

ADHD-problematikkens sociale aspekter

Sammenfattende analyse af resultaterne fra undersøgelserne af den sociale indsats overfor familier og voksne med ADHD

Høgsbro, Kjeld; Eskelinen, Leena; Andersen, Maja Lundemark; Berger, Nicholas Permin

Publication date:
2013

Document Version
Også kaldet Forlagets PDF

[Link to publication from Aalborg University](#)

Citation for published version (APA):

Høgsbro, K., Eskelinen, L., Andersen, M. L., & Berger, N. P. (2013). *ADHD-problematikkens sociale aspekter: Sammenfattende analyse af resultaterne fra undersøgelserne af den sociale indsats overfor familier og voksne med ADHD*. (1 udg.) Aalborg Universitetsforlag.

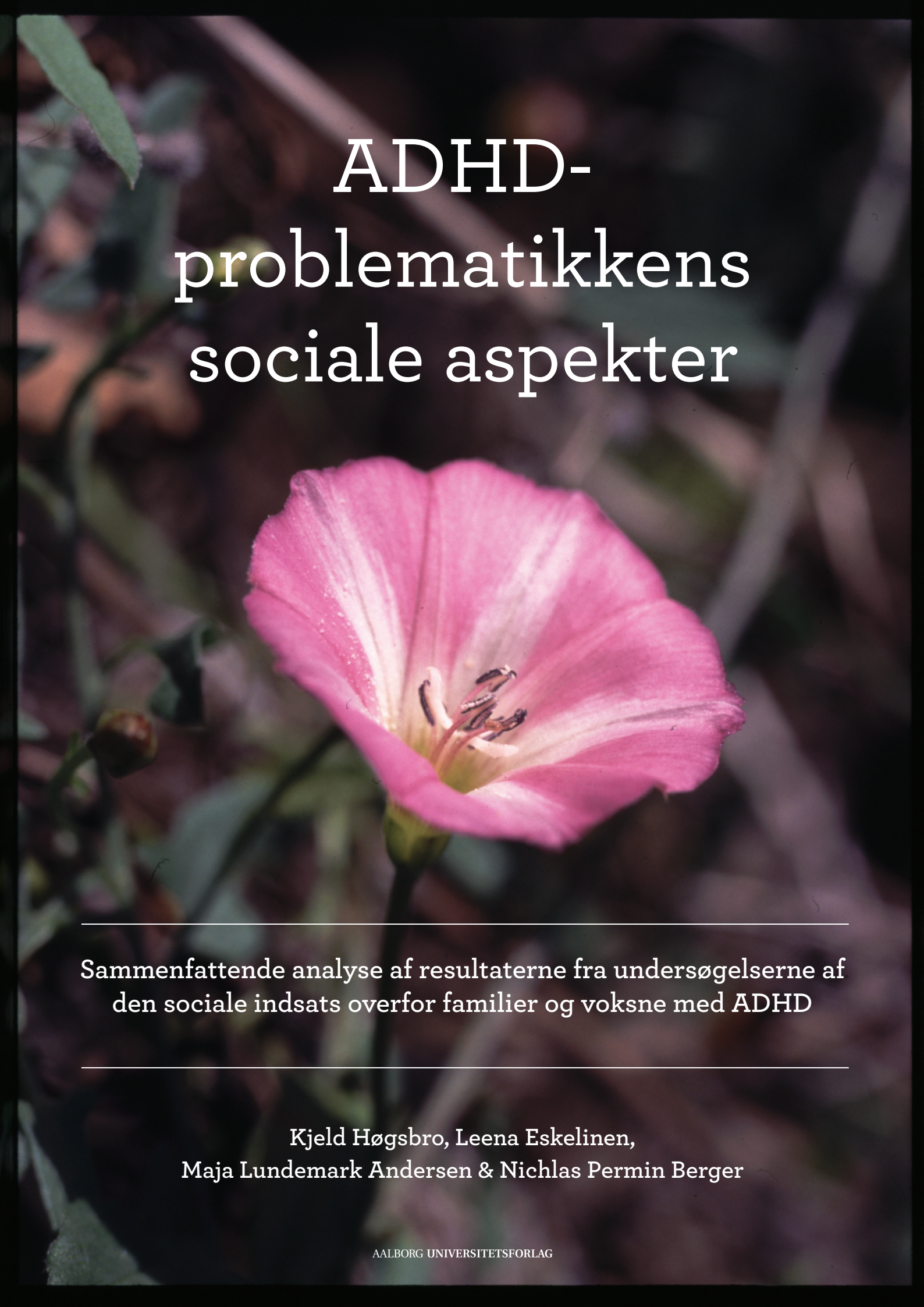
General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal -

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at vbn@aub.aau.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.



ADHD- problematikkens sociale aspekter

Sammenfattende analyse af resultaterne fra undersøgelserne af
den sociale indsats overfor familier og voksne med ADHD

Kjeld Høgsbro, Leena Eskelinen,
Maja Lundemark Andersen & Nichlas Permin Berger

ADHD-problematikkens sociale aspekter

AALBORG UNIVERSITETSFORLAG

ADHD-problematikkens sociale aspekter

Sammenfattende analyse af resultaterne fra undersøgelserne af
den sociale indsats overfor familier og voksne med ADHD

Af Kjeld Høgsbro, Leena Eskelinen,
Maja Lundemark Andersen og Nichlas Permin Berger

Elektronisk 1. udgave, 2013

© Forfatterne og Aalborg Universitetsforlag, 2013

Grafisk tilrettelæggelse af omslag: Hofdamerne ApS v/ Lea Rathnov & Cecilie von Haffner

Sats og layout: Hofdamerne ApS v/ Lea Rathnov & Cecilie von Haffner

ISBN: 978-87-7112-091-2

Udgivet af:

Aalborg Universitetsforlag

Skjernvej 4A, 2. sal

9220 Aalborg Ø

T 99407140

F 96350076

aauf@forlag.aau.dk

www.forlag.aau.dk

Publikationen kan downloades fra hjemmesiden www.forlag.aau.dk

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse.

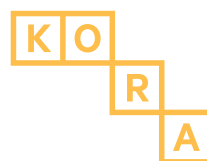
Kjeld Høgsbro, Leena Eskelinen,
Maja Lundemark Andersen & Nichlas Permin Berger

ADHD-problematikkens sociale aspekter

Sammenfattende analyse af resultaterne fra undersøgelserne
af den sociale indsats overfor familier og voksne med ADHD



AALBORG UNIVERSITET



Forord

Det forskningsprojekt som denne sammenfatning er en del af, indgår i et samlet udviklings-, kortlægnings- og forskningsprojekt som Socialstyrelsen har stået for i perioden 2009-13 med det formål at lægge et grundlag for en national handlingsplan for den sociale indsats over for mennesker med ADHD. Forskningsprojektet har som sit overordnede mål at bidrage til øget forståelse for hvordan ADHD-problematikken påvirker familiers og individers relationer til arbejdsmarkedet og samfundet samt at skabe grundlag for en strategi for en koordineret social indsats som kan forbedre disse relationer.

Som noget nyt fokuserer nærværende forskningsprojekt på udvikling af indsatsen over for ADHD-problematikken ud fra en sociologisk forståelsesramme. Dette indebærer at projektet grundlæggende fokuserer på samspillet mellem de forskellige aktørers ressourcer og problemer inden for særlige institutionelle sammenhænge frem for snævert at fokusere på individuelle funktionsnedsættelser og begrænsninger sådan som det ofte er tilfældet i eksisterende forskning. Samtidig belyser projektet de institutionelle barrierer der stiller sig i vejen for udnyttelsen og skabelsen af brugernes ressourcer. Projektet bidrager med ny viden om ADHD som socialt og kulturelt betinget fænomen og gør denne viden praktisk omsættelig i forhold til de centrale institutioner og professioner, som er forpligtet over for sociale problemstillinger med relation til ADHD.

Forskningsprojektet tager afsæt i de basale sociologiske kerneområder, dvs. familie, arbejde og kriminalitet, der hver især leverer viden til udviklingen af den sociale indsats og de konkrete løsningsforslag der kan indgå i den kommende nationale handlingsplan. Projektet indeholder tre dele der retter sig mod:

1. Familiernes situation, deres strategier og møde med behandlingstilbud, social støtte og folkeskole.
2. Jobcentrene, med særligt fokus på deres beskæftigelsesrettede indsats over for voksne med ADHD i alderen 18-30 år.
3. Kriminalforsorgen, med særligt fokus på forholdene omkring fængsling, resocialisering og tilsyn.

Disse tre delundersøgelser er afrapporteret hver for sig. Den samlede analyse af undersøgelsens materiale som præsenteres her, fokuserer på problemstillingerne inden for det samlede tilbud, herunder mulighederne for at understøtte familiers og individuelle voksnes relationer til arbejdsmarked og samfund.

Projektet er gennemført af et konsortium bestående af Aalborg Universitet (AAU) og KORA (tidligere: AKF, Anvendt KommunalForskning). Projektledelsen er varetaget af professor Kjeld Høgsbro, AAU, og docent Leena Eskelinen, KORA. Leena Eskelinen har forestået dataindsamling og analysen af indsatsen i forbindelse med jobcentrene. Adjunkt Maja Lundemark Andersen, AAU, har varetaget dataindsamling og analyse af

familiernes situation, og ph.d.-stipendiat Nichlas Permin Berger, AAU, har varetaget dataindsamling og analyse inden for kriminalforsorgens område.

For en nærmere præsentation og diskussion af forskningsgruppens empiriske materiale inden for de tre nævnte områder henvises til rapporterne:

Maja Lundemark Andersen: ADHD-problematikkens sociale aspekter – den familierelaterede indsats.

Leena Eskelinen: ADHD-problematikkens sociale aspekter – Den beskæftigelsesrettede indsats.

Nichlas Permin Berger: ADHD-problematikkens sociale aspekter – Det kriminalitetsforebyggende arbejde.

En særlig tak rettes til de mange familier, individuelle brugere og professionelle inden for de respektive tilbud som har stillet sig til rådighed for interview og observationer og givet os indsigt i deres erfaringer og livs- og arbejdssammenhænge.

Forskningsprojektet er finansieret af satspuljen i perioden 2010-2013 og indgår som et element i et samlet ADHD program forankret i Socialstyrelsen.

Forfatterne, april 2013

Indhold

Sammenfatning	5
1: Introduktion	9
1.1 Problemstillinger og forskningsspørgsmål	9
1.2 Teorier, metoder og empirisk materiale	11
1.3 Nyhedsværdi og kontinuitet i forhold til eksisterende forskning	13
2: ADHD som diagnose og socialt problem	15
2.1 Ætiologi	16
2.2 Problemstillinger vedrørende handicap og rehabilitering	17
2.3 Kritiske refleksioner over sygdoms- og normalitetsbegreb	22
2.4 Sociale ætiologier	23
2.5 Behovet for en udvidet sårbarhedsmodel	24
2.6 Socialt arbejde og sociale problemer i relation til ADHD	28
2.7 Indsatsen over for ADHD-problematikker	29
2.8 Viden om effekter af indsatsen	31
3: Undersøgelsens design	34
4: Introduktion til de enkelte rapporter	38
4.1 Forståelse og håndtering af ADHD-problematikker i familier	38
4.2 Beskæftigelsesindsats og ADHD-problematik	39
4.3 Kriminalforsorgens reaktioner på ADHD-problematikken	40
5: Sammenfatning og diskussion af undersøgelsens resultater	41
5.1 Med udgangspunkt i den enkeltes livsverden	41
5.2 Den institutionelle struktur	43
5.3 Manglerne i den institutionelle struktur	52
5.4 Problemforståelse og diskursive problemstillinger	54
5.5 Professionelle strategier og diskursive problemstillinger	63
5.6 Ability-problematikken	68
5.7 Styringsproblematikken	76
6: Anbefalinger	82
6.1 ADHD-problematikken	82
6.2 En indsats på tre niveauer	83
6.3 Den habiliterende indsats	84
6.4 Den støttende indsats	84
6.5 Den forebyggende indsats	85
6.6 Styring, prioritering og allokering af ressourcer	85
Litteratur	88

Sammenfatning

Forskningsprojektet har fokuseret på følgende overordnede spørgsmål:

1. Hvilke forståelser af ADHD-problematikken bygger den sociale indsats på inden for familierettede arbejde, den beskæftigelsesrettede indsats og kriminalforsorgens rehabiliterende arbejde, og hvordan former og påvirker denne forståelse indsatsen?
2. Eksisterer der en fælles diskurs om ADHD-problematikken, som de professionelle refererer til når de fastlægger den sociale indsats, eller er der, så snart vi overskrider den rent diagnostiske problemforståelse, alene tale om lokale fortolkninger af lokale erfaringer?
3. I hvor høj grad inddrager indsatserne den internationale forskning og erfaringerne fra andre lande, og hvordan kan den forskningsbaserede viden styrkes?
4. I hvilken udstrækning eksisterer der en koordinering af indsatsen over for familie, uddannelse, arbejdsmarkedstilknytning og kriminalitetsforebyggende foranstaltninger, og hvordan styrkes koordineringen på tværs af disse systemer?
5. Hvilke muligheder og barrierer er der i de aktuelle indsatser, som mennesker med ADHD tilbydes for at de kan skabe sammenhæng i deres hverdagsliv og personlige udvikling?

Projektet har søgt at besvare disse spørgsmål dels via gennemgange af foreliggende diskussioner indenfor området herunder de oversigter over indsatser og forskning som SFI har fremlagt i forbindelse med forarbejdet til den nationale handlingsplan, dels via egne kvalitative undersøgelser i form af en institutionel etnografi af relationer, indsatser og organisationsformer.

Som baggrund for at forstå *den institutionelle udvikling af den sociale indsats* overfor ADHD har projektet taget udgangspunkt i den generelle handikaphistoriske udvikling i nyere tid, idet denne historiske udvikling skaber en nødvendig forståelse for hvordan diagnoser som ADHD indgår i en skabelse af identiteter og rettigheder for grupper med specielle problemer.

Som teoretisk baggrund for *forståelsen af ADHD som diagnose og funktionsnedsættelse*, har projektet set på hvordan diagnosens fænomenologiske beskrivelse af menneskers sociale problemer i hverdagen knytter sig til en sårbarhedsmodel, hvor biologiske, psykologiske og sociologiske faktorer i en eller anden ikke nærmere bestemt interaktion antages at forårsage de nævnte problemer. Projektets teoretiske overvejelser har ført til en anbefaling af en udvidelse af denne model således at der skelnes mellem de bagvedliggende årsager til en given funktionsnedsættelse og så de problemer en sådan funktionsnedsættelse skaber i givne sociale sammenhænge. På denne måde understøttes en forståelse der er i overensstemmelse med den handicapforståelse der ligger til grund for WHO's klassifikationssystem på handicapområdet (ICF).

Endelig har projektet inddraget teorier om styringen af det moderne samfunds velfærdspolitiske indsats, idet vi har ment at en række af de problemstillinger der indgår i forbindelse med indsatsen overfor ADHD ikke kun er et spørgsmål om de offentlige medarbejders forståelse for problemernes karakter, men også et spørgsmål om præmisserne for tildelingskriterier og allokering af ressourcer i forlængelse af aktuelle principper indenfor styringen af den offentlige sektor.

Dermed har projektet søgt at besvare sine oprindelige forskningsspørgsmål på baggrund af en kvalificeret teoretisk forståelse for både handikaphistoriske perspektiver, forholdet mellem diagnosen og de sociale problemer og styringsrelaterede problemstillinger. På denne baggrund har projektet tillige søgt at give konstruktive bud på ændringer i tilbuddets form og indhold som er realistiske i den forstand at det er muligt at vælge mellem alternative løsninger ud fra forskellige politiske prioriteringer og lokale ressourcer.

På baggrund af projektets empiriske materiale har vi i forbindelse med ovennævnte forskningsspørgsmål kunnet konstatere følgende:

Ad 1. Forståelsen af ADHD-problematikken inden for det familierettede arbejde, den beskæftigelsesrettede indsats og kriminalforsorgens rehabiliterende arbejde er meget diffus. Der refereres delvis til forskellige fortolkninger af diagnosens funktion og betydning, delvis til praktikernes konkrete erfaringer med de sociale problemer mennesker med en ADHD-diagnose har, og de løsninger de har praktiske erfaringer med indenfor den institutionelle sammenhæng, de er placeret i. I flere tilfælde er der tale om at kollegerne indenfor en institutionel sammenhæng har en forskellig forståelse af baggrunden for problemerne og relevansen af indsatsen. Dermed refererer både indsatsen og kommunikationen med borgerne til forskellige forståelser af problemet hvilket vanskeliggør en koordinering og prioritering af indsatsen.

Ad 2. Man kan således ikke tale om en fælles diskurs om ADHD-problematikken, som de professionelle refererer til, når de fastlægger den sociale indsats og heller ikke om en fælles forståelse af diagnosens indhold og relevans. Der synes dog heller ikke at være tale om en sammenhængende lokal fortolkning af lokale erfaringer, idet en systematisk refleksion overfor lokale erfaringer synes delvist blokeret af en organisationskultur der ikke i tilstrækkelig grad respekterer frontmedarbejdernes erfaringer. Samlet set synes forståelsen af ADHD-problematikken at være påvirket af forskellige diskurser om forholdet mellem psykiatriske diagnoser og sociale problemer som aktuelt er udbredt i den offentlige diskussion.

Ad 3. Indsatsen synes i ringe grad at referere eksplicit til international forskning, hvilket muligvis skyldes at denne forskning ikke i særlig grad har været handlingsanvisende for praksis. Dermed er indsatsen heller ikke eksplicit påvirket af erfaringerne fra andre lande, idet det er vanskeligt at overføre sådanne erfaringer uden en forskningsbaseret refleksion over givne forskelle i kontekst. Forskningsmæssigt kunne området aktuelt styrkes gennem en forskning, der så nærmere på problemernes relation til borgerens konkrete situation og på de enkelte tilbuds funktion og mulige koordinering i forhold til indsatsen overfor de forskellige problemstillinger. Dette vil være befordrende for

opbygningen af en fælles forståelse mellem professionelle og borgere og for en forskningsbaseret sammenhængende indsats på området.

Ad. 4. Projektet har konstateret at der i ringe grad eksisterer en koordinering af indsatsen over for familie, uddannelse, arbejdsmarkedstilknytning og kriminalitetsforebyggende foranstaltninger. Koordineringen hæmmes af manglende formelle organer hvor indsatsen kan koordineres på tværs af sektorer og opdeling i statslige, regionale og kommunale ansvarsområder. Samtidig synes eksisterende visiterende og koordinerende funktioner at være overbelastet. Koordineringen er derfor i praksis oftest overladt til den enkelte engagerede medarbejders eller medarbejdergruppes eget initiativ og foregår derfor uden formelle beføjelser og nødvendige ressourcer. Koordineringen på tværs af institutioner og sektorer kunne derfor i første omgang ske ved at give bestemte medarbejdere et egentligt mandat til at gennemføre den koordinering de for så vidt har startet på eget initiativ. I andre tilfælde vil det kræve at der oprettes nye koordinerende funktioner eller at allerede etablerede koordinerende led styrkes gennem tilførelse af nye ressourcer (vidensressourcer såvel som bemanning).

Ad. 5. Hvad angår muligheder og barrierer i de aktuelle indsatser, har projektet konstateret at den manglende koordinering af indsatsen overfor mennesker med ADHD stiller krav til brugernes egen koordinering og prioritering, og at dette krav lige netop for disse mennesker er vanskeligt at leve op til. Derudover er der en tendens til at støtten kommer for sent, dvs. når belastningen af borgeren i mellemtiden har gjort problemet større. Der er samtidig en tendens til at borgeren skal føre en personlig kamp mod fordomme og stigmatisering knyttet til en mangelfuld forståelse af problemerne. Vi har samtidig konstateret at borgernes egen forståelse af problemerne i flere tilfælde repræsenterer et relevant udgangspunkt for at skabe sammenhæng i deres hverdagsliv og personlige udvikling. I mange tilfælde har frontmedarbejdere en relevant forståelse for sådanne ressourcer hos borgeren i det enkelte konkrete tilfælde, og det gælder om at udnytte sådanne erfaringer hvis man vil gennemføre forbedringer af tilbuddet.

På denne baggrund har projektet opstillet en mere generel model for udviklingen af indsatsen. Denne model indkredser tre forskellige niveauer i en udviklingsstrategi rækende fra de ressourcemæssigt mindre krævende ændringer til de ressourcemæssigt mere omfattende ændringer. Alle tre niveauer er relateret til forskellige typer af indsats som retter sig mod henholdsvis det forebyggende, støttende og habiliterende arbejde.

Sammenfattende kan man om denne modelbetragtning anføre, at man på det helt basale og lidt ressourcerelevende niveau kan klare sig med efteruddannelse og koordination af givne medarbejdere. Man kan generelt øge medarbejdernes forståelse for problemerne, indføre koordinerende møder og i højere grad inddrage frontmedarbejdernes konkrete erfaringer i udviklingen af indsatsen. Samtidig kan man give borgerne en bedre adgang til videnscentre og en mere fleksibel adgang til rettidig støtte og aflastning.

På det lidt mere ressourcerelevende niveau vil der være tale om ændringer i den institutionelle struktur med særlige centrer for mennesker med særlige problemer og åbne rådgivninger, hvor borgere der fornemmer at de har problemer kan henvende sig. Der kan være tale om etableringen af en kommunal koordination for indsatsen på ADHD-

området, og der kan være tale om etablering af tværfaglige team til koordinering af indsatsen overfor de mennesker for hvem problemerne er blevet uoverskuelige.

På det mere ressourcekrævende niveau kan der være tale om forskellige former for screening eller monitorering af borgernes risikoprofiler. Der kan være tale om oprettelsen af lokale centre for professionel hjælp samt centre for selvhjælpsgrupper for de borgere der har et erkendt problem. For de borgere for hvem problemerne er blevet uoverskuelige kan der være tale om tilknytning af en personlig 'case-manager' eller om gennemførelse af regelmæssige audit hvor de forskellige professionelle, der har berøring med vedkommende, drøfter forløb, udviklingsmuligheder og indholdet af en habiliterende støtte.

1: Introduktion

Dette forskningsprojekt har som overordnet mål at bidrage til en bedre forståelse af hvordan ADHD-problematikken påvirker familiers og individers relationer til arbejdsmarked og samfund, samt at skabe grundlag for en strategi for en koordineret social indsats for forbedring af disse relationer.

ADHD har nydt stor forskningsmæssig bevågenhed inden for det neuromedicinske felt og er relativt velbeskrevet som diagnostisk fænomen (Dalsgaard 2002, Gerlach 2007, Andersen 2009). Derimod er de sociale betydninger og konsekvenser i relation til ADHD stort set ikke blevet udforsket i en socialvidenskabelig kontekst. Med sit udgangspunkt i en sociologisk forståelsesramme sigter dette forskningsprojekt på at bidrage med ny viden om ADHD som socialt og kulturelt betinget fænomen. Det søger videre at gøre denne viden praktisk omsættelig for de centrale institutioner og professioner, som har en forpligtelse til at imødegår sociale problemer med relation til en ADHD-diagnose.

Projektet bygger grundlæggende på et ressourceperspektiv og et relationsperspektiv. Valget af perspektiver gør det muligt at identificere konstruktive muligheder for at håndtere ADHD-problematikken på både institutionelt og individuelt plan. Projektet sigter således mod at bidrage med såvel et teoretisk grundlag for en socialvidenskabelig forståelse af ADHD-problematikken som med konkrete løsningsforslag der kan indgå som grundlag for den kommende nationale handlingsplan.

1.1 PROBLEMSTILLINGER OG FORSKNINGSSPØRGSMÅL

Den samfundsmæssige baggrund for projektet er at stadig flere voksne borgere i Danmark får stillet diagnosen ADHD, hvilket indebærer en voksende økonomisk og social udfordring for velfærdssystemet (Dalsgaard 2002). Inden for børnepsykiatrien har ADHD længe været kendt som en 'børnesygdom', mens ADHD hos voksne er et relativt nyt og voksende fænomen. Op mod halvdelen af de børn der diagnosticeres, genfindes som unge voksne i de sociale systemer – primært inden for psykiatrien, misbrugsområdet og kriminalforsorgen (Kadesjö 2002). ADHD udgør en risikofaktor for udvikling af sociale problemer som kriminalitet, misbrug (alkohol og euforiserende stoffer) samt udvikling af psykiatriske lidelser senere i voksenlivet (Gudjonsson 2009, Westmoreland et al. 2010) og indebærer dermed risiko for udelukkelse og marginalisering. I dag er der et betydeligt fokus på voksne i såvel den offentlige debat (Larsen 2008, Mygind 2008) som i den psykiatriske forskning (Obel 2009). På trods heraf må området anses for at være forskningsmæssigt relativt uopdyrket, især hvad angår socialforskning (Thomsen & Damm 2007). Voksne med ADHD-kernesymptomer mødes med uvidenhed eller skepsis i dele af samfundets institutioner og det sociale system, og det er derfor vanskeligt at etablere et frugtbart samspil mellem velfærdssystemet og voksne med ADHD (Dalsgaard 2002, Center for Ligebehandling af Handicappede 2005, Buchvardt 2008, Hoem 2008, Andersen 2009, Hansen 2010a og b).

Formålet med projektet er at undersøge hvordan en relativ ny diagnose som ADHD håndteres af det velfærdsstatslige hjælpesystem og at dokumentere responsen fra de forskellige dele af velfærdssystemet i mødet med ADHD-problematikken. Emnet er aktuelt fordi 1) der mangler viden om hvilke reaktioner nye diagnoser afføder i velfærdssystemet 2) det er dokumenteret at den traditionelle kategorisering i velfærdsarbejdet ikke på en tilfredsstillende måde løser de mange udfordringer i relation til ADHD (Dalsgaard 2002, Gerlach 2007, Hoem 2008) og endelig fordi 3) et stigende antal voksne og børn får en ADHD-diagnose med en dertil knyttet økonomisk belastning af kommunerne og med vidtrækkende konsekvenser for de berørte og for samspillet mellem disse og velfærdsstatens institutioner (Thomsen & Damm 2007, Buchvardt 2008).

For projektet har det været en teoretisk udfordring at etablere en adækvat ramme for forståelsen af de særlige problemer og mulige ressourcer som mennesker med ADHD har i forhold til betingelserne i det moderne samfund og i deres relationer til de sociale tilbud. Vi har i denne sammenhæng søgt at give et kritisk-konstruktivt bidrag til en forståelse for samspillet mellem borgerne og det samlede tilbud. Med dette mener vi en kritisk tilgang som både indkredser de utilfredsstillende sider af det eksisterende tilbud og samtidig peger frem mod forandringer der er realiserbare ift. det givne ambitionsniveau. Vi har således både set på diagnosticering, identitetsproblematikker, rådgivningsorienterede strategier og koordineringen af indsatsen. Her har det været ambitionen at præsentere en kritisk diskussion af disse strategiers forankring i bestemte rehabiliterings- og resocialiseringsparadigmer, og på denne baggrund konstruktivt at pege på alternative paradigmer som gør det muligt at forstå borgernes hele livssituation og dens sammenhæng med de institutionelle kontekster og hverdagens samfundsmæssige betingelser (Sbordone 1998).

Vi har i projektet ønsket at tage afsæt i basale sociologiske kerneområder som familie, arbejde og kriminalitet, dvs. områder der enkeltvis og sammen vil kunne skabe viden der kan bidrage til udviklingen af håndteringsstrategier i den sociale indsats, herunder:

1. Familiernes situation, deres strategier og møde med behandlingstilbud, social støtte og folkeskole.
2. Jobcentrene, med særligt fokus på beskæftigelsesrettet indsats over for voksne med ADHD i alderen 18-30 år.
3. Kriminalforsorgen, med særligt fokus på forholdene omkring fængsling, resocialisering og tilsyn.

Projektets særlige ambition er at undersøge samarbejdet inden for og mellem disse tre felter idet den arbejdsmarkedsrettede støtte må tage højde for familiesituationen, og familiearbejdet samtidig har både kriminalitetsforebyggende og arbejdsmarkedsforberedende funktioner. Det stærke fokus på aktør-, ressource- og handlingsperspektivet karakteriserer analysen af alle tre delområder.

Vi vil gennem analyser på ovennævnte konkrete praksisområder skabe viden om 1) hvordan repræsentanter for velfærdssystemets forskellige dele forstår de sociale problemer som ADHD-problematikken indebærer for den enkelte og familien og 2) hvordan denne forståelse kan danne grundlag for andre former for indsatser og behov for koor-

dinering på tværs af områderne. På denne måde indkredses de aktuelle samfundsmæssige diskurser, strategier og praktiske løsninger i forbindelse med ADHD-problematikken. Projektet har hermed villet skabe en sociologisk funderet viden om problemfeltet som kan anvendes som vidensgrundlag for socialt arbejde. Samtidig er ønsket at styrke udviklingen af ressource- og handlingsorienterede tilgange og metoder for at fremme vækst og selvmonitorering¹ hos voksne med ADHD som har behov for særlige sociale indsatser fra velfærdsstatens professioner.

På ovennævnte grundlag har vi fokuseret på følgende spørgsmål:

1. Hvilke forståelser af ADHD-problematikken bygger den sociale indsats på inden for familierettede arbejde, den beskæftigelsesrettede indsats og kriminalforsorgens rehabiliterende arbejde, og hvordan former og påvirker denne forståelse indsatsen?
2. Eksisterer der en fælles diskurs om ADHD-problematikken, som de professionelle refererer til når de fastlægger den sociale indsats, eller er der, så snart vi overskrider den rent diagnostiske problemforståelse, alene tale om lokale fortolkninger af lokale erfaringer?
3. I hvor høj grad inddrager indsatserne den internationale forskning og erfaringerne fra andre lande, og hvordan kan den forskningsbaserede viden styrkes?
4. I hvilken udstrækning eksisterer der en koordinering af indsatsen over for familie, uddannelse, arbejdsmarkedstilknytning og kriminalitetsforebyggende foranstaltninger, og hvordan styrkes koordineringen på tværs af disse systemer?
5. Hvilke muligheder og barrierer er der i de aktuelle indsatser, som mennesker med ADHD tilbydes for at de kan skabe sammenhæng i deres hverdagsliv og personlige udvikling?

Projektets grundlæggende hypotese er at arbejdet med udviklingen af den sociale indsats for mennesker med ADHD er præget af de samme problemer som gælder for den sociale indsats over for mennesker med andre neurologiske og psykiatrisk definerede funktionsnedsættelser (Høgsgbro 2002, Høgsgbro et al. 2003). Disse indsatser er generelt karakteriseret af manglende fælles referencerammer og dårlig koordinering af indsatsen samt fraværet af en samlet plan for indsatsen. Gennem ovennævnte undersøgelser har vi erfaret at de enkelte decentrale enheder råder over erfaringer og forståelser som vil kunne danne udgangspunkt for en samlet indsats. Udfordringen ligger derfor i at gennemføre en kritisk teoribaseret analyse af det eksisterende erfaringsmateriale (Campbell 1978) og en efterfølgende identifikation af fagligt bæredygtige fremgangsmåder. Identifikation af disse vil tage udgangspunkt i realistisk evalueringstradition (Pawson & Tilley 1997, Chen 2005, Pawson 2006) og bygge på forskergruppens erfaringer fra deres respektive praksisområder (Andersen 2009, Berger & Brauner 2010, Eskelinen & Olesen 2010, Høgsgbro 2010).

1.2 TEORIER, METODER OG EMPIRISK MATERIALE

Med henblik på en samlet forskningsmæssig indsats der både kan bidrage med viden

¹ Selvmonitorering henviser til, at de berørte "patienter" inddrages som aktive behandlingspartnere, der monitorerer deres tilstand og regulerer deres behandling (jf. Sundhedsstyrelsen 2006).

til at etablere en overordnet indsatsstrategi og udvikling af nye handlingsorienterede løsninger for den konkrete indsats over for ADHD-problematikken, er følgende faser og kategorier af empiriske data indgået i forskningsprojektet:

1. Et litteraturbaseret review af den internationale forsknings aktuelle konklusioner, herunder en integration af resultaterne fra opsporingsdelen og kortlægningsdelen i Servicestyrelsens projekt 'Ny og forstærket indsats til børn, unge og voksne med ADHD' (Servicestyrelsen 2010) samt de konkrete erfaringer fra igangværende udviklingsarbejder i kommunerne.
2. En analyse af de forudsætninger som det sociale arbejde i relation til familierne, jobcentre og kriminalforsorgen har for at forholde sig til ADHD-problematikken, de professionelle egen oplevelse af problemer i arbejdet med ADHD, deres forståelse af problemerne, deres handlemuligheder og samarbejde.
3. En analyse af brugernes oplevelse af indsatsen inden for ovennævnte tre fokusområder.
4. En analyse af kommunikation, beslutningsprocesser, visitationsprocedurer, regler og muligheder i sager med (formodet) ADHD-problematik.
5. En analyse af samspillet mellem den socialfaglige indsats og den psykiatriske diagnostik.

Ud over den identificerede relevante internationale og nordiske litteratur har undersøgelsens datamateriale (jf. pkt. 1 og 2 ovenfor) omfattet en række kvalitative interview med enkeltpersoner samt fokusgrupper og observationer inden for følgende sammenhænge:

1. Hverdagslivet i familier med et eller flere familiemedlemmer der har diagnosen ADHD. Denne del af undersøgelsen fokuserer på familiens relationer til daginstitutioner, uddannelsessystem (både børnenes og de voksnes) og arbejdsmarked, herunder deres oplevelse af sociale støttetilbud og samarbejdsrelationer. Udvalgte familier er fulgt over et år, med fokus på interaktion og samspil i familierne og identifikation af interaktions- og samspilsmønstre.
2. Enlige unge voksne med ADHD i alderen 18-30 år. Interviewene fokuserer på den støtte eller mangel på samme, som de pågældende har fået inden for uddannelsessystemet og i det arbejdsmarkedsrelaterede sociale system.
3. Voksne op til 45 år som har været i kontakt med kriminalforsorgen. Interviewene fokuserer på deres oplevelse af de sociale tiltag inden for kriminalforsorgen samt på den tværsektorielle og tværfaglige indsats i forbindelse med løsladelsen.
4. Ledere, visitatorer og sagsbehandlere ved jobcentre, socialforvaltning, skole, kriminalforsorg og de sociale bostøttetilbud. Interviewene fokuserer på de involverede forvaltningsområders håndtering af problemerne, og på samarbejdsrelationerne mellem institutionerne og de sociale tilbud.

Undersøgelsen er gennemført som en institutionel etnografi, primært af institutionelle sammenhænge i Aalborg Kommune. Datamaterialet er dog suppleret med interview gennemført i andre dele af landet. Interview og observationer kan således ikke lokaliseres specifikt til dette område. Det har på ingen måde været intentionen at gennemføre en evaluering af Aalborg Kommune der her alene fungerer som idealtypisk model for institutionelle sammenhænge.

Institutionel etnografi er inden for de senere år opstået som betegnelse for en hermeneutisk etnografisk tilgang der afdækker *kulturelle forudsætninger* for samspillet mellem velfærdssamfundets institutioner og brugerne/borgerne (Smith 2005). I vores design indgår observationer og kvalitative interview med medarbejdere og brugere. I det samlede projektdesign indgår analyser af kulturelle præmisser og diskursive forudsætninger for de professionelles ageren og brugernes forventninger til tilbuddet samt deres reaktioner på tilbuddet (Smith 2005, Høgsbro 2010). Hermed inddrages også det overordnede spørgsmål om styringen af det moderne velfærdssamfund samt den sociale position, som brugerne placeres i (Dean 1999). Analyserne trækker derfor på kritisk diskursanalyse (Fairclough 1995) og hermeneutiske traditioner (Kvale 1996). Undersøgelsen er primært designet som et casestudie af en enkelt kommune med henblik på at gennemføre en intensiv undersøgelse af samarbejdsflader mellem en kommunes forvaltninger og indsatsområder (Yin 1993). Der er valgt en kommune der har prioriteret arbejdet inden for dette område, har en forskningsorienteret psykiatrisk afdeling inden for sit område, og har tillige en størrelse der gør at et bredt udsnit af sociale problemer og forvaltningsområder er repræsenteret. Samtidig er kommunen tilstrækkelig overskuelig til at de enkelte familiers og enkeltindviders berøring med de offentlige tilbud kan identificeres. Den udgør således en slags ideel case (Yin 1989), hvilket tillader en vis generalisering til forholdene i andre danske kommuner under forudsætning af at den særlige betydning af kontekstuelle forhold og forskelle kan bestemmes. Hertil tjener bl.a. Socialstyrelsens samlede forsknings- og udviklingsprogram (opsporings- og kortlægningsprojekterne) samt interview med brugere og professionelle i andre dele af landet.

