

SPÆNDINGSFELTET MELLEM DYNAMIK OG STABILITET

Udvikling og behandling af mennesker med sindslidelser i det danske velfærdssamfund

JULIE RAHBÆK MØLLER OG KATRINE SCHEPELERN JOHANSEN

Denne artikel handler om, hvordan det danske velfærdssamfund gennem forskellige standardiserede tiltag – diagnostiske, evaluerende, behandlingsmæssige og bureaukratiske – forsøger at udvikle mennesker med sindslidelser. Disse tiltag bliver implementeret i forsøget på at skabe en form for styret udvikling og social orden hos individet og i velfærdssamfundet, men de er i fare for at skabe ubalance i og omkring de mennesker, som skal have gavn af dem.

Overordnet set kan tiltagene ses som værende spændt ud mellem på den ene side velfærdssamfundets ønske om at skabe mulighed for udvikling og forandring hos mennesker med sindslidelse og på den anden side disse menneskers ønske om at få lov at være i fred og leve deres liv på egne præmisser og med egne ønsker til behandling. Det vil sige som en spænding imellem på den ene side dynamik og på den anden side stabilitet.

Velfærdsstatens tidligere fokus på fællesskab er ifølge politolog Ove K. Pedersen nu forandret til et fokus på frihed for individet til at realisere egne behov. Pedersen introducerer begrebet konkurrencestat som afløser for velfærdsstaten for at beskrive denne forandring. Og hvor velfærdsstaten søgte at fremme stabilitet, fremmer konkurrencestaten i stedet dynamik. Dette kommer især til udtryk i de sidste mange års politiske reformer (Pedersen 2011:12), hvis formål, ifølge Pedersen, er at ændre vores idealer, værdier, menneskesyn og fællesskab, som hidtil har været væsentlige karakteristikker af den danske velfærdsstat (op.cit.33). Stabilitet bliver i dag ofte betragtet som noget negativt og som et illegitimt ønske om at fastholde mennesker i et afhængighedsforhold til behandlingssystemet. Men hvilke konsekvenser har dette for de mennesker, for hvem frihed er ensbetydende med ensomhed, utryghed og galskab? I vores empiriske felter er spændingsfeltet mellem dynamik og stabilitet – og særligt arbejdet med at skabe udvikling – tæt forbundet med en række dokumenterende praksisser, som personalet udfører.

Artiklen er bygget op af følgende afsnit: Først præsenteres det psykiatriske system i Danmark og vores forskellige undersøgelser, som danner baggrund for analysen. Derefter argumenterer vi for, at de udviklings- og dokumentationsredskaber, som man arbejder med i psykiatrien i dag, kan forstås som styringsteknologier, der sigter på at forandre den måde, som både patienter/beboere og personale har opfattet mennesker med psykisk sygdom på. Vores analyse peger på, at det psykiatriske system frem for at søge at skabe stabilitet nu skal skabe forandring. Derefter går vi videre og viser, at et centralt forhold ved disse styringsteknologier er, at de observerer og beskriver patienternes/beboernes liv og væren stadig mere detaljeret for på denne måde at kunne dokumentere den ønskede forandring. Dette forhold betyder også, at medarbejdernes arbejde bliver meget styret, og at rum til refleksion formindskes. Afslutningsvis vender vi tilbage til begrebsparret dynamik og stabilitet for at påpege, at dette begrebspar beskriver et vigtigt spændingsfelt, når vi skal forstå velfærdssamfundets tiltag i forhold til mennesker med alvorlig psykisk sygdom.

Kort introduktion til socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien i Danmark

Artiklen bygger på empiri fra den danske socialpsykiatri og behandlingspsykiatri. Psykiatriområdet i Danmark i dag er organisatorisk opdelt imellem *behandlingspsykiatri* (regioner) og *socialpsykiatri* (kommuner). Behandlingspsykiatrien har primært ansvaret for den medicinske behandling af psykisk syge, som i denne kontekst kaldes for *patienter*, og har både sengeafsnit og ambulans behandling, også kaldet *distriktspsykiatri*. Kommunerne har ansvaret for at yde psykisk syge støtte og behandling i form af bolig, beskæftigelse og socialfaglig støtte i eget hjem. I kommunalt regi omtales mennesker, der bor på et socialpsykiatrisk botilbud, som regel som *borgere* eller *beboere*. Mennesker med alvorlig psykisk sygdom, som vores informanter, vil ofte være tilknyttet både behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien.

Denne indretning af det psykiatriske system er et resultat af en lang historisk proces. Igennem århundreder er mennesker med sindslidelser blevet spærret inde i „houses of corrections“, fattiggårde og senere store anstalter (Foucault 1988a [1965]), som nutidens psykiatriske afdelinger og hospitaler er de moderne arvtagere af. Skiftet væk fra disse anstalter kom i 1950'erne med udviklingen af medicin, som kunne dæmpe nogle af de voldsomme symptomer i forbindelse med psykotiske sindslidelser. Det gjorde det muligt at udskrive en del af de patienter, der ellers havde levet store dele af deres liv på de psykiatriske hospitaler. Dette var starten på de-institutionaliseringen af sindslidende fra psykiatriske afdelinger

til egne hjem med ambulant behandling, en proces, som i Danmark har været i gang siden 1970'erne (Brandt 2004). For sindslidende, der alligevel ikke kan klare sig selv i egen bolig, blev der etableret socialpsykiatriske bosteder. Fra fysisk adskillelse og indespærring af individer, som ikke passer ind i og bidrager til samfundet, har måden at styre sindslidende på ændret sig til mere subtile styringsmæssige mekanismer i form af fx udredninger og behandlingsplaner.

De-institutionalisering som dominerende ideologi blev i Danmark omkring årtusindskiftet erstattet af en ny ideologi kaldet „recovery“. Principperne bag recovery er selvhjælp og empowerment – at gøre borgeren/patienten til ekspert i sit eget liv og i sin egen behandling. Med recovery forandredes synet på sindslidelse som en kronisk tilstand til, at sindslidende kan komme sig. Således kan man i både den nationale politik for behandling af mennesker med sindslidelser og i kommuners politikker på socialpsykiatriområdet læse, at recovery skal have en central plads (se fx Københavns Kommune 2008:16-17). Som vores analyse viser, bliver recoveryideologien dog ofte brugt som en form for argument for, at der hos mennesker med sindslidelser skal skabes en dynamisk udvikling, snarere end at det enkelte individs perspektiv skal respekteres.

Antallet af psykisk syge på landsplan er vanskeligt at fastslå præcist. Ifølge Psykiatrifondens hjemmeside (2015) og Den Offentlige Sundhedsportal (2015) får hver tredje dansker på et tidspunkt en psykisk sygdom, og 700.000 danskere har psykiske problemer i form af stress, angst og depressioner. Gruppen af mennesker med skizofreni, som flertallet af vores informanter lider af, omfatter mellem 15.000 og 25.000 mennesker i Danmark. Af disse får ca. 25 procent et kronisk, livsvarigt forløb, hvor de vil have behov for medicinsk behandling og psykosocial støtte i lange perioder af deres liv. I Københavns Kommune er ca. 1.000 borgere for psykisk dårlige til at leve i egen bolig og bor derfor på et socialpsykiatrisk bosted (Københavns Kommune 2008:7).

