandlings- og omsorgstænkning til at have rehabilitering og recovery som fokus for det sociale arbejde med beboerne. Med pædagogisk ændring i fokus på psykosocial rehabilitering tages udgangspunkt i beboernes egne ønsker og behov for deres hverdagsliv. Bostedet tilstræber at arbejde målrettet på at *'styrke beboernes sociale færdigheder, således at beboerne bliver bedre til at kunne indgå i livet på'* bostedet. Støtte-kontaktpersonfunktionen består i at hjælpe beboerne til at få indflydelse på eget liv og støtte beboerne i forhold til aktuelle og langsigtede mål. Der arrangeres kulturelle arrangementer samt aktiviteter ud af huset, og bostedet søger at etablere job med løntilskud og tilskynder beboerne til at modtage undervisning både i og uden for bostedet.

Bostedet arbejder med *'inklusion, styrkelse af beboernes netværk og brug af lokalsamfundet'*. Bostedets ledelse søger at påvirke holdninger i det omgivende samfund. De har bl.a. indgået aftale med kommunen for at få indflydelse på kommunens udmeldte politikker med henblik på ændring af værdier og syn på mennesker med psykiske problemer, og for at få indflydelse på den måde kommunens socialpsykiatriske tilbud fungerer. Denne arbejdsmåde med at søge at få indflydelse på omgivende samfund og på politiske beslutninger er en social rehabiliteringsform.

På observationstidspunktet havde beboerne indflydelse på bostedets funktion gennem en bestyrelse, hvor beboerne har flertal og også har formandsposten. Beboerne havde indflydelse på deres hverdagsliv på bostedet gennem beboermøder, der afholdes på alle afdelinger, og de har indflydelse på hele

bostedet gennem de fællesmøder, der afholdes en gang om måneden for alle på bostedet (Bostedet, 2009).

Rehabilitering som tilgang

Observationsstudiet foregik på et tidspunkt, hvor bostedet stod midt i en ændringsproces for at ændre formen; fra et traditionelt fungerende bosted - hvor personalet bestemte - og til beboerdemokrati. Ændringer tager tid, og det var i en begyndelsesfase.

På bostedets hjemmeside var der indført ord og begreber fra en rehabiliterings- og recoverytilgang i formuleringen af stedets målsætning, der skal fungere som medarbejdernes grundlæggende tænkning. Det ekspliciteres på bostedets hjemmeside, at der i 2010 er sket en sproglig ændring svarende til betegnelser fra en sådan tilgang, og at der siges *'farvel til gamle begreber'*.

Skiftet i perspektivet hænger sammen med ny viden på området. Den har vist, at mange mennesker, som tidligere blev betegnet som kronisk syge, for eksempel med skizofreni, faktisk kan komme sig. Men vejen til at komme sig er forskellig for den enkelte og handler ikke alene om, hvilken behandling man får af psykiaterne. Områder som netværk, psykisk trivsel, arbejde og materielle levevilkår kan også spille en afgørende rolle (Bosted, 2010).

På samme måde som i den kommune, hvor støtte-kontaktpersonordningen er tilknyttet, er betegnelsen socialpsykiatri erstattet af *'psykosocial indsats'* til mennesker med psykiske problemer på bostedets hjemmeside. Implikationerne af den sproglige ændring forklares på følgende måde:

Der lægges op til at tage afsked med ordet 'socialpsykiatri' og i stedet tale om en psykosocial indsats. Den kommunale indsats skal ikke længere tage udgangspunkt i et sygdomsorienteret perspektiv, men i de udfordringer sindslidende møder i hverdagslivet. I stedet for at fokusere på sygdom og diagnose, rettes fokus på de psykosociale handicap, som har betydning for, hvordan livet kan leves (Bosted, 2010).

Bostedet italesætter en sproglig ændringsproces som en videns- og handlingsmæssig ændring; *'et skifte i måden at behandle og støtte borgere med psykiske problemer'*.

Indsatsen overfor borgere med psykiske problemer skal i fremtiden kunne skræddersyes til den enkelte. Den kommunale indsats skal i højere grad sætte ind på de områder, der giver livskvalitet og støtter borgerne i at komme videre med livet, i deres eget tempo og på deres egne betingelser (Bosted, 2010).

At der var tale om en overgangsfase, prægede også medarbejdernes udtalelser i fokusgruppeinterviewet. Selv om der var nye begreber og handlemåder på vej, var der efter medarbejdernes mening lang vej igen fra ord til handling. Bostedets

hjemmeside angiver, at der sigtes mod en kulturændring på bostedet, så rehabilitering og recovery bliver hensigten med bostedets pædagogiske indsats. Medarbejderne fortæller om denne proces, at de gennem nogen tid har deltaget i kurser for at lære, hvordan de - ved at arbejde med egen adfærd og handlinger - kan medvirke til at skabe forandring for stedets kultur. De ansatte på bostedet er i gang med at omstille sig til denne omtænkning af en professionel praksis.

Hensigten med at igangsætte en kulturændringsproces er at flytte fokus fra en omsorgstænkning til en egenomsorgstænkning. En af de væsentligste følger af forsøg på de-institutionalisering, mener personalet, er, at personalet fra at være de, der tager beslutninger alene og gør tingene for beboerne, i stedet samarbejder med beboerne om alle beslutninger og aktiviteter, der vedrører beboernes daglige liv på bostedet. Det betyder, at beboerne i højere grad selv må være aktive og selv deltage i beslutninger for deres eget livsforløb. Beboerne må lære selv at skabe det indhold i deres hverdagsliv, de har lyst og ressourcer til at opfylde.

Teamet mener, at det stiller andre og højere krav til roller og forventninger til hverdagslivet for det sociale samvær på bostedet både hos beboere og medarbejdere. Personalet oplever, at det er en vanskelig proces at ændre ved en kultur, der har været på et sted gennem en længere årrække. De fortæller, at mange af beboerne har en institutionsidentitet, og at det er vanskeligt - for såvel beboere som for personale - at ændre ved eksisterende normer og holdninger. Teamet mener, at beboerne skal vænne sig til at være med til at bestemme og tage medansvar for, at hverdagen på bostedet fungerer.

Institutionskulturen ses ved, at nogle af beboerne ikke gør noget uden først at spørge de ansatte om tilladelse. De spørger f.eks., om de må lave kaffe, og om de må tage et glas vand. Teamet mener, at bostedet kommer til at virke institutionsagtigt, fordi der er så mange hygiejneregler for tilberedning, servering og opbevaring af mad på et bosted af denne størrelse. Serveringstemperaturen skal kontrolleres og madrester skal kasseres, efter maden har været på bordet. Det er ikke tilladt for beboerne at tage ting i køleskabet på bostedet, det skal være aflåst, så der ikke sker forurening af fødevarerne. Personalet fortæller, at hvis beboerne bliver sultne uden for de faste spisetider og får lyst til at smøre en mad, som andre ville gøre i deres egne

hjem, er det ikke tilladt, når der er fælleskøleskabe. Beboerne har fået tilbud om at få egne køleskabe på deres rum, men det har de ikke ønsket, da rummene er ret små, og det støjer for meget.

De ansatte mener, at de må være selvkritiske, for at kunne finde ud af, hvordan tingene skal fungere, for at beboerne oplever, at bostedet fungerer på deres præmisser. De må også være i stand til at bibringe beboerne en oplevelse af, og at det er dem, der tilgodeses af de aktiviteter, personalet igangsætter. I fokusgruppeinterviewet udtaler personaleteamet, at en væsentlig del af personalets opgave består i at integrere tingene på bostedet, så beboerne føler, at de er med til at få hverdagen til at fungere på bostedet. Personalet giver udtryk for, at de også selv må omstille sig for at kunne arbejde med at ændre stedets kultur, der bunder i en omsorgstænkning. Det betyder for dem, at de som personale i stedet for at gøre tingene *for* beboerne må samarbejde med beboerne og gøre det *sammen med* dem. Det er nyt for både beboere og ansatte, at beboerne bliver '*gjort mere ansvarlige*' for at få deres egen dagligdag til at fungere. Denne omstillingsfase kan betyde, at der hersker nogen tvivl om, hvilke ændringer det medfører i det daglige samvær mellem beboer og kontaktperson. Et eksempel fra observationsstudiet kan illustrere lidt af denne problemstilling.

En beboer var ikke specielt aktiv i boenheden og sad meget for sig selv; stort set var dagen fyldt af fjernsyn og cigaretter. Han henvendte sig flere gange for at få personalet til at hjælpe med at rengøre hans værelse og fik som svar, at han lige skulle vente til kontaktpersonen var færdig med sine andre gøremål. Da han var gået ind på sit værelse, blev der sagt, at de skulle lade være med at give ham så meget omsorg (Feltnoter, længerevarende bosted, 2009).

Teamet fortæller, at beboerne reagerer på de nye samarbejdsformer. F.eks. har der været beboermøder, hvor nogle beboere har givet udtryk for, at de er vant til, at der er '*service*' fra de ansattes side. Personalet fortæller, at beboerne oplever, at de får flere pligter, fordi de skal være med til at få hverdagen til at fungere. Tidligere har mange af beboerne ikke udført rengøring og andre lignende aktiviteter. De har fået leveret mad, der er tilberedt i køkkenet og serveret ved bordet. Personalet bestemte stort set, hvordan tingene skulle være. Ændringerne betyder, at beboerne må tages med i arbejdet. Nogle af beboerne fortæller personalet, at de pga. deres sindslidelse ikke kan være med til at udføre praktiske ting. Andre beboere siger direkte, at de ikke *vil* udføre praktiske

opgaver selv, og at de ikke ønsker at være med til at bestemme. En af de ansatte udtrykker det på denne måde.

"Jeg sidder og tænker på at min, mit førstehåndsindtryk var, at de frem for alt har en institutionsidentitet, og selvom de så har pårørende, og selvom de går til noget uden for (bostedets) rammer, så er de meget ofte igangsat herfra. Og jeg synes ligesom, at de vurderer næsten alle de tilbud og muligheder, der er ud fra, at de hører til eller bor på institution. Og deres dagligdag er altså præget af det også. Der er hele tiden en dobbelthed" (Fokusgruppeinterview, længerevarende bosted, 2009).

Teamet siger, at mange af beboerne har boet på institution i *'rigtig mange år'* og er vant til, at tingene fungerer på en bestemt måde. Når der sker ændringer i det vanlige samværs mønster eller i de fysiske rammer på bostedet, har nogle beboere vanskeligt ved at overskue situationen. For mange af beboerne svinger det meget, hvordan de har det psykisk, de kan have *'gode eller dårlige perioder, der varer i månedsvis'*, så personalet må hjælpe dem med at klare det meste i hverdagen.

Personalet fortæller, at nogle beboere kan have perioder, hvor de har vanskeligt ved at sørge for egen hygiejne. Når de *'fremtræder usoignerede'*, bliver det problematisk for dem at indgå i sociale relationer med medbeboere, venner og familie. Teamet har en oplevelse af, at beboerne i disse perioder primært *'opfatter sig selv som syge'*, og at de i andre perioder ofte bruger sindslidelsen som undskyldning for at undgå at deltage i arrangementer og andre aktiviteter, som efter teamets opfattelse er en væsentlig del af deres sociale liv på bostedet. Teamet fortæller, at hvis der bliver stillet krav til beboere om medansvar for at få hverdagen på bostedet til at fungere, f.eks. madlavning og opvask, så kan beboerne opleve, at det er personalet, der har bestemt, at de skal gøre disse ting. Teamet mener, at det ikke er uproblematisk at ændre ved den rytme og de rutiner, der har præget samværet mellem beboere og personale på bostedet gennem en længere årrække.

"Vi har været på kursus et hav af gange om alt muligt og vil så gerne bruge de her principper, vil så gerne bruge alt det nye, men det støder imod den der kultur, vores egen og deres, også vores normer og holdninger til hvad vil det sige at være på en institution, hvor vi gerne vil selvstændiggøre dem meget mere, end vi egentlig kommer til i dagligdagen, fordi at vi skal have en nogenlunde ens holdning til tingene. Og det gør så, at vi har svært ved at behandle dem individuelt. Det giver nogle konflikter i dagligdagen" (Fokusgruppeinterview, længerevarende bosted, 2009).

Efter det er vedtaget, at der skal ske en holdningsændring på bostedet, lægges der nu vægt på *'beboerdemokrati og medindflydelse'*. De ansatte oplever, at nogle

beboere ikke ønsker ansvar, de vil ikke være med til at beslutte noget, fordi de er nervøse for, om *'det er i orden at være kritiske'*. De ansatte har deltaget i kurser for at kunne inddrage beboerne mere og for at kunne varetage en støttefunktion i stedet for at gøre tingene for beboerne eller være den der bestemmer, hvad beboeren skal gøre. De ansatte fortæller, at det er ledelsen, som igangsætter og følger op på de nye ændringer, der er sat i gang på bostedet, og at det ikke kommer fra beboerråd og beboerbestyrelse. En af de ansatte siger, at det daglige sociale liv beboere imellem, og beboere - personale imellem ikke vejer tungest hos ledelsen, de ting, der sættes i gang, får større prioritet end det daglige liv på bostedet.

"Jeg synes hele tiden, at det er udvikling, udvikling, koste hvad det vil, og så hvilke institutioner der har det bedste ry med hensyn til at være langt fremme og progressive, og nej, nu er det lidt fortegnat, men det er sådan jeg oplever det" (Fokusgruppeinterview, længerevarende bosted, 2009).

De ansatte mener, at der er for meget fokus på at profilere bostedet udadtil og på at skrive artikler i blade for at vise omverdenen, at bostedet er langt fremme i arbejdet med de nye ideer.

"Jamen, vi er så forhippede på at nå de der fine, fancy resultater og de her billeder, der bliver kastet rundt til højre og til venstre i blade og alle vegne, hvor beboerne er aktive på alle mulige måder, og nogle gange, ja, jeg synes, at det er for meget" (Fokusgruppeinterview, længerevarende bosted, 2009).

De ansatte foretrækker, at der fremover kommer mere fokus på, hvordan beboerne har det i dagligdagen, på hvem det er, der bor på bostedet, og på hvem personalet er der for. Teamet synes ligeledes, at der stilles for mange krav fra kommunens side om, at alt arbejde skal dokumenteres, så det handler hele tiden om at vise resultater, alt skal skrives og dokumenteres på papir. I stedet for mener personalet, at der skal lægges mere vægt på, at beboerne oplever livskvalitet i deres dagligdag på bostedet, end - som det er tilfældet - på kvantitet. De fortæller, at de er enige i, at personalet må dygtiggøre sig og tilføjer, at det skal medføre, at de bliver *'bedre til at tilgodese beboernes behov'*.

De professionelle fortæller, at det mere er personalets, end det er beboernes behov, at der skal ske noget. Af og til kan de ansatte tage sig i at synes, at når de f.eks. har aftenvagte, så skal beboerne sidde sammen med personalet og hygge sig. Det drejer sig om, at personalet oplever det som hyggeligt, når alle sidder

sammen i stuen til aftenkaffe. De må tage sig i at føle, at beboerne skal hygge sig sammen med personalet. Personalet rejser hermed kritik af deres professionelle funktion på bostedet. De fortæller, at de kan have en opfattelse af, at når de er på arbejde, skal der ske noget, og så må beboerne stille op: *"Kom nu ud og leg"*. De ved godt, at beboerne er der hele døgnet rundt, de bor der, og de hygger sig måske på andre tider og måder og ikke nødvendigvis på den måde, personalet opfatter som hygge.

Figur 7. Længerevarende bosteds karakteristik

Mennesker med sindslidelse, psykosociale handicap:
<ul style="list-style-type: none">• Har lange perioder, hvor de er dårlige og opfatter sig selv som syge• Har boet på bostedet i en årrække• Er inaktive og institutionaliserede• Har vanskelighed ved at bo alene• Er vant til at personalet udfører tingene• Har behov for at bo, hvor der er medarbejdere døgnet rundt• De fleste mangler sociale relationer til andre uden for bostedet, familie og venner, andre har familie• Er mennesker, der ønsker, at der skal ske en udvikling

Opsummering socialpsykiatrisk egenlogik

På de socialpsykiatriske bosteder og i støtte-kontaktpersonordningen fungerer det professionelle arbejde som pædagogisk støtte til mennesker i eget hjem. Målet er, at de på sigt bliver i stand til at leve et selvstændigt liv i den form for selvstændig bolig, vedkommende ønsker og kan klare. Det længerevarende bosted er præget af, at det gennem mange år har fungeret som en service- og behandlingsinstitution for mennesker, der har været betragtet som kronisk syge og mere eller mindre ude af stand til selv at klare sig. Beboere, der har boet længe på bostedet, beskrives af personalet som passive og inaktive og som havende en institutionsidentitet.

De nuværende boliger er utidssvarende, derfor er der planlagt ombygning. Målet er ikke alene ombygning, det kan mere betragtes som opløsning af bostedet som den gamle form for institution, når der etableres selvstændige boliger. Det andet bosted består af både midlertidige og akutte boliger, og det beskrives på hjemmesiden som tilbud, der modsvarer kommunens svar på en blandet målgruppes behov for boliger.

Det er stort set identiske billeder af mennesker med sindslidelse, der tegnes af de professionelle fra støtte-kontaktpersonteamet og på de to bosteder, mens for værestedets vedkommende fremkommer en væsentlig variation på det sociale område. Medlemmerne på værestedet har et stærkt venne- og familienetværk, hvilket ikke er karakteristisk for de andre steders billeder af mennesker med sindslidelse, hvor der nævnes, at mange har manglende kontakt til familie og andre sociale netværk, resulterende i ensomhedsfølelse og lavt selvværd.

I udtalelser fra medarbejdere fra bostederne og fra støtte-kontaktpersonordningen beskrives målgruppen som mennesker med sindslidelse, som har svære symptomer, psykoser og med angst og paranoia. Det fremgår også, at mange af dem har sparsomme eller manglende sociale, psykologiske og praktiske kompetencer. De fire socialpsykiatriske steder bekender sig i skrift til at tænke rehabilitering og sårbarhed, og der lægges op til en bio-psyko-social model, hvor der er flere faktorer, der har betydning for et menneskes mulighed for at komme sig. I en sådan model ses funktionsnedsættelse som et resultat af biomedicinske, psykiske og sociale forhold. Mennesket betragtes som et handlende individ, som indgår i en kultur og påvirkes af det omgivende samfund, hvor mennesket har indflydelse på eget liv. Derfor satses på ændringer af både person og samfund.

På alle fire steder arbejdes professionelt med en tværfaglig rehabiliterende tilgang, en behandlingsform, der understøtter menneskets mulighed for at komme sig personligt og socialt. Indsatsen med omsorg og støtte tilbydes ud fra en vurdering af den enkeltes behov, mål og ønsker for udvikling. Støtte og rådgivning sigter på udvikling af personens kompetencer, selvomsorg og selvansvar som støtte i en recoveryproces (Topor, 2003).

Empowerment og rummelighed

På bostederne og på værestedet arbejdes med et rummeligt miljø, hvor der lægges vægt på at se mennesket som en ligeværdig borger med ret til aktivt medborgerskab; dvs. aktiv deltagelse i stedets demokratiske processer og medbestemmelse i det sociale fællesskab. Der lægges vægt på, at der er forskellige opfattelser af virkeligheden. Ved at arbejde med empowerment i en anerkendende tilgang sættes fokus på den enkeltes egen definition af, hvad der

er vigtigt for vedkommende i eget liv. Der lægges vægt på styrkelse af borgerrettigheder, at beboerne udvikler vilje til forandring gennem deltagelse i beslutninger med ansvar for valg og fravalg.

Personalet lægger vægt på, at der forgår aktiviteter, som opleves at være meningsfulde. Der er indført demokratiske processer, hvor beboerne inddrages i beslutninger og derved har mulighed for at tage medansvar og få chance for at være medbestemmende. Beboerne deltager i beslutninger om aktiviteter og dagligdag og har medansvar for det sociale miljø på bostedet. Det formuleres idealistisk som et led i, at alle sikres ret til aktivt medborgerskab. Beboerne opøves i at udføre et arbejde, der på samme tid kan betragtes som en måde, hvorpå sociale kompetencer kan optrænes, og ansvar kan udvikles.

På bosteder oprettes småjob, f.eks. som medhjælp ved køkken-, have- eller rengøringsarbejde. Beboerne ansættes på gensidig forpligtende arbejdskontrakter. Der kan også være tale om job med køkken- eller havearbejde på andre af kommunens adresser. Målet er, at den enkelte person - ved at indgå i meningsfulde job - oplever glæde ved at få ansvar for, at arbejdet bliver udført.

Arbejdet er med til at give personerne øvelse i at mestre et særligt arbejdsområde, så de kan få mod på at påtage sig andre opgaver. Bostederne betaler en beskeden løn på mellem 12 og 25 kr. i timen, men både beboere og professionelle fortæller, at arbejdet og det sociale fællesskab omkring arbejdet er med til at give dagen indhold og mening for dem.

Længerevarende bosted med målsætning om recovery

De professionelle på det længerevarende bosted tegnede et billede af deres beboere, der adskilte sig fra det midlertidige bosteds billede af mennesker med misbrugsproblemer og akutte tilstande af psykose. Det længerevarende bosted lægger vægt på en rehabiliterende tilgang med støtte til bedring af psykologiske, sociale og praktiske færdigheder, så beboerne kan indgå i livet på bostedet. På dette bosted tales også om styrkelse af beboernes netværk og om støtte til at bruge lokalsamfundet.

På bostedets hjemmeside vægtes demokratiske processer, hvor beboere har indflydelse på kulturelle aktiviteter og egen hverdag. Bostedet tillægger sportsaktiviteter særlig værdi som en metode til recovery, hvorfor beboerne

søges motiveret til at deltage. Personalet var ansat som støtte-kontaktpersoner for beboerne, hvor den professionelle indsats fungerer som støtte til udvikling af kompetencer og ansvar for egen recoveryproces.

Holdningsmæssigt var der tale om en overgangsperiode med intention om at ændre måden at behandle beboerne på; fra at tage ansvar for beboernes helbred til at støtte beboerne i deres udvikling af eget ansvar og ressourcer. På observationstidspunktet var intentionen om dette skifte formuleret på stedets hjemmeside, og de ansatte havde deltaget i kurser for at lære "rette" holdninger og adfærd for en rehabiliterende indsats til styrkelse af beboernes recoveryprocesser. Personalet fortalte, at det i praksis endnu ikke var slået igennem i den omsorgsmæssige og pædagogiske praksis.

Personalet giver udtryk for, at de har vanskeligt ved at forestille sig, hvordan en kulturændring kan finde sted på et bosted, hvor beboerne har institutionsidentitet, ikke tør være kritiske og ikke gør noget uden at spørge personalet først. Beboerne er vant til, at personalet bestemmer, hvordan de skal opføre sig. De er vant til, at personalet udfører dagligdags ting for dem, hvis de ikke selv formår det.

Personalet mener, at der er stor forskel på den nuværende holdning og tilgang til beboerne og på den recoverytilgang, ledelsen ønsker at indføre, hvor de skal lære selv at tage ansvar for, at deres hverdag fungerer, som de ønsker. På bostedet spiller det ind, at der ikke er faciliteter til at kunne opfylde nutidige krav til boliger. Beboerne bor i forholdsvis små værelser uden privat toilet, bad og køkkenfaciliteter. Personalet betragter manglende fysiske faciliteter som en hindring for, at beboerne kan få mulighed for at lære at vurdere og handle i forhold til egne ønsker om kost og spisetider. Begrænsninger i de fysiske rum og de mange regler, der gælder i institutionskøkkener, ses som begrænsninger for, at bostedet kan fungere som individuelle personers egne hjem, og for at beboerne kan udvikle omsorg og selvansvar i det tempo, ledelsen på bostedet har intentioner om.

Udfordring: Ændrede professionelle indsatser

Fra bostedets side sigtes mod en social recoveryproces, hvor den pædagogiske tilgang til beboerne ændres, så de ansatte ændrer sig:

- *Fra* at være styrende og bestemmende for beboerne, der betragter sig selv som syge - *Til* at være proceskonsulenter i beboernes oplæring i at tage ansvar, udvise selvomsorg og oplære til selvstyring i egne recoveryprocesser.
- *Fra* at fungere som servicerende omsorgspersoner for sindslidende personer - *Til* at fungere som støttepersoner i en proces, hvor mennesket kan udvikle selvansvar og selvomsorg.

Støtte til udvikling

Det professionelle socialpædagogiske team, der arbejder med sindslidende mennesker i eget hjem, holder til i et hus med lukkede og låste døre. Der er tale om et sted, der pga. lukketheden får karakter af et privat rum. Det udgør en del af en arbejdsplads, hvor den administrative del af arbejdet udføres før og efter den praktiske del, der foregår i egne hjem. Der er ikke adgang for andre end medarbejdere i huset, mens det administrative arbejde udføres. Der kan ringes til teamets medarbejdere, hvis der er nogen, som har behov for at tale med deres støtteperson.

Ifølge § 99 er støtte-kontaktpersonteamets opgave at være opsøgende og arbejde hen imod, at hvert enkelt menneske udvikler kompetencer, der gør dem i stand til at gøre brug af kommunens længerevarende tilbud. Når § 99-indsatsen slipper, og § 85-indsatsen tager over, er målet, at mennesker gennem omsorg og pædagogisk indsats støttes i at udvikle selvomsorg og selvansvar. Der satses på, at der skal ske en synlig udvikling af sociale, psykologiske og praktiske kompetencer, og at de styres til at tage ansvar for og at arbejde med deres nyerhvervede kompetencer hen mod en recoveryproces. Med fokus på den enkeltes eget ansvar for at indgå i sociale relationer satses på at opnå et af kommunens formål: at yde støtte til at bryde social isolation.

Målgruppe for støtte til udvikling

Målgruppen, som støtte-kontaktpersonteamets arbejde retter sig mod, ligner de målgrupper, der tales om på bostederne. Der er også forskelle, idet den kommunale opfølgende indsats ifølge servicelovens § 99 omfatter en sammensat gruppe, der består af mennesker med sindslidelse, misbrugere og hjemløse borgere. Disse fremtræder i de professionelles omtale som mennesker, der har

behov for professionel støtte i alle hverdagslivets forhold, og som mennesker, der har behov for at udvikle praktiske, sociale, psykologiske og personlige kompetencer, nogle for blot at blive i stand til at bevæge sig uden for deres eget hjem, andre for at kunne komme sig socialt. Med støtte til en recoveryproces kan mennesker føres til at komme sig helt eller delvist (Topor, 2003).

Støtteteamet oplever, at mange mennesker lever i en parallelverden til den virkelige verden. Støtte-kontaktpersonens støtte i hjemmet udgør i sig selv en parallelverden. Med støtten tilbydes en øvebane, der på sigt kan være befordrende for at kunne udvikle selvtillid og mod til at bevæge sig ud i den virkelige verden uden for sin egen parallelverden. Støtte i egen bolig sigter mod, at personen bliver i stand til at komme på udebane og afprøve sine nye kompetencer i det sociale fællesskab i den virkelige verden. Recoverytanken som fokus for arbejdet står i modsætning til den måde støttetiden - ifølge de professionelle - forvaltes på i kommunalt regi.

Professionelt arbejde og systemtænkning - et dilemma

For arbejdet i kommunens støtte-kontaktpersonordning er opsat minimumstandarder for ydelser. For at en person kan modtage pædagogisk støtte, skal der være en målelig udvikling i vedkommendes opførsel. Hvis ikke de opsatte mål nås gennem den professionelle indsats inden for den afsatte tidsramme, fratages støtten. Juridisk set er dette i overensstemmelse med formål for § 85-indsatsen, men de ansatte oplever, at der er et dilemma mellem tidsramme og indsats. Arbejdet med udvikling af kompetencer udføres i overensstemmelse med en rehabiliteringstænkning, mens tildeling af ydelser følger en administrativ logik. Understøttelse af et menneskes egen recovery følger en individuel proces, der kan tage mange år. Den administrative logik følger en særlig struktur, hvor alt er i faste rammer. Det er muligt at strukturere den professionelle rehabiliteringsindsats ud fra denne logik, men det er ikke muligt at strukturere den personlige recoveryproces (Eplow m.fl., 2010).

Med systemtænkningen opstår der endvidere uoverensstemmelse mellem de professionelle faglige vurderinger af menneskets behov for omsorg og støtte og de muligheder, systemet giver de professionelle til at udføre et støttende arbejde. Kommunen har fulgt ministerielle anbefalinger om at anvende en BUM-

model som styringsredskab for sociale ydelser. Instrumentet egner sig til økonomisk styring, ikke til udviklingsprocesstyring, og når styringslogikken bliver overordnet og indsnævret til generelle kategorier, ændres præmisserne væsentligt for de professionelles muligheder for reelt at vurdere behov for støtte. Også præmisserne for planlægning og udførelse af arbejdsopgaver ændres væsentligt.

Der er tale om, at økonomi bliver førsteprioritet og ikke mennesket. Kommunens opgave er at tilse, at alle bliver behandlet ens ud fra så objektive kriterier som muligt. At blive behandlet ens er ikke det samme som at blive behandlet ud fra behov, ej heller i forhold til hvor en person befinder sig i sin recoveryproces.

Konflikter i arbejdsgrundlag

Teamet på udførerniveau oplever, at bestillerniveauets medarbejdere ikke tager deres professionelle vurderinger alvorligt, og at faglige standarder ikke regnes for vægtige argumenter. Det opleves af de professionelle som en uovervindelig magtfaktor, noget der kalder på teamets modmagtsstrategier (Foucault, 1994). Det ses ved, at teamet fortæller, at de må fikle med deres tid for at få tingene til at gå nogenlunde op, så de kan leve op til egne faglige kriterier. Teamet fordeler den tid, der er til rådighed samlet set, ud fra en faglig situationsvurdering af den enkeltes behov for omsorg og støtte, og som ud fra denne vinkel vurderes at være nødvendig for overhovedet at kunne klare et minimum af de dagligdags opgaver. Det foregår ikke alene efter de professionelles egne standarder, det foregår i samarbejde med personen ud fra hans/hendes ønsker og behov.

Værested – det arbejdende fællesskab

Til forskel fra mennesker, der er tilknyttet bosteder og støtte-kontakt-personordning, ser målgruppen på Fountain House-værestedet anderledes ud på ret markante punkter. De personer, der bliver medlemmer af bevægelsen, har intentioner om at kunne klare et job, og de søger at indgå i menneskelige fællesskabsrelationer, der kan matche deres behov for at udvikle sig psykisk, socialt og praktisk. Værestedets målgruppe beskrives af de ansatte som mennesker, der har sindslidelse/psykosociale problemer, de har ofte lavt selvværd og oplever angst i forskellige situationer.

De fleste af de personer, der kommer på værestedet, har fået psykiske problemer sent i livet, og der er mange i denne gruppe, der forud for deres sindslidelse har fået en uddannelse og har været på arbejdsmarkedet. Det er lige så væsentligt i denne sammenhæng, at de fleste medlemmer har et venne- og familienetværk, der har støttet dem hele vejen igennem.

De fleste, der kommer på værestedet, ønsker at blive i stand til at bidrage i et arbejdsfællesskab på linje med alle andre mennesker. Ved at deltage i arbejdsfællesskabet søger de at udvikle sociale, psykologiske og praktiske kompetencer, hvilket såvel mennesker med sindslidelse som professionelle oplever, at stedets demokratiske organisation og beslutningsprocesser samt det rummelige miljø er velegnet til. Gennem et sådant miljø er der plads til at øve sig og udvikle praktiske og sociale kompetencer.

Arbejde som mulig inklusion

De, der kommer på værestedet, vil gerne have et job på arbejdsmarkedet. Det kan ses som et ønske om at blive inkluderet i et samfund, hvor der stilles krav til mennesket om at være økonomisk uafhængig. De fleste af de interviewede ønsker imidlertid ikke at undvære det sikkerhedsnet, førtidspensionen giver dem. Et liv på arbejdsmarkedet uden pension opleves for usikkert og skræmmende for de fleste, fordi de tidligere har prøvet at have problemer i deres arbejdsliv. Der er tale om et savn af livsindhold, og de fleste, der kommer på værestedet, har erfaring med et aktivt arbejdsliv som en del af en selvfølgelig og kendt hverdag. Værestedet tilføjer hverdagen aktiviteter under faste, men ikke snævre rammer. Dermed fungerer værestedet som et sted, hvor mennesker gennem et arbejdsfællesskab kan genoptræne kompetencer, både psykologiske, sociale og praktiske, ved at øve og afprøve sig selv i forskellige situationer. Denne øveplads flytter sig efterhånden, først foregår det inden for husets rammer, dernæst udenfor i beskyttede praktikker. Det kan til sidst føre til, at et lønnet job kommer inden for rækkevidde.

Demokratiske processer og rummelighed

Værestedets værdigrundlag er bestemt af internationale kriterier for Fountain Houses. Der er tale om kriterier af holdningsmæssig art, de handler om: frivillighed i deltagelse, medindflydelse på alle opgaver i huset og udvisning af

ligeværd i et rummeligt arbejdsfællesskab. Holdningen bygger på menneskerettigheder og lige ret, lige værd og lige muligheder. Alle mennesker skal opleve, at de som mennesker er noget, at de har ansvar og kan bidrage med noget til fællesskabet. Både medlemmer og medarbejdere deltager i drøftelser af husets funktion og drift, stedets demokratiske processer giver lige ret til alle.

Informanterne hos Topor oplevede deres værested mere som en lille café, hvor de kunne snakke sammen med alle, og at de ansatte mere var som kammerater end som behandlere, de havde mødt på hospitaler. Denne åbenhed og menneskelighed er noget, som også medlemmer på værestedet, der indgår i dette studie, fremhæver. Medarbejdernes holdninger adskiller sig ikke fra andre professionelles i deres tilgang til venskaber. Der er stærkt opdelt sfærer mellem medarbejdernes relationer med personer, deres arbejde retter sig mod, og venskaber i deres private liv, der beskrives stor forskel i måden, hvorpå de professionelle fortæller om sig selv og deler deres livserfaringer med deres klienter og med deres venner. De står heller ikke arbejdsmæssigt til rådighed døgnet rundt, hvis der er problemer, men det gør de på privatfronten for deres venner.

Relationen mellem medlemmer og medarbejdere på værestedet er præget af åbenhed og en venlig og personlig relation. Værestedets hensigt er at udgøre et alternativ til andre steder ved at tilbyde mennesker et fristed, hvor der er et rummeligt og inkluderende miljø. Medlemmerne beskrives som mennesker, som ofte har følt sig ekskluderede på et ikke-rummeligt arbejdsmarked og i et ikke-inkluderende samfund. Der er få medarbejdere til mange medlemmer. Medarbejdernes rolle er at understøtte medlemmernes recoveryproces, ved at mennesker indgår i sociale arbejdsfællesskaber på ligeværdige vilkår - et fællesskab, hvor der lægges vægt på, at alle udviser omsorg og respekt for hinanden. Gennem relationerne udvikles kompetencer og dermed selvværd, der gør det muligt at komme sig. Medlemmerne oplever, at de får selvtillid gennem medbestemmelse i beslutninger og i definition af arbejdsopgaverne. Medbestemmelse fungerer som en selvterapeutisk aktivitet i en helingsproces. Alene det at tonen er venlig og imødekommende, at der er tale om at komme frivilligt, at yde efter evne og at være i et miljø, der er accepterende med plads til

alle aldersgrupper og mennesker med forskellige historier, ønsker og behov, understøtter og fremmer denne proces.

Intern produktion

Værestedet udgør ikke et produktionssted, hvor der produceres varer på almindelige arbejdsøkonomiske præmisser, som er styrende for andre virksomheder i samfundet. Husets produktion er egenproduktion rettet mod arbejdsfællesskabets indre organisation. Der er tre arbejdsenheder i huset, en køkkenenhed, en kontorenhed og en jobenhed. Da der ikke er mange medarbejdere, har alle et individuelt ansvar for, at arbejdsopgaver udføres som aftalt, noget som er med til at fremme og udvikle ansvarsfølelsen hos medlemmerne. Fremstillingen af mad foregår efter en særlig struktur og tidsramme. En del består i selve fremstillingen af maden, en anden del er, at arbejdet foregår i en særlig struktur og i et socialt samvær, hvor der er et fælles mål, og det er en mulighed for at opøve og udvikle kompetencer. Derigennem opøves og afprøves både psykosociale kompetencer og praktiske færdigheder. Der er også et sundhedspædagogisk sigte med maden, når arbejdet fører til, at medlemmer og medarbejdere kan spise sund og nærende kost i et socialt inkluderende samvær. For kontorarbejdet gør det samme sig gældende. Det er intern produktion og opbygning af systemer, der er rettet mod internt brug og tjener som øvelsesplads for de, der ønsker at lære at arbejde med kontorarbejde og kommunikation. Det er en øvelse i at tale med andre i telefon, at modtage gæster, at dokumentere ind- og udgående post, at udarbejde nyhedsmateriale, at lede møder og at skrive referat, samt sørge for at der er materialer til kontorets funktion etc.

At være blandt ligemænd

Værestedets funktion er også, at alle kan være sig selv, ingen behøver at skjule, at de har eller har haft psykiske problemer. Samværet gennem 'legen' på værestedet fungerer som en øvelse i at udvikle kompetencer, der kan gøre én i stand til at komme ud i virkelige situationer i det rigtige arbejdsliv (Topor, 2003, s. 209). Værestedet bliver en slags parallelsamfund, et beskyttet sted inden for husets mure, et sted, der fungerer som en øvebane, hvor der udføres aktiviteter, som på et tidspunkt kan gøre mennesker i stand til at mestre et arbejde uden for

værestedet. Der er tale om et praktisk øvested, et kontrafaktisk rum, hvor mennesker gennem leg udvikler kompetencer. Her er plads til at være sammen om at være ikke-perfekt, og øvelse i et rummeligt og støttende fællesskab er vigtig for udvikling af kompetencer. Arbejdsfællesskabets status af at være en form for leg viser et fravær af en virkelig arbejdssituation uden for værestedet. Legen er en forudsætning for, at de mennesker, der indgår i den, tillærer sig de spilleregler, der gælder generelt i samfundet. De demokratiske processer og det rummelige miljø, hvorunder det hele foregår, beforder udvikling af ressourcer og kompetencer, hvilket giver mennesket en selvværdsfølelse og dermed er fremmende for den enkeltes recoveryproces.

Del III – Etnografiske beskrivelser

Materialet til projektet er fremkommet gennem korterevarende studier af det sociale liv i hverdagen og af kulturen på stederne (Schensul & Schensul, 1991, Spradley, 1979, 1980). Der anvendes kvalitativ triangulering 'within methods', i form af observationsstudier, enkelt- og fokusgruppeinterviews og tekstanalyser af dokumenter (Morgan, 1979, Denzin, Lincoln (red.), 2000).

Under observationerne blev der fokuseret på stedernes arkitektur, indretning og anvendelse af rum, og på hvordan organisering af arbejde og livet i institutionen skaber rammer om et sted, sociale liv, relationer og interaktioner sindslidende imellem og med professionelle. Ejerskab og anvendelse af rum definerer sammen med betegnelser og opdeling af mennesker i forskellige grupper steders kultur, gruppe- og faghierarkier, positioner og magtforhold. Steders kultur skabes af sproglige betegnelser for rum, artefakter og handlinger, f.eks. tildeles nogle rum bestemte formål for særlige grupper i bestemte tidsrammer. Rum er på denne måde med til at skabe vilkår for de aktiviteter, stedet er beregnet til at indeholde.

Ved at opholde sig i den særlige kontekst blev der etableret kontakt med mennesker med sindslidelse og professionelle gennem uformelle samtaler, hvor de fortalte om sig selv og deres liv på hospital, på bosted, på værested og i eget hjem. 38 deltog i enkeltinterviews, der blev optaget på voice recorder og transskriberet til tekst. Nogle tilbød det selv, andre havde de professionelle på forhånd aftalt det med. Interviewene var tilpasset hver enkelt person og havde form af åbne interviews, hvor det vigtigste var at få den enkeltes egen fortælling om, hvordan sindslidelsen influerede på hverdagen og personens hele liv.

Forskerpositionen bygger på forskerens dobbelte erfaringer og viden i forhold til forskningsfelt og praksis, dels faglig viden og erfaring fra praktisk arbejde på et psykiatrisk hospital, dels tidligere forskningspraksis med etnografisk forskning på et psykiatrisk hospital om og med mennesker med sindslidelse, og det tværfaglige arbejde der udføres. Det kan tilskrives samme dobbelte erfaringer og viden om feltet, at det var muligt at udføre de meget kortvarige observationer, som dette projekt har lagt vægt på. Den valgte position er som perifer deltager i

feltet (Adler, A., Adler, P., 1987, Sørensen, N., 2006), hvorfra det er muligt at observere og efterfølgende beskrive det sociale liv, der udspillede hvert sted, og samtidig at kunne 'mingle' med de mennesker, der var på stederne, uden hverken at indtage samme positioner eller funktioner som de observerede, men at være forsker, en person udefra (Spradley, 1979).

Studierne er gennemført over en 14-dages periode på hvert af de syv steder. På institutionerne var observationerne fokuserede på studiet af sociale interaktioner, hverdagens rutiner og skift i de sociale interaktioner. Hvor det var muligt, blev samtale med, observation af og samvær med mennesker med sindslidelse prioriteret, nogle af de aktiviteter, der forgik mange steder, var rygning, kaffedrikning.

De udvalgte steder har forskellige måder at fungere på. På bosteder og hospitalsafsnit er samværsformer præget af de muligheder og regler, der er indlagt med rummene og stedernes indretning og af den struktur, som udgør den institutionelle ramme det pågældende sted. På værestedet var der andre former for samvær, da aktiviteter var definerede i arbejdsstermer for et oplæringsfællesskab. I distriktspsykiatrisk regi kom nogle patienter til samtaler på stedet, andre blev behandlet i egne hjem. I støtte-kontaktpersonordningen forgik arbejdet ved, at pædagogerne tog ud til private hjem. På bostederne fulgte forskeren nogle beboeres aktiviteter, når de deltog i sportsaktiviteter eller tog på tur, når de malede, lavede fælles mad, spiste sammen, så tv i fællesrum eller hørte musik. På hospitalets åbne afsnit foregik noget af samværet mellem personale og patienter i fællesrum, dagligstuer og spiserum. Især udspillede det sociale samvær mellem patienterne sig i rygerummet, hvor personalet ikke opholdt sig. På det lukkede afsnit var patienterne mest sammen i rygestuen, og observationer blev foretaget i rygestue, på gangene og på kontoret. Observationer i distriktspsykiatrien og i støtte-kontaktpersonteamet foregik, både hvor personalets kontorfaciliteter var, hvor teamet samledes for fælles faglige drøftelser og i borgernes egne hjem, hvor henholdsvis behandling og pædagogisk og social støtte fandt sted.

I det følgende beskrives behandlingspsykiatriske og socialpsykiatriske steder. For hvert sted beskrives indretning og anvendelse af rum og sociale relationer. I

kapitel 4 beskrives og drøftes det sociale liv på det åbne afsnit, dernæst på det længerevarende bosted og til slut på værestedet. I kapitel 5 beskrives og drøftes det lukkede afsnit. Det sammenstilles med det midlertidige akutte bosted, da der er visse ligheder, bl.a. i formål om at mindske farlighed og risici for ansatte og andre patienter/beboere. I kapitel 6 beskrives og drøftes det distriktpsychiatriske center og støtte-kontaktpersonordningen, der organiseringsmæssigt minder om hinanden. Hvert kapitel afsluttes med en kort opsummering.