Mht. forskningsetik sikrer forskningsprojektets design således mod identifikation af de mennesker der har medvirket ved undersøgelsen. Der er sikret fuld anonymitet for alle deltagere, og deltagerne er fuldt informeret om forskningsprojektets formål og indhold. Deltagelse i projektet har ikke måttet resultere i en forringelse af de involveredes sociale og arbejdsmæssige status og betingelser, ligesom den heller ikke har måttet medføre en følelsesmæssig belastning. De empiriske data samt projektets resultater er blevet til under inspiration fra fire teoretiske perspektiver: et fænomenologisk perspektiv (Habermas 1981, Schutz & Luckmann 1989, Bech-Jørgensen 1994), et *governmentality*-perspektiv (Dean 1999), et systemteoretisk perspektiv (Luhmann 1984, Hagen 2006, Nissen 2010) og et interorganisatorisk perspektiv (Seemann 1996). De nævnte perspektiver belyser menneskelige livssammenhænge, institutionel udvikling og inerti og dysfunktionelle samspil mellem brugere og velfærdssystem ud fra forskellige vinkler, hvormed der er opnået forskellige udgangspunkter for løsningen af de aktuelle problemer i det moderne samfund. Det er projektets ambition at dets analyser og anvisninger tager højde for de problemstillinger der peges på inden for disse teoretiske retninger.

1.3 NYHEDSVÆRDI OG KONTINUITET I FORHOLD TIL EKSISTERENDE FORSKNING

Projektet er nytænkende ved at fokusere på udviklingen af indsatsen over for ADHD ud fra en sociologisk forståelsesramme. I projektets teoretiske diskussion vil vi specifikt forholde os til det forhold, at ADHD-diagnosen muligvis kan være baseret på en biologisk funderet dysfunktion, men at de problemer denne dysfunktion skaber for den enkelte, er afhængige af individets sociokulturelle kontekst, og

hermed også af de sociale krav vedkommende konfronteres med. Dette er i overensstemmelse med den aktuelle forståelse af handicap som den kommer til udtryk i ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO 2001, Thomas 2007).

På dette grundlag og gennem konkrete undersøgelser på de tre sociologiske kerneområder – familie, arbejde og afvigelse – munder projektet ud i en række forslag og anbefalinger med henblik på en bedre koordineret social indsats. Målet er at skabe rammer for velfærdssystemets og det sociale arbejdes indsatser der er målrettede de specifikke sociale vanskeligheder som ADHD-problematikken afføder for den enkelte. Disse sociale vanskeligheder er ikke på forhånd givet i kraft af den medicinske diagnose, men må bestemmes individuelt gennem udvikling af sociale scaleringsinstrumenter.

Ability-begrebet bygger på en ressourceorienteret tilgang hvor de forskellige komponenter udformes på baggrund af voksne informanternes beskrivelser af hvilke vanskeligheder de finder det sværest at overvinde og sværest at få hjælp til, og en beskrivelse af de ressourcer, den enkelte er i besiddelse af, uden at de anvendes produktivt (Andersen 2009). En sådan ressourceprofil skal danne afsæt for en fordeling og forhandling mellem det sociale system og borgeren om, hvem der tager sig af hvilke opgaver, og hvad de hver især kan bidrage med for at få skabt en profil, der både kan honorere samfundets krav om deltagelse og den enkeltes behov for at udnytte sine ressourcer. Endvidere har vi i projektet sat fokus på familiernes ressourcer ved gennem observation og interview at kortlægge, hvordan de får skabt en meningsfuld hverdag. Trods deres massive problemer lykkes det på den ene eller anden måde ofte disse familier at få hverdagen til at hænge sammen. Undersøgelsen identificerer familiernes egne strategier og den eventuelle støtte de modtager. Med udgangspunkt i *ability*-begrebet undersøges det om adgangen til hjælp fra det sociale system afhænger af familiernes evne til at betone deres *disability* i så høj grad, at deres relationer til det sociale system virker kontraproduktivt. Projektet bidrager dermed til en belysning af samspillet mellem personlige strategier og social støtte. Generelt lægges der vægt på et perspektiv hvor mennesker med ADHD inddrages som aktører i identifikationen af løsningsforslag og håndtering af deres problemer (Sundhedsstyrelsen 2006).

2: ADHD som diagnose og socialt problem

ADHD-diagnosen har været i støbeskeen i det sidste årti, hvor man dels har udvidet den til også at omfatte voksne, dels har arbejdet internationalt med forskellige test til brug for screening og diagnosticering. Det er derfor forbundet med en vis usikkerhed at udtale sig om forekomsten af ADHD i befolkningen, men et gennemsnit baseret på gennemførte målinger indikerer at omkring 4 % af alle børn og 2 % af alle voksne har ADHD (Christoffersen og Hammen 2011; Thomsen og Damm 2008; Weiss og Murray 2003). I forbindelse med overgangen til DSM-IV og ICD10 i 1994 skete der en stramning af kriterierne for identifikation af den delvist medfødte lidelse, men på dette tidspunkt angår diagnosen stadig kun børn. ICD10 er mere restriktiv end DSM-IV idet den er afgrænset til de mere alvorlige kernesymptomer (Christoffersen og Hammen 2011; Kooij 2010; Lee 2012; Polanczyk 2007; Tripp 1999).

Ifølge den dominerende forståelse af ADHD kan kernesymptomerne i forbindelse med ADHD hos børn angives som uopmærksomhed, koncentrationsbesvær, hyperaktivitet og impulsivitet, og disse karakteristika hos barnet skal være fremherskende i mindst 6 måneder og inden barnet er fyldt 7 år (Christoffersen og Hammen 2011). For voksne, der får diagnosen, medfører dette at det skal være muligt retrospektivt at verificere at vedkommende har haft disse problemer inden vedkommende fyldte 7 år. Derimod forventer man at hyperaktivitet og motorisk uro aftager med alderen og erstattes af humørsvingninger, lav frustrationstærskel, irritabilitet og indre rastløshed (Ibid., s. 77). Som differentialdiagnoser angives PTSD, angst, depression, personlighedsforstyrrelse og misbrugsrelaterede lidelser (Christoffersen og Hammen 2011; WHO 1994). Denne mulighed for at ADHD-lignende symptomer kan opstå i forbindelse med andre sindslidelser, er den væsentligste grund til at diagnosen kun kan stilles endeligt af en speciallæge. Der er udviklet særlige psykometriske test til identifikation af ADHD hos voksne og nogle af disse kan anvendes i forbindelse med screening sådan som det er blevet gjort indenfor opsporingsprojektet. Men den endelige diagnose skal stilles af en speciallæge (Kyllingsbæk, Dyrby, og Lautrup 2011).

Til kernesymptomerne knytter der sig udover de nævnte en række afledte problemer som opstår i de sociale kontekster, mennesker med ADHD indgår i. Flere af disse problemer indgår i de psykometriske test og diagnostiske kriterier som indicier på forekomsten af ADHD. For børns vedkommende indgår der således i ICD10's kriterier, at vedkommende laver skødesløse fejl, har svært ved at fastholde opmærksomheden ved opgaver eller leg, mister blyanter, bøger, legesager eller andre ting, forlader sin plads i klassen i utide osv. For voksne indgår der indicier som hyppige jobskift, skiftende seksuelle relationer mv.

De diagnostiske kriterier bygger således på erindringer fra barndommen såvel som på problemstillinger der er specifikke for bestemte sociale og kulturelle kontekster. Dette giver ringe mulighed for at skelne mellem kontekstafhængige og kontekstrelaterede problemstillinger, hvilket vi vender tilbage til idet en sådan manglende afklaring gør det vanskeligt at definere det sociale arbejdes egentlige opgave i forhold til de problemstillinger der knytter sig til ADHD.

2.1 ÆTIOLOGI

I forbindelse med introduktionen af DSM-III opgav man i 1980 den ætiologiske tilgang ifølge hvilken ADHD bestemmes på baggrund af de bagvedliggende årsager. I stedet baseres diagnosen på rent empiriske sammenfatninger af hyppigt forekommende symptomer (Brinkmann 2010). Den ætiologiske diskussion overlades herefter til de forskellige teoretiske diskussioner og empiriske udredninger. Ligesom ved andre sindslidelser fremstår de epidemiologiske undersøgelser som afgørende for fortolkningen af den genetiske faktors betydning, mens resultaterne fra hjerneskaninger og sociologiske undersøgelser giver anledning til mere usikre diskussioner om kausalitet og effekt. Man anser i dag hjernen for at være fleksibelt tilpasset de opgaver den stilles over for (Christoffersen og Hammen 2011; Cicchetti 2002; Goldberg 2001; Hertz 2010), og karakteristiske fund i forbindelse med skanninger kan siges at pege på såvel medfødte svagheder som resultatet af træning og sociale påvirkninger. På samme måde kan visse atypiske samspilsproblemer i familier med børn med ADHD fortolkes enten som årsag til børnenes problemer eller som et resultat af de belastninger familien udsættes for (Christoffersen og Hammen 2011).

Selvom man således i forbindelse med epidemiologiske undersøgelser finder en sandsynlighed for at mere end 70 % af tilfældene kan tilskrives en 'genetisk sårbarhed', er vores viden endnu utilstrækkelig til at fastslå hvad der gør denne sårbarhed til et problem i bestemte sociale kontekster, og hvilke sociale, biologiske og psykologiske faktorer der medfører sårbarheden for de sidste 30 % af tilfældene (Christoffersen og Hammen 2011).

Hvad hjerneaktivitet angår, viser billedscanning nedsat aktivitet i den præfrontale cortex hos børn med ADHD sammenlignet med jævnaldrende børn i samme opgavesituationer. Dette forklarer den positive virkning af centralstimulerende stoffer (Christoffersen og Hammen 2011). Derudover støtter dette fund antagelsen at kernesymptomerne for ADHD er knyttet til nogle af de neuropsykologiske funktioner man almindeligvis lokaliserer til den præfrontale cortex (Goldberg 2001).

Visse undersøgelser peger på at tungmetaller og andre miljøgifte kan have indflydelse på sådanne funktionsnedsættelser der hæmmer hjernens evne til at dæmpe impulsiv adfærd og samordningen og koordineringen af information. Rygning under graviditeten kan have en lignende virkning (Christoffersen og Hammen 2011).

Den overordnede model som indkredser feltet af mulige ætiologiske forklaringer er således, ligesom det er tilfældet med andre sindslidelser, sårbarhedsmodellen der angiver at 'sygdommen' skyldes et samspil af biologiske, psykologiske og sociale faktorer der

ikke er nærmere bestemt. Dette medfører en sårbarhed hos individet som kommer til udtryk under bestemte belastninger og i bestemte sociale situationer (Christoffersen og Hammen 2011; Høgsbro 2004).

De sociale problemer hos børnene kommer ofte til udtryk ved at de (Christoffersen og Hammen 2011):

- oftere har konflikter med forældrene.
- oftere oplever negative opdragelsesmetoder.
- oftere oplever stressede og belastede forældre.
- oftere har vanskeligheder i omgangen med jævnaldrende, idet de opleves som kommanderende, umodne, påtrængende, aggressive og uden social sensitivitet.
- har dårlige kammeratskabsrelationer med negative konsekvenser for deres personlige udvikling.
- synes at have evne til at identificere risici, men mangler evne til konstruktivt at imødegå dem.

De voksne ADHD-ramtes sociale problemer er ofte knyttet til (Christoffersen og Hammen 2011):

- kort skolegang og manglende erhvervsuddannelse
- hyppige jobskift
- afhængighed af centralstimulerende stoffer
- udpræget risikoadfærd der øger risikoen fx for trafikulykker
- bestemte former for kriminalitet.

I en artikel der låner sin sigende titel fra et vers af Leonard Cohen: "There is a crack in everything – that's how the light gets in", kritiserer Søren Hertz den forståelse som diagnoserne og sårbarhedsmodellen er tilbøjelige til at understøtte. Ifølge Hertz er der tale om en tendens til at fokusere på lidelsen og funktionsnedsættelsen i stedet for at se på det samlede billede af personen hvor både styrker og svagheder kan indgå i et dynamisk samspil med den sociale kontekst (Hertz 2010). SH er dermed inde på nogle af de samme overvejelser som vi var inde på i indledningens diskussion om *ability*. Forskydningen af fokus bort fra funktionsnedsættelse/*disability* til *ability* indebærer samtidig et opgør med en offerrolle/patientrolle der udløser behov for professionel hjælp til en rolle som samarbejdspartner i en problemløsning der inddrager personens egen forståelse ("that's how the light gets in").

2.2

PROBLEMSTILLINGER VEDRØRENDE HANDIKAP OG REHABILITERING

Diskussionen om konsekvenserne af at fokusere på problemer frem for ressourcer og kontekst går langt tilbage. Den har været udgangspunkt for såvel handikappolitiske bevægelser som de forskellige sociologiske traditioner de har været i dialog med (Thomas 2007).

Organiseringen af mennesker med handicap tager fart efter indførslen af parlamenta-

rismen og opløsningen af de gamle standsorganiseringer. I Danmark begynder udviklingen for alvor efter 1848 som afspejling af en international tendens. Man kan tale om en ny form for *governmentality*, der gør det til en kulturel selvfølge at man organiserer sig i grupper omkring fælles problemer. Det gælder i første omgang de politiske og faglige organisationer, men allerede i 1868 organiserer danske døve sig omkring udviklingen af tegnsprog og forsvaret for et autonomt fællesskab med adgang til uddannelse, arbejde og kulturelle aktiviteter på egne præmisser (Bundesen, Skov Henriksen og Jørgensen 2001; Høgsbro 1992; Widell 1988). Det er karakteristisk for denne begyndende organisering at den udvikler sig i et tæt samspil med professionelle grupper der viser filantropisk interesse for at hjælpe særligt udsatte grupper. I Europa findes der på dette tidspunkt to strategier: På den ene side assimilationsstrategien, der går ud på at døve skal lære mundaflæsning og verbale sproglige ytringer samt indgå i almindelig undervisning og kulturelle aktiviteter, og på den anden side integrationsstrategien der sigter på at udvikle tegnsproget til et sprog på linje med talesproget, samtidig med at gruppen tilbydes særlige tegnsprogsbaserede offentlige tilbud. Den sidste strategi vandt i Danmark tilslutning allerede under enevælden på anbefaling af en dansk læge, der samtidig fik til opgave at etablere de relevante uddannelser og kulturelle tilbud. Det er elever fra disse tilbud der tog initiativ til dannelsen af den selvstændige døveorganisering i Danmark (Bundesen, Skov Henriksen og Jørgensen 2001).

Senere i århundredet ændres det dominerende professionelle paradigme i retning af assimilationsstrategien, hvilket i begyndelsen af det tyvende århundrede førte til et brud mellem den professionelle filantropiske bevægelse og den selvorganiserede forening af danske døve. Denne splittelse har gjort sig gældende stort set frem til midten af tresserne hvorefter integrationsstrategien atter vinder fodfæste inden for de professionelles rækker (Bundesen, Skov Henriksen og Jørgensen 2001; Widell 1988).

Danske døves historie er således en idealtypisk historie om en gruppes kamp for at blive respekteret på egne præmisser. Det særlige samspil med professionelle paradigmer og initiativer der i bestemte perioder understøtter den autonome organisering af grupperne genfindes i andre historiske forløb, fx den danske galebevægelse i 70'erne og de idrætslige og kulturelle aktiviteter blandt mennesker med udviklingshæmning omkring 1990 (Bylov 2010; Høgsbro 2012; Kelstrup 1983).

Til denne handikaphistoriske udvikling knytter der sig en generel pointe, som det må forventes også gør sig gældende inden for ADHD-området, nemlig at forståelsen for hvad der er relevant social støtte i forbindelse med et givent handicap udvikler sig kontinuerligt. Der er tale om en historisk proces hvor forskellige politiske og professionelle grupperinger sammen med selvorganiserede foreninger af brugere indgår i en kamp om definitionsmagten (Høgsbro 1992 og 2012). Samtidig tegner der sig på det overordnede plan to forskellige strategier for løsningen af de sociale problemer: På den ene side en 'assimilationsstrategi', hvor mennesker med handicap spredes i de almindelige tilbud og assimileres ind i normalsamfundet hvor de må tilegne sig strategier for at begå sig i samfundets typiske og mest udbredte sammenhænge. På den anden side en 'integrationsstrategi' hvor deres særegenhed og gruppetilknytning respekteres og hvor integrationen bygger på en gensidig respekt for forskelle i levevis og kompetencer.

Døveforeningens konflikt med det dominerende professionelle paradigme i perioden fra 1900 til 1970 er i denne sammenhæng atypisk for handicapområdets organiseringer. De øvrige organisationer fremstår i højere grad som interessegrupper der udvikler sig i kølvandet på den medicinske videnskabs identifikation af lidelser der bestemmes som biologisk betingede lidelser på hvilke enkeltindividet ingen indflydelse har (Bundesen, Skov Henriksen og Jørgensen 2001; Høgsbro 2012).

Som Parsons er inde på, så er lægerne i denne periode blevet 'gatekeepere' i forhold til tildeling af overførselsindkomster (Parsons 1951). Parsons ser grundlæggende det sociale system som et system, der må beskytte sig mod anomi forstået som adfærd der truer opretholdelsen af det sociale system. For Parson er unddragelse af arbejdsforpligtelser en naturlig, almen menneskelig tendens, en trussel som samfundet følgelig må beskytte sig mod vha. mekanismer der tvinger dets borgere til at bidrage til kollektivet. Således optræder lægeprofessionen i denne forståelse som beskyttere af den enkelte med autorisation til at fritage mennesker for disse forpligtelser hvis de ikke er i stand til at leve op til kravene. At lægerne senere gennem Serviceloven fratages denne rolle vender vi tilbage til.

Pointen er således at organiseringen af mennesker med handicap i perioden 1900 til 1970 hovedsagelig tager form af en alliance mellem mennesker der oplever at have særlige problemer og specialiserede læger som hævder at have forskningsmæssig belæg for at disse mennesker lider under tilstande på hvilke de ingen indflydelse har. Organisationerne arbejder i den efterfølgende periode som interesseorganisationer der sikrer sine medlemmer kompenserende ydelser inden for de moderne velfærdsstater (Høgsbro 2012).

Udviklingen af den grundlæggende diskurs om de kompenserende ydelsers legitimitet synes at være sket under indflydelse af periodens krige, der medførte at store dele af befolkningen direkte og indirekte blev berørt af de fysiske funktionsnedsættelser soldaterne vendte hjem med efter at have kæmpet 'i nationens tjeneste'. Kompenserende ydelser blev derfor forstået som en selvfølgelige og nødvendige for den enkelte. Efter Anden Verdenskrig synes der tillige at opstå en større opmærksomhed over for de psykiske skader og sociale problemstillinger, hvilket dels kan skyldes ændringer i kampsituationerne, dels en forskydning fra overvejende biologiske paradigmer til psykosocialt funderede paradigmer (Lazarsfeld og Reitz 1975). Denne forskydningen kan skyldes at det biologiske paradigme hvor psykiske og sociale karaktertræk blev forstået som arvelige, var blevet grundigt kompromitteret af nazismens raceteorier og ekstreme racehygiejne. Under alle omstændigheder vandt sociologiske og psykosociale teorier større udbredelse i efterkrigstiden. Sociologiens kvalitative forskningsmetoder blev udviklet i forbindelse med militærstrategiske tiltag i USA parallelt med udviklingen af de stikprøvebaserede survey til identifikation af sociale forhold i befolkningen (Lazarsfeld og Reitz 1975). I denne periode ser vi også udviklingen af *half-way houses* til soldater med psykiske traumer, hvilket danner model for hvad vi i dag kender som Fountain House-bevægelsen (Breakey 1996). Yderligere ser vi i 50'ernes England en udvikling af psykoterapeutiske tilbud til mennesker med skizofreni (kendt fra selvbiografien *I never promised you a rosegarden* (Greenberg 1964)), hvilket senere kommer til at påvirke sluttreksernes antipsykiatriske bevægelse (Laing 1970).

Fra midten af 1960'erne foregår der således nogle grundlæggende ændringer inden for handicaporganisationernes politiske orientering. Lidt efter lidt vendes blikket mod andre sider af marginaliseringen end dem det kan henføres til en dårligere adgang til grund-

læggende materielle ressourcer. Især i England radikaliseres bevægelsen blandt unge med handicap til en bevægelse der fokuserer på den grundlæggende diskrimination og manglende anerkendelse af mennesker med handicap (Campbell og Oliver 1996).

Parallelt med denne udvikling foregår der inden for sociologien en udvikling af tilgange der fokuserer på mere subtile undertrykkelses- og integrationsformer i det moderne samfund. Den interaktionistiske socialpsykologi der var inspireret af George Herbert Meads banebrydende indsats i 30'erne udmønter sig i Erving Goffmanns arbejde fra begyndelsen af 60'erne til et mere konkret studie af de interaktionsformer der indgår i stigmatiseringen af bestemte grupper i samfundet (Goffman 1963; Goffmann 1959; Mead 1934). Samtidig udvikler Michel Foucault sit program for en vidensarkæologi til afdækning af den måde vi omtaler og forstår centrale sociale problemstillinger i forbindelse med seksualitet, kriminalitet og sindslidelse (Foucault 1971; Foucault 1980).

Beggetendenser fusioneres inden for den radikalerede handicapbevægelse i England i en social model for forståelsen af *disability* som lægger vægt på økonomiske, kontekstuelle og kulturelle barrierer som de opleves af mennesker "who are viewed by others as having some form of *impairment* – whether physical, mental or intellectual" (Thomas 2007 s. 13).

Paradigmeskiftet bort fra datidens dominerende synsvinkel inden for handicaporganiseringerne understreges af netop denne betoning af *disability* som noget der er knyttet til kulturelle barrierer som de kommer til udtryk fx i populære common sense-fortolkninger. Det er også nyt at se *impairment* som noget relativt der knytter an til et bestemt syn på menneskelige fysiske og mentale karakteristika (Campbell og Oliver 1996; Thomas 2007).

Udviklingen af handicaporganiseringen kan anskues som påvirket af den amerikanske borgerretsbevægelse, hvor et lille mindretal af befolkningen med afrikansk baggrund dels kæmpede mod den lovfæstede diskrimination i form af apartheidlovgivningen i USA, dels de kulturelt grundfæstede og udbredte fordomme over for mennesker med mørk hudfarve (Høgsbro 2012; Thomas 2007). Den nye feminisme indoptager det samme fokus på kulturel diskrimination, og tendensen spreder sig til et væld af seksuelle såvel som etniske minoriteter og 'oprindelige folk'.

Ved udgangen af halvfjerdserne står vi således med et relationelt handicapbegreb der skelner mellem på den ene side *impairment* som en betegnelse for de biologisk-kropslige karakteristika af enten fysisk eller mental karakter og på den anden side *disability* som en betegnelse for den betydning disse karakteristika har i konkrete sociale og kulturelle sammenhænge. Bevægelsen er så stærk at den efter 1980 kommer til at præge WHO's definitioner af handicap (Thomas 2007).

I bekæmpelsen af de kulturelle barrierer er bevægelsen især opmærksom på de medicinske paradigmers fokus på *impairment* der placerer mennesker med handicap i en offerrolle. I stedet lægges vægt på *disability*, dvs. den diskrimination der medfører social marginalisering og stigmatisering af mennesker med bestemte kropslige og mentale karakteristika (Campbell og Oliver 1996; Thomas 2007). Derfor lægger de radikale dele af bevægelsen op til et opgør med den professionelle dominans inden for handicaporganisationerne, og der insisteres på etableringen af tværgående (ikke diagnostisk definerede) fora hvor mennesker med handicap kan udvikle deres egne definitioner af problemerne og formulere krav til samfundet (Høgsbro 1992). Samtidig opstår i 90'erne kravet om *independent living*, dvs. støttestrategier der har som mål så vidt muligt

at frigøre mennesker fra professionelles overvågning og kontrol (Thomas 2007).

Til dette krav om uafhængighed af umyndiggørende professionel hjælp følger sig udviklingen i neurologiens forståelse af hjernens funktioner der ændrer det fremherskende 90'er-paradigme fra en forståelse der lokaliserer de enkelte sociale/psykologiske funktioner til bestemte steder i hjernen til en opfattelse af hjernen som et mere fleksibelt og plastisk system hvor ødelagte funktioner kan overtages af andre centre og dermed genoptrænes (Christensen 2002; Goldberg 2001).

De underliggende sociologiske problemstillinger er ikke enkle men dybt komplicerede. Dels medfører kravet om *independent living* og målet om at kunne klare sig selv i den rette rummelige sammenhæng at graden af omsorg og støtte skal gives ud fra sociale kriterier og ikke knyttes direkte til *impairment*, dels opstår der en feministisk variant af bevægelsen som insisterer på at forholdet mellem menneske og krop ikke ignoreres idet det ses som en væsentlig identitetsskabende faktor for mennesker med funktionsnedsættelser (Thomas 2007). En påstand om at alle er ligestillede risikerer ifølge denne opfattelse at usynliggøre kroppen og kulturens normative krav til kroppens fysiske og mentale karakteristika.

Vi har fundet det relevant at give denne gennemgang af samspillet mellem den handikappolitiske historie og sociologiens teoretiske udvikling fordi det danner baggrund for de diskurser, forestillinger, love og indsatser vi har i dag. Det grundlæggende skisma mellem et fokus på funktionsnedsættelser som medfører kompenserende ydelser og et fokus på ressourcer som medfører anerkendelse og respekt eksisterer stadig. Synet på hjernens funktionelle plasticitet og mulighederne for at kompensere for erhvervede og medfødte skader har både skabt større håb hos de berørte og øgede sociale krav. Forestillingen om 'recovery', fra psykiske lidelser eller rehabilitering efter traumatisk hjerneskade medfører politisk et tab af den universelle ret til kompenserende ydelser. Parsons gatekeeperfunktion bliver samtidig overført fra den medicinske profession til det sociale arbejde, hvor sociale ydelser bliver gjort afhængige af en konkret vurdering af det sociale funktionsniveau. Dette medfører et dilemma, ikke blot i de professionelle handleplansarbejde og støttemulighederne, men også i den enkelte medborgers forhold til sin egen kropslige og mentale formåen. Kritikken af hvad der fra visse sider blev set som de professionelle referencerammers undertrykkende og stigmatiserende karakter udviklede sig i tiden mellem 1970 og 1990, og gør sig stadig gældende inden for forskning i socialt arbejde. Dette kan føre til at de professionelle som talerør for mennesker med alvorlige handicap mister en del af deres autoritet i samfundet.

Sociologien kan i dag næppe bidrage til løsningen af disse dilemmaer på anden måde end gennem sin beskrivelse af de grundlæggende dilemmaer mennesker med et givent handicap, individuelt såvel som kollektivt, står overfor. Samtidig må en moderne sociologis bidrag til debatten om *disability* forholde sig til en historiske udvikling som konkret skaber og opretholder vores forestillinger om mennesker med handicap, deres problemer og ressourcer. Vi må erkende at disse forestillinger til enhver tid udvikles som resultat af en forhandling i en omfattende social proces hvor professionelle paradigmer brydes med *common sense*-forestillinger i befolkningen såvel som med kampen for accept, anerkendelse og støtte. I processen defineres problemer og identiteter tilskrives. Samtidig definerer og omdefinerer denne proces løbende det offentliges forpligtelser hvor professionerne skiftevis overtager rollen som gatekeepere. Dette må være den

mest plausible konklusion på en vidensarkæologisk undersøgelse af handicapbegrebets historie i den vestlige verden. Der er ikke baggrund for at fortolke udviklingen som en simpel fortælling om enkelte professionelle diskursers hegemoni eller uforanderlighed.

Dybest set handler det således om en kontinuerlig afvikling og udvikling af bestemte former for *governmentality*, dvs. vores forståelse for *hvad* staten er forpligtet overfor, *hvordan* den lever op til en sådan forpligtelse, og *hvorfor* den måtte have en sådan forpligtelse. Dermed definerer en given *governmentality* både statens ansvarsområde, de sociale teknologier den betjener sig af og de etiske begrundelser der på et givet tidspunkt anses for kulturelt selvfølgelige (Dean 1999).

Netop i forbindelse med ADHD må det umiddelbart forventes at både problemdefinitioner, ansvarsområder, indsatser og etiske begrundelser er temmelig uafklarede idet diagnosen som karakteristisk af en psykisk funktionsnedsættelse hos voksne er af nyere dato. Vi kan derfor også forvente at forskellige aktører refererer til forskellige diskurser i deres forsøg på at forstå problemerne. Vi må endvidere forvente at sådanne diskursive konflikter i praksisfeltet påvirker både samspillet mellem borgerne og de professionelle og de løbende identitetskonstruktioner i feltet.

2.3 KRITISKE REFLEKSIONER OVER SYGDOMS- OG NORMALITETSBEGREB

Med udgangspunkt i ovennævnte overvejelser kan man med Svend Brinkmann referere til Ian Hackings (1995) definition af de diagnostiske kategorier som 'interaktive klasser', idet kategorierne både definerer bestemte grupper af medborgere som objekter og samtidig skaber dem som subjekter. Disse 'klasser' dannes/danner sig som grupper i en forhandlings/interaktiv proces i hvilken de tillægges eller tillægger sig særlige karakteristika med konsekvenser for den sociale interaktion (Brinkmann 2010; Ringø 2012).

Spørgsmålet er så om der overhovedet findes en essens, dvs. nogle kontekstuelte uafhængige karakteristika som gør en given diagnose til andet end en sammenfatning af borgerens problemer i dennes sociale sammenhænge. Er svaret bekræftende, som tilfældet er ved fx Downs syndrom, stiller det næste spørgsmål sig – om denne essens overhovedet har en betydning ud over den sociale betydning den tilskrives i bestemte sociale kontekster (Brinkmann 2010).

Som Claus Nielsen og Carsten René Jørgensen er inde på, er det bemærkelsesværdigt at DSM-IV- og ICD-10-klassifikationssystemerne definerer ADHD ift. tids- og kulturspecifikke undervisningssituationer når sygdommen samtidig regnes for organisk betinget (Nielsen og Jørgensen 2010). Det faktum at man i 1980 forlod de ætiologisk baserede forklaringer synes således samtidig at have medført at der i de diagnostiske beskrivelser ureflekteret henvises til kulturspecifikke sociale normer (fx adfærd i bestemte undervisningssituationer) som dårligt nok gøres til genstand for kritisk sociologisk refleksion.

I en skolesammenhæng vil dette kunne medføre en nedprioritering af overvejelser over disse specifikke sociokulturelle konteksters eventuelle betydning for elevens reaktioner, og dermed mulighederne for at ændre denne kontekst, til fordel for et fokus på 'sygdommen'. På denne måde dekontekstualiseres problemet og gøres til et karakteristikum ved eleven samtidig med at dennes specifikke situation, evner og problemer reduceres til diagnosens mere simple og generaliserede forståelse. Dette synes at være sket i forbindelse med Hjörne og Säljö's undersøgelse (Hjörne og Säljö 2003; Nielsen

and Jørgensen 2010). Her beskrives hvordan lærerne efter at have erfaret at det drejede sig om ADHD forklarede alle konflikter ved at referere til diagnosen. Videre havde lærerne kun en overfladisk viden om hvad diagnosen indebar.

En diagnose kan således bidrage til at løse institutionelle dilemmaer i tilfælde hvor ændringer af konteksten (institutionelle prioriteringer og professionelle rutiner) ville kræve en større mobilisering af ressourcer og eventuelt kunne medføre interne konflikter i organisationen. Afhængig af hvilken diskurs der refereres til, kan en elevs problem (fx manglende motivation) således fortolkes både som en didaktisk udfordring og som en skade knyttet til den præfrontale cortex, som ikke står til at ændre gennem pædagogisk indsats. Referencen til den præfrontale cortex muliggør imidlertid en aflastning af kravene til institutionen (Høgsbro 2002; Høgsbro 2010).

2.4 SOCIALE ÆTIOLOGIER

Selv om der er stærke indicier for at biologisk disposition kan tilskrives omkring 70 % af tilfældene af ADHD, er forholdet mellem de genetiske karakteristika og symptombilledet meget ringe belyst ligesom opvækst og den sociale konteksts betydning for udviklingen af problemerne heller ikke kendes (Nielsen og Jørgensen 2010).

Der kan identificeres en række principielt forskellige forklaringer på stigningen i antallet af ADHD-diagnoser (Brinkmann 2010; Nielsen and Jørgensen 2010):

1. Forbedring af psykiatriens evne til at identificere problemerne.
2. Medicinalindustriens kommercielle interesser.
3. Indsnævring af normalitetsbegrebet og forringet tolerance over for afvigelse.
4. Øget tendens til at karakterisere almenmenneskelige problemstillinger som diagnostiske kategorier.
5. Ændrede krav til individet som følge af den sociokulturelle udvikling.

Vedrørende de sidstnævnte forandringer er der tale om dels konkrete øgede krav til arbejdskraften i vores samfund, dels almindeligt udbredte forventninger til kommunikations- og interaktionsevne og -villighed. Man vil således kunne tale om en første periode i udviklingen af *disability* hvor industrialiseringprocessens koncentration af produktionsbetingelserne omkring byerne skabte den første marginalisering af mennesker med fysisk funktionsnedsættelse (Thomas 2007). Adgangen til arbejdspladser og bylejligheder var konkret vanskeliggjort for mennesker med gangbesvær. Anden marginalisering skete i forbindelse med de nye arbejdsbelastninger i 1960'erne (Friis 1981). Derefter kom udviklingen af informationssamfundet der gjorde skriftlig instruktion og manualer til udgangspunktet for produktionsstyringen, hvilket ramte mennesker med dysleksi. Endelig kan den seneste udvikling af erhvervsbetingelser og uddannelser ses som et krav om selvstyring i form af planlægning, organisering og prioritering af egne arbejdsopgaver inden for overordnede ressourcerammer, som især vil være hindrende for mennesker med autisme og ADHD (Nielsen and Jørgensen 2010).

Den særlige type af *disability* der kendetegner ADHD kan siges at være knyttet til situationer og betingelser som er belastende for alle men som er specielt belastende for mennesker med ADHD.

Følgende liste opsummerer disse: (Bengtson et al. 2011):

1. Skoleskift
2. Jobskift
3. Generelle krav til selvstændighed, selvledelse og organisatoriske evner.
4. Kravene til en totalplanlægning af hverdagslivet i en prioritering af kravene ift hjem, familie og arbejdsplads.
5. Løsning af søskendekonflikter.
6. Overgange i mødet med nye offentlige systemer.
7. Overgange fra daginstitution til skole.
8. Overgang fra folkeskole til ungdomsuddannelse.
9. Overgang fra børne-ungdomsliv til voksenliv.
10. Kontaktflader i en uoverskuelig kommunal organisationsstruktur.
11. Repeterende præsentationer af sig selv til skiftende kommunale medarbejdere med skiftende dagsordener.

2.5 BEHOVET FOR EN UDVIDET SÅRBARHEDSMODEL

Som tidligere nævnt har der i de sidste tyve år været generel konsensus om at forstå psykiske lidelser som resultater af samspillet mellem biologiske, psykologiske og sociale faktorer. Deres samlede indflydelse danner således det symptombillede som karakteriserer den enkeltes lidelse.

