

# AFDÆKNING AF UDFORDRINGER I KØBENHAVNS KOMMUNES INDSATS FOR BORGERE MED SINDSLIDELSE

---

- Afsæt for en ny strategi
-

## Indhold

Indledning .....	3
Målgruppen.....	3
Målet er recovery .....	4
Socialudvalgets mission .....	4
Socialudvalgets vision .....	4
Københavns Kommunes værdigrundlag .....	4
Københavns Kommunes brugerpolitik for borgere med sindslidelse.....	4
Præmis: Et stigende pres på socialpsykiatrien .....	5
Flere patienter i behandlingspsykiatrien.....	5
Kortere indlæggelsestider og mere ambulant behandling .....	6
En strategi i to spor – forebyggelse og psykosociale rehabilitering .....	7
Forslag til fokusområde: Tidlig indsats .....	8
Forslag til fokusområde: Styrket beskæftigelsesindsats.....	10
Forslag til fokusområde: Bedre samarbejde med netværk og pårørende.....	11
Forslag til fokusområde: Udvikling af tilbudsviften .....	12
Enhedsprisanalyse .....	12
Analyse af udredninger .....	13
Mangel på billige boliger .....	15
Forslag til fokusområde: en kultur med fokus på håb og udvikling.....	16
Forslag til fokusområde: En mere vidensbaseret indsats .....	18
Dokumentation.....	18
At bygge bro til en fleksibel vifte af tilbud .....	19
Forslag til fokusområde: Samarbejde med behandlingspsykiatrien .....	20
LITTERATURLISTE .....	21
Bilag 1: Koordinerende arbejdsgruppe .....	24
Bilag 2: Styregruppe.....	25

## Indledning

Formålet med denne kortlægning er at pege på de områder, hvor der er behov for udvikling eller behov for opprioritering i Københavns Kommunes indsats for borgere med sindslidelse. Kortlægningen skal danne afsæt for en formulering af og politisk prioritering af, hvilke fokusområder der skal være i en ny strategi for den socialpsykiatriske indsats. Socialudvalget drøfter nærværende kortlægning på møde den 21. juni 2013.

Beskrivelsen af hvilke løsninger, der vil være de mest relevante og realistiske svar på udfordringerne, vil ske i et efterfølgende arbejde hen over sommeren og efteråret 2013 med henblik på at kunne sende et forslag til strategi i høring og efterfølgende til godkendelse i et nyt socialudvalg primo 2014.

Kortlægningen er blevet til på baggrund af flere forskellige input; alle centre fra både udfører- og myndighedssiden er blevet bedt om at komme med bidrag fra medarbejderne, Socialforvaltningen har gennemført interview med brugere og har afholdt møder med en række interessenter (FOA, LFS, SL, DS, Bedre Psykiatri og Sind). Desuden er alle data fra voksenudredningerne blevet analyseret og diverse undersøgelser og litteratur er blevet inddraget (se litteraturlisten til sidst i rapporten).

De forskellige input er efterfølgende blevet drøftet i en arbejdsgruppe med deltagelse fra alle myndigheds- og udførercentre samt brugere og dernæst drøftet i en styregruppe (alle deltagere fremgår af bilag 1 og 2).

## Målgruppen

Der eksisterer kun sparsomme undersøgelser af forekomsten af psykisk sygdom i Danmark. Dansk Psykiatrisk Selskab skønner dog, at der er 650.000 danskere, der har en psykisk sygdom (Dansk Psykiatrisk Selskab, 2011), svarende til knap 85.000 københavnere. De hyppigst forekommende diagnoser er de såkaldte lettere psykiske lidelser som depression (30 pct. af alle forekomster af psykisk sygdom) og angstlidelser (knap 40 pct. af alle forekomster ifølge Dansk Psykiatrisk Selskabs skøn). I forlængelse heraf vurderer Dansk Psykiatrisk Selskab, at psykisk sygdom er et stigende problem – både globalt og her i Danmark.

De mennesker, der rammes af en psykisk lidelse, vil have meget forskelligt behov for behandling og støtte. Den største gruppe, som er de der rammes i mildeste grad, vil kunne behandles hos deres egen læge eller eventuelt hos en privatpraktiserende speciallæge eller terapeut. En sværere grad af sygdom vil kræve behandling i sygehusvæsenets psykiatriske behandlingssystem. Endelig vil der være en gruppe, som ud over behandling har behov for hjælp og støtte til at håndtere en række sociale problemer eller funktionsnedsættesler, de har fået som følge af deres sygdom. Det er sidstnævnte gruppe, som er i fokus for den kommunale socialpsykiatriske indsats.

Ifølge Servicelovens § 81 skal kommunen ”tilbyde en særlig indsats til voksne med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer” (Social- og Integrationsministeriet, 2012). En borger, der har en psykisk lidelse, er således ikke i Socialforvaltningens målgruppe, med mindre borgeren samtidigt har nedsat funktionsevne eller sociale problemer.

I dag er Socialforvaltningen i kontakt med ca. 9000 borgere, hvoraf ca. 1500 er visiteret til et botilbud eller hjemmevejlederstøtte i egen bolig, eventuelt i kombination med beskyttet beskæftigelse, mens resten får et eller flere uvisiterede tilbud i form af samværs- og aktivitetstilbud, støtte- og kontaktperson, boligrådgiver eller råd og vejledning.

## Målet er recovery

Både Socialudvalgets mission, vision og kommunens værdier har fokus på, at borgerne har potentiale, som både kan og skal udvikles (se faktaboks i siden). Det er i god overensstemmelse med det, der i det socialpsykiatriske felt betegnes recovery – eller at komme sig -, hvor international forskning har vist, at:

- cirka 25 pct. kommer sig helt fra svære psykiske vanskeligheder. Det vil sige, de har ikke længere symptomer og har genvundet deres hidtidige funktionsniveau og
- cirka 35 pct. kommer sig socialt. Det vil sige, de har stadig (nogle) symptomer, men det er ikke en hindring for, at de kan leve et socialt liv (Topor, 2002).

I forlængelse heraf er det interessant, at internationale studier også konkluderer, at *alle* mennesker, der på et tidspunkt har fået en psykiatrisk diagnose, har mulighed for at komme sig. Der er *ikke* nogen årsagssammenhæng mellem den enkeltes personlighed eller særlige karakteristika ved diagnosen og muligheden for at komme sig (Topor, 2011).

**Med afsæt i disse forskningsresultater må det overordnede mål for den socialpsykiatriske indsats være, at borgerne kommer sig af deres psykiske vanskeligheder.**

Det er selvfølgelig væsentligt at være opmærksom på, at 40 pct. tilsyneladende ikke kommer sig. Men i og med at man ikke kan forudsige hvem, der kommer sig, må ambitionen være at stræbe efter det for alle.

### Socialudvalgets mission

Vi skal skabe rum for, at alle københavnere, uanset livsvilkår, hver for sig og sammen kan få mulighed for at udfolde og realisere eget potentiale. Vi vil skabe forandring – vi vil skabe rammerne for, at borgerne kan ændre deres liv.

Vi skal arbejde for at modvirke social udstødelse og polarisering af grupper og enkelte borgere; at hjælpe de, der er havnet i en socialt udsat position, til at finde fodfæste igen; og at sikre et værdigt liv for den gruppe af borgere, som af forskellige årsager altid vil være afhængig af andres hjælp.

### Socialudvalgets vision

København skal være den by i Danmark, der er bedst til forebyggelse på det sociale område.

Københavnske borgere med særlige behov skal (for)blive en del af "normalsamfundet" og sikres uddannelse og meningsfuld beskæftigelse.

København skal være den by i Danmark, der har størst fokus på udvikling og fremdrift for borgere med særlige behov.

Københavnske borgere med særlige behov skal sikres en god og tidssvarende bolig.

### Københavns Kommunes værdigrundlag

Vi arbejder efter fælles værdier:

- Respekt
- Ligeværdighed
- Dialog
- Tillid

### Københavns Kommunes brugerpolitik for borgere med sindslidelse

Omdrejningspunktet i brugerpolitikken er:

- Selvbestemmelse
- Brugerindflydelse
- Brugerinddragelse

Denne ambition må ikke forveksles med en forventning om, at alle kan eller skal følge den samme snorlige vej 'ud af systemet'. Hele kernen i recovery - som en af de førende kapaciteter på området, professor Larry Davidson (2003) definerer det – er, at recovery ikke er en metode, et redskab eller en organiseringsform, men en unik, personlig og social proces. Som det også vil blive udfoldet i det følgende, betyder det, at vi hverken kan eller vil tvinge nogen til udvikling, men vi kan tilbyde et håb om ændring og hjælpe med at udforske den enkeltes vej dertil – og det er netop dette håb, som skal gælde for alle og derfor afspejles i målet.

