

METODER I BOTILBUD

EN KORTLÆGNING AF BOTILBUD I REGION SYDDANMARK, AF DE METODER,
SOM DE ANVENDER, OG AF POTENTIALT FOR FORNYELSE PÅ OMRÅDET



15:05

STEEN BENGTSOON
ANNA LANKEN RASMUSSEN
SIGNE GREGERSEN

15:05

METODER I BOTILBUD

EN KORTLÆGNING AF BOTILBUD I REGION SYDDANMARK,
AF DE METODER, SOM DE ANVENDER, OG AF POTENTIALET
FOR FORNYELSE PÅ OMRÅDET

STEEN BENGTTSSON
ANNA LANKEN RASMUSSEN
SIGNE GREGERSEN

KØBENHAVN 2015
SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

METODER I BOTILBUD. EN KORTLÆGNING AF BOTILBUD I REGION SYDDAN-
MARK AF DE METODER, SOM DE ANVENDER, OG AF POTENTIALLET FOR FORNYEL-
SE PÅ OMRÅDET.

Afdelingsleder: Kræn Blume Jensen
Afdelingen for Socialpolitik og Velfærd

Undersøgelsens følgegruppe:
Peter Pietras, Odense Kommune
Camilla Fyhn Milland, Fælleskommunalt Socialsekretariat

ISSN: 1396-1810
ISBN: 978-87-7119-283-4
e-ISBN: 978-87-7119-284-1

Layout: Hedda Bank
Forsidefoto: Colourbox
Oplag: 300
Tryk: Rosendahls – Schultz Grafisk A/S

© 2015 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd
Herluf Trolles Gade 11
1052 København K
Tlf. 33 48 08 00
sfi@sfi.dk
www.sfi.dk

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden.
Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller gengiver SFI's
publikationer, bedes sendt til centret.

INDHOLD

	FORORD	7
	RESUMÉ	9
1	SAMMENFATNING	13
	Botilbuddene i hovedtræk	14
	Metoder i botilbud for mennesker med udviklingshæmning	16
	Metoder i botilbud for mennesker med psykisk lidelse	17
	Metodebegreb	18
	Ny dynamik	20
	Betingelser for udvikling af metoder	21
	Eksempler	23
	Metoder – i og uden for botilbud	24
2	LANDSKABET AF BOTILBUD	27
	Botilbud i Danmark	28

	Beboerne	30
	Botilbuddenes juridiske grundlag	37
	Botilbuddenes øvrige karakteristika	42
	Botilbuddenes takster	44
	Opsummering	50
3	BOTILBUDDENES METODER	53
	Botilbuddenes metodiske grundlag	54
	Botilbuddenes socialfaglige/pædagogiske metoder	58
	Metoder i sagsbehandlingen på det specialiserede socialområde	99
	Opsummering	106
4	KAN DET GØRES BEDRE?	107
	Vilkår for metodeudvikling	108
	Problematikker	118
	Hvor kommer fornyelsen fra?	123
	Potentialer	130
5	EVIDENSBASEREDE METODER	133
	Metoder i botilbud til mennesker med udviklingshæmning	133
	Metoder i botilbud til mennesker med sindslidelse	155
6	DATAGRUNDLAG	171
	Afgrænsning af målgruppen og søgning på tilbudsportalen	172
	Litteratur	173
	Interview med ledere af botilbud	174
	Interview med sagsbehandlere fra kommunal myndighed	177
	Spørgeskemaer til ledere af botilbud	177
	Skriftlige svar fra medlemmer af Socialdirektørforum	180
	Interview med ledere på det specialiserede socialområde	180
	Analyser	180

FORKORTELSER OG BEGREBER	183
Forkortelser	183
Forklaring på benyttede begreber	184
LITTERATUR	187
SFI-RAPPORTER SIDEN 2014	201

FORORD

Denne rapport søger at afdække, hvilke metoder botilbud for mennesker med udviklingshæmning og botilbud for mennesker med sindslidelse i Region Syddanmark benytter og hvad der er baggrunden herfor. Sigtet har været at etablere et grundlag for at kommunerne kan udvikle metoder, som hviler på international evidensforskning og beskrivelse af de metoder, der allerede benyttes.

Undersøgelsen er bestilt hos SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd af Socialdirektørforum i Region Syddanmark. Seniorforsker Steen Bengtsson har ledet projektet og skrevet hovedresultater, videnskabelig assistent Anna Lanken Rasmussen har gennemført kvalitative interview og skrevet om implementering af nye metoder, og student Signe Ørkeby Gregersen har skrevet litteraturoversigt og metodeoversigt samt gennemført kvalitative interview med botilbudsledere og sagsbehandlere. Rapporten er læst af udviklingsleder Pernille Jensen, som har bidraget med mange konstruktive kommentarer, som vi takker hende for.

København, februar 2015

AGI CSONKA

RESUMÉ

Metoder i botilbud har længe været et ret ukendt land. Denne rapport beskriver botilbuddene¹ for mennesker med udviklingshæmning og botilbuddene for mennesker med psykisk lidelse i Region Syddanmark samt de forskellige faglige metoder, botilbuddene anvender. Rapporten beskriver endvidere, hvis der er fundet international evidens for effekten af disse metoder, eller hvis der er evalueringer i Danmark af deres virkning. Endelig diskuterer rapporten fra et syddansk perspektiv mulighederne for introduktion af metoder, der løser de samme problemer med færre omkostninger.

RESULTATER

På baggrund af et billede af botilbuds-”landskabet” i Region Syddanmark giver rapporten et rids af de metoder, der er i brug på botilbud for henholdsvis mennesker med udviklingshæmning og for mennesker med psykisk lidelse med anvendelse af de betegnelser, Tilbudsportalen² benytter. Rapporten viser, at botilbuddene benytter et stort antal forskellige metoder. De fleste af metoderne er specifikke for et af de to områder,

1. Et botilbud er en form for bolig, som særlig er beregnet til mennesker med sindslidelse (psykisk lidelse) eller mennesker med udviklingshæmning. Før 1998 havde botilbud lovmæssigt set en institutionel form, men med serviceloven af 1998 fik de form af borgerens egen bolig, og borgeren bor der på samme betingelser, som andre mennesker bor i deres boliger.

2. www.tilbudsportalen.dk.

men nogle få metoder er fælles for dem. Der er tale om metoder på meget forskellige planer: nogle betegnelser står fx for egentlige faglige metoder, andre for anvendelse af administrative redskaber. Ambitionen med undersøgelsen er at beskrive metoderne, men ikke at forsøge at skabe et teoretisk eller begrebsmæssigt overblik.

På området udviklingshæmning er der kun evidens for effekten af en enkelt metode, mens der på området psykiske lidelser er opnået lidt flere resultater, og her er der også flere danske evalueringer. Der er således både brug for erfaringsopsamling og for teoretisk-begrebsmæssig udvikling på dette område. Rapporten finder, at der er mulighed for samarbejde mellem botilbud og kommunernes administrationer om en udvikling af området i retning af større grad af vidensbasering, men at der også kan være udfordringer heri.

Undersøgelsen giver udtryk for, at botilbuddene benytter et stort antal forskellige metoder, som er mere eller mindre fagligt begrundede, og som henter deres baggrund i flere forskellige fagligheder. Vi finder et ”metodemylde”, som det undertiden udtrykkes. Metoderne knytter sig ikke til bestemte psykiatriske diagnoser eller bestemte problematikker, men er mere generelle. Der er dog en vis forskel på, hvilke metoder der benyttes over for mennesker med sindslidelse, og hvilke der benyttes over for mennesker med udviklingshæmning.

Det er påfaldende, at de metoder, der er bedst belyst, og som der er mest evidens for effekten af, også er nogle af dem, der er mindst kendt og benyttet. Det gælder fx Active Support på området udviklingshæmning og Critical Time Intervention på området sindslidelse. Det er også påfaldende, at de anvendte metoder kun sjældent indeholder noget med, at borgeren bygger relationer op uden for botilbuddet.

De faglige metoder, der anvendes i botilbud, bliver i de fleste tilfælde fastlagt internt i personalegruppen, og hvor det ikke er tilfældet, er det i reglen det pædagogiske personale, der har med den enkelte borger at gøre, som bestemmer, hvilke metoder der bliver taget i brug. Dette er bemærkelsesværdigt af flere årsager. Det betyder for det første, at de erfaringer og dokumentation, som samles op i det administrative system, kommer til at spille en meget lille rolle. Det kan for det andet betyde, at der bliver tale om flydende og i nogle tilfælde måske usystematisk brug af metoder.

Metoder i botilbud – og i andre indsatser over for mennesker med sindslidelse og mennesker med udviklingshæmning – er ret ukendt

land, ikke blot for mennesker i almindelighed, men også for sagsbehandlere og ledere af kommunale afdelinger og for kommunernes politikere. Undersøgelsen giver et overblik over de metoder, der anvendes mest og korte beskrivelser af, hvad de indeholder.

PERSPEKTIVER

Rapporten giver et udgangspunkt for at se nærmere på, hvordan kommunernes administrationer og deres botilbud kan samarbejde om en udvikling af metoderne på området, således at de opbygger mere viden og finder frem til metoder, der løser problemerne med respekt for borgerenes selvbestemmelse.

Botilbud er et meget omkostningstungt tilbud, og det er samtidig en af de mest indgribende foranstaltninger, vi udsætter borgere for. Vi ved meget lidt om, hvilken indsats der skal til for at hjælpe den enkelte. Der er samtidig stor forskel på, hvor meget kommuner benytter denne form for tilbud, og der er tilsvarende lille viden om, hvad det betyder for borgeren. Vi ved ikke engang, i hvilke tilfælde indsatsen er til gavn, og i hvilke tilfælde den mere er til skade.

Botilbud er et af de servicetilbud, som nu bliver indberettet til Danmarks Statistik. Endvidere bliver sagsbehandlingen i forbindelse med sociale tilbud dokumenteret langt bedre med voksenedretningsmetoden, end det tidligere har været tilfælde. Mulighederne for at få mere viden om, hvad tilbuddene bidrager med, bliver derfor væsentlig større i de kommende år, end de tidligere har været.

GRUNDLAG

Rapporten bygger på følgende materialer:

- søgning på Tilbudsportalen
- gennemgang af international litteratur om metoder i botilbud til mennesker med udviklingshæmning og metoder i botilbud til mennesker med sindslidelse
- gennemgang af dansk og international litteratur omkring metodebeskrivelser og evidens for effekten af metoder i arbejdet med borgeren på botilbuddene
- 16 interview med ledere af botilbud i otte kommuner i Region Syddanmark
- otte interview med sagsbehandlere i samme otte kommuner

- spørgeskemaundersøgelse til ledere af botilbud i Region Syddanmark
- skriftlige besvarelser fra socialdirektører og medlemmer af Socialdirektørforum vedrørende metodeudvikling samt centrale afdelinger og udføreres roller i den forbindelse
- fire interview med udvalgte kommunale chefer og ledere på det specialiserede socialområde i Region Syddanmark.

SAMMENFATNING

Opgaven for dette projekt har været at se på botilbud for mennesker med udviklingshæmning og botilbud for mennesker med psykisk lidelse, som er beliggende i Region Syddanmark. Hovedformålet har været at se på, hvilke metoder der er i anvendelse på disse botilbud på baggrund af den internationale forskningslitteratur om emnet og endelig se på mulighederne for nyudvikling af metoder, specielt med henblik på udviklingen af metoder, der med færre omkostninger når de samme mål.

Derfor bringer rapporten en oversigt over botilbuddene på de to felter i Region Syddanmark og over metoder, som disse tilbud anvender over for mennesker med udviklingshæmning og over for mennesker med psykisk lidelse – og som baggrund en oversigt over den internationale evidens på felterne. Endelig munder projektet ud i en redegørelse for den udvikling af metoder, der sker på disse områder og i en diskussion af mulighederne for udvikling af større omkostningseffektivitet.

Sigtet med denne undersøgelse har været rent beskrivende, og rammerne har ikke rummet plads til at gå nærmere ind i begreber, definitioner og teori. Ved ”metoder” forstår vi derfor de overskrifter, botilbuddene selv har angivet til Tilbudsportalen, og som de har anført som svar i den spørgeskemaundersøgelse, vi har foretaget til undersøgelsen. Vi har på baggrund af disse overskrifter samt danske evalueringer og

projekter søgt at samle beskrivelser af metoderne til en oversigt, som ikke tidligere har foreligget på dansk.

BOTILBUDDENE I HOVEDTRÆK

Kommunerne i Region Syddanmark har fra 16 til 62 botilbud af de nævnte typer pr. 100.000 indbyggere, dog har Fanø Kommune ingen. De store forskelle beror ikke kun på, at botilbud har forskellige antal pladser, men også på at nogle kommuner køber botilbudspladser hos andre. Enkelte kommuner leverer således langt flere botilbudspladser, end de har brug for, mens andre leverer færre. Forskellene i anvendelsen af botilbud mellem kommunerne – den forskel, borgerne mærker noget til – er imidlertid også store. Beboerne på botilbuddene er jævnt fordelt på alle aldersgrupper op til 40-50 år, som er grænsen for de målgrupper, vi har fokuseret på.

Et botilbud henvender sig typisk kun til en af de to grupper, mennesker med udviklingshæmning og mennesker med psykisk lidelse. En del mennesker med udviklingshæmning har også en psykiatrisk problematik, men personer i denne gruppe bor i botilbud for mennesker med udviklingshæmning. Hvis hele spektret af udviklingshæmning deles op i fire sværhedsgrader, henvender den største del af tilbuddene sig til mennesker med udviklingshæmning af to sværhedsgrader. Kun få botilbud for mennesker med udviklingshæmning henvender sig til et meget snævert eller et meget bredt spektrum.

For botilbud for personer med psykisk lidelse gælder noget tilsvarende. Det typiske er, at botilbud henvender sig til mennesker med fire typer af diagnoser ud af otte typer. For begge typer botilbud ser vi således, at et botilbud typisk henvender sig til omkring halvdelen af det samlede spektrum af varians. Botilbuddene har således en vis, men meget begrænset specialisering inden for deres område.

Langt de fleste beboere i botilbud har også det, man kalder en ”social” problematik. For det store flertal er der tale om indadreagerende adfærd, udadreagerende adfærd eller selvskadende adfærd. Disse former for adfærd hænger nært sammen med udviklingshæmning og psykisk lidelse og er ofte den væsentligste baggrund for, at personen har fået et botilbud. De sociale problematikker er også tit i fokus for indsatsen i botilbuddet. Endvidere har store grupper af beboere et misbrug af

alkohol eller stoffer, har begået kriminalitet, og de har ofte også økonomiske problemer. Der er ikke større forskel på de sociale problematikker, der karakteriserer mennesker med udviklingshæmning og mennesker med psykisk lidelse i botilbuddene.

Den største gruppe af botilbud tilbyder midlertidige botilbudspladser (servicelovens § 107). Botilbud, der henvender sig til mennesker med en mere alvorlig grad af udviklingshæmning, samt botilbud, der henvender sig til mennesker med psykoser, tilbyder imidlertid flere længerevarende botilbudspladser (servicelovens § 108), eller de er bofællesskaber efter almenboliglovens § 105. En meget stor del af såvel de midlertidige som de længerevarende botilbud er kombineret med dagtilbud, som kan være beskyttet beskæftigelse efter servicelovens § 103 eller aktivitets- og samværstilbud efter servicelovens § 104. Der kan være personalemæssige grunde til at foretage denne kobling, men det må forventes, at det ikke fremmer udslusningen af beboere til egen bolig, at de har haft deres dagbeskæftigelse inden for botilbuddet. En kombination af døgn-tilbud og dagtilbud stemmer ikke overens med, at serviceloven af 1998 afskaffede institutionsbegrebet.

Et botilbud er defineret som beboerens egen bolig, og i tråd hermed bliver flere og flere boliger i botilbud udstyret med eget bad og køkken. Indretningen med eget bad er mere udbredt end indretningen med eget køkken. Langt de fleste længerevarende botilbud og næsten alle boliger i bofællesskaber er udstyret med eget bad, mens det stadig for en tredjedel af de midlertidige botilbud gælder, at under halvdelen af boligerne her har eget bad. Derimod må beboerne i botilbud oftere leve med fælles køkken. For midlertidige og længerevarende botilbud under et har kun halvdelen af alle beboerne deres eget køkken.

Begreberne midlertidigt og langvarigt botilbud er ikke klart afgrænset fra hinanden. Et ophold på et midlertidigt botilbud kan således godt vise sig at blive langvarigt.

Personalet på botilbud for mennesker med udviklingshæmning er mest pædagoger, SOSU-assistenter og omsorghjælpere. Personalet på botilbud for mennesker med psykisk lidelse er mest SOSU-assistenter, pædagoger, socialrådgivere, ergoterapeuter og sygeplejersker. Der er meget stor forskel på, hvor mange personaler der er ansat pr. beboer. Da personalenormering er den vigtigste determinant for prisen, er der også meget stor forskel på priserne. Behovet for en stor personalenormering

er først og fremmest bestemt af de sociale problematikker, der karakteriserer beboerne på et botilbud.

METODER I BOTILBUD FOR MENNESKER MED UDVIKLINGSHÆMNING

Kortlægningen af metoder for mennesker med udviklingshæmning dækker 16 metoder, hvoraf de 12 anvendes enten mest eller næstmest i botilbud for denne gruppe i Region Syddanmark.

Kun for metoden Active Support findes der international evidens. Active Support indeholder meget af det samme som ADL³-træning, men lægger samtidig vægt på, at aktiviteterne giver mening. Det er derfor ikke udelukket, at en del af den ADL-træning, der ydes, godt kunne kaldes Active Support. Anerkendende pædagogik er evalueret i Tønder Kommune (Socialstyrelsen, 2013a), neuropædagogik af O'Donnell & Willemoes (2013). Bortset fra det består dokumentationen i tabel 1.1 af beskrivelser og erfaringer.

Der er en tendens til, at anvendelse af metoderne hænger sammen med, hvilke fagpersoner botilbuddet har ansat. Pædagoger benytter ofte anerkendende pædagogik, neuropædagogik, relationspædagogik, struktur i hverdagen eller total kommunikation. Ergoterapeuter bruger ofte ADL-træning, sygeplejersker jæg-støttende metoder eller social færdighedstræning. Det hænger sammen med, hvad faggrupperne har lært i deres uddannelse. Dette forhold efterlader et indtryk af, at det er fagenes forskellige vinkler og indhold, og ikke borgernes forskellige behov, der har været udgangspunkt for udvikling af metoder.

Handleplaner skiller sig i denne sammenhæng ud, og det er ikke en faglig metode på samme måde som flere af de andre. De har deres oprindelse i lovgivningen og er derfor noget, som socialrådgivere særligt arbejder med.

Andre metoder har en historie, som måske kan betyde noget for deres anvendelse. "Det ka' nytte" kommer fra et projekt i den tidlige åndssvageforsorg, mens Livshistoriefortælling er en narrativ tilgang, som er udviklet af psykolog Knud Ramian i Aarhus. De øvrige metoder har også hver deres historie, som kan være med til at bestemme, hvem der

3. ADL står for Almindelig Daglig Livsførelse, Almindelig Daglig Levevis, Aktiviteter i Daglig Livet eller Activities of Daily Living.

benytter dem i dag. Nogle af metoderne lapper ind over hinanden, og listen har mere karakter af et katalog over betegnelser, der er i brug, end over begreber til beskrivelse af et fagligt felt. Og det er netop baggrunden for denne undersøgelse. Sigtet er, at den skal lægge op til mere begrebsdannelse og dokumentation.

TABEL.1.1

Metoder i botilbud for mennesker med udviklingshæmning.

Metodens navn:	Antal botilbud, hvor metoden ...		Dansk dokumentation
	... bruges mest	... bruges mest eller næstmest	
Anerkendende pædagogik	49	60	Grundtvig, 2012; Socialstyrelsen, 2013a
Neuropædagogik	14	15	O'Donnell & Willemoes, 2013
Handleplaner (§ 141)	13	16	Loumann, 2013; Langager m.fl., 2009
Relationspædagogik	7	24	Pedersen, 2004
ADL-træning	3	6	Lunden, 2013; Hvidovre Hospital, 2013
Struktur i hverdagen	8	10	Ikke fundet
Jeg-støttende metoder	4	15	Strand, 2006; Lund, 2010
Total kommunikation	2	7	Andersen & Mørtensen, 2008
Det ka' nytte	4	30	Ikke fundet
Social færdighedstræning	0	12	Socialstyrelsen, 2013d
Empowerment	1	1	Holmskov & Skov, 2007
Sanseintegration	1	1	Nielsen & Sørensen, 2007; Bonke & Hass, 2003
Gentle Teaching	1	1	Sørensen, 2012; Nielsen, 2013
Active Support	0	0	International evidens, se kap. 5
Livshistoriefortælling	0	0	Gustafsson & Ramian, 2003
Helsepædagogik	0	0	Biewer m.fl., 2009

Anm.: For hver metode er angivet, hvor mange botilbud i Region Syddanmark der anvender metoden mest, og hvor mange der anvender den mest eller næstmest samt dokumentation.

METODER I BOTILBUD FOR MENNESKER MED PSYKISK LIDELSE

Kortlægningen af metoder for mennesker med psykisk lidelse dækker 14 metoder, hvoraf de 12 anvendes enten mest eller næstmest i botilbud for denne gruppe i Region Syddanmark. Her er der international evidens for effekten af kognitive metoder og Illness Management and Recovery og en svag evidens for effekten af Åben Dialog.

Vi skal dog understrege, at den metode, der bruges på et botilbud under et eller andet navn ikke nødvendigvis har de elementer med, som har været afgørende for den påviste effekt. Kognitive metoder er

evalueret her i landet af Guldregnen (2003). De øvrige dokumentationer, der er anført i tabel 1.2, har karakter af beskrivelser og erfaringer.

På området sindslidelse forholder det sig på samme måde som på området udviklingshæmning, nemlig at de forskellige metoder er udviklet i forskellige faglige sammenhænge og indgår forskelligt i faggruppernes uddannelser, hvad der er med til at bestemme deres anvendelse. Kognitive metoder og systemisk tilgang, derunder Åben Dialog, er udviklet af psykologer, relationsarbejde og de ovenfor nævnte metoder er pædagogiske tilgange, og jeg-støttende metoder og social færdighedstræning er også på dette område tilgange, som især sygeplejersker kender til. Men metoderne er langt fra bundet til fag, og faggrupperne lærer ofte af hinanden.

TABEL 1.2

Metoder i botilbud for mennesker med sindslidelse.

Metodens navn:	Antal botilbud, hvor metoden ...		Dokumentation
	... bruges mest	... bruges mest eller næstmest	
Kognitive metoder	18	25	Mørch & Rosenberg, 2005, 2013; Guldregnen 2003
Relationsarbejde	14	26	Ramian, 2013
Handleplaner (§ 141)	12	21	Loumann, 2013; Langager m.fl., 2009
Pædagogiske planer	10	25	Dkomm, 2013
Jeg-støttende metoder	14	30	Strand, 2006; Lund, 2010
Rehabiliterende tilgang	15	24	Marselisborg Centret, 2004
Miljøterapeutiske metoder	4	10	Nødebogård, 2013; Målvogård, 2013; Lindevang, 2013
Social færdighedstræning	1	3	Psykiastrifonden, 2013
ADL træning	2	10	Lunden, 2013; Hvidovre hospital, 2013
Systemisk tilgang	7	14	Center Døgn, 2013a; Tombjerggaard, 2013
Åben Dialog	1	4	Seikkula m.fl., 2006
Illness Management and Recovery	0	1	Salyer m.fl. 2010; Stentoft m.fl., 2013
Livshistoriefortælling	0	2	Gustafsson & Ramian, 2003
Critical Time Intervention	0	0	Herman mf., 2007

Ann.: For hver metode er angivet, hvor mange botilbud i Region Syddanmark der anvender metoden mest, og hvor mange der anvender den mest eller næstmest, samt dokumentation.

METODEBEGREB

Et blik på metoderne i tabellerne 1.1 og 1.2 er nok til at vise, at der er tale om metoder på meget forskellige niveauer. Mange af dem kan egent-

lig ikke betegnes som metoder, men kan snarere betegnes ”tilgange”, som kan rumme flere konkrete metoder. To af metoderne er betegnet henholdsvis ”rehabiliterende tilgang” og ”systemisk tilgang”, men tilsvarende gælder i virkeligheden for de fleste af de nævnte metoder. Andre af betegnelserne er endnu mere generelle, så de har karakter af værdigrundlag eller menneskesyn. Det gælder fx for anerkendende pædagogik, relationspædagogik, relationsarbejde og miljøterapeutiske metoder. Nogle af metoderne har mere karakter af redskaber end af metoder. Det gælder for handleplaner og pædagogiske planer. Endelig er der en tendens til, at en metodebetegnelse knytter sig til et behandlerfag. Det er både et udtryk for, at fagene har forskellig tilgang til arbejdet, og at de har forskellig terminologi.

I det omfang de nævnte metoder ligger på samme plan, og der er mening i at sammenligne dem, kan vi se, at der er forskel i tilgang. Mange af metoderne har en positivistisk tilgang, som fx ADL træning, men der er også metoder med en socialkonstruktivistisk⁴ tilgang, som fx ”systemisk tilgang” og Åben Dialog. Vi har indtryk af, at mange botilbud går til metodespørgsmålet på en helt åben måde og anvender de metoder, de kan, og som de synes giver mening i det enkelte tilfælde, uden hensyn til om den grundlæggende tankegang i de anvendte metoder stemmer overens.

Vi har ikke inden for undersøgelsens rammer været i stand til at gå nærmere ind i, hvordan botilbuddene anvender de forskellige metoder, og hvordan de begrundet deres valg af metode i det enkelte tilfælde. Vi har heller ikke været i stand til at belyse det vigtige spørgsmål, om dette ”metodemylder” gør tilbuddene bedre eller dårligere til at løse deres opgave med at gøre borgeren i stand til at klare sig i egen bolig eller med at få en bedre tilværelse i botilbuddet.

Vi har heller ikke været i stand til inden for denne undersøgelses rammer at gå ind på det meget vigtige spørgsmål om, hvorvidt de enkelte metoder egentlig egner sig til at gennemføre i botilbud, eller om de ikke ville være mere egnede til anvendelse, når borgeren er ude i egen bolig. De fleste af metoderne relaterer sig primært til henholdsvis udviklingshæmning eller sindslidelse og kun sekundært til eventuel udfordrende adfærd. I betragtning af, at udfordrende adfærd er den dimension, der betyder

4. Konstruktivisme er at forstå menneskers handlinger i forhold til det billede af verden, de selv danner sig. Socialkonstruktivisme er at anse sådanne verdensbilleder som noget, mennesker i et netværk deler og benytter i kommunikation, koordination og samordnet handling.

mest for personalnormering i botilbud, er det nærliggende at forestille sig, at botilbuddet primært skulle fokusere på at reducere den udfordrende adfærd.

Denne undersøgelse har givet os mulighed for at ”lade feltet tale” og på det grundlag samle en viden om metoder i botilbud i Danmark, som indtil nu kun har foreligget spredt. Rapporten peger på, at der er et stort område, vi ikke har megen viden om, og som vi ikke engang har noget analytisk overblik over. Den analyserer ikke metodebegrebet, men holder sig til de betegnelser, som Tilbudsportalen og tilbuddene selv anvender uden nærmere analyse af, hvad metode er.

NY DYNAMIK

Afskaffelsen af institutionsbegrebet med den sociale servicelov i 1998 betyder, at botilbud for mennesker med udviklingshæmning og botilbud for mennesker med sindslidelse i bund og grund ændrer karakter. Fra ideelt set at have været ”hjem”, der tog et stort ansvar for omsorgen for beboeren på samme måde som forældre for deres børn, bliver de med 1998-loven defineret som boliger, der danner rammen om en støtte til, at beboeren udvikler mest mulig selvhjulpenhed. I realiteten var botilbudene måske mere institutioner end hjem, og evalueringer tyder på, at den realitet ikke blev ændret fra den ene dag til den anden (Perlt m.fl., 2002).

Kommunalreformen i 2007 førte imidlertid til en flytning af de fleste botilbud fra et tidligere amtsligt tilhørsforhold og – enten med det samme eller efter et år eller to – til et kommunalt ejerskab. Denne proces er ikke blot sket for botilbud, men også for de øvrige foranstaltninger, som særligt henvender sig til grupperne af mennesker med udviklingshæmning og mennesker med psykisk lidelse. Det gælder fx bostøtte eller hjemmevejledning (SEL⁵ § 85), beskyttet beskæftigelse (SEL § 103) og aktivitets- og samværstilbud (SEL § 104), som alle er ydelser, hvor grupperne af mennesker med udviklingshæmning og af mennesker med psykisk lidelse er nævnt eksplicit blandt målgrupperne. Serviceloven sammenfatter de to målgrupper under betegnelsen ”psykisk funktionsnedsættelse”.

Flytningen af botilbud og af de andre tilbud til de to grupper til kommunen har givet noget af den dynamik på områderne, som service-

5. Serviceloven.

loven egentlig lagde op til. Der er nu ved at ske en udvikling fra en omsorgskultur til en selvhjælpskultur på disse områder. Flere af de mennesker, vi har talt med på dette område, taler om en tidligere ”amtslig” kultur præget af isolation og konstans, som så godt som ikke reagerede på afskaffelsen af institutionsbegrebet i 1998, modsat den vidensdelingskultur, der er under udvikling i disse år, hvor fagene ikke er bange for at arbejde sammen og lære af hinanden, og hvor personale er langt mere åbne for forandring, end det var tilfældet tidligere.

Den omtalte dynamik viser sig i, at to tredjedele af botilbuddene i Region Syddanmark – det gælder både botilbud for mennesker med udviklingshæmning og botilbud for mennesker med psykisk lidelse – planlægger at introducere nye metoder til næste år. Kommunernes centrale afdelinger understreger imidlertid vigtigheden af, at denne dynamik bliver styret i realistisk retning. Det er nødvendigt, at de nye metoder kræver færre ressourcer end de tidligere. Da den kommunale økonomi næppe kan ekspandere nær så meget i de kommende år, som den har gjort i en længere periode og holdt sammen med de stigende behov på flere områder (Bengtsson, 2012) betyder det, at der er brug for at nå det samme med færre midler. Også heri ligger imidlertid en dynamik.

BETINGELSER FOR UDVIKLING AF METODER

Det nødvendige paradigmeskift fra omsorgskultur til en rehabiliterende tilgang, fra at personale yder pleje og omsorg, og til at de coacher og vejleder er allerede i gang. Personalerne er ved at få mere opmærksomhed på, at systemet kan indeholde en uheldig incitamentstruktur, som belønner den borger, der har et lavt funktionsniveau frem for den, der har et højt funktionsniveau. Der er ved at komme mere opmærksomhed omkring dokumentation. Dokumentationen er resultatorienteret, tre fjerdedele af de botilbud, vi har spurgt, måler virkningen af indsatsen i forhold til den enkelte borger. Men der er en forskel på de to grupper af botilbud: Det gælder næsten alle botilbud for mennesker med psykisk lidelse, men kun omkring halvdelen af botilbud for mennesker med udviklingshæmning. Det hænger måske sammen med, at dokumentationen på udviklingshæmningsområdet mest benyttes i forbindelse med de årlige statusmøder til at overveje, om der er grund til at ændre indsatsen over for den enkelte borger, mens dokumentationen inden for området psy-

kisk lidelser mest benyttes til at sammenholde resultatet af indsatsen med målsætningen for denne.

En af de former, der er på vej ud, er det, man kalder ”enkeltmandsprojekter”. Dermed menes en ”institution” for en enkelt person, hvis udadreagerende, selvskadende eller selvstimulerende adfærd er så voldsom og grænseoverskridende, at myndighederne har opgivet at støtte denne i det almindelige system, men har oprettet en særlig serviceenhed for denne ene person, som lægger beslag på seks heltidsansatte støttepersoner eller flere. Det er imidlertid muligt at skabe gruppeforanstaltninger – også for denne type borgere – og det viser sig, at disse løsninger ofte kan blive langt bedre end de tidligere enkeltmandsprojekter, selvom de er mindre ressourcekrævende.

En anden form for nytænkning ligger i udviklingen og anvendelsen af forskellige former for ny teknologi, som med et nyt ord også hedder ”velfærdsteknologi”. Der findes allerede flere former for velfærdsteknologi, og flere af dem, vi har talt med, venter at mange nye former vil dukke op i løbet af de kommende år. Der er behov for at opsamle erfaringer og viden, og flere efterlyser et samarbejde om dette med et universitet. En mere forskningsorienteret måde at arbejde på kan blive grundlag for en ny måde for botilbuddenes ledere og personaler til at relatere sig til administrationen på.

Et af de uafklarede spørgsmål er, om fornyelserne skal ske på bostedernes initiativ, eller om de skal ske på de kommunale administrations initiativ. Nogle socialdirektører mener, at botilbudsledere og personaler vil hilse et initiativ fra administrationen til introduktion af nye metoder velkommen, mens andre peger på, at der traditionelt er en metodefrihed, som de nok vil værne om. Når vi spørger botilbudslederne, om de ønsker, at de centrale ledelser er med til at bestemme eller rådgive om metoder, svarer kun en femtedel, at de i høj grad ønsker dette, og en stor gruppe er ikke så positive – det gælder især for ledere af botilbud for mennesker med psykisk lidelse. Det tyder på, at der er en vis udfordring i at få botilbuddene til at acceptere central medbestemmelse, især når det drejer sig om området psykisk lidelse.

EKSEMPLER

To meget forskellige eksempler fra kommunerne i Region Syddanmark er med til at illustrere fremgangsmåder til at stimulere dynamikken på området. Esbjerg Kommune har lanceret en resultatbaseret styring, hvor det grundlæggende princip er, at de vil gøre det vigtige måleligt og ikke omvendt (som man ofte gør) måle det, som det er muligt at måle og dermed give det en status af at være ”vigtigt”. Den resultatbaserede styring i Esbjerg handler om at gøre sig klart, hvad de betydningsfulde mål er og med det som udgangspunkt forsøge at udvikle metoder til at måle og dokumentere disse mål. Den enkelte borger og den enkelte medarbejder spiller en central rolle for denne proces med at identificere, hvad der er vigtigt.

En anden metode er ”etisk spejling” fra Vejle. Etisk spejling hviler på deltagerobservation, som bliver udført af antropologer, der iagttager livet i botilbuddet på baggrund af fire givne etiske principper: respekten for selvbestemmelse, hensynet til fysisk og psykisk integritet, agtelse for værdighed og omsorg for det sårbare liv. På basis af deres iagttagelser skriver de en spejlingsrapport, som angiver, hvilke kulturelementer, de mener, bør ændres. Det er vigtigt at gøre sig klart, at dette er noget helt andet end et tilsyn. Etisk spejling er bemærkelsesværdigt i lyset af de regelmæssigt tilbagevendende skandaler på området botilbud, hvor der netop ofte har været tale om problemer, som både central ledelse, botilbuds ledelse og medarbejdere er klar over, men ikke har været i stand til at løse.

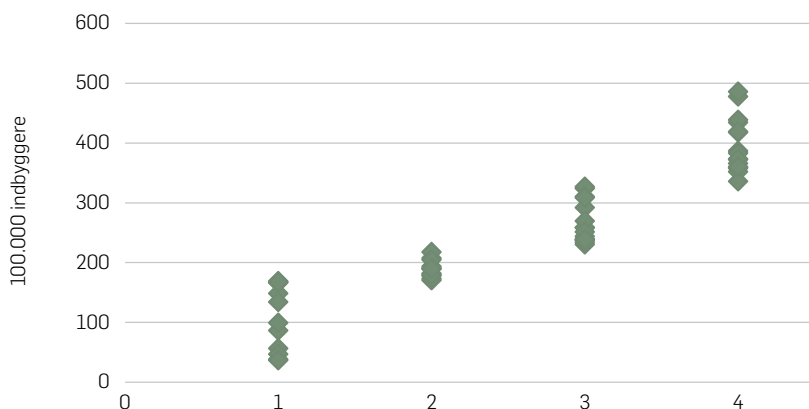
Alt i alt har projektet med etisk spejling givet indtryk af emnet metoder i botilbud som et emne, der både i international forskning og i danske evalueringer er meget dårligt belyst, det sidste sandsynligvis fordi praksis på området har været usædvanligt stillestående indtil for få år siden, og der dermed ikke har været større interesse for forsøg og udvikling. Denne situation er imidlertid ændret radikalt med kommunalreformen og med den økonomiske situation, kommunerne nu er på vej ind i. Vi kan derfor imødesee – eller ønske – en intensiveret erfaringsopsamling, forskning og udvikling på området.

METODER – I OG UDEN FOR BOTILBUD

Som flere af vores respondenter⁶ har bemærket, bliver flere af de omtalte metoder ikke kun anvendt på botilbud, men også i vid udstrækning i dagtilbud og i støtten i eget hjem. Det rejser det nærliggende spørgsmål, hvilken form for støtte der er brug for i det enkelte tilfælde. Det har ligget uden for undersøgelsens rammer at stille dette spørgsmål. Men fra en tidligere SFI undersøgelse kan vi for gruppen med sindslidelse se, hvor mange borgere landets kommuner tilbyder plads i botilbud. Nogle kommuner tilbyder pladser til meget få borgere, andre til mange flere. Den fjerdedel af landets kommuner, der yder botilbud til færrest, har 100 botilbud pr. 100.000 indbyggere, mens den fjerdedel af kommunerne, der yder til flest, har næsten 400 botilbud pr 100.000 indbyggere (figur 1.1).

FIGUR 1.1

Kommunerne fordelt efter, hvor mange borgere med sindslidelse de yder botilbud til pr. 100.000 indbyggere i kommunen. Figuren deler fordelingen op i kvartiler.



Kilde: Data fra Sociale tilbud til mennesker med sindslidelser, SFI rapport 13:32.

Bemærk her er tale om det antal pladser i botilbud til mennesker med sindslidelse, som kommunerne bestiller og betaler for deres borgere. Det kan være kommunen selv eller andre, der leverer disse pladser. Det er ikke undersøgt, om der er en tilsvarende ujævnhed mellem kommuner, når det handler om mennesker med udviklingshæmning.

6. Undersøgelsen er blevet besvaret af ledere af botilbud i Region Syddanmark.

Hvis hele landet kunne klare sig med det antal pladser, som den laveste fjerdedel har i dag, havde vi kun brug for 40 pct. af de nuværende pladser, og hvis borgerne i øvrigt får en indsats efter de samme metoder, rejser spørgsmålet sig, om vi tilbyder den rigtige behandling. Relevansen af denne betragtning bliver ikke mindre af, at en del af de undersøgelser, vi omtaler i rapporten, peger på, at borgerne som oftest ønsker en tilværelse i egen bolig.

LANDSKABET AF BOTILBUD

Dette kapitel giver et billede af landskabet af botilbud i Region Syddanmark. Vi ser specielt på botilbud til mennesker med udviklingshæmning og botilbud til mennesker med sindslidelse. Det viser sig i praksis, at det drejer sig om forskellige botilbud, idet ingen botilbud henvender sig til begge disse grupper. Vi ser dog ikke på botilbud, der kun henvender sig til unge mennesker eller kun henvender sig til ældre.

Beboerne på botilbud til mennesker med udviklingshæmning kan have lidt forskellige grader af udviklingshæmning, og mange har en psykiatrisk overbygning⁷ eller social problematik. Beboerne i botilbud til mennesker med sindslidelse har forskellige former for sindslidelser og ofte en samtidig social problematik. Beboernes sociale problematikker kan være de samme i botilbud til mennesker med sindslidelse og i botilbud til mennesker med udviklingshæmning, men er typisk forskellige.

Der er betydelige forskelle mellem botilbud, hvilket fx afspejler sig de priser, tilbuddene bliver leveret til. Hensigten med denne del af undersøgelsen er bl.a. at undersøge, hvad der betinger disse forskelle. En tegning af landskabet med forklaring på, hvad der ligger bag forskellene fra botilbud til botilbud, er en nødvendig forudsætning for at kunne vurdere, om vi har tilbud, der er egnet til at løse problemerne på den mest effektive måde.

7. Dermed menes en psykiatrisk diagnose ud over diagnosen mental retardering.

Derfor vil vi i dette kapitel give en beskrivelse af de botilbud, der har deltaget i en spørgeskemaundersøgelse. Undersøgelsen af botilbud i Region Syddanmark er foretaget i samarbejde med Maria Røgeskov, SFI, som i sit ph.d.-projekt foretager en undersøgelse af botilbud i hele landet⁸, og det sætter os i stand til at sammenligne Region Syddanmark med resten af landet. Denne beskrivelse suppleres med viden fra 16 kvalitative interview med botilbudsledere i Region Syddanmark. Kapitel 6 om undersøgelsens datagrundlag giver yderligere informationer om både interviewpersoner og spørgeskemaet.

BOTILBUD I DANMARK

Tabel 2.1 viser, hvordan undersøgelsens besvarelser fordeler sig på regioner. I denne undersøgelse er der flest besvarelser fra botilbud i Region Syddanmark og færrest besvarelser fra botilbud i Region Nordjylland. Svarprocenten er væsentligt højere i Region Syddanmark end i resten af landet, fordi vi her har fulgt op med nu runde undersøgelse.

TABEL 2.1

Besvarelser fra botilbud, fordelt på regioner.

	Antal besvarelser	Antal udsendte spørgeskemaer	Svarprocent
Region Hovedstaden	87	234	37
Region Sjælland	79	246	32
Region Syddanmark	239	350	68
Region Midtjylland	93	207	45
Region Nordjylland	47	154	30
Total	545	1.191	42

Kilde: Spørgeskema til ledere af botilbud.

Tabel 2.2 viser, hvordan botilbuddene i Region Syddanmark fordeler sig på kommunerne. De fleste svar findes i regionens største kommuner. Den eneste kommune, der ikke er repræsenteret i undersøgelsen, er Fanø, idet der ikke er botilbud til undersøgelsens målgruppe på Fanø. Fanø Kommune køber sig i stedet til pladser i andre kommuner. Tabellen viser også antal botilbud pr 100.000 indbyggere i den enkelte kommune.

8. Røgeskov har anvendt det samme spørgeskema på botilbud i landets øvrige fire regioner og vil således kunne tegne et billede for hele landet. Røgeskovs resultater er endnu ikke publiceret, men vi inddrager dem i denne rapport som sammenligningsgrundlag i forhold til Region Syddanmark.

TABEL 2.2

Besvarelser og botilbud i Region Syddanmark, fordelt på kommuner. Antal.

Kommune:	Antal besvarelser fra botilbud	Antal botilbud i målgruppen	Botilbud pr. 100.000 indbyggere
Assens	7	12	29
Billund	1	10	38
Esbjerg	17	32	28
Fredericia	4	8	16
Faaborg-Midtfyn	7	20	39
Haderslev	10	17	30
Kerteminde	2	11	46
Kolding	8	18	20
Langeland	5	6	47
Middelfart	3	11	29
Nordfyns	5	13	45
Nyborg	3	16	51
Odense	24	50	26
Svendborg	9	28	48
Sønderborg	17	33	44
Tønder	8	24	62
Varde	7	15	30
Vejen	8	19	45
Vejle	17	30	27
Ærø	2	3	46
Aabenraa	8	18	30
Total	172	394	33

Anm.: En del botilbud har ikke angivet i hvilken kommune de er beliggende. Det samlede antal botilbud i denne tabel omfatter også de botilbud, der falder uden for denne undersøgelses målgruppe.

Kilde: Tilbudsportalen suppleret med egne oplysninger. Indbyggertal: Danmarks Statistik

Tabel 2.3 viser, at kommunerne er den største driftsherre af botilbudde-
ne i Region Syddanmark. Undersøgelsen viser nogenlunde det samme for
landet som helhed. Her har 10 pct. dog svaret, at botilbuddet er privat
ejet, mens ingen har angivet dette i Region Syddanmark.

TABEL 2.3

Botilbud i Region Syddanmark, fordelt på driftsherre (ejerskab).

Driftsherre: (ejerskab)	Antal	Procent
Kommunalt ejet	122	71
Regionalt ejet	11	6
Selvejende institution	29	17
Andet	10	6
Total	172	100

Anm.: N = 172.

Kilde: Spørgeskema til ledere af botilbud.

Fordelingen stemmer nogenlunde overens med resultater fra KREVI – Det Kommunale og Regionale Evalueringsinstituts kortlægning af botilbudsområdet til voksne med handicap og sindslidelse.

BEBOERNE

Borgerne i denne undersøgelse bor i botilbud, fordi de enten har en psykisk lidelse eller forskellige grader af udviklingshæmning, der gør det svært for dem at klare hverdagen. Tabel 2.4. viser, hvor stor en del af botilbuddene der henvender sig til mennesker med udviklingshæmning, mennesker med sindslidelse og mennesker med udviklingshæmning og en psykiatrisk overbygning. Den første gruppe er overrepræsenteret i Region Syddanmark.

Tabel 2.5 viser, hvordan botilbuddenes målgruppe fordeler sig på aldersgrupper i Region Syddanmark. De høje procenttal viser, at de fleste botilbud for voksne spænder over flere aldersgrupper. Denne tendens er knap så udtalt for landet som helhed, hvor de tilsvarende tal, bortset fra to, er 1-15 procentpoint lavere.

TABEL 2.4

Botilbud i Region Syddanmark og i hele landet, fordelt efter målgruppe. Antal og procent.

	Antal	Procent
<i>Region Syddanmark</i>		
Mennesker med udviklingshæmning	126	66
Mennesker med sindslidelse	55	29
Mennesker med udviklingshæmning og en psykiatrisk overbygning	83	43
<i>Hele landet</i>		
Mennesker med udviklingshæmning	161	51
Mennesker med sindslidelse	144	46
Mennesker med udviklingshæmning og en psykiatrisk overbygning	78	25

Anm.: Region Syddanmark: N = 192; Hele landet: N = 315. Grundet flere svarmuligheder er antallet af besvarelser større end antallet af respondenter

Kilde: Spørgeskema til ledere af botilbud.

TABEL 2.5

Andelen af botilbud i Region Syddanmark, der er henvendt til de enkelte målgrupper. Særskilt for beboernes alder. Procent.

Målgruppe for botilbud:	0-17 år	18-23 år	24-39 år	40-54 år	55-64 år	65-85+ år
Mennesker med udviklingshæmning	5	53	60	53	47	32
Mennesker med sindslidelse	1	25	28	24	23	15
Mennesker med udviklingshæmning og en psykiatrisk overbygning	2	35	38	35	33	24

Anm.: N = 172, Grundet flere svarmuligheder summer de samlede procenttal til mere end 100.

Kilde: Spørgeskema til ledere af botilbud.

BOTILBUD TIL MENNESKER MED UDVIKLINGSHÆMNING: FUNKTIONSNEDSÆTTELSE OG SOCIALE PROBLEMATIKKER

I dette afsnit beskæftiger vi os med botilbud til mennesker med udviklingshæmning, hvor vi i det efterfølgende afsnit omtaler botilbud til mennesker med sindslidelse.

Der er foretaget interview med 16 botilbudsledere fra otte kommuner i Region Syddanmark. De otte kommuner betegner vi Akomm, Bkomm, Ckomm, Ekomm, Fkomm, Gkomm, Hkomm og Ikomm. Otte interviewpersoner er ledere for et eller flere botilbud, hvis primære målgruppe er mennesker med udviklingshæmning. Overordnet henvender disse botilbud sig til mennesker med forskellige grader af udviklingshæmning. På de fleste af botilbuddene har alle eller flere af beboerne med udviklingshæmning en psykiatrisk overbygning, hvilket vil sige, at de har en samtidig sindslidelse.

Derudover har de på flere af botilbuddene beboere med andre funktionsnedsættelser som døvblindhed, epilepsi, Aspergers syndrom, infantil autisme, Downs syndrom, demens, senhjerneskode, sklerose, multihandicap og andre fysiske handicap, som indebærer udviklingshæmning. De interviewede botilbudsledere fra Akomm og Ekomm beskriver begge målgruppen i de botilbud, de er ledere for, som værende meget bred. Akomm og Ekomm er små kommuner, og det er ikke muligt at have de mere specialiserede tilbud. Botilbudslederen fra Akomm fortalte i februar 2012, at de på daværende tidspunkt ingen venteliste havde i kommunen. Det betød, at botilbuddene modtog mange akutte borgere, hvilket medvirkede til at gøre målgruppen bredere.

Spørgeskemaresultaterne fra Region Syddanmark tegner et billede af, at botilbuddene til mennesker med udviklingshæmning henvender

sig til mennesker med forskellige grader af udviklingshæmning. Tabel 2.6 viser, at det største antal botilbud har beboere med middelsvær grad af udviklingshæmning (71 pct.), og færrest har beboere med den sværeste grad af udviklingshæmning (35 pct.). Den tilsvarende fordeling for landet som helhed, som ikke er vist her, ser nogenlunde ligesådan ud.

TABEL 2.6

Andelen af botilbud til mennesker med udviklingshæmning i Region Syddanmark, der henvender sig til hver af fire kategorier af sværhedsgrad af udviklingshæmning. Antal og procent.

Grad af udviklingshæmning:	Antal	Procent
Lettere grad af udviklingshæmning (IQ-område: 50-69)	67	53
Middelsvær grad af udviklingshæmning (IQ-område: 35-49)	89	71
Sværere grad af udviklingshæmning (IQ-område: 20-34)	62	49
Sværeste grad af udviklingshæmning (IQ-område: under 20)	44	35
Ikke angivet	1	1

Anm.: N = 126. Grundet flere svarmuligheder er antallet af besvarelser større end antallet af respondenter.

Kilde: Spørgeskema til ledere af botilbud.

For at se, om botilbuddene i høj grad er specialiserede til en eller flere grader af udviklingshæmning, undersøger vi, hvor mange forskellige grader af udviklingshæmning det enkelte botilbud rummer. Det er vores antagelse, at jo flere forskellige grader af udviklingshæmning botilbuddet har beboere med, desto flere socialpædagogiske metoder vil det være nødvendigt at anvende i arbejdet med borgeren. Tabel 2.7 giver et overblik over, hvor mange grader af udviklingshæmning botilbuddene rummer. Det største antal botilbud rummer beboere med lettere og middelsvær grad af udviklingshæmning. Det gør 30 pct. i Region Syddanmark, mens det tilsvarende tal er 20 pct. på landsplan.

Set i forhold til de fire betragtede målgrupper – mennesker med lettere, middel, sværere og sværeste udviklingshæmning – betyder det, at 51 botilbud er for én af disse målgrupper, 60 botilbud er for to af dem, 22 botilbud er for tre af målgrupperne, mens kun fem botilbud er for dem alle fire. Det typiske er således, at botilbud for mennesker med udviklingshæmning sigter på at rumme to sværhedsgrader, og kun en femtedel af dem rummer flere end to. I gennemsnit rummer botilbuddene 1,9 af de fire grupper, altså lidt under halvdelen af det samlede spektrum. Det samme billede finder undersøgelsen for hele landet.

TABEL 2.7

Botilbud til mennesker med udviklingshæmning i Region Syddanmark fordelt efter, hvilke kategorier af sværhedsgrader de henvender sig til. Antal og procent.

Henvendelse til sværhedsgrad:	Antal	Procent
Henvender sig kun til beboere med lettere grad af udviklingshæmning (IQ-område: 50-69)	19	14
Henvender sig kun til beboere med middelsvær grad af udviklingshæmning (IQ-område: 35-49)	15	11
Henvender sig kun til beboere med sværere grad af udviklingshæmning (IQ-område: 20-34)	8	6
Henvender sig kun til beboere med sværeste grad af udviklingshæmning (IQ-område: under 20)	9	6
Henvender sig til beboere med lettere (IQ-område 50-69) og middelsvær (IQ-område 35-49) grad af udviklingshæmning.	35	25
Henvender sig til beboere med middelsvær (IQ-område 35-49) og sværere ((IQ-område 20-34) grad af udviklingshæmning	12	9
Henvender sig til beboere med sværere (IQ-område 20-34) og sværeste (IQ-område under 20) grad af udviklingshæmning	13	9
Henvender sig til beboere med lettere, middelsvær og sværere grad af udviklingshæmning (IQ-Områderne: 50-69, 35-49 og 20-34)	6	4
Henvender sig til beboere med middelsvær, sværere og sværeste grad af udviklingshæmning (IQ-Områderne: 35-49, 20-34 og under 20)	16	12
Henvender sig til beboere med alle grader af udviklingshæmning (IQ-Områderne: 50-69, 35-49, 20-34 og under 20)	5	4
	138	100

Anm.: N = 138.

Kilde: Spørgeskema til ledere af botilbud.

Ifølge flere af de interviewede botilbudsledere hænger beboernes sociale problematikker ofte sammen med deres funktionsnedsættelse. De fleste af de funktionsnedsættelser, som botilbuddene til mennesker med udviklingshæmning rummer, medfører en eller flere sociale problematikker. De sociale problematikker, der nævnes flest gange af botilbudslederne, er udadreagerende adfærd, indadreagerende adfærd, seksuelt krænkende adfærd og vanskeligheder ved at indgå i større sociale sammenhænge. Nogle beboere kan også have så svært ved at modtage stimuli, at de kræver en skærmet plads⁹.

Netop disse sociale problematikker er blandt andre undersøgt i en undersøgelse af Socialstyrelsen, der har kortlagt tilbud til voksne med problemskabende adfærd (Kristensen, 2010).

Tabel 2.8 viser, at de hyppigste forekomster af sociale problematikker i Region Syddanmark er indadreagerende adfærd, udadreagerende adfærd og selvskadende adfærd. Dette gælder, uanset hvilken grad af ud-

9. Dette udtryk anvendes om forskellige forhold på bostedet, som har til formål at beskytte borgeren mod stimuli, som borgeren ikke kan rumme, eller sikre, at borgeren ikke kommer i situationer, der udløser aggressiv adfærd.

viklingshæmning, botilbuddet henvender sig til. Af de botilbud, der henvender sig til mennesker med den sværeste grad af udviklingshæmning, har flest svaret, at de har beboere med udadreagerende adfærd. Det fremgår af den landsdækkende undersøgelse, at problematikkerne indadreagerende adfærd og misbrug forekommer oftere i Region Syddanmark end i resten af landet.

TABEL 2.8

Andel botilbud til mennesker med udviklingshæmning i Region Syddanmark med en række sociale problematikker. Særskilt for grad af udviklingshæmning. Procent.

Social problematik:	Botilbud til mennesker med udviklingshæmning			
	Lettere grad	Middelsvær grad	Sværere grad	Sværeste grad
Selvskadende adfærd	55	52	68	68
Udadreagerende adfærd	61	69	76	86
Indadreagerende adfærd, fx isolation	70	67	66	61
Kriminel adfærd (ikke-personfarlig og personfarlig adfærd)	25	18	13	5
Hjemløshed	4	1	0	0
Misbrug (stof- eller alkoholmisbrug)	37	22	8	2
Manglende økonomiske ressourcer	51	34	13	11

Anm.: Lettere grad: N = 67, middelsvær grad: N = 89, sværere grad: N = 62, sværeste grad: N = 44.

Kilde: Spørgeskema til ledere af botilbud..

BOTILBUD TIL MENNESKER MED SINDSLIDELSE:

FUNKTIONSNEDSÆTTELSE OG SOCIALE PROBLEMATIKKER

Som nævnt i foregående afsnit er der foretaget 16 interview med ledere af botilbud fra otte forskellige kommuner i Region Syddanmark. 8 af de 16 interviewpersoner er ledere for botilbud til mennesker med udviklingshæmning, og de resterende 8 er ledere for et eller flere botilbud, hvis primære målgruppe er mennesker med sindslidelse. Dette afsnit omhandler sidstnævnte målgruppe.

De botilbud, som interviewpersonerne er ledere for, henvender sig til mennesker med sindslidelse, og med kun en enkelt undtagelse henvender botilbuddene sig også til borgere med flere forskellige former for sindslidelser. Kun i Ckomm fortæller botilbudslederen, at beboerne primært lider af skizofreni. Ud over skizofreni har beboerne på de andre botilbud sindslidelser som borderline personlighedsforstyrrelser, OCD (Obsessive Compulsive Disorder), bipolar affektiv sindslidelse og dobbeltdiagnoser.