Dermed opstår der fare for manglende skelnen mellem *impairment* og *disability*. Når vi umiddelbart sidestiller såkaldte kernesymptomer, såsom problemer med koncentration, prioritering og impuls kontrol med specifikke kulturelle krav som fx evnen til at sidde stille i klassen og vente på sin tur, sker det med fare for at miste en vigtig skelnen mellem hvad der formodentlig kræver en klinisk terapeutisk indsats (*impairment*), og hvad der kræver ændringer i kontekst og kontekstrelateret adfærd (*disability*). Hvis vi ikke fastholder denne distinktion, kan alle karakteristika ved det pågældende menneskes situation let få karakter af en 'skæbne' der overskygger individets specifikke ressourcer. Der er risiko for at personen bliver betragtet som et offer der bør tildeles en uspecifik form for støtte, og de kontekstuelle forhold vedrørende uddannelse og arbejdsplads unddrager sig analyse og kritisk stillingtagen.

I praksis risikerer man således at fastholde en traditionel diskurs der reducerer individets problemer til *impairment*, uanset tilslutningen til diverse FN-vedtagelser om ligestilling af mennesker med handicap og uanset hvilket handicapbegreb man bevidst knytter an til.

Der er derfor brug for en udvidet sårbarhedsmodel der skelner mellem kernesymptomer som formodes at knytte sig til individets basale mentale og kognitive funktioner og de problemstillinger der opstår når et individ med sådanne funktionsproblemer stilles i en specifik social situation.

Dermed ligestilles det offentlige udfordringer og forpligtelser over for mennesker med mentale og kognitive funktionsnedsættelser med de udfordringer og forpligtelser som gælder mennesker med fysiske funktionsnedsættelser. Eller mere konkret: Tilgængelighedskriteriet der gælder ved anlæggelse af kørestolsslisker ved offentlige bygninger, må også gælde ved klasseværelsets og undervisningens organisering når det gælder børn med ADHD.

En udvidet sårbarhedsmodel (fig. 2.1) bygger ikke blot på den antagelse at funktionsnedsættelse opstår i et samspil mellem biologiske, psykologiske og sociologiske faktorer, selvom vi forskningsmæssigt endnu ikke har kunnet bestemme disse faktorer og deres indbyrdes betydning (niveau 1); den føjer endvidere et ekstra led i modellen (niveau 2) (Høgsbro 2004). Den understreger således at de karakteristika der angives i ICD-10 og DSM-IV ikke beskriver den egentlige funktionsnedsættelse, men kun de problemer den skaber i bestemte sociale kontekster (niveau 2). Den egentlige funktionsnedsættelse er således skjult, idet vi altid kun kan erkende et menneskes problemer i den form de antager i den specifikke sociokulturelle sammenhæng. Dette gælder i udpræget grad for de psykiske lidelser hvor det her overlades til den fortløbende teoretiske diskussion at fastlægge den egentlige funktionsnedsættelse, løsrevet fra den konkrete sociale kontekst. Bent Rosenbaum har således i sin disputats fra 2000 gjort op med skizofrenidiagnosens begreb om 'vrangforestillinger', idet dette begreb ikke lader sig anskue uden reference til det moderne samfunds felt af accepterede subkulturelle mytologier. Den egentlige funktionsnedsættelse må derfor identificeres som en kommunikativt bestemt funktionsnedsættelse der rammer individets organisering af referencer til kollektivt formidlede diskurser og forestillinger (Rosenbaum 2000).

Der ligger således en væsentlig teoretisk opgave i at definere indholdet af de forskellige felter i fig. 2.1 og dermed samtidig bestemme *hvad* man kan gøre noget ved, *hvordan* man kan gøre noget ved det, og på *hvilket* niveau man kan gøre noget ved det. Kernesymptomerne, der er knyttet til *impairment* (niveau 1), kan således eventuelt kræve medicinsk behandling og/eller intensive psykoterapeutiske metoder (fx neuropsykologisk træning), mens problemerne med tilknytning til *disability* (niveau 2) kræver psyko-udvikling, adfærdspædagogiske og kognitive terapier samt sociale indsatser i form af aflastning samt krav til rummelighed og tilgængelighed indenfor uddannelse og erhverv. Hermed opnår man også en operationel mulighed for at skelne mellem dybder og overflader i forholdet mellem ætiologi og indsats sådan som Pia Ringø er inde på i sin netop publicerede ph.d.-afhandling (Ringø 2012).

Et andet aspekt af den udvidede sårbarhedsmodel er at den skaber bedre overensstemmelse mellem diskussionen om de psykiske sygdommes ætiologier og symptomer og debatten om *impairment/disability* som har fundet sted i den internationale forskning i *disability*. Modellen styrker således udgangspunktet for en diskussion af forholdet mellem diagnosesystemets karakteristika og WHO's ICF-model til tolkning af samspillet mellem funktionsnedsættelse, aktivitetsniveau/selvhjælpsniveau, sociale relationer, omgivelser og personlige faktorer (fig. 2.2) (WHO 2001). Problemet med ICF-modellen er at den viderefører ICD-10's manglende distinktion mellem kontekstafhængige problemstillinger og kontekstrelaterede problemstillinger. Derfor besværliggør den bestemmelsen af den sociale indsats der er relevant i forbindelse med *participation* og *eksklusion*, idet man ikke ved om der er tale om kontekstafhængige problemstillinger, der kræver permanent støtte, eller/og kontekstrelaterede problemstillinger der kræver ændringer i tilbuddets rummelighed og tilgængelighed. Den udvidede sårbarhedsmodel kan løse en række af disse teoretiske problemstillinger.

Et tredje aspekt af den udvidede sårbarhedsmodel er dens egnethed til at forhindre den type 'misbrug' af diagnosesystemet som tidligere blev beskrevet i forbindelse med Hjør-

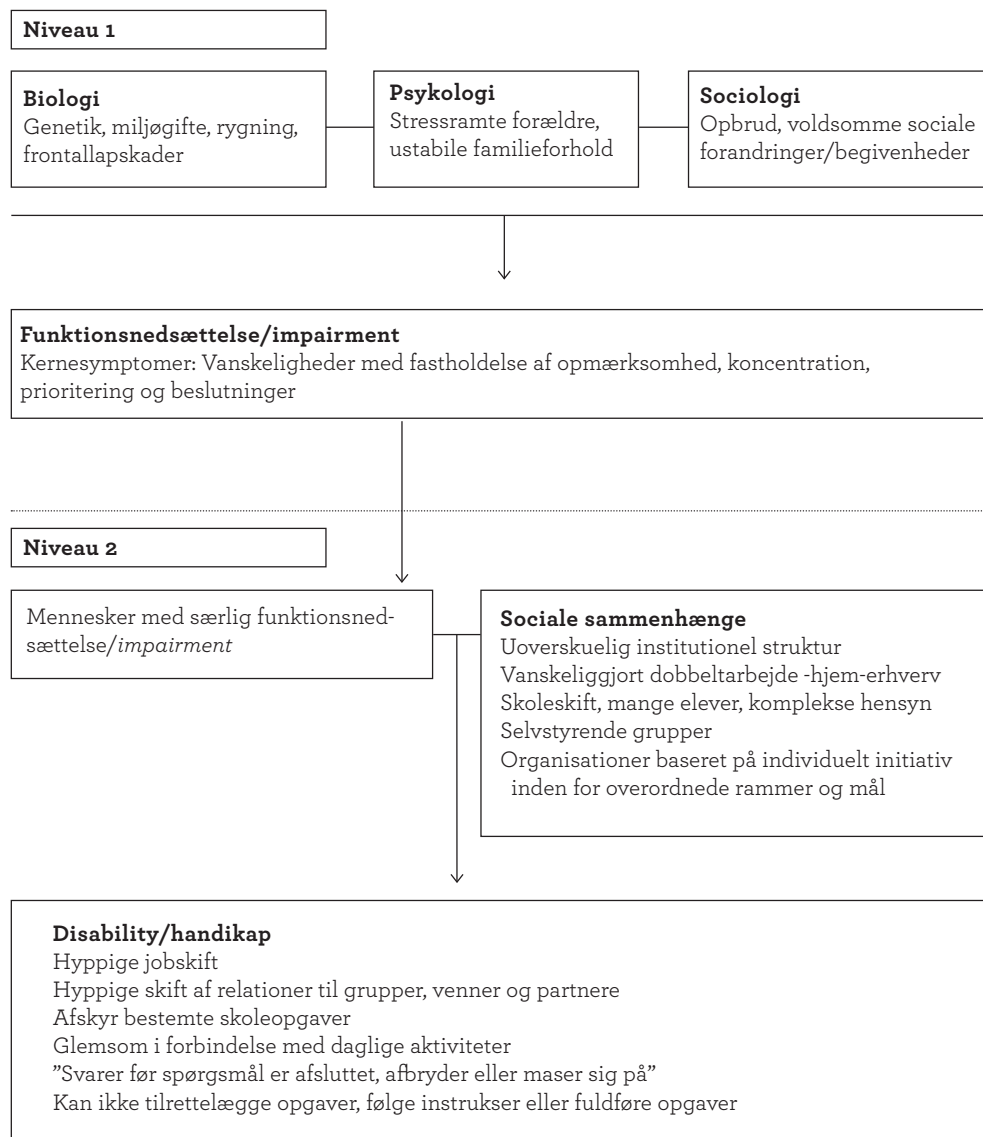


fig. 2.1

ne og Säljö's case fra Finland (Hjörne and Säljö 2003). Diagnosesystemets sammenblanding af kulturspecifikke problematikker med mere basale kognitive funktionsproblemer er muligvis uproblematisk i den kliniske situation hvor interessen samler sig om at finde tilstrækkelige indicier til at iværksætte bestemte terapeutiske interventioner. Men når denne symptombeskrivelse overføres til andre professionelle og sociale kontekster, kan alle diagnosens kriterier evt. blive samlet i en dekontekstualiseret beskrivelse af ethvert menneske der har fået diagnosen ADHD. Problemet heri er dels at sandsynligheden for at en enkelt person har samtlige symptomer er meget lille (retningslinjerne for at stille diagnosen er fx et vist mindsteantal af de listede karakteristika), dels er logikken vendt på hovedet: Hvor diagnosens karakteristika af disse menneskers problemer i særlige sociale sammenhænge klinisk bruges som indicium for en bagvedliggende problematik,

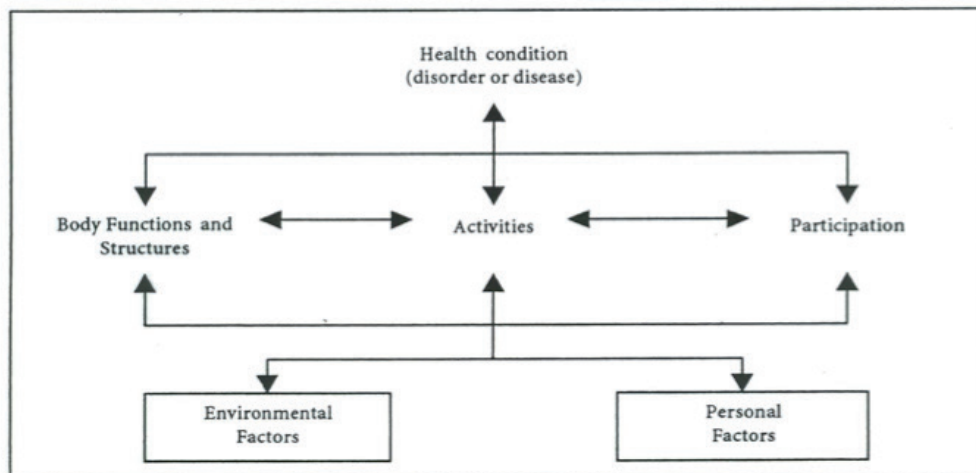


fig. 2.2: WHO's ICF-model

bliver diagnosen nu til en antagelse om disse menneskers problemer i enhver social sammenhæng. Når denne overfladiske forståelse af diagnosens funktion yderligere kobles sammen med et manglende kendskab til diagnosens karakteristika, skaber det en forforståelse der lader ethvert problem udspringe af individets ADHD snarere end af den specifikke sociale situation. Herved etableres en social stigmatisering af individet med alle dens interaktionelle konsekvenser (Goffman 1963). Vi vil vende tilbage til dette særdeles påtrængende problem i den aktuelle indsats i forbindelse med rapporteringen af vores undersøgelsesresultater.

På baggrund af den udvidede sårbarhedsmodel kan vi afgrænse emnet for denne undersøgelse til niveau 2. Vi vil således ikke her beskæftige os med spørgsmålet om hvordan ADHD opstår eller hvilke af de problemstillinger man forbinder med ADHD, som må antages at være genetisk bestemt eller bestemt af forhold under opvæksten. Vores sigte er således at undersøge samspillet mellem borgere der tilskrives en ADHD-problematik, og de sociale kontekster hvori de befinder sig, herunder de sociale tilbud og støttende foranstaltninger.

Til forståelse af dette samspil er det relevant at beskæftige sig med de professionelles og brugernes forståelse af problemerne og disse forståelsers konsekvenser for gruppernes ageren – samt, i sidste instans, den institutionelle struktur. Hensigten er således ikke at fælde dom over de forskellige forståelsesformer, men snarere at nå til en afklaring af hvordan skiftende forståelser eller uafklarede synspunkter kan have været med til at skabe uklare forventninger og modstridende krav til aktørerne. Rent teoretisk ser vi disse konflikter som forårsaget af diskursive kampe i et felt af diskurser der indeholder modsatrettede bestemmelser af problemernes karakter og løsningsmuligheder (Winther Jørgensen og Philips 1999). Inden for dette felt vil den enkelte professionelle og bruger være tvunget til at referere til en af flere diskurser som hver især regnes for socialt legitime. Alternativet vil være eksklusion af samtalen, dvs. at der ikke bliver lyttet til én eller ens udsagn frakendes gyldighed som udgangspunkt for andres handlinger (Foucault 1971). Et felt af indbyrdes forskellige diskurser om ADHD-problematikken og den sociale indsats medfører således en vis frihed for den enkelte, men giver sam-

tidigt et uklart beslutningsgrundlag for indsatsen, hvilket medfører at den enkelte må kæmpe for at blive hørt i de sammenhænge vedkommende indgår i.

Vi kan således tale om både diskursiv koordinering og manglende diskursiv koordinering inden for den institutionelle struktur. De diskurser vi søger at identificere, omhandler både forståelsen af ADHD-problematikken, indsatsen over for den og de enkelte aktørers forståelsen af egen rolle i samspillet.

I forbindelse med forståelsen af koordineringen er det dog relevant at se på andre former for koordinering end aktørernes forståelse af problemerne. Det gælder dels de regler som er fastlagt ved lovgivning dels de institutionelle strukturer der kan understøtte visse former for samspil og modvirke andre. Endelig er det relevant at undersøge de uformelle netværk af professionelle og brugere som etableres uden for og på tværs af de formelle rammer, men som ofte har en betydelig funktion hvad angår samordning og koordination (Seemann 1996; Seemann 2004).

Vi vil således i vores analyser fokusere på tre former for samordning og koordination af aktørernes handlinger som bestemmende for indsatsen:

1. Formel koordination hvor der er tale om institutionelle organer med veldefinerede koordinerende beføjelser.
2. Uformel koordination hvor der er tale om individuelle professionelle og brugere der finder sammen på tværs af institutionelle opdelinger og beslutningsprocedurer.
3. Diskursiv koordination hvor handlingernes indbyrdes overensstemmelse alene udspringer af en fælles forståelsesramme ift. den enkelte handlings funktion inden for det samlede tilbud.

2.6 SOCIALT ARBEJDE OG SOCIALE PROBLEMER I RELATION TIL ADHD

Indsatsen over for sociale problemer kan defineres på flere måder alt efter hvordan man definerer sociale problemer (Ejrnæs og Guldager 2008). For Parson udgjorde kategorien sociale problemer helt enkelt afvigelse fra de givne sociale normer og manglende overholdelse af sociale forpligtelser, en definition der forudsætter en vis konsensus om hvad der er accepterede sociale normer (Parsons 1951). Er man skeptisk over for en sådan præmis, kan man inden for et konfliktteoretisk perspektiv anskue sociale problemer som en social kategori der bestandigt defineres og redefineres som led i definitionskampe mellem stærke aktører i samfundet (Ejrnæs og Guldager 2008; Thomas 2007). Fælles for disse to udgangspunkter er at man studerer de konkrete definitionsprocesser i sammenhæng med sociale problemer og anser begrebet for at være en 'flydende betegnelse' der er genstand for definitionskampe og interessekonflikter.

Alternativt kan man vælge et normativt udgangspunkt hvor både de sociale problemer og det sociale arbejdes opgave defineres uafhængigt af aktuelle politiske strømninger og interessekonflikter. Det sociale arbejde vurderes i denne sammenhæng som godt eller dårligt ud fra bestemte faglige præmisser (Juul 2010). I så fald kan man tage udgangspunkt i et ontologisk behovsbegreb der definerer den professionelle indsats i forhold til opfyldelsen af dette behov. Dette gælder fx Allardts bestemmelse af de menneskelige behov ved hjælp af begreberne at have, at elske og at være (Allardt 1975) der dannede udgangspunkt for 70'ernes undersøgelser af velfærdssamfundets sikring af de menneskelige behov. Det samme ontologisk-normative udgangspunkt gør sig gældende

i Honneths begreb om det menneskelige behov for anerkendelse og i Søren Juuls undersøgelser af hvorvidt de sociale tilbud i Danmark sikrer opfyldelsen af et sådant behov (Honneth 2003; Juul 2010). Allardts begreber kan samtidig forstås således at mennesket ses at have behov for ressourcer som giver det handlemuligheder og dispositionsfrihed ('at have') samtidig med at det har behov for social tilknytning ('at elske') og social anerkendelse ('at være'). De to sidste kategorier handler generelt set om sociale tilkynningsforhold.

Denne undersøgelse af indsatsen over for ADHD-problematikken har med dette normative udgangspunkt fokuseret på borgernes mulighed for at opretholde og fastholde deres sociale relationer inden for de samfundsmæssige sammenhænge hvori de indgår, herunder at vurdere hvilken social indsats der bedst måtte understøtte deres mulighed for at agere inden for deres givne sociale sammenhænge.

2.7 INDSATSEN OVER FOR ADHD-PROBLEMATIKKER

Bestræbelserne for at udrede borgerens problemer i relation til ADHD har længe lidt under manglen på ressourcer i det psykiatriske system. Man har derfor i forbindelse med Socialstyrelsens samlede program for udviklingen af en national handlingsplan gennemført et forsøg med særlige former for udredning til aflastning af det psykiatriske system (Kyllingsbæk, Dyrby og Lautrup 2011). Forsøget går i store træk ud på at lade professionelle i det sociale arbejde gennemføre nogle enkle test når de formoder at de står over for mennesker med en ADHD-problematik. Ved et positivt testresultat henvises borgeren til psykiatrisk udredning. Forsøget påviste en rimelig god overensstemmelse mellem de professionelles første vurdering og den psykiatriske vurdering og videre at testene blev oplevet som et rimeligt validt instrument af både brugere og professionelle. Det fik brugernes problemer til at fremstå klarere og de blev taget mere alvorligt. Et andet resultat af undersøgelsen var imidlertid at det var vanskeligt at følge op på en sådan erkendelse, dels fordi man manglede specifikke tilbud til disse mennesker, dels fordi man kun kunne henvise dem til mere generelle tilbud rettet mod mennesker med en række forskellige problemstillinger.

Det er bemærkelsesværdigt at der selv i forbindelse med et sådant udviklingsarbejde mangler relevante sociale tilbud. Tilbud som borgerne selv efterlyste, var i særdeleshed svært tilgængelige. Det drejede sig fx om støtte til bolig, økonomi og etablering af sociale netværk (Kyllingsbæk, Dyrby og Lautrup 2011). Kyllingsbæk et al. diskuterer i denne forbindelse om de anvendte test rettelig burde udskiftes med test der i højere grad var relaterede til de faktisk tilgængelige sociale ydelser (Kyllingsbæk, Dyrby og Lautrup 2011). Dette giver en illustration af konflikten mellem et diagnostisk redskab rettet mod det klinisk-terapeutiske niveau og det vidensbehov man har i forbindelse med den sociale indsats, sådan som det blev berørt ovenfor. Dette gælder især i en situation hvor diagnosen ifølge serviceloven ikke i sig selv giver adgang til sociale ydelser (Bengtson, Alim, Holmskov og Lund 2011; Kyllingsbæk, Dyrby og Lautrup 2011).

På den ene side berettiger ADHD i sin rene form således ikke til sociale ydelser; det gælder kun hvis borgeren har problemer som regnes for mere alvorlige. På den anden side er der også sociale tilbud som forudsætter at borgeren har en ADHD-diagnose (Bengtson, Alim, Holmskov og Lund 2011). Disse ret uigennemskuelige betingelser for social støtte betyder ifølge Steen Bengtson et al.'s undersøgelse at brugernes forventninger ofte skuffes. Flere oplever at de bliver afvist hvis de fremstår som for selvhjulpne, og

de klager over at det kræver mange ressourcer at overbevise sagsbehandlerne om deres behov for hjælp. Ofte synes afgørelserne at afhænge af skiftende sagsbehandlers forskellige forståelser af problemerne (Bengtson, Alim, Holmskov og Lund 2011). Undersøgelsen indikerer dog at diagnosen tillægges større betydning hvor afgørelsen involverer børn.

Bengtson et al.'s undersøgelsen efterlader således i sin helhed et noget diffust indtryk af den faglige ekspertise der ligger til grund for afgørelserne. Det synes ikke at stå de interviewede professionelle klart hvordan den relevante ekspertise kan lokaliseres inden for kommunens regi, og medarbejderne indgår kun i ringe omfang i vidensmiljøer og vidensdeling kommunerne imellem (Bengtson, Alim, Holmskov og Lund 2011). De interviewede påpeger at de i det hele taget har vanskeligt ved at forholde sig til ADHD og finde ud af om de skal betragte diagnosen som udtryk for et handicap, mangelfuld tilpasning til sociale normer eller et produkt af samfundsudviklingen. Borgerne oplever ligeledes den professionelle forståelse inden for det sociale område som mangelfuld, i modsætning til det psykiatriske system hvor behandlingen i højere grad opleves som præget af "oplysning, professionalism og anerkendelse" (Bengtson, Alim, Holmskov og Lund 2011 s. 154). Dette kan ses som et udslag af at psykiatrien med Serviceloven blev frataget sin autorisation som gatekeeper for de sociale ydelser og måtte overlade rollen til de sociale myndigheder og de politiske beslutningstagere. Gennem tabet af sin myndighedsfunktion kan psykiatrien således overtage en ny rolle som borgerens advokat i forhandlingen om adgangen til sociale ydelser.

Indsatsens struktur minder om hvad der fandt sted på det socialpsykiatriske område, og de forhåndenværende tilbud henvender sig også til andre brugergrupper. De interviewede medarbejdere oplever generelt (Bengtson, Alim, Holmskov og Lund 2011).

- Mangel på henvisningstilbud
- Manglende koordinering
- Skiftende sagsbehandlere
- Begrænset viden hos kommunale medarbejdere
- Problemer tages ikke alvorligt.

Problemerne synes således at angå både det eksisterende tilbud, selve de institutioner hvorigennem viden spredes og den forståelse som præger de professionelles beslutninger og deres omtale af problemerne. Metodisk betyder dette at man må rette opmærksomheden mod både den totale institutionelle struktur i dens samspil med bestemte brugergrupper og mod de professionelle diskurser der præger indsatsen. Samtidig er det væsentligt at se på hvordan institutionelle strukturer og diskurser indgår i en bestemt styringslogik der behersker tildelingen af sociale ydelser, og der må lægges vægt på at vurdere i hvilken grad professionelle og brugere accepterer denne logik og dens præmisser. Dette diskuteres i forbindelse med beskrivelsen af vores undersøgelsesdesign. I første omgang må vi indskrænke os til at konstatere at det på baggrund af Bengtson et al.'s undersøgelse må forventes at de kulturelle præmisser er temmelig diffuse både hvad angår tilbuddets struktur, tildelingskriterier og de professionelle diskurser.

2.8 VIDEN OM EFFEKTER AF INDSATSEN

Den tilgængelige viden om effekterne af indsatsen over for ADHD omhandler kun enkeltstående indsatser, løsrevet fra den sammenhæng de indgår i. Vores viden om det samlede problemkompleks og dets afhjælpning er stærkt mangelfuld og stammer fortrinsvis fra amerikanske undersøgelser. Der mangler således undersøgelser af den danske indsats og sådanne undersøgelser ville i øvrigt være hæmmet af at modellerne for indsatsen ikke er systematisk udbredt og implementeret (Christoffersen og Hammen 2011). Da den professionelle diskurs i Danmark til en vis grad er præget af de amerikanske effektmålinger, kan en kort sammenfatning af deres resultater være relevant.

For børn gælder det at (Christoffersen og Hammen 2011):

- Isolation, skældud og afstraffelse ikke hjælper
- Beskyttende foranstaltninger hjælper
- Kombinationer af medicin og adfærdsregulering hjælper
- Forældretræning vedr. reaktioner på barnets adfærd hjælper. Træningen er baseret på manualer og indeholder retningslinjer for ros, anerkendelse, positiv opmærksomhed, belønninger, ignorering, timeout og fratagelse af privilegier
- Skoleprogrammer vedrørende ændring af det sociale miljø hjælper
- Gruppebaserede sommertræningsprogrammer rettet mod forældrenes forståelse og mod børnenes adfærd ift. kammerater samt udvikling af deres sociale færdigheder hjælper når de følges op af træning efter hjemkomsten.

Struktureret pædagogik er det mest udbredte koncept på skoleområdet.

For voksne gælder det at (Christoffersen og Hammen 2011):

- Medicinsk behandling kombineret med kognitiv adfærdsterapi hjælper. Langtidseffekterne er ukendte.
- Uddannelse og erhvervsmæssig indsats hjælper.
- Resocialiserende indsats ift. misbrug og kriminalitet hjælper.
- Støtte til husholdning og planlægning hjælper.
- Forældretræning hjælper.
- Konflikt- og stresshåndtering hjælper.
- Kognitiv terapi hjælper.

Derudover har man forventninger om, men endnu ikke en dokumenteret positiv effekt af (Barkley 2010; Christoffersen og Hammen 2011; Kooij 2010; Murphy 2006):

- Patientinformation
- Ændring i de fysiske omgivelser
- Rådgivning og coaching
- Par- og familierapi.

Den medicinske behandling (med methylphenidat og atomoxetin) har generelt kun virkning på kernesymptomerne (øger opmærksomhed og reducerer rastløshed og impulsivitet) og findes ikke umiddelbart at føre til funktionelle forbedringer i form af for-

bedring i planlægning, tidsstrukturering, organisering og selvværd. Disse afhænger af den øvrige indsats. Kognitiv terapi der fokuserer på tanker, forestillinger og opfattelser af ADHD, synes at forudsætte medicinsk behandling der kan øge koncentrationen om det terapeutiske forløb (Christoffersen og Hammen 2011).

En samlet plan kan således indebære (Christoffersen og Hammen 2011):

- Omhyggelig udredning
- Psykoeducation (patient/familie)
- Monitorerede udviklingsforløb med eksplicite mål
- Restrukturering af arbejdsmiljøet med inddragelse af elektroniske hjælpemidler til planlægning
- Hjemmevejledning
- Gruppeterapi og selvhjælpsgrupper (Barkley 2010; Kooij 2010; Stevenson 2002; Weiss og Weiss 2004)
- Individuelle tilbud i forbindelse med psykologiske problemstillinger, manglende erhvervskompetencer, misbrug, risikoadfærd m.v.

Brugerne vægter især den personlige kontakt. I den sociale service er denne personlige kontakt fordelt på ressourcepersoner med en række formelle stillingskategorier såsom (Bengtson, Alim, Holmskov og Lund 2011):

- Specialvejleder
- Hjemmevejleder
- Støtte-kontaktperson
- Bostøtte
- Handikapvejleder.

ADHD-foreningen har derudover etableret en ordning med et 'navigatørkorps' til støtte af den enkelte ved planlægning af møder med forvaltningen og til at skabe struktur i tilværelsen.

Socialstyrelsen har i øvrigt udgivet nogle mindre pjecer med titlen *Indsatser til Inspiration* (Socialstyrelsen 2011; Socialstyrelsen 2011; Socialstyrelsen 2011). Som det fremgår af pjecen om indsatsen på bo- og aflastningstilbuddet Heimdal er den "inspireret af TEACCH" og "den pædagogiske metode tager i alle tilfælde udgangspunkt i medarbejdernes nuancerede viden og indsigt i, hvad handikappet betyder for det enkelte barn/unges måde at opfatte, forstå og forholde sig til omverdenen og dens krav". I pjecen om MST anføres det at man fokuserer på systemer og barrierer i samfundet frem for på individet og dets diagnose.

Pjecerne beskriver således eksempler på to avancerede danske tilbud der lægger større vægt på professionel forståelse og lydhørhed for individuelle forskelle end på slavisk at følge bestemte koncepter. Det fremgår at forståelsen for det enkelte menneskes problemstillinger prioriteres over diagnosens karakteristikker.

Dermed unddrager de beskrevne indsatser sig til en vis grad den akkrediteringstradition og evidensorientering som anses for vigtig i en styringsmæssig sammenhæng hvor man forventer at ressourcerne kan allokere til indsatser der dokumenterer

maksimal effekt. Og de gør det, som Christoffersen og Hammen er inde på, svært for forskerne at identificere effekten af forskellige *modeller* for indsatsen. Ligesom på autismeområdet synes den danske indsats på ADHD-området således at være karakteriseret af en eklektisk tilgang hvor internationale koncepter kombineres med danske traditioner for pædagogisk og socialt arbejde. Dette gør ikke i sig selv indsatsen mindre kvalificeret, men den unddrager sig dermed en traditionel eksperimentel undersøgelse af dens effekt, ligesom en styring vil forudsætte detaljeret viden om og kontrol med indsatsens reelle indhold (Høgsgbro 2007).

Spørgsmålet er om det er den eklektiske praksis, den eksperimentelt orienterede forskning eller styringen af begge dele der udgør et problem når vi taler om udviklingen af det sociale arbejde. Her er der internationalt stor uenighed især vedrørende evidensbegrebet og de metodologiske traditioner der knytter sig til randomiserede eksperimenter (Ekeland 2005; Hammersley 2005; Høgsgbro 2011; Konnerup 2005; White 1997). Som anført af Donald Campbell i en af hans senere artikler udgør praksisfeltet en kontinuert eksperimenterende virksomhed som opsamles i medarbejdernes sum af erfaringer. Samfundsforskningen må nødvendigvis forholde sig til dette erfaringsmateriale via forskellige teknikker for dataindsamling som fx interview, observationer og dialoger i forbindelse med konferencer og erfaringsudveksling (Campbell 1978).

Det er denne udfordring vi søger at leve op til med vores valg af undersøgelsesdesign.

3: Undersøgelsens design

Undersøgelsens design er udviklet inden for rammerne af en institutionel etnografi. Ifølge principperne for et sådant design bør et feltstudie begynde hvor brugerne af de institutionelle tilbud befinder sig og i den livsverden hvori de indgår. Fra dette udgangspunkt bevæger undersøgelsen sig ud i netværket af institutionelle sammenhænge for at kortlægge de relationer som brugerne og vi som forskere ikke umiddelbart gennemskuer. Dermed afdækker vi det 'translokale felt' hvis regler, relationer og diskurser påvirker brugernes møde med de sociale tilbud. Målet med undersøgelsen er at udvide forskernes og brugernes fælles forståelse for de processer vi alle deltager i uden mulighed for at overskue dem og forstå dem (Smith 2005).

Det er umuligt at foretage en total kortlægning af samtlige relationer omkring brugeren af de offentlige tilbud samt de offentlige tilbuds indbyrdes relationer og af de kræfter der fastholder denne struktur. Derfor må undersøgelsens mål indfris gennem en gradvis indsnævring af undersøgelsens fokus efterhånden som vi identificerer den særlige problematik som gør sig gældende i det aktuelle institutionelle felt. Med en *problematik* menes en sammenhæng som er gennemgående i det empiriske materiale og som påvirker flere forskellige forhold af betydning for brugerne. Efterhånden som fokus indsnævres omkring den identificerede problematik kan noget gå tabt: en opmærksomhed over for sammenhænge hvis betydning kan være lige så stor. Vi forsøger hele tiden at gennemse materialet og problematisere det valgte fokus i en form for abduktiv proces ud fra den grundlæggende erkendelse at "every way of seeing is a way of not seeing", for at bruge Dorothy Smiths ord. I sidste instans er det derfor kun forskerkollektivets samlede indsats der skaber hvad hun kalder "institutional ethnography's more general discovery of the workings of institutions and the ruling relations in contemporary western societies" (Smith 2005 s. 41).

Men ikke kun brugerne har et problem hvad angår muligheden for at overskue det institutionelle felt. De professionelle, og for så vidt også beslutningstagerne, står på samme måde over for en delvis uoverskuelig sammenhæng. Etnografien er således en betegnelse for fremstillingen af de sammenhænge vi som forskere får lejlighed til at undersøge, idet vi gives en enestående mulighed for at interviewe aktører med forskellige positioner i det institutionelle felt og at sammenholde deres forskelligartede viden og indsigt i hver deres afgrænsede del af feltet.

De professionelle aktører bliver på denne måde lige så vigtige informanter som brugerne. Hver for sig kender de feltet ud fra deres eget perspektiv og faglige horisont. Som professionelle er de især fortrolige med de anvendte kategoriseringer af brugerne, som muliggør deres håndtering af hvad Liza McCoy beskriver som "the messiness of an everyday circumstance so that it fits the categories and protocols of a professional regime" (McCoy 2006 s. 27). Der er måske knyttet en særlig problematik til netop det forhold at de professionelle nødvendigvis må gennemføre en reduktion af problemernes

kompleksitet for overhovedet at kunne rådgive eller tage beslutninger (Appel Nielsen 2010; Luhmann 1984). Denne kompleksitetsreduktion må samtidig foretages i overensstemmelse med lovgivning, regelsæt og de inden for området udbredte diskurser (fx diagnostisk forståelse). Undersøgelsen må her betjene sig af de professionelle informanter hvad angår disse forholds indflydelse på den måde hvorpå kompleksiteten lader sig reducere.

Det må forventes at et områdes professionelle, samtidig med at de opnår ekspertise i håndteringen af dette områdes regelsæt og diskurser, vil miste overblikket over det større felt af alternative diskurser og handlemåder. De betjener sig af et bestemt sprog som de finder selvfølgelig (McCoy 2006). Vores opgave som forskere er derfor at prøve at gennemskue disse afgrænsninger og tænke kontrafaktisk: Kunne dette eventuelt italesættes på en helt anden måde? I vore dage kan den gængse professionelle diskurs om problemerne via medierne være så udbredt at vi alle tager den for givet. Samtidig er de bedst trænede professionelle så overbevisende i deres fremstilling at det kan være svært at skabe den nødvendige distance (McCoy 2006).

Hvad brugerne angår er det en fejl at betragte deres forståelse af egen situation som en færdig, afsluttet og dækkende afspejling af de problemer de har været konfronteret med. 'Illness narratives' er, som Carol Thomas pointerer, beretninger der sammenfatter brugerens erfaringer, men de er under stadig udvikling som livsfortællinger der påvirkes af nye erfaringer og fortællemåder for sådanne (lidelses-)historier der henter form og materiale fra kulturelt udbredte måder at sammenfatte sådanne erfaringer (Thomas 2007). Fortællingerne kan ændre form og indhold i forbindelse med en udvidelse af brugerens livsverdens horisont eller i dialogen med professionelle såvel som andre brugere der konfronterer en med andre perspektiver på ens problemer (Habermas 1981; Schutz and Luckmann 1989).

Som forskere der søger en bestemmelse af nogle særlige problematikker i tilbuddet til mennesker med ADHD vil vi således hele tiden blive konfronteret med det forhold at vores informanternes erfaringer afgrænses af deres egen placering indenfor den samlede struktur. Samtidig formidles deres fortolkninger af egne erfaringer gennem narrativer som de enten er professionelt skoledet i at videregive eller relaterer sig til en personlig livshistorie.