Kapitel 4 - Åbne institutionelle organisationer

Der er visse ligheder, men også forskelle mellem det åbne afsnit, bostedet for længerevarende ophold og værestedet. Både det åbne afsnit og bostedet har klassisk institutionel organisationsform, og kulturen er præget af, at de professionelle tager beslutningerne. Det er interessant at betragte de tre steder som gradvise udviklingstrin mod brugerinddragelse. Skønt brugermedbestemmelse ikke er noget, der skrives om på det åbne afsnit, så tilkendegiver personalet, at patienterne gennem deres ophold på afsnittet netop tilegner sig metoder, der gør det muligt for patienterne at blive selvansvarlige og selvstyrede i deres eget liv. På bostedet er de midt i en overgangsfase, hvor intentionerne og ordene på bostedets hjemmeside taler stærkt for, at der allerede er sket en ændring, mens det reelt ikke svarer til dagligdagen, ifølge de interviewede fra personalet. Der er indført beboerdemokrati med beboerråd, hvor nogle af beboerne deltager i beslutninger om stedets aktiviteter. De er i tanker på vej mod en ændret organisationsform med mere demokratiske processer. Fountain House-værestedets organisation er etableret, og huset er indrettet på en måde, der beforder demokratiske arbejdsprocesser, hvor arbejdsfællesskabet fungerer på medlemmernes præmisser. Stedets demokratiske organisering af arbejdsfællesskabet mellem mennesker med psykiske problemer og professionelle er en forudsætning for at kunne leve op til de internationale kvalitetsstandarder, der globalt er gældende for Fountain Houses.

Umiddelbart bekender alle tre steder sig til rehabilitering med menneskets recovery som mål. Der er tale om forskellige organisatoriske rammer og formål med de tre steder, der alle er præget af de professioner, der indgår i stedets professionelle stab. Tænkning og logikker er forskellige, synet på mennesket er forskelligt, dagsrytme og struktur er forskellige. Målgrupperne er at finde inden for Gruppe 1 og Gruppe 2, og der er variationer i funktionsniveau.

Det åbne afsnit

Beskrivelser af det åbne afsnit fokuseres omkring beliggenhed, indretning og brug af rum, sociale relationer og på handlinger mellem personale og patienter og patienter imellem, desuden beskrives bevægelser i og mellem de mest centrale rum i afsnittet.

Det psykiatriske center er beliggende i fredede bygninger på et stort område med smuk natur, små parker, skovarealer, og omgivet af marker med køer og får. Centret er placeret i gåafstand til vandet og til nærliggende butikker. Bygningerne på området er opført i flere etager. Bygningerne er opført over en årrække, af flere omgange, og fremtræder derfor i forskellige stilarter med varierende højde og størrelse. Bygningerne er opført som psykiatriske hospitalsbygninger og har været anvendt til dette formål gennem mange årtier. Der har været flere ombygninger, og de forskellige afsnit har været indrettet alt efter skiftende behandlingsideologi, formål og skiftende samfunds-, menneske- og sundhedssyn.

Lovændringer om indretning af hospitalsafdelinger har haft indflydelse på de sidste moderniseringer, der skal sikre bedre fysiske forhold for de indlagte. Ifølge lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, borgerrettigheder og kvalitetskriterier stilles krav til fysisk indretning, hvor der tages hensyn til menneskers behov for at kunne have plads under indlæggelse på et psykiatrisk behandlingsafsnit. Der stilles krav om, at der indrettes enestuer, så de indlagte kan opholde sig i rolige omgivelser under private former.

Det åbne afsnit blev etableret i 2004 i en stor bygning, der rummer flere sengeafsnit. Afsnittet er placeret på to lange gange, der danner en ret vinkel på hinanden. Før 2004 var der to sengeafsnit på samme areal. Bygningerne er i gammel stil med lange gange. På afsnittet er seksten mindre enestuer, der er

møbleret med hospitalssenge og nogle få møbler. Der er fælles bad og toilet for alle indlagte, separat for kvinder og mænd. Patientstuerne er placeret på den ene side af gangen, og på den anden side er der vinduer med udsigt ud til en park med høje gamle træer og mod vand og skov.

Gangarealet er forholdsmæssigt stort, så det er ikke muligt at overskue det hele fra et sted. Der er rent og ordentligt, og der virker stille, der høres ingen høje lyde, kun mumlen af lave stemmer, der kommer fra et kontor for enden af gangen. Der er et hjemligt præg over indretning af rum.

Døren ind til afsnittet er åben i dag- og aften timerne, så både indlagte og besøgende frit kan gå ind og ud af afsnittet og bevæge sig mellem/på fællesarealer, dvs. gange, køkken og dagligstuer. Gangene forbinder alle afsnittets rum og er derfor et rum for strategiske handlinger. Der foregår ikke væsentlige samtaler på gangene, men de fungerer som aftalesteder og som udsigts- og overvågningsrum for bevægelser i afsnittet. Både patienter og professionelle bevæger sig i rummet og kan overskue gangarealet, som i princippet kontrolleres af personalet, selv om der - modsat de helt personalestyrede rum - ikke er aflåst, og der ikke er begrænset adgang for den ene gruppe.

Alle personalestyrede rum har aflåste døre. Det gælder for kontorer, medicinrum, samtalerum og mødelokaler. Hver patient har nøgle til eget rum, så de kan trække sig tilbage for at få hvile og ro. Patienterne har mulighed for at indrette sig med egne ting for at sætte deres eget præg på rummet, hvor de bor gennem en længere periode. Alle, der er indlagt, bliver støttet af de professionelle til genoptræning af deres praktiske færdigheder: at holde orden og rengøre eget rum. Og de kan få hjælp, hvis de i perioder ikke selv magter de praktiske opgaver.

Arbejdsorganisering og mødestruktur

Livet i afsnittet er forbundet med deltagelse i en del praktiske opgaver, der er med til at optræne patienternes færdigheder. Det foregår i det fællesskab, der opstår mellem patienter og mellem personale og patienter. Ved at deltage i praktiske arbejdssammenhænge sammen med andre øves både praktiske og

sociale kompetencer. Det miljøterapeutiske arbejde rettes til efter de problemer, den enkelte patient har prioriteret at arbejde med under indlæggelsen.

Medarbejderne arbejder parallelt tværfagligt, det betyder, at arbejdet er fagopdelt og organiseret ud fra hver gruppes faglige viden og kompetencer. Det tværfaglige samarbejde er organiseret i et traditionelt fag- og stillingshierarki. Den overordnede ledelse på chefniveau for den samlede rehabiliterende afdeling, som afsnittet udgør en del af, består af en overlæge og en oversygeplejerske. En overlæge, en afdelingssygeplejerske og en assisterende afdelingssygeplejerske varetager ledelsen af personalet på afsnitsniveau. Fagligt har afsnitsoverlægen det øverste behandlingsansvar, mens personaleansvaret er delt.

Arbejdet er organiseret efter en struktur, der arrangeres rundt om forskellige former for møder. Der er møder alene for det tværfaglige team, og der er møder med patienter. Som faste elementer i arbejdet indgår daglige interne møder i plejepersonalegruppen og ugentlige tværfaglige behandlingskonferencer, hvor der udveksles viden om patienterne. Om morgenen mødes plejepersonalet, patienternes status drøftes, dagens arbejde fordeles, og der udveksles nyheder fra aften og nat.

Mødeaktiviteter sammen med patienterne består af daglige morgenmøder og stuegang efter individuelle aftaler mellem den behandlingsansvarlige læge og patienten. Der er individuelt aftalte netværksmøder med patientens familie og professionelle netværk. Hvis der ved udskrivelse er behov for det, arrangeres møde med professionelle fra socialpsykiatri, kommunale sagsbehandlere, repræsentanter fra distriktspsykiatrisk center og hjemmesygeplejersker.

Morgenmødet indgår som en fast del i den kognitive miljøterapeutiske behandling, rehabiliteringsafdelingen bygger på (Afdelingens hjemmeside, 2009). Miljøterapi tager sigte på social læring og genopbygning af patienternes funktionelle færdigheder.

Morgenmødet med patienter ledes af et personalemedlem, der informerer om dagens aktiviteter og stiller spørgsmål om, hvordan patienterne har det, og opfordrer patienterne til at påtage sig forskellige lettere arbejdsopgaver. Patienterne kan derved genlære at påtage sig ansvar for små praktiske opgaver og at udføre dem, fortæller en sygeplejerske (Feltnoter, åbent afsnit, 2009). Patienterne afkrydser opgaverne på et skema om mandagen. Den dag vælger og

afkrydser patienterne samtidig, hvilke retter de ønsker til middag den pågældende uge.

Det er obligatorisk at deltage i psykoedukation, der finder sted hver uge og foregår i dagligstuen. Det kan dreje sig om undervisning om symptomer på sygdom og om behandling, tilrettelæggelse af dagligdagens praktiske opgaver m.m. I det terapeutiske miljø er hensigten, at patienterne kan øve sig i at tale og i at indgå i relationer med andre. Formålet er dels at skabe et socialt fællesskab i afsnittet, dels at opøve sociale relationskompetencer. Personalet fortæller, at nogle patienter har social angst, og morgenmødet kan derfor være en stor udfordring for dem, på samme tid er det også et beskyttet sted at øve sig. At tale og udtrykke sig om sine tanker og ønsker og at påtage sig mindre arbejdsopgaver kan være et mål i sig selv, som patienten arbejder på i sin rehabiliteringsplan.

Måltider følger ligeledes en bestemt orden og indgår i det miljøterapeutiske arbejde. Tidspunktet for alle måltider ligger fast, og opgaver i forbindelse med måltidet er uddelegeret til patienter og personale. Der deltager to personalemedlemmer i middagsmåltidet, dette arbejde benævnes 'pædagogisk måltid'. I afsnittet er der planlagte aktiviteter med motion og kulturelle aktiviteter. Nogle af patienterne har behov for støtte til praktiske opgaver såsom: personlig hygiejne, tøjvask, oprydning og rengøring af rum. Andre har brug for omsorg til at komme ud af deres eget rum for at deltage i patientfællesskabet i afsnittet.

Før og efter stuegang er der møder mellem kontaktperson og den læge, der 'går' stuegang den pågældende dag hos et antal af de patienter, han har behandlingsansvar for. Alt fungerer efter en bestemt orden for, hvem der kan tale med lægen, hvor længe, hvor ofte og om hvad. Den aftalte orden brydes, hvis der opstår særlige situationer eller problemer, lægen skal tage stilling til.

Personalekontor

Et stort fælleskontor udgør den mest centrale plads i det tværfaglige samarbejde. Det er et rum for arbejde, erfaringsudveksling og socialt fællesskab. Her drikkes kaffe, spises frokost og her holdes møder og konferencer, hvor personalet taler om patienter - uden deltagelse af patienterne selv. Kontoret er personalets domæne, her kommer patienter ikke ind at sidde med om bordet, de kommer

som regel kun til dørtærsklen. Man kan sige, at kontoret er patientfrit. Kontoret er indrettet med et lagt bord og med to skriveborde med pc-arbejdspladser. Der udarbejdes rehabiliteringsplaner for alle patienter, og arbejdet dokumenteres i forhold til de problemer, ønsker og mål, patienten har været med til at opstille for sit rehabiliteringsforløb.

Hver faggruppe har egne sider i den fælles elektroniske journal, men har adgang til de øvrige faggruppers notater. Lægerne er ansvarlige for den medicinske behandling og for at udarbejde rehabiliteringsplaner (Rehabiliteringsafdeling, 2009). Plejepersonalet har en koordinerende funktion for ordinationer, behandlingsaftaler, undersøgelser, omsorg og optræningsaktiviteter omkring hver enkelt patient, og de bruger meget tid på computeren for at holde sig ajour i forhold til de patienter, de hver især er kontaktperson for. Ifølge en sygeplejerske er dette arbejde meget tidskrævende, og der fragår tid, der ellers kunne bruges på samvær med patienterne. Hver anden mandag holdes behandlingskonference med deltagelse af afdelingens tværfaglige team, bestående af sundhedspersonale fra det af de to team, der har patienter til konference, afdelingens læger, socialrådgivere, psykologer og musikterapeut. Personalet fortæller, at det er den enkelte patients individuelle behandling, men ikke patientens sociale liv, der er i fokus på konferencen.

Sociale relationer personale og patienter imellem

Personalet opholder sig ikke så meget sammen med patienterne, som de gjorde før i tiden, fortæller en sygeplejerske. Personalet sætter sig i dagligstuen eller i et samtalerum, når de som kontaktperson har samtale med en patient, og ofte er det kontakten i forbindelse med disse samtaler og mere uformelle samtaler under måltider, der udgør det fælles samvær mellem patienter og personale. Der er to ting, der har indflydelse på, hvor meget tid personalet kan bruge til samvær med patienter. Det ene er, at der er kommet øget dokumentationskrav til personalet, og tiden går fra samværet med patienterne. Det andet er en følge af, at der generelt er rygeforbud på alle hospitaler, både for patienterne og for personale. Det medfører, at patienter mest opholder sig sammen i rygestuen, afsnittet har indrettet til patienter. Patienter, der ikke ryger, sidder ofte i rygerummet for at være med i patientfællesskabet. Af den grund er der ikke så

mange af patienterne, der opholder sig i de to røgfri dagligstuer. De to dagligstuer benyttes om morgenen til morgenmøder, og i løbet af dagen ser nogle patienter tv, hører musik, ser film, tegner, spiller spil, læser aviser eller spiller på klaver. Dagligstuerne er ikke de mest centrale rum i afsnittet.

Mad er ikke kun miljøterapeutisk

Mad og oplevelsen af, at nogle kræser for én og for ens smagssans, giver glæde og betyder meget for mange af patienterne. Det bliver tydeligt, da en patient fortæller om, hvordan en mandlig sygeplejerske ofte tilbereder salat, bager brød eller kager.

"Den salat må du smage", siger hun med stor glæde, "for det smager så godt". Hun fortæller, at hun er de glade for, for hun laver ting, som andre ikke gør. Hun har også haft mændene med på mandetur, med båd og overnatning i skoven. Den samme tur har en af de mandlige patienter fortalt mig om en dag, vi gik i kiosken sammen. Det havde været en meget god oplevelse for ham at være med på en mandetur ud i naturen med båd, bål og at sove under åben himmel. Han havde ikke prøvet noget af det før og ville meget gerne med på en lignende tur igen, fordi "den oplevelse kunne man leve længe på" (Feltnoter, åbent afsnit, 2009).

Den mandlige sygeplejerske forklarer, at maden fra centralkøkkenet ernærings- og smagsmæssigt ikke er helt i top, og derfor fremstiller han af og til mad, der 'virkelig smager af noget'. Fremstilling af mad indgår ikke som en optræningsaktivitet, så i den tid et menneske er indlagt på afsnittet, serveres færdiglavet mad hver dag. Det begrundes med, at der ville gå meget af personalets tid til at lave maden sammen med patienterne, hvilket ikke kan afses i forhold til personaleresourcer.

Rygerummet

Ved hovedindgangen er rygerummet placeret. Det er et patientstyret og kontrolleret rum. Rygerummet er indrettet i et lille rum, på en måde der virker hjemlig. Det er ikke tilladt for patienter at ryge andre steder end i rygerummet, og da det ikke er tilladt for personalet at ryge indendørs eller at opholde sig i røgfyldte rum, er der stort set kun patienter til stede der.

Rygerummet kan siges at repræsentere uorden på flere måder. Der trænger latter og høje stemmer ud på gangen fra rygerummet, hvor der ellers hersker stilhed i afsnittet. Der er en gennemtrængende lugt af tobak, og der siver røg ud, hver gang døren til rummet åbnes, hvilket sker utallige gange dagen igennem, så

røgglugten spreder sig til andre områder, hvor der er rygeforbud. Der er helt gult af tjære på vægge og lofter, og der lugter gennemtrængende af tobaksrøg, selv om de to vinduer står åbne det meste af tiden, hvor resten af afsnittet er røgfrit, rent og nydeligt malet.

Rygerummet er tydeligvis et centralt rum. Det fungerer som socialt samlingssted for patienterne i afsnittet, og uanset om patienterne er rygere eller ikke-rygere, så opholder de sig der, da det giver sammenhold at være med i fællesskabet i dette rum.¹¹

”Der var lidt sammenhold nede i rygerne, så selvom jeg ikke er ryger, så er det sammenholdet, der foregår nede i rygerne” (Fokusgruppeinterview med tre patienter, åbent afsnit, 2009).

Før i tiden var rygning en fælles social aktivitet for personale og patienter at mødes om, men personalet kommer ikke længere ind i rygerummet, fortæller en sygeplejerske. Det har ændret samværet mellem patienter og personale. Personalet kommer kun til dørtærsklen i rygerummet. I stedet for at gå ind beder de den patient, de vil tale med, om at komme ud på gangen til dem. Til gengæld kan man sige, at patienterne har fået et rum, de har fuld kontrol over. Det er deres foretrukne fællesrum, og det er personalefrit.

Selve det at ryge sammen er en social aktivitet, der kan føre mere med sig. Under observationsstudiet delte patienterne erfaringer om deres liv, sygdom, familieforhold, medicin og andet i dette rum. Der er nogle af patienterne, der har noget særligt sammen, fortæller en gruppe kvinder i et fælles interview.

”Jeg kan kun sige, at det har været helt fantastisk. Også sammen med de andre patienter, ikke. Vi har grinet, haft det så sjovt, ikke” [Lona], (Fokusgruppeinterview med tre kvinder, åbent afsnit, 2009).

Patienterne støtter hinanden, låner cigaretter af hinanden og aftaler at gå hen og handle sammen i den nærliggende kiosk, hvor patienterne er kendte kunder og personer, som kioskdamen kender ved navn. Kiosken er noget særligt, fortæller en sygeplejerske. Hun opfordrer mig til at gå ned og tale med kioskdamen;

for hun kan noget særligt på det sociale område. Hun ved, hvordan man skaber et socialt liv (Feltnoter, åbent afsnit, 2009).

¹¹ Rygerummets betydning og anvendelse for socialt samvær dokumenteres også i andre forskningsprojekter, se bl.a. Skorpen, Øye, 2009.

I rygerummet lånes cigaretter eller penge til cigaretter, der tales i mobiltelefon, og der drikkes kaffe. I rygerummet indgår patienterne aftaler om at gå ture sammen på terrænet, at tage med bussen til den nærliggende by for at spise sammen, gå i klubben eller om at leje og se film eller lytte til musik sammen i dagligstuen. Når patienterne sidder i rygerummet drøftes også oplevelser, som de har haft med personalet. I en snak med tre kvinder i rygerummet fortæller de, at det er et godt afsnit at være på, og personalet er en *'super støtte'* for dem:

men der er også nogle episoder, de griner af. Der sker noget i afsnittet, siger de. Susse og Mona fortæller om en aften, de sad og spiste popcorn i dagligstuen, mens de hyggede sig med at se film. Der kom en sygeplejerske ind i stuen, kikkede ned i papirkurven og sagde, "har I spist alle de popcorn, er I klar over, hvor meget popcorn feder?" De fortæller, at de nærmest følte sig som små børn, der havde gjort noget galt og begyndte at forsvare sig med, at de var mange, der havde spist af popcornene. Lona kommer ind i rygerummet og hører, at Susse og Mona griner af popcornhistorien. Hun fortæller det samme som Susse og Mona lige har sagt, og så griner de alle tre hjerteligt sammen af episoden. De fortæller mig, at de tre har det enormt godt sammen, de griner meget og hygger sig. De fortæller, at det betyder meget, at de har fået et tæt forhold og dermed kendskab til hinanden i de mange måneder, de har været indlagt sammen (Feltnoter, åbent afsnit, 2009).

De siger, at de fik en følelse, som om de var *'små børn'*, og prøvede at undskylde sig med, at alle patienterne havde spist popcorn. Denne genopdragelse, oplever jeg en dag i rygerummet. De samme to kvinder sad og talte, drak kaffe og røg sammen, efter de havde været til svømning. Begge skulle udskrives sidst på ugen. Den ene havde bestilt kage til aftenkaffen, og de diskuterede lidt, at de ikke måtte tage noget nu, men Susse havde så meget lyst til et stykke kringle til kaffen, at hun gik ud i køkkenet for at hente et stykke til dem hver. Imens hun var ude, kom en tredje kvinde (Lona) ind for at ryge.

Mona har bestilt kringle til om aftenen til aftenkaffen. Hun ville ikke bestille boller, for så skulle hun selv bage dem, og det gider hun ikke. Derfor var kringle nemmere at bestille, siger hun og griner. Mona synes, det ville være dejligt med et stykke kringle lige nu, så hun lister sig ud i køkkenet for at hente to stykker til deres kaffe. Lidt efter kommer hun tilbage med to stykker på en tallerken. Hun giver Susse det ene og spiser selv det andet stykke. Mens hun spiser, fortæller hun, at Mie (personale) uheldigvis kom ud på gangen og så, at hun havde taget kage i køkkenet. Mie kommenterer på det, og lidt efter dukker Rita (der er kontaktperson for Mona) op [i rygerummet] og siger til Mona, at hun gerne vil sige farvel til hende nu, fordi hun ikke er på arbejde torsdag og fredag. De går ud på gangen og taler sammen. Der går et stykke tid derude, før Mona kommer ind i stuen igen og fortæller, at Rita har skældt hende ud, fordi 'Mona jo godt ved, at hun ikke må tage kage i køkkenet'. Rita har spurgt Mona, om hun har sat dem tilbage, men Mona har sagt, at 'hun har spist dem, og de smagte dejligt'. De griner hjerteligt alle tre, og Susse siger lidt forurettet: "Hvorfor har hun ikke sagt farvel til mig?" Mona sidder stille og ser frem for sig, hun ser ret tænksom og lidt trist ud længe. Hun fortæller, at Rita også gav hende et farvelkram (Feltnoter, åbent afsnit, 2009).

Mere erfarne patienter fortæller mindre erfarne, hvordan de skal forholde sig i forhold til personalet i afsnittet, til andre patienter og på hjemmefronten i arbejds- og familieliv. Man kan sige, at de oplærer hinanden i at være patienter. Nogle patienter fortæller, at personalet er fantastiske til at støtte dem i de ting, de ikke kan klare, og at de også støtter patienter i at gå ind til medpatienter i rygerummet. De har fået det bedre af at være indlagt i afsnittet, men de fortæller også, at en stor del af deres bedring skyldes relationer og samvær med medpatienter.

Tre kvinder har været indlagt et års tid sammen og fortæller om, hvordan det var for dem i starten, om hvordan andre patienter støttede dem. De har knyttet venskaber og har støttet hinanden i ting, der var svære for dem, f.eks. at kunne bevæge sig uden for afsnittet og at turde tage til byen.

"Da jeg kom, var jeg også fuldstændig. Så sart, så sart, så sart. Der var ikke nogen, der kunne sige et ord til mig, uden at så tudede jeg. Og jeg var bange, og jeg havde det rædselsfuldt, da jeg kom. Helt forfærdeligt." (Susse)

"Ja, da jeg kom, da gik jeg også og græd hele tiden. Jeg turde ikke at gå uden for døren. Jeg var bange for, at jeg skulle dø. Bange for at blive smittet. Havde det jo sådan, at jeg så en dukke [...], som jagtede mig. Jeg hørte stemmer, som sagde, at jeg skulle tage livet af mig selv. Folk forandrede sig, når jeg sad og så på dem. Jeg turde ikke, at gå ind i rygerne. Og når jeg gik ind, så turde jeg ikke at gå ud igen. Det var der nogle patienter, der var dygtige til at hjælpe mig med. At komme ud". (Mona)

I: "Så hvad gjorde de andre patienter?"

"De observerede mig og sagde: "Mona, skal du med ud?" Og så fór jeg jo op af stolen og skyndte mig med" (Fokusgruppeinterview med tre kvinder, åbent afsnit, 2009).

At patienterne har omsorg for hinanden ses ved flere lejligheder. En dag sidder en mandlig patient og jeg og taler sammen i rygerummet, da en kvindelig patient kommer ind for at ryge. Hun er ikke så mobil og virker meget træt. Han smiler og spørger hende, om hun stadig ryger et bestemt mærke, og det bekræftes. Hun sætter sig og tænder med besvær en cigaret og ryger på den, men efter et øjeblik hælder hun voldsomt til den ene side, og det virker, som om hun er ved at falde i søvn. Han siger til hende: *'Ret dig op, du er ved at vælte'*. Hun retter sig op og siger, at hun er ikke ved at falde i søvn. En anden dag kommer en mandlig patient (der går meget usikkert) og en kvindelig patient (der er meget mobil og virker meget omsorgsfuld over for de andre patienter i afsnittet) lige forbi og stiller sig i døren til rygerummet. Her står de og småsludrer med de andre patienter, mens de tager overtøj på. Han har inviteret på gåtur i den friske luft, og han ser glad ud, da de går.

Patienterne tilbringer så meget tid sammen, at nogle forelsker sig i hinanden. En ung kvinde og en betydelig ældre mand har forelsket sig. Nogle af de lidt ældre kvindelige medpatienter giver vejledning i, hvordan den unge kvinde bør opføre sig i et parforhold.

Hun er ofte meget træt. Det bliver hun af sin medicin, forklarer hun. En dag sidder parret og taler om den forestående weekend, de sammen skal holde i et sommerhus. De sidder i rygerummet og drikker kaffe, og da de er færdige, går han ud med deres kopper. Hun sidder tilbage i sofaen og småsover, og en medpatient synes åbenbart, at hun har svaret ham lidt surt. Medpatienten siger formanende til hende: "Det er nok en god ide at tale pænt til ham, når han er her, og du skulle tage dig lidt sammen og være lidt mere oplagt, hvis du vil holde på ham". Den unge kvinde svarer, at hun er bare så træt af sin medicin. Hun har hørt efter, for lidt efter rejser hun sig for at følge med ham ned i kiosken efter cigaretter til dem begge (Feltnoter, åbent afsnit, 2009).

Det er ikke uproblematisk at forelske sig i en medpatient. Nogle af de andre patienter giver udtryk for, at de synes, det er meget problematisk af flere grunde. For det første fordi det ikke er en god idé at danne par med en medpatient, man har mødt, fordi man er indlagt på samme afsnit, for det andet fordi det ikke er godt for det sociale samvær mellem patienter i afsnittet, at nogle sidder og kysser i deres fælles rygerum. For det tredje fordi der sker noget med patientsammenholdet, når der er par i patientgruppen.

Patienterne laver også sjov med, at nogle forelsker sig, de kalder sofaen for en 'kyssebænk'. En dag sætter en mandlig patient sig på sofaen ved siden af en kvindelig patient, han vender kinden til hende og siger, at han lige har barberet sig, og nu sidder de jo på kyssebænken. Hun smiler til ham og siger: "Ja, men det er jo ikke noget, man skal gøre." Så griner de begge to (Feltnoter, åbent afsnit, 2009).

Patienterne laver jokes ud af det, men mener det alvorligt.

En sygeplejerske tager dette 'forelskelses'-tema op en dag og problematiserer, at patienter forelsker sig, fordi det ikke altid virker hensigtsmæssigt for det sociale miljø og for fællesskabet i afsnittet. Der kan være andre mere ukendte behandlingsmæssige konsekvenser, sygeplejersken fortæller, at man ikke kan forudsige, om det påvirker behandlingsforløbet i negativ retning, når patienter forelsker sig i hinanden under deres indlæggelsesforløb. Sygeplejersken fortæller, at afsnittets personale ofte vælger at adskille parret og overflytte den ene af dem til et andet afsnit. Sygeplejersken problematiserer, at der ikke er enighed i personalegruppen på dette område, og at der ikke er udarbejdet en fælles politik.

Patienternes miljø udgør en subkultur i afsnittet, et fællesskab, hvor personalet er ekskluderet. Patienterne kender hinanden godt, fordi de er sammen hele tiden. De drøfter mange ting, som de oplever og ser under indlæggelsen. I det fælles samvær oplærer de hinanden i at være patienter, dvs. i at agere i afsnittet på den måde, der giver dem selv den kontaktform, de ønsker sig, og som skaber færrest konflikter både over for medpatienter og over for personale. Patienterne iagttager også personalet og kender deres forskellige måder at handle og reagere på. I rygerummet taler patienterne sammen om, hvilke personalemedlemmer de kan få til at gøre ting for dem, hvilke de ikke skal fortælle ting til, og ud fra denne viden vælger de, hvem de henvender sig til for at få hjælp, når de har det dårligt. Der er en gruppe patienter, som har været indlagt sammen over lang tid, og de har et helt særligt sammenhold, fortæller de. De støtter hinanden, når de har det dårligt, griner og laver sjov med hinanden, og de deler problemer og spørger hinanden til råds om medicin, deres liv, deres angst, deres familie, og de fortæller hinanden meget private ting om dem selv. De indfører nye patienter i patientkulturen og afsnittets regler, både de uskrevne og de skrevne. Patientkulturen udgør en subkulturel enhed og fungerer som en modmagt mod den kulturelle magt, der eksisterer og fungerer på de professionelles præmisser i hospitalsmiljøet.

Længerevarende bosted

Bostedet har til huse i et stort gammelt stateligt hus med en tilbygning. Bygningerne er tidligere blevet brugt som plejehjem. Stedet virker overvældende stort og fremtræder institutionsagtigt, omgivelserne er smukke, stedet har vid udsigt over et område med vand og skov. Bygningerne er omgivet af en stor parklignende have med høje gamle træer i kuperet terræn. Haven er indrettet med hyggekroge og grillpladser, hvor der er masser af frodige blomsterbede og fliseterrasser med havemøbler.

Stedet har 40 værelser fordelt på tre afdelinger, og der er et lille bofællesskab med fem lejligheder. På hver af to afdelinger bor 14 beboere, på den tredje bor ti beboere. Alle beboerne har eneværelser, der har en størrelse på mellem ti og fjorten kvadratmeter med fælles bad og toilet på gangen. I bofællesskabet er der fem toværelses lejligheder for de, der ønsker at bo for sig selv, men alligevel vil

bevare trygheden ved at kunne få kontakt med bostedets personale på alle tider af døgnet. For byens borgere har bostedet tilbud om telefonisk rådgivning. Rådgivningen råder over et værelse, til et tilfælde hvor en borger akut får brug for at kunne overnatte en eller to nætter. Opholdet har midlertidig karakter og er arrangeret med henblik på at forebygge indlæggelse på hospital.

På observationstidspunktet stod bostedet foran en større ombygning og reovering med henblik på indretning af mere tidssvarende boliger med eget bad og toilet, så der bliver indrettet et mindre antal lejligheder end de nuværende 40 værelser. Personalet fortæller, at det ikke er alle beboere, der er glade for denne ændring, fordi mange har boet på bostedet gennem vældig mange år og er tilfredse med bostedet, som det er. Beboerne er vant til rytmen og bostedets fysiske rammer, og de er ikke helt trygge, når der sker ændringer, der influerer på deres hverdagsliv. Beboerne er ikke glade for, at der med ombygningen kun bliver plads til godt halvdelen af de nuværende beboere. De beboere, der ikke bliver plads til, må enten flytte til egen lejlighed eller til et andet bosted, og personalet fortæller, at beboerne på beboerråd har givet udtryk for, at de beboere, der skal flytte på bosted, ønsker at bo på samme bosted. Beboerne oplever deres relationer med hinanden som familie- eller nære venskabsrelationer.

Fysiske forhold og livet på bostedet

Den ene afdeling på bostedet er placeret i hovedhuset, der er opført i tre etager. Det rummer en boenhed samt kontorer til administrationen. Huset er indrettet med kælder med diverse fællesrum, med kontorer og værelser til beboere i stueetage, hvor der er to værelser med eget bad og toilet. Der er et lille fælles køkken, som ikke anvendes. På første sal er de resterende otte værelser med to fælles toiletter og bad, der er et lille kontor, hvor personalet mødes til morgenrapport og eftermiddagsmøde. På anden sal er der ved at blive indrettet værelser.

Det område, der er fælles for beboerne, består af en spisestue, en dagligstue og af et stort køkken. I køkkenet tilbereder beboere og personale måltiderne i fællesskab. Der er meget udenomsplads. Fra køkkenet fører en glasdør ud til en stor altan, hvorfra der er en trappe ned til en terrasse med grillplads. Terrassen

er omgivet af en stor smuk have med rosenbede, buske og blomster og med udsigt til vand og skov.

I den fælles dagligstue er der en sofagrube og nogle lænestole. Der er tv/video og musikanlæg. I fællesrummene er der rygeforbud, men der er en lille havestue, hvor beboerne kan ryge indendørs. Der er masser af udendørsarealer, og når vejret er godt, foregår både spisning, kaffepauser og rygning på terrassen, hvor der er havemøbler af træ. For at være beboer i denne boenhed stilles der krav om, at vedkommende skal være i stand til at deltage i dagligdagsfunktioner. Beboerne har medbestemmelse og ansvar for at få huset til at fungere på den måde, de gerne vil have det til at fungere. Beboerne har en én uges turnus med praktiske opgaver, hvor forskellige opgaver er listet op på et skema. Én beboer har ansvar for indkøb af madvarer hele ugen, andre for at tilberede middag sammen med køkkenassistenten i afdelingens køkken etc. Hver morgen hentes friskbagt brød og mælkeprodukter i fælleskøkkenet. Beboere og personale spiser sammen ved to store borde. Når en beboer er færdig med at spise, rejser han sig og går. Der har været regler om, at man skulle sidde sammen og vente med at rejse sig, til alle var færdige med at spise, men denne regel blev ændret, da det blev for institutionsagtigt. Personalet fortæller, at der er særlige hygiejneregler for et institutionskøkken. Køleskabe skal være aflåst, så kun personalet har nøgle dertil. Mad, der har været på bordet, og som ikke er spist, skal kasseres. Beboere og ansatte, der laver mad i køkkenet, skal kende til disse regler, så alle skal gennemføre et kursus, før de kan arbejde i køkkenet.

Hovedhuset på tre etager er forbundet med en etetages bygning, hvor fælleskøkkenet er indrettet. Personalet i fælleskøkkenet fremstiller og leverer færdiglavet mad til de to afdelinger, der ligger i tilbygningen. Hver onsdag er der fællesspisning for alle på bostedet, og fælleskøkkenet leverer maden. Fælleskøkkenet står også for levering til receptioner, fester og andre fælles arrangementer.

Køkkenfaciliteterne anvendes af 'madklubben', der består af en fast gruppe beboere på tværs af enhederne, og forestås af en aktivitetsmedarbejder. Madklubben mødes hver tirsdag. Først kører nogle fra gruppen hen til et stort supermarked og køber fødevarer ind. Efterfølgende tilberedes middagen i det store køkken, og gruppen spiser sammen i lokaler oven på køkkenet. Beboerne

deltager i madlavningen i den udstrækning, de har ressourcer til at deltage. Nogle går fra og til, laver lidt indimellem, andre er aktive og arbejder ihærdigt hele tiden. Jeg deltog en dag i hele arrangementet, der foregår fra klokken 14 om eftermiddagen og til klokken 20 om aftenen, til efter maden var spist, og der var ryddet og vasket op efter middagen. Middagen var en tre retters menu bestående af rejcocktail, biksemad og til dessert is med friske hindbær. Der blev serveret øl og vand til maden. Det hele foregik i en atmosfære med hygge, sang og samtale i køkkenet, mens maden blev tilberedt, og der blev fortalt historier, som medførte masser af grin. Middagen blev indtaget med nydelse, glæde og veltilfreds smasken ved det dækkede bord.

Tilbygningen rummer en høj kælder med adgang til fitnessrum, tegne-maleværksted, opbevaringsrum, håndværkernes rum, depot og vaskerum. Kælderen har snævre lange gange; den er mørk, og farverne fremstår triste. I kælderen er indrettet et stort caférum med udgang til en terrasse med grillplads og havemøbler, hvor der er plads til alle bostedets beboere og personale. Der arrangeres fællesspisning hver onsdag, og når vejret er godt, er der grillstegning og middag foran caféen på terrassen udenfor.

Haven bruges også til idræt og anden motion af beboere og udefrakommende borgere. Der arrangeres også idræt ud af huset og udflugter, hvor borgere udefra også kan deltage.

Boenhed i tilbygning

I tilbygningens stueetage er det ene af boenhederne placeret. Der er en lang smal gang gennem afdelingen. Mod gadesiden er kontor, badeværelser, køkken, depot og andre birum placeret, og mod havesiden er beboernes værelser placeret. For enden af gangen er der en stor fælles dagligstue med sofagrupper, reoler, musikanlæg, fjernsyn og et billardbord. Der er mange vinduer med store vinduesflader til den side, der vender mod vandet, og mindre vinduer vender mod gaden. De mange vinduer gør stuen lys og indbydende at opholde sig i. Stuen er indrettet, så det virker hjemligt med små grupper af dagligstuemøbler, som en lædersofagrube med et kakkeltbord, et par grupper med små borde og lænestole samt reoler med bøger, spil og kort. I denne stue sidder en ældre mandlig beboer og læser dagens avis om formiddagen, og nogle beboere spiller

billard i stuen. Der er meget stille, de fleste af beboerne opholder sig meget på deres eget rum eller er ude af boenheden.

Køkkenet er meget småt, der er en kort bordplade med en vask midt i, under den er der en opvaskemaskine, på en hylde over bordpladen står en lille kaffemaskine. Der er tre høje skabe med porcelæn, kopper og glas og et lille køleskab. Afdelingens spiseafdeling er placeret over for det lille køkken og består af to lange spiseborde med stole. Maden bliver tilberedt i centralkøkkenet og leveres i fade og skåle, den stilles frem på et par stålborde. Beboere og personale spiser alle måltider sammen. Fra spisearealet er der udgang til en terrasse, der strækker sig i hele tilbygningens længde. Der står havemøbler, som rygerne opholder sig ved, fordi de fleste af beboerne er rygere, og der er rygeforbud på indendørs fællesarealer.

På denne boenhed stilles der ikke krav om, at beboerne skal deltage i at udføre de praktiske funktioner, der skal få hverdagslivet til at fungere på afdelingen. Flere af beboere på afdelingen har behov for en del omsorg og pædagogisk støtte. En af beboerne krævede særlig opmærksomhed, han smed alt muligt ud ad sit vindue, stole, bøger, glas og porcelæn, tøj og sko m.m. For at forhindre beboeren i at smadre alt porcelæn i afdelingen var køkkenskabene aflåst, og der blev fortrinsvis anvendt paptallerkener og plastikkrus uden for måltiderne, når beboerne tog kaffe med ud på terrassen for at ryge. Beboeren gik hurtigt gennem boenheden, mens han snakkede og kommenterede alt muligt til alle. En kvindelig beboer fortalte, at hun gik og samlede meget af det sammen, beboeren smed ud, men af og til skældte han så meget ud, at hun blev bange for ham og holdt sig langt væk.

Bofællesskab

Der er indrettet et bofællesskab på 2. sal i tilbygningen. Det består af fem toværelses lejligheder for personer, der gerne vil bo i egen lejlighed med mulighed for at have kontakt med de ansatte. Lejlighederne har to værelser og en lille køkkenniche, hvor beboerne kan lave mad til sig selv. Især en kvindelig beboer er meget glad for at lave mad og bage kager. Hun bager også kager til de andre beboere. De fem beboere deles om fire badeværelser. Det er bedre

sanitære forhold end på afdelingerne. Beboerne har fælles dagligstue med sofa og sofabord, lænestole og et spisebord ved fælleskøkkenet.

I stuen var askebægrene fulde af cigaretskod. Beboerne ryger både i deres egen bolig og i fællesrummene. Beboerne fortæller, at de af og til ser en udsendelse i tv eller spiller kort sammen, og at de ind imellem spiser sammen. Beboerne holder deres egne lejligheder. De er fælles om rengøring i dagligstue, køkken, gangarealer og badeværelser, men da de ikke er enige om rengøringsstandard, har de bestilt rengøring af fællesområdet fra et firma udefra. Det er de alle tilfredse med, fordi som en af beboerne siger, så kan de i stedet hygge sig sammen socialt uden at være uenige om det. De fem beboere har mulighed for at få støtte i dagligdagen fra personalet, og i den udstrækning de har behov og lyst til det, kan de deltage i aktiviteter og socialt fællesskab på bostedet. Der er en beboer, der deltager i madklubben, og to beboere fra lejlighederne deltager i idrætsaktiviteterne, og beboerne besøger andre beboere på bostedet, de har kendt gennem mange år.

Sociale relationer

I det daglige er der relationer mellem beboere, især er rygning en fælles aktivitet. Det kunne være en aktivitet, der både skabte fællesskab og var anledning til utilfredshed, f.eks. havde en kvinde ikke mange penge, så hun var meget pågående over for en af de mandlige beboere for at låne cigaretter af ham. Han var utilfreds, fordi han ikke fik dem retur. Kvinden fortalte, at den mandlige beboer var hendes ven, og at hun var meget glad for ham. Han var en af de eneste, hun kunne tale med. En dag stod jeg sammen med dem, mens de røg cigaretter ude på terrassen og talte om sygdom og medicin. Den kvindelige beboer gik ind i huset med sin paptallerken og sit plastikkrus for at hente mere kaffe. Hun havde lige bedt den mandlige beboer om at hente en pakke cigaretter til hende. Hun ville gerne låne en pakke af ham, fordi hun ikke kunne få cigaretter den pågældende formiddag, da butikken var lukket. Samtidig nævnte hun lidt henkastet, at hun snart ikke har flere penge.

Den mandlige beboer kikker efter hende, han ser ikke tilfreds ud og siger til mig, at han er godt træt af, at hun altid bommer cigaretter af ham. Han mener, at hun bruger sin svaghed til at udnytte andre. Det synes han er usympatisk (Feltnoter, længerevarende bosted, 2009).

En gang om ugen foregik bostedets idrætsaktiviteter i en nærliggende sportshal. Stemningen var let, mens bilerne blev pakket med bolde, ketsjere, hockeystave og andet udstyr, som ved ankomsten til hallen blev båret ind i fællesskab. I hallen var først fælles opvarmning med boldkast, derefter forskellige fælles aktiviteter med løb og konkurrencer, og til slut blev der spillet badminton, håndbold, hockey og andre aktiviteter med bolde. Der blev afsluttet med udstrækning af musklerne, som en kvindelig beboer guidede. Det var synligt, at der var et godt kammeratskab med en god og glad stemning.

Personalet har forskellige oplevelser af og meninger om stedets fokusering på sport. De giver i et interview eksempler fra en sportsdag på bostedet, der blev afholdt med det formål, at både beboere og personale skulle være sammen gennem idrætsaktiviteter. Den gruppe bestående af beboere og personale, der tager sig af idrætsdagen, havde drøftet, hvordan dagens aktiviteter skulle forløbe. De havde diskuteret, om de regler og ydre rammer, som personalet har sat om, at beboere og ansatte skulle deltage i fem forskellige idrætsgrene, skulle være kriterier til at vurdere, om en deltager havde været tilstrækkelig aktiv. De interviewede mener, at de hellere skulle vurdere aktivitetsniveauet på, om en beboer faktisk er aktiv ved at spille kroket hele dagen eller ved at ro i kajak i halvanden time.

De interviewede fortæller, at det ikke stoppede med diskussioner af antallet af aktiviteter, der skulle gennemføres. Noget af idrætsdagens formål var at forene socialt samvær med fysisk aktivitet, og personalemedlemmerne i planlægningsgruppen ønskede, at der skulle bages sunde, fedtfri kager. Der blev en del diskussion ud af det i gruppen, men det blev besluttet, at det skulle være sådan. Informanterne mener, at formålet med, at beboere og personalet en gang om året hyggede sig sammen gennem idræt, blegnede lidt i lyset af beslutningen om, at der skulle gennemføres fem aktiviteter, og at kager skulle bages uden fedt (Fokusgruppeinterview, længerevarende bosted, 2009).