De mennesker, der på forskellig vis har været en del af vores studier, har stort set alle lidt eller lider af alvorlig psykisk sygdom med langvarige eller kroniske forløb. De fleste har haft en psykosesygdom, som regel skizofreni. Det betyder blandt andet, at de i perioder – for nogen det meste af tiden – lider af vrangforestillinger, hvor de oplever verden anderledes end vi andre. Mange er også præget af *negative symptomer*, det vil sige af manglende evne til at relatere og skabe kontakt til andre mennesker, samt manglende motivation og energi. Der er tale om nogle af de mest alvorligt psykisk syge mennesker i Danmark. Nedenfor vil vi præsentere vores to empiriske eksempler, der foregår på henholdsvis et ambulant behandlingstilbud og i socialpsykiatrien

Felter og metode

Julie Rahbæk Møller har i perioden fra 2010 til 2013 udført et langvarigt feltarbejde på to socialpsykiatriske bosteder i København og blandt embedsmænd i Københavns Kommunes socialforvaltning. Feltarbejdet foregik således på tværs af forskellige bureaukratiske niveauer, som ved første øjekast synes afkoblet fra hinanden, men et nærmere eftersyn viser, hvordan niveauerne betinger og betinges af hinanden. Tværsnittet viste også, hvordan dokumentations- og kontrolredskaber og metoder etc. er produkter af udviklede bureaukratiske procedurer og ændrer karakter i implementeringsprocessen fra det politiske niveau, gennem embedsmandsniveauet til de mennesker, de skal virke hos.

Katrine Johansen har udført flere langvarige feltarbejder i forskellige psykiatriske behandlingsinstitutioner i perioden 2001-2012, blandt andet seks måneder på en retspsykiatrisk afdeling, seks måneder på et lukket akut sengeafsnit og to år på et dagspsykiatrisk tilbud til mennesker, der både lider af en alvorlig psykisk sygdom og et alvorligt stof- og/eller alkoholmisbrug.

Artiklen bygger på to cases. Den første beskriver udslusningen af en patient med skizofreni og et voldsomt hashmisbrug. Udslusningen foregår fra et intensivt, integreret¹ dagbehandlingstilbud, som vedkommende havde været tilknyttet igennem flere år, til mindre intensiv behandling i henholdsvis den regionale distriktspsykiatri og den kommunale misbrugsbehandling. Det intensive behandlingstilbud traf beslutning om at „afslutte ham“ med to begrundelser. Den ene var, at han nu havde gået i tilbuddet meget længe, og at man ikke kunne se, at man ville kunne flytte ham mere – det vil sige, at der ikke var mere forandringspotentiale hos ham. Den anden var, at det kunne være godt, at patienten kom et nyt sted hen, og at nogle friske øjne så på ham og forløbet – underforstået, at det er muligt, at der var et videre forandringspotentiale, men behandlingstilbuddet kunne ikke (længere) få øje på det. I forhold til denne artikels formål illustrerer casen, hvordan behandlingspersonalet er nødt til at arbejde ud fra en forandringsmodel, hvor manglen på forandring bliver brugt som anledning til at sende patienten videre. Den viser også, hvordan patienten ikke er parat til at anskue sig selv i forhold til denne forandringsmodel.

Den anden case viser en flig af socialpsykiatriske frontlinjemedarbejderes betingelser i arbejdet med sindslidende. I casen mødes embedsmænd og socialarbejdere til en workshop om implementeringen af forandringskompasset, som har til formål at monitorere Socialforvaltningens borgere i forhold til en række faste dimensioner over tid for at kunne dokumentere borgernes frem- og tilbageskridt og hermed, om de sociale indsatser virker. Disse dimensioner er: sociale kompetencer, netværk og de betydningsfulde andre, det betydningsfulde andet (fritidsinteresser), beskæftigelse, økonomi, praktisk hverdagsliv, misbrug,

fysisk trivsel, bolig og mestringsstrategier. Socialarbejderne skal med jævne mellemrum vurdere beboerne på en skala fra 1 til 10 på alle dimensioner, således at man kan følge deres udvikling. Denne viden skal bruges i organiseringen og økonomistyringen i Socialforvaltningen.

Nedenfor præsenteres de to eksempler mere udførligt. Den første case er skrevet af Katrine Schepelern Johansen, den anden af Julie Rahbæk Møller.

Afslutningen af Thomas Jensen²

KASA er et dagbehandlingstilbud til mennesker med en dobbeltdiagnose, det vil sige samtidig psykisk sygdom og misbrug. Mennesker med en dobbeltdiagnose har ofte svært ved at få en god behandling af deres problemer, da psykiatrien i udgangspunktet kun behandler den psykiske sygdom, og misbrugsbehandlingen i udgangspunktet kun behandler misbruget. Behandlingsanbefalingerne er, at begge dele skal behandles sammen og samtidig, også omtalt som integreret behandling. KASA er et behandlingstilbud, der tilbyder integreret behandling. I KASA kan patienterne blive udredt, få stillet diagnose og igangsat behandling. Tanken er, at det skal være et midlertidigt, intensivt tilbud, og at patienterne efterfølgende kan udsluses til mindre intensiv behandling, evt. opdelt mellem psykiatrien og misbrugsbehandlingen.

Thomas Jensen havde været tilknyttet KASA igennem flere år, da jeg (KSJ) startede mit projekt i KASA i 2005 om udfordringer og muligheder i dobbeltdiagnosebehandling. Han var en mand på ca. 35 år og havde røget hash, siden han var meget ung. Han røg stadig meget, selv om det var blevet mindre, efter at han var kommet i behandling. I perioder røg han 5-6 gram om dagen, i andre perioder lidt mindre. På et tidspunkt, da han var i starten af 20'erne, var han begyndt at blive psykisk syg. Han fik vrangforestillinger og hørte stemmer. Han var indlagt på psykiatrisk afdeling mange gange og fik på et tidspunkt stillet diagnosen skizofreni. Han hørte altid stemmer, og i perioder, hvor han røg meget hash, blev de psykotiske symptomer som regel værre, og hans vrangforestillinger kom til at fylde mere.

Thomas var meget glad for at være i behandling i KASA. Han sagde selv, at det var første gang, han havde fået ordentlig behandling, for her arbejdede de både med hans hashmisbrug og hans skizofreni. Thomas var både i antipsykotisk behandling og i samtaleforløb om sine problemer. På trods af behandlingen var Thomas' forløb meget svingende – i nogle perioder havde han det bedre og i andre perioder dårligere – og det var ofte svært for både personale og Thomas selv at identificere, hvorfor disse udsving kom. Efter yderligere et år begyndte personalet at diskutere, om det var ved at være på tide, at Thomas skulle videre til et andet

og mindre intensivt tilbud. Der var en oplevelse hos behandlingspersonalet af, at man ikke kunne gøre mere for ham. Definitionen af KASA som et midlertidigt behandlingstilbud blev pludselig nærværende for personalet. „Han har været her rigtig længe nu. Og det har han haft brug for. Vi er nået rigtig langt med ham, men nu tror jeg, at vi skal til at kigge på, at han skal videre. Vi skal jo ikke blive som en familie for ham“, er et eksempel på de udsagn, der begyndte at dukke op om Thomas, når personalet diskuterede de forskellige patienter. En anden medarbejder formulerede det sådan til et morgenmøde: „Nu har han været hos os i over tre år, så det, vi kan gøre for ham, det har vi gjort.“ Hvortil en tredje svarede: „Det er sikkert også godt nok, at der komme nogle nye øjne på. Det kan være, at de kan se noget, som vi ikke længere ser.“