Tabel 2.9 viser, at et stort flertal af botilbuddene i Region Syddanmark dækker personlighedsforstyrrelser (68 pct.), forskellige former for angst og fobier (62 pct.) samt skizofreni og psykoser (61 pct.). Mennesker med tilknytningsforstyrrelser eller depression vil kunne benytte godt halvdelen af tilbuddene. De sjældnest dækkede lidelser er de stressrelaterede samt spiseforstyrrelser. Billedet minder om billedet for hele landet. Uden for Region Syddanmark har betydeligt flere botilbud til mennesker med sindslidelse dog blandt deres målgrupper mennesker med stressrelaterede lidelser.

Tabel 2.9 tegner et billede af, at botilbuddene generelt ikke er specialiserede til enkelte former for psykiske lidelser, men typisk dækker et bredere spektrum. Summen af procenter bortset fra ”ved ikke” er 435, det betyder, at hvert botilbud i gennemsnit dækker fire forskellige af de nævnte ni områder, altså tæt på halvdelen af det samlede spektrum.

TABEL 2.9

Andelen af botilbud til mennesker med psykisk lidelse i Region Syddanmark, der henvender sig til mennesker med en række psykiske lidelser. Antal og procent.

Psykisk lidelse:	Antal	Procent
Psykisk lidelse forårsaget af alkohol eller euforiserende stoffer	40	29
Skizofreni og psykoser	84	61
Personlighedsforstyrrelser, fx borderline	94	68
Depression	70	51
Bipolar affektiv lidelse	53	38
Forskellige former for angst og fobier	86	62
Stressrelaterede lidelser, fx posttraumatisk stresssyndrom	20	14
Tilknytningsforstyrrelse	69	50
Spiseforstyrrelse	33	24
Anden psykisk lidelse	52	38
Ved ikke	4	3

Anm.: N = 138. Grundet flere svarmuligheder er antallet af besvarelser større end antallet af respondenter.

Kilde: Spørgeskema til ledere af botilbud.

Tabel 2.10 giver et billede af, hvilke kombinationer af beboernes psykiske lidelser der forekommer mest på botilbuddene i Region Syddanmark. Kun ti botilbud (7 pct.) har beboere med alle de i spørgeskemaet nævnte former for psykiske lidelser. Den mest almindelige kombination er personlighedsforstyrrelser samt skizofreni og psykoser (52 pct.). Den næstmest hyppige kombination er personlighedsforstyrrelser samt forskellige former for angst og fobier (47 pct.). Derimod dækker kun få botilbud kombinationen personlighedsforstyrrelser og stressrelaterede lidelser (14 pct.), eller depression og spiseforstyrrelse (17 pct.).

TABEL 2.10

Andelen af botilbud til mennesker med psykisk lidelse i Region Syddanmark, der rummer forskellige kombinationer af psykiske lidelser. Antal og procent.

Psykisk lidelse:	Antal	Procent
Alle de nævnte former for sindslidelser	10	7
Personlighedsforstyrrelser, skizofreni og psykoser samt forskellige former for angst og fobier	51	37
Personlighedsforstyrrelser samt skizofreni og psykoser	72	52
Personlighedsforstyrrelser samt forskellige former for angst og fobier	65	47
Personlighedsforstyrrelser og depression	55	40
Personlighedsforstyrrelser og bipolar affektiv lidelse	48	35
Personlighedsforstyrrelser og stressrelaterede lidelser	19	14
Forskellige former for angst og fobier samt skizofreni og psykoser	61	44
Skizofreni og psykoser samt depression	55	40
Depression og tilknytningsforstyrrelse	42	30
Depression samt forskellige former for angst og fobier	56	41
Depression og spiseforstyrrelse	23	17

Anm.: N = 138. Grundet flere svarmuligheder er antallet af besvarelser større end antallet af respondenter.

Kilde: Spørgeskema til ledere af botilbud.

Billedet, som undersøgelsen viser på landsplan, er næsten det samme som i Region Syddanmark. To kombinationer er dog langt mere almindelige uden for Region Syddanmark. Det er depression plus forskellige former for angst og fobier, som er den mest almindelige kombination i landet som helhed, samt personlighedsforstyrrelser og stressrelaterede lidelser.

Ifølge flere af de interviewede botilbudsledere hænger beboernes sociale problematikker ofte sammen med deres funktionsnedsættelse. Overordnet fortæller flere af interviewede botilbudsledere, at beboerne med sindslidelse generelt også har en eller flere sociale problematikker at kæmpe med. De sociale problematikker spænder vidt og kan eksempelvis være misbrug, social isolation, selvskadende adfærd, udadreagerende adfærd, negativ jeg-struktur, destruktiv adfærd, personfarlig vold, kriminalitet, mangel på sociale kompetencer og vanskeligheder ved at begå sig i sociale sammenhænge.

De hyppigst forekommende sociale problematikker er selvskadende adfærd, udadreagerende og indadreagerende adfærd. Sociale problematikker som misbrug, kriminel adfærd, manglende økonomiske ressourcer og gæld forekommer oftere i botilbud til mennesker med sindslidelse (tabel 2.11) end i botilbud til mennesker med udviklingshæmning (tabel 2.8). Billedet for hele landet minder meget om billedet i Syddanmark. Dog fylder selvskadende adfærd som problematik lidt mere i de øvrige regioner, mens hjemløshed fylder lidt mindre.

TABEL 2.11

Andelen af botilbud til mennesker med psykisk lidelse i Region Syddanmark, der har beboere med de forskellige sociale problematikker. Særsilt for sindslidelse. Procent.

Psykisk lidelse:	Selvskadende adfærd	Udadreagerende adfærd	Indadreagerende adfærd	Kriminel adfærd	Hjælpøshed	Misbrug	Manglende økonomiske ressourcer
1. Psykisk lidelse forårsaget af alkohol eller euforiserende stoffer	78	80	85	63	15	80	63
2. Skizofreni og psykoser	80	65	86	35	10	48	49
3. Personlighedsforstyrrelser	76	68	80	32	7	47	44
4. Depression	73	69	84	31	9	44	46
5. Bipolar affektiv lidelse	85	72	83	42	11	57	53
6. Forskellige former for angst og fobier	76	76	79	33	9	42	43
7. Stressrelaterede lidelser	80	75	95	70	25	80	70
8. Tilknytningsforstyrrelse	77	77	74	35	10	45	41
9. Spiseforstyrrelse	88	67	85	39	9	64	55

Anm.: Række 1: N = 40, 2: N = 84, 3: N = 94, 4: N = 70, 5: N = 53, 6: N = 86, 7: N = 20, 8: N = 69, 9: N = 33.

Kilde: Spørgeskema til ledere af botilbud.

BOTILBUDDENES JURIDISKE GRUNDLAG

Denne rapport afgrænser sig til midlertidige botilbud (SEL § 107), længerevarende botilbud (SEL § 108) og bofællesskaber (ABL¹⁰ §§ 105, 115).

De midlertidige botilbud er målrettet personer med nedsatte psykiske eller fysiske funktionsevner eller sociale problematikker, der i en kortere eller længere periode har behov for ophold i et botilbud, eller som periodevis har behov for at komme væk fra egen bolig. Ifølge vejledningen til serviceloven er der ikke fastsat tidsmæssige begrænsninger for midlertidige botilbud. Hvis borgeren efter opholdet ikke kan klare sig uden den støtte, der ydes i det midlertidige botilbud, kan kommunen tilbyde længerevarende botilbud efter SEL § 108 eller en bolig efter ABL §§ 105, 115 med eventuel bostøtte efter SEL § 85 (Vejledning nr. 4 til serviceloven, 2011, s. 23f).

10. Almenboligloven.

Ifølge vejledningen til serviceloven omfatter de længerevarende botilbud efter SEL § 108 borgere, som har en betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, og som derfor har behov for omfattende hjælp og støtte. Botilbuddet er som udgangspunkt varigt, og det er afgørende, at borgeren ikke kan få dækket behov for pleje, omsorg eller behandling på anden vis (Vejledning nr. 4 til serviceloven, 2011, s. 25).

I det etnografiske studie *Det levede liv med sindslidelse* findes case-baserede beskrivelser af både midlertidige og længerevarende botilbud til mennesker med sindslidelse (Sørensen, 2012).

Som alternativ til SEL §§ 107 og 108 kan kommunalbestyrelsen vælge at etablere et tilbud efter almenboliglovens §§ 105, 115. Loven foreskriver, at kommunalbestyrelsen er ansvarlig for, at der eksisterer tilstrækkeligt med almene boliger, der kan udlejes til ældre og personer med handicap, som har særligt behov for disse boliger. De boformer, der er omfattet af ABL §§ 105, 115, kan beskrives som botilbudslignende boformer eller bofællesskaber, hvor der tilknyttes støtte efter SEL § 85. Formålet med § 85 er, at borgeren kan få støtte til at mestre forskellige ting i hverdagen. Det kan eksempelvis være støtte til kontakt til myndighed og behandlere eller støtte til indkøb, madlavning, rengøring og personlig pleje (Almenboligloven; Bengtsson & Røgeskov, 2012).

TABEL 2.12

Andelen af botilbud i Region Syddanmark, der hviler på forskellige juridiske grundlag. Antal og procent.

Juridisk grundlag:	Antal	Procent
Botilbud efter SEL § 107	120	50
Botilbud efter SEL § 108	89	37
Botilbud efter ABL § 105	67	28
Botilbud efter ABL § 115	40	17

Ann.: N = 239. Grundet flere svarmuligheder er antallet af besvarelser større end antallet af respondenter.

Kilde: Spørgeskema til ledere af botilbud.

Tabel 2.12 fremstiller det juridiske grundlag for boformerne i Region Syddanmark. Da det samme botilbud godt kan være baseret på flere juridiske grundlag – fx ved både at have midlertidige og længerevarende ophold – har botilbudslederne haft mulighed for at svare herefter, og summen af procenter bliver derfor over 100. Tallene for hele landet ser ligesådan ud, dog har Region Syddanmark lidt flere boliger med juridisk grundlag i ABL § 115.

TABEL 2.13

Andelen af botilbud i Region Syddanmark, der hviler på forskellige juridiske grundlag. Særskilt for botilbuddets målgruppe. Procent.

Type af botilbud:	SEL § 107	SEL § 108	ABL § 105	ABL § 115
Botilbud til mennesker med udviklingshæmning	49	57	78	80
Botilbud til mennesker med sindslidelse	31	25	15	15
Botilbud til mennesker med udviklingshæmning og en psykiatrisk overbygning	35	45	46	55

Anm.: SEL § 107: N = 120, SEL § 108: N = 89, ABL § 105: N = 67, ABL § 115: N = 40. Grundet flere svarmuligheder overstiger den samlede sum 100.

Kilde: Spørgeskema til ledere af botilbud.

BOTILBUDDENES JURIDISKE GRUNDLAG OG BEBOERNES FUNKTIONSNEDSÆTTELSE

Tablet 2.13 viser, hvordan botilbuddenes juridiske grundlag fordeler sig på botilbuddenes målgruppe. Det fremgår, at tilbuddene efter almenboligloven helt overvejende har mennesker med udviklingshæmning som målgruppe og kun for en mindre del mennesker med sindslidelse.

BOTILBUDDENES JURIDISKE GRUNDLAG OG BEBOERNES GRAD AF UDVIKLINGSHÆMNING

Tablet 2.14 viser en forskel mellem botilbuddene til mennesker med udviklingshæmning, når det kommer til graden af beboernes funktionsnedsættelse og botilbuddenes juridiske grundlag.

TABEL 2.14

Andelen af botilbud til mennesker med udviklingshæmning i Region Syddanmark, der hviler på forskellige juridiske grundlag. Særskilt for beboernes grad af udviklingshæmning. Procent.

Grad af udviklingshæmning:	Botilbud til mennesker med udviklingshæmning			
	SEL § 107	SEL § 108	ABL § 105	ABL § 115
Lettere grad (IQ-område: 50-69)	37	18	33	35
Middelsvær grad (IQ-område: 35-49)	39	40	54	65
Sværere grad (IQ-område: 20-34)	20	40	37	45
Sværeste grad (IQ-område: under 20)	10	36	33	38

Anm.: § 107: N = 120, § 108: N = 89, § 105: N = 67, § 115: N = 40. Grundet flere svarmuligheder overstiger den samlede sum 100.

Kilde: Spørgeskema til ledere af botilbud.

Botilbud til mennesker med udviklingshæmning efter SEL § 107 henvender sig oftere til borgere med lettere og middelsvår grad af udviklingshæmning.

For botilbuddene efter SEL § 108 er der en overvægt af botilbud til beboere med den sværeste grad af udviklingshæmning. Tallene for hele landet adskiller sig først og fremmest ved, at tilbuddene efter ABL § 105 i de øvrige regioner i meget færre tilfælde dækker de sværeste grader af udviklingshæmning.

BOTILBUDDENES JURIDISKE GRUNDLAG OG BEBOERNES TYPE AF PSYKISK LIDELSE

Botilbuddenes juridiske grundlag har ikke nogen markant betydning for, hvilke typer af psykiske lidelser beboerne hyppigst har på botilbuddene. I botilbud efter SEL §§ 107 og 108 har flest svaret, at de har beboere med skizofreni og psykoser, personlighedsforstyrrelser samt forskellige former for angst og fobier. Se tabel 2.15.

BOTILBUDDENES JURIDISKE GRUNDLAG OG BEBOERNES SOCIALE PROBLEMATIKKER

Både i botilbud efter SEL § 107, SEL § 108, ABL § 105 og ABL § 115 har beboerne hyppigst de sociale problematikker som selvskadende adfærd, udadreagerende og indadreagerende adfærd. Dette stemmer godt overens med udsagnene fra de interviewede botilbudsledere, som alle nævner udadreagerende adfærd, og hvoraf flere nævner indadreagerende og selvskadende adfærd, som beboernes hyppigste sociale problematikker.

TABEL 2.15

Andelen af botilbud til mennesker med psykisk lidelse i Region Syddanmark, der hviler på forskellige juridiske grundlag. Særskilt for beboernes psykiske lidelse. Procent.

Psykisk lidelse:	Botilbud til mennesker med sindslidelse			
	SEL § 107	SEL § 108	ABL § 105	ABL § 115
Psykisk lidelse forårsaget af alkohol eller euforiserende stoffer	38	35	17	33
Skizofreni og psykoser	75	69	53	58
Personlighedsforstyrrelser	83	69	61	58
Depression	56	60	56	67
Bipolar affektiv lidelse	46	40	44	33
Forskellige former for angst og fobier	70	75	58	83
Stressrelaterede lidelser	23	13	14	13
Tilknytningsforstyrrelse	58	53	69	63
Spiseforstyrrelse	31	29	19	38

Anm.: §107: N = 70, § 108: N = 55, § 105: N = 36, § 115: N = 24. Grundet flere svarmuligheder overstiger den samlede sum 100.

Kilde: Spørgeskema til ledere af botilbud.

TABEL 2.16

Andelen af botilbud til mennesker med udviklingshæmning i Region Syddanmark, der hviler på forskellige juridiske grundlag. Særskilt for forekomst af sociale problematikker. Procent.

Social problematik:	Botilbud til mennesker med udviklingshæmning			
	SEL § 107	SEL § 108	ABL § 105	ABL § 115
Selvskadende adfærd	67	75	64	62
Udadreagerende adfærd	64	86	79	71
Indadreagerende adfærd, fx isolation	83	69	71	71
Kriminel adfærd (ikke-personfarlig og personfarlig adfærd)	25	32	21	29
Hjemløshed	9	4	2	3
Misbrug (stof- eller alkoholmisbrug)	41	27	21	38
Manglende økonomiske ressourcer	51	28	27	38

Anm.: §107: N = 92, § 108: N = 71, § 105: N = 56, § 115: N = 34. Grundet flere svarmuligheder overstiger den samlede sum 100.

Kilde: Spørgeskema til ledere af botilbud.

Det lader dermed ikke til, at beboernes sociale problematikker spiller nogen rolle i forhold til, hvilken form for botilbud de visiteres til. Det er måske nærmere de nævnte sociale problematikker (selvskadende, udadreagerende og indadreagerende adfærd), der i særlig grad medvirker til, at beboerne visiteres til et botilbud. Tabel 2.16 viser, at disse sociale problematikker forekommer på et stort flertal af alle typer af botilbud.

JURIDISK GRUNDLAG OG YDELSER

Vi har undersøgt, hvor ofte botilbuddene også indeholder dagtilbud, som beskyttet beskæftigelse efter SEL § 103 eller aktivitets- og samværstilbud efter SEL § 104. Tabel 2.17. viser, at omkring halvdelen af botilbuddene efter både SEL § 107 og § 108 har kombineret deres botilbud med et dagtilbud. De midlertidige botilbud kombinerer lidt oftere med beskyttet beskæftigelse, og de varige botilbud kombinerer lidt oftere med aktivitets- og samværstilbud. Botilbuddene efter almenboligloven kombinerer derimod sjældnere deres tilbud med et dagtilbud. Billedet adskiller sig ikke væsentligt fra det tilsvarende billede for hele landet

Kombination med dagtilbud kan betyde, at botilbuddet får lidt mere karakter af en institution, som omspænder hele personens liv.

TABEL 2.17

Andelen af botilbud i Region Syddanmark, der hviler på forskellige juridiske grundlag. Særskilt for kombination med dagtilbud. Procent.

	Botilbud til mennesker med udviklingshæmning			
	SEL § 107	SEL § 108	ABL § 105	ABL § 115
Botilbud kombineret med beskyttet beskæftigelse efter SEL § 103	63	43	53	58
Botilbud kombineret med aktivitets- og samværstilbud efter SEL § 104	73	84	83	79

Anm.: §107: N = 41, § 108: N =49, § 105: N = 30, § 115: N = 19. Grundet flere svarmuligheder overstiger summen 100.

Kilde: Spørgeskema til ledere af botilbud.

BOTILBUDDENES ØVRIGE KARAKTERISTIKA

I dette afsnit skal vi se nærmere på, hvilke andre faktorer der karakteriserer botilbuddene i undersøgelsen. Her tænker vi på, hvordan boligerne er indrettet, antal pladser og typer af pladser på botilbuddene, samt hvilken uddannelsesmæssig baggrund personalet på botilbuddene har.

EGET BAD OG KØKKEN/TEKØKKEN

Ophævelsen af institutionsbegrebet og indførelsen af serviceloven i 1998 gav tilbuddet botilbud en helt ny karakter, idet ydelser til service og bolig blev adskilt i lovgivningen. Boligen skulle nu være beboernes eget hjem, inden for hvilket personalet skulle respektere, at borgeren har selvbestemmelse og privatliv (Perlt m.fl., 2002). Serviceloven satte gang i en længerevarende proces, hvor der blev sat fokus på medborgerskab, øget

individualisering, samfundsintegration og lige muligheder for mennesker med handicap eller sindslidelse.

Eget bad og køkken er en naturlig del af et hjem, ligeså vel som muligheden for at indrette sig med egne møbler er det. Der er imidlertid ingen regler om, at boliger i botilbud efter SEL §§ 107 og 108 skal være udstyret med eget bad og toilet. Det er der til gengæld for ældreboliger efter almenboliglovens § 110. I Vejledning nr. 4 til serviceloven står ud for ABL § 110, stk. 2:

Hver ældrebolig skal være forsynet med selvstændigt toilet, bad og køkken med indlagt vand og forsvarligt afløb for spildevand. Kommunalbestyrelsen eller amtsrådet kan dog i særlige tilfælde beslutte, at ældreboliger ikke forsynes med selvstændigt køkken.

Det kan undre, at samme regler ikke gælder for botilbud efter serviceloven. Det har betydet, at moderniseringen af botilbud er gået langsomt – det gælder især for midlertidige botilbud. Tabel 2.18 viser, at mange af disse botilbud stadig er så institutionsagtigt indrettet, at en stor del af beboerne må benytte fælles bad.

Bedre ser det ud for botilbud efter de andre juridiske grundlag, hvor omkring tre fjerdedele af de længerevarende botilbud svarer, at alle beboere har eget bad. Det samme gælder for omkring 90 pct. af bofællesskaberne efter almenboligloven.

TABEL 2.18

Botilbud i Region Syddanmark fordelt efter, hvor stor en andel af beboerne der har eget bad. Særskilt for botilbuddets juridisk grundlag. Procent.

Juridisk grundlag:	Hvor stor en del af beboerne på botilbuddet har eget bad?				Total
	Alle	Over halvdelen	Under halvdelen	Ingen	
Botilbud efter SEL § 107	58	6	14	21	100
Botilbud efter SEL § 108	73	9	12	0	100
Botilbud efter ABL § 105	95	3	2	0	100
Botilbud efter ABL § 115	95	3	3	0	100

Anm.: §107: N = 98, § 108: N = 75, § 105: N = 62, § 115: N = 37

Kilde: Spørgeskema til ledere af botilbud.

Tabel 2.19 viser, at forsyningen med eget køkken/tekøkken er dårligere end forsyningen med eget bad, som vi så i tabel 2.18. Såvel i midlertidige som i varige botilbud har kun omkring halvdelen af beboeren eget køkken i forbindelse med deres bolig. I bofællesskaberne efter almenboliglo-

ven har omkring tre fjerdedele eget køkken. Billedet er det samme for hele landet.

At flere beboere har eget bad og køkken i bofællesskaberne efter ABL §§ 105 og 115 er ikke overraskende, da beboerne i disse boformer har egen lejekontrakt i henhold til almenboligloven. Vejledning nr. 4 til serviceloven skriver om bofællesskaber efter almenboligloven:

Bofællesskaber kan både være individuelle bofællesskaber, hvor hver beboer har sin egen bolig med eget køkken, bad og toilet, og derudover i et vist omfang deler et fællesareal med de øvrige beboere, eller de kan være kollektive bofællesskaber, hvor beboerne deles om et fælles køkken.

Citatet illustrerer, hvorfor der ikke er lige så mange bofællesskaber efter almenboligloven, hvor alle beboerne har eget køkken, som der er bofællesskaber, hvor alle beboerne har eget bad. En sammenligning af tabel 2.18 og 2.19 bekræfter sagen. I de bofællesskaber, hvor ikke alle beboere har eget køkken, vil der således være stillet et fælleskøkken til rådighed, som beboerne kan deles om.

TABEL 2.19

Botilbud i Region Syddanmark fordelt efter, hvor stor en andel af beboerne, der har eget køkken/køkken. Særskilt for botilbuddets juridisk grundlag. Procent.

Juridisk grundlag:	Hvor stor en del af beboerne på botilbuddet har eget køkken/køkken?				Total
	Alle	Over halvdelen	Under halvdelen	Ingen	
Botilbud efter SEL § 107	46	13	11	30	100
Botilbud efter SEL § 108	55	16	12	17	100
Botilbud efter ABL § 105	85	13	2	0	100
Botilbud efter ABL § 115	76	22	3	0	100

Anm.: §107: N = 98, § 108: N =75, § 105: N = 62, § 115: N = 37

Kilde: Spørgeskema til ledere af botilbud.

BOTILBUDDENES TAKSTER

Dette afsnit giver en beskrivelse af forskelle i botilbuddenes døgntakster, og hvad disse forskelle afspejler. Oplysninger fra de kvalitative interview med 16 botilbudsledere i Region Syddanmark supplerer informationerne om botilbuddenes takster fra tilbudsportalen.

FORSKELLE MELLEM BOTILBUDDENES TAKSTER

Tabel 2.20 giver et hurtigt overblik over de gennemsnitlige døgntakster i botilbuddene i Region Syddanmark særskilt for det juridiske grundlag, som de enkelte botilbud er baseret på. Som tidligere nævnt har vi hentet taksterne fra Tilbudsportalen.

TABEL 2.20

Døgntakster for botilbud i Region Syddanmark. Særskilt for juridisk grundlag. Kroner.

Juridisk grundlag:	Antal besvarelser	Gennemsnit for døgntakst	Standardafvigelse
Midlertidige botilbud, SEL § 107	54	1.421	608
Varige botilbud, SEL § 108	27	1.853	643
Bofællesskaber, ABL § 105	35	1.146	1.060
Bofællesskaber, ABL § 115	18		

Anm.: N = 122.

Kilde: Taksterne er hentet fra Tilbudsportalen.

Tilbudsportalen er ikke helt opdateret, og for de botilbud, der deltager i undersøgelsen, har vi ikke kunne finde takster for nogen baseret på ABL § 115 og dermed heller ingen døgntakster, skønt 18 af de i alt 122 botilbud fra Region Syddanmark er baseret på ABL § 115.

Standardafvigelsen for de gennemsnitlige døgntakster er nogenlunde ens for botilbud efter SEL §§ 107 og 108. Der er et stort spænd – de dyreste takster er 5-10 gange så høje i forhold til de billigste: For botilbud efter SEL § 107 ligger døgntaksterne fra 305 kr. til 2.930 kr. For botilbud efter SEL § 108 ligger de fra 518,50 kr. til 2.955 kr. For botilbud efter ABL § 105 ligger døgntaksterne fra 263 kr. til 5.778 kr. Det er et spænd på over 20 gange og betyder, at det den dyreste angivne døgntakst for ABL § 105 er 2.848 kr. dyrere i døgnet end den dyreste SEL § 107-takst.

De anførte priser dækker kun selve botilbuddene efter de angivne juridiske grundlag og ikke eventuelle dermed kombinerede ydelser, fx aktivitets- og samværstilbud (SEL § 104) eller beskyttet beskæftigelse (SEL § 103), som i flere tilfælde kan bidrage til, at den samlede takst for tilbud til personen forhøjes. Vi vil i de følgende afsnit se nærmere på, hvad der betinger botilbuddenes forskellige døgntakster.

BOTILBUDDENES TAKSTER OG PERSONALENORMERING

De interviewede ledere, hvis botilbud har flere forskellige døgntakster, begrundet prisforskellen med borgerens konkrete funktionsnedsættelse, støttebehov og behov for ekstra personale. Jo mere funktionsnedsættelse beboeren har, desto større støttebehov vil der være, og jo mere personale vil der typisk være behov for.

Et eksempel på et botilbud med flere døgntakster er botilbuddet til mennesker med sindslidelse i Hkomm, der har to takster for SEL § 108. Den ene takst er på 1.582 kr./døgn, og den anden takst er på 2.753 kr./døgn. Botilbudslederen fra Hkomm fortæller, at den dyrere takst er til botilbuddets særlige § 108 pladser for særligt udadreagerende og grænseoverskridende borgere, som har behov for ekstra støtte. Samtidig er der på de særlige pladser også sikkerhedsmæssige årsager til, at der er en højere personalenormering.

Et andet eksempel er botilbuddet til mennesker med sindslidelse i Gkomm, der ligeledes har to takster for SEL § 108. Her er taksterne 1.688 og 2.427 kr./døgn, hvor den dyrere takst dækker over botilbuddets skærmede pladser. Her er sikkerhed og døgnskærmning begrundelse for, at disse pladser er dyrere. Endvidere har botilbuddet døgndækkede pladser efter SEL § 107 til 2.045 kr./døgn og særlige ”light-pladser”, som også er et midlertidigt tilbud. Light-pladserne koster kun 33 kr./døgn + eventuel husleje, der afhænger af, om borgeren i forvejen betaler husleje til egen bolig. Personalet er kun til stede i forhold til de aftaler, der er indgået i forhold til borgerens ophold, men beboerne har mulighed for at ringe efter personalet.

Eksemplerne illustrerer, at jo mere personale der er pr. beboer, des højere er botilbuddets døgntakst. Spørgeskemabesvareelserne tegner et tilsvarende billede. En lineær regressionsanalyse viser en signifikant sammenhæng i Region Syddanmark mellem taksten for botilbud efter SEL §§ 107, 108 og ABL § 105 og antal personale pr. beboer. Jo mere personale der er pr. beboer, des dyrere vil botilbuddet være.¹¹

Personale koster penge, så det siger næsten sig selv, at mere personale betyder dyrere tilbud. Mere overraskende er, hvad der ikke hænger sammen. Vi kan ikke finde nogen sammenhæng mellem borgerens grad af udviklingshæmning, type af sindslidelse type af socialt problem og bo-

11. Da det ikke har været muligt at finde døgntakster for botilbud efter ABL § 115 på Tilbudsportalen, har det ikke været muligt at teste sammenhængen med personale pr. beboer og denne paragraf.

tilbuddenes døgntakster. En lineær regressionsanalyse viser således, at der *ingen* signifikant sammenhæng er mellem beboernes grader af udviklingshæmning på den ene side, og ansat personale pr. beboer eller døgntakster på den anden side.

For botilbud til mennesker med sindslidelse finder vi dog en enkelt signifikant sammenhæng. Det viser sig, at antallet af beboere med spiseforstyrrelse har betydning både for taksten for et midlertidigt botilbud og for antallet af personale pr. beboer. Men ud over denne finder vi ingen signifikante sammenhænge mellem botilbuddenes døgntakster, antal personale pr. beboer, og hvilken form for sindslidelse beboerne på botilbuddene har.

Derimod finder vi en signifikant sammenhæng mellem personale pr. beboer og de sociale problematikker: selvskadende adfærd, udadreagerende adfærd og misbrug. Dette stemmer godt overens med udsagn fra de interviewede botilbudsledere om, at særligt udadreagerende adfærd fordrer øget personalenormering. Alt i alt viser analysen af personale og takster således, at grad af udviklingshæmning og type af sindslidelse i sig selv betyder mindre for pris og personale, mens den sociale problematik til gengæld betyder meget.

DØGNTAKSTER OG FYSISKE RAMMER

Er der så sammenhæng mellem botilbuddenes takster og deres fysiske rammer? Vi har set, at ikke alle beboere har eget køkken og bad i deres bolig. Hvad betyder det for døgntaksten? Vi har i spørgeskemaet også spurgt om, hvor mange rum boligerne har. Hvad betyder disse fysiske rammer for botilbuddenes døgntakster?

Vores undersøgelse kan ikke påvise nogen økonomisk betydning. Chi²-test viser ingen signifikant sammenhæng mellem, om beboerne har eget bad eller køkken, og botilbuddenes døgntakster. Der er heller ingen signifikant sammenhæng mellem antallet af rum i boligen og døgntakst. Det er med andre ord ikke de fysiske rammer, der betinger døgntaksten på et botilbud.

SOCIALFAGLIGT OG PÆDAGOGISKE PERSONALE

I undersøgelsens spørgeskema har vi spurgt botilbudslederne om fulltidsstillinger inden for en række fagområder. Vi har udelukkende spurgt om det pædagogiske og socialfaglige personale, som er de medarbejdere, der må forventes at arbejde med metoder og metodeudvikling i praksis; pæ-

dagoger, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere/plejere, omsorgshjælpere, sygeplejersker, ergoterapeuter, fysioterapeuter, psykologer, socialrådgivere, ufaglært pædagogisk personale og andet pædagogisk personale. Derimod har vi ikke spurgt om antallet af fuldtidsstillinger for det administrative personale, køkkenpersonale eller rengøringspersonale på botilbuddene.

I interviewene med botilbudslederne fra de otte kommuner i Region Syddanmark fortæller de alle, at de primært har pædagoger og social- og sundhedsassistenter ansat. Det gælder både for botilbud til mennesker med udviklingshæmning og til mennesker med sindslidelse.

På tre af de botilbud, der henvender sig til mennesker med sindslidelse, har personalet en overvægt af social- og sundhedsassistenter. Det fortæller de interviewede botilbudsledere. De fleste af stederne har også ansat plejere, sygeplejersker og ergoterapeuter. I Akomm har botilbuddet også ansat en skolelærer, da de har et særligt fokus på uddannelse i forhold til botilbuddets yngre beboere. På botilbuddet i Ikomm har de også ansat socialrådgivere, og på botilbuddet i Bkomm har de ansat flere fysioterapeuter.

På botilbuddene, der primært henvender sig til mennesker med udviklingshæmning, har de også ansat eller tilknyttet sygeplejersker, social- og sundhedshjælpere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og ernæringsassistenter. To af botilbuddene til mennesker med udviklingshæmning adskiller sig ved udelukkende at have ansat pædagoger. I Gkomm, som er det ene sted, overvejer lederen dog at ansætte social- og sundhedsassistenter til de mere plejekrævende opgaver.

Tabel 2.21 viser uddannelse for personalet på botilbud til mennesker med udviklingshæmning. Langt de fleste botilbud til mennesker med udviklingshæmning har pædagoger ansat. Kun få har sygeplejersker, ergoterapeuter, fysioterapeuter, psykologer og socialrådgivere ansat. Dette udelukker dog ikke, at disse faggrupper kan være tilknyttet botilbuddene på anden vis. Tallene for hele landet ser nogenlunde ligesådan ud.

TABEL 2.21

Botilbud til mennesker med udviklingshæmning i Region Syddanmark fordelt efter antal uddannede fuldtidsansatte. Særskilt for uddannelse. Procent.

Personaleuddannelse:	Antal fuldtidsstillinger						Total
	Ingen	1-5	5-10	10-20	20-50	Over 50	
Pædagoger	2	41	23	16	10	9	100
SOSU-assistent	64	33	2	1	1	1	100
SOSU-hjælper	81	19	0	0	0	0	100
Omsorgshjælper	60	31	4	2	3	0	100
Sygeplejersker	93	7	0	0	0	0	100
Ergoterapeuter	91	9	0	0	0	0	100
Fysioterapeuter	95	5	0	0	0	0	100
Psykologer	100	0	0	0	0	0	100
Socialrådgivere	93	7	0	0	0	0	100
Ufaglært personale	68	24	3	2	2	0	100

Anm.: Tabellen gælder både botilbud til mennesker med udviklingshæmning og botilbud til mennesker med udviklingshæmning og en psykiatrisk overbygning. N = 141.

Kilde: Spørgeskema til ledere af botilbud.

Tabel 2.22 viser, hvordan personalet på botilbud til mennesker med sindslidelse fordeler sig på de angivne uddannelsesmæssige baggrunde i Region Syddanmark. Her angiver de fleste botilbud ligeledes, at de har pædagoger ansat. Botilbud til mennesker med sindslidelse har oftere ergoterapeuter, sygeplejersker og socialrådgivere ansat, end det er tilfældet for botilbuddene til mennesker med udviklingshæmning. Det samme viser undersøgelsen for hele landet.

Tabellen viser, at botilbuddene til mennesker med udviklingshæmning i højere grad har ufaglært personale ansat sammenlignet med botilbuddene til mennesker med sindslidelse. 38 pct. af botilbuddene til mennesker med sindslidelse angiver, at de har mellem 1 og 5 sygeplejersker ansat. Ingen botilbud til mennesker med udviklingshæmning i Region Syddanmark angiver, at de har sygeplejersker ansat. Næsten halvdelen af botilbuddene til mennesker med udviklingshæmning har omsorgshjælper – det gælder kun en fjerdedel af botilbuddene til mennesker med sindslidelse.

Nærmere analyse viser en række sammenhænge mellem typer af sindslidelser og personalegrupper for botilbud for mennesker med sindslidelse. Botilbud, der henvender sig til mennesker med skizofreni eller lidelser relateret til misbrug, har flere SOSU-assistent, botilbud, der henvender sig til mennesker med depression, har flere pædagoger, botilbud, der henvender sig til mennesker med bipolar lidelse, har flere pæda-

goger og SOSU-assistenten, og botilbud, der henvender sig til mennesker med stressrelaterede lidelser eller spiseforstyrrelse, har flere psykologer.

De sociale problematikker, et botilbud rummer, betyder også noget for, hvilket personale det har. Botilbud med beboere med selvskadende adfærd har mere ufaglært personale, hvor beboerne har udadretterende adfærd, er der flere pædagoger og social- og sundhedshjælper, hvor beboerne har indadretterende adfærd, er der flere pædagoger og social- og sundhedsassistenter, hvor beboerne har kriminel adfærd, finder vi flere social- og sundhedsassistenter, hvor beboerne har problemer med hjemløshed, er der flere socialrådgivere, hvor beboerne har misbrugsproblematikker, er der ligeledes flere socialrådgivere, men også flere social- og sundhedsassistenter, og hvor beboere har manglende økonomiske ressourcer, er der ansat flere pædagoger.

TABEL 2.22

Botilbud til mennesker med psykisk lidelse i Region Syddanmark fordelt efter antal uddannede fuldtidsansatte. Særskilt for uddannelse. Procent.

Personaleuddannelse:	Fuldtidsstillinger inddelt i antalskategorier						Total
	Ingen	1-5	5-10	10-20	20-50	Over 50	
Pædagoger	16	57	12	10	6	0	100
SOSU-assistenten	18	45	16	12	8	2	100
SOSU-hjælper	67	33	0	0	0	0	100
Omsorgshjælper	76	22	0	0	2	0	100
Sygeplejersker	59	37	0	4	0	0	100
Ergoterapeuter	51	41	8	0	0	0	100
Fysioterapeuter	96	2	2	0	0	0	100
Psykologer	96	4	0	0	0	0	100
Socialrådgivere	59	39	2	0	0	0	100
Ufaglært personale	86	14	0	0	0	0	100

Anm.: N = 55.

Kilde: Spørgeskema til ledere af botilbud.

OPSUMMERING

I dette kapitel har vi tegnet et billede af, hvordan landskabet af botilbud inden for det specialiserede socialområde ser ud i Region Syddanmark. De steder, hvor det har givet mening, har vi sammenlignet Region Syddanmark med hele landet for at se, om Region Syddanmark skiller sig ud. Det er dog kun ganske få steder, at Region Syddanmark adskiller sig markant fra hele landet.

I undersøgelsen indgår flest botilbud, hvor kommunen er driftsherre. I Region Syddanmark er der i denne undersøgelse en overvægt af botilbud, der henvender sig til mennesker med udviklingshæmning sammenlignet med botilbud til mennesker med sindslidelse, men det meste af denne forskel skyldes en højere svarprocent her.

Af botilbud til mennesker med udviklingshæmning i Region Syddanmark henvender de fleste sig til beboere med lettere og middelsvår grad af udviklingshæmning, hvor der på landsplan er flere, der henvender sig til middelsvår og sværere grad af udviklingshæmning. Vi har samtidig set, at når botilbuddene rummer beboere med forskellige grader af udviklingshæmning, så ligger disse grader ikke langt fra hinanden. Når vi opdeler mennesker med udviklingshæmning i fire grupper efter sværhedsgrad, ser vi, at kun en femtedel af botilbuddene henvender sig til mere end to af de fire grupper.

For botilbud til mennesker med sindslidelse har vi set et billede af, at botilbuddene generelt set henvender sig til beboere med forskellige former for psykiske lidelser. Det vil sige, at botilbuddene ikke er specialiserede til beboere med én eller få former for psykiske lidelser. Dog er de psykiske lidelser personlighedsforstyrrelse, skizofreni, psykoser samt forskellige former for angst og fobier mest fremtrædende i botilbuddene både i Region Syddanmark og på landsplan.

Botilbuddene til mennesker med udviklingshæmning henvender sig i gennemsnit til knap to af de fire grupper, vi har inddelt i efter sværhedsgrad af udviklingshæmningen. Botilbuddene til mennesker med sindslidelse henvender sig til gennemsnitligt fire af de ni typer af sindslidelse, vi har registreret i undersøgelsen. Det vil sige, at botilbuddene af begge typer henvender sig til knap halvdelen af det samlede spektrum. Meget få botilbud henvender sig til hele spektret, og meget få henvender sig kun til en enkelt kategori af borgere.

BOTILBUDDENES METODER

I dette kapitel beskriver vi de metoder, der benyttes i arbejdet på botilbuddene. Ved ”metoder” forstår vi i denne forbindelse det, som Tilbudsportalen angiver som metoder, og ambitionen med dette kapitel er kun at give en oversigt og beskrive dem, ikke at analysere forholdet mellem dem nærmere. Beskrivelsen bygger dels på interview med 16 botilbudsledere fra otte repræsentative kommuner i Region Syddanmark, på materiale fra kommunerne og på undersøgelsens spørgeskema til botilbudslederne. Ligesom i kapitel 2 sammenligner vi Region Syddanmark med resten af landet.

I juni 2013 udgav SFI en forskningsoversigt (Bengtsson & Gregersen, 2013), som gennemgår de mest anvendte metoder til at integrere indsatser over for mennesker med sindslidelse. En af observationerne fra denne oversigt er, at der ikke findes megen litteratur om emnet i Danmark. Institut for Uddannelse og Pædagogik ved Aarhus Universitet (DPU) har foretaget en række undersøgelser af socialpædagogikken set i forhold til afskaffelsen af institutionsbegrebet, der startede med indførelsen af serviceloven i 1998 (Langager m.fl., 2009). Her har fokus dog været på personalet. Derudover kender vi ikke til megen dansk forskning på dette område. Der findes en række udgivelser fra det tidligere Videnscenter for Socialpsykiatri, som mere eller mindre systematisk fortæller om metoder, oftest i form af casebeskrivelser.

Der mangler en oversigt over de metoder, der i dag benyttes inden for det specialiserede socialområde i forhold til mennesker med særlige problemer. Det har ikke været muligt for os at finde noget så simpelt som et katalog over metoder, hvor de forskellige overskrifter, som botilbuddene har angivet til Tilbudsportalen som betegnelse for deres metoder, blev uddybet. Formålet med dette kapitel er at påbegynde etableringen af en sådan viden. Dette gælder såvel for socialpædagogiske og andre faglige metoder som for metoder i sagsbehandlingen på det specialiserede socialområde. Det vil fremgå tydeligt ved læsning af de følgende beskrivelser, at der er brug for en begrebsmæssig afklaring på dette felt!

BOTILBUDDENES METODISKE GRUNDLAG

I dette afsnit beskriver vi metodernes socialfaglige/pædagogiske fundering, og hvordan personalet på botilbuddene arbejder med metoderne i det daglige arbejde med beboerne. Afsnittet er baseret på undersøgelsens spørgeskemaer og interview med botilbudslederne fra de tidligere nævnte otte kommuner i Region Syddanmark.

METODERNES SOCIALFAGLIGE/PÆDAGOGISKE FUNDERING

I spørgeskemaundersøgelsen har vi spurgt botilbudslederne, hvad deres socialfaglige/pædagogiske metoder baserer sig på. Formålet med spørgsmålet var at finde frem til, om de metoder, botilbuddene anvender, baserer sig på erfaringer med beboerne eller i højere grad baserer sig på navngivne modeller eller teori.

Hertil svarer 59 pct. af botilbudslederne i Region Syddanmark, at botilbuddenes metoder i høj grad baseres på navngivne metoder/tilgange, som fx neuropædagogik, kognitive metoder mv. Cirka halvdelen (53 pct.) svarer, at metoderne i høj grad baserer sig på socialpædagogisk eller anden generel teori. Færrest, men alligevel en betydelig del (43 pct.) svarer, at de socialfaglige metoder i høj grad er baseret på erfaringer fra beboere med lignende problematikker. Det viser tabel 3.1. Undersøgelsen tegner et nogenlunde tilsvarende billede for hele landet.

Botilbuddene anvender altså i højeste grad særlige navngivne metoder, men anvender også i høj grad metoder, der baserer sig på generel teori og på erfaringer fra andre beboere med lignende problematikker.

TABEL 3.1

Botilbud i Region Syddanmark fordelt efter, i hvilken grad de baserer sig på social-faglige /pædagogiske metoder. Særskilt for metodetype. Procent.

Metode:	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Total
Erfaringer fra arbejdet med beboerne	43	39	16	2	100
Generel socialpædagogisk eller anden teori	53	38	9	0	100
Navngivne metoder som fx neuropædagogik, kognitive metoder mv.	59	32	9	1	100

Anm.: Region Syddanmark: N = 183.

Kilde: Spørgeskema til ledere af botilbud.

I forhold til de metoder, som personalet på botilbuddene anvender i arbejdet med beboerne, svarer flest (63 pct. for botilbud til mennesker med udviklingshæmning og 59 pct. for botilbud til mennesker med sindslidelse), at metoderne fastsættes internt i botilbuddets personalegruppe. Næstfleste botilbud – både til mennesker med udviklingshæmning og til mennesker med sindslidelse – svarer, at personalet anvender de metoder, de selv finder relevante i forhold til den enkelte borger. Kun tre procent svarer, at metoderne ofte er fastsat i bevillingsbrevet fra kommunen. Det viser tabel 3.2. Undersøgelsen tegner et tilsvarende billede for hele landet.

TABEL 3.2

Botilbud i Region Syddanmark fordelt efter, hvordan metoder/tilgange fastsættes. Særskilt for botilbuddenes målgruppe. Procent.

Anvender det pædagogiske personale bestemte metoder/tilgange i deres arbejde med beboerne?	Udviklingshæmning	Sindslidelser
Ja, metoderne fastsættes internt i personalegruppen	63	59
Ja, metoderne er ofte fastsat i bevillingsbrevet fra kommunens myndighed	1	2
Ja, det pædagogiske personale anvender de metoder, de selv finder relevante i forhold til den enkelte borger	29	28
Nej, der arbejdes ikke efter bestemte metoder	5	6
Anden brug af metoder	2	6
Ved ikke	0	0
Total	100	100

Anm.: Botilbud til mennesker med udviklingshæmning: N = 125. Botilbud til mennesker med sindslidelse: N = 54.

Kilde: Spørgeskema til ledere af botilbud.

Disse resultater fortæller os noget om, at personalet på botilbuddene i reglen beslutter, når det kommer til metoder. Med medbestemmelse forstås, at de i fællesskab med det øvrige personale fastsætter og vælger metoderne, eller at de har metodefrihed i forhold til den enkelte beboers

behov. I interviewene med lederne for botilbud til mennesker med udviklingshæmning fortæller tre af botilbudslederne, at metoderne anvendes ad hoc i arbejdet med beboerne – en begrundet ad hoc princippet med, at personalet har metodefrihed, der giver mulighed for at tilpasse metoderne til den enkelte beboer efter behov. De øvrige fem ledere for botilbud til mennesker med udviklingshæmning fortæller, at metoderne anvendes systematisk og konsekvent over for den enkelte beboer. Mange begrundet det med den individuelt tilrettelagte indsats og det, at der er en plan for hver borger.

Alle otte interviewede ledere for botilbud til mennesker med sindslidelse med undtagelse af én fortæller, at metoderne i arbejdet med beboerne anvendes ad hoc. Botilbudslederen fra Bkomm fortæller, at der i forhold til metoderne tages udgangspunkt i det, der skal kompenseres for, og metoderne anvendes derfor ad hoc. Hvis der ikke umiddelbart er nogle særlige behov hos en beboer, så ”plukkes” der fra lidt forskellige metoder, da det eksempelvis kan være svært udelukkende at arbejde kognitivt. I Ekomm fortæller botilbudslederen omvendt, at de anvender én bestemt metode, den anerkendende tilgang, konsekvent og til alle beboere uanset diagnose. Lederen fremhæver, at den anerkendende tilgang er særligt god, da den virker på alle.

Resultaterne fra tabel 3.2 hænger desuden fint sammen med, at 80 pct. i Region Syddanmark svarer, at botilbuddet har beskrivelser af indholdet af de metoder, som anvendes i arbejdet med beboerne. Det kan fx være beskrivelser i personalehåndbøger, virksomhedsplaner eller andre dokumenter, der er tilgængelige for det pædagogiske personale. Overordnet kan vi altså udlede, at botilbuddene generelt er gode til at have beskrivelser af indholdet af de socialfaglige og eller/pædagogiske metoder, som de anvender i arbejdet med beboerne. Billedet for hele landet ser ligesådan ud.

Men selvom botilbuddene er gode til at have beskrivelser af metodeindholdet, så er det kun 13 pct. i Region Syddanmark, der svarer, at de i høj grad *anvender* disse beskrivelser (som fx en personalehåndbog) til at sætte nyt personale ind i de metoder, som de på botilbuddet anvender i arbejdet med beboerne. Omkring halvdelen (56 pct.) svarer, at nyt personale i høj grad sættes ind i botilbuddets anvendte metoder via det daglige arbejde med beboerne. Næstflest (46 pct.) svarer, at nyt personale i høj grad modtager undervisning på botilbuddet i de anvendte metoder. 29 pct. svarer, at nyt personale i høj grad kommer på eksterne kur-

ser/uddannelser i de anvendte metoder. 18 pct. svarer, at nyt personale i høj grad sættes ind i de anvendte metoder på anden vis. Det viser tabel 3.3. Igen ser vi et tilsvarende billede for hele landet.

TABEL 3.3

Botilbuddene i Region Syddanmark fordelt efter, i hvilken grad nyt pædagogisk personale introduceres til de pædagogiske metoder, der anvendes i botilbuddenes arbejde med beboerne. Særskilt for type af introduktion. Procent.

Type af introduktion:	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Total
Nyt personale sætter sig selv ind i de anvendte metoder, fx via personalehåndbog	13	39	34	15	100
Nyt personale sættes ind i de anvendte metoder via det daglige arbejde med beboerne	56	36	5	2	100
Nyt personale kommer på eksternt kursus/uddannelse i de anvendte metoder	29	31	28	12	100
Nyt personale modtager undervisning på botilbuddet i de anvendte metoder af interne eller eksterne undervisere	46	36	13	5	100
Nyt personale sættes ind i de anvendte metoder på anden vis	18	35	35	12	100
Nyt personale sættes ikke ind i de anvendte metoder	1	1	4	95	100

Anm.: Region Syddanmark: N = 171.

Kilde: Spørgeskema til ledere af botilbud.

Vi ved ikke, hvordan det konkret foregår på de forskellige botilbud, når nyt personale skal sættes ind i botilbuddets anvendte metoder via arbejdet med beboerne. Til gengæld ved vi fra interviewene med botilbudslederne, at de flere steder arbejder efter, at det personale, der er uddannet i særlige metoder, lærer metoderne videre til det resterende personale, der ikke er uddannet i metoderne.

Her kan man drage paralleller til ”train-the-trainer”-metoden, som nævnes i forbindelse med metoden Active Support (AS) i kapitel 5. I et australsk studie (Riches m.fl., 2011) har ”train-the-trainer”-metoden nemlig vist sig effektiv til at træne et større antal medarbejdere i AS, som anvendes i botilbud til mennesker med udviklingshæmning. Kort fortalt handler ”train-the-trainer”-metoden om at oplære en eller flere medarbejdere til at kunne undervise arbejdspladsens øvrige medarbejdere i en særlig metode. Om det er ”train-the-trainer”-metoden, som botilbuddene anvender i oplæringen og undervisningen af nyt personale i botilbuddenes anvendte metoder, har vi dog ikke oplysninger om. ”Train-the-trainer”-metoden nævnes her, da den kunne være oplagt for botilbudde-

ne at anvende, når mange svarer, at nyt personale sættes ind i de anvendte metoder via det daglige arbejde med beboerne.

I interviewene med de 16 botilbudsledere fortæller de fleste, at hele eller store dele af personalet er uddannet i en eller flere socialpædagogiske metoder. Mange steder arbejder de efter en overordnet tilgang, som danner rammen for indsatsen og det pædagogiske arbejde. I dette tilfælde nævner flere botilbudsledere, at deres målsætning er, at alt personale skal have et indføringskursus i den overordnede tilgang. Her er ”train-the-trainer”-metoden også en oplagt løsning, hvor en eller to af botilbuddets medarbejdere kunne oplæres til at ”træne” det øvrige personale i botilbuddets overordnede tilgang. Ikke nok med at botilbuddet ville spare udgifterne på den eksterne kursusholder, metoden har også vist sig effektiv til at træne et større antal medarbejdere. Samtidig er der erfaringer med, at ”train-the-trainer” øger personalets arbejdstilfredshed og forbedrer botilbuddenes arbejdspraksis (Riches m.fl., 2011).

Ifølge en botilbudsleder fra Hkomm, så er det forskelligt, hvor meget det uddannede personale kender til metoder fra deres grunduddannelse, og det afhænger ofte af, hvornår personalet er uddannet. Botilbudslederen fortæller, at de, der er uddannet, efter at pædagoguddannelsen blev til en professionsbacheloruddannelse, har særligt godt styr på arbejdets metoder og teoretiske grundlag. Derimod mangler de måske praksiserfaring. En leder for flere botilbud til mennesker med sindslidelse fra Ikomm bemærker endvidere, at ingen uddannelse retter sig særligt mod psykiatri. Den ekstra viden skal personalet tilegne sig, når de bliver ansat på botilbuddet. På samme måde er pædagoguddannelsen ej heller en specialiseret uddannelse, hvorfor det er nødvendigt for pædagoger at videreuddanne og specialisere sig i forhold til botilbuddets målgruppe – uanset om de er udannet før eller efter professionsbacheloren blev indført.

BOTILBUDDENES SOCIALFAGLIGE/PÆDAGOGISKE METODER

Formålet med dette afsnit er at beskrive, hvad der kendetegner de metoder, der anvendes i botilbud til både mennesker med sindslidelse og mennesker med udviklingshæmning. Afsnittet er bygget op omkring undersøgelsens spørgeskema, interview med botilbudsledere og en omfat-

tende litteratursøgning efter beskrivelser og evidens for effekten af de pågældende metoder. Afsnittet er opdelt efter metoder, der henvender sig til arbejdet med mennesker med udviklingshæmning, mennesker med sindslidelse og til sidst metoder, der anvendes i arbejdet med begge målgrupper.

I undersøgelsens spørgeskema har vi spurgt om, hvilke metoder botilbuddene primært anvender, hvilke de næstmest anvender, og hvilke øvrige metoder de anvender. Hensigten med denne prioriterede rækkefølge er at skabe et billede af, om nogle metoder er mere udbredte end andre. Formålet med at spørge om botilbuddenes øvrige metoder er en antagelse om, at mange botilbud anvender flere forskellige metoder i arbejdet med beboerne.

De metoder, som det har været muligt at krydse af i spørgeskemaet, er udvalgt på baggrund af botilbuddenes oplysninger på Tilbudsportalen. Ud fra Tilbudsportalen har vi forsøgt at danne os et overblik over botilbuddenes hyppigst anvendte metoder, og det er på baggrund af disse oplysninger, at metoderne i spørgeskemaet er opstillet. I tilfælde af, at de opstillede metoder ikke favnede bredt nok, har det også været muligt for botilbudslederne at tilføje metoder selv.

For botilbud til mennesker med udviklingshæmning er der en signifikant sammenhæng mellem antallet af metoder, de anvender, og hvor mange forskellige *grader af udviklingshæmning* de rummer beboere med. Tilsvarende gælder for botilbud til mennesker med sindslidelse, hvor der er signifikant sammenhæng mellem antallet af metoder, de anvender og *antallet af psykiske lidelser* (diagnoser), de rummer beboere med. Dog finder vi ingen signifikant sammenhæng mellem antallet af metoder, botilbuddene anvender og antallet af *sociale problematikker*, de rummer beboere med.

SOCIALPÆDAGOGISKE METODER TIL ARBEJDET MED MENNESKER MED UDVIKLINGSHÆMNING

I dette kapitel skal vi se nærmere på de metoder, der anvendes i arbejdet med beboerne på botilbuddene for mennesker med udviklingshæmning. Først ser vi på, hvilke metoder botilbuddene anvender, og dernæst følger en beskrivelse af metoderne. De metoder, der også anvendes på botilbud til mennesker med sindslidelse, vil blive beskrevet sidst i dette afsnit.

Som tidligere nævnt har vi i spørgeskemaet spurgt om, hvilke metoder botilbuddene til mennesker med udviklingshæmning *primært* og

næstmest anvender i arbejdet med beboerne. Tabel 3.4 viser, hvordan botilbuddene procentmæssigt fordeles sig på de metoder, de anvender mest og næstmest i arbejdet med beboerne.

TABEL 3.4

Botilbud til mennesker med udviklingshæmning i Region Syddanmark fordelt efter, hvilke metoder de mest og næstmest anvender i arbejdet med beboerne. Procent.