Enhedernes sociale liv

Bostedet er stort og opdelt i selvstændige afdelinger, så selv om de ansatte på bostedet arbejder efter samme overordnede mål og værdier, fungerer de enkelte enheder lidt forskelligt, beboerne har forskelligt funktionsniveau, og der

eksisterer forskellige koncepter for enhederne. På boenheden i hovedhuset stilles krav om, at alle beboere har ansvar for, at helheden fungerer, og de skal kunne deltage aktivt i indkøb, madlavning, oprydning og rengøring. På en tavle er et skema med opgaver for hver dag. Beboerne på denne afdeling har aftalt at indgå i en otteugers turnus med en uge ad gangen for hver arbejdsopgave. Kaffebrygning er en af de opgaver, der udføres på bestemte tidspunkter dagen igennem. De faste tider var en måde at rationere forbruget af kaffe i boenheden på. Det var vedtaget på et møde mellem beboere og ansatte, fordi beboerne ikke ønskede, at kostbudgettet steg. Beboerne fastlægger en menuplan for en uge, og der er én, der står for indkøb til aftensmaden i den uge. Beboerne har hver deres måde at løse arbejdsopgaver på. En beboer tog en taxa hver gang, hun skulle handle ind, fortalte hun. Det var hendes måde at klare indkøb på. Beboerne kan bytte arbejdsopgaver indbyrdes, hvis en beboer har en aftale, der tidsmæssigt ikke passer med pligterne på bostedet. En kvindelig beboer fortæller, at hun har købt ind til hele ugen. Hun skulle lave aftensmaden om aftenen, men hun har byttet med en anden beboer, fordi hun skal på besøg hos sin mor de næste to dage. Det er tilsyneladende ikke helt enkelt at få tingene til at passe sammen hver gang. En af de mandlige beboere ytrede ønske om at bytte arbejdsopgave med en medbeboer, så han ikke skulle stå for madlavning en aften, hvor han skulle på besøg hos sine forældre, men ingen af de andre beboere ville bytte. Han blev ret ked af det, fordi han altid selv var villig til at bytte, når de andre have aftaler, sagde personalet. Der stilles også krav om, at beboerne skal være socialt aktive og være med til at planlægge fritidsaktiviteter både i og uden for huset. Der arrangeres også ferieture, en gruppe af beboere og personale skal en uge på ferie på Mallorca, og en anden beboer har planlagt at tage en tur til Berlin sammen med en medarbejder. Det kan være dage med idræt, sejlture, kulturelle aktiviteter, musik og dans etc. Der har f.eks. været arrangeret en aften på diskotek, hvor beboerne dansede og morede sig sammen med alle de andre mennesker på diskoteket.

Morgenmaden står personalet for at tilberede, fordi der ikke er mange beboere oppe på det tidspunkt. Måltiderne fungerer som socialt samlingssted. Under morgenmaden sad der stort set kun medarbejdere ved det ene bord, så det blev mest socialt fællesskab og privat samtale personalet imellem ved morgenbordet.

Ved det andet bord sad et par beboere, der var stået op på det tidspunkt. En beboer og en medarbejder drøftede deres besøg på diskotek. Beboeren ville have en dato for næste besøg. Bortset fra denne drøftelse foregik samtalen mere trægt, når andre beboere satte sig ved et af bordene. Nogle beboere skiftede plads for at tale med en bestemt medarbejder. En beboer og en medarbejder havde en ret så fri sprogudveksling ved morgenbordet til de andre medarbejders tydelige overraskelse.

På de to andre boenheder var hverdagen mere personalestyret, og nogle af beboerne havde vanskeligt ved at klare for store og for mange daglige udfordringer både på det praktiske og på det personlige plan. Andre af beboerne klarer mange ting uden hjælp. Nogle beboere har det dårligt i perioder.

Det præger det sociale liv på bostedet, at der er flere beboere, der er urolige og kan være motorisk eller verbalt aggressive, andre taler med stemmer og griner eller skælder ud og gestikulerer, når de går rundt i deres egen verden. Til måltiderne går nogle beboere hen til bordet og henter mad, sætter sig og spiser hurtigt uden at tale med andre, og går ind til sig selv eller udenfor, så snart de har slugt maden. De virker ikke, som om de er interesseret i at indgå i sociale relationer med de andre beboere. Andre beboere sidder længe og spiser og snakker stille sammen med hinanden eller med personalet.

Nogle beboere klarer kun kortvarig eller slet ingen kontakt. Der er flere af beboerne, der gerne taler med det faste personale, men ikke ønsker at tale med mig. De sætter sig et andet sted hen, hvis jeg sætter mig ved deres bord, eller de går væk. Nogle siger direkte, at de ikke vil tale med mig. Andre kommer hen til mig og begynder selv at fortælle om sig selv og deres liv, før de kom til bostedet og nu, nogle fortæller om deres familie og venner. Nogle af beboerne fortæller meget gerne om deres fritidsinteresser, om musiksmag og aktiv udøvelse af musik, om at læse bøger og se gode film, om at rejse og være sammen på ferie. Der er beboere, der har været gift og har børn. De fortæller om deres børn og om deres egne sociale relationer med familie og venner og om aktiviteter og fællesskab med andre beboere eller ansatte på bostedet.

Når beboerne har spist, går både ansatte og beboere udenfor for at drikke kaffe og ryge. Når beboerne står og ryger, taler de sammen om økonomi, børn og

ægteskaber, drøfter, hvad der sker på bostedet, og deler erfaringer med hinanden om sygdom og medicin. Nogle af beboerne vil gerne fortælle om, hvad de har oplevet i deres liv, i deres barndom, hvor en af beboerne kan huske langt tilbage i tiden og fortæller om oplevelser fra barndommen. Andre fortæller om deres ungdom fra skole og uddannelse, på arbejdspladser, andre fortæller om hændelser i samfundet uden for bostedet og om oplevelser på hospital og andre behandlingssteder. De kritiserer andre menneskers fordomme og holdninger i forhold til dem og deres sygdom. En beboer fortæller om en episode med en kvinde, der kørte hen over hendes tæer med en barnevogn to gange. Beboeren oplever, det kun skete, fordi kvinden vidste, at beboeren var psykisk syg. Et par beboere fortæller, at de har lidt af generel angst, en anden, at han har haft et langvarigt maniodepressivt forløb, og derfor kan han ikke bo andre steder sammen med andre mennesker, en tredje forklarer om sin sygdom, at han er paranoid og hører stemmer, fordi han har en skizofreni af den og den karakter. En beboer fortæller mig, at det er efter eget valg, at beboeren lever på bostedet og uden ægtefælle. Efter ægteskabet gik i stykker, fordi sygdommen brød frem i perioder, men det var ikke beboerens ønske for livet. To andre beboere fortæller, at deres sygdom brød ud pga. forholdet til en ægtefælle, én der drak, en anden der var voldelig.

Nogle af beboerne fortæller, at de er glade for, at de har besluttet sig for at flytte ind på bostedet. De har før boet i egen bolig, men det var for ensomt, og de havde svært ved at klare at bo alene, de blev angste og måtte ofte indlægges, på bostedet kan man tale med andre beboere og med personalet, når man bliver angst. En siger, at han var god til at gøre sig mere syg, end han egentlig var, bare for at blive indlagt, så han ikke behøvede at sidde alene i sin lejlighed. En mandlig beboer fortæller mig, at han blev tvangsindlagt og på samme tid smidt ud af sin lejlighed, da naboerne havde klaget over ham, selv om han ikke havde gjort noget som helst. Efter udskrivelsen havde han ikke noget sted at komme hen og flyttede så ind på bostedet. Det er han meget glad for, og synes det går meget bedre nu. En anden beboer ønsker at flytte ind i en af lejlighederne i bostedets bofællesskab, mens en beboer fortæller, at det største ønske for beboeren er at blive gift med kæresten og flytte sammen i lejlighed.

Der er et par beboere, der fortæller mig, at de har haft en meget dårlig barndom med dominerende og voldelige fædre, én siger med eftertryk, at det er virkelig godt, at faren er død, en anden siger, at familie er noget, der slet ikke skal tales om. En vil meget gerne fortælle mig om sine erfaringer med at være i uddannelsessystemet og om tiden i egen bolig. Han vil gerne fortælle om aktiviteterne i sit liv på bostedet, han nævner sin familie, men vil ikke fortælle mig noget om sine relationer med dem. Der er flere af beboerne, der fortæller, at de har det rigtig godt med deres familie, med deres forældre og søskende, og at de kommer hjem hos dem. De fortæller, at de er med på ture i naturen og på restaurant, og at de holder jul og nytår hos deres forældre. Jeg ser beboere, der bliver hentet af familie, og andre beboere, der får besøg af familie eller venner på bostedet. Personalet fortæller, at de fleste af beboerne *'bor her og lever her på godt og ondt'* (Fokusgruppeinterview, længerevarende bosted, 2009).

Formelt og uformelt socialt liv

Personalet oplever, at der eksisterer både et formelt og et uformelt liv blandt beboerne. Noget af dette oplever jeg ved at sætte mig i dagligstuen og læse i en avis, når der er tomt, eller når der sidder en enkelt beboer derinde.

En af beboerne sidder det meste af tiden i en lænestol og ser på fjernsyn. Ind imellem går han ud på terrassen for at ryge. Han siger en dag til mig, at jeg er en løve. Jeg ved ikke, hvad han mener, og siger, at jeg er vægt. Han kikker mærkeligt på mig og gentager, at jeg er en løve. Da jeg vil vide, hvad han mener, siger han, at jeg er en løve, fordi jeg hele tiden er sammen med personalet. Da vi er alene og har været det de fleste dage, vi har talt sammen, kan han godt se, at det ikke forholder sig sådan. Men det ændrer nu ikke ved, at jeg er en løve for ham. Der er tydeligvis forskel på beboere og personale, og jeg er hverken eller, så må jeg mest være personale (Feltnoter længerevarende bosted, 2009).

En dag oplever jeg, at en kvindelig beboer og en mandlig beboer kommer ind i dagligstuen og lægger sig på hver sin sofa med et tæppe over. De skal lige have en lur, mens fjernsynet går. Den mandlige beboer fortæller kvinden, at han har skrevet noget om sig selv, og at han har sendt det til en avis. Det er han spændt på. De taler sammen om, hvad de har lavet dagen før, hvor de begge var hos familie. To andre beboere kommer ind og sætter sig, den ene hvisker noget i øret på den anden, som højt udbryder: *'nej, jeg vil ikke blive ved at give dig cigaretter, du kan selv købe.'* Den anden beboer går skyndsomt ud af stuen. Beboeren fortæller, at medbeboeren konstant bommer cigaretter af ham og kun vil betale en krone. Det betyder, at han ved at presse og bomme får cigaretter meget

billigere, end de kan købes i butikken. Så beboeren siger, at han ikke vil blive ved med at finansiere hans cigaretter. Personalet støtter ham i, at han skal sige nej og roser ham for, at han er ved at lære det (Fra feltnoter, længerevarende bosted, 2009).

Når personalet ikke er i dagligstuen, er der et andet liv derinde, siger en ansat. Hvis de lytter lidt med på afstand, kan de høre, at samtalerne mellem beboerne foregår på et meget personligt plan, næsten venskabeligt, mens der er mere formelle relationer mellem beboere og personale. Det formelle opretholdes ofte på trods af, at nogle beboere ikke har andre netværksrelationer end de relationer, de har med professionelle.

"Vi vil altid være de professionelle venner, kan man sige" (Fokusgruppeinterview, længerevarende bosted, 2009).

Personalet fortæller, at deres relationer til beboerne ofte består af at udføre praktiske ting sammen. Det kan bestå af at hjælpe beboeren med at gøre rent og rydde op, og ofte er det personalet, der opfordrer beboere til at opretholde deres personlige hygiejne. De ansatte fortæller, at beboerne bedre kan have socialt samvær med andre mennesker, hvis hygiejnen er i orden.

Selv om det sociale samvær mellem beboere og personale ofte er planlagt og indeholder en del rutineprægede aktiviteter og samværsformer under måltider, oprydning og rengøring samt støtte til personlig hygiejne, kan samværet også have en mere spontan karakter som mere uformel samtale på gangen, under kaffedrikning og rygning i haven, samt det fællesskab der opstår på ture i byen.

Personalet fortæller, at beboerne ofte søger personalets selskab, når personalet opholder sig i dagligstuen, kommer beboerne derind for at være med i det sociale samvær, men så snart personalet går ud, forsvinder beboerne også.

Det er således personalets tilstedeværelse, der trækker beboere til. Det observerer jeg også.

En ung kvindelig ansat er tydeligvis populær blandt et par af de unge mandlige beboere. Hun virker som et fluepapir, så snart hun sætter sig (på terrassen for at ryge), sætter beboerne sig tæt op ad hende og betragter hende med smil og glade øjne, mens de joker, griner og ler. Beboerne sidder ved bordet og ryger sammen med medarbejderen, lige til hun rejser sig. De ser længe efter hende, så går de også ind (Feltnoter, længerevarende bosted, 2009).

Støtteteamet rejser kritik af, at samvær mellem beboere og ansatte oftest handler om noget, personalet synes, skal gøres. Fordi mange af beboerne har vanskeligheder med at klare sig uden vejledning og støtte fra professionelle, 'dikterer' personalet, hvad der er godt og sundt for beboerne og fører det ud i livet. Teamet fortæller, at beboernes indbyrdes relationer har en anden karakter. De har meget tilfælles, og de er rigtig gode til at beskytte hinanden og sige fra på hinandens vegne. Beboerne kan beskrive ændringer i en anden beboers adfærd, så det er bliver tydeligt, at beboerne kender hinanden *'ud og ind og forstår andres sygdomsbilleder'*. Personalet fortæller, at det ofte forekommer, at en beboer henvender sig til personalet og fortæller om en anden beboer. Det, beboeren fortæller, viser sig at være i overensstemmelse med det, personalet har observeret. Personalet betegner denne iagttagelsessevne som en *'meget stærk social kompetence'*.

De ansatte hører beboerne fortælle, at de som beboere *'har noget sammen'*. Teamet siger, at dette noget ofte er sygdomsrelateret, og at beboernes fælles erfaringer gør dem i stand til at støtte hinanden, når nogen har det dårligt. Personalet har oplevet, at der kan være lidt konkurrence beboerne imellem om, hvem der er mest syg. Der kan også være jalousi mellem beboerne. De ansatte får af og til spørgsmål fra en beboer om, hvorfor en medbeboer får mere opmærksomhed fra personalet, end beboeren selv gør, når vedkommende er mere syg end den beboer, der får al opmærksomheden.

"Deres fælles er måske netop sygdomsbetinget, og det er jo måske også med til at fastholde dem så, i den der institutionelle kultur" (Fokusgruppeinterview, længerevarende bosted, 2009).

En af beboerne fortæller mig, at kun en enkelt medbeboer er hendes ven. De andre, synes hun, er vanskelige at tale med. Personalet mener, at det sociale liv mellem beboerne kan være en vanskelig ting, fordi:

"allerede i det øjeblik man flytter ind her, så bliver man jo påtvunget et socialt liv, der hedder, at nu skal du være sammen med de her andre mennesker, som bor her, og du skal være sammen med det her personale, og du skal muligvis leve op til nogle krav.... Nogle siger til dig, at nu skal du altså te dig, fordi det er sundt for dig, altså, hvad det måske ikke er" (Fokusgruppeinterview, længerevarende bosted, 2009).

Bostedet ligger på en sådan måde, at beboerne kan gå ud til nærliggende butikker for at handle, nogle cykler, andre tager bussen ind til de nærliggende byer, hvor der er store butikcentre, caféer, banker og mange små butikker med

tøj, sko, andre brugsting, garn, nips og alt muligt andet. Personalet fortæller, at der er forskel på, hvor meget beboerne er sammen. Nogle af beboerne forsøger at være så meget væk fra bostedet som overhovedet muligt, én går ofte ud og spiser ude i byen:

"Jeg er helt sikker på, at han føler, at han er normal, når han er ude i det pulveriserende liv, og jeg tror, at han vandrer rundt der og leger, at han er rask.... Han deltager ikke meget i det sociale liv her. (han mener, at:) nu får han medicin, så dybest set er han normal" (Fokusgruppeinterview, længerevarende bosted, 2009).

Centrale rum

Køkken og dagligstue er centrale rum for beboerne. Det er stederne, hvor de går hen for at møde andre beboere og personale. I køkkenet er opsat en opslagstavle, hvor beboerne kan holde sig ajour med de vigtigste begivenheder på bostedet. Der hænger også et skema over beboernes opgavefordeling, og der er billeder fra sociale sammenkomster. Det er også i disse rum, at jeg møder beboerne første gang.

En beboer fortæller med det samme, han ser mig, at det at være skizofren er meget socialt. Han spørger derefter en medarbejder, om ikke det er sandt. Medarbejderen ser på beboeren og svarer, at det er meget forskelligt. Beboeren siger: "men her er vi". Medarbejderen svarer, at det er, fordi alle her er sociale" (Feltnoter, længerevarende bosted, 2009).

Samværet beboerne imellem præges af, at nogle af beboerne har boet lang tid på bostedet og kender hinanden godt. Nogle er blevet venner og ses dagligt. Når beboerne har lyst, besøger de hinanden eller går i byen sammen. Hver dag ser jeg beboere, der ryger, drikker kaffe og taler sammen, og det er en daglig rutine, at beboerne spiser sammen. En beboer udtrykker livet på bostedet på denne måde:

Vi herinde er jo anderledes, end de normale udenfor. Det er ikke det samme som normale mennesker. Dem, der bor her, får alle sammen medicin, men det hjælper ikke lige godt på alle sammen. Han fortæller mig, at det er bedre at bo mange sammen på bostedet, end at bo to alene sammen. Der er meget mere at tale om, når man er to, end der er her, hvor man er mange (Feltnoter, længerevarende bosted, 2009).

På den ene enhed opholdt en beboer sig stort set i dagligstuen hele dagen, ind imellem kom andre beboere for at få sig en snak, for at hvile sig eller for at se sport eller nyheder i fjernsynet. En ansat kom af og til gennem stuen og talte lidt med beboerne. En dag rejste en ung mandlig beboer sig fra en lænestol for at gå ud at ryge, så snart han var ude ad døren, satte en anden beboer sig i lænestolen.

Da den unge beboer et øjeblik efter kom ind, smilede han og sagde: *'Der var du godt nok hurtig, hvad?'* (Feltnoter, længerevarende bosted, 2009).

Fountain House-værested

Værestedet er placeret centralt i forhold til byens centrum. Det har til huse i en ældre treetages bygning, hvor der ud over værestedet er lokaler til en ungegruppe og et støtte-kontaktpersonteam. Huset har en slidt og noget uskøn facade, men indvendigt er huset nymalet i lyse farver, og rummene er istandsat med nyt stort køkken, der er i forlængelse af en café. Huset har et hjemligt præg med pottedplanter i vindueskarmene, lerkrukker og fade på hylder og borde, gardiner og billeder på væggene. Medarbejdere og medlemmer har i fællesskab malet rummene og indrettet huset med møbler og computere til kontorarbejdspladserne, valgt glas og porcelæn, gryder og andre køkkenting til køkkenet og spisestuemøbler til caféen. Medarbejdere og medlemmer betegner denne proces som noget, der har styrket fællesskabet.

Indgangsrummet fungerer som husets reception, og kontorenheden har to arbejdspladser. Det er et medlem, der passer receptionen. Arbejdet består i at tage mod gæster, modtage post og varer, besvare opkald, dertil hører forskellige opgaver med at skrive ugens aktiviteter på whiteboard, skrive nyhedsbreve, renskrive diverse lister og opslag til husets opslagstavle. En anden af de faste opgaver i receptionen er at kontakte medlemmer, som er udeblevet på en aftalt arbejdsdag, at skrive og sende hilsner på medlemmers fødselsdage og sende kort som opmuntring til medlemmer under sygdomsperioder. Hver dag noteres systematisk i logbøger for: Modtaget og afsendt post, fra hvem til hvem, indgående og udgående telefonsamtaler, fra hvem til hvem, modtagne og afsendte mails, bestilte og modtagne varer m.m.

I forlængelse af receptionsrummet er der to kontorer, på det ene kontor arbejder kontorenheden; laver regnskaber, renskriver referater etc. På det andet kontor sidder jobenheden, der består af en medarbejder og en praktikant. Fra det ene kontor er indgang til en lille opholdsstue, kaldet slyngelstuen, med en sofagrube til socialt samvær, musik, læsning, afslapning og samtale. I den anden ende af rummet med reception er der en gang, her er husets eneste toilet med en lille håndvask, og for enden af gangen finder man husets sidste kontor for

køkkenenheden. Fra dette kontor er udgang til en trappeopgang, der fører op til en altan på taget og ned i husets kælder. Fra kontoret er der nedgang til en kælder med flere rum, der er ved at blive klargjort med maling. Her står husets vaskemaskine og tørretumbler, og der er indrettet et spisekammer, og der er ved at blive indrettet et motionsrum med redskaber. Der er ikke meget udendørsareal rundt om huset, en lille have med lidt græs og et par træer bagved, og ude foran går man lige ud til en stor befærdet gennemfartsvej. Her er sat krukke med små træer og blomsterkrukker ud, men det er ikke et specielt hyggeligt sted at opholde sig pga. høj trafikstøj. Rygerne går op på taget på en lille altan i stedet for at stå ude på fortovet.

Værestedets atmosfære er præget af en stilhed og arbejdsomhed. Det er et arbejds- og socialt fællesskab, fortæller medarbejderne (Fokusgruppeinterview, Fountain House, 2009). Medlemmerne er i alle aldersgrupper, der er helt unge fra først i 20'erne til ældre op til 60-års alderen. Medlemmerne vælger selv, hvilken jobenhed de vil være i, og dermed hvilke medarbejdere de vil samarbejde med. Det forpligter for en aftalt periode, hvorefter medlemmet kan skifte til en af de andre arbejdsgruppeenheder. Der er en fast struktur for møder og arbejde i huset. Det er en af de kriterier, der er opstillet for Fountain Houses.

Morgenmøde

Der er ret stille klokken otte om morgenen, hvor kun medarbejderne er mødt. Medlemmerne dukker op én efter én og går ind i køkkenet for at drikke kaffe sammen, inden de går i gang med morgenmøde efterfulgt af dagens arbejde. På morgenmødet træner medlemmerne også ordstyrerfunktion og referatskrivning. En medarbejder og et medlem er sammen om at være ordstyrere. Medarbejderen støtter medlemmet i, hvordan han skal varetage ordstyrerfunktionen, guider ham stille og venligt gennem alle punkter og viser på dagsordenen, i hvilken rækkefølge ting skal drøftes. Bagefter roser hun medlemmet og siger, at nu kan han skrive på sit CV, at han kan være ordstyrer på et møde.

Medlemmerne var med til at håndhæve princippet om, at de skulle deltage i alle møder inde og uden for huset. Et eksempel kan illustrere den demokratiske beslutningsproces, der prægede værestedet. Medarbejderne var blevet kaldt til

hastemøde med kommunen, og to medarbejdere deltog i mødet, men ingen medlemmer. På et efterfølgende møde, hvor et af kriterierne om fælles beslutninger blev drøftet, foreslog et medlem, at det ikke alene var medarbejdere, men også medlemmer, der skulle deltage i møder med kommunen. På baggrund af diskussionen blev det besluttet, at medlemmerne skulle deltage næste gang, der var møde i kommunen om den samme sag (Feltnoter, 2009).

Det er tanken med Fountain House-modellen, at medlemmerne vælger, hvilke arbejdsopgaver de har interesser, kvalifikationer og ressourcer til at deltage i eller ønsker om at optræne. Medlemmerne kan ifølge kriterierne selv vælge, hvilke medarbejdere de vil arbejde sammen med, men med få medarbejdere er der ikke de store muligheder for at vælge til og fra. Medlemmerne kan selv finde, foreslå og efterfølgende udføre opgaver, der ikke allerede eksisterer i huset. På et morgenmøde drøftes f.eks., at der ikke er så mange muligheder for praktisk arbejde, der er kun meget lidt udenomsareal. Et mandligt medlem foreslår, at han kan stå for arbejdet med at feje foran huset og ordne blomsterkrukkerne derude. Han vil også gerne lave et krydderurtebed i baghaven. Et andet medlem står for at plante nye blomster i krukkerne og at vande planter ude og inde.

Køkkenenheden

Fra indgangsrummet er åben indgang til husets mest centrale rum, der også er husets største rum, køkken og café. Køkkenafdelingen er indrettet med kogeområde, køleskab og fryseskab, og vaskeområde med håndvask og opvaskemaskine. Der er køkkenskabe med porcelæn etc. En stor bordplade adskiller køkken fra café, den fungerer på samme tid som serveringsdisk. Der er fire vinduer på den ene væg ud mod en befærdet hovedgade og et vindue på den anden væg, så der kommer meget lys ind i rummet, og der trænger en del trafikstøj igennem de lukkede vinduer. I en af vindueskarmene spiller køkkenmedarbejderen musik på en lille transistorradio til arbejdet i køkkenet. I forlængelse af køkken og café er der et område med skabe til tøj og et lille grovkøkken til vask og klargøring af grøntsager. Her opbevares også rengøringssting.

Køkkenarbejdet indeholder mange delfunktioner, og der kan læres mange færdigheder ved deltagelse i denne gruppes arbejde. Alle retter skal forberedes, der skal skrives indkøbsliste efter læsning af opskrifter, sammensætning og skrivning af menuplan, tidsberegning på enkeltopgaver samt uddelegering af dagens opgaver. Der skal læres hygiejneregler i et køkken, der er indkøb i butikker, klargøring af ingredienser, tilberedning af mad, udregning af mængde og indhold af forskellige mængder råvarer i en ret, servering, kassestyring, budget og regnskaber etc. og sluttelig rengøring efter køkkenarbejdet.

Køkkenenheden har ansvar for caféen, der hver dag serverer kaffe og hjemmebagte boller om morgenen, når huset åbnes og en varm ret til frokost, som medarbejdere og medlemmer kan købe. En gang om ugen er der kagedag med hjemmebag. Køkkenenheden har en travl dag, de har en tidsramme, der skal overholdes, så middagen er klar til kl 12.00. Efter middagen vaskes op og køkken/café skal rengøres, og næste dags aktiviteter skal planlægges, så tidsrammen kan holdes.

En af medarbejderne har uddannelse i sundhed og ernæring, hun leder arbejdet i køkkenenheden, når hun er der. Der er en anden medarbejder, der som en af to uddannelser er uddannet kok, og som af og til arbejder i køkkenet. De fleste der arbejder i køkkenenheden er medlemmer, så tidsplanen kan ikke overholdes/maden kan ikke fremstilles, hvis ikke medlemmerne møder op og udfører arbejdet. Ikke alle medlemmer i køkkenenheden kommer på værestedet dagligt. De fleste medlemmer deltager i arbejdet på faste ugedage. Hver morgen, når opgaverne fordeles, vurderes arbejdsfordelingen i forhold til ønsker, og ud fra hvad den enkelte kan klare den pågældende dag. Der er forskellige opgaver med planlægning, indkøb, fremstilling af mad, rengøring, regnskab og andet kontorarbejde, der er relateret til køkkenenhedens funktioner.

Køkkenenheden udformer menu for en uge ad gangen, og et af medlemmerne skriver det på pc og lægger menuen på husets hjemmeside. Medarbejdere og medlemmer renskriver opskrifter, som lægges på hjemmesiden, hvis medlemmer efterfølgende vil lave den samme ret hjemme. Køkkenenheden planlægger indkøb i forhold til menuen og er fælles om det ugentlige storindkøb af frugt og grøntsager. Grøntsager opbevares i bryggers og køleskab. De køber også kød og fisk til menuen, der lægges i fryseren. Enheden bager selv brød, der

også lægges i fryseren. Der er daglige indkøb af mindre mængder fødevarer, der ikke er langtidsholdbare. Hver dag opdeles arbejdet i køkkenet i et antal opgaver, som fordeles mellem enhedens medarbejdere og medlemmer.

Der bliver fremstillet en varm ret med tilhørende salat hver dag. Det koster 25 kr. for et måltid mad, og hvis der er rester fra middagen, kan medlemmerne købe mad med hjem for ti kroner. På et møde foreslår køkkenmedarbejderen, at det skal stige til 15 kroner for rester, der argumenteres med, at der ofte er meget tilbage, men det er der ikke enighed om, fordi som en medarbejder siger, så er alternativet at kassere maden. Forslaget blev nedstemt, fordi både medarbejdere og medlemmer ikke gik ind for, at prisen på 'rester' steg. Medlemmerne synes, det er for dyrt at spise for 40 kroner om dagen for de medlemmer, der er på kontanthjælp. Nogle medlemmer har familie og spiser af økonomiske grunde ikke med. De har ikke råd til en daglig udgift på 25 kr til middagsmad, når de skal spise varm mad med familien om aftenen, så de har madpakker med eller går hjem og spiser frokost, når de er færdige med arbejdet i huset.

En ung kvinde arbejder i huset tre dage om ugen, og de to andre ugedage arbejder hun fire timer på en kro i køkkenet. Hun fortæller, at hun er meget glad for køkkenarbejde og gerne vil uddannes til køkkenhjælper.

Hun arbejder stille, omhyggeligt og effektivt, og selv om hun er betydelig yngre end de andre, der er i køkkenenheden, danner hun sig hurtigt et overblik over, hvilke opgaver der skal udføres. Når hun er færdig med nogle opgaver, går hun bare i gang med de næste, også selv om det ikke er hende, der har fået en opgave, udfører hun den. Hun tager ansvar for, at maden bliver klar til tiden. Hendes dage er ofte travlt besat med opgaver på flere felter. En dag har hun først arbejdet på kroen, dernæst løbet fem kilometer sammen med en medarbejder, for derefter at fortsætte med at tilberede aftensmad sammen med tre andre kvinder, som kommer denne dag, hvor der skal laves festmad til møde i jobenheden. Selv om hun ser vældig træt ud, fortsætter hun bare med at arbejde. Hun fortæller, at hun er en arbejdsbi, og selv hvis hun skulle møde klokken fire næste morgen, ville hun stå op og gå på arbejde. Et andet medlem går mest til og fra og bliver af og til hentet ind af medarbejderen for at dække bord, rydde af eller lave kaffe. Det hele foregår i en venlig tone mellem dem, selv om medarbejderen også irettesætter medlemmet for at få ham til at lægge sin mobiltelefon fra sig og tage fat på køkkenarbejdet (Feltnoter, Fountain House-værested, 2009).

En anden dag arbejder en gruppe kvinder i køkkenet, de kommer fast på samme ugedag. De styrer det hele selv, og der er en munter stemning, de griner og fortæller hinanden om de film, de har set, teater, arbejde, mænd og familie, mens de arbejder. Det er tydeligt at se, at de kender hinanden og er glade for at arbejde

sammen i køkkenet. De fortæller, at de også privat er blevet venner, og at det har været godt for dem, at de er begyndt i huset. De har fået meget mere selvtillid og tiltro til, at de kan arbejde uden for huset. Den ene har et job i et privat firma, jobbet har huset aftalt, og hun udfører det. Hvis hun er syg eller skal noget andet en dag, må huset sende en anden til at udføre arbejdet, f.eks. er medarbejderen i jobheden oplært i arbejdet og har været på arbejde i firmaet i stedet for hende. Kvinden har også et rengøringsjob, hun selv har fundet, det har hun haft gennem flere år. En af de andre er i arbejdspraktik i en børnehave fire dage om ugen. Det er medarbejderen i jobheden og medlemmet, der sammen har fundet frem til dette arbejde. Denne medarbejder har lidt af depressioner gennem flere år og fortæller, at før han kom i huset, havde han så lidt selvværd og lyst til livet, at han havde opgivet at leve, og han prøvede at suidere et par gange. Efter at være begyndt i huset oplever han, at han bliver hørt, og han føler sig værdsat. Han udtrykker det sådan: *'Jeg har fundet ud af, at jeg ikke behøver at prøve på at begå selvmord mere'* (Feltnoter, Fountain House-værested, 2009). Han fortæller, at det skyldes den måde, samarbejdet foregår på mellem medlemmer og medarbejdere, det har givet ham mod og lyst til livet igen.

Jobheden

Jobheden er den mindste gruppe. På observationstidspunktet var der en medarbejder og en praktikant¹² i gruppen. Jobheden er en funktion, der går på tværs og retter sig mod optræning af medlemmernes kompetencer til job i og uden for huset. Jobheden har som opgave at bistå medlemmerne med hjælp til afklaring af kompetencer, interesser, jobmuligheder og jobsøgning. Desuden udarbejder de PR-materiale og tager sammen til konferencer og ud i andre sammenhænge, hvor de fortæller om huset. Jobheden har kontakt til arbejdsmarkedet. Det er et af formålene med Fountain House-bevægelsen, at medlemmer ved at samarbejde om forskellige arbejdsopgaver i huset optræner sociale og arbejdsmæssige kompetencer, så de, der har lyst, ressourcer og kompetencer, bliver i stand til at varetage jobfunktioner i offentlige og private virksomheder uden for huset. Medarbejderen i jobheden har kontakt udadtil for at skaffe job til medlemmerne, han deltager i et netværk bestående af

¹² En praktikant fra kommunens jobcenter, der var i arbejdsprøvning på værestedet.

erhvervsledere i kommunen. Gennem dette netværk har han skaffet arbejde til værestedet og praktikpladser til nogle af medlemmerne.

Der er nogle af medlemmerne, der har fået et job uden for huset. De mødes i huset en gang om måneden med medarbejdere og med de medlemmer, der er interesserede i at komme i arbejde uden for huset. De, der er i job, kommer for at fortælle, hvordan det går med deres arbejde. De kommer om eftermiddagen efter arbejdstid for at være med til at tilberede en treretters menu, som dagens aftensmåltid består af. Der er en enkelt kvinde, som efter at have deltaget i arbejdsfællesskabet et stykke tid selv ansøgte og fik et fuldtidsjob i en virksomhed. De øvrige medlemmer, som har arbejde uden for huset, har enten et deltidsjob, der bidrager økonomisk til en førtidspension. Andre medlemmer er i ulønnet praktik, det er en øvelse, der skal give dem selvtillid og kompetencer til at komme ud i et lønnet arbejde.

På mødet er der et af medlemmerne, som gerne vil have et job, så medarbejderen i jobheden beder hende skrive sit CV, så det kan komme med på møde i netværket.

Medarbejderen beder kvinden notere, hvad hun kan, hendes uddannelse og erfaring, hvis hun sender det med mail dagen efter, vil han tage det med i sit netværk ugen efter. Det vil hun meget gerne, og de drøfter lidt, hvad der skal stå i det. Medarbejderen fortæller, at han kun har et minut til at fremlægge det for de andre i, så der skal ikke stå så meget, men der kan siges meget på et minut, så det skal være præcist, så han kan se, om der er nogen, der kan ansætte hende (Feltnoter, Fountain House, 2009).

Nogle af de medarbejdere, der har fået job uden for huset, kommer kun til disse møder i huset. De fortæller, at det har været godt for dem at starte i huset, så de vil gerne komme og bidrage med deres erfaringer til de andre medlemmer. Andre medlemmer kommer stadig et par gange om ugen, de dage de ikke er på job, for at deltage i arbejdet og det sociale samvær i huset.

Kontorenheden

På et kontor sidder en medarbejder og et medlem, ung kvinde på 18 år, over for hinanden ved hver sit skrivebord og skriver på computere. Medarbejderen ordner regnskab og vejleder medlemmet, som renskriver dagens avis, mødereferater og andet, der skal gøres klar. Medarbejderen roser medlemmet og siger, at hun er hurtig til arbejdet, har ordenssans og har et *'fint overblik'*. Den unge kvinde fortæller, at hun godt kan lide arbejdet og siger, at hun kunne tænke

sig at blive uddannet på kontor. De to kvinder arbejder meget koncentreret, og under arbejdet taler de stille og venligt sammen. Dagen igennem er stemningen præget af den samme stille og koncentrerede atmosfære. Der høres kun lavmælte samtaler fra kontorer og fra køkkenet. Det er den samme koncentration, venlighed og stilhed, der præger atmosfæren og samarbejdet overalt på værestedet.

Der er nogle af medlemmerne, som deler interesser og udveksler erfaringer. To yngre mænd fortæller, at de begge er 'computernørder'. Den ene står for installering og opdatering af programmer til husets computere. Han har sin egen bærbare computer med og viser nogle programmer, han har downloadet gratis på nettet. Den anden er allerede gået i gang med sine kontoropgaver.

"De sidder begge og arbejder meget koncentreret derinde", siger medarbejderne smilende til hinanden. Der er helt stille, og en medarbejder går ind og ser til dem. Forinden har de to unge siddet og talt meget lavmælt og interesseret sammen i en venskabelig tone. De gik sammen op på taget for at ryge, hver gang de holdt pause, og virkede som gode venner. De to og et tredje medlem kommer også i ungegruppen, der holder til ovenpå (Feltnoter, Fountain House-værested, 2009).

En anden dag sidder praktikanten og den unge kvinde fra kontorenheden og taler sammen. De er begge stille typer, og de fortæller hinanden om deres glæde og interesse for hunde, og de taler om den ældstes lille søn, mens de viser hinanden billeder. De to kvinder hjælper hinanden på eget initiativ en dag, hvor der skal printes og foldes brochurer. De skal gøres færdige til næste dag, hvor der er stiftende generalforsamling for klubhusets støtte-medlemmer. Praktikanten har udarbejdet brochuren med en tegning af huset på forsiden. Den er tegnet af et af medlemmerne.

Medlemmet i receptionen er i gang med at udforme dagens nyhedsbrev. Han skriver det i røde og grønne farver og fortæller, at det er, fordi han vil vise, hvem han stemmer på til folketingsvalget. På køkkenenhedens kontor renskriver et medlem de internationale kvalitetskriterier. De skal efterfølgende lægges ud på værestedets hjemmeside. Et andet medlem renskriver ugens menu, og en social- og sundhedsassistentelev er i gang med at renskrive en hel stak opskrifter på madretter, salater, brød og kager.

Samvær mellem medlemmer

Der er en hyggelig stemning i en stille og afdæmpet atmosfære på værestedet. Der udveksles mange håndslag, venlige berøringer og små venskabelige kram. Alt foregår stille og roligt, og alle i huset taler sammen på en høflig og venlig måde. Det er en arbejdsplads, hvor der er en flad ledelsesstruktur med en leder og en souschef. Da der ikke er mange medarbejdere - og huset fungerer som et klubhus, baseret på frivillighed, hvor alle har ansvar for, at stedet fungerer - har hierarkiet i medarbejdergruppen ikke den store betydning i praksis. I samarbejdet har medarbejdere et professionelt ansvar, og medlemmerne har eget ansvar for arbejdet. Arbejdet tilrettelægges med udgangspunktet i medlemmernes ønsker om at træne og opøve forskellige arbejdsmæssige færdigheder og sociale kompetencer. Medlemmer er ikke beslutningsmæssigt underordnede i de demokratiske processer.¹³ Medarbejderne er styrende i den forstand, at de har et ansvar for, at stedet fungerer ud fra de gældende kriterier. Men medlemmerne har også et ansvar for dette. Medarbejderne fortæller, at de lægger vægt på, at alle i huset udviser opmærksomhed over for hinanden, og de ansatte accepterer ikke *'omklamrende omsorg'*. Den enkelte skal selv tage ansvar og have mulighed for at udvikle egne kompetencer. Det er et fælles ansvar at give hinanden opmærksomhed, og det er en del af arbejdsfællesskabet. Hvis et medlem ikke møder op som aftalt, er der en person, der er ansvarlig for at kontakte vedkommende og opmuntre ham/hende til at møde op.

Der er mange medlemmer i huset; nogle er der stort set hver dag, andre kommer indimellem, og andre igen kommer kun en gang om ugen. Det er noget, det enkelte medlem aftaler med medarbejderen i den arbejdsgruppe, medlemmet har ønsket at indgå i.

Nogle af medlemmerne har noget særligt sammen, deres samvær er præget af humor, de laver sjov med hinanden og godmodigt drilleri. De deler vittigheder, griner og taler sammen både under arbejdet og i pauserne.

Medlemmer, der er kendt med rutinen i huset, tager sig af nye og af medlemmer, som af en eller anden grund har været fraværende et stykke tid. En kvinde

¹³ På det første møde, jeg havde med huset, var det ikke helt enkelt at se eller høre, hvem der var medlem eller medarbejder, alle talte og gav udtryk for deres mening, om de ville deltage i projektet, og besluttede det fælles.

kommer tilbage efter et par måneders indlæggelse på hospital. Værestedet har holdt kontakt med hende også efter hendes udskrivelse, de har jævnligt sendt kort og blomster, og de har ringet til hende, da hun kom hjem, for at støtte hende og få hende til at komme tilbage. Hun bliver modtaget af både medlemmer og medarbejdere og budt velkommen tilbage, derefter indtager hun sin vanlige arbejdsplads og begynder at skrive på computeren. Et par af de mandlige medlemmer er meget opmærksomme på hende og går dagen igennem hen og opmuntrer hende og giver hende skulderklap og knus. Et medlem tager en masse billeder af hende og af alle de andre medlemmer og viser dem frem. Det har de meget sjov ud af, alle griner og hygger sig. Et af medlemmerne siger til hende, at hun skal vide, at de er glade for, at hun er kommet tilbage efter indlæggelsen, og at hun skal have det lidt sjovt, det plejer hun at være så glad for. Der er på den måde en masse sociale ressourcer i medlemsgruppen, og medlemmerne udviser megen omsorg for hinanden, hvilket tydeligt ses i forhold til denne kvinde. Medlemmerne kender hinanden så godt, at de ved, hvordan de kan muntre netop denne kvinde op.

Arbejdet foregår i et samarbejde og dermed med delt ansvar mellem medarbejder og medlem. Et mandligt medlem og en medarbejder gør i fællesskab rent i reception, kontorer og dagligstue, hvor de støvsuger, tørrer støv af og vasker gulvene på skift. I køkkenet bliver der gjort rent dagligt, det er en del af de fælles daglige opgaver for den gruppe, der er i køkkenet. Alle opgaver skal varetages, og medlemmerne vælger selv, hvilken gruppe de vil være en del af, og dermed også hvilke af opgaverne i huset de gerne vil være medansvarlige for at udforme og udføre. Medlemmerne kan skifte til andre grupper efter et stykke tid.

Opsummering tre etnografiske beskrivelser

Der er visse lighedstræk mellem de tre steder, der er beskrevet ovenfor, der er også markante forskelle. Alle steder har rehabilitering som ramme for deres arbejde, men stederne definerer deres formål og deres rehabiliterende indsats forskelligt. På alle tre steder opholder mennesker sig frivilligt. Nogle har valgt at blive indlagt på sygehus, andre flytter ind på bosted, andre igen har valgt at komme på Fountain House-værestedet. Mange medlemmer på Fountain House-

værestedet ønsker sig at få en fremtid på arbejdsmarkedet. Det er af forskellige grunde, disse beslutninger træffes, og det er i forskellige livssituationer.

Der er visse træk, såsom bolig, kompetencer, sociale relationer, anvendelse af rum og artefakter, der er interessante at se på i forhold til disse tre steder. Patienter på det åbne afsnit er indlagt, fordi de har en periode, hvor de har mange psykosociale problemer og har vanskeligt ved at bo for sig selv i egen bolig. De er indlagt til medicinsk og psykoterapeutisk vurdering og rehabiliterende behandling på hospital, alle er i behandling med medicin, som de indtager på frivillig basis, behandling mod en patients vilje kan ikke foregå på det åbne afsnit, det foregår på et lukket afsnit.¹⁴ Under indlæggelsen administreres medicinen af sundhedsuddannet personale.

