



Når isolationen bliver brudt – om kontakten til de mest udsatte og isolerede sindslidende i egen bolig

Evalueringen af Psykiatriaftalen 2007 – 2011: Isolerede sindslidende i egen bolig.

Del 2: Bilag

© Socialstyrelsen 2011

Teksten kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

Forfattere: Carrie Lynne Lautrup, Mette Højte Jensen, Line Flytkjær Jensen, og Helle Strunge

"Isolerede sindslidende i egen bolig. Når isolationen bliver brudt – om kontakten til de mest udsatte og isolerede sindslidende i egen bolig. Evalueringen af Psykiatriaftalen 2007 – 2011: Isolerede sindslidende i egen bolig, Del 2: Bilag"

ISBN (elektronisk): 978-87-92743-94-7

1. udgave, 1. oplag.

Illustration: Kim Broström

Sproglig bearbejdning: Helle Horskjær Hansen

Pris: Gratis

Publikationen kan downloades og bestilles fra www.servicestyrelsen.dk

Den kan også fås ved henvendelse til:

Socialstyrelsen

Skibhusvej 52B

5000 Odense C

Tlf. 72 42 37 00

Email: servicestyrelsen@servicestyrelsen.dk

Indholdsfortegnelse

1	Litteraturstudie	1
2	Projektbeskrivelse Esbjerg Kommune	14
3	Projektbeskrivelse Københavns Kommune	24
4	Projektbeskrivelse Odense Kommune.....	35
5	Notat: Målgruppen for initiativet.....	47
6	Om isolation – et sammendrag af rapporten <i>Psykisk syg og isoleret</i>	57
7	Evalueringsdesign	60
8	Isbryderprojektets Indberetningsskema.....	72
9	Eksempel på kvartalsvis aktivitetsjournal: Samarbejdspartnere	81
10	Organisationsbeskrivelser: Kommunebeskrivelser for Isbryderprojektet 2008	85
11	Organisationsbeskrivelser: Kommunebeskrivelser for Isbryderprojektet 2010	117
12	Eksempel på kommunikationsstrategi	151

1 Litteraturstudie

Dette litteraturstudie blev udarbejdet i 2007 som baggrundsmateriale for Isbryderprojektet. Det var på baggrund af dette dokument, at projektet udviklede indsatser og afgrænsede begreber.

Litteraturstudiet er ikke opdateret ift. nuværende viden og udviklingen i indsatser siden 2007.

1.1 Målgruppen

Der findes en gruppe af sindslidende, der isolerer sig og lever under uacceptable forhold, og som er meget svære at engagere og fastholde i almindelig psykiatrisk behandling. Målgruppen for dette litteraturstudie er de mest udsatte personer, der indtil nu ikke har kunnet skabes kontakt til igennem hidtidige ordninger, som bl.a. Støtte-kontaktpersonordningen. (SKP). Det anslås, at der på landsplan findes ca. 100-200 af disse personer. Denne målgruppe er defineret ved, at de er sindslidende, isolerede og samtidig lever under uacceptable forhold. Isolationen refererer i denne sammenhæng til, at den sindslidende ikke er i stand til at benytte de sociale hjælpesystemer og samtidig ikke kan oprette eller opretholde konstruktive relationer i deres netværk – hverken private eller professionelle. Dette medfører, at de lever i ensomhed uden den støtte, de har brug for. En vurdering af, hvornår et menneske lever under uacceptable forhold, vil ultimativt blive en subjektiv vurdering, ud fra samfundets normer. Dette kan være tilfældet, hvis den sindslidende ikke længere er i stand til at varetage basale opgaver som rengøring og hygiejne, så leveforholdene ligefrem kan blive sundhedsskadelige. Der forefindes kun litteratur om denne målgruppe i begrænset omfang, og det vurderes at være en relevant del af projektet at kunne kortlægge en profil af målgruppen nærmere. Således er det bl.a. relevant at undersøge, hvordan og hvorfor denne målgruppe adskiller sig fra andre sindslidende. Samtidig er det vigtigt at få undersøgt målgruppens behov således, at det bliver muligt for kommunerne at kvalificere indsatsen, så denne gruppe af sindslidende kan blive en mere integreret del af samfundet.

1.2 Metoder

Der eksisterer et bredt udvalg af ordninger og metoder, som skal forsøge at nå isolerede sindslidende. I det følgende er beskrevet en gennemgang af diverse metoder for henholdsvis opsøgende arbejde, kontaktskabelse og tværsektorielt arbejde.

1.2.1 Opsøgende arbejde

Opsøgende arbejde består i at opsøge, finde og få kontakt til udsatte mennesker, der af en eller anden årsag ikke selv søger den hjælp, som de har brug for. Opsøgende arbejde er nødvendigt for at komme i kontakt med de mest isolerede sindslidende, idet de enten ikke føler sig i stand til selv at opsøge hjælp, eller ikke ønsker at modtage hjælp. Samtidig er det ofte ekstremt vanskeligt at skabe og vedligeholde kontakt til denne målgruppe, da de i udpræget grad er kontaktafvisende. Variationerne i det opsøgende arbejde er store fra region til region men kan blandt andet foregå ved:

- At opsøge informationer om personer, der kan have brug for professionel hjælp og derefter at tage kontakt til dem.
- At være en synlig medarbejder ved at opsøge steder i lokalsamfundet, hvor mennesker uden fast tilknytning til aktiviteter, behandling eller eventuel bolig af og til kommer.

- At den udgående medarbejder kontaktes af andre professionelle, af pårørende eller funktionærer for eksempel i en boligforening, eller selv har gjort mere eller mindre tilfældige observationer af et menneske, der kan have gavn af en kontakt.¹

De forskellige typer af opsøgende arbejde, som vi ser i Danmark er:

Gadeplansarbejde

Gadeplansarbejde bruges på mange forskellige grupper af udsatte, herunder misbrugere, hjemløse, prostituerede, udsatte etniske minoriteter, men også på isolerede sindslidende. Oftest vil det foregå således, at nogle faste medarbejdere vil opholde sig på gaden og de steder i lokalsamfundet, hvor man forventer, at målgruppen kan opholde sig – eksempelvis ved forretninger, parker, væresteder mm., på forskellige tidspunkter af dagen. Formålet er at komme i snak med brugeren og derved forsøge at oprette en tillidsfuld kontakt. Det er vigtigt, at gadeplansarbejdet udføres med stor tålmodighed.

Efterforsorg

Når en sindslidende flytter ud fra et forsorgshjem, kan en type af opsøgende arbejde være efterforsorg. Her er det medarbejdere fra forsorgshjem og herberg, som står for overgangen til at bo i eget hjem. Det er en individuel vurdering, hvor lang tid støtten skal vare. Men da der er tale om mennesker, som hører til blandt de mest udsatte, vurderes det som regel, at indsatsen bør være langvarig.¹

Beboerrådgivere

Beboerrådgivere i boligforeninger og boligselskaber er endnu en udgående funktion, som kan komme udsatte grupper i boligområderne til gavn. De udfører rådgivning og opsøgende arbejde for at medvirke til at integrere udsatte mennesker i boligområderne. Kommunerne har sammen med boligorganisationerne ansvaret for ordningen.¹

Netværksarbejde

Dette består i et samarbejde mellem forskellige hjælpeforanstaltninger, f.eks. den psykiatriske sengeafdeling, de praktiserende læger, det lokale sygehus, sagsbehandlere, hjemmesygeplejersker, rengøringsselskaber og andre kommunale omsorgsinstitutioner. Der kan også være tale om samarbejde på tværs af projekter, hvor der kan dannes netværk for at udbygge indsatsen og udveksle erfaringer fra de forskellige arbejdsmetoder. Ofte blander metoder fra de forskellige typer af udgående og opsøgende arbejde sig, nogle gange fordi det er samme medarbejder eller institution, som står for udførelse af såvel udgående som opsøgende arbejde.

Netværksarbejde kan også forstås som inddragelse af brugerens sociale netværk i det opsøgende arbejde, men idet denne målgruppe netop er kendetegnet ved isolation og mangel på socialt netværk, vil dette ikke være en relevant metode.

Indirekte opsøgende arbejde

¹ Socialministeriet. (2003). *Hjemløse, misbrugere og sindslidende – Sammenfatning af resultater fra socialministeriets evalueringsprogram*. Socialministeriet. København.

Det indirekte opsøgende arbejde omfatter synliggørelse af forskellige tilbud over for andre, der kan tænkes at have direkte kontakt med – eller viden om – målgruppen. Dette kunne blandt andet være medarbejdere på socialforvaltningen, praktiserende læger, advokater, medarbejdere på sociale caféer, viceværter, ansatte på sygehuset osv. Erfaringsmæssigt viser det sig dog, at det indirekte opsøgende arbejde fører til langt færre kontakter end det direkte.²

I Danmark er der, udover en række kommunale og regionale projekter og tilbud, hovedsageligt to typer af organiseret opsøgende arbejde, som gør brug af de forskellige ovennævnte metoder. Disse er de opsøgende psykoseteams (ACT) og Støtte-kontaktperson ordningen (SKP). Der er en række fællestræk for de to metoder, men de adskiller sig alligevel fra hinanden på nogle afgørende punkter.

Opsøgende psykoseteams (Også kendt som Assertive Community Treatment – ACT)

Behandlingen er her baseret på, at en gruppe patienter er tilknyttet et tværfagligt team af professionelle. Disse inkluderer faggrupperne: Psykiater, psykiatrisk sygeplejerske og socialrådgiver. De kan desuden indeholde psykolog, ergoterapeut, fysioterapeut og socialpædagog. Ved denne metode foretages der hjemmebesøg, som ved behov, kan gennemføres dagligt. Der ydes støtte til at få den nødvendige behandling og de sociale tilbud efter den pågældendes behov. Et centralt element i de opsøgende psykoseteams er, at teamet skal være til rådighed 24 timer i døgnet, og at der ikke eksisterer nogen form for tidsbegrænsning på indsatsen. Indsatsen omfatter medikamentel behandling, støttende samtaleterapi, social færdighedstræning og inddragelse af netværk i indsatsen. Også andre opgaver, såsom at sikre rettidig betaling af regninger, sikring af beskæftigelse, beskyttet arbejde etc., indgår i teamets indsats. Teamets arbejds måde er assertiv, dvs. opsøgende, pågående eller vedholdende. Der er altså tale om en meget ambitiøs – og måske også meget omklamrende – indsats.³ ACT er en evidensbaseret metode og en af de mest anvendte metoder internationalt.

Støtte- og kontaktpersonordningen

SKP-arbejdet udføres som opsøgende arbejde på brugerens præmisser og i brugerens tempo. Medarbejderen skal medvirke til at styrke brugerens kontakt til omverdenen og brugerens evne til at bruge samfundets muligheder og øvrige tilbud. SKP's opsøgende arbejde foregår på gadeplan. Det opsøgende element er afgørende for, at SKP-målgruppen nås af tilbuddet, for at tilbuddet kan være frit for visitation, og for at brugeren kan være anonym. SKP henvender sig bl.a. til de mest isolerede sindslidende og har dermed også dette projekts målgruppe under sig. Til trods for dette, er der alligevel nogle meget isolerede sindslidende, som SKP ikke fanger. En central forskel mellem SKP og ACT er, at behandling for den psykiatriske lidelse ikke er en del af SKP's arbejde, hvor det primære formål er at bryde isolationen og få brugeren til at fungere bedre socialt og generelt i samfundet.

Når opsøgende arbejde bruges som metode, bliver man nødt til at overveje de etiske aspekter i arbejdet. På den ene side skal man respektere individets ret til at være i fred, men på den anden side har det offentlige også en forpligtigelse til at drage omsorg for de mest udsatte. Denne diskussion om brugerens

² Zeeberg, H. & Böyesen, K.R. (2006). *SKP til misbrugere og hjemløse – Metodehæfte om arbejdet med de nye målgrupper for støtte- og kontaktpersonordningen*. VFC Socialt udsatte. København

³ Brandt, P. (2004). *Socialpsykiatri – Psykiatri på humanistisk grundlag*. Munksgaard Danmark. København.

autonomi er især vigtig i forhold til de opsøgende psykoseteams (ACT), hvor det har været fremført, at disse teams repræsenterer en glidebane i forhold til etablering af egentlig tvangsbehandling i eget hjem.⁴ Samfundets holdning i diskussionen om paternalisme og autonomi har igennem tiderne svunget som et pendul mellem de to yderpunkter. Ifølge Merete Nordentoft⁵ er de senere års ændringer og tiltag gået i retningen af, at paternalismen får større betydning. Dette er både på det lovmæssige plan, men også de anvendte behandlingsmetoder, der i højere grad end tidligere lægger op til, at de professionelle i stigende grad skal påtage sig ansvaret for at planlagte behandlingsforløb følges.

1.2.2 Kontaktskabelse

En tæt og bæredygtig relation er en forudsætning i alt socialt arbejde. Det er især vigtigt i arbejdet med denne målgruppe af isolerede sindslidende, idet de netop har så store problemer med at etablere og vedligeholde sociale kontakter. De grundlæggende elementer i en god kontaktskabelse er:

Tillid

Udsatte menneskers grundlæggende evne til at føle tillid er blevet anfægtet tidligt i livet, hvilket har forstærket den personlige sårbarhed. Derfor vil de isolerede sindslidende have svært ved at indgå i relationer, hvad enten det er personlige eller professionelle. Ofte vil de forsøge at gøre modstand, hvilket kan komme til udtryk som ængstelse, usikkerhed, irritation, aggression, mistro, kynisme og skepsis. Dette er deres forsvarsmekanismer, som skal beskytte dem imod at blive svigtet eller forladt igen. I mange tilfælde vil relationen til den sindslidende være meget skrøbelig og vil almindeligvis hele tiden blive afprøvet eller afbrudt for på ny at blive bygget op. Det betyder, at der hele tiden skal arbejdes på at fastholde kontakt og skabe tillid. For at styrke tilliden er det vigtigt som professionel at møde brugeren med oprigtighed, ærlighed og åbenhed, og ikke tilsløre sine hensigter.⁶ Dette fremgår især af erfaringer fra SKP.⁷

Samspillet mellem personlighed og professionalismisme

Når man skal arbejde med så udsatte mennesker, som denne målgruppe tilhører, er det vigtigt ikke at "dræbe det autentiske menneske bag professionen"⁸. For dem er det vigtigt at have et "rigtigt" menneske at forholde sig til, og ofte vil det også være essentielt, at man ikke med professionalismismen bliver en del af det system, som de ofte vil føle har svigtet dem. Der er naturligvis en balancegang mellem professionalismismen og personligheden, men ifølge Merete Buddig og Marit Kristinne Dalsgaard er det kombinationen af faglig viden, teori, metode og modet til at bruge sig selv som menneske i relationen, som er helt centralt i det professionelle arbejde.

Ligeværdighed

Ligeværdighed er også et centralt element i kontaktskabelsen. Denne gruppe mennesker føler sig ofte mindreværdige og stemplet af samfundet, og det er derfor meget vigtigt at få magtforholdet mellem

⁴ Høgsbro, K. (2004). *Socialpsykiatriens kompleksitet*. Samfundslitteratur. København.

⁵ Speciallæge i psykiatri og tidligere formand for Dansk Psykiatrisk Selskab

⁶ Buddig, M. & Dalsgaard, M. (2003). *Ind til kernen – Ny hverdagspraksis i socialt arbejde*. Akademisk forlag. København.

⁷ Høgsbro, K. (2004). *Socialpsykiatriens kompleksitet*. Samfundslitteratur. København.

⁸ Buddig, M. & Dalsgaard, M. (2003), s. 148

professionel og bruger til at virke så symmetrisk som muligt. Derfor skal den professionelle signalere accept, således at brugerne føler, at de er "gode nok", og at de kan vise deres følelser. Den professionelle skal også sørge for, at omgivelserne tillader brugerne at slappe af og være sig selv. Magtforholdet kan også gøres mere symmetrisk, når den professionelle anerkender, at det er borgeren, som er "ekspert" på sit eget liv, og viser respekt, ydmyghed samt stiller spørgsmål og dermed devaluerer sig selv.

Åbenhed og empati

At være empatisk er langt fra let, og ofte vil den professionelle og brugeren have så forskellige erfaringshorisonter, at den professionelle ikke vil kunne sætte sig helt ind i, hvordan det er at være brugeren. Ofte vil hændelserne virke så ekstreme og så urealistiske, at den professionelle slet ikke vil have fantasien til at forestille sig, hvordan det kunne gå til. Men empati indebærer også, at der observeres åbent og fordomsfrit, og at der anvendes en teoretisk og praktisk faglig ballast og en mobilisering af egne erfaringer.⁹ Dog er det vigtigt, siger Merete Buddig og Marit Kristinne Dalsgaard, at være opmærksom på faren for, at den professionelle projicerer egne følelser over på brugeren og derfor fejlvurderer situationen.

Det rigtige tidspunkt

For at en god kontakt kan skabes, er det essentielt at finde det rette tidspunkt at skabe denne på. Det rigtige tidspunkt er, når brugeren ønsker at snakke – ikke medarbejderen. Som medarbejder er det vigtigt at forstå, at for at en god kontakt kan opbygges, må det foregå på brugerens præmisser. Medarbejderne skal turde nærme sig den kontaktafvisende person og turde komme tilbage igen efter et afslag. Ofte vil denne vedholdenhed, med tiden, betale sig.

Der er altså mange kriterier, der skal tages hensyn til, når man skal forsøge at etablere kontakt til isolerede sindslidende. Ofte vil kontaktpersonen blive sat i situationer, hvor de meget hurtigt skal kunne tage en beslutning, f.eks. om de skal spørge nærmere ind til noget, eller om de skal lade være. De må nødvendigvis have en meget god situationsfornemmelse og kunne tolke brugerens reaktioner og handle umiddelbart herpå. Socialt uddannede fagmedarbejdere har gode erfaringer med at etablere tillid og god kontakt med brugere, og det kan være vejen mod ændringer i brugerens liv, især hvis brugeren er den, der indleder kontakten.¹⁰

1.2.3 Tværsektorielt arbejde

At skabe gode forløb på tværs af sektorer er en kompleks opgave. Målgruppen modtager behandling, hjælp og støtte fra mange forskellige instanser, herunder sygehuspsykiatri, distriktskykiatri, egen læge, kommunal sagsbehandler, socialpsykiatri m.fl.¹¹ Disse instanser er underlagt forskellige lovgivninger, og samtidig er de ofte organiseret i forskellige forvaltninger i kommuner og regioner. De væsentligste sektorer, der har tilbud til denne målgruppe af isolerede sindslidende, er:

- Sundhedssektoren: Inkluderer primært sygehuse og distriktskykiatri, som ligger under regionerne. Faggrupperne i sundhedssektoren vil typisk være læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, og fokus vil ligge på diagnosticering og behandling, herunder medicinsk behandling.

⁹ Buddig, M. & Dalsgaard, M. (2003), s. 154

¹⁰ Socialministeriet. (2003). *Hjemløse, misbrugere og sindslidende – Sammenfatning af resultater fra socialministeriets evalueringsprogram*. Socialministeriet. København.

¹¹ Videnscenter for socialpsykiatri. (2006). *Organisering af samspil*. Videnscenter for socialpsykiatri. København.

- Den sociale sektor: Inkluderer blandt andet botilbud, være- og aktivitetssteder, støttekontaktpersoner, pension, kontanthjælp mm. Det meste af det sociale arbejde ligger efter strukturreformen i kommunalt regi. Faggrupperne i den sociale sektor inkluderer socialrådgivere, pædagoger, ergoterapeuter, social- og sundhedsassistenter m.fl., og fokus ligger på borgerens funktionsproblemer i eget liv og hverdagslivet.
- Den private sektor: Inkluderer blandt andet privatpraktiserende psykiatere, psykologer, psykoterapeuter, private botilbud og frivillige organisationer, der støtter og rådgiver.

Det fremgår her, at der er tale om en specialiseret opgavevaretagelse med det organisatoriske dilemma, at alle opgaverne ikke løses af samme forvaltningsmyndighed. Indsatsen er derfor præget af udfordringen med en delt forvaltning, ansvarsfordeling og finansiering.¹¹

I Danmark har social- og sundhedssektoren undergået mange forandringer i flere omgange i de seneste tre årtier, med organisatoriske omlægninger og en væsentlig udbygning. Ifølge rapporten *Organisering af samspil* er der, i takt med den administrative og politiske decentralisering og større specialisering, opstået et stigende behov for en samordning af politikker og organisatoriske løsninger samt generel kommunikation på tværs af foranstaltninger, specialer og myndigheder. Dog er der med strukturreformen sket en ændring i organiseringen af opgavevaretagelsen, som har til formål at øge effektiviteten og kvaliteten via stordriftsfordele og faglig bæredygtighed. Det tværsektorielle samspil er vigtigt, fordi en bedre sammenhæng i tilbuddene vil medvirke til at sikre et bedre forløb for den enkelte sindslidende, men vil også højne kvaliteten mere generelt og sikre en bedre og mere effektiv anvendelse af ressourcerne på området. Samspillet mellem de forskellige sektorer kan anskues på tre forskellige niveauer:

1. Det praktiske niveau: Involverer samspil om basal koordination mellem sektorerne. Denne problematik kunne for eksempel gøre sig gældende i udskrivningsfasen, når brugeren har modtaget behandling. Her er det vigtigt, at der kommunikeres mellem de forskellige instanser.
2. Vidensniveau: Involverer samspil om kendskab til mål, indhold og planlægning mellem sektorerne, især når der er parallelle indsatser, som borgeren modtager fra flere parter. Dette kunne eksempelvis ske når borgeren flytter til et nyt botilbud, og der samtidig sker en ændring i den distriktpsykiatriske kontakt til borgeren.
3. Det strategiske niveau: Involverer samspil om en fælles evaluering af borgerens behov og relevante indsatstyper, så der hele tiden tages udgangspunkt i det samlede tilbud på tværs af sektorerne.

Idéen med samordningen af indsatsen skal være en synergieffekt, hvor borgerens nytte af det samlede tilbud overstiger værdien af tilbuddene hver for sig. Ved den manglende synergieffekt reduceres effekten af de enkelte indsatser med risiko for tilbagefald.

Rapporten *Organisering af samspil*¹² vurderer, at nogle af de områder, som er essentielle for resultatet af samspillet er:

- "Hvem gør hvad". Der kan være enighed eller opstå konflikter med hensyn til hvem, der skal gøre hvad i indsatsen rettet mod borgeren. Konflikterne kan opstå mellem faggrupper og/eller organisatoriske afgrænsninger med udgangspunkt i, hvad de forskellige professioner betragter som deres domæne og gør hævde på.
- Behov og behandlingsteknologi. Der kan være enighed eller opstå konflikt om borgerens behov og relevant behandlingsteknologi. Indsatsen over for mennesker med en sindslidelse har en lang historie

¹² Videnscenter for socialpsykiatri. (2006). *Organisering af samspil*. Videnscenter for socialpsykiatri. København.

præget af uenighed om sindslidelsens ætiologi (sygdomsårsager). Det kan igen være forbundet med professionelle værdier eller sektorlogikker.

- Mål, ansvar og ressourcefordeling. Der kan være en opfattelse af fælles mål, eller der kan opstå konflikt om ansvar og ressourcefordeling mellem de parter, som hver især bidrager til det samlede tilbud.

- Forskelle på parterne. Et godt eller dårligt samspil kan skyldes grundlæggende forskelle på de parter, der skal indgå i et samarbejde, men som har svært ved at forstå hinanden, eller som anvender forskellige måder at tilrettelægge arbejdet på. Samtidig kan parterne være underlagt driftsmæssige betingelser i egen organisation, der kan udgøre barrierer for samarbejdet.