Thomas syntes til gengæld ikke, at det var nogen god idé. Han fortalte sin kontaktperson, at han ikke ville afsluttes i KASA, og at han tidligere havde prøvet det, som de nu foreslog: at komme i distriktspsykiatrien for at få sin antipsykotiske medicin og i misbrugsbehandlingen for at få samtaler om sit misbrug. Og at han ikke syntes, at det havde været godt. Han slog også på, at det var vigtigt for ham at være et sted, hvor de kendte ham godt, og hvor han følte sig tryk. I et forsøg på at overbevise ham om, at der ikke var mere, som KASA kunne gøre for ham, gennemgik kontaktpersonen de seneste par års behandlingsplaner med Thomas. Behandlingsplanen er et dokument, som patient og kontaktperson udfylder sammen cirka hver tredje måned, og hvor man beskriver, hvad der er målet for behandlingen den næste periode, hvordan man skal opnå målet/målene, og hvem der er ansvarlig for at gøre hvad. Behandlingsplaner bruges overalt i psykiatrien, og det er lovpligtigt, at alle patienter får udarbejdet en. En behandlingsplan i KASA har typisk tre til fem mål. Derudover er der et felt afslutningsvis, hvor patientens drømme og mål på langt sigt noteres. Thomas' behandlingsplan havde været udfyldt med stort set de samme ord de seneste to år. For Thomas var det et udtryk for, at han stadig havde brug for behandling i KASA, men for kontaktpersonen blev det en illustration af, „at man ikke kunne nå længere“ med ham.

Det blev på behandlingskonferencen besluttet, at der skulle planlægges et langt overgangsforløb for Thomas, så han kunne føle sig tryk ved de nye behandlingssteder og langsomt vænne sig til tanken om, at hans tid i KASA var slut.

Forandringskompasset

Det er en torsdag morgen i december 2011, og jeg (JRM) sidder på PH Caféen på Halmtorvet til en workshop om et nyt effektstyringsredskab, forandringskompasset, som skal implementeres på alle socialpsykiatriske bosteder i København. I

forvejen arbejder socialarbejderne med den pædagogiske handleplan, som indeholder både en sundhedsfaglig monitorering og et socialfagligt perspektiv på beboernes udvikling. Den skal opdateres hver fjerde måned ligesom det kommende forandringskompasset. I et notat om forandringskompasset, udarbejdet af embedsmænd, har jeg forinden læst:

Socialforvaltningen har besluttet, at effektstyring skal være et af de bærende styringsprincipper i forvaltningen, og implementeringen af forandringskompasset er et middel til udredelsen heraf. Forandringskompasset er et monitoreringsværktøj, der gør det muligt at følge med i, hvordan det går forvaltningens borgere på en række faste dimensioner over tid. Det bliver således, i vid udstrækning, muligt at dokumentere kortsigtede effekter af forvaltningens indsatser hos enkelte borgere og hos grupper af borgere. Denne viden skal bruges til at kvalificere beslutninger og prioriteringer og i sidste ende sikre, at forvaltningen opnår bedre resultater for borgerne.

Alle bosteder under Københavns Kommune er repræsenteret ved to socialarbejdere, som i dag skal høre om forandringskompasset og teste det, så arbejdsgruppen kan arbejde videre på det. Stemningen er god. Vi sidder i baglokalet ved seks runde borde med fem-seks medarbejdere ved hvert bord. Peter,³ en embedsmand fra centralforvaltningen, er en del af arbejdsgruppen. Han byder velkommen og siger:

Det, vi ikke skal diskutere i dag, er, hvorvidt forandringskompasset skal tages i brug. Der er tre præmisser, som vi ikke kan komme uden om, fortæller Peter og peger på tre sætninger, han har skrevet på et whiteboard:

- Vi skal arbejde med effektstyring ...
- ... i form af forandringskompasset ...
- ... og forandringskompasset skal være udtryk for en faglig vurdering.

I løbet af dagen taler jeg med flere socialarbejdere, som ikke har forstået, hvem det er, der har bestemt, at de skal arbejde med forandringskompasset. De er i tvivl om, hvor meget indflydelse de har på form og indhold – og det viser sig, at de har meget mindre indflydelse, end de tror. Dagen går med en præsentationsleg, oplæg om forandringskompasset fra flere medlemmer af arbejdsgruppen, frokost og øvelser.

I en pause taler jeg med Bodil, som er en af mine informanter fra Thorupgården (et socialpsykiatrisk botilbud). Hun siger, at hun ikke „kan komme i tanke om nogen beboere, som ville gide [at blive målt gennem forandringskompasset]“ – „ikke mere af det pædagogiske pis“ ville de sige. En socialarbejder fra mit bord stiller et spørgsmål i plenum: „Hvilke kriterier påvirker, når vi skal vælge mellem 3 eller 4? Vi skal lave en objektiv måling. Ellers giver det ikke mening at sætte et

menneske ind på nogle parametre i forhold til økonomisk måling.“ Embedsmanden Peter svarer, at en stor del af pointen er at bruge det som et værktøj til at diskutere, om beboeren er en 3'er eller en 4'er snarere end selv at beslutte, hvad beboeren er. „Hvad betyder tallet, for hvad der skal arbejdes på?“ spørger Peter retorisk. Socialarbejderen indvender: „Det har vi haft i 20 år i handleplanen.⁴ Det kender vi godt. Vi savner helheden.“ Peter svarer, at det er en pointe i sig selv, at hun siger, at hun har gjort sådan i 20 år: „Det er bare det samme, I skal gøre.“ Han tegner et billede af den stjerne, som forandringskompasset skal visualiseres i – der er ti takker for hvert af de ti emner:⁵

Man skulle gerne få et overblik, man ikke har haft før, selv om man har taget vurderingen. Det gør, at man kan tage en snak på tværs af bosteder eller medarbejdergrupper. Fx: 'Jeres borgere kommer i beskæftigelse – vores gør ikke.'

En af mine informanter, socialarbejderen Tamara, spørger:

Hvem laves det for? Jeg ved som kontaktperson, hvor mine beboere er. Jeg har fokusark over det hele. Hvem skal vurdere stjernen? Det lyder som ekstra arbejde, ekstra papir. Vi har i forvejen rigtig mange papirer. Er det endnu mere dokumentation for at tjekke os? Jeg kan ikke se, at det er mit redskab.

Peter svarer, at han overvejer, om han skal tage diskussionen, eftersom der *skal* arbejdes med forandringskompasset – eller om han skal forsvare forandringskompasset. Han gentager, at intentionen med forandringskompasset er, at det kan give en ny anledning til at snakke sammen på tværs og tænke det ind i det løbende udviklingsarbejde.

En anden af mine informanter, socialarbejderen Per fra Tranehavegård (et andet socialpsykiatrisk botilbud), spørger: „Hvordan støtter vi folk i at vedligeholde? Det kommer I ikke ind på her.“ Peter svarer, at kontaktpersonerne gør det store stykke arbejde, men modellen kan give et overblik over arbejdet på en ny måde. Per spørger igen, om det er i stedet for handleplaner, og han får svaret, at forandringskompasset kan få det dynamiske og processuelle med i forhold til at ændre beboernes udvikling.

