

Sundhed i Den Sociale Udviklingsfond

Et aktionsforskningsprojekt

Dina Danielsen

Sundhed i Den Sociale Udviklingsfond

Et aktionsforskningsprojekt

Dina Danielsen

Med bidrag fra med bidrag fra:

Michael Allen, Anders Kondrup, Vickie Dalgaard Monsen, Lisa Schmidt Andersen, Karina Soltau, Mads Richmond, Alexandra Huszar, Ana Pavlovic, Louise Rytter, Maya Helle Nielsen, Krista Naver, Vinnie Loft Holdt & Margrethe Langer

Internt review:

Nanna Ahlmark

Copyright © 2021

Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-537-7

Statens Institut for Folkesundhed

Stuðiestræde 6

1455 København K

www.sdu.dk/sif

Rapporten kan downloades fra

www.sdu.dk/sif

Forord

Projekt Sundhed i Den Sociale Udviklingsfond er et aktionsforskningsprojekt, som har haft til formål at udvikle en mere systematisk sundhedsfremmende praksis i Den Sociale Udviklingsfond (SUF). Desuden har formålet været at generere viden om, hvilke organisatoriske processer der kan styrke arbejdet med sundhedsfremme – dels fra et socialfagligt og dels fra et bruger-/ungeperspektiv.

Den Sociale Udviklingsfond (SUF) drives som en non-profit almennyttig fond, som udbyder og organiserer støtte-, læring- og udviklingstilbud til unge og voksne med betydelige personlige og sociale udfordringer på grundlag af en socialpædagogisk praksis med udgangspunkt i brugernes behov.

SUF har igennem en årrække haft fokus på at arbejde mere og systematisk med sundhedsfremme i en erkendelse af, at sundhed er helt fundamentalt for menneskers mulighed for at leve et godt liv. Man har været bekendt med, at det ofte er en stor udfordring for de borgere, der er indskrevet i SUF, at varetage egen sundhed. Samtidig har der hersket en usikkerhed om, hvorvidt man som personale besidder de nødvendige kompetencer og har den rette tilgang i forsøget på at understøtte borgerne i deres sundhed. Denne ambition og nysgerrigheden på at udvikle den socialpædagogiske faglighed imod at inddrage mere sundhedsfremme har været drivkraften i nærværende projekt.

Igennem 2019-2020 har tre afdelinger i SUF, sammen med Statens Institut for Folkesundhed, SDU, afprøvet og udviklet forskellige tilgange, metoder og perspektiver på sundhedsfremme i den socialfaglige praksis. Denne rapport er en erfaringsopsamling, som indeholder konkrete erfaringer såvel som overordnede analytiske erkendelser, der er opstået undervejs i processen. Den Sociale Udviklingsfond har finansieret projektet. Rapporten er gennemført af postdoc, Ph.d., Dina Danielson ved Statens Institut for Folkesundhed, SDU, og indeholder skriftlige bidrag fra socialkonsulenter og afdelingsledere i SUF. Rapporten henvender sig til socialpædagoger og andre fagprofessionelle samt til beslutningstagere, der interesserer sig for socialt udsattes sundhed og trivsel og for at arbejde med sundhedsfremme i det socialfaglige arbejde.

God læselyst!



Morten Klöcker Grønbæk
Direktør
Statens Institut for Folkesundhed

Indhold

Baggrund og motivation for projektet.....	6
Indledning	6
Den Sociale Udviklingsfond	7
Formål og målsætninger for Projekt Sundhed i Den Sociale Udviklingsfond	8
Projektets opbygning og organisering	9
Aktionsforskning – en teoretisk og værdimæssig ramme.....	9
Projektets etik	11
Rapportens opbygning og fremstilling	11
Erfaringsopsamling fra afdelingerne	12
Projektets forløb og organisering	12
Lidt om den samfundsmæssige kontekst.....	13
Stranden	15
Beskrivelse af Stranden	15
Strandens motivation for at deltage i projektet.....	15
Formålet med Strandens deltagelse i projektet.....	16
Deltagere	17
Beskrivelse af processen	17
Projektets vigtige fund og erkendelser	18
Konklusion	19
BOAS Mentor	21
Lidt om BOAS Mentor	21
BOAS Mentors baggrund og motivation for deltagelse i projektet.....	21
Formålet med BOAS Mentors deltagelse i projektet	22
Deltagere og rollefordeling	23
Beskrivelse af projektforløbet.....	23
Projektets vigtigste erkendelser og fund	26
Konklusion	27
BOAS Frederiksberg.....	29
Lidt om BOAS Frederiksberg	29
BOAS Frederiksbergs baggrund og motivation for deltagelse i projektet.....	29
Formålet med BOAS Frederiksbergs deltagelse i projektet	30
Projektets fokusområder	30
Deltagere og rollefordeling	31
Beskrivelse af projektforløbet.....	31
Vigtige fund og erkendelser	33
Konklusion og perspektiver	35

Projektets analytiske fund og erkendelser	36
Den socialpædagogiske fagidentitet i arbejdet med sundhedsfremme	36
Sundhedsfremme i arbejdet med mennesker i sårbare positioner	38
Organisation og lederskab	40
Samarbejdet mellem forskning og praksis	41
Konklusion og besvarelse af forskningsspørgsmålene.....	43
Perspektivering	46
Litteratur	47

Baggrund og motivation for projektet

Indledning

Det er veldokumenteret, at der er social ulighed i sundhed, sygelighed og ulighed i Danmark. Mennesker i socialt udsatte positioner har dårligere mental sundhed og har flere fysiske og kroniske lidelser, de ryger mere, spiser dårligere mad og bevæger sig mindre. Herudover er de udsatte i forhold til det etablerede sundhedssystem, som har problemer med at nå ud og give den nødvendige hjælp og behandling (Ahlmark, Sørensen, Davidsen, & Ekholm, 2018; Sundhedsstyrelsen, 2012). Disse sundhedsmæssige forhold har stor betydning for menneskers livskvalitet og handlemuligheder, og de påvirker menneskers psykiske og fysiske funktionsevne såvel som deres deltagelse i arbejdsliv og det øvrige sociale liv.

Som Diderichsen (citat i Udesen, Skaarup, Petersen, & Ersbøll, 2020) påpeger, "[kender vi til mange – men langt fra alle – årsagerne], og det er viden om disse årsager, som er en forudsætning for at kunne forebygge. Ud over arv er menneskers helbred bestemt af fysisk miljø, sociale forhold, mikroorganismer og adfærd. I sidste ende spiller sundhedsvæsenet også en stor og stigende rolle. Forklaringer på ulighed i helbred kan så handle om ulighed i forekomst af årsagerne til, at man bliver syg, ulighed i sårbarhed for deres helbredseffekter og ulighed i de forhold, som påvirker forløb og konsekvenser af sygdom, inklusive sundhedsvæsenets ydelser (Udesen et al., 2020:19)".

Ovenstående viser med tydelighed, at social ulighed i sundhed og sygelighed er en kompleks sag. Det handler om en række faktorer, såsom arv, fysisk miljø, sociale forhold, arbejds- og uddannelsesforhold, biologi, livsstil, osv., som alt sammen påvirker den enkelte persons sundhed og betingelser for at leve et sundt og tilfredsstillende liv. Borgerne, som er indskrevet i Den Sociale Udviklingsfond, er alle i udsatte positioner og udfordret på mange af disse forhold. Sundhed er, så at sige, både deres mindste og største problem.

Både årsagerne, til at folk er i udsatte positioner, samt løsningerne herpå har ingen simple forklaringer. Mennesker, som er socialt udsatte, finder det svært at overskue at tage vare på eget liv og sundhed. Udfordringerne handler også om, at borgere kan være for syge eller dårlige til at hjælpe sig selv, de har ikke evnen eller overskuddet til at søge behandling og orientere sig i sundhedsvæsenet eller forstå, hvad de får at vide. Og de har svært ved at strukturere og organisere aftaler på tværs af de offentlige instanser, som er sat i verden for at hjælpe (Pedersen, 2018; Sundhedsstyrelsen, 2013).

Den sociale ulighed i sundhed i Danmark, og de menneskelige og økonomiske omkostninger i forbindelse hermed, har medført en politisk opmærksomhed på at reducere den sociale ulighed i sundhed og styrke udsatte borgeres sundhed. Og det har medført en faglig opmærksomhed på, at problemerne med at fremme sundheden blandt socialt udsatte ligger og skal løses i krydsfeltet mellem det socialfaglige og sundhedsfaglige felt (Sundhedsstyrelsen, 2012, 2013). Det sundhedsfaglige felt har dog ikke traditionelt haft opmærksomhed på patienters hverdagsmæssige kontekst og sociale problemstillinger i behandlingen af socialt udsatte (Lehn-Christiansen et al., 2016) – ligesom det socialfaglige felt ikke traditionelt har arbejdet eksplicit med et fokus på sundhed

(Madsen, 2005). Der ligger et stort arbejde i at få dette krydsfelt til at fungere, sådan at det sundhedsfaglige system og det socialfaglige system får blik for hinanden og kan vidensdele på tværs. Systemerne begynder langsomt at få øje på nødvendigheden, men vi har at gøre med veletablerede og på sin vis ret usmidige systemer og fagligheder, som det kræver tid at ændre på.

Den politiske opmærksomhed på den sociale ulighed i sundhed har dog medført muligheden for at gennemføre en række udviklingsprojekter med fokus på at styrke sammenhængen mellem sociale indsatser og sundhedssystemet (se fx Sundhedsstyrelsen, 2012, 2013). Det er i slipstrømmen af sådanne projekter, at dette projekt placerer sig.

Den Sociale Udviklingsfond

Den Sociale Udviklingsfond (SUF) er en non-profit almennyttig fond med ca. 350 ansatte fordelt på 28 specialiserede afdelinger spredt over hele landet. Organisationens ydelser dækker over botilbud med døgnforanstaltning til mentorordning, socialøkonomiske virksomheder og beskæftigelsesrettede forløb. SUF arbejder tæt sammen med kommuner, behandlingssystem og pårørende, og leverer individuelt tilpassede løsninger, der alle har det til fælles, at de altid tager afsæt i det enkelte menneskes aktuelle situation og udfordringer.

Det er et kendetegn ved SUFs indsatser, at hver borger har adgang til en personligt tilknyttet socialkonsulent 24 timer i døgnet 365 dage om året. Socialkonsulenterne fungerer som daglig støtte for SUFs borgere og arbejder med at styrke borgerne i forhold til psykiske såvel som sociale udfordringer samt praktiske forhold som fx bolig, indkøb, kost, hygiejne og økonomi. Indsatsen er baseret på en relationspædagogisk tilgang som indebærer en høj grad af inddragelse og ligeværdighed i relationen med borgerne.

SUFs borgere er primært unge i alderen 18-35 år. Det er unge, som ofte kæmper med meget svære og sammensatte problemstillinger. Mere end halvdelen af de mennesker, som indskrives hos SUF, har én eller flere diagnoser, såsom Autisme Spektrum Forstyrrelser, ADHD, angst og fobier, dobbeltdiagnoser, misbrugsproblemer, Post Traumatisk Stress, selvskadende adfærd, skizofreni, udadreagerende adfærd eller spiseforstyrrelse. Deres problemer kommer ofte til udtryk som stress, svære selvværdsproblematikker, socialfobi og manglende selverkendelse, som gør det vanskeligt at leve et godt liv. Derfor tager SUFs tilbud altid udgangspunkt i det enkelte menneskes samlede livssituation.

I dette projekt har tre af SUFs afdelinger deltaget som pilotafdelinger, nemlig Stranden, BOAS Mentor og BOAS Frederiksberg.

Stranden er et botilbud til unge voksne med psykiske og sociale vanskeligheder, som typisk har svært ved at finde motivation til at ændre deres situation og mobilisere den nødvendige handlekraft. Mange har ligeledes vanskeligt ved at indgå i sociale fællesskaber som på en uddannelsesinstitution eller arbejdsplads. Stranden har specialiseret sig i at vejlede og hjælpe disse unge med massivt behov for støtte inden for en ramme, hvor de kan gøre sig praktiske erfaringer med hverdagen og udvikle sig personligt hen mod et liv med størst mulig selvstændighed.

BOAS Mentor er et botilbud til normalt begavede unge og voksne med Autisme Spektrum Forstyrrelse, Aspergers Syndrom og/eller ADHD. Flere har desuden følgetilstande som OCD, angst og depression. Her er målet, at de unge eller voksne gennem individuelt tilrettelagte udviklingsforløb opnår en så høj grad af selvstændighed og selvværd, at det på sigt er muligt at leve et meningsfuldt liv med mindst mulig støtte, sådan at de kan håndtere voksenlivet i egen bolig bedst muligt.

BOAS Frederiksberg er et behandlings- og botilbud for normalt begavede unge voksne med en autismspektrumforstyrrelse og svære følgetilstande. Her ydes socialpædagogisk behandling med ADL-træning, personlig udvikling og social træning, og deres store fokus er på at hjælpe unge voksne til at fungere i uddannelse og beskæftigelse.

Afdelingerne er således forskellige, men deres borgere har det til fælles, at de har behov for individuelt tilpassede sociale tilbud og på hver deres måde er udsatte i forhold til sundhedsmæssige og sociale livsforhold. Fælles for dem har også været et ønske om at integrere et mere systematisk blik for sundhedsfremme i deres praksis, hvor det socialpædagogiske arbejde inddrager overvejelser og beslutninger om tilbuddenes sundhedsmæssige rammer og målsætninger for deres borgere.

Formål og målsætninger for Projekt Sundhed i Den Sociale Udviklingsfond

Med udgangspunkt i ovenstående problemfelt har Projekt Sundhed i Den Sociale Udviklingsfond taget udgangspunkt i følgende antagelser:

- Et mere systematisk fokus på livsstil og sundhedsfremme kan, med rette pædagogiske tilgang og indstilling, være med til at skabe en bedre hverdag for SUFs borgere og socialkonsulenter.
- Identifikation og udvikling af socialkonsulenternes sundhedsfremmende kompetencer øger motivationen for at skabe bedre betingelser for en sundere hverdag for udsatte borgere.
- Fælles sundhedsfremmende aktiviteter og undervisning for borgere og socialkonsulenter skaber fællesskaber, der kvalificerer den sundhedsfremmende og socialfaglige indsats.
- Et mere systematisk fokus på livsstil og sundhedsfremme kan repræsentere et fælles tredje, som fremmer en tillidsskabende og konstruktiv pædagogisk relation imellem borgere og socialkonsulenter.

I et samarbejde mellem Statens Institut for Folkesundhed (SIF) og SUF er Projekt Sundhed i Den Sociale Udviklingsfonds formål formuleret på denne baggrund og har således været tredelt. Dels har formålet været at *fremme sundheden* hos de udsatte unge, som er indskrevet i Den Sociale Udviklingsfond, samt at udvikle de unges handlekompeterencer i forbindelse med egen sundhed. Dels har formålet været at *udvikle socialkonsulenternes kompetencer* i forbindelse med at skabe en mere systematisk sundhedsfremmende praksis i SUF. I praksis har det været nødvendigt at fokusere på socialkonsulenternes kompetencer først, og det er også deres processer, som har fyldt mest i projektet. Derfor fylder socialkonsulenternes erfaringer og de faglige overvejelser, som er forbundet hermed, også meget i denne rapport.

Projektet er et aktionsforskningsprojekt. Den aktionsforskningsmæssige ramme forklares senere, og definerer det tredje formål, nemlig at *generere viden* om de organisatoriske processer, der fører dertil, altså hvilke organisatoriske processer der kan styrke arbejdet med sundhedsfremme i det socialfaglige arbejde.

Hvor ovenstående formål blev defineret som målsætninger for det overordnede projekt og for SUF som organisation, har de tre pilotafdelinger hver udvalgt nogle forskellige fokusområder. Hos BOAS Frederiksberg var den lokale målsætning at blive klogere på og arbejde med personalets motivation i forbindelse med sundhedsfremme. Hos BOAS Mentor var den lokale målsætning at blive klogere på og arbejde med, hvordan man skaber motivation hos de unge i forbindelse med sundhedsfremme. Hos Stranden var den lokale målsætning at blive klogere på og arbejde med at inddrage de unge i den sundhedsfremmende praksis og undersøge, hvordan sundhedsfremme som det fælles tredje kunne anvendes mere bevidst og engagerende.

Projektets opbygning og organisering

Den Sociale Udviklingsfond er ejer af Projekt Sundhed i Den Sociale Udviklingsfond, mens BOAS Frederiksberg, BOAS Mentor og Stranden som pilotafdelinger hver især har formuleret deres sundhedsfremmeprojekt og fokus. Det været SIFs rolle at sikre sammenhæng mellem projektets overordnede formål og de udviklingsprocesser, som er foregået, og de lokale målsætninger, der har været sat i de enkelte afdelinger. SIF har således haft ansvaret for at sikre, at SUFs eksisterende faglighed og viden på det sundhedspædagogiske felt blev udfordret og udvidet – støtte de tre afdelinger i at opnå deres respektive målsætninger med henblik på at skabe et sundhedspædagogisk ”kompetenceløft” i de enkelte afdelinger, som på sigt kunne brede sig til resten af SUF. Det videnskabelige arbejde har taget udgangspunkt i følgende forskningsspørgsmål:

- 1) Hvilke sundhedsfremmende kompetencer er nødvendige for at understøtte forandringer mod en mere sundhedsfremmende praksis?
- 2) Hvordan kan man skabe en mere systematisk tilgang til sundhedsfremme i Den Sociale Udviklingsfond?

Forskningsspørgsmålene har fungeret som et centralt pejlemærke for processen og for den overordnede analyse af organisationens udviklingsproces i relation til projektets ambitioner – på afdelings- og organisationsniveau; dette på baggrund af materiale indsamlet ved møder og temadage i form af referater, refleksioner noteret på post-its, oplæg og andre dokumenter. På baggrund af analysen, og i dialog med deltagerne, har SIF uddraget de vigtigste fund fra processen, som indgår i denne for projektet afsluttende rapport. I forbindelse med projektet vil SUF desuden udgive et metodekatalog, som indeholder konkrete beskrivelser af nogle praktiske tilgange til sundhedsfremme i det socialfaglige arbejde, som er afprøvet i forbindelse med udviklingsprocessen i dette projekt, og som er tænkt som inspiration til andre afdelinger i SUF og andre inden for feltet, der ellers kunne have interesse.