Dybest set vil undersøgelsen derfor udgøre en form for kritisk diskursanalyse, koblet til et etnografisk feltstudie af en verden der for os er delvist fremmed. Forskerne inddrager informanterne i en dialog omkring det der undrer os, og i fællesskab arbejder man for at udvikle alternative forståelser af problemstillingerne (Geertz 1973; Spradley 1979). Indimellem må vi endda forsøge bevidst at fremmedgøre os fra de tænke- og handlemåder som vi også selv opfatter som selvfølgelig. Metoden udspringer af vores opgave med at vende tingene på hovedet og afdække underliggende sammenhænge som kan snige sig bag om ryggen på os og feltets aktører med det resultat at vores fælles forståelse af problemerne fastholder os i et uhensigtsmæssigt spor.

Kulturbegrebet er inden for europæisk idehistorie ofte blevet forstået enten som udtryk for en aktivitet der udfoldes af samfundets kreative avantgarde eller som noget der fastholder den almindelige befolkning i traditionernes vold (Bauman 1999). Det kulturbegreb vi her vælger som udgangspunkt for forståelsen af sociale praksisser omfatter begge

aspekter, præcis som hos Zygmund Bauman (Ibid.). Kultur er en sammenhængende formation af regler, normer, rutiner og tænkemåder der sætter ramme om vores forståelser og handlinger. Samtidig udgør kulturen en base ud fra hvilken vi skaber nye former for rammesættelser i en konstant refleksiv bevægelse. Hvis den ikke var det ene, kunne den ikke være det andet, for hvis ikke den skabende bevægelse resulterede i en skabelse af rammer for den videre bevægelse vil den ikke have skabt noget (Bauman 1999). Denne undersøgelses dialog med informanterne og den endelige afrapportering udgør del af denne bevægelse idet den (forhåbentlig) vil forandre forståelsen af institutionernes tilbud til mennesker med ADHD (Burawoy 2005; Spradley 1979). Vi bestræber os derfor på ikke kun at udføre kritiske analyser for at tilfredsstille et intellektuelt behov, men på konstruktivt-kritisk at overveje hvad ændringer i givne diskurser kan komme til at betyde for feltet. Vi vil så vidt muligt pege på flere alternative løsninger og bestræbe os på at indkredse og eksplicite den usikkerhed der er forbundet med anbefalingerne.

Forandringer kunne tænkes at opstå på tre forskellige niveauer:

1. En forandring der angår indførelsen af helt nye tilbud, rutiner eller offentlige forpligtelser som i sig selv øger ressourceforbruget skønt de måske i længden løser en række problemer der har krævet endnu større ressourcer. Eller forandringer der løser et problem hvor den givne praksis ikke er i overensstemmelse med et generelt accepteret politisk værdigrundlag.
2. Forandringer der angår en ændret organisering af de sociale tilbud, med en dertil knyttet re-allokering af givne ressourcer, efteruddannelse af personale og ændrede funktions- og stillingsbeskrivelser. Dette kan foregå som en omlægning af givne ressourcer, men vil også kunne medføre øget ressourceforbrug i forbindelse med selve omstillingen.
3. Forandringer der alene finder sted på det diskursive niveau, idet brugernes ændrede forståelse giver dem indsigt i alternative udnyttelser af de nuværende sociale tilbud, og de professionelle ændrede forståelse fører til andre koordinationsmåder og målretning af tilbuddet, uden at der i øvrigt er tale om ændringer i lovgivning, tilbud og arbejdsressourcer.

Vi vil bestræbe os på ikke at give anbefalinger med karakter af færdige lister over nødvendige ændringer, men i højere grad formulere dem som modeller eller matricer inden for hvilke kommuner og regioner kan planlægge og prioritere forandringer i det sociale arbejde. Vi ved fra andre undersøgelser at der er store forskelle i kommunernes betingelser, økonomisk såvel som strukturelt. I visse kommuner er der mange økonomiske og professionelle ressourcer, mens andre kommuner i vidt omfang kan trække på frivilliges arbejde. Nogle kommuner har også et velfungerende samarbejde med private virksomheder (Høgsbro et al. 2003). Undersøgelsens mål vil være at bidrage til løsningsmuligheder under sådanne vidt forskellige betingelser.

Undersøgelsens datamateriale i form af observationsnoter og de transskriberede interview er underkastet en kvalitativ analyse via N'vivo-programmet, hvorefter de forskellige segmenter i teksterne er blevet kodet under følgende overordnede kategorier:

1. Diskurs
2. Indsatsformer
3. Koordination
4. Livsverden
5. Problemstillinger
6. Psykiatriens rolle
7. Samspil.

Disse overordnede kodningskategorier er yderligere specificeret til i alt 32 underkategorier som har dannet udgangspunkt for analyserne i forbindelse med de tre delrapporter.

4: Introduktion til de enkelte rapporter

Projektets tre delundersøgelser er selvstændigt afrapporteret i Maja Lundemark Andersens *ADHD-problematikkens sociale aspekter - Den familierelaterede indsats*, Leena Eskelinens *ADHD-problematikkens sociale aspekter - Den beskæftigelsesrettede indsats* og Nichlas Permin Bergers *ADHD-problematikkens sociale aspekter - Det kriminalitetsforebyggende arbejde*.

I det efterfølgende vil indholdet af de tre undersøgelser blive omtalt ganske kort som indledning til en tværgående og syntetiserende sammenfatning af de tre undersøgelses resultater.

4.1 FORSTÅELSE OG HÅNTERING AF ADHD-PROBLEMATIKKER I FAMILIER

Denne delrapport tager afsæt i det forhold at ADHD-diagnosen aktuelt fungerer som en særlig kategori inden for det medicinske paradigme, hvilket giver de berørte familier bestemte mulighedsrum i forhold til de vanskeligheder/belastninger de skal håndtere i i deres daglige liv. Det er denne håndtering samt familiens ressourcer som danner fokus for projektet.

Projektet afdækker hvordan familierne selv beskriver den konkrete situation – herunder deres oplevelse af hvilke former for hjælp og støtte der fungerer godt, samt de særlige udfordringer de står over for.

Rapporten bygger på observationer og interview med såvel familier som udvalgte professionelle på området. Fem familier er fulgt gennem et år med jævnlige observationsbesøg.

Projektet undersøger hvad de gør og hvordan de håndterer hverdagens ADHD-problematikker og mødet med de professionelle i velfærdssystemet. Målet er at skabe viden om hvordan familiernes egne beskrivelser, praksisser og ønsker kan danne basis for udvikling af mere effektive interventioner i fremtiden.

Dette fokus spiller sammen med et begreb om Ability (Andersen 2009). Ability begrebet som det er anvendt i denne undersøgelse er udviklet i en analyse af voksnes håndtering af ADHD og deres relationer til arbejdsmarkedet. Dermed er det udtryk for et forsøg på at skabe en platform for en differentieret social analyse der undgår 'kompetenceligninger' og simple kategoriseringer. Med kompetenceligninger menes at forståelsen af sociale problemer, og dermed tilrettelæggelsen af sociale indsatser, ofte forudsætter at et problem på et område automatisk medfører problemer på alle andre områder. Samtidig låses det sociale arbejde ofte fast i simple kategorier der hindrer de professionelle i at se individuelle forskelle, hvilket gør det vanskeligt at tage højde for sammensatte, differentierede, og måske modstridende problemstillinger hos den enkelte. Under vores observation af familierne i hjemmet og i møder med de professionelle

kombinerer vi det ressourceorienterede blik og *ability*-begrebet – med det overordnede mål at indkredse ny viden via brugernes oplevelse af den professionelle indsats.

Delrapporten har således fire elementer:

1. 1. En beskrivelse af hvordan familierne oplever og håndterer deres dagligdag præget af ADHD-problematikker.
2. 2. En beskrivelse af udvalgte områder af det 'gode samarbejde' og 'det svære samarbejde' med de professionelle.
3. 3. En beskrivelse af de professionelles oplevelse af arbejdet med disse problematikker såvel i forbindelse med indsatsen som i forbindelse med samarbejdet.
4. 4. En diskussion af de forslag til både kort- som langsigtede indsatser som på denne baggrund kan identificeres.

4.2 BESKÆFTIGELSESIKTSATS OG ADHD-PROBLEMATIK

Delrapporten på beskæftigelsesområdet fokuserer på hvordan medarbejderne i jobcentrene og på beskæftigelsesrettede tilbud møder og bliver konfronteret med ADHD-problematikken i deres daglige arbejde, og hvordan de handler over for mennesker der enten har diagnosen ADHD, eller hvor der er mistanke om ADHD-problematik. Rapporten er primært baseret på interview med medarbejdere i forskellige dele af beskæftigelsessystemet og interview med unge voksne der enten er eller har været brugere af udvalgte tilbud. Ud over traditionelle beskæftigelsesindsatser indgår også uddannelsesrelaterede indsatser idet disse er højt prioriteret i beskæftigelsesindsatsen over for unge voksne.

Begrundelsen for at rette opmærksomheden mod beskæftigelsesområdet er at det udgør et af de velfærdsstatslige områder som i de senere år i stigende grad er blevet konfronteret med ADHD-problematikken i takt med den øgede opmærksomhed på ADHD hos voksne. Medarbejderne møder den del af voksenbefolkningen, der har problemer ud over manglen på arbejde og de er i en position, hvor de kan få mistanke om en ADHD-problematik. Dermed er medarbejderne i jobcentrene og på de forskellige tilbud som jobcentrene benytter sig af, blandt de faggrupper, som forventes at forholde sig til ADHD-problematikken i deres daglige borgerrelaterede arbejde.

Analysen på beskæftigelsesområdet fokuserer for det første på medarbejdernes forståelse af ADHD-problematikken, for det andet på visitationen til indsatser og hvordan indsatsen udøves i relation til tilbuddets karakter. Endelig analyseres koordinationen og samarbejdet mellem de medvirkende aktører. Beskrivelsen som bygger på et systemperspektiv, suppleres med brugernes beretninger om deres oplevelse af nuværende og tidligere indsatser. Den overordnede problemstilling for delundersøgelsen på beskæftigelsesområdet er afdækningen af de handlingsmuligheder der opstår i mødet mellem professionelle og borgere. Vi søger at beskrive hvilke åbninger, eller eventuelt lukninger, der sker i beskæftigelsessystemet når en ADHD-problematik identificeres eller en ADHD-diagnose stilles.

4.3 KRIMINALFORSORGENS MØDE MED ADHD-PROBLEMATIKKEN

Delrapporten om kriminalforsorgsområdet undersøger hvordan frontmedarbejdere i et fængsel og i Kriminalforsorgen i Frihed (KiF) imødekommer og håndterer ADHD-problematikken i deres daglige arbejde. Undersøgelsen fokuserer på hvordan frontmedarbejderne forholder sig til og handler over for mennesker der har fået stillet diagnosen eller hvor der er mistanke om en ADHD-problematik.

Delrapporten er overvejende baseret på fokusgruppeinterview med frontmedarbejdere i fængslet og KiF samt individuelle interview med unge voksne mellem 18-44 år under tilsyn af KiF. Interviewene foregik i forbindelse med prøveløsladelse fra fængsel eller betinget dom, men der er også i mindre omfang foretaget etnografiske observationer. Alle interview med klienter er gennemført i deres eget hjem.

Der har de seneste år været fokus på forekomsten af psykiatriske lidelser hos personer under Kriminalforsorgen; i særlig grad har ADHD blandt voksne været genstand for nysgerrighed, interesse og debat, både politisk og i det offentlige rum, helt i tråd med det generelt stigende fokus på voksne med ADHD. Kriminalforsorgen har i denne forbindelse igangsat et forsøgsprojekt med henblik på at screene for psykiske lidelser, herunder ADHD.

Klienterne i Kriminalforsorgen er generelt set belastede af en høj koncentration af sociale såvel som psykiske problemstillinger og hører til de mest marginaliserede mennesker i samfundet økonomisk, arbejdsmæssigt såvel som socialt.

Der er i stigende omfang en erkendelse af, at en vellykket 'resocialisering'/'reintegration' af mennesker med kriminel baggrund er stærkt betinget af, at der koordineres og samarbejdes mellem myndigheder og andre aktører i forbindelse med løsladelse/udslusning, men den forskningsmæssige viden herom er meget begrænset. Denne undersøgelse indskrives i dette felt.

Kriminalforsorgen har aktuelt ingen målrettede tilbud til eller særlige procedurer for mennesker med ADHD, men frontmedarbejderne konfronteres i stigende grad med problematikken, helt på linje med andre professionelle grupper i det offentlige velfærdssystem. I Kriminalforsorgen har frontmedarbejderne ofte en større kontakt med klienterne end mange andre myndighedspersoner, og de vil derfor have de bedste muligheder for at få øje på en ADHD-problematik.

Formålet med denne delundersøgelse er derfor dels at belyse hvordan frontmedarbejdere i de to institutioner forstår ADHD-problematikken og diagnosen, dels at belyse deres oplevelse af muligheder og barrierer i relation til at håndtere en ADHD-problematik. Derudover er målet at belyse hvordan koordinering og samarbejde udføres mellem aktørerne i feltet samt at identificere på hvilke niveauer koordineringen finder sted. Endelig indgår klienternes fortællinger om, hvordan de forstår deres liv med en ADHD-diagnose/-problematik, samt hvordan de har oplevet tidligere og nuværende indsatser i relation til afsoning og løsladelse/udslusning fra Kriminalforsorgen og overgangen til kommunale foranstaltninger.

5: Sammenfatning og diskussion af undersøgelsens resultater

5.1 UD GANGSPUNKTET I DEN MENNESKELIGE LIVSVERDEN

Det institutionelle etnografiske design (IE) er ikke knyttet til en bestemt metode eller teori. IE er en ramme for en udforskning af institutionelle sammenhænge med udgangspunkt i de erfaringer mennesker gør sig i det moderne samfunds institutionelle systemer. Udgangspunktet er den menneskelige livsverden som er alt det der ligger inden for den individuelle erfaringsverden med dens personlige livshistorie og de relationer til andre mennesker igennem hvilke man individuelt har udvidet sin horisont. Et menneskes livsverden er på en og samme tid afgrænset og grænseløs. Den er grænseløs i den forstand at den er under stadig forandring idet der hele tiden opstår nye relationer omkring den enkelte, og den enkeltes erfaring og indsigt i sin omverden hele tiden forandrer sig og principielt ingen veldefineret grænse har. Den er afgrænset i den forstand at der altid er relationer og samfundsmæssige sammenhænge der befinder sig uden for vores erfaringsverden og unddrager sig vores forståelse. Dette gælder både de mennesker der kæmper med det vi har kaldt en ADHD-problematik og de der indgår i de enkelte dele af velfærdssystemet som professionelle bærere af hjælp, rådgivning, støtte og kontrol. Hver især vil deres viden om systemets funktionsmåde være underlagt den del af systemet de har personlige erfaringer med, og som de er konfronteret med i deres daglige arbejde og bestræbelser på at få hverdagen til at fungere.

En institutionel etnografi er i den forstand en forskningsbaseret erfaringsopsamling der bygger på den viden og genuine ekspertise de enkelte aktører har på deres eget felt, og den kan som sådan ikke fortælle de enkelte aktører noget nyt hvad angår deres egen del af det samlede felt. Tværtimod vil det være en del af etnografiens kvalitetskriterier at den enkelte aktør kan genkende sig selv og føle sig forstået. Det nye vil for de enkelte aktører bestå i overblikket over hele feltet, og det nye rent forsknings og forståelsesmæssigt vil ligge i at overblikket afdækker nogle af de mekanismer som tilsyneladende regulerer rammerne for de enkelte aktørers handlinger og forståelse af problemerne. I sidste instans kan aktørerne, gennem en fælles indsigt i mekanismerne som opererer bag om ryggen på den enkelte aktør, blive i stand til at stille krav til den institutionelle struktur for at bringe den i overensstemmelse med det værdigrundlag de har for den sociale indsats.

De brugere af tilbuddene hvis beretninger vi møder i forskningsprojektets delrapporter, har en livslang erfaring med ADHD-problematikken. Det er en problematik som de selv og de professionelle knytter en række forestillinger til, og som først bliver aner-

kendt som en ADHD-problematik af samfundet, hvis der er tale om bestemte typer af problemer der endvidere har gjort sig gældende gennem hele personens liv. Det er problemer der udspringer af ikke at føle sig forstået, at have svært ved at huske og overholde de sociale spilleregler og at være blevet holdt udenfor af jævnaldrende såvel som voksne. En voksen med ADHD fortæller hvordan hun hele tiden har måttet repetere nogle remser for sig selv: *Du må ikke gå ind i folk, du må ikke være for meget*. En voksen med en voldsdom fortæller hvordan vennerne brugte ham over for rivaliserende grupper fordi han var hurtig til at tænde af og gå amok. En mor til en dreng med ADHD fortæller hvordan han "ikke kørte *sammen* med [legekammeraterne], men ind i dem". Mange beretter om hvordan de er blevet mobbet i skolen, og hvordan de hele tiden er blevet skældt ud af de voksne

Disse mennesker sætter derfor stor pris på at opnå samfundets anerkendelse af deres særlige situation ved at sætte betegnelsen ADHD på deres problemer. Derved føler de sig set som mennesker med et særligt problem som de til forskel fra andre er belastet af, og som det kræver en særlig personlig indsats og støtte at kunne håndtere og kompensere for. Flere af vores informanter har sat pris på medicinen, fordi det har givet dem en bedre kontrol med problemerne og mindsket deres konflikter og problemer i forhold til omverdenen. Samtidig insisterer de på selv at styre dosering og tidspunkter.

For flere af vores informanter fandt identifikationen af deres problemer først sted på et sent tidspunkt, efter de blev voksne, og de beklager at det ikke skete tidligere. Mange af dem formoder at det ville have givet dem en bedre skolegang. Andre udtaler at en tidligere diagnose kunne have skånet deres børn for permanent utryghed i hverdagen, mens nogle af de voldsdømte angiver at de med bedre støtte på et tidligere tidspunkt kunne de have undgået at problemerne voksede dem over hovedet.

Identifikationen af ADHD-problematikken er ofte sket i tilknytning til konfliktsituationer med en institution eller i forbindelse med en social foranstaltning. Skoleproblemer forårsaget af børnenes manglende forberedelse eller tilpasning til skolens regler kan udløse opmærksomhed omkring familiens problemer. Gentagne konflikter i forhold til arbejdspladsen eller en kriminalitetsdom tiltrækker på samme måde myndighedernes opmærksomhed over for mønstre i problemerne som kan lede tanken hen på ADHD. Det næste skridt kan eventuelt været et psykiatrisk tilbud med sigte på at identificere sammenhængen mellem de aktuelle vanskeligheder og forhold under opvæksten. Myndighederne har typisk tre grunde for at ønske en diagnose:

1. At en ADHD-diagnose ikke forveksles med andre problemstillinger.
2. At ingen uretmæssigt får adgang til støttemuligheder.
3. Det offentlige skal sikre sig mod misbrug af den medicin som ADHD-diagnosen giver adgang til.

De voksne informanter fortæller at modtagelse af diagnosen, på godt og ondt forandrer livsbetingelser. På den ene side kan det give adgang til støtte eller aflastning, på den anden side kan det medføre nogle fordomme i forhold til deres adfærd og evne til at varetage bestemte opgaver. De konfronteres ofte med hvad de selv oplever som en manglende forståelse for ADHD-problematikken fra de sociale tilbud. De oplever at professionelle

har hver deres personlige opfattelse af problemets karakter og dets løsningsmuligheder, og de lider under hvad de opfatter som manglende koordinering af tilbuddet, således at de nægtes støtte eller, hvis den bevilges, udbetales for sent eller er forkert beregnet. Brugerne kan også føle sig omklamret eller umyndiggjort.

De mennesker vi har mødt i vores interview og observationer, har således oplevet at de selv eller deres børn blev uglest af kammerater, lærere og arbejdsgivere. De er blevet tillagt motiver, de ikke selv mente at have, og de erkender at have opført sig i strid med normer som de havde vanskeligt ved at gennemskue. De har følt sig drevet af en indre energi, som de bevidst har måttet undertrykke for at leve op til andres forventninger, og de har været sig bevidst at de var tilbøjelig til at skabe kaos og utryghed for andre og at de let blev ophidsede og ukoncentrerede.

Men det er også mennesker, som er blevet bevidste om de sociale regler, på en måde som mennesker typisk ikke er, fordi de forekommer de fleste af os at være så selvfølgelige. Deres refleksioner over deres situation fortæller således noget centralt om det samfund som har udviklet sig omkring os, herunder de tilbud som sociale myndigheder, uddannelsessystemet, arbejdsmarkedet og kriminalforsorgen giver til borgeren. Deres situation er ikke væsensforskellig fra andres, men de er tilsyneladende mere belastet af de krav, alle er belastet af. Samtidig har de over lang tid fået udviklet en indsigt i deres eget samspil med det omgivende samfund, og det er denne indsigt de søger at tage udgangspunkt i når de prøver at håndtere deres udfordringer.

Mennesker med ADHD-problematikker har således både nogle særlige problemer hvor de reagerer tidligere på de belastninger alle udsættes for, og de har samtidig nogle ressourcer i form af en anderledes indsigt i disse problemer. På baggrund af deres beretninger burde man lokalisere problemerne tidligere i forløbet og grebet ind i skolen til gavn for dem selv og de andre elever. Man må konkludere at samfundet burde have et bedre koordineret beredskab klar ved problemernes opståen.

Der er således brug for en indsats på flere niveauer:

1. En *forebyggende indsats* der retter sig mod at skabe større rummelighed inden for de givne institutionelle rammer og dermed en bedre forståelse blandt beslutningstagere, ledere og medarbejdere for de forhold der kan virke særligt belastende for mennesker med det vi kalder ADHD-problematikker.
2. En *støttende indsats* over for mennesker med et erkendt problem, men hvor der stadig er tale om at disse mennesker kan overskue deres problem og har løsningsstrategier der bunder i erfaring og konkret kendskab til egen situation.
3. En *habiliterende indsats* over for mennesker som har mistet overblikket over deres situation og ikke længere kan overskue løsningsmulighederne. Her er brug for professionel hjælp og ekstra ressourcer til en rehabilitering af de personlige strategier over for den nye situation, de er havnet i.

5.2 DEN INSTITUTIONELLE STRUKTUR

Identifikationen af en ADHD-problematik knytter sig i almindelighed til situationer hvor den enkelte kommer i konflikt med de herskende normer på arbejdsmarkedet eller undervisningsområdet.

For nogle af vores informanter sker det i konfrontation med folkeskolen hvor de oplever sig selv eller deres børn som afvigende fra de normer man forventes at kunne leve op til. Det kan være at sidde stille på sin plads, møde velforberedt og medbringe madpakke, komme til tiden og vente på sin tur. Når forældrene indkaldes i forbindelse med problemer affødt af sådanne vanskeligheder er udgangspunktet typisk en forventning om at barnet har særlige sociale problemer, eventuelt i forbindelse med familiære forhold såsom skilsmisse, forældrenes arbejdspress eller manglende opmærksomhed over for skolens krav til børnenes forberedelse. I det øjeblik adfærden begynder at blive fortolket som udtryk for en ADHD-problematik, ændres både det institutionelle tilbud og synet på problemet. Psykiatrisk bistand kan i visse tilfælde blive inddraget med et tilbud om medicinering, og kommunens familie- og handicapafdeling kan give tilbud om bostøtte og forældretræningsprogrammer.

For andre af vores informanter er problemet blevet identificeret i mødet med jobcentret i en situation hvor de voksnes tilknytning til arbejdsmarkedet er blevet usikker, og man er blevet opmærksom på at tilknytningen til arbejdsmarkedet kan være hæmmet af en generelt dårlig evne til at prioritere, fokusere og indrette sig på gældende arbejdsnormer.

For atter andre af vores informanter er identifikationen af en ADHD-problematik opstået i forbindelse med en dom for kriminalitet, hvor mønsteret i deres kriminalitet og deres eget syn på den og det hidtidige livsforløb har givet indikation for en ADHD-problematik. Herefter kan ADHD-problematikken have ført til henvisning til kriminalforsorgens psykiatere, tilladelse til brug af medicin under afsoning og et forløb hvor KiF-medarbejdere tager højde for deres særlige problemer.

Eventuelt har vores informanter allerede været kendt i det sociale system og er kommet ind af 'bagdøren' til jobcentrene, idet de allerede har været tilknyttet familieafdelingen inden de fyldte 18 og nu skal stå til rådighed for arbejdsmarkedet, eller de har været under kriminalforsorgen i forbindelse med afsoning af straf.

Alle vores informanter med en diagnose har oplevet problemer i skolen da dette for så vidt er et af diagnosens kriterier. De har dog ikke alle fået hjælp på dette tidlige tidspunkt. Typisk har skolens hjælp primært taget form af samtaler om hvad familien kan gøre for at hjælpe barnet til at følge undervisningen. Der har ikke været samtaler der drejede sig om hvad skolen kunne gøre for at lette familien, noget der muligvis er et typisk træk ved samarbejdet.

Bostøtten kan herefter, ideelt set, komme ind i billedet med den særlige opgave at forbedre familiens interne funktion, prioriteringer, planlægning og gennemførelsen af huslige opgaver. Bostøttens primære opgave er vejledende efter et 'hjælp til selvhjælp' princip.

Folkeskolens manglende indsats, både undervisningsmæssigt og i forbindelse med mobning og konflikter i elevgruppen, er sammen med opvækstforhold det, vores informanter typisk fremhæver som den belastning i deres barndom som medførte mange af deres senere problemer. Det hænger selvfølgelig dels sammen med den store betydning disse sammenhænge har i barndommen dels det forhold at samfundsmæssige forandringer, omstillinger og belastninger øger kravene til familie og skoler.

Jobcentrenes arbejde er antagelig det højest prioriterede indsatsområde med den for os at se mest komplekse organisatoriske struktur. Hvor man omkring folkeskole og krimi-

nalforsorg har fastholdt en modstand mod funktionel differentiering ud fra en ide om at alle skal konfronteres med de samme krav, så er der indenfor jobcentrenes regi udviklet en højt differentieret vifte af tilbud som retter sig mod forskellige kategorier af borgere med forskellige kategorier af problemer.

Muligvis er jobcentrene blevet overanstrengt af kombinationen af funktionel differentiering og generelt store krav til resultaterne af deres arbejde set i forhold til de muligheder de har for at indfri dem. Under alle omstændigheder synes de at have en meget ringe grad af formaliseret samarbejde med andre kommunale forvaltninger og afdelinger. Vores informanter giver udtryk for frustrationer som ”det er ofte vi får klienterne lige to måneder før de bliver 18 og så sidder vi bare der og hvad skal vi gøre?” og ”der er lavet sådan en samarbejdsaftale og procedure mellem familiegupperne og jobcentrene, men det er ikke altid det fungerer i praksis alligevel”.

Omkring jobcentrene har der udviklet sig en vifte af aktiveringstilbud, afklaring, personlig udvikling, revalidering og erhvervsforberedende forløb. Jobcentrene er tovholdere og gatekeepere i forhold til disse tilbud. Sagsbehandleren har også mulighed for at fritage for aktivering i en periode, hvis den pågældende fx er i misbrugsbehandling og bevilge særlige støtteforanstaltninger såsom bostøtte. Som tovholder har vedkommende en opfølgingsforpligtelse så længe borgeren modtager kontanthjælp, også selvom vedkommende har en tættere kontakt til de aktiveringstilbud vedkommende er henvist til. Det er også jobcentrenes sagsbehandlere der har kontakten til kommunens øvrige tilbud. Disse sagsbehandlere er således formelt dem der skal koordinere hele den samlede indsats selvom de i praksis har begrænsede muligheder for kontakt med den enkelte borger fordi selve aktiveringsindsatsen er uddelegeret til underleverandører.

Der eksisterer ikke i de tilfælde vi kender til, nogle særlige procedurer for håndtering af ADHD problematikker. I deres gatekeeperfunktion kan jobcentrene forholde sig til to beskæftigelsesrettede strategier for unge under 25, hvor den ene sender borgeren direkte ud i en jobplacering og den anden sender dem videre til uddannelsstilbud. Hvad man vælger afhænger af den pågældende sagsbehandlers forståelse af ADHD-problematikkens konsekvenser for den enkelte borger, og her kan præmisserne for visitation være forskellige fra sagsbehandler til sagsbehandler, eventuelt kan forståelsen være formet af de tilbud man har til rådighed, således at man automatisk inddeler borgerne i kategorier der modsvarer de enkelte tilbuds målgruppebeskrivelser.

For en udefrakommende virker det samlede tilbud til borgerne uoverskueligt, og det virker tilsvarende uoverskueligt for de professionelle der indgår i det. Således efterlyste flere en koordination på kommunalt niveau af arbejdet mellem fx bostøtteteamets familierettede arbejde og jobcentrets arbejdsmarkedsrettede arbejde. Samme person kan modtage støtte fra flere forskellige mentorer uden at der er samarbejde og koordination mellem mentorerne. Der kan opstå forestillinger om de forskellige tilbuds kompetencer og klientel som forældes fordi der ikke findes formaliserede samarbejdsfora, hvor man er i dialog med hinanden.

Også i de tilbud som indgår i jobcentrenes tilbudsvifte oplever man at det er nødvendigt at gøre opmærksom på sin eksistens. De enkelte tilbud fungerer uafhængigt af hinanden med egen målgruppe, personale og metodiske prioriteringer. Brugere kan have kontakt med flere tilbud, men indbyrdes er de kun koordineret via jobcentrene. Her synes medarbejderne samtidig at være meget pressede, hvilket sætter grænser for antallet af møder samtidig med at hyppige udskiftninger af medarbejdere bryder kon-

tinuiteten i arbejdet. Tilbuddene under jobcentret beskriver hvordan de forsøger at komme igennem med en synliggørelse af deres arbejde med korte introduktioner på jobcentrenes personalemøder og at disse må gentages hvert halve år på grund af den store udskiftning af medarbejdere.

Hvert enkelt tilbud kan have sine egne optagelsesprocedurer, og visitationen til tilbuddet afgøres i praksis i en dialog mellem tilbuddet og jobcentret.

Den samlede indsats må i høj grad betegnes som eksperimenterende, idet den består af parallelle foranstaltninger indenfor selvstændige enheder der er delvist overlappende og konkurrerende i deres indsats. Medarbejderne i jobcentret er principielt forpligtet til at holde sig ajour om forskellige tilbud og mulighederne for at benytte dem og kombinere tilbuddene til hver enkelt klient, men dette ville forudsætte at de havde tid til at skaffe sig dette overblik, at de var tilstrækkelig længe i deres funktion til at oparbejde kendskabet til de enkelte tilbud, og at de havde tilstrækkelig løbende kontakt til den enkelte borger til at forholde sig til vedkommendes individuelle situation og udbytte af tilbuddene. Der findes ingen formaliserede samarbejdsrelationer mellem jobcentret og tilbuddene bortset fra tilbuddenes rapporteringspligt, og der er således ikke procedurer, som har til formål løbende at sikre, at indsatsen samlet set tager udgangspunkt i klientens problematik og behov.

I en situation, hvor kravene til indsatsen er komplekse og tilbuddet meget differentieret, uden formel koordination, kan der opstå uformelle former for netværksbaseret koordination. Således har vi set, at nogle tilbud forsøger at skabe sammenhæng og kontinuitet i klienternes forløb. De udvider eventuelt deres egen funktion og vejleder klienten om andre tilbud eller fungerer som en slags case-maneger i praktiske spørgsmål. De laver eventuelt alliancer med andre tilbud, hvis dette fx gør, at klienten på denne måde hurtigere kan komme til udredning for ADHD. Eller de skaber bestemte samarbejdsformer for eksempel med individuel virksomhedstræning eller uddannelse, så overgangen fra tilbuddet til 'virkeligheden' ikke bliver for brat. Dermed forsøger de at skabe kontinuitet og sammenhæng i et opsplittet system. Sker dette ikke, er det i praksis alene den enkelte klient, som selv må koordinere indsatsen overfor sin egen situation.

De individuelle korrektiver til systemets opsplittning kan imidlertid skabe et endnu mere uoverskueligt system med endnu flere aktører, som skal koordineres med hinanden. Nye funktioner kan ses som systemets forsøg på at korrigere mangler ved indsatsen, men resultatet kan være et endnu mere kompliceret og opsplittet system. Vi har således konstateret, at nogle klienter har flere forskellige hjælpeforanstaltninger uden at disse er koordinerede.

En række generelle barrierer for kontinuitet og sammenhæng i indsatsen synes således at være knyttet til

- en kompleks struktur af relativt autonome tilbud
- manglende formalisering af udveksling af information
- manglende fora for koordinering
- overbelastning af det visiterende led
- manglende lokalisering af et egentligt casemanagement i forhold til den enkelte klients problemstillinger.

- manglende relevant tidlig indsats.
- retningslinjer for tildeling af bestemte former for støtte.

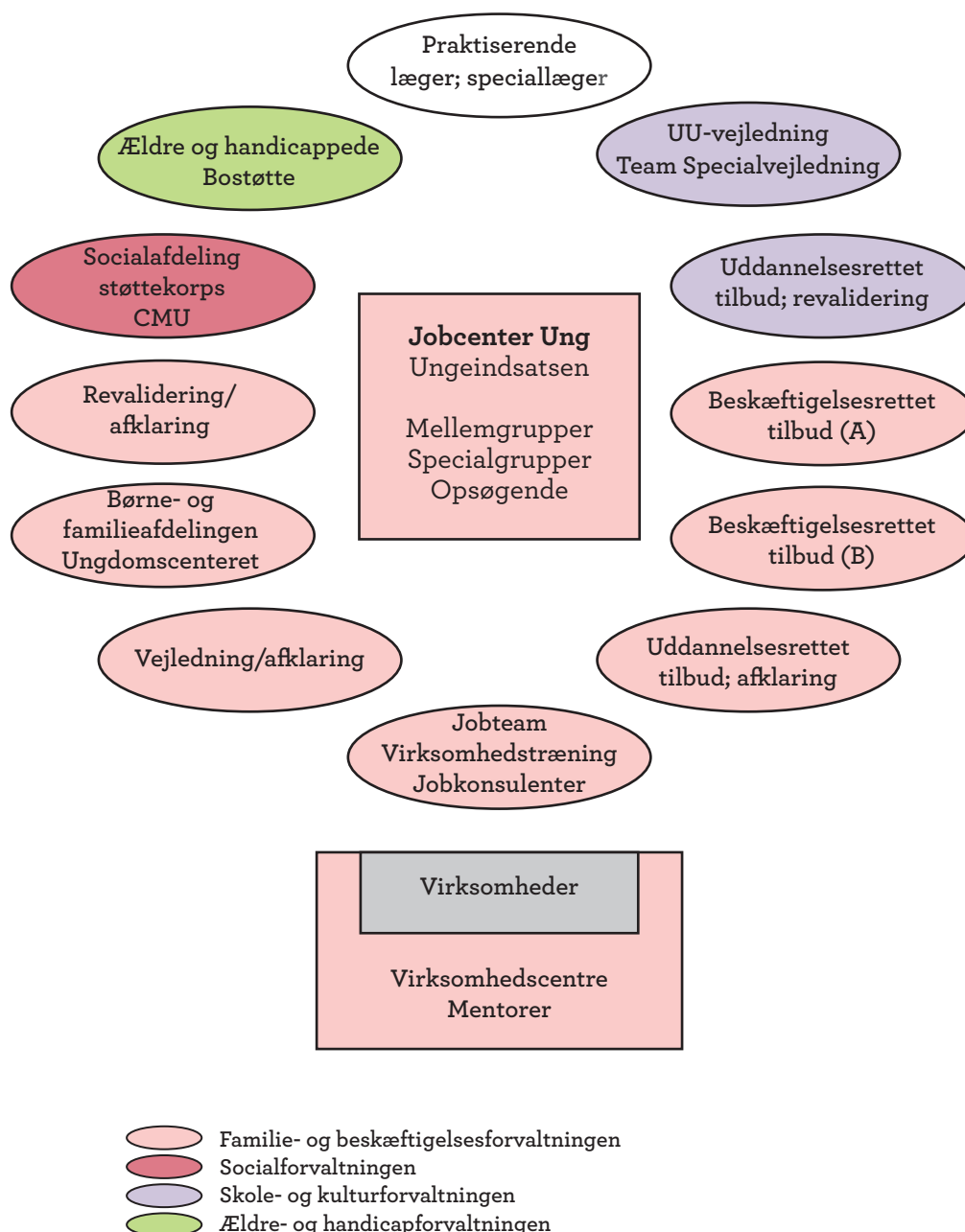


Fig 6.1 Oversigt over mangfoldigheden af et jobcenters mulige samarbejdsrelationer. Et konkret eksempel fra Aalborg.