Jeg fornemmer, at nogle socialarbejdere er positivt stemt over for det nye tiltag, mens andre finder det absurd. De positive taler allerede om forandringskompasset som et pædagogisk redskab til at synliggøre beboernes udvikling over for beboerne selv, men det kan også bruges til at synliggøre, at socialt arbejde ikke bare handler om at drikke kaffe og snakke.

Staten, kroppen og sindet

De to cases giver eksempler på, hvordan både embedsmænd, socialarbejdere og behandlingspersonale handler pragmatisk i forhold til at løse presserende problemstillinger her og nu, men også at de samtidig har brug for at handle *hen imod* en potentielt bedre tilstand – i forhold til både organisering og administration af mennesker med sindslidelser, udførelsen af det sociale og behandlingsmæssige arbejde og sindets op- og nedture.

Styringen af borgerne i forhold til forskellige dominerende forestillinger af individet har sociologen Nikolas Rose beskæftiget sig med. Han tager i artiklen „Biopolitics in the Twenty First Century – Notes for a Research Agenda“ (2001) udgangspunkt i Foucaults begreb om „biopolitics“:

Fra et sådant perspektiv skjuler den biomedicinske og bioteknologiske retorik, som handler om potentialet for at forbedre helbred, velfærd og livskvalitet hos individer, en politisk kontrol, der vil tvinge, begrænse og endda eliminere de individer, hvis uforandrede, naturlige biologiske tilbøjeligheder truer kollektivets velvære (Rose 2001:26, vores oversættelse).

En central pointe hos Rose om, hvordan disse biopolitikker fungerer (se også Rose & Nova 2005; Rose 2003), er, at mennesket lærer at tænke om sig selv på nye måder, blandt andet gennem indførelsen af nye teknologier og nye måder at betegne fænomener på. I artiklen „Neuro-chemical Selves“ (2003) giver Rose som eksempel, at fremkomsten af den biologiske psykiatri har betydet, at mennesker med psykisk sygdom er begyndt at forstå sig selv som neurokemiske individer, det vil sige som mennesker, hvis følelser og perceptioner styres af neurokemi. Man taler altså om psykisk sygdom som fejl i signalstoffer illustreret med scanninger af hjernen, der viser hvor fejlene sidder (op.cit.46).

Ud fra Roses perspektiv kan man forstå indførelsen af forandringskompasset og behandlingsplaner som en måde at lære mennesker med alvorlig psykisk sygdom (og det personale, der arbejder med dem) at tænke på sig selv som subjekter, der kan og skal forandres, og på, at livet er en kontinuerlig forandringsproces, der aldrig stopper. Frem for at tænke på sig selv som alvorligt, kronisk syg med behov for hjælp, hvilket tidligere har været budskabet til mennesker med alvorlig psykisk sygdom (Johansen 2009), skal de nu i stedet se sig selv som mennesker, der skal behandles og forandres. Det gælder Thomas Jensen, hvor de gentagne behandlingsplaner dokumenterer en manglende fremdrift, hvorfor han skal sendes videre i behandlingssystemet til et andet behandlingstilbud, der måske bedre kan få øje på hans forandringspotentiale (når han nu endnu ikke selv kan se det). Det gælder også beboere i socialpsykiatrien, der gennem forandringskompasset bliver mindet om, at de helst skal „flytte sig“, og at de i øvrigt ikke er det sted i deres liv, hvor de forventes at være.

Indførelsen af disse teknologier, der benyttes i relationen mellem borger og velfærdsstat, har også den konsekvens, at stadig større dele af de psykisk syge borgeres liv beskrives og dermed blotlægges for velfærdsstaten og velfærdsstatens udøvere. Frem for at være „selvteknologier’ (Foucault 1988b) bliver der tale om „governmentalityteknikker’ (Foucault 2000), som har en række konsekvenser for borgerne. I det følgende afsnit vil vi se nærmere på denne tendens til at synliggøre stadig mere intime dele af de syge menneskers liv.

Synliggørelsens tyranni

Den britiske antropolog Marilyn Strathern skriver i sin artikel „The Tyranny of Transparency“ (2000), at når man gør det usynlige synligt og italesætter det som et moralsk imperativ, overser man de problemer, synliggørelsen samtidig kan afføde. Stratherns analyse er baseret på studier af universiteter, og den viser, hvordan en søgen efter gennemsigtighed i universitetsansattes arbejdsmæssige udvikling kan have utilsigtede konsekvenser for netop den tillid, der tidligere karakteriserede det professionelle råderum. Det kommer til udtryk i tiltag som fx de studerendes evalueringer samt optællinger af publikationer, men disse tal fortæller intet om den læring, der sker i samspillet mellem undervisere og studerende på længere sigt eller om kvaliteten i forskningen. Strathern kritiserer ikke, at der på universiteter skal være dynamik. Hun tager den for givet og kritiserer i stedet de måder, hvorpå man i dag måler på den. I nærværende artikel kobler vi Stratherns argumenter til den synliggørelse af symptomer, problemer og eventuelle fremskridt, som man arbejder med i behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien.

Den gængse opfattelse af synliggørelse som et gode er relevant at diskutere for den måde, hvorpå man i samfundet tager for givet, at psykisk syge menneskers udvikling skal måles, dokumenteres og dermed synliggøres for at påvise, at de økonomiske midler er placeret det rigtige sted, og at en given behandling er den rigtige.

Gennem synliggørelse af disse menneskers udvikling forsøger psykiatrisk personale, embedsmænd og socialarbejdere at hjælpe beboerne/patienterne med at tænke på sig selv som mennesker, der skal et andet sted hen, og få dem til at tage større ansvar for eget liv. Men disse indsatser, der har til formål at målrette, udvikle og styre personlig udvikling, er i fare for at blive et teknisk anliggende, som skaber snævre rammer for refleksivitet. De fastsatte procedurer og metoder levner mindre tid til, at udøverne kan reflektere over de dele af deres komplekse praksis, som ikke lader sig styre i form af fx et forandringskompas. En socialarbejder fra det ene bosted skrev i en personlig besked til antropologen:

Og forandringerne, du spørger til? Intet er jo helt sort-hvidt, men jeg har aldrig i mit arbejdsliv følt mig så meget som et nummer og i så høj grad oplevet, at hvis jeg ikke 'retter ind', er det ikke et problem at erstatte mig. Der er ikke interesse for, hvad vi som personale mener, føler, oplever, eller hvad vi har af erfaringer – kun i forhold til den afstukne akkrediteringsramme, og det giver en kraftig beskæring. Alt skal ensrettes, uanset hvem der er involveret, og argumentet er altid det samme: sikkerhed. Det sundhedsfaglige er blevet opprioriteret, læs: hospitalsfaglige. Det er udpræget 'top-down'-styring, og der er nedskrevne procedurer og instrukser for alt, der bare tikker ind på mailen og skal huskes, når man har brug for dem (der er så mange ændringer, at man ikke kan huske dem alle og bliver selv i tvivl om dem, man kan huske – 'var det nu også sådan det var?'). Refleksionstid er der meget lidt af, og det, der bliver kaldt 'drøftelser', opleves som instrukser. Personalets hovedarbejdsplads er helt klart kontoret, og computeren er en særdeles central samarbejdspartner.