Aktionsforskning – en teoretisk og værdimæssig ramme

Projektet er inspireret af kritisk utopisk aktionsforskning (Nielsen, 2001; Nielsen & Nielsen, 2006). Aktionsforskning er karakteriseret ved at have som ambition at skabe (1) viden, og (2) udvikling af praksis, i én og samme proces. Det indebærer en demokratisk praksisorienteret og kritisk tilgang til videnskabelse, som både forholder sig til de praktiske forandringer, som projektet medfører, såvel som de betingelser (både sociokulturelle, økonomiske og politiske), der er for at skabe disse forandringer. Det demokratiske element skal forstås som nogle principper for deltagelse, der involverer, at forskningen går i dialog med, har et ligeværdigt forhold til og inddrager praksis i forsknings- og udviklingsprocessen. Det praksisorienterede element handler om, at projektet skal skabe forandring i praksis og være socialt bæredygtigt. Det kritiske element handler om, at projektet skal være myndiggørende og skabe empowerment blandt deltagerne, men også give plads til kritik fra de involverede parter af de eksisterende forhold og mulighederne for at skabe forandring. Kritikken er et centralt element i bestræbelsen på at gøre projektet meningsfuldt for deltagerne og dermed reelt forandrende.

1) Viden

Aktionsforskning indebærer en normativ forskertilgang, som er baseret på en dialogisk relation mellem forsker og praktikere. Forskeren indgår ligeværdigt og aktivt i refleksionerne over projektets erfaringer og inddrager teori, viden eller andre faglige input til hjælp i vurderingerne af projektets udvikling og udfald. Vidensproduktionen foregår lokalt og sker i forbindelse med, at projektet – herunder projektets deltagere – udvikler sig, og der sker en forandring af praksis. På denne baggrund

kan det, senere i processen, blive muligt at udtrække mere generelle principper for, hvad der kan skabe (sundhedsfremmende) forandring i det bredere organisatoriske landskab.

2) Udvikling af praksis

Det er et centralt mål for aktionsforskningen at skabe udvikling og forandring af praksis. Det er pointen, at denne er baseret på de erkendelsesprocesser, som skabes gennem den fælles vidensproduktion. Erkendelses- eller læreprocesserne vil være af individuel karakter, men kan også foregå som social læring eller som en "kollektiv dannelsesproces". Udviklingen indebærer altså både individuel erfaringsdannelse hos den enkelte medarbejder, borger etc., men kan også medføre en ændring af de kulturelle normer i organisationen.

Det skal pointeres, at der altså ikke er tale om empiriproduktion, analyse og fortolkning i klassisk videnskabelig forstand, men om at vidensproduktion, udvikling og læring sker som følge af de sociale forandringsprocesser, projektet medfører. Præmissen er, at de individuelle og sociale erkendelser ikke nødvendigvis er til at forudse, men at de til gengæld vil være relevante og meningsfulde for deltagerne og dermed forhåbentlig skabe mulighed for bæredygtige sociale forandringer. Dokumentationen af disse erkendelsesprocesser bidrager til den læring og vidensproduktion, som finder sted, og foregår i et samarbejde mellem forskere og deltagere.

Metoder

Metodiske tilgange inden for aktionsforskningen hviler som nævnt på principper omkring demokratisk deltagelse og ønsker om, at deltagerne opnår en kritisk distance til dominerende "selvfølgeligheder" og forståelser af hverdagen i organisationen og den eksisterende pædagogiske praksis. Metodisk forsøger man at skabe en "utopisk horisont" eller et midlertidigt frirum som forudsætning for at kunne etablere denne kritiske distance. Antagelsen er, at man må lidt på afstand af sin praksis for at kunne betragte den med et kritisk blik for dermed at kunne få øje på, hvilke rutiner og dele af praksis der kunne forandres til noget bedre (for den professionelle selv og for eksempelvis borgerne), men også, hvordan dette kan gennemføres. Forskeren bærer en stor del af ansvaret for at "skabe, fastholde og lande dette frirum" (Nielsen, 2001:17). I nærværende projekt har dette frirum været skabt ved møder, pædagogiske dage og seminarer, som har været organiseret med inspiration fra eksempelvis fremtidsværksteder (Jungk & Müllert, 1984), interview (Tanggaard & Brinkmann, 2010) og faglige oplæg og erfaringsdeling med efterfølgende fælles refleksioner og drøftelser. Det centrale har været at skabe rum for alle typer af erfaringer, ideer og kritikker som udgangspunkt for at udføre meningsfulde demokratiske diskussioner og beslutningsprocesser omkring den sundhedsfremmende praksis.

Med aktionsforskningens terminologi kan man således sige, at hver af de tre pilotafdelinger i deres hverdagslige socialfaglige arbejde med projektet har kunnet etablere "sociale eksperimenter" (Nielsen, 2001) i form af at afprøve forskellige pædagogiske fokusområder, aktiviteter, tiltag og dataindsamlingsmetoder. Her kunne deltagerne ikke blot bearbejde erfaringer, men også *producere* nye erfaringer. I et aktionsforskningsperspektiv er sociale eksperimenter en forudsætning for at (turde) tænke radikalt og afprøve noget, som er anderledes end det, man kender. Ved et eksperiment har man mulighed for at udforske noget, som "endnu ikke er, men som er ønskeligt" (Nielsen, 2001:15). Den fælles viden, man opnår igennem et eksperiment, skaber nyt lys over den praktiske pædagogiske hverdagsvirkelighed, og der skabes et nyt fælles erfaringsgrundlag. De sociale eksperimenter har skabt et rum for at gøre forandringerne i praksis mindre omkostningsfyldte. Der har været mulighed for at prøve noget af, som nu kan udbredes i den større organisatoriske sammenhæng, og det kan fremadrettet være middel til at vedligeholde og skabe en kultur, der har mod til at drøfte alternative praksisformer i forbindelse med andre udviklingsprojekter.

Projektets etik

Forskning funderes altid på et værdimæssigt grundlag og vil altid, på den ene eller anden måde, have implikationer for det, som udforskes, og for dem, som deltager i processen. Af denne grund er en grundig etisk opmærksomhed helt central, og man må kontinuerligt have fokus på at undgå at gøre skade på og udvise respekt for de deltagende parter (Petersen & Ladefoged, 2020). Aktionsforskning indebærer en slags forstyrrelse i deltagernes personlige og faglige liv og erfaringer, og indebærer dermed potentielt både etiske problemer og potentialer (Brinkmann, 2010). Potentialet ligger i ønsket om at fremme sundhed og livskvalitet for udsatte og marginaliserede borgere og i ønsket om at skabe bedre betingelser for, at SUFs socialkonsulenter kan arbejde mere konfliktfrit med sundhedsfremme i deres socialfaglige praksis. Valget af aktionsforskning som tilgang og værdimæssig ramme for projektet har netop været med til at opretholde en løbende opmærksomhed på eventuelt etiske problemer eller komplikationer i forbindelse med projektets aktiviteter, indsamling af empiri samt behandling og formidling af projektets fund og erkendelser. At arbejde med sundhedsfremme i det socialfaglige arbejde kan, som rapporten senere vil komme ind på, være en personlig og fagligt grænseoverskridende proces for de involverede fagprofessionelle. Dette har der været opmærksomhed på hele vejen igennem, dels ved at anerkende og give plads til de forskellige socialkonsulenter og borgeres perspektiver og dels ved at gøre sig umage med at inddrage disse i de beslutninger, som er taget undervejs.

Rapportens opbygning og fremstilling

Denne rapport er som nævnt en erfaringsopsamling. For at følge aktionsforskningens tankegang om fælles videnskabelse mellem forskere og praktikere indeholder rapporten vidensbidrag i form af praktiske procesbeskrivelser fra de tre pilotafdelinger samt nogle refleksioner og erkendelser, som er opstået i forbindelse hermed. Dette både fra et praksisperspektiv og derefter fra et mere overordnet analytisk videnskabeligt perspektiv.

I det følgende vil de tre pilotafdelingens vidensbidrag blive beskrevet. Først lidt om deres respektive baggrunde og motivation for at deltage og dernæst lidt om deres udviklingsproces og de vigtigste erkendelser, som de i fællesskab med SIF er nået frem til undervejs. Hjulpet på vej af nogle af SIF foreslåede overskrifter har de tre pilotafdelinger selv formuleret disse bidrag om deres udviklingsproces og erkendelser. Deres tekst har gennemgået redigering med blik for rapportens overordnede sammenhæng, struktur og sprog – dog også med blik for, at afdelingernes forskelligheder og forskellige processer kan skinne igennem i denne endelige udgave. Forud for pilotafdelingernes bidrag indledes kort med et afsnit om projektets forløb og organisering og lidt om den samfundsmæssige kontekst for projektet med fokus på nogle særlige samfundsmæssige faktorer, som har påvirket pilotafdelingernes muligheder for at arbejde med projektet.

De tre pilotafdelingens afsnit efterfølges af en fremstilling af projektets overordnede fund og erkendelser set fra et mere analytisk og tværgående perspektiv. Dernæst følger en konklusion og en kort besvarelse af projektets forskningsspørgsmål, og til sidst afrundes med en perspektivering.

Erfaringsopsamling fra afdelingerne

Projektets forløb og organisering

Projekt Sundhed i Den Sociale Udviklingsfond har forløbet over to år fra 2019 til 2021 og blev skudt i gang ved et kick-off arrangement i januar 2019, hvor de drivende kræfter i projektet deltog, herunder seks unge indskrevne i SUF, ca. 10 socialkonsulenter og lederne for de tre pilotafdelinger foruden en projektleder og SUFs regionsdirektør for Østdanmark. Kick-off arrangementet havde fokus på at præsentere baggrunden og visionerne for projektet og for rollefordelingen i det daglige arbejde med projektet. Desuden præsenterede SIF nogle overordnede pointer omkring sundhedsfremme, sundhedspædagogik og aktionsforskning. Det var også her, at forsker, medarbejdere og borgere fra de tre pilotafdelinger mødte hinanden for første gang.

Det skal nævnes, at der i forbindelse med kick-off arrangementet blev der gjort en del ud af at præsentere nogle udvalgte socialkonsulenters rolle som "forskningsassistenter" (se figur/slide fra dagen). Forskningsassistenterne har i praksis fungeret som de primære drivkræfter i driften af projektets aktiviteter, holde projektet i gang og bidrage med "empiri" i form af dokumentation til brug for den endelige rapportering og formidling af projektet. Forskningsassistenterne er udvalgt på baggrund af deres interesse i sundhedsfremme og i projektet og har også været medskrivere af beskrivelser fra de tre pilotafdelinger, som følger senere i denne rapport. Projektlederens rolle har været koordinerende og understøttende for de forskellige aktiviteter i projektet, herunder i form af sparring i forbindelse med konkrete opgaver samt mødearrangør og leder i forbindelse med mødeaktiviteter samt ansvarlig for mødereferater.

Forskningsassistenternes forudsætninger og rolle

Forudsætninger

- Forstår hvordan projektet giver mening og understøtter Den Sociale Udviklingsfonds værdier og kerneopgave
- Har akademiske kompetencer og evner at arbejde systematisk, inddragende og formidlende
- Vil engagere sig aktivt i forskningsprojektet
- Kan rumme og overvinde modstand, når projektet er "op ad bakke"

Rolle

- Være primusmotor for projektet lokalt
- At se egen projektafdelingen som en del af et samlet forskningsprojekt
- Sikre fremdrift i forskningsprojektet i samarbejde med afdelingsleder og projektleder
- Indsamle, bearbejde og analysere empiri i samarbejde med Dina
- Omsætte resultater til nye praksishandlinger, der fremmer sundhed for målgruppen i samarbejde med såvel kolleger som unge

Projektets aktiviteter bestod, foruden arbejdet med sundhedsfremme i de enkelte afdelingers daglige praksis (eksempelvis en-til-en arbejdet med borgerne, personalemøder etc.) i en række temadage og møder i afdelingerne med deltagelse af SIF samt styregruppemøder. Temadagene blev afholdt som fællesarrangementer med deltagelse af alle tre pilotafdelinger, projektleder, regionsdirektør og SIF. De indeholdt nogle få faglige oplæg, men bestod oftest af drøftelser og erfaringsdeling imellem de tre pilotafdelinger. Møderne i afdelingerne bestod ofte af projektlederen, SIF samt afdelingsleder og forskningsassistenter. Dog blev flere møder udvidet til at indbefatte de fleste socialkonsulenter i afdelingerne (et forhold, som bliver uddybet i løbet af rapporten). Møderne havde fokus på at imødekomme de konkrete planer og eventuelle udfordringer med de sundhedsfremmende indsatser eller temaer, som der blev arbejdet med lokalt. Styregruppen har mødtes ca. 2-3 gange årligt, hvor opgaven har været at sikre projektets samklang med SUFs strategier, visioner og værdier, sikre ledelse og kollegamæssig opbakning til projektet, sammenhæng på tværs af organisationen samt sikre gode vilkår for efterfølgende transfer i den samlede organisation.

Lidt om den samfundsmæssige kontekst

Udviklingsprojekter som dette vil altid være påvirket af samtidens begivenheder og strømninger. I den forbindelse er der to samfundsmæssige forhold, som har været toneangivende for dette projekt, og som er værd at nævne for deres betydning for de arbejdsprocesser, der har fundet sted lokalt. Disse forhold er *Det risikobaserede tilsyn* og *Covid-19*.

Det risikobaserede tilsyn på sociale dag- og døgntilbud er lovpligtigt og blev påbegyndt i 2017. Det indebærer, at Styrelsen for Patientsikkerhed har til opgave at føre sundhedsfagligt tilsyn i henhold til sundhedsloven med alle typer af behandlingssteder, hvor der varetages sundhedsfaglig behandling, pleje og forebyggelse, heriblandt bosteder. Tilsynet vurderer og fører kontrol med patientsikkerheden og bidrager samtidig med viden og læring til at understøtte og styrke patientsikkerheden på behandlingssteder. Et risikobaseret tilsyn foregår enten ved udvælgelse af behandlingssted som stikprøve, som opfølgning på påbud fra tidligere tilsyn eller som et reaktivt tilsyn på baggrund af en bekymringshenvendelse.

For de lokale afdelinger i SUF har indførelsen af Det risikobaserede tilsyn betydet en anden og mere systematisk tilgang til sundhed og forebyggelse med blandt andet krav om specifikke sundhedsfaglige journaloptegnelser, instrukser og tydelige arbejdsgange¹. I forbindelse med tilsynet valgte SUF at tilkøbe et sundhedsmodul som tilføjelse til deres elektroniske journalsystem EG Sen-sum, BOSTED i daglig tale, som er udarbejdet i samarbejde med Styrelsen for Patientsikkerhed. Den Sociale Udviklingsfond tilkøbte Sundhedsmodulet i 2019 for at have et systematisk journalsystem, der imødekommer og understøtter de krav, der stilles fra Det risikobaserede tilsyn.

Sundhedsmodulet er designet til at kunne hjælpe socialkonsulenterne med den daglige sundhedsfaglige dokumentation, som blandt andet indeholder oplysninger om borgernes fysiske og psykiske sundhedstilstand, herunder beskrivelse og opfølgning af de 12 sygeplejefaglige fokuspunkter², samt oplysning om samtykke, diagnoser, habilitet og medicin. Områderne fremkommer med overskrifter, og der er udarbejdet hjælpetekster ved de 12 sygeplejefaglige fokuspunkter. Dertil dokumenteres viden om borgernes aftaler med sundhedsvæsenet, så de kan få støtte i opfølgning heraf.

¹ <https://stps.dk/da/tilsyn/tilsyn-med-behandlingssteder/tilsyn-med-bosteder/> hentet 16.03.2021

²1) Funktionsniveau, 2) Bevægeapparat, 3) Ernæring, 4) Hud og slimhinder, 5) Kommunikation, 6) Psykosociale forhold, 7) Respiration og cirkulation, 8) Seksualitet, 9) Smerter og sanseindtryk, 10) Søvn og hvile, 11) Viden og udvikling, 12) Udskillelse af affaldsstoffer

Det har for mange socialkonsulenter været en ny situation at skulle forholde sig til det sundhedsfaglige område ud fra et sundhedsfagligt perspektiv fremfor et pædagogisk. Dette har både givet anledning til faglige udfordringer, undren over nødvendigheden deraf, men også givet mening og læring i mange situationer. I forbindelse med dette projekt har Det risikobaserede tilsyn og Sundhedsmodulet fået mere mening på den måde, at det kan gå i tråd med et fokuseret arbejde med sundhedsfremme. Socialkonsulenterne finder bedre mening i Det risikobaserede tilsyn og kan bruge de obligatoriske sundhedssamtaler, der er forbundet med Sundhedsmodulet, til at orientere sig i forhold til potentielle sundhedsområder, hvor borgerne kunne være villige og motiverede til at arbejde med egen sundhed.

Covid-19-pandemien har siden februar 2020 påvirket det danske samfund i form af restriktioner og nedlukninger periodevis og i større og mindre grad. Både under og imellem nedlukningerne har alle i landet levet med restriktioner, såsom at bære mundbind i kollektiv transport og butikker, afholdelse af 1-2 meters afstand til hinanden og et forsamlingsloft for, hvor mange mennesker der har måttet samles i det offentlige rum. Dette har præget alle menneskers dagligdag (Ottosen & Ancher-Jensen, 2021). For eksempel har en undersøgelse af Institut for Folkesundhedsvidenskab ved Københavns Universitet (Møller, Ekholm, & Thygesen, 2021) vist, at der generelt er et højt niveau af ensomhed i alle aldersgrupper. Den alvorlige situation og medfølgende usikkerhed har følt sig svær for alle og har skabt endnu dårligere betingelser for mennesker i særligt udsatte og isolerede positioner. Situationen har præsenteret SUFs medarbejdere for nye og anderledes udfordringer i det daglige arbejde med at støtte deres borgere. Og, som det vil blive beskrevet i de følgende beretninger fra de tre pilotafdelinger, har det medført både forstyrrelser i projektet og svære situationer, men også nødvendige konstruktive nytænkninger af deres praksis, som har fungeret frugtbart i sammenhæng med de sundhedsfremmende indsatser i forbindelse med dette projekt.

De kontekstuelle forhold og deres betydning for projektet, i konkret forstand, vil blive nævnt flere steder i den kommende del af rapporten, nemlig i de tre afdelingers egne beskrivelser af deres arbejdsprocesser og de erkendelser, som disse har medført igennem projektets forløb.