## Præmis: Et stigende pres på socialpsykiatrien

I de senere år har der været et stigende pres på socialpsykiatrien. For det *første* har der været en markant stigning i antallet af patienter i behandlingspsykiatrien, hvilket alt andet lige betyder flere patienter med funktionsnedsættelse, der dermed har behov for støtte i form af forskellige socialpsykiatriske tilbud. For det *andet* har der i behandlingspsykiatrien været en tydelig tendens til, at indlæggelsestiderne er blevet kortere, hvilket betyder, at patienterne er langt mere sårbare, når de udskrives og derfor har et større behov for støtteordninger i socialpsykiatrien. I forlængelse heraf opleves der også et stigende pres på medarbejderne i socialpsykiatriens kompetencer. Eftersom patienterne udskrives hurtigere og hurtigere, kræves det alt andet lige af det socialfaglige personale, at de har en større medicinsk viden. De to tendenser er uddybet i de følgende.

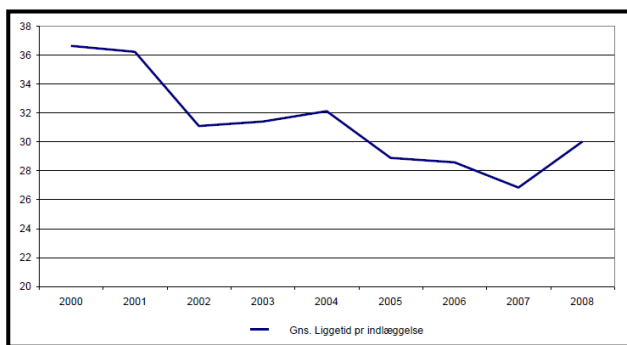
## Flere patienter i behandlingspsykiatrien

Siden årtusindeskiftet er der sket en markant stigning i antallet af patienter i behandlingspsykiatrien. I 2000 var der på landsplan 81.708 patienter i behandling, mens der i 2008 var 116.331 patienter i behandling, hvilket svarer til en stigning på ca. 42 % på mindre end 10 år (DSI, 2011: 74). Tendensen viser sig at være aftaget en smule efter 2008. Tal fra Region Hovedstaden viser, at der har været en stigning på godt 5 % i perioden 2008-2011; fra 30.991 til 32.615 patienter i psykiatrisk behandling årligt (RH, 2013). Dette er ikke nødvendigvis et billede, af at der er flere mennesker, som har en psykisk sygdom, men der peges på to primære årsager. For det *første* er der kommet et større fokus på ikke-psykotiske lidelser, som betyder, at man i behandlingspsykiatrien har at gøre med et langt bredere felt af patienter end tidligere. En psykiater peger i et interview på, at et potentielt problem herved er, at man risikerer at lade de allersværest stillede udsatte borgere i stikken, fordi der alt andet lige er mindre tid til dem, når der er flere patienter at tage sig af (DSI, 2011: 25). For det *andet* er der sket en samfundsmæssig udvikling, der har gjort det mindre tabuiseret at være psykisk syg. Personer med psykiske lidelser oplever mindre grad af stigmatisering og har derved lettere ved at opsøge hjælp, fordi det er mere socialt accepteret (ibid.). Den markante stigning af antallet af patienter i behandling betyder alt andet lige også en stigning i antallet af patienter med behov for socialpsykiatrisk støtte.

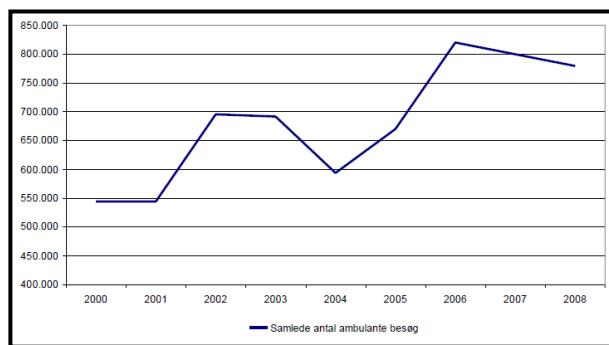
Hertil kommer, at man i Danmark har haft en befolkningstilvækst i modsætning til mange andre lande. Det forventes, at denne tilvækst kommer til at forsatte over en årrække. I København forventes det, at tilvæksten stiger hurtigere end andre steder. Ifølge en befolkningsprognose vil tilvæksten i København stige med omkring 10 % i perioden 2010-2020. Hvis det antages, at andelen af mennesker med behov for socialpsykiatrisk støtte er konstant, må den demografiske udvikling forventes at medføre en fortsat stigende efterspørgsel efter specialiserede sociale ydelser i et fremadrettet perspektiv (SFI, 2012).

## Kortere indlæggelsestider og mere ambulante behandling

På trods af, at antallet af patienter i behandlingspsykiatrien er steget fra 2000 til 2008, er antallet af sengedage faldet i samme periode med ca. 20 pct. Faldet i antallet af forbrugte sengedage skyldes dels et fald i den gennemsnitlige indlæggelsestid på ca. 20 pct. (fra ca. 37 dage til ca. 30 dage) og dels et fald i andelen af patienter, som indlægges. Herudover ser man en stigning af ambulante patienter. I perioden 2000-2008 er antallet steget fra 85.940 til 100.643, svarende til en stigning på ca. 17 pct. Se figurerne nedenfor.



Figur 1: Udvikling i den gennemsnitlige indlæggelsestid



Figur 2: Udvikling i antal ambulante besøg

Tendensen med kortere indlæggelsesforløb ser ud til at være fortsat efter 2008, hvor DSI's undersøgelsesperiode stoppede. Friske tal fra Region Hovedstaden viser, at der er sket en stigning på ca. 20 % fra 2009 til 2012 i antallet af patienter, der er indlagt mellem 1-7 dage, mens der i samme periode er sket et fald i antallet af patienter, der er indlagt i over en måned, på ca. 19 % (RH, 2012).<sup>1</sup>

Det er den kortere indlæggelsestid og det stigende antal af ambulante patienter, der er særligt relevant i denne sammenhæng. Der er bred enighed om, at mennesker ikke kommer sig af at ligge i en hospitalsseng, men at inklusion i samfundet er en vigtig målsætning i moderne psykiatri, hvorfor det ikke foretrækkes at vende tilbage til længere indlæggelsestider og færre ambulante patienter. Man skal dog have for øje, at når man udskrifter patienter hurtigere og hurtigere, så har man med nogle meget svage borgere at gøre, som i mange tilfælde ikke selv kan magte behandlingssituationen, hvorfor man må yde støtte til dem, så de eksempelvis møder op til den ambulante behandling (DSI, 2011: 45).

Der er grund til at tro, at det stigende antal påbegyndte ambulante forløb vil sætte gang i en større efterspørgsel på socialpsykiatriske tilbud. Det drejer sig ikke om nye behov, for de mennesker har hele tiden været der og formentlig hele tiden haft brug for den struktur, som en boform, et dagtilbud eller en beskyttet arbejdsplads giver dem. Men det er en efterspørgsel, som på grund af patienternes deltagelse i de ambulante forløb, også efterfølgende bliver synligt for kommunens sagsbehandlere (SFI, 2012: 88).

Kortere indlæggelsestider og optimering af den ambulante behandling stiller både krav til en fagligt dygtigere behandlingspsykiatri, men også til de socialpsykiatriske tilbud, fordi borgere med komplekse problemstillinger er særlig udsatte i forhold til at håndtere sektorovergange og risikerer at miste kontakten til både kommunen og regionen (Rådgivende Sociologer ApS, 2012: 5). Ét er, at man kan se de kortere indlæggelsestider som et udtryk for en mere effektiv behandling, men der er samtidigt større sandsynlighed

<sup>1</sup> Der er kun tal fra de første fire måneder af 2012; disse er ganget op for at være sammenlignelige med de øvrige år.

for, at patienterne er langt mere skrøbelige, fordi det, at de er færdigbehandlede, ikke nødvendigvis betyder, at de er raske, når de udskrives (DSI, 2011: 28). Det betyder, at de socialpsykiatriske tilbud i nogen grad skal indstille sig på at varetage en bredere vifte af opgaver – uden dog at overtager det lægefaglige område, da socialpsykiatriens styrke er – og skal være - et fokus på borgens funktionsniveau frem for den psykiske lidelse i sig selv (ibid.: 56).

## En strategi i to spor – forebyggelse og psykosociale rehabilitering

Et mål om recovery og en præmis om øget efterspørgsel fordrer, at Københavns Kommunes indsats for borgere med sindslidelse udvikles i to overordnede spor.

Det ene spor handler om et øget fokus på *forebyggelse*. Jo tidligere man kan sætte ind med en indsats, desto bedre kan man forebygge, at problemerne eskalerer, og vi tror på, at det for langt de fleste er både ønskeligt og fagligt meningsfuldt at leve et liv i egen bolig. Socialudvalget har hidtil haft fokus på flow fra botilbud til mindre indgribende tilbud, og det er også fortsat meningsfuldt at sikre gode udflytninger i takt med den enkelte borgers recoveryproces. Men der er samtidigt behov for at have fokus på at forebygge, at borgene får behov for et botilbud og kan fastholde egen bolig.