Metode:	Mest anvendt	Næstmest anvendt
Botilbuddet anvender ingen specifikke metoder	0	1
Active Support	0	0
ADL-træning	2	9
Anerkendende pædagogik	39	21
Det ka' nytte	3	2
Empowerment	1	0
Gentle Teaching	1	0
Handleplaner (§ 141)	10	9
Helsepædagogik (Rudof Steiner)	0	0
Jeg-støttende metoder	3	7
Livshistoriefortælling	0	0
Neuropædagogik	11	13
Relationspædagogik	6	10
Sanseintegration	1	0
Social færdighedstræning	0	2
Struktur i hverdagen	6	10
Systemisk tilgang	7	4
Totalkommunikation	2	10
Andre	9	2
Total	100	100

Anm.: Region Syddanmark: Primært: N = 127, næstmest: N = 126.

Kilde: Spørgeskema til ledere af botilbud.

Der er altså flest botilbud, der primært anvender og næstmest anvender metoderne anerkendende pædagogik og neuropædagogik. Metoderne ”struktur i hverdagen”, relationspædagogik og handleplaner anvendes også hyppigt både primært og næstmest på botilbuddene.

Regressionsanalyser viser, at der ingen signifikant sammenhæng er mellem beboernes grad af udviklingshæmning og de metoder, botilbuddene anvender mest og næstmest i arbejdet med beboerne.

Det er interessant, at ingen af botilbuddene har svaret, at de anvender metoden Active Support. Det skal dog understreges, at det ikke er en metode, som vi fandt i vores søgen på Tilbudsportalen, hvilket gav os et praj om, at metoden højst sandsynligt ikke er så udbredt i Danmark. Alligevel er det interessant, da det er den metode, som der internationalt foreligger mest evidens for effekten af i botilbud til mennesker med ud-

viklingshæmning (se kapitel 5). Active Support har lighedspunkter med ADL træning, men der er forskelle som gør det sandsynligt, at fagfolk vil understrege forskellen. Man kan undre sig over, at Active Support ikke er bedre kendt i Danmark.

Generelt anvendes der på botilbud til mennesker med udviklingshæmning mere end én metode. Ud fra undersøgelsens spørgeskema har vi regnet ud, at et botilbud til mennesker med udviklingshæmning i Region Syddanmark i gennemsnit anvender otte metoder i arbejdet med beboerne. Billedet er nogenlunde det samme i resten af landet. Dette stemmer godt overens med, hvad lederne for botilbud til mennesker med sindslidelse fortæller i interviewene. De fortæller alle, at der anvendes mere end én metode i arbejdet med beboerne, hvilket begrundes i udgangspunktet i den enkelte borger, og at der ikke er to borgere, der er ens. De finder det derfor fordelagtigt at ”plukke” fra forskellige metoder, så de kan tilpasse indsatsen til den enkelte. Samtidig har flere botilbudsledere svaret i spørgeskemaet, at der på botilbuddet ikke er én metode, som de primært anvender i arbejdet med beboerne. Dette ser vi ligeledes som et udtryk for, at der anvendes mere end én metode i.

I de følgende vil vi beskrive hovedtrækkene i de metoder, som botilbuddene til mennesker med udviklingshæmning i større eller mindre grad bruger i arbejdet med beboerne. I beskrivelserne fremstilles ligeledes evidens for effekten af metoden, såfremt en sådan foreligger.

ACTIVE SUPPORT

Active Support (AS) beskrives i kapitel 5, der omhandler internationale evidensbaserede metoder på botilbudsområdet, og derfor præsenteres metoden kun kort her.

Som det senere beskrives i kapitel 5 indeholder metoden forskellig aktivitet- og støtteplanlægning og kan på den måde minde om den ergoterapeutiske metode ADL-træning (Activity of Daily Living), som har til formål at hjælpe borgeren med udførelsen af daglige aktiviteter (se beskrivelse af ADL-træning i efterfølgende afsnit: ”Socialpædagogiske metoder til begge målgrupper”). Forskellen på de to er, at AS fokuserer på de *meningsfulde* hverdagsaktiviteter. Dette gøres ved at forbedre interaktionen mellem støttepersonale og mennesker med udviklingshæmning, så støttepersonalet bliver i stand til at øge engagementet og deltagelsen hos beboerne (Stancliffe m.fl., 2010). I henhold til spørgeskemabesvarel-

serne har ingen botilbud svaret, at de anvender AS i arbejdet med beboere med udviklingshæmning.

ANERKENDEDE PÆDAGOGIK

Den mest kendte bog om denne metode må være *Anerkendende pædagogik* af Bente Lyng (2007). Bogen har dog fokus på anerkendende pædagogik i forhold til børn og ikke i forhold til mennesker med udviklingshæmning. Der findes masser af litteratur om anerkendelse i forskellige sammenhænge, men knap så megen litteratur om den anerkendende pædagogik. Ifølge Bente Lyng hænger dette sammen med, at anerkendende pædagogik er et forholdsvis nyt udtryk eller begreb (Lyng, 2007).

Ifølge den pædagogisk-psykologiske opslagsbog (Jerlang & Jerlang, 2010) er anerkendende pædagogik en pædagogik, der lægger vægt på anerkendelse, anerkendende relationer og inklusion. Den anerkendende relation bygger på selvrefleksion, ligeværdighed, empati, rummelighed, åbenhed, dialog mv. Grundlæggende er anerkendende pædagogik altså baseret på et menneskesyn, der betragter mennesker, som de er, respekterer dem, tager dem alvorligt og har samtidigt fokus på at møde alle mennesker som ligeværdige (Grundtvig, 2012). Begrebet får derfor først mening og betydning, når det knyttes sammen med praksiserfaringer og teorier om praksis (Lyng, 2007).

Som metode fokuserer den anerkendende pædagogik på at skabe forandring ved hjælp af en positiv tilgang til personens situation, motiver og mål. Metoden indeholder høj grad af accept – både af den pågældende person og personens mål. Det er en forpligtelse inden for metoden at støtte personen i at finde hensigtsmæssige måder at nå de pågældende mål på. Fokus er på at skabe positiv forandring, som bl.a. kan opnås ved at have fokus på *de gode fortællinger, ressourcerne og de muligheder, der er i vedkommendes liv* (Sopra, 2013). Med dette menes ikke, at anerkendende pædagogik handler om at rose i alle sammenhænge, men om at skærpe opmærksomheden på at give sin anerkendelse og værdsættelse. Ifølge Lyng giver anerkendelsen selvværd og identitet, og mennesker bliver kreative og lærenemme, når de møder anerkendelse (Lyng, 2007).

I forhold til denne undersøgelses spørgeskemabesvarelser viser tabel 3.4, at anerkendende pædagogik både er den metode, som flest botilbud i Region Syddanmark mest (37 pct.) og næstmest (29 pct.) anvender i arbejdet med borgere med udviklingshæmning. 43 pct. har angivet, at de anvender anerkendende pædagogik sammen med andre metoder.

Imidlertid finder vi ingen signifikant sammenhæng mellem graden af udviklingshæmning hos beboerne på botilbuddene og metoden omkring den anerkendende pædagogik. Der tegner sig et nogenlunde tilsvarende billede for hele landet.

I interviewene fortæller to ledere af botilbud til mennesker med udviklingshæmning, at de anvender anerkendende pædagogik i arbejdet med beboerne. Botilbudslederne beskriver, i tråd med ovenstående beskrivelse af metoden, anerkendende pædagogik som en metode, der overordnet handler om at møde borgeren, hvor han eller hun er, og respektere borgerens selvbestemmelsesret. Botilbudslederen fra Ckomm fortæller, at personalet har fået dokumenter udleveret fra Center for Oligofrenipsykiatri, der forklarer anerkendelse og konsekvenserne af anerkendelsen. I den forbindelse arbejder de med en såkaldt ”kravkonto” i arbejdet med beboerne. Metaforen til ”kravkontoen” er en bankkonto, hvor der skal være ligevægt mellem indtægter og udgifter. Udgifterne svarer til krav og forventninger til borgeren, og indtægter er situationer med følelsesmæssigt nærvær og kontakt, der bidrager til en såkaldt ”følelsesmæssig opladning”. Botilbudslederen fortæller, at udfordrende adfærd hos beboerne er et udtryk for følelsesmæssigt overtræk. Der er således blevet stillet for store krav og forventninger til beboeren uden at give følelsesmæssigt nærvær og kontakt, der bidrager til indtægten af den følelsesmæssige opladning hos beboeren.

I tråd med den anerkendende pædagogiks fokus på borgerens selvbestemmelsesret fortæller botilbudslederen fra Ikomm, at de arbejder ud fra en etisk profil. Denne profil handler om, at sandheden findes i fællesskab med borgeren ud fra en etisk ramme. Samtidig arbejdes der ud fra et værdigrundlag, der kaldes ”landsbytanken”, som beboerne også er involveret i. Grundlæggende handler det om at behandle hinanden med respekt. Der lægges også her vægt på at respektere borgerens selvbestemmelsesret og sørge for, at borgeren bevarer sin værdighed og integritet.

Selvom vi ud fra Tilbudsportalen fandt frem til, at den anerkendende pædagogik primært anvendes i botilbud til mennesker med udviklingshæmning, er der også eksempler på, at metoden anvendes på botilbud til mennesker med sindslidelse. I interviewene fortæller en leder for et botilbud til mennesker med sindslidelse i Ekomm, at de arbejder efter den anerkendende tilgang.

Det betyder i praksis, at personalet tager udgangspunkt i det positive og det, der virker for den enkelte beboer. Det er med andre ord borgerens udgangspunkt, der er i fokus. Botilbuddet til mennesker med sindslidelse i Ekomm har også misbrugspladser. Botilbudslederen fortæller, at de i tråd med den anerkendende tilgang accepterer, hvis borgeren vælger sit misbrug, men selvfølgelig forsøger at motivere til at komme ud af dette. Også her fremhæves borgerens selvbestemmelsesret, og botilbudslederen fremhæver, at personalet har respekt for, at det er borgerens eget hjem og derfor borgerens egne regler, der gælder her. Botilbuddenes fællesarealer har derimod fælles regler, som alle skal følge.

Søgning på anerkendende pædagogik har ikke givet mange evalueringer. Via Socialstyrelsen er vi dog stødt på et projekt fra Tønder Kommune i perioden 2005-2007, der har haft fokus på udvikling og implementering af anerkendende pædagogik for borgere med udviklingshæmning. Omkring 100 mennesker med udviklingshæmning og omkring 100 pædagoger tilknyttet bofællesskaber og aktivitetstilbud deltog i projektet. Undersøgelsen baserer sig på interview, der er foretaget ved projektet start og slut, hvor de samme personer er blevet interviewet. Yderligere er der foretaget videoanalyse af tre hverdagsituationer, ligeledes gennemført ved projektets start og slut.

Projektet i Tønder viste, at pædagogernes deltagelse i et længerevarende kursusforløb om den anerkendende pædagogik etablerede et tættere bånd mellem projektet og praksis. Selvom mange af pædagogerne i projektet i forvejen anvendte elementer fra den anerkende pædagogik i deres arbejde, så var projektet med til at skabe et fælles sprog blandt personalet. Samtidig viste interviewundersøgelsen blandt borgerne med udviklingshæmning, at flere havde fået et mere positivt syn på samværet med pædagogerne, og andelen af borgere, der bedst kan lide at være sammen med andre borgere, var blevet større. Videoanalyserne peger på, at borgerne med udviklingshæmning udvikler deres kommunikative evner med støtte fra pædagogerne. Borgerne udviser lavt engagement i fælles beslutninger på fx beboermøder, men viser til gengæld stort engagement i individuelle hverdagsanliggender (Socialstyrelsen, 2013a).

DET KA' NYTTE

”Det ka’ nytte” (DKN) kan beskrives som et begreb, der vandt frem i 1980’erne inden for voksenhandicapområdet. Begrebet refererer til de projekter og initiativer, der havde til formål at fremme ”det gode liv”,

dvs. udviklingsmulighederne og livskvaliteten hos mennesker med udviklingshæmning.

Det pædagogiske og metodiske fundament for DKN blev primært udviklet i perioden 1985-1991, hvor en række projekter blev finansieret af Socialministeriets SUM-midler¹². DKN-tilgangen er sidenhen blevet praktiseret og refereret til i forbindelse med socialpædagogisk arbejde med mennesker med udviklingshæmning – særligt i forhold til de mennesker, der har den sværere og sværeste grad af udviklingshæmning (Hoffmann, 2013).

Hoffmann beskriver, hvordan der med DKN konstitueres bestemte opfattelser af beboer- og medarbejderrollen. Hvis man vil forstå DKN's betydninger, skal disse ses i sammenhæng med fortidens opfattelser af mennesker med udviklingshæmning, da de i høj grad er opstået i kontrast til disse (Hoffmann, 2013). Ud fra DKN-metoden betragtes udviklingshæmning som et samspil mellem medfødte skader og konsekvenser af manglende hensynstagen og kompensation, hvorfor metoden fokuserer specifikt på medarbejdernes holdning og identifikation af mennesker med udviklingshæmning som "rigtige mennesker" (Hoffmann, 2011). Hoffmann (2013) beskriver i kontrast hertil, hvordan særligt de med de sværeste grader af udviklingshæmning, som ikke behersker ekspressivt verbalt sprog, historisk set har været placeret uden for det "alment" menneskelige.

Derfor er personalets holdning til borgeren med udviklingshæmning central for DKN. Metoden lægger vægt på en forståelse af, at mennesker med sværere grader af udviklingshæmning kan betragtes ud fra en normaludviklingsforståelse og idéen om, at det er muligt for mennesker med sværere grad af udviklingshæmning at gennemleve en udvikling, hvis der kompenseres på den rette måde. Derfor havde DKN-projekterne særligt fokus på efteruddannelse af de medarbejdere, der arbejder på projekter knyttet til konkrete beboere (Hoffmann, 2011). DKN repræsenterer i dag ikke længere specifikke projekter og kan nærmere beskrives som et menneskesyn eller en særlig referenceramme, der anvendes på botilbuddene i arbejdet med beboerne med udviklingshæmning. I interviewene fortæller to botilbudsledere, at de arbejder efter DKN-tilgangen, som de forklarer, fokuserer på udviklingen af beboernes kommunikative evner, verbale som nonverbale. I praksis kan dette være

12. Socialministeriets Udviklingsmidler.

at arbejde med piktogrammer¹³ eller forskellige slags kommunikations-tavler.

Undersøgelsens spørgeskemaer viser, at kun en lille procentdel (2 pct.) af botilbuddene i Region Syddanmark anvender DKN som den primære metode i arbejdet med beboerne. Kun 12 pct. har svaret, at de anvender DKN sammen med andre metoder. Der findes heller ingen signifikant sammenhæng mellem beboernes grader af udviklingshæmning og DKN-tilgangen. Billedet for hele landet ser ligesådan ud.

I litteratursøgningen har det ikke været muligt for os at finde evidens for effekten af DKN-metoden i arbejdet med mennesker med udviklingshæmning. Det har heller ikke været muligt at finde evalueringer af de DKN-projekter, som Hoffmann omtaler eller evalueringer fra andre DKN-projekter.

EMPOWERMENT

Empowerment betyder ”myndiggørelse” og er som metode/tilgang nært beslægtet med den anerkendende pædagogik, da der i empowerment-begrebet også ligger et fokus på borgerens selvbestemmelsesret. Ligeledes fokuserer begge metoder på borgerens ressourcer og muligheder fremfor på problemer og barrierer. Der er således tale om metoder, der har til formål at styrke borgerens selvbillende og identitet, som dermed forstærker borgerens muligheder for selv at træffe beslutninger. Ifølge Holmskov og Skov (2007) giver begge metoder forudsætninger for, at mennesker med udviklingshæmning kan udvikle almindelige borgerkompetencer og dermed udøve deres selvbestemmelsesret.

Empowerment kan beskrives som en form for brugerinddragelse og drejer sig om, at borgere skal have frihed til at opnå kontrol over eget liv, så de kan skabe identitet og status og herved et meningsfuldt liv. Metoden baserer sig på en forståelse af borgeren med udviklingshæmning, som værende ekspert i eget liv. Begrebet ”empowerment” refererer til, at magten skal tildeles den person, det drejer sig om. Det betyder, at det pædagogiske personale skal opgive deres magtposition og ekspertrolle, så borgerne i stedet kan udvikle deres egen magt. Thorsager m.fl. (2007) fremhæver, at der inden for empowerment-metoden eksisterer et paradoks, da den professionelle skal forsøge at hjælpe en anden til at blive

13. Piktogrammer kan beskrives som symboler, der ved en illustration viser en ting, et objekt eller et begreb. Piktogrammer kan bl.a. anvendes til at arbejde med de kommunikative evner hos mennesker med udviklingshæmning.

uafhængig, samtidig med at relationen mellem den professionelle og borgeren i sig selv udgør et afhængighedsforhold.

I forhold til undersøgelsens spørgeskemabesvarelser svarer ingen af botilbudsledere i Region Syddanmark, at de primært eller næstmest anvender empowerment i arbejdet med arbejdet med beboerne. Kun 6 pct. har svaret, at de anvender empowerment som en ud af flere metoder i arbejdet med beboerne. Vi finder et tilsvarende billede for hele landet. De interviewede botilbudsledere for botilbud til mennesker med udviklingshæmning nævner heller ikke empowerment.

I litteratursøgning er det ikke lykkedes os at finde direkte evidens for effekten af empowerment til mennesker med udviklingshæmning. En rapport fra Servicestyrelsen (Holmskov & Skov, 2007) peger på fire barrierer for selvbestemmelse og brugerinddragelse i forhold til mennesker med udviklingshæmning, som er to centrale elementer i empowerment-tilgangen: 1) administrative og organisatoriske rammer, 2) manglende borgerkompetencer hos mennesker med udviklingshæmning, 3) professionelles viden, holdninger og forventninger samt 4) pårørendes viden, holdninger og forventninger.

I forhold til de administrative og organisatoriske rammer kan der eksempelvis opstå barrierer i form af forskellige påbud fra myndigheder, der tilsidesætter borgerens selvbestemmelse. Personalenormeringen, arbejdstider og arbejdsplanlægning kan ligeledes udgøre en barriere for borgerens selvbestemmelse. Dette kan komme til udtryk ved personalets brug for planlægning, der gør, at borgerne må affinde sig med faste sengetider, spisetider, hjælp til bad mv.

Borgernes manglende borgerkompetencer kan også være en barriere i forhold til selvbestemmelse og brugerinddragelse. Ifølge Holmskov og Skov dækker borgerkompetencer over intellektuelle, sociale og personlige færdigheder. Man skal ikke alene have viden om sine rettigheder, man skal også have handlemuligheder. Holmskov og Skovs kortlægning peger på, at mange mennesker med udviklingshæmning mangler disse færdigheder, hvilket kommer til at udgøre en barriere for deres selvbestemmelse og brugerinddragelse.

Den tredje barriere, som Holmskov og Skov opridses, er de professionelles viden, holdninger og forventninger. Der er på botilbudsområdet sket et skift i personalets rolle fra at have været *livstilrettelæggere* for borgerne med udviklingshæmning til at være *livshjælpere*, der støtter borgeren i at kunne tage selvstændige beslutninger om eget liv. Kortlægning-

gen peger på flere udfordringer i den forbindelse. Eksempelvis kan de professionelle have svært ved at afgive magt, og deres holdninger og forventninger til borgeren fylder fortsat meget. Kortlægningen viser, at flere borgere oplever, at personalet blander sig i forhold, der ikke vedkommer dem, hvilket gør det svært for borgeren at udøve sin selvbestemmelsesret (Holmskov & Skov, 2007).

En rapport om metoder i socialt arbejde fra SFI (Thorsager m.fl., 2007), som bl.a. har undersøgt fritidstilbud til mennesker med udviklingshæmning, peger på samme udfordringer i forhold til personalets holdninger og forventninger. Rapporten konkluderer, at professionelle inden for socialt arbejde har den opfattelse, at det er meget forskelligt, hvorvidt og hvordan det er muligt at inddrage borgeren. De ressourcestærke borgere er lettest at inddrage, mens det kan være vanskeligt at inddrage de mere ressourcetsvage og de borgere, som ikke ønsker at blive inddraget. Det er problematisk, idet manglende borgerinddragelse kan medvirke til at udelukke de mest ressourcetsvage, da de ikke er i stand til at opnå indflydelse. Flere professionelle giver udtryk for, at det ikke er muligt at inddrage de mest ressourcetsvage, da det kræver, at de viser aktivitet og motivation, hvilket alle ikke har evne eller lyst til. Det øgede fokus på borgerinddragelse har endnu ikke resulteret i tilsvarende udvikling af borgerinddragelsesmetoder. Derfor er borgerinddragelse afhængig af den gældende socialarbejders individuelle holdninger og fremgangsmåder. Der betyder samtidig, at der ikke er nogle fælles retningslinjer for, hvordan uvillige og ressourcetsvage borgere bliver inddraget (Thorsager m.fl., 2007).

Den sidste barriere, som Holmskov og Skov påpeger, er de pårørendes viden, holdninger og forventninger, som i kraft af deres tætte relation til borgeren med udviklingshæmning spiller en stor rolle. Lige så vel som de kan medvirke til at sikre borgerens retssikkerhed, kan de også udgøre en barriere i forhold til borgerens selvbestemmelse og borgerinddragelse. Først og fremmest kan de have holdninger og værdier, som de kræver, at personalet respekterer. Samtidig kan de mangle viden og metoder til at støtte borgeren i at udvikle borgerkompetencer (Holmskov & Skov, 2007).

GENTLE TEACHING

Gentle Teaching opstod i starten af 1980'erne, og begrebet blev beskrevet i 1985 af den amerikanske professor i psykologi John McGee. Begre-

bet Gentle Teaching refererer ikke til en egentlig metode, men nærmere til en form for filosofi, der anvendes i det pædagogiske arbejde. Filosofien beskrives som en *hjerterorienteret relationspædagogik*, hvor pædagogen anvender sig selv som et redskab for, at den pågældende beboer skal føle sig *tryk, elsket, i stand til at elske og engageret* (Sørensen, 2012). Gentle Teaching handler med andre ord om relationen mellem mennesker, og det er inden for filosofien acceptabelt, at det socialfaglige personale skaber specielle relationer til den enkelte borger samt udtrykker omsorg og kærlighed over for denne (Sørensen, 2012). Målet er at skabe et trygt liv for den enkelte beboer med udviklingshæmning i fællesskab med andre. Kerneværdierne i Gentle Teaching er kærlighed og anerkendelse, som opnås gennem tryghed, accept, tilknytning, samvær og samspil. Det pædagogiske fokus er borgerens behov og relationen til borgeren, og der tages udgangspunkt i borgerens *bagvedliggende reaktionsmønstre* i stedet for at fokusere på den konkrete reaktion eller adfærd. Den pædagogiske opgave består i at yde omsorg gennem en venlig, blid og nænsom tilgang til borgeren. Inden for Gentle Teaching filosofien anvendes forskellige metoder, som fx miljøterapi (Sørensen, 2012; Nielsen, 2013).

I forhold til undersøgelsens spørgeskemaer har ingen botilbudsledere i Region Syddanmark svaret, at de primært eller næstmest anvender Gentle Teaching i arbejdet med beboere med udviklingshæmning. 8 pct. har svaret, at de anvender Gentle Teaching sammen med andre metoder i arbejdet med beboerne. Undersøgelsen tegner samme billede på landsplan. Ingen af de interviewede botilbudsledere fortæller, at de anvender metoden i arbejdet med beboere med udviklingshæmning.

I litteratursøgningen har vi ikke fundet evidens for effekten af Gentle Teaching, og litteraturen omkring metoden/filosofien har ligeledes været sparsom. Selvom de to kilder, vi har fundet omkring metoden, er forholdsvis nye, så går metoden alligevel tilbage til 1980'erne, hvilket måske forklarer, hvorfor der ikke er så mange, der anvender metoden i dag. Ligeledes bærer metoden præg af at være inspireret af et mere traditionelt, og inden for det specialiserede socialområde, mere gammeldags omsorgskoncept og fokuserer ikke på at gøre borgeren selvhjulp.

NEUROPÆDAGOGIK

Neuropædagogik er et samspil mellem pædagogik og neuropsykologi. Neuropsykologi kan beskrives som en videnskabelig disciplin, der bidrager til viden om, hvilke hjerneprocesser der er aktivt fungerende, og hvil-

ke der er beskadiget. Det er et tværvideenskabeligt arbejdsfelt, hvor neurologer og psykologer undersøger sammenhængene mellem hjerneprocesser og den hjerneskadedes psyke. I neuropædagogikken angiver *neuro*, at det omhandler nerver og nervesystemet. *Pædagogik* kan kort defineres som ”opdragelseskunst”:

Begrebet *neuropædagogik* sammenkobler som følge deraf viden om nervesystemet og viden om opdragelse og undervisning i relation til udvikling (O'Donnell & Willemoes, 2013, s. 109).

Den neuropædagogiske tilgang har til formål at udvikle *kompensationsstrategier* for motoriske, kognitive og sociale færdigheder, men derudover har den også til formål at fungere som en læreproces, der stiller borgeren i centrum for egen-udvikling.

I praksis anvendes neuropædagogik til screening af borgeren med udviklingshæmning. Botilbud for voksne med varig nedsat fysisk og psykisk funktionsevne anvender ofte en komplet neuropædagogisk screeningsmetode. Denne komplette screeningsmetode indeholder tre hovedelementer; 1) først udføres observation af borgeren med udviklingshæmning, 2) dernæst indsamler neuropædagogen viden om den pågældende borgers livshistorie og 3) sidst indeholder den neuropædagogiske screening en *Kuno Beller-screening*¹⁴, der hjælper til at fastsætte borgers udviklingsalder. Neuropædagogiske screeninger på fx hospitaler og genoptræningscentre for senhjærneskadede adskiller sig fra de neuropædagogiske screeninger, der udføres på botilbud, ved ikke at indeholde en Kuno Beller-screening. Neuropædagogen er efter den komplette screening i stand til at udarbejde handlestrategier og planlægge den videre pædagogiske intervention i samarbejde med det øvrige pædagogiske personale. (O'Donnell & Willemoes, 2013).

Resultater fra undersøgelsens spørgeskemaer viser, at neuropædagogik, sammenlignet med de andre metoder, er en af de mest anvendte metoder. 14 pct. i Region Syddanmark har svaret, at neuropædagogik er den tilgang, de primært anvender i arbejdet med beboerne. 16 pct. har svaret, at neuropædagogik er den tilgang, de næstmest anvender på botilbuddene. Det viser tabel 3.4. 63 pct. har svaret, at de anvender neuropædagogik sammen med andre metoder i arbejdet med beboerne. For de

14. Ved bl.a. at teste leg, social følelsesmæssig udvikling, grov- og finmotorik kan Kuno Beller-screeningen hjælpe til en forståelse af, hvilken udviklingsalder den pågældende borger cirka er på (O'Donnell & Willemoes, 2013).

primære og næstmest anvendte metoder tegner undersøgelsen et tilsvarende billede for hele landet. En smule færre har på landsplan svaret, at de anvender neuropædagogik sammen med andre metoder. Metoden er altså en anelse mere udbredt i Region Syddanmark.

I interviewene med lederne for botilbud til mennesker med udviklingshæmning fortæller fem ud af otte, at personalet på botilbuddene anvender den neuropædagogiske tilgang i arbejdet med beboerne. Alle fem botilbudsledere fortæller i tråd med ovenstående, at neuropædagogikken i praksis anvendes som et screeningsværktøj, der skal give et overblik over beboernes ressourcer og fysiologiske begrænsninger. En botilbudsleder fortæller, at screeningen på den måde anvendes til at analysere, hvad borgerne er gode til, og hvad der kan bygges videre på. Flere fortæller, at der efter screeningen typisk udarbejdes en neuropædagogisk udredning i forhold til den enkelte beboers udviklingspotentialer. Denne danner grundlaget for indsatsen over for borgeren.

I litteratursøgningen har vi, ligesom med de andre metoder, heller ikke fundet meget evidens for effekten af neuropædagogik. Der foreligger en række kvalitative resultater fra KvaliKomBo-projektet¹⁵, hvor ni neuropædagoger fra ni forskellige botilbud er blevet interviewet omkring deres syn på anvendelsen af neuropædagogik i botilbud til mennesker med udviklingshæmning (O'Donnell & Willemoes, 2013). De ni neuropædagoger argumenterer for, at det faglige neurologiske belæg giver indblik i, hvilke konkrete pædagogiske handlemåder der er hensigtsmæssige i den pædagogiske intervention med den pågældende borger. Den faglige forståelse, der opnås ved brug af neuropædagogik, bliver af neuropædagogerne fremhævet som betydningsfuld i forbindelse med to forskellige forhold: 1) fagligheden muliggør en målrettet intervention, herunder bidrager neuropædagogikken med at målrette og tilpasse de pædagogiske tiltag til borgernes behov, 2) en neuropædagogisk tilgang til den enkelte borger kan i højere grad forhindre problemadfærd og konflikter, herunder ubehagelige situationer for den enkelte.

De fleste af neuropædagogerne er enige om, at neuropædagogik i højere grad end andre pædagogiske tilgange kan anvendes med god virkning ved problemadfærd, samt når det er svært at finde niveauet for, hvilke aktiviteter og tilgange der er de mest hensigtsmæssige for den en-

15. KvaliKomBo står for "Kvalitet og Kompetenceudvikling i Botilbud" og er et tværkommunalt projekt, der forløb i perioden 2010-2012. DPU/Aarhus har bl.a. bidraget med sparring til de igangsatte kompetenceudviklingsforløb, hvor omkring 300 pædagogiske medarbejdere fra i alt ni botilbud, har deltaget (Langager, 2013).

kelte borger. Screening bliver herunder fremhævet som et nødvendigt element, idet det leder frem til en forklaring på, hvorfor borgeren eventuelt ikke har kunnet honorere de krav, vedkommende er blevet stillet over for i den pædagogiske intervention. Screening kan hermed bidrage til, at den pædagogiske intervention ikke ender med en følelse af nederlag for borgeren, netop fordi screeningen kan forklare, hvilke konsekvenser hjerneskadens placering har for borgerens funktionsniveau. Generelt taler neuropædagerne om, at udviklingsalderen er afgørende for, at de med denne viden kan møde borgeren, der hvor borgeren er, da det ud fra udviklingsalderen defineres, hvilke pædagogiske tiltag der er relevante for den pågældende borger (O'Donnell & Willemoes, 2013).

At den neuropædagogiske screening kan forklare, hvilke krav en borger med udviklingshæmning kan honorere, er en af undersøgelsens interviewede botilbudsledere fra Gkomm enig i. Botilbudslederen fortæller, at den neuropædagogiske screening gav svar på, at en enkelt beboer ikke kunne krydskoordinere. Borgeren havde tidligere haft store udfordringer med at spise med kniv og gaffel, men efter screeningen blev det klart, at det var nødvendigt at skære borgens mad ud, så maden kunne spises udelukkende med gaffel uden at skulle krydskoordinere med kniven. En anden interviewet botilbudsleder fremhæver vigtigheden af kun at arbejde med få udvalgte ting og ikke for mange problemstillinger på en gang. Samme botilbudsleder tilføjer, at det for nogle beboere udelukkende handler om vedligeholdelse, da udviklingspotentialet kan være meget lavt. En tredje botilbudsleder fortæller, at de arbejder med borgerens udviklingspotentiale uanset graden af udviklingshæmning.

O'Donnell & Willemoes konkluderer på baggrund af en undersøgelse af anvendelse af neuropædagogik på botilbud, at måden, hvorpå den neuropædagogiske referenceramme anvendes, har betydning for udviklingsmulighederne for voksne borgere på botilbud. Udviklingsmulighederne varierer, afhængigt af om neuropædagerne forholder sig til hele den neuropædagogiske referenceramme, eller om neuropædagerne primært tager udgangspunkt i Kuno Beller-screeningen. Anvendelsen af den neuropædagogiske referenceramme på botilbud stiller dermed høje krav til det pædagogiske personales faglige forståelse og kompetencer (O'Donnell & Willemoes, 2013).

RELATIONSPÆDAGOGIK

Relationspædagogik var særligt i 1990'erne en stor del af det socialpædagogiske paradigme. Metoden fokuserer på relationen mellem borgeren og det pædagogiske personale, og grundtanken er, at mennesker påvirker hinanden, samt at relationer er udviklende (Sørensen & Dam, 2000).

Man kan tale om, at relationspædagogikken repræsenterer et skift i forholdet mellem borger og pædagog, hvor relationen tidligere var mere hierarkisk, så handler det i denne tilgang om en tillidsrelation, hvor borger og pædagog anerkender hinanden som ligeværdige mennesker og udvikler sig gensidigt (Kærbygård, 2013). Metoden bestræber sig således på afinstitutionisering og har fokus på dialog mellem mennesker (Sørensen & Dam, 2000). Da relationspædagogikken baseres på en eksistentiaalistisk tankegang om, at borgeren erkender sig selv gennem relationer, er det en opgave for pædagogen at støtte denne i at skabe relationer og indgå i fællesskaber. Det er vigtigt, at pædagogen tilgodeser borgerens integritet (Kærbygård, 2013), da en af faldgruberne ved relationspædagogikken kan være, at det socialpædagogiske arbejde bliver afhængigt af pædagogens ”psykiske habitus”. Der kan være fare for, at pædagogen har afgørende indflydelse og magt i forhold til borgeren. Derfor er det vigtigt at anerkende og reflektere over magtrelationen, så ligeværdigheden og gensidigheden i relationen bibeholdes (Pedersen, 2004).

Relationspædagogikken har også været udsat for en del kritik. Et kritikpunkt går på relationspædagogikkens forståelser, der stammer fra privatlivet – såsom kærlighed og autenticitet. Ifølge Pedersen kan det emotionelle i relationen hurtigt blive overbetonet, og man kommer på den måde til at udelade fx miljøet, der også kan have indvirkning på relationen. Ligeledes er det vigtigt at være opmærksom på, at der ofte indgår flere pædagoger og andre borgere i relationen, og der derfor ikke er tale om en en-til-en-relation. Det er vigtigt, at pædagogen overvejer og reflekterer omkring, hvordan denne ønsker at arbejde med relationspædagogikken. Pedersen gør opmærksom på, at der ellers hurtigt kan ske en individualisering af relationerne, som ikke har blik for det magtmæssige (Pedersen, 2004). Sørensen og Dam (2000) kritiserer relationspædagogikken for at være perspektivløs og mangle anvendelige anvisninger. Man skal ikke skabe en relation for relationens skyld. En relation skal kunne bruges til noget, og det er vigtigt at overveje, hvad den kan bruges til. Samtidig er det vigtigt, at pædagogerne er tydelige omkring deres egen rolle i

relationen, og at relationen oftest kun foregår i en afgrænset periode (Pedersen, 2004).

Ud af de otte interviewede ledere for botilbud til mennesker med udviklingshæmning nævner ingen, at de anvender relationspædagogik i arbejdet med beboerne. Ser vi på undersøgelsens spørgeskema-besvarelser, svarer kun 6 pct. i Region Syddanmark, at de primært anvender relationspædagogik i arbejdet med beboerne. Til gengæld svarer 14 pct., at relationspædagogik er den metode, de næstmest anvender i arbejdet med beboerne. 47 pct. har angivet, at de anvender relationspædagogik sammen med andre metoder i arbejdet med beboerne på botilbud til mennesker med udviklingshæmning. Trods kritik af metoden er den altså stadig udbredt i botilbud til mennesker med udviklingshæmning i dag. Undersøgelsen tegner et nogenlunde tilsvarende billede for hele landet.

I litteratursøgningen har det ikke været muligt at finde evidens for effekten af relationspædagogik.

SANSEINTEGRATION

Sanseintegration (SI) er en metode, der blev udviklet i 1960'erne af den amerikanske ergoterapeut og psykolog A. Jean Ayres. Gennem forskellige undersøgelser påviste Ayres, at motoriske, indlærings- og adfærdsmæssige problematikker kunne skyldes utilstrækkelig sansebearbejdning og integration af sanserne (Christensen, 2000). Begrebet SI refererer til centralnervesystemets evne til at samordne to eller flere impulser for menneskets forskellige sanser til en meningsfuld helhed. Oprindeligt er SI udviklet til børn med udviklingsforstyrrelser og indlæringsvanskeligheder, men metoden bliver i dag i større omfang også anvendt til mennesker med sindslidelse, senhjerneskode og udviklingshæmning (Nielsen & Sørensen, 2007). Teorien bag SI antager, at et barn har en indre drivkraft, der bevirker, at det selv opsøger særlige aktiviteter, der giver de stimuli, det har brug for. Dette overfører Bonke og Hass til mennesker med udviklingshæmning og antager, at sammenhæng mellem den indre drivkraft og personen med udviklingshæmning, der opsøger selvstimuli, ofte fører til selvskadende adfærd (Bonke & Hass, 2003).

Metodisk dækker SI over en række ergoterapeutiske øvelser, der alle har til formål at styrke sanseintegrationen hos eksempelvis mennesker med udviklingshæmning. Ergoterapeuten hjælper således borgeren med at udføre øvelser og træneteknikker, der har til formål at øge borgernes koncentration og nærvær samt berolige og modvirke tankeforstyr-

relser. Ergoterapeuten vil typisk arbejde med personen med udviklingshæmnings taktile¹⁶, proprioceptive¹⁷ og vestibulære¹⁸ sansning, da alle disse sansesystemer spiller en vigtig rolle for menneskets sansemotoriske, sociale, emotionelle og kognitive udvikling (Bonke & Hass, 2003). Hertil påpeger Christensen (2000) vigtigheden i at justere SI-behandlingen med jævne mellemrum, så borgeren får den bedst mulig udvikling.

I litteratursøgningen har vi både fundet international evidens for effekten af sanseintegration og danske erfaringer med brugen af metoden. I 2003 har en række britiske ergoterapeuter undersøgt, om mennesker med udviklingshæmning med afvigende og selvskadende adfærd responderer på SI-behandling¹⁹. Studiet undersøger en mand og en kvinde med udviklingshæmning, som begge har modtaget fire ugers SI-behandling. Kvinden har modtaget SI af 50 minutters varighed to gange ugentlig. Manden har modtaget SI af 30 minutters varighed tre gange ugentlig. Kvinden med udviklingshæmning viste som følge af SI-behandlingen forbedringer i evnen til fysisk kontakt og til at interagere med sine omgivelser. Samtidig blev skrig og selvskadende adfærd reduceret med 75 pct. Manden med udviklingshæmning udviste ingen forandringer i sin adfærd. Ifølge forfatterne kan dette bl.a. skyldes hans manglende kommunikation og koncentrationsevne samt udskiftning i personalet og støj under behandlingen. Studiet konkluderer ud fra dette, at det er vigtigt at se på omgivelsernes betydning for den enkelte borger. God kommunikation med det øvrige pædagogiske personale er særligt vigtig, når borgeren har begrænsede kommunikationsmuligheder. Slutteligt konkluderer de, at der er behov for et længerevarende studie for at kunne udlede mere om SI-behandlingen (Green m.fl., 2003).

I 2005 har to andre britiske ergoterapeuter undersøgt effekten af SI-behandling til voksne med sværere grad af udviklingshæmning og manglende taktil modulation. I studiet deltog fire mænd og en kvinde med udviklingshæmning, der alle boede i botilbud. Studiets formål var i særlig grad at måle på deltagerens engagement i aktiviteter, deres afvigende adfærd og deres hensigtsmæssige adfærd. Studiet viser, at tre af mændene og den ene kvinde udviste reduktion i den afvigende adfærd som følge af SI. En af mændene udviste øget engagement i aktiviteter, og to mænd og den ene kvinde udviste forbedret hensigtsmæssig adfærd

16. Følesans/berøringssans.

17. Muskel-led-sans.

18. Også kalder "labyrintsansen", som er den sans, der sørger for, at vi kan holde balancen.

19. Sensory Integration Treatment.

som følge af SI-behandlingen (Urwin & Ballinger, 2005). Selvom studiet er forholdsvis lille, kan der alligevel siges at være nogen evidens for effekten af SI-behandling i forhold til studiets måleparametre.

I 2007 skrev to danske ergoterapeuter (Nielsen & Sørensen, 2007) om deres erfaringer med, hvordan SI har en positiv indvirkning på aktivitetsudøvelse og til tider uhensigtsmæssig adfærd hos voksne med udviklingshæmning. De argumenterer yderligere for, hvordan SI medvirker til at mindske misforståelser mellem borgeren og dennes omgivelser. Ifølge Nielsen & Sørensen (2007) er der generelt for lidt fokus på ergoterapeutisk behandling af mennesker med udviklingshæmning i Danmark. De ser en tendens til, at voksne med udviklingshæmning ofte er inaktive i deres hverdag, hvilket de mener, måske kan skyldes personalets manglende baggrundsforståelse for den uhensigtsmæssige adfærd. SI skaber bedre kommunikation, da viden om menneskets sansesystem giver større indsigt i borgerens adfærd. Dermed mener Nielsen og Sørensen, at SI har en positiv effekt på hverdagen for mennesker med udviklingshæmning.

I forhold til denne undersøgelse tyder det på, at Nielsen og Sørensen har ret i deres antagelse om, at der generelt ikke er meget fokus på SI til mennesker med udviklingshæmning. I interviewene nævner kun en enkelt botilbudsleder fra Gkomm sansintegration som et tilbud, de har til beboerne. I spørgeskemaet har ingen botilbudsledere i Region Syddanmark svaret, at de primært eller næstmest anvender SI i arbejdet med beboerne med udviklingshæmning. Kun 18 pct. har angivet, at de anvender SI sammen med andre metoder i arbejdet med beboerne. Billedet for hele landet ser ligesådan ud.

STRUKTUR I HVERDAGEN

På Tilbudsportalen har flere botilbud anført, at de anvender ”struktur i hverdagen” som en metode i arbejdet med beboerne med udviklingshæmning. Det har imidlertid ikke været muligt for os at finde beskrivelser af denne metode, hvorfor vi stiller spørgsmålstegn ved, om der er udviklet en egentlig metode med dette navn. På flere botilbuds hjemmesider kan man læse om, hvordan deres hverdag er struktureret, og at de har meget fokus på struktur. På Socialstyrelsens hjælpemiddelbase kan man ligeledes finde hjælpemidler, såsom en særlig kalender og skemaer, der kan være en hjælp til at strukturere hverdagen for mennesker med udviklingshæmning.

I interviewene nævner en leder for et botilbud til mennesker med udviklingshæmning, at beboerne generelt tilbydes støtte og vejledning til mestring af eget liv. Dette kan fx bestå af hjælp til strukturering af hverdagen, men også til hjælp til at indgå i sociale relationer, hjælp til indkøb og andet praktisk.

I undersøgelsens spørgeskemaer har 6 pct. i Region Syddanmark svaret, at de primært anvender ”struktur i hverdagen” i arbejdet med beboerne”. Ligeledes har 6 pct. angivet ”struktur i hverdagen” som den metode, de næstmest anvender. Hele 80 pct. har svaret, at de anvender ”struktur i hverdagen” sammen med andre metoder i arbejdet med beboere med udviklingshæmning.

Der er således mange botilbud til mennesker med udviklingshæmning, hvor struktur spiller en væsentlig rolle i det daglige arbejde. Hvordan de mere præcist arbejder med strukturen, ved vi ikke så meget om. I interviewene fortæller en botilbudsleder fra Gkomm, at botilbuddet er udvalgt som ét af de steder, der skal teste velfærdsteknologi i kommunen. I den forbindelse skal alle beboere i fremtiden have en tablet²⁰, hvor de vil få mulighed for at melde sig til aktiviteter, og se hvilket personale der kommer på arbejde. Yderligere vil der blive sat infoskærme op forskellige steder på botilbuddet, så beboerne kan følge med i dagens program. Disse velfærdsteknologier kan ses som et redskab til at strukturere beboernes hverdag.

TOTALKOMMUNIKATION

I 1960'erne introducerede antropologen Margaret Mead begrebet ”total-kommunikation”. Begrebet opstod med baggrund i hendes arbejde og forskning i ulande blandt folk, hvis sprog og kultur hun ikke kendte til. I dag anvendes begrebet i flere forskellige kontekster, men fælles er, at det anvendes til mennesker, der har begrænset taleevne, som fx mennesker med udviklingshæmning kan have. Ifølge Andersen og Mortensen hviler den danske opfattelse af totalkommunikation typisk på den amerikanske forståelse, hvor kommunikation opfattes som noget, der bygger på relationer og en forståelse af, at mennesker bliver til gennem mødet med andre.

Totalkommunikation handler om, at borgeren skal have valgmuligheder i forhold til forskellige kommunikationsmåder, som skal ske ud fra den enkeltes situation. Borgeren skal både have mulighed for at ud-

20. Mellemting mellem pc og mobil.

trykke sig, vælge samt bestemme, og det vigtige element er, at det også forventes, at borgeren gør det. Derfor handler det for det socialfaglige personale om at vælge kommunikationsmåder ud fra, hvad der ses og opleves i forhold til borgeren, og hvordan de forstår borgerens behov og muligheder. Det er den bevidste anvendelse af alle de forskellige måder at kommunikere på, der kaldes "totalkommunikation" (Andersen & Mortensen, 2008).

Kommunikationscentret i Hillerød beskriver ligeledes, hvordan man ud fra den enkelte borger må vurdere, hvilken kommunikationsform der er bedst egnet. Denne vurdering tager typisk udgangspunkt i de fysiske og psykiske ressourcer hos mennesker med udviklingshæmning. I forhold til borgerens fysiske ressourcer kan det fx handle om manglende eller nedsat evne til at artikulere talelyd. Det kan også være funktionsnedsættelser, der gør det vanskeligt at kommunikere ved hjælp af tegn. Psykisk handler det om en vurdering af borgerens intellektuelle udvikling. Psykiske funktionsnedsættelser kan fx medføre en begrænsning i tankeudvikling og bearbejdning af information. Dette vil ofte have betydning for borgerens sproglige niveau. Det kan også handle om nedsat evne til abstrakt tænkning, hvilket indebærer, at borgeren kan have svært ved at forstå fx billedsprog og ironi. Andre kan have svært ved at fastholde koncentrationen og lader sig let aflede. Yderligere har mange begrænset korttidshukommelse, hvorfor det er vigtigt og nødvendigt at formulere korte og præcise sproglige henvendelser.

Ifølge Kommunikationscentret kan totalkommunikation ikke betegnes som en metode, men nærmere som en holdning til kommunikation (Kommunikationscentret, uden årstal). Ligeledes anvendte Mead udtrykket som et overordnet begreb for de midler, som antropologen kunne anvende til at opbygge et kommunikativt fællesskab. Idéen med totalkommunikation er altså at bruge alle de midler, der står til rådighed for at kommunikere og herigennem forstå og blive forstået. Der kan både være tale om sproglige og ikke-sproglige midler (Andersen & Mortensen, 2008).

I forhold til kommunikationsmidlerne, man kan anvende inden for totalkommunikation, påpeger Hoffmann (2012) en manglende implementering af nyere teknologiske kommunikationsmidler og anvendelsen af alternative kommunikationsmidler på botilbud til voksne med udviklingshæmning. Yderligere peger Hoffmann på personalets manglende kompetencer i at tolke såkaldte ordløse udtryk, hvilket kan føre til mang-

lende udfoldelse af borgerens selvbestemmelsesret. Hoffmann beskriver, hvordan IT, videoanalyse, billedsymboler, piktogrammer og billedtavler kan fungere som kommunikationsmidler på botilbuddene. Via sine observationer på forskellige botilbud har hun dog erfaret, at medarbejderne har svært ved at implementere disse kommunikationsmidler. Ikke på grund af uvilje, men fordi de finder det svært at implementere noget nyt i en travl hverdag (Hoffmann, 2012).

I undersøgelsens spørgeskemaer har kun 4 pct. af botilbuddene i Region Syddanmark angivet, at de primært anvender totalkommunikation i arbejdet med beboerne. 6 pct. har svaret, at det er den metode, de næstmest anvender i arbejdet med beboerne, og 33 pct. har svaret, at de anvender totalkommunikation sammen med andre metoder. Test viser, at der er signifikant sammenhæng mellem anvendelsen af totalkommunikation sammen med andre metoder og botilbud med beboere med sværere og sværeste grad af udviklingshæmning. Undersøgelsen tegner samme billede for hele landet.

SOCIALPÆDAGOGISKE METODER TIL MENNESKER MED SINDSLIDELSE

I dette afsnit skal vi se nærmere på de metoder, der anvendes i arbejdet med beboerne på botilbuddene for mennesker med sindslidelse. Først ser vi på, hvilke metoder botilbuddene anvender, og dernæst følger en beskrivelse af metoderne. De metoder, der også anvendes på botilbud til mennesker med udviklingshæmning, vil blive beskrevet i det efterfølgende afsnit.

Ligesom til ledere af botilbud til mennesker med udviklingshæmning har vi også spurgt lederne af botilbud for mennesker med sindslidelse i Region Syddanmark om, hvilke metoder de *primært* og *næstmest* anvender i arbejdet med beboerne. Tabel 3.5. viser, hvordan botilbuddene procentmæssigt fordeler sig på de metoder, de anvender mest og næstmest i arbejdet med beboerne.

Flest botilbud (23 pct.) har svaret, at de primært anvender kognitive metoder i arbejdet med beboerne, og flest (24 pct.) har svaret, at de pædagogiske samarbejds-/indsatsplaner er den metode, de næstmest anvender. Undersøgelsen tegner et anderledes billede for botilbuddene på landsplan. Her har flest svaret, at de primært og næstmest anvender relationsarbejde i arbejdet med beboerne.

TABEL 3.5

Botilbud til mennesker med psykisk lidelse i Region Syddanmark fordelt efter, hvilke metoder de mest og næstmest anvender i arbejdet med beboerne. Procent.

Metode:	Mest anvendt	Næstmest anvendt
Botilbuddet anvender ingen specifikke metoder	3	1
ADL-træning	2	7
Critical Time Intervention	0	0
Handleplaner (§ 141)	11	8
Illness Management & Recovery (IMR)	0	1
Jeg-støttende metoder	13	15
Kognitive metoder	16	7
Livshistoriefortælling	0	2
Miljøterapeutiske metoder	4	6
Pædagogiske- samarbejds-/indsatsplaner	9	14
Rehabiliterende tilgang	14	8
Relationsarbejde	13	11
Social færdighedstræning	6	7
Systemisk tilgang	1	2
Åben Dialog	1	3
Andre	9	8
Total	100	100

Anm.: Region Syddanmark: Primært: N = 111, næstmest: N = 107.

Kilde: Spørgeskema til ledere af botilbud.

Modsat botilbuddene til mennesker med udviklingshæmning ser vi altså en forskel mellem Region Syddanmark og hele landet, når det kommer til metoder i arbejdet med mennesker med sindslidelse. Relationsarbejde er den mest udbredte metode på landsplan, hvor de kognitive metoder og pædagogisk samarbejds-/indsatsplan er mest udbredt i Region Syddanmark.

Ligesom vi så for botilbuddene til mennesker med udviklingshæmning, anvender botilbud til mennesker med sindslidelse generelt også flere metoder i arbejdet med beboerne. Udregninger baseret på undersøgelsens spørgeskemaer viser, at et botilbud til mennesker med sindslidelse i Region Syddanmark i gennemsnit anvender syv metoder i arbejdet med beboerne. De otte interviewede botilbudsledere af botilbud til mennesker med sindslidelse anvender mellem to og syv socialpædagogiske metoder i arbejdet med beboerne. Undersøgelsen tegner et tilsvarende billede for hele landet.

I de følgende vil vi beskrive hovedtrækkene i de metoder, som botilbuddene til mennesker med sindslidelse i større eller mindre grad anvender i arbejdet med beboerne. Beskrivelserne angiver ligeledes evidens for effekten af metoden, såfremt en sådan foreligger.

ILLNESS MANAGEMENT & RECOVERY (IMR)

Illness Management & Recovery (IMR) er udviklet på baggrund af Recovery-modellen og består af et sæt strategier, der hjælper mennesker med sindslidelse til at samarbejde med professionelle. *Recovery* indtræffer, når mennesker med sindslidelse opdager eller genopdager deres styrker og muligheder for at forfølge egne mål samt udvikle en identitetsfølelse, der tillader dem at udvikle sig på trods af deres psykiske sygdom (Mueser m.fl., 2002).

Metodisk er IMR et struktureret og systematisk undervisningsbaseret rehabiliteringsprogram, der inddrager borgeren i behandlingen og dermed hjælper mennesker med sindslidelse til at tilegne sig viden og evner til at håndtere deres sygdom uafhængigt af andre mennesker. IMR bygger på principperne om selvbestemmelsesret og en værdi om, at ydelserne skal være brugerorienterede og skal levere de ressourcer, der er nødvendige for, at borgerne kan træffe informerede valg. IMR skal således hjælpe mennesker med sindslidelse til at mestre deres sygdom og opsætte individuelle og meningsfulde mål for deres liv (Salyer m.fl., 2010).

Formålet med IMR er at skabe et håb for mennesker med sindslidelse om, at en forandring i deres sygdom og sindstilstand er mulig, udvikle en samarbejdsbaseret relation til behandlerteamet, hjælpe mennesker med sindslidelse med at skabe personlige og meningsfulde mål for forbedringer, formidle information om borgerens sygdom og behandlingsmuligheder, hjælpe borgeren til at tilegne sig færdigheder til forebyggelse af tilbagefald og hjælpe borgeren til at styrke egne ressourcer i håndtering af egen sygdom og opfyldelse af personlige mål (Stentoft m.fl., 2013).

Et studie fra England har vist, at der er størst evidens for effekten af IMR, når det handler om, at mennesker med sindslidelse får en øget viden om egen sygdom, og hvordan medicinen skal anvendes som foreskrevet og ordineret. Men IMR kan også påvirkes af utilsigtede effekter som tilbagefald eller genindlæggelse. Studiet påpeger vigtigheden i at fokusere på de tilsigtede effekter, da disse ofte kan relateres til de utilsigtede effekter. Eksempelvis kan det at anvende medicin som foreskrevet være effektivt i forebyggelsen af tilbagefald og genindlæggelse (Mueser m.fl., 2002).

I USA viser en undersøgelse af IMR til borgere på botilbud, at personer, der blev tilbudt IMR-programmet, opnåede bedre sygdomshåndtering og forbedret funktionsevne sammenlignet med personer, der

ikke blev tilbudt programmet. I Danmark er der i 2011 igangsat et randomiseret forsøg på to psykiatriske centre i Region Hovedstaden, der skal måle effekten af IMR. Forsøget er afsluttet i december 2013 (Sten-toft mfl., 2013).

I interviewene nævner ingen botilbudsledere, at de anvender IMR. I forhold til undersøgelsens spørgeskemaer har ingen botilbudsledere i Region Syddanmark svaret, at de anvender IMR som den primære metode i arbejdet med beboerne, mens 2 pct. har svaret, at det er den metode, de anvender næstmest. 11 pct. i Region Syddanmark har svaret, at de anvender IMR sammen med andre metoder i arbejdet med botilbuddenes beboere. Vi finder en statistisk signifikant sammenhæng mellem botilbud i Region Syddanmark med beboere med stressrelaterede lidelser som fx posttraumatisk stresssyndrom og anvendelsen af IMR. Undersøgelsen tegner et nogenlunde tilsvarende billede for hele landet.

KOGNITIVE METODER

Kognitive metoder anvendes i kognitiv terapi, som er en behandlingsform, der tager udgangspunkt i tænkningen og det enkelte individs evne til at reflektere (Mørch & Rosenberg, 2013). Kognitiv terapi er baseret på en psykoterapeutisk tilgang, der tager udgangspunkt i præmissen om, at der er en sammenhæng mellem tanker, følelser og adfærd (Socialstyrelsen, 2013b).

Et grundlæggende princip er at søge at forandre tænkningen, så den bliver mindre begrænsende og selvundertrykkende og mere selvunderstøttende, nuanceret og fornuftsbetonet (Mørch & Rosenberg, 2005).

Kognitiv terapi fokuserer på at øge det psykosociale funktionsniveau og er effektiv i forhold til at mindske hallucinationer og tilbagetrækning. Samtale og forskellige øvelser træner borgeren i ny adfærd, som efterfølgende kan give rum til nye tanker og positive følelser. Disse tanker og følelser kan så igen føre til nye handlinger hos borgeren, som får en større grad af mestring af eget liv og dermed også tilfredshed med eget liv (Socialstyrelsen, 2013b).