Nedenfor beskrives nogle af de tiltag, der gøres for at forbedre samspillet mellem de forskellige sektorer og behandlingstilbud, og øger sammenhængen for den enkelte bruger:

Tværsektorielle sygeplejersker

De tværsektorielle sygeplejersker er ansat flere steder (region, og forskellige kommuner) og har deres gang på tværs af de kommunale og regionale forvaltninger og tilbud, med udgangspunkt i de konkrete patientforløb. Disse sygeplejersker sørger for, at de sundhedsfaglige ydelser og vurderinger bliver anvendt på en optimal måde på tværs af de sundhedsmæssige og sociale tilbud. Dette sker ud fra, at sygeplejersken er en del af både social- og distriktpsychiatrien og derfor har fokus på og ansvar for at integrere ydelserne i de respektive tilbud. Udover at forbedre problemer som kendskab, kommunikation og skiftende miljø for borgeren, bliver kommunikationen og kendskabet mellem den tværsektorielle sygeplejerske og de øvrige medarbejdere i socialpsykiatrien og andre sociale tilbud lettere, i kraft af den integration, der følger af ansættelsen.¹³

Netværksmøder

Et netværksmøde bruges til at koordinere indsatsen omkring borgeren, men det handler også om at synliggøre indsatsen med henblik på at afklare forventninger mellem borgeren og de forskellige parter. Borgeren deltager så vidt muligt i mødet, og der lægges vægt på, at pårørende også deltager. I praksis lægges der både konkrete planer på kort og mellemlang sigt på netværksmødet, og der lægges vægt på at forpligte parterne og borgeren selv på en konstruktiv måde for at kunne se frem til næste netværksmøde. Der bliver søgt og skabt alliancer og fælles forståelse mellem borgeren og parterne i indsatsen, for at borgeren skal opleve, at alle sigter efter samme mål og midler, og at brugeren derfor har mulighed for at henvende sig til alle i perioden fremover. Denne metode til at samordne indsatsen kræver muligvis en raskere målgruppe end dette projekts.¹³

Koordinationsplaner og udskrivningsaftaler

Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner udarbejdes i tilfælde, hvor det forventes, at den enkelte sindslidende ikke selv vil søge den nødvendige behandling eller sociale tilbud efter udskrivning. Formålet er at sikre opfølgning i forhold til patienter, der samtidig har alvorlig psykisk sygdom og alvorlige sociale problemer eller misbrug osv. En udskrivningsaftale eller en koordinationsplan kan ikke gennemtvinges overfor patienten, men placerer et ansvar i behandlings- og støttesystemet for at reagere og tage kontakt til patienten, hvis denne udebliver fra et tilbud i et planlagt forløb. Udskrivningsaftalen indgås mellem patienten, overlægen ved den psykiatriske afdeling og øvrige relevante parter – dvs. distriktpsychiatrisk center, sociale myndigheder m.fl. Aftalen indeholder både planer for patientens behandling og deltagelse i

¹³ Videnscenter for socialpsykiatri. (2006). *Organisering af samspil*. Videnscenter for socialpsykiatri. København.

sociale tilbud. En koordinationsplan indeholder samme aspekter som udskrivningsaftalen, men udarbejdes i de tilfælde, hvor den sindslidende ikke ønsker at deltage ved indgåelsen af aftalen.¹⁴

Tovholderfunktion og koordinator

I flere regioner er der indført modeller med såkaldte *tovholdere* eller *koordinatore*. Modellerne har forskellig udformning, men har det til fælles, at der i samråd med den sindslidende udpeges en koordinerende person, som har til opgave at sikre, at et behandlingsforløb med en indlæggelse, en behandlingsplan og en udskrivningsaftale i praksis *samordnes* med en social handleplan. En tovholder/koordinator skal sikre det interne samspil med de kommunale forvaltninger samt det tværsektorielle samspil med distrikts- og sygehuspsykiatri og øvrige parter. En tovholder/koordinator vil også lette kommunikationen for borgeren, når denne skal orientere sig om behandlingsforløbet, idet brugeren kun skal henvende sig til denne ene person. Tovholderens/koordinatorens rolle har altså både et koordinerende og formidlende element over for parterne og borgeren. Målet er at skabe kontinuitet i forløbet for den sindslidende og sikre, at den pågældende ikke tabes imellem systemerne.¹⁵

Støttekontaktpersonsordningen

SKP'eren kan tilbyde borgeren at være koordinerende i forhold til andre dele af det sociale system og behandlingssystemet, f.eks. til sagsbehandlere og distriktspsykiatrien. Men det tilstræbes, at ordningen tilrettelægges, så det sikres, at SKP'eren i forholdet til borgeren fremtræder som en selvstændig enhed med en egen identitet i forhold til det øvrige system.

Model for koordinering af psykosocialt arbejde: En norsk case-managementmodel¹⁵

Case- eller care- management-modeller findes i mange forskellige varianter. I Norge er udviklet en model benævnt "Koordinering av psykosocialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser". Målgruppen er også her de sindslidende, som har behov for tiltag fra flere instanser, og hvor behovet for samordning og samarbejde er påkrævet. I den norske variant kaldes case-manageren en personlig koordinator, og det anbefales, at den personlige koordinator vælges fra den del af det samlede indsatsnetværk, som står for det væsentligste indhold af tilbuddet til den aktuelle bruger. Den personlige koordinator får tildelt ansvaret for at koordinere serviceydelser til en eller flere borgere over længere tidsrum. Koordinatoren skal derfor have fuld viden om lokalområdets servicemuligheder. Koordinatoren og borgeren kortlægger i fællesskab indsatsbehovet og lægger en langsigtet plan. Det er herefter koordinatorens job at sørge for en effektiv brug, samordning og tilpasning af alle lokalsamfundets ressourcer, som kan give borgeren et stabilt og meningsfuldt liv.

Opsøgende psykoseteams

De opsøgende psykoseteams består af en flerfaglig medarbejderstab og er desuden tværsektorielt. Idéen er her, at teamet skal kunne varetage størstedelen af brugerens behov internt i gruppen, og dermed sikre et mere sammenhængende forløb for brugeren.

¹⁴ Sundhedsministeriet & Socialministeriet. (2001). *Rapport fra udvalget vedr. bedre samspil mellem tilbuddene i psykiatrien og socialpsykiatrien*. Sundhedsministeriet & Socialministeriet. København.

¹⁵ Sundhedsministeriet & Socialministeriet. (2001). *Rapport fra udvalget vedr. bedre samspil mellem tilbuddene i psykiatrien og socialpsykiatrien*. Sundhedsministeriet & Socialministeriet. København.

En integreret model

I den integrerede model arbejder distrikts- og socialpsykiatriske medarbejdere sammen i en organisatorisk enhed med fælles ledelse, fælles lokaler, finansieringsdeling og med en fysisk placering i distriktet. Det tværsektorielle team består af speciallæge, psykolog, sygeplejerske, socialrådgiver, ergoterapeut, bo- eller hjemmestøtte og eventuelt andre fagpersoner fra kommunen.¹⁶

1.3 Samarbejde

Formålet med at forbedre samarbejdet på psykiatriområdet, må først og fremmest være at yde den bedste og mest effektive støtte og hjælp til brugerne. Dernæst spiller faktorer som ressourceudnyttelse og økonomi naturligvis også ind. For at forstå, hvordan dette samarbejde kan forbedres, kan et væsentligt udgangspunkt være borgerens oplevelse af samspillet og ønsker til forbedringer.

1.3.1 Borgernes perspektiv på bedre samspil

Ifølge rapporten *Syn på samspil* oplever borgere og pårørende ikke, at det tværsektorielle samspil fungerer godt nok. De forholder sig ikke til, at indsatsen ydes af forskellige parter, og for de fleste er "kvalitet i indsatsen" og "kvalitet i samspillet" det samme. Der blev afdækket fire helt centrale faktorer i undersøgelsen, som ifølge både borgere og pårørende er afgørende for det gode samspil.

Opfølgning og timing

et er vigtigt at følge op på borgerens tilstand på det rigtige tidspunkt, f.eks. de steder i processen, som man af erfaring ved er særligt kritiske. En veltillrettelagt opfølgning kan i sig selv hjælpe borgeren og medvirke til at skabe sammenhæng i indsatsens forskellige dele for den pågældende samt tydeliggøre relevansen af den forudgående såvel som den efterfølgende indsats. Bedre opfølgning handler dels om den almindelige koordinering mellem sektorerne, men også om at de involverede fagpersoner har tilstrækkelig viden om indholdet i de forskellige dele af indsatsen og kan få dem til at passe sammen. Der er især tre punkter, som borgerne og de pårørende kritiserer:

- Borgerne udskrives til ingenting. Efter udskrivning fra eksempelvis sygehus, findes der ikke et passende kommunalt tilbud.
- Det kommunale tilbud passer ikke borgerens behov på grund af manglende kendskab til sygehusbehandlingen.
- Opfølgningen i distrikts- og socialpsykiatrien sker på et forkert eller for sent tidspunkt og får dermed ingen eller kun lille effekt.

Både brugere og pårørende oplever, at opfølgning på indsatsen forudsætter, at de selv tager et initiativ og selv har nogle ressourcer, f.eks. når de skal viderebringe nødvendige oplysninger til en medarbejder i en anden sektor eller afdeling – et problem, der vokser, når medarbejderne skiftes hyppigt ud. Dette må vurderes at være særligt kritisk for projektets målgruppe, da de sandsynligvis ikke vil besidde denne type af overskud ved udskrivelsen.

Inddragelse

Borgere og pårørende ser 'inddragelse' som en vigtig faktor til at forbedre samspillet. Inddragelse af borgere og pårørende er en genvej til at skabe helhed i deres oplevelse af situationen. Desuden skaber inddragelse synlighed for borgeren og de pårørende omkring, hvad der kræves af samspillet mellem

¹⁶ Videnscenter for socialpsykiatri. (2006). *Organisering af samspil*. Videnscenter for socialpsykiatri. København.

sektorerne. Der bør så vidt muligt ske en inddragelse af borgeren. Hvis borgeren inddrages vil det skabe en mere positiv oplevelse af indsatsen samt skabe en større følelse af autonomi og ligeværd hos borgeren. Inddragelse øger effekten af indsatsen og kompenserer for det ulige forhold mellem hjælper og modtager, og lader borgerne opleve, at de har handlefrihed, både som mennesker og som modtagere af en række ydelser. Borgere og pårørende peger på, at inddragelse især kan være nyttigt ved tvangsindlæggelser eller tvangsmedicinering. Selvom inddragelse og tvang kan være to vanskelige størrelser at forene, betragter borgere og pårørende inddragelse som en positiv faktor ved indsatser af indgribende karakter. Borgerne oplever, at manglen på inddragelse er mest udtalt i sundhedssektoren, mens der er et mere positivt billede af inddragelse i socialsektoren. Dog blev der ytret tvivl om, hvorvidt denne inddragelse var reel eller blot var en procedure, medarbejderne skulle efterleve – dvs. mest for syns skyld. Borgerne nævner, at de har specielt positive oplevelser med inddragelse i forbindelse med de opsøgende teams.

Forebyggelse

Forebyggelse fremhæves også af borgere og pårørende som en væsentlig faktor i det samlede tilbud og dermed også for samspillet mellem de to sektorer. Borgerne påpeger blandt andet, at en bedre adgang til de forskellige tilbud kan medføre, at man undgår de hårde forløb på tværs af sektorerne i sidste øjeblik. Akuttilbud og mulighed for at blive indlagt på et tidligere tidspunkt er de to hovedelementer i forebyggelsen. Borgerne og de pårørende oplever det som en væsentlig mangel, at der ikke findes tilbud eller adgang til hjælp, før der reelt er tale om en psykose eller et tilsvarende væsentligt problem. Jo tidligere borgeren ydes støtte eller behandling, jo mindre omfattende vil den påkrævede indsats være. Borgerne efterspørger altså graduerede tilbud, hvor de har mulighed for at modtage hjælp, inden de er kørt helt af sporet.

Det nære tillidsbaserede forhold

I arbejdet med borgeren og de pårørende skal medarbejderen være opmærksom på især to faktorer:

- At etablere et tillidsbaseret og personligt forhold til borgeren.
- At sikre sig, at indsatsen styres af en tovholder.

Et godt forhold mellem borger og medarbejder giver mulighed for at arbejde med helheden, som den ser ud fra borgerens perspektiv. Tillid er afgørende for at kunne formidle, hvad indsatsen indebærer, og en god kommunikation giver indsatsen større effekt. Borgerne giver også udtryk for at have et stort behov for en tovholder, der påtager sig at overskue og forbinde indsatserne fra de forskellige sektorer. Et problem kan opstå, hvis en tovholder skal udskiftes, idet borgeren ofte oplever, at der ikke følger nogen forklaring på det, og ser dette som et brud på den tillid, de havde opbygget. Mange pårørende har oplevet, at de har måttet påtage sig denne rolle som tovholder, hvilket især er problematisk for projektets målgruppe, som netop ofte er kendetegnet ved ikke at have noget netværk, som kan påtage sig sådanne funktioner.¹⁷

¹⁷ Videnscenter for socialpsykiatri. 2005. *Syn på samspil*. Videnscenter for socialpsykiatri. København.

1.3.2 Samarbejdets udfordringer og muligheder

For at sikre gode, sammenhængende tilbud til de mest isolerede sindslidende, er det nødvendigt at samspillet mellem alle de involverede parter fungerer optimalt. Problemerne for projektets målgruppe har en meget sammensat karakter, og målgruppen er samtidig meget udsat, hvilket derfor i endnu højere grad kræver sammenhæng og samarbejde. Nogle af de væsentligste barrierer, som samspillet står over for i den kommende fremtid er:

Manglende tilbud

Udover utilstrækkeligt samarbejde kan barrierer for sammenhæng i indsatsen også være det helt konkrete, at der mangler tilbud, dels i forhold til forskellige behov og dels i forhold til bestemte kategorier af sindslidende.

Forskellige fagkulturer

Sundheds- og socialsektoren har som beskrevet forskellige kerneopgaver. Det afspejler sig også i, at der groft sagt er udviklet forskellige kulturer, dvs. fagsprog, rutiner, handlemønstre etc. Forskelle der bl.a. bunder i, at der er to forskellige faglige perspektiver i spil: Behandlingsperspektivet og det sociale rettigheds- og integrationsperspektiv.

I en rapport fra 2001¹⁸, skriver Sundhedsministeriet og Socialministeriet, at gensidige forestillinger og fordomme, som kan udgøre et problem. I forhold til socialsektoren hævdes det indimellem; at det sociale arbejde varetages af "semi-professionelle praktikere". At det praktiske arbejde er løst eller usikkert, hvad angår metode, teori og stringens. At socialsektorens praktikere ikke ved nok om sindslidelse til at kunne arbejde forsvarligt. At der ikke arbejdes målrettet og synligt, fordi man ikke lægger vægt på at beskrive og sandsynliggøre effekten af, hvad man går og laver, især ikke overfor sundhedssektorens professioner. At socialarbejdere ikke reflekterer over, hvorfor man gør, som man gør, og at man har en fragmenteret praksis og en pragmatisk fremgangsmåde. Modsat hævdes det om sundhedsvæsenet; at psykiatrien fastholder mennesket i sygdommen, der betragtes som en biologisk/kemisk "fejl", og ikke ser hele mennesket og samspillet med omgivelserne. At de professionelle indtager en dominerende rolle og trænger ind over det sociale felt med et dominerende begreb om behandling. Der er som nævnt klart tale om meget karikerede fremstillinger, men selvom tendensen til grøftegravning eller fjendebilleder mellem sektorerne er vigende, er der tale om forestillinger, der fortsat med mellemrum ses afspejlet i den offentlige debat.

Forskellene på sundheds- og socialsektoren afspejler til dels, at de forskellige enheder i sektorerne møder den sindslidende i forskellige situationer og forskellige faser af patient/borgerforløbet. Personalet observerer forskellige ting – afhængigt af faglig baggrund og perspektiv og tilbuddets kerneopgave. Hver enhed og faggruppe har således fokus på hver sit brudstykke af den sindslidende og situationen. Forskelligheden er med til at sikre en bred og mange facetteret indsats for de sindslidende. Der kan dog opstå problemer, hvis man ikke åbent orienterer sig udad mod andre involverede med henblik på at samarbejde om indsatsen. Risikoen er da, at der er et manglende helhedssyn på den sindslidende og hans eller hendes situation. Forskellene i fagkulturer kan desuden udgøre en barriere i kommunikationen mellem sektorerne, hvilket svækker sammenhængen i indsatsen.¹⁸

¹⁸ Sundhedsministeriet & Socialministeriet. (2001). *Rapport fra udvalget vedr. bedre samspil mellem tilbuddene i psykiatrien og socialpsykiatrien*. Sundhedsministeriet & Socialministeriet. København.

Flere ansvarlige myndigheder/instanser

Det kan være et problem, at flere myndigheder og sektorer skal løse én opgave, nemlig at hjælpe med til at skabe en god tilværelse for de sindslidende. Både regionerne og kommunerne har en del af dette ansvar, og det indebærer en risiko for, at der opstår større eller mindre gråzoner, hvor ansvaret ikke er entydigt placeret. Sammenhængende planlægning, aftaler mellem de instanser, der har ansvar for henholdsvis at afgive og modtage borgeren, og fleksibilitet i forbindelse med opgaveløsning på tværs af formelle og finansielle grænser, får her meget stor betydning.

Omfanget af tavshedspligten

De mange involverede i den samlede indsats om den enkelte sindslidende, og den deraf følgende nødvendighed af at kommunikere og udveksle oplysninger sammenholdt med de mange regler om tavshedspligt, opleves ofte som et problem. I de fleste situationer er det enkelt og uproblematisk at indhente det nødvendige samtykke, så relevante oplysninger kan videregives, men alligevel opleves de meget detaljerede regler i praksis som en barriere.¹⁹

Samarbejdsaftaler

Disse aftaler kan eventuelt rumme målsætninger og krav om initiativer for hver enkelt sektor, ved hvert enkelt led i behandlingen, herunder modtagelse ved psykiatrisk skadestue, samarbejde ved indlæggelse, under indlæggelse, ved udskrivning, om indskrevne i distriktskykiatrien og ambulatorier, om forebyggelse, udskrivning mv. *"Til at fremme samarbejdet kan sundhedsaftalerne anvendes som brede samarbejdsaftaler om indsatsen i forhold til at sikre og udvikle det sammenhængende behandlingsforløb i krydsfeltet mellem regionen og de enkelte kommuner, og rammeaftalerne på psykiatriområdet kan ses som kommunernes "bestilling" til regionen og hinanden af løsning af den specialiserede socialpsykiatriske indsats. Psykiatrien vil være placeret i en position mellem de to aftalesæt, og det vil være en fremtidig udfordring at få de to aftalesæt til at fungere sammen og give et udviklingsorienteret fremtidsperspektiv på sammenhæng i psykiatrien og løsning af den samlede socialpsykiatriske opgave."*²⁰

1.4 Litteratur:

Amtsrådsforeningen. 2002. Udvalget om sammenhængende psykiatritilbud på tværs af sektorer.

Sammenhængende psykiatritilbud og mulige barrierer i lovgivningen mv. Amtsrådsforeningen.

Andersen, C. & Barfod, A. 2001. *Opsøgende psykoseteams*. Ergoterapeuten nr. 13, 5. august 2001, 62. årgang.

Brandt, P. 2004. *Socialpsykiatri – Psykiatri på humanistisk grundlag*. Munksgaard Danmark. København.

Buddig, M. & Dalsgaard, M. 2003. *Ind til kernen – Ny hverdagspraksis i socialt arbejde*. Akademisk forlag. København.

Danske Regioner. 2007. *OPUS – Opsøgende behandling af psykotiske unge*. Danske regioner. København.

¹⁹ Amtsrådsforeningen. 2002. Udvalget om sammenhængende psykiatritilbud på tværs af sektorer. *Sammenhængende psykiatritilbud og mulige barrierer i lovgivningen mv.* Amtsrådsforeningen.

²⁰ Region Hovedstaden. *Sammenhængsperspektiver for psykiatrien i Region Hovedstaden*.

- Høgsbro, K. 2004. *Socialpsykiatriens kompleksitet*. Samfundslitteratur. København.
- Larsen, O.T. & Nielsen B.B. 2000. *Psykisk syg og isoleret – Isolationens betydning – udstødelse eller fravalg?* Rapport, støtte- og kontaktpersonordningen. Odense.
- Nielsen, B.B; Larsen, O.T. & Grosen, A. 2003. *Livshistorien er nøglen til forståelse*. Sygeplejersken nr. 3/2003.
- Region Hovedstaden. *Sammenhængsperspektiver for psykiatrien i Region Hovedstaden*.
- Socialministeriet. 2003. *Hjemløse, misbrugere og sindslidende – Sammenfatning af resultater fra socialministeriets evalueringsprogram*. Socialministeriet. København
- Stein, L.I & Santos, A.B. 1998. *Psykoseteam – en model for opsøgende psykiatrisk arbejde*. Hans Reitzels forlag. København.
- Sundhedsministeriet & Socialministeriet. 2001. *Rapport fra udvalget vedr. bedre samspil mellem tilbuddene i psykiatrien og socialpsykiatrien*. Sundhedsministeriet & Socialministeriet. København
- Videnscenter for socialpsykiatri. 2005. *Syn på samspil*. Videnscenter for socialpsykiatri. København.
- Videnscenter for socialpsykiatri. 2006. *Organisering af samspil*. Videnscenter for socialpsykiatri. København.
- Zeeberg, H. & Böyesen, K.R. 2006. *SKP til misbrugere og hjemløse – Metodehæfte om arbejdet med de nye målgrupper for støtte- og kontaktpersonordningen*. VFC Socialt udsatte. København

2 Projektbeskrivelse Esbjerg Kommune

Projektbeskrivelsen blev udarbejdet i 2008 og er politisk godkendt af Esbjerg Kommune.

Projektbeskrivelsen er ikke opdateret ift. projektets udvikling, ny viden eller opdateret lovgivning siden 2008.

2.1 Baggrund for projektet

Regeringen ønsker at sætte fokus på udsatte gruppers vilkår og muligheder. Som led heri deltager Esbjerg Kommune i et fireårigt projekt om isolerede sindslidende. Projektet er en del af Psykiatriaftalen 2007 – 2010. Odense og Københavns Kommuner deltager også i projektet.

Undersøgelser på landsplan viser, at sindslidende (herunder særligt isolerede sindslidende) i mange tilfælde ikke modtager den støtte og hjælp, de har behov for og er berettiget til. Disse borgere har svært ved at indgå i etablerede tilbud og er ofte svære at sagsbehandle, da de ikke møder op i forvaltningerne og ofte undviger de gængse hjælpesystemer—både på det sociale område og i sundhedssystemet. Borgerne "falder ofte mellem to stole" og bliver i visse tilfælde "sorteret fra" af sagsbehandlere pga. deres manglende fremmøde og komplicerede situation. Konsekvenserne for borgerne er ofte, at de ikke er tilstrækkelig udredt og derfor heller ikke modtager den særlige støtte, som netop er begrundet i deres særlige problemstillinger. Konsekvensen er, at deres helbredsmæssige (psykiatriske lidelse) og sociale problemstillinger forværres, og at de i mange situationer lever en uværdig og utryk tilværelse.

Ifølge serviceloven har kommunerne en forpligtigelse til at lave en opsøgende indsats over for grupper med særlige behov, som ikke selv eller kun sjældent henvender sig.

En række problemstillinger i forhold til disse mennesker, der ikke hidtidigt har kunnet skabes kontakt med, gør projektet relevant. Det sociale system har som beskrevet ikke formået at favne de personer, som på mange områder har mest brug for støtte og vejledning.

Dette projekt sætter fokus på en gruppe af sindslidende, der isolerer sig og lever under uværdige forhold, og som er meget svære at engagere og fastholde i almindelig psykiatrisk behandling. De er også svære at fastholde og støtte på det sociale område. Målgruppen for dette metodeudviklingsprojekt er de mest udsatte tilfælde, der indtil nu ikke har kunnet skabes kontakt til igennem hidtidige ordninger som blandt andet Støtte-kontaktpersonordningen jf. servicelovens § 99 (SKP- ordningen).

Målgruppen for SKP- ordningen er de mest socialt udsatte og isolerede sindslidende²¹, som almindeligvis ikke gør brug af eller ikke kan gøre brug af de allerede eksisterende tilbud. Ifølge Velfærdsministeriets (Nu Social- og Integrationsministeriet) vejledning er målgruppen ikke snævert afgrænset til personer med egentlig psykiatriske diagnoser. Endvidere er målgruppen beskrevet som personer, der ikke nødvendigvis tidligere har haft kontakt med de sociale myndigheder på forhånd. SKP- ordningen er derved ikke en visiteret ordning, men er baseret på opsøgende arbejde.

Det opsøgende arbejde er dog ikke begrænset til SKP- ordningen:

Når det drejer sig om indsatsen over for mennesker med særlige behov, herunder ikke mindst rådgivning, **har kommunerne en forpligtigelse til selv at udføre en opsøgende indsats for at nå ud til grupper, som ikke, eller kun sjældent, selv henvender sig.** Dette gælder både i forhold til børn og unge, jf. § 60 og i forhold til forskellige grupper af voksne, jf.

²¹ Samt stof- og alkoholmisbrugere og hjemløse.

kap. 11, hvor baggrunden for kravet om opsøgende indsats bl.a. kan være, at grupper, **der er socialt udsatte eller truet af social udstødelse i nogle tilfælde holder sig væk fra de offentlige forvaltninger**. De kan have svært ved at overholde aftaler med forvaltningen eller ved at kunne anvende og forstå den vejledning, der gives.

Vejledning om formål og andre generelle bestemmelser i serviceloven (Vejledning nr. 1 til serviceloven)

2.2 Projektets formål

Formålet med dette projekt er at udvikle metoder og kompetencer til at identificere og hjælpe disse mennesker, der skal danne baggrund for det fremtidige arbejde i alle landets kommuner på dette område.