Stranden

Af Lisa Schmidt Andersen, Karina Soltau og Mads Richmond

Beskrivelse af Stranden

SUF Stranden er et godkendt §107-botilbud med 30 pladser. Målgruppen er unge voksne mellem 18 og 45 år med psykiske og sociale vanskeligheder. De unge har typisk svært ved at finde motivation til at ændre deres situation og mobilisere den nødvendige handlekraft. Mange kæmper med depressive tendenser, dårlige døgnrytmer, massiv medicinordning med følgevirkninger, manglende energi og initiativ, og har ofte svært ved at træffe og handle på de "gode og fornuftige" valg for dem selv. Mange har ligeledes vanskeligt ved at indgå i sociale fællesskaber som på en uddannelsesinstitution eller arbejdsplads, private netværk, familier etc. Stranden har specialiseret sig i at vejlede og hjælpe disse unge med massivt behov for støtte. Rammen er bo-miljøet, hvor de unge kan gøre sig praktiske erfaringer med hverdagen og udvikle sig personligt hen imod et liv med størst mulig selvstændighed. Stranden kan tilbyde 3 forskellige boformer – et bofællesskab i huset på Amager Strandvej, hvor de unge bor på enkeltværelser og deler bad, toilet, køkken og fællesområder, dobbelthuse på Engvej, hvor de unge bor 2 og 2 og deler køkken og bad/toilet, samt 2-værelses lejligheder beliggende på Østerbro.

Når en ung voksen indskrives på SUF Stranden, tildeles der to faste kontaktpersoner (socialkonsulenter), som den unge samarbejder med omkring deres personlige udviklingsmål, og hvad der ellers rører sig i livet og dagligdagen. Her lægges der stor vægt på at skabe en tillidsfuld og tryk relation mellem den unge og kontaktpersonerne, der anses som et bærende element for den unges udvikling og modtagelighed for hjælp og støtte.

Relations-arbejdet er altid i spil og helt centralt for arbejdet med de unge indskrevet i SUF Stranden. Det er en styrende pædagogisk antagelse for socialkonsulenterne, at arbejdet med sårbare mennesker bedst gøres ved at forholde sig ydmygt til de unges tilværelse og udfordringer. Ligeledes at forholde sig åbent og nysgerrigt til deres handlinger, da antagelsen er, at de altid ligger nært forbundet til gamle vaner, følelser, måske endda et fysisk behov eller et bevidst ønske om at gøre eller opnå noget bestemt. Dette gør sig også gældende i forhold til arbejdet med sundhed. Princippet bygger på en socialpædagogisk antagelse om, at jo bedre man er til at forstå de mennesker, man omgås og arbejder med, desto bedre bliver man i stand til at hjælpe dem med at hjælpe sig selv og opnå en øget livskvalitet.

Strandens motivation for at deltage i projektet

Det har igennem flere år været vigtigt for Stranden at deltage i sundhedsfremmeprojekter med den faglige udvikling og arbejdet med målgruppens udfordringer for øje. Stranden har tidligere deltaget i to andre projekter relateret til sundhed. Begge projekter har haft positive resultater i form af, at kosten har ændret sig til at være mere sund i afdelingen. Fx er der nu fokus på at servere grønt, frugt og vand til alle måltider. Hvidt brød er erstattet af mandler, frugt og rosiner – dette gør sig ligeledes gældende ved personaleaktiviteter. Samtidig har afdelingen investeret i en vandkøler med flere funktioner, så fx sodavand og saft kan erstattes af bl.a. danskvand. Derudover har afdelingen et større fokus på fysiske aktiviteter samt vejtrækningsøvelser. Dette fokus har medført, at de unge i højere grad er motiveret for deltagelse i fysiske aktiviteter. Arbejdet med sundhed er ydermere

understøttet af, at afdelingen har ansat en aktivitetsmedarbejder. Denne har særligt fokus på forskellige tiltag som lægger op til, at socialkonsulenter og unge kan deltage i aktiviteterne sammen. Dette har imødekommet et specifikt ønske fra de unge om flere fælles aktiviteter mellem unge og socialkonsulenter.

Afdelingen holder desuden årligt ferieture, hvor det sociale samvær er i fokus og dét at opleve sig selv sammen med andre i nye og anderledes rammer end de kendte. Dette medfører en øget bevidsthed om sundhed hos de unge og et øget fokus på en sund livsførelse, som afføder bl.a. efterspørgsel på muligheden for fx mindfulness på turene.

I forbindelse med tidligere projekter har Stranden fået øjnene op for den store betydning af det fælles tredje. Det fælles tredje har indebåret, at unge og socialkonsulenter mødes om en sund livsstil eller fælles sunde interesser på en ligeværdig og for begge meningsfuld måde.

På baggrund af disse tidligere erfaringer definerer Stranden det fælles tredje som mere end et fællesskab eller dét at udføre en opgave. Det handler om at være sammen om en fælles interesse, nysgerrighed eller mål. Men det indeholder også en pædagogisk dimension, hvor begge parter kan lære noget og lære fra sig, i et ligeværdigt rum. Et fælles tredje indebærer også medbestemmelse, inddragelse, fællesskab og samarbejde.

At forandringerne fra tidligere ikke kun var noget, som de unge kunne drage fordel af, men at der var etableret en ligeværdig platform, som også kom konsulenterne til gavn, fagligt og personligt, har vist sig at være et bæredygtigt pædagogisk pejlemærke. Dette udgør afsættet og motivationen for nærværende projekt.

Formålet med Strandens deltagelse i projektet

På Stranden sætter vi således fællesskab i centrum, fordi det er vigtigt for vores relationsarbejde med de unge. I tråd med dette har Strandens formål med nærværende projekt været at undersøge, hvilken betydning deltagelse i det fælles tredje har for relationen mellem de unge og medarbejderne, samt hvilken betydning det har, at de unge bliver inddraget og har indflydelse på projektplanlægning og gennemførelse. Desuden har formålet været at skabe større mulighed for deltagelse fra flere unge i et fast interval og mulighed for at deltage sammen med de trygge relationer i kontaktpersonerne. Pointen har ligeledes været at skabe større tydelighed og forudsigelighed i personalegruppen med en forhåbning om øget tryk ved mødet med flere forskellige ansatte. Tanken var, at rammerne kunne tilbyde et afsæt i det fælles tredje og et sted, hvor de unge kunne finde inspiration og inspirere med deres forskellige kompetencer, hobbyer og interesser. Fællesskab de unge imellem og fællesskab kollegaer imellem er vigtigt for netop at skabe tryk, tillid og udvikling.

Fokusområder

I et sundt fællesskab er begreber som tryk, medejerskab, ansvarlighed og interesse til stede, som kan danne grobund for nye relationer, inspiration og læring. Det handler ikke om at få alle unge til at deltage i alt men om selve deltagelsen og velviljen. På baggrund af disse antagelser har Strandens fokusområder i projektet været følgende:

- at styrke den sundhedsfremmende fokus med udgangspunkt i Strandens holistiske metoder og tankegang.
- at styrke Strandens sociale fællesskaber mellem de unge, mellem unge og socialkonsulenter og socialkonsulenterne imellem.

- at afprøve, om et fokus på både fysisk, mental og social sundhed kan medvirke til at skabe udvikling for Strandens borgere og medarbejdere.

I særdeleshed var pointen at have et øget fokus på det fælles tredje, fællesskab og mental sundhed. Strandens medarbejdere ville se, hvad et øget fællesskab kunne have af muligheder for vores unge, og hvilken effekt det kunne have på vores allerede eksisterende fælles aktiviteter og nye tiltag, såsom havedag, online spilleaften, diverse sommerferieaktiviteter, træning etc. Det blev besluttet, at alt dette skulle tage form i et uformelt møde imellem ansatte og unge hver fredag på Stranden med fokus på hygge, spise lidt mad eller spille spil, sige tak for en foregående uge og "god weekend". Aktiviteten fik navet Weekendhilsen.

Weekendhilsen har således været Strandens tiltag til en kulturændring med større fokus på fællesskab, det fælles tredje og flere sociale aktiviteter. Pointen har været at skabe trygge relationer på kryds og tværs af alle på Stranden for at øge de unges sociale netværk, kompetencer og oplevelser af social og mental sundhed. Weekendhilsen skulle foregå ca. hver anden uge på fredage kl. 12-14, og alle ansatte er blevet opfordret til at deltage sammen med deres unge i arrangement omkring mad og aktivitet. Som aktivitet og pædagogisk ramme blev Weekendhilsen udviklet på baggrund af en forhåbning om en ny kultur og et fokus på at slutte ugen sammen med god stemning og mulighed for at få taget en sidste snak inden weekenden, hvor de unge ofte kan føle sig ensomme. Det var desuden ønsket at skabe et rum, hvor de unge kunne have en funktion, føle sig inddraget og hørt i forhold til Strandens aktiviteter, herunder beboermøder, fællesspisninger, sommerferieaktiviteter etc.

Deltagere

Da Stranden indgik i projektet, var det fra starten vigtigt at inddrage de unge i hele processen, både på det teoretiske og praktiske plan. Projektgruppen bestod derfor af tre socialkonsulenter og tre unge, hvor alle indgik på lige fod og med lige indflydelse. Det eksisterende fokus på brugerinddragelse skulle styrke indsatsen omkring det fælles tredje. På grund af personlige udfordringer og deraf manglende overskud, og på grund af udskrivning for nogles vedkommende, faldt de unge dog fra undervejs i projektet. Når der arbejdes med denne målgruppe, der kæmper med mange forskellige udfordringer af både psykisk og fysisk karakter, og som samtidig er midlertidigt indskrevne, var det også delvist forudsigeligt og forventeligt, at der var risiko for frafald undervejs. Efter de unges frafald blev det besluttet, at personalet i projektgruppen alene gik videre med projektarbejdets organisatoriske og planlægningsmæssige del.

Beskrivelse af processen

Før projektets formelle start blev de unge informeret personligt via kontaktpersonerne og via beboermøderne, henholdsvis på Amager Strandvej og på Østerbro. Denne form blev valgt for at sikre, at alle unge blev orienteret og klædt bedst muligt på – dels i den trygge kontakt med kontaktpersonerne, dels i de allerede eksisterende fællesskaber, som beboermøderne repræsenterer. På denne måde blev det muligt for de unge at gennemgå overvejelser, spørgsmål og refleksioner sammen med kontaktpersonen, inden de eventuelt blev taget med til beboermødet.

Som projektet udviklede sig, blev det tydeligere, at det krævede hele personalegruppens medejerskab, deltagelse og fokus, hvis Weekendhilsen skulle opnå deltagelse af så mange unge som muligt. Denne erkendelse hos Strandens personale ændrede dynamikken for projektet, og flere af de unge følte det tryggere at deltage i Weekendhilsen, når de befandt sig i deres trygge relationer med kontaktpersonerne, som også var til stede. Ændringen gav desuden en større oplevelse af fællesskab i personalegruppen.

Fra starten blev Weekendhilsen afholdt ugentligt i vinteren 2019, dette på trods af vinterkulde og hårdere udendørs betingelser. Det krævede et stort arbejde at samle folk, opfordre til ejerskab, arrangere frokost og aktiviteter etc., og da Stranden er fordelt over to matrikler på henholdsvis Amager og Østerbro, var det krævende at få de unge på Østerbro til at transportere sig Amager hver uge. For at tilgodese den store gruppe af Strandens unge, som bor der, og gøre det nemmere for dem at deltage uden den lange transport hver gang, blev Weekendhilsen således afholdt på Østerbro hver anden gang.

I sommerferieperioden 2019 blev frekvensen ændret og Weekendhilsen blev i stedet planlagt hver anden uge, så det matchede bedre med de unges og ansattes formåen (fx i forhold til ferier, kurser, osv.). Og i foråret 2020 skabte Coronapandemien, med de tilhørende restriktioner og samlingsforbud, et behov for at sætte Weekendhilsen på en pause, og ved projektets afslutning var dette stadig gældende. Stranden håndterede dette ved at opstarte Weekendhilsen "online". På denne måde ville det være muligt at samle folk og fx spille online Tegn og Gæt. Desuden har de unge fået leveret indkøbsposer med madvarer og godter til weekenden i de perioder, hvor der har været nedlukning.

Undervejs i processen har projektet, herunder Weekendhilsen, altså måtte justeres og tilpasses både for personalegruppen og ungegruppen. For Stranden er det blevet tydeligt, at fællesskab kan betragtes og arbejdes med som en organisk størrelse, der konstant ændrer sig med ungegruppen og personalegruppen og med samfundet. Udviklingsprocessen og Strandens arbejde med sundheden, fællesskabet og det fælles tredje vil på den måde være i konstant forandring og som udviklingsproces indgå som en fast del i arbejdet fremover.

Projektets vigtige fund og erkendelser

Weekendhilsen og fællesskabets betydning for sundhedsfremme

Med den gruppe af unge, som er indskrevet på Stranden, kan man ikke forvente, at alle kommer til at deltage i en aktivitet som Weekendhilsen. Ambitionen har ikke været at få flest muligt til at deltage i Weekendhilsen, men at få det til at fungere godt for dem, som gjorde. Dette, er antagelsen, vil på den længere bane tiltrække nye deltagere. Strandens personale vil blive klogere og bedre til at ramme de unges behov og til at arbejde med at skabe det fælles tredje og skabe et inkluderende, attraktivt og stærkt fællesskab i forbindelse med aktiviteter som Weekendhilsen, for både unge og ansatte.

Undervejs i forløbet har der været flere interne og eksterne forhindringer, som har skabt behov for omstilling og ændringer på de ellers opstillede rammer. Som nævnt var noget af det første, at frekvensen på Weekendhilsen måtte ændres fra en gang ugentligt til hver anden uge – det blev tydeligt, at en ugentlig Weekendhilsen trak for store vekslers og for mange ressourcer for både unge og ansatte i en travl hverdag. Det var også en vigtig erkendelse, at det var nødvendigt at imødekomme de unge på Østerbros transportudfordringer og afholde hver anden Weekendhilsen der.

Som endnu en vigtig erkendelse har det vist sig, at Weekendhilsen var en rigtig god måde at byde nye unge og ansatte velkommen til Stranden, og flere gange har tidligere indskrevne unge været inviteret til at deltage. At vise nyankomne, hvordan både unge og ansatte deltager, har givet en øget tryghedsfølelse på tværs af grupperne og et udtryk om fællesskab. Dette har krævet et fokuseret ejerskab fra personalegruppen, som der kontinuerligt må arbejdes med.

De møder, som Weekendhilsen sætter rammen om, har skabt nye relationer, som i en styrket udgave medfører lettere adgang til samtaler om sundhed og livsstil. Som personalegruppe har

Stranden fået et øget fokus på fællesskabet skabt gennem det fælles tredje og de sundhedsfremmende kvaliteter, det indebærer. Dette kan nu nemmere tages med ind i det daglige arbejde og i samtalerne med de unge.

Der har også været nogle udefrakommende forhold, som har haft betydning for projektet og Strandens udviklingsproces. Midt i forløbet med dette projekt blev alle afdelinger i SUF præsenteret for det nye sundhedsmodul i BOSTED [jf. beskrivelsen af kontekstuelle forhold]. Dette gav mulighed for at se sundhedsfremme meget bredere og som en mere integreret del af det individuelle arbejde med de unge. Endnu engang blev det tydeligt, at en holistisk tilgang er vejen frem, når man arbejder med denne målgruppe.

Som nævnt har Covid-19 også haft en væsentlig betydning for projektet og for de erkendelser, som det har medført. Fra Corona-udbruddets start i marts 2020 har restriktionerne budt på nye udfordringer og delvis nedlukning af Weekendhilsen i den kendte form. Men Corona-perioden og de nye praksisser, som har været nødvendige at etablere, har fremmet sundheden og givet grobund for nye vaner på Stranden, gennem fx hygiejnetiltag, som helt sikkert er kommet for at blive.

Det skal også nævnes, at da Weekendhilsen og andre sociale aktiviteter blev genoptaget i pausen mellem restriktioner og nedlukning, var deltagelsen blandt de unge stor. Dette har bekræftet Strandens antagelse om, at de unge har behov for de sociale fællesskaber, nye oplevelser og en præsentation af en større og mere alsidig vifte af aktiviteter, som kan inkludere næsten hele ungegruppen.

Socialpædagogik og sundhedsfremme

Da Strandens unge som oftest kæmper med mange forskellige sociale og sundhedsmæssige udfordringer, som de selv har svært ved at læse og handle på, synes den socialpædagogiske indsats til tider meget vanskelig at kombinere med en sundhedsfremmende indsats. Det er en vigtig erkendelse, som ligger i tråd med den socialpædagogiske viden, Strandens socialkonsulenter besidder i forvejen, at de unges processer og arbejde med sundhedsfremme tager tid. Mange skal modnes i processen og langsomt skabe nye referencerammer omkring sundhed og livsstil, fordi de ikke har de positive oplevelser med hjemmefra. Projektet har givet en forstærket tro på, at det socialpædagogiske arbejde kan integrere sundhedsfremme på en meningsfuld måde. Ved at have gode oplevelser sammen i et trygt fællesskab øges livskvaliteten og derved kan der skabes energi til at arbejde med andre udfordringer samt søvn/kost og motion, der yderligere kan løfte på de psykiske og fysiske udfordringer for mange af vores borgere.

Dette arbejde indebærer som professionel en del afmagt og frustrationer, og hvad stiller man så op med det? Det stærkeste redskab er relationen til de unge. Meget kan udføres, hvis der er tillid, tryghed og en gensidig relation, der både rammer faglighed, samarbejde, interesse og "god kemi". De unge vil rigtig gerne følge og være sammen med socialkonsulenterne, hvis der er tillid, og hvis de bliver mødt dér, hvor de er. Afmagt vil altid være til stede, og der vil være modstand fra de unge på at investere i samarbejdet og i fællesskabet. Men det er de professionelles ansvar ikke at give denne modstand for meget opmærksomhed og i stedet fokusere på det, der virker for fællesskabet, og som skaber god energi og positivitet, nemlig respekt, samarbejde, gode oplevelser etc.