Terapeuten søger i kognitiv terapi at forklare metoderne, så borgeren forstår den bagvedliggende idé. Borgeren finder i fællesskab med den kognitive terapeut nogle situationer, som almindeligvis medfører fx angst eller tristhed hos borgeren. En grundig gennemgang af disse situa-

tioner medvirker til at klargøre, hvilke tanker der opstår hos borgeren i bestemte situationer, som medvirker til at frembringe og fastholde belastende følelser. Næste skridt for borgeren er at indøve alternative tanker. Det er forskelligt fra person til person, hvad alternative tanker indeholder, men overordnet er der tale om tanker, der støtter den enkelte i at se mere nuanceret på situationer, andre og sig selv. Når borgeren er i stand til at tænke disse alternative tanker, vil de automatisk få mere mod på de situationer, der fx kan virke angstfremkaldende.

I behandlingsforløbet udarbejder borgeren i samarbejde med terapeuten nogle øvelser, hvor borgeren kan arbejde med at ændre sin tænkning. Disse øvelser udføres som hjemmearbejde, som er afgørende for behandlingens effekt (Mørch & Rosenberg, 2005).

I spørgeskemaundersøgelsen svarer flest botilbud (23 pct.) i Region Syddanmark, at de primært anvender kognitive metoder i arbejdet med beboerne. 9 pct. svarer, at kognitive metoder anvendes næstmest i arbejdet med beboerne, og 44 pct. anvender kognitive metoder sammen med andre metoder. Undersøgelsen tegner et nogenlunde tilsvarende billede på landsplan, bortset fra at kun få svarer, at de primært anvender kognitive metoder i arbejdet med beboerne.

At mange botilbud til mennesker med sindslidelse anvender kognitive metoder understøttes ligeledes af undersøgelsens kvalitative interview. Her fortæller alle ledere med undtagelse af én, at de anvender kognitive metoder/tilgange. En botilbudsleder fra Ikomm fortæller, at deres kognitive tilgange består af en værktøjskasse til både at lave et forløb til borgeren og til at følge op på borgerens forløb. Her fastsættes det bl.a., om borgeren skal deltage i et gruppeforløb, eller om borgeren skal have en mere individuel tilgang. I Hkomm fortæller botilbudslederen, at de kognitive behandlingsformer bl.a. kan bestå af psykoedukation²¹, socialfærdighedstræning og stemmehørernetværk²². Der hører forskellige skemaer til disse behandlingsformer. I Fkomm arbejder de ligeledes med psykoedukation, men også med mestring og coping som en del af den kognitive metode. I Akomm, Ckomm og Gkomm har personalet på botilbuddene et fælles kognitivt afsæt, som anvendes forskelligt fra beboer til beboer og formentlig også fra botilbud til botilbud.

I litteratursøgningen har vi ikke fundet megen evidens for effekten af kognitive metoder. Det eneste, vi har fundet, er resultater fra et

21. Undervisning som giver borgere en viden om sindslidelser.

22. Netværk af mennesker, der hører stemmer.

effektmålingsprojekt på botilbuddet Guldregnen i Fkomm fra 2003, der havde til formål at undersøge, om kognitiv metode højner kvaliteten af indsatsen i forhold til beboerne. Effektmålingen viser, at beboerne har arbejdet meget forskelligt med modellen, hvilket også kommer til udtryk i den enkelte beboers udbytte. De mest ressourcerstærke beboere oplevede, at den kognitive metode har givet dem et redskab til bedre at kunne håndtere deres angst og depression, og blandt denne beboergruppe er lysten til at øge aktivitetsniveauet også steget. Imidlertid har størstedelen af beboergruppen virket afvisende eller uengagerede i arbejdet med den kognitive metode, da de ikke har følt et behov eller ikke har kunnet forholde sig til det, som er blevet forklaret. Derudover har enkelte været direkte afvisende over for denne metode, som tidligere erfaringer viser dem har medført uønsket indblanding i deres liv.

I forhold til personalegruppen har medarbejderne fået en fælles referenceramme og en større viden, hvilket har bevirket, at personalet er blevet bedre til at give hinanden kollegial sparring. Den nye viden har vist sig brugbar over for en del af beboergruppen og er ligeledes blevet udmøntet i praksis i vid udstrækning. Personalet har ligeledes oplevet en større succes i arbejdet, da de kognitive værktøjer (skemaer, teknikker og teoretisk viden) har medvirket til at strukturere og overskueliggøre arbejdet. Slutteligt konkluderer effektmålingsprojektet, at kognitiv metode højner kvaliteten af indsatsen i arbejdet med beboerne (Guldregnen, 2003).

MILJØTERAPEUTISKE METODER

Litteratursøgningen har ikke ført til mange detaljerede beskrivelser af miljøterapeutiske metoder, når det kommer til arbejdet med mennesker med sindslidelse. Gennem søgningen finder vi, at de miljøterapeutiske metoder i særlig grad anvendes til børn, der har været udsat for omsorgssvigt, men enkelte botilbud beskriver også metoden på deres hjemmesider. Det er ud fra disse, at vi her beskriver den miljøterapeutiske tilgang i arbejdet med mennesker med sindslidelse.

Botilbuddet Nødebogård i Fredensborg beskriver, hvordan miljøterapiens baggrund er baseret på psykoanalyse og udviklingspsykologi. Hverdagsmiljøet fungerer som ”terapeuten”, og der arbejdes herigennem med relationer til personalet, de andre beboere og pårørende (Nødebogård, 2013). På botilbuddet Måløvgård i Måløv er behandlingen ligeledes tilrettelagt efter miljøterapeutiske principper, hvilket også kommer til

udtryk ved at arbejde med relationer, bl.a. gennem en kontaktpersonsordning (Måløvgård, 2013).

Miljøterapi handler om at indrette borgerens hverdagsmiljø og dagligdag således, at de bliver bedre i stand til at klare sig selv og indgå i relationer med andre mennesker. Formålet er, at borgeren udvikler personlige, praktiske og sociale færdigheder (Lindevang, 2013). Fordi det miljøterapeutiske arbejde foregår inden for borgerens hverdagsrammer på botilbuddet, giver det god mulighed for, at problemer bliver synlige og kan håndteres. Eksempelvis kan måltiderne være en mulighed, hvor der kan arbejdes med samværet med andre mennesker.

Formålet med miljøterapi er ligeledes at gøre borgeren i stand til at udvikle selvstændighed. Det kan eksempelvis frem dyrkes ved at stille krav til borgeren, hvortil det dog er vigtigt, at det sker på et tidspunkt, hvor borgeren kan magte nye opgaver, så det frembringer en selvværdsfølelse og ikke et nederlag. Miljøterapi kan ligeledes omfatte træning af borgerens intellektuelle, sproglige og motoriske færdigheder (Nødebogård, 2013). Botilbuddet Kalleruphus i Valby beskriver miljøterapeutisk behandling som en behandling, som kan bestå af sikring af normal døgnrytme, et dagsprogram, læring af praktiske færdigheder fx omkring at holde et hjem, opbygning af fritidsaktiviteter og i det hele taget hverdagsfunktioner, som bevirker, at borgeren i højere grad kan klare sig selv (Kalleruphus, 2013).

I forhold til undersøgelsens spørgeskemaer har kun 8 pct. af botilbudslederne svaret, at de primært anvender miljøterapeutiske metoder i arbejdet med beboerne. 24 pct. har angivet, at de anvender miljøterapi sammen med andre metoder. I de kvalitative interview fortæller botilbudsledere fra Fkomm, Hkomm og Ikomm ligeledes, at de anvender miljøterapeutiske principper sammen med andre metoder. Vi ser et nogenlunde tilsvarende billede for botilbuddene på landsplan.

PÆDAGOGISKE PLANER

Via litteratursøgningen har det ikke været muligt at finde mange beskrivelser af pædagogiske samarbejds- eller indsatsplaner. Ifølge Socialstyrelsen er pædagogiske planer forankret på botilbuddet og må hverken forveksles med – eller erstattes § 141 handleplaner (handleplaner beskrives senere i dette kapitel). Pædagogiske planer eller borgerens ”delplan”, ”personlige plan” eller lignende, som de også kaldes, handler om det sociale tilbuds indsats og vil ofte være et vigtigt element i denne. Der-

for er det vigtigt, at der er sammenhæng mellem den pædagogiske plan og § 141-handleplanen. Socialstyrelsen skriver, at man i nogle kommuner har besluttet, at den pædagogiske plan skal indgå som et delelement i § 141-handleplanen, og at dette aftales med borgeren og sagsbehandleren. Det vil sige, at borgeren og sagsbehandleren skal godkende indholdet af den pædagogiske plan, da den bliver en del af handleplanen og ikke blot udmøntet heraf (Socialstyrelsen, 2013c).

Yderligere har vi fundet en årsrapport for tilsyn i Dkomm fra 2010, hvor en botilbudsleder interviewes om de pædagogiske samarbejdsplaner. Ud fra denne årsrapport kan man læse, at en pædagogisk samarbejdsplan er en plan, der udarbejdes for beboerne på et botilbud. I Dkomm betyder samarbejdsplanen konkret, at der koordineres et tværfagligt samarbejde omkring beboeren, der samler alle planer i én plan, som de kalder ”beboerens plan”. Alle planer udarbejdes med udgangspunkt i et interview med beboeren. Beboerens bostøtte udfører interviewet, men denne har også mulighed for at inddrage en kollega, hvis der er et særligt behov.

På botilbuddet i Dkomm er både ledere og medarbejdere enige om, at arbejdet med samarbejdsplanerne har højnet fagligheden og øget kendskabet til den enkelte beboer. Hertil er det dog vigtigt, at der konstant arbejdes med at sikre, at beboeren forstår de spørgsmål, der stilles i interviewet. Botilbudslederen foreslår ligeledes, at man arbejder med særlige udviklingsområder i samarbejdsplanen. Disse områder kunne fx være øget selvstændighed og brugerinddragelse. Det er vigtigt, at beboeren er centrum for indsatsen, så der kan arbejdes på at skabe en helhedsorienteret indsats, så alt personale, der er i kontakt med beboeren, indgår i samarbejdet.

I de kvalitative interview fortæller en enkelt botilbudsleder, at de anvender samarbejdsplaner på botilbuddet. De anvender ofte dokumentationen fra deres elektroniske dokumentationssystem som udgangspunkt for samarbejdsplanen. I forhold til undersøgelsens spørgeskema har 4 pct. af botilbuddene svaret, at de primært anvender pædagogiske samarbejds-/indsatsplaner i arbejdet med beboeren, og hele 24 pct. har angivet, det er den metode, de næstmest anvender. Der er signifikant sammenhæng mellem tilstedeværelsen af beboere med stressrelaterede lidelser, som fx PTSD²³, samt skizofreni og psykoser og anvendelsen af de pædagogiske planer sammen med andre metoder.

23. Posttraumatisk stresssyndrom.

Vi finder et nogenlunde tilsvarende billede for hele landet. Dog adskiller resultaterne sig ved, at kun få på landsplan har angivet, at de pædagogiske samarbejds-/indsatsplaner er den metode, de anvender næstmest i arbejdet med beboerne.

REHABILITERENDE TILGANG

I 2004 udarbejdede MarselisborgCentret – Dansk center for rehabilitering, forskning og udvikling en hvidbog om rehabiliteringsbegrebet i Danmark. På baggrund af international forskning, rehabiliteringslitteratur og en række andre væsentlige elementer har de udarbejdet følgende definition:

Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats (MarselisborgCentret, 2004, s. 16).

I udarbejdelsen har der bl.a. været lagt vægt på en række kriterier, som fx at definitionen skal kunne forstås og have gyldighed for borgere, pårørende, fagfolk, politikere mv., at definitionen er gyldig i alle relevante sektorer; at definitionen er holdbar over tid, at definitionen indeholder ord og kendetegn, som er centrale for rehabilitering, samt at definitionen så vidt muligt er gældende i forhold til international praksis.

Rehabiliteringsprocessen udarbejdes på baggrund af en samlet vurdering af borgerens livssituation og borgerens egne beslutninger herom. Processen planlægges og gennemføres ud fra dette. Formålet med rehabiliteringsprocessen er, at borgeren får et selvstændigt og meningsfuldt liv samt den bedst mulige funktionsevne. Rehabiliteringsprocessen fokuserer derfor på at forbedre mulighederne for, at borgeren kan udføre hverdagsaktiviteter og deltage aktivt i samfundet trods dennes funktionsnedsættelse. Rehabiliteringsprocessen er en proces med mange elementer og aktører, hvorfor fastsættelse af formål og mål er afgørende både for forståelsen af rehabilitering og den måde, hvorpå rehabiliteringen praktiseres. Det er vigtigt at arbejde med et såkaldt målhierarki, hvori formål, mål og delmål indgår. *Delmålene* angiver konkrete resultater, der skal op-

fyldes for at nå et *mål* som fx kan være at komme i beskæftigelse. *Formålet* angiver, hvad der skal opnås i overensstemmelse med både samfundets og borgerens værdigrundlag. Eksempler på rehabiliteringsformål kan være forbedring af livskvaliteten, ligestilling og medborgerskab. Omfanget af rehabiliteringsindsatsen er afhængig af borgerens ressourcer og værdigrundlag (MarselisborgCentret, 2004).

I undersøgelsens kvalitative interview fremhæver kun en enkelt botilbudsleder for botilbud til mennesker med sindslidelse fra Akomm, at de arbejder med den rehabiliterende tilgang. Botilbudslederen fortæller, at det for dem handler om at gøre beboerne mindre afhængige af personalet og dermed rykke arbejdet med beboerne væk fra det traditionelle omsorgsbegreb. I forhold til undersøgelsens spørgeskemaer er det også overraskende få, der i Region Syddanmark har svaret, at de anvender den rehabiliterende tilgang. 8 pct. har svaret, at den rehabiliterende tilgang er den metode, de primært anvender i arbejdet med beboerne, og 7 pct. har angivet, at det er denne metode, de anvender næstmest i arbejdet med beboerne. 33 pct. har svaret, at de anvender den rehabiliterende tilgang sammen med andre metoder i arbejdet med beboerne. Undersøgelsen tegner et tilsvarende billede for hele landet.

I litteratursøgningen har vi heller ikke kunne finde evidens for effekten af den rehabiliterende tilgang. Eplov m.fl. skrev i 2010, at der var lang vej endnu, før mennesker med et psykosocialt handicap på baggrund af en psykisk lidelse fik et rehabiliterende tilbud med kvalitet. Ifølge Eplov m.fl. eksisterer der rehabiliterende indsatser mange steder i Danmark, men udfordringen er ofte at omsætte teori til praksis (Eplov m.fl., 2010).

RELATIONSARBEJDE

I litteratursøgningen efter relationsarbejde i arbejdet med mennesker med sindslidelse har det ligeledes været svært at finde beskrivelser af metoden. Dette bakkes op af psykologen Knud Ramian, der på sin hjemmeside skriver, at ”relationsarbejde” er et indforstået begreb, da der sjældent findes nogen beskrivelser af, hvad begrebet dækker over. Ramian opfordrer endda til at lade ham vide, hvis man kender til beskrivelser af metoden. Alligevel har han fundet frem til nogle beskrivelser, som han fremlægger på hjemmesiden (Ramian, 2013).

Ramian beskriver, hvordan relationsarbejdet i arbejdet med mennesker med sindslidelse ofte er tæt forbundet med kontaktpersonens

rolle, hvor kontaktpersonens opgave kan være at pege på muligheder frem for begrænsninger, aktiv lytning, hjælpe borgeren til at skabe overblik og finde løsningsmuligheder. Men det er ikke altid en fagperson, der er den betydningsfulde relation for borgeren. Inden for recovery-tænkningen dækkes den virkningsfulde relation af begrebet ”den betydningsfulde anden”. Centralt i denne relation står at blive set som et ligeværdigt menneske og en betydningsfuld person, samt at den anden ikke fordømmer, men er i stand til at tro på personen. Det at være betydningsfuld for en anden smitter af på borgerens håb om at være af betydning i eget liv (Ramian, 2013).

Ligesom det har været svært at finde beskrivelser af relationsarbejde, har det ligeledes været svært at finde evidens for effekten af metoden. Ramian skriver, at der findes massevis af undersøgelser, der påviser, hvordan den gode relation mellem borger og fagperson har en indvirkning på en række forskellige områder. Der er altså mange undersøgelser omkring, at en god relation virker. Dog er der, ifølge Ramian, ikke så mange undersøgelser omkring, hvad der virker i relationsarbejdet (Ramian, 2013).

I undersøgelsens kvalitative interview fortæller kun en enkelt botilbudsleder fra Ikomm, at de arbejder med relationer på botilbuddet til mennesker med sindslidelse. Botilbudslederen fortæller, at de arbejder efter en helhedsorienteret forandringsmodel baseret på viden om, hvad der skaber forandring hos borgeren. Det gør de bl.a. ved at fokusere på beboernes netværk og relationer. I spørgeskemaundersøgelsen har 13 pct. af botilbudslederne i Region Syddanmark angivet, at relationsarbejde er den metode, de primært anvender i arbejdet med beboerne. 11 pct. svarer, at det er den metode de næstmest anvender. 49 pct. angiver, at de anvender relationsarbejde sammen med andre metoder i arbejdet med beboerne. Vi finder et lignende billede for hele landet.

ÅBEN DIALOG

Modellen Åben Dialog (OD), også kaldet Laplandsmodellen, stammer fra Finland og blev udviklet i 1980’erne og 1990’erne, og der er blevet publiceret omkring modellen siden 2001 (Seikkula, 2001, 2002, 2003). Det er den finske psykolog Jaakko Seikkula, der har udviklet modellen, der oprindeligt henvender sig til psykotiske patienter. OD kendetegnes overordnet ved at være en model, der ikke kun fokuserer på borgeren, men også inddrager dennes netværk. Netværket betragtes nemlig som en

ressource, hvorfor det inddrages i behandlingen på lige fod med fagfolk (Seikkula m.fl., 2006).

Seikkula m.fl. (2006)²⁴ beskriver OD som bestående af syv principper, som skal danne grundlag for en hurtig og samtidig indsats for mennesker med sindslidelse og deres netværk ved et tværfagligt team:

1. *Umiddelbar hjælp i krisesituationer*: Består af 24-timers-kriseservice, og at det første behandlingsmøde finder sted højst 24 timer efter henvendelse.
2. *Det sociale netværks perspektiver*: Borgerens netværk, som familie og andre nære pårørende, inddrages i de første møder. Arbejdsgiver, evt. jobcenter og de sociale myndigheder inddrages ligeledes.
3. *Fleksibilitet og bevægelighed*: Behandlingsmetoder og behandlingssted er fleksibelt.
4. *De professionelle ansvar*: Hele holdet er ansvarligt for behandlingen.
5. *Sikring af kontinuitet i arbejdet*: Holdet er ansvarligt for behandling på sygehus såvel som udenfor. Der er fokus på at skabe mening for borger og pårørende fremfor et ensidigt fokus på symptomreduktion.
6. *Tolerance i forhold til usikkerhed*: Behandlerne må acceptere en usikkerhed, som psykiatere traditionelt reducerer med en hurtig medikamentel indsats. OD's alternativ er at opbygge og give tillid gennem dialog.
7. *Dialog*: Behandlerne kører ikke dialogen efter et skema. De anvender derimod familiens og netværkets måde at tale på.

Åben dialog anvendes altså til behandlingsmøder, hvor borgeren, dennes netværk og fagfolk uden forberedelse taler sammen. Denne samtale er ”åben” og lægger op til, at alle problemsituationer kan diskuteres (Seikkula, 2008). OD er udviklet på basis af systemisk familierapi, hvor dialogen anskues ud fra et socialkonstruktivistisk²⁵ udgangspunkt: Gennem dialog skaber mennesker den sociale virkelighed sammen. Yderligere indeholder OD en særlig samtaleteknik, den reflekterende samtale. I praksis handler den reflekterende samtale om, at terapeuterne reflekterer over samtalen med borgeren og pårørende over for borgeren og de pårørende. På den måde bliver borgeren og de pårørende en del af den socia-

24. De syv principper beskrives også i Seikkula m.fl., 2003 og Seikkula m.fl., 2001a.

25. Se fodnote side 19.

le virkelighed, som terapeuterne har sammen, og terapeuterne tydeliggør samtidig, hvad de har fået ud af samtalen, hvad de har hørt, og hvad de tolker ud fra dette (Bengtsson & Gregersen, 2013).

Vi har ikke kunne finde stærk evidens for effekten af OD. I sin seneste publikation fremlægger Seikkula resultater fra et studie, hvor første og anden fase af OD-praksis i Vestlapland sammenlignes med en kontrolgruppe fra byen Jyväskylä. Resultaterne viste sig i form af færre sengedage for OD første fase og endnu færre for OD anden fase sammenlignet med kontrolgruppen og mindre brug af psykotisk medicin. Samtidig var der også færre psykotiske symptomer for OD anden fase og flere i arbejde sammenlignet med de andre grupper (Seikkula, 2008). Evidensen for effekten af OD er altså ikke særlig stærk, men alligevel har modellen påkaldt sig stor interesse i Danmark de seneste år, og der er oprettet en uddannelse i Aarhus, der underviser i metoden (Bengtsson & Gregersen, 2013).

I de kvalitative interview er det kun botilbudslederen fra Akomm, der fortæller, at de anvender Åben Dialog i arbejdet med mennesker med sindslidelse. Botilbudslederen understreger, at Åben Dialog anvendes meget forskelligt af personalet og ikke stringent efter de syv principper. Ud fra undersøgelsens spørgeskemaer tyder det på, at modellen ikke er særlig udbredt på botilbudsområdet. Ingen i Region Syddanmark angiver, at Åben Dialog er den metode, de primært anvender i arbejdet med beboerne, og kun 4 pct. har svaret, at det er den metode, de næstmest anvender. 29 pct. angiver, at de anvender Åben Dialog sammen med andre metoder. Undersøgelsen tegner et tilsvarende billede for hele landet.

CRITICAL TIME INTERVENTION

Socialstyrelsen har en beskrivelse af CTI på sin hjemmeside under hjemløshed, men metoden er også relevant på sindslidende området. Den bliver dog ikke anvendt i Region Syddanmark.

SOCIALPÆDAGOGISKE METODER TIL BEGGE MÅLGRUPPER

I dette afsnit skal vi se nærmere på de metoder, der både anvendes på botilbud til mennesker med sindslidelse og på botilbud til mennesker med udviklingshæmning. Tabellerne 3.4 og 3.5, som ses tidligere i kapitlet, viser, hvor mange der procentmæssig anvender metoderne på hen-

holdsvis botilbud for mennesker med udviklingshæmning og botilbud til mennesker med sindslidelse.

ACTIVITY OF DAILY LIVING (ADL-TRÆNING)

En af de metoder, der både anvendes til mennesker med udviklingshæmning og mennesker med sindslidelse, er Activity of Daily Living, som på dansk oversættes til Almindelig Daglig Livsførelse (”ADL-træning”). Metoden anvendes også til andre målgrupper, som fx ældre og hjerneskadede. ADL-træning er en ergoterapeutisk metode, hvor borgeren hjælpes til at forbedre eller udvikle udførelsen af daglige aktiviteter. Det kan være personlig hygiejne, påklædning, madlavning, spisning, rengøring mv., som alle dækker over en række praktiske færdigheder, som er nødvendige hverdagsaktiviteter. Borgerens hverdagsaktiviteter anvendes altså som træning, som har til opgave at forbedre borgerens aktivitetsniveau. Træningen foregår altså i naturlige sammenhænge, og formålet er at gøre borgeren så aktiv og selvhjulpne som muligt i de daglige gøremål. Kognitiv og social træning kan ligeledes indgå i ADL-træningen (Lunden, 2013; Hvidovre Hospital, 2013).

I litteratursøgningen har vi ikke fundet nogen evidens for effekten af ADL-træning. I forhold til undersøgelsens kvalitative interview er der tre ledere for botilbud til mennesker med sindslidelse, der nævner, at de arbejder med ADL-træning. I Akomm fortæller botilbudslederen, at det første, de skal have styr på i forhold til en ny beboer, er vedkommendes evner til at klare almindelige aktiviteter i den daglige livsførelse (ADL-evner). Ingen ledere for botilbud til mennesker med udviklingshæmning nævner, at de anvender metoden. Ser vi på undersøgelsens spørgeskemaer, er det også mest botilbud til mennesker med sindslidelse i Region Syddanmark, der anvender ADL-træning. Mens kun 22 pct. af botilbuddene til mennesker med udviklingshæmning angiver, at de anvender ADL-træning sammen med andre metoder, så angiver hele 49 pct. af botilbuddene til mennesker med sindslidelse, at de anvender metoden sammen med andre metoder i arbejdet med beboerne. Vi ser et nogenlunde tilsvarende billede for hele landet. Dog er der på landsplan ingen forskel på botilbud til mennesker med udviklingshæmning og mennesker med sindslidelse, når det kommer til at anvende ADL-træning sammen med andre metoder.

HANDLEPLANER (§ 141)

Handleplaner er et redskab, der i henhold til servicelovens (SEL) § 141 skal tilbydes til alle personer med betydeligt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller personer med alvorlige sociale problemer (Loumann, 2013). Derfor anvendes handleplaner selvfølgelig både på botilbud til mennesker med sindslidelse og mennesker med udviklingshæmning. Hensigten med handleplanerne er, at de skal styrke det individuelle tilbud til borgeren ved at beskrive indsatsens formål og borgerens udviklingsperspektiv. Dette gøres, så rammen for borgerens indsats bliver gennemskuelig for personalet samt forudsigelig og overskuelig for borgeren. Yderligere gøres det for at medtage borgerens ønsker, behov og situation. Altså kan handleplanerne overordnet beskrives som et redskab til bedre at forstå og handle over for borgeren som et aktivt subjekt i eget liv og ikke et passivt objekt i en professionel verden (Langager m.fl., 2009).

Handleplanerne indsamler informationer om den indsats, som den enkelte borger er blevet bevilliget og kommer på den måde til at fungere som et redskab i samarbejdet mellem borger og myndighed. Handleplanen skal nemlig angive indsatsens formål, hvilken indsats der er nødvendig for at opnå formålet, indsatsens varighed samt andre forhold som fx bolig, beskæftigelse, støtte, hjælpemidler mv. (Loumann, 2013). Handleplanen indeholder altså konkrete mål for borgerens indsats, men har også mulighed for at indeholde borgerens personlige ønsker for fremtiden. Handleplanen igangsættes, når sagsbehandleren vurderer, hvilke indsatser den enkelte borger har behov for og afsluttes, når der er truffet en endelig afgørelse om, at der ikke længere er behov for de gældende indsatser (Socialstyrelsen, 2013a).

I vores litteratursøgning har vi ikke fundet nogen evidens for effekten af brugen af handleplaner. Vi har fundet, at handleplaner kan forstås på adskillige måder, fx som et koordineringsværktøj, som journal, som pædagogisk redskab til at synliggøre pædagogiske overvejelser og metoder, som myndighedens bevilling til borgeren, som myndighedens bestilling til udføreren (fx botilbud) eller som synliggørelse af borgerens ønsker til støtte og eget liv. Loumann påpeger, at handleplanernes mange betydninger kan bevirke, at professionelle har svært ved at redegøre for handleplanens præcise formål. Herved er der, ifølge Loumann, en risiko for, at handleplanerne bliver anvendt som et kombinationsredskab, der skal rumme samtlige aspekter, hvilket vil betyde, at borgerens ønsker vil blive nedtonet. En anden udfordring er, ifølge Loumann, medinddragel-

se af borgeren i udfærdigelsen af handleplanen. Eksempelvis kan en borger have så ringe kognitive og kommunikative evner, at det bliver vanskeligt for denne at gøre sin indflydelse gældende. Dermed kan man risikere, at borgerens ønsker kun tillægges minimal – eller ingen betydning (Loumann, 2013).

I de kvalitative interview fortæller samtlige interviewede ledere både for botilbud til mennesker med udviklingshæmning og mennesker med sindslidelse, at de arbejder efter SEL § 141-handleplanen, som danner grundlag for indsatsen med beboerne. Heri indgår som oftest en personbeskrivelse af borgeren samt en beskrivelse af borgerens mål og delmål. Indsatsen tilrettelægges altså individuelt. I Gkomm fortæller en leder for et botilbud til mennesker med udviklingshæmning, at der udarbejdes nye handleplaner for beboerne efter behov, men at dette med fordel kunne gøres mere systematisk. I Akomm fortæller en leder for et botilbud til mennesker med sindslidelse, at der i hverdagen arbejdes ud fra borgerens handleplan og ikke altid ud fra andre metoder. Botilbudslederen tilføjer hertil, at det måske ville være nemmere at arbejde ud fra andre metoder, hvis personalet havde samme uddannelsesmæssige baggrund.

Ser vi på undersøgelsens spørgeskemaer, er der ikke den store forskel på forhold til botilbuddenes forskellige målgrupper. For botilbud til mennesker med udviklingshæmning har 12 pct. angivet, at handleplaner er den metode, de primært anvender i arbejdet med beboerne, og 12 pct. har svaret, at det er den metode, de næstmest anvender. 57 pct. har svaret, at de anvender handleplaner sammen med andre metoder. Nogenlunde tilsvarende billede ses for botilbud til mennesker med sindslidelse, hvor 13 pct. har angivet handleplaner som den primære metode, og 7 pct. har angivet handleplaner som den næstmest anvendte metode. 58 pct. har svaret, at de anvender handleplaner sammen med andre metoder i arbejdet med beboerne. Vi finder næsten samme billede for hele landet, dog er der procentmæssigt lidt færre for begge målgrupper, der anvender handleplaner sammen med andre metoder.

JEG-STØTTENDE METODER

Jeg-støttende metoder tager udgangspunkt i den jeg-støttende psykoterapi og har fokus på udvikling og understøttelse af individets ressourcer. Den mest kendte bog, der beskæftiger sig med jeg-støttende metoder i sygeplejen, er *Fra kaos mod samling, mestring og helbed: psykiatrisk sygepleje til*

psykiatriske patienter af Liv Strand. Ifølge Liv Strand kan de jeg-støttende principper inden for sygeplejen beskrives som: kontinuitet og regelmæssighed, nærhed og afstand, fysisk omsorg, grænsesætning, skærmning, containing – funktion, realitetsorientering, praktiske gøremål – samhandlen, verbalisering, krav og mål samt træning i at se valgmuligheder (Strand, 2006). Jeg-støttende sygepleje anvendes ikke kun i forbindelse med mennesker med sindslidelse. Metoden anvendes også i de såkaldte ”oligofreniteam” inden for psykiatrien, der tilbyder behandling og pleje af mennesker med udviklingshæmning med psykiatriske problemer (Lund, 2010).

Ud over Liv Strands jeg-støttende principper kan jeg-støttende metoder også bestå af samtaler, hvor formålet er at lindre psykiske smerter ved at understøtte den enkelte i at *sætte ord på stemninger, følelser og kropssprog*. Ydermere er formålet at give den enkelte mulighed for at erkende sig selv som et aktivt handlende menneske, der både har ønsker, drømme og visioner for fremtiden. Den enkelte person rummes og bakkes således op i at finde frem til positive egenskaber ved egne ressourcer. For anvendelse af jeg-støttende samtaler er det vigtigt, at samtalepartneren er en anden end den daglige støtteperson, og at denne person har forståelse og respekt for den enkelte og dennes forståelser (SocialPædagogisk Udviklingscenter, 2013). Vi har ikke fundet evidens for effekten af jeg-støttende metoder i undersøgelsens litteratursøgning.

I de kvalitative interview nævner kun en enkelt leder for et botilbud til mennesker med sindslidelse fra Gkomm, at de anvender jeg-støttende principper i arbejdet med beboerne. I undersøgelsens spørgeskemaer har 6 pct. af botilbud til mennesker med sindslidelse i Region Syddanmark svaret, at de primært anvender jeg-støttende metoder, 15 pct. har angivet, at det er den metode de næstmest anvender, og 49 pct. har angivet, at de anvender metoden sammen med andre metoder. For botilbud til mennesker med udviklingshæmning i Region Syddanmark har 6 pct. svaret, at det er den metode, de primært anvender. Kun 2 pct. har angivet metoden som den næstmest anvendte, og 47 pct. har angivet, at de anvender metoden sammen med andre metoder. Der er altså en lille overvægt af botilbud til mennesker med sindslidelse i Region Syddanmark, der anvender metoden i arbejdet med beboerne. Undersøgelsen tegner et nogenlunde tilsvarende billede for hele landet.

LIVSHISTORIEFORTÆLLING

Livshistoriefortælling kendes også som ”storytelling” og anvendes i mange forskellige sammenhænge (som fx i erhvervslivet) og til mange forskellige formål (undervisning, forskning, selvhjælpsgrupper, psykoterapi, karriereplanlægning mv.).

Oprindeligt er livshistoriefortælling udviklet af psykologerne Jónas Gústafsson og Knud Ramian, og vægter vigtigheden af, at alle versioner af virkeligheden tages alvorligt, og at borgerens historie og vinkling af samme rummes og accepteres. Teoretisk baseres metoden på socialkonstruktionisme²⁶ og narratologi²⁷. En livshistorie kan beskrives som den fortalte fortælling om et liv og betragtes som en selvfremsættelse, der er en vigtig del af individets liv. Det er den, fordi livshistorien genspejler den måde, hvorpå individet opfatter sig selv og opfattes eller gerne vil opfattes af andre. Formålet med metoden er at skabe dialog og sætte ord på borgerens oplevelser og ønsker, så disse kan indgå i den psykiatriske indsats. Ved at have fokus på borgerens liv er det det muligt at blive i stand til at få borgerens sygdom til at træde i baggrunden.

Inden for livshistoriefortælling er sproget centralt, da det er igennem sproget, at hverdagen får betydning. Sproget giver både muligheder og begrænsninger i konstrueringen af selvet og den verden, som borgeren er en del af. Historierne om hverdagen får betydning gennem sproget og anvendes til at gøre hverdagen mindre kaotisk og mere forståelig for borgeren. På den måde argumenterer Gústafsson og Ramian for, at livshistorierne har betydning for borgerens selvopfattelse eller identitet. Livshistorien giver mulighed for udvikling, som fx kan bestå af at se sin livshistorie i et nyt lys. Gustaffsson og Ramian eksemplificerer dette med, at fortællingen om at blive psykotisk ikke behøver at være en fortælling om en fastlåst sygdomstilstand, men i stedet kan blive til en fortælling om, at det var en måde at skabe mening for borgeren på – i mangel på bedre alternativer (Gústafsson & Ramian, 2003).

I litteratursøgningen har vi ikke fundet evidens for effekten af livshistoriefortælling, og i undersøgelsens kvalitative interview nævner ingen af de interviewede botilbudsledere, at metoden anvendes i arbejdet med beboerne. Undersøgelsens spørgeskemabesvarelser giver ligeledes et indtryk af, at metoden ikke er særligt udbredt. Hverken botilbud til mennesker med sindslidelse eller mennesker med udviklingshæmning i Regi-

26. Se fodnote side 19.

27. Narratologi betyder videnskab om fortælling.

on Syddanmark har angivet, at de anvender metoden som den primære eller næstmest anvendte metode. 25 pct. af botilbuddene til mennesker med udviklingshæmning og 27 pct. af botilbuddene til mennesker med sindslidelse har angivet, at de anvender livshistoriefortælling sammen med andre metoder. Vi finder et tilsvarende billede for hele landet.

SOCIAL FÆRDIGHEDSTRÆNING

Formålet med social færdighedstræning er at udvikle og fastholde sociale færdigheder hos den enkelte borger ved fx at øge kognitive evner og sociale handlemuligheder, så borgeren kan reintegreres i samfundet. Ifølge Socialstyrelsen kan social færdighedstræning bestå af samtale, undervisning, hjemmeøvelser, træning af problem- og konfliktløsning samt rollespil. Formålet med disse redskaber kan fx være at støtte borgeren i at mestre symptomer, opdage tidlige psykosetegn eller forbedre kognitive færdigheder. Social færdighedstræning kan både tage form af et individuelt tilbud eller kan være et gruppetilbud til borgeren (Socialstyrelsen, 2013d).

Overordnet handler social færdighedstræning altså om at få borgeren til at forstå og handle i sociale situationer, herunder være i stand til at håndtere og løse konflikter samt andre problemsituationer (Psykiatrifonden, 2013)

I undersøgelsens litteratursøgning har det ikke været muligt at finde evidens for effekten af socialfærdighedstræning. I undersøgelsens kvalitative interview fortæller kun en enkelt leder for et botilbud til mennesker med sindslidelse i Hkomm, at de anvender social færdighedstræning som en del af de kognitive behandlingsformer. Det samme billede tegner sig ud fra undersøgelsens spørgeskemaer, hvor det kun er ganske få, der angiver social færdighedstræning som den primære eller næstmest anvendte metode. For botilbud til mennesker med udviklingshæmning i Region Syddanmark angiver ingen, at de primært anvender social færdighedstræning i arbejdet med beboerne, og kun 2 pct. angiver socialfærdighedstræning som den næstmest anvendte metode. Hele 55 pct. angiver dog, at de anvender metoden sammen med andre metoder. For botilbud til mennesker med sindslidelse har 4 pct. angivet, at de primært anvender social færdighedstræning, og 4 pct. har angivet, at social færdighedstræning er den metode, som de næstmest anvender i arbejdet med beboerne. Hele 51 pct. har angivet, at de anvender metoden sammen med andre metoder. Det tyder altså på, at metoden meget sjældent anvendes selv-

stændigt uden andre supplerende metoder. Vi ser et tilsvarende billede for hele landet.

SYSTEMISK TILGANG

Systemisk teori og metode er udviklet af en række italienske psykiatere og har sit udspring i Milano. Den systemiske tilgang er baseret på en forståelse af, at alle mennesker har deres egen unikke måde at forstå verden på. Alle gør deres bedste ud fra deres forudsætninger, også selvom det ikke altid er det, der virker mest hensigtsmæssigt. Den systemiske tilgang har til formål at hjælpe borgeren med at finde nye handle måder. Dette kan eksempelvis foregå gennem samtaler og refleksion, hvor hensigten er, at borgeren skal få en tro på sig selv, opdage nye sider af sig selv, få nyt håb og mere energi. Samtalerne og refleksionerne vil typisk basere sig på udsagn som: ”der findes ikke én sandhed – sandheden er det, vi bliver enige om” eller ”hvis det, man gør, ikke virker – så prøv noget andet”. Teorien er, at disse udsagn og forståelser vil påvirke de relationer (systemer), som man befinder sig i, og dermed også påvirker det samspil, der opstår mellem mennesker. Gennem systemiske samtaler med borgerne er formålet med den systemiske tilgang at flytte fokus fra begrænsninger til muligheder (Center Døgn, 2013a).

Overordnet betyder den systemiske tilgang i praksis, at borgeren både ses som et individ og som en del af en større sammenhæng (Tornbjerggaard, 2013). I litteratursøgningen har vi kun fundet sparsom evidens for effekten af den systemiske tilgang. På Center Døgn – Psykiatrisk udvikling og bosted i Ikomm anvender de HOF-modellen, hvori den systemiske tilgang indgår. Helheds Orienteret Forandring (HOF) tager udgangspunkt i den såkaldte forandringscirkel, der bidrager til positiv forandring i den psykosociale rehabilitering. HOF beskrives som en helhedsorienteret indsats, hvor terapeutiske metoder og tilgange anvendes. Formålet er at skabe forandring via en styrkelse af borgerens personlige mestring og en mobilisering af borgerens ressourcer. Indsatsen dokumenteres i borgerens indsatsplan. Center Døgn beskriver, hvordan undersøgelser viser, at der er evidens for, hvordan kognitiv terapi, adfærdsterapi og systemisk tilgang og samtale kan lindre og afhjælpe i forhold til borgerens diagnose og symptomer. Det er imidlertid uklart, hvilke undersøgelser der henvises til, og på hvilke måder de forskellige metoder lindrer og afhjælper (Center Døgn, 2013b).

I undersøgelsens kvalitative interview fortæller ledere for botilbud til begge målgrupper, dog flest til mennesker med sindslidelse, at de anvender den systemiske tilgang i arbejdet med beboerne. Fem ledere for botilbud til mennesker med sindslidelse fortæller, at de anvender den systemiske tilgang. Her fortæller de fleste, at den systemiske tilgang/tænkning anvendes som en fælles referenceramme for personalet på botilbuddene. I Ikomm anvendes den systemiske tilgang til et individuelt tilpasset samtaleforløb, og i Gkomm kan den systemiske tilgang bl.a. være netværksarbejde, hvor borgerens netværk ses som afgørende for den socialpædagogiske praksis.

I forhold til undersøgelsens spørgeskemaer ser det også ud til, at den systemiske tilgang i Region Syddanmark er en smule mere udbredt i botilbud til mennesker med sindslidelse sammenlignet med botilbud til mennesker med udviklingshæmning. For botilbud til mennesker med udviklingshæmning har 4 pct. svaret, at de primært anvender systemisk tilgang, og ingen har svaret, at de næstmest anvender tilgangen i arbejdet med beboerne. 31 pct. har angivet, at de anvender den systemiske tilgang sammen med andre metoder. For botilbud til mennesker med sindslidelse har 2 pct. svaret, at de primært anvender systemisk tilgang, og 2 pct. har svaret, at tilgangen er den de næstmest anvender. Hele 47 pct. har angivet, at de anvender den systemiske tilgang sammen med andre metoder.

METODER I SAGSBEHANDLINGEN PÅ DET SPECIALISEREDE SOCIALOMRÅDE

Formålet med dette afsnit er at give en kort indføring i de metoder, der anvendes i sagsbehandlingen på det specialiserede socialområde. Afsnittet er bygget op omkring interview med en eller flere sagsbehandlere i otte kommuner i Region Syddanmark og materiale fra kommunerne. Der er ikke sendt spørgeskemaer ud til kommunernes myndighedsafdeling, hvorfor afsnittet udelukkende baseres på kvalitative data.

Alle de interviewede sagsbehandlere fortæller, at de på forskellig vis er med til at opstille mål for indsatsen, når de visiterer en borger til et botilbud. Dog nævnes kun én egentlig metode i sagsbehandlingen, vaksenudredningsmetoden. Derfor beskrives denne metode i nedenstående afsnit.

VOKSENUDRETNINGSMETODEN

Socialstyrelsen har i 2011 udviklet voksenudredningsmetoden i samarbejde med KL²⁸ og Social- og Integrationsministeriet. Metodens overordnede formål er at skabe et grundlag for en sammenhængende indsats med borgeren i centrum og forbedre den faglige og lovgivningsmæssige kvalitet i sagsbehandlingen af den enkelte borger. I praksis kan metoden anvendes til sagsbehandling og udredning af borgere med fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsnedsættelser. Dermed dækker metoden forskellige målgrupper inden for det specialiserede socialområde og er særligt udviklet med henblik på at understøtte sagsbehandling og tildeling af ydelser efter serviceloven (SEL) og almenboligloven (ABL), som også er de to lovgivningsområder, der særligt vedrører botilbudsområdet. Dog har metoden også potentiale til at kunne anvendes inden for andre kommunale områder. Metoden tydeliggør nemlig hele myndighedsrollen i sagsbehandlingen, da den dækker hele processen ved hjælp af redskaber til at understøtte de forskellige sagstrin: henvendelse, udredning, udarbejdelse og afgørelse af handleplan, bestilling af indsats samt opfølgning af indsatsen. En del af metodedesignet er, at økonomiske overvejelser sker som en integreret del af sagsbehandlingen. Det er således også meningen, at metoden ved bedre ledelsesinformation og økonomiske overvejelser i sagsbehandlingen skal styrke styringen af området.

Metodehåndbogen for voksenudredningsmetoden er inddelt i de forskellige sagstrin: sagsåbning, sagsoplysning, sagsvurdering, afgørelse, bestilling af social indsats og sagsopfølgning. Hvert afsnit er inddelt i lovgivningen, metodens redskaber, en tjekliste og faglige opmærksomhedspunkter. Metodehåndbogen fungerer altså som en samlet guide til anvendelse af voksenudredningsmetoden (Socialstyrelsen, 2012).

I undersøgelsens kvalitative interview med sagsbehandlere fra otte kommuner i Region Syddanmark fortæller sagsbehandlerne fra Akomm, Bkomm, Ckomm og Hkomm, at de anvender voksenudredningsmetoden til at sætte mål op for indsatsen med den enkelte borger. Sagsbehandleren fra Akomm fortæller, at voksenudredningsmetoden hjælper til at stille konkrete og målbare mål op for borgerens indsats, hvor målene førhen var mere overordnede. De mål, der sættes op ved hjælp af voksenudredningsmetoden, kan ifølge sagsbehandlerne fra Hkomm fx være mål om, at en borger skal blive bedre til at indgå i sociale sammenhænge, stå op om morgenen, tage på arbejde eller et mål om at

28. Kommunernes Landsforening.

styrke borgerens samfundsdeltagelse. I Ckomm fortæller sagsbehandlere, at de først ser på borgerens bevilling og derefter sætter mål for borgerens indsats gennem voksenudredningsmetoden.

ANDRE TILGANGE TIL SAGSBEHANDLINGEN

Selvom de fleste af de interviewede sagsbehandlere fortæller, at de anvender voksenudredningsmetoden til at sætte mål op for den enkelte borger, så er det alligevel forskelligt, hvad der vægtes i kommunerne, når en borger skal visiteres til et botilbud. Vi har bl.a. spurgt sagsbehandlere, om borgerens diagnose har en betydning, om botilbuddets metoder har en betydning, om personalets uddannelse har en betydning, og om botilbuddets døgntakst (pris) spiller en rolle.

BORGERENS DIAGNOSE

I interviewene med sagsbehandlere har vi spurgt dem om, hvilken betydning borgerens diagnose/diagnoser har, når denne visiteres til et botilbud.

I Fkomm svarer sagsbehandleren, at diagnosen er det vigtigste, når en borger skal visiteres til et botilbud. Sagsbehandleren fra Ikomms handicapforvaltning fortæller, at borgerens diagnose spiller en rolle i forhold i forhold til at vurdere, om borgeren skal visiteres til et specialiseret botilbud. Det er den primære årsag til at se på borgerens diagnose. Ellers ses der hovedsageligt på borgerens funktionsnedsættelse, der beskrives i borgerens udredning. Det kan bl.a. handle om, hvilken hverdagspraksis borgeren har behov for, samt hvordan borgeren fungerer kognitivt, fysisk og socialt.

Bkomm arbejder slet ikke med diagnoser i visitationen. Sagsbehandleren fra Bkomm fortæller, at der heller ikke står noget i lovgivningen om, at der skal tages hensyn til diagnoser, og at kommunen derfor har valgt at se på problem- og opgaveløsning frem for diagnosen. De ser på funktionsnedsættelsen og ikke på handicapet, og borgerens sociale problematik er en del af det, der udløser en bevilling.

I Gkomm fortæller sagsbehandlere også, at de ikke ser på borgerens diagnose, men på funktionsnedsættelsen. Sagsbehandleren inden for psykiatriområdet lægger vægt på, hvad borgeren selv tænker i forhold til eget funktionsniveau. Derudover ser de på, hvad der er afledt af sindslidelsen, og hvilket udviklingspotentiale borgeren har. Eksempelvis sætter de mere massivt ind, hvis en borger har været indlagt flere gange. Sags-

behandleren fra handicapforvaltningen i Gkomm fortæller, at de foretager en grundig udredning af borgerens behov og funktionsevne, inden de visiterer til et botilbud. Borgerens alder spiller også en rolle. Mange borgere har forvaltningen kendskab til i forvejen, hvilket også har en betydning for den samlede udredning.

Lidt af det samme gør sig gældende i Ekomm, hvor sagsbehandleren fortæller, at diagnosen betyder noget, men at den ikke er altafgørende. Indsatsen tilrettelægges efter den enkelte, og sagsbehandleren ser på, hvad borgeren har behov for, og hvilket botilbud borgeren passer bedst i. Sagsbehandleren ser også på, om personalet har de fornødne kompetencer i forhold til borgerens behov og hvis ikke, hvad de så kan gøre for at ruste personalet til det. Sagsbehandleren fra Ekomm fortæller ligeledes, hvordan helhedssynet på borgeren er det vigtigste. Derfor har både borgerens diagnose og funktionsnedsættelse betydning, når der skal visiteres til et botilbud.

Helhedssynet på borgeren fremhæves også som det vigtigste af sagsbehandleren i Akomm. Helhedssynet indeholder både borgerens kompetencer, ønsker og færdigheder, og ud fra dette vurderer de, hvor stort borgerens støttebehov er.

I Hkomm fortæller sagsbehandlerne, at det er borgerens alder, støttebehov og udviklingsperspektiv, der har den største betydning i forhold til, hvilket botilbud borgeren visiteres til. Det samme fremhæver sagsbehandlerne i Ckomm. Dog har målgruppen og funktionsnedsættelsen størst betydning i forhold til borgeren, når der skal visiteres til et botilbud. Eksempelvis vil man gerne undgå at placere unge mennesker i botilbud, hvor der hovedsageligt bor ældre mennesker. Det begrundes i den unges udviklingspotentiale, og at de aktiviteter, der tilbydes på botilbuddet, gerne skal være målrettet borgerens alder bedst muligt.

Opsummerende er det altså forskelligt, hvilken rolle diagnosen spiller, når en borger skal visiteres til et botilbud. Generelt virker det dog, som om borgerens funktionsnedsættelser spiller en stor rolle.

BETYDNING AF BOTILBUDDENES KARAKTERISTIKKER

I interviewene har vi også spurgt sagsbehandlerne, hvad der har størst betydning i forhold til det konkrete botilbud, når en borger skal visiteres til et sådant.

I Bkomm svarer sagsbehandleren, at de først og fremmest ser på, hvad det er for en opgave, der skal løses i forhold til borgeren, og hvad

det konkrete botilbud kan byde ind med. De lægger meget vægt på, at det er botilbuddet, der skal tilpasse sig borgeren og ikke omvendt. Botilbudene skal være fleksible og parate til at flytte sig efter borgerens behov.

Både i Ekomm og Ikomm nævner sagsbehandlerne ”matchet” mellem borgeren og botilbud som det, der har størst betydning. Sagsbehandleren fra Ekomm fortæller, at de ser på, hvad der skal til, for at borgeren kan rummes. I Ikomm bruger de, hvad de har gode erfaringer med virker i forhold til en bestemt funktionsnedsættelse eller problematik. Derfor ser de bl.a. også på, hvilke metoder der anvendes på botilbuddet. Noget af det samme gælder i Gkomm, hvor sagsbehandleren på psykiatriområdet også fremhæver ”matchet” mellem borger og botilbud som det vigtigste. Samme sagsbehandler uddyber, at det fx kan være geografiske faktorer (borgerens ønske om at bo tæt på familie og venner) eller lokale faktorer (om borgeren føler sig tilpas med at bo tæt sammen med andre), som har betydning for ”matchet” mellem borger og botilbud. Derudover ser de på personalets faglige kompetencer og på, om botilbuddet har gode erfaringer med en bestemt type adfærd. Det kan fx være borgere med spiseforstyrrelse eller personlighedsforstyrrelse, hvor et botilbud har gode erfaringer med de adfærdsmønstre, der typisk følger med. Sagsbehandleren inden for handicapområdet i Gkomm fortæller, at de særligt ser på borgerens funktionsniveau, da nogle botilbud er mere målrettet nogle funktionsnedsættelser end andre.

I Akomm ser de ligeledes på, at hjælpen skal passe til borgeren, og det vurderes, om det skal være et tilbud med eller uden døgnbemanding. Samtidig har de i Akomm en politik om, at de først ser på kommunens egne tilbud, så de eksterne tilbud kommer i anden række.

BETYDNINGEN AF BOTILBUDDENES PRISER

I interviewene spurgte vi også sagsbehandlerne, om prisen har en betydning, når de visiterer en borger til et botilbud. Vi spurgte også, hvad deres indtryk var af botilbuddenes prisforskelle, og hvad der efter deres overbevisning betinger og rimeliggør botilbuddenes prisforskelle.

Overordnet er det vidt forskelligt, om botilbuddenes døgntakster spiller en rolle i forhold til visitationen. I Akomm og Hkomm fortæller sagsbehandlerne, at botilbuddenes priser spiller en rolle, og i Fkomm fortæller sagsbehandleren, at prisen spiller en afgørende rolle. I Fkomm bliver kommunens visitatorer altid bedt om at komme med tre forslag. Således er der alternativer til rådighed, hvis ikke kommunen har økonomi

til førsteprioriteten. I Akomm er det også kommunens økonomi, der nævnes som årsag til, at botilbuddenes priser spiller en rolle. Sagsbehandleren henviser hertil, at man ifølge lovgivningen gerne må begrunde et afslag/valg med økonomi.

I Bkomm, Ckomm, Ekomm og Ekomm fortæller alle sagsbehandlere, at botilbuddenes priser ikke spiller nogen afgørende rolle. I Bkomm fortæller sagsbehandleren, at de slet ikke tænker sådan i Bkomm. Hvis der er behov for ekstra ressourcer, så indgår de i en dialog om det. En af grundene til, at prisen ikke spiller en rolle, kan være, at de i visitationen ikke arbejder ret meget uden for kommunen. Botilbuddene er så fleksible, at der næsten altid er et tilbud, der ”matcher” den enkelte borger. Hvis ikke, så leder de selvfølgelig uden for kommunen. I Ekomm fortæller sagsbehandleren, at de først ser på botilbuddets pris efter vurderingen af borgeren, og på den måde tillader de ikke, at prisen bliver en afgørende faktor.

Sagsbehandlere fra Ckomm, Fkomm, Hkomm og Ikomm oplever alle, at botilbuddenes priser er meget svingende, men mener også alle, at prisforskellen ofte giver sig selv. I Hkomm fortæller sagsbehandlere, at det ofte er de specialiserede tilbud med et højere serviceniveau, der er dyrere end andre tilbud. Sagsbehandlere fra Akomm, Bkomm, Ckomm, Fkomm og Ikomm nævner alle ekstra bemanning på botilbudet som en faktor, der betinger, at et botilbud er dyrere end et andet. Sagsbehandleren fra Akomm og sagsbehandleren fra handicapområdet i Gkomm nævner også botilbuddets fysiske rammer som en årsag til, at et botilbud kan være dyrere. Personalets faglige kompetencer kan, ifølge sagsbehandleren fra psykiatriområdet i Gkomm, også have en indvirkning på prisen. Ifølge sagsbehandleren fra Fkomm findes der dog også botilbud, hvor den dyrere pris ikke kan forklares, og derfor bør man undersøge, hvad der betinger botilbuddenes priser. Sagsbehandleren i Akomm synes, at priserne på botilbuddene er nogenlunde ens, og at kommunerne og regionerne mere og mere nærmer sig hinanden prismæssigt. Sagsbehandleren fra Akomm tilføjer hertil, at regionernes tilbud tidligere været dyrere, men at de også har løftet en tungere opgave.

BETYDNING AF PERSONALETS FAGLIGHED

I Bkomm, Ekomm og Hkomm fortæller sagsbehandlere fra kommunernes myndighedsafdelinger, at der ikke tages særlig højde for personalet på botilbuddenes uddannelse. Sagsbehandleren fra Ekomm fortæller,

at de i stedet ser på, hvad bostedet kan, og om de har den rette viden i forhold til en konkret borger, så de kan arbejde med det, der er behov for. Det samme fortæller sagsbehandleren fra handicapområdet i Gkomm. Her ser de også på, hvad botilbuddet kan, og personalets uddannelse regner de med, at ledelsen på botilbuddene har styr på.

I Akomm, Ckomm og Fkomm har personalets uddannelse en betydning, når sagsbehandlerne skal visitere en borger til et botilbud. Sagsbehandlerne fra både Ckomm og Fkomm uddyber dette med, at det er vigtigt, at personalet på botilbuddene har de rette kompetencer og er rustet til at håndtere de sociale problematikker og funktionsnedsættelser, en borger måtte have. Når de visiterer en borger til et botilbud, ser de derfor på, om personalet har, hvad der skal til. Sagsbehandleren fra psykiatriområdet i Gkomm fortæller, at uddannelse er et vigtigt element og ser flere forskellige uddannelser som en styrke for det enkelte botilbud.