Esbjerg Kommune stiller med en arbejdsgruppe bestående af frontpersonale og ledere fra sociale tilbud, myndighed og jobcenter, som har med sindslidende at gøre. Arbejdsgruppen inviterede samarbejdspartnere fra hele kommunen, både på det sociale område og sundhedsområde, til et Tingmøde den 22. januar 2008, hvor de isolerede sindslidendes vilkår og muligheder blev drøftet. Til Tingmødet blev samarbejdspartnere bedt om at komme med råd og ideer til projektet. Denne projektbeskrivelse er baseret på arbejdsgruppens videre arbejde med forslag og drøftelser fra tingmødet.

2.3 Målgruppen

Målgruppen for dette initiativ er af Psykiatriaftalen 2007-2010 beskrevet som *"Isolerede sindslidende, som bor i egen bolig under elendige forhold."* Arbejdsgruppen i Esbjerg operationaliserer de fire kendetegn ved målgruppen, som beskrevet nedenfor.

2.3.1 Sindslidelse:

1. Individer som har vanskeligheder med at søge og vedligeholde kontakt med andre mennesker.
2. Er eller kunne være diagnosticeret på alle grupperinger fra ICD-10 (uddybes i målgruppenotatet), men det er især angst og psykotiske lidelser, som er fremtrædende i målgruppen. En diagnose er hverken et inklusionskriterium eller en målsætning for indsatsen. Dette gælder også i forhold til psykiatrisk behandling.
3. Målgruppen er kendetegnet ved at have komplekse problemer, og derfor er man ikke udelukket fra målgruppen på grund af problemer ud over sindslidelsen.
 - o Individer i målgruppen kan have et rusmiddelmisbrug (alkohol, medicin, og/eller narkotika) kombineret med andre diagnosticerede eller ikke-diagnosticerede sindslidelser.
 - o Individer i målgruppen kan også bære på fysiske eller psykiske handicap.

2.3.2 Isolation

1. Individer, som ikke gør eller ikke kan gøre brug af de allerede eksisterende tilbud for målgruppen
2. Personer med ingen eller et begrænset antal af kontakter til andre mennesker.
3. Eventuelle kontakter til andre mennesker kan beskrives som negative eller uværdige i karakter.
4. Eventuelle kontakter til andre mennesker er så overfladiske, at individet kan beskrives som psykisk isoleret, selvom de omgås andre mennesker (f.eks. på et værested).

2.3.3 Lever under elendige forhold

1. Individet oplever forholdene i eget hjem som usle eller uønskede, men evner ikke selv på grund af sygdom at ændre på tilstanden. Situationen kan opleves som forpint eller lidelsesfyldt.
2. Forholdene i hjemmet er umiddelbare sundhedsfarlige eller udgør anden umiddelbar fare for bofæller, naboer, og/eller professionelle med arbejdsgange i hjemmet.

2.3.4 Bor i egen bolig

1. Målgruppen kan bo i alle boligformer, men erfaringsmæssigt bor de hovedsageligt i almennyttige boliger og skæve huse.
2. Individuer, som har egen bolig, men som ikke evner at bo i boligen, f.eks. på grund af elendige forhold. Denne "funktionelt hjemløshed" er et symptom på individets psykiske tilstand.
3. Individuer, som står til at blive udsat af deres lejlighed, hovedsageligt på grund af dårlig vedligeholdelse og gener for naboer.

Målgruppen er således personer med en diagnosticeret eller ikke-diagnosticeret sindslidelse, som lever isoleret og under uværdige forhold i egen bolig. Det fremhæves, at isoleret livsførelse betyder, at man ikke modtager hjælp efter servicelovens § 83 eller 85, altså hjemmehjælp og socialpædagogisk støtte. I forlængelse heraf fremføres det, at målgruppen i langt overvejende grad er personer, der modtager førtidspension eller kontanthjælp eller anden form for offentlige ydelse, idet de ikke har ordinær beskæftigelse.

Målgruppen er karakteriseret ved ikke have kontakt til hverken behandlingssystemet eller det sociale system. Enten fordi de afviser kontakten til behandlingspsykiatrien/den kommunale myndighed, ikke har ressourcer til at holde en aftale, eller ikke lader sig inddrage og dermed umuliggør, at man på myndighedsniveau kan foretage en udredning. Eksempelvis kæmper mange isolerede sindslidende også med misbrugsproblemer (som f.eks. stof-, alkohol- og/eller medicinmisbrug). Endelig er målgruppen karakteriseret ved at tilhøre matchgruppe 4 eller 5 eller modtage førtidspension.

Det anslås ifølge Psykiatriaftalen 2007 - 2010, at der på landsplan findes ca. 100-200 af disse tilfælde, men praktikere melder tilbage, at antallet er langt større. Arbejdsgruppen anslår, at der samlet set er tale om ca. 200 personer i Esbjerg Kommune, som er i målgruppen. Medregnes tidshorisonten og de tildelte ressourcer, kommer man frem til, at der sandsynligvis er 30 personer, der kan hjælpes, fordi det tager omkring 1-2 år at få skabt en bæredygtig kontakt og at se fremskridt, som kan måles.

Ofte bliver arbejdet med denne målgruppe nedprioriteret. Det er ofte besluttet politisk at hjælpe flere i stedet for at bruge den begrænsede tid på sager, hvor det er svært at opnå et godt resultat. Medarbejdere på det sociale område påpeger også, at den retssikkerhedsmæssige styrkelse i serviceloven gør det svært at hjælpe denne gruppe udsatte, der isolerer sig, fordi de ofte frabeder sig kontakten, selvom et reelt behov er til stede. Det er svært at vurdere, hvor grænsen går mellem at overskride den enkeltes ret til selvbestemmelse, og myndighedens pligt til at yde omsorg jf. servicelovens § 81 og 82, hvor der står:

"§ 82. Kommunalbestyrelsen skal yde hjælp efter denne lov i overensstemmelse med formålet, jf. § 81²², til personer med betydelig nedsat psykisk funktionsevne, der ikke kan tage vare på deres egne interesser, uanset om der foreligger samtykke fra den enkelte. Hjælpen kan dog ikke ydes ved brug af fysisk tvang."

²² **Servicelovens § 81:** Kommunalbestyrelsen skal tilbyde en særlig indsats til voksne med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer. Formålet med indsatsen er

- 1) at forebygge, at problemerne for den enkelte forværres,
- 2) at forbedre den enkeltes sociale og personlige funktion samt udviklingsmuligheder,
- 3) at forbedre mulighederne for den enkeltes livsudfoldelse gennem kontakt, tilbud om samvær, aktivitet, behandling, omsorg og pleje og
- 4) at yde en helhedsorienteret indsats med servicetilbud afpasset efter den enkeltes særlige behov i egen bolig, herunder i botilbud efter lov om almene boliger m.v. eller i botilbud efter denne lov.

2.4 Problemstillinger i Esbjerg Kommune

I Esbjerg Kommune har kommunens sammenlægning og centralisering af opgaver været problematisk i forhold til målgruppen. De isolerede sindslidende er kendetegnet ved, at de har komplekse problemstillinger og har brug for en flerstrengt indsats. Centralisering af opgaver, f.eks. i form af specialisering af sagsbehandler som pensionssagsbehandlere, visitatorer m.fl., betyder at ingen myndigheds personer har et helhedsperspektiv på en persons problemstillinger, og at den hjælp, som ydes, kan være utilstrækkelig for reelt at støtte den enkelte. De isolerede sindslidende evner ikke selv at holde overblik og kan i mange tilfælde fravælge at henvende sig eller opgive efter et enkelt forsøg.

Ligeledes påpeges det, at der i det sociale system ofte er lange sagsbehandlingsgange, hvilket gør, at personer i målgruppen falder fra i processen, enten fordi de opgiver, føler sig svigtet af systemet, eller de bliver mere syge. Der er således et behov for umiddelbart at kunne hjælpe disse personer, da fastholdelse og tillid er vigtige elementer i at kunne støtte dem tilstrækkeligt.

Det fremføres endvidere, at sagerne ofte kræver et vist overskud af den enkelte socialarbejder, netop pga. de komplekse problemstillinger. Sygdommen og komplekse problemstillinger sænker succesraten, og ofte er der ingen eller meget lidt fremgang hos den enkelte. Igen kræver det overskud hos medarbejderen fortsat at kunne se en mening med arbejdet. Af disse grunde er sagerne af såkaldt "lav status", som yderligere bidrager til, at rådgiverne har svært ved at tage fat på sagerne.

Arbejdsgruppen fremhæver yderligere, at samfundets normer for normalitet har ændret sig, hvilket gør projektet relevant. Arbejdsgruppen mener, at der er mindre rummelighed i forhold til bl.a. målgruppen for projektet, både på arbejdsmarkedet men også socialt set. Dette gør, at den sindslidende falder udenfor det omgivende samfund og har en større tendens til at isolere sig. Det betyder, at problematiske personligheder har sværere ved at vedligeholde bolig osv. og bliver henvist til boligområder, hvor de marginaliserede samler sig. Der dannes "ghettoer", hvor mange relative svage mennesker bor. Dette forstærker problemerne for den marginaliserede, idet omgivelserne trækker sig fra dette område, og de marginaliserede yderligere isoleres. De svage har ikke overskud til at hjælpe hinanden, og de isolerer sig selv endnu mere.

I praksis refererer social isolation til, at den sindslidende ikke er i stand til at benytte de sociale hjælpesystemer og samtidig ikke kan oprette eller opretholde konstruktive relationer i deres netværk – hverken private eller professionelle. Dette medfører, at de lever i ensomhed (mange gange i en forpint tilstand) uden den støtte, de har brug for. Esbjerg definerer isolation således: *Isolation er en tilstand præget af negative forventninger til omverdenen og med sporadisk kontakt med andre mennesker, inklusive familien.*

Isolation giver ikke kun negative følelser af ensomhed. Social isolation har vist sig at have stor negativ påvirkning på menneskets helbred med en stærkere statistisk relation til dødelighed end rygning relation til samme.

Alligevel fremhæver arbejdsgruppen, at ud fra et socialt perspektiv er det, at leve isoleret ikke et problem i sig selv, men når et menneske lever så isoleret, at dets opførsel også opleves som aparte, skaber det utryghed for omgivelserne, og omgivelsernes reaktion gør igen, at den udsatte trækker sig endnu længere væk fra andre. Det er denne udstøddelsesproces, det sociale system må gøre noget ved.

Isolationen er den ene problemstilling, og den anden er, at den sindslidende ikke evner at skabe værdige levebetingelser for sig selv. En vurdering af, hvornår et menneske lever under uværdige forhold, vil ultimativt blive en subjektiv vurdering ud fra samfundets eller den enkelte socialarbejders normer. Set igennem det danske samfunds briller kan dette være tilfældet, hvis den sindslidende ikke længere er i stand

til at varetage basale opgaver som rengøring og hygiejne, og hvor leveforholdene ligefrem kan blive sundhedsskadelige.

Nogle af de forhold, som medarbejderne kan opleve i målgruppens hjem, udover brugerens dårlige personlige hygiejne kan være:

- Bjerger af forsømt opvask og madrester
- Dynge af uvasket vasketøj, herunder sengelinned
- Ophobet affald - efter måneder eller år
- Aviser, m.m. stablet til loftet
- Ubestemte lugtgener
- Afføring fra menneske og/eller kæledyr
- "Liv i sengen", f.eks. rotter, maddiker eller andre dyr

Der er således tale om en isolation, hvor vedkommende lever en uværdig tilværelse og potentielt lever i en sundhedsskadelig tilstand. Det påpeges, at der udover forpligtigelsen over for det omgivende samfund til at minimere utrygheden, også findes en grænse for, hvor dårligt det kan accepteres, at personer lever.

2.5 Forandringsteori

Forandringsteorien vedlægges i figur nedenfor. De enkelte dele beskrives nedenfor.

2.5.1 Virkninger

Projektets **langsigtet mål** er primært en bedre livskvalitet for de isolerede sindslidende, og at de enkelte brugere er mindre sygdomsprægede end tidligere. Et væsentligt mål er her at få brudt isolationen for den enkelte sindslidende, således at deres situation kan forbedres. I forlængelse heraf er det også et mål, at den enkelte indgår i sociale sammenhænge og kan interagere med andre mennesker. For at kunne opnå denne bedre livskvalitet er det væsentligt, at den enkelte oplever både at være motiveret for at forandre sit liv men også er i stand til at træffe reelle valg for eget liv. Slutteligt er det et langsigtet mål at give den enkelte de samme rettigheder som andre borgere.

For at opnå disse langsigtet mål, er det væsentligt, at en række forudsætninger er opfyldt for den enkelte. For det første er det væsentligt, at den enkelte føler et håb, for eksempelvis at kunne føle en motivation for at forandre eget liv. En øget livskvalitet defineres her som mere struktur i hverdagen, og rent fysisk at have bedre rammer for eget liv end tidligere. Ligeledes indgår det i definitionen, at de basale behov dækkes, og at borgeren reelt føler, at vedkommende kan få opfyldt de ønsker og mål, som den pågældende har for eget liv.

For at kunne opnå disse mål, må en række mål på **mellemlangt sigt** være opfyldt. Det fremhæves som væsentligt, at borgeren opnår bedre forståelse for andre mennesker i sociale sammenhænge og selv at kunne agere i forhold til sociale koder. Ligeledes ønsker medarbejderne, at den enkelte lærer at samarbejde, hvilket ofte har været meget vanskeligt for den sindslidende tidligere. Det fremhæves ligeledes som et mål, at borgeren kan overskue sit liv for at kunne træffe reelle valg for eget liv. Et mål er således også at facilitere denne mulighed for borgeren. Et andet vigtigt mål er, at borgeren opnår en indsigt i egen sygdom, som gør det muligt for ham i sidste ende at styre denne. Slutteligt er det i sidste ende målet, at de tilbud borgeren får, er med til at sikre en bedre livskvalitet.

De umiddelbare resultater af projektet er primært at opnå kontakten til den isolerede sindslidende. Dernæst er det målet at borgeren skal føle sig forstået, anerkendt, respekteret, ligeværdig og betydningsfuld, ellers brydes isolationen ikke. Anerkendelse, respekt og ligeværdighed knytter sig til rådgiverens ageren ift. borgeren. Det pointeres, at man ofte som rådgiver er nødt til at være kreativ for at kunne hjælpe borgeren og opnå, at denne føler sig anerkendt. F.eks. er det væsentligt, at borgeren føler, at

det er denne, der bestemmer, og at rådgiveren ikke skal presse løsninger og tilbud ned over hovedet på disse mennesker. Ligeledes er det et mål, at den sociale myndighed opnår troværdighed, så borgeren reelt tror på, at myndigheden kan hjælpe dem, og at det nytter at henvende sig. Ligeledes er det et mål, at borgeren føler, at der er tilgængelighed i den sociale myndighed. Her drejer det sig om, at borgeren ikke skal føle det som et stigma at henvende sig, og ligeledes at bureaukratiet mindskes. Her kan et eksempel være, at det er en kendt sagsbehandler og ikke forskellige hver gang, vedkommende henvender sig. Slutteligt er det et mål, at borgeren føler, at der drages omsorg for ham/hende. På helt kort sigt kan der være tale om, at målet er at løse problemer for den enkelte både før og efter den faste kontakt er opnået.

Opsummerende kan det siges, at forandringsteorien går i retning af, at der først må etableres en relation til borgeren, som dernæst skal bringes til at benytte sig af denne relation, for til slut at opnå en øget livskvalitet og en mindre sygdomsfrekvens.

2.5.2 Aktiviteter

Baseret på arbejdsgruppens faglige drøftelser om ønskede resultater og virkninger samt drøftelser, forslag og råd fra Tingmødet, har arbejdsgruppen valgt at koncentrere sig om de følgende tre aktiviteter.

Aktivitet 1: Udrykningsteam²³

Et decentralt tilbud til målgruppen med henholdsvis myndighedsbeføjelser og opsøgende støtte

Et udrykningsteam kan tilbyde borgerne i målgruppen råd og vejledning om lovgivningen samt hjælpeforanstaltninger, der hvor de er. For at kunne yde en så kvalificeret rådgivning som muligt, er det vigtigt, at medarbejderne har en særlig viden om målgruppen og om, hvilke tilbud der er tilgængelige, så han eller hun kan formidle de forskellige muligheder for borgerne og dermed have mulighed for at foretage fremskudt sagsbehandling.

På grund af målgruppens sammensatte problemstillinger vil det ofte være nødvendigt, at medarbejderne fra udrykningsteamet inddrager medarbejdere fra andre dele af den kommunale organisation i et samarbejde omkring borgeren. Medarbejderne skal derfor kunne visitere til de øvrige organisatoriske enheder, som er nødvendige i den konkrete situation. Der må organisatorisk og ledelsesmæssigt være opbakning til, at medarbejderne i den decentrale enhed (udrykningsteam) smidigt og nemt kan få kontakt med disse samarbejdspartnere.

Indsatsen skal dække hele spektret af offentlige ydelser såvel det sociale, det sundhedsmæssige som det beskæftigelsesmæssige. Udrykningsteamet skal være bindeled og brobygger til de øvrige offentlige instanser/tilbud såvel behandlings/omsorgstilbud, sundhedsfaglige tilbud, forsørgelse, bolig m.v. Der skal være fleksibilitet, således at medarbejdere i udrykningsteamet kan understøtte den enkelte i at møde op til møder og behandlinger.

Udrykningsteamet skal følge op på, om de isolerede sindslidende fastholdes i de relevante tilbud henholdsvis i behandlingsregi og i social regi så længe indsatsen er nødvendig. De skal løbende sørge for, at tilbuddene er relevante og ønsket af den enkelte samt være med til at foreslå og gennemføre de nødvendige justeringer i tilbuddene. Således vil udrykningsteamet sikre sammenhæng i tilbuddet. Dette skal til for, at tilbuddene viser brugeren den nødvendige troværdighed, respekt, anerkendelse, forståelse, og ligeværdighed, og at vedkommende føler sig betydningsfyldt.

Udrykningsteamet skal bestå af medarbejdere, der i kraft af en særlig viden, erfaring og efteruddannelse skal kunne agere i det opsøgende, handlende og koordinerende felt.

²³ Udrykningsteamet blev senere i projektet omdøbt til Koordinationsteamet.

Medarbejderne i det såkaldte *udrykningsteam* skal bestå af opsøgende medarbejdere – SKP-medarbejdere (SEL § 99), medarbejder som yder pædagogisk støtte i hjemmet (SEL § 85) samt sagsbehandlere fra myndighedsniveau.

Der kan opstilles følgende arbejdsopgaver for det kommunale *udrykningsteam*

- **En opsøgende og kontaktskabende indsats** fordi borgere i denne målgruppe ofte ikke henvender sig selv, jf. Vejledning nr. 1 til serviceloven. Indsatsen kan ske på forskellige måder f.eks. gennem hjemmebesøg, opsøgende arbejde på udvalgte offentlige steder m.v. (udvikles under aktivitet 2).
- **Relationsarbejde**, der skal sikre kontinuitet og samarbejde omkring den offentlige støtte, er en forudsætning for at opbygge den kontakt, der muliggør en konkret udredning og visitation til relevante tilbud.
- **Myndighedssagsbehandling**. Der skal i udrykningsteamet være udlagt kompetence til at træffe afgørelser om indsatsen qua rådgivere fra myndighedsniveauet. Sagsbehandlere i udrykningsteamet skal have mulighed for at handle kreativt og fleksibelt baseret på socialfaglige overvejelser i forhold til den enkeltes ønsker og behov. Sagsbehandling skal understøtte den opsøgende og kontaktskabende indsats og relationsarbejde ved at have en hurtig sagsbehandlingstid og vise handlekraft.

De opsøgende medarbejdere – SKP- medarbejdere – skal tildeles et økonomisk råderum i forbindelse med at kunne udøve det opsøgende arbejde, eksempelvis mulighed for transport af borgere, indkøb af cigaretter, begrænsede forplejning af borgerne m.v.

Aktivitet 2: Udvikling af en model for SEL § 99-arbejde

Under udrykningsteamet, er det vigtigt, at der i Esbjerg Kommune videreudvikles på § 99 arbejdet (SKP-ordningen). Metodeudviklingen skal især fokusere på disse medarbejdere, og de følgende områder skal være i fokus:

1. For det første skal borgerne identificeres

Arbejdsgruppen identificerede følgende aktiviteter, der kunne være relevante i identifikationen af borgerne.

- Indsamle information
 - Fra kommunen, f.eks. fra jobcenter
 - Fra lokalsamfundet
 - Fra politiet
 - Fra viceværter
 - Fra postbuddet i området
- Kende problemer
- Formelt samarbejde med andre instanser
- Synlighed overalt i kommunens (offentlige) instanser
- Afgrænsede områder.

2. For det andet må man opnå kontakt og det første besøg med/hos borgerne

Arbejdsgruppen identificerede følgende aktiviteter i forhold til at opnå kontakt til borgerne

- Uanmeldt første besøg
- At hjælpe med mindre ting i borgerens dagligdag

- o At hjælpe kreativt
- o At hjælpe tilpasset borgerens behov
- o Tilbyde en kontaktkollega
- o At være synlig; ses i nærområdet af borgerne
- o At være opsøgende; at være tilgængelig
- o At løse problemer ved handlekraft.

3. For det tredje må man koordinere med de øvrige myndigheder for at kunne hjælpe borgeren – altså at hjælpe dem videre.

Eksempler på samarbejdspartnere kan være politi, advokat, læge, jobcenter, misbrugscentre, diverse boliginstanser etc. Koordination er både intern koordination men også ekstern. Arbejdsgruppen identificerede følgende aktiviteter:

- o Samtykke fra borgeren, fordi der reelt ikke er nogen muligheder, medmindre man vurderer, at personen ikke kan tage vare på sig selv
- o At SKP- medarbejderen bliver § 85'er i stedet for § 99'er og dermed kommer fast i hjemmet
- o Videregive relationen til andre medarbejdere, så relationen ikke forsvinder med en eller flere medarbejdere. Eksempelvis at den kontaktsøgende medarbejder får borgeren til at samarbejde med sagsbehandleren.
- o At SKP- medarbejderen er **tovholder** for at formidle kontakten til andre rådgivere
 - Lav en liste for, hvem man kan kontakte som støtteperson for at få afklaret spørgsmål
- o Løse problemer ved handlekraft
- o Bruge styregruppen
- o Udrykningsteams / mobile teams
- o Samarbejdsaftaler.

En central diskussion, som udviklingsarbejdet skal arbejde videre på, er hvorvidt man vil sætte ind ved at opsøge de såkaldt kendte eller ukendte sindslidende, eller begge dele. Det er væsentligt at skelne mellem, hvorvidt indsatsen skal rettes mod allerede kendte sindslidende, dvs. oftest dem man har en sag på i kommunen (f.eks. via førtidspensionssager), eller om man vil målrette indsatsen mod de endnu ikke kendte sindslidende (f.eks. ved at pleje eksterne samarbejdspartnere og henvisere).

Aktivitet 3: Temadage på tværs af sektorer

Til sidst ønsker arbejdsgruppen at forbedre det tværsektorielle samarbejde ved hjælp af temadage på tværs af sektorer. Arbejdsgruppen vil invitere udvalgte samarbejdspartnere til møder, hvor der vil være oplæg og diskussion omkring særlige relevante emner, f.eks.:

- Tavshedspligt
- Udskrivningsaftaler- og koordinationsplaner
- Værd at vide om sindslidende
- Information om § 99 arbejdet og Udrykningsteamet

Formålet med denne aktivitet er, at de relevante personer i Esbjerg Kommune kan lære hinanden at kende, udnytte hinandens viden bedre og har en bedre forståelse af hinandens opgaver og kompetencer. Det vil sige, at der skal bygges relationer på tværs af sektorgrænser—sundhedssektoren, socialsektoren, privatsektoren.

2.6 Indikatorer

Indikatorerne skal omhandle:

1. Hvordan kan man følge med i, om resultaterne opnås?
2. Hvad skal dokumenteres og ikke dokumenteres, for at man kan følge med i dette?

Det er vigtigt både at dokumentere aktiviteter (hvor mange kontakter osv.) men også virkninger (bliver der opnået kontakt osv.). Man er nødt til at opstille nogle effektmål; opnås de effekter, som man har sat sig som mål? Men i lige så høj grad er det vigtigt at dokumentere, hvordan disse effekter er opnået ved at dokumentere aktiviteter.