Den skriftlighed, som er en naturlig del af embedsmænds arbejde, er for socialarbejderne en ny måde at udføre socialt arbejde på. Meget af deres arbejde bliver nu udført på et kontor foran computeren eller med kuglepen i beboerens mappe. De socialarbejdere, som har en sundhedsfaglig uddannelse, synes i højere grad positivt indstillet over for dokumentation, mens de med en pædagogisk baggrund primært anser dokumentationsarbejdet for ekstremt tidskrævende, udfordrende og ikke befordrende for det relationsarbejde (Grünenberg & Johansen 2013), som de mener, er en væsentlig del af beboerens recoveryproces. Nogle af beboerne omtaler endvidere socialarbejderne som „administrativt personale“ og beklager sig over den manglende kontakt til dem i hverdagen. På feltarbejde i personalerummet blev det da også tydeligt for antropologen, at der er meget papirarbejde at holde styr på, og når en beboer bankede på døren for at få hjælp eller spørge om noget, greb vedkommende forstyrrende ind i socialarbejdernes arbejde. Som observatører fik vi det indtryk, at det ville være lettere for socialarbejderne at udføre deres arbejde, hvis beboerne ikke var der.

Men ikke alle socialarbejdere stiller sig kritiske over for dokumentationen og procedurer udviklet længere oppe i systemet. I en anden personlig besked på Facebook skrev en socialarbejder, Tina:

Nå, men angående forandringskompasset er det først, efter at jeg har lavet nogle stykker, at jeg kan bruge det som egentligt redskab til at få overblik over mine beboeres udviklingsudslag. Jeg arbejder samtidig med CCS [et elektronisk dokumentationsredskab] og forandringskompasset med et socialpædagogisk design og visualisering af beboernes forandringsprocesser, herunder også det digitale billede her over for mine studerende. Det er meget interessant. Det, der er udfordringen, er at få beboerne med, da de næsten ikke kan klare mere.

Tina tilhører ikke den del af socialarbejderne, som er imod nye metoder eller dokumentationstiltag. For hende er det vigtigt at dokumentere beboernes udvikling, da det afspejler hendes professions faglighed. Dog møder hun vanskeligheder i hverdagen, da beboerne „næsten ikke kan klare mere“. Med dette udtryk mener hun, at de er blevet udviklingstrætte, da de foruden forandringskompasset har en pædagogisk handleplan med dertilhørende fokusark, en social handleplan hos deres sagsbehandler, en behandlingsplan på det psykiatriske center, de er tilknyttet, og evt. yderligere en behandlingsplan i det kommunale misbrugscenter. Desuden bliver de fysisk vejret på bostedet.

Usynliggørelse af refleksion

Det er karakteristisk for behandlingen af mennesker med sindslidelser, at det først er i retrospektive refleksioner, at man kan forstå fremskridt eller tilbageskridt – og selv her er denne afgørelse en udfordring, fordi en sindslidelse netop er karakteriseret ved at være utilregnelig og vanskeligt lader sig styre af fremadrettede tiltag. Forandringskompasset er et forsøg på at synliggøre udviklingen (eller afviklingen) af beboerne, og det giver en overordnet forståelse af beboernes frem- og tilbageskridt, men ikke en forklaring på disse. For at man kan arbejde med beboerens udvikling, kræver det en personlig og professionel relation til dem, og denne relation kan ikke forklares udtømmende inden for de bureaukratiske definerede rammer. Socialarbejdere og beboere lægger selv mærke til små udviklingsfremskridt og anser dem for positive, men medmindre de kan fortolkes som et skridt i den bureaukratiske definerede rigtige retning, bliver de irrelevante inden for de bureaukratiske rammer (Møller 2013:156). Derfor fortolker socialarbejderne disse indsatser, så de giver mening for dem i deres daglige praksis, eller indsatserne bliver en del af dagens gøremål, som skal overstås uden megen tid til refleksion, fx forandringskompasset, som skal opdateres hver fjerde måned. Det fremstår som et paradoks, at øget refleksion er et af de formål, der bliver brugt til at argumentere for øget dokumentation, men samtidig levner initiativerne ikke tid til refleksion. Embedsmændene efterspørger ikke resultaterne af refleksionen, ligesom der sjældent levnes rum til at dokumentere refleksionerne i de forskellige værktøjer. Dermed ændrer indsatserne karakter i forhold til det, de var tænkt som (jf. Mosse 2004; Vohnsen 2011; Siiger 2009; Hammen 2006).

Forandringskompasset er sat i verden for gennem dokumentation at skabe en personlig udvikling hos mennesker med sindslidelser, således at de med tiden kan flytte ud af bostedet og opnå mere uafhængighed af velfærdsstaten. Men for at kunne gennemgå personlig udvikling kræver det en form for stabilitet

hos beboerne – en stabilitet, som ikke imødekommes af forandringskompasset. Snarere minder kompasset beboerne om, at de ikke er det sted i livet, som de burde være.

Beboernes udvikling og dagligdag skal passe ind i en bestemt skabelon eller måde at tænke udvikling på, som usynliggør andre aspekter af beboernes udvikling, som for beboerne selv er relevante for at udvikle sig. Samtidig bliver beboere, som har fået det bedre, fastholdt i skabelonen igennem dokumentation. Selv om en beboer har styr på sin egen medicin, skal socialarbejderne stadig dokumentere medicinindtaget. Under et interview med lederen af det socialpsykiatriske botilbud Tranehavegård slog han opgivende ud med armene, mens han sagde:

Bo: Jeg har lige siddet ved en visitationssamtale [med en kommende beboer] og bralret op om, at det er midlertidigt, og du skal blive så selvstændig som muligt, og her forsøger vi at motivere dig til at komme videre i dit liv, og første dag personen står her med sine flyttekasser, skal kontaktpersonen sige: ‘Jeg vil gerne tilbyde dig at blive vejet og i øvrigt få målt blodtryk, hvis det kunne passe dig.’

Julie: Hvornår er det blevet ...?

Bo: Hvornår? Det kan jeg ikke svare på.

Julie: Det er bare et fænomen, jeg ikke har hørt om, mens jeg har været her. Der er ingen, der har talt om vejning.

Bo: Jeg har lavet en opdateret tjekliste ved indflytning, hvor vejning er med.

Julie: Hvorfor er vejning vigtig?

Bo: Det er et godt spørgsmål.

Strathern (2000) viser, hvordan kravene til undervisningsvurderinger, institutionelle kontroller og revisioner usynliggør det, der i virkeligheden udspiller sig i en uddannelsesorganisation. I vores eksempler er det refleksioner, der er centrale, men som forsvinder på grund af de formaliserede dokumenterende praksisser, som netop ikke levner plads til sådanne refleksioner.