Konklusion

Sundhed er privat. Sundhed er følelser og ikke mindst handlinger. Stranden er et helt andet sted end for to år siden, godt hjulpet på vej af dette projekt, af Sundhedsmodul i BOSTED og en pandemi, og er nu klar til at italesætte det, som er svært. Der er stadig misbrug på Stranden. Misbrug af mad, stoffer, computer (søvnproblemer) og meget andet i hverdagen på Stranden. Men

personalegruppe på Stranden ved nu, at hver enkelt ikke er alene om at stå med disse udfordringer, og der er større bevidsthed om, hvordan man kan bruge hinanden til at støtte, motivere og spille hinanden gode frem for at kæmpe alene. Weekendhilsen har skabt relationer, som giver hver person på Stranden en følelse af at betyde mere for flere. Det betyder også, at Weekendhilsen som regelmæssig fællesskabende aktivitet, indtil en bedre alternativ dukker op, vil fortsætte som social platform på Stranden til gavn for nye og gamle unge og medarbejdere på Stranden, og som en reminder om vigtigheden af fællesskaber.

BOAS Mentor

Af Michael Allen, Anders Kondrup og Vickie Dalgaard Mosen

Lidt om BOAS Mentor

BOAS Mentor er en afdeling i Den Sociale Udviklingsfond, der leverer socialpædagogisk støtte 1:1 samt et klubtilbud til voksne. Det socialpædagogiske arbejde 1:1 tilrettelægges individuelt og udføres primært i borgerens hjem, det omkringliggende samfund og i BOAS Mentors lokaler. Omdrejningspunktet er et udviklingsperspektiv mod øget selvstændighed og trivsel, så udvikling bliver mulig. Klub BOAS har eksisteret siden 2007. Det er et fællesskab i BOAS Mentor, hvor borgere mødes til forskellige aktiviteter én aften om ugen. Fællesskabet er drevet af høj brugerinddragelse – det vil sige vi har fællesmøder hver anden måned, hvor temaaftener, aktiviteter, madforslag m.m. drøftes og besluttes til kommende klubaftener.

Målgruppen er primært normalt begavede unge og voksne med Autisme Spektrum Forstyrrelse samt tillægsdiagnoser som angst, depression, personlighedsforstyrrelse, ADD, social fobi og ensomhed. Tilstandene kommer til udtryk ved bl.a. isolation, adfærdsvanskeligheder og emotionelle forstyrrelser. Derudover er mange udfordret af underudviklede eksekutive funktioner (udfordringer med planlægning og at skabe struktur). Det kendetegner generelt målgruppen, at de har et højt stressniveau, er udfordret af uforudsigelighed og har svært ved at fastholde beskæftigelse som uddannelse eller job. Tillige kan de være udfordret i sociale sammenhænge. Målgruppen er ikke kriminelt orienteret eller udadreagerende. BOAS Mentors mål er, at borgeren opnår så høj grad af selvstændighed, selvværd, trivsel og får udviklet mestringsstrategier, sådan at det på sigt er muligt at leve et meningsfuldt liv med mindst mulig støtte.

Personalet i BOAS Mentor har forskellige uddannelsesbaggrunde, såsom pædagog, audiologopæd, folkeskolelærer, fysioterapeut og professionsbachelor i ernæring og sundhed. Derudover har flere efteruddannet sig, fx med kandidatuddannelser, coachinguddannelser og familierådgiveruddannelser. Sammensætningen af forskellige uddannelsesbaggrunde og kompetencer giver mulighed for, at personalet kan bidrage med forskellig viden, perspektiver og erfaringer relateret til afdelingens målgruppe samt det socialfaglige arbejde.

BOAS Mentors baggrund og motivation for deltagelse i projektet

Boas Mentor havde sit første sundhedsprojekt i 2016. Allerede på dette tidspunkt var det afdelingens ønske at undersøge, hvordan det var muligt at skabe sunde livsstilsændringer for de indskrevne borgere – en målgruppe, som ikke før har udvist synderlig interesse for hverken motion eller kost. Det var et bærende omdrejningspunkt og grundtesen dengang, at et øget fokus på motion, kost og mental sundhed kunne medvirke til at skabe øget trivsel hos målgruppen.

I 2016 erfarede afdelingen, at borgernes motivation for deltagelse i projektet var vanskelig at fastholde. Dengang blev sundhedsprojektet en forstyrrelse i forhold til det fællesskab, som borgerne kom for at være sammen om i afdelingen. Projektet fremmede dog også en bevidsthed hos borgerne i afdelingen om, at sund kost og bevægelse kan have en positiv effekt på mental og fysisk trivsel. Det daværende projekt gav ligeledes afdelingens personale en viden om, hvorledes man fremadrettet kunne arbejde med projekter med fokus på sundhed. Trods udfordringerne i 2016 har

sundhed fortsat været et fokusområde i afdelingen, men dette arbejde har ikke foregået systematisk, og afdelingen havde et ønske om, at kvalificere arbejdet med dette fokus på sundhed.

Formålet med BOAS Mentors deltagelse i projektet

BOAS Mentors ønske om at deltage i Projekt Sundhed i Den Sociale Udviklingsfond var drevet af ønsket om at undersøge, hvordan et mere systematisk fokus på sund livsstil og sundhedsfremme, med den rette pædagogiske tilgang og indstilling, kan være med til at skabe øget livskvalitet for borgere og socialkonsulenter. Desuden at få implementeret en mere systematisk og synlig tilgang til sundhedsfremme i afdelingen, herunder, at der i højere grad tilbydes sundhedsfremmende aktiviteter på tværs af de indskrevne borgeres hverdag, samt at der kan tilbydes flere forskellige sundhedstilbud. Det har desuden været intentionen, at den enkelte borger opnår en større viden om kost, søvn, bevægelse og mental velvære, samt at borgerne får sat sig realistiske mål i forhold til at skabe den forandring, de ønsker. Ønsket har været at tage udgangspunkt i borgernes egne ønsker og ressourcer. Succeskriterierne i den forbindelse har været, at flere borgere deltager i forskellige aktiviteter, foredrag og samtalemiddage. Derudover har det været et succeskriterie, at både socialkonsulenter og borgere generelt får et øget fokus på sundhed, motivation og dens betydning for borgernes livskvalitet, samt at der ses en synlig implementering af sundhedsfremmende tiltag i Boas Mentor.

Projektets fokusområder

For at inddrage borgernes perspektiver og ønsker i projektet har vi på flere klubaftener drøftet begrebet *sundhed*. Borgerne i klubben har valgt at arbejde med begrebet 'livskvalitet' frem for begrebet 'sundhed'. *Livskvalitet* er mere sigende og rummer begrebet *trivsel*, som i denne kontekst er et vigtigt parameter i forhold til sundhed. Afdelingens borgere har givet udtryk for, at sundhedsbegrebet kan tendere til at have et mere ensartet fokus på livsstilsfaktorer, såsom kost og motion, og en næsten dikterende ordlyd. 'Øget livskvalitet' rummer en forståelse af, at borgerne har forskellige behov og ønsker, og begrebet favner dermed bredere. Samtidig opleves det, at livskvalitetsbegrebet i højere grad virker *inkluderende*, hvorimod sundhedsbegrebet i nogen grad kan virke *ekskluderende*.

BOAS Mentor har derfor valgt at anvende begrebet *livskvalitet* i forbindelse med praktiske tiltag, der har et sundhedsperspektiv. Dette er udmundet i følgende (sundheds)temaer, som klubmedlemmerne har valgt at have særlig opmærksomhed på i de 2 år, dette projekt skulle køre:

- Viden om kost
- Viden om søvn
- Ensomhed kontra fællesskab
- Kropssprog og kommunikation
- Motion og bevægelse

I tråd med disse temaer har Klub BOAS indført følgende permanente sundhedstiltag:

- Frisk hjemmelavet juice til klubaften
- Adgang til frisk frugt
- Vi starter klubaften med en halv times walk and talk
- Adgang til motionscykel
- Tema-aftener der relaterer sig til livskvalitet/trivsel

I det individuelle socialpædagogiske arbejde har det ligeledes været ønsket at have et synligt og direkte fokus på livskvalitet/sundhed i arbejdet med borgerne. I det daglige socialpædagogiske arbejde, hvor socialkonsulenter møder borgerne 1:1, har omdrejningspunktet været at gribe de potentielle sundhedsfremmende muligheder, der opstår, for at motivere til øget livskvalitet.

Med udgangspunkt i vores sundhedspolitik og implementeringsplan har fokus været på at definere et aktivt sundhedsmål sammen med borgeren, når det har været muligt. Dette er blevet formuleret og dokumenteret i BOSTED. Der har været sundhedsrelaterede mål for Mentors borgere tidligere, men der er disse blot beskrevet som ”træning” eller ”sundere kostvaner”. I dette projekt har der været fokus på at gøre arbejdet med sundhedsrelaterede mål mere systematisk og dokumenteret i BOSTED. Dette systematiske fokus og opfølgningen gør det nemmere at opnå målsætningerne, hvor der ellers før i tiden kunne være en tendens til at falde tilbage til gamle vaner (mht. bostedkultur m.m.).

Som nævnt har der været en konkret nysgerrighed på, hvilken betydning motivation har for forandringsprocesser i forhold til borgernes og socialkonsulenternes sundhed. Der har været fokus på at undersøge konkrete motivationsredskaber, samt hvorledes den enkelte socialkonsulent kan skabe motivation hos borgerne. Livskvalitet og motivation har således været de styrende fokusområder.

Deltagere og rollefordeling

Sundhedsprojektet har henvendt sig til alle borgere og personale i BOAS Mentor. Borgerne har været inddraget i sundhedsspørgsmål og aktiviteter både på individ- og gruppeniveau. Personalet har ved flere møder diskuteret begrebet sundhed og forholdt sig aktivt til, hvordan BOAS Mentor arbejder med sundhed og livskvalitet. Som følge af dette projekt har afdelingen udarbejdet en sundhedspolitik; den er lavet som et dynamisk dokument, som løbende kan justeres og tilpasses. Denne politik har også en handleplan og en implementeringsstrategi med fokus på, hvordan der kan skabes synlighed omkring sundhedstiltagene.

Personalegruppen har påtaget sig nogle helt konkrete roller og aktiviteter i forbindelse med projektet:

- Én medarbejder har påtaget sig rollen som ’sundhedsambassadør’ over for personalet
- Fælles træning sammen én gang om måneden
- Flere møder afholdes som walk and talk
- Der er altid frugt og grønt på kontoret
- Vores motionscykel er tilgængelig i vores lokaler

Generelt har BOAS en god sundhedskultur på arbejdspladsen. Det vil sige, at der jævnligt deles personlige oplevelser og ’bedrifter’, som fx knytter sig til fitness, løb, cykling osv. Det er fornøjeligt at dele disse ting med hinanden, og det er med til at forme en kultur, der taler sundhed op. Således har personalegruppen haft fokus på egen sundhed og forholdt sig til egen forståelse af sundhed for derved at skabe en fælles forståelse og afsæt for at arbejde med sundhed på personaleniveau. Dette har været vigtigt, fordi socialkonsulenterne er ’rollemodeller’ for BOAS Mentors borgere.

Beskrivelse af projektførelsen

BOAS Mentors arbejdsproces har som nævnt været struktureret gennem en implementeringsplan for at kunne holde overblik over forløbets faser. Nedenfor beskrives et udvalg af de aktiviteter, som har været gennemført i forbindelse med projektet.

Sundhedstemaer og årshjul

Det har været essentielt, at projektet blev skabt i fællesskab borgere og socialkonsulenter imellem. Der har derfor været et fælles møde med nogle af borgerne (dem, der ønskede at deltage) i afdelingens klubtilbud, hvor borgernes inputs og perspektiver har skabt grundlag for valget af fem specifikke temaer: 'kost', 'søvn', 'ensomhed kontra fællesskab', 'kropssprog og kommunikation' og 'motion og bevægelse'. Det var også på dette møde, at borgerne gav udtryk for, at den mentale trivsel var altafgørende for deres sundhed. Flere af vores borgere har for eksempel udfordringer knyttet til søvn, dét at bygge og fastholde sociale relationer og evnen til at aflæse andre i sociale situationer. Temaerne er blevet fordelt på et årshjul, der hænger i BOAS Mentor, med det formål at visualisere, tydeliggøre og holde hinanden op på projektets tidsforløb.



Visualisering er et nyttigt værktøj i arbejdet med autisme-målgruppen, fordi det hjælper dem med at skabe overblik, forudsigelighed og genkendelighed. Visualiseringer af projektet i BOAS Mentors lokaler påmindrer dagligt både borgere og socialkonsulenter om det øgede fokus på sundhed i afdelingen.

Oplæg og samtalemiddage: Kost og søvn

For at belyse de fem temaer har borgere og socialkonsulenter været indbudt til at deltage i såkaldte samtalemiddage, hvor oplægsholdere har været og deltaget ved udvalgte klubaftener, spist sammen med borgere og konsulenter og derefter holdt et oplæg om et af de udvalgte temaer. Det har været et bevidst valg at forsøge at skabe et uformelt miljø i øjenhøjde for at fordre aktiv deltagelse og skabe et godt fælles diskussionsforum frem for et mere traditionelt foredrag.

Et af de fem temaer er kost, og her har vi haft to separate samtalemiddage med besøg af en oplægsholder. Formålet med at bidrage med viden om kost har været et ønske om, at både vores borgere og konsulenter træffer kostvalg på et oplyst grundlag. Det første foredrag blev holdt af en kollega fra en anden afdeling med en professionsbachelor i ernæring og sundhed. Det virkede som et oplagt valg, da hun havde kendskab til vores autisme-målgruppe. Oplægget tog udgangspunkt i de 10 kostråd fra Sundhedsstyrelsen og en rundbordsnak herom.

Den generelle oplevelse blandt afdelingens ansatte var, at dette oplæg ikke fangede borgerne, måske fordi det havde karakter som et informativt oplæg om de 10 kostråd som mange af borgerne måske havde hørt om tidligere. Når borgerne stillede spørgsmål, som krævede en mere specifik og dybdegående viden, blev der blot refereret tilbage til det specifikke kostråd, og på den måde vurderede afdelingens ansatte, at borgernes interesse for detaljer, nuancer og mere specifikke kosttematikker ikke blev imødekommet.

På denne baggrund, og med troen på, at et større udbytte og et højere engagement kunne opnås, blev endnu en samtalemiddag med fokus på kosttematikken planlagt. Oplægsholderen ved denne samtalemiddag havde mere end 15 års erfaring som trænings- og kostvejleder samt en baggrund som biokemiker og humanbiolog og var meget optaget af det evidensbaserede ved kost. Forestillingen var, at dette ville appellere til vores målgruppe. Personalet havde i samarbejde med

oplægsholderen udarbejdet 15 populære kosttemaer/kostmyter, og deltagerne til arrangementet havde dermed mulighed for at udvælge et tema, der så ville blive belyst. Det førte til mange interessante samtaler, blandt andet var temaet vedrørende 'autisme og kost' vældig populært. Oplægsholderens store og lidt anderledes vidensbank, og den trygge, uformelle stemning gav også anledning til, at samtalen tog en uventet drejning, hvor en borger blev nysgerrig på spørgsmål vedrørende vores afføring. Dette fik oplægsholderen vendt til en humoristisk og indsigtfuld snak om bakteriebalancen i vores tarme m.m.

Denne aften rummede uden tvivl større deltagelse og engagement, hvor nogle borgere fik lejlighed til at turde stille nogle lidt atypiske og tabubelagte spørgsmål, mens andre borgere blev udfordret positivt i forhold til deres eget syn på kost, hvor oplægsholderens troværdige og overbevisende svar spillede en afgørende faktor.

Til en lignende samtalemiddag vedrørende søvn, hvor en læge og en sygeplejerske fra Dansk Center for Søvnmedicin holdt oplæg omkring 'den gode søvn', kunne vi se, at der var stor deltagelse og engagement. Målgruppe profiterer af at blive mødt med ekspertviden og fakta. Det er med til at skabe troværdighed, og det er noget de konkret kan forholde og tilslutte sig.

Juice

Juice i klubregi har eksisteret i et stykke tid som et sundt supplement på klubaftener og med det formål, at der altid tilbydes frugt og grønt i klubben. Det blev dog bemærket, at det var få af klubfolkene, som faktisk drak juicen. I et forsøg på at motivere flere til at drikke juice har BOAS Mentor derfor skabt et "ugens juice"-koncept som en fast aktivitet på klubprogrammet. Det betyder, at der vil være en ny juice hver uge for borgerne og socialkonsulenterne. Her får klubfolkene mulighed for at gætte med på, om de kan smage, hvilke ingredienser der er i, og efter smagning vil juicen blive ratet i fællesskab. Det "udvidede juicekoncept" lader til at være populært, og flere viser interesse for både at drikke og rate juicen. Det er afdelingens overbevisning, at det blandt andet skyldes konceptualiseringen af juicen i klubben og gjort det til et mere fælles projekt med vores borgere. Derudover kan den store variation af juicesammensætninger medvirke til at ramme nogle af de klubfolk, der har en meget specifik smag, eller som ofte er dem, der takker nej til juice.

Motion og bevægelse: Faste gåture

En tredje aktivitet er de ugentlige gåture i klubregi, der nu er blevet en fasttømret del af det ugentlige program i klubben. Tid tilbage har det været svært at motivere borgerne i klubben til bevægelse, men under Corona er der skabt en motivation, fordi det for en periode var den eneste måde, hvorpå socialkonsulenter og borgere kunne være sammen. Sidenhen er gåturen blevet en integreret del af BOAS Mentors klubaftener og fungerer som et godt afbræk fra klubaftenens øvrige indendørsaktiviteter. Baseret på de positive tilbagemeldinger og deltagerantallet har det indtil videre været en succes.

I forlængelse af dette fokus på motion og bevægelse havde afdelingen i en længere periode allieret sig med en træningscoach. Formålet var at kunne tilbyde borgere og socialkonsulenter fælles fysisk aktivitet og et fælles tredje. Efter fire aftaler med denne måtte det konstateres, at borgerne ikke var motiveret for at deltage. Træningen blev derfor omlagt til at være en personaleaktivitet og til at foregå én gang om måneden. Træningsaftalen blev senere sat i bero, fordi der generelt var for få deltagere. Der kan være flere årsager til dette, fx travlhed med andre arbejdsopgaver, skiftende motivation og for lav deltagelse. For de få, der deltog, var der dog høj energi og stor glæde forbundet ved at deltage og at det lykkes størstedelen af teamet at være samlet nogle enkelte træningsgange.