Der er ikke tale om en permanent bolig, men om et behandlingstilbud der inkluderer bolig på behandlingsstedet. Patienterne bor langvarigt, men midlertidigt på afsnittet, indtil de har genoptrænet deres psykiske, sociale og praktiske kompetencer, og de er kommet sig så meget, at de igen kan komme hjem og bo i egen bolig. På samme måde som personalet kan deltage i oprydning og rengøring af en patients rum under opholdet på afsnittet, kan den professionelle behandling bestå af oprydning, rengøring og iværksættelse af istandsættelse af boligens rum sammen med patienten, så der igen er beboeligt, når han/hun kommer på weekend eller bliver udskrevet. Institutionens organiseringsrum kan på denne måde omfatte orden af boligkaos, strække sig ud og omfatte behandling af bomiljø i egen bolig.

Medlemmerne af værestedet bor i eget hjem, mens de er under optræning på værestedet. De kommer frivilligt på værestedet for at optræne praktiske arbejdskompetencer og psykologiske og sociale færdigheder. På værestedet administreres ikke medicin, og sygdomssymptomer er ikke i fokus for fælles samtaler. Medlemmer kan altid vende deres problemer med en af de ansatte, der også kan arrangere møder for medlemmet med pædagogisk vejleder/sundhedspersonale. Hvis et medlem ønsker det, kan en medarbejder følge ham/hende til læge, tandlæge, socialrådgiver eller til andre offentlige steder. Alt,

¹⁴ Behandling mod et menneskes egen vilje kan efter lov om tvungen opfølgning ske uden indlæggelse, men med et ambulante besøg til behandling med tvang.

hvad angår medlemmernes egen bolig, hører under kommunens ansvar, hvor støttepersoner eller sundhedspersonale tager sig af støtte og/eller behandling. Beboere på det længerevarende bosted bor i eget værelse. Det er en frivillig boform, og beboerne har valgt at bo der, fordi de har psykosociale problemer, der gør det vanskeligt for dem at klare en hverdag alene i egen bolig. Beboerne har valgt boformen sammen med andre mennesker i lignende situationer, fordi de ikke har kunnet klare at bo alene i en bolig, uden at have professionelle til at støtte dem og - for nogles vedkommende - til at servicere dem døgnet rundt. Opholdet på bostedet er langvarigt, men har ikke permanent karakter, beboerne kan ikke tage 'hjem' igen, da de har opsagt deres lejemål og derfor ikke bor andre steder.

Det er ikke behandling, der er hovedfokus på bostedet. Det er pædagogisk støtte og omsorg efter recoveryprincippet, men de fleste af beboerne er i medicinsk behandling gennem stedets psykiater eller fra et distriktspsykiatrisk center, og medicin administreres for de fleste beboere. Bostedets ansatte tager kontakt til læger og hjemmesygeplejersker, hvis en beboer har behov og ønsker om det. På bostedet er målsætningen, at beboerne på sigt skal kunne klare sig i en bolig, mere eller mindre selvstændigt, og der er bestræbelser i gang på at genoptræne fysiske, psykologiske og sociale kompetencer gennem forskellige aktiviteter.

Praktikker i rum

Der er visse ligheder mellem de institutionelle tilhørsforhold og det rent bygningsmæssige, idet såvel det åbne afsnit som afdelingerne på bostedet udgør en mindre del af en større institutionel kontekst. Bostedets bygninger bærer præg af at have været et plejehjem, og en del af personalet var også ansat, ligesom nogle af beboerne boede der, da det var et plejehjem. De arkitektoniske rammer, indretning af rummene og praksisser i de enkelte rum bærer præg af denne fortidige anvendelse mere end af at være beboernes egne boliger. Det åbne afsnit knyttes til en stor psykiatrisk institution med en lang historie, en sådan indskrives sig i væggene gennem selve indretning og anvendelse af bygninger og rum (Foucault, 1994, Larsen, I. B., 2009). Det sker ligeledes gennem de forskellige praksisser. Der er ikke tale om en privat bolig, og et hospital har ikke hjemmets magtfrihed. Hospitalets indretning, brug af rum og forskellige

professionelles praksisser indeholder elementer af overvågning, kontrol og disciplinering, der ikke genfindes i ens eget hjem (Martinsen, K., in Larsen, K. (red.), 2005). Selv om patienter kan aflåse deres døre, kan personalet af sikkerhedsmæssige grunde låse sig ind med en hovednøgle ved behov. Rum er rammen om menneskets kroppe og betinger muligheder for at skabe sociale relationer, læring og helbredelse. Der er i nutidens institutioner indrettet rum for den indlagte at være i, hvor det er muligt at finde ro, hvile og privathed, noget, som understøtter deres helbredelsesproces.

Rum har som funktion, at de manifesterer grænser og fastholder hierarkier, og dermed kategorier og klasser af rum og af mennesker. Der kan indtages særlige positioner, der giver magt over visse rum til dem, der dominerer de dominerede, som befinder sig i andre rum (Larsen, K. (red.), 2005). Dette træk er genkendeligt på såvel det åbne afsnit som på det længerevarende bosted, hvor rum anvendes af bestemte personer, hvorved andre ekskluderes; det går begge veje ud fra forskellige præmisser og teknikker.

Det åbne afsnits rygerum fungerer som et personalefrit rum. På bostedet var et rygerum på den ene afdeling med den samme funktion. Det kan siges at være de eneste rum, hvor personalet ikke opholder sig sammen med patienterne pga. regler, der ikke tillader personalet længere ophold i røgfyldte lokaler. Patienter og beboere bor i relativt små rum, der fungerer som bolig under indlæggelse på hospitalet og udgør en bolig på bostedet. Det er beboerens private rum, der af og til åbnes for og overtages af personale, når de ind imellem hjælper beboerne med praktiske opgaver som at rydde op og gøre rent på rummet.

Både på hospitalet og på bostedet fungerer de professionelles kontorer som patientfrie/beboerfrie rum, kun personalet har nøgle til kontorer. På både ryge- og kontorrum er den anden gruppe fysisk fraværende, men nærværende som samtaleemne, i rygerummet som fokus for subkulturelle modmagtsstrategier, på kontorerne som personalets magtstrategier, i hvilke patienternes nærvær har sekundær form.

Som på både hospital og bosted, er der på værestedet to grupperinger: Ansatte og beboere. Medarbejderne er i mindretal alle tre steder, men på værestedet er der ikke det samme magtforhold mellem professionelle og beboere, som der er på de to andre steder. På værestedet er der ikke et behandlerforhold. På

hospitalet har de professionelle deres arbejdsplads, og patienterne er i behandling hos de professionelle. På bostedet har de professionelle deres arbejdsplads, og beboerne har deres bolig. Patienter og beboere opholder sig 24 timer i døgnet på stedet, mens de professionelle har 37 timers arbejdsuge og går hjem efter arbejdets ophør.

Værestedets fundament bygger på det demokratiske samfundssyn med vægt på ligestilling for alle. Dette fokus viser sig i værestedets praksisser, i den måde arbejdet fungerer på, og hvordan værestedets rum og artefakter anvendes på lige fod af medlemmer og medarbejdere. På værestedet er der ikke særlige rum, steder, funktioner eller artefakter, som pc og køkkenudstyr, der er forbeholdt den ene eller anden gruppe - de deles ligeligt og med lige stor ret.

Hospital og bosted udgør arbejdsplads for personale og behandlingssted/bosted med socialpædagogisk støtte for beboerne. Begge steder er der skarp opdeling mellem personalerum og beboerrum. På værestedet er der tale om en fælles arbejdsplads, arbejdet er det fælles fokus for såvel medarbejdere som medlemmer og ikke kun forbeholdt en professionel gruppe. Alle arbejder på lige fod ved de skriveborde med pc-arbejdspladser, der er i huset. Hvis én pc-arbejdsplads udfyldes af en person, finder den, der skal skrive, en anden tilsvarende plads. Der er indrettet forskellige områder på kontorerne, de er beregnet til arbejdsenhederne, men det betyder ikke, at nogen fra andre enheder ikke kan anvende arbejdspladsen. For medarbejderne er princippet, at alle skal kunne gå ind i alle arbejdsfunktioner sammen med medlemmer i grupperne, så alle arbejdsopgaver i huset bliver udført, uanset hvilke medarbejdere der er på arbejde den pågældende dag. Det giver et tværfagligt professionelt samarbejde, der er karakteriseret af at være mindre funktionsopdelt, selv om arbejdsgruppe og tilhørsforhold i udgangspunktet er bestemt af de særlige kompetencer, den enkelte medarbejder har.

Der er demokratiske processer på stort set alle områder på værestedet, idet medlemmer og medarbejdere deltager sammen og med lige stemme ved alle husets møder. Det gælder også for beslutninger i husets styregruppe, hvor formanden er et medlem. Alle i huset er fælles om at drøfte, vurdere og tage beslutninger om alle forhold og aktiviteter, der vedrører dagligdagen i huset. Medlemmerne fortæller, at de har lige ret til at diskutere og beslutte. De føler sig

taget alvorligt og værdsat som mennesker, hvilket giver selvværd, håb og selvtillid til at vove flere ting. En sådan ligeværdig og personlig relation er vigtig i den enkeltes recoveryproces.

Medlemmerne på værestedet har deres særlige sammenhold, hvor de opmuntrer hinanden og taler om fælles problemer i deres liv. De taler også med medarbejderne om disse ting og søger støtte og vejledning til at komme videre. Der er fokus på at være sammen om at udføre et stykke arbejde, noget der er et fælles mål med huset. Det er et læringssted, hvor medarbejderne ikke tager over, med mindre de bliver bedt om støtte. På samme tid har medarbejderne et øje på medlemmerne for at se, at de klarer arbejdet, og at det ikke overstiger deres ressourcer. På samme tid er samværet i arbejdet med til at styrke medlemmernes ressourcer, og stedets ansatte vurderer ikke nogen person ud fra funktionsdeficits.

På de tre steder er personer fra forskellige grupper. Der var flere personer fra Gruppe 1 på værestedet, end der var på de andre to steder. Der var flere fra Gruppe 1 på det åbne afsnit, end der var på bostedet. Der var flere personer fra Gruppe 2 og 3 på bostedet og på det åbne afsnit, end der var på værestedet. Der var ikke personer med stort rusmiddelforbrug på disse tre steder under observationsstudiet, og de angives heller ikke til at være en målgruppe.

Skabelsen af et ligeværdigt og meningsfuldt arbejdsfællesskab og omgangstonen var, sammen med de nye venskaber, der blev knyttet mellem medlemmer, medvirkende til, at medlemmerne følte sig værdsat som menneske. At værestedets demokratiske fundament faktisk indgik i værestedets praksis, blev beskrevet som en faktor, der var stærkt motiverende og understøttende i en recoveryproces.

Centrale rums funktion

Det socialt set mest centrale patientrum på det åbne afsnit er rygerummet, der var ret lille og præget af funktionen som rygerum - med gule nikotinfarvede vægge. Rummets placering, indretning og formål var på forhånd defineret af de ansatte. Rummet fungerer efter formålet, patienter mødes der mange gange dagen igennem for at ryge og tale sammen. Rummet fungerer også som et

lærings- og kompetenceudviklings rum med henblik på at være og overleve som patient, uden at det på forhånd var defineret af personalet.

Rygerummet fungerer som et sted, hvor de indlagte oplæres til at påtage sig rollen og agere som patient i den kontekstuelle sammenhæng. Der er opstået en særlig patientkultur i institutionskulturen, en subkultur, et samvær, hvor deltagerne lærer tilpasningsstrategier, der i en sådan kulturel kontekst kun kan foregå og forstås som modmagtsstrategier, noget der viser styrken af institutions- og professionsmagten (Goffman, 2009/1963, Foucault, 1994, 2002). På det åbne afsnit fungerede det store fælleskontor som det centrale rum for personalet. På samme tid fungerede rummet som et behandlings- og diskussionsrum, fagligt erfaringsudvekslingsrum, stedet for dokumentationsopgaver, tværfagligt konferencerum og socialt kollegialt rum til afslapning for de ansatte.

På bostedet var der indrettet små kontorer til afdelingernes personaleteam, og større kontorer til ledelsen. Fælles for begge steder var personaleejerskabet til rummene, og at patienter kom hen til døren, når den stod åben, men forblev på dørtrinnet. Det viste, at dette rum var patientfrit. På værestedet var der ikke nogen uskrevne regler for færdsel i rum.

Alle tre steder fungerede gangarealer, køkken - under måltider - og dagligstuer som fælles rum for alle. Gange er centrale færdselsårer og mødesteder for både professionelle og mennesker med sindslidelse. Som færdselsårer forbinder de rum med andre rum, som sociale mødesteder er gangen rum for kontakt og dermed stedet for optakt til aktiviteter. Gange forbinder på denne måde handlinger i forskellige rum. Gangarealer er både forbindelsesled og kontrolrum mellem det åbne afsnits to mest centrale og socialt mest adskilte rum: rygerummet, der er patienternes, og kontoret, der er personalets. Alle tre steder fungerer gange både som uformelle og formelle kommunikative steder, hvor forskellige former for aftaler indgås, og hvor uønskede aktiviteter tages i opløbet. På bostedet og det åbne afsnit afhang rummenes funktion og dermed ejerskab af, hvilke aktiviteter der foregik i dem, og hvem der definerede aktiviteterne. Når der på det åbne afsnit var kontaktpersonsamtaler, strukturerede miljøterapeutiske møder, morgenmøder og psykoedukative møder, defineredes rummet som et kompetence-, udviklings- og læringsrum, hvor samværet fulgte

en behandlingslogisk ramme, der er lig med en kognitiv miljøterapeutisk tilgang og overordnet er medicinsk defineret.

Der forekom også spontane og ikke-planlagte, ustrukturerede sociale aktiviteter om dagen og om aftenen i disse rum. Det kunne være fælles aktiviteter, hvor de store stuer fungerede som dagligstuer for afslapning og socialt samvær, hvor aktiviteterne var definerede af de langtidsindlagte patienter, der kan betragtes som beboere i denne sammenhæng. På værestedet var det fælles rum køkkenet, hvor alle kunne sætte sig sammen til møder og måltider. Køkkenet fungerede også som vente- og afslapningssted og som mødested, hvor venner sad og hyggede og småsludrede stille sammen.

På alle tre steder var der fælles samvær mellem personale og patienter på mere ustrukturerede og ikke på forhånd planlagte måder; fælles kaffe og samtaler, der med deltagelse af professionelle ikke alene fungerede som fælles kaffe og fælles hyggesituationer, men også rummer elementer af oplæring i sociale kompetencer.

Fællesskab i rum

I det daglige var der ikke mange aktiviteter for patienterne på det åbne afsnit. Ud over måltider og morgenmøder var der ikke planlagte fælles aktiviteter hver dag. En gang om måneden var der fællesmøde, og en gang hver 14. dag afholdtes obligatorisk psykoedukation. Der var afsat faste dage og tider for den enkelte patients stuegang og for kontaktpersonsamtale. Samtaler med kontaktpersonen kunne også ske på en patients ønske, mens ekstra stuegang hang sammen med en ændret patientsituation. Mange patienter deltog i aktiviteter uden for selve afsnittet. Det kunne være psyko- eller musikterapeutisk gruppeterapi eller motionsrettede aktiviteter. Disse behandlingsforløb foregik på faste tider i ugens løb.

På morgenmødet vælger patienterne de små praktiske opgaver, som de vil varetage i dagens løb. Mange af disse praktiske ting er relaterede til orden i afsnittets rum mere end til funktioner, der er væsentlige, for at huset skal kunne fungere. Maden kommer færdigproduceret og klar til servering fra centralkøkkenet og skal blot tages ud af vognen og sættes frem til buffet i køkkenet. Der skal dækkes borde til måltider, og efterfølgende er der afrydning,

opvask og kaffebrygning. Disse ting varetages sammen med køkken- eller plejepersonale. Huset kan sagtens fungere uden indsatsen fra patienter, men det er en øvelse i at udføre små opgaver sammen med andre på bestemte tider, og personalet fortæller, at det kan være vanskeligt for mange af patienterne at komme dertil, hvor de kan deltage i praktiske opgaver.

På bostedet var det kun på den ene afdeling, at beboerne deltog i fælles praktiske opgaver. Der var ingen andre, der udførte dem, hvis ikke de selv byttede indbyrdes, når de var forhindrede. Opgaverne blev fordelt efter en otteugers plan og gik på skift mellem afdelingens beboere. Der var ophængt en plan i køkkenet. Beboerne planlagde måltider, udformede menu, købte ind og tilberedte måltiderne i køkkenet. De spiste alle måltider sammen og ryddede op og gjorde rent i egne og fælles rum. Personalet deltog i arbejdet som støtte, men overtog ikke. På bostedets andre afdelinger havde beboerne ansvar for deres egne rum, men personalet kunne udføre opgaverne sammen med dem, der havde vanskeligt ved at klare det selv. Fællesrummene og måltiderne var personalets ansvar.

Samvær mellem ligesindede

I løbet af dagen kommer alle patienter ind på det åbne afsnits rygerum, og ved at være i rummet deltager de i en eller anden udstrækning i patientfællesskabet. De tilhører samme gruppe, nogle trækker sig fra at knytte tætte bånd til medpatienter, mens andre bliver venner. De støtter og oplærer hinanden i at blive patienter på en særlig måde, der er tilpasset den kontekst og kultur, de gennem en længere periode befinder sig i. Patienterne oplærer hinanden ved at iagttage, vurdere, kommentere og rådgive om opførsel og problemløsning. Meget af recoveryprocessen i patientfællesskabet sker i en gruppeproces, noget der ikke er lige så stærkt i fokus i de professionelles behandlingsregi på afsnittet.

Patienterne tilbringer mere tid sammen og taler mere med hinanden i løbet af dagen, end de gør med personalet. De ting, der blev talt om i rygerummet, drejede sig om mange ting. Det var ofte hverdagsproblemer ift. at være sindslidende, udveksling af erfaringer om at være på eller uden for arbejdsmarkedet, andre menneskers reaktioner, virkning af medicin, alle slags problemer på den hjemlige front samt drøftelser af, hvordan personalet var.

Endvidere var fælles rygning og kaffedrikning en accepteret og ufarlig form for samvær; noget der udgjorde en fælles ramme for socialt samvær. Nogle patienter havde haft oplevelser, som de efterfølgende drøftede med de andre i rygerummet. De drøftede også fælles ture til byen, med kultur, film og spil, temaer, der vakte glæde og latter blandt patienterne.

På bostedet havde mange af beboerne boet sammen længe. De fleste røg og havde et fællesskab i at drikke kaffe og ryge sammen. Der var fællesspisning for alle beboere i festsalen eller i haven ugentligt, og der var en madgruppe, der sammen med aktivitetsmedarbejderen lavede en treretters menu i fælleskøkkenet hver 14. dag. Tilberedningen af maden foregik i fællesskab, mens der blev sunget sange og fortalt historier. Nogle havde et fællesskab omkring fælles aktiviteter, såsom forskellige former for træning og sport, der var bostedets prioriterede aktivitet. En gang om ugen kørte en stor gruppe af beboere til en sportshal for at spille bold, og nogle tog i svømmehallen. Nogle beboere tog i byen og spiste sammen, andre gik til tegning og maling. Der blev arrangeret undervisning i forskellige skolefag, hvis beboerne ønskede det. Der blev arrangeret fælles udflugter, bingo og dans. Nogle af beboerne havde været på diskotek sammen med personalet. Beboerne tog på ferie sammen og betalte for, at nogle af de ansatte kom med. Nogle beboere deltog aldrig i fællesskabet, de opholdt sig for sig selv på eget rum, andre gjorde det i perioder.

Fountain House-værestedet er et sted, hvor mennesker med sindslidelse, der gerne vil ud og være aktive i et job igen, kan komme og opleve et fællesskab på andre præmisser end i mange andre væresteder. De fleste af de mennesker, der visiteres til værestedet, har i forvejen sociale og arbejdsmæssige erfaringer fra tidligere i deres liv, fra før de fik psykiske problemer. De har færdigheder, der kan optrænes, så de er i stand til at varetage et arbejde på de præmisser, der gælder på alle arbejdspladser. Værestedet udgør en træningsplads, der giver dem mulighed for at komme i et job igen. Mange af medlemmerne har nogle psykosociale problemer, når de begynder på værestedet, der gør, at de - i deres nuværende situation på trods af deres færdigheder - ikke ser sig i stand til at fungere på almindelige arbejdspladser. De ansatte fortæller, at der eksisterer fordomme om mennesker med sindslidelse, der ikke er det bedste adgangskort til arbejdsmarkedet.

De kommer på værestedet med henblik på at genoptræne og opøve såvel deres kommunikation som sociale- og relations- og arbejdskompetencer. Optræning til job indeholder ikke alene træning i at udføre et stykke arbejde, der er også indlæring af sociale færdigheder som: at indgå i et arbejdsfællesskab, at tage ansvar for egen og andres arbejdsopgaver og for andres velbefindende og sociale kompetencer. Ud over arbejdsstræning kræver deltagelse i et arbejdsliv at kunne færdes blandt andre. Derfor optrænes færdigheder i at færdes på steder, der kan fremkalde angst hos nogle.

Kapitel 5 - Organisationer for akutte problemer

I dette kapitel indgår beskrivelser og drøftelser af det lukkede afsnit på rehabiliteringsafdelingen og af akutafdelingen som et midlertidigt botilbud. Begge steder er mennesker med akutte psykiske problemer.

Lukket afsnit

Fremstillingen af det lukkede afsnit fokuserer på handlinger i og bevægelser mellem afsnittets mest centrale rum, der udgøres af det patientcentrale rum: rygestuen, de personalecentrale rum: kontorer, og det fælles centrale rum: gangen, der forbinder disse to rum og patienternes egne rum.

Det lukkede rehabiliteringsafsnit er et alment lukket afsnit med plads til ti patienter. Afsnittet er placeret lidt for sig selv, og det er bygget langt senere end de øvrige bygninger på hospitalet. Afsnittet er indrettet i en lang etplansbygning med kælder. Bygningen er omgivet af en stor have med græsplæne, tætte buske og høje træer. Sikkerhedsforanstaltningerne signalerer lukkethed og farlighed.

Det første, der møder ens blik, er de høje trådhegn, der omgiver huset og den lukkede have. Hegnet er forsynet med pigtråd foroven. Det gør et vist indtryk. På væggen ved hoveddøren sidder et lille skilt. 'Døren er aflåst'. Jeg ringer på en klokke, og en sygeplejerske kommer ud og spørger, hvem jeg er, før jeg bliver lukket ind gennem de dobbeltsikrede døre (Feltnoter, åbent afsnit, 2009).

Begge døre er i klart panserglas. Mellem yderdør og inderdør er der en forholdsvis bred gang, hvor der er et aflåst skab til personbårne alarmer, og på væggen ved siden af er monteret et særligt nøgleskab. Nøglerne har en særlig chip, der skal aktiveres i dørlåsen, før døren kan åbnes. En del af sikkerheden er, at døren fungerer som en adgangsport for såvel indlagte som besøgende. Ikke alle, der ringer på dørklokken, bliver lukket ind. Det er en vurdering fra personalets side, hvem der kan komme på besøg.¹⁵

Afsnittet har aflåste vinduer og døre overalt. I den ene ende af afsnittet ligger det største af alle rum, der fungerer som afsnittets centrale patientrum, rygedagligstuen. Døren ud til en altan står åben, så der kan slippe frisk luft ind i

¹⁵ Fra tidligere observationer på et lukket afsnit har jeg erfaring for, at det næsten er umuligt at bevæge sig rundt uden en nøgle til de aflåste døre og skabe. Så jeg får en nøgle, selv om jeg ved, at en nøgle for nogle patienter har en stærk symbolsk betydning; en nøgle giver bæreren magt (se f.eks. Sørensen, 2006, Øye og Skorpen, 2009, Norvoll, 2006).

den tilrøgede stue. På altanen er der havemøbler og et fodboldspil. Denne altan er ikke til at bryde ud fra. Altanen er omgivet af mure med metalstænger. Der er isat en høj aflåst dør i kraftigt metal. Døren fører ud til en stor lukket have, hvor der står havemøbler, blomsterkrukker og grill. Nederst er der pansret glas for at mindske kuldeindfald, og det er planen, at der skal sættes pansret glas op over det hele, så der er helt lukket for træk. Det vil samtidig betyde, at der ikke længere er adgang til at få frisk luft ind i rygerummet. I den anden ende af den lange gang er der en aflåst dør ud til en terrasse, hvor der står havemøbler af træ og blomsterkummer med blomster. Terrassen minder mest af alt om et forsvarligt lukket bur, beklædt som den er med trådhegn på tre sider og foroven og med en låst netdør ud til haven. Den ser mere sikker ud, end den åbenbart er. Sygeplejersken fortæller, at der er patienter, der formår at *'skubbe'* trådhegnet til side, så de kan *'krybe ud under hegnet'* og komme ud i det fri. Derfor er det ikke alle patienter, der får tilladelse til at gå ud på terrassen uden opsyn.

Afsnittet er ikke helt lukket af fra omverdenen. En mandlig retspsykiatrisk patient kom tilbage til afsnittet efter at have været forsvundet fra afsnittet i tre dage. Han fortæller om sin tur, mens han morer sig. Han havde opdaget, at lågen mellem de to afsnit stod åben. Han blev lukket ud i haven og gik gennem lågen til haven ved siden af, hvor der var fri adgang ud på terrænet. Derfra tog han med bus til stationen og rejste med tog til Sverige og fortsatte sin tur derfra til Jylland. Han fortalte, at han havde haft en herlig tur, men den blev ikke helt så langvarigt, som han havde tænkt sig. Han tog hjem til sin mor, som straks kørte ham tilbage til afsnittet.

Afsnittet består af en lang gang med enerum til patienter. Der er fælles bad og toiletrum, kvinder og mænd hver for sig, de er aflåst, og kun personalet har nøgle dertil. Fællesrummene er ulåste, det samme er patientrummene. Patienterne må ikke ryge andre steder end i den store stue og på udendørsarealer. Der er et motionsrum, en ikke-ryger dagligstue og et aflåst køkken, hvor patienterne spiser deres måltider ved to lange borde. Maden tilberedes i centralkøkkenet og sættes frem som en buffet på et bord. Der er pap og farverigt plastiks-service, ikke glas og porcelæn.

Sociale relationer mellem patienter

Patientfællesskabet er knyttet til den fælles rygestue. På observationstidspunktet var alle på nær én patient rygere, og der lugtede gennemtrængende af røg i hele afsnittet. Af de ti patienter, der var indlagt på observationstidspunktet, var otte mænd, fire var retspsykiatriske patienter. Flere patienter var psykotiske og havde vanskeligt ved at klare sig selv med dagligdags gøremål såsom kost, oprydning, hygiejne, tøjvask m.m. De fleste af patienterne havde korte kontakter med nogle af de øvrige patienter, og nogle holdt sig mest for sig selv. Patienternes 'fællesskab' fungerer ikke på samme måde som på det åbne afsnit. Det er mere sporadiske og kortvarige kontakter, de fleste har, når de kommer ind i stuen for at ryge. Enkelte talte sammen to og to over en længere periode. Der var nogle, der ikke klarede ret megen og da kun kortvarig kontakt.

Der opstår også spontane relationer mellem patienterne, og de kan joke lidt sammen. De patienter, der sidder i stuen for at ryge, spiller af og til et spil kort eller brætspil med en medpatient eller med en ansat. Patienterne udviser - som det også var tilfældet på det åbne afsnit - omsorg for hinanden. En dag kommer en af patienterne ind i stuen, sætter sig i sofaen, tænder en cigaret, tager et par sug og falder så i søvn. Han sidder op og sover med en tændt cigaret i hånden, til en af de andre patienter vækker ham, fordi cigaretten er ved at brænde hans fingre. Han har flere brændemærker af samme grund. Ind imellem bliver der tændt for fjernsynet eller for radioen. En mandlig patient lytter til musik. Han har sat en cd på og synger med på sangene, mens han ryger en cigaret og ser fornøjet ud. Han hygger sig helt tydeligt med musikken. En af de andre patienter spørger, hvad det er, han hører. Patienten forklarer, hvornår musikken er fra, og hvem der synger. Det taler de så lidt om, og lidt efter synger begge med på sangen. Patienterne laver også sjov med hinanden.

En dag sidder tre mandlige og en kvindelig patient sammen i dagligstuen. En har en cigaret i munden og går hen og beder en ung mandlig patient om ild. Han siger ikke noget, tager en cigaret op af lommen og rækker den til den anden, som svarer, at han bare skal have ild. Så nikker den unge mand, tænder sin lighter og rækker den op mod ham, men idet den når cigaretten, hiver han hurtigt cigaretten ud af munden på medpatienten. Han griner hjerteligt og siger: 'Der var du sgu' kvik, nu kan du godt blive løsladt' (Feltnoter, lukket afsnit, 2009).

Da mange af patienterne er 'gengangere', kender de hinanden fra de andre gange, de gennem årene har været indlagt på samme afsnit på hospitalet. De har derfor nogle særlige relationer med hinanden.

"Vi har oplevet, at når vi får nogle af de her 'gengangere', og de har været væk fra hinanden et stykke tid, kan man se en oprindelig glæde i deres øjne, når de ser hinanden igen. For mange har jo været indlagt sammen igennem de her 16 år på forskellige afsnit og kender hinandens sygdomshistorie bedre, end vi gør. Så hvis der er noget, jeg ikke ved så.. og spørger patienten om inde i stuen, og ikke svarer, så svarer oftest en af de andre. Så de kender hinanden utrolig godt. Men de lider jo alle sammen under, at deres sygdom gør, at de kun rummer på deres egne præmisser" (Fokusgruppeinterview, tværfagligt team, lukket afsnit, 2009).

Patienterne på det lukkede afsnit beskrives af personalet som 'ikke særlig sociale'. Nogle af patienterne mangler nærmest helt sociale færdigheder. De har 'boet' på hospitalet gennem mange år, og mange har ingen eller få praktiske færdigheder.

De forskellige værksteder og aktivitetssteder, hvor patienternes praktiske færdigheder førhen kunne trænes, er blevet lukket gennem de seneste år. Der resterer kun ganske få muligheder for praktiske aktiviteter på hospitalet, som patienter kan deltage i og have et socialt fællesskab om. Der er nogle af disse langtidsindlagte patienter, der får en særlig status blandt de andre patienter, fortæller personalet.

"Men jeg synes da også, man ser positive ting, på den måde forstået, at vi kan have rigtig svage, dårlige patienter, hvor nogle af de bedre patienter faktisk er lidt beskyttende eller værner lidt om dem og sørger for, at de har en smøg eller kaffe. Der er altid nogle patienter, der er fredet, klasse A, hvis man kan sige det sådan, fordi de – ja, undskyld mig udtrykket, men – bliver lidt maskot-agtige i afdelingen, og så de lidt bedre, stærkere patienter, som beskytter dem eller tager sig lidt af dem, ik" (Fokusgruppeinterview, tværfagligt team, lukket afsnit, 2009).

De fleste patienter havde ikke tilladelse til at gå uden for afsnittet alene. De skulle have personalet med; andre havde tilladelse til at gå alene uden for afsnittet i kortere eller længere tid, de sidste havde ikke udgangstilladelse. Derfor opholdt de fleste patienter sig i afsnittet det meste af døgnet.

Der var ikke så mange fællesaktivitetsmuligheder inden for afsnittets fysiske rammer, og der foregik ikke så meget i dagligdagen. Den lange gang fungerede også som et centralt rum. Den forbandt personer, aktiviteter og afsnittets rum. På gangen gik personalet til og fra aktiviteter og samtaler fra rum til rum. Nogle patienter opholdt sig en del på gangen, de satte sig ned i stolene på gangen og

ventede, de gik frem og tilbage og holdt øje med personale og medpatienter. Det var også muligt gennem glassdøren at iagttage, hvem der kom og gik ind og ud af afsnittet.

Regler for samvær

Det sociale samvær mellem patienter er på nogle områder regelsat. Reglerne gælder for alle indlagte patienter. Der er juridiske-, hospitalets generelt gældende- samt afsnittets egne- regler, der alle skal fungere som en beskyttelse af 'svage' patienter og mindske antallet af konflikter mellem patienterne. Sedler med regler er klæbet op på gangsiden af den glassdør, der vender ind mod afsnittet. Det er et centralt sted midt på gangen - lige over for personalets fælles kontor, så i løbet af dagen stiller patienter sig netop der. Det er et sted, hvorfra der er god oversigt over alt: Hvad der sker i afsnittets rum, og hvem der kommer og går. Patienterne kan fra denne position kontrollere personalets bevægelser på kontoret, til og fra rum, og dermed får de viden om, hvad personalet fortager sig. I ventetiden læser patienterne ofte på sedlerne på glassdøren, der fungerer som opslags- og informationstavle.

Sundhedsstyrelsens håndhygiejneregler er opsat sammen med regler for, hvordan patienter forventes at opføre sig over for hinanden, andre regler præciserer, at handler er forbudt. Handler mellem patienterne foregår alligevel både i det små og i lidt større omfang, det kan nogle eksempler fra observationsstudiet vise. Patienter låner og køber cigaretter, men også andre ting af hinanden. Der opstod en konflikt mellem to patienter, fordi den ene havde lånt en halskæde af den anden. Da ejeren ville have sin halskæde tilbage, var den forsvundet. En sygeplejerske måtte mægle, og aftalen mellem patienterne blev, at den patient, der havde lånt halskæden, skulle betale 2000 kroner for den. Betalingen måtte personalet hjælpe til med at ordne, og det tog et par dage, før pengene blev betalt. Et andet eksempel var en patient, der havde fået en hat for en pakke cigaretter. Følgende beskrivelse fra feltnoter:

Ude på gangen kommer en patient med en cowboyhat på hovedet. [...] Han har fået den af en medpatient, siger han.[...] Den er fra Australien, mener han. Han spørger mig, hvad sådan en koster, jeg kikker på den igen og siger, den er lavet af rigtigt læder, så hvis den havde været canadisk, ville den have kostet mellem 6-800 kroner at købe. Han har givet cigaretter for den, siger han. Jeg siger, at det var ikke så meget. En sygeplejerske spørger, om den hat ikke ligner x's meget. Patienten siger, at det er det, han har fået den af ham. Sygeplejersken mener, han skal levere den tilbage. Lidt efter kommer han gående på

gangen, han har ikke hatten på, og jeg spørger, hvor den er, han har leveret den tilbage til x. (Feltnoter, lukket afsnit, 2009).

Reglerne bliver taget alvorligt af personalet, så meget at det blev taget op til drøftelse og som tema for psykoedukationsundervisningen en eftermiddag. Der er regler om, at patienter ikke må indtage alkohol og stoffer i afsnittet, og om at patienterne ikke må handle med hinanden. Det giver mange problemer, hvis patienter handler med hinanden. *'Stærke patienter kan lure svage, der ikke kan sige nej'*, fortæller en sygeplejerske

Nogle patienter går med det samme, hvis der bliver optræk til uro; det var tilfældet med to kvinder, der var indlagt. Begge virkede rolige og velformulerede, og når de opholdt sig i stuen, sad de stille og talte med nogle af de mandlige patienter. Begge kvinder var meget aktive på et fællesmøde, hvor der ellers var en urolig stemning, fordi patienterne kom og gik, og en enkelt patient med fast vagt var lidt for højrøstet ude på gangen, han gik frem og tilbage mellem sit rum og dagligstuen med to ansatte som vagter efter sig. Det fik nogle af de andre patienter til at gå frem og tilbage mellem stue og gang under mødet. Som en patient forklarede, havde han det svært med, at den anden patient havde det dårligt, og han måtte lige ud og se, om han kunne hjælpe ham. Fællesmødet drejede sig om fællesskab i afsnittet og om de regler, der er forbundet med at være i afsnittet.

"Det var en helhed omkring, jeg ville ind og snakke om fællesskab og så også dreje den ind på regler, eller hvorfor det er, vi har faste spisetider. Altså det er for at tage en all-around på, hvad præcis patienterne mener, hvad et fællesskab er. Det var så lidt vanskeligt at fuldføre det møde. Folk kom med.. patienterne kom og gik. Men jeg holdt lidt fast i det, men jeg synes da, at vi fik noget positivt ud af det, for der var to kvindelige patienter, som sad der, og en af dem kom rigtig meget på banen, som ikke før har sagt så meget. Det betragtede jeg som meget positivt" (Fokusgruppeinterview, tværfagligt team, lukket afsnit, 2009).

Under observationsstudiet var der indimellem en hektisk atmosfære på afsnittet. Flere af patienterne gik frem og tilbage på den lange gang, mens de snakkede med sig selv, råbte højt eller skældte ud, hvilket gav en del uro i hele afsnittet. Stemningen i afsnittet skiftede hurtigt, og der var forskelle på, hvordan patienterne havde det fra dag til dag. Et lille udsnit af feltnoterne siger lidt om den stemning, der var under observationsstudiet.

Der er uro i stor stil, da jeg kommer i afsnittet, 10 minutter før har A fået tvangsmedicin, og der er fire personalemedlemmer i nærheden af hans stue. Han er skiftevis højtråbende

og stille. Hans stemme er hæs, han har ikke sovet hele natten og har været ret aktiv hele weekenden. Personalet taler om, at der er gjort klar til en tvangsfiksering, hvis det bliver nødvendigt.

På resten af afsnittet er der stille. B og C sidder i rygestuen, X, D og E sidder i køkkenet og spiser morgenmad sammen med køkkenassistenten. Jeg laver te og sætter mig ved bordet. D siger, at hun skal til et møde i byen, at hun har travlt, og at hun tager af sted nu, så hun går ud af køkkenet. X fortæller noget til køkkenassistenten. E spiser mad. X siger noget til mig, men jeg kan ikke høre, hvad han siger, han snøvler, han siger, at det kan man ikke forvente af én, der ikke kan finde ud af en båndoptager. Jeg svarer, at det kan jeg sagtens, der er ikke problemer med den, det er ham, der talte utydeligt. Han fortæller, at han lige har fået to tbl. Nitrazepam p.n., og han virker vred. Jeg spørger, om han er vred på mig, for han lyder sådan. Han ser på mig og siger så, at det er han ikke, men han har ikke fået metadon. Jeg siger, han må tale med personalet om det, det har jeg ikke noget med at gøre. Jeg går ind på kontoret, hvor personalet virker lidt hektiske. Jeg møder H på gangen, han skuler, idet han går forbi og siger, at han er ikke kommet herind for at lave børn (Feltnoter, lukket afsnit, 2009).

Stemningen i afsnittet kan hurtigt skifte - fra at være helt stille til - der sker en masse på en gang. Alle patienter på afsnittet behandles med psykofarmaka. Der er ikke selvadministration. Medicinen udleveres til faste tider i forbindelse med mad.

Der er nogle af patienterne, der ikke vil tage deres medicin, og da nogle har dom til behandling, har personalet ansvaret for, at medicinen rent faktisk blive indtaget. Der er specielt to patienter, der prøver at undgå det. Den ene patient får medicin i dråbeform, mens både læge og sygeplejerske holder øje med ham. Han er mester i at spytte medicinen ud i et glas eller i kaffekoppen. En anden patient vil ikke have medicin. Han har fast vagt døgnet rundt, vagten sidder på en stol uden for hans rum og holder øje med ham og følger ham overalt, hvor han er. Personalet skifter hver halve time med at være fast vagt hos patienten. Han får sin medicin med tvang en nat, hvor han er blevet meget psykotisk og voldsom. Patientens opførsel med at rende meget stærkt og tale uafbrudt påvirker stemningen i afsnittet, og nogle af de andre patienter bliver urolige, de holder nøje øje med, hvad der sker. Det er ikke, fordi de er bange for ham, de kender ham og ved, han ikke gør dem noget. Medpatienterne prøver at få ham til at sidde lidt og tale med dem i dagligstuen, og nogle besøger ham på hans rum for at holde ham lidt med selskab.

Der er nogle patienter, der kan blive voldsomme, og de kan finde på at slå både de andre patienter og personalet. Derfor har personalet deres opmærksomhed rettet mod, hvad der foregår i afsnittet, og af sikkerhedsmæssige grunde

meddeler de hinanden, hvor de går hen, så alle ved, hvem der opholder sig hvor.

Situationer udvikler sig over korte øjeblikke. Et eksempel fra feltstudiet:

Der lyder pludselig høje råb fra dagligstuen, og personalet løber derind 5 mand høj. Der er hurtigt stille derinde. Jeg sætter mig lidt nærmere, og kan høre personalet tale med de patienter, der sidder i stuen. Det drejer sig om, at X har slået Y. Y bliver bedt om at gå ned på sit rum, og Z spørger, hvorfor det er ham (Y), der bliver sendt derind, når det er X, der slår. Da der er kommet ro, går jeg ind og sætter mig i en stol derinde. En sygeplejerske sidder og taler med X, hun tilbyder ham, at de kan gå ned på hans rum og tale sammen om, hvad der er sket. Det vil han ikke, han har ikke slået, siger han. Han spørger de andre patienter, om de måske har set, han har slået? Sygeplejersken siger, at hun har hørt, at han har slået, og det vil hun gerne høre fra ham. Han har ikke slået, at slå er at bruge knytnæver. Det har han ikke gjort. Hun spørger ham, om det at give en med flad hånd ikke er at slå. Det er det ikke, det er bare et klask, siger han (Feltnoter, lukket afsnit, 2009).

Dagen efter slår samme patient ud efter en sygeplejestuderende, mens de sidder og taler sammen i dagligstuen, og hun bliver helt forskrækket og bange for ham. Han ville ikke slå, siger han, og han får det helt dårligt selv, han fortæller, at han er nervøs for, at han bliver flyttet på en retspsykiatrisk afdeling. Det vil han så nødig.

Personalet forklarede, at stemningen er meget forskellig, i perioder kan der være en rolig stemning, når der er flere, der fungerer godt sammen. I andre perioder kan der forekomme uro, især når der er stoffer i afsnittet.

"Er der sådan en rolig, god stemning i afdelingen, så spejler det også af, at.. det er da ikke så lang tid siden, at vi faktisk havde en kaffeklub mellem patienterne. En seks-syv patienter som splejtede om kaffe og sad hver dag.. jeg ved ikke, to-tre gange i døgnet, og drak kaffe og havde hygge inde i dagligstuen, og det gjorde så også, at der var andre patienter, der kom ind bare for at sidde og kigge og være en del af det.. så er det mange gange, at kommer der én patient, som måske ikke helt kan tolerere det, der er så syg i sin opfattelse af det, der foregår, så det kan ødelægge hele stemningen på hele afdelingen, og som på måske tre dage ødelægger kaffeklubben, og alle patienter holder sig i sin egen stue. Så jeg synes meget, det er, hvad for nogle typer af patienter, man har i afdelingen. Hvordan stemningen er. Også i de sociale lag mellem hinanden".

"Der er nogle lag, hvor man kan sige, når der er stoffer i afdelingen, så skal I være rigtig pot og pande ellers.. og så er der ellers ballade" (Fokusgruppeinterview, tværfagligt team, lukket afsnit, 2009).

Der var et par eksempler på stoffer i miljøet under observationsstudiet. Den mandlige patient, der blev aggressiv og slog en medpatient, havde ifølge de ansatte formentlig taget stoffer. En anden patient blev først frataget sin udgang og dernæst flyttet til et andet lukket afsnit, fordi personalet mente, at han havde bragt stoffer til afsnittet.

Samvær mellem personale og patienter

Personalet opholder sig en del på kontorerne, hvor de læser og skriver i den elektroniske patientjournal og har forskellige møder samt formøder til stuegang. Kontorerne er placeret tæt på rygedagligstuen, så det er muligt at høre og dermed følge med i, hvad der foregår mellem patienterne. Det er også muligt at se, hvem der går hen til dagligstuen, da alle skal forbi døren til kontoret for at komme hen til dagligstuen. Mange patienter hilser lige på personalet, når de går forbi, eller personalet kommer ud på gangen for at hilse for lige at høre, hvordan det går. Ud over de lidt mere tilfældige kontakter mellem patienter og personale, foregår der planlagte møder i form af kontaktpersonsamtaler og stuegangssamtaler. Der er fællesskab i form af aktiviteter mellem patienter og personale også. Det kan være i form af følgeskab på ture i naturen eller i byen, ture til kiosken eller til deltagelse i aktiviteter. Det kan også være fællesskab om at rydde op i dagligstue og andre fælles rum. Følgende eksempel fra feltnoter og fokusgruppeinterviews viser dette.