I nedenstående oversigt angives den bruttoliste over indikatorer, der er fremkommet på workshopen:

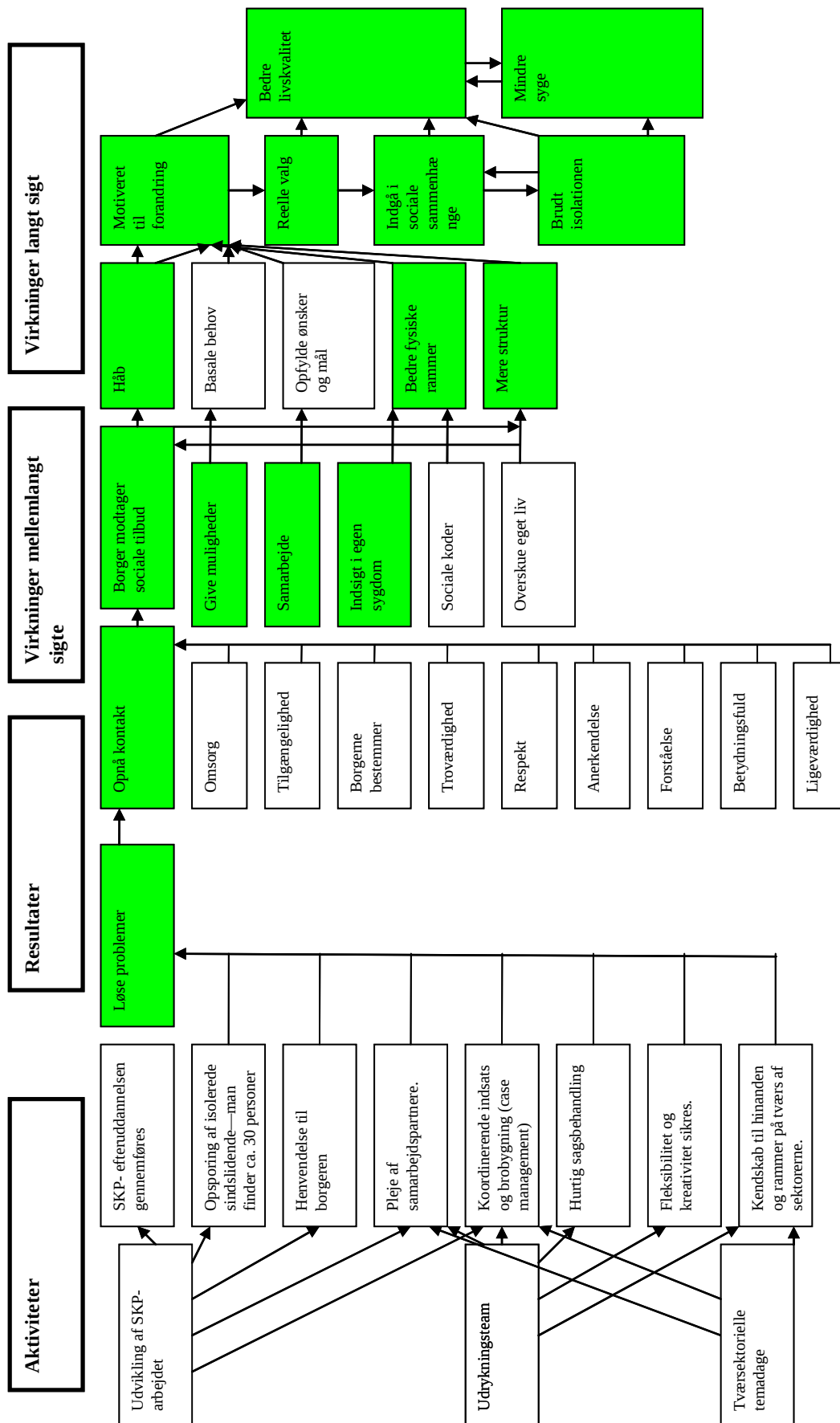
2.6.1 Aktivitetsdokumentation/metodedokumentation

- Har man lavet de opsøgende aktiviteter (besøgsaktiviteterne)?
- Hvor mange opsøgende aktiviteter har man lavet?
- Har vi indsamlet information?
- Hvorfra har vi indsamlet dokumentation?
- Hvordan kan vi indsamle dokumentation?
- Er vi synlige?

2.6.2 Effektdokumentation

- Bliver der opnået kontakt?
- Hvilken slags kontakt opnår vi?
- Oplever borgeren, at der er styr på livet?
- Oplever borgeren, at der er løst nogle problemer for vedkommende?
- Oplever borgeren, at de har mere struktur på deres liv?
- Oplever borgeren, at de har bedre fysiske rammer?
- Er borgeren mindre syg?
- Oplever borgeren mere livskvalitet?
- Oplever borgeren, at vedkommende har fået reelle muligheder?
- Har borgeren fået mere håb?
- Modtager borgeren sociale tilbud?
- Er der nogle borgere, der går fra at være brugere af § 99 til brugere af § 85?

2.7 Forandringsteorien for Esbjerg Kommune



3 Projektbeskrivelse Københavns Kommune

Projektbeskrivelsen blev udarbejdet i 2008 og er godkendt af Mål- og Rammekontoret i Københavns Kommune.

Projektbeskrivelsen er ikke opdateret ift. projektets udvikling, ny viden eller opdateret lovgivning siden 2008.

3.1 Baggrund for projektet

Regeringen ønsker at sætte fokus på udsatte gruppers vilkår og muligheder. Som led heri deltager Københavns Kommune i et fireårigt projekt om isolerede sindslidende, der bor i egen bolig under uværdige forhold. Projektet er en del af Psykiatraftalen 2007 – 2010. Esbjerg og Odense Kommuner deltager også i projektet.

Undersøgelser på landsplan viser, at sindslidende (herunder særligt isolerede sindslidende) i mange tilfælde ikke modtager den støtte og hjælp, de har behov for og er berettiget til. Disse borgere har svært ved at indgå i etablerede tilbud og er ofte svære at sagsbehandle, da de ikke møder op i forvaltningerne, og ofte undviger de gængse hjælpesystemer både i det sociale system og i sundhedssystemet. Konsekvenserne for borgerne er ofte, at de ikke er tilstrækkelig udredt og derfor heller ikke modtager den særlige støtte, som netop er begrundet i deres særlige problemstillinger. Konsekvensen er, at deres helbredsmæssige (psykiatriske lidelse) og sociale problemstillinger forværres, og at de i mange situationer lever en uværdig og utryk tilværelse.

Ifølge serviceloven har kommunerne en forpligtigelse til at lave en opsøgende indsats over for grupper med særlige behov, som ikke selv eller kun sjældent henvender sig.

En række problemstillinger i forhold til disse mennesker, der ikke hidtidigt har kunnet skabes kontakt med, gør projektet relevant. Det sociale system har som beskrevet ikke formået at favne de personer, som på mange områder har mest brug for støtte og vejledning.

Målgruppen for dette metodeudviklingsprojekt er de mest udsatte borgere, som man indtil nu ikke har kunnet skabe kontakt til igennem hidtidige ordninger som blandt andet støtte-kontaktpersonordningen jf. servicelovens § 99 (SKP- ordningen).

Målgruppen for SKP- ordningen er de mest socialt udsatte og isolerede sindslidende²⁴, som almindeligvis ikke gør brug af eller ikke kan gøre brug af de allerede eksisterende tilbud. Ifølge Velfærdsministeriets (Nu Social- og Integrationsministeriet) vejledning er målgruppen ikke snævert afgrænset til personer med egentlig psykiatriske diagnoser. Endvidere er målgruppen beskrevet som personer, der ikke nødvendigvis tidligere har haft kontakt med de sociale myndigheder på forhånd. SKP-ordningen er derved ikke en visiteret ordning, men er baseret på opsøgende arbejde.

Det opsøgende arbejde er dog ikke begrænset til SKP- ordningen:

²⁴ Samt stof- og alkoholmisbrugere og hjemløse.

Når det drejer sig om indsatsen over for mennesker med et særlige behov, herunder ikke mindst rådgivning, **har kommunerne en forpligtigelse til selv at udføre en opsøgende indsats for at nå ud til grupper, som ikke, eller kun sjældent, selv henvender sig.** Dette gælder både i forhold til børn og unge, jf. § 60 og i forhold til forskellige grupper af voksne, jf. kap. 11, hvor baggrunden for kravet om opsøgende indsats bl.a. kan være, at grupper, **der er socialt udsatte eller truet af social udstødelse i nogle tilfælde holder sig væk fra de offentlige forvaltninger.** De kan have svært ved at overholde aftaler med forvaltningen eller ved at kunne anvende og forstå den vejledning, der gives.

Vejledning om formål og andre generelle bestemmelser i serviceloven (Vejledning nr. 1 til serviceloven)

De isolerede sindslidende er kendetegnet ved, at de har komplekse problemstillinger og har brug for en flerstrengt indsats. Centralisering af opgaver i forbindelse med kommunalreformen kan betyde, at de enkelte myndighedspersoner ikke har et helhedsperspektiv i forhold til en borgers problemstillinger, og den hjælp som ydes kan derfor opleves at være utilstrækkelig. De isolerede sindslidende evner ikke selv at holde overblik og kan i mange tilfælde fravælge at henvende sig eller opgive efter et enkelt forsøg.

Ligeledes kan der være en fare for, at der i det sociale system ofte er lange sagsbehandlingsgange, hvilket gør, at personer i målgruppen enten falder fra i processen, enten fordi de opgiver, føler sig svigtet af systemet, eller de bliver mere syge. Der er således et behov for umiddelbart at kunne hjælpe disse personer, da fastholdelse og tillid er vigtige elementer i at kunne støtte dem tilstrækkeligt.

En generel problemstilling på landsplan kan være, at arbejdet med denne målgruppe nedprioriteres, fordi det ofte er besluttet politisk at hjælpe flere i stedet for at bruge den begrænsede tid på det arbejde, hvor det er svært at opnå et godt resultat på kort tid.

På landsplan påpeger medarbejdere også, at den retssikkerhedsmæssige styrkelse i serviceloven gør det svært at hjælpe denne gruppe udsatte, der isolerer sig, fordi de ofte frabeder sig kontakten, selvom et reelt behov er til stede. Det er svært at vurdere, hvor grænsen går mellem at overskride den enkeltes ret til selvbestemmelse, og myndighedens pligt til at yde omsorg jf. servicelovens § 81 og 82, hvor der står:

”§ 82. Kommunalbestyrelsen skal yde hjælp efter denne lov i overensstemmelse med formålet, jf. § 81²⁵, til personer med betydelig nedsat psykisk funktionsevne, der ikke kan tage vare på deres egne interesser, uanset om der foreligger samtykke fra den enkelte. Hjælpen kan dog ikke ydes ved brug af fysisk tvang.”

3.2 Projektets formål

Formålet med dette projekt er at udvikle metoder og kompetencer til at identificere og hjælpe disse mennesker, og projektet skal danne baggrund for det fremtidige arbejde i alle landets kommuner på dette

²⁵ **Servicelovens § 81:** Kommunalbestyrelsen skal tilbyde en særlig indsats til voksne med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer. Formålet med indsatsen er

- 1) at forebygge, at problemerne for den enkelte forværres,
- 2) at forbedre den enkeltes sociale og personlige funktion samt udviklingsmuligheder,
- 3) at forbedre mulighederne for den enkeltes livsudfoldelse gennem kontakt, tilbud om samvær, aktivitet, behandling, omsorg og pleje og
- 4) at yde en helhedsorienteret indsats med servicetilbud afpasset efter den enkeltes særlige behov i egen bolig, herunder i botilbud efter lov om almene boliger m.v. eller i botilbud efter denne lov.

område.

Københavns Kommune stiller med en arbejdsgruppe bestående af medarbejdere fra de forskellige socialcentre, som huser SKP-ordningen, herunder en leder, en afdelingsleder, boligrådgivere og en koordinator. Alle har i deres daglige arbejde med sindslidende at gøre.

Arbejdsgruppen har inviteret samarbejdspartnere fra hele kommunen, både på det sociale område og sundhedsområdet samt fra boligforeninger, politiet og brugerrepræsentanter til et Tingmøde den 10. marts 2008, hvor de isolerede sindslidendes vilkår og muligheder blev drøftet. I forbindelse med Tingmødet blev samarbejdspartnere bedt om at komme med råd og ideer til projektet. Denne projektbeskrivelse er baseret på arbejdsgruppens videre arbejde med forslag og drøftelser fra Tingmødet.

3.3 Målgruppen for projektet i Københavns Kommune

Målgruppen for dette initiativ er af Psykiatriaftalen 2007-2010 beskrevet som *"Isolerede sindslidende, som bor i egen bolig under elendige forhold."* Det anslås i Psykiatriaftalen 2007 - 2010, at der på landsplan findes ca. 100-200 personer, der falder indenfor dette projekts målgruppe. Praktikere melder dog tilbage, at antallet kan være langt større.

Arbejdsgruppen i København operationaliserer de fire kendetegn ved målgruppen som beskrevet nedenfor.

3.3.1 Sindslidelse:

1. Individuer, som har vanskeligheder med at søge og vedligeholde kontakt med andre mennesker begrundet med en nedsat evne til kontakt eller "sindsygelignende" adfærd. De er karakteriseret ved, at de har en indadreagerende adfærd frem for en udadreagerende adfærd. Derfor er de ikke så synlige for det opsøgende arbejde som personer, der reagerer udad og skaber opmærksomhed om sig selv.
2. Er eller kan være diagnosticeret på alle grupperinger fra ICD-10 (uddybes i målgruppenotatet), men det er især angst og psykotiske lidelser, som er fremtrædende i målgruppen. En diagnose er hverken et inklusionskriterium eller en målsætning for indsatsen. Dette gælder også i forhold til psykiatrisk behandling. Personens sociale udsathed er afgørende for, om vedkommende er i målgruppen og ikke diagnosen.
3. Personer, i målgruppen kan have et rusmiddelmisbrug (alkohol, medicin og/eller narkotika) kombineret med andre diagnosticerede eller ikke-diagnosticerede sindslidelser.

3.3.2 Isolation:

1. Personer, som ikke gør eller ikke kan gøre brug af de allerede eksisterende tilbud. De henvender sig ikke selv til de tilbud, der er.
2. Personer som afviger så meget fra nærmiljøets sociale normer, at de ikke fungerer socialt og ikke opnår kontakt til andre mennesker både pga. individets tilbagetrækkethed og medmenneskenes udstødelse.
3. Personer med ingen eller et begrænset kontakt til andre mennesker.

3.3.3 Lever under elendige forhold:

1. Personen oplever forholdene i eget hjem som usle eller uønskede, men evner ikke selv på grund af sygdom at ændre på tilstanden.
2. Forholdene vurderes af den professionelle, naboer eller boligselskabet at være uacceptable ift. nærmiljøets normale værdier.
3. Forholdene i hjemmet er umiddelbare sundhedsfarlige eller udgør anden umiddelbar fare for bofæller, naboer, og/eller professionelle med arbejdsgange i hjemmet.

3.3.4 Bor i egen bolig:

1. Målgruppen kan bo i alle boligformer, men erfaringsmæssigt bor de hovedsageligt i almennyttige boliger og skæve huse.
2. Personer, som hverken kan beskrives som hjemløse eller funktionelt hjemløse (beskrives nærmere i målgruppenotatet).
3. Personer, som står til at blive udsat af deres lejlighed, hovedsageligt på grund af dårlig vedligeholdelse og gener for naboer.

Målgruppen er således personer med diagnosticerede eller ikke-diagnosticerede sindslidelser, som lever isoleret og under uværdige forhold i egen bolig. Det fremhæves, at isoleret livsførelse betyder, at man ikke modtager hjælp efter servicelovens § 83 eller 85, altså hjemmehjælp og socialpædagogisk støtte. I forlængelse heraf fremføres det, at målgruppen i langt overvejende grad er personer, der hovedsageligt modtager førtidspension. Få modtager kontanthjælp eller anden form for offentlige ydelse.

Målgruppen er karakteriseret ved ikke at have kontakt til hverken behandlingssystemet eller det sociale system – enten fordi de afviser kontakten til behandlingspsykiatrien/ den kommunale myndighed, ikke har ressourcer til at holde en aftale, eller ikke lader sig inddrage, og dermed umuliggør, at man på myndighedsniveau kan foretage en udredning. Eksempelvis kæmper mange isolerede sindslidende også med misbrugsproblemer (som f.eks. stof-, alkohol- og/eller medicinmisbrug).

Social isolation har vist sig at have stor negativ påvirkning på menneskets helbred, med en stærkere statistisk relation til dødelighed end f.eks. rygningens relation til samme.

Isolationen er den ene problemstilling, og den anden er, at den sindslidende ikke evner at skabe værdige levebetingelser for sig selv. En vurdering af, hvornår et menneske lever under uværdige forhold vil ultimativt blive en subjektiv vurdering, ud fra samfundets eller den enkelte socialarbejders normer. Set igennem det danske samfunds briller kan dette være tilfældet, hvis den sindslidende ikke længere er i stand til at varetage basale opgaver som rengøring og hygiejne, og hvor leveforholdene ligefrem kan blive sundhedsskadelige.

Arbejdsgruppen i København påpeger, at i forhold til nærværende projekts målgruppe omkring de allermest isolerede og ukendte sindslidende er det hovedsageligt mennesker, der opholder sig i egen bolig, der skal være i fokus. De mennesker, der enten kan beskrives som hjemløse eller funktionelt hjemløse, har andre medarbejdere fokus på i form af gadeplansmedarbejdere.

I arbejdsgruppen i København opstiller man endvidere følgende karakteristika for målgruppen:

- Relationsløse uden kontakt til familie, naboer og uden et professionelt netværk. De er dermed dobbelt udstødte – også i forhold til systemet. Flere har paranoia overfor systemet.
- De er hovedsageligt mellem 30 og 60 år. Primært i 40'erne og 50'erne.
- Der er ca. lige mange kvinder og mænd.
- De har et læk i deres evne til at forstå sin egen situation og til at handle. De evner ikke selv at skabe, opretholde og indgå i relationer.
- Lever et meget sølle og uværdigt liv og bor i meget beskidte boligforhold.
- De er psykisk meget sårbare, fordi de er blevet presset i så mange situationer i deres liv og har typisk mange svigt, nederlag og tab med i bagagen. Det har også ført til, at de ikke har

fået hjælp på deres egne præmisser.

- Mange skjuler sig i mørket, så de kun kommer ud om aftenen eller om natten. Nogle prøver at skjule sig ved at have et remedium med, eksempelvis en taske eller en kuffert, så de ser ud til at have et arbejde. Kvinderne er mere usynlige i gadebilledet end mændene. De kan nemmere tage en taske med etc.
- Nogle har prøvet at tage en uddannelse, men de færreste har gennemført den.
- Etniske minoriteter er også repræsenteret i målgruppen, men er ikke et særligt fokusområde. Det kræver et særligt metodisk arbejde at arbejde med de etniske minoriteter, da det er andre kulturelle former og metoder, der skal benyttes.
- De fleste er på overførselsindkomster, primært førtidspension og enkelte på kontanthjælp. Enkelte lever også af pension, arv eller opsparede midler.
- Nogle har tidligere haft kontakt til det psykiatriske system.
- De fleste opdages ved tilfældigheder, hvis vicevært, nabo eller lignende skal have kontakt til dem.

3.4 Problemstillinger i Københavns Kommune

En vigtig problemstilling er, at det anslås, at der på trods af SKP-ordningen, er en gruppe mennesker, som ikke kommer i kontakt med systemet. Denne gruppe lever et kummerligt liv og kan være i fare for at ende på gaden og blive boligløse. Gruppen er svær at finde, fordi de er indadvendte og ikke har nået den grænse, hvor nogle i omgivelserne bliver opmærksomme på dem, f.eks. ved stærk lugt fra en lejlighed, eller når folk er støjende. Mange isolerede sindslidende klarer hverdagen, selvom de lever i isolation, idet de f.eks. får betalt husleje via PBS, men samtidig forbliver de usynlige i samfundsbilledet og er vanskelige at finde frem til. Der mangler metoder i arbejdet med mere systematisk at opspore og finde frem til ukendte isolerede sindslidende.

Der ligger en problemstilling i, at SKP-medarbejderne bliver sat over for et etisk dilemma i opøgningen af denne målgruppe. Mange isolerede sindslidende siger nej til at modtage hjælp fra en SKP-medarbejder på trods af et åbenlyst behov. Her bliver SKP-medarbejderne nødt til at træffe et valg mellem på den ene side at respektere et nej og borgerens privatliv og på den anden side følelsen af at svigte borgeren ved ikke at hjælpe. Det er en hårfin balance, for hvis SKP-medarbejderne ikke i tilstrækkelig grad respekterer borgerens autonomi ved f.eks. at presse på for at rydde op i hjemmet eller lignende, kan SKP-medarbejderne risikere at miste kontakten helt til borgeren. Kontakten skal derfor skabes med en respekt for borgerens autonomi og private grænser. De tilgange og metoder, som projektet skal gøre brug af, må ses i lyset af denne balancegang.

SKP-medarbejderne må til tider påtage sig akut-arbejde, og der bliver derfor ikke tid i hverdagen til at gå op og ned ad gaderne og få et ordentligt indblik i gadernes profil (og finde frem til de isolerede sindslidende). Dette kan også hænge sammen med for lange ventelister andre steder i systemet.

Et typisk problem, som indvirker på muligheden for at arbejde mere systematisk med at finde gruppen af endnu ikke kendte isolerede sindslidende er, at SKP-medarbejderne ofte arbejder med mennesker, der reelt ikke tilhører målgruppen for dette projekt. Ressourcerne bliver nemt prioriteret omkring de mennesker, der står og råber på at få hjælp, mens det bliver vanskeligt at finde tid og ressourcer til at støtte de stille, isolerede sindslidende, som ingen lægger mærke til.

Til tider sættes SKP-medarbejderne til at stå for støtte efter § 85, hvilket yderligere er med til at mindske

kapaciteten til opsporing af isolerede sindslidende. Ligeledes er § 85 arbejdet en udfordring for SKP-arbejdet, da der i de enkelte teams ikke altid sondres mellem, hvem der tager hvilke opgaver. Her kommer SKP-medarbejderne let til at udføre § 85 arbejde, hvilket tager tid fra det mere opsøgende og opsporende arbejde i forhold til isolerede sindslidende, der lever under uværdige vilkår. Det kommer i systemet og i arbejdsgangene nemt til at dreje sig om de umiddelbart "kendte" sindslidende.

Der blev alt i alt peget på manglende tid og kapacitet til for alvor at opspore og hjælpe de isolerede sindslidende. Det er derfor nødvendigt særligt at prioritere indsatserne for de isolerede sindslidende, som ikke selv gør opmærksom på deres eksistens og problemer. Et mere effektivt opsøgende arbejde kræver, at der skabes et større fokus på målgruppen og et større lokalt kendskab. Ligesom der kræves et større fokus på SKP-arbejdet. Arbejdsgruppen oplever, at der ikke i systemet er en indbygget respekt for det opsøgende og opsporende arbejde.

Derudover er der problemer med koordination og samarbejde på tværs af de involverede aktører i forhold til effektivt opsøgende arbejde.

Det er et overordnet problem på systemniveau, hvilket indebærer, at systemet ikke er ordentligt gearret til at håndtere denne gruppe af isolerede sindslidende borgere. Der mangler helhedstænkning og øget koordination, ligesom samarbejdet forvaltningerne imellem ikke altid er optimalt. Nogle sindslidende kan eksempelvis ikke læse og forstå breve (om rykkere, indkaldelse til møder eller lign.). Dette fører i nogle tilfælde til, at isolerede sindslidende ikke møder op til aftaler eller mister deres bolig, fordi der ikke bliver samlet op på situationen for borgere, som ikke evner at få betalt husleje eller reagere på henvendelser fra det offentlige eller andre.

3.5 Forandringsteori

Forandringsteorien vedlægges i figur som bilag. De enkelte dele beskrives nedenfor.

3.5.1 Virkninger

Langsigtede virkninger

SKP-medarbejderne skelner mellem en idealistisk langsigtet målsætning for projektet og en realistisk. Den idealistiske overordnede målsætning for projektet er at få støttet den isolerede sindslidende til at komme ud af isolationen og støtte vedkommende til at benytte sig af systemet og knytte sig til andre mennesker. De skal i den ideelle verden blive i stand til selv at skabe relationer med andre mennesker. Denne ambition er imidlertid yderst optimistisk. Den mere realistiske langsigtede virkning af projektet er derfor, at isolationen brydes for målgruppen, og at den isolerede sindslidende får skabt et liv, som er bedre end før.

Samtidig med, at isolationen brydes hos borgeren, er den langsigtede virkning også, at borgeren bliver en del af et netværk. Det er ligeledes en langsigtet målsætning, at alle isolerede sindslidende får sikret en passende og stabil bolig, så der ikke er risiko for, at borgeren kommer til at miste sin bolig pga. eksempelvis dyr i huset, sundhedsskadeligt miljø, manglende betaling af husleje, brandfare eller lign.

For at borgeren kan nå disse tre mål; at komme ud af isolationen, at blive en del af et netværk og at få en stabil boligsituation, er det vigtigt, at borgeren i første omgang modtager relevante tilbud, og at tilbuddene tager udgangspunkt i borgerens kapacitet og ressourcer. Ligeledes skal borgeren have en anden betydningsfuld relation, der kan hjælpe borgeren med at nå disse mål. Det er vigtigt, at tilbyde borgeren en relation, da det er det, de ikke kan skabe selv.