Et øget fokus på forebyggelse fordrer, at vi kommer på banen tilstrækkelig tidligt og har en tilbudsvifte, der understøtter, at den enkelte kan leve et så selvstændigt liv som muligt. Støtten i egen bolig skal udbygges og være mere fleksibel, så den løbende kan tilpasses den enkeltes skiftende behov – populært sagt skal det i højere grad være støtten frem for borgeren, der flytter. Der er behov for at kigge på, hvordan kommunens egne tilbud – i såvel Socialforvaltningen som andre forvaltninger - understøtter et ønske om forebyggelse og fleksibilitet. Og der er behov for at gå nye veje og se på, hvordan velfærdsteknologi samt en større inddragelse af netværk og civilsamfund kan understøtte et trygt liv i egen bolig.

Tankerne i dette spor er udfoldet nærmere nedenfor i konkrete fokusområder om tidlig indsats, beskæftigelse, netværk og udvikling af tilbudsviften. Desuden er der ved at blive formuleret en selvstændig strategi for velfærdsteknologi i Socialforvaltningen, som også vil være med til at håndtere de problemstillinger, der rejses i nærværende rapport.

Det andet spor handler om styrke den *psykosociale rehabilitering* – med henblik på at borgeren kan få en mere selvstændig bolig eller leve mere selvstændigt i sin bolig. Selv om vi tror på, at vi kan blive bedre til at forebygge konsekvenserne af en sindslidelse, fjerner vi ikke behovet for en socialpsykiatrisk indsats. Det bliver dog mere og mere tydeligt, at dette behov ikke er statisk. Det er muligt at komme sig helt eller delvist af en sindslidelse, uanset hvilken diagnose eller sygdomshistorik man har – og dét skal være lede-tråden i vores indsats og i det konkrete samarbejde mellem borger, medarbejder og andre samarbejdspartner, uanset om borgeren bor på et botilbud eller bor i egen bolig.

Som det vil fremgå af de konkrete forslag til fokusområder nedenfor, handler det både om at fremme kultur, hvor håb og udvikling er i centrum. Det handler om at udvikle og anvende konkrete redskaber og teknikker til at arbejde recoveryorienteret. Og det handler om, at samarbejdet med behandlingspsykiatrien trækker i samme retning.

## Forslag til fokusområde: Tidlig indsats

Der er gennem de senere år kommet fokus på unge psykisk sårbare, da der fra mange sider er en oplevelse af, at mange unge har problemer og ikke får den tilstrækkelige hjælp til at kunne klare sig selv. Ved nærmere eftersyn dækker overskriften 'unge psykisk sårbare' dog over en gruppe med meget forskelligartede problemer; nogle har fået en psykiatrisk diagnose, nogle kæmper med at få adgang til en læge, som kan stille en diagnose, og nogle har måske slet ingen psykisk lidelse men har haft en opvækst, hvor de ikke har lært basale voksenlivskompetencer og har svært ved at få etableret en hverdagsstruktur, og er derfor sårbare i forhold til fx at fastholde en bolig eller et job. Et element heri er også, at man fra hjemløseområdet peger på, at strukturelle faktorer som manglen på billige boliger, lav ungeydelse og stor arbejdsløshed er med til, at nogle unge så og sige falder igennem.

Fælles for de unge er dog, at Socialforvaltningens voksenregi typisk ikke er den første indgang til at få hjælp. Nedenstående tabel er forvaltningens oversigt over de væsentligste tilbud til psykisk sårbare unge i kommunalt og regionalt regi.

**Tabel 1: Oversigt over væsentlige tilbud til psykisk sårbare unge**

Aktør	Opgave
<b>Behandling</b>	
Egen læge, privatpraktiserende læge eller behandlingspsykiatrien	Udredning og behandling af psykisk lidelse.
<b>Tilbud mhp. kriminalitetsforebyggelse</b>	
SSP (BUF, KFF, SOF, BIF og Politi)	Koordineret indsats
SSP+ (BIF, SOF, UU og Kriminalforsorgen)	Koordineret sagsarbejde
Socialforvaltningen	Enheden for kriminalpræventiv indsats
<b>Tilbud mhp. fastholdelse i uddannelse</b>	
BUF og SOF	Opsporing af børn og unge, hvor der er bekymring. I Københavns Kommune giver socialrådgivere på folkeskolerne sparring til lærere og rådgivning til forældre. Eventuel viderehenvisning til andet SOF tilbud.
Ungdommens uddannelsesvejledning	Individuel uddannelsesplanlægning for unge under 19 år, der ikke er i en tilfredsstillende vejlednings-, undervisnings- eller beskæftigelsesmæssig situation.
SUF	Tre udgående psykologer til styrkelse af unges mentale sundhed og fastholdelse i uddannelse (B13)
<b>Tilbud mhp. at opnå og fastholde beskæftigelse</b>	
BIF	Ordinære jobsamtaler, aktivering samt vejledning og opkvalificering
BIF og Socialforvaltningen	Socialforvaltningen er leverandør til mentorordning for personer under 30 år i matchgruppe 2 (B13).
BIF og Region Hovedstadens Psykiatri	Mentorstøtte via IPS og Sherpa projekter for alle matchgrupper (2012-14)
BIF, SOF, SUF og BUF	Projekt "brug for alle" for matchgruppe 3. Forløber for FØP reformens rehabiliteringsteam mhp. koordineret indsats.
<b>Råd og vejledning</b>	
Socialforvaltningen	Åben, anonym familierådgivning
Socialforvaltningen	Åben, anonym ungerådgivning
SOF	Gældsrådgivning (B13)
SOF	Råd og vejledning om den sociale lovgivning
<b>Støttetilbud efter vurdering men uden udredning</b>	
SOF	Støtte- kontaktperson
SOF	Boligrådgivere



SOF	Sociale mentorer til boliganviste unge (B13)
<b>Støttetilbud efter udredning og visitation</b>	
SOF	Efterværn
SOF	Hjemmevejledning og botilbud

Som det ses af ovenstående tabel, er der mange aktører, der har et (del-)ansvar og interesse i psykisk sårbare unge. Det fremgår desuden, at der i den seneste tid er etableret flere tilbud målrettet netop denne – brede - gruppe. Hertil kommer, at der aktuelt arbejdes på at etablere en tættere koordination mellem sagsbehandlere og indsatser i henholdsvis BUF, SUF og SOF i Københavns Kommune med inspiration fra projekt "brug for alle".

I afdækningen forud for denne rapport pegede både flere centre og Dansk Socialrådgiverforening på, at der er behov for fortsat fokus på gruppen. På baggrund af ovenstående oversigt og arbejdsgruppens drøftelser, er Socialforvaltningens vurdering, at problemstillingen - i denne sammenhæng - skal indsnævres til, at der er behov for en bedre overgang for de børn, der er kendt i Socialforvaltningens børnerégi, når de overgår til voksenregi, hvilket ligger i forlængelse af, at en bedre overgang også indgår som et fokusområde i Socialforvaltningens strategi for udsatte børn og unge. Overgangsproblemstillinger dækker dels over, at der skal være en koordineret overlevering ved det 18. år. Dels dækker den over, at der i dag er et hul i tilbudsviften ved overgang fra børneparagrafferne til voksenparagrafferne.

Ifølge Servicelovens § 19 skal kommunen have tilbud til "børn og unge med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med et andet *særligt behov for støtte*" (Social- og Integrationsministeriet, 2012). Tilsvarende skal kommunen ifølge Servicelovens § 81 have tilbud til "voksne med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med *særlige sociale problemer*" (ibid.). Med den eksisterende praksis og serviceniveau (i kommunerne generelt) bliver begrebet 'særlige social problemer' tolket mere snævert end 'særligt behov for støtte'. Det medfører, at det ikke altid er muligt at give en ung, der fylder 18 år, et tilbud i voksenregi, selvom man i børnerégi vurderer, der er behov for støtte (og ikke kan anvende efterværn, der er målrettet unge, som har været anbragt). I det omfang, den unges problemstillinger heller ikke håndteres i andet regi i form af fx jobmentorer, medfører det en risiko for at den unges problemstillinger eskaleres og måske i sidste ende bliver til 'et særligt socialt problem'. Denne praksis er ikke hensigtsmæssig for hverken den unge selv eller for samfundet.

**Et muligt fokusområde i den nye strategi kan således være, at udvikle forebyggende tilbud og sikre en god overgang for unge, som fortsat har behov for særlig støtte efter endt støtte i Socialforvaltningens børnerégi.**

**Effekten heraf forventes at være, at der på længere sigt vil være færre, som har længerevarende og omfattende støttebehov.**

I og med der vil komme et tilbud til nogen, som ikke tidligere har fået et tilbud, vil det – i hvert fald initialt – medføre et øget ressourcebehov, som dog må forventes at være en god investering på sigt.