Inde i dagligstuen kommer en sygeplejerske ind og spørger, om der er nogen, der vil være med til at skrubbe terrassen i dag. Der er ingen, der lige svarer, men så siger en mandlig patient, at det vil han godt. Hun henter spand og gulvskrubber, og de går i gang med at gøre den ren. Et stykke tid efter kommer hun hen ad gangen med spand og gulvskrubberne og møder en anden patient, der går hen ad gangen. Hun siger: "Tak x, fordi du tørrede bordene af" (Feltnoter, lukket afsnit, 2009).

I fokusgruppeinterviewet fortæller sygeplejersken om denne episode som eksempel på, at der er patienter, der har ressourcer til at deltage i nogle praktiske ting, når de har en god dag. De praktiske ting, der gøres sammen, er en del af den sociale oplæring, der skal gøre patienterne i stand til at deltage i praktiske opgaver og i at tage ansvar for fælles omgivelser.

"Jamen, jeg forsøgte jo at sælge idéen om, at vi skulle gøre rent på terrassen den anden dag, som du jo også oplevede, hvor jeg fik en patient til at hjælpe mig. Hvor efterfølgende, han blev selvfølgelig rost meget under selve arbejdet og udførte det virkelig godt, og det var hyggeligt derude, der var ikke noget der, og bagefter kom der faktisk en af de kvindelige patienter og sagde; nej, hvor var det dejligt, I fik ryddet op derude, og hvor jeg så sagde; skynd dig, at gå hen og sig det til vedkommende. Og det gjorde hun så, og der kunne man virkelig se, at han nærmest blev en meter højere. Den der anerkendelse af, at jeg har bidraget til, at her er dejligt at være. Og det ikke kun var mig, der havde rost" (Fokusgruppeinterview, tværfagligt team, lukket afsnit, 2009).

Personalet fortæller, at det er forskelligt, hvad patienterne overhovedet kan klare af praktiske ting. Nogle kan slet ikke indgå i sociale relationer. Nogle kan

deltage i forskellige slags spil, være med til grillaftener i haven og madlavning i køkkenet, når der indimellem bliver lavet mad i afsnittet. Personalet fortæller om samvær mellem personale og patienter i form af festarrangementer, f.eks. en nytårsaften, hvor alle patienter og personale iklædte sig fint tøj og sad pænt til bords, spiste sammen og holdt nytårsaften.

Der er stor variation i, hvor meget verbal kontakt patienterne tager til de øvrige patienter og til personalet. En enkelt patient taler ikke sproget så godt; han siger utydelige ord og skuler, men selv om han ikke virker, som om han følger med, har han helt tydeligt styr på, hvem der er hans kontaktperson. Han henvender sig til den daglige kontaktperson, der skal udlevere hans cigaretter, da de bliver administreret for ham. Personalet forklarer, at de er nødt til at hjælpe ham med at administrere cigaretterne, ellers har han ingen cigaretter eller penge til cigaretter tilbage sidst på måneden, og det eneste, han stort set kan klare, er at ryge.

Personalet fortæller, at det betyder meget for patienterne, at de sætter sig sammen med patienterne i dagligstuen og er med til at spille spil og være sociale, og personalet oplever, at patienterne sætter meget pris på, når der er elever i afsnittet, fordi de tilbringer meget tid sammen med patienterne i dagligstuen.

"Jeg synes, det gør meget, hvis man er deltagende i en eller anden aktivitet eller sidder derinde, eller hvis der er en fodboldkamp, at man deltager i en fodboldkamp sammen med dem og er entusiastisk og hepper på Danmark eller.. Bare det at der er en, der sidder derinde og spiller backgammon med én, kan lige pludselig få to andre til at sidde og kigge på, og det giver en anden, kan give en anden stemning inde i en afdeling eller på en gang eller.. Jeg oplever det egentlig ikke sådan, at personalet egentlig behøver at være så aktivt, men synlige. Men det giver da en anden.. for nogle patienter, der er også nogle, der slet ikke ønsker vores deltagelse, men jeg tror, det er en stor gruppe patienter, der synes, det er rigtig rart, vi er der. Og nogle gange lægger de også meget vægt på, at de synes, det er rart, der er elever, for eleverne har tid. Hvor; du har alligevel aldrig tid, du sidder alligevel der, eller I sidder hele tiden foran den computer, eller I har møder og stuegange, og der er det da rigtigt, der er eleverne en stor og vigtig brik i sådan en afdeling her. Så de giver jo udtryk for, at de ønsker vores tilstedeværelse" (Fokusgruppeinterview, tværfagligt team, lukket afsnit, 2009).

Det sociale samvær mellem patienter og personale i spisesituationer består ofte i, at to af de ansatte deltager i måltidet af pædagogiske grunde, ganske som på det åbne afsnit. Det kaldes for et *'pædagogisk måltid'*. Personalet drikker eftermiddagskaffe og spiser sammen med patienterne om aftenen.

Sociale netværk

Personalet fortæller, at mange af patienternes *'håb om et socialt netværk og et liv i fremtiden er slukket'*. Mange af patienterne har kun venner, der er misbrugere, som de selv er. Vennerne er der, når de har penge og stoffer, men ikke, når penge og stoffer er brugt. Personalet fortæller, at mange har *'slidt'* deres familie- og vennerelationer op, og 50 % af de indlagte har ikke noget familie- eller vennerelationer. Personalegruppen har været ansat på hospitalet i 10-30 år, så begge parter kender hinanden godt, og personalet oplever, at patienterne betragter dem som deres venner eller familie. Nogle i personalegruppen har oplevet, at de selv er sat på som pårørende på patienters netværksskemaer. De har ikke andre, de føler, de kender lige så godt.

Personalet fortæller, at der for mange af patienternes vedkommende er *'væsentlige adfærdsmæssige hindringer'* for, at de kan blive udskrevet. Derfor kan de ikke komme ud og indgå i livet i det omgivende samfund. Det er også vanskeligt for dem at etablere kontakt til andre mennesker. Personalet har oplevet, at nogle patienter kan finde på at opføre sig rimeligt uciviliseret, når de er indlagt, men at de ikke opfører sig på samme måde, når de kommer med på café. Så opfører de sig ikke *'væsentligt anderledes, end andre cafégæster'*.

"Men også når vi er på caféen, så ser vi jo patienterne, som sidder her og spytter og harker og tisser i potteplanten, og hvad de ellers kan finde på, være fuldstændigt.. hoster pænt i servietten, holder døren for én, kommer med nogle udsagn;' det er dejligt at være i byen med en dejlig dame' og sådan nogle ting. Altså sådan nogle ting rummer vi jo, og for dem betyder det rigtig meget, at vi ikke har vores skilt på, og vi sidder der og.. at de bare er en del af det sociale miljø, der er på caféen" (Fokusgruppeinterview, tværfagligt team, lukket afsnit, 2009).

I interviewet fortælles, at patienterne har en psykotisk adfærd, men at den hører til på hospitalet, så når patienterne bevæger sig uden for afsnittet og tager på café, i biografen, i Tivoli m.m., *'er de i besiddelse af nogle ressourcer, der gør dem i stand til at agere i det offentlige rum'*. Nogle af patienterne beskrives, som om de næsten er i stand til at *'aflægge psykosen'*, når de er i byen, og når der er arrangementer i afsnittet, er det over længere tid også muligt for mange af patienterne at agere på en anden måde, end de sædvanligvis formår.

"Vi havde en patient, som gik i hospitalstøj, men når han skulle ud af afdelingen, så tog han sit eget tøj på. Men når han kom tilbage, så tog han det af og tog patienttøjet på" (Fokusgruppeinterview, tværfagligt team, lukket afsnit, 2009).

Disse vaner og ressourcer kan de skifte og tage på eller af. På samme måde som de trækker hospitalstøjet af og tager eget tøj på, når de går i byen, så trækker de hospitalstøjet på igen, når de kommer tilbage.

Personalekontrollerede rum

Der er flest rum, der er aflåst og under personalets kontrol. Personalerummene består af tre kontorer, et medicinrum, et samtalerum, skyllerummet med personaletoalet og køkkenet. Motionsrummet og patienttoiletterne er ligeledes aflåste. Patientrummene, ikkerygerdagligstuen og rygerdagligstuen er de eneste rum, der er ulåst. Der er et lille rum, der anvendes som samtalerum og af og til som ekstra rum til en akut patient. Det sker af og til, at patienter må tvangsfikseres. Til dette formål er indrettet et særligt rum, det står parat med seng og bælte til at fikser patienter med, hvis det bliver aktuelt; rummet er også aflåst.

Personalet har tre kontorer, der ligger i forlængelse af hinanden. Der er døre mellem kontorerne, og der er døre ud til gangen fra to af rummene. Det første rum er indrettet med kontorplads til en pc'er, hvor personalet kan sidde og arbejde med den elektroniske patientjournal, når de dokumenterer deres arbejde. Der er et langt smalt bord, hvoromkring personalet holder møder sammen og giver rapport til hinanden om patienterne. Der drikkes kaffe og spises frokost ved bordet. Der er opsat en stor whiteboardtavle med patienternes navne, kontaktpersonnavne, hvilke aktiviteter og behandlinger patienten deltager i, om patienten har eller ikke har udgangstilladelse, ved udgangstilladelse er anført hvor lang tid, og om det gælder med eller uden følge af personale. Hver dag vurderer lægen til stuegang, hvilket observationsniveau patienterne tilhører den pågældende dag. Observationsniveauet noteres både i læge- og sygeplejepapirer i den elektroniske patientjournal.

I det midterste kontor har afdelingssygeplejersken og sekretæren deres arbejdspladser. Det sidste kontor er indrettet med et stort firkantet bord og to arbejdspladser med pc. I dette kontor holdes formøder til stuegang, mens efterfølgende lægesamtaler med patienter foregår i samtalerummet, der ligger ved siden af kontoret.

Kontorer og medicinrum er patientfrit. Patienter står ved dørtrinnet, banker på døren og venter på, at personalet lukker døren op for dem. I løbet af dagen går mange patienter forbi og kikker ind i kontoret, når døren står åben. Nogle opholder sig meget af tiden tæt på kontoret, så sætter de sig på en stol uden for kontoret eller går frem og tilbage foran døren, mens de holder øje med, hvad der foregår i rummet. Nogle står og venter på at få udleveret cigaretter eller på at tale med kontaktperson eller læge. Det er vigtigt for dem at vide, hvor kontaktpersonen opholder sig, fordi de får udleveret deres cigaretter af kontaktpersonen med faste intervaller. Cigaretter, der administreres af personalet, opbevares i medicinrummet, der ligger lige over for kontoret, og personalet noterer antal og tid for udlevering på en kontrolseddel. Administration af cigaretter kan bunde i flere forhold. Den pågældende patient ryger cigaretter, til han ikke har flere og stiller sig så ude på gangen og venter på at få udleveret næste portion. Personalet fortæller, at det er et problem, at han ikke har penge nok til at ryge ubegrænset. Personalet påtager sig ansvaret for, at hans cigaretter rækker til hele måneden, fordi cigaretterne ville slippe op, og pengene være brugt meget hurtigt, hvis ikke han får hjælp til at strække cigaretterne over hele dagen, ugen og måneden. Han virker nu ikke specielt enig i nødvendigheden af eller tilfreds med denne ordning. Han skælder jævnligt ud og kalder på kontaktpersonen med korte mellemrum. Cigaretter og andre personlige ejendele som barbergrej og andre skarpe genstande, bæltter, snore og lignende ting, som patienterne af sikkerhedsmæssige grunde ikke må have på deres eget rum, bliver opbevaret i små plastikkurve mærket med patientens navn. Kurvene er placeret på en reol i det aflåste medicinrum. Medicinrummet er et personalerum, hvor patienter ikke har adgang. Cigaretter kan blive administreret af andre grunde, f.eks. overtrådte en patient reglen om ikke at ryge på sit rum, og hans cigaretter blev taget fra ham.

Jeg går ind på kontoret og spiser min mad sammen med personalet. Der kommer en sygeplejerske ind og siger, at nu har (y patient) røget på sin stue igen, så de må visitere ham og tage cigaretterne fra ham. Straks er der tre andre, der går med hende, de tager alle handsker på og går hurtigt ind efter (y- patient) og ned på hans rum. Jeg spørger en sygeplejerske, om der er tale om tvang. Hun siger, at det er der ikke, det er bare for at få ham til at gå med til at aflevere cigaretterne, så kan han få dem udleveret. Så tilføjer hun, at man kan jo diskutere, om det også er en form for tvang, at der går fire med ind for at visitere hans rum. [...] Lidt efter kommer personalet ind på kontoret med en vasketøjskurv, de tømmer den ud på bordet. Så skriver de navn på, lægger det hele ind i medicinrummet

og lægger to pakker cigaretter og en lighter i skabet på kontoret til (y- patient). En sygeplejerske siger, at han fortalte, at han ryger otte cigaretter i timen, der svares, at så må han komme og få udleveret otte stk i timen, de er ikke rationerede (Feltnoter, lukket afsnit, 2009).

Fremover må patienten bede personalet om at få cigaretter, når han vil ryge. Næste dag viser det sig, at det ikke er gået op for alle i personalegruppen, at cigaretterne ikke er rationerede. En af de ansatte fortæller patienten, at han kun kan få udleveret en cigaret hver halve time. Hun har ikke spurgt andre, om det forholder sig på den måde, før hun siger det. Patienten kan ikke finde ud af, at skulle bede om cigaretter hver halve time, så det meste af den dag, får han ingen cigaretter, for han spørger ikke igen, og ingen ser ud til at huske på at udlevere cigaretter til ham.

Midlertidigt bosted

Bostedet er et forholdsvis nyt bosted, der ligger tæt på skov og andre rekreative områder. På samme tid ligger det tæt på butikker og offentlige transportmuligheder. Forstanderen har samarbejdet med kommunen i projektering og etablering af et bosted, der matcher behovet hos de mennesker med sindslidelse, der bor i kommunen.

Bostedet er indrettet i bygninger fra en tidligere industriel virksomhed, der er ombygget, så de eksisterende bygninger indgår som en central del af hele bostedets areal og funktion. Der er efterfølgende opført boliger i tæt-lav bebyggelse omkring hovedbygningen. Det største fællesområde er placeret i hovedbygningen, et stort hus der strækker sig over to etager. I hovedbygningen er indrettet et kulturhus med café og værksteder og med et antal kontorer til de ansatte. På første sal ligger et midlertidigt bosted med akutfunktion med plads til seks beboere. Denne del er et midlertidigt bosted.

I en sidebygning er indrettet tolv individuelle toværelses lejligheder. Lejlighederne er placeret på to lange gange, der mødes i en ret vinkel. Tilsammen danner hovedbygning og lejlighedskompleks rammen om en fælles gårdhave med græsplæne, buske, blomster, træer, en stor terrasse med havemøbler og to store fiskebassiner. Alle lejlighederne er indrettet med køkkenniche, bad og toilet, en stue og et soveværelse. Til hver bolig er desuden en lille lukket have. I

boligfløjen bor mennesker, der har behov for personlig omsorg og støtte mange af døgnets timer. Personalet har ikke et særskilt kontor. De opholder sig ved et stort spisebord i det fælles køkken-alrum, der nærmest er en udvidelse af gangen.

Den sidste boenhed er beregnet til mere selvhjulpne beboere. Der er bygget 15 toværelses rækkehuslejligheder. Boligerne er bygget sammen, så de danner en firkant rundt om en fælles gårdhave, hvor alle boligernes indgangsdøre vender ud til. I en del af den ene fløj er indrettet fællesfaciliteter: Fællesrum med et køkken, bad og toiletrum samt vaskerum. Fra fællesrummet er der adgang til en stor fælles have med lysthus og grillplads. Der er ansat pædagoger, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i dagtimerne. De opholder sig i fællesrummet om dagen, og der ikke er personale om natten. Ved ansættelse af personalet er der lagt vægt på den faglige variation, så de forskellige kompetencer i gruppen kan tilgodese beboernes forskelligartede behov. Uanset faggruppe fungerer alle som støtte-kontaktpersoner for hver deres beboere. Beboerne kan opsøge personalet, hvis de har behov for assistance ud over de faste aftaler. Personalet arrangerer fælles aktiviteter for denne gruppe. De kan også vælge at deltage i de fælles aktiviteter og arrangementer, kulturhusets personale arrangerer som et tilbud til alle beboere på bostedet.

Fysisk indretning og brug af rum

Bostedet er indrettet med masser af plads og elementer, der får de fysiske rammer til at fremstå æstetisk indbydende at bo og opholde sig i. Bostedet er af nyere dato, og alt ser lyst og velholdt ud. Så snart døren åbnes ind til hallen, kommer musikken én i møde. Der er et par beboere, som ofte spiller på hallens flygel, og de gør det mesterligt, stille og melodisk. Det første man ser, er de høje brede vinduesflader og dobbelte glasdøre, der som en glasvæg adskiller gårdhaven fra den store hall, der spænder over to etager. Glasvæggen lader lyset strømme uhindret ind i fællesrummet. Arkitektonisk giver det store fællesrum indtryk af rummelighed.

Rummet fremstår med mange fine detaljer. Der er leget med former og lys, som spiller i alle farver i det blanke gulv og i det indendørs vandbassin. Store guldfisk svømmer dovne rundt i det lave grå, rå betonbassin uden planter eller andet, de

kunne gemme sig under. Udenfor i gårdhaven er der to meget lange betonbassiner også fulde af store smukke fisk, der flyder rundt og glitrer i sollyset, som spiller i glasfacaden. En bred, stejl trappe er opsat midt i hallen ved siden af et svævende kugleformet og blåmalet møderum. Trappen fører op til en lang gang på første sal, hvor der er indrettet personalekontorer, og hvor det midlertidige bosted befinder sig.

Det efterlader et indtryk af, at der bor mennesker, som aktivt bruger huset som en del af deres fælles hjem; der er mennesker der går hen over gulvet, småsnakken og lyde fra porcelæn, der klirrer i cafékøkkenet. Et par af beboerne spiller billard, andre spiller badminton i hallen. Under trappen spiller en beboer på én af computerne. Der sidder tre beboere i sofagruppen og læser i dagens aviser. Over for sofagruppen hænger nogle af beboernes store malerier på væggene. Andre beboere går småsnakkende rundt for sig selv, mens de venter på, at caféen åbner for servering, ikke mindst af kaffe. Ind imellem går de udenfor i det flotte solskinsvejr for at ryge en cigaret.

Kulturhus

De ansatte i kulturhuset varetager aktivitets- og samværstilbud til beboerne, og til 20 andre fra byen, der er tilknyttet stedet som dagbrugere. De kommer i caféen for at spise mad og deltager i kulturhusets aktivitetstilbud, såsom værksteder, idræt og udflugter. Nogle har tidligere boet på bostedet og føler sig knyttet til de nuværende beboere og personalet. Bostedet er for dem en måde at bevare sociale kontakter på. En mand ude fra byen har været tilknyttet stedet som dag-bruger gennem ti år. For ham var det en måde at blive udsluset fra hospitalet på i en periode, hvor han havde det psykisk meget dårligt, forklarer han. Han fortæller, at han klarer sig fint i egen lejlighed ude i et boligkompleks, og siger selv, at hans tilknytning til stedet har været med til, at han har udviklet sig, at han er kommet sig:

"Altså i dag har jeg udviklet mig meget mere, hvor altså, jeg kommer her ikke så meget mere, som jeg har gjort [...] det er lige som om, at jeg, altså, hvordan skal jeg forklare det, jeg synes bare, at jeg er vokset. Jeg er vokset ud af (Bostedets) regi [...] jamen jeg er blevet, jeg er blevet meget bedre til det hele" (Interview med dag-bruger på bostedet, 2009).

Medarbejderne er ansat til at varetage aktiviteter i såvel kulturhuset som i værkstederne. De opholder sig i kulturhuset og taler med beboerne og borgerne

udefra, når de er på området, og sammen med beboerne arrangerer de ture ud af huset. De ansatte holder fællesarealerne ryddelige og pynter op med blomster på bordene. Der er tre aktivitetsrum i stueetagen:

Det ene er indrettet som musikstudie, med en musikvidenskabeligt uddannet medarbejder ansat på deltid til at bistå beboere i at skabe deres egen musik, både akustisk på instrumenter og på pc som elektronisk musik. Musikrummet er et smalt langstrakt rum, der er uden vinduer, men med to døre. Rummet er indrettet med et stort bord med mikserpult og pc'er med programmer til at mikse elektronisk musik. Rummet er lydisoleret mod de omgivende rum, så der ikke trænger for meget lyd ud i værksted og café. Det er nødvendigt; for inde i rummet er lyden af den elektroniske musik overdøvende høj. En af beboerne arbejder med at komponere musik på sin computer, og han har arbejdet i mange timer, både dag og nat, på at komponere et nyt nummer, mens musikeren har været på ferie. Jeg er med i rummet for at høre musikken en formiddag. Der er skruet højt op for lyden, så efter en time gør det ondt i ørerne, og rummet virker ekstremt trykkende, luften føles varm og ubehagelig, og min krop og sjæl er helt mørbanket.

Et andet rum er indrettet med en brændeovn og drejebænke til ler. Her får beboere undervisning og vejledning i at arbejde med ler og stentøj af en uddannet keramiker, der kommer et par dage om ugen. Der står mange smukt formede og farvede krus, fade, skåle og kopper rundt om på hylder og i vindueskarme.

I det tredje og sidste rum er der tegne- og maleværksted. Der er to lange borde til at arbejde ved. En dag maler to beboere store billeder i olie eller akryl ved det ene bord, og ved siden af sidder to andre og samler skruer. Medarbejderen forklarer, at det giver lidt, selv om det er småpenge, og at det er et stykke fleksibelt arbejde, hvor beboerne kan gå til og fra, afhængigt af hvor rastløse de føler sig. Et hjørne af værkstedet er indrettet til fotoværksted, og én af de mandlige pædagoger underviser beboere i, hvordan man finder gode motiver og støtter og vejleder beboere med at fotografere og lægge fotos ind på pc.

Den største del af arealet i kulturhuset lægger caféen beslag på. Caféen er et centralt mødested for alle i huset, og der opholder sig næsten altid beboere og personale i rummet. Når vejret er godt, sidder mange beboere og ansatte ved

store borde og spiser frokost og snakker sammen ude i den store gårdhave. Der hersker en fin, afslappet stemning i caféen, og der høres grin og fnis fra nogle borde og lavmælte stemmer ved andre borde. Caféområdet er indrettet med små runde borde til fire personer, hvor beboere og personale spiser deres mad i caféens åbningstid. Personalet fortæller, at stedet har en huspolitik, der går ud på, at ingen borde må være optaget af personale, det skal være muligt at blande sig som beboer. Bostedet ser gerne, at lokalbefolkningen kommer i caféen. I caféen kan både beboere og personale købe mad og drikkevarer. Mange beboere betaler for fuld kost for en hel måned, så de fleste dage spiser de deres måltider i caféen, bortset fra en dag om ugen, hvor der tilberedes mad på bostedet og ude i bostedernes fælleskøkkener. Nogle af beboerne i boenhederne tilbereder enkelte måltider i deres egen lejlighed.

Om eftermiddagen serveres gratis kaffe og kage/frugt til både beboere og personale. Det arrangement er det helt store tilløbsstykke. Der er fyldt til bristepunktet både inde mellem bordene og ude i haven, og der er livlig trafik overalt og samtaler mellem beboerne og personale samt beboerne imellem. Forstanderen deltager af og til i måltider og eftermiddagskaffe, når hun er i huset. Straks hun viser sig, går nogle af beboerne hen til hende for at give hende et kram og få en snak.

Stemningen i caféen er præget af, at det er stedet, hvor man mødes.

En dag jeg sidder og læser aviser i sofakrogen, kommer tre mandlige beboere hen for at læse aviser, men også for at snakke sammen. De joker med hinanden og ser ud til at kende hinanden godt. En af dem bliver siddende fordybet i avislæsning, mens en af de andre går rundt mellem cafébordene, trækker stolene ud én efter én, stiller sig op på dem og derfra op på bordene og går hen til det næste, han bliver stoppet på et tidspunkt af en mandlig ansat, der beder ham om ikke at stille sig op på bordene. Så fortsætter han raden rundt kun på stolene. Da han er færdig, kommer han tilbage for at snakke med os andre ved sofaen. En af pædagogerne kommer ud for at høre, om han skal ind og samle skruer og plugs i værkstedet. Han går med for at arbejde lidt. Ved billardbordet står en tynd, høj mand med langt hår og spiller sammen med en elev. Det har de gjort flere dage (Feltnoter, midlertidigt bosted, 2009).

Der er fast personale ansat i køkkenet, der også fungerer som arbejdssted for nogle af beboerne. De er ansat på kontrakt som hjælpere i køkkenet og caféområdet, og en af beboerne fortæller, at timelønnen er 12 kr. før skat. Beboerne kan vælge at betale for at spise alle måltider i caféen. Ofte kommer byens nærpoltibetjent for at spise mad eller drikke kaffe sammen med beboere og personale. Det er arrangeret som kriminalpræventivt tiltag i forhold til

bostedets nære omgivelser, og fordi der er mange af beboerne, der har et stort rusmiddelforbrug, så der foregår livlig handel med stoffer udenfor, omkring bostedet. Der har været arrangeret borgermøder med de omgivende butikker og handlende for at etablere et godt samarbejde mellem beboerne og de handlende i lokalmiljøet, og fordi bostedets politik er at åbne døre for borgerne i nærmiljøet.

Akutfdeling

Det er en lille enhed med seks etværelses boliger med eget bad og toilet, der er køleskab, men ikke eget køkken. Beboerne på bostedet kommer mange steder fra, fra egen bolig, fra gaden, hvor de har levet som hjemløse en periode, andre har boet i bofællesskaber eller på andre af kommunens bosteder. Der bor fem beboere på observationstidspunktet.

Værelserne ligger fordelt rundt om et stort fællesrum, og alle døre fra beboernes lejligheder åbnes ud til dette rum. Fællesrummet fungerer som det centrale sted i huset, alle må passere igennem for at komme ud og ind på egne rum og for at komme ud af stuen og ned til fællesarealet eller ud på gaden. Personalet opholder sig i fællesrummet, så der er mulighed for at have oversigt over, hvad der sker på det midlertidige bosted. Det er ikke helt muligt at vide, hvad der går for sig bag de lukkede døre til beboernes lejligheder, dørene er ret godt lydisolerede. Det er tydeligt, når en dør åbnes ind til en af beboerne, der spiller meget høj musik. Det er en fordel for de øvrige beboere, at der er forholdsvis lydtæt, da han af og til både dag og nat sidder og hygger sig med at komponere elektronisk musik på sit anlæg. Der er røgfrit på fællesarealet, men beboerne ryger på deres egne rum.

Fællesrummet er indrettet med et hjemligt præg som en dagligstue. I den ene ende er det indrettet med køkken. Der er køkkenskabe, køleskab, opvaskemaskine, komfur og vask. Foran er placeret et langt spisebord med stole omkring, hvor det er planen, at alle spiser dagens måltider sammen. Om morgenen sidder personalet og læser aviser og drikker kaffe, mens de venter med morgenmaden til beboerne dukker op. Det kan blive sent, da nogle af beboerne har store psykiske problemer, og mange i tillæg har et stort forbrug af alkohol, hash og andre stoffer. Dette præger det sociale samvær.

En dag vil én af beboerne ikke have sin medicin og rækker den til en anden beboer. Det lykkes ham næsten at putte medicinen ind i munden, før personalet stopper ham og spørger, hvorfor han ikke tænker sig om, før han spiser en andens medicin. Beboeren synes ikke, det er et problem, men han afleverer medicinen, og så griner begge beboere fornøjet. Samtalerne ved bordet er også præget af, at beboerne er optaget af at indgå aftaler med hinanden og med andre per telefon om at købe og indtage stoffer. De sniffer bl.a. amfetamin på deres værelser og sidder bagefter med blikket rettet på uendelighed, når de er meget påvirkede, hvilket de er ved flere måltider.

Der er meget forskel på, hvordan beboerne har indrettet deres lejligheder. En mandlig beboer har næsten intet i sin lejlighed; der står en enkelt seng med dyne og pude uden betræk, et lille bord og et par stole, så er der et køleskab, der hører til lejligheden, men ellers ikke noget. Beboeren fortæller, at han har solgt sit store tv, så der var penge til stoffer. På bordet flyder det med cigaretskodder, på gulvet er der aske, og rudekuverter og breve ligger uåbnede i stabler på køkkenhylden.

En af de andre beboere har brug for personalets hjælp til at få ryddet op, for han kan ikke overskue at gøre det alene. Bagefter bliver jeg inviteret ind for at se lejligheden, der fremstod ryddelig og rengjort. Lejligheden er præget af, at der bor en kvinde. Den er indrettet med akvarium, sofa med puder og tæppe, lænestol og sofabord, spisebord med pc og en masse æsker og andre pynteting på hylder og borde. En tredje beboer har indrettet sig med musikanlæg og pc på et langt bord. I to af de andre lejligheder kommer jeg ikke indenfor. Døren til den ene lejlighed er altid lukket, mens døren til den anden lejlighed altid står pivåben, og ude fra gangen synes den kaotisk rodet. Den sjette lejlighed er under renovering, efter den sidste beboer er flyttet til et længerevarende bosted. Personalet fortæller, at han stort set har ødelagt alt i den. Der var brændemærker fra cigaretter i linoleumsgulvet, værelses- og badeværelsesinventar var smadret. På badeværelset var alt smurt ind i afføring, og både sanitet og vægfliser var smadrede. Fliserne bliver hugget af væggene, og der sættes nye fliser og ny sanitet op, selv gipsvæggene må udskiftes. Alle reoler, potteplanter og bøger i fællesrummet blev ligeledes ødelagt af, at beboeren der

boede i det pågældende rum, kastede tingene rundt i rummet, så det har personalet også måttet forny.

Der er anbragt to sofagrupper med tv i fællesrummet, og der er en plads med en pc ved en vægreol. Personalet opholder sig meget i fællesrummet, enten ved spisebordet eller i den største af sofagrupperne. Der er blomster i potter og reoler rundt omkring som en slags rumdelere, så rummet virker knap så stort. Der er to glasdøre ud til det fri, en dør fører ud til en trappe med en lille altan, i den er installeret en alarm, der kun går til selve rummet. I den anden ende af rummet fører døren ud til en lille smal altan med et bord og fire stole. Altanen er placeret ud for et halvtag på et skur.

I den periode jeg er på stedet, virker der stille og roligt, men personalet fortæller, at der hele tiden er lidt, der lurder. Der er små episoder med nogle beboere, de kan blive meget aggressive og grænseoverskridende. Personalet fortæller, at et par af beboerne er psykotiske, og at den ene vil ikke indtage medicin.

Denne beboer går rundt i sin egen verden, han bor på det rodede værelse. Han holder sig for sig selv og spiser ikke samme mad som de andre beboere. En aften hvor der er fællesmadlavning på bostedet, går han ned i kiosken på en nærliggende tank og køber mælk og brød, som han spiser i tavshed ved bordet. Han er nærmest ikke til at få kontakt med, går og smiler og siger lyde for sig selv. En af de ansatte fortæller, at så længe han har gode stemmer, går det. De kan kun vente og se, hvordan det udvikler sig, og hvis han får dårlige stemmer, må han indlægges med tvang.

En anden beboer virker umiddelbart, som om han er i en anden verden, alligevel er han den eneste, der - med det samme jeg træder ind i rummet første dag - hilser mig velkommen ved mit navn, og han deltager i samtalen hen over bordet ved aftensmåltidet, så selv om han virker fraværende, er han orienteret om, hvad der sker på stedet. Nogle af beboerne sover længe om morgenen og er aktive om natten, to opholder sig på deres værelser det meste af tiden, to beboere er mere ude i byen end inde på bostedet. En beboer følger efter for at være i nærheden af personalet og vil ikke være sammen med de andre beboere.

En af de ansatte fortæller, at i øjeblikket er der stille og roligt, men for et par måneder siden 'kogte' det alt sammen døgnet rundt. Der ville det ikke have været

muligt for fremmede at færdes på stedet, både af sikkerhedsmæssige grunde, men også fordi personalet ikke ville have haft ressourcer til det.

Overalt på bostedet er der meget fokus på personale- og beboersikkerhed. Personalet fortæller, at nogle af beboerne kan være voldsomt omkringfarende, truende og aggressive; en beboer havde overfaldet en ansat, så han var sygemeldt en uge. Andre af beboerne smed med urtepotter og smadrede glas og porcelæn, eller væltede borde og stole, ødelagde inventar og bøger. Personalet fortæller, at de ved, at det kan veksle meget, hvordan beboerne har det, og derfor også hvordan arbejdsmiljø og sikkerhed er for de ansatte.

Der er ret meget stof- og alkoholforbrug indblandet hos nogle af beboerne, flere ryger hash dagligt. En af beboerne fortæller mig, at han tager stoffer dagligt og drikker 12 øl om dagen. Det har han gjort, siden han var 14 år. Han fortæller, at han er vokset op i en familie af alkoholikere. En anden beboer fortæller, at han elsker heroin, stoffet er det bedste, han kender, det giver et kick. Han sniffer amfetamin, fordi han ikke kan lide at injicere stoffer. Personalet fortæller, at misbruget præger miljøet meget i perioder, men så længe beboerne kun har stoffer til eget forbrug og ikke til videresalg, kan personalet ikke gøre noget. Hvis der er mistanke om, at der foregår en større handel, kontaktes nærbetjenten.

Relationen mellem beboere og personale

Personalet oplever, at relationen mellem nogle af beboerne og personalet er præget af, at der er stoffer i miljøet, og at nogle beboere er grænseoverskridende og uansvarlige over for andre. Derfor er arbejde og ophold på bostedet organiseret på en måde, hvor der er fokus på størst mulig sikkerhed for såvel beboere som ansatte.

En medarbejder er leder på sikkerhedsområdet. Han fortæller, at de har opbygget hele bostedet efter, at alt skal være sikkert. Han er med til møder og inde over alle arbejdsopgaver, der er på stedet. Alt er bygget op efter at forebygge. Det er både indretning og arbejdsgang, medicingivning og -håndtering, og alt bliver vurderet sikkerhedsmæssigt. Han underviser i psykofysisk træning og forebyggelse af konflikter. Han tager rundt til konferencer og andre steder og underviser i det. Han fortæller, at alle på Bostedet har mobiltelefoner, der skal være åbne 24 timer i døgnet, fordi de skal kunne tilkaldes som kontaktpersoner til beboere (Feltnoter, korterevarende bosted, 2009).

Personalet bærer alarm, så de kan tilkalde hjælp i situationer, der kan udvikle sig til at blive farlige. Der er stor risiko for, at det netop kan dette, da beboere med aktivt forbrug/misbrug af stoffer bor dør om dør med beboere uden dette

misbrug. Kombinationen mellem misbrug og grænseoverskridende adfærd er en farlig cocktail for såvel medbeboere som medarbejdere. En af de vigtigste sikkerhedsregler for personalet er, at man aldrig drikker af en kop, hvis den har stået ubevogtet på bordet, og at man ikke drikker noget, der har været åbnet, hvis det tilbydes af en af beboerne. Personalet laver kaffe i et aflåst vaskerum for at hindre beboere i at have adgang til kaffemaskinen. De ansatte fortæller om episoder, hvor nogle beboere havde set deres snit til at hælde stoffer i kaffen. Personalet er på vagt over for dette, for med de beboere, der bor på bostedet, kan det fortsat forekomme. Det ses en eftermiddag, hvor mange både ansatte og beboere sidder i haven og nyder kaffen i solen. En elev føler sig lidt dårlig og bliver bekymret, hun beder sygeplejersken tage en prøve for stoffer i en rest juice. Hun har modtaget juicen af en beboer og har drukket det meste af den, men hun bliver nervøs, da hun ser, at der flyder noget hvidt rundt i kruset. Heldigvis er prøven uden spor af stoffer. Hun fortæller, at hun tidligere har været udsat for, at der var kommet noget i hendes te, men én af de andre i personalegruppen havde heldigvis opdaget, at der var noget galt, da han så beboernes ansigter og opdagede, at de hviskede sammen og grinede forventningsfuldt. Den ansatte nåede at forhindre, at hun drak af koppen. Efterfølgende gik en af beboerne til bekendelse og fortalte, at han havde puttet stoffer i teen, fordi han syntes, det ville være så sjovt at se, hvad der ville ske, når hun drak teen.

Af samværet mellem beboere og personale er det tydeligt at se, at de kender hinanden godt, og de ansatte giver udtryk for, at de holder af at arbejde på bostedet, mange har været der i mange år. En kvindelig beboer nyder, at hun kan undervise personalet i noget, hun selv er dygtig til. En aften beder en kvindelig ansat hende om at undervise sig i, hvordan man fremstiller et specielt armbånd af farverig snor, som beboeren har fremstillet mange af. De sidder ved bordet i fællesrummet og laver snore. Det tager lang tid at lave og ser svært ud. Beboeren nyder tydeligvis, at hun også kan undervise personalet, og hun fortæller, at hun har fået bestillinger på filtede ponchoer, som hun har lært at filte i kulturhuset, og hun er meget god til det. Personalet på værkstedet har endda opmuntret hende i at fremstille nogle til salg, fortæller hun.

Teamet fortæller, at nogle af beboerne er meget optaget af at tale om sex og kan være meget seksualiserende både over for mænd og kvinder. Det er også noget, der bliver synligt under observationsstudiet. Luften vibrerer i perioder af hentydninger og små sjofle bemærkninger. En yngre mandlig beboer forsøger også på en meget pågående måde at komme nær nok til at tage lidt på og kysse de kvindelige ansatte, især de unge. Personalet forsøger at begrænse den megen tale om sex i deres fælles rum og søger at flytte samtalen til beboernes egne rum. En morgen sidder en mandlig ansat ved bordet, og beboeren kommer hen for at spise morgenmad. Han er meget glad og fortæller smilende, at han aftenen før var i seng med en lækker kvinde. Han begynder at fortælle i detaljer, men den ansatte siger meget hurtigt:

"End of story, her stopper vi. Resten egner sig ikke for det offentlige rum". Beboeren siger: "Nej, det er rigtigt" og holder inde (Feltnoter, midlertidigt bosted, 2009).

Beboeren rejser sig og masserer den ansatte på skuldrene. Den ansatte siger: *"det er du rigtig god til, tak for det"*. Beboeren bliver meget glad for at få ros, men han er lidt tilbageholdende, da vi taler om et interview. Han vil ned at hente øl for at styrke sig, før vores aftalte tid til interview, for han er ikke så god til at fortælle, siger han. Den ansatte siger, *'det er du da, du er da rigtig god til at fortælle, så vent med øl'* (Feltnoter fra midlertidigt bosted, 2009).

Den måde, den ansatte håndterer samtaler af mere privat karakter på, er i overensstemmelse med de regler, der gælder på bostedet om, hvad der kan tales om i offentlige og private rum. I fokusgruppeinterview drøftes seksualitet og det ønske og behov beboerne har dels for sex, dels for at tale med de ansatte *"om deres oplevelser og problemer med denne side af deres liv"* (Fokusgruppeinterview, midlertidigt bosted, 2009). En af medarbejderne understreger, at det er helt i orden at tale om seksualitet i en beboers egen bolig, så det foregår i det private rum, og det er noget, der forbliver mellem dem. Samtaler om sex hører ikke til i det offentlige rum. Medarbejderne fortæller, at det drejer sig om at beskytte den enkelte beboer og medbeboerne på samme tid. Det drejer sig også om at beskytte sig selv som ansat, fordi det kan virke grænseoverskridende nogle gange, at beboerne er så seksualiserende og dermed grænseoverskridende i kontakten.

"Jeg synes, de er utrolig tydelige omkring sex, altså, fordi at de er jo meget grænseoverskridende nogle af dem,... man bliver både som mand og kvinde gramset på og

alt muligt, og der er det, at det jeg godt kan lide ved (bostedets navn) er, at det er meget tydeligt, det er det private rum, det handler, og det offentlige rum..... jeg vil meget gerne gå med ind i dit private rum, i deres eget, og tage en snak om de frustrationer og tanker, der er omkring den del af livet" (Fokusgruppeinterview, midlertidigt bosted, 2009).

Personalet har været med beboere i byen, for at de kan blive mindre bange for selv at tage i byen for at møde en kæreste, og de ansatte taler med beboerne om at gå med beboere på dating for at hjælpe dem i deres ønske om at finde en kæreste. Under observationsstudiet hører jeg en beboer sige til en kvindelig ansat, at han vil gerne have hende til kæreste, for *'hun er så smuk og dejlig'*. Hun ser på ham, ryster på hovedet og svarer, at *'det vil han ikke, han vil gerne have en kæreste, og det kan hun godt forstå, men det bliver aldrig hende, og det ved han godt'* (Feltnoter, midlertidigt bosted, 2009).

I fokusgruppeinterviewet drøftes det problematiske i, når der er stor aldersforskel mellem beboer og ansat, og at det er noget, beboerne tænker meget over. De fortæller, at en beboer udtrykte sig på denne måde:

"Jeg føler det fandeme som om, at jeg er i byen med min mor hver gang" (Fokusgruppeinterview, midlertidigt bosted, 2009).

En yngre kvindelig ansat oplever, at de yngre mandlige beboere gerne vil i byen med hende, fordi de har behov for at være sammen med jævnaldrende, og det

"lyser måske heller ikke så meget op, at de er psykisk syge, [...] fordi det er jo ikke alle af vores beboere, hvor det står i panden på dem, at de er psykisk syge, når de kommer ud" (Fokusgruppeinterview, midlertidigt bosted, 2009).

Beboeren har sagt, at når hun går med, så kan det være, at dem, de møder, tænker, at det er hans kæreste, han er i byen med. En af de mandlige ansatte oplever, at der er sket en ændring, fra han var 31 og til nu 20 år senere, hvor han ikke længere kan gå for at være en bror eller en fætter til beboeren. Personalet mener, at beboerne vil have et socialt liv, som alle andre har, derfor er det vigtigt for dem, hvordan de bliver set og set på ude i samfundet, men også på bostedet. Dette at blive set uden for bostedet er problematisk for nogle beboere, der nærmest kun har relationer med personalet. Nogle af beboerne har besøg af deres familie, andre har ingen eller sparsom kontakt, da mange af beboerne har vanskeligt ved at skabe og vedligeholde sociale relationer, og de har derfor kun de professionelle at være sociale sammen med.

I fokusgruppeinterviewet giver de ansatte udtryk for, at det må være et ensomt liv, når der ikke er personlige venner, for det bliver aldrig det samme som at være ven med ansatte. Teamet er enige om, at der er forskel på at tale med beboerne om deres liv, længsler, drømme og problemer og så at tale med sine venner om livet. Personalet fortæller, at det kan give problemer. Når nogle beboere oplever, at kontaktpersonen er venlig, har de af og til svært ved at skelne professionelle relationer fra venskaber eller kæresteforhold. Personalet fortæller, at der er beboere, der mener, at de kan overskride grænsen og blive kærester med en ansat, som er venlig og giver noget af sig selv i relationen. Det kan gøre det vanskeligt for de ansatte at vide, helt hvor meget de kan give af sig selv, og hvor megen distance de må holde til de forskellige beboere. Der er andre beboere, der klarer at skelne, hvor de ansatte kan dele nogle af deres egne livserfaringer omkring børn og venner med dem.