Det skal derfor være en tillidsfuld omsorgsperson, der går ind og danner den primære relation. SKP-medarbejderne skal tage højde for, at det er mennesker, der ikke selv kan opretholde relationen, og at det derfor er SKP-medarbejderne, der skal være vedholdende i kontakttablingen til andre omsorgspersoner.

Disse langsigtede målsætninger i arbejdet med isolerede sindslidende er dog kun gældende for det opsøgende arbejde, hvor SKP-medarbejderne allerede kender til den isolerede sindslidende.

Som tidligere nævnt er der dog mange isolerede sindslidende, som SKP-ordningen slet ikke har kendskab til. For disse borgere viser sig en helt anden kortsigtet målsætning, nemlig at de isolerede sindslidende i første omgang bliver fundet.

Virkninger på mellemlang sigt

For at opnå disse virkninger på lang sigt er det væsentligt, at en række forudsætninger er opfyldt for den enkelte på mellemlang sigt. Hvad angår de isolerede sindslidende, som SKP-ordningen allerede har viden om, skal borgeren opleve, at det er positivt at indgå i relationer, at det er muligt at gøre noget andet end at isolere sig, og at dette giver muligheder for at få støtte og relevante tilbud. Borgeren skal med andre ord være motiveret for at modtage hjælp og støtte.

Forudsætningen for opbygningen af denne motivation er, at borgeren skal mærke en personlig interesse og en ægthed fra SKP-medarbejderne for at se og forstå mulighederne for at få hjælp og støtte. En forudsætning er, at borgeren oplever sig som set og anerkendt og får en oplevelse af, at det er rart at gøre noget andet end at isolere sig. Dette udgør elementer hen imod at få skabt en relation til borgeren og en vis tillid mellem borger og SKP-medarbejderne. Arbejdet hen imod dette består bl.a. i, at SKP-medarbejderne guider borgeren, så denne får motivation til at ville gå ind i en udvikling og i et handlingsperspektiv.

Resultater

For at opnå disse virkninger; at isolationen brydes hos de isolerede sindslidende, samt at der findes frem til de endnu ukendte isolerede sindslidende i lokalområderne, skal der opnås nogle konkrete resultater af indsatserne. En forudsætning for at få skabt en relation til borgeren og få borgerens tillid er, at borgeren i første omgang bliver kontaktet på den mest hensigtsmæssige måde, f.eks. i forhold til hvorvidt de skal ringes op, modtage brev fra kommunen, modtage håndskrevet postkort osv. For at kunne gøre dette må man have en indledende viden/afdækning af borgerens situation, som gør det muligt at finde frem til den kontaktform, som synes mest hensigtsmæssig for den enkelte. Kontaktformen skal gerne føre til, at borgerens nysgerrighed vækkes, f.eks. ved at skrive breve til borgeren, ligesom også metoderne i forhold til de forskellige kontaktformer skal beskrives.

I forhold til at udbrede arbejdet til forskellige boligformer og afdække lokalområdet, er der en række forudsætninger, der skal imødegås. Dette handler om at få et overblik over boligområderne, hvor isolerede sindslidende kan findes og skabe kontakt til lokale aktører, (dvs. viceværter, naboer mv.), da disse ofte er indgangsvinklen til isolerede sindslidende. I den forbindelse er det væsentligt, at der er skabt et bedre og formaliseret samarbejde mellem SKP og boligrådgivere, som kan medvirke til at identificere isolerede sindslidende.

3.5.2 Aktiviteter

I forhold til at finde frem til isolerede sindslidende, som SKP-ordningen ikke på forhånd har kendskab til, er en virkning på mellemlang sigt, at der gennemføres et mere systematisk arbejde i udvalgte områder af København. Forudsætningen for dette er bl.a., at det opsøgende og opsporende arbejde udbredes til forskellige boligformer (og ikke blot fokuserer på socialt boligbyggeri). Det handler samtidig om, at man får afdækket bestemte lokalområder for at finde de isolerede sindslidende. En yderligere forudsætning for dette er, at der er afsat den nødvendige tid og de nødvendige ressourcer til det opsøgende arbejde.

Baseret på arbejdsgruppens faglige drøftelser om ønskede resultater og virkninger samt drøftelser, forslag og råd fra Tingmødet, har arbejdsgruppen valgt at koncentrere sig om følgende aktiviteter:

1. Opprioritering af det opsporende arbejde ift. ukendte sindslidende. Herunder afprøvning af metoder til opsporing.
2. Geografisk afdækning af enkelte boligområder
3. Bedre information i eget system om SKP-arbejdet og målgruppen.
4. Styrke samarbejde med boligrådgiverne

Aktiviteterne spiller selvfølgelig sammen og er indbyrdes afhængige, men for overskuelighedens skyld uddybes de hver for sig i det nedenstående.

Aktivitet 1:

Inden det overhovedet er muligt at kontakte en borger, må man have fundet vedkommende. Metoderne til opsporing er endnu ikke klart definerede, både fordi det er en del af det, som projektet sigter på at udvikle undervejs, og fordi metoder udvikles med lokal forankring i de repræsentative socialcentre.

Nogle af metoderne kan bl.a. omhandle, at der sikres, at den enkelte medarbejder planlægger opsporingsarbejdet i kalenderen og ikke påtager sig ekstraarbejde fra kollegaer, hvis det resulterer i en nedprioritering af det opsporende arbejde, at der etableres samarbejde med sagsbehandlere, der sidder med pensionssager med henblik på en gennemgang af sager, at der laves en geografisk afdækning af udvalgte boligområder, cykelture rundt i lokalområdet, at man er til stede på centrale steder i lokalområdet etc.

Aktivitet 2:

I forhold til at lave et mere systematisk arbejde i de udvalgte boligområder, kan boligområdernes elektricitetsudbyder kontaktes med henblik på at se i hvilke boliger, der eventuelt er blevet meldt elregning fra. Yderligere kan SKP-medarbejderne kontakte boligforeningen med henblik på at få nogle lister over beboere, hvis lejligheder man ikke har kunnet få adgang til i forbindelse med nedlæggelse af gas-installationer, reparationer eller lignende. Samarbejde med andre aktører kan også gælde adgang til lister over personer, der modtager førtidspension i bestemte opgange eller områder for eventuelt at give information om isolerede borgere. Derudover kan der være tale om at finde frem til helt nye metoder, der er særligt udviklet i forhold til det enkelte lokalområde. Formålet er at få mere viden om målgruppen og miljøet for på den baggrund at kunne tage stilling til, om der er behov for en egentlig opsøgende indsats.

Aktivitet 3:

Information handler også om, at ordningen og præmisserne for SKP-arbejdet gøres tydeligere i egen organisation både i forhold til kollegaer og leder. Det kræver en prioritering og accept i de forskellige teams, hvis det opsporende element i SKP-medarbejdernes arbejde skal opprioriteres. Ligeledes skal der arbejdes med en mere præcis rolleafklaring i forhold til kollegaer i teamene.

Aktivitet 4:

SKP-medarbejderne og boligrådgiverne kan styrke samarbejdet omkring indsatsen for nærværende målgruppe ved at præcisere målgruppen og klarlægge områder, hvor boligrådgivere og SKP-medarbejdere eventuelt overlapper hinanden. Ligeledes kan det formelle samarbejde udbygges yderligere.

3.5.3 Organisatoriske udfordringer

Der ligger nogle organisatoriske udfordringer i at få implementeret aktiviteterne optimalt, så der kan opnås de forventede virkninger og målsætninger for SKP-arbejdet. En af udfordringerne er, at deltagerne i projektet i Københavns Kommune er spredt over et stort geografisk område, hvor man lokalt må tage udgangspunkt i særlige problemstillinger eller forhold ved lokalområdet, og som følge heraf også har forskellige tilgange til det opsøgende arbejde.

Deltagerne i projektet i Københavns Kommune er tilknyttet forskellige socialcentre. På denne baggrund

foreslår arbejdsgruppen, at projektets konkrete aktiviteter og metodeudvikling i praksis forankres lokalt. Projektdeltagerne kan i samarbejde med de øvrige medarbejdere lokalt overveje og beslutte, hvilke konkrete metoder og tilgange, de ønsker at fokusere på i forhold til opsporing. Isbryderprojektet i Københavns Kommune kan således fungere som et rum for erfaringsudveksling, sparring, kompetenceudvikling og supervision af de medarbejdere, der indgår i udviklingsarbejdet med opsporing i lokalområderne.

Samtidig er der nogle organisatoriske udfordringer, som ikke umiddelbart kan løses inden for projektets regi. For at støtte projektdeltagerne lokalt, kan de projektansvarlige eventuelt tage kontakt til eksempelvis ledelsesniveauet lokalt for at sikre opbakning til SKP'ernes deltagelse og aktiviteter i projektet.

- Det synes nødvendigt med en *bedre information* om projektet på ledelsesniveau og blandt øvrige medarbejdere. SKP-medarbejdernes rolle og opgaver skal defineres klarere, så der skabes en større accept i systemet af SKP-arbejdet. På denne måde bliver der sandsynligvis bedre mulighed for at prioritere det opsøgende arbejde over for ukendte isolerede sindslidende.
- Ambitionen er i kraft af en bedre forståelse mellem systemet og SKP-medarbejder at øge det tværfaglige samarbejde og skabe bedre muligheder for faglig sparring og ideudveksling på tværs af de involverede aktører. Samtidig kan SKP-medarbejderne eventuelt også modtage ekstern supervision. Det synes på denne baggrund *vigtigt, at teamcheferne involveres* i processen, idet de har beslutningskompetencen i forhold til prioriteringen af ressourcer og forankringen af projektet.
- Der er tilsyneladende brug for en *klarere afgrænsning af SKP-medarbejdernes rolle* i København. Der blev på workshoppen talt om, at der på nogle områder er organisatoriske uklarheder og en manglende afgrænsning i forhold til ansvarsfordelingen af arbejdet i kommunen. Det er vigtigt at være opmærksom på, hvem der er tovholder og den koordinerende person for de enkelte sager. Dette er nogle organisatoriske udfordringer, som ikke nødvendigvis kan håndteres i projektets regi.

3.6 Indikatorer

Indikatorerne skal omhandle:

1. Hvordan kan man følge med i, om resultaterne opnås?
2. Hvad skal dokumenteres og ikke dokumenteres, for at man kan følge med i dette?

Det er vigtigt både at dokumentere aktiviteter (hvor mange kontakter osv.), men også virkninger (bliver der opnået kontakt osv.). Man er nødt til at opstille nogle effektmål; opnås de effekter, som man har sat sig som mål? Men i lige så høj grad, er det vigtigt at dokumentere, hvordan disse effekter er opnået ved at dokumentere aktiviteter.

I nedenstående oversigt angives den bruttoliste over indikatorer, der er fremkommet på workshoppen:

3.6.1 Udvalgte indikatorer og fasemodel

Indikatorerne, der skal anvendes til at følge med i projektets udvikling, er endnu ikke helt gennemarbejdede og skal afstemmes med de andre projekter.

De følgende indikatorer blev af arbejdsgruppen fremhævet som centrale for at følge med i, om det opsøgende arbejde bliver prioriteret og videreudviklet:

- Kontakt til nye samarbejdspartnere i lokalområdet (Antal og art).
- De isolerede sindslidende er fundet (hvor mange?) Hvor mange i målgruppen er fundet på baggrund af ny systematik i indsatsen i lokalområdet?
- Hvor mange sager har SKP'eren?
- Hvor stor en del af tiden bruges på det opsøgende arbejde ift. helt ukendte sindslidende?
- Dokumentation af, hvilke metoder man bruger.

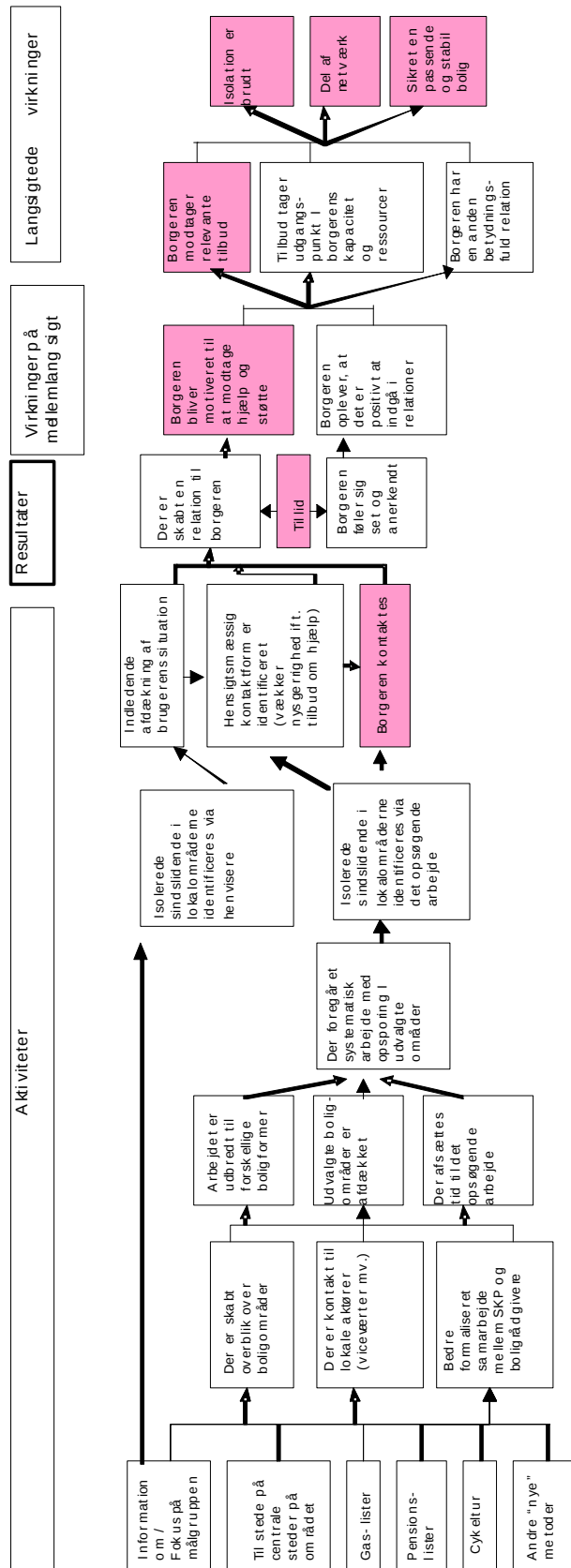
Fase-model: Måling af effekt

Endelig blev der refereret til en fasemodel for arbejdet, som med fordel kan bruges i den videre udvikling af indikatorer. Ethvert trin i fasemodellen kan i forhold til forandringsteorien bruges til at måle, hvorvidt resultaterne er opnået.

Nedenfor er nogle af hovedpunkterne i fasemodellen gengivet.

1. Kontaktfasen. Direkte opsporing.
2. Tilknytningsfasen (relationsarbejdet). Hvornår er der en vis form for tilknytning til SKP-medarbejderen? Små parametre tæller. Socialiteten. SKP-medarbejderen og den isolerede sindslidende begynder at have lyst til at lave noget sammen.
3. Netting. Ud fra borgerens hjem og gå en tur. Orienterer sig mod andre mennesker (stifinding).
4. Tilknytning til en anden person end SKP-medarbejderen (brobygning).
5. Indlejring. SKP-medarbejderen "forlader" borgeren, og borgeren har fundet en ny relation/kontaktperson (aflevering).

3.7 Forandringsteori, Københavns Kommune



4 Projektbeskrivelse Odense Kommune

Projektbeskrivelsen blev udarbejdet i 2008 og er godkendt af Odense Kommunes ledelse og indarbejdet i udviklingskontrakten mellem Odense Kommune og SKP-indsatsen.

Projektbeskrivelsen er ikke opdateret ift. projektets udvikling, ny viden eller opdateret lovgivning siden 2008.

4.1 Baggrund for projektet

Regeringen ønsker at sætte fokus på udsatte gruppers vilkår og muligheder. Som led heri deltager Odense Kommune i et fireårigt projekt om isolerede sindslidende, der bor i egen bolig under uværdige forhold. Projektet er en del af Psykiatraftalen 2007 – 2010. Esbjerg og Københavns Kommuner deltager også i projektet.

Undersøgelser på landsplan viser, at sindslidende (herunder særligt isolerede sindslidende) i mange tilfælde ikke modtager den støtte og hjælp, de har behov for og er berettiget til. Disse borgere har svært ved at indgå i etablerede tilbud og er ofte svære når det gælder sagsbehandling, da de ikke møder op i forvaltningerne og ofte undviger de gængse hjælpesystemer — både i det sociale system og i sundhedssystemet. Konsekvenserne for borgerne er ofte, at de ikke er tilstrækkelig udredte og derfor heller ikke modtager den særlige støtte, som netop er begrundet i deres særlige problemstillinger. Konsekvensen er, at deres helbredsmæssige og sociale problemstillinger forværres, og at de i mange tilfælde lever en uværdig og utryk tilværelse.

Ifølge serviceloven har kommunerne en forpligtigelse til at lave en opsøgende indsats overfor grupper med særlige behov, som ikke selv eller kun sjældent henvender sig.

En række problemstillinger i forhold til disse mennesker, der ikke hidtidigt har kunnet skabes kontakt med, gør projektet relevant. Det sociale system har som beskrevet ikke formået at favne de personer, som på mange områder har mest brug for støtte og vejledning.

Målgruppen for dette metodeudviklingsprojekt er derfor de mest udsatte borgere, som man indtil nu ikke har kunnet skabe kontakt til igennem hidtidige ordninger, som bl.a. støtte-kontaktpersonordningen jf. Servicelovens § 99 (SKP- ordningen).

Målgruppen for SKP- ordningen er de mest socialt udsatte og isolerede sindslidende²⁶, som almindeligvis ikke gør brug af, eller ikke kan gøre brug af de allerede eksisterende tilbud. Ifølge Velfærdsministeriets (nu Social- og Integrationsministeriet) vejledning er målgruppen ikke snævert afgrænset til personer med egentlig psykiatriske diagnoser. Endvidere er målgruppen beskrevet som personer, som ikke nødvendigvis tidligere har haft kontakt med de sociale myndigheder på forhånd. SKP- ordningen er derved ikke en visiteret ordning, men er baseret på opsøgende arbejde.

Det opsøgende arbejde er dog ikke begrænset til SKP- ordningen:

²⁶ Samt stof- og alkoholmisbrugere og hjemløse.

Når det drejer sig om indsatsen over for mennesker med et særlige behov, herunder ikke mindst rådgivning, **har kommunerne en forpligtigelse til selv at udføre en opsøgende indsats for at nå ud til grupper, som ikke eller kun sjældent, selv henvender sig.** Dette gælder både i forhold til børn og unge, jf. § 60 og i forhold til forskellige grupper af voksne, jf. kap. 11, hvor baggrunden for kravet om opsøgende indsats bl.a. kan være at grupper, **der er socialt udsatte eller truet af social udstødelse i nogle tilfælde holder sig væk fra de offentlige forvaltninger.** De kan have svært ved at overholde aftaler med forvaltningen eller ved at kunne anvende og forstå den vejledning, der gives.

Vejledning om formål og andre generelle bestemmelser i serviceloven (Vejledning nr. 1 til serviceloven)

De isolerede sindslidende er kendetegnet ved, at de har komplekse problemstillinger og har brug for en flerstrengt indsats. Det betyder, at der er brug for, at de enkelte myndighedspersoner har et helhedsperspektiv i forhold til en borgers problemstillinger, da de isolerede sindslidende ikke selv evner at holde overblik, og i mange tilfælde kan fravælge at henvende sig eller opgive efter et enkelt forsøg.

Ligeledes kan evt. lange sagsbehandlingsgange i det sociale system gøre, at personer i målgruppen enten falder fra i processen, fordi de opgiver, føler sig svigtet af systemet, eller de bliver mere syge. Der er således et behov for umiddelbart at kunne hjælpe disse personer, da fastholdelse og tillid er vigtige elementer i at kunne støtte dem tilstrækkeligt.

En generel problemstilling på landsplan er, at arbejdet med denne målgruppe nedprioriteres, fordi det ofte er besluttet politisk at hjælpe flere, i stedet for at bruge den begrænsede tid på det arbejde, hvor det er svært at opnå et godt resultat på kort tid.

På landsplan påpeger medarbejdere også, at den retssikkerhedsmæssige styrkelse i Serviceloven gør det svært at hjælpe denne gruppe udsatte, der isolerer sig, fordi de ofte frabeder sig kontakten, selvom et reelt behov er til stede. Det er svært at vurdere, hvor grænsen går mellem at overskride den enkeltes ret til selvbestemmelse og myndighedens pligt til at yde omsorg jf. servicelovens § 81 og 82, hvor der står:

”§ 82. Kommunalbestyrelsen skal yde hjælp efter denne lov i overensstemmelse med formålet, jf. § 81²⁷, til personer med betydelig nedsat psykisk funktionsevne, der ikke kan tage vare på deres egne interesser, uanset om der foreligger samtykke fra den enkelte. Hjælpen kan dog ikke ydes ved brug af fysisk tvang.”

4.2 Projektets formål

Formålet med dette projekt er at udvikle metoder og kompetencer til at identificere og hjælpe disse

²⁷ **Servicelovens § 81:** Kommunalbestyrelsen skal tilbyde en særlig indsats til voksne med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer. Formålet med indsatsen er

- 1) at forebygge, at problemerne for den enkelte forværres,
- 2) at forbedre den enkeltes sociale og personlige funktion samt udviklingsmuligheder,
- 3) at forbedre mulighederne for den enkeltes livsudfoldelse gennem kontakt, tilbud om samvær, aktivitet, behandling, omsorg og pleje og
- 4) at yde en helhedsorienteret indsats med servicetilbud afpasset efter den enkeltes særlige behov i egen bolig, herunder i botilbud efter lov om almene boliger m.v. eller i botilbud efter denne lov.

mennesker, og projektets resultater skal danne baggrund for det fremtidige arbejde i alle landets kommuner på dette område.

Odense Kommune har udpeget en arbejdsgruppe bestående af hovedsagligt medarbejdere fra SKP-ordningen organiseret i Ældre- og Handicapforvaltningen, en myndighedsperson/visitor i samme forvaltning og en opsøgende medarbejder med tilknytning til Socialcentret i Social- og Arbejdsmarkedsforvaltningen. Alle har i deres daglige arbejde med sindslidende at gøre.

Arbejdsgruppen inviterede samarbejdspartnere fra hele kommunen, både på det sociale område og sundhedsområdet, til et Tingmøde d. 12. marts 2008, hvor de isolerede sindslidendes vilkår og muligheder blev drøftet. I forbindelse med Tingmødet blev samarbejdspartnere bedt om at komme med råd og ideer til projektet. Denne projektbeskrivelse er baseret på arbejdsgruppens videre arbejde med forslag og drøftelser fra tingmødet.

4.3 Målgruppen for projektet i Odense Kommune

Målgruppen for dette initiativ er af Psykiatriaftalen 2007-2010 beskrevet som *"Isolerede sindslidende, som bor i egen bolig under elendige forhold."*

Arbejdsgruppen i Odense operationaliserer de fire kendetegn ved målgruppen som beskrevet nedenfor.

4.3.1 Sindslidelse:

1. Individer som har vanskeligheder med at søge og vedligeholde kontakt med andre mennesker begrundet med en nedsat evne til kontakt eller "sindsygeligende" adfærd.
2. Er eller kunne være diagnosticeret på alle grupperinger fra ICD-10 (uddybes i målgruppenotatet), men det er især angst og psykotiske lidelser, som er fremtrædende i målgruppen. En diagnose er hverken et inklusionskriterium eller en målsætning for indsatsen. Dette gælder også i forhold til psykiatrisk behandling.
3. Individer i målgruppen kan have et rusmiddelmisbrug (alkohol, medicin og/eller narkotika) kombineret med andre diagnosticerede eller ikke-diagnosticerede sindslidelser.

4.3.2 Isolation:

1. Individer som ikke gør eller ikke kan gøre brug af de allerede eksisterende tilbud.
2. Personer med ingen eller begrænset kontakt til andre mennesker.
3. Eventuel kontakt til andre mennesker kan beskrives som negativ eller uværdig i karakter.
4. Eventuel kontakt til andre mennesker er så overfladisk, at individet kan beskrives som psykisk isoleret, selvom de omgås andre mennesker (f.eks. på et værested).

4.3.3 Lever under elendige forhold:

1. Individet oplever forholdene i eget hjem som usle eller uønskede, men evner ikke selv på grund af sygdom at ændre på tilstanden.
2. Forholdene i hjemmet er umiddelbart sundhedsfarlige eller udgør anden umiddelbar fare for bofæller, naboer, og/eller professionelle med arbejdsgange i hjemmet.

4.3.4 Bor i egen bolig:

1. Målgruppen kan bo i alle boligformer, men erfaringsmæssig bor de hovedsageligt i almennyttige boliger og skæve huse.
2. Individer som har egen bolig men ikke evner at bo i boligen, f.eks. på grund af elendige forhold. Denne "funktionelle hjemløshed" er et symptom på individets psykiske tilstand.