Kriminalforsorgen fremtræder i vores undersøgelse institutionelt opdelt i fængslets institutionelle rammer og KiF, Kriminalforsorgen i Frihed. Hvor fængslet er en lukket verden med egne regler, fungerer KiF som bindeleddet mellem fængselsopholdet og genindtræden i samfundet efter afsoningen. Derudover har KiF ansvar for afsoning af straffe der involverer brug af fodlænke eller samfundstjeneste hvor KiF's rolle er at holde tilsyn med den dømtes overholdelse af betingelserne. Det egentlige sociale arbejde med at identificere den enkeltes individuelle problemer, og støtte udviklingen af en personlig strategi med inklusion og resocialisering som målsætning foregår derfor i KiF's regi. Af samme grund har vi i forbindelse med denne undersøgelse fokuseret på KiF's arbejde. KiF har dog stadig en dobbelt funktion, idet indsatsen dels skal støtte den dømte i at holde sig fri af kriminalitet, dels kontrollere vedkommendes overholdelse af vilkår og regler forbundet med afsoning/prøveløsladelse.

I udgangspunktet synes arbejdet inden for Kriminalforsorgen derfor fanget i en paradigmekonflikt mellem straffende og resocialiserende målsætninger. Som en ansat i fængslet siger i et af vores interview, griber hun sig i at tænke at straffelejrene burde genindføres, fordi det umuligt kan være sundt for unge mennesker at ligge på ryggen hele dagen uden at foretage sig noget, samtidig med at alt bliver ordnet for dem. Hendes holdning er at de indsatte var bedre tjent med hårdt fysisk arbejde og at lære et håndværk i stedet. På den måde er fængslet endt med at blive en verden med en fuldstændig atypisk, fast struktureret hverdag som ikke afspejler det omgivende samfunds indretning. Som vi senere skal diskutere, bliver effekten af en ADHD-diagnose af disse grunde en helt anden for den enkelte der afsoner sin straf i fængslet, end for den der lever uden for fængslet.

KiF indgår i den samlede struktur som bindeled og formidler mellem de to vidt forskellige verdener, fængslet og det omgivende samfund. I forhold til strafafsoning og prøveløsladelse har KiF en myndighedsfunktion hvor de kan stille krav til den enkelte borger, men i forhold til den resocialiserende funktion er deres rolle alene at yde rådgivning og formidle handlemuligheder. Selv i forbindelse med misbrugsproblematikker kan de alene henvise klienterne til de eksisterende behandlingstilbud og fortælle dem hvor og hvornår de skal henvende sig. De har ingen visiterende beføjelser, ligesom de heller ikke selv råder over tilbud i eget regi til deres målgruppe. Dette kan skabe problemer for nogle af klienterne som havner mellem flere stole. En af vores informanter oplevede således at stå i en gråzone, hvor man i psykiatrien fortæller ham at de ikke kan hjælpe ham før han har kontrol over sit misbrug, mens misbrugscenteret afviser ham fordi hans psykiatriske problem forhindrer dem i at hjælpe ham med misbrugsproblemet.

Der kan også være tale om at personalet ved andre offentlige tilbud mangler kendskab til klienternes kriminalitetsrelaterede problemstillinger. Således måtte KIF i et tilfælde gå ind og mægle mellem en klient og den privatpraktiserende læge der opfattede klienten som truende.

KiF's medarbejdere kan på den måde komme til at opfatte sig selv som havende brandslukningsfunktioner og blækspruttefunktioner. Som blæksprutter skal de gribe ud efter de mange forskellige samarbejdspartnere og bygge bro imellem dem, og som brandslukkere skal de redde situationen når indsatsen svigter eller når deres klienter, på grund af deres specielle opførsel, er havnet i en fastlåst konflikt med professionelle i de offentlige tilbud. De kan i sådanne sammenhænge føle sig trukket ind i en rolle som klientens advokat der skal varetage vedkommendes fundamentale behov over

for andre offentlige instanser, en rolle som de har et ambivalent forhold til, idet deres opgave generelt er defineret som formidlende og/eller kontrollerende. Ifølge en af vores informanter er deres klienter dem ”der har allerstørst behov for hjælp i det her samfund fordi det er dem, der er allernederst i hele pyramiden”. Det er den nære kontakt med disse menneskers specielle situation der får medarbejderne til at identificere sig med deres problemer og overskride deres egentlige rolle i forsøget på at hjælpe dem.

KiF kommer således til at udgøre endnu en instans med en case-management-lignende opgave i forhold til klienten:

- De arbejder ud fra et helhedssyn som tager højde for klientens personlige livshistorie og forudsætninger.
- De medierer mellem klienten og andre offentligt ansatte ud fra deres personlige kendskab til klienten og dennes tillid til medarbejderens kompetence.
- De rådgiver klienten og andre kommunale samarbejdspartnere på baggrund af dels deres kendskab til klientens situation dels de professionelle retningslinjer for det kommunale sociale arbejde.
- De arbejder formidlingsmæssigt med at motivere klienten og udvikle klientens personlige livssammenhæng ved at skabe en overskuelig struktur omkring denne og sørge for at vedkommende ikke ’drukner’ i de mange og uoverskuelige krav.

Ifølge en af vores informanter indenfor KiF holdes møderne med kommunen mest for at sikre at ”der ikke kommer ti ting på bordet med det samme, for så går det helt galt. Én ting ad gangen – og så afslutter vi én ting ad gangen”.

I en mere officiel udgave kan sådanne casemanagement-opgaver varetages for unge under 25 i form af en mentorordning. Mentorerne tilknyttes den unge under tilsynsperioden og er typisk normeret til 6-8 arbejdstimer ugentlig. Midlerne til denne pulje administreres af KiF.

I deres kollektive selvforståelse er disse koordinerende funktioner nødvendiggjort af klienternes manglende evne til at overskue og organisere deres i forvejen temmelig kaotiske liv. Det drejer sig om at få betalt regninger, overskue og forstå offentlige henvendelser samt overholde og overskue de krav der stilles til dem fra fx jobcentre. De oplever at især de mennesker, man tillægger en ADHD-problematik, har vanskeligt ved at forholde sig til de mange forskellige professionelle kontakter i de offentlige tilbud.

I forhold til klienten selv oplever medarbejderne i KiF at deres opgave er at stille netop de krav til klienten som de selv kan støtte dem i at leve op til. Det kan dreje sig om at identificere de sammenhænge der binder klienterne i form af fx netværk og misbrug og få etableret en situation hvor de gradvist tager ansvar for denne situation i stedet for at underlægge sig den.

Set fra klienternes perspektiv er denne indsats, ifølge vores informanter, populær. Især er der bestemte af medarbejderne som får meget ros for den dobbelte funktion af personlig støtte og rådgiver. Som en af vores informanter som er tilknyttet KIF udtrykte, så er kontaktpersonen ”en sikkerhedslinje, som altid tager sig tid til, hvis der er et eller andet, der er svært. Så kan jeg bare ringe til hende, og er hun ikke lige til at få fat i, så ringer hun i hvert fald tilbage. Så har hun altid tid til at snakke med mig omkring det, der nu er. Så prøver hun at gøre det, hun nu kan”. Så vidt vi kan se på referaterne er det et spørgsmål om på en og samme tid at være i øjenhøjde og have professionelt overblik. Ifølge vores informanter udviser vedkommende både interesse, anerkendelse og enga-

gement for deres situation, både gennem den tillid hun viser dem og de krav hun stiller til dem. Som én af dem siger, så er hun også ”den der lidt fandenivoldske og så alligevel godheden selv”. Og som en anden refererer sin egen situation med at fortælle at han ”var sådan set ligeglad med sit liv før. Men så dengang hun kom og fortalte mig, at det skulle bare gøres, ellers ville hun være pisseligeglad med mig – så kunne hun sådan set være ligeglad og så skulle jeg ind og sidde. Og det var jeg ikke ligeglad med. Jeg havde jo også en fremtid, jeg skulle have gjort færdig.”

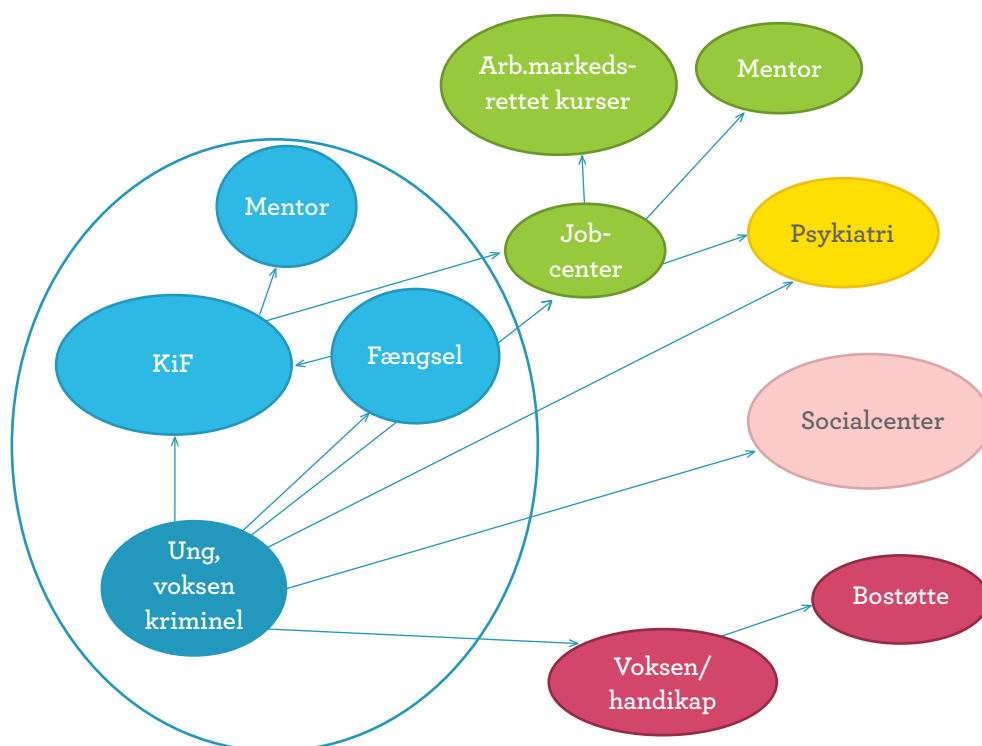


Fig. 6.2 KiF's kontaktflade og potentielle koordinerende opgaver.

En lignende konstruktion, hvor medarbejdere personligt opfinder og udvikler en case-managementlignende funktion finder vi indenfor de bostøtteordninger der er til rådighed for familierne. Det er karakteristisk for flere af de familier, vi har fulgt at selve planlægningen af familiernes aktiviteter er en stor belastning, og at bostøtten virker aflastende ved at skabe overblik, planlægge og gennemføre de nødvendige aktiviteter. Men bostøttens funktion er alene defineret som rådgivende, og en række af de bostøtter, vi har interviewet, overskrider derfor deres funktion ud fra en forståelse af at den rent rådgivende verbale kommunikation kan være utilstrækkelig. Som en af dem fortæller, så trækker hun i gummihandskerne når hun kommer, fordi hun er borgerens motivation

i og med at de laver tingene sammen, og som hun siger: ”Vi er nogle der holder vores mund med, at vi måske gør det nogle gange, fordi vi ikke gider at høre på, at ”det må du ikke, det er rengøring”. I øvrigt mener hun at man snakker godt sammen når man arbejder sammen i stedet for at hun sidder på en stol og instruerer. I vores observationer så vi også hvordan det øgede moderens energi, da hun trådte ind i lokalet og tog handskerne på. For nogle af vores informanter med en ADHD-problematik skal der en ydre anledning til for at energien til at skabe orden i kaosset kommer. Det er ikke nok med rådgivning, for de ved strengt taget godt hvad der skal til. De kan bare ikke overskue at starte processen.

Det er således interessant at bostøtten på denne måde fungerer kommunikativt ved rent fysisk at symbolisere at der er ’styr på tingene’. På en og samme tid fortæller de mødrene, at de godt ved at mødrene ikke altid har nok styr på de praktiske og organisatoriske forhold i familiens hverdag, at de ved at de har behov for hjælp til denne opgave og at mødrene over tid kunne overtage denne opgave selv, hvis de ikke var for belastede af alt muligt andet i deres liv. Det kommunikative samspil de etablerer, fortæller også noget om at mødrene gerne vil imødekomme omverdenens krav i forbindelse med børnenes lektielæsning, aftaler, møder og andre forpligtelser, hvis de bare fik en hånd med og blev aflastet i indfrielsen af nogle af hverdagens mange krav.

Bostøtterne bliver bestilt af kommunen og deres mandat bliver lagt forholdsvis åbent op som et spørgsmål om at få skabt struktur i forhold til hjemlige opgaver, økonomi, job og møder. Men de må selv finde en form for relevant støtte i hvert enkelt tilfælde, og det er i denne sammenhæng de overskrider nogle af intentionerne med bostøtten ud fra deres egen forståelse af borgernes behov for hjælp.

Indenfor denne individuelt udviklede form for personlig støtte har vi mødt eksempler på hvad man kunne kalde eksemplarisk socialt arbejde. Det interessante ved de beskrivelser af funktionen vi har fået fra vores informanter er at de grundlæggende beskriver en interaktionistisk model for hvordan man i professionelt socialt arbejde skaber en konstruktiv relation mellem den professionelle og borgeren, samtidig med at man er meget tydelig i sin professionelle rolle: Man skal tage udgangspunkt i det, som borgeren selv oplever som svært og som borgeren selv ønsker at få hjælp til. Man tager afsæt i en forståelse for borgerens ressourcer og lokaliserer de konkrete barrierer for udfoldelsen af disse ressourcer. Samtidig overholder man en empatisk funderet respekt for ikke at overtræde eller nærme sig mødrene egne omsorgsområder, og man evner samtidig at distancere sig fra egne miljømæssigt betingede krav til orden og æstetik og tage udgangspunkt i brugerens egne normer for hverdagens orden; det som Birte Bech-Jørgensen forstår som en symbolske orden, idet hverdagens orden spejler identiteter, selvværd og mening med livet (Bech-Jørgensen 1994).

Dermed sikrer man en række funktioner:

- Ved at fokusere på de ressourcer de enkelte mødre har og koncentrere indsatsen om de forhold der blokerer disse ressourcers udfoldelse, ydes en målrettet indsats som frigør mødrene energi til at få løst de øvrige opgaver.
- Ved at se stort på præmisserne for den rent rådgivende funktion udvider man læringsbegrebet til en fleksibel indsats der bygger på en erkendelse af at borgerne har forskellige måder at lære på. For nogle kan det ske gennem instruktion, for andre ved overvågning og for atter andre ved at tilbyde rollemodeller og samarbejdsrelationer.

- Ved at respektere borgerens egne normer for hverdagens orden viser man samtidig respekt for borgerens identitet i forhold til hverdagens symbolske orden. Påtvinger man borgeren sine egne normer for de områder man yder støtte til, risikerer man at etablere en sammenhæng i hverdagen hvor borgeren ikke føler sig hjemme. Resultatet vil så være at man har overtaget borgerens liv i stedet for at bringe det til udfoldelse.

At udøve en bostøttefunktion er således en avanceret professionel opgave som varetages i et tæt samspil med den enkelte borger, og som kræver indsigt i dennes livsverden.

En af mødrene beskriver sin oplevelse af samspillet således:

Men når jeg har arbejdet med de her bostøtter, så har der virkelig været accept af ens grænser. Det har været rigtig godt. Men jeg har også haft den indstilling, at jeg gerne vil have hjælp. Det har i hvert fald betydet noget for mig i det her samarbejde. Så jeg prøver jo at høre, hvad de siger. Jeg reflekterer meget over det. Min bostøtte og jeg – vi har jo reflekteret hver for sig, og når vi så har mødtes igen, så starter vi dagen med at sige, hvor er vi egentlig nu? Hvor er vi lige nu? Jeg har tænkt på det og det – er det noget vi skal? Fylder det? Så laver vi hurtigt en dagsorden, som havde så meget elastik, at den kunne bevæges derhen, hvor den skulle. Så bostøtten fandt hurtigt ud af, hvordan jeg skulle have det ... hvordan det var bedst for mig.

Tilsyneladende udvikles bostøtteindsatsen uden en fælles metodologisk reference. De enkelte informanter blandt bostøtterne har således ingen ide om hvorvidt deres egne principper deles af kolleger. Som en af vores informanter udtrykker det:

Vi er nogle små satellitter. Jeg tror også, at der er nogle af mine kollegaer, som ikke laver praktisk arbejde. Men grunden til at jeg gør det, det er fordi jeg kan se, at det hjælper for de her mennesker. Det er det de har brug for. Jeg tror, at når jeg har hjulpet dem nogle gange, så på sigt lærer de det bedre selv. Som sagt når jeg kommer ud, så er jeg nødt til at finde ud af, hvad er det der virker her?

Det er bemærkelsesværdigt at det vi i denne undersøgelse har identificeret som en af de allervigtigste professionelle opgaver for brugerne, tilsyneladende ikke har været genstand for metodologisk refleksion og udvikling.

5.3 MANGLERNE I DEN INSTITUTIONELLE STRUKTUR

Når vi ser på den totale institutionelle struktur som brugere med ADHD mødes af har den samlet set til opgave at understøtte borgerens muligheder for integration i sociale sammenhænge og understøtte vedkommendes hverdagsliv og tilknytning til uddannelsessystem og arbejdsmarked.

For at udfylde denne funktion er der opstået en stigende grad af differentiering af den sociale støtte i forskellige specialiserede funktioner omkring skole-hjem-samarbejde, jobcentre og KiF. Komplexiteten i jobfunktioner og uddannelsesstilbud afspejler sig i den sociale støtte der har udviklet en tilsvarende kompleksitet. Men hvor den stigende kompleksitet burde være kompenseret organisatorisk via institutioner der letter borgerens adgang til og overblik over sociale støttemuligheder, så synes sådanne

koordinerende institutioner ikke at være etableret. Dette udspringer muligvis af et styringsprincip der lægger vægt på de enkelte enheders konkurrence om at skabe kvalitet og effektivitet. I hvert fald synes enhederne at udvikle sig parallelt, med overlappende funktioner og manglende formelle fora til koordination af indsatsen over for borgerne.

På det uformelle niveau synes medarbejderne at reflektere over denne funktionsmangel, idet medarbejdere inden for KiF, jobcentrenes samarbejdspartnere og bostøtteordningerne ses at have udviklet en kompenserende varetagelse af en koordinerende funktion, som delvist overskrider deres mandat. På denne måde er der i mangel på formel koordinering opstået enkelte uformelle koordinerende netværk.

Der synes at mangle en opsamling af disse erfaringer, idet der enten ikke findes fora for udveksling af sådanne erfaringer, eller der mangler ressourcer til at inddrage dem. Der kan også være tale om at kulturelle barrierer hindrer en kritisk stillingtagen til indsatsen, idet der kan være tabuer knyttet til at optræde som borgerens advokat over for andre dele af systemet. Muligvis kommer respekten for frontmedarbejdernes erfaring på tværs af et andet styringsprincip hvor man forsøger at frigøre styringen fra en eventuel alliance mellem frontmedarbejdere og brugere af den offentlige service.

I det danske samfund er borgerens tilknytning til uddannelsessystemet og arbejdsmarkedet samt en vellykket organisering af familielivet betinget af en selvstyring der igen forudsætter en lang række individuelle kompetencer vedrørende organisation og planlægning, forståelse for offentlige krav og meddelelser, samt en fundamental indsigt i hvordan systemer arbejder sammen.

Det er manglen på et sådant overblik og evne til at organisere og prioritere krav som udgør det største problem for de borgere der indgår i denne undersøgelse. Man bør hæfte sig ved at disse krav for ganske mange borgere ikke lader sig indfri fuldt ud, og at de af mange opleves som en belastning der i sig selv kan medføre stress og medføre en nedsættelse af evnen til koncentration og prioritering. En ADHD-problematik kan således betragtes som en ekstra belastning og samtidig kan følgevirkningerne af stress være vanskelige at skelne fra det vi kalder ADHD-problematikken. Man kan også tale om at det ene forværrer det andet.

Det offentlige system lider således under en vidtgående strukturel differentiering, mangelen på koordinering og systematik i individuel rådgivning og vejledning på borgernes egne præmisser.

Problemet kunne givetvis finde en delvis løsning gennem det vi i mangel af bedre har betegnet som en casemanagement-funktion (CM). Vi vælger dette begreb fordi det betegner en relativt veldefineret funktion som er blevet udviklet og grundigt evalueret i 90'erne (Goering og Wasylenki 1996). Intentionerne med CM opstod tidligt i efterkrigstiden, hvor man i forbindelse med socialreformkommissionens arbejde i slutningen af 60'erne konstaterede at den stigende differentiering i de sociale støtteforanstaltninger havde skabt et system der var uoverskueligt for brugerne (Rold Andersen 1970). Man søgte derfor mod et enstrengt system hvor en veluddannet sagsbehandler havde mulighed for at trække på samtlige ydelsesformer og sammensætte en optimal indsats i forhold til den enkelte borgers specifikke situation. Efterfølgende måtte man erkende at det indebar et systematisk skisma knyttet til at de pågældende sagsbehandlere skulle varetage både kommunens og klientens interesser. Dette førte senere til ideen om en uafhængig CM-funktion der kunne varetage klientens interesser over for det samlede offentlige tilbud. Dette affødte på sin side en række ubesvarede spørgsmål

(Goering og Wasylenki 1996): Hvor skulle CM-medarbejderne placeres rent arbejdsmæssigt og kollegialt? Hvordan sikre man deres uafhængighed af kommunale interesser og kollegiale hensyn? Hvordan forholdt man sig til at de ville komme til at ligge inde med den største viden om borgerne, hvilket kunne være et effektivt udgangspunkt for en individuelt tilrettelagt handleplan? Hvilken autoritet ville de få over for den kommunale beslutningsmyndighed?

Uafhængige videnscentre, amtslige specialrådgivere, støtte-kontaktpersonordninger og opsøgende psykoseteam var dybest set konstruktioner der i 90'erne søgte at udfylde CM-funktionen på den ene eller den anden måde. Denne udvikling synes i 00'erne at være videreført i form af et styringsprincip hvor brugerne mere eller mindre frit kan vælge mellem konkurrerende tilbud. Hvor 70'ernes socialreform satsede på en samling af de offentlige funktioner i et enstrengt system og ignorerede eventuelle modsætninger mellem kommunale og individuelle borgers interesser, dér synes årtusindskiftets nye styringsprincipper at fokusere ensidigt på konkurrenceelementets effektivitetsfremmende funktion. Dette synes at ignorere det forhold at et sådant system bliver uoverskuelig for en brugergruppe som i forvejen har svært ved at overskue tilværelsen. Samtidig har man inden for denne styringsfilosofi lagt vægt på at kontrollen med de konkurrerende tilbuds ydelser skulle følge målbare kriterier og gøres uafhængig af de professionelles egen vurdering af tilbuddets betydning for klienten (Høgsbro 2012).

Det nuværende systems problemer synes således uløseligt bundet til en styringstænkning som står i vejen for både en egentlig koordination af indsatsen og en bedre inddragelse af frontmedarbejdernes erfaringer.

Det skal dog understreges at problemet ikke kun ligger i den manglende koordination. Bostøtternes erfaringer peger ikke entydigt på at problemerne skyldes fraværet af en CM-funktion, men i lige så høj grad at ledelsen af indsatsen synes at mangle erkendelse af at indsatsen må tage udgangspunkt i borgerens ressourcer og at der på det styringsmæssige niveau savnes respekt for frontmedarbejdernes konkrete erfaringer.

5.4 PROBLEMFORSTÅELSE OG DISKURSIVE PROBLEMSTILLINGER

I det foregående afsnit har vi set på de institutionelle strukturer, de enkelte tilbuds funktioner inden for et samlet tilbud og de formelle og uformelle aktiviteter inden for det samlede tilbud som sikrer tilbuddenes koordinering og samspil.

Indsatsen koordineres dog ikke kun af formelle organer og fora hvor medarbejderne mødes for at udveksle erfaringer eller af uformelle netværk, hvorigennem aktiviteterne søges koordineret. Koordinering finder også sted på det diskursive niveau hvor ensartetheden i indsatsen sikres ved at de forskellige aktører har samme forståelse af problemerne og refererer til samme overordnede forståelse når de handler og indgår i et samspil med brugerne.

Spørgsmålet er derfor i hvilken udstrækning der eksisterer en fælles forståelse af ADHD-problematikken inden for de forskellige dele af det samlede offentlige tilbud og i hvilken udstrækning denne forståelse påvirker den konkrete indsats.

Det fremstår meget tydeligt af interviewene og samtalerne med vores informanter at de alle, direkte eller indirekte, refererer til diagnosesystemets beskrivelse af ADHD, når de

gør rede for de problemer der knytter sig til en ADHD-problematik. Derudover giver de ofte deres egen fortolkning af hvad diagnosen indebærer, og de giver gerne udtryk for deres personlige syn på de sociale forholds betydning.

Både brugere og professionelle er på hver deres måde afhængige af at fastholde diagnosens autoritet overfor eventuelle beslutninger vedrørende støttefunktioner.

Formidlingen af diagnosens beskrivelser og forståelsen for diagnosens betydning synes derimod at antage en lidt tilfældig karakter. Der er mangel på psykiatere i systemet og opgaven kan så blive varetaget af professionelle der på anden vis har opnået en særlig indsigt i ADHD-problematikken, og som har en ansættelse inden for kommunalt regi som muliggør en fleksibel konsulentvirksomhed. Disse særlige ressourcepersoner fremstår som nøglepersoner som alle informanter vi har været i kontakt med, refererer til. Kun kriminalforsorgen har qua dets position i det strafferetslige system direkte adgang til speciallæger inden for det psykiatriske område.

Den forståelse der generelt synes formidlet via denne form for diskursiv koordinering synes at være en 'risikoforståelse': ADHD er en stabil, bagvedliggende tilstand som bevirker at personen er i risiko for dette eller hint, hvorefter der mere eller mindre systematisk anføres fx brudte parforhold, manglende indlæring, ustabil tilknytning til arbejdsmarkedet, vold og kriminelle forhold. I diskussionen opstår der en fare for at man ikke hæfter sig mere konkret ved hvilken 'risiko' der er tale om, og at 'risikoen' opfattes som en statistisk størrelse der som en iboende skæbne gælder alle uanset social situation. Resultatet er typisk at der opstår hvad vi har kaldt kompetenceligninger hvor et deficit på et område af ADHD-problematikken automatisk skaber forventninger om deficit på alle andre områder, eller i hvert fald 'risiko' for sådanne.

Det fremstår samtidig ret tydeligt at diagnosen antager forskellige betydninger i forskellige kontekster. Dette er især markant når man sammenligner fængselsfunktionærernes udtalelser med andre grupper. I fængslet hører man om indsatte der bruger ADHD som undskyldning for ikke at kunne arbejde, for udadreagerende adfærd og som begrundelse for vidtgående hensyn fra personalets side. Diagnosen medfører også at den indsatte får adgang til et centralstimulerende stof som kan indbringe penge eller andre goder ved videresalg til medfanger. Forskellen i diagnosens betydning inden for fængslerne og uden for synes generelt at være at den har færre negative konsekvenser indenfor fængslerne. Fængselsfunktionærerne oplever som følge af dette at der kan gå mode i diagnosen og at den bruges som generel undskyldning for hvadsomhelst. En tilsvarende oplevelse har vi ikke fået refereret hos de ansatte med tilknytning til KiF der arbejder med dømte uden for fængslerne.

Generelt synes diagnosen, både inden for og uden for fængslerne, at virke som en 'forklaring' på fortidens problemer, og indimellem også som undskyldning for fortidens synder. Dette gælder nok især når lovovertrædelsen er tilstrækkelig alvorlig sådan som det er tilfældet for voldsdømte. Når det drejer sig om svag uddannelse på grund af manglende udbytte af folkeskolens undervisning, eller forældrenes svigt, er 'undskyldningen' mindre væsentlig, og diagnosen bruges mere fremadrettet som begrundelse for, trods bivirkningerne, at tage medicinen. Her finder vi også en slående forskel mellem fængselsmiljøet og udenfor. I fængslerne er diagnosen brugbar som undskyldning for at være udadreagerende, men i hverdagslivet udenfor fængslerne er selvkontrollen nødvendig,

og en eller anden form for medicinering eller kognitiv kontrol af den spontane udadreagerende adfærd synes dermed at være den eneste konstruktive løsning på problemerne.

Den komplekse sammenhæng mellem livshistorie, diagnose og selvstyring fremgår tydeligt af det efterfølgende interview med en tidligere indsat blandt vores informanter:

Int.: Gav diagnosen god mening, eller ...?

NN: Ja, det gjorde den. Det var som om at der lige pludselig kom et svar på årsagen til alle de problemer der har været gennem mit liv. Denne her uro og utilpashed jeg havde i forhold til mine omgivelser og min familie ... alle de der uhåndterlige situationer som jeg endte op i. Det her voldsomme energiniveau jeg havde og problemer med at sove. Jeg sov jo ikke mere end fire-fem timer ad gangen.

Int.: Når du har været inde at afsone, hvad er det så du primært har fået dom for –, har det været noget der var relateret til ADHD'en?

NN: Det har været vold, primært vold. En enkelt gang hvor noget gik over gevind, og så var det vold med døden til følge lige pludselig. Meget af det, det er sådan noget jeg tror udmønter sig i at jeg ikke har været medicineret ordentligt. Jeg kan se, efter jeg er begyndt at få det her medicin, der har jeg ikke de der vilde udadreagerende, aggressive anfald. Jeg kan nu godt tåle at folk siger deres mening til mig. Hvad det nu kan være. Jeg har en helt anden måde at handle på i dag, end jeg havde dengang.

Personens kognitive selvkontrol har blandt andet betydet et opgør med en tidligere vennekreds som netop var knyttet til et voldeligt og kriminelt miljø. Inden for dette miljø gav den udadreagerende, eksplosive adfærd en høj status, så også på denne måde anskueliggøres kontekstens betydning, her i form af en bestemt subkultur med normer som harmonerer med de karaktertræk, informanten forbinder med ADHD. Vedkommende skaber yderligere en forklaring på sin nuværende situation ved at referere til diagnosen:

NN: Nu er jeg jo førtidspensionist. Det har også været ADHD'en, der har været med til at gøre, at jeg endte op med at få førtidspension. Fordi jeg kan ikke være på et almindeligt arbejdsmarked, det kan jeg ikke. Jeg har prøvet det, hvor jeg kom op at skændes med chefen. Det eneste tidspunkt, hvor det gik godt, det var mens jeg havde mit eget firma, hvor jeg selv bestemte det hele og selv kunne strukturere og bestemme hvilket tempo tingene skulle gøres i.

Det er ikke usandsynligt at den kontekstuelle sammenhæng som informanten her er inde på, er reel. Det kan tænkes at en privatejet virksomhed giver ejeren større frihedsgrader end vedkommende vil have som lønmodtager. Samtidig kan de karaktertræk vi forbinder med ADHD, muligvis være en fordel i udviklingen af en privatejet virksomhed, hvor der på et eller andet niveau altid skal tages chancer, og hvor en risikobetonet, hyperaktiv adfærd i visse situationer belønnes eller anses for symbolet på en 'driftig og innovativ' virksomhed. Samtidig bemærker vi også at det er bestemte karaktertræk som netop denne informant knytter sammen med diagnosen ADHD. Han lægger vægt på træk som nærmest må karakteriseres som adfærdsforstyrrelser, hvor det i andre tilfælde

vil være manglende evne til at prioritere og fokusere som vil blive fremhævet. En af vores informanter blandt mødre fremhæver således som særligt problem for sin søn at *"selvfølgelig har [han] også haft nogle ting på grund af den ADHD vi ikke vidste var der, men helt sikkert også på grund af mig. Der var ingen følelse af tryk og stabilitet derhjemme. Det var rigtig meget med ondt i maven og meget fravær og hovedpine, hovedpine, hovedpine. Der var altid sådan nogle ting."*

I denne sammenhæng bruges diagnosen ikke primært som en undskyldning, men synes i højere grad at udtrykke en selvbebrejdelse og være begrundelse for at fastholde en selvstyret medicinering der samtidig føles ubehagelig, fordi den fratager moderen noget af hendes energi, spontanitet og livsglæde.

I forbindelse med skole-hjem-samarbejdet synes diagnosen at forskyde forståelsen af problemerne fra en mere krævende didaktisk problemstilling vedrørende motivation, metodedifferentiering og undervisningens tilrettelæggelse til at være et spørgsmål om forældrenes egenstyring af familielivet, dets relationer, harmoni og børnenes lektielæsning. Problemet ses her som knyttet til ADHD-diagnosens karakteristika hvad angår manglende evne til at skabe stabilitet, kontinuitet og relevante prioriteringer, eller det tilskrives dårlige forældrerelationer i de tilfælde hvor der er tale om at forældrene bor hver for sig.

I denne sammenhæng må man også konstatere at vores tre delundersøgelser ikke blot retter sig mod tre forskellige kontekster, men at der også er tale om tre forskellige segmenter af en population af 'mennesker med en ADHD-problematik'. Mødrene med deres problemer med familiens hverdagsliv, enlige unge på arbejdsmarkedet eller under kriminalforsorgen har hver deres problemstillinger. Det synes rimeligt at antage at de professionelles forståelse over tid vil blive påvirket af problemerne i det specielle segment deres tilbud retter sig mod. Dette kan siges især at gælde hvor der mangler generelle fora for erfaringsudveksling og hvor styringsfilosofien inden for området prioriterer den specialiserede, målgruppeorienterede indsats.

Refleksion over denne sammenhæng mellem professionel kontekst og professionel erfaring finder sted i lokale sammenhænge, som det fremgår af efterfølgende interviewuddrag med medarbejdere inden for aktiveringsområdet:

NN1: De her unge mennesker har droppet meget ud af forskellige uddannelser. Vi mener der er en årsag til at de dropper ud. Jeg mener ikke at det er fordi de ikke har lyst. De magter det ikke. Så er det et spørgsmål om hvorfor de ikke magter det. Dem vi får her i vores målgruppe, de er meget tynget af forskellige problematikker. Primært er de omsorgssvigtede. Og så kan der være en del andre ting indover. Vi ser at der ligger en tung dyne ind over dem af alle mulige problemer forårsaget af omsorgssvigt.

NN2: (...) For der er mange velfungerende ADHD'ere. Det er bare ikke dem vi møder.

Man kan således konstatere at de professionelles erfaringsbaggrund påvirker deres syn på ADHD-problematikken og deres forståelse af sammenhængen mellem ADHD og de sociale problemer, samt at den lokale problemforståelse i mange tilfælde suppleres med en forståelse for sociale problemer som ikke er specifikt knyttet til ADHD-problematikken

I visse sammenhænge kommer klientens diagnose til at fremstå som et 'opslagsværk' hvor man frit kan vælge de karakteristika der bedst tjener ens umiddelbare interesser eller forståelse af en given situation. Der synes samtidig i visse tilfælde at være en tendens til at foretrække mere simple monokausale årsagsforklaringer frem for mere komplekse forklaringer der opererer med et samspil mellem flere forskellige faktorer. Der opstår således i de undersøgte sammenhænge afvigende forestillinger om sammenhængen mellem bestemte karakteristika ved ADHD-problematikken og bestemte handlemuligheder. Disse konstruktioner synes at være tæt knyttet til den kontekst de professionelle og brugerne handler indenfor, hvad enten det drejer sig om tilknytning til kriminelle miljøer, arbejdspladser eller skole-hjem-samarbejde. Selv når de professionelle, som det fremgår af de anførte interviewuddrag, er bevidste om betydningen af deres tilknytning til et særligt segment, vil det være svært for dem at abstrahere fra deres konkrete lokale erfaringer i deres generelle forståelse af ADHD-problematikken.