BETYDNING AF BOTILBUDDENES METODISKE GRUNDLAG

Vi spurgte også sagsbehandlerne, om de tager stilling til, hvilke metoder der anvendes på botilbuddene og vælger botilbud ud fra det.

Det gør sagsbehandlerne fra Akomm, Ekomm, Fkomm og Ikomm. Sagsbehandleren fra Ekomm fortæller, at det undersøges, om botilbuddene når deres mål, hvad deres kvaliteter er, og hvordan deres serviceniveau er. Dermed ses der også på, hvordan de arbejder for at nå målene, samt hvilke redskaber og metoder de anvender til det. I Fkomm fortæller sagsbehandleren, at de ser på den enkelte borger og vurderer, hvad der skal til – også i forhold til metoder.

I Bkomm, Ckomm, Gkomm og Hkomm fortæller sagsbehandlerne, at de ikke visiterer en borger til et botilbud, ud fra hvilke metoder botilbuddet anvender. Sagsbehandleren fra Bkomm fortæller, at botilbuddene arbejder ud fra de metoder, som personalet mener virker. I Hkomm fortæller sagsbehandlerne, at de kender mange af botilbuddene særdeles godt, og derfor trækker på de steder, som de har gode erfaringer med. Hvis de får dårlige erfaringer med et botilbud, så anvendes det ikke igen. I Ckomm fortæller sagsbehandleren, at de som udgangspunkt regner med, at hvis et botilbud siger, at de kan varetage en opgave med en bestemt borger, så passer det. De ser ikke særligt på metoderne, da det er lederen på det enkelte botilbud, der har ansvaret for, hvordan opgaven løses.

OPSUMMERING

I dette kapitel har vi først og fremmest beskrevet de socialpædagogiske metoder, botilbuddene anvender i arbejder med beboerne. I de kvalitative interview fortæller botilbudslederne generelt, at de anvender en vifte af metoder i arbejdet med beboerne, hvilket begrundes i, at der ikke er to borgere, der er ens, samt at der tages udgangspunkt i den enkelte borger.

Dette underbygges af undersøgelsens spørgeskemaer, der viser, at botilbud til mennesker med udviklingshæmning i gennemsnit anvender otte metoder i arbejdet med beboerne, og at botilbud til mennesker med sindslidelse i gennemsnit anvender syv metoder i arbejdet med beboerne. Ligeledes viser test, at der er for botilbud til mennesker med udviklingshæmning er signifikant sammenhæng mellem, hvor mange forskellige grader af udviklingshæmning botilbuddet rummer beboere med, og antallet af de metoder de anvender. Det samme er gældende for botilbud til mennesker med sindslidelse, hvor test ligeledes viser signifikant sammenhæng mellem antallet af forskellige psykiske lidelser, botilbuddet rummer beboere med og antallet af metoder, de anvender i arbejdet med beboerne.

For botilbud til mennesker med udviklingshæmning er den mest anvendte metode anerkendende pædagogik, hvor det for botilbud til mennesker med sindslidelse er de kognitive metoder, der anvendes mest i arbejdet med beboerne.

I forhold til sagsbehandlingen er voksenuddredningsmetoden den eneste, der blev nævnt i de kvalitative interview med sagsbehandlerne fra de otte kommuner i Region Syddanmark. Ligeledes ved vi fra de kvalitative interview, at borgerens diagnoser og funktionsnedsættelser, botilbuddenes priser, den faglige baggrund hos personalet på botilbuddene og botilbuddenes metodiske grundlag i større eller mindre grad har en betydning, når en borger skal visiteres til et botilbud.

KAN DET GØRES BEDRE?

Formålet med dette kapitel er at se nærmere på præmisserne for metodeudvikling og implementering af nye, mere effektive metoder i botilbud til mennesker med udviklingshæmning og mennesker med sindslidelse. Der er to spor i dette kapitel, som behandles sideløbende. Det ene spor handler om udfordringer og potentiale for metodeudvikling og implementering af nye socialpædagogiske metoder. Det andet spor handler om dokumentation af det socialpædagogiske arbejde, især i forhold til nye måder at dokumentere effekten af de anvendte metoder/tilgange i praksis. En kombination af disse to spor er en forudsætning for at komme videre med udvikling af metoder.

Kapitlet er baseret på førnævnte besvarelser af spørgeskemaer og interview med botilbudsledere og sagsbehandlere samt på skriftlige besvarelser af kvalitative spørgsmål fra medlemmer af Socialdirektørforum og interview med to kommunale chefer og to centerledere. Vi ønskede at interviewe centralt placerede nøglepersoner fra to kommuner, hvor erfaringer med sociale innovationer og nye tiltag gøres i øjeblikket – især i forhold til metodeudvikling og implementering af nye tilgange i det socialpædagogiske arbejde. De to udvalgte kommuner er Vejle og Esbjerg. Baggrunden for dette valg er, at Vejle angriber et grundlæggende etisk problem for botilbud, og Esbjerg angriber det økonomiske problem, som er aktuelt for det specialiserede socialområde.

Vi vil i dette kapitel først beskæftige os med, hvilke overordnede vilkår for metodeudvikling der præger botilbudsområdet for derefter at se på, hvilke problematikker disse vilkår afføder. Slutteligt vil vi med udgangspunkt i de to case-kommuner beskrive, hvad der kan være i spil, når nye tilgange i det socialpædagogiske arbejde skal implementeres i kommunalt regi. Det handler med andre ord om organisatoriske forandringsprocesser i forhold til metodeudvikling. Kapitlet afsluttes med at beskrive, hvilke potentialer disse cases og besvarelsenerne fra de forskellige respondenter (sagsbehandlere, botilbudsledere, centerledere, centralt placerede chefer, socialdirektører og medlemmer af socialdirektør forum) peger hen imod.

VILKÅR FOR METODEUDVIKLING

Dette afsnit er ikke en afdækning af samtlige vilkår for metodeudvikling på botilbudsområdet. Det indeholder derimod en kort beskrivelse af de vilkår for metodeudvikling, der er blevet fremhævet af vores respondenter som centrale, og som samtidig er nødvendige for at forstå, hvilken kontekst de forskellige aktører på området agerer i, når metoder skal udvikles eller helt nye metoder implementeres.

I vores spørgeskemaundersøgelse har vi blandt andet spurgt, om de på botilbuddene har planlagt at indføre nye pædagogiske metoder/tilgange indenfor det næste år.

TABEL 4.1

Andelen af botilbud i Region Syddanmark, der planlægger at indføre nye pædagogiske metoder/tilgange inden for det næste år. Særskilt for botilbuddets målgruppe. Procent.

Planlægges der indførelse af nye pædagogiske metoder/tilgange?	Botilbud til mennesker med udviklingshæmning	Botilbud til mennesker med sindslidelse
Ja	60	63
Nej	40	37
Total	100	100

Anm.: Botilbud til mennesker med udviklingshæmning: N = 119. Botilbud til mennesker med sindslidelse: N = 51.

Kilde: Spørgeskema til ledere af botilbud.

Tabel 4.1 viser, at både for botilbud til mennesker med udviklingshæmning og botilbud til mennesker med sindslidelse planlægger 60 pct. eller

lidet derover at indføre nye pædagogiske metoder/tilgange inden for det næste år. I spørgeskemaerne har botilbuddene mulighed for at angive, hvilke metoder de planlægger at indføre.

For botilbud til mennesker med udviklingshæmning markerer flest neuropædagogik og KRAP (Kognitiv, Ressourcefokuseret og Anerkendende Pædagogik) som metoder, de planlægger at indføre inden for det næste år. Vækstmodellen, Bosted System og Resultatbaseret Styring nævnes i den sammenhæng også, ligesom flere nævner, at de gerne vil arbejde med kommunikation og personlig pleje.

For botilbud til mennesker med sindslidelse nævnes Åben Dialog, kognitive metoder, rehabilitering, Recovery og DEL (Dokumentation, Effekt & Læring) som metoder, de planlægger at indføre inden for det næste år.

GENERELLE VILKÅR

Afskaffelsen af institutionsbegrebet på voksenområdet ved indførelsen af serviceloven i 1998 har haft stor betydning for, hvordan botilbud for udviklingshæmmede og sindslidende ser ud i dag (Langager m.fl., 2009, s. 18-19). Kort sagt betød afskaffelsen af institutionsbegrebet, at botilbuddene nu lovmæssigt er at behandle som borgernes hjem, og at den hjælp/service, der ydes i eget hjem, skulle tilpasses den enkelte borgers behov og ønsker. At botilbuddene efter 1998 officielt er at betragte både som beboerens hjem (med de hertil følgende rettigheder og krav til fx privatliv) og som det pædagogiske personales arbejdsplads, er således et generelt vilkår på botilbudsområdet. En uddybende beskrivelse af historikken bag og konsekvenserne af bevægelsen væk fra totalinstitutionerne til individuelt tilpassede indsatser er uden for denne rapports formål. Det er dog vigtigt at nævne denne bevægelse som kontekst for metodeudvikling på botilbudsområdet, fx i forhold til det opgør med en såkaldt ”omsorgskultur”, som synes at fylde meget blandt en stor del af vores respondenter, og som behandles senere i dette kapitel.

Kommunalreformen i 2007 har ligeledes haft stor betydning for botilbudsområdet, idet reformen betød, at kommunerne overtog ansvaret på det specialiserede socialområde. En stor del af de tidligere amtslige botilbud blev overtaget af kommunerne, der nu agerede som både myndighed og driftsherre på området. Området er på nuværende tidspunkt karakteriseret ved at have såkaldte ”modtagerkommuner”. Modtagerkommuner er kommuner med flere botilbud, end der er behov for

blandt kommunens egne beboere, og som derfor sælger disse pladser til andre kommuner, der ikke kan tilbyde sine borgere det nødvendige tilbud inden for egne kommunale rammer (Dalsgaard m.fl., 2012, s. 2-3). Det kan fx være meget små kommuner, hvor meget specialiserede tilbud ikke er en mulighed. Nogle kommuner, som Vejle, har lang erfaring med specialiserede botilbud og har desuden mange botilbud i forhold til antal indbyggere.

Landskabet af botilbud i Region Syddanmark er, som beskrevet i kapitel 3, mange steder kendetegnet ved en eklektisk metodebrug i det socialpædagogiske arbejde, hvor metoderne anvendes ad hoc i arbejdet med den enkelte beboer. Metoderne fastsættes ofte internt i personalegruppen på det enkelte bosted i modsætning til at være fastsat fra centralt hold i kommunen. Det eklektiske metodebrug kan både være udtryk for et fokus på rehabilitering, hvor man tager udgangspunkt i den enkelte borger, og det kan være udtryk for, at nogle botilbud har borgere med meget forskellige problematikker/funktionsnedsættelser. Generelt kan man sige, at botilbudsområdet er præget af metodefrihed på de enkelte enheder, med varierende indflydelse fra kommunens centrale afdelinger, når der skal metodeudvikles eller implementeres nye metoder/tilgange i det socialpædagogiske arbejde.

REHABILITERING: FRA NÆRMESTE OMSORGSPERSON TIL NÆRMESTE OMSORGSFULDE UDVIKLINGSMEDARBEJDER

I besvarelsene fra medlemmer af Socialdirektørforum gives der udtryk for nødvendigheden af et paradigmeskift fra en udpræget omsorgskultur til en rehabiliterende tilgang, der kræver færre ressourcer og øger livskvaliteten hos borgerne. Hvor institutionaliseret et sådant paradigmeskift er, varierer fra kommune til kommune. Et medlem af Socialdirektørforum beskriver det således:

Det er en proces, som tager tid, fordi det er en ny rolle, medarbejderne får – de går fra at pleje og passe til at coache og vejlede.

Der er tale om et opgør med synet på handicap som en stationær tilstand og med et menneskesyn, hvor fokus rettes mod de mangler, personen har. Synspunktet er nu i stedet, at borgeren ønsker at blive mere selvhjulpne og mere uafhængig af omsorg og hjælpepersonale. Borgeren har ressourcer og kan meget mere selv, end vi er vant til at forestille os. I det

nye menneskesyn står værdighed og respekt for den enkelte centralt, idet det gælder, at øget selvhjulpenhed og mestringssevne vil øge livskvaliteten.

Det betyder, at pædagoger og terapeuter må ændre perspektiv. Deres fag har tidligere handlet om at pleje og yde omsorg, men dette aspekt har allerede længe været under nedtoning. Det har længe stået klart, at pleje og omsorg fremmer udviklingen af en institutionel identitet og afhængighed af systemet hos borgerne. Men selvom der ikke længere ønskes afhængighed, er det ifølge respondenterne fra Socialdirektørforum et omfattende projekt at erstatte personalernes omsorgskultur med en mere moderne selvhjælpskultur. Personalerne må arbejde med at ”give slip”, men samtidig arbejde med at støtte borgeren til at klare sig selv i så høj grad, som det er muligt. De må have fokus på udvikling af borgernes funktionsevne sammen med borgeren, de må bort fra at være nærmeste omsorgsperson og frem til at være nærmeste omsorgsfulde udviklingsmedarbejder, som en respondent udtrykker det.

Nogle respondenter taler om, at der måske er større muligheder for at opnå højere grad af selvhjulpenhed hos mennesker med sindslidelse end hos mennesker med udviklingshæmning. Borgere med psykiske vanskeligheder har dog meget forskellige rehabiliteringsforløb. Nogle har brug for små løbende udfordringer, mens andre kan have behov for massiv støtte eller terapeutisk behandling for senere at komme sig. Det er derfor vigtigt med en differentiering mellem forskellige grader af funktionsnedsættelse og de deraf følgende mål for selvhjulpenhed og besparelser på ressourcer. ”Udfordringen er at lægge ambitionsniveauet individuelt for hver enkelt borger”, som en af respondenterne udtrykker det.

I interviewene med botilbudslederne og sagsbehandlerne har vi spurgt dem om, hvad de mener, der skal til, hvis der skal effektiviseres på botilbudsområdet. I Gkomm mener en leder for et botilbud til mennesker med udviklingshæmning, at et styrket arbejde med rehabilitering er en måde, hvorpå botilbuddene kan komme i mål med besparelserne. Ifølge lederen er rehabiliteringsarbejdet nemlig både til gavn for økonomien og til gavn for borgeren. En anden leder fra et botilbud til mennesker med udviklingshæmning i Gkomm mener, at det handler om at se på, hvad borgeren selv kan. Kan en borger eksempelvis selv gå i banken, så skal han/hun selv gøre det. Ligeledes kunne en mulighed ifølge denne leder være at flytte borgere med færre behov til et andet botilbud. En leder for botilbud til mennesker med sindslidelse i Akomm er enig i, at botilbuddene skal blive mere ”skarpe” på rehabiliteringsdelen og slippe

det traditionelle omsorgsbegreb. Ifølge botilbudslederen sættes der i øjeblikket flere ting i gang, end hvad nødvendigt er. Botilbudslederen mener dog, at det kan blive en udfordring for personalet at slippe omsorgsbegrebet helt, da det ”ekstra”, de yder i forhold til borgerne, oftest er det, de finder sjovest. Det kan fx være at kende borgerens livshistorie, hvilket ikke altid er nødvendigt i forhold til at yde den støtte, der er behov for. En leder for botilbud til mennesker med sindslidelse i Gkomm mener, at besparelserne kommer til at kræve, at den enkelte medarbejder går fra at være ekspert til at være coach, der giver mere plads til borgerens rehabilitering. Også en sagsbehandler fra handicapområdet i Gkomm nævner, at botilbuddene skal blive mere skarpe på selvhjulpne hos borgerne og dermed fremme en mindre indgribende tilgang.

Mange af vores respondenter understreger, at en nødvendig proces er i gang i forhold til at slippe det traditionelle omsorgsbegreb og arbejde ud fra en rehabiliterende tilgang, der tager udgangspunkt i den enkelte borger. Dette kobles med nødvendigheden af at udvikle metoder, der er mindre ressourcekrævende. Det handler således både om et generelt krav om effektivisering samtidig med et øget fokus på rehabilitering. Gennemgående er der enighed om, at der skal arbejdes på at blive mere ”skarpe på selvhjulpne”, og at den rehabiliterende tilgang ikke altid praktiseres på botilbuddene.

DOKUMENTATIONSLANDSKABET

Der er i de skriftlige besvarelser fra Socialdirektørforum samt i de kvalitative interview med de fire kommunale chefer og ledere fokus på udvikling af mere effektive metoder på botilbudsområdet *uden* en stigning i udgifter. Der efterlyses ligeledes en højere grad af implementering af nye metoder på baggrund af forskning, især med hensyn til evidens. I besvarelserne fra Socialdirektørforum er der enighed om, at det er nødvendigt at finde metoder i botilbud, så indsatsen bliver mindre ressourcekrævende og borgeren mere selvhjulpne. Flere respondenter anfører, at denne udvikling allerede er i gang. Det er også nærliggende i betragtning af kommunernes økonomiske situation i dag. Området er under pres, så det er oplagt at metodeudvikle. Dokumentation af indsatsen og af de forskellige tiltags effekt bliver i den forbindelse helt central. Både i forhold til, om indsatsen virker og borgerne bliver mere selvhjulpne og i forhold til opfyldelse af de økonomiske mål. Vi vil derfor i det følgende give et

overblik over de indsamlede data, som vedrører dokumentation af det socialpædagogiske arbejde.

HVOR MANGE DOKUMENTERER DEN PÆDAGOGISKE INDSATS, HVORDAN GØRES DET OG HVOR OFTE?

I spørgeskemaundersøgelsen angiver 97 pct. af alle botilbud i Region Syddanmark, at den pædagogiske indsats over for beboerne dokumenteres. 94 pct. af botilbuddene til mennesker med udviklingshæmning og 100 pct. af botilbuddene til mennesker med sindslidelse har angivet, at de dokumenterer den pædagogiske indsats over for beboerne.

TABEL 4.2

Andelen af botilbud i Region Syddanmark, der dokumenterer/evaluerer den pædagogiske indsats over for beboerne. Særskilt for type af dokumentation/evaluering og for botilbuddets målgruppe. Procent.

Type af dokumentation/evaluering:	Botilbud til mennesker med udviklingshæmning	Botilbud til mennesker med sindslidelse
Handleplaner	79	91
Elektroniske dokumentationssystemer	59	62
Selvevaluering	14	16
Brugerevaluering	17	33
Tilsynsrapport	25	33
Eksternt tilsyn	26	25
Journalføring	30	42
Resultatbaseret dokumentation	18	31

Anm.: Botilbud til mennesker med udviklingshæmning: N = 126. Botilbud til mennesker med sindslidelse: N = 55. Grundet flere svarmuligheder summer de samlede procenttal til mere end 100.

Kilde: Spørgeskema til ledere af botilbud.

Tabel 4.2 viser, at der både blandt botilbud til mennesker med udviklingshæmning og til mennesker med sindslidelse er flest, der dokumenterer/evaluerer den pædagogiske indsats over for beboerne via handleplaner. Vi så i kapitel 3, hvordan mange botilbud ligeledes har angivet, at de anvender handleplanerne som en metode i arbejdet med beboerne. Det er ikke overraskende, at handleplanerne i så høj grad anvendes til at dokumentere arbejdet, da serviceloven foreskriver, at alle personer med betydeligt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller personer med alvorlige sociale problemer skal have tilbuddet om en handleplan. Handleplanerne er også oplagte dokumentationsredskaber, da de bl.a. skal angive formålet med borgerens indsats, indsatsens varighed, og hvilken indsats der er nødvendig, for at formålet kan opfyldes (se SEL § 141).

For botilbud til begge målgrupper anvendes elektroniske dokumentationssystemer til at dokumentere/evaluere den pædagogiske indsats over for beboerne. I interviewene med botilbudslederne fortæller de fleste også, at de anvender enten Bosted System, UniQ Liv eller EKJ, som alle er elektroniske dokumentationssystemer. En leder for et botilbud til mennesker med udviklingshæmning fra Ckomm fortæller, hvordan dokumentationen i Bosted System fungerer som en slags dagbog for borgeren, hvor personalet benytter sig af nogle emneoverskrifter fra servicestyrelsen til at systematisere dokumentationen. Emneoverskrifter er følgende; Fysisk funktionsnedsættelse, psykisk funktionsnedsættelse, praktiske opgaver i hjemmet, egenomsorg, mobilitet, kommunikation, socialt problem, samfundsliv, socialt liv, sundhed og omgivelser. Under hver overskrift er der hjælpetekster, der forklarer, hvad der skal dokumenteres. Dokumentationen anvendes både i borgerens pædagogiske plan og i handleplanen, og der arbejdes ud fra dokumentationen i det daglige arbejde, hvor den bl.a. anvendes til at følge op på borgerens målsætninger. Da beskæftigelsestilbud også bliver dokumenteret i Bosted System, anvendes dokumentationen også til at sikre, at arbejdet med borgeren går i samme retning på botilbuddet og i beskæftigelsestilbuddet.

Generelt er der ikke den store forskel på, hvordan botilbud til mennesker med udviklingshæmning og mennesker med sindslidelse dokumenterer/evaluerer den pædagogiske indsats over for beboerne. Der er som forventet markant flere botilbud til mennesker med sindslidelse (33 pct.), der dokumenterer via brugerevaluering, end der er hos botilbud til mennesker med udviklingshæmning (17 pct.). Botilbud til mennesker med sindslidelse dokumenterer også oftere via resultatbaseret dokumentation, handleplaner og journalføring end botilbud til mennesker med udviklingshæmning gør.

Endelig bemærker vi, at ingen af botilbuddene benytter Det Sociale Indikatorprogram²⁹ (som bl.a. indeholder SIP-udviklingshæmning og SIP-socialpsykiatri) som redskab til dokumentation eller evaluering, selvom disse muligheder også var angivet på spørgeskemaet. Der vil ellers være oplagte muligheder for sammenligning i at benytte fælles et nationalt system som SIP.

29. <http://www.socialkvalitetsmodel.dk>.

TABEL 4.3

Botilbud i Region Syddanmark fordelt efter, hvor ofte de dokumenterer/evaluerer den pædagogiske indsats over for beboerne. Særskilt for botilbuddets målgruppe. Procent.

Hyppighed af dokumentation/ evaluering:	Botilbud til mennesker med udviklingshæmning	Botilbud til mennesker med sindslidelse
Mindst én gang om måneden	11	27
Mindst én gang hver tredje måned	24	31
Mindst én gang hvert halve år	28	20
Mindst én gang om året	37	22
Total	100	100

Anm.: Botilbud til mennesker med udviklingshæmning: N = 109. Botilbud til mennesker med sindslidelse: N = 51.

Kilde: Spørgeskema til ledere af botilbud.

Tabel 4.3 viser, at der er forskel på, hvor ofte botilbud til de to målgrupper dokumenterer/evaluerer indsatsen over for beboerne. Hvor flest botilbud til mennesker med udviklingshæmning (37 pct.) har angivet, at indsatsen dokumenteres mindst én gang årligt, har flest botilbud til mennesker med sindslidelse (31 pct.) angivet, at indsatsens dokumenteres mindst én gang hver tredje måned. Tabellens fordelinger betyder, at botilbud til mennesker med udviklingshæmning i gennemsnit dokumenterer den pædagogiske indsats 3,21 gange om året, mens botilbud til mennesker med sindslidelse i gennemsnit dokumenterer den pædagogiske indsats 5,16 gange om året.

I interviewene fortæller flere ledere for botilbud til mennesker med udviklingshæmning, at de anvender dokumentationen til opfølgning på de årlige statusmøder, de har med sagsbehandlere fra kommunernes myndighedsafdelinger. Dette kan muligvis have en sammenhæng med, at de fleste har svaret, at de mindst dokumenterer én gang om året. Om sammenhængen er rigtig, kan vi dog ikke vide. Ud fra spørgeskemaerne kan vi blot konstatere, at botilbud til mennesker med sindslidelse procentmæssigt dokumenterer oftere end botilbud til mennesker med udviklingshæmning.

HVORDAN ANVENDES DOKUMENTATIONEN I PRAKSIS?

Der er forskellige måder at anvende dokumentation, eller sagt på en anden måde, man kan have forskellige formål med at dokumentere en indsats. Man kan dokumentere med henblik på at opnå en vurdering af indsatsens effekt og i forlængelse heraf som baggrund for at beslutte, om man skal fortsætte med indsatsen eller ændre den. Man kan bruge doku-

mentation som et refleksions- og supervisionsredskab internt i en personalegruppe eller i forhold til eksterne samarbejdspartnere, og man kan anvende dokumentation som et redskab til brugerinddragelse. Ofte anvendes dokumentation til flere af ovenstående formål samtidig.

TABEL 4.4

Botilbud i Region Syddanmark fordelt efter, hvordan de primært anvender dokumentationen af den pædagogiske indsats over for beboerne. Særskilt for botilbuddets målgruppe. Procent.

Primær anvendelse af dokumentation:	Botilbud til mennesker med udviklingshæmning	Botilbud til mennesker med sindslidelse
Sammenholdes med målet for indsatsen over for den enkelte borger	43	51
Anvendes til at ændre indsatsen over for den enkelte borger, hvis dokumentationen peger på behov for dette	46	37
Diskuteres internt blandt med arbejdere	8	10
Diskuteres med eksterne samarbejdspartnere	3	2
Total	100	100

Anm.: Botilbud til mennesker med udviklingshæmning: N = 110. Botilbud til mennesker med sindslidelse: N = 51.

Kilde: Spørgeskema til ledere af botilbud.

Tabel 4.4 viser, at flest botilbud til mennesker med udviklingshæmning (46 pct.) anvender dokumentationen til at ændre borgerens indsats, hvis dokumentationen peger på dette. For botilbud til mennesker med sindslidelse er der flest (51 pct.), der primært anvender dokumentationen til at sammenholde målet med indsatsen over for den enkelte borger. Det kan måske tolkes sådan, at de har større forventning om et resultat af indsatsen. Ellers er der generelt ikke den store forskel på, hvordan botilbudde til de to målgrupper primært anvender dokumentationen af den pædagogiske indsats over for beboerne.

I de kvalitative interview fortæller en leder for et botilbud til mennesker med sindslidelse i Gkomm, i tråd med ovenstående, at dokumentationen anvendes til at fastholde indsatsmålene for både beboere og personale, hvilket også sker i samarbejde med de tilknyttede dagtilbud og beskæftigelsestilbud.

TABEL 4.5

Botilbud i Region Syddanmark fordelt efter, om de måler effekten af indsatsen over for beboerne. Særskilt for botilbuddets målgruppe. Procent.

Måles effekten af indsatsen?	Botilbud til mennesker med udviklingshæmning	Botilbud til mennesker med sindslidelse
Ja	73	75
Nej	27	25
Total	100	100

Anm.: Botilbud til mennesker med udviklingshæmning: N = 120. Botilbud til mennesker med sindslidelse: N = 51.

Kilde: Spørgeskema til ledere af botilbud.

Tabel 4.5 viser, at de fleste botilbud har svaret, at de måler effekten af indsatsen over for de enkelte beboere på botilbuddene. Tallene viser yderligere, at der ikke er den store forskel på botilbud til mennesker med udviklingshæmning og botilbud til mennesker med sindslidelse.

I interviewene med botilbudslederne fortæller en leder for flere botilbud til mennesker med udviklingshæmning i Gkomm, at de på flere botilbud effektmåler systematisk. De har de ansat to akademiske medarbejdere til at arbejde med effektmålingen, og dokumentationen anvendes således til at blive skarpere på, hvilken effekt indsatsen har. Derfor er der i det elektroniske dokumentationssystem udarbejdet nogle målegrader, som fx kan være på en skala fra 1 til 10 eller af mere subjektiv karakter. Det er særligt forskellige kommunikative redskaber, der afprøves i arbejdet med beboerne, og der måles efter tre måneder.

TABEL 4.6

Botilbud i Region Syddanmark fordelt efter, i hvilket omfang de beboere, der er i stand til at deltage, inddrages i dokumentationen af det socialfaglige/pædagogiske arbejde. Særskilt for botilbuddets målgruppe. Procent.

Beboere, der er i stand til det, inddrages:	Botilbud til mennesker med udviklingshæmning	Botilbud til mennesker med sindslidelse
Altid	63	80
Af og til	28	20
Sjældent	7	0
Aldrig	2	0
Total	100	100

Anm.: Botilbud til mennesker med udviklingshæmning: N = 111. Botilbud til mennesker med sindslidelse: N = 51.

Kilde: Spørgeskema til ledere af botilbud.

Tabel 4.6 viser, at de fleste botilbud inddrager de beboere, der er i stand til at deltage, i dokumentationen af det pædagogiske arbejde. Procent-

mæssigt er der flere botilbud til mennesker med sindslidelse (80 pct.), end botilbud til mennesker med udviklingshæmning (63 pct.), der altid inddrager de beboere, der kan deltage. Dog er det for botilbud til begge målgrupper over halvdelen af botilbuddene, der svarer, at de altid inddrager borgeren i dokumentationen, såfremt denne er i stand til at deltage. På et botilbud til mennesker med udviklingshæmning fortæller lederen, at de eksempelvis anvender dokumentationen, når de har samtaler med pårørende. Hvis borgeren giver lov, kan de pårørende også få adgang til det elektroniske dokumentationssystem og på den måde følge med i borgerens forløb.

På flere botilbud til mennesker med sindslidelse fortæller botilbudslederne, at metoder og tilgange til det pædagogiske arbejde planlægges i samarbejde med borgeren. De nævner ikke, at borgeren inddrages i dokumentationen, men fortæller, at de gør meget ud af at inddrage borgeren mest muligt i det daglige arbejde.

Vi har, på baggrund af det indledningsvist beskrevne datagrundlag, i dette afsnit beskæftiget os med nogle generelle vilkår for, og tendenser der har indflydelse på, metodeudvikling og implementering af nye, mere effektive metoder på botilbudsområdet. Vi vil i næste afsnit vende opmærksomheden mod nogle af de centrale problematikker, som disse vilkår ifølge vores respondenter afføder.

PROBLEMATIKKER

I besvarelsene fra Socialdirektørforum er der enighed om, at det er muligt og nødvendigt at udvikle metoderne. Det er imidlertid bemærkelsesværdigt, at synsvinklen ikke kun er økonomisk nødvendighed, men lige så meget er udtryk for menneskesyn, incitamentstruktur, fagkultur og organisationsstruktur. Menneskesyn relaterer til det fokus på rehabilitering, som blev beskrevet i forrige afsnit. Incitamentstruktur relaterer til en systeminerti, der gør det vanskeligt at gennemføre forandringer. En del af denne inertie ligger i incitamentstrukturen. Det er ofte tilfældet, at den ”belønner” lavt funktionsniveau og ikke udvikling i retning af selvhjulpenhed og mestring. Det er imidlertid muligt at udfordre denne inertie ved at introducere nye faglige metoder og/eller ny teknologi, inddrage pårørende, foretage prioritering af opgaver, og gøre visioner og værdier bevidste og eksplicite.

FAGKULTURER OG FLERFAGLIGHED

Det drejer sig imidlertid ikke kun om at gøre op med en omsorgskultur og en systeminerti. Der er også tale om forskellige fagkulturer, som det kan være vanskeligt at arbejde på tværs af. En respondent fra Socialdirektørforum beskriver fx en ”amtslig” kultur præget af isolation og konstans, og sætter den i modsætning til en vidensdelingskultur. Det er nødvendigt at arbejde bedre på tværs med tværfaglige løsninger, og det kræver, at medarbejderne orienterer sig mod at kommunikere med grupper, som de ikke er vant til at have med at gøre. En af de interviewede chefer udtrykker et behov for mere ”flerfaglighed”, fordi det skaber bedre faglig udvikling. Også fordelingen af faglært og ufaglært personale på botilbudene nævnes af en sagsbehandler fra Fkomm, som påpeger vigtigheden af, at den etiske og faglige fane holdes højt trods effektivisering og besparelser på området. En måde, som dette kunne gøres på, er ifølge sagsbehandleren at ansætte mindre ufaglært personale. Denne problematik er ikke ny og påpeges bl.a. af Langager m.fl. (2009), der fremdrager hovedpointer fra en række rapporter udarbejdet efter indførslen af serviceloven i 1998. Der påpeges på den baggrund følgende vedrørende rekruttering og fastholdelse af fagligt kompetent personale:

Det er generelt i rapporterne, at dette aspekt problematiseres, fordi det er vanskeligt at undgå en endog temmelig kraftig gennemstrømning af faste medarbejdere og stort og skiftende vikarindtag. Gennemstrømningen vurderes at være større, end det er ønskeligt både med henblik på beboernes trivsel og kollegiale og faglige aspekter. (Langager m.fl., 2009, s. 21)

Der er bred enighed blandt de interviewede chefer og centerledere, samt i besvarelserne fra Socialdirektørforum, om, at der er brug for en solid faglig fundering af de nye metoder, hvis man vil gøre op med en bestemt fagkultur. Et paradigmeskifte må med andre ord have en faglig fundering, hvis personalet skal have ejerskab til det. Indsatsen skal beskrives som en udvikling af den pædagogiske faglighed.

KRAV TIL AFDÆKNING

Metodeudvikling handler ikke kun om den pædagogiske indsats ude i de enkelte botilbud. Det handler også om i den indledende fase at få afdækket borgers behov, så man kan planlægge den mest hensigtsmæssige

fremtidige indsats. En leder for et botilbud til mennesker med sindslidelse i Akomm siger i den forbindelse:

En effektivisering på botilbudsområdet vil handle om at gå hver borger mere systematisk igennem for at vurdere, hvad der er det vigtigste i indsatsen.

Som en af de interviewede chefer også udtrykker det.

Der ligger en metode i afdækning, for at du kan komme til en metode for pædagogisk handling.

Samme chef peger på, at der ikke eksisterer formelle forventninger eller krav til, hvad en god afdækning skal indeholde. Det er op til den enkelte kommune at sørge for at standardisere afdækningskrav til fx udviklingsbeskrivelse, gennemgang af medicin, ajourført diagnose og i den forbindelse, at de rigtige lægefaglige specialer kommer ind over sagen. Især i forhold til overgangen fra børneområdet til voksenområdet er borgerne ofte mere eller mindre ubeskrevne og/eller har en utilstrækkelig diagnose givet på et meget tidligt tidspunkt i barnets liv – i nogle tilfælde af en læge, som ikke har det pågældende felt som speciale. En utilstrækkelig autisme-diagnose fra treårsalderen kan på denne måde følge en borger ind i voksenlivet. En manglende beskrivelse af den pågældende borgers udvikling, altså hvilket udviklingsniveau borgeren fungerer på inden for forskellige områder, er helt centralt for at kunne matche tilgangen til den enkelte borger. Overgangen fra børne- til voksenområdet kan ligeledes være problematisk i forhold til skiftet i regelsæt, særligt på magtanvendelsesområdet. Den førnævnte chef påpeger en tendens til, at der især i de mest komplekse sager ikke har været arbejdet med mål, der matcher vilkårene som voksen i botilbud. Det medfører mistrivsel, kræver en stor indsats af det pædagogiske personale og medfører et ”voldsomt ressourcepild”. Formelle krav til, hvad en afdækning som minimum skal indeholde, er afgørende for, at man får et fornuftigt ressourceforbrug.

KONTINUERLIG VIDENINDSAMLING

Vidensindsamling og vidensdeling er centralt for at skabe grundlag for metodeudvikling og implementering af nye, mere effektive metoder, især hvis disse metoder skal være evidensbaserede. Med vidensindsamling menes her en kontinuerlig indsamling af national og international forsk-

ningsbaseret viden, så man er opdateret og ”har fingeren på pulsen” rent fagligt. Det ville på forvaltningsniveau være en yderst ressourcekrævende opgave, idet man skulle holde sig opdateret på mange forskellige områder, såsom senhjerneskade, udviklingshæmning, psykiatri, misbrug, hjemløshed, fysisk handicap osv. Derfor ligger opgaven vidensindsamling ofte hos de enkelte leverandører, altså ude i de enkelte botilbud. Men det er også en udfordring at afsætte ressourcer til at holde sig løbende opdateret på botilbuddene, og medarbejderne er ikke vant til at sidde og søge på ny forskning og ny viden, som én af de interviewede chefer pointerer. I den forbindelse fremhæves Socialstyrelsens handleplan *Viden til gavn* som noget, man har forhåbninger til, og som kan facilitere vidensindsamling hos myndigheder såvel som leverandører. Også samarbejde med uddannelsesinstitutioner nævnes af flere af respondenterne fra Socialdirektørforum, som en måde at udvikle på området på:

Det er jo ikke kendetegnende, at anvendte metoder inden for området for især udviklingshæmmede sker med udgangspunkt i forskningsbaseret viden/evidens. Under alle omstændigheder vil metodeudviklingen kunne optimeres, hvis man fx tilknyttede et universitet til at metodeudvikle i samarbejde med personalet i botilbuddene og samtidig opprioriterede den del ressourcemæssigt.

Én af de interviewede centerledere kommer ind på, at en øget specialisering af faguddannelserne ville være ressourcebesparende, fordi man på de enkelte botilbud skal bruge mange ressourcer på at videreudanne personale i forhold til den specifikke målgruppe og tilgang/metode. En af de interviewede chefer mener derimod, at det er vigtigt at fastholde en generalisttilgang på uddannelserne, og at det i praksis er umuligt at specialisere uddannelserne yderligere, hvis man vil holde fast i dem som mellem lange uddannelser.

UDVIKLINGSPROBLEMATIKKER

I forhold til den nødvendige udvikling taler besvarelserne fra Socialdirektørforum både om hvem, hvad og hvor. *Hvem* handler specielt om to grupper af borgere. Der er fokus på særligt dyre borgere, hvis sag nogle steder bliver fulgt af én administrativ person for at sikre, at kommunen har en ensartet praksis i forhold til denne gruppe. En kommune har således hjemtaget en gruppe borgere fra enkeltmandsprojekter og oprettet en

mini-institution og fået et billigere og bedre tilbud ud af det. Én besvarelse taler om, at vi må forberede børn med handicap bedre på at blive voksne, så denne proces ikke ender med alt for store behov.

Hvad handler om udvikling og nytænkning. Udvikling og nytænkning kan kun foregå med 100 pct. opbakning fra ledelsen, såvel i administrationen som i det enkelte botilbud. Respondenterne fra Socialdirektørforum forestiller sig, at udviklingen sker ved et samspil mellem forvaltningen og botilbuddene. I den forbindelse er der brug for en mere analytisk tilgang til metoder. Mange respondenter nævner tekniske hjælpemidler eller velfærdsteknologi, som det ofte udtrykkes i dag. Der må være en vifte af metoder – rehabilitering, housing first, social teknologi, og arkitekturpsykologi eller strategisk indretning³⁰ – og der må ske en metodeudvikling i forhold til måling af borgerens progression, måling af kvalitet og effekt af indsatser. For personalerne drejer det sig ikke blot om at lære nye metoder, men også om at lære en ny måde at arbejde sammen på, en ny måde at udvikle sit arbejde på, en ny måde at relatere sig til borgerne på, et nyt syn på borgernes muligheder og på, hvor meget vi skal gribe ind i borgers liv, en ny måde at relatere til administrationen på, et nyt og mere intensivt samarbejde med andre instanser, der har med borgeren at gøre, og en mere seriøs understregning af princippet om mindste indgreb.

Hvor er det punkt, der rummer mest forskellighed og modstrid mellem respondenterne fra Socialdirektørforum. Flere giver udtryk for, at en udvikling må ske på bostedernes initiativ. Initiativ fra de centrale afdelinger vil støde på modstand, og bostedernes ledere vil hævde, at de har metodefrihed. Ansvaret for udvikling ligger hos botilbuddenes ledere, og udvikling må være en decentral opgave. Initiativet bør ligge i udførerregi – her ligger erfaringerne, kontakten og viden. En kommune har endog en decentral aftalestyring, hvad der gør centrale afdelingers indflydelse ganske ringe. Andre mener imidlertid, at initiativ til udvikling kan komme både fra centralt og decentralt hold og nævner, at udviklingen kan ske eller altid vil ske i samarbejde og gerne med universiteter tilknyttet. Én taler om, at de har tværgående netværk med det formål at skabe udvikling. På den anden side hævder enkelte respondenter, at lokale udviklingsinitiativer er sjældne, og at det er helt nødvendigt at initiativet til

30. Arkitekturpsykologi, også kaldet strategisk indretning, handler om at finde egenskaber ved de fysiske omgivelser, der fremmer ønsket adfærd, fx gøre gangene på en skole så brede, at børnene udviser mindre aggressiv adfærd eller få et boligområde indrettet således, at det får beboerne til at få mere kontakt med hinanden.

udvikling kommer fra centralt hold. Den ansvarlige afdeling kan iværksætte målrettede kompetenceløft i forhold til rehabilitering og recovery-mæssig tilgang med hensyn til socialfaglig bæredygtighed, som kan understøttes af organisatoriske initiativer. Der er bred enighed om målet, men metoderne til at nå målet kan der være uenighed om. Nogle af disse problematikker vil blive udbygget med praksiseksempler i næste afsnit.

HVOR KOMMER FORNYELSEN FRA?

Vi har i vores spørgeskema til botilbudsledere spurgt om, i hvilken grad de på botilbuddene ønsker, at ledelsen er med til at bestemme/rådgive om, hvilke pædagogiske metoder de anvender i arbejdet på botilbuddet.

TABEL 4.7

Botilbud i Region Syddanmark fordelt efter, i hvilken grad botilbudslederne ønsker, at ledelsen er med til at bestemme/rådgive om, hvilke pædagogiske metoder de anvender på botilbuddene. Særskilt for botilbuddets målgruppe. Procent.

I hvilken grad skal ledelsen bestemme/rådgive?	Botilbud til mennesker med udviklingshæmning	Botilbud til mennesker med sindslidelse
I høj grad	31	27
I passende grad	45	33
I mindre grad	16	29
Slet ikke	7	10
Ved ikke	2	0
Total	100	100

Anm.: Botilbud til mennesker med udviklingshæmning: N = 118. Botilbud til mennesker med sindslidelse: N = 51.

Kilde: Spørgeskema til ledere af botilbud.

Tabel 4.7 viser, at der er forskel på, hvilke ønsker botilbud til mennesker med udviklingshæmning og botilbud til mennesker med sindslidelse har til, at ledelsen er med til at bestemme/rådgive om de metoder, de anvender i arbejdet med beboerne. Omkring 30 pct. af botilbud til begge målgrupper angiver, at de i høj grad ønsker, at ledelsen er med til at bestemme/rådgive. Den største gruppe – for botilbud til mennesker med udviklingshæmning 45 pct. – ønsker dog kun, at ledelsen i passende grad er med til at bestemme/rådgive om metoder. Alt i alt mener botilbud til mennesker med sindslidelse i lidt mindre grad det er ønskeligt, at ledelsen er med til at bestemme/rådgive om metoder. Ønsket om, at ledelsen er med til at bestemme/rådgive om metoder, er klart større for botilbud

til mennesker med udviklingshæmning. Denne forskel betyder, at det vil være lettere for en central afdeling at få andel i metodeudviklingen på området udviklingshæmning end på området sindslidelse.

Vores rundspørge til socialdirektører og øvrige medlemmer af Socialdirektørforum peger på en indbygget frustration i systemet. Alle er enige om nødvendigheden af nye metoder i botilbud, der er mindre ressourcekrævende og gør borgeren mere selvhjulpne, og alle mener, at det kan lade sig gøre. Alle er enige om, at kommunens centrale afdelinger kan spille en rolle i den forbindelse, og respondenterne anviser mange metoder hertil. Men der er store forskelle på den rolle, som respondenterne giver de enkelte bosteder i den forbindelse, lige fra at være næsten ene om initiativ og handling og til at være enheder, der så at sige aldrig rykker sig.

Der er et indlejret paradoks i ønsket om metodefrihed versus ønsket om, at centrale afdelinger skal spille en rolle i metodeudvikling i de enkelte botilbud. Hindringer for øget samarbejde mellem forvaltning og botilbuddenes ledelse og personale beskrives af respondenterne fra Socialdirektørforum primært som kultursammenstød enten mellem forskellige faglige udgangspunkter og/eller mellem forskellige organisatoriske arbejdsformer.

Skabelsen af et fælles sprog nævnes fx af en del af respondenterne som helt centralt for øget og bedre samarbejde. En socialdirektør beskriver det således:

Jeg oplever, at det i nogen grad handler om de kulturelle tilgange til borgeren samt manglende fælles sprog.

Et andet medlem af Socialdirektørforum udtrykker bekymring:

Umiddelbart kunne jeg forestille mig modstand fra botilbuddenes side, idet jeg tror, de ønsker metodefrihed.

Besvarelsene peger altså på kulturforskelle mellem centrale administrationer og grupper af botilbudsledere, der godt kan risikere at give problemer i forbindelse med udviklingsinitiativer. Men som en af respondenterne påpeger, er forandringsarbejde altid udfordrende. Vi vil i dette kapitel give eksempler på, hvordan et sådan forandringsarbejde konkret kan udformes i kommunalt regi.

ETIK OG EFFEKT

Vi vil i det følgende give to eksempler fra henholdsvis Vejle og Esbjerg på, hvordan man fra centralt hold i kommunen kan tage initiativ til metodeudvikling og implementering af nye, mere effektive metoder på botilbudsområdet. Begge eksempler drejer sig om at implementere *overordnede* tilgange i det socialpædagogiske arbejde og/eller i dokumentationen af det socialpædagogiske arbejde. Dette har, som det vil blive eksemplificeret i det følgende, en direkte effekt på, hvilke specifikke metoder/tilgange man kan og vil benytte i de enkelte botilbud.

VEJLE: ETISK SPEJLING

Der har det seneste årti været stigende fokus på etik i botilbud, nærmere bestemt hvordan man skaber og vedligeholder en etisk forsvarlig praksis. I 2007 udgav en arbejdsgruppe nedsat af Socialministeriet rapporten *Vejle til et godt liv i egen bolig. Fokus på etik, værdigrundlag og kompetenceudvikling i botilbud for mennesker med handicap og sindslidelser m.fl.* Heri står bl.a.:

Arbejdet med etik og værdier i omsorgsarbejdet skal baseres på de grundlæggende værdier i serviceloven. Men de kan umiddelbart være svære at omsætte i det daglige arbejde i botilbud, fordi serviceloven ikke først og fremmest er opbygget og formidlet med henblik på ledelsens og personalets tilrettelæggelse af det daglige arbejde. (Socialministeriet, 2007, s. 15)

I Vejle arbejder man netop med denne ”omsætning” af grundlæggende etiske værdier i det daglige arbejde. Den interviewede chef fra Vejle Kommune har i samarbejde med konsulentfirmaet Etikos udviklet ledelsesredskabet Etisk spejling. Etisk spejling er kort sagt en metode til kvalitetssikring af servicen til borgeren ud fra et etisk perspektiv. Det er en måde at ”få øje på” egne blinde vinkler og gøre op med en måske indgroet institutionskultur, hvor det kan være svært at reflektere over egen praksis. Helt konkret går etisk spejling først og fremmest ud på, at botilbuddene åbner dørene for udefrakommende observatører. Baseret på antropologisk deltagerobservation observeres dagligdagen på botilbuddet på alle døgnets tidspunkter og blandt alle botilbuddets aktører. Fokus for observationerne er på interaktioner og relationer mellem disse aktører, og observationerne analyseres i forhold til fire grundlæggende etiske principper: respekten for selvbestemmelse, hensynet til fysisk og psykisk integritet, agtelse for værdighed og omsorg for det sårbare liv. Analyser-

ne af den observerede praksis sammenskrives i en såkaldt spejlingsrapport, som indeholder en vurdering af botilbuddets etiske tilstand. Spejlingsrapporten indeholder blandt andet anbefalinger til, hvilke elementer af botilbuddets ”etiske kultur” der er bevaringsværdige, og hvilke elementer der skal arbejdes på at ændre. Spejlingsrapportens modtager er botilbuddet, og lederen herfra mødes afslutningsvis med observatørerne for at sparre i forhold til, hvordan man konkret kan arbejde videre med rapportens anbefalinger.

Etisk spejling er som nævnt et ledelsesredskab udviklet fra centralt hold og bredt ud til samtlige centre i Vejle Kommune. Det er altså et eksempel på et metodisk redskab eller en tilgang i det socialpædagogiske arbejde, som er kommet ”oppefra og ned”. Den interviewede chef fra Vejle udtaler i interviewet, at det er ”ærgeligt, at det er mig, der har fundet på det (...), fordi det er hele tiden på kanten til at kunne betragtes som en form for tilsyn, og det er det ikke”. Men etisk spejling er ifølge chefen alligevel blevet modtaget ”med kyshånd” af praksisfeltet. Det er der flere mulige forklaringer på. Én forklaring handler om noget så simpelt som timing. Det øgede fokus på etik i botilbud, især efter sagen om Strandvænget³¹ (2007) og andre lignende sager, har affødt et ønske hos medarbejdere i praksisfeltet, såvel som blandt beslutningstagere, om nye måder at kvalificere den pædagogiske praksis i botilbud ud fra et etisk perspektiv.

En anden forklaring relaterer sig til metodefrihed og ledelsesstil. Spejlingsrapporterne er som nævnt før ikke et tilsyn, og det er derfor op til det enkelte botilbud, hvordan man vil anvende dem i den fremtidige faglige udvikling. På den måde er en overordnet platform for metoder og for udvikling af metoder fastlagt fra centralt hold. Friheden i forhold til specifik metodebrug og udvikling af metoder eksisterer dog stadig på de enkelte botilbud:

Der er forskellige ledelsesmæssige måder at gå til udvikling på et område. Min tilgang er som regel, at jeg sætter fokus på: Hvad er det, der skal på dagsordenen? Men når jeg skal have den lokale handling på det, så er det sjældent, at jeg siger til dem, præcis hvordan de skal gøre. Men vi laver en aftale om, hvilke mål de skal nå. Og hvordan de så vil arbejde med etikken og med undervisere inden for det mål, det skal være dér, hvor det giver mest mening på det enkelte botilbud. For det tror jeg, får den

31. <http://da.wikipedia.org/wiki/Strandv%C3%A6nget-sagen>.

største effekt. Men målet har ikke været til diskussion (chef i Vejle Kommune).

Der er med andre ord metodefrihed inden for rammerne af en overordnet fælleskommunal tilgang til det socialpædagogiske arbejde. Dette betyder også, at der er metoder, som *ikke* kan anvendes inden for disse etiske rammer, eksempelvis metoder baseret på adfærdsmodifikation. I Vejle forklarer den interviewede chef, at det i et sådant tilfælde har været vigtigt at kunne præsentere et alternativ til den pågældende metode, så personalet ikke stod uden et metodisk fundament i deres arbejde.

I Vejle har man altså, ifølge den interviewede chef, haft succes med fra centralt hold at indføre en fælles dagsorden baseret på etik, men med frihed på de enkelte tilbud til selv at definere, hvordan man vil praktisere denne dagsorden i arbejdet med beboerne. Der er i Vejle blevet lavet en årsrapport, som blandt andet viser, at magtanvendelserne er faldet i antal og alvorlighed (på trods af en stigning i antal borgere i botilbud) efter indførslen af den etiske tilgang.

ESBJERG: DET HANDLER OM AT GØRE DET VIGTIGE MÅLELIGT – IKKE OM AT GØRE DET MÅLELIGE VIGTIGT

Som nævnt i afsnittet om dokumentationslandskabet er der blandt respondenterne fokus på udvikling af metoder i botilbud, så indsatsen bliver mindre ressourcekrævende og borgeren mere selvhjulpne. I Esbjerg arbejder man i øjeblikket med implementering af resultatbaseret styring (herefter RBS) på det specialiserede socialområde. Formålet med RBS er at dokumentere effekter på individniveau og derudfra regulere indsatsen. På baggrund af resultaterne kan organisationen styre ressourcerne derhen, hvor effekten er størst. I praksis udføres RBS i samarbejde med borgeren og går ud på at måle indsatsens effekt løbende. Kommunens myndighedsafdeling udarbejder, på baggrund af voksenedringsmetoden, nogle konkrete mål for indsatsen i den enkelte sag, og leverandøren udarbejder på den baggrund en indsatsplan. Målene i indsatsplanen bedømmes på en skala (fx fra 1 til 5) ved indsatsens begyndelse og herefter løbende (fx hver fjerde uge). Det er borgeren selv, som i samarbejde med personalet løbende bedømmer indsatsens effekt på skalaen. Metoden er altså både formativ og summativ, idet der undervejs kan korrigeres, hvis fremskridtet ikke synes tilstrækkeligt (formativt) og slutresultatet kan bruges til vurdering af indsatsens samlede effekt (summativt).

RBS er, ligesom etisk spejling, et eksempel på en overordnet tilgang, der implementeres over hele botilbudsområdet i en kommune, og som kommer fra centralt hold i kommunen eller med andre ord ”oppefra og ned”. Hvor det i Vejle handlede om en overordnet etisk tilgang i det socialpædagogiske arbejde, handler det i Esbjerg om dokumentation af indsatsens effekt. RBS kan potentielt, ligesom spejlingsrapporterne i Vejle, opfattes som en form for tilsyn. Yderligere er det ikke al form for dokumentation, der findes meningsfuld. En leder for et botilbud til mennesker med sindslidelse i Ekomm mener fx, at personalet bruger utrolig meget tid på dokumentation. Hvis ikke de skulle dokumentere så meget, kunne de, ifølge lederen, nå meget mere.

Vi har derfor i interview med chefen og centerlederne fra Esbjerg spurgt om, hvordan indførslen af RBS er blevet modtaget af praksisfeltet. Generelt har modtagelsen ifølge dem været positiv, og RBS er blevet modtaget som et forandringsværktøj frem for et tilsyn. Ligesom i Vejle handler den positive modtagelse blandt andet om timing, som den interviewede chef fra Esbjerg er inde på:

Jeg tror, timingen er god. Der er jo generelt en (...) diskurs om det med: Hvad kommer der egentlig ud af det arbejde, vi går og gør?

RBS opfattes ifølge den ene centerleder netop som en måde at kvalificere det daglige arbejde på, også overfor borgerne, og centerlederen siger i den forbindelse:

Jeg tror egentlig, at langt de fleste socialarbejdere higer efter at dokumentere, at de når nogle resultater. Én ting er, at man går ud og laver en lindring på kort sigt, men hvis det ikke fører til, at borgeren bliver mere selvhjulpne på langt sigt, så kan man godt blive i tvivl om ens arbejde egentlig nytter.

Det er samstemmende med besvarelserne fra spørgeskemaundersøgelsen (tabel 4.8), hvori vi har spurgt, hvordan de på botilbuddene vil modtage det, hvis den centrale ledelse melder ud, at der skal effektiviseres på botilbudsområdet.

TABEL 4.8

Botilbud i Region Syddanmark fordelt efter, hvordan botilbudslederne vil modtage det, hvis den centrale ledelse melder ud, at der skal effektiviseres på botilbudsområdet. Særskilt for botilbuddets målgruppe. Procent.

Hvordan vil det blive modtaget?	Botilbud til mennesker med udviklingshæmning	Botilbud til mennesker med sindslidelse
Vi vil gå ind i et konstruktivt samarbejde med en forventning om, at vi samtidig kan gøre indsatsen bedre.	38	39
Vi vil gå ind i et konstruktivt samarbejde i en erkendelse af, at der ikke er råd til at gøre det så godt, som vi gør det nu.	21	12
Vi må selvfølgelig samarbejde med ledelsen, men vil samtidig arbejde for at opretholde det faglige niveau.	32	39
Vi er nødt til at rette os efter ledelsen, selvom det vil gå ud over det pædagogiske arbejde med borgeren.	3	4
Vi vil på botilbuddet kæmpe imod forringelser af det pædagogiske arbejde med borgeren.	5	6
Total	100	100

Anm.: Botilbud til mennesker med udviklingshæmning: N = 117. Botilbud til mennesker med sindslidelse: N = 51.

Kilde: Spørgeskema til ledere af botilbud.