Dette fokusområde er et af de elementer, der også indgår i arbejdet med formulering af en strategi for velfærdsteknologi i Socialforvaltningen, og formuleringen af konkrete løsningsforslag vil således ske i samarbejde mellem de to strategier.

## **Forslag til fokusområde: Styrket beskæftigelsesindsats**

Det siddende socialudvalg har haft stort fokus på beskæftigelse og har formuleret et pejlemærke om at flere borgere med sindslidelse skal i beskæftigelse, og tilbagemeldingerne fra centrene i forbindelse med denne afdækning indikerer et stort ønske om at styrke denne indsats.

Ligeledes viser forskningen, at det at have eller få et arbejde for mange kan have en positiv effekt i deres recoveryproces. ”Mens arbejde måske, rent faktisk, kan være stressende for nogle mennesker med nogle psykiske lidelser noget af tiden... er det at være uden et arbejde og fattig helt sikkert stressende for de fleste mennesker med de fleste psykiske lidelser det meste af tiden. Og at arbejde mindsker symptomerne” (Davidson 2010, citeret fra Roepstorff og Valter 2012).

Et ph.d. projekt fra Rockwoolfonden viser, at kun 1/3 kvinder og ¼ mænd, der har været indlagt med en svær sindslidelse, er i arbejde (Rockwoolfonden, 2012). Der synes på den baggrund at være et stort potentiale for at styrke beskæftigelsesindsatsen, om end beskæftigelse ikke kun skal måles som fuldtidsjob på det ordinære arbejdsmarked for at være meningsfuldt for den enkelte.

**Et muligt fokusområde i den nye strategi kan således være, at styrke beskæftigelsesindsatsen – både internt i Socialforvaltningen og i samarbejdet med Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen.**

**Den forventede effekt er, at flere borgere vil komme i en eller anden form for beskæftigelse og derigennem styrke deres recoveryproces.**

En professionel udfordring i forbindelse med at sætte fokus på beskæftigelse er at slippe ideen om, at den enkelte først skal have det bedre eller have sygdomsindsigt, inden det er muligt at komme sig. En anden udfordring kan være at tage folks beskæftigelsesdrømme seriøst. Som udgangspunkt er drømme om at tage lange, krævende uddannelser et godt tegn, da det betyder, den enkelte vil noget med sit liv. Det vigtige for kontaktpersonen er ikke at vurdere, om drømmen er realistisk eller ej, men at udfolde drømme, så den enkelte kan omsætte store og små drømme til konkrete skridt (Roepstorff og Valter 2012).

Herudover peges der i de konkrete tilbagemeldinger fra centrene på en række andre barrierer:

- Behov for bedre koordinering med Beskæftigelsesforvaltningen i sagsbehandlingen
- Lavkonjunktur gør det ekstra svært at finde arbejdspladser
- Behov for mentorordninger på arbejdspladsen, som fx kan støtte i at afkode sociale relationer

## Forslag til fokusområde: Bedre samarbejde med netværk og pårørende

I en pjece om pårørende i psykiatrien påpeger Det Ethiske Råd, at det kan være så krævende og belastende at være pårørende til en patient med psykisk sygdom, at den pårørende har behov for og krav på hjælp og støtte i forløbet (Det Ethiske Råd, 2012). De argumenter for, at hensynet til de pårørende skal regnes for et selvstændigt etisk hensyn – eller sagt med andre ord; at de pårørende er en selvstændig målgruppe, der skal have støtte.

Andre analyser udfolder, hvor belastende det kan være at være pårørende (se fx BP Research, 2012). Socialforvaltningen anerkender dette støttebehov, men vurderer ikke at pårørende skal betragtes som en selvstændig målgruppe, der alene i kraft af deres pårørendestatus har krav på støtte fra Socialforvaltningen. Det selvstændige hensyn til de pårørende kan dog i nogen grad imødekommes via tildeling af § 18-midler til frivillige organisationer, der støtter pårørende.

Ovenstående afgræsning er dog ikke ensbetydende med, at det ikke er hensigtsmæssigt at inddrage pårørende. Både Bedre Psykiatri og Sind efterlyser mere samarbejde med pårørende, og flere analyser peger også på, at målrettet pårørendeinddragelse kan have en særdeles gavnlig effekt for mennesker med sindslidelse. Eksempelvis har en Cochrane undersøgelse vist, at risikoen for tilbagefald reduceres med 45 pct., når pårørende inddrages i behandlingen (Cochrane, 2010, refereret fra bedrepsykiatri.dk), og en analyse fra CBS har estimeret, at der kan være en samfundsøkonomisk gevinst på 1,5 mia. kr. i Danmark, ved at pårørende klædes bedre på til at støtte mennesket med sindslidelse, så han eller hun har mindre behov for behandling og bedre tilknytning til arbejdsmarkedet (CBS, 2011).

Forskellen er, om de pårørende inddrages på baggrund af deres eget eller mennesket med sindslidelses behov og dermed også, om det er mennesket med sindslidelse eller den pårørende, der definerer, hvem der er pårørende.

Denne sondring afspejler, at et menneske med sindslidelse og dennes pårørende ikke altid har sammenfaldende interesser. Et dilemma som der også afspejles i lovgivningen, der hviler på et grundlæggende princip om, at patienter skal kunne give fuldstændige oplysninger i tillid til, at disse oplysninger ikke gives videre til andre, hvorfor udveksling af oplysninger med fx pårørende kræver samtykke. Samtidigt fremgår det vejledningen, at reglerne om tavshedspligt er ikke helt enkle. Ved fortolkning af reglerne kræves ofte, at der udøves et konkret skøn, der kan indebære en vanskelig afvejning af tavshedspligten over for pårørendes ønsker om gennem information og dialog at være i stand til at hjælpe patienten gennem forløbet.

**Et muligt fokusområde i den nye strategi kan således være, at sætte fokus på og afprøve metoder til at arbejde mere målrettet med pårørendeinddragelse og netværk i bredere forstand med henblik på at støtte mennesket med sindslidelse.**

**Effekten heraf forventes at være, at flere vil undgå alvorlige tilbagefald og dermed i øget grad vil være i stand til at opretholde et liv i egen bolig.**

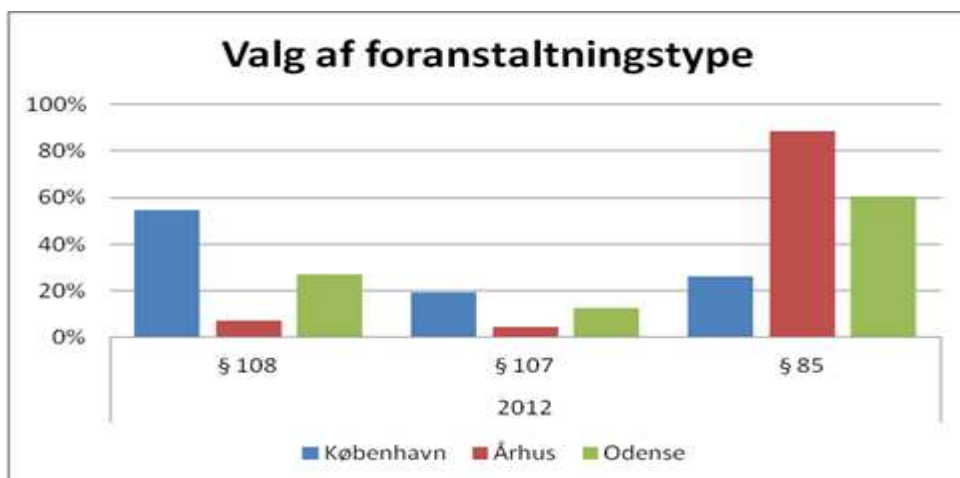
Det er ikke intentionen her at bryde med et grundlæggende princip i vores pårørendepolitik om, at det er mennesket med sindslidelse, som har definitionsretten (Socialforvaltningen 2008b). Samtidigt viser blandt andet Gennembrudsprojektet om udvikling af pårørendearbejdet i behandlingspsykiatrien, at man kan mobiliserer mange ressourcer omkring mennesket med sindslidelse, hvis man eksempelvis hjælper med at afdække fordele og ulemper ved at inddrage pårørende (Center for Kvalitetsudvikling, 2009).

## Forslag til fokusområde: Udvikling af tilbudsviften

Præmissen om et øget pres på socialpsykiatrien stiller krav om, at vi hele tiden har fokus på, at udnytte vores samlede ressourcer bedst muligt. I tilbagemeldingerne fra centrene fremgår det blandt andet, at der er behov for mere hjemmevejlederstøtte, flere boliger og boliger i venteperioder – et behov der også kan aflæses i ventelisten. Samtidigt er der god faglig grund til at sikre, at tilbudsviften er tilpas fleksibel til at kunne tilpasses den enkeltes vekslende behov.