Pointen er, at jo mere information man får, jo mindre forstår man, og jo mindre tillid flyder igennem institutionen (op.cit.313-14). Strathern peger på, at stigende information og jagten på målbare resultater har konsekvenser, som ikke nødvendigvis er synlige, da de netop ikke er målbare. Det paradoksale ved Stratherns argument er, at disse processer samtidig usynliggør usynliggørelsen – eller som Strathern udtrykker det: „Transparensens retorik synes at skjule netop denne fortielsesproces, men da ‘alle for så vidt ved det’, er det vanskeligt at sige, at den faktisk gør det“ (op.cit.315, vores oversættelse). I den danske behandlingspsykiatri og socialpsykiatri ved alle, at når man vender et bureaukratisk, behandlingsmæssigt og socialfagligt blik mod en bestemt måde at udvikle sig på, vender man blikket væk fra noget andet. At personalet frustreres over manglende tid til beboerne/patienterne, er heller ikke noget nyt. Men det, at „alle ved det“, er

i realiteten med til at skjule dets relevans. Når personalet beklager sig over, at de mangler tid til at udføre deres arbejde tilfredsstillende, er svaret fra embedsværket, at det beklager de sig altid over, og deres bekymring bliver dermed reduceret til en kommentar til organiseringen af psykisk syge.

Arbejdet med at synliggøre sindslidendes udvikling (og ofte mangel på samme) tager tid fra det, personalet – eller med Michael Lipskys term: „street-level bureaucrats“ (Lipsky 2010 [1980]) – opfatter som deres egentlige formål: at skabe en relation til patienten/beboeren, som kan hjælpe vedkommende til at få det bedre psykisk og få et greb om fremtiden. Denne relation er vanskelig, for ikke at sige umulig, at beskrive udtømmende inden for bureaukratisk fastsatte rammer for dokumentation. Ikke kun personalets ord til og om beboerne/patienterne, men også blikket, tonefaldet og kropssproget har indflydelse på, hvad der sker i relationen. Alt dette er for detaljeret til at være nyttig viden for embedsmænd og politikere, som har brug for viden, der kan systematiseres for at effektivisere behandlingsformerne.

Hvad er værd at vide?

Når beboeren/patienten ikke følger ønsket om udvikling, synes svaret ofte at være, at der er behov for mere viden om vedkommende. Personalet har ikke nok viden eller den rigtige viden om beboeren/patienten – hvis man havde det, ville man være i stand til at hjælpe vedkommende på rette vej, synes at være rationalet. De forskellige handleplaner og behandlingsplaner samt diverse screenings- og diagnostiske redskaber, der i disse år indføres mange steder, indeholder forsøg på at afdække den rigtige slags viden. Alternativt kan foretages yderligere diagnosticering og udredning af patienten, fx i form af supplerende neuropsykologisk testning, der potentielt kan afdække kognitive vanskeligheder hos patienten og forklare den manglende udvikling. Det kan være vanskeligt for personalet at acceptere, at det måske slet ikke er viden og behandlingsplaner, der mangler, men at de har at gøre med mennesker, der ikke vil eller kan udvikle eller ændre sig, sådan som personalet – og i et bredere perspektiv samfundet – ønsker det.

En af de indbyggede grundkonflikter i velværdssamfundet er, at det på den ene side skal hjælpe mennesker, der har det svært med at få det bedre, og dermed på sigt gøre sig selv overflødig og afvikle sig selv – og på den anden side legitimere sig selv over for skatteyderne. Derfor er det vigtigt for politikere og embedsmænd, at de kan vise, at der i organiseringen og behandlingen af mennesker med sindslidelser sker en fremgang, og dermed bliver det vigtigt for socialarbejdere/behandlingspersonale at legitimere deres institutioner. Halvandet

år efter workshoppen om forandringskompasset fortæller en socialarbejder, Maria, at det er hårdt at arbejde med forandringskompasset og de andre dokumentationsformer. På spørgsmålet om, hvordan hun mener, at det hjælper, svarer hun, at det kan hjælpe dem til at udvikle nye metoder, som kan skaffe dem flere penge. Hun stopper sig selv og spørger, om jeg mente, om det hjælper beboeren? „Nej, nej, overhovedet ikke. Det skal bare gøres“ Men måske kan det på sigt synliggøre, hvad bostedet kan, og dermed skaffe dem flere penge, så de vil kunne opnormere personalet og dermed hjælpe beboerne, fortsætter hun. Mødet med mennesker, der vil blive, hvor de er, udfordrer således ikke bare personale og administratorer, men mere grundlæggende præmisserne i den måde, hvorpå vi har indrettet vores samfund.

Der synes at være en diskrepans imellem den neoliberale opfattelse af individet som selvstændigt og så vidt muligt uafhængigt af velfærdssamfundet på den ene side og overvågningen, kontrollen og styringen (screening og dokumentationsformer) af individet på den anden side. Diskrepansen knytter an til velfærdssamfundets grundkonflikt om, at patienterne/beboerne skal afvikles, samtidig med at de er med til at legitimere systemets opretholdelse. Men snarere end at føre til en større uafhængighed af velfærdsstatens sociale ydelser fører det til en afhængighed, og derfor bliver systemerne medskabere af de tilstande, de forsøger at behandle (Møller 2013:214). For eksempel kom en ung mandlig beboer, Thor, ind på kontoret en dag, hvor socialarbejderne var på kursus, og bostedet derfor var bemandet af en vikar. Han bad vikaren skrive i sin mappe, at han havde en god dag: „Solen skinner, fuglene synger og alt det dér.“ Senere adspurgt om, hvorfor han fandt det vigtigt at få dokumenteret sit humør, svarede han (og viste med hånden), at han „går meget op og ned i bølger“. Han havde lige set i tv, at det gør ADHD'ere, og han ville gerne have, at det blev dokumenteret, så personalet bedre kunne følge ham. Det rejser spørgsmålet, om beboerne er blevet vant til at få monitoreret og dokumenteret deres udvikling og således er blevet institutionaliseret i betydningen klientgjorte. Mange beboere har en forståelse af, hvad institutionalisering er, og at de ikke skal institutionaliseres, men tværtimod blive mere selvstændige, men samtidig mener de, at de har brug for hjælp til at komme videre. En aften i en lejlighed på det ene bosted, havde antropologen selskab af forskellige beboere i løbet af aftenen. Her blev forholdet mellem beboere og socialarbejdere diskuteret, og en yngre beboer, Camilla, sagde grinende:

Man skal hele tiden være opmærksom på, at man ikke skal have for *meget* hjælp, og man skal heller ikke have for *lidt* hjælp. Fordi hvis man får for meget hjælp, underminerer man ... så bliver man sådan institutionaliseret og klientgjort og sådan noget, ikk'? Men hvis det er, at man får for lidt hjælp, så sejler tingene, ikk'?

For beboerne er relationen til socialarbejderne således en balancegang i forhold til, hvad de har brug af hjælp til, og hvad de kan klare selv. Men socialarbejderne mærker samtidig, hvordan mange beboere er afhængige af, at der er personale til stede. De forsøgte fx at lukke fælleslokalet af i nogle timer for at få beboerne til at aktivere sig selv, men det lykkedes ikke. De forsøger på den ene side at få beboerne til at reflektere over de valg, de står over for, og selv tager ansvar, men det er vanskeligt, når de på den anden side skal monitorere og styre beboerne igennem forskellige dokumentationsredskaber.

Dilemmaet mellem udvikling og afvikling leder frem til næste afsnit, som handler om, hvordan der i behandlingen og den sociale støtte til sindslidende er en spænding imellem kravet om en dynamisk fremgang på den ene side og individets ønske om en form for stabilitet på den anden side.