Beboerne er på deres side også optaget af deres relationer med de ansatte på bostedet. En af de kvindelige beboere fortæller, at hun er meget glad for sin mandlige kontaktperson, han er fuld af humor, og han er så god til at støtte hende, når hun har det svært. Denne kvinde har det vanskeligt med relationer med andre beboere, hun har det bedst, hvis det er professionelle, hun indgår i relation med.

I interviewet giver personalet udtryk for, at det vigtigste i relationen mellem professionel og beboer er at møde beboeren som det menneske, vedkommende er, ved at mødes om *'det fælles tredje'*. En mandlig ansat giver et eksempel på et sådant møde. Han besøger en beboer på samme alder som ham selv og ser, at beboeren har samme slags lp-plader, som den ansatte har hjemme fra sin ungdom.

"Og han kan ikke andet end se på mit ansigt, haha, fedt, orh, den der plakat havde jeg også engang, og sådan. Og det giver et eller andet ægthed" (Fokusgruppeinterview, midlertidigt bosted, 2009).

Han oplever, at pludselig er der ingen distance mellem dem, fordi det ikke drejer sig om at være beboer eller ansat, men om at kunne drøfte musikken og de forskellige teknikker og instrumenter, der er i den musik, og det handler om, at begge bliver opslugt af musikken og deler dette rum helt ligeværdigt.

Relationen beboerne imellem

Beboerne er sammen om at bebo stedet, og de mødes i caféen til måltider for at spise, drikke kaffe og ryge sammen. De mødes til udflugter og andre aktiviteter, og der etableres venskaber mellem nogle af beboerne. I aktivitetshuset var der gensynsglæde mellem nogle, der drillede hinanden kærligt og godmodigt, krammede hinanden og sad og talte sammen, mens de spiste og røg udenfor. Der var stemningen som på andre steder, hvor folk er for at have det hyggeligt sammen. En tidligere beboer er på besøg med sin støtte-kontaktperson, og han sidder i solen efter frokosten og ser på en af de kvindelige beboere, mens han gør kyssebevægelser til hende. Hun siger 'nej' og griner. Han siger 'må jeg ikke kysse dig i dag?', og hun svarer, 'nej, det har jeg slet ikke lyst til'. Efter et stykke tid går hun ind til sig selv.

Andre relationer beboerne imellem har en helt anden karakter, da meget samvær drejer sig om det fælles forbrug af alkohol og stoffer og de konflikter, dette også kan give mellem beboere. Det præger tonen mellem beboerne og samværet i de fælles rum.

En mandlig beboer, A, fra en af lejlighederne kommer hen og sidder ved bordet. To af beboerne fra det midlertidige bosted kommer ud i haven. Den ene, Y, styrer i fuld fart lige hen mod X og siger meget ondskabsfuldt til ham: "Hvad fanden er der med dig mand, du ryster lort ud af buksebeenet, og så sladrer du til personalet, om at vi har taget amfetamin, mand. Og du sladrer om, at vi har købt metadon af [B navn på anden beboer]. Hvad fanden er det?"

A sidder og piller nervøst og ser ned på bordet, mens han ryger en cigaret, han ser tydeligt bekymret eller bange ud. Han siger: "Nej, jeg har ikke sagt noget til nogen". Y skælder fortsat ud og taler aggressivt. Den anden beboer fra det midlertidige bosted, Z, sidder ved bordet og siger ingenting, han kikker ned og hen på dem. Y holder mund, og Z kikker ned på A's sko og siger: "Det er nogle fede Nikes, du har der". A siger lettet, "Ja. Jeg har købt dem på udsalg". Y ændrer tonefald og siger nu indsmigrende: "Er der godt at bo på Bosted 1, er det bedre end Bosted 2?" A svarer ikke og ser ikke på ham. Y fortsætter i en indsmigrende tone: "Har du fået indrettet dig godt?" A siger lavt og drævende "Ja" (Feltnoter, midlertidigt bosted, 2009).

Den ene beboer optrådte verbalt aggressivt og truende, fordi han mente, den anden beboer havde sladret til personalet om de handler med stoffer, han dagligt arrangerede både på og uden for bostedet.

Opsummering - Et krævende miljøsamspil

Der er visse ligheder mellem de beboere, der opholder sig på de to steder. Der er tale om mennesker, der har akutte psykoser og/eller et aktivt rusmiddelbrug, og

som kan udvise sikkerhedstruende adfærd. Det præger kulturen og atmosfæren begge steder. Der er begge steder tale om midlertidigt ophold, som en indlæggelse i en akut fase og som løsning på et midlertidigt boligproblem. Der er dog forskel, idet patienterne på det lukkede afsnit var indlagt til behandling i en afgrænset periode, og efter akut behandling blev de visiteret videre til andet afsnit eller udskrevet til f.eks. egen bolig eller til et bosted. Desuden kan patienter på lukket afsnit behandles med tvang mod deres vilje, hvis de er til fare for sig selv eller andre, og hvis de i denne tilstand ikke indtager deres medicin frivilligt. På bostedet kan personalet ikke behandle medicinsk mod beboerens vilje. De afventer en udvikling af situationen og er henvist til at lade beboeren indlægge på lukket afsnit, hvis en beboers adfærd pga. hans tilstand udsætter vedkommende selv eller andre for fare. Det kan ske frivilligt eller med tvang. Bostedets ansatte medvirker ikke i en tvangssituation. Personalet på det lukkede afsnit må nødvendigvis af og til behandle med tvang.

På det midlertidige bosted tegnes et billede af nogle få personer, der præger miljøet i stor grad. De beskrives som mennesker med svære sindslidelser, nogle med akutte ubehandlede psykoser - i perioder udviser nogle truende og voldelig adfærd, andre har selvdestruktiv adfærd, f.eks. forsøg på selvmord, dagligt rusmiddelforbrug. Det medfører en hverdag med risiko og trusler om vold. Denne gruppe af beboere er meget lig den gruppe af patienter, der er beskrevet på det psykiatriske centers lukkede afsnit.

Nogle af beboerne på bostedet havde behandlingsdomme, og nogle af patienterne på det lukkede afsnit havde anbringelsesdomme. Bostedet er et åbent miljø med få låste døre til steder, der er forbeholdt personalet. Beboerne færdes frit rundt både inde på bostedet og uden for i lokalmiljøet, uanset risiko for andre uden for bostedet. En kontrast til, at personalet inde på bostedet var forsynet med alarm, og en kontrast til, at patienterne på det lukkede afsnit var låst inde, både for at skærme andre i det omgivende miljø, men også for at skærme dem selv.

Bostedets afdeling for midlertidigt ophold udgør en anden form for bolig for mennesker, der har sammenlignelige billeder og adfærd som de mennesker, der var indlagt på lukket afsnit. Det lukkede afsnit er en type institution, der handler

efter lovbestemte (psykiatri- og sundhedslov) regler om indlæggelse og anbringelse bag lukkede døre, mens bostedet har åbne døre, da der er tale om privat bolig. Hvis der opstår særlige alvorlige problemer helbredsmæssigt eller sikkerhedsmæssigt, overføres beboerne til et lukket afsnit på et psykiatrisk behandlingscenter.

Den midlertidige enhed udgør kun en lille del af hele bostedet, og der er særlige problemer knyttet til denne enhed. Arbejdet vanskeliggøres både af beboernes forbrug af rusmidler og deres grænseoverskridende adfærd. De øvrige beboere på den midlertidige enhed havde meget anderledes problemstillinger, et par havde akutte psykoseproblemer, men ville ikke indtage medicin. En beboer var fraflyttet en lejlighed og havde efterladt den som en ruin, der måtte istandsættes fra bunden. Alle beboere udviste på en eller anden måde selvskadende adfærd. Denne blandede gruppe mennesker var vanskelige at vejlede, støtte og styre mod et socialt fællesskab. Det var for det første en lille gruppe beboere, og for det andet var miljøet præget af, at de, der var stofmisbrugere, holdt sammen og fortrinsvis talte sammen om stoffer.

På det lukkede afsnit var der også en blandet gruppe mennesker, bestående af almene patienter med psykoser, de var ikke rusmiddelbrugere, og en gruppe retspsykiatriske patienter, hvoraf nogle var rusmiddelbrugere. På bostedet påvirkede nogle beboeres aktive rusmiddelforbrug miljøet. Det samme gjorde sig gældende på det lukkede afsnit.

På begge steder kan tales om, at menneskers akutte tilstande og kaotiske liv gør det vanskeligt for de professionelle gennem deres indsats at styrke dem i deres mangel på selvomsorg og motivation for at mindske skadende adfærd mod andre i miljøet eller sig selv. Det krævende miljø medførte, at det af og til kun var muligt at overvåge, kontrollere og gribe ind for at sikre, at der ikke opstod farlige eller ukontrollable situationer, at der ikke skete skade eller at minimere, når en skade opstod.

Beboerne på bostedet opholdt sig både på den midlertidige afdeling og i fællesrummet, hvor samtalen mellem nogle beboere fra begge steder fortrinsvis drejede sig om at skaffe stoffer og at indtage dem for efterfølgende at sidde og stene eller fare omkring og være opstemt. Det prægede også personalets samvær med de aktivt rusmiddelforbrugende beboere, idet personalet konstant var på

vagt og havde kontrol med, hvad de drak, fordi beboerne af og til havde haft morskab ud af at putte stoffer i de ansattes drikkevarer. På det lukkede afsnit var personalet også på vagt og opmærksomme, når der var smuglet stoffer ind på afsnittet, men patienterne havde ikke adgang til personalets kontor eller drikkevarer og udgjorde ikke en risiko på samme måde. Nogle af de patienter, der indtog stoffer, kunne blive psykotiske eller voldsomt aggressive, og når det skete, prægede det hele stemningen i afsnittet.

Både på bostedet og på det lukkede afsnit søgte personalet at støtte de sindslidende i at indtage deres medicin, og de holdt et vågent øje med alt, hvad der foregik på stedet. På det lukkede afsnit opholdt personalet sig af og til i den fælles stue, der fungerede som rygerum for patienterne. Der var mange af patienterne, der holdt et godt øje med personalets bevægelser ind og ud af kontoret, og de holdt også øje med, hvem der kom ind i afsnittet, og hvem der gik ud. Der var en del uro i afsnittet, og de fleste af patienterne havde vanskeligt ved at foretage sig samme aktivitet over en længere tid. Der var ikke meget for patienterne at foretage sig. Der var patienter med udgangstilladelse, der selv var i stand til at holde sig aktiverede med at læse, male, motionere, tage til byen, cykle sig en tur etc., men de fleste gik meget frem og tilbage fra deres rum til fællesstuen. På bostedet var der mulighed for at deltage i forskellige aktiviteter, musik, maling, tegning, foto, lærarbejde og små lønnede monteringsopgaver. Der blev arrangeret udflugter hver uge. Personalet opholdt sig sammen med beboerne meget af tiden i løbet af dagen.

På bostedet foregik spisningen i kulturhusets café, hvor beboere og personale fra hele bostedet spiste frokost sammen ved små caféborde i blandede grupper. Hver eftermiddag blev der serveret kaffe og kage/frugt til alle samme sted. Atmosfæren var hyggelig og afslappet, og der var et smukt, lyst og venligt miljø i caféen. På det lukkede afsnit spiste patienterne alle måltider sammen i café/køkkenet. Der deltog to ansatte i måltidet af pædagogiske grunde, mens de øvrige i personalegruppen spiste deres frokost enten på kontoret eller i kantinen, hvor også patienter fra hospitalets andre afdelinger havde adgang. Kaffe blev stillet frem hele dagen på rullebord ved fællesstuen, og meget af patienternes tid gik med at drikke kaffe og ryge cigaretter, som det også gjorde

på bostedet, men der var et større areal både uden- og indendørs at bevæge sig på.

Nogle af patienterne på det lukkede afsnit kunne i følgeskab med personale komme i kiosken for at købe ind, andre havde ikke udgang. Der var et par patienter, der havde udgangstilladelse på egen hånd. De opholdt sig ikke så meget i afsnittet og var også en del på deres eget rum. Nogle gange spillede patienter og personale spil sammen eller talte sammen i stuen, og nogle gange hørte patienterne musik eller så tv sammen. Nogle gange talte patienterne lavmælt, lavede sjov med hinanden, grinede og hyggede sig sammen. Patienterne holdt også øje med medpatienterne og udviste omsorg for dem. Af og til blev der uro, og der lød højrøstede, udsældende stemmer fra stuen, og personalet skyndte sig derind.

På bostedet kom og gik beboerne, som de ville. En beboer gik hen i en nærliggende butik og købte mælk og brød, han spiste ikke samme mad som de øvrige beboere, fordi han mente, maden var forgiftet. Selv om han var langt væk i sin egen kaotiske verden, havde han ressourcer til selv at skaffe mad.

Kapitel 6 – Ambulante organisationer

I kapitel 6 indgår beskrivelser og drøftelser af to steder, der tilbyder henholdsvis ambulante psykiatriske behandling og socialpædagogisk støtte i eget hjem. Stederne er indrettet i nærsamfundet i boligområder og er karakteriseret af, at det er steder, hvor de professionelle har deres arbejdsplads. Der er ingen sengepladser, for alle bor andre steder. På det distriktspsykiatriske center tager teamet beslutninger i fællesskab, men udfører fagopdelte arbejdsopgaver, hvor den enkelte medarbejder organiserer arbejdet på sin egen måde. Arbejdet i støtteteamet er struktureret og organiseret ud fra, at den enkelte medarbejder arbejder meget alene og tager beslutninger alene på de få områder, det er muligt at tage beslutninger på. Vurdering af behov for pædagogisk støtte og omfanget af arbejdet er fastlagt af andre end medarbejderne selv.

Distriktspsykiatrisk center

Behandlingssamarbejdet foregår i en fast forankret mødestruktur, hvor der hen over ugen afholdes flere former for møder. Møderne er strukturerede med ordstyrer og faste punkter på dagsordenen. På møderne tages faglige spørgsmål og problemer med patienter op til drøftelse. Hver morgen begynder med et koordinerende møde i køkkenet, der er det centrale samlingssted for personalet på centret. Hver enkelt medarbejder fortæller om dagens opgaver, derefter koordineres med evt. akutte opgaver omkring de patienter, der er tilknyttet centret. Efter koordineringsmødet er akutte sager til drøftelse. Det er forskellige problemstillinger, der tages fat på. Det kan være henvendelser fra patienter, fra pårørende, fra andre netværkspersoner og fra naboer. Det kan dreje sig om en patient, der er tæt på at blive udskrevet efter indlæggelse på hospital, hvor en fra teamet deltager i et udskrivningsmøde med hospitalet. Det drøftes, hvad der er foregået under indlæggelsen, og hvornår patienten udskrives og skal besøges første gang. Der kan være sager om sociale forhold i dagligdagen, som f.eks. et problem med en mandlig patient med ekstrem dårlig hygiejnestandard.

Der drøftes en mandlig patient og de problemer, der er med ham. Han lugter grimt, går aldrig i bad, vasker sig ikke, vasker ikke tøj. Flere butikker vil ikke have, han handler der, og taxa vil ikke køre for ham. Distriktspsykiatrien vil heller ikke køre for ham. Det aftales,

at en af sygeplejerskerne kører på besøg hos pågældende patient (Feltnoter, distriktspsykiatrisk center, 2009).

Det har over en lang periode givet tiltagende problemer for ham i nærmiljøet, hvor han bor. Distriktspsykiatrisk center tager på besøg for at finde en løsning på problemet, der både er et problem for manden selv og for hans omgivelser.

Koordineringsmødet efterfølges af drøftelse af de patientproblemer, der er behov for, at teamet handler på. Det er forskellige slags problemer, der drøftes på teamets møder. En dag drøftes en patient, som ikke indtager den ordinerede medicin på trods af, at han har en dom til behandling. Teamet opsøger vedkommende og vurderer, om de kan få ham til at følge behandlingen frivilligt. Teamet drøfter en patient, der har fået det så dårligt, at kontaktpersonen mener, der må en indlæggelse til. Da der bliver talt sammen om patienten, viser det sig at være en ret akut sag, hvor en læge og en sygeplejerske straks efter mødet tager ud til patienten.

Efter de akutte sager er der gensidig orientering om kurser, konferencer, arbejdsgrupper, arrangementer og projekter i lokalmiljøet, hvor en eller flere i teamet deltager. Teamet drøfter f.eks. undervisning af personale i daginstitutions- og skoleområdet i et projekt om bedre tværfaglig indsats omkring børn af familier med alkohol- eller psykiske problemer.

Som en del af morgenmøderne indgår et ugentligt behandlingsmøde, hvor faglige problemer med diagnosticering af patienters sygdom, adfærd og livssituation tages op. Dette møde er et langvarigt møde om få patienters sygdomsbillede, som gennemgås grundigt med henblik på at få fælles vurderinger af diagnose. Drøftelserne i det tværfaglige team bliver fagligt belyst på mange måder, så der kommer mange facetter på drøftelserne. Der drøftes medicinske, sociale, økonomiske, familiemæssige, plejemæssige og psykologiske perspektiver. På de daglige møde samtales med fokus på, hvordan patienter, der er tilknyttet distriktspsykiatrien, klarer sig socialt i familien og i omgivende samfund. Det kan illustreres med et par eksempler:

I drøftelserne af en kvindelig patient tales om hendes ressourcer, hvordan hun fungerer socialt, hvilke roller der er i familien, hvordan boligen er indrettet, om der er orden og ryddeligt, rent eller snavset, om hvordan livet leves i familiens hverdag samt adfærd og relationer i familien og til naboer. Alt sammen er

parametre på, hvordan denne kvinde klarer livet med sindslidelse, og hvordan behandlingen virker.

I forhold til en anden patient udveksler teamet viden om nogle af de symptomer, han har. Der drøftes diagnoser sat i forbindelse med patientens adfærd i de relationer, de ser ham i. Samtalen drejer sig især om, hvordan patienten klarer dagligdags ting med mad, rengøring, hygiejne, medicin, og hvordan medicinen virker på patientens symptomer, om han går ud for at købe ind eller sidder inde i lejligheden. Det drøftes, om der skal skiftes præparat. Samtalen holder sig inden for en medicinsk ramme, hvor virkning af både medicin og psykoterapi drøftes. Om behandlingen har effekt, ses ud fra billedet af patientens samlede situation, adfærd, kontakt, sociale situation etc.

Alle i teamet er enige om, at teamets støttesamtaler med en kvindelig patient har været afgørende for de fremskridt, der er kommet i kvindens hverdagsliv. De kan se fremskridt ved, at hun har fået struktur på hverdagen. Teamet taler sammen om, hvordan patienten kan komme videre, og hvilke aktiviteter hun er mest optaget af. Hun er en meget kreativ person og har megen glæde af at beskæftige sig med håndarbejde, og der lægges vægt på, at for denne kvinde er håndarbejde som fysisk aktivitet den bedste vej til kvindens recovery. Teamet drøfter, om hun kan have glæde af at komme i værestedet, hvor hun kan være sammen med andre mennesker om kreative aktiviteter.

Det distriktspsykiatriske team mener, at deres vigtigste arbejde består i, at behandling skal forbedre menneskers muligheder for at klare sig i deres hverdag, og at de kan forbedre relationer med familie, venner, naboer og det omgivende miljø.

Det distriktspsykiatriske team retter kritik mod hospitalsbehandlingen. De mener, at hospitalerne ikke altid tager hensyn til, om de mennesker, de udskrifter, kan klare sig hjemme efter hospitalsophold. Centrets erfaring er, at hospitalerne behandler patientens akutte sygdomssymptomer, og så bliver patienten udskrevet uden fokus på hverdagen efter indlæggelsen. De fortæller, at de i distriktspsykiatrien ser på helheden omkring patienterne, og at der er meget fokus på menneskers sociale liv og på deres netværksrelationer med familie, børn og naboer, fordi det er vigtigt at have netværk, hvis de skal komme sig. Centrets team arbejder også på, at mennesker med psykiske lidelser bliver

mindre stigmatiserede i lokalsamfundet. De underviser familien, på skoler, i daginstitutioner og andre steder, hvor der er behov for det. Målet for teamet er at ændre forestillinger og fordomme om mennesker med sindslidelse.

Morgenmøderne afholdes, før der kommer patienter i huset, og møderne er med til, at der skabes en fælles måde at forholde sig til centrets behandlingsprofil på. Det er også med til at sikre, at alle er informerede, og at der fremkommer enighed om stedets behandlingsprofil. Teamet fortæller, at møderne er et forum, hvor der gennem fælles faglige refleksioner fremkommer nye synspunkter på de ting, der drøftes, og der foregår vidensdeling og formidling af nye tiltag inden for feltet. Møderne er ligeledes med til at give indsigt i de andre teammedlemmers arbejde. Der tages faglige problemstillinger op om patienter, som den enkelte kan hente støtte til at bearbejde.

Dette forum er patientfrit. Det er et professionelt refleksionsrum, der ruster medarbejderne til deres arbejde, som ofte er alenearbejde. Det er også på disse møder, at der dannes fælles billeder af de patienter, der drøftes, og dermed fælles holdninger i forhold til, hvordan der skal handles ud fra dette billede i det daglige samarbejde.

Relation mellem behandler og patient

Patienter, der er tilknyttet centret, kommer til centret eller besøges i eget hjem. Det sker med faste intervaller, der er aftalt i forhold til patientens behov for støtte til medicin og behov for samtaler med teamet. Distriktpsikiatrisk center behandler de fleste patienter med psykofarmaka. Nogle patienter kommer til behandlingssamtaler med læge eller psykolog, andre kommer for at tale om sociale forhold med socialrådgiver. Nogle patienter behandles med tabletter, andre med injektioner, det sker på centret eller i eget hjem. Nogle patienter kommer op på centret for at lære at administrere og dosere medicin.

Da mange patienter er tilknyttet distriktpsikiatrisk center gennem flere år, lærer kontaktpersonerne den enkelte patient ganske godt at kende, fortæller teamet, og omvendt lærer patienterne også kontaktpersonen at kende. De professionelle understreger, at der ikke er tale om venskab, da der er klare grænser for, hvor tæt personalet kommer på patienterne. Selv om teamet med årene er begyndt at fortælle lidt mere om deres eget liv, om deres hverdag og lidt

om deres familie, fortæller de ikke det samme, som de ville fortælle deres venner. Det professionelle forhold mellem behandler og patient bliver heller aldrig til et venskab, hvor man står til rådighed døgnet rundt for hinanden. Teamet er til rådighed i deres arbejdstid. Det er ikke noget med at binde sig til en personlig professionel for resten af livet. Det er en relation, hvor den professionelle altid kan trække sig ud og blive erstattet af en ny. De professionelle opfatter sig ikke som deres patienters nærmeste. Selvom der er tale om en langvarig og stabil kontakt, så er kontakten ikke livsvarig, men midlertidig. Det kan betyde en del for patientens mulighed for at komme sig, at der er denne stabilitet i kontakten med teamet. Teamet fortæller, at det vigtigste i recoveryprocessen er, at der er en person, som har spillet en afgørende rolle på et tidspunkt af ens liv.

Ressourcegruppemøderne afholdes med varierende intervaller, afhængigt af den enkelte patients problemer og behov. Der tages referat fra møderne, og ved mødets begyndelse læses referatet fra sidste møde op og godkendes af de tilstedeværende. Herefter sættes punkter på dagsordenen af både team, patient og netværk. Det kan være uafsluttede problemer, der blev drøftet fra forrige møde. Det kan være særlige problemer, en patient vil drøfte. Patienterne deltager i ressourcegruppemøder sammen med deres familiære og/eller professionelle netværk, det kan være støtte-kontaktperson, sagsbehandler eller sundhedsfagligt personale. Der er ikke lagt op til, at patienter tilknyttet distriktspsykiatrisk center kan lære hinanden at kende, når de kommer på centret. Det foregår andre steder, og personalet opfordrer til, at patienterne deltager i samværet med andre på væresteder, i den særlige idrætsforening, byen har for mennesker med sindslidelse, eller i brugerforeninger. De professionelle vil også gerne hjælpe i netværksdannelse ved at etablere kontakter mellem patienter, de mener kunne have glæde af at være sammen.

Samarbejdsfora

Teamets arbejdstid er fast på hverdage mellem otte og seksten. I den tidsperiode er der aftalt samtaler på centret eller i patienternes hjem. De fleste patienter, der er tilknyttet centret, har en ugentlig samtale. Derudover kan patienter, der i forvejen er tilknyttet centret, ringe til deres kontaktpersoner, hvis der opstår

akutte ting, de har behov for at tale om. Sekretæren modtager ofte opkald fra patienter, der akut har brug for at tale med én i teamet. Hun kender de fleste patienter og deltager i møderne og kan vurdere, hvor akut en henvendelse er, og handle på det. Distriktspsykiatrisk center har en vis opsøgende akutfunktion over for de patienter, der i forvejen er visiteret og i deres regi. De har ikke tilstrækkeligt med personalemæssige ressourcer til, at de kan tage sig af andre af byens sindslidende mennesker, hvis der opstår akutte problemer. Det er skadestuer eller sygehusets udkørende akutteam med døgnbemanding, der varetager denne funktion. Distriktspsykiatrisk center samarbejder med udgangspunkt i det enkelte menneske både med deres familie og professionelle netværk, med hospitalets afdelinger og udgående akutteam, med kommunale bosteder, med praktiserende læger, hjemmesygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, støtte-kontaktpersoner og socialrådgivere i kommunerne. Der er en socialrådgiver i teamet. Hun deltager stort set i alle visitationer og fortæller, at de øvrige i teamet ikke på samme måde har fokus på de sociale problematikker. Det kan dreje sig om behov for at afklare ting i forbindelse med f.eks. bolig, økonomi og værested. Det kan også dreje sig om vejledning i, hvor og hvordan man henter og betaler for medicin. Socialrådgiveren tager ud sammen med sygeplejersken eller lægen, når en patient bliver henvist til distriktspsykiatrisk center for at se, hvad der er brug for i den pågældendes aktuelle situation. Socialrådgiveren har et tæt samarbejde med socialrådgiverne på hospitalet og deltager altid i deres møder. Når det er aftalt, at en patient, der er tilknyttet distriktspsykiatrisk center, skal udskrives, afholdes en udskrivningssamtale. Hvis det kan lade sig gøre, deltager socialrådgiveren for at kunne følge op på de ting, der ikke er klaret under indlæggelsen i forhold til patientens hjemkommune. Det er ikke altid, at socialrådgiveren fra kommunen deltager.

"Altså, ideelt, så er det jo, at man skal holde de her udskrivningsmøder med kommunen, med bosted, værested, hvem der er nu er involveret, men det fungerer jo ikke altid sådan, det ved vi jo, ikke. Men så forsøger vi jo så efterfølgende at få lavet lige netop de her ressourcegruppemøder for at få samlet alle trådene, ikke" (Interview med socialrådgiver, distriktspsykiatrisk center, 2009).

Hvis en patient har behov for støtte socialt eller økonomisk, deltager hun i ressourcegruppemøderne. Det er en langvarig proces at få afklaret, hvem

patienten er, og hvilken type bolig der vil være mest velegnet for vedkommende. Det tager lang tid at få plads i en bolig, og socialrådgiveren fra centret har ikke visitationsret. Efter kommunalreformen er det udelukkende sagsbehandlere fra kommunen, der visiterer til bolig. Før kommunalreformen sad centret sammen med bosteder og var med i visitationen, men sådan er det ikke længere.

"Nu sidder vi ikke længere i visitationen. Nu foregår det hele oppe i kommunen. Så kan man selvfølgelig komme med noget, det er jo klart, med noget skriftligt, og det er jo det, kommunen siger, at jamen så må I beskrive det, så godt som I kan. Men det er jo ikke det samme, som når man sidder og taler sammen, og vi alle sammen har nogle forskellige forhold til den borger" (Interview med socialrådgiver, distriktspsykiatrisk center, 2009).

Distriktspsykiatrisk center samarbejder med kommunens sagsbehandlere om socialpsykiatrien i den pågældende kommune, men har ikke kompetence til at være med i beslutninger, så om det giver en større helhed i behandlingsindsatsen, som regeringens målsætning og visioner på området rettes mod, er spørgsmålet.

Støtte-kontaktpersonordning

Støtte-kontaktpersonordningen har til huse i et stort parcelhus med kælder og to etager. Døren er aflåst, og det er tydeligt, at der er tale om en arbejdsplads, når man kommer ind og ser, at huset på begge etager er indrettet som kontorer med pc-arbejdspladser til ordningens medarbejdere. Ud over kontorerne er der et fællesrum med et langt bord, hvor personalet samles til morgenkaffe og faglige møder. Der er ansat en gruppe støtte-kontaktpersoner med socialpædagogisk faglighed og nogle med sundhedsfaglig baggrund. Der er en gruppe medarbejdere, der har bostøtte § 85 som deres arbejdsområde, og to medarbejdere, der udgør et opsøgende team med § 99-arbejde. Denne opsøgende virksomhed er anonym, og alle kan rette henvendelse. Teamet fortæller, at det kan være borgeren selv eller dennes familie, der kontakter teamet, eller det kan være arbejdskolleger, venner eller naboer, der oplever, at en person har brug for støtte på et tidspunkt i sit liv.

Målgruppe

De mennesker, der er tilknyttet som klienter til kommunens støtte-kontaktpersonordning, bor alle i egen bolig, og støtte-kontaktpersonerne kommer hjem til dem for at støtte dem i en udvikling mod selv at kunne klare

mange praktiske ting i deres hverdag. Støtte-kontaktpersonen fungerer også som modvægt mod, at mennesker uden eller med sparsom familiært netværk sidder alene uden kontakt til omverdenen.

Mange mennesker med sindslidelse i egen bolig har kontakt med kommunens socialpædagogiske tilbud om en støtte-kontaktperson, der kommer i deres hjem med henblik på praktisk, pædagogisk og social støtte i dagligdagen. For nogle af de interviewede rummer hverdagslivet et nuværende eller tidligere aktivt arbejdsliv, for andre et langt liv med sygdom og uden for arbejdsmarkedet. For manges vedkommende har deres liv gennem flere år været præget af gentagne indlæggelser på psykiatriske institutioner. De har ofte været i kontakt med kommunale myndigheder, og de har haft kontakt med forskellige institutionstyper og dermed med mange forskellige og ofte skiftende fagpersoner i social- og sundhedsvæsenets regi.

Under observationsstudiet besøgte jeg mange mennesker i deres hjem. Der var store variationer i, hvordan de boede og klarede praktiske ting i boligen. I nogle hjem var der nydeligt, pænt, rent, ryddeligt og med pæne møbler og malerier på væggene. Hjemmet kunne være præget af, at der blev læst bøger, malet malerier, spillet musik, eller at der foregik andre kreative aktiviteter.

Teamet fortæller, at mange borgere med sindslidelse har vanskeligt ved at klare daglige færdigheder, som madlavning, indkøb, tøjvask og rengøring, hvilket var tydeligt at se. I en del boliger var der meget rodet, snavset og tilrøget. Der kunne være en stor opvask fra hele ugen, cigaretskod i askebægrene, aviser i bunker, papirer spredt ud over gulv og borde, tøj på møbler og gulv, tallerkener med madrester, tomme flasker og meget andet overalt i hjemmet. Der kunne være støv og dyrehår på reoler og møbler, grus og jord på gulvet, eller støv og nullermænd, der fløj omkring, når man gik på gulvet.

Kvalitet måles på udvikling og fremgang

Den kommune, støtte-kontaktpersonordningen er i, har rehabilitering som mål for det socialpsykiatriske arbejde. Støtte-kontaktpersonsteamet fortæller, at det har krævet nogle ændringer i deres måde at være sammen med deres klienter på. En rehabiliterende tilgang kræver, at støtte-kontaktpersonen ikke gør

arbejdet *for*, kun *sammen med* personen. Deres arbejde består mest i at motivere den enkelte til selv at udføre de praktiske ting i boligen.

Teamet oplever, at det er frustrerende, når det tager mange timer at motivere en person til at gøre noget ved boligen, især fordi der ikke altid er afsat den nødvendige tid til det pædagogiske forarbejde med at motivere. En støttekontaktperson giver et eksempel på en yngre mand, hvor det tager mindst en halv time at finde ud af, hvad han vil gøre en dag, derefter tager det en halv time at pakke det vasketøj sammen, han vil vaske, og så tager det en masse tid at gå på vaskeriet og få vasket tøjet. Vedkommede kan ikke gøre det alene, så der kan ikke laves andre ting, mens dette står på, det kan han ikke klare. Det betyder, at der ikke er timer nok i visiteringen til denne mand. Støttekontaktpersonen bruger derfor mere tid, end der rent faktisk er afsat. Der gives andre eksempler på det samme dilemma: At den afmålte tid er for snæver til, at arbejdet kan nås.

Teamet fortæller, at de er nødt til at fikle med tiderne, ved tage tid fra nogle, der har en god periode, og lægge tiden til hos andre med et større behov. Inden for det snævre system, der udgør rammen om deres arbejde, har de ikke mulighed for selvstændigt at prioritere og fordele deres arbejdstid mellem de mennesker, der har behov for deres støtte, så den enkeltes behov kan tilgodeses. Dvs. de kan ikke arbejde fleksibelt med den samlede arbejdstid, de har til rådighed, fordi tiden er visiteret til hver enkelt opgave. Tiden rækker ikke til at udføre de opgaver, støttepersonerne mener er fagligt og etisk forsvarlige. Derfor må de ofte inddrage frokostpauser og/eller forblive længere tid om eftermiddagen for at få det hele til at gå op.

De oplever på denne måde, at deres pædagogiske faglighed underkendes af den visiterende sagsbehandler, og at det arbejde, teamet udfører sammen med en person, der har behov for støtte, ikke anses for at være pædagogisk arbejde, hvis der ikke kan dokumenteres en fremgang hos personen i forhold til de udviklingsmål, der er opstillet i handleplanen. Medarbejderne oplever sig som en slags mellemlid mellem borgerne og kommunen, hvor de kan hjælpe borgerne med skrivelser fra det offentlige, som borgerne ikke helt forstår. Teamet kan ligeledes hjælpe i klagesager, men det er en balancekunst, hvor meget de kan gøre, de må vejlede personen, men ikke skrive klagen for ham. Deres dilemma

består i, at de skal være mere loyale over for kommunen, der er deres arbejdsgiver, end over for den person, der har behovet.

De professionelle oplever, at der ikke levnes plads til pædagogiske vurderinger, deres faglighed kommer i klemme, fordi andre definerer, hvad der skal gøres, og hvad der er pædagogik. Det er desuden vanskeligt for pædagogerne at komme igennem med faglige skøn og vurderinger over for visitator. En støtteperson udtaler:

"Det ville være en stor fordel at have ordet i sin magt, hvis man ikke har den evne, får man faktisk ikke det igennem, man gerne vil have til borgeren" (Fokusgruppeinterview med støtte-kontaktpersonordning, 2009).

I fokusgruppeinterviewet med støtte-kontaktpersonteamet diskuterer informanterne, hvordan der kan opstå konflikter mellem pædagogfaglige vurderinger af en persons behov for pædagogisk støtte og de faktiske muligheder for tildeling af støtte. Støtte tildeles ifølge fastsatte generelle kvalitetsstandarder, der ikke nødvendigvis harmonerer med det omfang, der kræves for at udføre pædagogisk arbejde. Støtte-kontaktpersonteamet oplever, at det ofte er vanskeligt at få tilstrækkelig tid til det pædagogiske arbejde hos mange af de vanskeligst stillede mennesker med sindslidelse.

Disse udsagn viser, at personalet oplever, at der sker en faglig og professionel indholdstømning, der ikke kan erstattes af det politiske effektivitets- og styringsredskab, der ligger i BUM-modellen og udmøntningen i kvalitetsstandarder. De oplever, at der tages mere hensyn til økonomi end til de professionelles faglige skøn, når der tildeles tid og ydelser til sindslidende. Støtte-kontaktpersonerne oplever alle, at deres faglige pædagogiske vurderinger kræver en situationel forståelse for hvert enkelt menneske; altså en faglig vurdering af, hvordan de har det her og nu, og hvordan tiden kan række med den tid til støtte, der er bevilget samlet set. Det fordrer en vis fleksibilitet med hensyn til tidsramme og tilrettelæggelse af arbejdet, så det tilgodeser de behov, der er på det pågældende tidspunkt. Teamets erfaringer er, at det ikke altid er muligt at forene den visiterede ydelse, tidsramme og hyppighed med alle personers aktuelle situation. En støtte-kontaktperson udtrykker dette dilemma således:

'Vi kan ikke putte borgeren ind i disse kasser.'

Støtte-kontaktpersonteamet forklarer, at hvis det hele tidsmæssigt og fagligt skal gå op i en højere enhed, bliver de nødt til at fire i tid, bruge mere tid end der er visiteret.

"Vi har brug for at være fleksible, tage lidt fra den ene og give til den anden, og det er vigtigt at understrege, at officielt må vi ikke gøre det" (Fokusgruppeinterview med Støtte-kontaktpersonordning, 2009).

Teamet sammenligner deres nuværende og tidligere arbejdsforhold og fortæller, at før BUM-modellen kunne de selv mingelere med, hvordan de anvendte deres arbejdstid hos de personer, de havde ansvar for. De kunne anlægge faglige vurderinger, der tog højde for den enkeltes aktuelle behov.

Med tanke på effektivisering og detailstyring har de fleste kommuner indført standardisering af ydelser på hjemmepleje- og på handicapområdet. Det betyder, at en visitation følger formaliserede regler, hvor opgaver defineres på forhånd, og ofte visiteres en ydelse for et år ad gangen. Det får betydning for fleksibilitet i tid og faglige vurderinger i nuet. Bestillerenheden har beføjelsen til at fastsætte indhold i og omfang af ydelser til den enkelte af kommunens borgere, og selv om støtte-kontaktpersonteamet har været med i udformningen af standarderne, giver det ikke mere indflydelse på deres eget arbejde.

Opsummering – Ambulante organisationer

Distriktspsykiatrisk center og støtte-kontaktpersonordningen er placeret i borgernært miljø. Begge steder fungerer i dagtimerne som arbejdsplads for de professionelle, og dørene er aflåste. På distriktspsykiatrisk center kommer patienterne ind på centret, mens der ikke er adgang for borgere på støtte-kontaktpersonordningens arbejdssted. Begge steder er indrettet som kontorarbejdspladser. På distriktspsykiatrisk center er der énmandskontorer, så behandlerne kan føre samtaler med patienterne, uden at andre overhører samtalen. På støtte-kontaktpersonernes arbejdsplads er der indrettet kontorer med mange medarbejdere i hvert kontor, men her kommer kun professionelle.

Distriktspsykiatrisk center hører administrativt under et psykiatrisk center. Der udføres ambulante psykiatriske behandling, både som primært behandlingssted og som opfølgning efter en udskrivelse fra hospital. Patienter visiteres til centret, hvor der tilbydes medicinsk og psykoterapeutisk behandling, og der gives støtte til afklaring af borgernes sociale problemer ift. arbejde, boligforhold og økonomi. Centret kan visitere til værested. Patienterne kan komme på centret for at modtage behandling, eller personalet kan komme i patienternes bolig. Behandlingsteamet tilbyder at arrangere ressourcegruppemøder og oplæring i medicinadministration. Der tilknyttes en behandlingsansvarlig læge og en sygeplejerske som kontaktpersoner til hver patient.

Støtte-kontaktpersonordningen hører administrativt til socialpsykiatriske tilbud i en kommune. Det socialpædagogiske arbejde er tidsmæssigt fastlagt efter standarder, der tildeles borgeren administrativt gennem bestillerleddet. Støtten udføres af udførerleddet, der bliver betalt i forhold til den tildelte tid, der skal lægges hos borgerne. Borgerne modtager støtte i det omfang, bestiller vurderer behovet er, hvilket ikke nødvendigvis er i overensstemmelse med det behov, der vurderes at være ud fra et pædagogfagligt synspunkt. Der gives støtte og oplæring i at udføre daglige funktioner i hjemmet: Rengøring og tøjvask, indkøb, madlavning, og til optræning af borgernes fysiske og sociale kompetencer: Motion, personlig hygiejne og at være sammen med andre borgere i butikker, i byens rum, på væresteder etc. Den socialpædagogiske støtte sigter på at gøre borgeren i stand til at klare et hverdagsliv i egen bolig, derfor må støttepersonen

ikke udføre noget for en dem, men må gerne deltage i udførelsen af opgaverne sammen med personen, der selv skal formulere, hvilke aktiviteter han har behov for at få støtte til, når støttepersonen kommer.

Ambulerende team arbejdsformer

Arbejdet på det distriktspsykiatriske center er karakteriseret af at være alenearbejde. Medarbejderne planlægger og udfører deres arbejde i forhold til hver enkelt medarbejders faglige viden og kompetence. Hver medarbejder har et individuelt fagligt ansvar, og alle har et fælles fundament i det tværfaglige team, hvor der tages fælles beslutninger. Teamarbejdet er karakteriseret af at være stærkt struktureret og velorganiseret omkring flere former for møder. Teamet drøfter deres faglige problemer i åbenhed og lydhørhed og vender dem for at vurdere sagerne ud fra de forskellige faglige vinkler, teamets tværfaglighed repræsenterer. De fælles drøftelser medvirker til afklaring af diagnoser, adfærdsproblemer, teamets holdninger og er bestemmende for handlinger i forhold til patienterne. Den største del af møderne er faginterne møder, der foregår uden patienternes deltagelse. De deltager sammen med deres netværk i ressourcegruppemøder, der ifølge de professionelle foregår på patienternes præmisser, idet de bestemmer indhold i dagsorden og er med til at godkende referater fra møderne.

Der er tale om en klassisk medicinsk rehabiliteringspraksis, der er udlagt til nærmiljøet. På baggrund af den borgernære tilgang med besøg i hjemmene kan behandlerne ved selvsyn vurdere, om behandlingen i hvert enkelt tilfælde har den ønskede effekt.

Støtte-kontaktpersonteamets arbejde er ligeledes alenearbejde. Det adskiller sig fra distriktspsykiatrisk teamsamarbejde ved at være mindre fagligt selvstændigt på visse områder. Beslutninger om arbejdsgange tages af den enkelte støtte-kontaktperson, og medarbejderen planlægger selv sine arbejdsopgaver, men har ikke selv bestemt, *hvilke* funktioner der skal udføres, eller hvor meget *tid* der kan bruges på hver opgave. Støtte-kontaktpersonens faglige beslutninger omfatter kun, *hvordan* de bestilte opgaver udføres.

Samarbejdet i støtte-kontaktpersonteamet er ikke fast struktureret på daglige møder, hvor problemer drøftes og beslutninger tages i fællesskab, som det er

tilfældet på det distriktpsychiatriske center. Der er teamsamarbejde, men det er ustruktureret og ikke sat i fast form eller system med henblik på udveksling af informationer og beslutningstagen i fællesskab, som er karakteristisk for samarbejdet i det distriktpsychiatriske team. Teamet drøfter patienternes problemer, når der er behov for det, men det er den enkelte støttekontaktperson, der ud fra egne pædagogfaglige vurderinger tager problemer op i teamet. Støttekontaktpersonsteamet er tværfagligt sammensat, men arbejdet er ikke afhængigt af, at der er flere fag repræsenteret. Selv om der er flerfaglighed i teamet arbejdes mere med fællesfaglighed. Så alle i teamet udfører socialpædagogisk arbejde uanset faglig uddannelsesbaggrund.

Arbejdets form besluttet ikke på forhånd, det er ikke bestemt, hvordan det skal foregå, kun indhold og omfang er fastlagt af de bestilte ydelser. Alle arbejdsdage foregår forskelligt, da alle situationer og dermed behov for støtte kan veksle fra gang til gang. Det er den enkelte, der skal beslutte, hvad støttekontaktpersonen skal støtte ham/hende i af de opgaver, der er bestilt og aftalt. Derfor kan det ikke nødvendigvis arrangeres på forhånd. Mennesket inddrages i alle beslutninger om sit eget hverdagsliv og bestemmer selv, hvilke aktiviteter han/hun har behov for den pågældende dag. Det er ikke støttekontaktpersonens tærskel for orden og renlighed, der er gældende, men borgerens. Støttepersonerne arbejdede med borgerdemokrati med henblik på at støtte udvikling af selvomsorgskompetence og selvansvar.