## Enhedsprisanalyse

En sammenligning af enhedspriser mellem Aarhus, Odense og København viser blandt andet, at Københavns Kommune anvender en markant større andel botilbud, frem for støtte i egen bolig, i vores tilbudsvifte. Se figuren nedenfor.



Figur 3: Sammenligning af tilbudsviften i Aarhus, Odense og København.

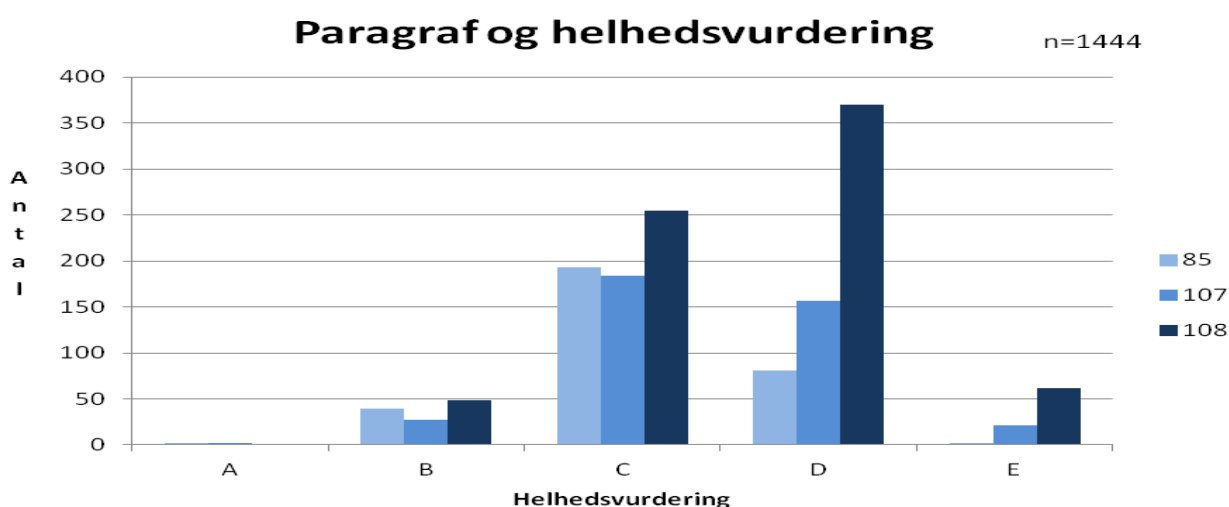
En del af forklaringen er formentlig historisk betinget. I og med man i Københavns Kommune har haft nogle meget store og forholdsvis billige botilbud, har det været et nemt førstevalg.

Sammenligningen efterlader dog et klart billede, af det burde være muligt og forsvarligt at ændre vægtningen i Københavns Kommunes tilbudsvifte hen imod, at en større andel borgere får et tilbud om støtte i eget hjem.

## Analyse af udredninger

De ca. 1500 borgere, der er visiteret til et tilbud, er alle blevet udredt efter voksenudredningsmetoden. En analyse af de samlede udredninger kan give en indikation af, hvor der er potentiale for at udvikle tilbudsviften.

Ser man i første omgang på den samlede helhedsvurdering, som den konkrete udredning opsummeres i, kan det undre, at der er så mange med forholdsvis få problemer (B = let problem og C = moderat problem), der bor i botilbud, og omvendt at der er mennesker, der er vurderet til at have svære problemer (D = svært problem og E = fuldstændigt problem), der tilsyneladende kan klare sig med mindre indgribende tilbud; hjemmevejledning (§ 85) eller midlertidigt botilbud (§ 107), jf. figuren nedenfor.

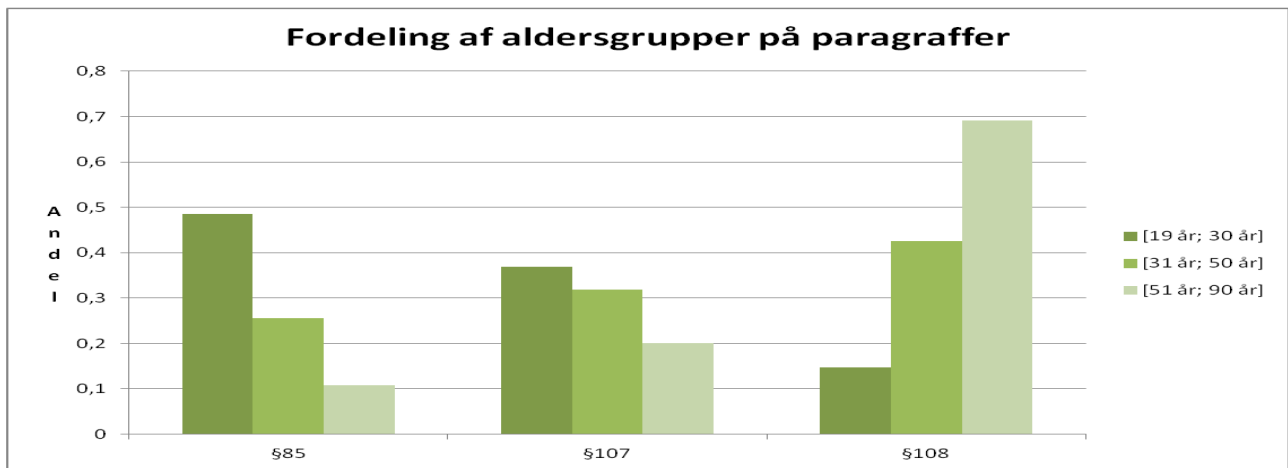


Figur 4: Oversigt over VUM helhedsvurderinger fordelt på tilbudstype

En del af forklaringen kan være, at mange har boet i botilbud i mange år. Det er trygt, og borgeren har udbytte af at bo i tilbuddet. Derudover er det attraktivt at bo i en (billig) servicelovsbolig.

Flere billige boliger kan være med til at øge motivationen for at fraflytte en servicelovsbolig, som man måske ikke længere har behov for, og som andre borgere på venteliste kan drage bedre nytte af.

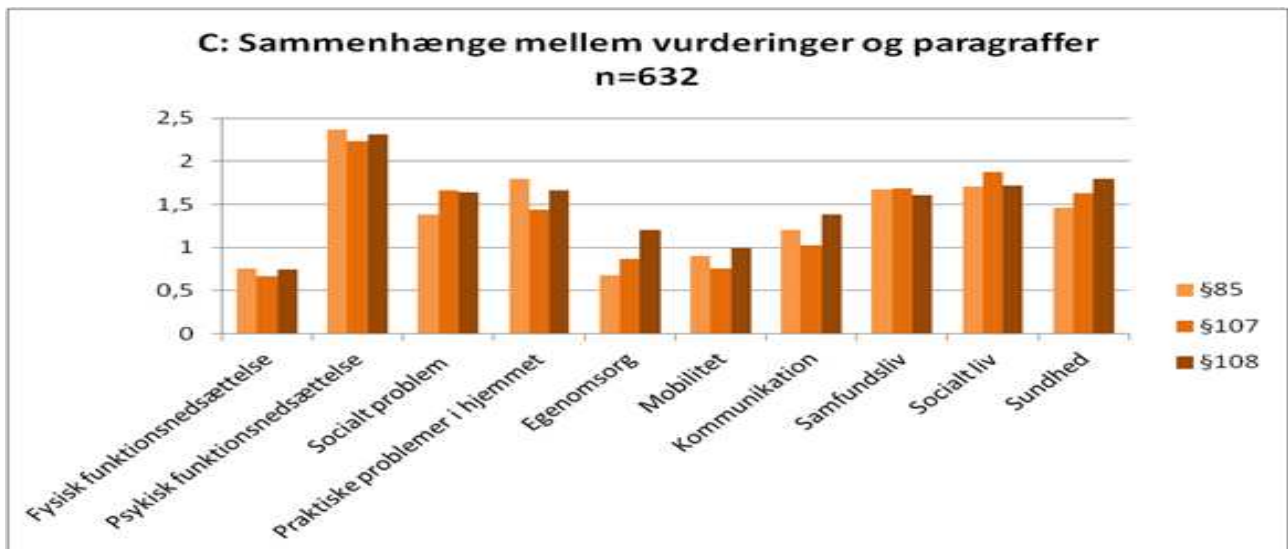
Nedenstående figur underbygger, at borgerne generelt er ældre i længerevarende botilbud (§ 108), hvilket i de fleste tilfælde betyder, at de har boet der i lang tid.