Projektets vigtigste erkendelser og fund

Om aktionsforskning som overordnet ramme

Det har været vigtigt at nå til den erkendelse, at alle deltagere kender præmissen og rammerne for det projekt, de er en del af, selvom alle ikke lægger lige meget arbejdstid i det. Udfører man aktionsforskning, som har været udgangspunktet for projektet, er det essentielt, at alle deltagere (dvs. alle socialkonsulenter og borgere) forstår præmisserne for denne tilgang, som netop indebærer, at man (sam)skaber, imens man afprøver. Overordnet set har afdelingen oplevet det som en rigtig fornuftig tilgang, men det gik også op for den lille projektgruppe (de såkaldte forskningsassistenter samt afdelingsleder) undervejs i processen, at aktionsforskning som overordnet ramme ikke blev præsenteret tydeligt nok for andre kollegaer til at starte med. Det blev tydeligt, da resten af afdelingen efterspurgte forhåndskendte klare rammer, struktur, initiativer og mening. Aktionsforskningens formål er som nævnt det afsøgende og skabende i den igangværende proces, og denne præmis har den lille projektgruppe ikke formået at præsentere tydeligt og forståeligt fra starten til hele personalegruppen. Det har bevirket, at projektet har haft en langsom "start".

Socialkonsulenternes ejerskab og involvering

I BOAS Mentor har en indledende usikkerhed omkring de overordnede rammer (jf. ovenstående) medført, at den resterende del af personalegruppen ikke fra første dag har haft en tydelig forståelse af, på hvilken måde og i hvilken grad de skulle involvere sig, herunder deres roller, hvilke forventninger til aktiv deltagelse, ide-generering samt implementering, tidsforbrug, påvirkning af arbejdsdag/kerneopgave etc. Derfor har der løbende gennem det første år af projektet været et stort konsulentrettet fokus på, hvordan der aktivt (igennem samtaler og refleksion) kunne skabes en fælles platform som afsæt for projektet. En yderst væsentlig forudsætning for at skabe ejerskab og fælles involvering i projektet er derfor at afsætte fælles tid til at diskutere og skabe forståelse omkring relevante forhold relateret til projektets formål og ikke mindst involveringen af den enkelte konsulent. Det vil også bidrage til at skabe et fælles sprog og referenceramme, der er gavnligt i et projekt, der kører over flere år. Det var først ved denne erkendelse, at projektet tog en egentlig form og retning.

Borgerinvolvering og vigtigheden af at overholde den valgte struktur

På forhånd har involvering og inddragelse af vores borgere været et tydeligt ønske for vores projekt, som har været til for borgernes skyld. Feedback fra borgerne understreger vigtigheden af at tydeliggøre projektets struktur og eventuelle faser igennem et visuelt og synligt årshjul, som hænger fremme. For den autistiske målgruppe er det således vigtigt med synlighed og forudsigelighed, og at den bestemte struktur følges. Strukturen omkring tematikkerne er generelt blevet fulgt. Men fordi der har været tidspunkter undervejs, hvor afdelingen har været nødt til at fokusere på de professionelle pædagogiske overvejelser blandt socialkonsulenterne omkring projektets aktiviteter, måtte den fulde inddragelse af borgerne til tider sættes lidt på standby med det resultat, at den gennemgående struktur blev mindre tydelig for borgerne. Og selvom vi efterfølgende har "samlet op" under individuelle samtalemiddage, så oplever 2-3 borgere, at de ikke er blevet inddraget i så høj grad, som de havde forventet. Det understreger vigtigheden af, når man beskæftiger sig med autisme-målgruppen, at man er tro mod den struktur, man inddrager dem i.

Sundhed vs. Livskvalitet – valg af begreber og perspektiv

I forbindelse med dette projekt har det, som nævnt, været borgernes ønske (for ca. 2 år siden) at erstatte begrebet sundhed med livskvalitet i forbindelse med dette projekt. Det er der selvfølgelig en styrke i, set ud fra et inddragelses-, medskabelses- og ejerskabsperspektiv.

Livskvalitetsbegrebet valgte borgerne, da de oplevede det som "mere spiseligt" i forhold andre erfaringer med sundhedsfremme. En af borgerne i BOAS Mentor, som havde meget modstand over for projektet i begyndelsen af forløbet, har gennemgået en stor udvikling og taget sundhedsprojektet til sig netop på grund af livskvalitet-begrebet. For denne borger har det været helt essentielt, at pædagogikken og udviklingssamtalerne tog udgangspunkt i dette begreb. Omvendt er det dog også her væsentligt at nævne, at flere borgere selv anvender begrebet sundhed i samtaler og refleksionsøjeblikke med konsulenter eller i klubregi. Dette hænger muligvis også sammen med, at der i den periode, projektet har forløbet, er sket et skift i den eksponering, sundhed har på den samfundsmæssige dagsorden, ikke mindst på grund af Corona.

Samtidig oplever alle bosteder (her under BOAS Mentor), at der stilles tilsynsmæssige krav til, at man arbejder sundhedsorienteret eller har specifikke og konkrete sundhedsmæssige indsatser målrettet borgerne. Et tydeligt eksempel på dette er, at vores dokumentationssystem BOSTED nu har et sundhedsmodul. Samtidig indeholder flere bestillingsmål fra kommunerne et sundhedsmæssigt perspektiv i bred forstand (aktivitets- eller deltagelsesniveau). I samværet med borgerne er sundhedsbegrebet altså efterhånden næsten dagligt anvendt, hvilket kan tolkes som, at sundhed er et højaktuelt socialpædagogisk emne. En indsats kunne derfor være at udvide og reflektere sammen med borgerne om det udvidede og brede sundhedsbegreb – der i høj grad afspejler og inkluderer livskvalitet.

Corona-tid – omstillingsparathed og "sæt ting i værk"

Projektets andet år, og dermed de tilbud og aktiviteter der er sat i værk i denne periode, har i høj grad været præget af COVID-19 og de medfølgende restriktioner. Man kan hævde, at COVID-19 har været med til at understøtte fordelene ved aktionsforskningstilgangen, fordi den tillader tilpasning af projektet undervejs. Restriktionerne i forbindelse med COVID-19 har været med til at indsnævre og dermed tydeliggøre vores muligheder. Dette har medført nogle initiativer og aktiviteter, som er nemme og lavpraktiske at gå til for både socialkonsulenter og borgere, fordi der simpelthen ikke har været andre muligheder for at ses, og som har vist sig at fungere bedre end forestillet i forbindelse med sundhedsfremme. For eksempel har tilbud om samvær udenfor, gerne i form af gåture og selvfølgelig med det pædagogiske sigte, givet et rammeskift, som åbner op for nogle andre pædagogiske muligheder. Det er eksempelvis nemmere at tale om sundhed, når man går en tur, under en sund aktivitet. Flere borgere forholder sig normalt ikke til "*solens stråler, vinden i håret*", deres gangmønster, kropsholdninger, den friske luft, deres omgivelser, ønsker for livet etc., og det viser sig tydeligt, at det er nemmere at tale om sådanne ting ud fra et sundhedsmæssigt eller udviklingsmæssigt perspektiv, imens man er i gang. Flere borgere accepterer nu fortsat jævnlige gåture som en integreret og naturlig del af rammerne for samværet mellem borgere og socialkonsulenter, ligesom det er en fast del af klubtilbuddet.

Borgerne har i overraskende høj grad købt ind på disse tilbud, hvilket selvfølgelig også kan skyldes, at deres andre tilbud er nedlukket. Men en væsentlig erkendelse her er, at hvis ting og nye aktiviteter sættes i værk og gøres spiselige for borgerne, så vil mange deltage. Det handler om at gå forrest og vise, at man tydeligt selv kan se en mening i aktiviteten.

Konklusion

BOAS Mentor havde sundhedsår i 2016, og konklusionen dengang var, at det, på trods af øget bevidsthed om sund kost og bevægelse for borgerne, var svært at fastholde deres motivation for deltagelse og engagement i projektet. Afdelingen kom derfor frem til et behov for et mere systematisk og synligt fokus på sundhed i BOAS Mentor og en nysgerrighed på, hvordan afdelingen med den rette tilgang og indstilling kan skabe motivation til øget livskvalitet for både borgere og socialkonsulenter. Dette blev startskuddet til at involvere sig som pilotafdeling i et to-årigt sundhedsprojekt.

Succeskriteriet har været, at borgere og konsulenter deltager aktivt, og at der ses en synlig implementering af sundhedsfremmende tiltag i afdelingen.

Ved afslutningen på dette sundhedsprojekt har BOAS Mentor formået at implementere flere permanente sundhedstiltag i afdelingen, herunder konceptet "Dagens juice" i klubben, 30 minutters walk-and-talk som fast aktivitet på klubprogrammet og temaaftener, der relaterer sig til, hvad der for tiden optager borgerne i forbindelse med deres egen sundhed. Afdelingen har erfaret, at ekspertviden kombineret med samtalemiddage i øjenhøjde tiltaler målgruppen og fordrer motivation og engagement. Afdelingen har en tro på, at dette kan skabe muligheder for sundhedsfremmende forandringsprocesser.

Erfaringen er, at implementeringen af et nyt projekt med en ny strategi og sundhedsfremmende tiltag tager tid. Personalet har skulle finde sin rolle i projektet, og det har taget tid for afdelingen som helhed at finde fælles fodfæste og opnå ejerskab for projektets vision og fremdrift.

BOAS Mentor oplever, at projekt Sundhed i Den Sociale Udviklingsfond har kridtet banen op og skabt grobund for, at sundhedstiltag fortsat kan præge og være med til at forme afdelingens sundhedsprofil. Personalet er blevet klogere på, hvad der virker, og hvad der motiverer både borgere og socialkonsulenter, og med den i forvejen gode sundhedskultur i afdelingen er der en tro på, at der fremadrettet er potentiale for at skabe en tydelig sundhedsprofil for BOAS Mentor.

BOAS Frederiksberg

Af Alexandra Huszar, Ana Pavlovic, Louise Rytter, Maya Helle Nielsen og Krista Naver

Lidt om BOAS Frederiksberg

BOAS Frederiksberg er en afdeling i Den Sociale Udviklingsfond, som er godkendt som botilbud til unge voksne med en autismespektrumsforstyrrelse og svære følgetilstande som fx angst, OCD, depression og spiseforstyrrelse samt sociale problemer som isolation, ensomhed og selvskade. Der kan desuden være tale om somatiske og behandlingskrævende tilstande og sygdomme. De unge i tilbuddet er præget af autistiske vanskeligheder, lavt selvværd, traumatiske oplevelser, sanseforstyrrelse og meget højt belastningsniveau. Der er tilknyttet fast psykiater og afdelingen har et tæt samarbejde med læger, psykologer og andre behandlere. Afdelingen har 11 pladser, hvoraf de 9 er i hovedhuset på Frederiksberg og to i udslyningslejligheder i nærområdet. De unge bor i et værelses lejligheder med eget køkken og badeværelse samt adgang til fælleslokaler. Der er individuelt samarbejde med kompetente socialkonsulenter om personlige mål og tilbud om 3 fælles måltider om dagen samt aktiviteter i hverdagene for de unge, der ikke er i uddannelse eller beskæftigelse, aftensamvær og nattevagt. BOAS Frederiksbergs kerneopgave er at styrke de unges selvstændighed og deltagelse i personligt meningsfulde fællesskaber. Fokus i det daglige er på de unges trivsel som forudsætning for udvikling. Personalet i afdelingen er socialkonsulenter med faglig baggrund som fx pædagog, socialrådgiver eller ergoterapeut og solid erfaring med målgruppen – og herudover et miljøteam med faglig baggrund som fx pædagog, SOSU-assistent eller studerende inden for feltet og nogen erfaring med målgruppen.

BOAS Frederiksbergs baggrund og motivation for deltagelse i projektet

BOAS Frederiksberg søgte om at være med i projektet på baggrund af en mangeårig udfordring med konkurrerende sundhedsperspektiver i afdelingen: Vi er en afdeling med en tværfaglig personalegruppe, hvor pædagogiske, terapeutiske og socialfaglige fagligheder supplerer hinanden – og en gang imellem står i modsætningsforhold til hinanden. Tværfaglighed er både stærkt og svært. Vi er også en afdeling med døgndækning, hvor indsatsen skal hænge sammen på tværs i en personalegruppe, som sjældent er samlet. Døgnarbejde udfordrer både sundheden og sammenhængskraften i en personalegruppe. Vi er også både fagprofessionelle og unge i en samfundskultur, der flyder over med konkurrerende "sandheder" om sundhed. Nærmest hver eneste dag dukker nye ideer og forestillinger om, hvad der er sundt og usundt, op til overfladen i et hav af meninger. Der eksisterer mange forskellige præferencer og sundhedsforestillinger, men når de bæres ind i den fælles samtale i BOAS Frederiksberg, har det skabt forvirring, tvivl og usikkerhed. Kildekritikken har svære betingelser i et miljø og en arbejdskultur, hvor alle meninger er lige gyldige.

Endelig er vi en afdeling med en målgruppe, unge voksne med en autismespektrumsforstyrrelse og psykiatriske følgetilstande, der har udfordringer, som kan forstås med afsæt i både handicap- og psykiatriske perspektiver. De svar, som de to forskellige perspektiver tilbyder, er til tider svært forenelige. Grænseområdet mellem handicap og psykiatri er et kuperet landskab, hvor habilitering og handicap-kompenserende indsatser møder behandling og rehabilitering.

Vores kerneopgave har vi for en del år siden beskrevet på denne måde: *BOAS Frederiksbergs kerneopgave er at styrke din selvstændighed og deltagelse i fællesskaber, for at fremme en meningsfuld tilværelse.*

Der står ikke nogen om sundhed i denne beskrivelse af kerneopgaven, og vi har gennem mange år oplevet, at der i personalegruppen har været forskellige tolkninger af betydningen af sundhed i vores arbejde. Det har rejst spørgsmål som: Er sundhed en del af kerneopgaven eller et middel til at øge sin selvstændighed og deltagelse i fællesskaber? Hvordan skal sundhedsperspektivet prioriteres over for arbejdet med selvstændighed og fællesskaber, og hvilke dilemmaer stiller det os og de unge overfor? Er det fx en god ide at bygge inkluderende fællesskaber med afsæt i fælles måltider? Især det sidste var en gammel travet i afdelingen – ”personificeret” i diskussionen om flødesovsen: Vi kender det alle – mad kan potentielt samle mennesker, og det er en vigtig del af alle kulturer at dele et måltid. For mennesker, der har udfordringer med at indgå i sociale sammenhænge, dvs. fællesskaber, kan maden være en afgørende motivationsfaktor for at deltage i fællesskabet i tilbuddet. Og vi er af den klare opfattelse, at det er af umådelig stor betydning for alle mennesker at være deltagende og bidragende i et fællesskab. Så skal flødesovsen være motivationen til at deltage, hvis deltagelse i sig selv ikke er tilstrækkeligt?

Sundhedsperspektivet er over nogle år blevet mere nærværende og har fået større betydning. Det er blevet tydeligt, at en stor del af de unges fysiske tilstand i løbet af deres indskrivning blev både dårligere og bedre. Flere unge har taget på i vægt, fået dårligere fysisk form og en mere uregelmæssig og skæv søvnrytme – til gengæld er der arbejdet målrettet på at bedre de unges mentale sundhed, styrke deres selvværd og selvforståelse, give mulighed for gode erfaringer med sociale sammenhænge og styrke autonomi og selvhjælpsfærdigheder. Årsagerne til, at den fysiske sundhed blev dårligere, er mange og har ikke overvejende med BOAS Frederiksbergs tilbud at gøre, men måske har det noget at gøre med et manglende tilbud, der har specifikt fokus på sundhed. Alligevel har det naget personalegruppen, at unge i vores tilbud fik nye problemer i form af især overvægt, men også dårlig fysisk form og dårlige søvnvaner i løbet af deres indskrivning. Dette medførte overvejelser omkring, hvordan afdelingen i højere grad kan understøtte en bedre både mental og fysisk sundhed.

Samtidig begyndte personalet at rette blikket mod egen sundhed og opmærksomheden på, at det er vigtigt med et godt helbred, når man har et svært og udfordrende arbejde, og at en god fysisk sundhed giver både bedre energi og trivsel i hverdagen. Så da der i SUF blev taget initiativ til et sundhedsprojekt på tværs i organisationen var det oplagt at melde sig som pilotafdeling, med mod på at prøve at ændre praksis (igen).

Formålet med BOAS Frederiksbergs deltagelse i projektet

Den helt overordnede overskrift for pilotprojektet i BOAS Frederiksberg blev ”Mere og bedre fysisk sundhed i BOAS Frederiksberg”. Formålet med pilotprojektet blev formuleret som: ”I afdelingen ønsker vi, at de unges fysiske sundhed vedligeholdes eller bedres i den periode de er indskrevet, og at ingen unge udskrives med en dårligere fysisk sundhed end den de kom med”.

Projektets fokusområder

Afdelingen udvalgte mad, bevægelse og søvn som de tre primære fokusområder ift. at udvikle og implementere sundhedsfremmende praksisser. Metodisk var der fokus på, hvordan man kan arbejde med motivation til sundhedsfremme på en bedre måde, da motivation til sundhed meget nemt kan komme til at ligge tæt op ad noget der har med skyld og skam at gøre, især pga. de mange bedrevidende og belærende sundhedsråd, som florerer i samfundet. I projektbeskrivelsen var der således fokus på væsentligheden af at få gode solide fakta ind i det fælles fundament, dvs. valideret viden om mad, bevægelse og søvn. Samtidig var der enighed om, at der denne gang

skulle gøres noget andet, nemlig fokusere på personalet og personalets sundhedsforståelse, som forudsætning for at få en fælles faglig tilgang til sundhedsfremme i BOAS Frederiksberg. I denne proces var formålet samtidig at sætte en ramme for, hvordan de unge bedst kunne involveres og deltage i både beslutninger og aktiviteter med et sundhedsfremmende sigte, både i det individuelle samarbejde med hver enkelt unge og i den miljøterapeutiske indsats i tilbuddet. Så selvom inddragelse og involvering af de unge er væsentlige værdier, blev det alligevel valgt at arbejde meget længe og grundigt med at afstemme forventningerne til hinanden og den fælles faglige tilgang i personalegruppen, før de unge i tilbuddet blev involveret.

Deltagere og rollefordeling

Afdelingens projektgruppe er sammensat af to socialkonsulenter, husets morgenåbner og husets madmor samt afdelingsleder. Gruppen har i fællesskab og i samarbejde med den overordnede projektleder i SUF lavet projektbeskrivelsen og været tovholder på aktiviteterne i projektet. Projektet har altovervejende været rettet mod personalegruppen og har kun i begrænset omfang involveret de unge i afdelingen. Den resterende personalegruppe er på temadage og løbende på afdelingens personalemøder og miljøteammøder blevet involveret i faglige drøftelser af fokusområderne, idegenerering i forhold til mulige indsatser, prioritering af indsatserne og evaluering af de iværksatte indsatser.