3. Individer, som står til at blive udsat af deres lejlighed, hovedsageligt på grund af dårlig vedligeholdelse og gener for naboer.

Målgruppen er således personer med diagnosticerede eller ikke-diagnosticerede sindslidelser, som lever isoleret og under uværdige forhold i egen bolig. Det fremhæves, at isoleret livsførelse betyder, at man ikke modtager hjælp efter servicelovens § 83 eller 85, altså hjemmehjælp og socialpædagogisk støtte. I forlængelse heraf fremføres det, at målgruppen i langt overvejende grad er personer, der hovedsagelig modtager førtidspension. Få modtager kontanthjælp eller anden form for offentlige ydelse.

Målgruppen er karakteriseret ved ikke at have kontakt til hverken behandlingssystemet eller det sociale system – enten fordi de afviser kontakten til behandlingspsykiatrien/den kommunale myndighed, ikke har ressourcer til at holde en aftale eller ikke lader sig inddrage og dermed umuliggør, at man på myndighedsniveau kan foretage en udredning. Eksempelvis kæmper mange isolerede sindslidende også med misbrugsproblemer (som f.eks. stof-, alkohol- og/eller medicinmisbrug).

Social isolation har vist sig at have stor negativ påvirkning på menneskets helbred med en stærkere statistisk relation til dødelighed end f.eks. rygning.

Isolationen er den ene problemstilling, og den anden er, at den sindslidende ikke evner at skabe værdige levebetingelser for sig selv. En vurdering af, hvornår et menneske lever under uværdige forhold, vil ultimativt blive en subjektiv vurdering, ud fra samfundets eller den enkelte socialarbejders normer. Set igennem det danske samfunds briller kunne dette være tilfældet, hvis den sindslidende ikke længere er i stand til at varetage basale opgaver som rengøring og hygiejne, og hvor leveforholdene ligefrem kan blive sundhedsskadelige.

Arbejdsgruppen i Odense påpeger, at i forhold til nærværende projekts målgruppe omkring de allermest isolerede og ukendte sindslidende er det tidskrævende at opretholde fokus på de mennesker, der er afvisende i kontaktetableringsfasen. Ligeledes fremhæver arbejdsgruppen i Odense, at arbejdet omkring at få målgruppen videre i forhold til de eksisterende hjælpe- og støttetilbud ikke fungerer efter hensigten, fordi de fleste tilbud har ventelister. Herved bliver SKP-medarbejderne overbebyrdet, fordi der ved siden af det opsøgende arbejde også afsættes tid til at vedligeholde kontakten til de mennesker, der allerede er motiveret for eksempelvis at modtage bostøtte.

I arbejdsgruppen i Odense opfattes en del af de isolerede sindslidende enten som enspændertyper eller som typer, der fremstår aparte, fordi de er sky eller lugter. Hvor enspændertyper lever en meget stille tilværelse, kan de typer, der fremstår aparte, have en anderledes døgnrytme, hvor de larmer i deres bolig på uacceptable tidspunkter af døgnnet. Typisk ser man ved begge typer en misligholdelse af boligen og ophobning af affald. I arbejdsgruppen i Odense opstiller man endvidere følgende karakteristika for målgruppen:

- De fleste er ca. 50 år, men unge er også repræsenteret.
- Der er ca. lige mange kvinder og mænd.
- Der er en stor koncentration i Vollsmose, på Nyborgvej ved blokkene, Dianevej og ved andre store sociale boligbyggerier. Borgere kan nemt blive glemt i de store koncentrationer af socialt belastede beboere.
- Mange får pension, få får kontanthjælp.
- Mange har ingen kontakt til læge.
- De har det dårligt både fysisk og psykisk. Lever usundt og får ikke ordentlig mad, luft og motion.
- De benytter sig ikke af de tilbud, der er, men har behov for hjælp til at få hjælp.
- Mange af de borgere, SKP-medarbejdere møder, kan være funktionelt hjemløse på den måde, at de ikke kan lide at være i deres eget hjem.

- Der er en del etniske minoriteter i målgruppen. Der er f.eks. mange ældre mænd med indvandrerbaggrund, der er traumatiserede. De er også fattige, bl.a. fordi de sender penge til deres familie i hjemlandet. De formår ikke at kommunikere med sagsbehandlere, da de har ringe dansk kundskaber.

Det anslås i Psykiatriaftalen 2007 - 2010, at der på landsplan findes ca. 100-200 personer, der falder indenfor dette projekts målgruppe. Praktikere melder dog tilbage, at antallet kan være langt større. Arbejdsgruppen i Odense er betænkelige ved at sætte tal på, hvor mange de mener, der er i Odense, men et forsigtigt gæt er omkring 30, som er helt ukendte af systemet.

4.4 Problemstillinger i Odense Kommune

I Odense Kommune har man en velfungerende SKP-ordning med et bredt og velfungerende samarbejde med mange samarbejdspartnere, dog er man opmærksom på, at der alligevel er en lille del af målgruppen, som også SKP-ordningen ikke har kendskab til eller kun begrænset kendskab til. Det er særligt de meget isolerede sindslidende, der er kontaktafvisende, og som ikke gør opmærksom på sig selv (enspændertyperne).

En vigtig problemstilling er, at medarbejderne i nogle tilfælde mangler redskaber til at lave det opsøgende arbejde. Medarbejderne ønsker en bedre forståelse af, om deres metoder er de mest fordelagtige i forhold til at opnå den bedste kontakt med borgeren. Kommer det målgruppen til gode? Hvordan skal det kommunikeres ud? Hvordan håndterer medarbejderne afvisninger fra klienten? Hvordan opsøges en borger på bedst mulige måde? Der er behov for bedre formidling af metoder og videndeling mellem kolleger.

Medarbejderne oplever, at de bruger meget tid på at få fat i de mennesker i systemet/kommunen, der har de rigtige kompetencer i forhold til at komme videre med den borger, de arbejder med. Det er således meget ressourcekrævende at få fat i en sagsbehandler, og der er meget spildtid med at få fat i den rigtige person. Dette går ud over det opsøgende arbejde. Medarbejderne efterspørger derfor en genvej eller en nemmere og hurtigere måde at få fat i de rigtige mennesker i systemet.

En yderligere problemstilling medarbejderne præsenterer, er, at der kan være forskellige succeskriterier for henholdsvis kommunen, klienten og SKP-medarbejderen. Der er dermed forskellige rationaler, der kan spille imod hinanden.

SKP-ordningen har desuden et manglende akutberedskab. Medarbejderne er officielt ikke til rådighed efter kl. 16, og der er ingen automatisk viderestilling til deres mobiltelefoner. Borgerne har derfor kun lidt kontakt med medarbejderen efter åbningstid eller i weekender efter særlig aftale. Der har før været etableret døgnvagt, men ressourcerne, der blev brugt på dette arbejde, var for store i forhold til behovet. Som følge af et manglende akutberedskab bliver det ofte SKP-medarbejdernes opgave at indlægge sindslidende borgere, hvilket ikke er deres rolle. Deres opgave er at opsøge isolerede sindslidende og ikke virke som et "akut-indlæggelsestilbud".

Der kan somme tider være problemer med kommunikationen mellem samarbejdspartnere. Koordinationsaftaler er svære at få til at fungere i praksis, og de aftaler, der laves, bliver ikke altid ført ud i livet. Eksempelvis informeres SKP-medarbejderne ikke altid om, at patienter udskrives fra hospitalet uden andre tilbud. I disse tilfælde mener SKP-medarbejderne, at de burde vide besked i forhold til at kunne sikre et fortsat forløb for patienten.

SKP-medarbejderne mener, at der er behov for at lave PR-arbejde for SKP-ordningen og udbrede kendskabet til deres samarbejdspartnere. Det er et problem, at der er mange, der ikke kender til SKP-ordningen, fordi der er så stor udskiftning hos samarbejdspartnerne. Der kunne f.eks. sættes links ud på

internetsider til frivillige organisationer. SKP-medarbejderne mener dog ikke, at de har kompetencer til at lave PR-arbejdet selv.

4.5 Forandringsteori

Forandringsteorien vedlægges i figur som bilag. De enkelte dele beskrives nedenfor.

4.5.1 Virkninger

Langsigtede mål

Projektets langsigtede mål er: at alle isolerede sindslidende med behov for hjælp får den hjælp, de har brug for.

Dette vil sige, at borgeren sendes videre i systemet og derfor ikke længere er indenfor SKP-ordningens ansvar. Dette kræver, at borgernes behov er afdækket, at borgeren ved, hvilke tilbud der findes, og at alle med behov får det rigtige tilbud om hjælp fra systemet.

Virkninger og mål på mellemlang sigt

For at opnå disse virkninger på lang sigt er det væsentligt, at en række forudsætninger er opfyldt for den enkelte borger på mellemlang sigt. For at borgerens behov kan afdækkes, kræves det blandt andet, at isolationen hos borgeren er brudt, og at der opbygges tillid mellem borger og SKP-medarbejderen. Herved har borgeren lettere ved at åbne op for samarbejde, og det bliver muligt for SKP-medarbejderen at blive opmærksom på borgerens behov. Det er også en nødvendighed, at borgeren erkender sine behov og bliver motiveret for at få hjælp i forhold til at blive klar over hvilke tilbud, der findes. Ligeledes kræves det, at systemet giver de tilbud, der passer til den enkelte, så borgeren får den nødvendige støtte.

Virkninger og mål på kort sigt

På kortere sigt er målene, at der laves et bedre opsøgende arbejde og et mere systematisk arbejde. Det opsøgende arbejde laves med to forskellige udgangspunkter:

- de kendte, dvs. de borgere SKP-medarbejderne får kendskab til via henvisninger fra samarbejdspartnere, og
- de ukendte, som er så isolerede, at ingen andre har fundet dem, hvor det er SKP-medarbejderens opgave selv at opdage dem.

En forbedring af dette arbejde kan for det første ske ved hjælp af en styrkelse af samarbejdet mellem de medvirkende aktører, herunder SKP-medarbejderne, kommunen og sagsbehandlerne. Virkningerne af et bedre samarbejde bliver på kort sigt, at samarbejdspartnerne gør mere opmærksom på borgernes behov, og at der laves en koordination af indsatsen overfor borgeren. Samtidig vil et bedre samarbejde bevirke, at der lettere og hurtigere findes frem til de rigtige kontaktpersoner i forvaltningen. Et bedre opsøgende arbejde involverer ligeledes pårørende, boligforening, viceværter og naboer, da det ofte er dem, der tager kontakt til SKP-medarbejderne. Det er derfor særlig vigtigt, at disse aktører har kendskab til SKP-ordningen i forhold til at styrke indsatsen.

For det andet vil en mere systematisk tilgang til det opsøgende arbejde på egen hånd kunne styrke opsporing af de isolerede sindslidende, hvor der ikke er noget kendskab til vedkommende på forhånd. I forhold til at finde frem til de ukendte med behov for hjælp, kræves en systematisk gennemgang af boligområder og en kontakt til pensionssagsbehandlere med henblik på en sagsgennemgang i et specifikt

boligområde. Der skal desuden afsættes tid og ressourcer til det opsøgende arbejde for at få en større systematik i arbejdet.

Resultater

For at opnå de virkninger, der er nævnt ovenfor, er der brug for nogle aktiviteter, som giver resultater, der skal danne udgangspunkt for virkningerne, og som på lang sigt fører til, at alle med behov får den hjælp, de har brug for.

For at opnå resultaterne er det en forudsætning, at samarbejdspartnerne gør opmærksom på borgernes behov, hvorfor SKP-ordningen er afhængig af bedre relationer til sagsbehandlere i behandlingspsykiatrien og til sagsbehandlere i egen organisation. Det er derfor vigtigt, at samarbejdspartnere, der er involveret i arbejdet med isolerede sindslidende gøres opmærksom på SKP-ordningen, og hvad SKP-ordningens opgave går ud på. Derved er det lettere for samarbejdspartnere at videreformidle, at der er en borger med et behov.

I forhold til pårørende, boligforeninger, frivillige organisationer, viceværter og naboer, der skal have en større viden om SKP-ordningen, bør midlet være en informationsstrategi. Herved er der sikkerhed for, at alle parter informeres i tilstrækkelig grad om SKP-medarbejdernes rolle, og hvordan der tages kontakt til ordningen.

Det sidste resultat, der er vigtigt for de langsigtede virkninger, er, at systematikken i det opsøgende arbejde beskrives som en metode, evt. med en anbefaling for bedre organisering af arbejdet.

4.5.2 Aktiviteter

Baseret på arbejdsgruppens faglige drøftelser om ønskede resultater og virkninger samt drøftelser, forslag og råd fra Tingmødet, har arbejdsgruppen valgt at koncentrere sig om de følgende tre aktiviteter:

1. **Kommunikationsstrategi**
2. **Samarbejde med sagsbehandlere i hhv. behandlingspsykiatri og indenfor egen organisation.**
3. **Model for det opsøgende arbejde**

Kommunikationsstrategien har til formål at formidle viden om SKP-ordningen ud til pårørende, boligforeninger, naboer og viceværter, og strategien er derfor resultatet heraf. Der er dog behov for forskellige strategier for hver aktør, idet de sandsynligvis nås gennem forskellige kanaler.

Samarbejde med sagsbehandlere i hhv. behandlingspsykiatri og indenfor egen organisation indebærer, at der skal laves nogle mere formaliserede rammer for samarbejdet mellem de relevante aktører. Dette vil føre til resultaterne om bedre relationer til sagsbehandlere, at andre aktører har et bedre kendskab til SKP, og at SKP-medarbejderne får en briefing fra behandlingssystemet om borgere med behov. SKP-ordningen skal således indarbejdes bedre i behandlingssystemets praksis i forhold til samarbejdet med Odense Kommune.

I forhold til en model for det opsøgende arbejde handler det om, at medarbejderne bliver mere bevidste om det, de laver, og at de arbejder mere systematisk med det opsøgende arbejde, herunder med geografisk afdækning, sagsgennemgang, strategier til opnåelse af kontakt og udførslen af arbejdet.

Disse tre aktiviteter vil danne grundlag for, at alle borgere med behov identificeres, og at der etableres kontakt med disse. Det vil derfor i sidste ende blive muligt at give alle isolerede sindslidende

i Odense Kommune den hjælp, de har behov for. Aktiviteterne uddybes nedenfor.

Aktivitet 1: Kommunikationsstrategien

SKP-ordningen i Odense Kommune har i en del år arbejdet med en informationsstrategi til samarbejdspartnere og den øvrige omverden. Selvom der i forvejen arbejdes med en informationsstrategi, er arbejdsgruppen blevet opmærksom på, at strategien kan konkretiseres og uddybes yderligere for fortsat at sikre, at alle relevante samarbejdspartnere og den øvrige omverden kender til SKP-ordningen.

Ved en målrettet og systematisk kommunikationsstrategi skabes der en opmærksomhed på borgere, der har et udækket støttebehov, og således kan der iværksættes en tidlig opsøgende indsats, inden tingene udvikler sig yderligere for den enkelte borger.

Arbejdsgruppen foreslår følgende udviklingsmål:

- At der udarbejdes et hæfte med vigtige "alarmsignaler"
- At der udarbejdes informationsmateriale til apoteker, biblioteker, viceværter osv.
- At der lægges links på relevante hjemmesider

Aktivitet 2: Samarbejdet med sagsbehandlere

- **I behandlingspsykiatrien**

Rammen omkring samarbejdet mellem behandlingspsykiatrien og SKP-ordningen er etableret i form af klare aftaler for, hvornår der skal samarbejdes, og om hvad der skal samarbejdes (allianceprojektet). Der er dog et stykke vej, før de aftaler, der foreligger, kommer til at fungere helt i det praktiske samarbejde i hverdagen.

På Tingmødet kom det frem, at der ikke altid etableres samarbejde, der hvor aftalerne lægger op til det f.eks. i forbindelse med udskrivning, og herunder udskrivningsmøder- og udskrivningsaftaler. Særligt er samarbejdet vigtigt der, hvor der opstår en bekymring for den enkelte patient (f.eks. ved afbrudt behandling), og hvor den enkelte patient ikke ønsker at modtage sociale tilbud i forbindelse med udskrivningsaftalerne.

Når rammen i form af klare aftaler allerede foreligger, bliver næste skridt at få udarbejdet en strategi for, hvordan samarbejdet omkring aftaler kan etableres således, at aftalerne kommer til at fungere i det praktiske samarbejde i hverdagen.

Ved at styrke samarbejde kan der skabes et forebyggende fokus på særligt de mennesker med sindslidelser, der er i fare for at blive isoleret, og som måske kan have svært ved at fungere i hverdagen uden støtte. Ved at tilbyde dem en opsøgende kontakt kan der måske etableres en tillidsfuld relation således, at de kan tilbydes støtte og hjælp fra eksisterende tilbud, som skønnes at være i overensstemmelse med vedkommendes behov og ønsker. Gennem en opsøgende kontakt kan den enkelte blive motiveret til at gøre brug af de eksisterende hjælpe- og støtte foranstaltninger, som kan hjælpe vedkommende til en hverdag under værdige forhold.

Arbejdsgruppen foreslår følgende udviklingsmål:

- Etablere personlig og kontinuerlig kontakt til behandlingspsykiatrien således, at der opbygges gode samarbejdsrelationer.

- **I egen organisation: Fokus på pensionssagsbehandlere**

Samarbejdet i egen organisation er en mangfoldig størrelse, og SKP-medarbejdere er afhængige af et godt samarbejde med mange aktører indenfor kommunens socialforvaltning. Samarbejdet har relevans både i forhold til at finde borgere, og i forhold til at få dagligdagen til at fungere for den enkelte. På baggrund af målgruppens ofte sammensatte og komplicerede problemstillinger, vil det ofte være nødvendigt, at samarbejdet med sagsbehandlere forløber smidigt og nemt.

Der er et særligt behov for at forbedre samarbejdet med pensionssagsbehandlere, som har en afgørende betydning for målgruppens økonomiske situation og for det opsporende arbejde. I forhold til samarbejdet med især denne gruppe sagsbehandlere, oplever SKP-medarbejderne, at der bruges for lang tid på at komme igennem til rette vedkommende, når der er behov for samarbejde.

Yderligere har arbejdsgruppen en formodning om, at målgruppen for projektet måske har fået tilkendt pension på et tidspunkt, hvorefter der ikke er fulgt yderligere op på den afgørelse. I hvert tilfælde giver en tilkendelse af pension mulighed for at trække sig fra yderligere samarbejde med det offentlige system, og dermed også en mulighed for at ende isoleret under uværdige forhold. I den forbindelse bliver pensionssagsbehandlere vigtige samarbejdspartnere, fordi de har vigtig og relevant viden om, hvem der får tilkendt pension med baggrund af psykisk indikation.

Arbejdsgruppen foreslår følgende udviklingsmål:

- At der udarbejdes klare procedurer og aftaler omkring samarbejdet, således der opbygges et formaliseret samarbejde med pensionssagsbehandlere.
- At der gennemgås konkrete pensionssager med henblik på at identificere ukendte mennesker med sindslidelser, hvor der kan være en fare for isolation, og for at vedkommende lever under uværdige forhold.

Aktivitet 3: Model for det opsøgende arbejde

I erkendelse af, at SKP-ordningen hovedsageligt udøver den opsøgende funktion efter henvendelse fra samarbejdspartnere, er der behov for at udarbejde en model eller ramme for det opsøgende arbejde, som går ud over det opsøgende arbejde baseret på henvendelser. Modellen vil være én, der hovedsageligt bygger på SKP-medarbejderens egne faglige observationer, hvor fornemmelser, faglige kendskab og skøn vil kunne lede den opsøgende del. Der er behov for et særligt fokus på opsøgende arbejde til den målgruppe, der er helt ukendt af omverdenen, og som måske lever isoleret under uværdige forhold, ofte begrundet i en manglende tiltro til det etablerede system.

Arbejdsgruppen har som udgangspunkt foreslået de følgende handlinger, som kan indgå i modellen:

- En geografisk afdækning af særligt belastede områder og udvælgelse af et fokusområde
- Gennemgang af pensionssager, hvor der laves en screening for personer, som har fået pension pga. psykosociale problemstillinger, og som ikke har været i kontakt med det sociale system over længere tid
- Afholdelse af informationsmøder for viceværter, beboerforeninger, etc. i udvalgte boligområder
- En bevidstgørelse og afprøvning af opsøgende og kontaktskabende metoder i området.

Endvidere er det væsentligt for det opsøgende arbejde, at hovedfokus er det omsorgsgivende perspektiv, hvor der arbejdes på at skabe og opbygge en tillidsfuld relation, og at forholdet indgås frivilligt og uden ydre tvang. Der er mange dilemmaer og etiske overvejelser forbundet med det opsøgende arbejde, og det

kræver særlige kompetencer at kunne begå sig i dette arbejde. Faglig viden og menneskelig indsigt og forståelse er lige vigtige.

Arbejdsgruppen foreslår følgende udviklingsmål:

- Faglig udvikling i form af kompetenceudviklingsforløb
- Udarbejdelse af model for det opsøgende arbejde uden forudgående henvendelse fra samarbejdspartnere

4.6 Indikatorer

Indikatorerne skal omhandle:

1. Hvordan kan man følge med i, om resultaterne opnås?
2. Hvad skal dokumenteres og ikke dokumenteres, for at man kan følge med i dette?

Det er vigtigt både at dokumentere aktiviteter (hvor mange kontakter osv.), men også virkninger (bliver der opnået kontakt osv.). Man er nødt til at opstille nogle effektmål: Opnås de effekter, som man har sat sig som mål? Men i lige så høj grad er det vigtigt at dokumentere, hvordan disse effekter er opnået ved at dokumentere aktiviteter.

I nedenstående oversigt angives den bruttoliste over indikatorer, der er fremkommet på workshopen:

4.6.1 Viden om og differentiering af målgruppen

- Alder
- Køn
- Indvandrerbaggrund
- Diagnose eller karaktertræk (Sindslidelsens udtryk)

Disse informationer indgår i analysen af, hvilke metoder virker for hvem i forhold til aktiviteter og effektmålinger, som uddybes nedenfor.

4.6.2 Kommunikationsstrategi

- Hvilke metoder bliver brugt?
- Hvor meget tid bruges på hvilke type kontakt: Hvor mange møder med diverse personer, hvor mange brochurer m.m., hvor og hvordan bliver de uddelt?
- Kommer der flere henvendelser fra bestemte målgrupper i forbindelse med implementeringen af kommunikationsstrategiens målrettede initiativer?

4.6.3 Samarbejde med sagsbehandlere

Behandlingspsykiatri

- Har man indgået et formaliseret samarbejde?
- Indholdet og implementeringen af samarbejdet (indikatorer på indholdet).
- Hvor mange møder bliver der afholdt?
- Antal indlæggelser hos SKP-brugere, og inddragelse af SKP-medarbejderen i udskrivningen?
- Antal og type henvendelse fra behandlingspsykiatrien (kendte som bliver indlagt, udskrivningsmøder/aftaler, ukendte, som bliver henvist ved udskrivning, ukendte, som bliver henvist ifm. at de går fra behandling)
- Antal koordinations- og udskrivningsmøder/planer.

I egen organisation: Fokus på pensionssagsbehandlere

- Har man indgået et formaliseret samarbejde?
- Hvor mange aftaler laves der om samarbejde med forskellige ”kontorer”?
- Indholdet og implementeringen af samarbejdet—indikatorer på indholdet.
- Hvor mange møder bliver der afholdt?
- Hvor mange kontakter til de forskellige kontorer tager den enkelte SKP-medarbejder?
- Hvor lang tid går der fra første kontakt med en sagsbehandler, til der er truffet en afgørelse?

Disse indikatorer bruges på alle sagsbehandlere, men der er særligt fokus på pensionssagsbehandlere i første omgang

4.6.4 Model for det opsøgende arbejde

Geografisk afdækning

- Hvilke geografiske områder? Karakteristika?

Gennemgang af pensionssager

- Hvor meget tid er der brugt på det?
- Antal gennemgåede pensionssager?
- Antal borgere hvor der er grund til bekymring?
- Antal skabte kontakter?
- Antal i målgruppen?