Både for botilbud til mennesker med udviklingshæmning (38 pct.) og mennesker med sindslidelse (39 pct.) har flest angivet, at de vil indgå i et konstruktivt samarbejde med en forventning om, at indsatsen samtidig kan gøres bedre, hvis ledelsen varsler, at der skal effektiviseres på botilbudsområdet. Både for botilbud til mennesker med udviklingshæmning og botilbud til mennesker med sindslidelse kun få (8-10 pct.), at effektivisering på området vil gå ud over det pædagogiske arbejde med borgeren. Kun få angiver, at de ligefrem vil kæmpe imod forringelser af det pædagogiske arbejde med borgeren, hvis ledelsen melder ud, at der skal effektiviseres på området.

En anden forudsætning for den overvejende positive modtagelse af RBS er ifølge den interviewede chef en udviklingsproces, hvor mange aktører fra praksisfeltet er blevet involveret. Sidst, men ikke mindst fremhæves praksisforankring i interviewene som en helt central forudsætning for succesfuld implementering af RBS og af nye metoder i det hele taget. En af centerlederne fortæller om, hvordan de i bostøtten har kombineret RBS med en narrativ metode, fordi det gav mening i forhold til arbejdet med borgerne. Centerlederen beskriver resultatbaseret styring som en udpræget lineær tilgang og mener, at man i den narrative tilgang har fundet et nødvendigt supplement til den lineære tænkning:

... derfor har min tankegang været, at for at det her er spiseligt for medarbejdere og for borgere, som skal udsættes for det, jamen så er det væsentligt at indtænke nogle cirkulære strategier sammen med det lineære. Jeg tror nok, min tankegang om det er: Det kan ikke stå alene, hverken det cirkulære eller det lineære. Man bliver nødt til begge dele.

Ovenstående citat peger på to ting, som understreges af flere af respondenterne: at metodeudvikling og implementering af nye metoder skal ske med udgangspunkt i praksis og på en måde, der er meningsfuld for borgere og personale. ”Det handler om at gøre det vigtige måleligt – ikke om at gøre det målelige vigtigt”, som det formuleres i en RBS-manual fra bostøtten. En af centerlederne nævner som eksempel et kursus i RBS, som var teoretisk snarere end praksisorienteret, og siger i den forbindelse, at udgangspunktet bør være *i praksis* for at sikre ejerskab.

POTENTIALER

Vi har i dette kapitel beskæftiget os med præmisserne for metodeudvikling og implementering af nye, mere effektive metoder på botilbudsområdet. Vi har først beskrevet nogle generelle vilkår på botilbudsområdet, som direkte eller indirekte har indflydelse på metodeudvikling. Ophævelse af institutionsbegrebet, kommunalreformen i 2007 samt metodefrihed på de enkelte botilbud er beskrevet som generelle vilkår for metodeudvikling. Herefter har vi beskrevet skiftet fra en udpræget omsorgstilgang til en rehabiliteringstilgang for til sidst at komme ind på, hvordan det socialpædagogiske arbejde dokumenteres. Vi gik derefter videre til at se på nogle centrale problematikker, der er i spil, når der skal metodeudvikles. Her beskæftigede vi os med forskellige fagkulturer, krav til afdækning, kontinuerlig vidensindsamling og de udviklingsproblematikker, som blev fremhævet som centrale af vores respondenter fra Socialdirektørforum. Endelig gik vi tæt på praksis og beskrev gennem to eksempler nogle væsentlige aspekter ved en forandringsproces, hvor man fra centralt hold i kommunen er i gang med at implementere nye tilgange i det socialpædagogiske arbejde og/eller i dokumentationen af det socialpædagogiske arbejde. Vi vil i dette afrundende afsnit samle op på nogle vigtige pointer og potentialer i forhold til metodeudvikling og implementering af nye, mere effektive metoder i botilbud.

En stor del af respondenterne ser et stort potentiale i, at i endnu højere grad, end det er tilfældet i dag, at arbejde ud fra rehabiliteringstilgangen og i den forbindelse blive skarpere på at sætte ord på de faglige strategier. Arbejdet med rehabilitering handler både om øget livskvalitet for borgere, faglig udvikling af medarbejdere og besparelse af ressourcer. Flere af de interviewede ledere for botilbud til mennesker med udviklingshæmning nævner, at øget brug af velfærdsteknologier kunne være en måde at imødekomme besparelser på området på. Velfærdsteknologierne vil kunne løse nogle opgaver, særligt plejeopgaverne, således, at der bliver mere tid til den enkelte borger. En app på mobiltelefonen – MOBI:DO – kan således hjælpe borgeren til at huske ting og til at strukturere sin hverdag på en måde, som tidligere var umulig. Også i botilbud til mennesker med sindslidelse er de opmærksomme på velfærdsteknologier. Samtidig ses potentiale i at inddrage frivillige i højere grad.

RAMMESAT FLEKSIBILITET OG PRAKSISFORANKRING

I de kvalitative interview med chefer og centerledere udtrykkes ønske om og mulighed for en gensidig dynamik, hvor metodeudvikling både skal ske ”oppefra og ned” og ”nedefra og op”. I besvarelsene fra Socialdirektørforum mener størstedelen, at kommunens ansvarlige afdeling kan tage initiativ til udvikling af metoder i botilbud, og at botilbuddenes ledere og personale vil hilse det velkommen, hvis den ansvarlige afdeling engagerer sig mere i spørgsmålet om, hvilke metoder botilbuddene skal anvende. Dog giver flere udtryk for, at udvikling skal ske på bostedernes initiativ, altså ”nedefra og op”. Initiativ fra de centrale afdelinger vil blive mødt med modstand, og man vil på bostederne holde fast ved, at man har metodefrihed. Det giver også god mening at udvikle metoder dér, hvor praksisviden om de forskellige målgrupper befinder sig, men det kan være svært at holde sig opdateret på den nyeste viden om metodeudvikling ude på de enkelte botilbud. Derfor ses et stort potentiale i øget samarbejde med videns- og forskningsinstitutioner i forbindelse med fremtidig metodeudvikling og implementering af nye, mere effektive metoder på botilbudsområdet. Et andet aspekt, som Vejle-eksemplet blandt andet peger på, er, at det kan være svært at se på egen praksis, og hvordan denne skal udvikles. Flere af respondenterne peger da også på, at metodeudvikling må ske i et samspil mellem praksisfelt og de ansvarlige afdelinger i kommunen.

Vi har i afsnittet om forandringsproces set eksempler på, hvordan man fra centralt hold i kommunerne har indført overordnede tiltag, der har indflydelse på metodebrug og metodeudvikling i botilbuddene. Der er blevet udstukket nogle generelle retningslinjer for det socialpædagogiske arbejde, og det er i begge kommuner overvejende blevet modtaget positivt. Det er der flere grunde til. For det første er det *overordnede* tiltag, der på et organisatorisk og værdimæssigt grundlag udstikker retningslinjer for den videre metodeudvikling. Hvordan man i de enkelte tilbud vil arbejde med disse retningslinjer er fleksibelt. Der er med andre ord rum til fleksibilitet i forhold til at tilpasse metoderne på det enkelte botilbud til den specifikke målgruppe. På den måde har man fra centralt hold indflydelse på den overordnede retning, man ønsker at bevæge sig i, men med en samtidig respekt for metodefriheden på de enkelte botilbud. For det andet er *praksisforankring* helt centralt for, at udviklingsinitiativer ”oppefra” bliver modtaget positivt. Kompetenceudvikling skal tage udgangspunkt i det nære socialpædagogiske arbejde, som det udfolder sig lokalt, og praksisfeltet skal involveres tidligt i udviklingsprocessen. Udvikling er en proces, der tager tid, fordi medarbejderen skal have en ny rolle. ”Det nye” skal give mening og være forankret i praksis, så det bliver tydeligt, at det udvikler fagligheden og kommer borgeren til gode.

EVIDENSBASEREDE METODER

Dette kapitel giver et hurtigt overblik over, hvad den videnskabelige litteratur siger om metoder, der kan anvendes i botilbud til mennesker med sindslidelse og mennesker med udviklingshæmning. Fokus rettes særligt på metoder, der arbejder med borgeren i det enkelte botilbud eller bofællesskab. Hensigten er at give et overblik over den evidens, dvs. dokumentation af effekt i videnskabelige artikler, der findes for de forskellige metoder. Forskningsoversigten er inddelt i metoder, der primært henvender sig til mennesker med sindslidelse og metoder, der primært henvender sig til mennesker med udviklingshæmning.

Overordnet er forskningsoversigten centreret om det generelle botilbudsområde. Særforanstaltninger er på mange måder et område for sig selv og medtages derfor ikke i denne oversigt (for yderligere viden om særforanstaltninger se Maria Røgeskovs oversigt, del 2, Servicestyrelsen 2010).

METODER I BOTILBUD TIL MENNESKER MED UDVIKLINGSHÆMNING

I følgende afsnit opridses metoder, der primært anvendes i botilbud for mennesker med udviklingshæmning. Den metode, der foreligger mest

evidens for effekten af, er den britiske metode *Active Support* (AS), der er blevet forsket bredt i siden 2000. Ordet ”active” henviser til metodens fokus på at gøre beboerne med udviklingshæmning aktive i botilbuddets hverdag. De andre metoder, der fremhæves her, har et væsentligt mindre evidensgrundlag, og nogle er kun testet eller evalueret et enkelt sted. Ud over AS er resten af afsnittet derfor ikke inddelt i egentlige metoder, men i forskellige temaer, der danner rammen for flere forskellige metoder og undersøgelser omkring botilbud til mennesker med udviklingshæmning.

Mange af undersøgelserne har særligt fokus på forskellige boformer til mennesker med udviklingshæmning og har på forskellig vis undersøgt, hvilke boformer der fremmer eller hæmmer forskellige udviklingspotentialer for mennesker med udviklingshæmning. De metoder, der omhandler boformer, er dermed ikke socialpædagogiske metoder, der fokuserer direkte på arbejdet med borgeren. Derimod skal disse undersøgelser mere ses som bidrag til sagsbehandlerens overvejelser, når de visiterer en borger til et botilbud.

ACTIVE SUPPORT OG EVIDENS FOR EFFEKTEN

Active Support (AS) stammer fra Storbritannien og kan som metode beskrives som en pakke procedurer, der indeholder forskellig aktivitets- og støtteplanlægning. AS tilsigter at fremme en almindelig livsstil for mennesker med udviklingshæmning ved at skabe meningsfulde hverdagsaktiviteter. Formålet er at forbedre interaktionen mellem støttepersonalet og mennesker med udviklingshæmning og gøre støttepersonalet i stand til at øge engagementet og deltagelsen hos mennesker med udviklingshæmning (Stancliffe m.fl., 2010). AS fokuserer på at træne støttepersonalet i at planlægge hverdagsaktiviteter og interagere med mennesker med udviklingshæmning på en struktureret måde gennem aktiviteter. Metoden blev udviklet til voksne med udviklingshæmning, der boede i botilbud, i en erkendelse af, at disse tilbragte størstedelen af deres tid ubeskæftiget i stedet for at deltage i konstruktive hverdagsaktiviteter. Derfor blev AS designet til at gøre op med denne inaktivitet ved at ændre måden, hvorpå støttepersonalet giver mulighed for og støtte til, at beboerne kan deltage i aktiviteter. Generelt implementeres AS i to stadier. Første stadie indebærer at træne personalet i at involvere beboerne i de aktiviteter, som beboerne gerne vil involveres i. Dernæst skal de udvikle foreløbige aktivitetsplaner, der beskriver, hvordan beboerne bedst muligt bliver involveret i disse aktiviteter. Det andet stadie i AS indebærer, at en erfaren træner

arbejder med de individuelle støttemedarbejdere for at lære dem, hvordan de yder den mest effektive støtte over for beboerne (Koritsas m.fl., 2008).

Tidligere forskning har vist, at AS er effektiv til at øge niveauet af aktivitetsdeltagelse og forbedre livskvaliteten for mennesker med udviklingshæmning. En undersøgelse fra 2000 (Felce m.fl.) introducerede AS i fem bofællesskaber, som tilsammen husede 19 voksne med udviklingshæmning. Undersøgelsen blev gennemført som en før-eftermåling, der evaluerede effektiviteten af støtten både før og efter implementeringen af AS. Dette blev gjort ved at udregne sandsynligheden for, at engagementet hos de voksne med udviklingshæmning ville stige i takt med forekomsten af støtte. Beregningen af dette viste, at sandsynligheden for et stigende engagement steg signifikant ved implementeringen af AS. Denne stigning i engagement var også bibeholdt ved eftermålingen. Altså viste denne før-eftermåling, at AS kunne øge engagementet hos mennesker med udviklingshæmning (Felce m.fl., 2000). En anden før-eftermåling fra England (Mansell m.fl., 2010) viste samme resultater. Denne undersøgelse blev gennemført med 49 voksne med udviklingshæmning, der boede i 13 små botilbud og var en del af en større undersøgelse i perioden 1997-2000. En kontrolgruppe blev anvendt til at vurdere personalets implementering af AS, beboernes engagement i meningsfulde hverdagsaktiviteter og stigning i beboernes adaptive adfærd. Undersøgelsen viste, at de botilbud, der havde indført AS, viste et signifikant øget engagement i meningsfulde hverdagsaktiviteter hos beboerne og en signifikant stigning i beboernes adaptive adfærd i perioden 1997-2000. Kontrolgruppen viste ingen signifikante forbedringer.

Et engelsk studie (Totsika m.fl., 2008) har undersøgt personalets erfaring med interaktiv undervisning i AS. 57 støttemedarbejdere, der arbejdede med mennesker med udviklingshæmning, modtog interaktiv undervisning i at yde effektive støtte til deltagelse i hverdagsaktiviteter. Studiet har gennem semistrukturerede interview med støttepersonalet undersøgt deres oplevelse med interaktiv undervisning, hvordan det påvirkede deres arbejde, og hvordan de oplevede implementeringen af AS. Der blev rapporteret høj grad af tilfredshed med den interaktive undervisning. De fleste medarbejdere rapporterede tilbage om mindst ét redskab, de havde lært gennem interaktiv undervisning, og som de stadig benyttede sig af otte måneder efter. Der opstod intet klart eller konsekvent billede af AS på tværs af medarbejderne, som også identificerede

en række barrierer for implementeringen af AS. Den største identificerede barriere var mangel på ledelsesmæssig støtte. Studiet konkluderer slutteligt, at interaktiv undervisning kan påvirke medarbejdernes adfærd direkte og også bliver positivt modtaget af medarbejderne. Dog kan interaktiv undervisning ikke alene sikre en succesfuld implementering af AS. Den succesfulde implementering af AS er også påvirket af ledelsesmæssig støtte, beboernes udfordrende adfærd og bemanding.

I 2011 undersøgte et australsk studie (Riches m.fl., 2011), hvordan personalepraksis blev transformeret gennem implementeringen af AS. En ”train-the-trainer”-fremgangsmåde blev anvendt i en større statslig organisation, der arbejder med mennesker med udviklingshæmning i Australien. ”Train-the-trainer”-fremgangsmåden er baseret på voksenuddannelse og læringsteorier. Modellen afspejler teorien omkring, at mennesker, der underviser, husker 90 pct. af, hvad de underviser, og at mennesker vil lære nye ting gennem betroede sociale netværk. Formålet er at skabe et team af trænere eller undervisere, som er i stand til at levere et særligt program. Disse trænere er så udstyret til at træne andre.

Fem udvalgte trænere blev trænet til at yde AS-træning til 65 medarbejdere i seks bofællesskaber. Derefter blev samme fem trænere observeret, da de skulle yde AS-træning til 54 medarbejdere i seks andre bofællesskaber. Der blev anvendt interaktiv undervisning, og personalet evaluerede deres egen oplevelse med den interaktive undervisning. Derudover blev der indsamlet før-og-efter-data fra en mindre gruppe beboere og fra personalet omkring arbejdspraksis, ledelse af bofællesskaberne og personalepraksis. Undersøgelsen viste, at ”train-the-trainer”-modellen var en effektiv strategi til at træne et større antal medarbejdere. Den interaktive undervisningskomponent var særlig effektiv og blev forbundet med forbedringer i beboernes engagement i hverdagsaktiviteter og fald i depressioner. Personalets jobtilfredshed steg, og der blev registreret signifikante forbedringer i bofællesskabernes arbejdspraksis. Forfatterne til studiet konkluderer derfor, at AS-træning er en effektiv strategi til at autorisere medarbejdere til bedre at kunne støtte mennesker med udviklingshæmning i at være meningsfyldt engageret i hverdagsaktiviteter.

Et andet engelsk studie (Stancliffe m.fl., 2008a) har undersøgt medarbejdernes adfærd og beboernes engagement før og efter undervisning i AS. Undersøgelsen tog udgangspunkt i observationsdata fra et studie omkring AS udarbejdet af samme forfattere året før. Data blev anvendt til at evaluere mængden af hjælp fra personalet, effektiviteten af

hjælpen og personalets anvendelse af rosende ord. Forløbsanalysen viste, at tidlig personalehjælp konsekvent viste sammenhæng med beboernes engagement ved formålingen. Denne stærke sammenhæng steg dog ikke signifikant ved eftermålingen. Beboernes engagement var mere tilbøjeligt til at følge medarbejdernes hjælp end omvendt. Undersøgelsen viste dog en stigning fra formålingen til eftermålingen i personalehjælp og rosende ord. Den større mængde af ros var klart et resultat af stigningen i personalehjælp. Undersøgelsen konkluderer, at mængden og effektiviteten af personalehjælp samt personalets brug af rosende ord hver især er vigtige faktorer for beboernes stigende engagement i hverdagsaktiviteter. Forfatterne anbefaler, at disse faktorer fortsat skal have stor opmærksomhed i forskningen og samtidig sikre, at AS konsekvent er en effektiv metode.

Et australsk studie (Fyffe, McCubbery & Reid, 2008) har undersøgt de organisatoriske faktorer forbundet med implementeringen af AS. Metodisk baseres undersøgelsen på spørgeskemaer til personale i botilbud omkring forekomsten af organisatoriske aktiviteter og processer, der er tiltænkt at assistere implementeringen af AS (fx træning og teamwork), deres forståelse af engagement og deres oplevelse af ændringer i personalepraksis i overensstemmelse med AS (herunder implementeringsudfordringer). Yderligere blev forvaltningsledere uden for botilbuddet interviewet omkring deres rolle i implementeringen af AS. Undersøgelsens resultater viser, at den rapporterede forekomst af organisatoriske aktiviteter og processer (fx træning og teamwork) samt forståelsen af engagement blev forbundet med flere rapporterede forandringer i personalepraksis og færre rapporterede implementeringsproblemer. Personalets rapportering omkring forvaltningsledernes rolle blev ikke forbundet med ændringer i personalepraksis eller færre implementeringsproblemer. Interview med forvaltningslederne uden for bostedet viste, at disse overvurderede deres egen rolle i implementeringen af AS sammenlignet med personalet på bostederne. Studiet konkluderer overordnet, at bredere organisatoriske faktorer (ud over den direkte træning af støttepersonalet) spiller en stor rolle for den samlede implementering af AS. Hertil spiller personalet på bostederne dog en større rolle, end forvaltningslederne gør i selve implementeringen af AS.

Mansell m.fl. (2008) har undersøgt, hvilke faktorer der påvirker det omfang, personalet på botilbud til mennesker med udviklingshæmning yder AS i. Metodisk undersøgte studiet engagement, plejepraksis samt personale- og organisationskarakteristik på 72 plejehjem for voksne

med udviklingshæmning. Ledere i 36 ud af de 72 plejehjem blev trænet i personcentreret AS (PCAS). De resterende 36 plejehjem blev anvendt som kontrolgruppe til at sammenligne de forskellige variable. PCAS-gruppen udviste mere aktiv støtte, assistance, kontakt med personalet og engagement i meningsfulde hverdagsaktiviteter. Der var ingen forskel på medbestemmelse hos beboerne eller i vurderingen af deltagelsen i hverdagsaktiviteter. Sammenlignet med kontrolgruppen havde PCAS-gruppen mere professionelt kvalificeret personale, og gruppens medlemmer var mere tilbøjelige til at mene, at udfordrende adfærd er forårsaget af manglende stimuli. Yderligere vurderede PCAS-gruppen de fleste plejeopgaver som værende mindre vanskelige og var bedre til at organisere og levere AS. Kontrolgruppen var mere tilbøjelige til at mene, at udfordrende adfærd er tillært negativ adfærd. Til gengæld var kontrolgruppen bedre til at samarbejde og var generelt mere tilfredse.

Overordnet viser undersøgelsens resultater, at nogle variable, som ikke hidtil er undersøgt i forbindelse med AS, er forbundet med AS. Det drejer sig om personalets faglige kvalifikationer, viden og erfaringer, som har en betydning i forhold til deres holdning til beboerne. Klar vejledning fra ledelsen, hyppigere tilsyn og teammøder samt uddannelse og støtte til at gøre personalet i stand til at støtte beboerne i meningsfulde hverdagsaktiviteter er også forbundet med AS.

I 2008 udarbejdede Stancliffe m.fl. (2008b) et kritisk litteraturreview, hvor de gennemgik alle tilgængelige studier omkring AS. På det tidspunkt involverede alle tilgængelige studier omkring AS mennesker med udviklingshæmning i døgnbemandede bofællesskaber eller botilbud.

Reviewet viste, at der, trods svagheder i nogle studiers forskningsdesign, var konsekvent evidens for, at implementering af AS resulterer i øget engagement i hverdagsaktiviteter for mennesker med udviklingshæmning. Denne stærke evidens betyder efter forfatternes mening, at forskningen omkring AS nu skal begynde at rette sig mod andre udfald af AS. De forslår at: 1) udvikle AS til at fremme dets positive indvirkning på udfald, såsom medbestemmelse og relationer, 2) undersøge den bredere implementering af AS ud over i bofællesskaber og for mennesker med udviklingshæmning og 3) undersøge effekten af det brede omfang af implementeringen af AS, hvor der særligt fokuseres på ledelse, organisatoriske faktorer, bemanning og omkostninger.

Ifølge Beadle-Brown, Hutchinson & Whelton (2011) har meget lidt forskning vist et fald i udfordrende adfærd hos mennesker med ud-

viklingshæmning som følge af en succesfuld implementering af AS. Imidlertid har både Koritsas m.fl. (2008) og Stancliffe m.fl. (2010) fundet evidens for, at AS mindsker nogle typer af udfordrende adfærd hos mennesker med udviklingshæmning.

Formålet med Koritsas m.fl.'s undersøgelse var at evaluere AS og samtidig undersøge ændringer i engagementet hos mennesker med udviklingshæmning omkring huslige opgaver, muligheden for selvbestemmelse, hyppigheden af udfordrende adfærd og graden af støttebehov. Deltagerne i undersøgelsen var 12 voksne med udviklingshæmning i alderen 27-57 år bosiddende i tre bofællesskaber samt det tilknyttede personale. Personalet udfyldte evalueringer tre gange – ved begyndelsen af undersøgelsen, efter oplæringen i AS og ved opfølgingsundersøgelsen. Undersøgelsen viste, at engagementet omkring huslige opgaver og muligheden for selvbestemmelse steg signifikant over tid. Yderligere viste undersøgelsen, at deltagerne overordnet udviste mindre angst, selvoptaget adfærd, selvskadende adfærd og problemadfærd generelt (Koritsas m.fl., 2008).

Stancliffe m.fl. (2010) undersøgte nogle af de indirekte effekter ved AS (modsat den direkte effekt på engagement). Der var ingen ændring i medbestemmelse, udfordrende adfærd eller i kontakten med familie og venner. Undersøgelsen fandt ud af, at der var et mindre fald i depressioner, adaptiv adfærd og udfordrende adfærd som følge af implementeringen af AS. Disse signifikante forbedringer skabte særlig interesse, da studiet var blandt de første til at rapportere sådanne effekter (Stancliffe m.fl., 2010).

Som tidligere nævnt har AS vist sig at kunne øge deltagelsen i hverdagsaktiviteter, sociale aktiviteter og i samfundsaktiviteter hos mennesker med udviklingshæmning. Samtidig har metoden også vist, at den kunne forbedre sociale færdigheder og den adaptive adfærd hos mennesker med udviklingshæmning. Imidlertid har der ikke været meget forskning omkring andre udfald af AS. Et engelsk studie fra 2011 har undersøgt, hvilken indvirkning implementering af en personcentreret udgave af AS (PCAS) havde på livet for 30 mennesker med udviklingshæmning. De 30, der medvirkede i studiet, boede alle i mindre bofællesskaber. Resultaterne af studiet viste, at der var en signifikant stigning i omfanget af den støtte, de modtog, og den øgede kvalitet af støtten blev ledsaget af øget engagement, deltagelse, selvbestemmelse samt en signifi-

kant reduktion i udfordrende og selvstimulerende adfærd (Beadle-Brown, Hutchinson & Whelton, 2011).

STØTTEPERSONALETS BETYDNING

Siden 1980'erne har meget forskningslitteratur beskæftiget sig med, hvordan man bedst muligt træner personale til at anvende effektive metoder og skabe et engagerende miljø for mennesker med udviklingshæmning. Generelt har den tidligere amerikanske forskningslitteratur konkluderet, 1) at traditionelle didaktiske procedurer eller rollespil ikke altid er effektive til at lære personalet at anvende metoder i deres arbejde, 2) at opsyn med metoder i personalets arbejde synes at være effektivt til at lære personalet at anvende metoderne til at begynde med, 3) der mangler forskning i forhold til at fastholde personalets brug af metoderne på langt sigt. En stor del af den tidligere forskningslitteratur har desuden været baseret på undersøgelser, der var udført i store statslige institutioner for mennesker med udviklingshæmning (Harchik & And, 1992).

Et amerikansk studie fra 1992 (Harchik & And) blev udført for at udvide den tidligere forskningslitteratur på fem punkter. For det første skulle studiet undersøge personalets anvendelse af metoden "token reinforcement system" (symbolsk forstærkningssystem) i et bofællesskab for mennesker med udviklingshæmning. For det andet skulle den langsigtede vedligeholdelse af adfærdsforandringen undersøges for både personalet og de mennesker med udviklingshæmning, der boede i bofællesskabet. For det tredje skulle mellemlederens indførelse af "token reinforcement system" undersøges. Som den fjerde del af undersøgelsen skulle personalets opfattelse af metoden evalueres. Endelig blev tre ansatte og tre voksne med udviklingshæmning undersøgt simultant i forhold til brugen af "token reinforcement system", engagement og deltagelse i aktiviteter og konstruktiv undervisningsinteraktion. Kort fortalt er "token reinforcement system" et redskab til at mindske uhensigtsmæssig adfærd for mennesker med udviklingshæmning. "Token" betyder symbolsk og henviser til en slags (symbolsk) belønning, som mennesker med udviklingshæmning konsekvent får for hensigtsmæssig adfærd. To konsulenter, med stor erfaring med at arbejde med mennesker med udviklingshæmning og med de procedurer, der anvendes i bofællesskaber, lærte personalet at anvende "token reinforcement system". Formålet var at engagere beboerne i en række aktiviteter og forbedre personalets interaktion med beboerne. Konsulenterne lærte metoden til ni ansatte gennem workshops,

direkte observation af personalets anvendelse af redskabet i deres almindelige aktiviteter i bofællesskabet og individuel mundtlig feedback omkring personalets præstation. Evalueringen af den igangværende proces viste sig at være effektiv til at forbedre personalets præstation i forhold til at ændre adfærden hos de voksne med udviklingshæmning, der boede i bofællesskabet.

En engelsk undersøgelse (Felce, Lowe & Jones, 2004) har undersøgt personalets aktivitet og indsats i Supported Housing³² for mennesker med udviklingshæmning. Tidligere undersøgelser har påpeget, at personalets indsats i små bofællesskaber kan være meget svingende. Derfor mener Felce, Lowe & Jones (2004), at der er behov for forskning i de faktorer, der kan forudsige høj kvalitet af indsatser. Formålet med undersøgelsen var derfor at observere personalets præstationer og undersøge, hvilke faktorer der påvirker personalets aktivitet og indsats. Undersøgelsen blev baseret på to antagelser: 1) Personalet fungerer ikke i situationer, de selv har skabt, men udfører deres job inden for de grænser, der fastsættes af miljømæssige sammenhænge, ressourcer, servicepolitikker, sociale forventninger og det netværk af relationer med andre, der er involveret i deres arbejde. På samme tid har de: 2). En betydelig autonomi i det, de gør, og i hvordan de gør det. Undersøgelsens hovedantagelse er, at måden, hvorpå ydre påvirkninger interagerer med personalets eget formål og motivation på arbejdspladsen, vil afgøre personalets aktivitet og indsats. Personalets aktivitet kan derfor ses som følge af følgende faktorer: personalets demografi (fx personalets egenskaber, kvalifikationer og erfaring), arbejdspladsens formelle kultur (fx mål, arbejdsmetoder, uddannelse, ledelsesstil og styringsprocesser) og arbejdspladsens uformelle kultur (fx personalets opfattelse, personalets relationer med beboerne, kolleger og beboernes pårørende). Undersøgelsen fokuserer på den kvantitative beskrivelse af personalets aktivitet i 29 bofællesskaber, jævnt fordelt på den offentlige, private og den tredje (frivillige) sektor og analyserer forholdet til servicestrukturen og den formelle organisering af bofællesskaberne. Mere specifikt undersøges sammenhængen mellem service-sektor, bemanning, personalets karakteristika, arbejdsmetoder, den miljømæssige sammenhæng, personalets aktivitet og personalets interaktion med beboerne.

Undersøgelsen viste, at der kun var få signifikante forskelle mellem de tre sektorer, når beboernes evner blev taget i betragtning. Mere

32. Forskellige boformer, der minder om botilbud.

personale pr. beboer viste større opmærksomhed og mere støtte til beboerne, men også mindre tid, hvor den enkelte medarbejder direkte bekymrede sig om beboerne. Jo flere evner beboerne selv havde, jo mindre opmærksomhed og støtte fik de fra personalet. En større andel af professionelt uddannet personale i bofællesskabet viste sig ikke at være en positiv faktor. Personalets forudgående erfaringer blev forbundet med, at personalet tilbragte mere tid med beboerne, mindre tid på andre aktiviteter, og beboerne modtog generelt mere støtte. Organisationens mål og bofællesskabets ikke-institutionelle miljø var ikke stærk relateret til personalets aktivitet og indsats.

Felce, Lowe og Jones konkluderer, at undersøgelsens resultater er konsistente med tidligere forskning, der også har vist, at der kun er et marginalt afkast forbundet med mere personale i bofællesskaber. Bofællesskabets størrelse havde ingen effekt. Forbindelsen mellem organisationen og personalets aktivitet og indsats kræver mere forskning, men fastholdelse af erfarent personale fremstår som en vigtig faktor. Den opmærksomhed og støtte, beboerne fik fra personalet, havde ingen effekt på beboernes selvjusterende (adaptive) adfærd. Derfor mener Felce, Lowe og Jones, at der er behov for at finde nogle metoder, der sikrer, at personalet yder den støtte, der svarer til beboernes behov.

En anden engelsk undersøgelse (Felce & Perry, 2004) har undersøgt sammenhængen mellem botilbuddets alder, størrelse og antal personale pr. beboer. Yderligere undersøges botilbuddets egenskaber og serviceproces samt beboernes aktivitet. Metodisk baseres undersøgelsen på 60 tilfældigt udvalgte botilbud, hvor der bor seks eller færre mennesker med udviklingshæmning. Efterfølgende meldte ni botilbud sig ud af undersøgelsen. Fra de resterende 51 botilbud blev der indsamlet informationer omkring beboernes alder, køn, selvjusterende (adaptiv) adfærd, fysisk og sensoriske handicap, sociale problemer, udfordrende adfærd, personalets arbejdstimer, personale og beboers forhold på forskellige tidspunkter på dagen, personalets arbejdspraksis, beboernes modtagelse af opmærksomhed og støtte fra personalet samt beboernes aktivitetsniveau.

Undersøgelsens resultater viste, at beboernes alder var forbundet med en større størrelse på botilbuddet og færre antal personaletimer pr. beboer. Højere bemanning blev forbundet med mindre størrelse på botilbuddet. Antal personale pr. beboer på botilbuddene varierede kun i begrænset omfang. Botilbuddets alder og størrelse, personalets arbejdspraksis samt beboernes modtagelse af opmærksomhed og støtte fra per-

sonalet varierede ikke på tværs af botilbuddene. Der var stor forskel på beboernes engagement i aktiviteter på tværs af botilbuddene, men der blev ikke fundet nogen signifikant sammenhæng med denne faktor og nogle af de andre faktorer.

Et amerikansk studie (McKnight & Kearney, 2001) har undersøgt et kort uddannelsesforløb for personale omkring at øge valgmulighederne for mennesker med udviklingshæmning i botilbud. De påpeger, at netop forbedring af valgmuligheder og livskvalitet er kritiske aspekter ved mange nye behandlingsprogrammer for mennesker med udviklingshæmning. Det korte uddannelsesforløb bestod af undervisning, rollespil og feedback over en 5-ugers-periode. Personalet fra to botilbud deltog i uddannelsesforløbet, og disse sammenlignes med en kontrolgruppe bestående af to botilbud, hvis personale ikke deltog i uddannelsesforløbet.

Resultaterne viste en overordnet forbedring i at øge valgmuligheder for mennesker med udviklingshæmning i de to botilbud, der deltog i uddannelsesforløbet. Der blev ikke observeret nogen forbedring i valgmuligheder i kontrolgruppen. Modsat forfatterens forventninger forblev niveauet af adaptiv og maladaptiv adfærd uændret. Undersøgelsen indikerer dermed, at et omkostningseffektivt uddannelsesforløb kan være effektivt til at forbedre valgmuligheder på kort sigt, men at det måske er nødvendigt med andre valgorienterede indsatser for at generere yderligere ændringer i den adaptive adfærd.

MÅLRETTET STØTTE OG BRUG AF TEKNOLOGISKE HJÆLPEMIDLER

Et engelsk studie fra 2012 (Perry m.fl.) har undersøgt, hvordan livskvaliteten hos mennesker med udviklingshæmning påvirkes ved mindre intensiv personalestøtte i botilbud. Mere målrettet støtte blev derfor tildelt sammen med ”telecare” (se nedenfor). Målrettet støtte refererer til fleksibel personaleallokering, som giver det rette bemandingsniveau på de tidspunkter, hvor det er nødvendigt. Det betyder, at nogle mennesker med udviklingshæmning, som kan være ganske uafhængige, kun har personale til stede noget af tiden. Andre, med større støttebehov, har måske personale på alle tidspunkter af døgnet, som kan forstærkes på tidspunkter med maksimalt støttebehov. Evnen til at levere personale efter behov indebærer ofte udekørende personale, der arbejder forskellige steder.

”Telecare” indebærer brugen af elektroniske overvågningsapparater, der muliggør den udekørende støtte. Den målrettede støtte og ”te-

lecare” kan til sammen være en måde at reducere serviceomkostningerne på. I forhold til ældre mennesker har ”telecare” potentialet til at forlænge den tid, de kan bo uafhængigt i egen bolig, da flytning til plejehjem kan udskydes eller måske aldrig bliver nødvendigt. I forhold til mennesker med udviklingshæmning kan den reduktion af personale til beboeren, som ”telecare” giver, give et mere præcist match mellem personale og beboer og dermed højne effektiviteten og give beboerne en relativ høj uafhængighed.

Studiet omfatter 91 deltagere bosat i 33 forskellige botilbud. Den målrettede støtte og ”telecare” blev implementeret med forskudte intervaller i 25 af botilbuddene (63 deltagere). Data omkring en række deltagere- og botilbudsdeskriptioner, kvalitet i plejen og en række objektive livsstilsindikatorer blev indsamlet fire gange over to år. Indvirkningen af interventionen blev evalueret ved at sammenligne grupper over tid.

Sammenligningen mellem før- og eftermålingen viste, at bemandingsniveauet var signifikant reduceret med 23 pct., hvor det var konstant inden interventionens påbegyndelse. Der var ingen signifikante forandringer i livsstilsindikatorerne (sikkerhed, økonomi, sociale- og samsfundsaktiviteter, uafhængighed eller medbestemmelse). Studiet konkluderer, at kombinationen af målrettet støtte og ”telecare” ikke har nogen kortsigtet effekt på livskvaliteten hos mennesker med udviklingshæmning. Dog reducerede det bemandingen, så det ser ud som om, interventionen spiller en rolle for den strategiske udvikling af placeringer af voksne med udviklingshæmning uden for familien (Perry m.fl., 2012).

Et engelsk studie (McConkey, Morris & Purcell, 1999) har undersøgt, hvordan kommunikationen mellem personale på botilbud og mennesker med udviklingshæmning kan forbedres gennem brug af videooptagelser. Undersøgelsen er baseret på 43 videobånd med personale og beboere i mindre botilbud. Hyppigheden af personalets kommunikative handlinger blev opgjort, og derefter blev disse vurderet af to erfarne tale- og sprogterapeuter i forhold til deres hensigtsmæssighed. Anbefalinger til, hvordan kommunikationen kunne forbedres, blev ligeledes noteret. Analysen af de 43 videobånd viste, at beboerne generelt blev præsenteret for få muligheder i forhold til at blive ligeværdige partnere i samtaleudvekslingen. Personalet var alt for afhængige af verbal kommunikation. Selv når personalet kommunikerede med non-verbale beboere, havde de tendens til at favorisere brugen af spørgsmål, og størstedelen af

personalet var dårlige til at tilpasse deres sprog til beboerens forståelsesniveau.

Den mest almindelige anbefaling til personalet var at gøre brug af simple sætninger og ord, at øge deres brug af non-verbale signaler og åbne spørgsmål, at tilbyde beboerne flere muligheder for at indlede emner samt at øge deres imødekommenhed over for beboernes non-verbale signaler.

Et hollandsk studie fra 2011 (Damen m.fl.) har undersøgt effekten af video-feedback-interaktionstræning til støttepersonale, der arbejder med børn og voksne med udviklingshæmning og synsnedsettelse. Baggrunden for undersøgelsen er, at mennesker med udviklingshæmning i bofællesskaber ofte kan opleve ringe social interaktion med det tilknyttede personale. Derfor undersøges det, om det videobaserede *Contact*-program kan hjælpe støttepersonale til at forbedre deres interaktion med beboerne. Programmet er oprindeligt udviklet til døvblinde børn og tilbydes både til teams, netværk eller familier, der har problemer med at etablere en god interaktion med et barn med svære kommunikative vanskeligheder.

I studiet deltog 72 støttepersonale og 12 mennesker med udviklingshæmning og synsnedsettelse, som kom fra forskellige døgnbemandede botilbud. Beboerne var i alderen 13-54 år med en gennemsnitsalder på 35 år. Syv af beboerne var mænd, og fem var kvinder. For hver beboer var mindst syv støttepersonale tilknyttet fra starten af undersøgelsen. Til undersøgelsen blev to interaktion-coaches trænet og undervist af de oprindelige udviklere af *Contact*-programmet. Den overordnede ramme for programmet var inddelt i fire elementer: 1) indledende gruppesessioner for at afklare spørgsmål fra støttepersonale, 2) udarbejdelse af en interaktionsanalyse baseret på information fra gruppesessionerne og observationer, 3) interventionssessioner bestående af gruppesessioner for at analysere interaktionen og fire individuelle undervisningstimer om video-feedback og 4) evaluering.

Formålet med undersøgelsen var at teste, hvor effektiv *Contact*-programmet var til at forbedre kvaliteten i interaktionen mellem personale og beboere i bofællesskaber. Forandringer i kvaliteten blev undersøgt ud fra fire interaktionsaspekter: 1) støttepersonales bekræftelse af beboerens signaler, 2) sekvenser for beboerens initiativer efterfulgt af respons fra støttepersonen, 3) sekvenser for støttepersonals initiativer efterfulgt af respons fra beboeren og 4) følelsesmæssig gensi-

dighed som en overordnet vurdering af forholdet mellem beboer og støttemedarbejder.

Undersøgelsens resultater viste en signifikant stigning for skvansen af støttemedarbejderes bekræftelse af beboers signaler. Yderligere blev der fundet en signifikant stigning i antallet af initiativer taget af beboere efterfulgt af respons fra støttemedarbejdere og en stigning i den følelsesmæssige gensidighed mellem beboer og støttemedarbejder. Der var ingen signifikant stigning i mængden af respons fra beboerne. Støttemedarbejderne evaluerede Contact-programmet som brugbart (Damet m.fl., 2011).

De videometoder, der undersøges i McConkey, Morris & Purcell's (1999) og Damen m.fl.'s (2011) studier, kan begge sammenlignes med Marte Meo-metoden, som er en videobaseret metode, der bygger på principperne for udviklingsstøttende kommunikation.

BOTILBUD SAMMENLIGNET MED ANDRE BOFORMER

I løbet af de sidste 20 år har meget forskning undersøgt de forskellige indvirkninger, som afinstitutionaliseringen har haft på tilpasning og livskvalitet hos mennesker med udviklingshæmning. Et canadisk studie (Gascon & Morin, 2010) har undersøgt tilpasning og livskvalitet for 136 mennesker med udviklingshæmning efter lukningen af Saint-Julien Hospital i Quebec, Canada i 2002. Metodisk baseres undersøgelsen på en række spørgeskemaer om tilpasning og utilpasset adfærd, psykiske problemstillinger, medicin og om flytningen. Der blev målt ved flytningen fra hospitalet og igen 27 måneder efter. Deltagerne flyttede fra hospitalet til enten en plejefamilie, botilbud eller i egen individuel bolig. For alle tre boformer blev der observeret forbedringer i forhold til tilpasning, utilpasset adfærd og den mentale sundhed 27 måneder efter flytningen fra hospitalet. Forfatterne konkluderer ud fra dette studie, at afinstitutionaliseringen er fordelagtig for mennesker med udviklingshæmning i forhold til en række faktorer og også for deres livskvalitet samlet set.

I et paper fra Australien (Young m.fl., 2000) præsenteres foreløbige data for 32 mennesker med udviklingshæmning, der blev flyttet fra en stor statslig institution til små lokale bofællesskaber. En vurdering af den adaptive adfærd, livskvalitet, valgmuligheder og direkte observationer af deltagernes aktiviteter blev gennemført ca. 6 måneder forud for flytningen og derefter 1 måned, 6 måneder og 12 måneder, efter at deltagerne var flyttet i bofællesskab. De standardiserede vurderinger viste in-

gen ændringer i deltageres adaptive adfærd. Der var dog store forbedringer i deltageres livskvalitet og deres valgmuligheder. De direkte observationer viste mere hensigtsmæssig adfærd og mindre udfordrende adfærd efter flytning til bofællesskabet. Ifølge forfatterne antyder undersøgelsens resultater, at flytning fra institution til bofællesskab har muligjort en mere aktiv og normaliseret livsstil for deltagerne med udviklingshæmning. Dog er det nødvendigt, at de lokale bofællesskaber inkorporerer mere effektive behandlingsprogrammer, hvis forbedringer i den adaptive adfærd skal forekomme.

I forbindelse med afinstitutionaliseringen har et opfølgingsstudie fra England (Forrester-Jones m.fl., 2006) undersøgt mennesker med udviklingshæmning 12 år efter, at de har afsluttet et længerevarende hospitalsophold. Mere specifikt undersøgtes sociale netværk hos 213 personer med udviklingshæmning samt den type af social støtte, de modtog 12 år efter hospitalsopholdet. Den sociale støtte blev undersøgt og sammenlignet for fire forskellige boformer: plejehjem, kollegier, mindre bofællesskaber og støtte i egen bolig. I alt deltog 117 mænd (gennemsnitsalder 51 år) og 96 kvinder (gennemsnitsalder 56 år). 92 pct. af deltagerne var singler, og de havde alle mild til moderat udviklingshæmning. Det sociale netværk for deltagerne var i gennemsnit på 22 personer, som spændte fra 3 til 51 personer. I gennemsnit var en fjerdedel af det sociale netværk andre mennesker med udviklingshæmning, og 43 pct. var personale. Kun en tredjedel af netværket relaterede sig ikke til en af de fire boformer for mennesker med udviklingshæmning. Generelt blev praktisk og emotionel støtte ydet af personale, selvom relationen til personalet var mindre tilbøjeligt til at blive beskrevet som en gensidig relation. Andre mennesker med udviklingshæmning var derefter den del af det sociale netværk, der hjalp med alle typer af støtte. Mennesker med udviklingshæmning, der boede i mindre bofællesskaber eller i egen bolig, var mere tilbøjelige til at rapportere om venskabelige relationer, end de der boede på plejehjem. Der blev også rapporteret om større grad af uacceptabel adfærd for dem, der boede på plejehjem. Undersøgelsens forfattere bemærker, at det sociale netværk for deltagerne i denne undersøgelse generelt er større end i andre undersøgelser. Den begrænsede samfundsintegration hos mennesker med udviklingshæmning svarer til det, som andre undersøgelser finder.

Et australsk studie (Stancliffe & Keane, 2000) har sammenlignet bofællesskaber og uafhængige boliger med bostøtte til mennesker med

udviklingshæmning. Fokus var på beboernes udfald og omkostningerne ved de to boformer. Hertil undersøgte studiet beboernes livskvalitet, sikkerhed, grad af ensomhed, social tilfredshed, personlig pleje, husholdning, sundhed, sociale netværk, samfundsdeltagelse, økonomisk forvaltning, deltagelse i hverdagsaktiviteter, stabilitet i bopæl og støtte. For de fleste udfald var der ingen signifikant forskel mellem de to boformer. Deltagerne, der boede i uafhængige boliger med bostøtte, var signifikant mere tilfredse socialt, havde større samfundsdeltagelse, større deltagelse i huslige opgaver og oplevede at have større indflydelse på eget liv. Ingen af de målte forhold var signifikant bedre for deltagere, der boede i bofællesskaber. Den lave bemanning i de uafhængige boliger var ikke forbundet med dårligere udfald for beboerne, og udgifterne pr. person var betydeligt højere for de deltagere, der boede i bofællesskaber.

Et studie fra Taiwan (Yueh-Ching m.fl., 2008) har sammenlignet omkostninger og tjenesteydelser for store døgninstitutioner, mellemstore bofællesskaber og mindre botilbud til mennesker med udviklingshæmning. Tidligere har Taiwans handicappolitik udelukkende vægtet store døgninstitutioner og mellemstore bofællesskaber, men i 2004 blev de mindre botilbud til mennesker med udviklingshæmning lanceret. Metodisk lavede studiet en tværgående analyse for at undersøge de tre forskellige boformer. I alt blev 248 mennesker med udviklingshæmning interviewet, herunder alle beboere fra de i alt 25 mindre botilbud og stikprøver fra de to andre boformer. Resultater fra de taiwanske deltagere var konsistente med den eksisterende litteratur omkring afinstitutionaliseringen fra vestlige samfund (se bl.a. tidligere henvisninger: Forrester-Jones m.fl., 2006; Gascon & Morin, 2010). De mindre botilbud forbedrede, sammenlignet med store døgninstitutioner og mellemstore bofællesskaber, livskvaliteten hos deltagerne med udviklingshæmning. Undersøgelsen konkluderer derfor, at mennesker med udviklingshæmning, der bor i mindre botilbud, har bedre udfald og lavere omkostninger end dem, der bor i mellemstore bofællesskaber eller på store døgninstitutioner.

Et engelsk studie fra 2011 (Felce, Perry & Kerr) har sammenlignet aktivitetsniveauet blandt mennesker med udviklingshæmning, der lever sammen med deres familie og dem, der lever i uafhængige boliger eller i botilbud. Baggrunden for undersøgelsen er, at aktivitetsniveauet for mennesker med udviklingshæmning, der bor sammen med deres familie, er et uopdyrket område inden for forskningen. Undersøgelsen sammenligner indikatorer for huslige- og samfundsmæssige aktiviteter

for mennesker med udviklingshæmning, der bor hjemme, og dem, der bor uden for hjemmet.

Fire datasæt blev sammensat for at få tilstrækkelig information omkring husholdningsaktiviteter samt sociale og samfundsmæssige aktiviteter. I alt deltog 731, hvor 30 boede i uafhængige boliger, 142 boede med deres familie, og 559 boede i botilbud med tilknyttet personale. Undersøgelsen viste, at de, der boede i uafhængige boliger, havde det højeste aktivitetsniveau, når det kom til husholdningsaktiviteter. Det næsthøjeste aktivitetsniveau i forhold til husholdning var for dem, der boede i botilbud med tilknyttet personale. Denne gruppe havde samtidig det højeste aktivitetsniveau, når det kom til sociale og samfundsmæssige aktiviteter. De, der boede sammen med deres familier, havde det laveste aktivitetsniveau, både når det gjaldt husholdningsaktiviteter samt sociale og samfundsmæssige aktiviteter. Ifølge forfatterne kan dette indikere, at mennesker med udviklingshæmning, der bor hjemme med deres familier, har færre aktivitetsmuligheder end dem, der bor i støttede boliger (Felce, Perry & Kerr, 2011).

En omfattende undersøgelse fra Canada (Stainton m.fl., 2011) rapporterer resultater fra en undersøgelse med 852 familiemedlemmer og støttepersonale til voksne med udviklingshæmning, som alle modtager forskellig form for støtte i boligen. Undersøgelsen drejer sig om fire forskellige boformer bestående af: bofællesskaber, plejefamilier, uafhængige boliger eller hjemmeboende (ved egen familie). Sammenligningen af de fire boformer blev foretaget ud fra seks parametre: information og planlægning, adgang til og levering af støtte, medbestemmelse og kontrol, forbindelser til samfundet og den overordnede opfattelse af udfaldene. Undersøgelsens resultater viser, at bofællesskaber og plejefamilie har de bedste resultater for alle parametre på nær ”medbestemmelse og kontrol”. Forfatterne konkluderer, at en flytning til en uafhængig bolig måske ikke altid er ledsaget af den nødvendige støtte til mennesker med udviklingshæmning.

Et studie fra England (McConkey & Collins, 2010) har undersøgt, hvilken rolle støttepersonale spiller i forhold til at fremme social inklusion for mennesker med udviklingshæmning. Baggrunden for undersøgelsen var, at mange studier havde vist, at mennesker med udviklingshæmning, der bor i mere individuelle boformer, ofte har højere grad af samfundsdeltagelse set i forhold til dem, der bor i andre boformer.

Alligevel har støttepersonalets bidrag til at fremme den sociale inklusion fået relativt lidt opmærksomhed i forskningen.

I undersøgelsen deltog i alt 245 støttemedarbejdere, der enten arbejdede med støtte til mennesker med udviklingshæmning i individuelle boliger, botilbud, bofællesskaber eller i dagcentre. Alle støttemedarbejderne udfyldte et spørgeskema, hvor de vurderede prioriteten af forskellige opgaver i relation til deres arbejde. 16 af opgaverne rettede sig mod fremme af social inklusion, og 16 af opgaverne relaterede sig til plejen af mennesker med udviklingshæmning. Derudover identificerede støttepersonalet de opgaver, som de ikke anså som værende relevante i deres arbejde.

Undersøgelsens resultater viste, at støttepersonalet prioriterede plejeopgaver højere end fremme af social inklusion på tværs af alle de forskellige boformer for mennesker med udviklingshæmning. Dog prioriterede støttepersonalet i de individuelle boliger flere opgaver omkring fremme af social inklusion højere, end støttepersonalet i botilbud, bofællesskaber og dagcentre gjorde. Ligeledes var det støttepersonalet i dagcentrene, der var mest tilbøjelige til ikke at vurdere fremme af social inklusion som værende relevant i deres arbejde. McConkey & Collins (2010) konkluderer altså, at støttepersonale, der yder støtte til mennesker med udviklingshæmning i individuelle boliger, har større tendens til at prioritere fremme af social inklusion, selvom dette også varierede meget fra medarbejder til medarbejder. Ikke desto mindre prioriterede alle støttemedarbejderne plejeopgaver højst, særligt i botilbud og bofællesskaber. Derfor anbefaler McConkey & Collins, at lederne for de forskellige boformer vægter fremme af social inklusion højere.

SUNDHEDSFREMMENDE INTERVENTIONER

Et sydafrikansk studie (Moss, 2009) har undersøgt, om risikoen for hjertekarsygdomme ændres for mennesker med udviklingshæmning, hvis deres fysiske aktivitet øges. Ifølge Moss er regelmæssig fysisk aktivitet nemlig en af de modificerbare risikofaktorer for hjertekarsygdomme. Da mennesker med udviklingshæmning bliver ældre og ældre, og deres sygdomsmønstre i højere grad ligner dem hos befolkningen i almindelighed, mener Moss, at både mennesker med udviklingshæmning og deres personale vil have stor gavn af mere information om, hvad der indikerer risikofaktorer for hjertekarsygdomme. Derfor undersøgte Moss, om fysisk aktivitet havde en positiv indvirkning på risikofaktorer for hjertekar-

sygdomme. Undersøgelsen er baseret på 100 mænd og kvinder med udviklingshæmning i alderen 21-73 år, alle bosat i et bofællesskab i det nordvestlige Sydafrika. For hver deltager blev der udarbejdet en risiko-profil for hjertekarsygdomme ved hjælp af spørgeskemaer og en fysisk undersøgelse, der omfattede blodtryk, måling af BMI, måling af kolesteroltal og kardiorespiratorisk fitness. Tre dage efter blev et 12-ugers fysisk aktivitetsprogram sat i gang for deltagerne. Undersøgelsens resultater viste, at 85 pct. af deltagerne var inaktive, og 67 pct. var svært overvægtige. Forhøjet blodtryk (6,1 pct.) og rygning (6,1 pct.) var relativt lavt for denne gruppe. Forhøjet kolesteroltal blev observeret hos 23 pct. af deltagerne.

Det 12-ugers fysiske aktivitetsprogram reducerede deltageres inaktivitet med 50 pct. og resulterede samtidig i en signifikant stigning i kardiorespiratorisk fitness. Samtidig var der et signifikant fald i procentdelen af kropsfedt hos både mænd og kvinder (Moss, 2009).

Et australsk randomiseret kontrolleret forsøg (Lennox m.fl., 2010) har undersøgt sundhedsfremmende interventioner for mennesker med udviklingshæmning, der bor i individuelle boliger. Baggrunden for undersøgelsen er, at mennesker med udviklingshæmning, der bor i individuelle uafhængige boliger, ofte har dårligt helbred og ringe sundhedspleje til dels på baggrund af dårlig kommunikation og mangelfuld information om sundhedspleje. Metodisk har det randomiserede kontrollerede forsøg taget udgangspunkt i to sundhedsinterventioner, hvis formål var at forbedre interaktionen mellem mennesker med udviklingshæmning, deres behandlere og deres praktiserende læge. Opfølgningen blev foretaget 12 måneder efter de to interventioner. Den ene intervention var "the Comprehensive Health Assessment Program" (CHAP), som fungerede som et værktøj til sundhedsevaluering. Opsummeret er CHAP et todelt engangshæfte, hvor første del er beregnet til at indsamle en grundig sygdomshistorie om personen med udviklingshæmning. Denne del færdiggøres af behandlere og den praktiserende læge. Den anden del af hæftet beder den praktiserende læge om at gennemgå sygdomshistorien og vurdere personen med udviklingshæmnings sundhed. Efter den praktiserende læges undersøgelse og udfærdigelse af en handleplan, sendes CHAP-hæftet tilbage til forskerne.

Den anden intervention var sundhedsdagbogen "Ask Health Diary". Sundhedsdagbogen anvendes løbende ved alle lægebesøg og består af fire sektioner. Første del indeholder en oversigt over de personlige

oplysninger for personen med udviklingshæmning, herunder hvordan denne kommunikerer, tidligere boliger, ugentlige aktiviteter samt navne og kontaktoplysninger på familiemedlemmer, støtteorganisationer og behandlere. Anden del om, hvordan man forbereder sig på et lægebesøg. Delen indeholder en tegning af mandlige og kvindelige kroppe, en side til notering af smerter, menstruation, tarm- og blærefunktion samt epilepsi. Personen med udviklingshæmning, familiemedlemmer eller behandlere udfylder første og anden sektion. Sundhedsdagbogens tredje del giver forslag til det kliniske personale omkring, hvordan man arbejder med mennesker med udviklingshæmning. Yderligere er der i denne del tjeklister over sundhedsmæssige problemer, som er forbundet med visse syndromer. Den fjerde og sidste del omfatter lægejournaler omkring diagnoser, operationer, vaccinationer, allergi, familiens sygdomshistorie og lægekonsultationer.