Beskrivelse af projektforsløbet

På grund af tidligere projekterfaringer med ikke at nå i mål eller have sat for upræcise mål besluttede personalegruppen som nævnt, at fokus for dette projekt i første omgang skulle være på personalet. Dette for at være undersøgende på forskellighederne, få skabt en enighed og dernæst skabe nogle rammer, som alle i personalegruppen kunne tage til sig og dermed opleve ejerskab for processen.

Som noget af det første i projektet blev der gennemført et interview med alle ansatte om deres sundhedsforståelse og opfattelse af sammenhænge mellem private, personlige og professionelle sundhedspraksisser. Interviewguiden blev lavet af projektgruppen og interviewene blev gennemført af projektlederen, der ikke er en del af afdelingen. Analysen af interviewene viste, at forskelligheden i sundhedsforståelser og holdninger om sundhed som del af den pædagogiske praksis ikke var så markant, som mange havde antaget. Faktisk var de fleste enige om rigtig mange ting, såsom betydningen af, at personalet er rollemodeller, og at det er vigtigt at gøre sig bevidst om dette, også i forhold til sundhedsspørgsmål. Blandt andet denne erkendelse gav en aha-følelse hos mange og mere motivation for at engagere sig i det sundhedsfremmende arbejde. Efter interviewene blev der afholdt flere temadage, hvor der har været forskellige temaer oppe, hvoraf nogle beskrives i det følgende:

- Den sociale kontrakt
- Hvordan er vi rollemodeller?
- Konkrete sundhedstiltag i BOAS Frederiksberg

Den sociale kontrakt

Med udgangspunkt i de ting, der var enighed om, at sundhed er for personalegruppen i BOAS Frederiksberg, udarbejdedes en såkaldt "social kontrakt", hvor hele gruppen forpligtede sig til at være loyal over for de fælles beslutninger, der blev taget, for at løfte projektet og sundheden i afdelingen. Den sociale kontrakt indeholder udsagn som "Vi vil sammen skabe de bedste betingelser for at fremme sundhed for unge og medarbejdere i BOAS Frederiksberg", "Vi vil være rollemodeller for de unge og gøre det, vi siger!", "Vi vil have tillid til hinandens intentioner om at arbejde

sundhedsfremmende og bakke indsatser op – også når vi ikke forstår meningen.” og ” Vi vil efter bedste evne begrunde vores valg for hinanden³.

Hvordan er vi rollemodeller?

På den første temadag var der enighed om, at personalet, som rollemodeller, skal figurere det gode eksempel for at få de unge til at deltage. Det betød, at der blev lavet klare aftaler om at ændre på nogle praksisser og kutyper, fx i forhold til indtagelse af sodavand i fælleskøkkenet og kage: der er nu klare aftaler om, at der kun indtages ting med sukker om fredagen og ved særlige lejligheder, hvis de unge vel at mærke er deltagende i processen. Dette står i modsætning til før, hvor personalet selv kom til at opmuntre til sodavand og kage gennem deres eget sodavandforbrug og velmenende kagebagning, når der skulle hygges.

Konkrete sundhedstiltag i BOAS Frederiksberg

Alle i personalegruppen fik til opgave at komme med ideer til indsatser og forandringer i forhold til både mad, bevægelse og søvn, og alle de indkomne blev samlet til en fælles liste, som blev brugt til fælles prioritering af, hvilke forandringer der skulle igangsættes først. I forhold til ændringer i afdelingens tilbud om mad blev det på personalemødet besluttet at arbejde med at udfase sødede drikkevarer (juice og sodavand), søde morgenmadsprodukter (yoghurt), at få en mere fiberrig kost (fuldkornsrís og -pasta) og at begrænse de anledninger, der er til at servere sukkerholdige fødevarer – altså anledninger til at sætte kage og lignende på bordet. Der var enighed om, at hvis der laves store ændringer i de unges hverdag, ved eventuelt at fjerne sukkerholdige ting fra kosten i fælleskøkkenet, skal der være et godt og sundt alternativ, som de unge er med til at vælge. For eksempel blev det besluttet på et husmøde, at sukkerholdig juice og yoghurt skulle erstattes af en danskvand-maskine. Alle personaler og unge fik tilbud om at få et fitnesskort samt et aktivitetsur for at øge fokus på bevægelse og en sund livsstil i hverdagen. Det blev opsat en plakat, hvor det er muligt at bidrage til den fælles gåtur ved at føre sine skridt/kilometer ind på linjen. Det vil sige, at når afdelingen fx har gået det, som svarer til at gå til Berlin, er det ideen at lave noget, der er relateret til Tyskland. Der blev i løbet af projektet eksperimenteret med at finde en registreringsform, som gav mening for både unge og ansatte – fra skema til visualisering.

Undervejs er der blevet justeret op til flere gange. Der var blandt andet manglende dufte, af fx nybagt brød, og derfor er der nu indført onsdags-grovboller til morgenmad samt fredags-café med hjemmebagt kage. Begge tiltag er blevet taget godt imod af de unge i huset – det har den håbede effekt, at de unge kommer mere ned i fællesskabet.

Covid-19's restriktioner for bosteder medførte, at kontaktformen i afdelingen blev gåture med to meters afstand flere gange om ugen. Unge, der ikke før havde været særligt interesseret i at gå, lod til at være glade for de mange gåture og den mindre formelle samtaleform, som walk-and-talk bidrager til.

Generelt har de pædagogiske drøftelser mere naturligt inddraget sundhedsfremme, som løbende har været på dagsordenen til husmøder og personalemøder, også med fokus på, hvordan de unge kan inddrages i processen omkring flere sundhedsfremmende tiltag i BOAS Frederiksberg.

³ For mere konkret information om Den sociale kontrakt henvises til metodekatalog, som vil blive udarbejdet af Den Sociale Udviklingsfond i løbet af 2021.

Vigtige fund og erkendelser

Betydningen af ”professionel” enighed i personalegruppen

Igennem årene har i BOAS Frederiksberg flere gange forsøgt at tale om sundhed og lave tiltag med henblik på en sundere kost og mere bevægelse. Der har været lange snakke, som aldrig rigtig er nået til enighed om en fælles vej at gå. Alle gange har overvejelserne gået på, at det var vigtigt med inddragelse af de unge, og hver socialkonsulent har drøftet deres forskellige holdninger om sundhed med dem. Det har kun været med til at forvirre alle og især de unge. Projektet her har været bidragende til, at personalegruppen har fået øjnene op for vigtigheden af at have nogenlunde fælles holdninger, inden de unge inddrages, og diverse meninger om sundhed drøftes med de unge. Det har været vigtigt med forventningsafstemning blandt personalet og vigtigt at have fælles retningslinjer, som alle kan stå indenfor og henvise til. Forventningsafstemningen har gjort, at alle mere eller mindre kunne holde fast i det aftalte i stedet for at lave egne regler, især i forbindelse med maden. Den sociale kontrakt har gjort, at personlige meninger ikke blomstrer så livligt i det professionelle arbejde, men stoppes hurtigere, fordi personalet minder sig selv eller hinanden om aftalen.

I starten af projektet var der en del forvirring hos personalet omkring, hvordan vi kom fra tanker til handling. Her var temadagene med til at samle tanker og få det omstruktureret til handlinger, som kunne føres direkte ud i hverdagen. Vi har erkendt vigtigheden af at have tålmodighed til at kunne se forandringer og blevet bevidst om, at man undervejs må ændre i tingene – samt at det tager lang tid at introducere nye tiltag, og at det kræver mange gentagelser. Det er ligeledes vigtigt, at de kolleger, som ikke er med i projektgruppen, skal inddrages mere løbende for at kunne tage endnu mere ejerskab.

Om maden

Det blev tydeligt, at når vi ændrede på det usunde madvalg, fx sukker, yoghurt, juice, osv., var det, som nævnt, vigtigt, at det blev erstattet med noget andet dejligt, såsom nybagte morgenboller, sodastream og muligheden for at lave dessert om fredagen. Læren i det er, at hvis tiltaget skal opleves som noget positivt, skal der ikke kun tages noget, men også tilføres noget nyt og godt. Disse ganske drastiske ændringer blev taget meget fint imod af de fleste unge i huset, hvilket overraskede.

Ændringen af kosten til sundere version, fx grov pasta og ris, mindre sovs, færre køddage, skaber til tider bekymring hos nogle i personalegruppen for, at det sociale ved fællesspisning mindskes, fordi retterne bliver uigenkendelige, hvilket kan få de unge til at vælge aftensmaden fra. Det kan også resultere i, at de køber ”junk” udefra, hvilket betyder, at de får endnu dårligere mad end tidligere. Især vegetarretterne har ofte været valgt fra. På det område har det vist sig, at hvis man undlader at kalde det fx vegetarbøffer, men skriver grønne bøffer, bliver det bedre modtaget. Samtidig skal det nævnes, at det også kan være vigtigt, til tider, at afvige fra reglerne på baggrund af nogle pædagogiske overvejelser i forbindelse med nogle unge og på særlige tidspunkter. Eksempelvis når en ung ikke har været udendørs i flere år og endelig kommer på tur og vil forbi McDonalds. Her er det vigtigt, at reglerne omkring usund mad kan afviges, hvis det pædagogiske skøn er, at det bedste vil være at gå en tur, også selvom turen går forbi McDonalds. Samtidig kan det være et pædagogisk skøn, hvorvidt det er på sin plads at pointere over for den unge, hvorfor det alligevel er i orden i denne situation, eller om det bedste vil være at undlade det i situationen.

For den, som laver maden i afdelingen, har det haft positiv effekt, at personalegruppen har lavet den sociale kontrakt. Der kommer stadig tilkendegivelser fra kolleger (og unge) om personlige præferencer og holdninger til mad, men der er en forståelse for og legitimitet i forbindelse med den

madplan, der er lagt. Der er på forhånd skabt større konsensus med hensyn til madplanens fedtindhold, fuldkorn, portionsstørrelse og variation i menuvalg. Reduktionen af fedtindholdet i maden i form af især fløde og smør har ikke givet de store reaktioner blandt de unge, men har stillet øgede krav til madlavningsteknik, da smagsstoffer er opløselige i fedt, og det er en nem måde at få maden til at smage af noget.

Med hensyn til ønsket om at vejlede de unge i at finde en passende portionsstørrelse har Corona-restriktionerne været en lidt uventet hjælp, da det har betydet, at personalet både tilbereder maden og øser op.

Om bevægelse

I forbindelse med skridttælling har det været en vigtig erkendelse, at visualisering af afstande giver bedre motivation for at notere, hvor meget man har gået, og er mere overskueligt end blot at plote km ind i et skema. Det var også en læring, at det ikke virkede motiverende for de unge, at personalet skrev alle deres skridt på, fordi personalet generelt har et højere aktivitetsniveau, og fordelingen mellem personalets skridt og de unge blev for skæv. Uanset er det en løbende pædagogisk opgave at skabe engagement omkring skridttælling og gøre det attraktivt at bidrage til fællesskabet og overkomme den skyhed, der kan være hos de unge i forbindelse med at få sin egen gåtur med på tavlen.

Vi tæller skridt i 2020

Kære Alle

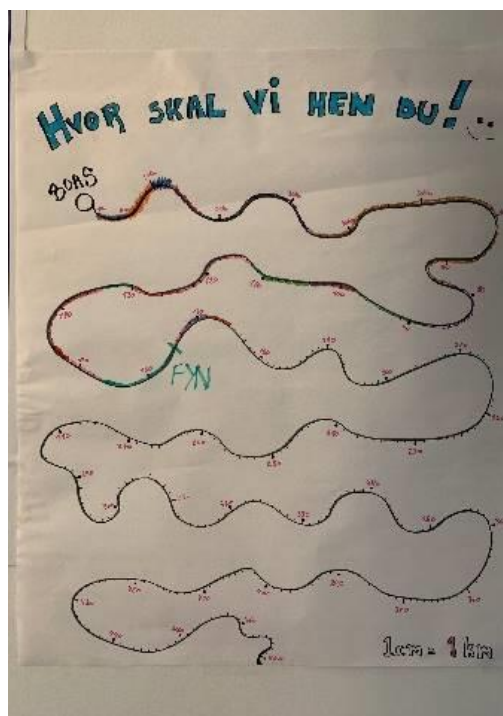
Vi tæller skridt i 2020 og ser hvor langt vi kommer. Vi starter med at gå "sammen hver for sig" – så find dit Garmin-aktivitetsur frem og tag det på så alle skridt kommer med (se vejledningen på bagstoen 📄). Hvis du endnu ikke har fået et Garmin-aktivitetsur er nu et rigtig godt tidspunkt.

I fællesskabet bliver der sat et stort europakort op og hver uge bliver de skridt vi hver især melder ind talt sammen (du kan se skridt omsat til distance i Garmin-appen).



Alle kan være med og hvis du vil være med, får du hver mandag en besked om at huske at rapportere sidste uges skridt til Alexandra, som regner vores samlede distance ud.

I ikkeden kan du hver måned se hvor langt vi er kommet tilsammen. Vi går efter hovedstæderne og markerer det hver gang vi når til en ny hovedstad.



Dét at alle fik tilbud om at få eller få tilskud til fitnessabonnement har åbnet op for, at de unge har kunnet lave en træningsaftale sammen, det vil sige en uforpligtende aktivitet. Flere personaler træner nu i samme center som de unge, hvilket også giver god mulighed for at snakke om det fælles tredje.

Konklusion og perspektiver

I begyndelsen af projektet oplevede personalegruppen det en smule både kontroversielt og grænseoverskridende at være så optaget af sig selv. Men efterhånden som projektet er skredet frem, er der kommet en god fælles forståelse af betydningen af et godt fundament for det videre arbejde. Der er stadig et stykke vej i arbejdet med at skabe en fælles faglig tilgang og få drøftet om det, oven på dette projekt, er muligt at arbejde mere med trivsel og en bredere trivselsforståelse ud fra trivselsfaktorerne: *kost, søvn, motion, velvære (natur), gode gerninger, berøring og fællesskab* – uden at risikere at falde tilbage i gamle mønstre med private eller monofaglige prioriteringer af indsatserne.

I projektets startfase blev der genereret en liste med ideer til indsatser og forandringer, som stadig har mange gode elementer, og som det er muligt at tage fat på at implementere. Kommende personalemøder vil rumme drøftelser om, hvorvidt afdelingen skal tage nye tiltag i den retning.

Der er desuden blevet lavet en introduktion til nyansatte vedrørende sundhedsprojektet, som bliver udleveret og gennemgået i introduktionsforløbet, sådan at nye kolleger – fra socialkonsulenter til vikarer – får indblik i den forhistorie, der er for den sundhedsfremmende indsats i BOAS Frederiksberg – og desuden et overblik over de aftaler, der eksisterer om sundhedsfremmende praksis i afdelingen.

Slutteligt er der en proces i gang, hvor terminologien i afdelingen skal ændres, hvor kost bliver til mad, hvor fysisk aktivitet bliver til bevægelse, og døgnrytme bliver til søvn – dette med den intention at få et hverdagsprog, som for det første er tæt på de unge og for det andet inkluderer alle de dagligdagsaktiviteter, der foregår sammen og hver for sig. Selv om projektet slutter, er vi således enige om, at vi fortsætter med en den sundhedsfremmende tilgang i BOAS Frederiksberg.

Projektets analytiske fund og erkendelser

Hvor de forrige tre afsnit om Stranden, BOAS Mentor og BOAS Frederiksberg beskriver afdelingernes processer og erkendelser i projektets forløb set fra deres praksisperspektiv, vil den følgende del af rapporten afspejle et mere overordnet forskerperspektiv. Der vil ligeledes være fokus på overvejelser og erkendelser, som har fundet sted undervejs i processen, men også på nogle mere overordnede analytiske temaer, som kan siges at gå på tværs af de tre afdelingers fund. Nogle temaer, som kan trækkes op på et mere overordnet plan, og som også er interessant i et bredere fagligt miljø med interesse for en mere systematisk tilgang til sundhedsfremme i det socialfaglige arbejde med udsatte befolkningsgrupper.

Temaerne har været gennemgående for de tre afdelingers erfaringer. De repræsenterer forhold, som ikke har været til at komme udenom i udviklingsarbejdet og handler om, hvordan sundhedsfremme som ambition kunne indgå i det socialpædagogiske arbejde og om det at etablere et aktionsforskningssamarbejde. Processen med at udvikle og integrere det sundhedsfremmende projekt i en ellers veletableret socialpædagogisk hverdag samt samarbejdet mellem forskning og praksis har nemlig bragt fokus på nogle nye faglige perspektiver og problemstillinger, som har været fremme og bearbejdet på afdelingsniveau såvel som hos den enkelte socialkonsulent i projektgruppen. Problemstillingerne har flere facetter og er beskrevet under overskrifterne *Den socialpædagogiske fagidentitet i arbejdet med sundhedsfremme*, *Sundhedsfremme i arbejdet med mennesker i sårbare positioner* samt *Samarbejdet mellem forskning og praksis*.

Den socialpædagogiske fagidentitet i arbejdet med sundhedsfremme

"Hvis vi skal arbejde med sundhedsfremme og integrationen heraf i pædagogiske sammenhænge forudsætter det, at man selv bliver bevidst om egen forståelse af sundhed. Vigtig pointe er, at alle i personalegruppen kan gå med ift. sundhedsfremmende aktiviteter og sundhedsforståelse. Hvad forstår vi selv ved sundhed?" (post-it refleksion fra temadag)

Ovenstående er nedskrevet af en socialkonsulent som refleksion i forbindelse med en temadag, som blev afholdt ved projektets begyndelse. Det understreger en vigtig pointe, som er opstået i løbet af projektet, nemlig at sundhed ikke bare er sundhed. At skulle arbejde med sundhedsfremme i et ikke-sundhedsfagligt professionelt miljø skaber et behov for at drøfte private, faglige og andre mulige forståelser af sundhed, fordi det giver en større faglig tryghed og enighed og forståelse for hinanden.