Vores interview og samtaler med informanterne om diagnosens betydning for den måde man forholder sig til problemerne, indikerer ofte en stærk ambivalens og modstridende opfattelser indenfor de professionelle grupper og hos den enkelte professionelle. Dette fremgår af efterfølgende uddrag af et interview med medarbejdere inden for aktiveringsområdet:

NN: Vi har også været til en masse kurser og temadage og [en] konference nede i Aarhus, og jeg synes faktisk at det har været meget ens omkring at "det er sådan og sådan", og "hjernen fungerer sådan, og man har brug for struktur og brug for de her ting." Så jeg har mere haft en fornemmelse af at nu skal man fokusere på at den unge har ADHD, og så skal man være opmærksom på de her ting. Det fuldstændig strider mod min måde at arbejde på – jeg arbejder også mere i forhold til hvilken ung jeg har, og så kan det godt være at du har ADHD, men hvad er det så du kan finde ud af, og så er det den vej vi arbejder. For jeg mener faktisk ikke at man skal fokusere på ADHD fordi det så bliver en søvnapude. (...) Mød den unge, hvor denne er.

NN2: Nej. Det skal jeg ikke kunne svare på, men i vores arbejde er det ligegyldigt hvilken diagnose man har, men det kan være en lettelse for os at vide at de har en diagnose, og det er derfor at vi skal arbejde på den der måde. På en struktureret og organiseret måde. I stedet for at have en fornemmelse af at det nok er den måde vi skal gøre det på.

Der ligger væsentlige modsigelser bag disse udtalelser. Selv om der argumenteres for at arbejdet ikke tager udgangspunkt i diagnosen, men i det enkelte menneske, siger medarbejderne samtidig at diagnosen giver et bedre grundlag for at vælge de 'rigtige' redskaber, fx at man skal tage udgangspunkt i en struktureret pædagogik når diagnosen er ADHD. Det er svært at finde ud af om der ligger en konsistent diskurs bag disse udtalelser, eller om de i virkeligheden refererer til forskellige indbyrdes modstridende diskurser. ADHD-diagnosen giver den professionelle en officiel begrundelse for at give borgeren et intensivt forløb der udspringer af en pædagogisk forståelse for borgerens sociale problemer og behov, men diagnosen forbedrer ikke reelt det teoretiske grundlag for indsatsen. Den valgte pædagogik er således reelt erfaringsbaseret og eklektisk kombineret inden for pædagogiske tilgange til mennesker med 'den slags problemer' i mere diffus, bred forstand. Citaterne ovenfor kan læses som praktikerens konstatering af at de

diagnostiske beskrivelser er for abstrakte til at danne udgangspunkt for en pædagogisk praksis og som en reference til en anden hegemonisk dansk pædagogisk diskurs, nemlig "at møde mennesket hvor det er" (Kirkegaard/Løgstrup).

I andre sammenhænge støder vi på udtalelser som nærmest må betegnes som lokale oprør mod en 'diagnostiseringskultur' som det fremstår i efterfølgende interview:

NN1: Men vi ser dem jo ikke som syge – vi ser det som unge der netop mangler social læring.

NN2: Det er vigtigt, fordi ellers bliver du stigmatiseret, og så årsagsforklarer vi. Hvis du siger en ung har ADHD og derfor har han en svag arbejdsindsats.

NN1: Det er jo det man har valgt at sige – at unge som er utilpassede, de har ADHD. Det kan man se på sådan nogle forskellige ting – og så giver man dem medicin for at holde dem i ro, tror jeg - jeg ved det ikke.

Uddragene her afspejler et forsøg på at konstruere en ren sociologisk forklaring som alternativ til den biologiske. Samtidig viser formuleringen "tror jeg - jeg ved det ikke" den usikkerhed hvormed den alternative forståelse af problemerne fremføres.

Det der gør disse formuleringer analytisk komplicerede, er at de antager form af en frontstage- og backstage-diskurs. Der er den forståelse man giver udtryk for ved officielle lejligheder, og den skal helst ikke være i konflikt med den bio-medicinske diskurs, og så er der den forståelse man 'back-stage' giver udtryk for når man er sammen med kollegerne. Det gør det kun endnu mere kompliceret at den kollektivt vedtagne backstage-diskurs, samtidig med er frontstage for den enkelte medarbejder. Når den enkelte medarbejder således udtrykker tvivl, forbehold eller alternative forklaringer, kan det være udtryk for det kollektivt vedtagne snarere end en personlig overbevisning. Endelig kan det udspringe af en forventning om hvilke synspunkter interviewereren vil finde acceptable.

Den lokale forestilling om den psykiatriske forståelse af ADHD-problematikken kan også være i modstrid med den udbredte forståelse hos psykiatere, således at det man lokalt tror er en oppositionel backstage-forståelse i realiteten er i overensstemmelse med en udbredt forståelse blandt praktiserende psykiatere. Fx har vi fundet lokale forståelser af ADHD-problematikken med følgende elementer:

1. At mennesker med diagnosen ADHD er meget forskellige.
2. At kategorien er blevet mere og mere rummelig (omfatter flere og flere).
3. At problemstillinger knyttet til diagnosen ADHD kan genfindes hos mange mennesker der ikke har ADHD.
4. At de ikke har mødt en 'ren ADHD' (borgerne har typisk haft andre væsentlige problemer.
5. At alle mere eller mindre kan få diagnosen.
6. At diagnosen tidligere har haft andre navne.

Umiddelbart vil enhver psykiater kunne anerkende disse betragtninger, eventuelt med undtagelse af pkt. 5. Det er et kompliceret spørgsmål om der eksisterer en fælles diskurs om ADHD-problematikken som de professionelle refererer til når de fastlægger den sociale indsats eller der, så snart den rent diagnostiske problemforståelse overskrides, alene er tale om lokale fortolkninger af lokale erfaringer. Konklusionen må være at en tilsyneladende fælles diskurs om ADHD-problematikkens indhold opløser sig i transformationer af den psykiatriske diskurs til en række forskellige lokale varianter under stærkt påvirkning af lokale kontekster og problemstillinger. Vi kan konstatere at den lokale sociale indsats ikke refererer til denne overordnede forståelse, men til generelle erfaringer med løsning af sociale problemer som ikke er specifikke for mennesker med ADHD. Man behøver fx strengt taget ikke at knytte an til specifikke forestillinger til ADHD for at fastslå at en familie der har svært ved at overskue sin hverdag og sine sociale forpligtelser, har behov for hjælp til dette, og at en kriminel der har svært ved at styre sit temperament, kan have gavn af medicinering.

ADHD-diagnosen synes at give adgang til en mere intensiv og dermed mere ressourcekrævende støtte, men det er svært at fastslå at den giver indsatsen en bestemt retning.

På grund af denne mangel på en overordnet diskurs for problemforståelse og indsats er det derfor også muligt at finde meget forskellige lokale strategier for indsatsen. Indenfor bostøtteordningen og mentorordningen arbejder man således i praksis med en strategi der er baseret på verbal instruktion og en strategi der indebærer at medarbejderen giver en hjælpende hånd eller forskellige former for aflastning. De to strategier må logisk set referere til forskellige diskurser. Mens den første må referere til en diskurs ifølge hvilken ADHD-problematikken kan løses gennem fornuftig rådgivning og vejledning, må den anden referere til en diskurs der knytter problematikken til en dybereliggende og mere permanent funktionsnedsættelse.

Denne 'diskursive anomi' inden for feltet giver selvfølgelig den enkelte borger en vis frihed samtidig med at den synes at fremkalde en usikker fornemmelse af at de professionelle er uenige eller ikke har den nødvendige viden. Den stærke bruger som er i stand til at skaffe sig informationer om ADHD og kan gennemskue koderne i de lokale institutionelle kontekster, kan udnytte denne tilstand af 'forhandlet problemforståelse', mens en svagere bruger risikerer at blive yderligere forvirret både hvad angår sin forståelse af egne problemer og sin forståelse af sine handlemuligheder.

Vores data fra delundersøgelserne kan dog også fortolkes således at de sammenhænge de professionelle indgår i og de problemstillinger der karakteriserer deres målgrupper er så forskellige at selve ADHD-problematikken i realiteten spiller en meget lille rolle. Deres praktiske erfaringer er således i modstrid med en diskurs som angiver kendskabet til en ADHD-problematik (hvad denne så end går ud på) som den vigtigste form for viden. Overfor en sådan diskurs må de, eventuelt 'back-stage' forsvare en indsigt i de sociale problemer som langt mere væsentlig for den sociale indsats. I denne forståelse anskues de sociale problemer ikke som afledt af ADHD-problematikken, skønt den eventuelt kan have forværret dem. Sådanne holdninger kommer til udtryk i et interview med en medarbejder på aktiveringsområdet:

”De lever under jorden, fordi de skylder 30.000-50.000 kr. i narkogæld. Så selvom man kan sige at det ”kun” er ADHD, er de belastede på mange fronter fordi de har været ude i denne her narkogæld og kriminalitet, og de er bare, for at sige det lige ud, ude og skide. Så man kan sige at diagnosen er en lille del af det, men der er en masse følger omkring det som vi også er nødt til at forholde os til. Og det er misbruget, kriminaliteten og narkogæld. Det er [også] at de har været i fængsel, så de kommer ikke bare ud på arbejdsmarkedet som alle os andre. Så det er nogle enormt belastede unge, for det er ikke kun ADHD.”

”Med den målgruppe vi har, så får vi ikke de almindeligt fungerende, det er en tung målgruppe vi har. De har andre problemer end lige ADHD og ledighed. Og der kommer misbrug så ind, og familier der ikke fungerer – de har ikke haft den struktur fra de er vokset op. Så på alle punkter fungerer de ikke, så det er meget massivt. Nogen gange er jeg også i tvivl om de har ADHD. Det er meget svært at skille tingene ad, om de er forsømt eller om de har ADHD, eller om det er misbruget der snakker. Det er meget svært for os at se.”

Et ganske væsentlige spørgsmål opstår her i forbindelse med det lille ord ’følger’. Hvis det tolkes som ’følgevirkninger af ADHD’, kunne man så forestille sig at de massive sociale problemer forsvandt sammen med ADHD-problematikken? Det kunne man næppe. For praktikerne bliver det således mere relevant backstage at fokusere på de massive problemer og komplicerede sammenhænge, forpligtelser og bindinger som klienten er låst fast i, og så indimellem forlade spørgsmålet om hvad der er årsag til hvad.

En national handleplan på ADHD-området vil derfor stå over for den store udfordring at det såkaldte ADHD-område fortaber sig i det totale felt af forskellige sociale problemstillinger hvor det, vi måtte anse for at være kernen i ADHD-problematikken, højst udgør en marginalt forværrende faktor.

Problemet forstærkes yderligere af at der muligvis mangler de generelle muligheder for at løse disse sociale problemer, hvad enten det drejer sig om støtte til familierne, rummeligheden inden for uddannelsessystemet og arbejdsmarkedet eller eksistensen af kriminelle netværk og misbrugskulturer. I så fald vil tidlig udredning og et styrket fokus på ADHD-problematikken muligvis alene være en identitetssikrende undskyldning for de pågældende borgere, ved at den giver disse en tilsyneladende forklaring på den situation de er havnet i, uden at de dermed stilles en løsning i udsigt, og uden at deres situation i øvrigt adskiller sig væsentligt fra mange andre borgeres.

Ud fra et handikaphistorisk perspektiv er det således væsentligt for denne gruppe af borgere at diagnosen adskiller dem fra andre udsatte grupper i og med at den transformerer deres sociale identitet fra ’forbryder’ (vold mod sagesløs) til ’offer’ (for ADHD) og fra ’uværdigt trængende’ (dårlig mor) til ’værdigt trængende’ (mor med ADHD).

I denne sammenhæng skal det understreges at mange af brugerne mener at en tidlig indgriben i deres situation ville have kunnet forhindre deres aktuelle vanskelige situation, sådan som det fremgår af følgende udsagn fra tre af vores informanter blandt brugerne:

B 1: Jeg havde problemer derhjemme og sådan nogen ting, så det vil sige at jeg stak af i perioder hvor jeg endte ude i narkomisbrug fordi jeg ikke følte at jeg hørte til nogen steder. Og jeg kunne ikke følge med i skolen, så jeg vidste jo godt at jeg ikke ville blive til noget alligevel. Så derfor endte jeg i narkomisbrug.

B2: Jeg mangler to ophold på teknisk skole for at blive færdig som mekaniker. Jeg kom i konflikt med en lærer på skolen, som gjorde, at det bare kunne være lige meget. Så kunne de rende og hoppe alle sammen. Så jeg gik ud. Jeg manglede et år for at være færdig som mekaniker. Hvis jeg havde fået støtte fra starten i skolen, så havde det set anderledes ud med mange ting. Man havde måske været sparet for mange ting –, dårlig omgangskreds med kriminelle, stoffer og alt muligt, der kunne have været undværet.

B 3: Jeg blev jo mobbet i flere år, så er det ligesom om at man bliver nødt til at gøre det på en anden måde. Så bliver man nødt til at hjælpe sig selv på en helt anden måde end hvis der var en der greb ind og sagde noget til de folk. Godt nok var det stort set hele skolen, der mobbede mig, men de burde da kunne gøre noget for at få afskaffet mobning. (...) Jeg har gået på tre forskellige skoler. Den første gik jeg på fra 0. til 7. klasse. Så kom jeg over på en anden skole i 8. klasse, og jeg kom ud af den samme år, for der blev jeg også mobbet. Jeg kom også op at slås fordi der var en der mobbede mig, og så havde jeg nogle reflekser jeg ikke ligefrem troede jeg havde.”

Det kan ikke udelukkes at en tidlig indsats overfor ADHD-problematikken kunne have ændret forældre og læreres holdning til problemet, men livsfortællingens rolle bør påpeges her. Når et ungt menneske således fortæller hvordan de ofte først efter mange år har fået indsigt i sammenhængen mellem ADHD og deres anderledeshed, og at de i bakspejlet kan se, at deres tidligere problemer har været relateret til ADHD-problematikken, er det netop en fortælling. Det er en fortælling der er blevet almindeligt udbredt som en diskurs om årsagerne til aktuelle problemer, og det er en fortælling der er blevet en del af deres identitet og selvforståelse. Ovenstående er derudover en klassisk fortælling om hvordan man som ung kan opleve sig som anderledes og uønsket, komme i konflikt med omgivelserne og flygte ind i misbrug.

Betydningen af en tidlig præventiv indsats over for ADHD synes at stå og falde med spørgsmålet om hvorvidt de sociale problemer skal betragtes som afledt af ADHD, eller de skal betragtes som forstærket af ADHD, eller de skal betragtes som selvstændige problemstillinger uafhængige af en eventuel ADHD-problematik. I de sidste to tilfælde er den generelle indsats over for de sociale problemer mere relevant end en specifik opsporing af mennesker med ADHD.

Når det drejer sig om mødrene i de familier der indgik i vores undersøgelse, synes problemet vendt om således at det generelt set ikke er en fordel at der eksisterer et offentligt kendskab til at man har fået en ADHD-diagnose. Hverken når det drejer sig om erhvervstilknytning eller skole-hjem-samarbejde. Således erkendte lærerne, med et gran af dårlig samvittighed, under et interview at de satser på den 'gode forælder' hvis den ene har ADHD. Vores observationer tyder også på at en forælder med ADHD generelt ikke bliver taget alvorligt. En fraskilt mor med ADHD oplevede at lærerne allierede sig med hendes eksmand i en fælles forståelse om at hun er årsagen til børnenes problemer.

Vi fik også fortalt af en anden mor, hvis eksmand havde ADHD, at hun havde indgået en alliance med lærerne, hvor den pågældende far blev udsat for nogle manipulationer, han ikke forventedes at kunne gennemskue. Den forforståelse der herved skabes synes så massiv at den får karakter af et stigma som den pågældende ikke kan få fjernet. Og da vi har adgang til både observationer og interview med flere af de aktører der bidrog til denne stigmatisering, fremstår det også tydeligt at stigmatiseringen gjorde omgivelserne blinde for den pågældendes ressourcer. At de negative forventninger til unge og voksne med ADHD vil bevirke at man overser deres ressourcer og betragter deres problemer som mere eller mindre uafvendelige gør sig også gældende, omend mindre tydeligt, for både bostøttens, aktiveringsmedarbejdernes og KiF's vedkommende. Dette kan medføre at den relevante støtte udebliver, hvilket skaber en selvopfyldende profeti.

De tre delundersøgelser peger således på en række principielle problemstillinger vedrørende de diskurser der gør sig gældende inden for de forskellige tilbud:

- For det første bør der i højere grad være tale om et samarbejde, der inddrager borgerens eget perspektiv og forståelse af sin situation, fremfor at der tages udgangspunkt i nogle generaliserede normer for hvordan man forholder sig til ADHD. Borgeren selv er jo netop den som bedst kender sin livssituation, og under alle omstændigheder skal vedkommende kunne identificere sig med sin fremtidige situation.
- For det andet bør de forskellige konteksters rummelighed sættes på dagsordenen. Arbejdspladser og uddannelsessystem bør gøres mere rummelige således at de generelt understøtter børn og voksne med særlige vanskeligheder.
- For det tredje bør der udvikles en fælles referenceramme for problemerne for at undgå vidt forskellige forståelser af problemstillinger og handlemuligheder hos brugere og professionelle.
- For det fjerde bør der arbejdes for at udbrede bevidstheden om at en ADHD-problematik er kontekstafhængig, og at forståelsen af problemerne må tage udgangspunkt i den pågældende borgers konkrete situation.

Diskursanalysen, som har været bærende for denne delanalysen af brugeres og professionelles forståelse af ADHD-problematikken, har først og fremmest sigtet på at afdække de meget forskellige forståelser der hersker blandt brugere og professionelle og har dermed sat fokus på en sammenhæng mellem diskurs og kontekst inden for feltet. Dette bringer os ikke nærmere en ontologisk bestemmelse af ADHD-problematikken, men skaber mulighed for at identificere forskellige former for konsensus og synteser som umiddelbart vil kunne accepteres af de forskellige aktører. Dermed understøtter denne form for kritisk diskursanalyse vores målsætning for en kritisk konstruktiv analyse, ligesom den ligger i forlængelse af traditionen for kritisk teori (Adorno 1991; Fairclough 1995; Juul 2010).

5.5 PROFESSIONELLE STRATEGIER OG DISKURSIVE PROBLEMSTILLINGER

Der spores en sammenhæng mellem problemforståelse og pædagogiske strategier inden for feltet, men påvirkningen går formodentlig begge veje. Dels peger forståelsen af pro-

blemerne i retning af bestemte pædagogiske strategier, dels indebærer forskellige pædagogiske strategier en bestemt forståelse af problemerne som gør at de professionelle ser problemerne i et særligt perspektiv.

Yderligere må man tage højde for de forskelle i kontekst og målgruppe der gør sig gældende på feltet. Når der er tale om unge med manglende tilknytning til arbejdsmarkedet eller en kriminalitetsproblematik, kan mere 'formynderiske' adfærdspædagogiske tilgange blive dominerende. Er der tale om mødre med ansvar for børns skolegang bliver tilgangen mere støttende eller forhandlingsorienteret, men også i sådanne tilfælde kan det formynderiske, adfærdsregulerende perspektiv snige sig ind som når lærerne udnytter deres autoritet til at indgå alliancer med den ene forælder eller stiller krav til forældrerollen. I bostøtteordningerne genkendes det formynderiske aspekt kun i præmissen om at det er den professionelles opgave at bibringe mødrene et større overblik over deres situation. I det tilfælde hvor medarbejderen udelukkende ser sin funktion som en håndsækning og støtte til en forælder der står i en uoverkommelig situation, må formynderiet siges at være gledet helt i baggrunden. Vores materiale beskriver således et spektrum af pædagogiske tilgange, fra den stærkt formynderiske til rent støttende.

Det formynderiske perspektiv knytter sig til en problemforståelse der anskuer problemet som manglende socialisering og som derfor har et resocialiserende perspektiv der tildeler den professionelle en opdragende rolle. Ofte drejer det sig om et afgrænset område af borgerens sociale udvikling, men da den professionelle rolle er knyttet til lige netop disse sider af borgerens problemer, kan der opstå en tendens til at overse ressourcerne. Det lader sig dog gøre at kombinere en afgrænset og målrettet adfærdsregulerende intervention med en anerkendelse af borgerens problemer og ressourcer i øvrigt. I så fald opstår der en 'fordobling' af borgerens person i 'menneske' og 'problem', hvilket skaber en særlig diskurs om menneskers psykiske problemstillinger som har været diskuteret i sammenhæng med skizofreni (Barret 1996; Høgsbro 2004). Et menneske som i første omgang ses som en person med særlige karaktertræk kan herefter blive betragtet som 'et menneske med ADHD'. Visse sider af personligheden bliver udskilt som 'sygdom' eller 'lidelse'. I den udstrækning borgeren accepterer denne konstruktion, undergår vedkommendes identitet en transformation der kan hævdes at udgøre det væsentligste grundlag for den terapeutiske alliance med dets krav om *compliance* og anvendelse af psykoedukative metoder (Barret 1996). Man kan muligvis betragte denne identitetstransformation som et generelt vilkår for mennesker der tildeles psykiatriske diagnoser selvom skizofreni er en lidelse der har langt større konsekvenser for menneskers identitet og relationer til andre mennesker.

Som udgangspunkt for en resocialiserende indsats karakteriseres de unge indenfor KIF således i særlig grad som værende udsat for at der opstår kaos omkring dem, hvilket i medarbejdernes fortællinger kobles til deres særlige ADHD-relaterede karakteristika som: "flagrende", "desorienterede" og "svære at motivere". De beskrives som mennesker med ringe sociale kompetencer og 'dårlig situationsfornemmelse'.

Inden for aktiveringsområdet beskriver medarbejderne hvordan borgere med ADHD-problematik udebliver fra aftaler, og at de generelt er ustrukturerede og ustabile i kontakten, hvilket ses som en essentiel del af deres ADHD-relateret problematik. Dette indebærer et særligt fokus på nødvendigheden af at udvikle alternative former for kontakt til de pågældende borgere, fx gennem hyppig kontakt via mobiltelefon. Dette er et eksempel på en brydning mellem et normaliseringsperspektiv (hvor klienten må

lære at tilpasse sig samfundets vilkår) og et rummeligheds- og tilgængelighedsperspektiv der tilpasser tilbuddet til det der betragtes som borgerens særlige funktionsnedsættelse (der samtidig anskues som uomgængelig).

I praksis brydes det resocialiserende perspektiv således med det kompenserende fordi det diskursive felt omkring ADHD ikke indeholder en konsensus om hvorvidt mennesker med en ADHD-problematik kan udvikle sig, på hvilke områder de kan udvikle sig, eller i hvilken udstrækning der er tale om en varig funktionsnedsættelse. Dette illustreres af efterfølgende uddrag af interview fra henholdsvis KiF- og aktiveringsområdet:

Jeg synes godt man kan lære dem mange ting, hvis der kommer struktur over det. Lidt ala som NN siger med et skema uden de behøver at ringe hver dag. Men simpelthen med et skema. Jo mere du sætter i struktur, jo mere ro giver du dem i hovedet.

Men du ville aldrig sende en ADHD'er ud i køkkenet og sige: find på noget at lave i dag. (...) Så vil der ligge opskrifter, og nu handler du først, og så gør du sådan, og så gør du sådan. Så går jeg det hele igennem. Måden vi instruerer på, er meget afhængig af hvem vi står over for.

Vi ser en tendens til at den adfærdsregulerende pædagogik dominerer tilgangen til de unge inden for stort set alle tilbud, uafhængigt af målgruppe og medarbejdernes faglige baggrund. De unge bliver opfordret til at forholde sig til egen adfærd, som ses som mangelfuld og uhensigtsmæssig. De unge opfattes som flygtige, utålmodige og uden sociale spilleregler, og målet er at de aflærer uhensigtsmæssige reaktionsmønstre, som typisk fører til konflikter og misforståelser. Samtidig opfattes det som et vigtigt princip at man som medarbejder har i tankerne og gør klart for de unge at afvisningen af deres uhensigtsmæssige adfærd tager udgangspunkt i en accept af personen. Samtidig med fastholdelsen af det særlige fokus på adfærdsregulering, struktur og konsekvenser understreger de professionelle at de unges individuelle forskelle anerkendes. Inden for det beskæftigelsesrettede arbejde ses yderligere en afsmitning fra de centrale principper for hele den beskæftigelsesrettede indsats, idet lov om aktiv beskæftigelsesindsats lægger vægt på en 'håndholdt' og skræddersyet indsats tilrettelagt ud fra den enkeltes behov. På linje med dette er medarbejderne stærke fortalere for, at *alle* behandles individuelt, således at indsatsen tager udgangspunkt i den enkeltes behov.

I mange tilfælde synes der at være tale om at den individuelle træning tager udgangspunkt i nogle enkle generaliserede normer for social interaktion sådan som de kommer til udtryk i efterfølgende interviewuddrag:

Vi træner også i at kunne begå sig og omgås hinanden og i at have en ordentlig tone og en ordentlig træning i det at komme til tiden og gå til tiden og finde ud af hvad man snakker om og hvad man ikke snakker om på en arbejdsplads. Accept af at det er lederen der bestemmer. Accept af at der altså kun er x antal pauser i løbet af en dag. Det er den norm der er på arbejdspladsen som er gældende og den skal man ikke lave om på. Det er det man skal trænes i. På den måde er det en social træning. Udgangspunktet er altid arbejdspladsen.

Tilbuddenes lokale fortolkninger og brug af social træning varierede fra en stringent konsekvenspædagogisk udgave til mildere former for adfærdsregulering, ofte kombineret med relations- eller dialogbaseret arbejde. På et tilbud med hvad man må se som en stringent konsekvenspædagogisk tilgang, er alle medarbejdere uanset baggrund forpligtet til at følge denne metodik, og den fastholdes gennem daglige møder som fungerer som kollegial og kollektiv supervision (og kontrol). Over for deltagerne kommer en sådan tilgang til udtryk ved konkret irettesættelse ved uønsket adfærd og holdninger hvor der gøres opmærksom på hvilke konsekvenser en sådan adfærd kan have. Dermed søger man at gøre den enkelte ansvarlig for sine egne handlinger og stimulere klienten til foretrække 'det rigtige' i stedet for 'det forkerte' sådan som det fremgår af følgende interviewuddrag:

Hvis elever viser en svag arbejdsindsats, er ligegyldige over for mødetider, hyppigt udebliver, viser manglende koncentration, manglende respekt for andre elever, manglende forståelse for vilkår og regler, negativ holdning over for undervisningen – så griber man ind. Vi griber ind via dialogen. Hvad vil du opnå med det du gør? Det er hele tiden dialogen vi taler om og hvilke konsekvenser det kan give på sigt hvis du fortsætter i den gænge. Er det det du ønsker? For at skabe den indre konflikt som vil give forandring. Forhåbentlig det ved vi jo ikke. Det ved vi jo aldrig.

I aktiveringstilbuddene kan der således udvikle sig terapeutiske situationer i undervisningen hvor man forholder sig til en regulering af identiteter og interaktion omkring den enkelte deltager idet det ses at man tager højde for hvad den enkelte kan bære i den konkrete situation:

De har jo dårlige oplevelser og så kommer de tilbage og siger at den og den er træls. Så gør vi det igen, altså øver i at møde folk der er trælse fordi vi er flinke nede hos os. Så vi siger: "Hvad gør du så ved det? Skal vi tage en snak med vedkommende hvordan du kan sige det på en ordentlig måde?" Det er øvelsen i at komme lidt ud af de trygge rammer og det kan være svært for mange af dem. Jeg siger: "Prøv at høre her. Et er at vi hører dig, men er du klar til at arbejde med det?" Når de kommer ind ad døren, så får de den fornemmelse. De ser at hvis der er noget ballade, så tager vi fat i dem. Jeg skælder sjældent ud. Vi tager dem ud for jeg tror simpelthen ikke det hjælper at jeg giver dem en overhaling inde i klassen. Det har de prøvet 100 gange før. Der kan de rulle mig til hver en tid og så har jeg tabt. Når jeg tager dem ud så spørger jeg: "Hvad er der galt her? Hvordan kan jeg hjælpe dig i dag? Jeg kan se du har det svært og der er masser af ballade Hvordan kan du undgå at blive uvenner med nogen? Hvad kan du gøre?" Vi siger at du har tre år til at øve dig herovre hos os for når du kommer ud så er verden fyldt med folk der vil irritere dig og som er trælse. Så hvis du har lært hvordan du skal agere i det så render du ikke ind i ballade kriminalitet eller hvad det ellers kunne være. Det er det vi snakker om. Og de begynder at arbejde med det og kan se en mening med det. Det er det jeg tror der rykker. Det er den sociale del som de har så svært ved.

På denne måde viser de observerede pædagogiske tilgange forskellige forsøg på at kombinere en rummelig forståelse for den enkeltes problemer med en relativt urokkelig opfattelse af hvad borgerne skal leve op til i mødet med et arbejdsmarked og en række sociale sammenhænge som ikke forventes at kunne 'rumme' disse borgers specielle problemer.

Selvom de professionelle inden for aktiveringstilbuddene og KiF ofte fremfører at de ikke tager udgangspunkt i diagnosen, men alene i klientens situation, synes de professionelle bevidsthed om at brugeren har en ADHD-diagnose generelt at medføre:

- Større tolerance over for socialt uacceptabel adfærd
- Lavere forventninger
- Mindre krav om selvstændighed
- Forhåndsstrukturerede arbejdsgange.

De unge konfronteres således verbalt med det omkringliggende samfunds krav til dem samtidig med at de nonverbalt, på et symbolsk plan, får at vide at de er skrøbelige (via den tolerance og lave forventninger de mødes med).

Dette skaber selvfølgelig et identitetsproblem som de professionelle bliver nødt til at forholde sig til i et forsøg på at tilbyde de unge mulighed for skabe sig et andet og mere positivt billede af sig selv. De unges identitetsproblematikker er karakteriserede ved lavt selvværd og negativ selvopfattelse:

Mange af dem kan jo huske helt tilbage fra børnehavealderen, at de har haft det her med sig, og det er blevet til deres identitet. At de er dem som aldrig passer ind og altid forstyrrer og går væk. Og det er jo det vi forsøger at få vendt og givet dem nogle andre billeder på hvordan de også er. Det tænker jeg er noget af det som dukker op når vi arbejder med deres angst, at pludselig kan vi se nogle sammenhænge, hvor kommer det her fra? (...) Der tror jeg at noget af vores arbejde handler om at få dem til at se hvad de også er. Alt det som de aldrig får lov til at vise eller slet ikke har opdaget. (...) Det er også en del af vores opgave at holde et spejl op og vise hvem det er de også er – andet end dem som altid var den irriterende. Og så få dem til at leve efter det.

Hensigten er først og fremmest at arbejde med de unges problemfyldte selv billede og ændre det i mere positiv retning gennem sociale relationer og socialt samspil i trygge omgivelser. Men det er klart at balancen mellem et fokus på deres problemer og et fokus på deres ressourcer er en ganske vanskelig balance i det pædagogiske arbejde. Det samme gælder den kontekst man skaber omkring disse specielle undervisningstilbud: Skal de ligne den verden og de regelsæt der er fremherskende i normalsamfundet, hvilket let kan fremkalde endnu et nederlag, eller skal den være rummelig, overbærende og struktureret, med fare for at de netop ikke lærer at begå sig i normale sammenhænge? Dette må siges at være et helt grundlæggende dilemma i det pædagogiske arbejde.

De pædagogiske strategier vi har identificeret i forbindelse med vores undersøgelse, kan betragtes som lokale, eklektiske konstruktioner som refererer til fire forskellige pædagogiske diskurser:

1. "At møde den unge hvor denne er" med reference til en eksistentielistisk tradition der betragter hvert menneske som unikt og som lægger afstand til enhver kategorisering og dertil knyttet standardiseret, generel indsats.
2. Struktureret pædagogik som mener sig dækket ind af en biologisk bestemmelse af bestemte svagheder i det kognitive system. Svagheder som kan kompenseres gennem forenkling af kommunikation og kontekst. Principperne er de samme for ADHD og autisme.

3. En adfærdspædagogisk tilgang der forstår problemet som 'mangel på social læring'. Tilgangen er uafhængig af diagnosen idet den sigter mod normalisering og tilpasning uanset forudsætninger: "Vi forholder os ikke til deres ADHD, altså at der er noget der hedder ADHD som en sygdom. Vi forholder os til at det er unge der kommer her, og de har nogle tilpasningsproblemer i forhold til at få en uddannelse og et job og fastholde det."
4. En 'psykodynamisk' tilgang som indeholder et alternativt diagnostisk fokus, som fx at den unge kan have en tidlig angstproblematik. Der er her tale om en betydningskonstruktion der omgrupperer elementerne i den diagnostiske beskrivelse og lægger op til psykoterapeutisk intervention.

Den lokale udgave skaber herefter en balance mellem disse tilgange der bygger på en pragmatisk tilpasning dels til den gruppe unge man har defineret som sin målgruppe, dels til de krav man definerer som karakteriserende 'det omgivende samfund', og endelig til det mandat man har fået som ansvarlig for et arbejdsmarkedsrettet tilbud.

5.6 ABILITY-PROBLEMATIKKEN

Efter at borgerens diagnose er stillet, sker der ideelt set en opfølgning fra professionel side som ikke alene handler om medicinering, men også om at klienten lærer at forholde sig til sin diagnose. Opfølgningen kan ske enten hos den diagnoseansvarlige psykiater eller hos egen læge. Andre gange foregår den hos en sagsbehandler i jobcentret eller hos en mentor. Endelig kan en læge med tilknytning til kommunens tilbud være involveret. Generelt har en sådan opfølgning som mål at informere borgeren om denne særlige funktionsnedsættelses indflydelse på vedkommendes problemer i hverdagen og de forholdsregler vedkommende kan tage for at imødegå problemer. Hvis dette forløb får karakter af envejskommunikation, er der risiko for at det kan formidle et klinisk, generaliserende billede af ADHD-problematikken, som borgeren for fremtiden vil spejle sig i.

I flere tilfælde er en udredning kommet i gang i kraft af støtte og opbakning fra klientens egen familie. Typisk vil familien have spillet en afgørende rolle med hensyn til at søge information og komme igennem i sundhedssystemet og i det sociale system (man har ydet støtte, været vedholdende og skabt kontinuitet i processen). Dette interviewuddrag er karakteristisk:

Int.: Har dine forældre støttet dig?

NN: Ja, det har de på et meget stort plan med ADHD. Min mor og far vidste jo ikke noget om ADHD overhovedet da jeg fik diagnosen. Så har min mor lånt en masse bøger og meldt sig ind i ADHD-foreningen og meldt mig derind også og begyndte at snakke med folk der har forstand på det, for at finde ud af hvad det går ud på. På den måde har de fået kendskab til det, og så har de hjulpet mig så godt de kan. Det var egentlig igennem ADHD-foreningen hvor min mor havde læst en artikel omkring bostøtte.

På denne måde dannes der i samfundet en række forskellige kanaler hvorigennem information spredes og generaliseres:

1. Den ene kanal går typisk gennem de professionelle grupper hvor de kliniske/praktiske erfaringer med de enkelte patienter/klienter generaliseres, forenkles

- og formidles til den enkelte. Erfaringerne videregives af professionelle eksperter og konsulenter, evt. i opslagsværker eller via internettet.
2. Den anden kanal går gennem brugernes selvorganisering hvor de mange personlige erfaringer diskuteres, opsamles, generaliseres, forenkles og formidles i form af anvisninger og gode råd. Denne form har også i dag fået sin plads på internettet i form af både åbne og lukkede fora.
 3. Den tredje kanal går i dag typisk gennem internettets mere generelle søgefaciliteter. Den information borgeren på denne måde erhverver sig, vil typisk være mindre systematisk og mere diffus i sin blanding af spredte forskningsresultater, leksikalske oplysning, professionelle råd, personlige beretninger og anvisninger fra brugerorganiseringer.