Figur 5: Oversigt over aldersfordeling på tilbudstyper

Desuden viser figuren, at borgere, der får hjemmevejlederstøtte i egen bolig (§ 85), generelt er yngre. Ud fra et forebyggelsesperspektiv giver det derfor god mening at udbygge støtten i egen bolig, så vi dermed kunne hjælpe endnu flere af de yngre borgere til at fastholde egen bolig. På sigt forventes denne tidlige indsats også at betyde, at der fremover vil være færre ældre borgere med behov for social støtte.

Zoomer man ind på, hvad der adskiller den store mellemgruppe af borgere med en C vurdering (moderat problem), kan man i nedenstående figur blandt andet se, at borgere, der bor i midlertidige botilbud (§ 107), i gennemsnit har flere problemer på dimensionen socialt liv, end borgere i andre tilbud. Socialt liv handler blandt andet om relationer, netværk og rekreative aktiviteter. Borgere i midlertidige botilbud har desuden større problemer med sundhed end borgere i eget hjem i gennemsnit har. Sundhed handler både om sund livsstil og medicinsk behandling.

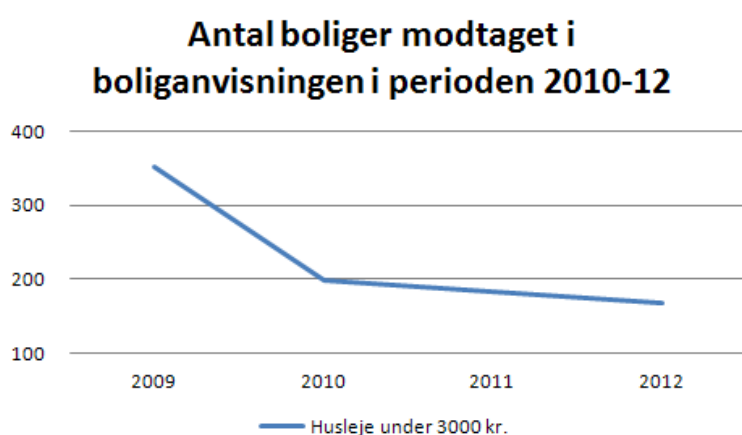


Figur 6: Gennemsnitlig vurdering af de forskellige dimensioner i udredningen fordelt på tilbudstype

Denne analyse indikerer, at man, hvis man øger det faglige fokus på socialt liv og sundhed i støtten til borgere i eget hjem, kan tilbyde dem et godt alternativ til et botilbud.

## Mangel på billige boliger

En opgørelse af antallet af billige boliger med en husleje under 3.000 kr. om måneden, som Socialforvaltningens boliganvisning råder over, viser, at der er sket et markant fald over de senere år. Hvor boliganvisningen i 2009 disponerede over ca. 350 billige boliger, er tallet i 2012 faldet til ca. halvdelen. Se figuren nedenfor.



Figur 7: Udvikling i antal billige boliger

Uanset hvor mange faglige tiltag man iværksætter for at understøtte muligheden for at bo i egen bolig, så vil manglen på billige boliger udgøre en barriere i forhold til at skifte vægten i tilbudsviften markant.

Ovenstående analyser leder samlet set frem til følgende forslag til fokusområde:

**Et muligt fokusområde i den nye strategi kan være, at tilpasse og udvikle tilbudsviften således de samlede ressourcer udnyttes bedst muligt og der sikres tilstrækkelig fleksibilitet.**

**Den forventede effekt er, at det kan være med til at afhjælpe ventelisteproblematikken.**

Det er ikke intentionen at ændre grundlæggende på hverken visitations- og styringskonceptet eller på centerstrukturen, men det vil være nødvendigt at forholde sig til, hvordan samarbejdet mellem myndigheds- og udførersiden kan understøtte ønsket om fleksibilitet.

Det er samtidigt væsentligt at have blik for, hvordan aktivitets- og samværstilbud kan indgå i den samlede tilbudsvifte – både i forhold til indhold og åbningstider -, selvom det ikke er krav om visitation hertil. Det fremgår af brugerinterviewene, at socialpsykiatriens aktivitets- og samværstilbud er et betydningsfuldt tilbud, som giver mulighed for at være en del af et socialt fællesskab i trygge rammer. Tilbuddene bruges forskelligt og i forskelligt omfang af de interviewede borgere. For nogle udgør aktivitets- og samværstilbuddene det primære sociale netværk, mens det for andre fungerer som et supplement eller som specifik støtte på nogle områder (Socialforvaltningen 2013).

De interviewede brugere giver generelt udtryk for tilfredshed med aktivitets- og samværstilbuddene, men det foreslås, at der i højere grad åbnes op mod det omkringværende samfund, og at man gør en større indsats for at informere om aktivitets- og samværstilbuddene (ibid.). Tilbudsviften skal således ikke ses isoleret som Socialforvaltningens tilbud, men også som alle de private og frivillige tilbud, der eksisterer, og som det kan være meget meningsfuldt at skabe synlighed omkring og bygge bro til. Københavns Kommune har allerede en frivillighedspolitik, som skal inddrages i det fremadrettede arbejde med dette fokusområde, ligesom der skal kigges på hvordan civilsamfundet i lidt bredere forstand kan indgå i tilbudsviften.

## **Forslag til fokusområde: en kultur med fokus på håb og udvikling**

Når målet er recovery, er kerneopgaven helt overordnet at understøtte brugernes recoveryproces gennem psykosocial rehabilitering. I Socialforvaltningen vil vi arbejde strategisk med recovery og udviklingen for den enkelte med henblik på at borgeren kan få en mere selvstændig bolig eller leve mere selvstændigt i sin bolig, når vedkommende er klar til det. Det betyder, at den enkelte borger skal mødes med troen på, at de kan komme sig, og at indsatsen, der sættes ind, har et udviklende sigte.

Nogle – tidligere og nuværende – brugere har følgende bud på, hvad der er vigtigt for at komme sig:

”Det at komme sig fra psykisk sygdom er ikke nogen ret linje, ikke nogen lige vej, ikke noget kursus eller forløb, man kan melde sig til. Det er benhårdt arbejde og føles ofte som ét skridt frem og to tilbage, mens man famler sig frem i tågen. Da er en god kontaktperson virkelig vigtig. En, der kan bære håbet, hvis man snubler. En, der kan hjælpe med at holde den udvikling, der sker, for øje, når man selv er blevet natteblind. Ikke en ’happy-go-lucky’ cheerleader-type, der pisser en stemning op før kampen, men en af de faste supportere, der også kommer, når det regner og når der er udsigt til nederlag. En, der tror på, at det nok skal lykkes” (Tina Christensen Neve i Roepstorff & Valter, 2012).

”Relationerne til medarbejdere i socialpsykiatrien havde stor betydning for de interviewede borgere, og blev fremhævet som centralt i forhold til gode oplevelser i socialpsykiatrien og det at komme sig. Den gode, hjælpsomme relation blev defineret som et nærværende, ligeværdigt møde, hvor medarbejderen er engageret, deltagende og personlig. De interviewede havde gode oplevelser med relationer til socialpsykiatriens medarbejdere, men oplevede også udfordringer i relationsarbejdet i form af øget registrering og udbrændte medarbejdere” (Socialforvaltningen, 2013).



I begge citater fremhæves kontaktpersonen som en vigtig aktør. Så selvom recovery er en individuel proces, er det altså ikke noget man gør alene.

I beskrivelsen af kontaktpersonernes rolle fremhæves en række træk som umiddelbart kan opfattes som personlige egenskaber; engageret, deltagende og personlig samt en der holder ud. I arbejdsgruppens drøftelser var der heller ingen tvivl om, at kontaktpersonens personlige egenskaber er vigtige. Her blev fx også fremhævet, at man skal være robust, have mod og tålmod.

Men man skal også være den, der bærer håbet. At bære håbet, handler ikke om at være optimist eller ej, men fx at vide, at 60 pct. kommer sig af en psykisk lidelse, og at diagnosen eller sygdomshistorien ikke på forhånd definerer udfaldet.

Der kan dog være nogle kulturelle og strukturelle udfordringer forbundet med at bringe dette i spil.

Svære psykiske lidelser har i mange år været betragtet som en kronisk tilstand, og både nogle medarbejdere og brugere har mange års erfaring med at agere indenfor denne ramme. Selvom det ikke er fuldstændig nyt at sætte recovery på dagsordenen, tager det tid at ændre en mangeårig tankegang, og både medarbejdere og brugere kan opleve det som et pres at tænke i fremtidsplaner og udvikling. Et pejlemærke om, at 10 pct. af borgerne skal flytte til et mindre indgribende tilbud, risikerer derfor at blive til at frygt for, at man bliver smidt ud af sit trygge botilbud inden længe, hvis det præsenteres i en kontekst, hvor man ikke er vant til at blive mødt med håb og forventninger om, at det er muligt at komme sig, eller hvis det opleves som om, organisatoriske mål ophæver hensynet til den enkelte.