Pædagogik og sundhedsfremme hører traditionelt set til to forskellige fagtraditioner, som bygger på forskellige vidensgrundlag, antagelser og metoder (Sundhedsstyrelsen, 2012). Helt konkret kan man sige, at man i den pædagogiske uddannelse og praksis har fokus på fx læring, dannelse, inklusion, opdragelse og livsduelighed, mens man i den sundhedsfaglige uddannelse og praksis (herunder fx sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter og læger) har fokus på forebyggelse af sygdom, diagnosticering, symptomer, medicin osv. Denne forskel i faglighed og begreber og antagelser er blandt andet historisk og kulturelt begrundet og opretholdes som opdelte fagligheder og forvaltninger, fordi vi samfundsmæssigt har etablerede institutioner og forvaltningsorganer med hver deres fokus. Der har været opmærksomhed på dette (se fx Sundhedsstyrelsen, 2012;

Sundhedsstyrelsen, 2013), men alligevel er koblingen mellem de to fagligheder fortsat et tilbagevendende tema.

Det har ikke været dette projekts ærinde at stille spørgsmål til det forhold, at de to typer fagligheder kobler sig til forskellige institutionelle og forvaltningsmæssige områder, og at dette skaber udfordringer i arbejdet med socialt udsattes sundhed. Men set i forhold til dette projekts overordnede formål repræsenterer det en del af forklaringen på, hvorfor det kan være svært som socialfaglig at se sin egen rolle i sundhedsfremme og påtage sig det faglige ansvar herfor. I forhold til problematikken omkring den socialpædagogiske faglighed er der flere ting på spil, som vil blive udfoldet i det følgende.

Overskridelse af faglige og personlige grænser

En af de ting, som er på spil, handler om, at det kan være svært som socialpædagog simpelthen at tænke og mene noget om, hvad sundhed og sundhedsfremme er i en faglig og professionel kontekst. Der er tale om sprog og begreber, man som professionel ikke synes er ens egne eller er berettiget til at bruge. Når man ikke deler en fælles faglig terminologi, eller organisationen ikke stiller en (terminologi) til rådighed i form af fx en sundhedspolitik eller sundhedsstrategi, så må man improvisere og gøre, som man vurderer bedst set ud fra et pædagogisk betragtninggrundlag. Og da man som socialkonsulent i SUF arbejder meget alene med sine unge/beboere/borgere, trækker disse betragtninger ofte på personlige antagelser og forståelser af sundhed og sundhedsfremme, hvilket af og til skaber konflikt og følelser af, at man som personalegruppe tænker, arbejder og prioriterer meget forskelligt og dermed signalerer meget forskelligt til de unge. Dette på bekostning af nogle målsætninger om at arbejde med et sundhedsfremmeprojekt, som egentlig er defineret og besluttet. Når det fælles fagsprog ikke er der, kan det være svært at kommunikere med hinanden. Derfor er det, som refleksionen ovenfor antyder, vigtigt at drøfte de bagvedliggende antagelser og forskelligheder, der er i en personalegruppe, når man kaster sig ud i en sådan udvidelse af fagligheden.

I sammenhæng med denne nye sproglighed er en anden vigtig pointe nemlig risikoen for, at man som professionel fremmedgøres i forhold til den helt centrale relation, som man skal have til de unge/borgerne. Relationen og relationsarbejdet udgør selve essensen af den socialpædagogiske faglighed (Madsen, 2005). Man skal være autentisk, og dette kan kompromitteres, hvis man skal fokusere på noget og bruge begreber, som ikke ligger en ligefor.

En af de ting, som karakteriserer socialpædagogisk arbejde, er netop det relationelle, og derfor må man investere en del af sig selv i arbejdet, som konstant stiller krav til situationel dømmekraft og etiske beslutninger og dilemmaer – hvor grænsen mellem den professionelle og den private person udviskes (Madsen, 2005). Når man skal bruge nye begreber og se tingene og sin egen praksis med sundhedsfremmøjne, er det således ikke kun en professionel grænseoverskridelse, der er tale om. Det kan og er ofte en grænseoverskridelse på det personlige plan, hvor ens egen livsstil, vurderinger og holdninger kommer i spil. I den usikkerhed, som denne grænseoverskridelse medfører, opstår der grobund for spørgsmål som: *Hvis man ikke selv har den sundeste livsstil, er overvægtig, stresset, eller hvad det kan være, hvordan kan man så arbejde med sundhedsfremme? Hvordan kan man tillade sig at vurdere og insistere på at arbejde med andres (de unge, borgerne, osv.) sundhed?* I dette projekt har det været helt afgørende, at spørgsmål som disse blev stillet, adresseret og aftabuiseret. De svære spørgsmål har været vigtige at stille og de svære diskussioner vigtige at tage, ligesom det har været vigtigt at drøfte, hvorfor dette fokus på sundhedsfremme har været vigtigt, og hvilken rolle man så hver især kan have i den forbindelse. I nærværende projekt har dette været håndteret ved temadage og på personalemøder. I BOAS Frederiksberg var det fra start et fokusområde at opnå en fælles forståelse af sundhedsfremme, og diskussionerne blev

taget på en personale dag og tog blandt andet udgangspunkt i interviews om sundhedsforståelser med alle ansatte i afdelingen (jf. BOAS Frederiksbergs beskrivelse af processen). I BOAS Mentor og Stranden deltog flere og flere personer undervejs i projektmøderne og fik dermed indblik i både de forskningsmæssige og socialfaglige refleksioner omkring sundhed i det socialfaglige arbejde. De fik mulighed for at drøfte det og for at opnå en mere grundlæggende forståelse af projektet og af det sundhedsfremmende potentiale i afdelingerne.

Tid og tålmodighed

En anden ting i forbindelse med denne overskridelse af faglighed er den simple men vigtige erkendelse, at forandring tager tid. Dette gælder ikke mindst for et projekt som dette, hvor målet ikke har været hverken helt enkelt eller tydeligt fra start.

En grundlæggende antagelse, som knytter sig til aktionsforskningstilgangen, har været, at der må skabes ejerskab og empowerment, hvis reel forandring skal opnås og fastholdes. Det betyder, at nogle gange må selve den sundhedsfremmende målsætning for de unge vente til alle socialkonsulenter er med, kan se sig selv i det, eller med andre ord går med på præmissen om en ny og udvidet faglighed og praksis.

At gennemføre et projekt som dette over to år giver mulighed for at arbejde med tingene over tid og afprøve nogle tilgange og metoder og tage de tidskrævende drøftelser i personalegruppen, som skal til. Det er en beslutningsproces, og man kan nå til mange erkendelser undervejs i en beslutningsproces. Pointen er, at en investering i en personaleproces er vigtig, og i dette projekt har det tilsyneladende været det værd. I forskelligt tempo og på forskellige måder har de forskellige pilotafdelinger nået til den erkendelse, at hele afdelingen faktisk må indgå – arbejdet starter hos socialkonsulenterne og må indebære hele personalegruppen på grund af deres funktion som rollemodeller. Der er opnået den fælles erkendelse, at på trods af at det har været tidskrævende, har det været det værd at vente på at få alle med og tage ejerskab – det har givet tydelige afkast i form af generelle forandringer i afdelingerne, såsom nye bevægelses- og madkulturer, samt større arbejds glæde og mere positive holdninger til sundhedsfremme.

For at opsummere ligger der altså i et projekt som dette et stort stykke arbejde i at integrere sundhedsfremmefordringen i den socialpædagogiske faglighed uden dog at kompromittere den socialfaglige kvalitet og den gode relation, som er helt central for arbejdet med borgerne. Hvis det skal lykkes, indebærer det faglig åbenhed og nødvendige svære drøftelser om private og professionelle forhold. Det er en proces, som kan være grænseoverskridende, og som tager tid, hvis det skal ske med respekt for alle og skabe reel forandring i praksis.

Sundhedsfremme i arbejdet med mennesker i sårbare positioner

Den anden overskrift dækker over nogle vigtige erkendelser i forhold til den socialfaglige målgruppe, og hvordan sundhedsfremme kan få en gang på jord i arbejdet med mennesker, for hvem "sundhed er deres mindste og største problem". For selvom der, som nævnt, har ligget en del arbejde i at få alle socialkonsulenter i afdelingerne med på projektets dagsorden, har der i projektets løbetid hele tiden foregået afprøvninger af større eller mindre sundhedsfremme tiltag med fokus på SUFs unge og borgere. Disse, eller udvalgte eksempler herpå, er beskrevet i ovenstående afsnit om de tre pilotafdelingers aktiviteter og erfaringer. I det følgende fokuseres der på, hvad der overordnet set har været af vigtige betragtninger og fund, som går på tværs af de tre afdelinger, i forbindelse med konkrete afprøvninger af sundhedsfremmetiltag fokuseret på unge og borgere.

Ambitionsniveauet for sundhedsfremme varierer

Som nævnt i introduktionen kan det for SUFs unge virke meget udfordrende og til dels føles irrelevant eller uoverskueligt at tale om og arbejde med sundhed. Og det kan også i visse perioder være irrelevant at have det snævre fokus på sundhed, da de unge til tider kæmper med så svære personlige og sociale problemstillinger, at det pædagogiske arbejde simpelthen foregår som ren brandslukning. Men det betyder ikke, at den sundhedsfremmende opmærksomhed er væk, blot at den indstilles til den givne situation og behov (Jf. De små skridts metode, se VæreSteder, 2009). Med andre ord, handler det sundhedsfremmende perspektiv i socialpædagogisk praksis, helt i tråd med den almene socialpædagogiske praksis, om at være opmærksom på de umiddelbart påtrængende sundhedsmæssige behov og potentialer. Og disse potentialer kan have være fordelt på et spektrum fra livsstil og kramfaktorer, såsom rygning eller motion, til at være et spørgsmål om, at man som socialkonsulent blot forsøger at undgå at understøtte usunde praksisser. Og dette har været en vigtig pointe, at sundhedsfremme ikke nødvendigvis er andet end det i visse situationer, mens andre situationer tilbyder mulighed for at udfordre de unges livsstil og vise alternative og mere sunde praksisser.

”at være fælles om noget sammen med andre – alene”!

Det er også en vigtig pointe, at netop fordi de unge ofte oplever store udfordringer i hverdagen, ikke mindst i forbindelse med deres sociale liv, så er det pædagogiske og sundhedsfremmende arbejde nødt til at tage udgangspunkt i den enkeltes behov. Og det frembringer spørgsmål om, som afsnittets titel illustrerer, hvordan man som afdeling og personalegruppe kan arbejde systematisk og med en fælles pædagogisk tilgang til sundhedsfremme, når man i den grad er nødt til at tage udgangspunkt i den enkeltes behov og faktisk ofte arbejde med ”indsatserne” alene? Dette har været en tilbagevendende problematik, som ikke har nogen endegyldig løsningsmodel. Alligevel har projektet defineret en systematik på baggrund af SUFs forefindende principper og udviklingen af nogle fælles aftaler og sprogbrug med fokus på sundhedsfremme. At gøre dette kræver dog en særlig pædagogisk indstilling og nogle særlige betingelser. Formuleret lidt anderledes, så har erfaringen i dette projekt været, at følgende forhold gør sig gældende:

For det *første* har det været afgørende, at SUF som organisation og organisatorisk fundament for projektet bærer nogle principper, som går i tråd med det sundhedsfremmende projekt. SUF repræsenterer en demokratisk kultur baseret på tillid og socialkonsulenternes ejerskab over for organisationens arbejde og formål. De grundlæggende principper i SUFs arbejde, og den arbejdskultur som eksisterer i forlængelse hermed, har vist sig at give god grobund for de før omtalte svære diskussioner og spørgsmål og for at opnå den fælles udvikling, der skal til for at få en fælles stemme, hvilket leder videre til næste pointe.

For det *andet* har denne fælles stemme været helt central. Og her menes ikke udelukkende det faglige sprog, som der var tale om i forrige afsnit, men en fælles stemme om, holdning til og indstilling om, at sundhedsfremme er et fælles anliggende og en kollektiv vurdering; at det er et vigtigt og værdifuldt fokus i det daglige. Der er nogle socialkonsulenter, for hvem en sundhedsfremmedagsorden falder mere naturligt, og som er mere motiveret end andre i forbindelse med den sundhedsfremmende praksis. Men i udgangspunktet eksisterer det som en målsætning for alle. Det vil også sige, at hvor der før projektets start kunne være tale om, at flere i personalegruppen ydede en form for modstand mod ideen om sundhedsfremme (ved fx at klage over manglende flødesovs på menuen), er der sket en forandring. I stedet er oplevelsen, at den mere ensrettede holdning, der nu eksisterer, til relevansen af sundhedsfremme, har en effekt og betydning for, hvordan de unge oplever og ”køber ind” på denne dagsorden og de forskellige aktiviteter, som er knyttet hertil. Det er ikke en proces uden fortsatte udfordringer eller modstand, men den generelle stemning har forandret sig, hvilket også viser sig på de unges deltagelse og motivation. Ikke mindst fordi der, som

resultat af SUFs principper, altid tages udgangspunkt i, hvor den enkelte unge er, og hvad der er fordrende for dennes udviklingsproces.

For det *tredje*, og i tråd med den fælles stemme, er der i SUF en grundlæggende enighed om, at socialkonsulenter og afdelingsledere er rollemodeller. Dette forhold kan komme til at modarbejde den sundhedsfremmende dagsorden, hvis nogle socialkonsulenter yder modstand, hvilket som nævnt har fundet sted særligt i begyndelsen af dette projekt. Omvendt kan socialkonsulenterne som rollemodeller også skabe motivation, engagement eller i det mindste deltagelse hos mange af de unge, hvis de går forrest i de sundhedsfremmende aktiviteter, sådan som det er nævnt flere gange i processen, og som et citat fra en socialkonsulent antyder; ”når vi tager initiativ, så bider de unge på”. Socialkonsulenternes initiativer og handlinger har betydning og smitter af. Og det kan ligefrem få en synergetisk effekt, hvis det som afdeling signaleres tydeligt, at socialkonsulenterne selv arbejder med deres sundhed og måske endda selv erkender, at den sunde livsstil kan være udfordrende og skabe ambivalens.

Som et *fjerde* og sidste vigtigt forhold relateret til at arbejde sundhedsfremmende med mennesker i meget sårbare positioner har projektet vist, at arbejdet med sundhedsfremme ligesom det socialpædagogiske område er fyldt med dilemmaer, følelser af ambivalens og decideret afmagt. Meget udfordrende spørgsmål og situationer opstår jævnligt, hvor de unge har brug for støtte, og hvor den tillidsfulde relation er afgørende for, at det pædagogiske arbejde kan lykkes. Her er det ikke altid, at timingen er der for at drøfte, motivere eller engagere til sundhedsfremmeemnet eller aktiviteter forbundet hermed. Denne ambivalens og dilemmaer er en del af det socialpædagogiske arbejde. Men man kan sige, at der i forbindelse med sundhedsfremme opstår nogle nye og anderledes og måske endda forstærkede udfordringer i den daglige praksis. Og dette må den enkelte socialkonsulent håndtere i situationen. Her er det en fordel, at man som afdeling anerkender behovet for at dele og drøfte det svære – på det personlige eller faglige plan, og hvordan man eventuelt kan trække på hinanden i hverdagen.

Organisation og lederskab

I alle typer af udviklingsprojekter spiller organisering og lederskab en væsentlig rolle for processen og for resultatet. Der er flere steder i dette projekt, hvor disse forhold har gjort sig gældende i positiv forstand, og som bør nævnes som vigtige analytiske opmærksomhedspunkter og som betingelser for en produktiv forandringsproces.

Som det blev nævnt i forrige afsnit, har det været afgørende, at formuleringen af projektet har taget højde for og lagt sig i tråd med de i forvejen bærende principper for arbejdet i SUF. Disse principper handler for eksempel om rummelighed, nærhed, faglighed og udvikling. Den organisatoriske rummelighed, smidighed og arbejdskultur har, som nævnt, givet socialkonsulenter og afdelingsledere nogle gode betingelser for at vise lydhørhed, have tillid og udøve villighed til udvikling og forandring og de målsætninger, som har været for projektet. Dette kom for eksempel til udtryk ved, at de tre pilotafdelinger på hver deres måde har kunnet agere inden for deres rammer og bidrage med forskellige erfaringer til hinandens processer på trods af, de er ganske forskellige, hvad angår alt fra deres målgruppe og tilbud til fysiske rammer og ledelsesstil. Dette har blandt andet de fælles temadage skabt rum for. Deres forskellighed har ledt til forskellige processer, aktiviteter og konkrete erfaringer, men generelt kan det siges, at organisationens rammer og former for lederskab har kunnet understøtte bredt i forhold til den enkelte afdelings stil og behov for støtte.

Samarbejdet mellem forskning og praksis

Som nævnt har dette som aktionsforskningsprojekt haft en ambition om at skabe viden og udvikling af praksis i én og samme proces. En sådan proces er hverken enkel eller uden udfordringer, fordi forandring af en veletableret praksis er svær, og fordi forskere og praktikere arbejder forskelligt, har forskellige sprog og forskellige arbejdsbetingelser. Det er derfor helt centralt, at alle bestræber sig på åbenhed og dialog, når udfordringerne viser sig. Til trods for, at samarbejdspartnerne i dette projekt har forsøgt at være meget opmærksomme på dette, og på at forventningsafstemme fra starten og løbende, har nogle problematikker alligevel vist sig.

Den Sociale Udviklingsfond har længe haft en interesse i at samarbejde med en forskningsinstitution med henblik på udvikling og kvalificering af den pædagogiske indsats. Organisationen gik ind i samarbejdet med en forventning om at få et akademisk blik på den eksisterende pædagogiske praksis med fokus på emnet sundhed og udsatte. SUF er novicer, når det kommer til forskning på det sociale område og samarbejde med en forskningsinstitution. Der er stor erfaring med at udvikle og beskrive udviklingsprojekter, men ikke i en forskningsbaseret kontekst. Men der har været usikkerhed forbundet med, hvilke konkrete forventninger der kunne være til forskningsprojektet, og hvilken betydning det ville få for SUFs rolle og opgave.