Støttekontaktpersonsteamets arbejdsgrundlag var bestemt af de mulige ydelser, der kunne tildeles en person i forhold til kommunens økonomiske ramme og udmeldte socialpolitik. Selv om det blev anført, at der var tale om en rehabiliteringstilgang i form af en bio-psyko-social sårbarhedsmodel, var det socialpædagogiske arbejde underlagt en overordnet tænkning og ramme bestemt af økonomi, der blev administreret i overensstemmelse med en new public management-logik, i form af en BUM-model. Det betød, at støttekontaktpersonernes faglige vurderinger af konkrete situationer, der kunne fremme en person i en recoveryproces, kom i anden række i forhold til de kvalitetsstandarder, der var styrende for de tildelte pædagogiske ydelser, og dermed var den samlede økonomiske ramme - der var til rådighed i bestillerleddet - på forhånd afpasset mængden af udefra bestilte ydelser.

Dette stod i kontrast til den måde, hvorpå arbejdet blev styret på det distriktskykiatriske center. Centret hører administrativt under et større psykiatrisk behandlingscenter og udgør ikke en selvstændig virksomhed på linje med støtte-kontaktpersonordningens udførelsevirkosomhed. Det distriktskykiatriske team er fagligt og opgavemæssigt selvstyrende. Vurderinger om patienternes aktuelle tilstand og diagnoser dannede baggrund for teamets beslutning om behandling. Selve behandlingen foregik i samarbejde med patienterne, men i stor udstrækning besluttet af teamet. Beslutning og udførelse var baseret på det tværfaglige team viden og grundige faglige drøftelser. Arbejdets omfang og opgavemængde blev vurderet og varetaget i forhold til den samlede økonomiske ramme, der var til rådighed.

Kapitel 7 – Fra de- til re-institutionalisering

Der blev indledningsvis stillet følgende forskningsspørgsmål:

Hvordan lever og oplever mennesker med sindslidelse deres sociale liv i hverdagen – og deres relationer med familie/venner og professionelle fra behandlingspsykiatri og socialpsykiatri
Hvilken tænkning og logikker konstituerer behandlings- og socialpsykiatriens faglige grundlag og arbejdsorganisering
Hvordan organiseres sociale relationer og aktiviteter i institutionelle rum
Hvilket kendskab har de professionelle team til det sociale liv, personer med sindslidelse lever henholdsvis på institution og i eget hjem

Projektet afsluttes med en drøftelse af, hvordan psykiatrisk rehabiliterende behandling og socialpsykiatriske rehabiliterende tilbud matcher de tre gruppers sociale kompetencer og behov for professionel støtte i deres recoveryproces.

Der ses varierende tilgange og organisering af arbejdet med rehabiliterende indsatser på de syv undersøgte steder. Rehabiliteringstilgangen varierer

- fra behandlingspsykiatriens klassisk medicinske rehabilitering, hvor de professionelle behandler sindslidelsen ud fra professionelt fastlagte evidensbaserede behandlingsmetoder og psykoterapeutiske teknikker med henblik på tertiær sundhedsfremme: Fysisk, adfærdsmæssig og social rehabilitering
- til et inkluderende arbejdsfællesskab i en fastlagt struktur på et brugerstyret værested med demokratiske processer som læringsarena for social, psykologisk og praktisk rehabilitering.

De institutionelle rammer, som behandling og støtte er organiseret under og foregår i, har medbetydning for det rehabiliterende forløb i situationer, hvor mennesker har brug for, at professionelle tager over og støtter dem i vanskelige situationer. For nogle af de interviewede er denne periode kortvarig, for andre er den langvarig, da deres sindslidelse har fulgt dem det meste af deres liv.

Øget ambulant virksomhed

Regeringens strategi i 2010 på psykiatriområdet lægger op til, at der skal ske en koordinerende indsats, så behandling og social støtte fremstår som en helhed.¹⁶ Helhedstænkningen videreføres i regioner og kommuners mål og visioner, der igen påvirker stedernes målsætning og grundlæggende tænkning om rehabilitering. Allerede på nuværende tidspunkt tilbyder nogle behandlingspsykiatriske centre rehabiliterende behandling, der omfatter behandling med psykofarmaka, psykologisk kognitiv behandling og psykoedukation, oplæring og omsorg til udvikling af sociale og praktiske færdigheder. Denne behandling tilbydes både under indlæggelse og på distriktspsykiatriske centre.

Tendensen følger de politiske visioner om, at indlæggelser skal være stadig kortere, der skal foregå flere behandlinger i ambulant regi, og der oprettes flere former for ambulante team. Disse team kan behandle mennesker i deres boliger, hvilket skal forebygge, at de ophører med den medicinske behandling og dermed får tilbagefald, der i så fald ville kræve indlæggelse ved tvang eller frivilligt. Disse ændringer i behandlingsmodus skal gøre det muligt for en person at vende tilbage og leve i egen bolig - eller under mere beskyttede boligformer, som kommunerne har ansvar for at tilbyde.

Gennem socialpsykiatriske indsatser tilbyder kommunerne social rehabiliterende behandling. Det kan være socialpædagogisk støtte i egen bolig, der sigter mod, at mennesker med sindslidelse udvikler kompetencer til at tage ansvar for eget liv og helbred, noget der på sigt kan gøre mennesket i stand til at klare sig selv både praktisk og økonomisk. Til de, der ikke kan klare hverdagen i egen bolig, tilbydes forskellige boligformer afhængig af borgernes behov.

Arbejde og arbejdsstræning hører jobcentre til. På kommunale og private væresteder tilbydes socialt samvær samt kulturelle og boglige aktiviteter. På Fountain House-væresteder tilbydes anderledes socialt samvær og færdighedstræning rettet mod mennesker, der har ønsket om at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Arbejdet foregår i et fællesskab mellem medlemmer og

¹⁶ Dette projekt undersøger ikke denne koordinerende indsats, men der er koordinerende tiltag på vej. Socialministeriet har afsat satspuljemidler til 16 igangværende projekter om koordinerende indsats mellem regioner og kommuner (19M puljen). Der følges op med evaluering af indsatserne, hvilket Rambøll gennemfører.

professionelle i et miljø præget af demokrati og brugerstyring. I dette arbejdsfællesskab trænes sociale, personlige og praktiske færdigheder.

Rehabilitering og recovery

I disse år har forskning bidraget med ny viden om rehabilitering og recovery i forhold til sindslidelse. En psykiatrisk diagnose anses ikke længere for kronisk og dermed livsvarig, mange kommer sig helt eller delvist (Topor, 2003, 2010, Jensen, 2006, Epløv m.fl., 2010). Recoveryforskningen har vist, at det har betydning for et menneskes mulighed for at komme sig, og de professionelle i deres adfærd viser, at det betyder noget for dem. Når der - i stedet for en professionel distancerende relation - etableres tætte og stabile relationer mellem professionelle og sindslidende, hvor den professionelle giver noget af sig selv personligt, understøttes menneskets recoveryproces. Topor har fundet, at det har betydning, når der etableres sociale relationer, hvor den professionelle gør noget, der er anderledes end ellers, f.eks. at blive efter arbejdstid for at tale med en patient. Det har betydning for recoveryprocessen, hvis der etableres 'reciprocal relationship' mellem en borger og en professionel (Topor, m.fl., 2011, p.96). En sådan relation er tosidig, og den professionelle kan tale med patienten om den professionelles egne erfaringer, oplevelser og problemer og søge om råd hos ham. I denne relation kan patientens egne ressourcer, viden og synspunkter om hans egen proces inddrages i forhold til behandling og dermed forbedre recoveryprocessen (Topor, m.fl., 2011, s. 96-97).

Det er en vigtig forudsætning for at komme sig, at der er én, der stiller op og er der for en anden. Det kan være familie og venner i nære sociale netværk, det kan være professionel støtte, når der sker personlig involvering fra de professionelles side.

At komme sig er en langvarig og individuel unik proces, og det er derfor ikke muligt at strukturere eller manualisere en recoveryproces, sådan som det kendes fra bl.a. behandlingspsykiatrien (Epløv, 2010, Jensen, 2006, Topor, 2003).

På tværs af grupper

De 38 interviews viser markante forskelle i forhold til social baggrund og i relationer til familie og venner. Det gælder også i forhold til de forskellige

menneskers oplevelser med at klare hverdagslivet og deres behov for professionel behandling, socialpædagogisk støtte og boligform.

De personer der er i Gruppe 1¹⁷ har haft en tryk opvækst hos forældre og søskende, og de har gennem livet haft og har fortsat nære venner, som også i svære perioder med indlæggelse og længerevarende behandlingsforløb bevarer kontakten. For de flestes vedkommende er sindslidelsen kommet sent i livet og har medført et brud på selvfølgheder og selvforståelse, og i perioder oplever de både omgivelser og sig selv som fremmede. De viser omsorg for andre og formår at etablere nye venskaber, og de er i stand til at udøve selvomsorg.

Personerne i Gruppe 1 har vanskeligt ved at acceptere et inaktivt liv, men de forstår og accepterer, at det kræver en indsats af dem selv, og at det tager tid at komme sig. De fleste af personerne i Gruppe 1 giver udtryk for, at de har bevaret livsgnisten, at de har bibeholdt deres sociale, kommunikative og praktiske kompetencer, og at de er kommet sig delvist. De nærer håb og drømmer om et liv så tæt på deres tidligere som muligt. For manges vedkommende rummer dette også et ønske om at komme tilbage til uddannelse eller et arbejdsforhold under beskyttede forhold. Deres opvækstvilkår og oplevelser fra uddannelse og arbejdsliv har indflydelse på, at de fortsat har en arbejdsidentitet og anser arbejde som en del af deres fremtidige liv. Der er nogle, der giver enslydende fortællinger om, at de af forskellige grunde er gået ned med stress på deres arbejde og har fået en depression, de ikke kan komme ud af på egen hånd.

De mennesker, der deltager i et arbejdsfællesskab på værestedet, søger at reetablere sociale og praktiske færdigheder ved at indgå i værestedets inkluderende arbejdsfællesskab. Selv om de er kommet ganske langt i deres recoveryproces, har de vanskeligt ved at forestille sig et liv uden det økonomiske sikkerhedsnet, som en førtidspension giver dem, og de betragter arbejdet mere som et supplement og en velkendt indholdsdel i deres liv, end som en nødvendighed. Set på sigt er drømmen fortsat et liv som før.

De, der er placeret i Gruppe 1, bor alle i egen bolig. De fleste bor alene, enkelte sammen med ægtefælle/kæreste og børn. De oplever, at såvel familien som vennerne er de primære personer, som de støtter sig til. Deres behov for professionel støtte opstår i særlige situationer, hvor verden ikke er genkendelig,

¹⁷ Se evt. figur 2 i Del I.

eller de oplever livet tomt og indholdsløst, og hvor de kan have vanskeligheder ved at klare dagligdags ting. I disse situationer søger de psykiatrisk behandling og psykologisk eller pædagogisk bistand for at komme ud af en situation, som de ser som et kropsligt og socialt fængsel.

For personer, der er i Gruppe 2, har opvæksten været præget af brud i familien, skiftende bolig og skole, afbrudte og nye uddannelsesforløb i voksenlivet fulgt op af skiftende arbejdspladser. Deres liv har i mange henseender gentaget sig i forhold til samme turbulente mønster. Mange af personerne i denne gruppe har fået psykiske problemer tidligt i deres liv. I perioder kan de ikke klare dagligdags ting, og de har gentagne indlæggelser bag sig. Nogle holder op med at indtage medicin, så snart de kommer hjem, og så foretager de sig mærkelige ting. Efterfølgende finder de ud af, at andre mennesker er blevet bange for dem.

De har i perioder haft vanskeligheder med at etablere nære relationer og venskaber. Nogle fortæller, at når de bliver maniske, kræver de for meget af deres venner. Det tærer på venskabet, og de fleste venner forsvinder. De har vanskeligt ved at bevare kontakt med andre og giver udtryk for, at de savner én at tale fortroligt med, og de føler sig socialt isolerede og ensomme. Flere i denne gruppe fortæller, at de ønsker sig kæreste og børn, og at de stadig håber på og drømmer om familie.

De fleste mennesker i Gruppe 2 har sparsom kontakt med deres familie, og nogle har flere ægteskaber bag sig. Stort set alle i gruppen giver udtryk for lavt selvværd og mindreværdsfølelse, nogle føler sig kasserede af samfundet, selv om de oplever, de er for gode til at være sat uden for.

Alle har førtidspension, nogle ønsker at have nogle timers arbejde. Flere i Gruppe 2 bruger deres kreative sider som levevej, ikke kun som en adspredelse. Nogle udtrykker det sådan, at de bruger musik nærmest meditativt til at komme i en særlig tilstand. Musikken fungerer herved som et selvterapeutisk middel, de anvender til at komme sig af deres psykiske problemer. Gennem musikken kan de få kontakt med andre, der har samme interesse, og derved etablere venskaber.

Gruppe 3 rummer personer, der alle kommer fra dysfunktionelle familier med grænseoverskridende adfærd. De er vokset op i familier med sindslidelse, med

omsorgssvigt i form af vold, incest og misbrug af alkohol. Deres opvækst var præget af manglende tryghed, manglende tillid og uforudsigelighed på alle måder. Flere har tyet til vold over for forældrene og er stukket af hjemmefra i en ung alder. De har efterfølgende ingen eller sparsom kontakt med familien. De har selv fået psykiske problemer og misbrug af stoffer og alkohol tidligt i deres liv. De fleste har taget det voldelige og uforudsigelige mønster med sig i deres kæresteforhold og ægteskaber. Nogle har dom til behandling, de bor på bosted eller i egen bolig, andre har dom til anbringelse og er indlagt på lukket afsnit på psykiatrisk hospital.

Gruppe 3-personer giver udtryk for, at de har lavt selvværd og mindreværdsfølelse. De fortæller også, at de gerne vil ud af deres misbrug. Mange med stort rusmiddelforbrug har ressourcer til at skaffe sig disse midler gennem det misbrugsfællesskab, de tilhører. De fleste holder fast ved deres venner, også selv om deres tilknytning til dette fællesskab er medvirkende til, at de har vanskeligt ved at ændre ved deres misbrugsadfærd. Deres venner har alle et aktivt misbrug, så der er en fælles afhængighed af dette fællesskab, der gør det vanskeligt for den enkelte at komme ud af dette miljø eller misbrugsmønster. To af de interviewede fortæller, at de har lagt et alkoholmisbrug fra sig, og at det har været nødvendigt for dem at skippe deres misbrugsvenner for at det kunne lykkes at ændre deres livsmønster og -indhold.

Nogle af personerne i Gruppe 3 fortæller om et liv præget af stemmer, andre om sansehallucinationer, angst og paranoia. Det påvirker deres hverdag og mulighed for at udholde og klare samvær med andre mennesker, hvilket igen begrænser deres muligheder for at finde nære venner og kærester, som de fleste har ønske om og håber på. Nogle i gruppen har haft arbejde, men misbrug eller hallucinationer har gjort det umuligt for dem at klare et job på almindelige vilkår, selv om flere ønsker sig et arbejde.

Alle i Gruppe 3 har været i behandling med medicin, de fleste har selvskadende adfærd, og de har alle flere indlæggelser bag sig. Enkelte er kommet ud af misbrug og er på vej mod social recovery. Andre taler om, at de ønsker at stoppe misbruget, men de kender ikke til andet end et liv med misbrug. Det er deres selvfølgeligelige hverdagspraksis, og de ønsker ikke, eller har ikke ressourcer, der gør dem i stand til at bryde med deres venskabskreds. Andre er forhindret, fordi

der er tale om massive og nærmest lammende hallucinationer, der bevirker, at de oplever smerter, mistror andre, føler sig syge og angste og må forblive i deres bolig, hvor der er kendte omgivelser. De fleste fortæller, at de drømmer om at være foruden misbrug/hallucinationer, så de kan få et almindeligt liv og opleve nærhed og kærlighed, noget som de stort set ikke har erfaring med.

En blomst, der folder sig sammen

På tværs af grupperne fortæller nogle, at de har arbejdet gennem mange år, og at de har hørt stemmer, som de har oplevet som en naturlig del af deres hverdag. Det har været en selvfølgelighed i deres forståelse, at alle mennesker har oplevet verden på samme måde som de selv. Først i det øjeblik de har oplevet, at stemmerne skabte problemer for dem i form af angst og tab af koncentration og arbejdsevne og førte til sammenbrud og kontakt med behandlingssystemet, er de blevet klar over, at deres sansning var anderledes end de fleste andres. De har søgt professionel behandling, når det blev til et problem. Mange har været klar over, at deres sansemæssige oplevelser ikke var som andres, og at de levede i en dobbelt virkelighed: en verden, der kun er deres egen, og den verden, de deler med andre. Den sidste virkelighed er selvfølgelig for alle andre mennesker i deres omgivelser. Nogle har lært at leve med, at de hører stemmer, de spiller lidt højere musik eller har fundet andre måder at leve med dem på.

En person i Gruppe 3 fortæller om, hvordan verden er bedst i den udvidede sansning, den er farverig og smuk. Når han får medicin, forsvinder hans farverige verden. Han forklarer, at det er som en blomst, der folder sig sammen. Han fortæller, at han ved, at det er samfundet, der bestemmer, hvor langt ind i hans egen sansning han kan forsvinde, før der bliver grebet ind. En anden fortæller om fysisk smertefulde og psykisk angstprovokerende sanseoplevelser, der ofte forhindrer socialt samvær med andre mennesker i ugevis.

Tabu, stigmatisering og skam

Flere personer i Gruppe 1 fortalte samstemmende, at de følte skam i de situationer, hvor de ikke kunne overkomme at gå på arbejde og ikke magtede at beskæftige sig med ganske almindelige ting i deres hverdag. Det kunne bestå i at komme ud af sengen, ordne rengøring, vedligeholde hygiejne og sørge for kost, noget de ellers gik meget op i, og som altid bare havde fungeret som en

selvfølgelig del af livet for dem. De gemte sig lidt af vejen for familie og venner, magtede ikke kontakt.

Skam som etisk fænomen kan knyttes til bestemte sociale interaktionskontekster og livstilstande. Hvis man udstiller mangel på kropslig kontrol for andre, overskrides andre menneskers grænser, og det er skammeligt. Når en person udstiller sin manglende kontrol over kroppen og talen, opleves skammen i form af angst for andres afsky (Isaksen, in Wyller, T. (red.), 2001). Skam drejer sig om at overskride andres og egne grænser for, hvor 'afklædt' man kan stille sig selv frem for andres blik. Den afklædte tilstand, hvad enten den er vist gennem tale eller ved selvsyn, truer såvel den enkeltes som familiens værdighed (Wyller, T. (red.), 2001).

Der er personer på tværs af de tre grupper, men der er flest fra Gruppe 1, der taler om følelser, der kan ses som skam. Det er et fænomen, der er samfundsskabt. De identificerer sig med den forståelse, der styrer såvel andre mennesker som borgernes egne familiers tanke- og handlenormer. Selv om de identificerer sig med den samfundsskabte normativitet, undrer de sig over, at familien ikke forstår deres liv og situation med en sindslidelse.

I familier, hvor der ikke åbent tales om sindslidelse, bliver spørgsmålet ikke stillet, og skam over egen sindslidelse knytter sig ikke til forventede svar, for svarene bliver aldrig udtalt, de er utænkelige og udebliver derfor. Dette mønster er et tillært mønster fra den tidlige barndom, hvor manglende svar skaber og medfører en følelse af skam. En del personer har problematiske forhold til deres familier, fordi de som sindslidende ikke må være for synlige, fordi man ikke viser følelser og heller ikke fremviser sin kropslige og praktiske uformåen, eller sin kaotiske verden frem for andre, hverken gennem tale eller ved at vise sig frem kropsligt. At se og høre om sindslidelsen ville overskride familie og venners grænser og påføre dem skam, hvilket igen vil påføre personen selv skam over den påførte skam. Nogle af de interviewede taler om, at det er skamfuldt at være ude af stand til at klare en dagligdag, at det kan være vanskeligt at tage sig sammen til at stå op af sengen og slet ikke være i stand til at tage vare på sig selv, i samme menneskers familier betragtes talen om sindslidelse som et tabu. De isolerer sig socialt og bliver alene med deres oplevelser, de pålægger sig selv tavshed for ikke at opføre sig skammeligt.

En person i Gruppe 1 taler om at holde masken, fordi i den familie viser man ikke et forgrædt og angst ansigt frem, når man taler med andre, man udstiller ikke sig selv eller sine følelser uden for hjemmet. En anden i samme gruppe taler om skam, men kalder det forfængelighed. Hun forklarer, at hun ikke vil tale om sin egen tomhed. Hun vil ikke udstille sine problemer med at være ude af stand til at udføre de mest almindelige dagligdags ting i sin hverdag, som hun intellektuelt ved skal gøres. Hun taler ikke med andre om, at hendes livsglæde og livsgnist er forsvundet. Hun har heller ikke lyst til at svare, når hendes venner spørger til hendes tilstand, det er for skammeligt for hende at tale om.

Kontroltab og afvigelse påfører skam

Andre fortæller, at der hersker tabu, nogle må skjule deres sinds- og kropstilstand for andre, ikke at være i kontrol er ikke noget, man udstiller for andre. Når en person i Gruppe 3 fortæller, hvordan andre bliver bange for ham, når han er manisk, og han mener, at samfundet bestemmer, hvor langt han kan gå i sin maniske tilstand, drejer det sig også om skam, i den forståelse at han overskrider andres etiske grænser for, hvor meget man kan udstille af sig selv. Ved at udstille uorden gennem sin skamløshed i opførsel i et offentligt rum udstilles tilskuerne. At udstille sig på denne måde viser ens egen mangel på kropslig og mental kontrol. Denne manglende kontrol bliver synlig for alle, når han i sin maniske tilstand iklæder sig en lang guldkjole og bevæger sig rundt i det offentlige rum, 'som om' han var regent. Han udstiller også sig selv ved at tale om meget intime emner. Det er skammeligt, når han ikke kan sætte grænser for sine ord og handlinger, fordi de uhindret følger med under indtryk af den indstrømmende sansning og påvirker hans kropslige udtryk. Når samme person efterfølgende reflekterer over sig selv og de handlinger, han udførte i sin maniske tilstand, føler han skam over sig selv i forhold til de mennesker, han har tabt ansigt over for. Ved refleksion er han helt klar over, at det ikke var virkelighed. Han var ikke regent, men det vidste han ikke i situationen, og det medfører en skamfølelse. Han bliver på grund af sine handlinger opfattet anderledes, end han gerne vil opfattes. Karlsson finder i sin forskning, at specielt mennesker, der har maniske perioder, oplever skam, det kan være over noget, de

måske har sagt eller gjort over for naboer, venner og familie. De oplever både indlæggelsen og selve hændelsen som nedværdigende og blamerende (Karlsson, 2004). Det går også ud over følelsen af værdighed. I Jensens interviews fortæller en informant om denne følelse af, at han bliver flov, når han har det skidt, hvis han møder mennesker, der håner ham for at være sindslidende. Det får ham til at føle sig skamfuld over, at andre mennesker ser ned på én (Jensen, 2006).

Risiko for tab af værdighed

Nogle personer i Gruppe 1 agerer på den uudsagte fordring og iboende skammoral i familien, der hersker over for sindslidende mennesker. I familien forbigås den slags i tavshed, de ville ikke blive mødt som værdige familiemedlemmer ved at udstille sider af dem selv, der afviger fra det, man taler om i familiens liv, eller hvad der bringes med ud til andre mennesker i samfundet uden for familiekonteksten. Nogle fortæller derfor ikke familie og venner om, at de hører stemmer eller er i medicinsk behandling pga. psykiske problemer. Andre kender ikke til andre menneskers følelsesliv eller sanser, og de blev chokerede over at opdage, at andres oplevelser af en indre sanseverden var anderledes end deres egne. Det oplever de også som skamfuldt.

Nogle personer i Gruppe 1 fortæller, at det i deres familie er tabu at tale om familiemedlemmer, der har eller har haft en sindslidelse, de opdager det først, fordi de selv får psykiske problemer. I familien er sindslidelse ikke noget, man viser frem for andre eller taler om. Det er forbundet med skam, fordi der er grænser for, hvad man rent etisk kan og vil vise frem til verden uden for familien. Det er ikke kun familiens normer, men de samfundsmæssige normer og holdninger hos andre mennesker, der er medskabere af skamfølelser. Oplevelser som disse kan føre til selvstigmatisering. Det kan også være et incitament til at få selvindsigt og arbejde med ikke at komme i sådanne situationer, at søge hjælp til at dæmpe manien og ændre mønstre og adfærd. Det kan være en vej til, at der etableres en særlig relation og en vej til at komme sig på længere sigt.

Medicin påvirker krop og identitet

Medicin har ikke været et tema, der direkte er spurgt ind til i interviewene, men mange af de adspurgte bragte selv temaet på bane. Alle de interviewede taler om medicin som en del af behandlingen. Medicin nævnes som en hovedhjørneste i

den behandlingsforståelse, der ligger i den klassiske medicinske rehabiliteringstilgang, hvor medicin udgør den ene af de to behandlingssøjler, der er en 'naturlig' hjørnesteen, hvor kognitiv psykoterapi som den anden søjle udgør en lige så 'naturlig' hjørnesteen, for behandling af mennesker med sindslidelse. De interviewede fortæller, hvordan medicin virker på dem, mange tillægger det betydning for, at de er kommet ud af deres psykotiske, depressive, maniske tilstand eller angsttilstand.

Nogle har oplevet modstand mod medicin og fortæller, at de har oplevet at ændre sig, blive en anden person, og mange fortæller om bivirkninger af medicin. De 38 personer, der deltog i interviews, var i behandling med medicin, kun én person var ophørt med medicinsk behandling. De fortæller samstemmende, hvordan de oplever, at deres krop, kreativitet og sociale udfoldelser i livet ændres eller ligefrem hæmmes, når de indtager medicin. De fortæller, at de bliver trætte og må hvile sig i løbet af dagen. Det gør det vanskeligt for dem at kunne klare at nå de samme ting og det tempo, som de kunne før. Flere fortæller, at de sætter pris på netop den dæmpende virkning, medicinen giver, så de kan slappe af og slippe for deres stemmer. Nogle mennesker oplever, at medicinen hjælper dem, fordi deres oplevelser i en psykotisk tilstand er for voldsomme. Andre oplever, at medicinen fratager dem deres glade stemning og den farverige og blomstrende verden, med den forsvinder deres skabertrang, musikalitet, som psykosen bringer med sig, og de oplever nærmest, at de fratages deres egentlige identitet.

Nogle mennesker i Gruppe 1 oplever, at medicinen er med til at få dem til at løsne op for et kropsligt fængsel, så de bedre kan komme ud af sengen. Det løsner op for deres sproglige problemer, så de igen formår at kommunikere og kan overvinde deres sociale tilbageholdenhed. Medicin hjælper dem, så de igen tør være sammen med andre mennesker. Denne virkning af medicinen er medvirkende til, at mange igen tør håbe på at få overskud til at komme tilbage til det liv med familie, kæreste og arbejde, som de ønsker. De drømmer om, at de kan komme sig helt. Andre oplever, at medicin har en dæmpende virkning på tanker, tale og krop, og det påvirker deres sociale aktivitetsniveau på en hæmmende måde. De fleste får øget appetit, tager på i vægt og har vanskeligt ved

at tabe sig igen. Det påvirker igen deres følelse af at være anderledes end andre mennesker.

Det er ikke ukendt, at medicin har bivirkninger, der påvirker funktioner i dagligdagen. Jensen fandt så tidligt som i 1979, at mange mennesker oplever bivirkninger, mange tager på i vægt, og ca. 50 % bliver trætte af medicinen (Jensen, T. Ø., 2011). Han fandt også, at der i 1979 var social skævhed, at mennesker med lavere uddannelse og mindre socialt netværk fik mindre information og fik ordineret mere medicin, end mennesker med højere uddannelse og mange personlige og sociale netværksressourcer. Jensens forskning viser, at det ikke er stort anderledes i dag, at den enkelte patients stemme ikke udgør en naturlig del i forskning om og vurdering af psykofarmaka (Jensen, T. Ø., 2011:51).

Ensomhedsfølelse

Mange af de 38 personer, der er interviewet til dette projekt, fortæller om et dybfølt savn. De giver udtryk for, at det største problem er deres ensomhedsfølelse, og hvordan denne følelse efter et længere forløb med sindslidelse er kommet ind som en faktor, der trænger sig på i hverdagslivet som noget for dem uoverskueligt. Når der spørges: 'Hvordan vil du betegne dit liv lige nu?' er der mange af de interviewede, der svarer, at det er et ensomt liv. Nogle har opgivet drømmen om et liv med ægtefælle og børn, men ønsker, at de havde haft de muligheder, som alle andre mennesker har. De ønsker og længes efter nærhed ligesom alle andre mennesker, men det er ikke en selvfølgelighed for mennesker med sindslidelse.

Længsel efter nærhed

Flere af personerne, specielt i Gruppe 2 og 3, er blevet sindslidende i deres tidlige ungdom, så mange har ikke oplevet at leve et liv med venner, og de mangler sociale erfaringer i at knytte nære venskaber. Nogle af de interviewede forklarer det med, at de lider af '*generel angst*', hvilket hindrer dem i at gå uden for en dør eller i at tale med ukendte mennesker. Informanterne giver på forskellig vis udtryk for ensomhedsfølelse på et helt eksistentielt plan, og de oplever et dybt savn efter at knytte nære bånd med andre mennesker. Mange ønsker at opleve nærhed, de ønsker sig en kæreste og at leve sammen med et

andet menneske i hverdagen, én at være fortrolig med, én at grine og græde med, de savner at føle kærlighed og at have et sexliv. På nogle af bostederne oplever beboerne, at de får venner, nogle får kærester eller har korterevarende affærer.

Nogle mennesker med sindslidelse, der er placeret i Gruppe 2 og 3, har som følge af deres ofte turbulente hverdagsliv oplevet skiftende kontakter i forhold til både private og professionelle relationer.

Naboer hjælper også gerne med praktiske ting. Naboerne kommer dermed til at udgøre netværksrelationer i deres hverdag. For nogle mennesker opstår et socialt tomrum, fordi sindslidelsen påvirker deres muligheder for at indgå i tætte relationer med andre mennesker både i og uden for familien. Andre ønsker ikke at have kontakt med naboer, de holder på, at de ikke vil vise, at de har psykiske problemer. De ønsker ikke, at andre skal vide, at de får behandling for en sindslidelse. Nogle af dem, der bor i egen lejlighed eller hus, fortæller, at de har god kontakt med naboer. Det kan være en social støtte, der modvirker følelsen af at være helt alene.

De interviewede fortæller, at deres liv i ensomhed er en belastning for dem. At være alene med sig selv opleves ikke bare som ensomhed, det føles som en adskillelse fra fællesskab og kærlighed. Nogle fortæller, at de pga. deres sindslidelse føler sig kasseret af samfundet, og at de med denne udelukkelse føler, at de lever i et fængsel i eget hjem. Følelsen af at være kasseret forstærkes af, at de stadig har drømme, længsler og håb om at bruge uddannelse og arbejds erfaringer til at gøre hverdagen mere indholdsrig, varieret og tilfredsstillende. De oplever det som spild, at de ikke kan få indfriet de potentialer, de besidder i kraft af deres intellektuelle og menneskelige egenskaber.

Match

Sundhedsvæsenets medicinsk rehabiliterende behandlingstilbud matcher de personer, der udgør Gruppe 1. Det er mennesker, der følger aftaler om behandling, og de er selv i stand til at gøre en indsats for at komme sig både sundhedsmæssigt og socialt. De har alle sammen tilstrækkelige ressourcer til at genlære selvomsorg og til at tage det ansvar, der lægges op til med en

rehabiliterende tilgang. De har tætte og stabile relationer i deres private sociale netværk, faktorer, der skaber forudsætninger for recovery.

Uanset hvad de professionelle kan tilbyde, anser disse personer det for en selvfølge, at deres sociale netværk tager over med de mange ressourcer, der er. Denne gruppe mennesker kommer sig med udgangspunkt i professionel støtte, men mest ved egen og netværkets kraft. De fortæller, at de overvejende bruger netværket og ikke så meget de professionelle, når de er kommet over det akutte forløb.

De fleste socialpsykiatriske tilbud matcher ikke denne gruppe. De har ikke behov for andre former for bolig end den, de allerede har. Mange har intet ønske om at deltage i aktiviteter på steder, hvor de møder andre mennesker med psykiske problemer, de vil ikke sættes i samme bås som dem. Andre oplever, at de ikke har noget som helst tilfælles med dem, der kommer på væresteder. Men vigtigst for personer i Gruppe 1 er, at de bevarer relationer med venner, som de havde, før de fik sindslidelsen, og at de kan tale med dem om deres problemer. De har derfor ikke så stort et behov for at knytte nye venskaber. Mange i denne gruppe søger i lighed med andre ind på uddannelsessteder og kursussteder som f.eks. aftenskoler, hvor de kan lære at male eller kan deltage i kulturelle aktiviteter. Andre fra denne gruppe går ind i arbejdet i brugerorganisationer.

Nogle af de personer, der kommer på Fountain House-værestedet er selektive i deres valg. De søger dette sted, fordi de har særlig fokus på at komme tilbage i et arbejdsliv, men oplever, at de ikke kan klare at nå dertil på egen hånd. De søger et sted, hvor de kan få støtte til at træne netop de kompetencer, de har behov for, og de etablerer venskabelige relationer med personer, de selv vælger at være i selskab med.

Personerne i Gruppe 2 og 3 har ikke tætte relationer til familie, og de har ikke virkelige venner, som de kan tale fortroligt med. De har vanskeligere ved at etablere og fastholde en relation, end personer i Gruppe 1 har. Det gør de mennesker placeret i Gruppe 2 og 3 mere afhængige af det professionelle netværk. Mange informanter fra Gruppe 2 og Gruppe 3 fortæller, at de professionelle er de eneste mennesker, de ser. Det kan være støttekontaktpersonen, der kommer en gang om ugen, en person fra

distriktspsykiatrisk team eller hjemmesygeplejersken, der kommer og taler med dem og hjælper dem med at administrere og indtage medicinen.

Det er ikke mange personer i Gruppe 3, der er i stand til at holde aftaler og at fastholde relationer, og da deres familiære relationer socialt set fungerer på samme uforudsigelige og selvdestruktive vis som de selv, har de ikke et stabilt netværk, der kan stille op, når de har behov for det, sådan som personer i Gruppe 1 har. De bliver mere afhængige af professionelle kontakter og støtte i hverdagen. Når personer i Gruppe 3 indtager rusmidler, formår de ikke at tage ansvar for selvomsorg, og de oplever sig ikke ansvarlige i forhold til medicinsk behandling. Det vanskeliggør en professionel rehabiliterende indsats både i behandlingspsykiatrisk regi og i socialpsykiatrisk regi. Det gør det heller ikke enkelt for professionelle at tilbyde noget – ud over det forventelige – der kan fremme den enkeltes recoveryproces, selv om de som professionelle er de eneste til at give borgeren den personlige kontakt og støtte.

Særlige fællesskaber

Nogle mennesker har etableret en velfungerende arbejdsalliance med en professionel, hvilket Topor anfører som et vigtigt forhold, der fremmer den enkeltes recoveryproces (Topor m.fl., 2011, s. 92). En recoveryproces er unik og derfor afhængig af den enkeltes egen indsats i processen, men det er ikke alene en individuel proces. Recovery er på samme tid en social proces, der foregår kontekstuel, og som dermed afhænger af etablering af sociale relationer med mennesker i samme situation, med familie og venner og med professionelle.

At der bliver gjort noget særligt for én har betydning, viser udtalelser fra patienter på det åbne afsnit. De fremhæver, at specielt én af sygeplejerskerne betyder noget, fordi den sygeplejerske gør noget for dem, som ingen andre gør, og bruger noget af sin fritid til det. Både de kvindelige og mandlige patienter fortæller, at den tur, denne sygeplejerske arrangerede i skoven for mændene, er noget af det, der havde betydet allermest for patienters bedring. Patienterne får lys i øjnene, når de fortæller om, at der gøres noget specielt for dem.

Nogle af de kvindelige patienter fortæller, hvordan deres kontaktperson har støttet dem på alle måder, talt med dem om deres problemer og interesser og siddet sammen med dem, taget med dem ud i byen for at overvinde deres angst

for at bevæge sig uden for hospitalets område, taget dem ved hånden og fulgt dem ind i rygerummet, hvor de andre patienter opholdt sig. Derfra tog medpatienterne over ved at være opmærksomme på og aflæse, hvornår det var tid for hende at forlade rummet igen. Patienterne på det åbne afsnit fremhæver, at fællesskabet med de andre patienter, sammen med den støtte de har fået af de professionelle, har været guld værd for dem. Der er nogle, der holder sig udenfor, selv om andre patienter forsøger at få dem til at føle sig som en del af fællesskabet.

I samværet og sammenholdet mellem patienter drøftes både personlige, familiære og praktiske problemer. Nogle kvinder fortæller, at de har fortrolighed og deler mere med hinanden end med personalet. Under indlæggelsen har de udviklet et helt særligt forhold til hinanden, hvor de deler glæder og sorger. Ikke mindst fortæller de om vanskelige situationer og om morsomme episoder, og de griner meget sammen. I patientsamværet aflæser de hinandens situation og behov, udviser omsorg for og støtter hinanden i at sætte personlige mål for at komme videre, og de udfordrer vanskelige situationer sammen. De taler om fælles oplevelser, giver råd og vejledning til hinanden og drøfter selv meget personlige problemer igennem i deres relationer. Patientfællesskabet er det sted, hvor der afprøves og udvikles sociale færdigheder, hvor der drøftes medicin, sygdom og problemer i arbejds- og familielivet. Patientsamværet fungerer socialt set nærmest som et tæt familiært netværk.

De har været indlagt mange gange før på forskellige hospitaler, hvor der ikke har været den samme hjælp. De mener, at de er kommet sig meget pga. den langvarige indlæggelse, men de mener ikke, at kontakten med de professionelle formår at skabe de samme ændringer, som de har opnået, hvor der har været et støttende patientfællesskab. Topor finder i sin forskning, at mange patienter oplever, at det at have et fællesskab sammen med andre, hvor man ikke behøver at forklare sig, fordi de andre har samme erfaringer, og at føle at man som menneske ikke er alene om f.eks. at høre stemmer, er befordrende for en recoveryproces (Topor m.fl., 2011, s. 91).

På bostedet bor beboerne, fordi de har valgt den måde at bo på. De har valgt det på et tidspunkt i deres liv, hvor der ikke var andre muligheder, hvis man ikke kan

klare sig selv og derfor ikke er i stand til at bo alene. Flere af beboerne på bostedet har førhen boet i egen bolig, og nogle vil gerne have egen bolig igen, men ikke alle. Beboerne finder venner på bostedet, og de drøfter både lidelse, medicin, venner og ting, der sker på bostedet. Personalet fortæller, at de fleste beboere ønsker at forblive sammen af to grunde. De har boet så længe på bostedet, at de har en institutionsidentitet, og de føler sig som familie, fordi mange beboere ikke har sociale relationer med familie eller andre mennesker uden for bostedet.

Rehabilitering og borgerdemokrati

Wilken og Hollander anser borgernes perspektiv for at være det vigtigste i en rehabiliteringstilgang. Med et borgerperspektiv går rehabilitering optimalt set på tværs af behandling og social støtte. En rehabiliterende indsats har som mål at optimere livskvalitet og selvtillid, så borgere med sindslidelse kan fungere socialt, arbejds- og boligmæssigt alt efter eget ønske og ud fra, hvad den enkelte finder personligt og socialt tilfredsstillende (Wilken og Hollander, 2008). Med afsæt i et borgerperspektiv lægges op til demokratiske processer i samarbejdet mellem borger og professionelle.

På de steder, der indgår i projektet, er der forskel på den enkeltes medvirken i beslutningsprocesser på henholdsvis: hospital, bosted, bostøtte (§ 85) og værested. På bosteder stilles gennem servicelovens § 17 krav om, at der skal nedsættes et bruger-pårørende råd, så behandling og social støtte foregår i et demokratisk samarbejde. I bruger-pårørende råd får borgeren indflydelse på ændring af regler og rutiner i forhold til hverdagslivet og aktivitetstilbud på bostedet. Personer, der modtager bostøtte, har ret til at deltage i udarbejdelsen af mål i handleplaner, der tildeles støtte i forhold til, og i samarbejdet med støttekontaktpersonen er det borgeren, som skal formulere, hvilke af de tildelte ydelser, han/hun ønsker, der udføres, når støtte-kontaktpersonen er der.

Der er ikke tilsvarende brugerråd i behandlingspsykiatri. Medindflydelse ses i forhold til behandling, hvor patienter skal give samtykke til behandling, og de skal høres om deres holdning til en behandling, og det skal noteres af lægen i journalen. Der er medindflydelse på, hvilke praktiske opgaver og hvilke aktiviteter patienter deltager i under et indlæggelsesforløb. Der er en husorden

på det psykiatriske center, og der er nedskrevne regler for praktiske ting, der skal lette det sociale samvær mellem patienter under indlæggelse. Der afholdes fællesmøder mellem patienter og personale, hvor forhold i afsnittene drøftes. Her er det muligt for patienterne at få indflydelse på nogle ting; bl.a. overværede jeg et fællesmøde på det lukkede afsnit, hvor patienter ønskede at få udleveret nøgle til deres døre, hvilket blev imødekommet. Generelt er der mulighed for at få indflydelse på hele organisationens funktion gennem brugerorganisationer, pårørende grupper og pårørende til indlagte; disse grupper mødes med ledelsen to gange årligt i et dialogforum.

Klassisk medicinsk rehabilitering

Rehabilitering angives som en tidsbestemt og målrettet samarbejdsproces mellem patient, pårørende og fagpersoner. For behandlingspsykiatriens vedkommende bygger de tre steder på en klassisk medicinsk rehabiliteringstilgang. Medicinsk behandling med psykofarmaka betragtes som det vigtigste element for patienternes mulighed for at komme sig efter en sindslidelse. Behandling med medicin sættes ind i en kognitiv psykoterapeutisk ramme, der er den form for terapi, der har den hurtigst indsættende virkning, og som er mest genkendelig for naturvidenskabeligt uddannet personale. Det er den terapiform, der ifølge personalet har den største evidens ud fra medicinske kriterier, hvilket ifølge psykologen ikke betyder, at andre terapiformer ikke virker.

Den medicinske og den kognitive logik fungerer som en ramme om organisering af arbejdet, idet de forskellige faggruppers arbejde underordnes logikkerne fra begge dele. Den øverste i faghierarkiet er lægen, den næstøverste er psykologen, der underviser og definerer indhold i og formen for, hvordan det kognitive behandlingsmiljø i afsnittet og psykoedukationen skal finde sted.