Et skisma i forhold til at ændre tankesæt er, at mennesker, der arbejder i eller bruger socialpsykiatrien pr. definition ser de mennesker, som har det allersværest, og – i hvert fald ikke på daglig basis – møder de mennesker, som er kommet sig af deres psykiske lidelse. Der kan derfor være interessante perspektiver i at bringe erfaringer fra de, der er kommet sig, tættere på praksis. Som det også fremgår af Tina Christensen Neves citat ovenfor, har hun både famlet sig frem og er snublet undervejs, og i disse situationer har det været afgørende, at kontaktpersonen har kunnet bevare fokus på udvikling og håb. Det handler både om at minde om de ting, som faktisk er lykkedes, men også at medvirke til at få læring ud af de ting, som ikke lykkes – en læring, man ikke havde fået, hvis man ikke forsøgte, men som kan bruges til at forebygge at det sker igen.

Herudover beskriver Møller på baggrund af et feltarbejde til et ph.d studie i Københavns Kommunes socialforvaltning: "I embedsmændenes og socialarbejdernes forsøg på at selvstændiggøre borgerne involverer de sig mere og mere i deres liv gennem daglige samtaler, pædagogiske handleplaner og dokumentation. Denne form for social kontrol risikerer at få den modsatte effekt end hensigten om at selvstændiggøre beboerne, nemlig fastholdelse og skabelse af en ny form for institutionalisering og afhængighed af velfærdssamfundet" (Møller, 2012).

**Et muligt fokusområde i den nye strategi er, at der på alle niveauer i organisationen løbende arbejdes med at styrke en kultur med fokus på håb og udvikling for den enkelte.**

## Forslag til fokusområde: En mere vidensbaseret indsats

Indenfor en recoveryorienteret kultur skal man også bruge kompetencer til at udforske, hvad håbet for netop dette menneske er. De forskellige dokumentationsredskaber der anvendes i Socialforvaltningen, herunder pædagogisk sundhedsplan og forandringskompasset, tager afsæt i det enkelte menneskes håb og drømme, men det er meget forskelligt, hvor uddannet og trænet man faktisk er i at 'udforske håbet'. Som flere af de faglige organisationer påpeger, er grunduddannelserne ikke skræddersyet til det specialiserede socialområde, og der er behov for at arbejde mere systematisk med metoder og teknikker til at stille spørgsmål og anvende dokumentation som anledning til at udforske og reflektere.

Recoveryorienteringen var også det centrale omdrejningspunkt i den rammeplan for socialpsykiatrien i Københavns Kommune, der var retningsgivende for perioden 2009-2012, samtidigt med at effektstyring blev formuleret som bærende princip. Det har blandt andet givet anledning til at der gennem de senere år er blevet udviklet og afprøvet forskellige – mere eller mindre systematiske – metoder til at arbejde recoveryunderstøttende. Desuden er der blevet udviklet et forandringskompass, som med afsæt i brugerens mål og drømme måler effekten af en indsats på 10 forskellige livsområder. Der er således allerede et grundlag for mere systematisk at undersøge og arbejde efter hvad der virker, hvordan, for hvem og under hvilke betingelser.

**Et muligt fokusområde i den nye strategi er at udbrede og udbygge en mere vidensbaseret indsats med henblik på at sikre, at ressourcerne altid anvendes bedst muligt og med størst mulig effekt på brugernes recovery.**

En mere vidensbaseret indsats forfølges på to niveauer:

- en *vidensbaseret policy-udvikling*, der betyder at de overordnede retninger i indsatsen udstikkes på baggrund af viden – og gerne evidens. De konkrete fokusområder, der foreslås i denne rapport, er således baseret på den bedst tilgængelige viden om, hvad der er vigtigt i psykosocial rehabilitering, matchet op imod hvad vi allerede kan og gør.
- En *vidensbaseret praksis* betyder, at de metoder, der anvendes i det konkrete arbejde med borgere med sindslidelse, i videst muligt omfang skal være baseret på evidens eller viden, ligesom vi vil være med til at udvikle praksis ved systematisk at opsamle erfaringer. I det arbejde, der ligger i forlængelse af denne afdækning, vil konkretiseringen af aktiviteter således tage afsæt i den bedst tilgængelige om, hvad der virker i forhold til de udfordringer, der er beskrevet i de forskellige fokusområder.

## Dokumentation

I forlængelse af at der ovenfor argumenteres for, at der skal skabes rum til refleksion, er der her behov for at slå fast, at dokumentation kan være et rigtig godt afsæt for refleksion – men det sker ikke automatisk.

I afdækningen pegede både flere centre og nogle af de faglige organisationer på, at dokumentationskravene er blevet for store. Kritikken dækker et bredt spektrum af konkrete problemstillinger; fra nogle forholdsvis lavpraktiske problemer så som begrænset computeradgang og mange ændringer i CSC, over kompetencemæssige udfordringer idet skriftlighed kan være svært for nogle, til en ærgrelse over at dokumentationen ikke anvendes til refleksion. Herudover bliver det problematiseret at dokumentationsredskaberne prædefinerer nogle obligatoriske områder, der *skal* berøres og i nogle tilfælde også *skal* handles på, hvilket opleves som skadelige i en relation, hvor man samtidigt forsøger at udforske borgernes håb og drømme.

Det er Socialforvaltningens vurdering, at de mere praktiske udfordringer varierer meget lokalt og derfor også bør håndteres lokalt.

Udfordringen med at anvende dokumentationen til refleksion bliver dels berørt ovenfor, men er også en ledelsesopgave, som der løbende er behov for at have fokus på.

Hvorvidt der er behov for at ændre eller differentiere i de konkrete dokumentationskrav, foreslås drøftet konkret i den MeningsSamling, der er etableret i forbindelse med arbejdet med tillidsreformen i Socialforvaltningen.

## At bygge bro til en fleksibel vifte af tilbud

Udover at udforske håbet og dermed den enkeltes vej til recovery er en af de mest centrale opgaver for kontaktpersoner at skabe "mulighedsrum", det vil sige forskellige kontekster og steder, hvor det er muligt at gøre noget og afprøve noget nyt (Roepstorff & Valter, 2012: 136). Det er altså ikke nødvendigvis kontaktpersonens opgave at kunne tilbyde støtte til at afprøve eller træne hvad som helst, borgeren måtte ønske, men man skal have en viden om, hvilke tilbud der eksisterer og være med til at bygge bro hertil. Denne brobygningstanke kan dels understøtte en faglig funderet værdi om inklusion, men kan også være med til at løse den udfordring, at målgruppen har meget forskelligartede problemstillinger, som hver enkelt medarbejder ikke kan favne alene.

Tilbagemeldingerne fra både brugere, interessenter og centrene samt litteraturen på området peger på, at der er mange forskellige konkrete ønsker til indsatser, der skal etableres eller udvides. Fx

- tilknytningskompetence
- socialt netværk
- hjælp til mestring af hverdagen, færdighedstræning
- mere fokus på livsstil og sundhed
- Nada, mindfulness, selvhjælpsgrupper
- borgeren skal klædes på til at tage indflydelse, skabe forståelse af eget sygdomsbillede
- fokus på borgere med anden etnisk baggrund end dansk
- specialisering i gerontopsykiatri
- specialisering i dobbeltdiagnose og konkrete redskaber til at arbejde med misbrug

Fælles for de konkrete tilbagemeldinger er et ønske om mere fleksibilitet og mulighed for at skræddersy et samlet tilbud til den enkelte. Der er allerede mange gode eksempler på initiativer, der peger i den retning;

evidensbaserede mestringskurser, træningsforløb, en særlig jobformidling, teamorganisering hvor man supplerer hinandens kompetencer og opgaver osv. Både brugere og medarbejdere synes dog fortsat at mangle nogle indsatser og ikke mindst et samlet billede af paletten, og der er således behov for at udbrede og udbygge den viden, der allerede er – vel og mærke uden at tro man kan finde én eviggyldig metode, der passer til alle – og i den forbindelse også overveje om indsatser og kompetencer kan gå på tværs af de enkelte centre.

I det videre arbejde med et fokusområde om en mere vidensbaseret indsats skal man desuden forholde sig til, hvordan kontaktpersonernes arbejde med det enkelte menneskes håb og drømme kan spille hensigtsmæssigt sammen med myndighedssidens udredningsarbejde.

## **Forslag til fokusområde: Samarbejde med behandlingspsykiatrien**

Som det også er beskrevet tidligere er der et stort overlap mellem socialpsykiatriens og behandlingspsykiatriens målgruppe, som i praksis medfører et stort behov for en koordineret indsats for det enkelte menneske med sindslidelse.

Behandlingspsykiatriens omlægning til mere ambulans behandling betyder dels, at borgerne er ekstra sårbare i overgangen (Rådgivende Sociologer ApS, 2012). Dels oplever centrene, at deres arbejde med medicinbehandling er kommet til at fylde mere, da medicinbivirkninger eksempelvis først viser sig efter en kort indlæggelse. Behovet for et godt samarbejde er således blevet yderligere accentueret.