Nogle refleksioner, som er gjort i forbindelse med en temadag og nedskrevet på post-its, inkluderer *"Det kræver tålmodighed og rummelighed, når projektet er så 'flyvsk', og at der ligger nogle 'udfordringer i at få fællesskab, når visionen ikke er klar'*". Disse overvejelser bunder formentlig i, at projektet er defineret som et aktionsforskningsprojekt. Aktionsforskningen er karakteriseret ved at være eksplorativ og åben og baseret på en præmis om demokratisk deltagelse. Det er tilgangens styrke, men denne styrke kan også betragtes som en svaghed eller i hvert fald en udfordring, fordi aktionsforskning, selvom det er en *forskningstilgang*, ikke eksplicit rummer traditionelle videnskabelige elementer, såsom dataindsamling (i traditionel forstand) – og bearbejdning, analyse og resultater. Når en del af forventningen til samarbejdet fra SUFs side var, at det ville sætte organisationen i stand til at anvende *forskningsbaserede principper, forskningsdesigns og databearbejdningsteknikker* med henblik på udvikling af den socialpædagogiske praksis, var det forbundet til en anden forestilling om videnskabelighed, end den som knytter sig til aktionsforskning. Med andre ord, når aktionsforskning som forskningstilgang i sin form er så "uklar", har det skabt en del usikkerhed i forhold til, hvordan denne tilgang kunne kvalificere udviklingsprojektet og substansen af det videnskabelig input.

Kommunikation i implementeringsprocessen

Samtidig har der også været nogle barrierer i forbindelse med projektets implementering som følge af organiseringen og lederskabet, og som indebærer vigtige læringspunkter i forbindelse med aktionsforskning og fremtidige udviklingsprojekter. Som det er nævnt, kunne alle socialkonsulenter i pilotafdelingerne samt flere af borgerne have været bedre informeret og inddraget fra projektets start. Den kommunikation, der var omkring projektet fra ledelsen og SIFs side, gav i hvert tilfælde en følelse hos mange socialkonsulenter af, at det ikke var deres projekt, eller at de ikke havde en rolle at spille. Desuden var der flere usikkerheder både i styregruppen og hos afdelingerne i forhold til, hvad der lå, og ikke lå, af forventninger fra forskerens side om, hvad der skulle gøres og dokumenteres. Der lå hermed et større kommunikationsarbejde end antaget hos forsker og ledelse i at redegøre for aktionsforskning som tilgang og ramme for et udviklingsprojekt. Dette tydeliggør vigtigheden af at afsætte tilstrækkelig tid til at forventningsafstemme både på styregruppeniveau og afdelingsniveau.

Udfordringer med kommunikationen har været en løbende problematik. Dette gælder, som nævnt, helt i starten af perioden, hvor projektet ikke var kommunikeret klart nok ud til alle ansatte i

afdelingerne, og at alle derfor ikke var klar over deres deltagelse og ansvar. I forbindelse med ovenstående har det til tider været en udfordring for forskeren at gøre det klart for deltagerne i SUF, at dette ikke var et forskningsprojekt i klassisk forstand, hvor data skulle indsamles og bruges af forskeren, men at alle processer og dataindsamlingen helst skulle give mening og komme alle til gode – at dataindsamling, analyse og fortolkning var en fælles proces, om end ofte faciliteret af forskeren.

Kommunikation handler også om sprog og begreber. Og i forhold til sproget arbejder man i sådanne projekter til tider på et andet refleksionsniveau, end hvad der er mulighed for i hverdagens socialpædagogiske praksis. Og pointen med udviklingsprojekter som dette skulle gerne være, at det kan tilbyde et rum til at reflektere over sin praksis – tid til at tænke og ikke kun til at handle, og desuden mulighed for at trække sig tilbage og tænke over, hvordan man fremadrettet ønsker at gøre noget anderledes og forsøge at gennemtænke hvordan det bedst implementeres. Det kan være svært, som praktiker, at finde tid og være i dette rum og lade forskellige ideer og refleksioner få frit spil. Det kan også være svært at gå ind i, når man ikke helt ved, hvor man skal ende, sådan som aktionsforskningsprojekter er tænkt. Nogle gange må erkendelserne komme, når de kommer, og man må leve i kaos indtil da, som flere har udtrykt på forskellige måder i forbindelse med vores temadage:

”Det kræver tålmodighed og rummelighed, når projektet er så ”flyvsk”.”

”Udfordringer i at få fællesskab, når visionen ikke er klar.”

Projektet har i perioder været diffust for mange, men netop dette med at lade sig være i processen, være afprøvende og evaluere løbende kan antageligt bringe en længere, end hvis beslutningen skulle være taget på én dag eller af én person. Dette med at fokusere på processen og udvikle beslutningerne demokratisk er netop udfordringen ved aktionsforskningen, men også styrken, fordi det måske bedre giver mulighed for, at alle kan se sig selv i projektet og tage ejerskab i processen til trods for travlhed og et ønske om at handle på tingene.

Konklusion og besvarelse af forskningsspørgsmålene

Projekt Sundhed i Den Sociale Udviklingsfond har foregået over to år. Der kunne være brugt to år mere på at arbejde videre med de konkrete indsatser og med at udvide forståelsen af borgernes perspektiver og deres erfaringer med socialkonsulenternes sundhedsfremmende fokus. Men udviklingsprocesser tager tid, og når det er sagt, så har de sidste to års arbejde, i de tre pilotafdelinger og på tværs, genereret en masse viden, som er fundamental for at skabe denne udvidede forståelse af borgernes perspektiver og erfaringer. Denne opsummeres her.

I Stranden er der opnået en viden om, at sundhed er følelser og handlinger, og at det er helt centralt for en personalegruppe at kunne italesætte det, som er svært, ved at arbejde fokuseret med sundhedsfremme. Herudover ved personalegruppen på Stranden nu, at hver enkelt socialkonsulent eller unge ikke står alene med udfordringerne, fordi når der regelmæssigt gennemføres fællesskabsdannende aktiviteter, skaber det grobund for bedre, nye og vigtige relationer. Dette i kombination med det pædagogiske udgangspunkt i noget fælles tredje er i sig selv sundhedsfremmende og kan, hvis det udføres systematisk, forplante sig til positive forandringer i afdelingens kultur og hos den enkelte socialkonsulent og borger.

I BOAS Mentor er der opnået viden om, at synlighed omkring afdelingens fokus på sundhedsfremme har været et vigtigt element i deres mål med aktiv deltagelse og en tydelig sundhedsfremmeprofil i afdelingen. Sundhedstiltag såsom "Dagens juice", 30 minutters walk-and-talk som fast aktivitet på klubprogrammet og samtalemiddage kombineret med ekspertinput i øjenhøjde skaber motivation og engagement hos deres målgruppe. Erfaringen er også, at implementeringen af et nyt projekt som dette tager tid, fordi personalet skal finde deres rolle i projektet, og afdelingen som helhed skal finde fælles fodfæste og opnå ejerskab for visionen og fremdriften i projektet.

I BOAS Frederiksberg er der opnået viden om, at det giver mening for en personalegruppe at starte med sig selv, hvis man ønsker at skabe en forandring af praksis, også selvom det i udgangspunktet kan føles en smule kontroversielt og grænseoverskridende. I afdelingen har man opnået en større forståelse for de forskellige opfattelser og holdninger, der er til sundhed blandt afdelingens ansatte, og at disse forskelle alligevel, med en social kontrakt som holdepunkt, kan mødes om en fælles tilgang som rollemodeller til sundhedsfremme i afdelingen. Der har været en erkendelse af, at for at opnå dette kræves en kontinuerlig dialog om det svære og de iboende dilemmaer i forbindelse med sundhedsspørgsmål og en gensidig påmindelse om, at sundhedsfremme er et vigtigt fokuspunkt for afdelingen.

Som nævnt i rapportens indledende afsnit definerede projektet nogle forskningsspørgsmål, som har været ledende for processen og været med til at holde linjen for projektet. Rapportens afsnit om projektets overordnede analytiske fund og erkendelser besvarer dele af disse spørgsmål og opsummeres her. Dernæst gøres der et konkret forsøg på at besvare forskningsspørgsmålene helt kortfattet.

For det første indebærer en mere systematisk tilgang til sundhedsfremme, at den socialpædagogiske fagidentitet inddrager flere og nye perspektiver. Dette indebærer, at private, faglige og andre mulige forståelser af sundhed afklares hos den enkelte og drøftes i det faglige fællesskab. Efter som pædagogik og sundhedsfremme traditionelt tilhører forskellige fagtraditioner, som bygger på

forskellige vidensgrundlag, begreber, antagelser og metoder, og fordi socialpædagogikken indebærer stor personlig investering i arbejdet, vil denne proces indebære en nødvendig overskridelse af både faglige og personlige grænser. Og det er vigtigt at indse, at denne proces kræver åbenhed og dialog om de personlige og faglige dilemmaer og udfordringer, som opstår, ligesom det er vigtigt at indse, at så store forandringer kræver tid og tålmodighed.

For det andet indebærer en mere systematisk tilgang til sundhedsfremme i forbindelse med det socialfaglige arbejde og dennes målgrupper, at ambitionsniveauet tilpasses den enkelte borger, generelt og i specifikke situationer og perioder. Det centrale er ikke at formulere store målsætninger med fokus på specifikke sundhedsmål, men at være opmærksom på de umiddelbart påtrængende sundhedsmæssige behov, der kan være hos den enkelte, og de eventuelle sundhedsfremmende potentialer, der kan vise sig i det relationelle arbejde. En sådan tilgang kan betragtes som en systematisk tilgang, hvis den er baseret på nogle fælles principper, som kræver en særlig pædagogisk indstilling og nogle særlige betingelser. Det kræver en arbejdskultur, som er baseret på tillid, åbenhed og ejerskab over for organisationens arbejde og formålet med sundhedsfremme, fordi dette skaber grobund for at tage de svære drøftelser og spørgsmål og en fælles stemme og fagligt sprog, som viser, at den sundhedsfremmende dagsorden er et fælles eje. Hvis socialkonsulenter som rollemodeller for borgerne kan vise, at der er enighed om, at sundhedsfremme er en meningsfuld vej at gå, vil dette ofte forplante sig hos borgerne i form af mindre modstand, deltagelse eller måske sågar engagement. I tråd med dette er det også en vigtig erkendelse, at organisatorisk og ledelsesmæssig rummelighed, nærhed og smidighed skaber nogle helt afgørende betingelser for, om de svære processer får rum, tid og støtte til, at sundhedsfremme kan lykkes.

For det tredje har det været en læreproces for alle at være involveret i et aktionsforskningsprojekt og samarbejde på tværs af forskning og praksis. Det har været vigtigt og frugtbart med åbenhed og dialog undervejs i processen, og dette har skabt mange spændende drøftelser og erkendelser undervejs. Der har dog også været udfordringer og usikkerhed hos styregruppen og de tre pilotafdelinger i forhold til, hvordan det at deltage i et forskningsprojekt er, og hvordan det ville få betydning for SUFs rolle og opgaver. Fordi tilgangen ikke ligner mere traditionelle forskningstilgange, som indebærer mere alment forestillede og opdeltede processer som dataindsamling, databearbejdning, analyse osv., har aktionsforskningens eksplorative, ukonkrete og åbne form skabt en del usikkerhed. Dels i forhold til hvordan denne tilgang kunne kvalificere udviklingsprojektet, samt hvad det videnskabelige input indebærer. Foruden denne problematik har der også været nogle udfordringer i forbindelse med projektets implementering. Disse handler om den nødvendige kommunikation, eller manglen på samme, af projektet til de tre pilotafdelinger, socialkonsulenter og borgere. Dette gælder både kommunikation fra SIF om de forventninger og processer, som aktionsforskningstilgangen indebærer, og kommunikation fra ledelse og SIF om, hvad der skulle gøres og dokumenteres og til hvilket formål. På trods af, at det til tider har været en diffus proces, har det dog også været frugtbart at acceptere den afprøvende tilgang, fordi det måske giver bedre mulighed for, at alle kan se sig selv i projektet og tage ejerskab i processen.

Afslutningsvis er svaret på det første forskningsspørgsmål; hvilke sundhedsfremmende kompetencer er nødvendige for at understøtte forandringer mod en mere sundhedsfremmende praksis?, og her er det korte svar således: Grundstenen for de nødvendige sundhedsfremmende kompetencer ligger allerede i relationspædagogikken og i de faglige redskaber som socialkonsulenterne i SUF allerede besidder. Det nye ligger i, at socialkonsulenterne tilegner sig en øget opmærksomhed på og et sprog for sundhedsmæssige spørgsmål, som har betydning for borgernes liv, og som måske opstår undervejs og kommer til syne i den pædagogiske relation. Kort sagt, at være opmærksom på det sundhedsfremmende potentiale, som opstår gennem relationspædagogikken. Det korte svar på andet forskningsspørgsmål; hvordan kan man skabe en mere systematisk tilgang til sundhedsfremme i Den Sociale Udviklingsfond?, er: Det kan man ved at tydeliggøre en fælles holdning

og kultur i afdelinger og organisationen, som viser, at der er en fælles holdning om, at sundhedsfremme er en vigtig del af organisationens dagsorden. Desuden kan man gøre det ved at tydeliggøre nogle principper i organisationen og i afdelingerne, som bygger på rummelighed, dialog og støtte. Principperne skaber systematik ved at danne grobund for, at personaler og borgere kan give udtryk for de svære, dilemmafyldte og udfordrende forhold ved sundhed. Og det kan skabe grobund for respektfulde fællesskaber og relationer, som i sig selv er sundhedsfremmende.

Perspektivering

Den sociale ulighed i sundhed i Danmark er stigende, og sundhedsvæsnet samt offentlige og private sundhedstilbud kan ikke klare at løse opgaven alene. Ulighedsproblemer i samfundet vil bedst kunne løses gennem mere strukturelle samfundsmæssige lighedsskabende politikker og indsatser med fokus på sociale, politiske og økonomiske forhold, såsom uddannelse, arbejdsmarked, boligforhold osv., og et sundhedsvæsen med bedre mulighed for at rumme og hjælpe borgere i socialt udsatte positioner. Når det er sagt, vil det altid være nødvendigt med mere individfokuserede indsatser også. Og her kan projekter som dette bidrage med viden, fordi deltagerne i projektet er dem, som det handler om, nemlig mennesker i socialt udsatte positioner, og dem, som er tættest på – det socialfaglige frontpersonale.

Inden for sundhedsvidenskaberne er der tradition for at tillægge de mere kvantitativt funderede og eksempelvis randomiserede kontrollerede interventionsstudier mere legitimitet i forbindelse med deres videns bestræbelser om at skabe evidens og "objektiv" viden. Aktionsforskning som tilgang i sundhedsfremme har ikke som formål at skabe objektiv, men kontekstbaseret viden, og har, som andre videnskabelige tilgange, sine fordele og ulemper. Nogle af disse er beskrevet i det forrige. I forhold til at opnå reel forandring har projektet dog vist, at tilgangen har været med til at skabe forandring af praksis og skabe viden, som kan anvendes i praksis. Til trods for projektets begrænsede rækkevidde, i modsætning til større forskningsdesigns og mulighederne for eksempelvis at måle effekt og udbrede til større populationer, så har aktionsforskning i denne sammenhæng vist sig som en bæredygtig interventionsform, som er effektiv på den lille skala. Det er håbet, at dette projekt vil inspirere til at se også mindre typer af interventioner og forskningsprojekter som dette som legitime bidrag til det videnskabelige landskab.

Når SUF og SIF ser fremad, har projektet givet lyst og mod på at udforske emnet sundhedsfremme i det socialfaglige arbejde yderligere. For eksempel ligger der spændende muligheder i at fokusere mere på borgernes perspektiver på sundhedsfremme. Det har netop været en ambition i dette projekt at udforske *inddragelse* som tema i sundhedsfremme med social udsatte; hvordan kan man inddrage borgerne og i hvilket omfang, sådan at en sundhedsfremmende praksis kan opnå mest mulig positiv påvirkning i forhold til udsatte borgeres sundhed, trivsel og livskvalitet. Dette emne indeholder fortsat mange ubesvarede spørgsmål til fremtidig udforskning, som kan bidrage med viden til gavn for det socialfaglige arbejde og mennesker i socialt udsatte positioner.

Litteratur

- Ahlmark, N., Sørensen, I., Davidsen, M., & Ekholm, O. (2018). *SUSY UDSAT 2017 - Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark og udviklingen siden 2007*. Retrieved from København:
- Brinkmann, S. (2010). Etik i en kvalitativ verden. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder - en grundbog* (pp. 429-445). København: Hans Reitzels Forlag.
- Jungk, R., & Müllert, N. R. (1984). *Håndbog i FremtidsVærksteder*. København: Politisk Revy.
- Lehn-Christiansen, S., Liveng, A., Dybbroe, B., Holen, M., Thualagant, N., Aamann, I. C., & Nordenhof, B. (Eds.). (2016). *Ulighed i sundhed. Nye humanistiske og samfundsvidenskabelige perspektiver*. Frederiksberg: Frydenlund Academic.
- Madsen, B. (2005). *Socialpædagogik: integration og inklusion i det moderne samfund*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Møller, S. P., Ekholm, O., & Thygesen, L. C. (2021). *Betydningen af Covid-19 krisen for mental sundhed, helbred og arbejdsmiljø*. Retrieved from København:
- Nielsen, K. A. (2001). At frisætte subjektivitet. Om sociale eksperimenteres betydning som kvalitativ forskningsmetode i humanvidenskaberne. *Nordiske Udkast*, 1.
- Nielsen, K. A., & Nielsen, B. S. (2006). Methodologies in Action Research. In K. A. Nielsen & L. G. Svensson (Eds.), *Action Research and Interactive : Beyond practice and theory* Research. Maastricht: Shaker Publishing. (Reprinted from: Not in File).
- Ottosen, J., & Ancher-Jensen, M. (2021). Tidslinje over coronakrisen: Hvad skete der og hvornår?
- Pedersen, P. V. (2018). *Socialt udsattes møde med sundhedsvæsnet*. Retrieved from Statens Institut for Folkesundhed, SDU
- Petersen, K. E., & Ladefoged, L. (Eds.). (2020). *Forskning med børn og unge - Etik og etiske dilemmaer*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Sundhedsstyrelsen. (2012). *Et sundt liv for udsatte borgere*. Retrieved from København S:
- Sundhedsstyrelsen. (2013). *Sundhedstilbud til socialt udsatte borgere*. Retrieved from København:
- Tanggaard, L., & Brinkmann, S. (2010). Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder - en grundbog* (pp. 29-54). København: Hans Reitzels Forlag.
- Udesen, C. H., Skaarup, C., Petersen, M. N. S., & Ersbøll, A. K. (2020). *Social ulighed i sundhed og sygdom Udviklingen i Danmark i perioden 2010 – 2017*. Retrieved from Sundhedsstyrelsen: København S:
- VæreSteder, L. a. (2009). *De små skridts metode*. Retrieved from