I alle tre informationskanaler er den konkrete oplevelse af de sociale problemer den grundlæggende kilde. Problemet med den første kanal kan være at problemerne ses ud fra et professionelt perspektiv hvor tilpasning til samfundets betingelser og vilkår er en underliggende, ikke-ekspliciteret præmis, men hvor erfaringsgrundlaget samtidig er den brede population af mennesker med den pågældende diagnose.

Problemet med den anden kanal er at de stærke brugere normalt er overrepræsenteret inden for disse organiseringer hvilket kan medføre en forståelse af sociale problemer som ikke er generelt dækkende (Høgsbro 1992; Høgsbro et al. 1999).

Den tredje kanal medfører det problem at den ikke samtidig giver et redskab for sortering og sammenligning af den information der er til rådighed.

Udfordringen for den enkelte bruger er således at kombinere disse forskellige former for information med sine personlige erfaringer og skabe sit eget særlige udgangspunkt for at forholde sig til sit liv. Generelt kan man sige at vedkommende via disse forskelle informationskanaler kommer i kontakt med det samlede diskursive felt som vi har indkredset i foregående afsnit. Klienten vil derfor stå over for en krævende opgave med at bringe modstridende informationer i overensstemmelse med sine egne erfaringer. Yderligere vil klienten efterfølgende stå over for problemet med at konstruere sin personlige udgave af en række forskellige diskurser som vedkommende efterfølgende skal kunne forsvare over for professionelle aktører der hver især har deres egen diskurs om problemerne og deres løsning.

Denne personlige diskursive kamp anskueliggøres stærkest i observationerne og interviewene med mødrene. Det skyldes dels at de er den gruppe vi fulgte over længst tid, dels at de må betegnes som relativt stærke brugere der dog samtidig befinder sig i en meget udsat position.

Lottes fortælling om medicinens betydning i hendes hverdag viser således at den gav børnene en mere rummelig mor med overblik i dagligdagen, en mor som magter at gøre det fornødne i hjemmet og i samværet med børnene. Når hun ikke er på medicin, kan hun bedre mærke sig selv – bliver mere social og ”får lyst til at danse salsa og gå på cafe”. Hun fortæller at hvis hun følger sin impuls, skrider de daglige pligter for hende og hun bliver stærkt bekymret. Hendes forbindelse til børnene er tæt og åben. Lottes beskrivelse af deres indbyrdes relationer tager afsæt i bevidstheden om at børnene var utrygge før hun fik medicin. De blev kede af det og fik fysiske symptomer hvilket betød at hun lod dem blive hjemme fra skole, selv sygemeldte sig og forsøgte at være sammen med dem i det omfang hun magtede det. Børnene er vokset op hos en mor der ikke kan

klare alt, har brug for deres hjælp, og hvor alt kan diskuteres eller tales om. Lotte har således taget den konsekvens af sin situation at hun har udrustet børnene med en viden om det de har været og eventuelt i fremtiden kan blive udsat for, hvis hun i perioder holder medicinpause for at undgå bivirkningerne. Det gør det tydeligt for hele familien at selvom hun kender sin families behov, kommer hun alligevel til at gøre noget andet som i situationen var sjovere. Hun kan ikke det hele og vælger derfor i videst muligt omfang at være på medicin for at give børnenes en stabil dagligdag. Det bør nævnes at Lotte ingen hjælp har fået af børnenes fædre, og hun har derfor stået alene med alle forpligtelser. Hendes livssituation kræver under alle omstændigheder stor disciplin og giver kun ringe rum for individuelle, spontane aktiviteter.

I denne familie har børnene en meget vigtig position. Deres mor elsker dem overalt på jorden, men hun sætter også grænser for hvilke opgaver hun magter og hvilke hun ikke magter, og som børnene derfor må udføre. Magnus har derfor som fast opgave at købe ind et par gange om ugen.

Alt kan diskuteres i familien og børnene bliver hørt og respekteret i den meget tætte dialog hvilket også betyder at hun får meget hurtig og direkte respons på sin administration af ADHD-medicinen. Lotte kan få for højt blodtryk af sin medicin og forsøger ind imellem at nedsætte dosis hvilket kan gå an hvis der ikke skal ske noget særligt, men børnene sørger hurtigt for at deres mor hæver sin dosis igen hvis de oplever at hendes kontrol over situationen glipper.

Observationerne viser at børnene er kompetente hjælpere for Lotte når det kniber, både praktisk og følelsesmæssigt, men denne hjælp er også funderet i en mor-barn relation som virker meget ligeværdig. Lotte tager ansvaret som voksen og mor på sig, men samtale og samvær giver et billede af ligeværdig og respektfuld kommunikation.

Forholdene kan umiddelbart tolkes derhen at børnene mangler voksne der tillader dem at være børn, og at de pålægges for stort et ansvar alt for tidligt. Men situationen giver også børnene mulighed for at føle at de har betydning og at deres vurderinger bliver respekteret.

Corbin og Strauss' akseanalyse tillader os at se sådanne individuelle strategiers konsistens i forhold til at finde løsninger på vanskelige dilemmaer i forholdet mellem almene betingelser og individuelle forhold (Strauss og Corbin 1990). Lotte er således i eksemplet ovenfor nået frem til en, på sine egne præmisser, konsistent løsning på det dilemma der er skabt af at rollen som mor kun kan håndteres ved hjælp af en medicin som samtidig gør livet kedeligt og humørforladt. Dilemmaet kan takles ved at gøre børnene til medvidende partnere der kan overtage kontrollen når hun indimellem 'holder fri' fra medicinen. Det er næppe en løsning, som de professionelle rådgivere ville anbefale, men i en empatisk belysning af hendes livsverden virker den forståelig. En anerkendelse af hendes personlige dilemmaer kunne udmærket føre til at man tilbød hende aflastning fra nogle af hendes forpligtelser gennem en eller anden form for støtte. Når dette ikke er en mulighed, er det vanskeligt at pege på konstruktive alternativer til hendes personlige valg.

Et fokus på ressourcer og *ability* er et nødvendigt konstruktivt udgangspunkt for en professionel opmærksomhed på sådanne alvorlige dilemmaer i den enkelte borgers livsverden. Anerkendes disse dilemmaer ikke, kan indsatsen komme på tværs af deres egne strategier og risikere at skabe forvirring og ødelægge nogle af de ressourcer man snarere skulle bygge på.

Ser vi på vores materiale vedrørende unge uden familieforpligtelser, men med problemer ift. kriminalitet og tilknytningen til arbejdsmarkedet, finder vi her den samme personlige, diskursive kamp i forsøget på at kombinere egne erfaringer med almene diskurser om ADHD-problematikken, som det fremgår i efterfølgende interviewuddrag:

Int.: Det kan måske betyde noget at du havde den erfaring med at sejle før du kom til denne her skole?

NN: Jo, helt sikkert. Jeg sejlede jo et stykke tid hvor jeg så kom til skade med knæet fordi jeg faldt ned. Men indtil da, vil jeg sige at det var den bedste tid jeg havde haft. Der var ikke nogen mulighed for at gå når man var på skibet. Der var man nødt til at blive. Man vidste, hvad der skulle foregå hver dag. Det kørte meget struktureret, ligesom det gør nu her. Det fungerede sådan set rigtig godt.

Klienten har her taget den ide til sig at han har et behov for at have en struktureret hverdag med klare, entydige krav. Samtidig synes han at være bevidst om at den hverdag som han efterlyser, kun findes inden for afgrænsede, specialiserede rum i samfundet.

Den samme forståelse kan genfindes i nogle af vores informanternes omtale af fængselsopholdet:

Int.: Hvordan var det at leve med at have nogle af de her vanskeligheder, blandt andet med ADHD og de her problematikker, når du sad inde under afsoning? Havde det nogen betydning for dig?

NN: Ja, det havde det da. Det tog da meget af det sådan lige i starten. Meget af det tror jeg er en vanesag. Fordi når du så kommer ind at sidde, så bliver din hverdag sgu struktureret. Det kommer helt af sig selv. Du ved hvad du skal, du ved hvornår. Så kører din hverdag. Den måned hvor jeg sad i arresten, hvor jeg var varetægtsfængslet, den synes jeg faktisk gik rigtigt hurtigt. Jeg ved da godt, at det ikke er en fed oplevelse, men i forhold til at din hverdag er så struktureret, det gør det meget nemmere. Jeg tror det har meget at sige at man har noget at stå op til om morgenen. Det har meget at sige. Man holder sig lidt i gang med et eller andet.

I forhold til den professionelle diskurs havner en sådan udtalelse midt i dilemmaet mellem en straf- og resocialiseringsdiskurs. Den må nærmest siges at komme på tværs af begge. Fængslet mister sin funktion som straf idet det giver vedkommende en attraktiv pause for tilværelsen uden for, med dens uoverkommelige og kaotiske krav. Og den mister sin resocialiserende funktion fordi den med sin meget specielle hverdagslivs sammenhæng ikke understøtter udviklingen af strategier med relevans for en normal tilværelse.

Helt nøgternt konstaterer de ansatte dog også at der nok er tale om en mere generel overensstemmelse mellem struktur og behov:

Ansæt: Vi har også nogle fysiske rammer der gør at de [mennesker med ADHD] egentlig bedre kan leve i det. De har ikke hele tiden den der konfrontation med et menneske. De

der fysiske rammer, jeg tror mere, at det er dem der gør det.

Int.: For nogen af dem er det jo også faktisk en tryghed at komme ind i de her strukturerede rammer?

Ans.: Ja, der er varme, og der er mad, og der er noget at stå op til og nogen at snakke med.

Int.: Det er en støtte og hjælp alligevel?

Ans.: Ja. Men jeg tror det der gør det meget herinde, det er den fysiske ting. Nu er jeg låst inde, og så er der ikke andre behov når klokken er ni end at se fjernsyn.

Derimod synes de ikke at kunne tilbyde andet end netop fængslets typiske, fast strukturerede hverdag. Selv når det drejer sig om deres uddannelses tilbud, så gennemføres disse af sikkerhedsmæssige grunde for små hold, hvilket passer godt til ADHD-problematikken. Så heller ikke på dette område byder fængslet på tilbud der er specielt rettet mod mennesker med en ADHD-problematik. I det hele taget giver de ansatte i vores interview udtryk for at fængslets struktur og rammer giver færre konflikter for mennesker med ADHD, og de synes derfor heller ikke motiveret for at ændre ved disse forhold.

Konsekvensen kan derfor let være, at der udenfor fængslet ikke rigtigt er anden mulighed end at gå på førtidspension. Sammenlignet med mødre i vores datamateriale, så har disse mødre i højere grad etableret strategier som kan klare betingelserne i en kaotisk hverdag domineret af modsatrettede krav.

Vores informanter blandt tidligere indsatte leverer også eksempler på strategier som retter sig mod et bedre liv uden for fængslet. En af disse unge har taget sit sociale netværk op til vurdering og har derigennem ændret sin situation:

NN: Min storebror har også hjulpet mig rigtig meget. Mine kammerater har jeg skiftet ud, for det var sådan nogle der sad og bumsede den lidt, så det har jeg skiftet ud, hele skidtet.

Int.: Hvornår gjorde du det?

NN: Det var dengang jeg fik voldsdommen. Jeg kunne simpelthen ikke bruge dem til en disse. De har aldrig rigtig ... de har sådan set bare brugt mig og lidt udnyttet mig når vi var i byen, og så har de altid vidst at når jeg havde ADHD, så kunne jeg hurtigt blive sur. Så har de brugt mig på den måde, så jeg kunne hjælpe dem hvis det var der skulle ske et eller andet. Så de har altid udnyttet mig, de fleste af dem. Nu har jeg skiftet dem ud og fundet nogle andre.

Vi ser her en *ability* der knytter sig til en indsigt i betydningen af det sociale netværk og dets miljøer. I andre sammenhænge er evnen knyttet til *coping*-strategier der skaber en imaginær personlig selvledelse:

Karen: Jeg kan ikke se mig selv. Jeg kan ikke mærke, jeg kan ikke skelne de her følelser, eller om det er andres følelser, eller om det er mine følelser, eller hvordan jeg skal disponere.

Men når jeg ligesom kan tage en kasket på, hvor jeg er ansat af nogen, eller jeg har en opgave, så kan jeg. Jeg har så prøvet at give opgaven at se på mig selv, men den er meget svær. Det kan jeg ikke så godt.

Int.: Næ, men kan du ikke få det lært?

Karen: Jo, men det gør jeg i og med at jeg har mit arbejde og min struktur og mit ledelse. Min ledelse eller uddannelse har jo givet mig sindssygt meget. Der lærer du de her strategier med at filosofere og undre. Så tager jeg simpelthen ansættelseskasketten på. Nå, Karen, hvordan ser det lige ud med dig i dag. Så kan jeg gøre det. Så når jeg påtager mig de her forskellige roller, så kan jeg faktisk bedre navigere i det.

Maja: Så de dage hvor du ikke er udmattet af alt muligt omkring dig, så kan du egentlig godt have et lille holdingselskab til at køre Karens liv?

Karen: Sagtens.

Dette interviewuddrag kunne føre til en refleksion over selvhjælpsgrupper og socialt gruppearbejdes funktion og betydning. Der er tale om en meget speciel copingstrategi som bygger på evnen til at 'fordoble' sig selv i en ledende og udførende funktion. Det er næppe noget der kan forstås eller formidles af udenforstående som ikke har stået i en lignende situation.

Der er også i dette tilfælde tale om at datteren som har de samme problemer kan drage nytte af moderens selvledelsesstrategier:

Int.: Kan du overføre dit holding-selskab til din datter?

NN: Ja, det har jeg givet hende.

Int.: Kan hun bruge det på samme måde som dig, synes du?

NN: Ja. Det har vi tit snakket om. For eksempel gruppearbejdet på handelsskolen, det kniber gevaldigt. Hun kæmper. Hun har det rigtig svært. Så rykker de jo hjem til mig typisk, og så er det jeg leder hende i at være leder eller i at være i det eller prøve at kigge på det fra nogen forskellige vinkler, og prøve på at påtage sig den her kasket: "Nu kigger jeg lige ind på situationen i stedet for at være i følelsen." Så det gør hun. Vi har netop lige snakket om det, hvor hun siger at hun er så glad for at hun kan have den her sparring med mig på ledelsesplan.

Her kan selvledelse siges at finde sin fulde og nærmest karikerede betydning, men det må siges at være i modstrid med vores diskurs om integritet og harmoni at det moderne menneske på denne måde må opdele sig selv i en styret og en styrende del af sin personlighed.

Styrken i videregivelsen af personlige erfaringer kommer både af de nuancer og konkretiseringer, man er i stand til at formidle, virtuositeten i den måde man kan forholde sig til problemerne og i den tillid det skaber hos modtageren at vedkommende selv har

stået i situationen og har frigjort sig fra den. I det efterfølgende interviewuddrag er en af de interviewede med en kriminel fortid inde på dette i forbindelse med omtalen af en mentor som selv har en fortid som kriminel:

Int.: Hvad er det han gør?

NN: Jeg ved ikke. Jo, han har selvfølgelig sin viden i forhold til at han er uddannet socialpædagog og misbrugskonsulent. Men det der gør det i forhold til mig personligt – og sådan tror jeg også det er for mange andre – det er at han har selv været en rigtig rod og været ude i skidt og er tidligere misbruger. Han er så blevet clean og har været det i mange år. Når han går ind og siger noget, så er det ikke bare noget han har læst i en bog som nogen. Han kender selv til det, for han har selv været der. Han har også siddet i fængsel og sådan noget. Så han ved udmærket hvordan tingene er. Han har så bare ændret sig totalt, 180 grader.

Vi må også erkende at mødrene i informantgruppen på mange måder lever på kanten af hvad de med deres personlige strategier magter. Prisen for ikke at fastholde strukturen – også når det gælder ferier og weekender – er høj for Hannes familie. Hun fortæller hvor lang tid det kan tage at komme tilbage på sporet hvis sønnen August først er 'røget af'. Den tid og det besvær vil hun helst undgå. Samtidig har hun et billede af sig selv som værende nøglen til den positive dagligdag, og derfor skal hun være i form, veludhvilet og have overskud. Med fuldtidsarbejde i en nabokommune kommer hun sent hjem, så sent at August ikke længere er dækket af sin medicin. Det lader sig derfor dårligt gøre at læse med ham. Han er træt efter en lang dag, og Hanne har sine huslige forpligtelser, så lektielæsning er henvist til weekenden. Kommunen har bevilget Hanne 7 timers personlig assistance, som primært bruges til praktiske opgaver i hjemmet – tøjvask, rengøring og indkøb. Tidligere kunne de også hente børn, men efter flere udskiftninger fungerede det ikke for August.

Det er en vigtig generel pointe ved alle de nævnte cases at de professionelle må indse at diagnosen er et ufuldstændigt udgangspunkt for en forståelse af de konkrete sociale problemer, og at man derfor må kende til de individuelle erfaringer og udgangspunktet for klienternes personlige strategier. Man må så lokalisere behovet for aflastende strategier netop der hvor de muliggør realiseringen af de personlige strategier.

Dette gør både den professionelle opgave sværere og lettere – sværere fordi den kræver stor indsigt i den enkeltes livssammenhæng og lydhørhed over for den enkeltes erfaringer og indsigt i egne problemer – lettere ved at en sådan strategi må formodes at kunne spare ressourcer ved at indsatsen understøtter klientens egne strategier ved at yde aflastning under spidsbelastninger frem for at de professionelle helt overtager styringen.

Tilbyder man ikke i tide aflastning til borgeren på en måde som understøtter dennes strategier mens de stadig er intakte, kan følgerne være som beskrevet af en af bostøtterne. Hun fortæller om en af de større tragedier i sit arbejde:

Når jeg tænker på at de brænder sammen, så tænker jeg på at deres ADHD-symptomer bliver rigtig meget forværret. (...) Det jeg oplever, det er at hun har arbejdet som pædagog og har haft arbejde 37 timer om ugen. Hun har en ganske forfærdelig mand, som

ikke hjælper hende derhjemme overhovedet. Så får hun to børn med 13-14 måneders mellemrum, som hun er alene med, og hvor hun skal op om natten med de her to børn. Hun begynder så at arbejde igen. Hendes mand rejser væk lige da hun havde fået barn nummer to og er udstationeret et eller andet sted i 9 måneder eller sådan noget. Hun får simpelthen et fuldstændigt kollaps. (...) På et tidspunkt kommer hun til en psykiater der siger at hun skal have total aflastning, så hun skal egentlig indlægges på psykiatrisk hospital til total aflastning. I stedet vælger kommunen så at sætte hende i familiepleje med børnene, hvor hun skal have ansvaret for børnene. Der får hun så det sidste knæk. Så kommer hun hjem og så kommer børnene til at bo ved deres far, som efter hendes mening ikke er god ved dem. (...) Men prøv at tænke at have den sorg at du kan se at dine børn ikke trives, og de vil dø og alle de der ting, og du kan bare ikke gøre noget, for du magter det ikke. Da jeg startede med at komme hos hende, da havde hun børnene en dag hver sjette uge. Nu har hun dem hver tredje uge i weekenden og så har hun den uge der er i midten mellem hver tredje uge, der har hun den ene om mandagen og den anden om tirsdagen. Mere kan hun ikke holde til. Hun kan ikke ret meget. Jeg tænker at hvis jeg var meget stresset i rigtig lang tid, så ville min hjerne jo også tage skade.

Pointen i at lægge et *ability*- og ressourceperspektiv på den sociale indsats er således at:

1. Borgere i ekstreme situationer – både med og uden ADHD – har brug for hjælp til at magte samfundets mange modsigelsesfulde sociale forpligtelser på en for dem selv tilfredsstillende måde.
2. Borgerne mødes ofte med en dikotomiserende tankegang der placerer dem i rollen som enten syge eller raske. Som syge tilskrives de alle de funktionsnedsættelser som associeres med en given diagnostisk kategori, og som raske forventes de at kunne leve op til alle normalsamfundets krav. Ability-perspektivet bryder med denne dikotomi og skaber en mere nuanceret forståelse for samspillet mellem problemer og ressourcer.
3. De borgere vi møder i disse ekstreme situationer har med tiden fået indsigt i deres egen situation og har udviklet strategier for deres tilværelse som det er helt væsentligt at tage udgangspunkt i, fordi:
 - a. de udspringer af og forholder sig til en livsverden hvis sammenhænge og problematikker, man ikke fuldt forstår hvis man ikke selv har prøvet at leve i den.
 - b. de har udviklet nogle kompetencer som det er essentielt at fastholde.
 - c. uanset hvilken syntese mellem personens personlige erfaringer og det professionelle overblik man end når frem til, er det vigtigt at borgeren selv kan agere inden for den livssammenhæng som interventionen skal understøtte.
 - d. borgeren ofte har en ganske klar og realistisk forståelse af den situation de søger aflastning fra eller den hjælp de søger til udvikling af personlige strategier. Tilliden til den professionelle hjælp opstår når de oplever at deres personlige erfaringer bliver forstået og respekteret.

Det dominerende perspektiv på hjælpeforanstaltninger tager afsæt i at borgerne selv skal lære at gøre det fornødne. Men i mange tilfælde ved borgerne tilsyneladende godt hvordan man skaber struktur i tilværelsen, kravene er blot for store. I sådanne situationer må man kunne støtte med mere fleksible former for aflastning.

Ability-perspektivet må udmønte sig i en omhyggelig analyse af alle de sammenhænge der skaber barrierer i hverdagslivet. Der bør tages stilling til de krav og betingelser borgeren står over for. Rummeligheden der udvises i skole-hjem-samarbejde, ved offentlige henvendelser, i uddannelsestilbud og kriminalforsorg, samt på arbejdspladser bør også underkastes en vurdering. Vores undersøgelse viser således at både skoler og fængsler synes at smygge sig uden om en forpligtelse til at understøtte de initiativer der udgår fra andre myndigheder.

5.7 STYRINGSPROBLEMATIKKEN

Styringsproblematikken angår en række forskellige områder og niveauer i de sociale tilbud. Der er behov dels for en samordning af kravene til de enkelte institutionelle områder i den samlede struktur, dels for en styring af kravene til den enkelte bruger.

Skønt familien typisk fremstilles som det miljø som har den største betydning for problemernes udvikling, retter medarbejdere i den beskæftigelsesrettede indsats også opmærksomheden mod skolen som en afgørende institution som burde træde til og besvare 'den pædagogiske udfordring' med den rette professionelle handling:

"Det er der jeg synes det bliver interessant. Hvis man har nogen i en familie hvor der er kaos, så kommer det hurtigere i udbrud end hvis de var i en anden familie hvor det så ikke ville komme i udbrud. Det er der man de sidste par år har sagt at det er arv, det er der ikke noget at gøre ved. Jo, det er der. Selvfølgelig er det også arv, det er der ingen tvivl om, men det handler også om hvilket miljø de kommer fra og hvordan de bliver tacklet i skolen. Det er jo der, det kommer ind. Kunne man have nået dem både familiemæssigt og i skolen. Hvordan gør vi det her på en ordentlig måde, og hvordan rummer vi dem?"

Informanten, der er læreruddannet og befinder sig i aktiveringsområdets uddannelses-tilbud, retter her kritikken mod skolen samtidig med at det lille "vi" i det afsluttende spørgsmål gør problemet til et kollektivt problem.

Folkeskolen kan som det ses let blive gjort ansvarlig for samtlige problemer i voksenlivet, og man kan let overbelaste dens funktioner i et moderne samfund hvor begge forældre er erhvervsaktive og hvor et differentieret arbejdsmarked og uddannelsessystem stiller stadig større krav til kvaliteten af den grundlæggende uddannelse af de unge. Skolen får derfor store socialiserende og kundskabskontrollerende opgaver som ikke blot stiller krav til læseplaner og opdragelse til demokrati, men også en vidtgående indgriben over for og kompensation for forældrenes svigtende kompetencer, vidtgående hensyn til den enkelte elevs kognitive færdigheder og en differentieret indsigt i mentale og kognitive forstyrrelser.

Denne udvidelse af folkeskolens funktioner er uundgåelig i og med at folkeskolen, bortset fra sundhedsplejen, er den eneste institution, der kontinuerligt er i kontakt med samtlige familier. Derfor må ledelsen tage stilling til hvordan arbejdet inden for folkeskolen gøres fagligt bæredygtigt i forhold til disse nye funktioner.

Man bør lægge mærke til at ovennævnte interviewperson arbejder i et specialiseret undervisningstilbud hvis arbejdsbetingelser ikke kan sammenlignes med folkeskolen. Tilbuddet har bedre normering, mulighed for at afvise elever og det har en langt snævrere målgruppe. Men problemerne kræver under alle omstændigheder en opprioritering af specialpædagogikken, en udvikling af en bedre integration mellem folkeskolen og de specialiserede tilbud gennem samarbejde og erfaringsudveksling, og endelig at kulturen og præmisserne for skole-hjem-samarbejdet forbedres.

Den enkle sårbarhedsmodel som en standardreference for de professionelle i de forskellige dele af det offentlige tilbud lægger op til en forståelse der tillægger opvækstbetingelser og kontekster en særlig betydning og et særligt samfundsmæssigt ansvar for problemerne. Begge dele kan medføre at aktører fritages for ansvar for de rammer der skabes omkring unge og voksne mennesker med bestemte diagnoser, og dette øger det samfundsmæssige pres på familie og skole, til hvem det overlades at kæmpe indbyrdes om fordelingen af ansvaret. I denne sammenhæng må man tage udgangspunkt i den tidligere beskrevne udvidede sårbarhedsmodel der sætter fokus på den sammenhæng som disse 'sårbare' borgere aktuelt indgår i og ikke afskrive deres problemer som noget der endegyldigt er skabt forud for og under den tidlige opvækst. Dette overståede livsafsnit er for så vidt uinteressant i forhold til hvad man er i stand til at ændre ved de rammer der gives klienterne gennem familiestøtte, uddannelses- og jobtilbud, mentorstøtten, skole-hjem-samarbejdet og fængslerne. Narrativerne som knytter sig til den enkle sårbarhedsmodel fastlåser for så vidt også brugerne i en defaitistisk selvforståelse der kan forhindre dem i at forholde sig konstruktivt-kritisk til egen situation.

Inden for tilbuddene synes der at være en uafklaret konflikt på det diskursive plan mellem en gruppe der opfatter ADHD som en arvelig, livslang funktionsnedsættelse og en dominerende gruppe der støtter en adfærdspædagogisk tilgang. Der savnes en afklaring af hvornår det er relevant at sætte ind med kompenserende støtte og aflastning, og hvornår indsatsen kan baseres på instruktion og resocialiserende initiativer.

Strategiske mærkater som 'ansvar for egen læring' og 'hjælp til selvhjælp' synes samtidig at have forskudt ansvaret fra den institutionelle sammenhæng til individet og familien. I et diagnostisk og handikapteoretisk perspektiv må de velkendte kognitive og mentale forstyrrelser betragtes som spektrumsforstyrrelser der kan ramme mennesker i større eller mindre grad, og hvor grænsen mellem 'syg' og 'rask' synes at afhænge af en mere eller mindre tilfældigt fastlagt grænseværdi. Det er derfor nødvendigt i samfundets generelle tilbud at sikre rummelighed over for individuelle variationer. Det er et skråplan hvis styringen af de sociale problemer går i retning af at enhver overskridelse af en given grænseværdi skal behandles medicinsk for at kunne rummes i de generelle tilbud.

Samtidig er der en tendens til at indsigt i egen situation bliver forstået som en generel forudsætning for beskæftigelses- og uddannelsesrettede interventioner. Hos borgere med ADHD-problematik synes dette at stå helt centralt. Klienten tvinges til at forholde sig til de adfærdstræk og sider af sig selv, der menes at være styret af eller relateret til ADHD-problematikken. Hjælpen synes at være betinget af deltagelse i sådanne selv-erkendelseprocesser, og de anses af behandlerne som en forudsætning for personlig udvikling.

Uden lydhørhed og forståelse for de individuelle personlige strategier og deres baggrund risikerer man at svinge direkte fra underkompensation til overkompensation idet begge indsatsformer dybest set bunder i en manglende dialog med den pågældende borger. Det fremgår af udsagn fra en af de observerede familier, hvis udvikling sammenfattes her:

Karen havde allerede inden jeg mødte familien bedt om hjælp hos de sociale myndigheder, men havde meget svært ved at blive hørt eller få noget til at ske. Karen er nødt til at sygemelde sig, et af børnene kommer ikke i skole, og hjælpen udebliver. Karen agerer så godt hun kan inden for de givne rammer i hele denne periode. Hun holder møder med skolen, går til psykolog, starter noget alternativ behandling op, og forsøger på alle måder at holde familien oven vande. Hun er meget ked af det, og belastet af situationen og er fortvilet over ikke at få hjælp til pigerne som har det skidt. Til sidst skriver Karen et brev til borgmesteren, og fortæller om hele situationen og hele forløbet. Ganske kort tid efter reagerer det sociale system og der ydes akut hjælp til familien. Hjælp i form af familiebehandling, bostøtte til Karen, egen bolig og bostøtte til [datteren] Trine. En massiv hjælp som næsten får skubbet Karen som mor helt ud på et sidespor, hvilket skaber en del samarbejdsproblemer mellem Karen og især familiebehandlingsindsatsen.”

Det sociale systems begreb om forældreevne indgår som et selvstændigt supplement til diagnosesystemet. Begrebet kan ses som et udtryk for en samfundsmæssig forventning til hvad forældre skal kunne i forhold til deres ’socialiseringsopgave’, et begreb som de professionelle anvender når de ud fra en bestemt normalitetsforståelse undersøger eller bedømmer klienters evner som forældre.

På baggrund af vores materiale giver det god mening at forlade forældreevnebegrebet som udgangspunkt for vurderingen og i stedet lade processen starte med en undersøgelse af hvordan familierne udøver deres forældreskab i de konkrete udfordringer som en ADHD-problematik stiller dem overfor. Der er tale om en ambivalent ladet situation, for på den ene side giver ADHD-diagnosen forældrene frihed fra skyld i forhold til en påstået manglende evne til at opdrage deres børn. På den anden side afskærer begrebet sagsbehandlingen fra at opnå en større forståelse for mødrenes specifikke erfaringer. En sådan viden kunne fx være nyttig i forbindelse med tolkning af en evt. utryghed ved den medicinske behandling, deres følelse af at være tilsidesat i skole-hjem-samarbejdet eller hvis forældrene oplever manglende støtte til at klare en presset hverdag. Forældreevnebegrebet risikerer inden for det sociale system at blive ligeså rigtigt opfattet som ADHD-diagnosen, og den kan derved komme til at fastlåse den enkelte i en stigmatiseret situation hvor den bliver bestemmende for den videre indsats.

Som korrektiv til forsimplede og kategoriske forståelser af de individuelle problemer i professionelt regi vil det være hensigtsmæssigt at støtte selvhjælpsgrupper inden for området. Dels kan de sikre en erfaringsudveksling på brugerniveau, dels kan de give den enkelte bruger en referencegruppe som kan styrke vedkommendes position over for det professionelle system. Der ligger også en fordel i at de politiske beslutninger kan modtage andre input end de rent professionelle. I Norge forpligter loven de lokale myndigheder til at sikre adgang til brugerstyrede selvhjælpsgrupper.

Der må sikres en overgang mellem tilbud med en stærkt struktureret hverdag og det almindelige samfunds mere kaotiske hverdag således at et lavt konfliktniveau ikke alene bliver kvalitetskriteriet for sådanne sammenhænge. Et eksempel på sådan overgang beskrives i følgende eksempel fra et interview med tidligere kriminel med tilknytning KiF:

Int.: Hvordan var det umiddelbart efter du blev løsladt? Hvem gjorde hvad og hvordan?

NN: Jeg synes sgu det var meget forvirrende og meget underligt pludselig at være ude blandt så mange mennesker når man er vant til at sidde isoleret. Jeg så jo ikke rigtig nogen medmindre døren lige hurtigt var åben. Det var PP der hjalp mig med alting i forhold til at koordinere møder og sådan noget. Jeg kan sgu ikke engang huske hvilke rådgivere jeg har snakket med inde i Aalborg. Det var sådan en stress-faktor for mig at skulle ordne alle de ting. En ting med min ADHD, når jeg døjer med sådan noget i forvejen, når jeg så sidder inde og afskærer mig fra omverdenen. Der var flere gange jeg var ved at komme op i det røde felt lige da jeg kom ud, men jeg vidste også godt det var nødvendigt for at jeg kunne få lejlighed og sådan noget, så jeg kunne komme på plads og være mig selv. Så selv om jeg virkelig synes det var fucked op nogle gange, så blev jeg nødt til lige at presse mig selv ud til det yderste.

Inden for det samlede system synes casemanagement-rollen at være den der både er dårligst defineret, lokaliseret og koordineret. Det er slående hvordan bostøtter, KiF-medarbejdere og mentorer forsøger at udfylde rollen, men det sker kun ved at de overskrider deres formelle forpligtelser. Derved kan de godt varetage en vigtig funktion for de pågældende borgere, men indsatsen er tilfældig, uprioriteret og får ikke den funktion inden for reguleringen af det samlede tilbud som den ideelt set kunne have.

Det er slående hvor meget medarbejderne i alle sektorer finder det samlede tilbud uoverskueligt og efterlyser koordination. Det er også bemærkelsesværdigt hvordan der gang på gang tages initiativer til forskellige former for koordination som ender i frustration:

NN1: For os der arbejder til daglig, er det umådeligt svært at danne sig et overblik over tilbuddene.

NN2: Kommunen forsøgte for tre år siden at køre noget i stilling, hvor vi var til møde inde på [stedets navn], hvor forstanderne fra ditten og datten deltog. Så fortalte vi om behovet for samarbejde. Vi syntes alle sammen at det var en god idé, og der kom et referat, og så er der ikke sket noget siden. Jeg tror alle synes, det er en god idé, men hvor er det lige ...

NN3: Vi har et problem i kommunen, som vi hele tiden underretter opadtil. Der er for mange operatører i gang, som ikke ved hvad hinanden laver i de forskellige forvaltninger. Vi har flere siloer som ikke rigtig kommunikerer sammen.

NN2: Det er derfor vi gerne vil have den der baggrundsgruppe. Det var smart hvis den startede oppefra.

NN1: Så det er det serviceeftersyn vi gerne vil have. På tværs af sektorerne.

I denne sammenhæng synes der også at indgå irrelevante krav om loyalitet og uformelle regler for hvem der kan udtale sig om hvad, hvilket forhindrer responsiviteten i systemet og blokerer for at frontlinjemedarbejdernes erfaringer formidles til ledelsesniveauet og de politiske beslutningstagere, sådan som det fremgår af efterfølgende uddrag af et interview med en bostøtte:

NN: Imellem jul og nytår, da der stadig ikke var hul igennem til Børn og Unge, der hjalp jeg hende med at formulere en mail hvor vi var nødt til at klage til ankestyrelsen, fordi det var ikke okay, det jeg så. Det har jeg aldrig gjort før, men med den mail havde jeg det sådan at det kan godt være jeg skulle have den omkring en leder. Ellers har vi jo enormt stor metodefrihed, det har vi virkelig. Den her tænkte jeg at det kunne godt være at jeg lige skulle have den omkring en leder. Det fik jeg faktisk forbud mod, den skulle jeg ikke sende. Den skulle ikke sendes.

Int.: Og begrundelsen var?

NN: Fordi sådan henvendte man sig ikke til samarbejdspartnere. Jeg kunne ikke pålægge dem ekstra arbejde, på den måde som jeg gjorde.