Opsøgende arbejde uden henvendelser

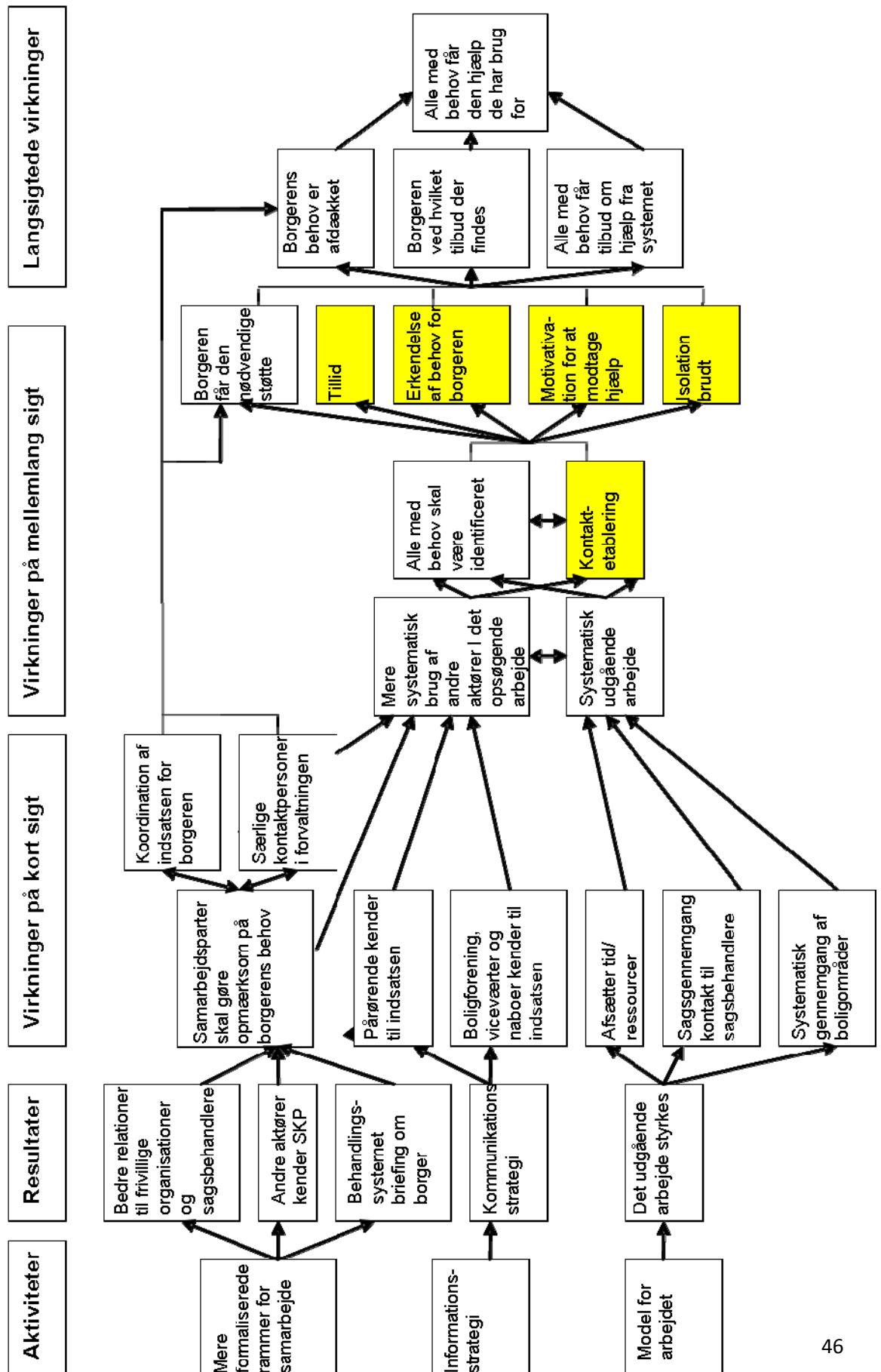
- Antal i målgruppen
- Antal besøg før kontakt?
- Hvor mange kontakter SKP-medarbejdere hver især har haft i løbet af en uge
- Tidspunkt for kontakt—hvornår på dagen får man fat i borgeren?
- Hvilken kontaktform lykkes (banke på, ringe op, brev, mødes på gaden, praktisk hjælp, snak)?
- Hvornår afbrydes kontakten? (antagelser om årsager)
- Hvor mange af borgerne bliver eller er ”gengangere”?

4.6.5 Dokumentation: Effekter

- Bryde isolationen (skal operationaliseres)
- Opnået tillid (Hvad er tillid?)
- Erkendelse af behov: Hvor mange tager imod konkrete tilbud om hjælp?
- Kommer borgerne videre til et andet tilbud? Hvilket tilbud? (f.eks. aktivitetstilbud, § 85)

Projektet i Odense er en succes, hvis man finder 15 nye personer fra målgruppen, og at det lykkes at bryde isolationen for disse personer. Ligeledes er projektet en succes, hvis man opnår deltagelse i koordinations- og udskrivningsmøder med behandlingspsykiatrien.

4.7 Forandringsteori, Odense Kommune



5 Målgruppen for initiativet

Dette målgruppenotat er til forskel for de andre bilag opdateret i forhold til gældende lovgivning ved udgivelsestidspunktet.

Der findes en gruppe af sindslidende, der isolerer sig og lever under uacceptable forhold, og som er meget svære at engagere og fastholde i psykiatrisk behandling og i en socialpsykiatrisk indsats. Målgruppen for dette metodeudviklingsprojekt er de mest udsatte tilfælde, som indtil nu ikke har kunnet skabes kontakt til igennem hidtidige ordninger som bl.a. støtte- og kontaktpersonordningen jf. servicelovens § 99 (SKP). Det blev anslået ved projektets start, at der på landsplan findes ca. 100-200 af disse tilfælde, men praktikere melder tilbage, at antallet kan være større.

Det opsøgende arbejde er dog ikke begrænset til SKP-ordningen. I servicelovens § 12 fastlægges kommunens rådgivningspligt, og herunder giver paragraffen hjemmel til opsøgende rådgivning. Servicelovens § 81 fastlægger pligten til at tilbyde en særlig indsats over for målgruppen af isolerede sindslidende, som bor i egen bolig.

§ 12. Kommunalbestyrelsen skal sørge for tilbud om gratis rådgivning til personer med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer. Tilbuddet om rådgivning skal også omfatte opsøgende arbejde.

Formålet med dette notat er at afgrænse målgruppen for den indsats, som skal styrkes i metodeudviklingsprojektet i Esbjerg, Odense, og Københavns Kommuner.

5.1 Kortfattet målgruppeafgrænsning

Målgruppen for dette initiativ er i satspuljeaftalen beskrevet som "Isolerede sindslidende som bor i egen bolig under elendige forhold." Arbejdsgrupperne i Isbryderprojektet operationaliserer de fire kendetegn ved målgruppen som beskrevet nedenfor.

5.1.1 Sindslidelse:

1. Individer som har vanskeligheder med at søge og vedligeholde kontakt med andre mennesker begrundet med en nedsat evne til kontakt.
2. Er eller kunne være diagnosticeret på alle grupperinger fra ICD-10 (uddybes i målgruppenotatet), men det er især angst og psykotiske lidelser, som er fremtrædende i målgruppen. En diagnose er hverken et inklusionskriterium eller en målsætning for indsatsen. Dette gælder også i forhold til psykiatrisk behandling.
3. Målgruppen er kendetegnet ved at have komplekse problemer, og derfor er man ikke udelukket fra målgruppen på grund af problemer ud over sindslidelsen.
 - Individer i målgruppen kan have et rusmiddelmisbrug (alkohol, medicin, og/eller narkotika) kombineret med andre diagnosticerede eller ikke-diagnosticerede sindslidelser.

- o Individer i målgruppen kan også bære på fysiske eller psykiske handicap.

5.1.2 Isolation

1. Individer som ikke gør eller ikke kan gøre brug af de allerede eksisterende tilbud.
2. Personer med ingen eller begrænset kontakt til andre mennesker.
3. Eventuel kontakt til andre mennesker kan beskrives som negativ eller uværdig i karakter.
4. Eventuel kontakt til andre mennesker er så overfladisk, at individet kan beskrives som psykisk isoleret, selvom de omgås andre mennesker (f.eks. på et værested).

5.1.3 Lever under elendige forhold

1. Individet oplever forholdene i eget hjem som usle eller uønskede, men evner ikke, på grund af de psykiske vanskeligheder, at ændre på tilstanden. Situationen kan opleves som forpint eller lidelsesfyldt.
2. Forholdene i hjemmet er umiddelbare sundhedsfarlige eller udgør anden umiddelbar fare for bofæller, naboer, og/eller professionelle med arbejdsgange i hjemmet.

5.1.4 Bor i egen bolig

1. Målgruppen kan bo i alle boligformer, men erfaringsmæssig bor de hovedsageligt i almennyttige boliger og skæve huse.
2. Individer, som har egen bolig men ikke evner at bo i boligen, f.eks. på grund af elendige forhold. Denne "funktionelle hjemløshed" er et symptom på individets psykiske tilstand.
3. Individer som står til at blive udsat af deres lejlighed, hovedsageligt på grund af dårlig vedligeholdelse og gener for naboer.

5.2 Uddybelse af målgruppeafgrænsning

5.2.1 Generelt om målgruppen

Målgruppen for projektet er de mest isolerede sindslidende. En pejling om, hvordan man kan karakterisere disse mennesker findes i vejledningen til servicelovens § 99²⁸, også kendt som SKP- ordningen. Her kan man læse, at gruppen:

- Ikke gør eller ikke kan gøre brug af de allerede eksisterende tilbud.
- Ikke nødvendigvis har en psykiatrisk diagnose, dvs. isolation fra behandlingstilbud.
- Ikke nødvendigvis tidligere har haft kontakt med de sociale myndigheder.

I forbindelse med SKP-arbejdet har man igennem årene gjort sig nogle erfaringer omkring fælles karakteristika for de isolerede sindslidende. De opfattes ofte som enspændertyper og flere forhold kan ligge til grund for, at andre folk trækker sig væk fra dem. De kan fremstå aparte, sky, lugte og har ofte en anderledes døgnrytme, hvor de larmer på uacceptable tider af døgnet. Typisk ser man også en misligholdelse af deres bolig og ophobninger af affald, som kan medføre store lugtgener for naboer. Alt

²⁸ Vejledning nr. 2 til serviceloven (2011). Vejledning om hjælp og støtte efter serviceloven, VEJ nr. 13 af 14/02/2011, pkt. 85.

dette medfører, at folk helst undgår kontakt med den sindslidende, hvorved isolationen forstærkes. Målgruppen er også karakteriseret ved at have været syge i mange år, og mange har adskillige indlæggelser bag sig. Størstedelen er diagnosticeret med skizofreni. Hos en del sindslidende er isolationen kommet med årene, og hos andre ses tendensen til isolation allerede meget tidligt i sygdomsforløbet.

Hvem er så målgruppen i dette specialiseret initiativ? Som nævnt ovenfor er målgruppen for dette initiativ afgrænset ved:

- Sindslidelse
- Isolation
- Lever under uacceptable forhold
- Bor i egen bolig

Disse fire punkter uddybes nedenfor.

5.2.2 Sindslidelse

Hvad er sindslidelse? Et menneske kan være sindslidende uden at have en diagnose, ligesom et menneske kan have kræft uden, at det bliver diagnosticeret. Men hvad er sindslidelse egentligt? Hvordan afgrænser man målgruppen inden for sindslidende?

Typer af sindslidelse

Psykiatrifonden definerer sindslidelse således:

*Sindslidelser er psykiske sygdomme, der påvirker tanker, følelser og adfærd.*²⁹

Sygdomme (ikke kun psykiske sygdomme) grupperes efter symptomer og kilder til sygdomme (virus, bakterie, kræftceller, dårlige fungerende indre organer, osv.) og grupper af symptomer med bestemte kilder får et navn, som vi kalder for en diagnose. Man får kun en diagnose, når en læge (eller evt. psykolog) sætter navn på lidelsen.

I det sociale arbejde er medarbejdere bekendt med psykiatriske diagnoser, men det er ikke det, som driver arbejdet. Dog kan psykiatriens diagnoser bruges som et redskab til at beskrive og afgrænse målgruppen, og brug af diagnoser fremmer kommunikationen fagpersoner imellem.

Psykiske lidelser eller sindslidelser grupperes i otte grupper (WHO's ICD-10)³⁰.

Kognitive psykiske lidelser, inklusiv lidelser som følgesygdomme

Organiske lidelser er de psykiske lidelser, som nedsætter hjernens funktion især på det kognitive område, inklusive problemer med hukommelse og forvirring. Det kan være demens, Huntingtons sygdom, Parkinsons sygdom, eller andre personligheds- og adfærdsforstyrrelser forårsaget af sygdom, beskadigelse, eller dysfunktion i hjernen.

Misbrugsrelaterede psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser

Adfærds- og personlighedsforstyrrelser forårsaget af misbrug af psykoaktive stoffer, herunder alkohol, nikotin, opioider, benzodiazepiner, barbiturater, og koffein, m.fl.

²⁹ <http://www.psykiatrifonden.dk/default.asp?spid=2638&forumid=4>

³⁰ WHO ICD-10 - psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser
<http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>

Psykotiske lidelser

Disse lidelser forringer individets opfattelse af virkeligheden. Den mest kendte psykotiske lidelse er skizofreni, men mange andre typer af diagnoser kan give psykoser.

Følelsesmæssige (affektive) lidelser

Affektive lidelser påvirker individets følelsesliv. De kan give vedvarende tristhed eller følelser af eufori, inklusive depression, mani, bipolar, osv.

Angstlidelser (nervøse og stress-relaterede tilstande)

Angst er en følelse, som karakteriseres ved, at individet forventer fare eller ulykke samtidigt med, at de føler sig utilpas. Det kan være panikangst, tvangshandlinger og tvangstanker, fobier, og reaktioner på svær belastning og posttraumatiske stresstilstand.

Adfærdssyndromer tilknyttet fysiologiske dysfunktioner og fysiske faktorer

Gruppen omfatter en række tilstande, der ikke kan henføres til de andre grupper, såsom anoreksi, søvnforstyrrelser, og seksuel dysfunktion.

Adfærds- og personlighedsforstyrrelser i voksenlivet

Adfærds- og personlighedsforstyrrelser er vedvarende mønstre i adfærd og sindet, som er dysfunktionelle. Forstyrrelsen fører til, at individet oplever følelsesmæssigt oprør eller nød og har begrænsede handlemuligheder. Eksempler på adfærds- og personlighedsforstyrrelser er borderline, antisocial, pyromani og kleptomani.

Psykiske udviklingsforstyrrelser

Diagnosegruppen omfatter gennemgribende forstyrrelser, som begynder i barndommen og varer livet ud. Her kan der nævnes autisme, Aspergers syndrom, samt diverse indlærings- og sprogproblemer.

5.2.2.1 Andre psykiatriske diagnoser

Udover de ovenfor nævnte otte kategorier, er der to andre diagnoser, som kan påvirke målgruppen.

Den ene gruppe er *adfærds- og følelsesmæssige dysfunktioner, som starter i barndom og pubertet*. Denne gruppe omfatter ADHD og adfærdsforstyrrelser samt separationsangst og social angst i børn. Disse forstyrrelser kan være tilknyttet sindslidelser hos voksne, så de kan være en del af sygdomshistorien blandt målgruppen. Dog er det mest sandsynligt, at disse diagnoser ikke længere dominerer målgruppens profil.

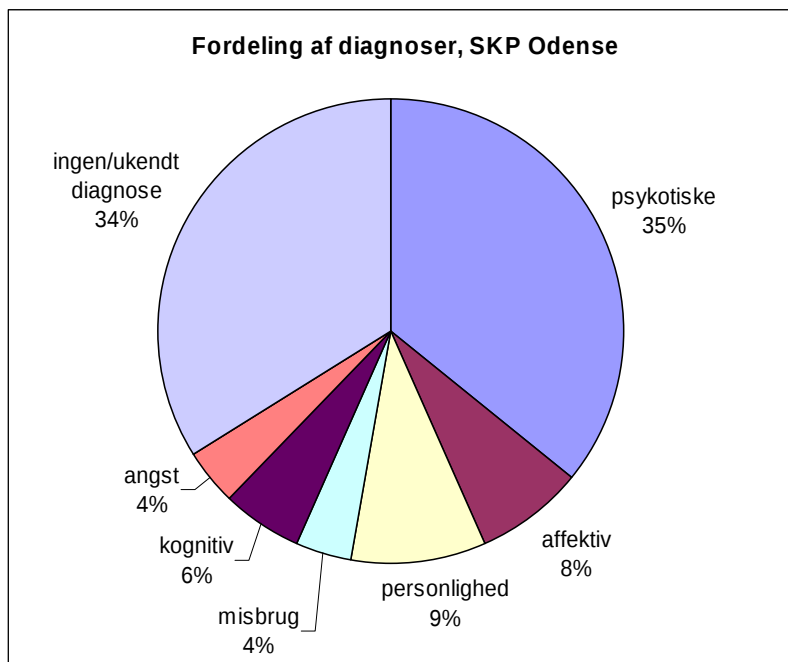
Den sidste diagnosegruppe er *mental retardering* eller *udviklingshæmning*. ICD-10 definerer mental retardering som

En tilstand af forsinket eller mangelfuld udvikling af evner og funktionsniveau, som normalt viser sig i løbet af barndommen, og som bidrager til det samlede intelligensniveau, dvs. de kognitive, sproglige, motoriske og sociale evner og færdigheder.

Arbejdsgruppen i Esbjerg gør opmærksom på, at udviklingshæmmede kan også være i målgruppen for den opsøgende indsats, men den sociale indsats over for denne del af målgruppen skal ske i samarbejde med eksperter i problemstillinger for målgruppen af udviklingshæmmede, dvs. medarbejder med erfaring på handicapområdet.

5.2.2.2 Sindslidelse hos isolerede sindslidende

Esbjerg Kommunes arbejdsgruppe kan genkende diagnose-profilen produceret af Odense Kommune i deres virksomhedsplan 2005³¹. Her gøres regnskab med, hvilke psykiatriske diagnoser, kommunens SKP-brugere har (§ 99). Det følgende er baseret på kommunens opgørelser.



Det viser sig i denne opgørelse, at mennesker uden diagnoser fylder stort set lige så meget i målgruppeprofilen som mennesker med psykotiske lidelser. Brugere uden diagnose, eller hvor diagnosen er ukendt, udgør 34 % af brugerne, mens 35 % af brugere har psykotiske diagnoser. Arbejdsgrupperne i Odense og Esbjerg erfarer, at mange af de brugere, som ikke har en diagnose alligevel lever med en ikke-diagnosticerede angstlidelse. Herudover har 9 % af brugerne personlighedsforstyrrelser, 8 % har affektive lidelser, 6 % har organiske kognitive forstyrrelser, og 4 % har hhv. misbrugsdiagnoser og angstdiagnoser.

5.2.2.3 Målgruppen for servicelovens bestemmelser

Når man i dette notat har brugt så meget plads til at beskrive forskellige type diagnoser, som kan findes i målgruppen er det vigtigt at understrege, at sociale tilbud ydet med udgangspunkt i serviceloven ikke er afhængig af en bestemt diagnose. Vejledning nr. 1 til serviceloven³² understreger, at det ikke er en diagnose, som udløser hjælp efter serviceloven, men at det er baseret på en individuel vurdering af borgerens funktionsniveau:

Det er ikke en konkret diagnose, der udløser ydelser efter serviceloven, men det er de behov for støtte, som den enkeltes nedsatte fysiske eller psykiske funktionsevne eller særlige sociale problemer afføder, der er udgangspunktet for vurderingen.

³¹ Årstallet er usikkert.

³² Vejledning nr. 1 til serviceloven (2011). Vejledning om hjælp og støtte efter serviceloven, VEJ nr. 12 af 14/02/2011, pkt. 9

Endvidere specificerer Vejledning nr. 2 til serviceloven³³ i forhold til støttekontaktpersonsordningen, at:

For så vidt angår sindslidende er målgruppen ikke snævert afgrænset til personer med egentlige psykiatriske diagnoser.

Arbejdsgruppernes konklusioner vedrørende sindslidelse:

Med baggrund i diskussioner om sindslidelse fra det ovenstående, har arbejdsgrupperne i Isbryderprojektet afgrænset målgruppen således i forhold til sindslidelse:

1. I forhold til projektets målgruppe betragtes individer, som har vanskeligheder med at søge og vedligeholde kontakt med andre mennesker begrundet med en nedsat evne til kontakt, som sindslidende.
2. Individer i målgruppen er eller kan være diagnosticeret på alle grupperinger fra ICD-10 (uddybes i målgruppenotatet), men det er især angst og psykotiske lidelser, som er fremtrædende i målgruppen. En diagnose er hverken et inklusionskriterium eller en målsætning for indsatsen. Dette gælder også i forhold til psykiatrisk behandling.
3. Målgruppen er kendetegnet ved at have komplekse problemer, og derfor er man ikke udelukket fra målgruppen på grund af problemer ud over sindslidelsen.
 - Individer i målgruppen kan have et rusmiddelmisbrug (alkohol, medicin, og/eller narkotika) kombineret med andre diagnosticerede eller ikke-diagnosticerede sindslidelser.
 - Individer i målgruppen kan også bære på fysiske eller psykiske handicap.

5.2.3 Isolation

I den traditionelle litteratur omkring sindslidelser er isolation eller en tendens hertil konstateret men ikke nærmere beskrevet. I praksis refererer social isolation til, at den sindslidende ikke er i stand til at benytte de sociale hjælpesystemer og samtidig ikke kan oprette eller opretholde konstruktive relationer i deres netværk – hverken private eller professionelle. Dette medfører, at de lever i ensomhed, uden den støtte de har brug for. *Isolation er en tilstand præget af negative forventninger til omverdenen og med sporadisk kontakt med andre mennesker, inklusiv familien.*

I udenlandsk litteratur om isolerede befolkningsgrupper, bestemmes isolationen ud fra både en manglende kontakt til centrale delsystemer i samfundet (familie, beskæftigelse, politik, økonomi) og en subjektiv oplevelse af ensomhed eller et ønske om kontakt/deltagelse i fællesskabets muligheder. Nogle af de steder, mennesker med sindslidelse kunne tænkes at opleve kontakt eller blive isoleret fra, er:

- Venner/ligesindede
- Kæreste/sexuelt liv
- Familie
- Kollegaer/arbejdspladsen

³³ Vejledning nr. 2 til serviceloven (2011). Vejledning om hjælp og støtte efter serviceloven, VEJ nr. 12 af 14/02/2011, pkt. 85

- Kulturelle tilbud og foreninger
- Uddannelse, folkeoplysning osv.
- Markedspladsen (indkøbsmuligheder, serviceydelser)
- Sundhedssektoren (praktiserende læge, behandlingstilbud i bred forstand)
- Professionelle (på sundheds- og socialområdet)

Isolation giver ikke kun negative følelser af ensomhed. Social isolation har vist sig at have stor negativ påvirkning på menneskets helbred, med en stærkere statistisk relation til dødelighed end rygningens relation til samme.

I forhold til målgruppen og isolation, kan Socialstyrelsens tilgang til socialt udsathed være relevant at tage op.

5.2.3.1 Social udsathed

Socialstyrelsens tilgang til udsathed er:

Socialt udsatte er mennesker, der er i en livssituation og har en fremtidsudsigt, som er vanskelig at styre til egen fordel – en situation, der medfører, at det enkelte menneske er i en overhængende risiko for decideret udstødelse. De risikofremmende faktorer i et menneskes livssituation består bl.a. af:

- *Omfattende afkobling fra centrale delsystemer f.eks. arbejde/økonomi, politik, familie.*
- *Begrænset evne til eller mulighed for selvbestemmelse og styring af eget livsforløb.*
- *At blive tillagt negative kulturelle karakteristika, som kan indebære en risiko for stigmatisering.*
- *Begrænset adgang til social anerkendelse.*

Socialt udsatte mennesker, som f.eks. mennesker med sindslidelse befinder sig på spektret mellem socialt inkluderede og socialt udstødte mennesker. Dette kan illustreres på følgende måde:

Socialt inkluderede	Socialt sårbare	Socialt udsatte	Socialt udstødte
---------------------	-----------------	-----------------	------------------

På den yderste ende af spektret befinder de socialt udstødte sig. Forskellen mellem udsathed og udstødelse er et spørgsmål om grad. Den socialt udsatte person befinder sig i randen af samfundet og har stadig interaktioner med et eller flere delsystemer, om end sandsynligvis i lav grad. Det socialt udstødte individ er på en mere længerevarende og omfattende måde afkoblet fra de centrale delsystemer end den socialt udsatte.

For den udstødte (eller isolerede) har den negative og selvforstærkende proces omkring marginaliseringen og afvisningen fra det omkringliggende samfund sat sig stærkt igennem, både rent praktisk og i forhold til egen selvforståelse. For mennesker med sindslidelse betyder det f.eks., at den afvigende adfærd gør, at andre mennesker trækker sig væk fra dem i uvidenhed og afmagt. Det sindslidende menneske oplever at blive behandlet anderledes, får (eller får underbygget) negative forventninger til andre mennesker og trækker sig derfor væk fra sociale sammenhænge. Det bliver en selvforstærkende proces.

I den modsatte ende af spektret er de socialt inkluderede. Det er ikke en homogen gruppe, men spænder over et stort spektrum, der dog samlet set befinder sig inden for det kulturelt legitime område. De socialt integrerede grupper har gennem længere tid været solidt tilkøbt et eller flere af de centrale delsystemer i samfundet. De har med andre ord tilstrækkelig kapital og ressourcer til at kunne forvalte deres liv og deltager anerkendelsesværdigt i de samfundsmæssige fællesskaber.