Spændingen mellem dynamik og stabilitet

Pedersen skriver i *Konkurrencestaten* (2011), at hvor velfærdsstaten tidligere var kritiseret af både venstre- og højrefløjen, er der i dag ingen, der sætter grænser for velfærdsstatens ansvarsområder og indgriben i det enkelte individs liv (op.cit.12). Velfærdsstatens ydelser er så at sige blevet grænseløse, og et af de store problemer i velfærdsstaten er den afstand, der er mellem beslutningstagere, dem, der udfører ydelserne, og dem, der modtager ydelserne. Der er også en modsætning imellem de ydelser, som velfærdsstaten har pligt til at udføre, og den kapacitet, der er til rådighed. Denne modsætning kan lettere håndteres af embedsmænd, fordi de sidder langt fra borgerne, mens personalet skal håndtere dem praktisk i mødet med borgeren (Vike et al. 2007 [2002]:12).

Pedersen hævder derudover, at konkurrencestaten adskiller sig fra velfærdsstaten ved at have bevæget sig fra en søgen efter stabilitet til en stræben efter dynamik, som kommer til udtryk i statens utallige reformer (Pedersen 2011:12). Dynamikkens imperativ er tydelig inden for administrationen af behandling af og støtte til mennesker med sindslidelser, men i det relationsnære arbejde med disse mennesker viser der sig snarere en higen efter stabilitet. Det være sig både økonomisk og administrativt i forhold til de organisationer, der arbejder for at hjælpe mennesker med sindslidelser, personalets forsøg på at skabe en sammenhængende og velfungerende hverdag og i forhold til de enkelte mennesker, som ønsker stabilitet i hverdagen og et greb om fremtiden.

Hvad der for behandlingspersonale og socialarbejdere virker som stabilitet, er langt mere udfordrende og komplekst for mennesker med sindslidelser (se også Corin 1990): Embedsmænd, behandlingspersonale og socialarbejdere forsøger igennem dokumentation og behandlingsplaner at skabe en form for stabilitet for

mennesker med sindslidelser. Stabilitet skal her forstås som et rum til at skabe udvikling, og derfor kan stabilitet og dynamik i denne optik anskues som to poler i et spændingsfelt, snarere end som hinandens modsætninger. Stabilitet er et nødvendigt skridt på vejen mod en potentiel udvikling. Foruden behandlingsplaner i psykiatrien forsøger man igennem medicinering at skabe stabilitet hos patienterne for derved at forhindre tilbageskridt, som for behandlingspersonalet anskues som et fremskridt på samme måde, som socialarbejdere undertiden opfatter stagnering hos forpinte beboere som en positiv udvikling. Normaltilstanden, hævder Pedersen (2011), opleves i dag som dynamisk frem for statisk eller stabil, og individets autonomi og fleksibilitet er blevet et normativ i samfundet (Petersen & Willig 2004). Man skal være dynamisk for at være normal, synes imperativet at være – selv meget syge mennesker.

I artiklen „Work and Recognition. Reviewing New Forms of Pathological Developments“ (2004) diskuterer Anders Petersen og Rasmus Willig sammenstillingen mellem på den ene side kravene til det enkelte individ på arbejdsmarkedet i dag og på den anden side individets behov for anerkendelse. Artiklen handler om arbejdsmarkedet og generelt det at arbejde i det danske samfund, men vi mener, at man kan drage paralleller til behandlingen af mennesker med sindslidelser i Danmark. Petersen og Willig argumenterer for, at kravene til individet om fleksibilitet og individets ønske om anerkendelse aldrig kan forenes, og dermed får individet aldrig den anerkendelse og respekt, det søger. Med reference til Le Goff skriver Petersen og Willig, at fordi individet ikke kan undslippe kravene om fleksibilitet og mobilitet, betyder det, at individet „[...] er fanget i en pseudoautonomi forårsaget af forcerede selvrealiseringsprojekter, i hvilke hun/han kontinuerligt bliver nødt til at motivere, optimere og undersøge selvet“ (op.cit.347, vores oversættelse). Vores empiri viser, at der i psykiatrien og socialpsykiatrien er forsøgt implementeret en lang række metoder til at identificere problemer og fremme eller måle individers fremgang og forandringspotentiale, men den personlige udvikling – især for sindslidende – er så kompleks, at den sjældent kan rummes af disse metoder. Forandringskompasset viser potentielt en eventuel frem- eller tilbagegang, men ikke årsagen, og så er både personale og beboere lige vidt.

At hverken socialarbejdere eller beboere drager særlig nytte af forandringskompasset betyder ikke, at beboerne ikke ønsker at udvikle sig. „Bevægelse kan være mange ting, det kan også være at gå i ring. Det bedste er dog, når det fremadskrider, så vi atter går mod lysere tider,“ skriver en beboer fra et socialpsykiatrisk bosted på et postkort, som bliver trykt og lagt på cafeer og andre offentlige steder. De fleste beboere har et ønske om at forbedre sig på nogle områder af livet – eller at komme videre i det. På grund af deres sindslidelser har de tidligere taget og tager

måske stadig beslutninger om deres liv, som de selv er kede af, eller som går ud over andre. Derfor mener mange af beboerne på de socialpsykiatriske botilbud, at de har brug for en vis styring i livet. Styringen opleves dog som overvældende og matcher eller fremmer ikke nødvendigvis beboernes egne ønsker. Ingen af dem ønsker umiddelbart at flytte til mere selvstændige boliger. Deres behov for udvikling handler dels om at opleve personlig fremgang og dels om at bidrage til velfærdssamfundet for at kunne føle sig som en del af det.

Konklusion

Igennem artiklen har vi vist, hvordan behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien i dag har øget fokus på forandringspotentialer hos alvorligt psykisk syge mennesker. Vi medgiver, at det er vigtigt, at disse mennesker ikke fastholdes i en kronisk sygerolle, som tilfældet var tidligere, men vores analyse viser, at det nye fokus på dynamik og forandring risikerer at blive lige så dominerende og problematisk for de berørte personer, som den kroniske sygerolle har været tidligere. Visse menneskers behov for stabilitet og stilstand respekteres ikke, men gøres til en del af de problemer, der skal løses (se også Corin 1990).

Sindslidendes ønsker om stabilitet risikerer at blive tilsidesat til fordel for en præference for en særlig slags dynamisk udvikling. Sindslidelser er karakteriseret ved uforudsigelighed, og mennesker med psykisk sygdom oplever dermed i forvejen så rigelig dynamik og ønsker derfor stabilitet og – som eksemplet med Thomas Jensen viser – stilstand. Når systemet ønsker, at sindslidende skal udvikle sig, og derfor iværksætter talrige initiativer hertil, er der tale om en ganske bestemt form for bureaukratisk praksis.