En patient er, som betegnelsen viser, passiv i forhold til beslutninger om behandling, der er ikke tale om demokratiske processer, da det er behandlerne, der igangsætter en rehabiliterende behandling, når patienten er udredt og diagnosticeret. Patienterne på det psykiatriske center beskrives som en svær gruppe/de tungeste af de tunge sindslidende mennesker, der er i systemet. De kommer på en afdeling, der betegnes som endestation, og det angives at være

deres sidste chance for at få behandling. I udredningsarbejdet af patienter indgår teamet i et samarbejde, der foregår som adskilte og parallelle forløb, hvor hver faggruppe har ansvar for at udføre særlige test. På baggrund af disse test identificeres patientens funktionsdeficits, der er opstået pga. personens sindslidelse, og lægen ordinerer behandlingsplan i forhold til det samlede resultat af de udførte test. Patientens perspektiv inddrages, idet behandling kræver patientens samtykke, og sundhedsloven giver patienten ret til indsigelse, hvilket skal noteres i journalen. Patienter, der er indlagt på det lukkede afsnit, kan være idømt dom til behandling og skal indtage medicin uanset indsigelser. Det kan også komme på tale at anvende tvangsbehandling i særlige situationer.¹⁸

Psykoedukation

Alle patienter behandles med psykofarmaka, og nogle behandles med individuelle psykoterapeutiske samtaler, hvor der er fokus på personens individuelle problemer. Der anvendes psykoedukation, hvor patienter samles i en gruppe og undervises i at kunne identificere egne symptomer med henblik på at styre fremtidig udvikling i sygdomsforløbet. De pårørende undervises også i dette, så de bliver i stand til at kontrollere og sætte ind, hvis der sker en uønsket udvikling i patientens tilstand. Der er desuden undervisning i virkning og bivirkninger af medicin. Psykoedukation skal sætte patienter og pårørende i stand til selv at tage ansvar, når patienten er hjemme. Psykoedukation lægger op til selvansvarlighed og selvomsorg gennem selvstyring, noget der anses for vigtigt for at forebygge, at der sker tilbagefald. Selvomsorg og selvansvarlighed er ligeledes en forudsætning for at kunne komme sig (Topor, 2003, Jensen m.fl., 2004). Psykoedukation bliver dermed en væsentlig del af rehabiliteringsbehandlingen, hvor de professionelle inddrager pårørende og overdrager en del af ansvaret til dem om at deltage i overvågning og kontrol af den sindslidendes rehabiliteringsforløb. Medansvarliggørelse for en pårørendes helbredelse kan styrke den enkeltes recoveryproces, men det kan også vise sig at give bagslag. Der er endnu ikke udført megen forskning, der viser omfanget og

¹⁸ "Det ses af nøgletallene, at hver femte patient indlagt på en psykiatrisk afdeling bliver omfattet af én eller flere tvangsforanstaltninger. – Dette niveau har været stabilt over en årrække. Tvang kan være nødvendigt for at beskytte patienter med en psykisk lidelse, som er til fare for sig selv eller andre" (Sundhedsstyrelsen, maj 2011, Tvang i psykiatrien 2009).

betydningen for parforhold og andre familiære sociale relationer af, at professionelle overdrager dette ansvar til den enkelte og familien. Det har været til debat, om noget kunne tyde på, at ansvarsoverdragelse af kontrol med virkning og effekt af behandling både kan virke forkortende og forlængende i forhold til varighed af depressioner (Hansen, J.O, Buus, N., Politiken, 08.02.2011, Heissel, A., Dagens Medicin, 04.03.11), eller om der tværtimod er udtalt gunstige virkninger af pårørendeinddragelse (Kristensen, K., Dagens Medicin, marts 2011). Kristensen mener, at der skal være større fokus på, at pårørende til et menneske med psykiske problemer skal undervises i at være pårørende. Det anføres, at der er teorier fremme om, at familien både kan være grund til, at en lidelse opstår, og til at mennesket kommer sig (Topor, 2003, Jensen, 2006).

Uden socialt fokus

Klassisk medicinsk rehabilitering understøtter patienter i deres helbredelsesproces på et sygdomsmæssigt felt. Den iværksatte behandling skal gøre mennesket i stand til enten at komme sig helt, dvs. blive symptomfri og genvinde sine færdigheder og kompetencer fra før lidelsen indtrådte, eller at komme sig delvist, dvs. blive i stand til at klare sig socialt blandt andre mennesker og til at leve i egen bolig. Måske kan personen genoptage uddannelse og arbejde ved at fortsætte i en medicinsk behandling gennem mange år. Det er der et par eksempler på i dette projekt og i Jensens undersøgelse (Jensen, 2006). På det åbne afsnit fortæller personalet, at der ikke er lige så meget fokus på social- som på sundhedsmæssig rehabilitering, og at deres tværfaglige konferencer fokuserer på behandling af den enkelte patients sygdom. Selv om målet med behandling er, at patienten kan komme hjem og klare sig i egen bolig, er der ikke så stor fokus på det sociale liv på de tværfaglige behandlingsmøder. Socialrådgiveren er stort set den eneste professionelle i teamet, der angiver at have et socialt perspektiv, hvori patienternes fremtidige hverdagsliv og boform står centralt i arbejdet med patienten. Patienter, der er indlagt på det åbne afsnit, bor alle i egen bolig, og socialrådgiveren planlægger og arbejder fra starten af indlæggelsen hen imod, at bolig, økonomi og familienetværk skal fungere, når patienten udskrives.

Der afholdes netværksmøder som en fastlagt del af rehabiliteringsplanen. Til netværksmødet inviteres patientens pårørende og professionelle. Fra hospitalets side deltager læge, psykolog, sygeplejerske og socialrådgiver. Netværksmødet har til formål at afklare patientens sociale, økonomiske og boligmæssige situation med henblik på dels at vide, hvor der skal sættes ind behandlingsmæssigt for at forberede patientens situation før udskrivning, dels for at sikre at der er et socialt netværk omkring patienten ved udskrivelsen.

Rehabilitering uden strategi

Det lukkede afsnits behandlingstilbud retter sig mod et kortvarigt og akut forløb, hvor patienterne behandles medicinsk og hurtigt bliver færdigbehandlede. Personalet fortæller, at der ikke påbegyndes relationsarbejde med henblik på afklaring af, om der er pårørende til at tage sig af patientens problemer. De fleste patienter har skrøbelige relationer, og i nogle tilfælde er de pårørende lige så skrøbelige som patienten selv. De er slidt op, og i 50 % af tilfældene er der slet ikke familie eller venner. Det forholder sig derfor ofte sådan, at personalet søger at beskytte de pårørende mod patienten. Psykologisk og socialt dyberegående behandling overlades til personalet på åbne afsnit eller bosteder. Behandlingen på afsnittet virker til at være målrettet medicinsk, men der er ikke en rehabiliteringsstrategi at følge i form af et bestemt standardiseret og målrettet forløb, patienterne behandles individuelt. Der afholdes netværksmøde, hvis der er pårørende at afholde dem med, men det er ikke meget, det er muligt at afklare i det akutte forløb. De fleste patienter på det lukkede afsnit havde ikke indflydelse på deres behandling, og der kan ikke tales om brugerdemokratiske beslutningsprocesser i forhold til ophold og behandling. Ofte er hverken indlæggelse eller behandling med psykofarmaka frivillig. Der er faste regler for adfærd mellem de indlagte, som skal følges for at undgå konflikter mellem de indlagte.

Rehabilitering og medbestemmelse

På distriktspsykiatrisk center kommer mennesker med psykiske problemer af egen fri vilje, og der lægges op til medbestemmelse i forhold til et samarbejde i en medicinsk rehabiliterende behandlingstradition. Der behandles med medicin og psykoterapi, og der udføres socialt arbejde, idet socialrådgiveren giver støtte

til afklaring af bolig, økonomi m.m. Der afholdes ressourcegruppemøder for hver enkelt person om behandling og om aktuelle problemer i hverdagen. Det er møder, hvor alle inddrages, som det er vigtigt at drøfte patientens livssituation med. Det betegnes som målrettede samarbejdsflader mellem teamet, patienten, dennes familiære og øvrige professionelle netværk. Det er hensigten, at disse møder er det forum, hvor patienterne sammen med familie og venner mødes med de professionelle, der udgør deres professionelle netværk. Patienten bestemmer dagsordenen og dermed, hvilke emner han/hun vil have op til drøftelse på møderne. De professionelle og netværket kan også sætte punkter på. Det kan dreje sig om udredning af økonomiske, sociale, boligmæssige og behandlingsmæssige forhold. Ressourcegruppemøderne afholdes jævnligt og omfatter både socialt og medicinsk rehabiliteringsarbejde.

Det distriktspsykiatriske team indgår som en integreret del af det professionelle netværk omkring den enkelte patient, teamet støtter på denne måde en recoveryproces. Teamet betragter deres relationer med patienter som langvarige og tætte, ligeværdige og fortrolige relationer. Ved at etablere fortrolige relationer får teamet mere viden om patientens personlighed og liv. Teamet fortæller patienterne udvalgte ting om deres eget sociale liv, selv om det er professionelle og ikke private relationer. Der er ikke tale om venskaber, og personalet stiller ikke op for patienterne på andre tider end i deres arbejdstid.

Fra de-institutionalisering til re-institutionalisering

De store socialpsykiatriske bosteder er som de store hospitaler under afvikling. Beboernes private rum bliver større, fra værelse til lejlighed med køkken og bad. Der er tale om store steder med mange boliger på samme område, og de har stadig institutionspræg, de fungerer blot under nye former.

Det ene bosted betragter brugen af rum som en del af fællesskabets præmisser. Der arbejdes ud fra en forståelse af, at der er tre former for rum: Private, halvoffentlige og offentlige rum. Der ses forskellige regler i disse rum. Det er ikke forbudt at have stoffer til eget forbrug i private rum, men det er ikke tilladt at handle med eller at indtage rusmidler på bostedets fællesrum.

Selv om der er vedtaget generelle regler, og der er forbud mod rusmidler på bostedet, er det ikke tilladt for de professionelle at visitere beboerne i deres

private bolig. Det er et politimæssigt anliggende på samme måde, som når disse aktiviteter foregår i det offentlige rum lidt længere nede ad gaden. Der er to former for offentlige rum: Det, der ligger inden for institutionens rammer, og det, der befinder sig uden for institutionens rammer, og der gælder samme regler for begge slags rum.

Beboernes egne boliger er private rum, hvor de lever og selv bestemmer og har ansvaret for, hvad der foregår. Der bor beboere med et stort misbrug af stoffer og alkohol på det ene bosted. Det er ikke tilladt at tage stoffer og drikke alkohol uden for det private rum. I det private rum kan de ansatte juridisk set ikke foretage kontrol af rusmiddelforbruget. De kan heller ikke gribe ind, selv om nogle beboere lever i rodede og kaotiske rum, uden at beboeren selv ønsker hjælp og støtte til at ordne rummet. Det er en balancekunst, fordi der også er et professionelt ansvar for, at mennesker ikke udsættes for omsorgssvigt.

Kontorer og visse andre rum er de ansattes private rum, hvor de ansatte definerer brugen af rummene, disse rum er beboerfrie rum, beboerne kommer kun til dørtrinnet. Det er ikke tilladt for beboerne eller andre ansatte at forstyrre dem, der arbejder i disse rum.

De halvoffentlige rum består af gange og pladser mellem boliger og kontorer. Disse rum er fælles for beboerne og de ansatte, da alle bevæger sig gennem disse rum, når de skal fra et sted til et andet. I de halvoffentlige rum er det ikke tilladt at tale om private ting som f.eks. sex og rusmiddelforbrug. De fælles rum som café og kulturhus defineres som offentlige rum. Her kan beboere og andre mennesker med psykiske problemer fra nærmiljøet komme, også andre af byens borgere inviteres indenfor for at deltage i livet på caféen og i begivenheder på bostedet. Det er åbne steder, hvor mennesker fra det omgivende miljø har mulighed for at komme; ved at deltage i stedets offentlige aktiviteter kan samfundsborgere ændre opfattelse af mennesker med sindslidelse.

Det er som ideal et interessant synspunkt, at et område er defineret som et offentligt rum. Men det er ikke identisk med, at rummet rent faktisk kan praktisere offentlighed. Et offentligt rum er for alle, og sikkerhed og kontrol med love og regler er politiets ansvarsområde. Alle borgere er lige og ansvarlige for egne handlinger i det offentlige rum.

I det offentlige rum bæres ikke alarmer, sådan som det er nødvendigt for personalet på bostedet at gøre. Det er ikke sikkerhed, der signaleres, når medarbejderne bærer alarmer i det offentlige rum, det er fare, og der kan opstå - og opstår rent faktisk - risikable og endog farlige situationer inden for stedets område.

Beboerne fra bostedet færdes og handler i nærmiljøets butikker, og beboere og ansatte har inviteret handlende og andre i nærmiljøet til informationsmøder på bostedet. Borgere i nærmiljøet inviteres ind på bostedet for at deltage i stedets arrangementer, og der gøres en aktiv indsats for at få de omkringliggende handlende til at deltage i husets liv med det formål at skabe forståelse og accept af bostedets beboere. På denne måde har bostedet søgt at oplyse omkringboende med henblik på inkludering af beboerne i det almindelige liv i byens rum. Det giver beboerne en mulighed for selv at bestemme, hvor de vil opholde sig, og det giver en åbenhed mod verden udenfor, som det i tidligere tiders totale institutioner ikke var muligt at opnå. Institutionerne er på denne måde permeable, gennemtrængelige, begge veje.

Der opstår muligheder for at udvikle sociale kompetencer og for at blive inkluderet i livet uden for institutionen, når de socialpsykiatriske steder er åbne for alle mennesker. Åbenhed og mødet med andre i samfundet gør, ifølge Topor, mennesket i stand til at afprøve, hvem man er, og til at finde frem til en ny identitet, ikke bare som en sindslidende, men som et menneske blandt andre mennesker (Topor, 2003, s. 210).

Permeable institutioner

Da de store totale institutioner blev etableret midt i 1800-tallet, blev mennesker med sindslidelse lukket inde, og alle andre lukket ude. Siden er institutionerne gradvis åbnet, og sindslidende er flyttet udenfor i samfundet blandt andre borgere, nogle er flyttet til selvstændig bolig og andre til større bosteder. På bostederne er der åbne døre, og borgere i nærmiljøet inviteres ind i de rum, der italesættes som offentlige rum. Åbningen ud mod samfundet giver beboerne mulighed for at vælge, hvor de vil handle og spise, og hvor de vil deltage i kulturelle, arbejdsmæssige og sportslige aktiviteter, og med åbningen for offentligheden er stedet blevet til en permeabel institution.

I en permeabel institution sker en udveksling mellem livet inde og udenfor, hvilket kan mindske en følelse af at være ekskluderet fra deltagelse i aktiviteter på lige fod med andre samfundsborgere. Permeabiliteten letter imidlertid også adgangen til, at f.eks. stoffer og alkohol finder vej ind i miljøet (Quirk m.fl., 2006, s. 210). Åbenhed er med til at afmystificere en gruppe af mennesker, men det kan give visse overgangs- og grænseproblemer. Et af de steder, hvor grænser mellem beboerne inde og borgerne udenfor overskrides, er, når beboere med et dagligt rusmiddelforbrug handler stoffer fra andre med rusmiddelforbrug i nærmiljøet uden for bostedet. Man kan sige, at permeabiliteten befordrer og giver mulighed for, at beboerne kan bibeholde ressourcer til at vedligeholde sociale og praktiske færdigheder, og at det fremmer muligheder for at bibeholde kontakt til venner og til at etablere nye sociale netværk. Disse muligheder eksisterer i permeable institutioner, uanset om det drejer sig om kultur og sportsaktiviteter eller rusmiddel som aktivitet og livsindhold (Quirk m.fl., 2006, s. 2107).

Leg og selvomsorg

Begge bosteder fungerer som væresteder med aktivitetstilbud for andre mennesker med psykiske problemer i kommunen. Hensigten er at skabe et fællesskab og et socialt liv gennem aktiviteter, som tilbydes andre på dag- og aftenskoler, i dette miljø behøver mennesker med psykiske problemer ikke at forklare sig over for alle andre. Men det lukkede miljø kan være med til at opretholde en adskillelse mellem den virkelighed, der er indenfor, og den virkelighed, der er udenfor, og derved fastholdes et liv i en parallelverden. Topor nævner, at det virkelige liv findes andre steder end på de socialpsykiatriske tilbud, og at mange af hans informanter oplevede, at de kurser og aktiviteter, der blev igangsat på væresteder, ikke var rigtige, men mere virkede 'som en legestue'.

Når der er tale om leg, viser det til fravær af det virkelige arbejde (Ølgaard, 1991, Bateson, 1990). Leg er en øvelse og en erstatning for at gøre noget for alvor. Rehabilitering sætter fokus på muligheden for at vende tilbage til arbejdsmarkedet og til en omskabelse af livet, så det næsten er som før. Når der tales om leg, er det *'ikke adfærd, men en ramme om adfærd'*. Værestedet er denne ramme, hvori aktiviteter/leg finder sted. Rammen og det, der finder sted gennem

legen, metakommunikere, at dette ikke er ensbetydende med, at mennesket er kommet sig, det er 'som om' de er kommet sig og betegner netop fraværet af recovery. *'Fraværet af raskhed fortælleres gennem tilstedeværelse af rehabiliteringstiltagene'* (Hansen, Tjørnhøj-Thomsen, in Glasdam, 2009).

På Fountain House-værestedet foregår arbejdet også i en parallelverden, den virkelige verden er udenfor, og det ved alle, men verden indenfor er også virkelig for dem, der deltager i træningen. De træner sig selv ved at indgå i et arbejdende og demokratisk arbejdsfællesskab, der for så vidt er virkeligt nok, det er en øvelsesbane og en form for leg. Ved at indgå i en leg indgår man i et spil, dvs. et sæt af procedurer, der fører til et bestemt resultat. Ved at indgå i leg er menneskets praksis leg, et legende menneske. På samme tid er det virkeligt, de sammenhænge, mennesket indgår i, er virkelige praksisser, hvor færdigheder tilegnes og udvides, idet de udføres (Jonas, in Korsgaard, 2001). Personer kan gennem det demokratiske rehabiliterende arbejde indgå i en proces mellem samfundsdannelse og selvdannelse, hvorved der kan skabes ligevægt mellem selvopfattelse, selvregulering og livsform. Disse tre elementer indgår i selvomsorgens etik, elementer, hvorved der kan skabes ligevægt i en persons selvopfattelse (Jonas, s. 170, in Korsgaard, 2001). Rehabilitering sigter også mod at styrke og udvikle den enkeltes praktiske kompetencer, der vil gøre det muligt at varetage hverdagens praktiske gøremål og på styrkelse af sociale og psykologiske kompetencer i en selvudvikling, der vil styrke motivation til at indgå i sociale sammenhænge med andre på og uden for stedet.

Rehabiliteringstiltag gør det muligt at øve sig på nogle færdigheder på et mindre farligt sted, og selv om bostederne og værestedet er områder, der er adskilt fra det omgivende samfundsliv, udgør de en del af samfundet og er med deres sociale strukturer og relationer mellem professionelle og mennesker med psykiske problemer indfældet i samme magtstrukturer, som fungerer overalt i menneskers samfundsliv (Jonas, 2001).

Menneskets dannelse forholder sig og foregår i relation med kulturelle magtstrukturer og oplæring i selvkontrol. Når dette er indlært, er det muligt for mennesket at udfolde en selvomsorgspraksis, en selvpålagt disciplin, der på samme tid er en kulturel underkastelse og en frigørende livspraksis.

Selvomsorgen er en livspraksis, der på samme tid er en kulturel og relationel formning af subjektet og en selvformende praksis. Formning er underlagt samfundsmæssige magtstrukturer, hvor der findes dannelsesmuligheder, åbninger, hvor den enkelte har en vis form for frihed. Det bibringer den enkelte nogle muligheder for at opøve og danne selvet. Frihed og ligeværdighed udvikles i et selvomsorgens rum, der er et individuelt og selvdefineret sted, som tillader den enkelte at skabe sig en egen livsform, formet af og formende i den samfundsmæssige kontekst, mennesket indgår i (Jonas, in Korsgaard, 2001).

Forestilling og drøm er ikke tilstrækkeligt. Hvis en borger vil være en del af staten, hører der en dannelsespraksis med at gøre borgerskab som praksis med (Jonas, 2001). Rehabiliteringssystemet tilbyder teknikker og strategier, der tillader mennesket et sæt af procedurer i en rehabiliteringspraksis, der kan fungere som menneskets egen selvdannelsespraksis, hvorved der kan opnås et bestemt resultat. Gennem legen og øvelsen i rehabiliteringstiltagene er det muligt at spejle sig i det omgivende samfund, hvor formningen af menneskets selv foregår i en fælles kulturel forestillingsverden, i den drøm eller virkelighed hvor pågældende legepraksis finder sted. At have recovery som mål i en selvformningsproces forudsætter at gøre en recoverypraksis, en selvpraksis, der praktiseres i forskellige livssammenhænge, hvori den enkeltes identitet kommer i spil.

Totale institutioner revisited

I dag anses sindslidelse ikke længere for at være et livsvarigt og kronisk forløb for alle. Men mange af patienterne på det lukkede afsnit har boet på samme hospital gennem mange år, og det har vist sig vanskeligt at finde bosteder, der er i stand til at 'rumme' de patienter, der faktisk kan udskrives. Det indebærer, at de lukkes inde på en institution og lever under en institutionel ramme, der kan ligestilles med de institutioner, Goffman kalder totale institutioner. Dette begreb står for en institutionel helhedstænkning, hvor alle ting foregår inden for samme logik. Med viden om at ikke alle sindslidelser har kroniske forløb, der kræver medicinsk behandling og dermed langvarige indlæggelser, er der sket en afinstitutionisering i behandlingspsykiatrien. Samtidig er hospitalet blevet tømt for optrænings- og aktivitetssteder, personale og indholdsaktiviteter, der

før blev tilbudt til de indlagte. Nogle patienter har levet på samme hospital gennem årtier med disse tilbud som en del af hverdagen, og i dag er der ikke samme aktivitetsmuligheder som før.

Kommunerne har fået til opgave at tage sig af personer med psykiske problemer, der er medicinsk færdigbehandlede, dvs. efter akutte forløb. Der er opbygget andre typer steder til at overtage funktioner fra de tømte hospitalsinstitutioner, og én slags institutionalisering er blevet erstattet af sociale reservater. Lihme taler om en transinstitutionalisering, der betegner visse træk ved de institutionelle former, der kan genfindes i nutidens bosteder, hvor negative træk ved tidligere tiders totale institutioner er overtaget, en form for institution, der beskytter sig mod samfundets eksklusion (Lihme, B., 2008). Men derved ekskluderer institutionen sig selv.

Alle behov kan opfyldes inden for bosteders rammer, og ens selvpraksis kan udfolde sig uhindret eller på trods af faste regler. Da der er uhindret adgang til, at mennesker kan bevæge sig ind og ud, er der ingen speciel grund til at bevæge sig udenfor. Inden for stedets struktur, organisation og funktion skabes nye former og organisering af totale institutioner, der fremstår som permeable institutioner. De permeable institutioners inkluderende processer rummer en 'som om'-verden og fungerer dermed ufrivilligt som ekskluderende og heterotope steder, hvorved mennesker med sindslidelse fortsat kan leve indenfor i en særlig verden, der eksisterer side om side med en virkelighed udenfor.

Inden for såvel hospitaler som bosteder virker institutionens organisering og opdeling af grupper som et sted, hvor behandling og aktiviteter er defineret og igangsat af professionelle. Mennesker med sindslidelse formes gennem de professionelles logiske organisering af livet og strukturering af dagens aktiviteter som en særlig slags mennesker. Dette fungerer som magtfaktor, og patienterne iværksætter egne aktiviteter, modmagtstrategier, hvor de selv er styrende. Disse aktiviteter udfoldes under de givne institutionelle rammer, noget der udelukkende er meningsfuldt og kun kan foregå, mens de er på dette særlige sted (Goffman, 2009). Totale institutioner omfatter alt inden for samme logik, det rummer alt og motiverer ikke den enkelte til et liv uden for stedets rammer og institutionens fysiske grænser.

Mennesker, der institutionaliseres ved at være indlagt på lukkede afsnit gennem lang tid, formes til særlige mennesker, som institutionen kalder gengangerne. De kan ikke rummes uden for den særlige institutionelle kontekst. Denne behandlingspraksis bliver en ekskluderende inklusion, der fører til stigmatisering. Det kan være vanskeligt overhovedet at etablere rum for sociale rehabiliterende tiltag.

Både på et ideologisk og et praktisk plan gælder særlige regler på det lukkede afsnit for bestemmelse og for brug af rum. Selv om der i princippet ikke længere er tale om institutioner, kan man sige, at stedets miljø har ligheder med tidligere tiders totale institutioner. Der kan tales om transinstitutionalisering - det institutionelle er ikke afmonteret, det reproducerer visse træk og lever dermed videre i nye former. Patienterne udvikler ikke nye identiteter, og et liv i et lukket og dermed beskyttende miljø fremmer ikke en udvikling, der kan føre til reel inklusion i samfundet (Kristiansen, in Høgsbro (red.), 2004).

Afvigelsesheterotopi

Det psykiatriske hospital har en historie gennem år som et sted med en særlig funktion; et afvigelsesheterotopisk sted er et sted udenfor, beregnet til mennesker, der afviger fra den krævede samfundsnorm (Foucault, 1985). I modsætning til tidligere er afvigelsesheterotopiske steder i dag midlertidige opholdssteder, det er rum uden for alle steder. Et sted, der er bestemt til at skjule og samtidig give ly til mennesker med sindslidelse. Det er et sted med inddelinger i normalt og unormalt, modsætninger mellem normalt og afvigende liv, hvor de - der befinder sig i afvigelsesheterotopiske rum - fastholdes i denne situation og position. Et heterotopisk sted har en præcis og veldefineret funktion i samfundets orden. Der er knyttet en symbolsk betydning til stedet som et rum uden for offentlige steder, hvor der som regel ikke er offentlig adgang (Foucault, 1985). Det er et privat rum, der står i modsætning til offentlige rum, hvor andre befinder sig. Der er afstand mellem steder, hvor alle færdes, og steder, der er andre steder, beregnet til at huse særlige grupper eller opfylde særlige funktioner.

En afvigelsesheterotopi angiver en måde at få ly på og en måde at være udsat på, men stedet er ikke bare befriende. Visse rum har åbning og lukning, der på en

gang isolerer og gør gennemtrængelige. De kan lukkes eller åbnes for forskellige grupper: personale kontra mennesker med psykiske problemer, afhængig af tid på døgnet, funktioner og definitioner på de aktiviteter, der foregår i rummet i et afgrænset tidsrum. På det ene bosted åbnes caféen for alle og kaldes et offentligt rum. En café er et midlertidigt opholdssted både på bostedet og i det omgivende samfund. I det almindelige offentlige rum lukkes en café for alle mennesker til lukketid. Caféen på bostedet er åben i en afgrænset periode, mens caféområdet uden for denne åbningstid indgår som fælles bomiljø, tilgængeligt for beboerne døgnet rundt, men lukket for andre mennesker i samfundet uden for bostedet. På afvigelsesheterotopiske steder, som et psykiatrisk center/bosted, er det tilladt at være sindslidende. Stedets formål og samvær har symbolsk betydning, der udtrykkes med praktisk anvendelse af bygninger og aktiviteter på steder indendørs og udendørs.

Fra opbevaring til rehabilitering

På samme tid er der ændringer på vej. I dag er hospitaler og bosteder steder, hvor der tilstræbes behandling med henblik på rehabilitering, biologisk, psykologisk og socialt. Trods rehabilitering er disse særlige steder symboler på steder, der fortsat fungerer som afvigelsesheterotopier, hvor mennesker med sindslidelse får rum til og ansvar for at indlære selvteknikker med henblik på at komme sig af deres lidelse. Hospitaler og bosteder er blevet til steder, hvor der foregår en vekselvirkning mellem åbning og lukning mod omverdenen, permeable institutioner, i større udstrækning som en villet og på stederne målsat aktivitet.

Når stedet lukkes, fratages mennesker ansvar og mulighed for selv at håndtere livet, på samme tid skjules de for andres blikke, dette giver ro og ly. På lukkede afdelinger opholder mennesker sig bag låste døre, de afskærmes mod omverdenen, og omverdenen afskærmes mod de indelukkede. Denne periode tillægges en særlig betydning, og det er tilladt at være sindslidende og akut psykotisk. Når stedet åbnes mod omverdenen og erklæres for et offentligt rum, pålægges stedet ansvar for permeabilitet mod omverdenen, som det bliver alles ansvar og pligt at forvalte som et rum, der dannes af mennesker inde for og uden for stedet, og tilnærmer sig byens offentlige rum.

Når dørene på andre steder åbnes mod omverdenen, og mennesker med sindslidelse lukkes ud, tillægges de ikke alene ansvar for egen adfærd, men også en kontraktlig forpligtelse til at udvikle kompetencer og ressourcer, der på sigt fører til helbredelse og inklusion i samfundet. Rehabilitering giver mennesket redskaber til og sigter mod helbredelse, så ansvaret for egen helse tillægges mennesket selv.

I dag er det fortsat ikke 'tilladt' at være sindslidende uden for samfundets institutioner, men tabuet er snarere, at det heller ikke er 'tilladt' at være sindslidende indenfor på de etablerede steder, der historisk set er 'andre rum', asylet som afvigelsesheterotopi.

Afrunding

Projektrapporten kan betragtes som et øjebliksbillede af et område med en vis kompleksitet, et område der i det moderne samfund undergår forandringer med stor hast. Det gælder for såvel struktur på social- og sundhedsområdet som for de støttetilbud, der gives til mennesker med psykiske problemer. Det gælder den logik, der lægges over disse tilbud om behandling på det sociale og helsemæssige område.

De personer med psykiske problemer, der indgår som informanter i dette studie, var tilknyttet steder, hvor professionelle tænker i rehabilitering og recovery.

Den professionelle tilgang på de syv steder, der er med i dette studie, er forskellige i mange henseender, også i forhold til rehabiliterings- og recoverytilgange, men med rehabilitering som udgangspunkt er der skabt enighed på tværs om, at det at have en sindslidelse ikke er en livsvarig og kronisk tilstand. Det kan være en kort, midlertidig eller mere langvarig fase i et forløb, der kan føre til fuld recovery for et menneske. Det professionelle arbejde sættes ind på at igangsætte en helbredelsesproces, hvor den enkelte gennem rehabilitering kan komme sig. Ikke alle mennesker med sindslidelse kommer sig på kort sigt, det kan tage lang tid, og ikke alle kommer sig fuldstændigt.

Studiet viser, at en rehabiliterende har vanskelige kår med de vilkår, der gives i et kommunalt system, der på baggrund af en NPM-økonomisk logik, tilrettelægger og styrer professionelle ydelser over kortere tidsintervaller. Det levner ikke plads til en langsigtet rehabiliterende indsats og de ekstra menneskelige handlinger og relationer med professionelle, der er vigtige for, at mennesker med sindslidelse kan komme sig psykisk, fysisk og socialt.

Studiet viser også, at personer med sindslidelse oplever, at alt i deres liv ændres. Mange fortæller, at deres livsgnist er forsvundet, og for personer i Gruppe 2 og 3 er deres sociale netværk ikke længere eksisterende. Modsat dette klarer personer i Gruppe 1 livet i hverdagen ved at have et tæt og støttende socialt netværk. Det gør, at de har energi til at arbejde med deres egen rehabilitering og tør håbe på fuld recovery. Mange oplever, at de trættes hurtigere, så deres praktiske formåen og sociale engagement er på lavt blus, nogle føler skam over, at de i en akut psykotisk tilstand ikke kan klare ganske almindelige hverdagsting.

Når institutionernes eget materiale studeres nærmere, virker det til, at gruppen af mennesker med sindslidelse, der har et stabilt netværk (Gruppe 1), er målgruppen for behandlingssystemets rehabiliterende indsats. Dette står i modsætning til, at der er flere fra de grupper (Gruppe 2 og 3), der netop er karakteriseret af ikke at have dette netværk og ikke i samme grad profiterer af de behandlingsmæssige rehabiliteringstilbud.

Personer, der lever turbulent (Gruppe 2) og mangler netværk, og mennesker med voldelig opførsel og misbrugsidentitet (Gruppe 3) ophører med at følge en medicinsk behandling, når de udskrives. Andre (Gruppe 3) har ikke længere valget, fordi de har fået dom til behandling og opfølgende møder i distriktspsykiatrisk regi, eller fordi de har dom til anbringelse og gennem en længere årrække er placeret på behandlingspsykiatriske centre.

Til gengæld har de fleste personer fra Gruppe 1 ikke tænkt sig at gøre brug af kommunens socialpsykiatriske tilbud. Bosteder, væresteder og støttepersonsordninger er et livsnødvendigt, men for mange menneskers vedkommende (Gruppe 2 og 3) et ikke-tilstrækkeligt tilbud om professionel omsorg, kontakt og støtte til, at de formår at klare hverdagen i egen bolig. Det er heller ikke tilstrækkeligt til at mindske deres isolation og eksistentielle ensomhedsfølelse.

Mange af de interviewede fortæller, at deres identitet er forsvundet med sindslidelsen. De har manglende selvtillid, har mistet håb og drømme, og de ændrede livsvilkår er vanskelige for dem at forliges med, især for de mennesker, der forud har levet et aktivt studie-, arbejds- og familieliv. Noget fælles for alle informanter er, at de ønsker at finde en form, hvor de kan genopbygge deres hverdagsliv, hvor de kan leve med en kæreste og have venner, hvorved de mener, at de kan finde sig selv igen, men de ved at det tager tid - lang tid.

Referencer

- Adler, A., Adler, P., 1987: Membership Roles in Field Research, London: University Paper: Sage Publications Ltd.
- Alvesson, M., Sköldböck, K., (1994) Tolkning och reflektion, Lund: Studentlitteratur
- Andersen, N. Å., 1999: Diskursive analysestrategier, København: Nyt fra Samfundsvidenskaberne
- Angosine, M.V., Mays de Pérez, Rethinking Observation, From Method to Context in Denzin, N.K., Lincoln, Y.S. (red.) 2000, Handbook of Qualitative Research, Inc. London: Sage Publication
- Bourdieu, P., 2000: Participant Objectivation, tale holdt ved prisoverrækkelse til Huxley prisen
- Bratbo, J., 2010, Socialpsykiatrien – historisk set – og hvordan definerer vi den idag?: Servicestyrelsen
- Broady, D., 1991, Sociologi och Epistemologi, Stockholm: HLS Förlag
- Bengtsson, Jan 1993, Sammanflätningar, Göteborg, Sweden: Daidalos
- Bengtsson, Jan 1998, Fenomenologiska utflykter, Göteborg: Daidalos,
- Bengtsson, Jan (red.), 1999, Med livsvärlden som grund, Göteborg: Daidalos
- Denzin, N.K., Lincoln, Y.S. (red.), 2000, Handbook of Qualitative Research, , Inc. London: Sage Publication
- Eplov, L. m.fl. (red.), 2010, Psykiatrisk & psykosocial rehabilitering, København: Munksgaard
- Foucault, M., 2002, in Faubion, J. D. (red.), Foucault, Michel – Power, Essential Works of Foucault 1954-1984, Volume 1: Penguin Press
- Foucault, M., 2002, Forelesninger om regjering og styringskunst, Oslo: J. W. Cappelens Forlag
- Foucault, M., Andre rum, Heterotopier: Slagmark nr. 27, 1985
- Foucault, M., 1994, Viljen til viden, Frederiksberg: Det lille Forlag
- Foucault, M., 1984, Omsorgen for sig selv, Frederiksberg: Det lille Forlag
- Foucault, M., 1977/1994, Overvågning og straf, Frederiksberg: Det lille Forlag
- Goffman, E., 2009 (1963), Stigma, Frederiksberg: Samfundslitteratur
- Goffman, E., 2001, Anstalt og menneske, København: Jørgen Paludan Forlag

- Hansen, H.P, Tjørnhøj-Thomsen, T., 2009, Rehabilitering – et nyt sundhedspolitisk tiltag, in Glasdam, S. (red.), Folkesundhed – i et kritisk perspektiv, København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck
- Hansen, J.O. (2011) Når musikken *forsvinder* – er feltstudie af samlevende pårørende til mennesker med depression, kandidatspeciale: Århus Universitet
- Hausgjerd, S., Engelstad, F, 1977, Seks samtaler om psykiatri, København: Hans Reitzels Forlag
- Horst, C. & Madsen, A., 1992, Fountain House København: DPU
- Høgsgbro, K., m.fl. (red.), 2003, Skjulte livsverdener: AKF Forlaget
- Høgsgbro, K., (red.), 2004, Socialpsykiatriens kompleksitet, Frederiksberg: Samfundslitteratur
- Jacobsen, M. H. & Kristiansen, S. (red.), 2005, Hverdagslivet, København: Hans Reitzels Forlag
- Jensen, T. Ø., 2011, Brukernes røst om medisiner, Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 1(8), Oslo: Universitetsforlaget
- Jensen, P. (red.), 2004, Recovery på dansk, Århus: Systime Academic
- Jensen, P. 2006, En helt anden hjælp, København: Akademisk
- Jonas, U, in Korsgaard, O. (red.), 2001, Poetisk demokrati om personlig dannelse og samfundsdannelse, København: Gads Forlag
- Karlsson, B., 2004, Mani som fenomen og lidelse – pasient- og personalerfaringer som grunnlag for kunnskapsutvikling i psykiatrisk sykepleie, Universitetet i Oslo: Det medisinske fakultet, Institutt for sykepleievitenskap
- Kringlen, E., 2003, Psykiatriens samtidshistorie, København: Hans Reitzels Forlag
- Larsen, A., 2002, Den socialpsykiatriske relation, Kandidatafhandling: Københavns Universitet, Institut for Psykologi
- Larsen, I.B., 2009, Det sitter i veggene, ph.d.-afhandling: Universitetet i Bergen.
- Lihme, B. (red.), 2008, Invitation til socialpsykiatri, København: Akademisk forlag
- Madriz, E., Focus Groups in Feminist Research, in Denzin, N.K., Lincoln, Y.S. (red.), 2000, Handbook of Qualitative Research, London: Sage Publication, Inc.
- Martinsen, Kari, 2011, Løgstrup og sygeplejen, manus in press, Århus: Klim

Morgan, D.L., 1997, Focus Groups as Qualitative Research, California: Sage University Paper

Munk, M.J. og Ørnbøll, J.K., 2011, SKP-ordningens udfordringer, Kandidatspeciale, Kandidatuddannelse i socialt arbejde: Aalborg Universitet

Nilsson, B., 2007, Ensomhet, Oslo: Cappelen Akademisk

Nikolajsen, E., 2004, Ungdom eller sindslidelse, København: Videnscenter for socialt arbejde

Nyström, M., 2003, Ett liv på egne villkor, Stockholm: Bökforlaget Natur och Kultur

Quirk, A., Lelliott, P. and Seale, C., The permeable institution. Social Science & Medicine 63 (2006) 2105 - 2117

Ramsdal, H., Hansen, G.V., Om cirkelns kvadratur. Tidsskrift for psykisk helsearbeid Vol 2.Nr. 2. 2005, 134-148, Oslo: Universitetsforlaget

Rüdiger, Mogens, 2003, Statens synlige hånd, om lovgivning, stat og individ i det 20. århundrede: Aarhus Universitet

Schensul & Schensul, 1999, Essential ethnographic Methods, London: Alta Mira Press

Schutz, A., 2005, Hverdagslivets sociologi, København: Hans Reitzels Forlag,

Spradley, J. P., 1979, The Ethnographic Interview, USA: Holt: Reinhart and Winston

Spradley, J., P., 1980, Participant Observation, Thomson Learning: Academic Ressource Center

Taylor, T. L. m.fl., 2009, A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. BMC Psychiatry

Thomsen, O. (2006) Et rummeligt arbejdsmarked også for sindslidende: Servicestyrelsen

Topor, A., Borg, M. Di Girolamo, S. & Davidson, L., 2011, Not just an individual journey: social aspects of recovery, International Journal of Social Psychiatry.

Topor, A., (2003), Recovery, København: Hans Reitzels Forlag

Simonsen, E. og Møhl, B. (2010), København: Hans Reitzels Forlag

Sjöström, B, 1992, Klinikken tager över dårskapen: Daidalos

Sørensen, N. Ø., 2006, I virkeligheden udenfor, Ph.d.-afhandling: Roskilde Universitet: Samfundslitteratur

Valbø, M., 2003, in Szebehelly, M. (red.) Hemhjælp i Norden, Sweden: Student litteratur

Wilken, J.P. & Den Hollander, D., 2005, Rehabilitering og recovery: København: Akademisk forlag

Willig, R., 2009, Umyndiggørelse, København: Hans Reitzels Forlag

Wyller, T (red.) 2001, Skam, Bergen: Fakkbokforlaget

Ølgaard, B. 1991 Kommunikation og økomentale systemer ifølge Gregory Bateson, Akademisk Forlag

Øye, C. & Skorpen, A., 2009, Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon, Ph.d.-afhandling, Bergen: Universitet i Bergen

Webside rapporter, artikler m.m.

Helhed og sammenhæng i socialpsykiatrien: Servicestyrelsen, 2009
http://www.servicestyrelsen.dk/analyse_og_data/god-social-praksis/tema-om-inklusion-af-sindslidende-nye-veje-i-socialpsykiatrien/artikler

Bratbo, J., Socialpsykiatrien – historisk set - og hvordan definerer vi den i dag?: Videnscenter for Socialpsykiatri

Sundhedsstyrelsen, De Neergaard, L. Nyhedsbrev: Sundhedsstyrelsen, 24. marts 2010.

Styrket indsats for sindslidende: Regeringen, november, 2009

Notat aftale om hospitals- og psykiatriplan 2020 for Region Hovedstaden, 18. maj 2010

Lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien og lov om rettens pleje. (Tvungen opfølgning efter udskrivning)
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=129446>.

Lov om social service,
<https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=135328>

Lovovervågning om SKP ordning: Servicestyrelsen, 2011

Handicapkonventionen kan ses på: <http://www.handicap.dk/politik/socialpolitik>

Håndbog om rehabilitering, www.rehabiliteringsforum.dk, 2004

Tvang i psykiatrien 2009: Sundhedsstyrelsen, Maj 2011

Foucault, Michel, 1984: "Des Espace Autres", i: Architecture/Mouvement/Continuité, oktober, 1984. Findes på engelsk "Of

Other Spaces” på:

<http://www.foucault.info/documents/heteroTopia/foucault.heteroTopia.en.htm>

Forskningsprojektet "Det levede liv med sindslidelse" bidrager med ny viden om menneskers oplevelser af sindslidelse og den betydning, deres sociale baggrund har for et hverdagliv med håb, drømme og forestillinger om fremtiden.

Bogen analyserer sindslidendes sociale baggrund og hverdagliv.

Det demonstreres, at der kan tales om tre grupper af borgere. De har hver deres måde at agere på, og dermed ulige muligheder for at vurdere og profitere af rehabiliterende tilbud i social- og sundhedsvæsenet.

Projektets nyhed er ikke, at der er sociale uligheder. Projektet viser, hvordan social- og sundhedsvæsenet udfordres af hver persons hele liv, særlige historie og ikke mindst håndtering af sindslidelse. Alt sammen handlinger, som kun sjældent passer til standardiserede forløb.

Rapporten har relevans for borgere, professionelle og andre med interesse for viden om borgeres sociale liv sat i relation til tænkemåder i behandlings- og socialpsykiatri.

Om Nelli Sørensen:

Nelli Øvre Sørensen, humanistisk ph.d., cand. cur., sygeplejerske. Hun har arbejdet i klinikken og siden 1998 forsket i psykisk helse. Hun har undervist på BA uddannelse i sygepleje, pædagoguddannelsen, diplomuddannelse og på videreuddannelse og masteruddannelse i psykisk helse i Norge.

I sin forskning interesserer Nelli Sørensen sig specielt for relationer mellem borgere og behandlere, behandlingslogikker og disses indflydelse på tværfagligt samarbejde og anvendelse af institutionelle og andre rum.

Forskningscenter for Socialt Arbejde
PROFESSIONSHØJSKOLEN METROPOL

ISBN: 978-87-7008-019-4



9 788770 080194 >