Det randomiserede kontrollerede forsøg viste, at CHAP øgede sundheden og forebyggede sygdomme. CHAP havde en positiv indvirkning på vaccinationer, synstest og vægt. Forsøget viste ingen store forandringer i de målte resultater for den gruppe, der anvendte sundhedsdagbogen.

Et andet randomiseret kontrolleret forsøg fra USA (McDermott m.fl., 2012) har sidste år undersøgt et sundhedsprogram til voksne med udviklingshæmning kaldet ”Steps to Your Health”. Ifølge McDermott m.fl. eksisterer der få randomiserede effektforsøg af sundhedsfremmende interventioner for mennesker med udviklingshæmning, og det er denne mangel, der ligger til grund for deres undersøgelse. Deltagerne i forsøget deltog i sundhedsfremmende undervisning i det lokale handicapråds faciliteter. 443 mennesker med udviklingshæmning deltog i forsøget. Disse mennesker blev tilfældigt fordelt på et ud af to otte-ugers undervisningsforløb. ”Steps to Your Health”-undervisningen vægtede moderat til kraftig aktivitet, sund kost og reduktion af BMI. Undervisningen i kontrolgruppen fokuserede på hygiejne og sikkerhed. Forsøgets resultater viste ingen statistisk signifikant forskel for hverken BMI eller aktivitetsniveau for deltagerne i ”Steps to Your Health”-undervisningen sammenlignet med kontrolgruppen et år efter, at undervisningen var afsluttet. Forsøget viste, at deltagerne i ”Steps to Your Health” havde en ikke-signifikant reduktion af BMI og deltagerne, der boede i bofællesskaber, havde større sandsynlighed for at reducere deres BMI end deltagerne, der boede sammen med deres familier eller i individuelle boliger.

Voksne mennesker med udviklingshæmning vil ofte have behov for, at der føres tilsyn med deres kostindtagelse, men vil sandsynligvis ikke selv være i stand til at registrere deres nøjagtige kostindtagelse præcist via traditionelle metoder. En amerikansk pilotundersøgelse fra 2008 (Humphries, Traci & Seekins) har derfor bestræbt sig på at møde deres behov for støtte med en ny og praktisk måde at indsamle data omkring indtagelse af kost på. Metodisk baseres pilotundersøgelsen på, at ni voksne med udviklingshæmning, bosat i enten bofællesskaber eller individuelle boliger, blev udstyret med et fotografiapparat, som de anvendte til at tage billeder af det mad, de indtog i 24 timer. Pilotundersøgelsens resultater viste, at anvendelse af disse stillbilleder, i interview med deltagerne omkring kostindtagelse, forbedrede pålideligheden af deltageres svar. Undersøgelsens konkluderer derfor foreløbig, at stillbilleder er et effektivt værktøj til at føre nøjagtigt tilsyn med kostindtagelse hos mennesker med udviklingshæmning.

En dansk undersøgelse (Knigge, 2005) har på baggrund af observationsstudier og kvalitative interview undersøgt overvægt hos mennesker med udviklingshæmning på fem botilbud. Selvom undersøgelsens fokus hovedsageligt er kost og motion, fortæller den også noget om, hvilke livsvilkår mennesker med udviklingshæmning i de fem botilbud har. Overordnet skriver Knigge, at der er betydelige forskelle mellem de inddragede botilbud, eksempelvis: beboernes funktionsniveau, botilbudets størrelse, antallet af beboere og den pædagogiske grundholdning på botilbuddet. Alligevel er det muligt at udpege en række lighedspunkter blandt botilbuddene. Botilbuddene opleves af beboerne både som et hjem og et sted, hvor der udøves social kontrol i forhold til kost og overvægt. Overvejende er det personalet, der identificerer og problematiserer beboernes overvægt, hvilket næsten udelukkende årsagsforklares med beboernes funktionsnedsættelser, såsom lavt overjæg, reduceret impuls kontrol og kropsfornemmelse. Samtidig viser undersøgelsen, at overvægt hos den enkelte beboer ofte gøres til et kollektivt anliggende på botilbuddet. Undersøgelsen viser, at forholdet mellem personale og beboer er helt centralt, når det kommer til livsstilsændringer for beboerne. Hvis personalet bliver for overvågende og kontrollerende, kan det i mange tilfælde virke kontraproduktivt i forhold til at forebygge overvægt blandt beboerne. Undersøgelsens forfatter anbefaler derfor, at der tilstræbes en oplysende og forebyggende indsats med fokus på relationen mellem personale og beboer. Det kan gøres gennem to strategier: 1) at

tilføre personalet viden og værktøjer, som kan bidrage til at imødekomme nogle af de u hensigtsmæssige praksisser i botilbuddene og 2) at udvikle oplysningsmateriale om sundhed og sundhedsfremme, der henviser sig direkte til mennesker med udviklingshæmning. Til sidst påpeger forfatteren vigtigheden af, at initiativer og indsatser ikke tager udgangspunkt i en generel målgruppe, men i en differentieret målgruppe med forskellige funktionsniveauer.

TVANGSFORANSTALTNINGER

Mennesker med udviklingshæmning har ofte fysiske og kommunikative vanskeligheder såvel som udfordrende adfærd. Fysisk tvang er en metode, der kan bruges til at styre udfordrende adfærd og fremme den fysiske sikkerhed for mennesker med udviklingshæmning. En svensk undersøgelse fra 2011 (Lundström m.fl., 2011) har undersøgt anvendelsespraksis for fysisk tvang i bofællesskaber for mennesker med udviklingshæmning. Baggrunden for undersøgelsen var, at der manglede viden omkring anvendelsen af fysisk tvang. Formålet med undersøgelsen var derfor at undersøge udbredelsen af anvendt fysisk tvang i bofællesskaber og at identificere karakteristika for de personer, der udsættes for den fysiske tvang. Undersøgelsen inkluderer 556 mennesker med udviklingshæmning i alderen 16-90 år, der er bosat i 118 forskellige bofællesskaber. Den fysiske tvangsansøgelse og personkarakteristika blev undersøgt gennem et spørgeskema. Ud af de 556 havde 99 personer været udsat for fysisk tvang inden for den sidste uge. Af de 99 havde 98 været udsat for mere end én type tvangsforanstaltning. Den mest hyppige tvangsforanstaltning var bæltefiksering. Ved at anvende en logistisk regressionsanalyse viste undersøgelsen, at de uafhængige risikofaktorer, som var stærkt forbundet med fysiske tvangsforanstaltninger, var den manglende evne til at gå selvstændigt, nedsat taleevne, konstant råb og skrig samt epileptiske anfald og spasticitet. Selvom der mangler lov hjemmel for anvendelse af fysiske tvangsforanstaltninger i bofællesskaber for mennesker med udviklingshæmning, bliver fysiske tvangsforanstaltninger hyppigt anvendt i Sverige. Både fysiske handicap og adfærdsmæssige symptomer er signifikant forbundet med anvendelsen af fysiske tvangsforanstaltninger.

Et amerikansk studie fra 2009 (Singh m.fl.) har undersøgt, om træning i mindfulness kan mindske støttemedarbejderes anvendelse af fysiske tvangsforanstaltninger over for mennesker med udviklingshæmning med aggressiv og destruktiv adfærd.

12 støttemedarbejdere, der arbejdede i fire forskellige bofællesskaber, deltog i et 12 ugers mindfulness-forløb. Der blev indsamlet data omkring antallet af hændelser, personalets observation af hændelser, anvendte tvangsforanstaltninger, administreret medicin, skader forvoldt på personalet eller andre beboere. Data blev indsamlet ved projektets start, under mindfulness-træningsforløbet og i mindfulness-praksisfasen. Undersøgelsens resultater viste, at jo længere fremme i mindfulness-træningsforløbet personalet kom, jo større var faldet i tvangsforanstaltningerne. Ved projektets slutfase blev næsten ingen tvangsforanstaltninger registreret. De tvangsforanstaltninger, der blev registreret, var forbundet med nye beboere og tilkaldepersonale, der ikke havde deltaget i mindfulness-forløbet. Skader forvoldt på personalet og andre beboere var næsten faldet til 0 ved projektets slutfase.

Undersøgelsens forfattere konkluderer, at mindfulness potentielt kan være et fordelagtigt redskab for både personale og mennesker med udviklingshæmning, særligt til at reducere tvangsforanstaltninger.

På området for mennesker med sindslidelse er der ligeledes lavet undersøgelser omkring tvangsforanstaltninger. Et engelsk studie har sammenlignet to botilbud, der begge har beboere med sindslidelse og problemskabende adfærd. Her viser sammenligningen, at der er færre fysiske sammenstød i botilbud med lavere andel af beboere med problemskabende adfærd. Ligeledes anvendes der færre tvangsforanstaltninger, og medicinforbruget til behandling af psykiatriske symptomer er lavere (Robertson m.fl., 2004).

I efterfølgende afsnit ser vi nærmere på de metoder, der særligt anvendes i botilbud til mennesker med sindslidelse.

METODER I BOTILBUD TIL MENNESKER MED SINDSLIDELSE

I følgende afsnit opridses metoder, der primært anvendes i botilbud til mennesker med sindslidelse.

Den metode, der foreligger mest evidens for effekten af, er Supported Housing-modellen, også kaldet Supportive Housing, som kan implementeres på forskellige måder og både have form af botilbud, bofællesskaber eller være bostøtte i egen bolig. Yderligere har Housing First-modellen også et solidt evidensgrundlag. Ud over Housing First- og

Supported Housing-modellen er afsnittet ikke inddelt i egentlige metoder, men i forskellige temaer, der danner rammen for flere forskellige metoder og undersøgelser omkring botilbud til mennesker med sindslidelse. Der er både inddraget undersøgelser om botilbud sammenlignet med andre boformer, undersøgelser, der karakteriserer de mennesker med sindslidelse, der flytter i et botilbud, og undersøgelser omkring det socialpædagogiske arbejde med beboerne i et botilbud.

BOTILBUD OG ANDRE BOFORMER TIL MENNESKER MED SINDSLIDELSE

Generelt spiller boligen en stor rolle for recovery-processen hos mennesker med sindslidelse. Det viser et australsk studie, der har undersøgt mennesker med sindslidelser egen opfattelse af boligens betydning ved udskrivelse fra hospitalet. Uden en stabil bolig har mennesker med sindslidelse svært ved at fastholde sociale relationer og meningsfulde aktiviteter i deres liv. Studiet har særligt beskæftiget sig med mennesker med sindslidelse, der modtager støtte i egen bolig eller bor i et botilbud. Denne støtte er vigtig, da mennesker med sindslidelse i svære sygdomsperioder kan komme til at ødelægge vigtige ressourcer i deres liv, såsom deres boligsituation, deres økonomiske situation og deres venskaber. Studiet konkluderer ud fra et brugerperspektiv, at recovery i forhold til en sindslidelse også betyder recovery i forhold til et helt liv. Dette inkluderer støtte fra venner og familie, at man bor i et område eller et sted, hvor der er nogle, der forstår og har kendskab til personens sygdom, samt meningsfulde aktiviteter i hverdagen (Browne, Hemsley & John, 2008).

Et dansk registerstudie fra 2012 (Nordentoft m.fl.) har undersøgt populationen i botilbud til mennesker med sindslidelse, der flytter ind på et botilbud for første gang. I alt undersøges 5.772 personer (60,4 pct. mænd og 39,6 pct. kvinder) med sindslidelse, og studiet identificerer skizofreni som den stærkeste diagnostiske indikator på at blive beboer på et botilbud til mennesker med sindslidelse. Dernæst kommer organiske sindslidelser, stofmisbrug og affektive lidelser. Endvidere viser studiet, at jo flere indlæggelsesdage en person med sindslidelse har haft, jo større er sandsynligheden for, at personen flytter ind på et botilbud. Sammenlignet med årene inden personerne flyttede i et botilbud, blev deres indlæggelsesdage, sammenlignet med andre lignende psykiatriske patienter, reduceret, efter at de flyttede i botilbud. Forfatterne konkluderer derfor, at

botilbud muligvis kan mindske lange og hyppige indlæggelser hos mennesker med sindslidelse ved at stabilisere deres hverdag.

Studiet viste også, at dødeligheden var en lille smule højere blandt beboere i botilbud end blandt lignende psykiatriske patienter, men mere end ti gange højere sammenlignet med den danske befolkning som helhed.

Et hollandsk studie, kaldet UTOPIA, undersøger både botilbud og bostøtte i eget hjem til mennesker med sindslidelse. Studiet beskæftiger sig primært med at karakterisere brugerne med det formål at udlede, hvilke faktorer der er afgørende for, om mennesker med sindslidelse tildeles støtte i form af et botilbud eller i form af bostøtte i eget hjem. Som supplement til undersøgelsen sammenlignes med studier fra England. Metodisk har studiet indsamlet tværsektorielle data fra 119 ”Care Coordinators” og 534 brugere med sindslidelse. Der er indsamlet sociodemografiske og kliniske data samt data omkring funktionsniveau, plejebehov og livskvalitet. Forskellene mellem beboere på botilbud og brugere med bostøtte i eget hjem viste sig at være meget små, hvilket gjorde det svært at uddrage noget om, hvilke faktorer der var afgørende for, hvilken form for støtte undersøgelsesdeltagerne med sindslidelse blev tildelt. I stedet påpeger forfatterne, at deltageres ligheder antyder en mulig mangel på metodisk vurdering i proceduren af tildeling af støtte til mennesker, der er berettiget til enten botilbud eller bostøtte i eget hjem. Dette er i stor udstrækning sammenligneligt med situationen i England. Yderligere viser undersøgelsen, at hollandske brugere med sindslidelse har flere opfyldte behov og er mere engagerede i erhvervsmæssige aktiviteter sammenlignet med engelske brugere (Heer-Wunderink m.fl., 2012).

En amerikansk meta-analyse har undersøgt forskellene mellem forskellige boformer til mennesker med sindslidelse. Forfatterne har indsamlet viden om 44 forskellige boformer fra 30 forskellige studier. Boformerne har de inddelt i fire overordnede kategorier: botilbud, the residential continuum model³³, bostøtte i egen bolig og nonmodel housing, dvs. boformer, der ikke er baseret på en særlig model. Sidstnævnte kategori refererer til de forskellige boformer, som hører til den ”sædvanlige behandling” (på engelsk: *care as usual*), som mennesker med sindslidelse modtager. Forfatterne skriver, at disse boformer varierer meget i de ind-

33. En amerikansk metode over for hjemløshed, som går ud på at lære borgeren de færdigheder, der skal til at leve i en bolig, og tilbyde den hjemløse plads. Først på herberg og derefter i mindre og mindre institutionsagtig form efterhånden som borgeren viser sig at kunne klare dette.

dragede studier, hvilket vil sige, det både kan omfatte at bo på gaden, at bo på herberg og at bo i boformer, der blot beskrives som værende en del af den ”sædvanlige behandling”.

Meta-analysen viste, at botilbud, boligkontinuum og bostøtte i egen bolig havde større boligstabilitet for mennesker med sindslidelse end nonmodel housing. Denne effekt var størst ved bostøtte i egen bolig. Meta-analysen viste ingen signifikant forskel mellem botilbud, boligkontinuum og bostøtte i egen bolig. I forhold til reduktion i sygdomssymptomer var det kun botilbud, der havde en signifikant bedre effekt end nonmodel housing. Når det kom til reduktion i indlæggelsesdage, havde både botilbud og bostøtte i eget hjem en signifikant bedre effekt end nonmodel housing. Bostøtte i egen bolig havde den største effekt i forhold til tilfredshed med boligen (Leff m.fl., 2009).

Et engelsk studie har undersøgt, hvad der karakteriserer støtten til mennesker med sindslidelse i forskellige boformer. 153 boformer til mennesker med sindslidelse blev udvalgt i 12 områder ved hjælp af en database. Boformerne blev overordnet inddelt i fire kategorier: botilbud, bofællesskaber, bostøtte i egen uafhængig bolig og udslusningsboliger. Data viste, at langt de fleste mennesker med sindslidelse, der indgik i undersøgelsen, modtog ADL (Activity of Daily Living) -træning og var involveret i beskæftigelsesmæssig aktivitet. Lidt over halvdelen af deltagerne havde tilknyttet en behandlingskoordinator (Priebe m.fl., 2009).

Et amerikansk studie (Tsai, Bond & Davis, 2010) har undersøgt, hvilke type bolig mennesker med dobbeltdiagnoser i forskellige stadier af deres behandling foretrækker. Ifølge forfatterne har forskningen ikke tidligere beskæftiget sig med, hvorfor og hvornår mennesker med dobbeltdiagnose foretrækker forskellige typer af boformer. Forskningen viser til gengæld, at boligen er en central komponent i den psykiatriske rehabilitering, særligt for mennesker med dobbeltdiagnose. Derfor undersøges, 1) om boligpræferencerne varierer i forhold til det stadie, borgeren er i sin misbrugsbehandling, 2) om de borgere, der foretrækker særlige boformer, har særlige præferencer i forhold til boformernes karakteristik og 3) om der blandt borgere i forskellige typer af boformer kan identificeres forskelle i social støtte, valgmuligheder og tilfredshed med boligen. Undersøgelsen er baseret på spørgeskemaer, og i alt deltog 103 mennesker med dobbeltdiagnose, der enten boede i bemandede botilbud, egen bolig, etværelses lejligheder i bofællesskab eller hos deres familie. Spørgeskemaernes resultater viste, at 1) størstedelen af deltagerne foretrak at bo i

egen bolig, uanset stadiet i behandlingen, 2) de, der foretrak at bo i botilbud, forbandt dette med personale på stedet og støtten fra andre beboere, mens de, der foretrak egen bolig, forbandt dette med autonomi og privatliv og 3) borgere i etværelses lejligheder i bofællesskaber var dem, der rapporterede om færrest valgmuligheder og var mindst tilfredse med boformen.

Et canadisk studie har gennemgået to reviews(systematiske litteraturstudier) med henblik på at identificere de værdier, der sædvanligvis har præget tankegangen inden for forskellige boformer til mennesker med sindslidelse. Yderligere var formålet også at identificere fælles forskningsemner og resultater for de identificerede værdier. Studiet identificerede: 1) valgmuligheder og kontrol, 2) kvalitet og 3) samfundsintegration.

De studier, der havde beskæftiget sig med ”valgmuligheder og kontrol”, viste overordnet, at mennesker med sindslidelse vælger bolig og støtte, som passer til dem, og som de har en vis form for kontrol over. Studierne viste, at mennesker med sindslidelse foretrækker at bo alene, med en partner eller familiemedlemmer i uafhængige boliger. Samtidig viste studierne, at mange mennesker med sindslidelse mener, at de bor i boliger, som ikke er at foretrække, og at valgfrihed i forhold til boligen er forbundet med større boligtilfredshed. I forhold til ”kvalitet” viser de inddragede studier, at mennesker med sindslidelse i Canada generelt har god adgang til boliger med god beliggenhed og af god fysisk og social kvalitet. Studierne omkring ”samfundsintegration” viser, at der eksisterer stærk evidens for, at det sociale netværk har stor betydning for mennesker med sindslidelses velbefindende i deres bolig. Forskningen viser også, at mennesker med sindslidelse, der bor i uafhængige boliger, oftere bliver ensomme end dem, der bor i andre boformer, som botilbud eller bofællesskaber (Sylvestre m.fl., 2007).

Et litteratur-review (Tanzman, 1993) viser, at mennesker med sindslidelse ønsker at bo i uafhængige boliger (eget hus eller egen lejlighed), gerne vil bo med en ven eller partner og ikke andre mennesker med sindslidelse, at de ser lav indkomst som en væsentlig barriere for at opnå en bolig af god kvalitet, og at de ønsker personale, der er tilgængeligt 24 timer i døgnet, men deres bolig skal ikke være døgnbemandet. I forhold til vigtigheden af kontrol og medbestemmelse i Supported Housing viser reviewet, at disse faktorer kan påvirke uafhængigheden, boligtilfredsheden, boligstabiliteten og den psykologiske stabilitet hos mennesker med

sindslidelse i en positiv retning. Andre undersøgelser har vist, at kontrol og medbestemmelse giver øget livskvalitet og bedre integration i lokalmiljøet for mennesker med sindslidelse. I forhold til implementeringen af Supported Housing er det vigtigt at specificere, hvad der er hovedelementerne i Supported Housing – særligt når forskellen mellem Supportive og Supported Housing som tidligere nævnt er mindre tydelig i dag, end den var tidligere. I forhold til udfald af Supported Housing har flere studier sammenlignet Supported Housing med standardbehandling. Der er fundet evidens for, at Supported Housing sammenlignet med standardbehandling forbedrer boligstabiliteten og boligtilfredsheden, reducerer hospitalsindlæggelser samt mindsker misbrug af stoffer og alkohol (Nelson, 2010).

Et randomiseret kontrolleret studie fra USA har undersøgt effekterne af at modtage ”Illness Management & Recovery” (IMR) sammen med Supportive Housing sammenlignet med kun at modtage Supportive Housing. De forsøgsdeltagere, der modtog IMR, viste signifikant flere forbedringer end kontrolgruppen i både selvrapporert og klinisk styring af egen sygdom samt interviewbaseret vurdering af symptomer og psykosocial funktion. Begge grupper forbedrede egen vurdering af bekymrende symptomer og havde lave indlæggelses- og misbrugsrater, mens undersøgelsen stod på. Overordnet indikerer undersøgelsen, at IMR er effektiv til at forbedre styring af egen sygdom og social funktion for mennesker med alvorlige sindslidelser, der modtager Supportive Housing (Levitt m.fl., 2009). En kvalitativ undersøgelse fra Canada (Nelson m.fl., 2005) har undersøgt, hvordan mennesker med sindslidelse oplever at være brugere af Supportive Housing. Kvalitative interview med borgerne viser, at de selv oplever mere velvære, en større følelse af uafhængighed og synes, at deres fremtidsudsigter ser bedre ud end deres liv, før de var brugere af Supportive Housing. Samtidig har det vist sig, at borgerne også har lettere ved at kontrollere et eventuelt stofmisbrug. Undersøgelsen har dog også vist negative udfald, da enkelte har oplevet tab af personlig frihed og selvstændighed. Nogle borgere følte sig utrygge ved at dele værelse med andre og nogle følte, at det var direkte negativt at have personale på stedet, der tog sig af mange af de praktiske ting, da dette ikke medvirkede til at øge følelsen af selvstændighed.

LIVSKVALITET OG DELTAGELSE

En canadisk follow-up-studie (Nelson m.fl., 2007) har undersøgt sammenhængen mellem kontrol i egen bolig hos mennesker med sindslidelse og deres subjektive livskvalitet, herunder integration i lokalsamfundet. Først og fremmest viser undersøgelsen, at der for mennesker med sindslidelse er sammenhæng mellem kontrol i egen bolig og opfattelsen af, at boligen er af god kvalitet. Undersøgelsen viser også, at kontrol i egen bolig og valgmuligheder i forhold til boligen giver en højere livskvalitet for mennesker med sindslidelse. Ligeledes viser undersøgelsen, at jo bedre kvalitet boligen er af, jo bedre er opfattelsen af den subjektive livskvalitet. Det vil altså sige, at den subjektive livskvalitet forbedres både af boligens materielle kvalitet og af psykiske faktorer som kontrol og valgmuligheder i forhold til boligen. Forholdet mellem støttepersonale og borgerne samt borgernes oplevelse af at have kontrol over den professionelle støtte har også positiv indvirkning på integrationen i lokalsamfundet.

Samme studie har også undersøgt forskellen på selvstændige boliger og bofællesskaber i forhold til følelsen af kontrol og medbestemmelse i boligen, kvaliteten af boligen og kontrollen over den professionelle støtte hos mennesker med sindslidelse. Studiet viser, at mennesker med sindslidelse, der bor i selvstændige boliger, føler en højere grad af kontrol over den professionelle støtte end dem, der bor i bofællesskaber. De, der bor i selvstændige boliger, føler ligeledes, at de har mere kontrol og medbestemmelse i forhold til boligen end dem, der bor i fælles boliger. Derfor konkluderer studiet, at det er vigtigt, at man tænker selvstændighed og medbestemmelse ind i udviklingen af botilbud til mennesker med sindslidelse (Nelson m.fl., 2007). Et australsk studie har vist, at hvis særlig støtte tilbydes, så kan Supported Housing øge samfundsdeltagelsen hos mennesker med alvorlige sindslidelser. Den støtte, som undersøgelsen henviser til, er både en koordineret støtte mellem boligen og den kliniske behandling, såvel som støtte til hverdagsaktiviteter i hjemmet og samfundsdeltagelse (Muir m.fl., 2010).

Et komparativt svensk studie (Brunt & Hansson 2004) har bl.a. sammenlignet den subjektive livskvalitet med indlagte patienter (inpatients) med Supported Housing-brugere, som i dette studie både kan være i selvstændige boliger eller i bofællesskaber. I undersøgelsen gøres der brug af ”The Lancashire Quality of Life Profile” (LQoLP) til at måle livskvaliteten hos mennesker med sindslidelse i forhold til ni faktorer:

beskæftigelse, fritid, religion, økonomi, boligsituation, tryghed, familierelationer, sociale relationer og helbred. Supported Housing-brugerne rapporterede højere subjektiv livskvalitet end de indlagte patienter i forhold til fire faktorer: beskæftigelse, fritid, boligsituation og sociale relationer (Brunt & Hansson, 2004).

Et amerikansk kontrolleret forsøg har undersøgt metoden ”Community Integration”, hvis formål er at øge deltagelse og samfundsintegration for mennesker med sindslidelse. Deltagerne med sindslidelse deltager enten i et Housing First-program eller modtager ”sædvanlig behandling” (care as usual). ”Community Integration” lægger vægt på både fysiske, sociale og psykologiske områder, der kan bidrage til integration af mennesker med sindslidelse i lokalsamfundet. Den fysiske integration refererer til, i hvilken grad den enkelte engagerer sig i aktiviteter og gør brug af ressourcer i lokalområdet. Den sociale integration refererer til, i hvilken grad den enkelte interagerer med naboerne, og den psykologiske integration omhandler, i hvilken grad den enkelte føler en tilknytning til både lokalområdet og naboerne. Undersøgelsen måler graden af integration ud fra ti parametre ud fra ”The Wisconsin Quality of Life”-skalaen. De ti parametre er: 1) gennemsnitlig livstilfredshed, 2) psykisk velbefindende, 3) ADL (Activity of Daily Living), 4) sociale- og fritidsaktiviteter, 5) tilfredshed med den sociale støtte, 6) sammenhængskraft blandt naboerne i lokalområdet, 7) selvrealisering, 8) livskvaliteten, 9) deltagelse i organisations- og foreningsliv og 10) sociale relationer med naboer fra lokalområdet.

Forsøget viste, at den sociale støtte fra lokalområdet havde størst indflydelse på graden af deltagelse i aktiviteter for mennesker med sindslidelse, der deltog i Housing First-programmet. Yderligere havde det positiv indvirkning på samfundsintegrationen, hvis støttepersonalet i særlig grad sigtede på at fremme større selvstændighed hos mennesker med sindslidelse. Det, at mennesker med sindslidelse har valgmuligheder i forhold til aktiviteter, viste sig at fremme boligstabiliteten og mindske psykiatriske symptomer. Forfatterne konkluderer, at borgerinddragelse i lokalområdet samt så normale og selvstændige boligforhold som muligt fremmer samfundsintegrationen for mennesker med sindslidelse (Gulcur m.fl., 2007).

BRUGERINDDRAGELSE

Et dansk studie fra 2012 (Petersen m.fl.) har undersøgt, hvordan brugerinddragelse på botilbud opleves af mennesker med sindslidelse i samspil med det pædagogiske personale. Undersøgelsen beskriver botilbud (Supported Housing Schemes) som et tilbud, hvor mennesker med sindslidelse har et længerevarende ophold og samtidig deltager i rehabilitering. På den måde bliver rehabiliteringen en del af hverdagen på botilbuddet. Beboernes samarbejde med personalet er afgørende for, at rehabiliteringen kan lykkes. Dog er det, ifølge undersøgelsens forfattere, ofte uklart for beboerne, hvad det vil sige at være involveret og deltage i rehabiliteringen, samt i hvilket omfang det giver beboerne valgmuligheder og indflydelse eller forstærker kontrollen over de ydelser, de tilbydes på botilbuddet. Behovet for et større og bedre partnerskab mellem beboerne og personalet afspejler et skift fra beslutninger baseret på professionelle værdier til beslutninger baseret på brugernes værdier. Ifølge forfatterne er god rehabiliteringspraksis åben for anerkendelse og diskussion af forskellige værdier.

Generelt skriver de om brugerinddragelse, at det har skabt et skift i servicen mod forbrugerisme, som ikke blot handler om valgmuligheder, men også om indbyrdes afhængighed, respekt og partnerskab. Brugerinddragelse har været en del af den danske servicelov (lov om service) siden dens indførelse i 1998 og er implementeret i socialpsykiatrien. Trods dette har flere studier identificeret barrierer blandt professionelle, som eksempelvis et negativt syn på, om brugerne har den nødvendige kapacitet til at blive inddraget i plejeplanlægningen. Brugerinddragelse er blevet set på som værende svært opnåeligt og yderst problematisk at implementere. Den danske servicelov fokuserer på brugerinddragelse i den generelle levering af ydelser og i den individuelle service, som brugerne modtager. Valgmuligheder og inddragelse er erklæret som menneskeret-tigheder for mennesker med handicap i særdeleshed.³⁴ Selvom evidensen er sparsom, har brugerinddragelse vist sig at have positiv indflydelse på rehabilitering, særligt i udviklingen af sociale færdigheder og forebyggelse af hjælpeløshed. Dog eksisterer der kun begrænset viden omkring, hvordan brugere opfatter brugerinddragelse, og hvordan det påvirker deres rehabilitering.

Derfor undersøger dette studie både, hvordan mennesker med sindslidelse oplever brugerinddragelse i samspil med personalet på botil-

34. Se også FN's Handicapkonvention, vedtaget i Danmark i 2009.

bud, og hvordan brugerinddragelsen har indflydelse på deres rehabilitering. Metodisk er studiet designet som et feltstudie bygget op omkring to botilbud, hvor i alt 12 deltagere i alderen 22-45 år indgår. Studiet viste, at brugerne oplevede brugerinddragelse i rehabilitering som en kamp for selvbestemmelse og anerkendelse. Det at være i stand til at tage beslutninger og have indflydelse på de daglige aktiviteter og hverdagen i sammenhæng med at have overordnede mål for rehabiliteringen blev opfattet som værdifuldt blandt brugerne. Der blev også rapporteret om situationer uden indflydelse eller tvangsforanstaltninger, som særligt forekom ved sygdomsperioder eller under indlæggelse.

Et svensk kvalitativt studie (Lindström, Lindberg & Sjöström, 2011) har undersøgt, hvordan mennesker med sindslidelse oplever forandringsprocesser i botilbud med et særligt fokus på brugerinddragelse og beskæftigelse. Beskæftigelse refererer i denne undersøgelse både til erhvervsmæssig beskæftigelse og hverdagsaktiviteter i og uden for hjemmet. Undersøgelsen tager udgangspunkt i et botilbud i det nordlige Sverige, hvor syv personer bor i hver deres lejlighed og frivilligt deltager i både hjemme- og samfundsrehabilitering vejledt af en jobkonsulent og en socialpædagog, som blev kaldt for ”coaches”. Botilbuddet havde også fællesarealer, hvor beboerne havde mulighed for at socialisere med hinanden. Boligerne var designet således, at disse kunne blive permanente, hvis beboerne ønskede det. Det kunne eksempelvis ske ved en gradvis nedjustering af støtten og en øget selvstændighed hos beboerne. Målet for beboerne var at opnå uafhængighed, privatliv og en følelse af at være en del af samfundet i en selvstændig bolig med egen lejekontrakt. Der blev gennemført 2-4 interview med hver beboer over en periode på tre måneder. Alle interview blev gennemført af den ene af undersøgelsens forfattere (Maria Lindström), som kendte beboerne og havde viden om botilbuddet og rehabiliteringen fra sit tidligere terapeutiske forhold til beboerne. Alle beboerne blev desuden forsikret om, at lige meget hvad de udtalte sig om, ville det ikke få konsekvenser for deres forhold til coachene eller deres situation på botilbuddet. Studiet nåede frem til, at boligforholdene kommer til at udgøre en kompleks struktur, der kan føre til spændinger mellem modstående værdier i rehabiliteringen omkring de strukturerende rammer i botilbuddet: botilbuddet som et hjem versus botilbuddet som en organisation, der strukturerer boligforholdene. Begge værdier er vigtige for en forandringsproces. Studiet konkluderer, at boligen som et hjem var central for beboerne. Yderligere konkluderes, at

man kunne få større udbytte af brugerinddragelsen, hvis beboerne blev inddraget i konstruktive diskussioner omkring modstående værdier i forandringsprocessen.

PSYKOEDUKATION TIL PÅRØRENDE TIL MENNESKER MED SINDSLIDELSE

Et studie fra Irland har undersøgt den viden, som søskende til mennesker med sindslidelse har om deres brors eller søsters sindslidelse. Alle deltagere med sindslidelse, der indgik i studiet, var bosat i botilbud. Undersøgelsen evaluerede familiemedlemmernes forståelse af deres brors eller søsters sindslidelse tre gange: før de modtog psykoedukation, en måned efter afsluttet psykoedukation og seks måneder efter afsluttet psykoedukation. Til at starte med havde familiemedlemmerne ringe viden omkring deres brors eller søsters psykiske lidelse og behandling, men dette var markant forbedret en måned efter afsluttet psykoedukation. Desværre viste dette sig at være en kortsigtet effekt, da familiemedlemmerne seks måneder efter afsluttet psykoedukation havde forværret deres viden om deres brors eller søsters sindslidelse – dog ikke til niveauet fra før de påbegyndte psykoedukationen. Derfor konkluderer forfatterne, at psykoedukationen af pårørende bør inkorporeres rutinemæssigt i behandlingen af mennesker med sindslidelse (Hussain, Warner & Hallahan, 2009).

MÅLING AF RECOVERY

Et studie fra New Zealand (Henneker & Reed, 2012) beskriver den underliggende filosofi i det, de kalder for ”Knowing the People Planning” (KPP), som er et eksempel på en praktisk fremgangsmåde til at måle recovery hos mennesker med sindslidelse i form af brugeridentificerede resultater. Filosofien bag KPP-tilgangen er, at kontinuerlige kvalitetsforbedringer sikres ved at lytte til brugerens ønskede recovery-resultater. ”Knowing the People Planning” henviser altså til planlægning på baggrund af brugernes ønsker. I praksis muliggør KPP indsamling og deling af kvantitative data, der kan anvendes til læring, nye løsninger og levering af klar og objektiv evidens for den effekt, som forandringer og forbedringer har for levering af serviceydelser til mennesker med sindslidelse. Artiklen præsenterer et eksempel, hvor KPP fører til forbedringer i effektiviseringen af både psykiatrisk behandling og misbrugsbehandling i Hawke’s Bay i New Zealand. De fandt, at KPP var en værdifuld frem-

gangsmåde til at planlægge leveringen af serviceydelser ved at måle ydernes nøglevariable, som var baseret på nøgelfaktorer fastlagt af brugerne og et redskab til at beskrive de kvalitetsforbedringer, der blev implementeret i Hawke's Bay. Praktikere var direkte involveret i studiet, og formålet med studiet var at identificere huller og samarbejde med interessenter for at skabe løsninger til at facilitere bedre og forbedrede recovery-resultater for mennesker med sindslidelse.

Der er ikke målt ret mange resultater specifikt relateret til effekten af recovery-orienterede psykiatriske serviceydelser blandt mennesker med sindslidelse i New Zealand. Forfatterne lægger vægt på, at det er vigtigt, at resultater inden for sundhedsområdet beskrives og måles i forhold til effekten på befolkningen, og det er derfor også vigtigt, at resultater med at komme sig efter en sindslidelse beskrives og måles. Formålet med KPP-tilgangen er at skabe evidens for effekten af ændringer i den måde, hvorpå der leveres serviceydelser til mennesker med sindslidelse, og den er samtidig et redskab til at afgøre, om flere investeringer gør en forskel i forhold til, hvordan brugerne oplever serviceydelserne. Filosofien bag KPP-tilgangen er, at kontinuerlige kvalitetsforbedringer sker på baggrund af oplysninger omkring, hvilke resultater brugerne ønsker for deres recovery-proces. KPP beskrives som et simpelt og effektivt redskab til både at indsamle og analysere kvantitativ data. Formålet med KPP er at måle på resultater, der har betydning for mennesker med sindslidelse. Det at sikre et fokus på brugeren og på brugerinddragelse er derfor et afgørende element i KPP. Netop dette element anerkender erfaringen hos personen med sindslidelse med at modtage støtte og anerkender det aspekt, at brugerne ønsker håndgribelige resultater. Samtidig fokuseres på, hvor støtten og serviceydelser skal bevæge sig hen imod for at imødekomme brugernes behov. KPP-surveyen administreres af praktikere. I begyndelsen involverer dette at indsamle kvantitative data omkring alder, køn, etnicitet og varigheden af brugernes kontakt med systemet. Yderligere data indsamles også af praktikere hvert halve år via en brugervenlig survey, der fokuserer på ti nøgelfaktorer. Disse ti faktorer fungerer overordnet til at styre udviklingen af de faktorer, brugerne oplyser som vigtige, serviceydelserne eller de oplysninger, der kræves for at udvikle serviceydelserne.

De ti nøgelfaktorer er: 1) hurtig adgang til støtte, når der er behov, 2) behandling, der fører til udskrivelse og kontrol over eget liv, 3) en personlig vurdering og behandlingsplaner, 4) planer for forebyggelse af

tilbagefald, 5) kontinuerlig behandling, 6) sundhedsvejledning, 7) social støtte, 8) serviceansvarlighed, 9) koordinering af serviceydelser og 10) evaluering af serviceydelser.

I 2003 begyndte en omstrukturering og sanering af psykiatrien i Hawke's Bay i New Zealand. Det var en god mulighed til at introducere KPP til at måle effekterne af forandringen hos psykiatribrugere. Indsamlingen af data begyndte i 2004 og inkluderede 131 deltagere, og derefter blev data blevet indsamlet hvert halve år over en 5-årig periode. Dette gav en mulighed for at sammenligne fra år til år og dermed afgøre, om de nye investeringer og initiativer var effektive. KPP-tilgangen opfordrer personalet til at være kreative, når det gælder problemløsning og kræver samtidig fleksibilitet fra ledelsen i forhold til at støtte personalets idéer. De generelle data og evalueringen af serviceydelserne hjælper personalet til at forstå, hvordan deres serviceydelse opleves. I Hawke's Bay viste KPP-undersøgelsen, at antallet af deltagere med en opdateret recovery-plan var mere end fordoblet på fire år. I 2004 havde 45 pct. af deltagerne en opdateret recovery-plan, som i 2007 var forbedret til 91 pct. af deltagerne. I 2004 viste data også, at 6 pct. af deltagerne ikke havde adgang til en praktiserende læge. For at løse dette problem blev en række læger etableret, hvor deltagerne kunne kigge ind uden tid på forhånd. Mellem 2006 og 2009 viste data, at kun 1-4 pct. ikke mente, at de havde adgang til en praktiserende læge. I 2004 viste data, at kun 25 pct. af deltagerne med en sindslidelse havde adgang til social støtte. Dette tal steg til 78 pct. i 2006 og til 84 pct. i 2009. Ifølge forfatterne bekræfter data, at brugerne lever i uafhængige boliger med tilknyttet social støtte og udfordrer samtidig myten omkring, at mennesker med sindslidelse har behov for intensiv støtte i botilbud. Forfatterne skriver, at data fra denne undersøgelse har bevirket, at serviceydelserne i Hawke's Bay har rykket sig til at blive mere fleksible og individuelt tilpasset. Dette har givet mulighed for individuelle fleksible løsninger, som ikke kun fokuserer på boliger, men også på en række udtrykte behov. Ved undersøgelsens opstart var det en antagelse, at en stor del af de mennesker, der havde tilknytning til psykiatrien, var hjemløse. Analysen af KPP-data i 2005 viste dog, at kun 2 pct. af de tilknyttede var hjemløse, og dette tal har været konstant op til 2009. Ud fra dette kan man udlede, at hjemløshed er en lille problemstilling for størstedelen af psykiatribrugere. Derfor har dataindsamlingen skiftet retning fra at fokusere på boligen til en større vægtning af beskæftigelse, uddannelse samt stabilitet og fastholdelse af boligen.

KPP-data viser, at et stigende antal mennesker med sindslidelse er engageret i lønnet arbejde og meningsfulde aktiviteter i hverdagen. Antallet af deltagere, der var i enten fuldtids- eller deltidslønnet beskæftigelse, steg signifikant over tid fra 9 pct. i 2004 til 27 pct. i 2007. Yderligere viser KPP-data, at størstedelen af deltagerne bor i egne uafhængige boliger med bostøtte: I 2004 var det 69 pct., og tallet steg til 88 pct. i 2010. Forfatterne (Henneker & Reed, 2012) konkluderer derfor, at KPP har vist, at indsamlingen af kvantitative data til at vise tendenser, kortlægge forandringer og spore effekten af ændringer i serviceydelser har medført forbedrede serviceydelser ved at måle effekten af mennesker med sindslidelses recovery-proces.

Et canadisk studie (Fleury m.fl., 2010) har undersøgt, hvilke faktorer der forbindes med, om mennesker med sindslidelse oplever den tilbudte hjælp og støtte som værende tilstrækkelig. Forfatterne skriver, at evaluering af borgernes behov er nøglen i rehabiliteringen af mennesker med sindslidelse. Ved brug af en repræsentativ prøve af mennesker med sindslidelse, der bor i botilbud i Montréal, beskriver undersøgelsen brugernes behov og de variable, der forbindes med tilstrækkeligheden af den udbudte støtte og hjælp. 315 mennesker med sindslidelse, der boede i botilbud, deltog i undersøgelsen. Om hjælpen og støtten opfattes som tilstrækkelig blev forbundet med fem variable: sociale relationer i dagtimerne, antallet af behov, antallet af uopfyldte behov, køn og hjælp fra servicetilbud. Overordnet viste studiet, at hvis problemet er uopfyldte behov, vil de kunne dækkes af lokale serviceudbydere og/eller pårørende.

For det andet når undersøgelsen frem til, at hvis en særlig form for hjælp og støtte passer godt til psykiatrisk behandling (med undtagelse af misbrugsbehandling) og til at dække de basale behov (bolig og kost) hos mennesker med sindslidelse, så er denne form for hjælp og støtte mindre passende til at dække psykosociale behov (såsom aktiviteter i dagtimerne og sociale relationer) og endnu mindre passende til at dække større sociale behov såsom intime relationer og seksualitet. Ifølge forfatterne er udfordringen for det psykiatriske personale derfor at adressere den personlige indvirkning af en alvorlig sindslidelse mere effektivt, så den rette støtte og hjælp kan tildeles.

REHABILITERINGSINDSATSER

Et amerikansk studie (Ellison m.fl., 2011) har undersøgt udfaldene af en statsdækkende implementering af Intensiv Psykiatrisk Rehabilitering

(IPR³⁵), hvis formål var at forbedre bolig- og beskæftigelsesstatus samt indtægter for mennesker med sindslidelse. Samtidig var formålet at undersøge implementeringen af IPR i forhold til serviceanvendelse og omkostninger. Studiet anvender et før-efter-design, hvor deltagerne med sindslidelse kontrollerer deres egne rehabiliteringsresultater (bolig- og beskæftigelsesforhold samt indtjening) og sammenligner dem, der har ”gennemført” eller modtaget tilstrækkelig IPR (minimum et år) med dem, der faldt fra før 6. måned og dem, der faldt fra mellem 6. og 12. måned. Resultaterne viste signifikante forbedringer i indkomst-, bo- og beskæftigelsesstatus for dem, der havde gennemført IPR, sammenlignet med de andre grupper. IPR-deltagerne benyttede sig også af flere slags psykiatriske tilbud og havde et mindre fald i brug af psykiatriske tilbud og omkostninger end de to kontrolgrupper. Forfatterne konkluderer, at der kan forventes forbedrede rehabiliteringsresultater hos dem, der engagerer sig i og gennemfører IPR, men IPR kan ikke forventes at reducere den overordnede brug af psykiatriske tilbud og omkostninger. I stedet kan IPR forbedre serviceadgangen.

35. Se begrebsforklaring.

DATAGRUNDLAG

Analysen af metoder og metodeudvikling på det specialiserede socialområde foretages på baggrund af et datamateriale, der både inkluderer brug af kvalitative og kvantitative metoder. Materialet omfatter en række delundersøgelser:

- søgning på Tilbudsportalen
- gennemgang af international litteratur om metoder i botilbud til mennesker med udviklingshæmning og metoder i botilbud til mennesker med sindslidelse
- gennemgang af både dansk og international litteratur omkring metodebeskrivelser og evidens for effekten af metoder, der allerede anvendes i arbejdet med borgeren på botilbuddene
- 16 interview med ledere af botilbud til mennesker med udviklingshæmning og mennesker med sindslidelse i otte kommuner i Region Syddanmark
- otte interview med sagsbehandlere i samme otte kommuner i Region Syddanmark
- en spørgeskemaundersøgelse til ledere af botilbud i Region Syddanmark

- skriftlige besvarelser fra socialdirektører og medlemmer af Socialdirektørforum vedrørende metodeudvikling samt centrale afdelinger og udføreres roller i den forbindelse
- fire interview med udvalgte kommunale chefer og ledere på det specialiserede socialområde i Region Syddanmark.

De ovennævnte delundersøgelser belyser tilsammen undersøgelsens fire hoveddele:

- hvad den internationale forskningslitteratur siger om metoder i botilbud
- hvad der kendetegner landskabet af botilbuddene
- hvad der kendetegner metoder i arbejdet med borgeren
- hvilke sociale innovationer og nye tiltag, der findes på området, samt hvordan kommunerne kan udvikle og implementere nye og mere effektive metoder inden for den snævre økonomiske ramme.

I dette kapitel redegøres kort for de metoder, der er anvendt i dataindsamlingen til de fire delundersøgelser, og vi begrundet i den forbindelse valget af metoder.

AFGRÆNSNING AF MÅLGRUPPEN OG SØGNING PÅ TILBUDSPORTALEN

Til at danne et hurtigt overblik over de eksisterende botilbud på det specialiserede socialområde er der foretaget en søgning på Tilbudsportalen.dk. Tilbudsportalen blev lanceret i forbindelse med kommunalreformen i 2007. Ifølge hjemmesiden selv indeholder den oplysninger om ca. 4.100 tilbud og ca. 7.000 ydelser inden for det specialiserede socialområde og ældreområdet. Formålet med hjemmesiden er at understøtte den kommunale sagsbehandling i at finde det bedste tilbud til en konkret borger (www.tilbudsportalen.dk). Tilbudsportalen er en hurtig måde at få et overblik på, men erfaring fra tidligere undersøgelser siger, at den har mangler, fx med hensyn til opdatering.

Denne undersøgelse afgrænser sig til botilbud, der baseres på enten SEL § 107 (midlertidigt ophold), SEL § 108 (længerevarende ophold), ABL §§ 105, 115 (botilbudslignende boformer eller bofællesskaber).

Målgruppen er mennesker med udviklingshæmning i alderen 18-40 år og mennesker med sindslidelse i alderen 18-50 år. Aldersafgrænsningen er foretaget for at holde borgere i pleje- eller ældrebolig ude af opgørelsen. Undersøgelsen medtager ikke personer med misbrug, autisme, ADHD eller sociale problemer som det væsentligste i deres situation og medtager heller ikke botilbud, der udelukkende henvender sig til ældre eller yngre borgere. Det betyder, at botilbud og bofællesskaber, der udelukkende vedrører disse målgrupper, ikke medtages. Yderligere afgrænser undersøgelsen sig til botilbud i Region Syddanmark.

Søgningen på tilbudsportalen gav i alt 550 visninger, som derefter blev sorteret i forhold til undersøgelsens afgrænsede målgruppe. Herefter blev en liste med botilbud for hver kommune i Region Syddanmark sendt ud til kontaktpersoner i samtlige kommuner³⁶ for at slette eventuelle nedlagte botilbud og samtidig sikre, at alle botilbud er repræsenteret. Kommunerne har altså selv redigeret listerne med botilbud, så disse var helt opdaterede. Efter sorteringen i 550 visninger på Tilbudsportalen er der 350 botilbud i Region Syddanmark tilbage. Ifølge Tilbudsportalen henvender 50 pct. af de 350 botilbud sig til mennesker med udviklingshæmning, 28 pct. til mennesker med sindslidelse, og de resterende 22 pct. henvender sig til begge målgrupper.

LITTERATUR

Vi har søgt bredt på sociale og behandlingsmæssige metoder uden at begrænse søgningen til botilbud eller institutioner. Vi har søgt på både dansk og international litteratur for perioden 1990 og frem, og der er anvendt et metodefilter for at finde frem til videnskabelige artikler af så god kvalitet som muligt. I forskningsoversigten i kapitel 5 indgår flere systematiske litteraturstudier, også kaldet reviews, hvor der er foretaget en kvalitetsvurdering af enkeltstående studier. Yderligere er der ikke foretaget selvstændige kvalitetsvurderinger af de studier, der indgår i forskningsoversigten. Slutteligt er der søgt på de metoder, der er oplyst på Tilbudsportalen og i besvarelserne af de udsendte spørgeskemaer til tilbuddene. Disse metoder beskrives i kapitel 3.

36. Med undtagelse af Fanø Kommune, der ikke har nogle botilbud, men køber pladser i andre kommuner.

INTERVIEW MED LEDERE AF BOTILBUD

Vi har foretaget interview med i alt 16 botilbudsledere fra otte forskellige kommuner i Region Syddanmark. De otte kommuner er Akomm, Bkomm, Ckomm, Ekomm, Fkomm, Gkomm, Hkomm og Ikomm. Otte interviewpersoner er ledere for et eller flere botilbud til mennesker med udviklingshæmning, og otte interviewpersoner er ledere for et eller flere botilbud til mennesker med sindslidelse. Formålet med interviewene er både at beskrive landskabet af botilbuddene, men formålet er i særlig grad at beskrive de metoder, der anvendes i det pædagogiske og socialfaglige arbejde med borgerne på botilbuddene. Interviewene kommer således til at være et supplement til den danske og internationale litteratur på området samt undersøgelsens spørgeskema og indgår primært i rapportens tredje og fjerde kapitel. Da nogle interviewpersoner har ønsket anonymitet, har vi valgt kun at nævne, hvilken kommune botilbudslederne kommer fra. Tabellerne 6.1 og 6.2 illustrerer, hvor mange botilbud interviewpersonerne er ledere for, hvilke juridiske grundlag botilbuddene baseres på, antal pladser, antal medarbejdere pr. beboer og botilbuddenes døgntakster. Hermed ses også, hvordan flere botilbud er baseret på flere juridiske grundlag, og at flere botilbud også har flere forskellige døgntakster. Tabel 6.1 viser en oversigt over de interviewpersoner, der er ledere for botilbud til mennesker med udviklingshæmning, og tabel 6.2. viser en oversigt over de interviewpersoner, der er ledere for botilbud til mennesker med sindslidelse.

TABEL 6.1

Oversigt over interviewede ledere for botilbud til mennesker med udviklingshæmning inklusive antal botilbud med ledelsesansvar samt juridisk grundlag, antal pladser, personalenormering og døgntakster.

Botilbudsleder i kommune:	Antal botilbud	Juridisk grundlag	Antal pladser	Personale pr. beboer	Døgntakster
Akomm	1	SEL § 107	16	0,40	470 kr.
Ckomm	1	SEL § 108	25	1,28	1.700 kr.
Ekomm	1	SEL § 107	14 + 1 af- lastnings- plads	1,40	1.873 kr. 69 kr. for af- lastningsplads
Fkomm	1	SEL § 108	70	1,80	1.821 kr. 1.410 kr.
Gkomm	1	ABL § 105, SEL § 85	45	2,30	2.024 kr.
Gkomm	6	ABL § 115, SEL § 108	29	0,96	1.310 kr.
		SEL § 108	13	2,30	1.285 kr. 4.967 kr. for en særforanstalt- ningsplads
		SEL § 108	10	0,50	Uoplyst
		ABL § 115, SEL § 107	8	0,40	Uoplyst
		ABL § 115, SEL § 107	40	1,25	564 kr.
		ABL § 115, SEL § 107	13	0,23	415 kr.
Hkomm	1	SEL § 108	28	1,70	1.898 kr. 1.394 kr.
Ikomm	1	ABL § 115, SEL §§ 107, 108	ABL § 115: 31, SEL § 107: 2, SEL § 108: 5	1,40	ABL § 115: 1.935 kr. SEL § 107: 1.382 kr., 2.019 kr. og 2.976 kr. SEL § 108: 1.847 kr.

Kilde: Interview med ledere af botilbud til mennesker med udviklingshæmning.

TABEL 6.2

Oversigt over interviewede ledere for botilbud til mennesker med sindslidelse inklusive antal botilbud med ledelsesansvar samt juridisk grundlag, antal pladser, personalenormering og døgntakster.

Botilbudsleder i kommune	Antal botilbud	Juridisk grundlag	Antal pladser	Personale pr. beboer	Døgntakster
Akomm	3	SEL § 107	6	0,5	602 kr.
		SEL § 107	8	0,37	551 kr.
		SEL § 107	8 + 1 træningsplads + 1 aflastningsplads	1,00	1.283 kr.
Bkomm	1	SEL §§ 85, 107, 108	SEL § 107: 26 SEL § 108: 15 SEL § 85: 50	2,10	400-2.600 kr.
Ckomm	1	ABL § 105, SEL § 85	12	0,66	704 kr.
Ekkomm	1	ABL § 105, SEL §§ 85, 108	SEL § 108: 5 ABL § 105 + SEL § 85: 9 + 2 akutpladser	1,40	SEL § 108: 1.889,63 kr. ABL § 105 + SEL § 85: Uoplyst
Fkomm	3	SEL § 108	31	1,20	1.296 kr.
		SEL § 107	12	0,33	454 kr.
		SEL § 107	12	0,4	526 kr.
Gkomm	1	SEL §§ 107, 108	SEL § 107: 54 SEL § 108: 49	0,70	SEL § 108: 1.688 kr. og 2.427 kr. (skærmede pladser), SEL § 107: 2.045 kr.
Hkomm	1	SEL § 108	38	1,30	1.582 kr. og 2.753 kr.
Ikomm	3	SEL §§ 107, 108	SEL § 107: 10 SEL § 108: 46	1,25	SEL § 107: 1.535 kr., SEL § 108: 1.600 kr.
		SEL §§ 101, 108	SEL § 108: 34 SEL § 101: 8 (misbrugspladser)	1,55	SEL § 108: 1.624 kr.
		SEL § 108	16	0,94	1.324 kr.

Kilde: Interview med ledere af botilbud til mennesker med sindslidelse.

INTERVIEW MED SAGSBEHANDLERE FRA KOMMUNAL MYNDIGHED

Vi har foretaget i alt otte interview med en eller to sagsbehandlere fra otte kommuner i Region Syddanmarks myndighedsafdelinger. De otte kommuner er de samme som de kommuner, hvor der er foretaget interview med ledere af botilbud. I de kommuner, hvor der er foretaget interview med to sagsbehandlere skyldes dette primært, at kommunens myndighedsafdeling er opdelt i et handicapområde og et psykiatriområde. I de kommuner, hvor der kun er foretaget interview med én sagsbehandler skyldes dette typisk, at kommunen har én myndighedsafdeling, som rummer både handicap- og psykiatriområdet.

Formålet med interviewene med kommunens sagsbehandlere er at skabe et billede af, hvilke metoder der anvendes i sagsbehandlingen på det specialiserede socialområde. Interviewene indgår som en del af undersøgelsens tredje delprojekt, men også i det fjerde delprojekt, der handler om processen, hvorigennem nye metoder implementeres i det sociale arbejde med borgere med særlige problemer. Dette gælder også de metoder, som sagsbehandlerne anvender i forhold til visitation og opfølgning af borgernes sager.