Tidligere var visse grupper af velfærdsstatens borgere, heriblandt de sindslidende, ikke på samme måde omfattet af ønsket om forandring og forbedring. Dette er ikke længere tilfældet, da selv mennesker, som lever på kanten af samfundet, og hvis væren i verden er fundamental anderledes end andre menneskers, i dag bliver mødt med normalsamfundets krav om forandringsparathed. Hvis vi analytisk skal forstå de udfordringer, som netop disse mennesker, der tidligere i højere grad var ekskluderet (på ondt, men måske også på godt?), har, bliver spændingsfeltet mellem stabilitet og dynamik relevant. Det er nok ikke gældende for hele samfundet, men er relevant for gruppen af mennesker, der af forskellige grunde marginaliseres – en gruppe, der vokser sig større, i takt med at definitionen af normalitet i højere grad i dag er karakteriseret ved dynamik og udvikling. Velfærdsstaten har altid tilstræbt at bevæge sig mod bedre tilstande og dermed været karakteriseret af dynamik og udvikling, med det hovedformål at skabe en

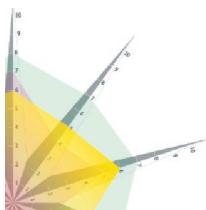
form for stabilitet. Der er således sket en forskydning af mål og middel – dynamik er gået fra at være et middel til at skabe stabilitet til at være målet i sig selv.

På baggrund af vores analyse vil vi pege på, at begrebsparret dynamik-stabilitet fremover vil være vigtigt i analysen af de sociale og behandlingsmæssige tilbud i velfærdsstaten, og at det dermed bliver centralt at undersøge, hvordan man gennem forskellige teknikker forsøger at fortælle behandlere og beboere/patienter, at der skal ske forandring – og hvordan disse grupper forsøger at håndtere disse krav i praksis?

Søgeord: psykiatri, socialt arbejde, velfærdssamfund, udvikling, stabilitet, dynamik, den biopolitiske krop

Noter

1. Integreret behandling betyder i denne sammenhæng, at der foregår en samtidig behandling af personens misbrug og psykiske sygdom.
2. Navnet er et pseudonym.
3. Af hensyn til anonymisering vil Peter være pseudonymet for alle medlemmerne af arbejdsgruppen.
4. Socialarbejderen refererer til den pædagogiske handleplan, som ligeledes måler beboeren på en række parametre inden for nogle fastsatte bureaukratiske og sundhedsmæssige hensyn, fx personlig hygiejne, beskæftigelse, bolig etc. Handleplanen skal opdateres hver fjerde måned, og det er i praksis vanskeligt for socialarbejderne at nå det, da opdateringen ofte foregår over en længere periode på grund af beboernes sindslidelse. De magter ofte ikke at tale om sig selv i så lang tid, som det kræves af dem i handleplanen.
5. Et visuelt billede af forandringskompasset.



På hver tak i stjernen er der ti tal, som beboeren skal scores på. Når man er blevet scoret på alle ti parametre (takker), vil der danne sig en stjerne, som (potentielt) ændrer sig, hver gang man bliver scoret.

Litteratur

Brandt, Preben
2004 Socialpsykiatri. Psykiatri på humanistisk grundlag. København: Munksgaard Danmark.

- Corin, Ellen E.
1990 Facts and Meaning in Psychiatry. An Anthropological Approach to the Life Worlds of Schizophrenics. *Culture, Medicine and Psychiatry* 14(2):153-88.
- Foucault, Michel
1988a [1965] *Madness & Civilization. A History of Insanity in the Age of Reason.* New York: Vintage Books.
1988b Technologies of the Self. In: L.H. Martin, H. Gutman & P.H. Hutton (eds): *Technologies of the Self. A Seminar with Michel Foucault.* Pp. 16-49. Amherst: The University of Massachusetts Press.
2000 The Subject and Power. In: J.D. Faubion (ed.): *Power. Essential Work of Foucault 1954-84.* Vol. 3. Pp. 326-48. New York: The New Press.
- Grünenberg, Kristina & Katrine Schepelehn Johansen
2013 Passende og upassende relationer: familien som ideal i socialt arbejde. I: H.O. Mogensen & K.F. Olwig (red.): *Familie og slægtskab – antropologiske perspektiver.* Side 189-206. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Hammen, Ida
2006 Sagsbehandlerens kompetencer og arbejdsevnetmetoden. *Uden for Nummer 13:* 16-35.
- Johansen, Katrine Schlepelern
2009 Et antropologisk blik på psykiatrisk sygdomsforståelse. Sociale og kulturelle aspekter af en sygdomsmodel for skizofreni. *Tidsskriftet Antropologi* 58:85-106.
- Københavns Kommune
2008 Plan for Københavns Kommunes socialpsykiatri 2009-2012. Socialforvaltningen. København: Københavns Kommune.
- Lipsky, Michael
2010 [1980] Introduction. I: M. Lipsky: *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services.* Pp. 2-27. New York: Russell Sage Foundation.
- Mosse, David
2004 Is Good Policy Unimplementable? Reflections on the Ethnography of Aid Policy and Practice. *Development and Change* 35(4):639-71.
- Møller, Julie Rahbæk
2013 Galskabens Bureaucrati. En antropologisk analyse af diskrepansen mellem idealer og betingelser i Socialforvaltningen i Københavns Kommune. Ph.d.-afhandling. København: Institut for Antropologi, Københavns Universitet.
- Pedersen, Ove K.
2011 Fra velfærdsstat til konkurrencestat. I: O.K. Pedersen: *Konkurrencestaten.* Side 11-42. København: Hans Reitzels Forlag
- Petersen, Anders & Rasmus Willig
2004 Work and Recognition Reviewing New Forms of Pathological Developments. *Acta Sociologica* 47(4):338-50.
- Rose, Nikolas
2001 Biopolitics in the Twenty First Century. Notes for a Research Agenda. *Scandinavian Journal of Social Theory* 2(3):25-44.
2003 Neurochemical Selves. *Society* 41(1):46-59.

- Rose, Nikolas & Carlos Nova
2005 Biological Citizenship. In: A. Ong & S.J. Collier (eds): Global Assemblages. Technology, Politics and Ethics as Anthropological Problems. Pp. 439-63. Hoboken: Blackwell Publishing.
- Siiger, Charlotte
2009 Politik og praksis i hverdagen. En antropologisk undersøgelse af intentioner og pragmatik i det sociale arbejde på boformer for hjemløse. Ph.d.-afhandling. København: Institut for Antropologi, Københavns Universitet.
- Strathern, Marilyn
2000 The Tyranny of Transparency. British Educational Research Journal 26(3):309-21.
- Vike, Halvard, Runar Bakken, Arne Brinchmann, Heidi Haukelien & Randi Kroken
2007 [2002] Introduksjon. Velferdsstaten som mysterium. I: H. Vike, R. Bakken, A. Brinchmann, H. Haukelien og R. Kroken (red.): Maktens samvittighed. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten. Side 10-21. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Vohnsen, Nina Holm
2011 Absurdity and the Sensible Decision. Ph.d.-afhandling. Aarhus: Afdeling for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet.

Hjemmesider

- Den Offentlige Sundhedsportal
2015 www.sundhed.dk
- Psykiastrifonden
2015 <http://www.psykiastrifonden.dk/raad-viden/fakta-om-psykisk-sundhed.aspx>
- Københavns Kommune
2012 14 Samlet status for pejlemærker 2012. Socialforvaltningen. <http://subsite.kk.dk/PolitikOgIndflydelse/Moedemateriale/Socialudvalget/22-04-2013/935dc905-b777-43b0-9415-a9ae6766133a/999ed7ee-c181-483b-a736-25503c548dce.aspx>.