Selvom der er mange eksempler på godt samarbejde, er det et udviklingsområde både centrene, interessenterne og litteraturen har meget fokus på – både generelt og med særligt fokus på mennesker med sindslidelse og samtidigt misbrug. Nogle af de gennemgående ting, der bliver fremhævet, er dels nogle praktiske og logistiske udfordringer med at udveksle oplysninger og koordinere indsatsen. Dels det, der af nogle beskrives som en paradigmeafvikling og af andre beskrives som manglende viden og kendskab til hinandens arbejde. Som et center skriver: Vi arbejder med fokuspunkter for beboernes udvikling – et arbejde der i høj grad udspringer af medarbejderne og beboernes fokus på beboernes ressourcer. Det hænger til tider dårligt sammen med behandlingspsykiatriens fokusering på sygdommen og den deraf afledte medicinering. Eller som Anne Petersen beskriver, så har begge sektorer måske blik for de samme ting, men de vægter dem forskelligt (Anne Petersen, 2012). Konsekvensen er i bedste fald, at mennesket, det handler om, bliver træt og forvirret og i værste fald, at indsatsen i de to sektorer direkte modarbejder hinanden.

**Et fokusområde i strategien kan derfor være at udvikle samarbejdet mellem socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien – både på et generelt plan og i form af konkrete redskaber, der kan understøtte en sammenhængende indsats for det enkelte menneske med sindslidelse.**

**Effekten heraf forventes at være, at flere borgere kommer sig, hvilket delvist vil kunne aflæses i pejlemærkerne.**

## LITTERATURLISTE

- Bedre Psykiatri (2012): *National handlingsplan – 15 forslag til ligestilling af psykiatrien*.
- BP Research (2012). *Pårørende socioøkonomiske situation 2012*. Bedre Psykiatri.
- Center for Kvalitetsudvikling (2009): *Pårørende i psykiatrien. Nationalt kvalitetsprojekt til udvikling af pårørendesamarbejdet i psykiatrien*. Århus: Videnscenter Gennembrud.
- Copenhagen Business School (CBS) (2011): *Effekt af pårørendeinddragelse i behandlingen af mennesker med psykisk sygdom*. Frederiksberg: Centre for Economic and Business Research.
- Dansk Psykiatrisk Selskab (2011): *Hvidbog 2012-2020*.
- Dansk Sundhedsinstitut (DSI) (2011): *Opgaveudvikling på psykiatriområdet. Opgaver og udfordringer i kommunerne i relation til borgere med psykiske problemstillinger*. København.
- Dansk Sundhedsinstitut (DSI) (2012): *Behandling af mennesker med angst og depression. Kortlægning af behandlingsfeltet og diskussion af perspektiverne ved indførelse af collaborative care*. København.
- Davidson, Larry (2003): *Living Outside Mental Illness: Qualitative Studies of Recovery. Schizofrenia*. New York: New York University Press.
- Det Ethiske Råd (2012): *Pårørende i psykiatrien. Magt og afmagt i psykiatrien*. København.
- Kommunernes Landsforening (KL) (2012): *Den nære Psykiatri – en styrket kommunal indsats*. København.
- Kommunernes Landsforening (KL) (2012): *Det nære Sundhedsvæsen*.
- Københavns Kommune (KK) (2012): *Ungestrategi 2013-2015 – uddannelse og beskæftigelse til unge københavnere*. København.
- Mikkelsen, Elisabeth Naima & Anne Marie Lyager Kaae (2012): *Forbedring af samarbejdet mellem region og kommune omkring borgere med svære sindslidelser*. København: Socialforvaltningen, Københavns Kommune.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2010): *Sundhedsloven*. LBK. nr. 913 af 13/07/2010: "Kapitel 9: Tavshedspligt, videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger mv."
- Møller, J. R (2012) *Embedsmand socialarbejdere og borgere*, Social Kritik: tidsskrift for social analyse & debat, s- 15-29, nr. 132, 2012
- Petersen, A. (2012) *"Behandlingspsykiatri og socialpsykiatri- potato potato"* Social Kritik: Tidsskrift for social analyse & debat, s-4-14, nr. 132, 2012.

- Region Hovedstaden (RH) (2012): Psyk Liggetider 2012 apr. Lokaliseret d. 29. april 2013: <http://www.regionh.dk/NR/ronlyres/5C7B6809-5B5E-4930-BD73-A0971296F113/0/Psykliggetider2012apr.xls>
- Region Hovedstaden (RH) (2013): *Nøgletal for Region Hovedstadens Psykiatri*. Lokaliseret d. 29. april 2013: <http://www.psykiatri-regionh.dk/topmenu/Om+Region+Hovedstadens+Psykiatri/Noegletal+for+RHP/Noegletal.htm>
- Rådet for Socialt Udsatte (2012): *SUSY Udsat 2012. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2012 og udviklingen siden 2007*. København.
- Rockwool Fonden (2012): *Et liv i periferien. Levevilkår og samfundsdeltagelse blandt danskere med svære sindslidelser*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Roepstorff, Solveig & Lisette Valter (2012): *Kontaktperson*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Rådgivende Sociologer ApS (2012): *Tværasektorielle overgange i psykiatrien. Afrapportering af kvantitativ og kvalitativ undersøgelse*.
- Servicestyrelsen (2007): *Veje til inklusion. Om sindslidelse i boligområder*. København.
- SFI (2011a): *Danmark venter stadig på sin psykiatireform. Et rids af udviklingen de seneste årtier*. København.
- SFI (2011b): *Handicap og beskæftigelse i 2010. Regionale forskelle*. København.
- SFI (2011c): *Sociale indsatser til mennesker med ADHD. En kortlægning*. København.
- SFI (2012a): *Et liv i egen bolig. Analyse af bostøtte til borgere med sindslidelser*. København.
- SFI (2012b): *Integreret indsats i forhold til mennesker med psykiske lidelser. Udkast til en kort forskningsoversigt*.
- SFI (2012c): *Vækstfaktorer på det specialiserede socialområde*. København.
- Social- og Integrationsministeriet (2012): *Serviceloven*. LBK. nr. 810 af 19/07/2012. København.
- Socialforvaltningen (2013): *6 borgeres oplevelser af muligheder og udfordringer i socialpsykiatrien*.
- Socialforvaltningen (2008a): *Brugerpolitik for borgere med sindslidelser*.
- Socialforvaltningen (2008b): *Pårørendepolitik for borgere med sindslidelser*.
- Socialt Udviklingscenter SUS (2011a): *En tværfaglig udfordring. Undersøgelse af kommunernes indsats for mennesker med sindslidelse og misbrug*.
- Socialt Udviklingscenter SUS (2011b): *Vidensbase. Indsatser for mennesker med sindslidelse og misbrug*.
- Socialt Udviklingscenter SUS & Helsefonden (2010): *Mennesker med dobbeltdiagnose kræver ikke dobbelt indsats. En artikel om den optimale helhedsorienterede indsats for mennesker med sindslidelse og misbrug – hvem gør hvad, hvornår og hvordan iværksættes det i praksis?*

- Sundhedsstyrelsen (2002): *Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patienters pårørende*. VEJ. nr. 9494 af 04/07/2002. København.
- Sundhedsstyrelsen (2009): *National strategi for psykiatri*. København.
- Sundhedsstyrelsen (2012): *Tilsyn med medicinering på landets botilbud, plejecentre og plejehjem*. København.
- Topor, Alain (2002): *At komme sig. Et litteraturstudie om at komme sig efter alvorlig psykisk lidelse*. Videnscenter for Socialpsykiatri.
- Topor, Alain (2011): *Managing the contradictions – recovery from severe mental disorders*. Stockholm: Stockholms Universitet (ph.d. afhandling).
- Tværfagligt Netværk Socialpsykiatri & Socialt Udviklingscenter SUS (2009): *Fremtidens socialpsykiatri – nye roller og veje*.
- Videnscenter for Socialpsykiatri (2010): *Socialpsykiatriens kontakt med etniske minoriteter – en spørgeskemaundersøgelse*. København.

## Bilag 1: Koordinerende arbejdsgruppe

Allan Styrbæk

Charlotte Andersen

Ellen Blæhr

Erland Hansen

Ghita Østenby

Louise Hansen

Maria Clemensen

Marie Sprogø

Paul Buhl Jørgensen

Solveig Roepstorff (i stedet for Marie Thøgersen)

Stephanie Strandberg

Susan Jensen

Vibeke Lybecker

Kenneth Elmegaard (sekretariat)

Lotte Larsen (projektleder)



## **Bilag 2: Styregruppe**

Sven Bjerre (formand)

Gitte Bylov

Jan Jensen

Britta Gerd Hansen

Lotte Larsen (projektleder)