Bostøtterne følger familierne tæt og er i deres institutionelle placering tvunget til at forhandle deres problemforståelse med borgerne for simpelthen at få adgang til deres hjem og livsverden. Kontakten etableres således ud fra en udvendig forståelse af familiernes problemer, hvorefter denne forståelse forhandles med familierne. På denne baggrund opstår typisk en form for syntese mellem 'udefra-forståelsen' og 'indefra-forståelsen'. Bostøtten kan ikke arbejde uden familiens accept – de er afhængig af gode relationer for at få adgang til at hjælpe, hvilket reelt tvinger dem til i forhandling med familien at bestemme hvilke strukturelle ændringer der er mest påkrævet.

På denne baggrund oplever bostøtten en stærk kontrast til den kommunale sagsbehandling, og de finder at sagsbehandlingen er stærkt regelorienteret i stedet for relationsorienteret:

NN: Det er sagsbehandlere der sidder med lovgivningen og som skal have noget igennem og som har nogle retningslinjer og deadlines som de skal leve op til. Der glemmer de den der første parket.

Int.: De har heller ikke så mange muligheder for at lave det møde, som du for eksempel har.

NN: Nej, selvfølgelig ikke på samme måde, men den måde moderen er blevet mødt på, det har jeg stadig ikke forstået. Jeg forstår ikke den faglige tilgang til det.

Int.: Hvad synes du at du har set?

NN: Jaeh - den koldeste skulder. Når moderen stiller spørgsmål på en meget relevant og på en god saglig, ordentlig og meget fin måde henvender sig "[så er svaret at] det må du

snakke med NN om”. Eller at hun skal sende sine børn hen i et familiehus. Men jeg er nærmest ikke selv velkommen [i forvaltningen] længere. Det forstår jeg ikke, jeg forstår ikke den faglige måde at løse en families mistrivsel på.

Int.: Hvad får du af svar, hvis du henvender dig?

NN: Ja, det kender jeg godt svaret på, men jeg kan næsten ikke få mig selv til at sige det højt. Men det der er blevet sagt, det er at moderen forplumrer tingene mere end hun gavner dem. Der bliver jeg nærmest også desillusioneret, fordi man bliver lidt træt fordi man bare tænker, så er der kun nogle bestemte I kan rumme, eller hvad?

Det er klart at der er forskel på sagsbehandlerens myndighedsfunktion og bostøttens funktion. Det er også klart at sidstnævnte per definition i højere grad kan tage udgangspunkt i borgerens præmisser, mens sagsbehandleren må tage udgangspunkt i lovgivningen og de politiske beslutninger. Men det synes samtidig at være uhensigtsmæssigt at man ikke i større grad sikrer en kommunikation mellem de to positioner således at den samlede intervention tager udgangspunkt i optimal information om borgerens situation.

Den grundlæggende opsplitning af indsatsen synes således at være både institutionelt og diskursivt funderet. Opsplitningen fastholdes ikke blot gennem en mangel på formelle koordinerende organer såsom samarbejdsfora og veldefinerede former for casemanagement, men fastholdes også af en begrænset forståelse for de sårbarhedsskabende og sårbarhedsudløsende mekanismer i de forskellige kontekster. Samtidig sker der en fastholdelse gennem en styringstænkning der kun i ringe grad udnytter erfaringerne og det individuelle kendskab til borgerne som de decentrale medarbejdere kan tilbyde. Dette skyldes muligvis at strategien i de sidste 15 år i al væsentlighed har været at optimere indsatsen ved hjælp af:

- Konkurrence mellem forskellige udbydere af offentlig service
- Klare kriterier for modtagelse af offentlig hjælp
- Kontrolsystemer hvor den professionelle hjælp måles via relativt enkle parametre.

Den styringsproblematik der på dette grundlag er opstået, angår:

- Koordineringen af indsatsen begrænses af et stærkt differentieret system af flere leverandører i indbyrdes konkurrence og mangel på incitament til koordinering af indsatsen og formelle muligheder for samarbejde og koordination.
- Styringen af beslutningskompetencen centraliseres samtidig med at man i beslutningsprocessen har stærkt fokus på grænseværdier i kategorialt definerede funktionsnedsættelser. Dette gør indsatsen ufølsom over for borgerens konkrete problemer og ressourcer.
- Styring af den enkelte borgers adgang til støtte hvor det bevilgende og visiterende led er underforsynet med information om borgerens problemer grundet i mangel på intensiv erfaringsformidling fra de udførende led i indsatsen.

6: Anbefalinger

De mennesker vi har mødt i interviewsituationerne har alle på den ene eller den anden måde oplevet at de selv eller deres børn er blevet drillet, mobbet eller uglest pga. deres adfærd og reaktioner på omgivelsernes krav. De er blevet tillagt motiver de ikke selv mener at have haft, og de har overtrådt normer de har haft vanskeligt ved at tilegne sig. De har haft en indre energi de skulle lære at kontrollere, og deres situation er ofte blevet for kaotisk for dem selv og deres nærmeste. De har skullet bruge koncentration, viljestyrke og mental energi på at huske hvad andre reagerede negativt på, og de har oplevet at de blev udmattede af at skulle indordne sig under normer der ikke var selvfølgelige for dem.

6.1 ADHD-PROBLEMATIKKEN

Hvad vi end kalder denne problematik – og lad os for nemheds skyld kalde den ADHD-problematikken – og hvordan vi end måtte mene at den er opstået, så har den et reelt indhold for de mennesker den rammer. Med udgangspunkt i den udvidede sårbarhedsmodel kan vi endvidere konstatere at ovennævnte problemer opstår i en række konkrete sammenhænge der er karakteristiske for dagens samfund. Der er tale om et reelt handicap eller *disability* hos disse mennesker, en tilstand som er så stabil at den ikke uden videre lader sig neutralisere af kendte terapeutiske metoder, hverken medicinske, psykoterapeutiske eller pædagogiske. Tilstandens virkningen kan dæmpes medicinsk, men ikke uden bivirkninger, og den kan mødes med kompenserende individuelle strategier som kan læres gennem mødet med erfarne professionelle eller ligestillede, som klienten møder ansigt til ansigt, i gruppesammenhænge eller via internettets fora.

Hvad der er den egentlige funktionsnedsættelse eller *impairment*, vides ikke da vi kun kan erkende den som en manglende kompetence i konkrete sociale sammenhænge som er kulturelt specifikke. Om problemets stabilitet skyldes at det fastholdes af særlige, nedsatte neurale funktioner i frontallappen forårsaget af særlige begivenheder i barndommen eller specifikke genetiske forhold, vides heller ikke. Vi kan samtidig konstatere at ADHD-problematikken synes at tiltrække andre sociale problemer i en stigende spiral af problemer som det bliver stadigt vanskeligere at løse. Blandt de familier vi har fulgt, har vi set hvordan vanskeligheder i skolen fører til pres på forældrene som igen fører til usikkerhed i jobbet og stigende stress som til sidst kan blive næsten irreversible tilstande. Blandt de unge under kriminalforsorg har vi set hvordan ADHD-problematikken førte til bindinger knyttet til stofmisbrug, gæld og manglende tilknytning til arbejdsmarkedet, dvs. massive sociale problemer, hvor ADHD-problematikken efterhånden kun er en lille del af problemkomplekset. Før eller senere kan summen af sociale problemer blive så stor at det enkelte menneske opgiver at tænke i løsninger.

Men indtil denne situation opstår, må vi også konstatere at vi har mødt former for *ability*

hvor borgere med en ADHD-problematik på trods af deres handicap udvikler, udveksler og overtager strategier for mestring af tilværelsen. Vi har i en række tilfælde set at disse strategier reelt var hensigtsmæssige og optimale i den givne situation selv om det ikke umiddelbart kunne erkendes af de professionelle der havde en vis distance til vedkommende borger. Samtidig har vi set at en række frontlinje-professionelle var opmærksomme på disse særlige ressourcer eller *abilities*, netop fordi de var langt tættere på disse menneskers livsverden og derfor kunne indse relevansen af deres strategier og respektere den indsats der lå bag.

6.2 EN INDSATS PÅ TRE NIVEAUER

ADHD-problematikken må således imødegås på forskellige trin i dens opståen og udvikling med en indsats der dels forhindrer at situationen udvikler sig til det værre, dels tillader et håb om reduktion af problematikken betydning i hverdagen og de sociale sammenhænge. Der er tale om indsatser på tre niveauer:

1. En *forebyggende indsats*, der sigter på at skabe større rummelighed inden for skole, arbejdsmarked og uddannelsestilbud. På alle områder må der skabes større forståelse blandt beslutningstagere, ledere, professionelle medarbejdere og borgere i almindelighed omkring de forhold der kan virke særligt belastende for mennesker med en ADHD-problematik. På denne måde kan mennesker med sådanne problemer også på et tidligere tidspunkt blive klar over hvilke problemer de kan risikere at møde, således at de selv og deres pårørende kan tage forholdsregler over for dette.
2. En *støttende indsats* over for mennesker med et erkendt problem, men hvor der er tale om at disse mennesker selv kan overskue deres problemer og råder over strategier til løsning af deres problemer som bunder i erfaring og konkret kendskab til egen situation. Disse mennesker bør mødes med passende støtte og aflastning så de på trods af en ADHD-problematik bliver i stand til at klare den situation de står i. Støtten kan gives på disse borgers egne præmisser via professionelle som er tæt på dem og forstår deres situation. Den bør inddrage frontprofessionelles og brugerorganiseringers erfaringer, og der bør etableres adgang til selvhjælpsgrupper for disse borgere.
3. En *habiliterende indsats* over for de mennesker som har mistet overblikket over deres situation og ikke længere kan overskue mulige løsninger. Her er der brug for professionel hjælp og ekstra ressourcer til en rehabilitering af de personlige strategier over for den nye situation de er havnet i. Udviklingen af en sådan indsats kræver specialiseret professionel viden der kan trække på flere forskellige kilder kombineret med et intensivt kendskab til vedkommendes individuelle situation. Tværgående team, audits og casemanagement tilbyder forskellige former for koordinerende indsatser som bør inddrages.

Hvor indsatsen ikke lever op til dette, synes det primært at skyldes:

1. at den samlede indsats over for den enkelte borger ikke er koordineret, men varetages af selvstændige enheder uden formaliseret koordination.
2. at den samfundsmæssige udvikling samtidig har skabt en uoverskuelig række

- af arbejdsfunktioner og uddannelses tilbud, som har bevirket en tilsvarende differentiering og specialisering i de arbejdsmarkedsrettede sociale tilbud.
3. at det samlede systems visiterende og koordinerende led enten er overbelastede, som jobcentrene, eller er uden reelle beføjelser, som det er tilfældet med KiF.
 4. at frontlinjemedarbejderne med tættest kontakt med borgerne (jobcentrenes leverandører, bostøtterne, mentorerne) ikke har tilsvarende indflydelse på beslutningerne vedrørende den sociale støtte til borgerne.
 5. at sagsbehandlingen og rådgivningen af borgerne refererer til forskellige og indbyrdes modstridende diskurser, hvilket gør at indsatsen ikke er koordineret på det diskursive plan og at brugerne konfronteres med grundlæggende forskellige forståelser af deres problem.

Dog må det bemærkes at det kan være en fordel at indsatsen ikke er bedre koordineret i en situation hvor der generelt er en utilstrækkelig forståelse af problemerne, en manglende respekt for brugernes egen forståelse af deres situation og en manglende respekt for frontlinjepersonalets indsigt i denne situation. Men forudsat at informationsgrundlaget er i orden og der generelt er tale om en kvalificeret forståelse af ADHD-problematikken vil en større grad af koordination, diskursivt såvel som formelt, være at foretrække, både for den stærke bruger med egne strategier og for den svage bruger der har mistet overblikket.

6.3 DEN HABILITERENDE INDSATS

Generelt vil det habiliterende tilbud indebære forskellige former for kunstigt etableret fastholdelse af struktur og regelmæssighed. Dette gælder i videste forstand fængslerne som godt kan indtænkes i et habiliteringsperspektiv, men det gælder også flertallet af de pædagogiske tilbud og støtteforanstaltninger. Selv bostøtten kan ses som en udefra kommende understøttelse af struktur og regelmæssighed. I forbindelse med disse strukturerende støtteforanstaltninger bør man være opmærksom på at der er tale om en krævende overgang når borgeren selv skal etablere denne struktur og regelmæssighed. Man bør på et hvilket som helst niveau sørge for at overgangene ikke bliver for drastiske og tilbyde passende støtte.

I forhold til brugere med behov for habiliterende tilbud vil det være væsentligt at medtænke 90'ernes diskussioner om casemanagement. Dette indebærer at der til den enkelte borger blev tilknyttet en fast kontaktperson med vidtgående beføjelser til at koordinere og udvikle indsatsen i tæt kontakt med den pågældende borger, dvs. at vedkommende regelmæssigt kan opsamle og evaluere erfaringerne fra tilbuddene der gives borgeren, samle de professionelle med kontakt til vedkommende og etablere en audit, når der er behov for et samlet overblik over vedkommendes situation.

I en mere begrænset form må det være muligt at formalisere afholdelsen af møder mellem de professionelle tilbud vedkommende er tilknyttet.

6.4 DEN STØTTENDE INDSATS

Det er vigtigt at støtte og aflastning af såvel skolebørn som familier og enlige unge med en ADHD-problematik forstås som en vedvarende foranstaltning der opretholdes så længe situationer påkræver det. ADHD-problematikken løses ikke ved en kortsigtet

optræning af bestemte færdigheder i forhold til etablering af struktur i dagligdagen.

Den støttende indsats må generelt hvile på et *ability*- og resourceperspektiv som understøtter borgerens egne strategier og problemforståelse. Derved sikres:

- en mere målrettet indsats som kan frigøre borgernes energi til at få løst de øvrige opgaver.
- en fleksibel indsats der bygger på bevidstheden om at borgerne har forskellige måder at lære på. Nogle ved instruktion, andre ved overvågning og atter andre gennem rollemodeller og samarbejdsrelationer. Derved understøtter man den personlige udvikling.
- respekten for borgernes egne normer for hverdagens orden, hvorved borgeren bevarer sin identitet i forhold til hverdagens symbolske orden. I modsat fald risikerer man at etablere en sammenhæng i hverdagen som borgeren ikke føler sig hjemme i, og hvor vedkommendes selvrespekt og *ability* undermineres.

6.5 DEN FOREBYGGENDE INDSATS

Hvad angår den forebyggende indsats, må man sikre en større åbenhed omkring ADHD-problematikken og at støtteforanstaltningerne bliver lettere at overskue. I det hele taget må offentlige tilbud, uddannelser, arbejdspladser og den sociale indsats i sin helhed tænkes ud fra et tilgængelighedsprincip der også gælder mennesker med særlige mentale problemstillinger. Oplysning om problemstillingerne, opsporing af risikogrupper og efteruddannelse af medarbejdergrupper der ikke er præsenteret for ADHD-problematikken i deres grunduddannelse må ske med forståelse for kontekstens betydning, og den må tilrettelægges ud fra en kvalificeret indsigt i de farer for stigmatisering der knytter sig til en sådan indsats. Det er helt afgørende at ADHD-diagnosen ikke bliver brugt som begrundelse for at ignorere kontekstens betydning og som afskrivelse af et professionelt ansvar for en eventuelt manglende rummelighed og tolerance hos myndigheder og arbejdsgivere. Det er endvidere vigtigt at diagnosen ikke bliver brugt som et opslagsværk der fritager den professionelle for at skabe sig en kvalificeret forståelse for den individuelle borgers specifikke situation.

Hvis der vælges screeningsformer til identifikation af relevante målgrupper bør disse former for screening være orienteret mod de konkrete sociale problemer som knytter sig til ADHD-problematikken. Desuden bør man være klar over hvilken form for hjælp der kan tilbydes i hvis screeningen giver et positivt resultat.

Videnscentre, kontaktcentre og åbne rådgivninger bør være inden for rækkevidde for borgere som selv konstaterer at de har problemer som kan falde ind under ADHD-problematikken.

6.6 STYRING, PRIORITERING OG ALLOKERING AF RESSOURCER

I styringen af indsatsen undgår man næppe at forholde sig til den kommunale interesse i en optimal prioritering og allokering af givne ressourcer. Overordnet set afhænger indsatsens ambitionsniveau således af kommunens økonomi, men tillige af andre ressour-

ceparametre såsom strukturen i det lokale arbejdsmarked, lokal ekspertise, adgang til frivillige initiativer og andre kulturelle faktorer af betydning for rummelighed og tolerance.

Det vil således være formålstjenligt at graduere ovenstående anbefalinger i forhold til om de peger på behov der kræver mere gennemgribende forandringer i de lokale tilbud eller der er tale om mindre ændringer i indsatser og professionelle tankegange. Således kan kravene om udvikling og forandring gradueres efter følgende principper:

1. En forandring der angår indførelsen af helt nye tilbud, rutiner eller offentlige forpligtelser. Det kan lægge varigt beslag på ekstra offentlige ressourcer eller forbigående i forbindelse med omlægning af arbejdsgange og implementering af nye tilbud.
2. En forandring der angår en ændret organisering af de sociale tilbud, med en dertil knyttet re-allokering af givne ressourcer, efteruddannelse af personalet og ændrede funktions- og stillingsbeskrivelser. Dette kan tage form af en omlægning af de eksisterende ressourcer.
3. En forandring der alene finder sted på det diskursive niveau, idet brugernes ændrede forståelse giver dem indsigt i en alternative udnyttelse af de nuværende sociale tilbud, og de professionelles ændrede forståelse fører til andre måder at koordinere og målrette tilbuddet uden at der i øvrigt er tale om ændringer i lovgivning, tilbud og arbejdsressourcer.

Opstiller vi ovennævnte tre niveauer af forandringer i den ene dimension og den tidligere nævnte differentiering i forebyggende, støttende og habiliterende tilbud i den anden dimension, opnår vi følgende matrix som kan danne udgangspunkt for kommunale beslutninger der tager højde for kommunens økonomi og ambitionsniveau:

Indsatstype Ændring i institutionel struktur	Forebyggende	Støttende	Habiliterende
	Henvender sig generelt til større populationer der formodes at være i risiko for at få problemer	Henvender sig til specifikke kategorier af borgere med erkendte problemer som de skal have støtte til at løse	Henvender sig til specifikke individuelle borgere med problemer de ikke magter at finde løsninger på
Omfattende Oprettelse af nye tilbud og serviceformer som i startfasen kræver flere ressourcer og institutionel omstilling	Forskellige former for screening og monitorering	Lokale centre for professionel hjælp, dannelse af selvhjælpsgrupper og kontakt til sådanne	Udviklet casemanagement Audits Individuelt tilknyttet CM
Middel Institutionelle ændringer, omprioritering af givne ressourcer og ændring af beslutningsprocesser	Centre for mennesker med særlige problematikker Åbne rådgivninger	Etablering af kommunal koordinator for indsatsen for mennesker med ADHD.	Dannelsen af tværfaglige professionelle team der koordinerer indsatsen for den enkelte.
Minimal Primært ændringer af faglige forudsætninger og forståelse.	Efteruddannelse af personalegrupper med kontakt med borgere i risikogrupperne	Åben adgang til videnscentre Fleksibel adgang til akut støtte og aflastning ift. hjem og arbejdsmarked	Forbedret samarbejde Koordinerende møder Inddragelse af frontmedarbejdernes erfaringer

Tabel 7.1. Anbefalingerne kategoriseret i forhold til hvor omfattende en ændring i den institutionelle struktur der er tale om, og hvor omfattende et indgreb der er behov for i den enkelte borgers livssammenhæng.

Litteratur

- Adorno TW. 1991. Sociologi og Empirisk Forskning. I *Det Videnskabelige Perspektiv*, Lars Henrik Schmidt ed. København: Akademisk Forlag, 291-312.
- Andersen ML. (2009): *Former for ability – hvilke betydninger tillægges en ADHD diagnose i forhold til selvforståelse, intersubjektive og institutionelle positioner*. Aalborg: Institut for Sociologi, Socialt Arbejde og Organisation, Aalborg Universitet.
- Allardt E. 1975. *Att Ha, Att Älska, Att Vara*. Lund: Argos Förlag.
- Appel Nielsen M. 2010. *Nye Horisonter i Socialt Arbejde - En Refleksionsteori*. København: Akademisk Forlag.
- Barkley R.A. 2010. *Attention deficit hyperactivity disorder en adults. The latest assessment and treatment strategies*. Sudbury: Jones and Bartlett publ.
- Barret RJ. 1996. *The Psychiatric Team and the Social Definition of Schizophrenia. An Anthropological Study of Person and Illness*. Cambridge University Press.
- Bauman Z. 1999. *Culture as Praxis*. London: SAGE Publications Ltd.
- Bech-Jørgensen B. 1994. *Når hver dag bliver til hverdag*. København: Akademisk Forlag.
- Bengtson S, Alim W, Holmskov H og Lund A. 2011. *Sociale indsatser til mennesker med ADHD - en kortlægning*. København: SFI.
- Berger NB. & J. Brauner. (2010): *Evaluering af det Kognitive Færdighedsprogram – en analyse af kausal effekt og underliggende sociale mekanismer*. Speciale. Københavns universitet, Sociologisk Institut.
- Breakey W.R. 1996. Developmental Milestones for Community Psychiatry. I *Integrated Mental Health Services. Modern Community Psychiatry*, ed. Breakey WR, 29-42. Oxford University Press.
- Brinkmann S. 2010. Patologiseringsens former: En kartografi over nutidens patologiseringsprocesser. I *Det diagnosticerede liv*, ed. S Brinkmann, 273-285. Aarhus: Klim.
- , 2010. Patologiseringsstenen: Diagnoser og patologier før og nu. I *Det diagnosticerede liv*, ed S. Brinkmann. Aarhus: Klim.
- Buchvardt L. (2008): *Håndbog for sagsbehandlere – kan gøre dit arbejde lettere*. Odense: ADHD-foreningen.

- Bundesen P., Skov Henriksen L. og Jørgensen A. 2001. *Filantropi, Selvhjælp og Interesseorganisering. Frivillige organisationer i dansk socialpolitik 1849-1990erne*. Odense: Odense Universitetsforlag.
- Burawoy M. 2005. For Public Sociology. *American Sociological Review* 70: 4-28.
- Bylov F. 2010. *Den store løsladelse - En kulturhistorisk beretning om empowerment-bevægelserne blandt udviklingshæmmede 1980-95*. København: Danmarks Pædagogiske Universitetshøjskole.
- Campbell D. (1978): Qualitative knowing in action research. In: P. Brenner & M. Brenner (eds.) *The social contexts of method*. London: Croom Helm.
- Campbell J. og Oliver M. 1996. *Disability politics*. London: Routledge.
- Center for Ligebehandling af Handicappede. (2005): *Voksne med udviklingsforstyrrelser: En undersøgelse af kommunale afdelingers viden om voksne med udviklingsforstyrrelser*. København: Center for Ligebehandling af Handicappede.
- Chen H-T. (2005): *Practical Program Evaluation. Assess and Improve Program. Planning, Implementation, and Effectiveness*. Sage: London.
- Christensen A-L. 2002. Lifelines. In *Pathways to Prominence in Neuropsychology - Reflections of Twentieth-Century Pioneers*, ed. AY Stringer, EL Cooley and A-L Christensen, 119-137. New York: Psychology Press.
- Christoffersen M.N. og Hammen I. 2011. *ADHD-indsatser - en forskningsoversigt*. København: SFI.
- Cicchetti D. 2002. The impact of social experience on neurobiological systems: Illustration from a constructivist view of child maltreatment. *Cognitive Development* 17 (3-4): 1407-1428.
- Dalsgaard S. (2002): *Long term psychiatric and criminality outcome of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet.
- Dean M. 1999. *Governmentality - Power and Rule in Modern Society*. London: Sage Publications Ltd.
- Ejrnæs M og Guldager J. 2008. *Helhedssyn og forklaring*. København: Akademisk.
- Ekeland T-J. 2005. Kvalitetssikring eller instrumentalistisk fejlgreb. *Social Kritik* 17 (102): 34-47.
- Eskelinen & Olesen SP. (2010): *Beskæftigelsesindsatsen og dens virkninger set fra kontanthjælpsmodtagernes perspektiv*. AKF Working Paper 2010(04).

- Fairclough N. (1995): *Critical Discourse Analysis – The critical study of language*. New York: Addison Wesley Longman.
- Foucault M. 1971. *L'ordre du discours*. Editions Gallimard.
- , 1980. *Power/Knowledge - Selected Interviews and other writings 1972-1977*. Harvester Press Ltd.
- Friis H. 1981. *Nederst ved bordet*. København: Socialforskningsinstituttet.
- Geertz C. 1973. *The Interpretation of Cultures - Selected Essays by Clifford Geertz*. New York: Basic Books, Inc., Publishers.
- Gerlach J. (2007): *ADHD – opmærksomhedssygdommen hos børn og voksne*. København: Psykiatrifondens Forlag.
- Goering PN og Wasylenki D. 1996. Case Management. In *Integrated Mental Health. Modern Community Psychiatry*, ed. Breakey WR, 310-322. Oxford University Press.
- Goffman E. 1963. *Stigma. Notes on the management of spoiled identity*. New Jersey: Prentice Hall, inc.
- Goffmann E. 1959. *The Presentation of Self in Everyday Life*. Danske oversættelse: *Vore rollespil i hverdagen*. København 1992: Hans Reitzels Forlag.
- Goldberg E. 2001. *The Executive Brain: Frontal Lobes and the Civilized Mind*. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Greenberg J. 1964. *I never promised you a Rosegarden*.
- Gudjonsson G., Sigurdsson JF., Young S., Newton AK. & Peersen M. (2009): Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). How do ADHD symptoms relate to personality among prisoners? *Personality and Individual Differences* 2009(47):64–68.
- Habermas J. 1981. *Theorie des kommunikativen Handelns*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Hagen R. (2006): *Nyliberalismen og samfunnsvitenskapene*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hammersley M. 2005. Is the evidence-based practice movement doing more good than harm? Reflections on Iain Chalmers' case for research-based policy making and practice. *Evidens & Policy* 1 (1): 85-100.
- Hansen JG. (2010a): Voksne med ADHD udfordrer jobcentre. *Danske Kommuner* 2010(12): 12-14.

- Hansen JG. (2010b): Gode erfaringer hentet i Randers. *Danske Kommuner 2010(12)*: 13-15.
- Hertz S. 2010. There is a crack in everything, that's how the light gets in. I *Det diagnosticerede liv*, ed. S Brinkmann, 75-94. Aarhus: Klim.
- Hoem S. (2008): *ADHD. En håndbog for voksne med ADHD*. Virum: Dansk psykologisk Forlag.
- Høgsbro K. 1992. *Sociale problemer og selvorganiseret selvhjælp*. København: Samfundslitteratur.
- , 2002. *Rehabilitering af mennesker med traumatiske hjerneskader på Kolonien Filadelfia*. København: AKF Forlaget.
- , 2004. Forskning vedrørende sindslidendes forhold i samfundet. I *Socialpsykiatriens Komplexitet*, ed. K Høgsbro København: Samfundslitteratur.
- , 2007. *Etiba - En forskningsbaseret evaluering af rehabiliterings- og træningsindsatsen for børn med autisme, herunder evaluering af behandlingsmetoden ABA (Applied Behavior Analysis)*. Århus: Marselisborgcentret.
- , 2010. SIMREB - Towards a systematic inquiry into models for rehabilitation. *Scandinavian Journal of Disability Research* 12 (1): 1-18.
- , 2011. Evidensbaseret praksis - forhåbninger, begrænsninger og muligheder. *Sygdom og Samfund* (15): 11-30.
- , 2012. Social Policy and Self-Help in Denmark - A Foucauldian Perspective. *International Journal of Self Help & Self Care* 6 (1): 43-64.
- Høgsbro K., Bovbjerg K.M., Hardman Smith L., Kirk M. og Henriksen J. 2003. *Skjulte Livsverdener*. København: AKF-forlaget.
- Høgsbro K, Kirkebæk B, Blom SV og Danø E. 1999. *Ungdom, Udvikling og Handicap*. København: Samfundslitteratur.
- Honneth A. 2003. *Behovet for anerkendelse - en tekstsamling*. København: Hans Reitzel.
- Hjörne E. og Säljö R. 2003. There is something about Julia: Symptoms, categories and the process of invoking attention deficit hyperactivity disorder in the swedish school - A case study. *Journal of Language, Identity and Education* 3 (1): 1-24.
- Juul S. 2010. *Solidaritets, anerkendelse, retfærdighed og god dømmekraft*. København: Reitzels Forlag.
- Kadesjö B. (2002): *ADHD hos barn och vuxna*. Socialstyrelsen.

- Kelstrup A. 1983. *Galskab, Psykiatri, Galebevægelse - en skitse af galskabens og psykiatriens historie*. København.
- Konnerup M. 2005. De gode viljers utilstrækkelighed - virkning, evidens og socialt arbejde. In *Empiri, Evidens, Empati - Nordiska röster om kunskapsutveckling i socialt arbejde*, ed S Ljunggren NOPUS.
- Kooij S.J.J. 2010. *Adult ADHD: Diagnostic Assessment and Treatment*. Amsterdam: Pearson.
- Kooij S.J.J. 2010. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry* 10: 67.
- Kyllingsbæk L.B., Dyrby TM og Lautrup C.L. 2011. *Opsporing af ADHD blandt udsatte voksne*. Socialstyrelsen.
- Kvale S. (1996): *InterViews – An Introduction to qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks: Sage.
- Laing RD. 1970. *Det spaltede selv*. København: Paludan.
- Larsen L. (2008): Rastløshed og indre uro. *Weekendavisen* 2008.
- Lazarsfeld PF og Reitz J.G. 1975. *An Introduction to Applied Sociology*. Oxford: Elsevier.
- Lee S.I. et al. 2012. Predictive validity of DSM-IV and ICD-10 criteria for ADHD and hyperkinetic disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49 (1): 70-78.
- Luhmann N. 1984. *Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- McCoy L. 2006. Keeping the Institution in View: Working with Interview Accounts of Everyday Experience. In *Institutional Ethnography as Practice*, ed D Smith, 109-125. Toronto: Rowman & Littlefield.
- Mead G.H. 1934. *Mind, Self & Society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Mehlbye J. (red.) (2009): *Socialt udsatte børn i dagtilbud – indsats og effekt. Sammenfattende rapport*. København: AKF og Indenrigsministeriet.
- Murphy K.R. 2006. Psychological counseling of adults with ADHD. I *Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment*, ed. RA Barkley, 692-703. New York: Guilford Press.
- Mygind J. (2008): Diagnose: kulturel forstyrrelse. *Information*, 2008.
- Nielsen K. og Jørgensen C.R. 2010. Patologisering af uro? I *Det diagnosticerede liv*, ed. S. Brinkmann, 179-205. Aarhus: Klim.

- Nissen MA. (2010): *Nye horisonter i socialt arbejde – en refleksionsteori*. København: Akademisk Forlag.
- Obel C. et al. (2009): Screening af voksne for ADHD. *Ugeskrift for læger* 71(3).
- Parsons T. 1951. *The Social System*. Glencoe: Free Press.
- Pawson R. (2006): *Evidence-based policy: A realist perspective*. London: Sage.
- Pawson R. & Tilley N. (1997): *Realistic Evaluation*. London: Sage.
- Polanczyk G. et al. 2007. The world wide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry* 164 (6): 942-948.
- Ringø P. 2012. *Dybder og overflader i styring, viden og praksis i det sociale og psykiatriske arbejde*. Aalborg: Aalborg Universitet.
- Rold Andersen B. 1970. *Socialreformundersøgelserne*. København: Teknisk Forlag.
- Rosenbaum B. 2000. *Tankeformer og talemåder. En undersøgelse af skizofrenes udsigelse, tankeforstyrrelse og kommunikation*. København: Multivers.
- Sbordone RJ. (1998): Ecological Validity: Some critical issues for the neuropsychologist. I R.J. Sbordone & C.J. Long (eds.) *Ecological Validity of Neuropsychological Testing*. New York: St. Lucie Press.
- Schutz A. og Luckmann T. 1989. *The Structures of the Life-world*. Northwestern University Press.
- Seemann J. 1996. *Når organisationer skal samarbejde. Distriktspsykiatri på tværs af professioner, sektorer og politiske niveauer*. København: Munksgaard.
- , 2004. Når netværksidealer møder realiteter. I *Socialpsykiatriens Komplexitet*, ed. K. Høgsbro, 125-150. København: Samfundslitteratur.
- Servicestyrelsen (2010): *Ny og forstærket indsats i forhold til børn, unge og voksne med ADHD*. (<http://www.servicestyrelsen.dk/adhd>)
- Smith D. 2005. *Institutional Ethnography*. Oxford: AltaMira Press.
- , 2005. *Institutional Ethnography - A Sociology for People*. Toronto: AltaMira.
- Socialstyrelsen. 2011. *Basisteam Aarhus*. Socialstyrelsen.
- , 2011. *Flere Strategier på Heimdal*. Socialstyrelsen.
- , 2011. *MST i Aarhus*. Socialstyrelsen.

- Spradley J. 1979. *The Ethnographic Interview*. Florida: HBJ Publ.
- Stevenson C.S. et al. 2002. A cognitive remediation programme for adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 36 (5): 610-616.
- Strauss A. og Corbin J. 1990. *Basics of Qualitative Research - Grounded Theory Procedures and Techniques*. Newbury Park: SAGE Publications, Inc.
- Sundhedsstyrelsen. (2006): *Patienten med kronisk sygdom. Selvmonitorering, egenbehandling og patientuddannelse. Et idékatalog*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Thomas C. 2007. *Sociologies of Disability and Illness*. Palgrave-Macmillan.
- Thomsen P.H. & Damm D. (2007): *Et liv i kaos – om voksne med ADHD*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Thomsen P.H. og Damm D. 2008. ADHD hos voksne. *Ugeskrift for læger* 170 (43): 3395-3399.
- Tripp G. et. al. 1999. DSM-IV and ICD-10: A comparison of the correlates of ADHD and hyperkinetic disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 38 (2): 156-164.
- Weiss M. og Murray C. 2003. Assessment and mangagement og attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *Canadian Medical Association Journal* 168 (6): 715-722.
- Weiss M.D. og Weiss JR. 2004. A guide to the treatment of adults with ADHD. *The Journal of Clinical Psychiatry* 65 (3): 27-37.
- Westmoreland P., Gunter T., Loveless P., Allen J., Sieleni B. & Black DW. (2010): Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Men and Women Newly Committed to Prison. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 2010 (54)3:361-377.
- White S. 1997. Beyond Retrodution? - Hermeneutics, Reflexivity and Social Work Practice. *British Journal of Social Work* (27): 739-753.
- WHO. 1994. *ICD-10: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier*. København: Munksgaard.
- , 2001. *ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: World Health Organisation.
- Widell J. 1988. *Den danske døvekultur*. Danske Døves Landsforbund.

Winther Jørgensen M. og Philips L. 1999. *Diskursanalyse som teori og metode*. København: Roskilde Universitetsforlag.

Yin R.K. (1989): *Case study research: design and methods*. Newbury Park: Sage.

Yin R.K. (1993): *Applications of case study research*. Newbury Park: Sage.



Kjeld Høgsbro (f. 1950)

er professor i socialt arbejde, Aalborg Universitet. Hans forskning drejer sig især om de sociale tilbud til særligt udsatte grupper som mennesker med sindslidelser, udviklingsforstyrrelser, misbrug, traumatiske hjerneskader og svære fysiske funktionsnedsættelser.



Leena Eskelinen (f. 1952)

er docent på KORA, Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning. Hendes forskning sætter fokus på, hvordan socialt arbejde og sociale indsatser over for mennesker med sammensatte problemer og funktionsnedsættelser gennemføres i samspil mellem professionelle og borgere.



Maja Lundemark Andersen (f.1960)

er adjunkt i socialt arbejde på Ålborg Universitet. Hendes forskning har især fokus på brugerperspektiver som en kilde til viden og udvikling i det sociale arbejdes praksis.



Nichlas Permin Berger (f.1979)

er sociolog, ph.d.-stipendiat på Aalborg Universitet, Institut for Sociologi og Socialt Arbejde og tilknyttet KORA, Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning. Hans forskning drejer sig om sociale indsatser over for mennesker med sammensatte problemer med særlig interesse i psykiatriske diagnoser, misbrug og kriminalitet.