Da nogle interviewpersoner har ønsket anonymitet, har vi valgt kun at nævne, hvilken kommune sagsbehandlerne kommer fra. Af samme grund kaldes alle interviewpersoner for sagsbehandlere, selvom det ikke nødvendigvis er interviewpersonernes korrekte arbejdstitel. Nogle af interviewpersonerne har bl.a. haft arbejdstitler som socialfaglig konsulent, rehabiliteringsrådgiver eller forløbskoordinator.

SPØRGESKEMAER TIL LEDERE AF BOTILBUD

En del af datamaterialet til denne undersøgelse består af et spørgeskema til ledere af botilbud på det specialiserede socialområde. Spørgeskemaet er sendt ud til ledere af botilbud i både Region Syddanmark og resten af landet, da spørgeskemaet også indgår i en kortlægning af botilbud til mennesker med udviklingshæmning og mennesker med sindslidelse på landsplan. Kortlægningen er en del af et forskningsprojekt om den pædagogiske praksis på botilbud. Derfor kan data fra Region Syddanmark også sammenlignes med data for hele landet. Det er vigtigt at understre-

ge, at de udsendte spørgeskemaer er sendt til botilbud inden for undersøgelsens målgruppe i Region Syddanmark (mennesker med sindslidelse i alderen 18-50 år og mennesker med udviklingshæmning i alderen 18-40 år), mens den landsdækkende undersøgelse har haft en bredere målgruppe, der medtager botilbud til aldersgruppen fra 18-50 år både for mennesker med udviklingshæmning og mennesker med sindslidelse.

Det overordnede formål med spørgeskemaet er at få indblik i, hvad der kendetegner landskabet af botilbud på det specialiserede socialområde, og hvori de væsentligste forskelle mellem botilbuddene består. Spørgeskemaet består af 58 spørgsmål, bl.a. vedrørende botilbuddenes juridiske grundlag, takst pr. borger, målgruppe, personalenormering, personalets faglighed og personalets brug af metoder, herunder opfattelser af pædagogisk praksis. Spørgeskemaet indgår i undersøgelsens andet, tredje og fjerde delprojekt.

Spørgeskemaet blev sendt ud til én leder på alle botilbud inden for undersøgelsens målgruppe i marts 2013. Inden spørgeskemaet blev udsendt, blev det pilottestet seks gange. Alle respondenter er blevet lovet anonymitet, og navne på botilbud eller ledere fra denne delundersøgelse optræder ikke i analyserne. Begrundelsen for dette har været at give botilbudslederne mulighed for at svare så frit som muligt. Efter at spørgeskemaet blev udsendt, blev de botilbud, der ikke havde svaret, rykket cirka en gang om ugen i de fire efterfølgende uger. Trods den store indsats blev der kun opnået svar fra godt en tredjedel, og undersøgelsen blev derfor suppleret op i Region Syddanmark i april-maj 2014.

Den nye spørgerunde har forbedret resultatet betydeligt. Nu har 239 ud af 350 botilbud (68 pct.) besvaret spørgeskemaet i Region Syddanmark. Derimod har 55 botilbud (16 pct.) i Region Syddanmark ikke ønsket at deltage. De sidste 16 pct., som det ikke er lykkedes at komme i kontakt med, kan i mange tilfælde godt dække over, at vi som udgangspunkt har fejlagtige eller mangelfulde oplysninger. På landsplan besvarede 561 botilbud (45 pct.) ud af 1.235 botilbud. I de 561 besvarelser indgår yderligere 16 botilbud fra Region Syddanmark, som falder uden for denne undersøgelsesmålgruppe, men inden for målgruppen i den landsdækkende undersøgelse. I alt ønskede 162 botilbud (13 pct.) på landsplan ikke at deltage i undersøgelsen. På landsplan har 456 botilbud (37 pct.) ikke reageret på spørgeskemaet.

Undersøgelsens svarprocent er kun 36 pct. i landets øvrige regioner, hvor vi ikke har gennemført en anden spørgerunde sådan som i

Region Syddanmark. Anden spørgerunde har dog kun rykket lidt ved resultaterne, så vi kan alligevel godt benytte den landsdækkende undersøgelse som sammenligningsgrundlag.

SPØRGSMÅL OM BOTILBUDDENES DØGNTAKSTER

I spørgeskemaundersøgelsen har vi spurgt botilbudslederne om botilbuddenes takst pr. døgn eller pr. år i antal kroner. Vi bad botilbudslederne om at anføre taksten uden moms, men inklusive eventuel bruttoegenbetaling til huslejen fra beboerne. Der var således mulighed for både at anføre takster pr. døgn og år, og der var også mulighed for at anføre flere takster, da nogle botilbud eksempelvis har to forskellige takster for SEL § 107. Denne spørgsmålsformulering fandt vi frem til efter pilottest af spørgeskemaet.

Alligevel har vi erfaret, at spørgsmålsformuleringen ikke har været hensigtsmæssig til alle botilbud, og flere har kontaktet os og fortalt, at spørgsmålet var for omfattende og tidskrævende at svare på. Vi har særligt fået henvendelser omkring beboernes egenbetaling, som flere botilbudsledere fortæller, at de ikke har noget at gøre med. Ud fra de mange henvendelser, vi har fået, er det også blevet klart, at botilbuddenes takster opgøres meget forskelligt fra botilbud til botilbud og formentlig også fra kommune til kommune. Derfor bad vi botilbudslederne om at springe spørgsmålet omkring takster over, hvis de ikke fandt, at det var muligt at udfylde fyldestgørende i forhold til spørgsmålets formulering.

På baggrund af de mange henvendelser omkring spørgsmålet om takst, og fordi kun få kunne svare fyldestgørende på spørgsmålet, har vi vurderet, at der vil være for stor usikkerhed forbundet med at anvende disse svar til undersøgelsens analyser. Derfor har vi valgt at anvende de døgntakster, som botilbuddene har oplyst på Tilbudsportalen. Hertil vil der dog også være en vis usikkerhed i analyserne, da det desværre er vores erfaring, at oplysningerne på Tilbudsportalen ikke altid er helt opdaterede. Dette kommer fx til udtryk ved, at 18 botilbudsledere fra Region Syddanmark har oplyst, at botilbuddet er baseret på ABL § 115, men vi har ikke kunne finde nogen døgntakster for ABL § 115 på Tilbudsportalen. At Tilbudsportalen ikke opdateres hyppigere, var også et argument for i første omgang at spørge om botilbuddenes takster i spørgeskemaet.

SKRIFTLIGE SVAR FRA MEDLEMMER AF SOCIALDIREKTØRFORUM

Udviklingen og implementeringen af nye og mere effektive metoder inden for det specialiserede socialområde er, som tidligere nævnt, centralt for denne undersøgelse. Undersøgelsens fjerde delprojekt handler i særlig grad om processen med at styre en organisation og implementere nye arbejdsmåder i denne. Vi har derfor bedt socialdirektører og øvrige medlemmer af Socialdirektørforum om at svare skriftligt på tre kvalitative spørgsmål omhandlende ovenstående tematik. Vi har modtaget besvarelser fra 13 socialdirektører og 16 øvrige medlemmer af Socialdirektørforum i Region Syddanmark, og disse besvarelser dannede grundlag for udvælgelse af interview med kommunale chefer og ledere på det specialiserede socialområde.

INTERVIEW MED LEDERE PÅ DET SPECIALISEREDE SOCIALOMRÅDE

For at udbygge data fra ovenfor beskrevne datagrundlag (besvarelser af spørgeskemaer, interview med botilbudsledere og sagsbehandlere, besvarelser fra socialdirektører og medlemmer af Socialdirektørforum) har vi interviewet fire kommunale chefer og ledere på det specialiserede socialområde i to udvalgte kommuner: Vejle og Esbjerg. Udvælgelsen af kommunale chefer og ledere fra de to kommuner skete på baggrund af de skriftlige besvarelser fra socialdirektører og medlemmer af Socialdirektørforum og et ønske om at interviewe centralt placerede nøglepersoner fra to kommuner, hvor erfaringer med nye tiltag gøres i øjeblikket – både i forhold til at skabe en fælles overordnet tilgang til borgeren i det socialpædagogiske arbejde (Vejle) og samtidig have fokus på dokumentering af resultater og effekt (Esbjerg).

ANALYSER

Spørgeskemaerne til botilbudslederne anvendes i rapporten til analyser i kapitel 2 omkring landskabet af botilbud, kapitel 3 omkring botilbudenes socialfaglige metoder og kapitel 4 omkring dynamikken på det spe-

cialiserede socialområde. Data fra Region Syddanmark sammenlignes med data fra hele landet for at se tendenser og forskelle på botilbudsområdet. Som nævnt i afsnittet om undersøgelsens spørgeskemaer har den landsdækkende undersøgelse haft en bredere målgruppe, da undersøgelsen medtager botilbud til aldersgruppen 18-50 år for mennesker med udviklingshæmning, hvor denne undersøgelse kun har medtaget botilbud til mennesker med udviklingshæmning i alderen 18-40 år. Da det er meget få botilbud til mennesker med udviklingshæmning, der udelukkende henvender sig til aldersgruppen 40+ år, vurderer vi ikke, det har den store betydning for analysernes sammenligningsgrundlag.

De kvalitative interview bruges til at tydeliggøre og illustrere resultaterne fra det kvantitative datamateriale.

I rapporten indgår analyser af sammenhænge mellem forskellige forhold i botilbuddene. Statistisk er analyserne foretaget gennem krydstabuleringer, test af sammenhæng ved brug af chi²-test og lineær regressionsanalyse. Ved analyse af spørgsmål, hvor respondenterne har haft mulighed for at vælge flere svar, er der anvendt filtre for at finde sammenhænge mellem respondenternes svar. Eksempelvis er der anvendt filtre på en eller flere svarkategorier for at analysere, om botilbuddet henvender sig til en eller flere af undersøgelsens målgrupper.

I testene anvendes et 5-procents-signifikansniveau, som man oftest opererer med inden for samfundsvidenskaberne. Det betyder, at vi anser en sammenhæng for at være signifikant, hvis der er højst 5 pct. sandsynlighed for at finde et andet resultat for sammenhængen.

FORKORTELSER OG BEGREBER

FORKORTELSER

ACT: Assertive Community Treatment. Opsøgende tværfaglige teams med socialarbejdere.

ADL: Activity of Daily Living. En metode til træning i hverdagsaktiviteter, som fx husholdning, økonomistyring mv.

AS: Active Support. Procedurer for støtte og aktivitetsplanlægning til mennesker med udviklingshæmning.

ATI: Alternative To Incarceration, på dansk: Alternativ til fængsling.

CM: Care Management (= Case Management).

ICM: Intensive Case Management.

IMR: Illness Management & Recovery.

IPR: Intensive Psychiatric Rehabilitation.

KPP: Knowing the People Planning. Et redskab til at måle mennesker med sindslidelses recovery ud fra brugeridentificerede resultater.

LQoLP: Lancashire Quality of Life Profile. Et måleredskab til at måle mennesker med sindslidelses livskvalitet i forhold til ni faktorer: beskæftigelse, fritid, religion, økonomi, boligsituation, tryghed, familierelationer, sociale relationer og helbred.

PCAS: Person-centered Active Support.

RCT: Randomised Controlled Trial (eller Randomised Comparative Trial).

FORKLARING PÅ BENYTTETE BEGREBER

Vi forklarer her en række begreber, der ofte forekommer i den litteratur, vi har omtalt. Hvor vi ikke har kunnet finde tilfredsstillende forklaringer i det gennemgåede, er forklaringen stykket sammen fra diverse hjemmesider. Man skal være opmærksom på, at ordene benyttes om meget forskellige ting af forfattere og behandlingssteder. To forskellige betegnelser kan dække over ting, der ligner hinanden meget, og den samme behandling kan gå under forskellige navne.

Assertive: Kommer af ”assert oneself” = at gøre sig gældende. Assertive Action blev brugt i racepolitikken i USA som betegnelse for tiltag, der skulle give sorte mulighed for at gøre sig gældende på lige fod med hvide, svarende til ”positiv diskriminering” på dansk. På det psykiatriske område står det for en ændring af menneskesyn i behandlingen, således at der ikke længere er en ”patient”, som tålmodigt skal indordne sig under lægen, men en borger, der som hovedperson arbejder på sin recovery med en vis assistance fra personalet.

Assertive Community Treatment: (= Assertive Outreach) En intensiv integreret behandling udført af et opsøgende tværfagligt team, der typisk omfatter psykiater, sygeplejersker, socialarbejdere, jobmedarbejdere og undertiden borgere med erfaring med recovery. Teamet tager sig af hele indsatsen, har myndighed til at træffe afgørelser på alle områder og behandler højst ti borgere pr. teammedlem. Indsatsen er recovery-orienteret og støtter borgerens egen håndtering af situationen. Den er tilgængelig 24 timer i døgnet og søger at undgå kriser og indlæggelser.

Behandlingspsykiatri: Ordet har i de senere år været benyttet om regionens psykiatri-, hospitals-, distrikts-, og praksissektor, for at skelne den fra kommunens botilbud, bostøtte, beskyttet beskæftigelse, væresteder osv., som sammenfattes under begrebet ”socialpsykiatri”. I dag spores imidlertid en vis træthed ved ordet, og mange foretrækker blot at benytte betegnelsen ”psykiatri”.

Care as usual: (= standard treatment), sædvanlig behandling. Den behandling, som man hidtil har givet en gruppe borgere, og som kontrolgruppen i et forsøg får tilbudt. Resultatet af et forsøg er derfor præget af, hvad det er for en sædvanlig behandling, man har sammenlignet med.

Care Coordinator: Behandlingskoordinator.

Før-eftermåling: En metode, hvor der måles både før og efter indsatsen. Der skal måles på samme måde hver gang. Derefter er det muligt at vise forskellen fra start til slut.

Inpatient: Indlagt patient.

Intensive Psychiatric Rehabilitation (IPR): IPR er organiseret i tre faser: at udvikle parathed til rehabilitering og målsætning (kaldes ”vælge”-fasen), målopfyldelse (kaldes ”hente”-fasen) og at holde målet (kaldes ”beholde”-fasen). IPR kan leveres inden for adskillige rammer eller på adskillige steder (fx på ambulante tilbud, på botilbud m.v.) og gennem forskellige behandlingsmetoder (fx individuel behandling eller gruppebehandling).

Outpatient: Ambulant patient.

Nonmodel Housing: Boformer, der ikke er baseret på en særlig model, som eksempelvis Supported/Supportive Housing.

Randomised Controlled Trial: Kaldes også ”Randomised Comparative Trial” og bruges til at teste to forskellige behandlingsformer op imod hinanden. Patienter i forsøget skal fordeles i to grupper, hvor den ene gruppe modtager den nye behandling, mens den anden gruppe modtager den hidtil anvendte behandling. ”Randomised” (randomiseret) betyder, at udvælgelsen af patienter til de to forskellige behandlingsformer sker tilfældigt.

Review: Systematisk litteraturstudie, hvor der er foretaget en kvalitetsvurdering af enkeltstående studier.

Supported Housing, Supportive Housing: De to udtryk benyttes om en lang række forskellige tilbud fra et institutionsagtigt tilbud, hvor bolig og støtteforanstaltning hænger sammen og forudsætter hinanden, så man fx mister boligen, hvis man ikke modtager støtten eller mister hele foranstaltningen, når man bliver for velfungerende til at have behov for den og til noget, der mere minder om dansk bostøtte, hvor bolig og støtteforanstaltning er uafhængige af hinanden. Udtrykkene ”Supported Housing” og ”Supportive Housing” benyttes om de samme foranstaltninger og ofte i flæng. Når der skelnes, er Supportive Housing-bofællesskaber med rehabiliteringspersonale og lille medbestemmelse til beboerne, mens

Supported Housing er uafhængige lejligheder, hvor det tilknyttede personale kommer udefra, og borgerne har høj grad af medbestemmelse over, hvilke tilbud de ønsker at modtage.

Systemisk teori: Teori, der tager højde for, at mennesker fungerer som del af systemer, som ikke kan forstås ud fra den enkelte position. Systemisk teori sætter ”lineær tænkning”, hvor man søger at finde årsagen til, at der er et problem over for ”cirkulær tænkning”, der prøver at se problemet fra forskellige positioner for således at forstå det bedre. For eksempel kan teenageres problemer angribes ved at lære de voksne at tackle dem bedre. Med lineær tænkning søger man at finde årsagen til den unges problem et bestemt sted og ofte hos den unge selv. Med cirkulær tænkning ser man problemet i det system af handlinger, som begge parter er med til at opretholde. Problemet kan løses ved, at den voksne anlægger en anden strategi, hvorefter den unge ændrer adfærd som følge af systemdynamikken.

Nogle har den opfattelse, at lineær tænkning er mere naturvidenskabelig, mens cirkulær tænkning er mere humanistisk. Naturvidenskaberne er fulde af cirkulær tænkning i form af feedback-mekanismer. De er både aktive, når en tilstand bevares usædvanligt meget konstant, som klimaet i de seneste 10.000 år, og når systemer pludseligt ændrer sig meget såsom ved indledning eller afslutning af en istid. Systemtænkning benyttes også til at forklare balancen mellem arterne i et økologisk system. Men uden for mikroniveauet benyttes cirkulær tænkning meget lidt i samfundsvidenskaberne.

Telecare: Brug af elektroniske overvågningsapparater til støtte af mennesker med udviklingshæmning.

Token Reinforcement System: Kan oversættes direkte til ”symbolsk forstærkningssystem” og er et redskab til at mindske u hensigtsmæssig adfærd for mennesker med udviklingshæmning. ”Token” betyder symbolsk og fungerer som en slags (symbolsk) belønning, som mennesker med udviklingshæmning konsekvent gives for hensigtsmæssig adfærd.

LITTERATUR

- Andersen, V. & O.E. Mortensen (2008): *Alle kneb galder – Om totalkommunikation og individuelt udviklede kommunikationsmetoder*. Arbejdstekst nr. 39. Dronninglund: Nordisk Uddannelsescenter for Døvblindepersonale (NUD).
- Beadle-Brown, J., A. Hutchinson & B. Whelton (2011): "Person-Centred Active Support – Increasing Choice, Promoting Independence and Reducing Challenging Behaviour". *Journal of Applied Research in Disabilities*, 2012, 25, s. 291-307.
- Bengtsson, S. (2012): *Vækstfaktorer på det specialiserede socialområde*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 12:10.
- Bengtsson, S. & S.Ø. Gregersen (2013): *Integrerede indsatser til mennesker med psykisk lidelse. En forskningsoversigt*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 13:15.
- Bengtsson, S. & M. Røgeskov (2012): *Et liv i egen bolig. Analyse af bostøtte til borgere med sindslidelse*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 12:19.
- Biewer, G.; Fasching, H. & Koenig, O (2009): Teilhabe von Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung an Bildung, Arbeit und Forschung. *SWS-Rundschau* 49(3), s. 391-403.

- Bonke, R. & I. Hass (2003): "Sanseintegration". I: Andersen, M.M., I. Hass & R.N. Lauritzen (red.): *Ergoterapi og Børn – Udvikling gennem aktivitet*. Århus: FADL's Forlag, s. 63-86.
- Brunt, D. & L. Hansson (2004): "The Quality of Life of Persons With Severe Mental Illness Across Housing Settings". *Nordic Journal of Psychiatry*. August 2004, vol. 58, issue 4, s. 293-298.
- Dalsgaard, C., R. Dørken, A.G. Andersen & S.Ø. Møller (2012): *Botilbudsområde: HVEM – HVAD – HVOR*. København: KREVI – Det Kommunale og Regionale Evalueringsinstitut.
- Center Døgn (2013a): *Metode/tilgang*. Vejle: Center Døgn. Tilgængelig på: <http://www.socialogpsykiatri.vejle.dk/Center-Doegn--boliger-med-stoette/Metode--tilgang.aspx>. Besøgt 12-8-2013.
- Center Døgn (2013b): *HOD-modellen er evidensbaseret*. Vejle: Center Døgn. Tilgængelig på: <http://www.center-doeagn.dk/hof/evidens.html>. Besøgt 12-8-2013.
- Christensen, B. (2000): *Sanseintegration*. Tilgængelig på: http://www.etf.dk/uploads/tx_subjectdb/bc_sanseintegration_0100.pdf. Besøgt 30-7-2013.
- Damen, S., S. Kef, M. Worm, M.J. Janssen & C. Schuengel (2011): "Effects of Video-Feedback Interaction Training for Professional Caregivers of Children and Adults with Visual and Intellectual Disabilities". *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(6), s. 581-595.
- Ellison, M.L., E.S. Rogers, A. Lyass, J. Massaro, N.J. Wewiorski, S.T. Hsu & W.A. Anthony (2011): "Statewide Initiative of Intensive Psychiatric Rehabilitation: Outcomes and Relationship to Other Mental Health Service Use". *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(1), s. 9-19.
- Eplov, L.F., L. Korsbek, L.B. Petersen & M. Olander (2010): *Psykiatrisk og psykosocial rehabilitering: En recoveryorienteret tilgang*. København: Munksgaard Danmark.
- Felce, D., J. Perry & M. Kerr (2011): "A Comparison of Activity Levels Among Adults with Intellectual Disabilities Living in Family Homes and Out-of-Family Placements". *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 24(5), s. 421-426.
- Felce, D. & J. Perry (2004): "Resource Input, Service Process and Resident Activity Indicators in a Welsh National Random Sample of Staffed Housing Services for People with Intellectual Disability

- ties". *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17(2), s. 127-132.
- Felce, D., K. Lowe & E. Jones (2002): "Staff Activity in Supported Housing Services". *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15(4), s. 388-403.
- Felce, D., C. Bowley, H. Baxter, E. Jones, K. Lowe & E. Emerson (2000): "The Effectiveness of Staff Support: Evaluating Active Support Training Using a Conditional Probability Approach". *Research in Developmental Disabilities*, 21(4), s. 243-255.
- Fleury, M.J., M. Piat, G. Grenier, J.M. Bamvita, R. Boyer, A. Lesage & J. Tremblay (2010): "Components Associated with Adequacy of Help for Consumers with Severe Mental Disorders". *Administration & Policy in Mental Health & Mental Health Services Research*, 37(6), s. 497-508.
- Forrester-Jones, R., J. Carpenter, P. Coolen-Schrijner, P. Cambridge, A. Tate, J. Beecham, A. Hallam, M. Knapp & D. Wooff (2006): "The Social Networks of People with Intellectual Disability Living in the Community 12 Years after Resettlement from Long-Stay Hospitals". *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19(4), s. 285-295.
- Fyffe, C., J. McCubbery & K.J. Reid (2008): "Initial Investigation of Organisational Factors Associated with the Implementation of Active Support". *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 33(3), s. 239-246.
- Gascon, H. & P. Morin (2010): "Deinstitutionalisation and Adaptation of Adults with Intellectual Disabilities: Results from Quebec". *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, 45(3), s. 366-377.
- Green, D., L. Beaton, D. Moore, V. Wick, J.E. Sandford & P. Santosh (2003): "Clinical Incidence of Sensory Integration Difficulties in Adults with learning Disabilities and Illustration of Management". *The British Journal of Occupational Therapy*, 66(10), s. 454-463.
- Grundtvig, L. (2012): "Pædagogiske metoder. Metodernes hitliste". I: *Fagbladet Børn og Unge*, nr. 10. København: BUPPL – Børne- og ungdomspædagogernes Landsforbund.
- Gulcur, L., S. Tsemberis, A. Stefancic & R.M. Greenwood (2007): "Community Integration of Adults with Psychiatric Dis-

- abilities and Histories of Homelessness”. *Community Mental Health Journal*, 43(3), s. 211-228.
- Guldregnen (2003): *Effektmålingsprojekt Guldregnen 2003. Kan den kognitive metode højne den kvalitative indsats i forhold til beboerne*. Tilgængelig på: http://www.botilbudguldregnen.dk/readarticle.php?article_id=2. Besøgt 5-8-2013.
- Gústafsson, J. & K. Ramian (2003): *Livshistorien – en vej til det menneskelige*. Århus: Systeme Academic.
- Harchik, A.E. & O. And (1992): ”Ongoing Consultation as a Method of Improving Performance of Staff Members in a Group Home”. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 25(3), s. 599-610.
- Heer-Wunderink, C., E. Visser, A. Caro-Nienhuis, S. Sytema & D. Wiersma (2012): ”Supported Housing and Supported Independent Living in the Netherlands, with a Comparison with England”. *Community Mental Health Journal*, 48(3), s. 321-327.
- Henneker, K.E. & K. Reed (2012): ”Knowing the People Planning: Measuring Change in Mental Health Services”. *Australian Health Review*, 36(2), s. 1-1.
- Herman, D.; S. Conover; A. Felix; A. Nakagawa & D. Mills (2007): ”Critical Time Intervention: An Empirically Supported Model for Preventing Homelessness in High Risk Groups”. *Journal of Primary Prevention*, 28, s. 295-312.
- Hoffmann, M.D. (2013): ”’Det ka’ nytte’ projektperioden 1985-1991 – en historisk rammesætning”. I: S. Langager (red.): *Perspektiver på pædagogisk faglighed i botilbud for voksne med udviklingshæmning – en KvaliKombo*. Aarhus Universitet: Institut for Uddannelse og Pædagogik (DPU), s. 77-95.
- Hoffmann, M.D. (2012): *Hverdagsliv, kommunikation og interaktion i botilbud for svært udviklingshæmmede*. Aarhus Universitet: Institut for Uddannelse og Pædagogik (DPU).
- Hoffmann, M.D. (2011): *’Det kan nytte’ pædagogikken og seks andre film fra perioden 1986-1991*. Aarhus Universitet: Forskningsprogrammet Social- og Specialpædagogik i Inkluderende Perspektiv (SSIP).
- Holmskov, H. & A. Skov (2007): *Veje til reelt medborgerskab. En kortlægning af udviklingshæmmedes vilkår for selvbestemmelse og brugerinddragelse*. Ringsted: Servicestyrelsen. Center for Social Service, Handicapenheden.

- Humphries, K., M.A. Traci & T. Seekins (2008): "Food on Film: Pilot Test of an Innovative Method for Recording Food Intake of Adults with Intellectual Disabilities Living in the Community". *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(2), s. 168-173.
- Hussain, I., M.D. Warner & B. Hallahan (2009): "Psycho-education of Families in Relation to Their Siblings' Psychiatric Illness". *Irish Journal of Psychological Medicine*, 26(2), s. 69-72.
- Jerlang, E. & J. Jerlang (2010): *Pædagogisk-psykologisk opslagsbog*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kalleruphus (2013): *Behandling på Kallerup bus*. Valby: Kalleruphus Bo- og Behandlingscenter. Tilgængelig på: <http://www.kalleruphus.dk/behandlingen>. Besøgt 24-6-2013.
- Kommunikationscentret (u. år): *Voksne Udviklingshæmmede. Vær tydelig og konkret. Gode råd om kommunikation*. Hillerød: Kommunikationscentret. Tilgængelig på: <https://www.elevplan.dk/Moduler/Common/RadFileHandler.ashx?path=cbd38158-ba56-4b00-8671-72013df6f0f0>. Besøgt 31-5-2013.
- Koritsas, S., T. Iacono, D. Hamilton & D. Leighton (2008): "The Effect of Active Support Training on Engagement, Opportunities for Choice, Challenging Behaviour and Support Needs". *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 33(3), s. 247-256.
- Kristensen, H.M. (2010): *Tilbud til voksne med problemskabende adfærd*. Odense: Servicestyrelsen.
- Kærbygård (2013): *Relationspædagogik*. http://www.kaerbygaard.dk/?page_id=838. Besøgt 30-7-2013.
- Langager, S. (2013.): *Perspektiver på pædagogisk faglighed i botilbud for voksne med udviklingshæmning – en kvalikompo antologi*. Aarhus Universitet: Institut for Uddannelse og Pædagogik (DPU).
- Langager, S., O. Robenhagen, A. Højmark & P. Allerup (2009): *Socialpædagogik i botilbud for voksne med varig nedsat psykisk funktionsevne*. Aarhus Universitet: Danmarks Pædagogiske Universitetsskole.
- Leff, H.S., C.M. Chow, R. Pepin, J. Conley, I.E. Allen & C.A. Seaman (2009): "One Size Fit All? What We Can and Can't Learn from a Meta-analysis of Housing Models for Persons with Mental Illness". *Psychiatric Services*, 60(4), s. 473-482.
- Lennox, N., C. Bain, T. Rey-Conde, M. Taylor, F.M. Boyle, D.M. Purdie & R.S. Ware (2010): "Cluster Randomized-controlled Trial of Interventions to Improve Health for Adults with Intellectual

- Disability who Live in Private Dwellings”. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23(4), s. 303-311.
- Levitt, A.J., K.T. Mueser, J. DeGenova, J. Lorenzo, D. Bradford-Watt, A. Barbosa, M. Karlin & M. Chernick (2009): ”Randomized Controlled Trial of Illness Management and Recovery in Multiple-unit Supportive Housing”. *Psychiatric Services*, 60(12), s. 1629-1636.
- Lindevang (2013): *Miljøterapi*. Helsingør: Lindevang botilbud. Tilgængelig på: <http://www.lindevang.dk>. Besøgt 24-6-2013.
- Lindström, M., M. Lindberg & S. Sjöström (2011): ”Home Bittersweet Home: the Significance of Home for Occupational Transformations”. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(3), s. 284-299.
- Loumann, P. (2013): ”Handleplaner – selvbestemmelse eller styringsredskab”. I: Langager, S. (red.): *Perspektiver på pædagogisk faglighed i botilbud for voksne med udviklingsbæmning – en KvaliKombo*. Aarhus Universitet: Institut for Uddannelse og Pædagogik (DPU), s. 95-109.
- Lund, S. (2010): ”Praktik i et oligorfreniteam”. *Sygeplejersken*, 7(64).
- Lunden (2013): *ADL Træning*. Varde: Bo- og genoptræningscentret Lunden. Tilgængelig på: <http://lunden.vardekommune.dk/Traenings-og-Aktivitetsafdelingen/Behandlingsprincipper/ADLtraening.aspx>. Besøgt 6-8-2013.
- Lynge, B. (2007): *Anerkendende pædagogik*. Danmark: Dansk Psykologisk Forlag.
- Mansell, J., F. Ritchie & R. Dyer (2010): ”Health Service Inpatient Units for People with Intellectual Disabilities and Challenging Behaviour or Mental Health Problems”. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23(6), s. 552-559.
- Mansell, J., J. Beadle-Brown, B. Whelton, C. Beckett & A. Hutchinson (2008): ”Effect of Service Structure and Organization on Staff Care Practices in Small Community Homes for People with Intellectual Disabilities”. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(5), s. 398-413.
- MarselisborgCentret (2004): *Rehabilitering i Danmark. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*. Århus: MarselisborgCentret. Dansk center for rehabilitering, forskning og udvikling.
- McConkey, R., I. Morris & M. Purcell (1999): ”Communications between Staff and Adults with Intellectual Disabilities in Naturally Occur-

- ring Settings". *Journal of Intellectual Disability Research*, 44(3), s. 194-205.
- McConkey, R. & S. Collins (2010): "The Role of Support Staff in Promoting the Social Inclusion of Persons with an Intellectual Disability". *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(8), s. 691-700.
- McDermott, S., W. Whitner, M. Thomas-Koger, J.R. Mann, J. Clarkson, T.L. Barnes, H. Bao & R.A. Meriwether (2012): "An Efficacy Trial of "Steps to Your Health", a Health Promotion Programme for Adults with Intellectual Disability". *Health Education Journal*, 71(3), s. 278-290.
- McKnight, T.J. & C.A. Kearney (2001): "Staff Training Regarding Choice Availability for Persons with Mental Retardation: A Preliminary Analysis". *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 13(1), s. 1-10.
- Moss, S.J. (2009): "Changes in Coronary Heart Disease Risk Profile of Adults with Intellectual Disabilities following a Physical Activity Intervention". *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(8), s. 735-744.
- Mueser, K.T., P.W. Corrigan, D.W. Hilton, A. Schaub, S. Gingerich, S.M. Essock, N. Tarrier, B. Morey, S. Vogel-Scibilia & M.I. Herz (2002): "Illness Management & Recovery: A Review on the Research". *Psychiatric Services*, 53(10), s. 1272-84.
- Muir, K., K.R. Fisher, D. Abello & A. Dadich (2010): "'I Didn't Like Just Sittin' Around All Day': Facilitating Social and Community Participation Among People with Mental Illness and High Levels of Psychiatric Disability". *Journal of Social Policy*, 39(3), s. 375-391.
- Mørch, M.M. & N.K. Rosenberg (2005): *Kognitiv terapi. Modeller og metoder*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Måløvgård (2013): *Behandlingstilbud – miljøterapi, psykologsamtaler og handleplaner*. Måløv: Måløvgård – Et bo- og behandlingssted for unge sindslidende. Tilgængelig på: <http://www.maaloevgaard.dk/behandlingmetode>. Besøgt 5-8-2013.
- Nelson, G. (2010): "Housing for People with Serious Mental Illness: Approaches, Evidence, and Transformative Change". *Journal of Sociology & Social Welfare*, 37(4), s. 123-146.
- Nelson, G., T. Aubry & A. Lafrance (2007): "A Review of the Literature on the Effectiveness of Housing and Support, Assertive Community Treatment, and Intensive Case Management Interven-

- tions for Persons with Mental Illness Who Have Been Homeless”. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(3), s. 350-361.
- Nelson, G., J. Clarke, A. Febbraro & M. Hatzipantelis (2005): ”A Narrative Approach to the Evaluation of Supportive Housing: Stories of Homeless People Who Have Experienced Serious Mental Illness”. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(1), 98-103.
- Nielsen, A.M.L. (2013): *Rapport om praksisforskningsprojekt. Indflytning af borger fra anden kommune*. Skanderborg: Viss.dk, Landsbyen Sølund.
- Nielsen, A.H. & M. Sørensen (2007): ”SI skaber forståelse mellem udviklingshæmmede og omgivelserne”. *Ergoterapeuten*, 12:07, s. 35-40.
- Nordentoft, M., M.G. Pedersen, C.B. Pedersen, S. Blinkenberg & P.B. Mortensen (2012): ”The New Asylums in the Community: Severely Ill Psychiatric Patients Living in Psychiatric Supported Housing Facilities. A Danish Register-based Study of Prognostic Factors, Use of Psychiatric Services, and Mortality”. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(8), s. 1251-1261.
- Nødebogård (2012): *Miljøterapi på Nødebogård*. Fredensborg: Nødebogård. Tilgængelig på: http://www.noedebogaard.dk/hvad_er_miljterapi. Besøgt 5-8-2013.
- O’Donnell, P.F. & M.J. Willemoes (2013): ”Neuropædagogik og faglighed i botilbud for voksne udviklingshæmmede”. I: S. Langager (red.): *Perspektiver på pædagogisk faglighed i botilbud for voksne med udviklingshæmning – en kvalikompo antologi*. Aarhus Universitet: Institut for Uddannelse og Pædagogik (DPU), s. 109-127.
- Pedersen, K.E. (2004): ”Relationstænkning – med risiko for selvsving”. *Social Kritik. Tidsskrift for social analyse og debat*, 94, s. 78-84.
- Perlt, B., T. Dahl-Østergaard, A. Bonde, J. Danø, D. Perlt, E. Stenbak & A. Barfod (2002): *Evaluering af erfaringerne med institutionsbegrebets ophævelse på handicap-området, 1998-2002. Fokus på brugernes pårørendes og personalets erfaringer*. København: COWI A/S og Socialt Udviklingscenter SUS.
- Perry, J., C. Firth, M. Pappa, R. Wilson & D. Felce (2012): ”Targeted Support and Telecare in Staffed Housing for People with Intellectual Disabilities: Impact on Staffing Levels and Objective Lifestyle Indicators”. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 25(1), s. 60-70.

- Petersen, K., L. Hounsgaard, T. Borg & C.V. Nielsen (2012): "User Involvement In Mental Health Rehabilitation: A Struggle for Self-determination and Recognition". *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(1), s. 59-67.
- Priebe, S., M. Saidi, A. Want, R. Mangalore & M. Knapp (2009): "Housing Services for People with Mental Disorders in England: Patient Characteristics, Care Provision and Costs". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(10), s. 805-814.
- Psykiatrifonden (2013): *Social færdighedstræning*. Tilgængelig på: <http://www.psykiatrifonden.dk/forside/projekter/Landsindsatsen+om+Skizofreni/Social+f%C3%A6rdighedstr%C3%A6ning>. Besøgt 12-8-2013.
- Ramian, K. (2013): *Relationsarbejde i psykosocial rehabilitering*. Tilgængelig på: <http://knudramian.pbworks.com/w/page/12751742/RelationsArbejde>. Besøgt 6-8-2013.
- Riches, V.C., A.D. Harman, D. Keen, D. Pennell, J.H. Harley & M. Walker (2011): "Transforming Staff Practice through Active Support". *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 36(3), s. 156-166.
- Robertson, J., E. Emerson, L. Pinkney, E. Caesar, D. Felce, A. Meek, D. Carr, K. Lowe, M. Knapp & A. Hallam (2004): "Quality and Costs of Community-Based Residential Supports for People With Mental Retardation and Challenging Behavior". *American Journal on Mental Retardation*, 109(4), s. 332-344.
- Seikkula, J. (2008): *Åben Dialog og netværksarbejde*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Seikkula, J. (2002): "Open Dialogues with Good and Poor Outcomes for Psychotic Crises: Examples from Families with Violence". *Journal of Marital and Family Therapy*, 2002(28), s. 263-274.
- Seikkula, J., J. Aaltonen, B. Alakare, K. Haarakangas, J. Keränen, K. Lehtinen (2006): "Five-year Experience of First-episode Non-affective Psychosis in Open-dialogue Approach: Treatment Principles, Follow-up Outcomes, and Two Case Studies". *Psychotherapy Research*, 16(2), s. 214-228.
- Seikkula, J., M.E. Olson (2003): "The Open Dialogue Approach to Acute Psychosis: Its Poetics and Micropolitics". *Family Process*, 42(3), s. 403-418.

- Seikkula, J., B. Alakare, J. Aaltonen (2001a): "Open Dialogue in Psychosis I: An Introduction and Case Illustration". *Journal of Constructivist Psychology*, 14, s. 247-265.
- Seikkula, J., B. Alakare, J. Aaltonen (2001b): "Open Dialogue in Psychosis II: A Comparison of Good and Poor Outcome Cases". *Journal of Constructivist Psychology*, 14, s. 267-284.
- Seikkula, J., B. Alakare, J. Aaltonen, J. Holma, A. Rasinkangas, K. Lehtinen (2001): "Open Dialogue Approach: Treatment Principles and Preliminary Results of a Two-year Follow-up on First Episode Schizophrenia". *Ethical and Human Sciences and Services*, 5(3), s. 163-182.
- Servicestyrelsen (2010): *Særforanstaltninger for børn, unge og voksne med sociale vanskeligheder og handicap – kortlægning og litteraturstudie*. Odense: Servicestyrelsen.
- Singh, N.N., G.E. Lancioni, A.S.W. Winton, A.N. Singh, A.D. Adkins & J. Singh (2009): "Mindful Staff Can Reduce the Use of Physical Restraints when Providing Care to Individuals with Intellectual Disabilities". *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(2), s. 194-202.
- Socialministeriet (2007): *Vej til et godt liv i egen bolig*. København.
- Socialstyrelsen (2013a): "Anerkendende pædagogik". I: *BoLiv. Viden om indsats i botilbud*. Tilgængelig på: <http://www.socialstyrelsen.dk/bo-liv/temaer/selvbestemmelse-og-brugerindflydelse/projekter/anerkendende-paedagogik>. Besøgt 31-5-2013.
- Socialstyrelsen (2013b): *Kognitiv terapi*. Tilgængelig på: <http://www.socialstyrelsen.dk/handicap/socialpsykiatri/metoder-og-tilgange/metoder-og-tilgange#kognitiv-terapi>. Besøgt 5-8-2013.
- Socialstyrelsen (2013c): "Handleplaner og pædagogiske planer". I: *BoLiv. Viden om indsats i botilbud*. Tilgængelig på: <http://www.socialstyrelsen.dk/bo-liv/temaer/handleplaner>. Besøgt 6-8-2013.
- Socialstyrelsen (2013d): *Social færdighedstræning*. Tilgængelig på: <http://www.socialstyrelsen.dk/handicap/socialpsykiatri/metoder-og-tilgange/metoder-og-tilgange#social-fardighedstraning>. Besøgt 12-8-2013.

- Socialstyrelsen (2012): *Voksenudredningsmetoden. En metode håndbog. Udarbejdet i samarbejde med: Social- og Integrationsministeriet og KL*. Odense: Socialstyrelsen.
- Sopra (2013): B2: *Anerkendende pædagogik*. Tilgængelig på : http://www.sopra.dk/index.php?option=com_content&view=article&id=38&catid=4&Itemid=32. Besøgt 31-5-2013.
- Stainton, T., J. Brown, C. Crawford, R. Hole & G. Charles (2011): "Comparison of Community Residential Supports on Measures of "Information & Planning"; "Access to & Delivery of Supports"; "Choice & Control"; "Community Connections"; "Satisfaction" og "Overall Perception of Outcomes". *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(8), s. 732-745.
- Stancliffe, R.J., K.R. McVilly, G. Radler, L. Mountford & P. Tomaszewski (2010): "Active Support, Participation and Depression". *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23, s. 312-321.
- Stancliffe, R.J., A.D. Harman, S. Toogood & K.R. McVilly (2008a): "Staff Behaviour and Resident Engagement Before and After Active Support Training". *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 33(3), s. 257-270.
- Stancliffe, R.J., E. Jones, J. Mansell & K. Lowe (2008b): "Active Support: A Critical Review and Commentary". *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 33(3), s. 196-214.
- Stancliffe, R.J. & S. Keane (2000): "Outcomes and Costs of Community Living: A Matched Comparison of Group Homes and Semi-independent Living". *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 25(4), s. 281-305.
- Stentoft, H., L. Korsbek, J.H. Mikkelsen, K. Thomsen, K. Kistrup, M. Olander, J.L. Hansen, M. Nordentoft & L.F. Epløv (2013): *Illness Management and Recovery (IMR). Et randomiseret forsøg og et kvalitativt studie til at undersøge effekten af IMR-programmet*. Tilgængelig på: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:TkvTsfekK5kcJ:forskning.regionh.dk/files/32274035/IMR_protokol_f or_det_samlede_ph.d._projekt_final.doc+Illness+Management+and+Recovery+\(IMR\).+Et+randomiseret+fors%C3%B8g+og+et+kvalitativt+studie+til+at+unders%C3%B8ge+effekten+af](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:TkvTsfekK5kcJ:forskning.regionh.dk/files/32274035/IMR_protokol_f or_det_samlede_ph.d._projekt_final.doc+Illness+Management+and+Recovery+(IMR).+Et+randomiseret+fors%C3%B8g+og+et+kvalitativt+studie+til+at+unders%C3%B8ge+effekten+af)

- +IMR-programmet%E2%80%9D&cd=3&hl=da&ct=clnk&gl=dk. Besøgt 31-5-2013.
- Strand, L. (2006): *Fra kaos mod samling, mestring og helhed: psykiatriske sygepleje til psykiatriske patienter*. København: Munksgaard Danmark.
- Sylvestre, J., G. Nelson, A. Sabloff, & S. Peddle (2007): "Housing for People with Serious Mental Illness: A Comparison of Values and Research". *American Journal of Community Psychology* 40(1/2), s. 125-137.
- Sørensen, M. (2012): "Gentle Teaching" I: *Introduktion til filosofien og metoderne*. Skanderborg: Landsbyen Sølund. Tilgængelig på: http://www.solund.dk/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=Files%2FFiler%2FGentle+Teaching%2F1_Gentle_Teaching_MS_LS_2012.pdf. Besøgt 31-5-2013.
- Sørensen, N.Ø. (2012): *Det levede liv med sindslidelse. Et etnografisk forskningsstudie af borgeres sociale liv i behandlings- og socialpsykiatri*. København: Forskningscenter for Socialt Arbejde, Professionshøjskolen Metropol & Rockwool Fondens Forskningsenhed.
- Sørensen, T.B. & H.J. Dam (2000): *Pendlerrapporten. Socialpædagogik og unge kriminelle indvandrere*. Århus: Forlaget Gestus.
- Tanzman, B. (1993): "Researching the Preferences for Housing and Supports: An Overview of Consumer Preference Surveys". *Hospital and Community Psychiatry*, 44, s. 40-50.
- Thorsager, L., E. Børjesson, I. Christensen & V. Pihl (2007): *Metoder i socialt arbejde. Begreber og problematikker*. København: Socialforskningsinstituttet, 07:11.
- Totsika, V., S. Toogood, R.P. Hastings & S. Nash (2008): "Interactive Training for Active Support: Perspectives From Staff". *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 33(3), s. 225-238.
- Tsai, J., G.R. Bond & K.E. Davis (2010): "Housing Preferences Among Adults with Dual Diagnoses in Different Stages of Treatment and Housing Types". *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13(4), s. 258-275.
- Urwin, R. & C. Ballinger (2005): "The Effectiveness of Sensory Integration Therapy to Improve Functional Behaviour in Adults with Learning Disabilities: Five Single-case Experimental Designs". *The British Journal of Occupational Therapy*, 68(2), s. 56-66.

- Vejledning nr. 4 til Serviceloven (2011): "Vejledning om botilbud m.v. til voksne efter reglerne i almenboligloven, serviceloven og friplejeboligloven. *Ministerialtidende*, 24. februar 2011.
- Young, L., A. Ashman, J. Sigafos & P. Grevell (2000): "A Preliminary Report on the Closure of the Challinor Centre". *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 25(2), s. 119-126.
- Yueh-Ching, C., L. Li-Chan, P. Cheng-Yun, L. Wan-Ping & C. Shu-Chuan (2008): "Outcomes and Costs of Residential Services for Adults with Intellectual Disabilities in Taiwan: A Comparative Evaluation". *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(2), s. 114-125.

SFI-RAPPORTER SIDEN 2014

SFI-rapporter kan købes eller downloades gratis fra www.sfi.dk. Enkelte rapporter er kun udkommet som netpublikationer, hvilket vil fremgå af listen nedenfor.

- 14:01 Bach, H.B. & M.R. Larsen: *Dagpengemodtageres situation omkring dagpengeophør*. 135 sider. e-ISBN: 978-87-7119-223-0. Netpublikation.
- 14:02 Loft, L.T.G.: *Parinterventioner og samlivsbrud. En systematisk forskningsoversigt*. 81 sider. e-ISBN: 978-87-7119-225-4. Netpublikation.
- 14:03 Aner, L.G. & H.K. Hansen: *Flytninger fra byer til land- og yderområder. Højtuddannede og socialt udsatte gruppers flytninger fra bykommuner til land- og yderkommuner – Mønstre og motiver*. 169 sider. e-ISBN: 978-87-7119-226-1. Netpublikation.
- 14:04 Christensen, E.: *2 år efter starten på Nakuusa*. 57 sider. e-ISBN: 978-87-7119-228-5. Netpublikation.
- 14:05 Christensen, E.: *NAKUUSAP aallartimmalli ukiut marluk qaangiunneri*. 61 sider. e-ISBN: 978-87-7119-230-8. Netpublikation.
- 14:06 Bengtsson, S., L.B. Larsen & M.L. Sommer: *Dødfødte børn og deres livsbetingelser*. 147 sider. ISBN: 978-87-7119-232-2. e-ISBN: 978-87-7119-233-9. Vejledende pris: 140,00 kr.

- 14:07 Larsen, L.B., S. Bengtsson & M.L. Sommer: *Døve og dovblevne mennesker. Hverdagsliv og leverilkår*. 169 sider. ISBN: 978-87-7119-234-6. e-ISBN: 978-87-7119-235-3. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 14:08 Oldrup, H. & A.-K. Højen-Sørensen: *De aldersopdelte fokusområder i ICS. Kvalificeringen af den socialfaglige metode*. 189 sider. e-ISBN: 978-87-7119-236-0. Netpublikation.
- 14:09 Fridberg, T. & L.S. Henriksen: *Udviklingen i frivilligt arbejde 2004-2012*. 304 sider. ISBN: 978-87-7119-237-7. e-ISBN: 978-87-7119-238-4. Vejledende pris: 300,00 kr.
- 14:10 Lauritzen, H.H.: *Ældres ressourcer og behov i perioden 1997-2012. Nyeste viden på baggrund af aldredata-basen*. 142 sider. ISBN: 978-87-7119-239-1. e-ISBN: 978-87-7119-240-7. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 14:11 Larsen, M.R. & J. Høgelund: *Litteraturstudie af handicap og beskæftigelse*. 202 sider. ISBN: 978-87-7119-241-4. e-ISBN: 978-87-7119-242-1. Vejledende pris: 200,00 kr.
- 14:12 Bille, R. & H. Holt: *Kommunal praksis på arbejdsskadeområdet. En kvalitativ analyse af fire jobcentres håndtering af arbejdsskader*. 102 sider. e-ISBN: 978-87-7119-244-5. Netpublikation.
- 14:13 Rosdahl, A.: *Fra 15 år til 27 år. PISA 2000-eleverne i 2011/12*. 160 sider. ISBN: 978-87-7119-245-2. e-ISBN: 978-87-7119-246-9. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 14:14 Bengtsson, S., K. Bengtsson, A.A. Kjær, M. Damgaard, C. Kolding-Sørensen. *Hvilken forskel gør en tilkendelse af førtidspension?* 144 sider. ISBN: 978-87-7119-247-6. e-ISBN: 978-87-7119-248-3. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 14:15 Bach, H.B.: *Skadelidtes reaktion på en verserende arbejdsskadesag*. e-ISBN: 978-87-7119-249-0. Netpublikation.
- 14:16 Weatherall, C.D., H.H. Lauritzen, A.T. Hansen & T. Termansen: *Evaluerings af "Fast tilknyttede læger på plejecentre". Et pilotprojekt*. 160 sider. ISBN: 978-87-7119-250-6. e-ISBN: 978-87-7119-251-3. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 14:17 Pontoppidan, M., N. K. Niss: *Instrumenter til at måle små børns trivsel*. 78 sider. e-ISBN: 978-87-7119-252-0. Netpublikation
- 14:18 Ottosen, M.H., A. Liversage & R.F. Olsen: *Skilsmissebørn med etniske minoritetsbaggrund*. 256 sider. ISBN: 978-87-7119-253-7. e-ISBN: 978-87-7119-254-4. Vejledende pris: 250,00 kr.

- 14:19 *Antidemokratiske og ekstremistiske miljøer i Danmark. En kortlægning.* 86 sider. E-ISBN: 978-87-7119-255-1, Netpublikation
- 14:20 Amilon, A.G., P. Rotger & A.G. Jeppesen: *Danskernes pensionsopsparinger og indkomster 2000-2011.* 160 sider. ISBN: 978-87-7119-256-8. e-ISBN: 978-87-7119-257-5. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 14:21 Jonasson, A.B.: *Konsekvenser af dagpengeperiodens halvering.* 112 sider. ISBN: 978-87-7119-258-2. e-ISBN: 978-87-7119-259-9. Vejledende pris: 100,00 kr.
- 14:22 Siren, A., & S.G. Knudsen: *Ældre og digitalisering. Holdninger og erfaringer blandt ældre i Danmark.* 128 sider. ISBN: 978-87-7119-260-5. e-ISBN: 978-87-7119-262-2. Vejledende pris: 120,00 kr.
- 14:23 Christoffersen, M.N., A.-K. Højen-Sørensen & L. Laugesen: *Daginstitutionens betydning for børns udvikling. En forskningsoversigt.* 192 sider. ISBN: 978-87-7119-266-7. e-ISBN: 978-87-7119-262-9. Vejledende pris: 190,00 kr.
- 14:24 Keilow, M., A. Holm, S. Bagger & S. Henze-Pedersen: *Udvikling af trivselsmålinger i folkeskolen. En pilotundersøgelse.* 180 sider. e-ISBN: 978-87-7119-263-6. Netpublikation.
- 14:25 Christensen, C.P., I.G. Andersen, P. Bingley & C.S. Sonneschmidt: *Effekten af It-støtte på elevers læsefærdigheder.* 80 sider. ISBN: 978-87-7119-264-3. e-ISBN: 978-87-7119-265-0. Vejledende pris: 80,00 kr.
- 14:26 Larsen, M.R. & J. Høgelund: *Handicap, uddannelse og beskæftigelse.* 78 sider. e-ISBN: 978-87-7119-267-4. Netpublikation
- 14:27 Jakobsen, V., S. Jensen, H. Holt & M. Larsen: *Virksomheders sociale engagement. Årbog 2014.* 208 sider, ISBN: 978-87-7119-268-1. e-ISBN: 978-87-7119-269-8. Pris: 200,00 kr.
- 14:28 Pejtersen, J. H., T. Dyrvig: *Forebyggelse af udadreagerende adfærd hos ældre med demens.* 96 sider. ISBN: 978-87-7119-270-4. e-ISBN: 978-87-7119-271-1. Pris: 90,00 kr.
- 14:29 Bengtsson, S., L.N. Johansen & C.E. Andersen: *Hjemmetræning. Evaluering af regelsættet om hjælp og støtte efter Servicelovens § 32 st. 6-9.* 102 sider. e-ISBN: 978-87-7119-272-8. Netpublikation.
- 14:30 Ottosen, M.H., D. Andersen, K.M. Dahl, A.T. Hansen, M. Lausten & S.V. Østergaard: *Børn og unge i Danmark. Velfærd og trivsel 2014.* 248 sider. ISBN: 978-87-7119-274-2. e-ISBN: 978-87-7119-275-9. Pris: 250,00 kr.

- 15:01 Ottosen, M.H., M. Lausten, S. Frederiksen & D. Andersen: *Anbragte børn og unges trivsel 2014*. 122 sider. ISBN: 978-87-7119-276-6. e-ISBN: 978-87-7119-277-3. Pris: 120,00 kr.
- 15:03 Gorinas, C. & V. Jakobsen: *Indvandreres og efterkommeres placering på det danske arbejdsmarked*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-280-3. e-ISBN: 978-87-7119- 281-0. Pris: 170,00 kr.
- 15:04 Niss, N.K., A. Kierkgaard, A.-K. Højen-Sørensen & A.Aa. Hansen: *Barrierer for tidlig opsporing af alkoholproblemer i børnefamilier. En analyse af barrierer for frontpersonalet*. 145 sider. e-ISBN: 978-87-7119-282-7. Netpublikation
- 15:05 Bengtsson, S., A. L. Rasmussen & S. Gregersen: *Metoder i botilbud*. 208 sider. ISBN: 978-87-7119-283-4. e-ISBN: 978-87-7119- 284-1. Pris: 200,00 kr.

METODER I BOTILBUD

EN KORTLÆGNING AF BOTILBUD I REGION SYDDANMARK, AF DE METODER, SOM DE ANVENDER, OG AF POTENTIALT FOR FORNYELSE PÅ OMRÅDET

Denne undersøgelse beskriver botilbuddene for mennesker med udviklingshæmning og botilbuddene for mennesker med psykisk lidelse i Region Syddanmark samt de socialpædagogiske metoder, botilbuddene anvender. Rapporten anfører endvidere, hvis der er fundet international evidens for effekten af disse metoder, eller hvis der er evalueringer i Danmark af deres virkning. Endelig diskuterer rapporten fra et syddansk perspektiv mulighederne for introduktion af metoder, der løser de samme problemer med færre omkostninger.

Formålet med undersøgelsen er rent beskrivende, og opgørelsen af metoder bygger på bostedernes egne oplysninger i Tilbudsportalen, og på en spørgeskemaundersøgelse til ledere af bosteder i Region Syddanmark.

Undersøgelsen viser overordnet, at botilbuddene benytter et stort antal forskellige metoder. De fleste af metoderne er specifikke for et af de to områder. Kun i ganske få tilfælde er det fundet danske eller internationale evalueringer og effektmålinger af metoderne.