De socialt sårbare grupper ligger i yderkanten af de socialt integreredes felt. De er endnu ikke aktivt indrullet i den selvforstærkende marginaliseringsproces, men deres livssituation indeholder en række skrøbeligheder, som i kombination med yderligere negative omstændigheder risikerer at tippe balancen. Hvor de socialt udsatte befinder sig i en livssituation med overhængende *fare* for udstødelse, har de socialt sårbare en *risiko* for at blive udstødt. Endnu bevarer de en situation, hvor livsforløbet kan forvaltes konstruktivt, men modstandskraften mod yderligere belastninger er lille.

Arbejdsgruppernes konklusioner vedrørende isolation:

Med baggrund i diskussioner om sindslidelse fra det ovenstående, har arbejdsgrupperne i Isbryderprojektet afgrænset målgruppen således i forhold til isolation:

1. Individer, som ikke gør eller ikke kan gøre brug af de allerede eksisterende tilbud, er i fokus i målgruppeafgrænsningen.
2. Personer med ingen eller et begrænset antal af kontakter til andre mennesker er betragtet som isolerede i forhold til projektets målgruppe.
3. Målgruppens eventuelle kontakter til andre mennesker kan beskrives som negative eller uværdige i karakter. Det vil sige, at en tilsyneladende stor kontakt til andre mennesker ikke udelukker en person fra målgruppen, hvis karakteren af denne kontakt er meget negativ.
4. Det gælder også, at individet kan beskrives som psykisk isoleret og omfattet af målgruppen, når eventuelle kontakter til andre mennesker er meget overfladiske, selvom de omgås andre mennesker (f.eks. på et værested).

5.2.4 Uacceptable forhold

En vurdering af, hvornår et menneske lever under uacceptable forhold, vil altid blive en subjektiv vurdering, ud fra samfundets normer. Set igennem det danske samfunds briller kan dette være tilfældet, hvis den sindslidende ikke længere er i stand til at varetage basale opgaver som rengøring og hygiejne, og hvor leveforholdene ligefrem kan blive sundhedsskadelige.

Nogle af de forhold, som medarbejderne kan opleve i målgruppens hjem, udover brugerens dårlige personlige hygiejne kan være:

- Bjerger af forsømt opvask og madrester
- Dynger af uvasket vasketøj, herunder sengelinned
- Ophobet affald—efter måneder eller år
- Aviser, m.m. stablet til loftet
- Ubestemte lugtgener
- Afføring fra menneske og/eller kæledyr
- "Liv i sengen", f.eks. rotter, maddiker eller andre dyr

Der forefindes kun i begrænset omfang litteratur om denne målgruppe, og det må vurderes at være en relevant del af projektet, nærmere at kunne kortlægge en profil af denne. Således vil det bl.a. være relevant at undersøge, hvordan og hvorfor denne målgruppe adskiller sig fra andre isolerede sindslidende med hensyn til "uværdige", "usle", "umenneskelige" eller "uacceptable" forhold. Samtidig er det vigtigt at få undersøgt målgruppens behov, således at kommunerne kan vejledes i hvilken støtte, der kan tilbydes, og hvordan denne gruppe af sindslidende kan blive en mere integreret del af samfundet.

Arbejdsgruppernes konklusioner vedrørende uacceptable forhold:

Med baggrund i diskussioner om sindslidelse fra det ovenstående, har arbejdsgrupperne i Isbryderprojektet afgrænset målgruppen således i forhold til uacceptable forhold:

1. Individer, som oplever forholdene i eget hjem som usle eller uønskede, men på grund af sygdom ikke selv evner at ændre på tilstanden er omfattet af målgruppen. Situationen kan opleves som forpint eller lidelsesfyldt.
2. Målgruppen omfatter også individer, hvor det gælder, at forholdene i hjemmet er umiddelbare sundhedsfarlige eller udgør anden umiddelbar fare for bofæller, naboer og/eller professionelle med arbejds gange i hjemmet.

5.2.5 Egen bolig

Udover at være isolerede og sindslidende, er målgruppen karakteriseret ved at bo i egen bolig. Men hvor går grænsen her? I den vejledning til servicelovens bilag 1 fra 2006³⁴, som Isbryderprojektet ved projektets start tog udgangspunkt i, blev hjemløshed defineret således:

På baggrund af eksisterende forskning og andre undersøgelser om hjemløshed kan gruppen af hjemløse i bred forstand inddeles i følgende grupper:

– Personer, der har svært ved at tilpasse sig samfundets muligheder og begrænsninger, og som ikke har nogen bolig. Det er personer, der er reelt boligløse, og som ofte er synlige som brugere af botilbud for hjemløse. Det kan også være potentielt udstødelsestruede og hjemløse, der bor hos familie, venner eller bekendte, ligesom det kan være personer (»dobbelt udstødte«), som ikke kan eller vil bruge de eksisterende tilbud, og som det ofte er vanskeligt at komme i kontakt med. Sidstnævnte gruppe bruger sædvanligvis ikke eller kun i begrænset omfang de eksisterende tilbud og lever ofte på gaden.

– Personer, der har et hjem, der ikke er stabilt, med alt hvad dette indbefatter med hensyn til at have et familieliv, arbejde og et udbygget socialt netværk. Denne gruppe kan således som følge af tunge sociale problemer ikke fungere i egen bolig uden hjælp.

– Personer, der er hjemløse, har ofte andre problemer end boligproblemet, som f.eks. problemer med misbrug, kriminalitet, psykiske lidelser, problemer i forbindelse med vold i hjemmet m.m. Hjemløse i bred eller moderne forstand er således en meget uensartet gruppe, hvor den enkeltes problemer ofte er komplekse.

Gruppen af hjemløse omfatter således både:

- 1) Personer, med særlige sociale problemer, som ikke har egen bolig.
- 2) Personer, med særlige problemer, som ikke kan klare at bo i egen bolig - de såkaldt funktionelt hjemløse.

Det er altså de sociale problemer, der er i centrum, når hjemløshed defineres lovgivningsmæssigt. Det er ikke kun et spørgsmål om at stå uden bolig, der skal også foreligge tunge sociale problemer. Man behøver

³⁴ Vejledning nr. 1 til serviceloven, bilag 1 (2006). VEJ nr. 93 af 5/12/2006.

faktisk ikke engang at mangle en bolig. En del hjemløse på herberger og forsorgshjem har rent faktisk en bolig, men de er ude af stand til at bo i den på grund af angst, ensomhed, misbrug o.l.

Socialstyrelsen anvender på grundlag af ovenstående følgende definition af hjemløse:

"Hjemløse er mennesker, der konkret står uden bolig. Men hjemløse kan også være mennesker, der af forskellige grunde ikke magter eller kan holde ud at bruge den bolig, de har, som deres hjem. Det kan dreje sig om f.eks. alkohol- og stofmisbrugere, flygtninge, unge rodløse og mennesker, der har været udsat for vold af deres partner. Hjemløshed er således andet og mere end boligløshed og er ofte forbundet med andre sociale problemer."

Den europæiske organisation FEANTSA's hjemløshedsskala er brugbar i en vurdering af sårbare og marginaliserede gruppers udstødningsrisici. FEANTSA opfatter hjemløshed som et boligproblem, hvor der lægges vægt på tre forhold ved problemets afgrænsning:

- 1) Har man et sted at bo som er egnet til beboelse?
- 2) Har man en juridisk sikring ved, at man ejer boligen eller har en lejekontrakt?
- 3) Er der mulighed for at have et privat socialt liv?

Ved at kombinere disse tre kategorier opnås en skala med fem trin:

- 1) De gadehjemløse har hverken tag over hovedet eller mulighed for privatliv – og selvfølgelig heller ikke en lejekontrakt.
- 2) Brugere af herberger og forsorgshjem, krisecentre for voldsramte kvinder m.fl. Kategorien omfatter også personer i fængsel eller på hospital, som ikke har nogen bolig at blive udskrevet til.
- 3) Personer med en usikker og utilstrækkelig boligsituation. Det kan f.eks. være husbesættere eller personer på discounthoteller.
- 4) Bred gruppe som omfatter bl.a. at bo hos venner og familie eller til fremleje.
- 5) Personer med fysisk utilstrækkelig boliger men med en sikker juridisk ret.

Definitionen åbner mulighed for at se på nogle andre grupper end de mere traditionelt hjemløse. Især må det antages, at der i Danmark er en ganske stor gruppe af personer, som tilhører kategori 4, som cirkulerer mellem forskellige former for midlertidige boliger f.eks. ved at bo hos familie, hos en kæreste, hos venner og bekendte, at bo til fremleje o.l. Det midlertidige i boligsituation indebærer en øget risiko for yderligere marginalisering, og i nogle tilfælde fører den til egentlig hjemløshed med det samme.

Arbejdsgruppernes konklusioner vedr. egen bolig:

Med baggrund i diskussioner om sindslidelse fra det ovenstående, har arbejdsgrupperne i Isbryderprojektet afgrænset målgruppen således i forhold til egen bolig:

1. Målgruppen kan bo i alle boligformer, men erfaringsmæssigt bor de hovedsageligt i almennyttige boliger og skæve huse.
2. Individer, som har egen bolig men ikke evner at bo i boligen, f.eks. på grund af elendige forhold er omfattet af målgruppen. Denne "funktionelt hjemløshed" er et symptom på individets psykiske tilstand.
3. Individer, som står for at blive udsatte af deres lejlighed, hovedsageligt på grund af dårlig vedligeholdelse og gener for naboer er omfattet af målgruppen.

6 Om isolation – et sammendrag af rapporten 'Psykisk syg og isoleret'³⁵

Rapporten 'Psykisk syg og isoleret' af Ole Traun Larsen og Birgitte Bjerregaard Nielsen er udarbejdet som en delrapport i praksisforskningsprojektet *Rummelighed i Bostøtte* (RUMBO), på baggrund af SKP-arbejdet i Odense. Formålet med rapporten var at udforske fænomenet isolation, som ifølge rapporten defineres:

Isolation er en tilstand præget af negative forventninger til omverdenen og med sporadisk kontakt med andre mennesker, inklusive familien.

For at kunne bryde isolationen, er det essentielt at forstå, hvilken betydning og årsager isolationen har for den isolerede person, og derfor er det relevant at få udforsket de problemstillinger, der er omkring isolationen.

Målgruppen for undersøgelsen var de mest isolerede sindslidende. I forbindelse med SKP-arbejdet har man igennem årene gjort sig nogle erfaringer omkring fælles karakteristika for de isolerede sindslidende. De opfattes ofte som enspændertyper, og flere forhold kan ligge til grund for, at andre folk trækker sig væk fra dem. De kan fremstå aparte, sky, lugte og har ofte en anderledes døgnrytme, hvor de larmer på uacceptable tider af døgnet. Typisk ser man også en misligholdelse af deres bolig og ophobninger af affald kan medføre store lugtgener for naboer. Alt dette medfører, at folk helst undgår kontakt med den sindslidende, hvorved isolationen forstærkes. Målgruppen er også karakteriseret ved at have været syge i mange år, og mange har adskillige indlæggelser bag sig. Størstedelen er diagnosticeret med skizofreni. Hos en del sindslidende er isolationen kommet med årene, og hos andre ses tendensen til isolation allerede meget tidligt i sygdomsforløbet.

Nogle af de observationer, der har ligget til grund for forskningsspørgsmålene, har bl.a. været, "at det er en gruppe mennesker, som lever og overlever, men ikke gør meget opmærksom på sig selv. Det er den gruppe, hvor der ses nogle meget lange forløb, og som er svære at flytte, set i forhold til den situation, de sidder i og har siddet i i årevis. Ved denne gruppe gør sig gældende, at isolationen ikke er nogen entydig størrelse, men er til stede i disse menneskers liv, og den bliver "brugt" meget forskelligt." En anden observation er sket i forbindelse med litteratursøgningen, hvor man erfarede, at i den traditionelle litteratur omkring sindslidelser er isolation eller isolationstendens konstateret men ikke nærmere beskrevet.

Rapportens forskningsspørgsmål:

1. Kan der have været forhold i opvæksten, som har haft betydning for udviklingen af isolation?
2. Hvilke elementer i dagligdagen fastholder personen i isolationen?
3. Hvordan kan fænomenet isolation afklares hos den enkelte med hensyn til, hvilken betydning den har for vedkommende, og hvordan han/hun selv opfatter den og lever med den?

Idet forskningsspørgsmålene kredsede en del om selve udviklingen af isolation, valgte man at lave livshistoriefortællinger, hvor tre personer fortalte deres historie fra den tidlige barndom indtil nu, for at kunne spore isolationen tilbage til sin oprindelse (Embedded casestudier). I studiet stødte man på det problem, at man helst ønskede at interviewe de værst stillede og mest isolerede brugere af SKP-ordningen, men disse personer ønskede derimod ikke at deltage. Derfor måtte man vælge brugere, som nok var svært sindslidende og isolerede men stadig kunne motiveres til at deltage.

De hypoteser studiet skulle teste var som følger:

³⁵ Brugt med tilladelse fra forfatterne. Rapporten kan downloades fra: <http://knudramian.pbworks.com/f/Odense.pdf>

- a. Personen er vokset op i en familie med begrænsede følelsesmæssige ressourcer. Dvs. at børnene i familien ikke har fået den psykiske omsorg de havde behov for – fordi der var noget andet, der fyldte for meget, eller fordi der ikke var noget overskud at give af.
- b. Personen havde en følelse af utryghed i barndommen.
- c. Personen har ikke oplevet nærhed til forældrene.
- d. Skoletiden var præget af mangel på kammeratskaber.
- e. Personen har aldrig haft et tilhørsforhold til en gruppe af andre unge.
- f. Personen har kun haft få og ofte mislykkede forsøg på kæresteforhold.
- g. Personen har ikke haft stabile arbejdsforløb og/eller uddannelsesforløb efter folkeskolen.
- h. Sygdommen debuterede oftest i puberteten eller den tidlige ungdom.
- i. Personen har indrettet sig med et liv med et minimum af sociale kontakter.
- j. Personen har en ujævn døgnrytme, hvor meget af dagen går med at sove.
- k. Indkøb foregår i nærmeste, mindre døgnbutik eller lignende.
- l. Personen har svært ved at klare rengøring og oprydning i lejligheden.
- m. Personerne har oftest ikke kontakt til deres familie.
- n. Personerne lever her og nu og gør sig ikke store tanker om fremtiden.
- o. Personerne har både drømme og ønsker for fremtiden, men magter ikke at realisere dem.

I forhold til hypoteserne fandt man helt gennemgående i de tre cases, at barndommen har været præget af utryghed, og at personen var vokset op i en familie med begrænsede følelsesmæssige ressourcer. Bl.a. var opdragelsesstilen meget autoritær i alle barndomshjem og ligeledes uforudsigelig. Der har også været mangel på nærhed til forældrene (dog i den ene case gjaldt dette kun i forholdet til faderen). Et andet gennemgående træk for barndommen og ungdommen har været manglen på kammeratskaber, og hvis de havde nogle venner, havde de dem aldrig med hjemme efter skole. Dette skyldes i to cases forbud fra faderens side, og i den anden case fordi personen var flov over sit hjem. En anden hypotese, der bekræftes i alle cases, er hypotese m. Ingen af casene har rigtigt et forhold til deres familiemedlemmer, og hvis de har, er det som oftest en belastning for dem. I forhold til de andre hypoteser (e, f, g, h, i, j, k, l, n, o) er billedet anderledes varierende, men alle hypoteser bliver bekræftet i mindst en af casene. Det vil sige, at de muligvis kan relateres til isolationen men ikke nødvendigvis.

Isolationens betydning i de forskellige cases

1. I den første case var personen igennem hele sin barndom betydeligt påvirket af moderens alvorlige psykiske sygdom. Dette har medført *"at hun ikke har haft en mulighed for at opbygge en basal tryghed og tillid til sig selv og andre, hvilket kan være en medvirkende årsag til den angst, som plager hende i dag, og som gør det så svært for hende at være sammen med andre"*. På grund af moderens sygdom føler hun i dag et stort ansvar over for andre folk, som har det psykisk dårligt og bruger al sin energi på at fornemme, hvordan de har det rent psykisk. Ofte registrerer hun angst hos andre, hvilket igen medfører, at hun selv bliver angst og derfor undgår kontakt. *"I dette tilfælde betyder isolation et forsvar mod angst, en beskyttelse imod at føle sig invaderet af andres psykiske problemer, reelle eller ej."*
2. I den anden case var barndommen præget af mange forbud og begrænsninger. Det var en familie, hvor man ikke talte meget sammen, man viste ikke følelser, og der var ikke megen nærhed. Det var ikke velset, at hun havde kammerater med hjem, eller at hun besøgte dem, hvilket med tiden medførte, at hun udviklede sig til at blive en, der var udenfor. Hverdagen var i barndommen, og er fortsat i dag, uden glæde, varme og gejst. Hun har stort set kun oplevet nederlag, hver gang hun har vovet sig uden for de hjemlige rammer, såvel mht. skole, kæreste og job. Disse erfaringer har medført, at hun i dag stort set vælger kontakten fra. *"I dette tilfælde betyder isolationen en fastholdelse af det kendte, sikre og trygge"*.
3. I den sidste case var barndommen præget af vold, terror og utryghed, både fysisk og psykisk. Stemningen i hjemmet var trykket, fordi børnene og moderen var bange for at vække faderens vrede. Dette har medført, at hun aldrig har fået opbygget en basal tryghed i forhold til andre

mennesker. *"Samtidig er hun, formentlig pga. sine dårlige erfaringer med faderens vrede, blevet ude af stand til at håndtere sin egen vrede"* Når hun i dag bliver vred, reagerer hun ved at få det dårligt psykisk, hvor hun så trækker sig fra kontakten med andre mennesker, ofte i meget lang tid. Personens mor var den som gav hende tryghed, men formåede alligevel ikke at beskytte børnene mod faderens vrede, og dette svigt præger stadig deres forhold, således at hun har meget svært ved at udholde kontakt med moderen, samtidig med at hun gerne vil hende det godt. *"I dette tilfælde betyder isolationen at passe på sig selv."*

Svar på forskningsspørgsmålene

Kan der have været forhold i opvæksten, der har haft betydning for udviklingen af isolation?

Undersøgelsen antyder, at isolationen i de tre cases ikke bare er af meget forskellig karakter, men også tilsyneladende har sin rod langt tilbage i deres tilværelse.

I litteraturen fandt forfatterne af rapporten en udviklingsteori, som understøttede deres fund. *"De indre forestillinger, barnet udvikler om omverdenen, vil være farvet af erfaringer, barnet har gjort i det første leveår – denne proces er altså vigtig for, om barnet går videre i sin udvikling med et indtryk af verden, som et trygt og positivt eller et farligt og negativt sted at være. Det er allerede i denne tidlige alder, at barnets grundlæggende tryghed – "basic trust" – udvikles. Bliver denne basale tillid ikke etableret – eller i hvert fald kun i ringere grad – vil resultatet være, at et betydningsfuldt fundament for barnets senere udvikling ikke bliver særligt stabilt."* Det er naturligvis ikke ud fra undersøgelsens oplysninger muligt at vurdere, om personerne er blevet svigtet i de første leveår, men grundet fortællingerne om deres senere barndom, er det svært at forestille sig, at denne basale tillid har kunnet udvikle sig optimalt. Dette kan være en af årsagerne til, at et menneske udvikler en trækkesig-ind-i-sig-selv og en mangel på sociale færdigheder og forståelse af den verden, der omgiver dem, som dermed muligvis kan forklare, at disse mennesker bliver nødt til at undgå kontakt med andre.

Hvilke elementer i dagligdagen fastholder klienten i isolationen?

Dels kan personens fysiske fremtoning fastholde dem i isolationen, idet den i nogle tilfælde kan afholde andre mennesker fra at tage kontakt til dem. Deres udstråling vil ofte også være afvisende, og der vil almindeligvis ikke være nogen invitation til samtale. Idet de ikke (i hvert fald ikke ret længe ad gangen) kan klare nærhed og kontakt, tilbringer de megen tid i deres bolig og møder derfor ikke ret mange mennesker og får heller ikke vedligeholdt de kontakter, der har været. Dette bliver til en selvforstærkende proces. I nogle tilfælde ses et ambivalent forhold til kontakten med andre mennesker. På den ene side har de en længsel efter et tæt forhold, men på den anden side bliver de angste og trækker sig tilbage, når de endelig kommer tæt på. Det gælder for dem om at finde en balancegang mellem nærhed og distance. Andre gange virker de tilsyneladende tilfredse med det isolerede liv.

Hvordan kan fænomenet isolation afklares hos den enkelte med hensyn til, hvilken betydning den har for vedkommende, og hvordan han/hun selv opfatter den og lever med den?

Forfatterne konkluderer at livshistoriefortællingerne er et meget vigtigt redskab i opklaringsarbejdet omkring fænomenet isolation. De har opnået en forståelse af, at isolation ikke betyder det samme for forskellige mennesker. Der kan være en overvægt af tomhed, angst eller kaos, og isolationen kan være noget, man lever i – enten fordi det nu engang er sådan, at det forholder sig, eller at det er en hule, man trækker sig ind i for at beskytte sig mod omverdenen. Det er altså meget vigtigt at undersøge til bunds, hvad isolationen betyder for den enkelte, for ellers kan man risikere at handle hen over hovedet på vedkommende, som jo heller ikke selv sidder inde med et klart svar på disse spørgsmål.

7 Evalueringsdesign

Formålet med Isbryderprojektet har været, at den enkelte borger, efter implementeringen af metoderne fra metodeudviklingsprojektet, skulle have større mulighed for at opnå en forbedret livskvalitet via de offentlige tilbud, da der skulle være større opmærksomhed på deres problemstillinger samt en bedre og mere integreret indsats, som sigter mod at finde frem til dem, at skabe en god kontakt, og at sikre det tværsektorielle samarbejde omkring den enkelte sag. Det skulle endvidere føre til, at den enkelte har mindre sandsynlighed for at falde imellem to stole i forhold til den opfølgende og forebyggende indsats - dvs., at den enkelte sandsynligvis vil have mindre risiko for en tilværelse, hvor han eller hun er isoleret i en sådan grad, at han eller hun lever under umenneskelige forhold.

Isbryderprojektet tager udgangspunkt i metodeudvikling og derfor har fokus ikke været på at afprøve, om den ene metode virker bedre end den anden. Det ville kræve et randomiseret kontrolforsøg, hvilket ikke er muligt at foretage, inden metoderne er færdigudviklede, og man kan være sikker på, at de er implementeret og kontrolleret. Fokus har derimod været på at teste, om der sker resultater. Herunder har en vigtig del af evalueringen haft fokus på at producere viden om målgruppen, herunder at finde frem til, om og eventuelt hvordan Isbrydermålgruppen skiller sig ud fra den øvrige målgruppe for SKP-ordningen.

7.1 En integreret virkningsevaluering

I forbindelse med udmøntning af satspuljens initiativ om en styrket indsats overfor isolerede sindslidende som bor i egen bolig under uacceptable forhold, vil evalueringen af initiativet foregå som en integreret virkningsevaluering, hvor Socialstyrelsen indsamler og analyserer data vedrørende effekt og erfaringer fra arbejdet i de tre projektkommuner.

En virkningsevaluering søger et svar på effektspørgsmålet, om hvorvidt opnåede resultater er forårsaget af den gennemførte indsats. Virkningsevalueringen tester en programteori (eller logisk model, forandringsteori) samtidig med, at den søger at afdække mulige moderatorer, det vil sige mellemkommende, bagvedliggende, og ekstravariabler, som kan påvirke effekten. En virkningsevaluering svarer på spørgsmålet: Hvad virker for hvem, hvordan, hvornår og under hvilke betingelser.

Ved at gennemføre en virkningsevaluering i forbindelse med initiativet, vil man sikre et kvalificeret og nuanceret evalueringsresultat, som kan kvalificere den politiske beslutningsproces med reference til fremtidige initiativer, evt. udmøntning af større projektpuljer på området.

En sidegevinst ved at benytte sig af denne evalueringsform vil være, at de deltagende kommuners evalueringskapacitet forøges, da deres medvirken til udviklingen af programteorier på egen praksis vil give dem kompetencer i forhold til det fremtidige dokumentations- og evalueringsarbejde. Disse kommuner vil også opleve at blive mere fortrolige med dette arbejdsværktøj.

7.2 Evalueringsopskriften

Peter Dahler-Larsen giver i bogen *Nye Veje i Evaluering* en opskrift for en virkningsevaluering. Den nuværende evaluering tager udgangspunkt i denne tilgang. Nedenfor opridses denne i hovedtræk.

En virkningsevaluering består af syv trin:

1. Stille evalueringsspørgsmålet/spørgsmålene.
2. Finde kilder til programteorien.
3. Opstille programteorien.

4. Gøre programteorien klar til evaluering.
5. Vælge metoder.
6. Indsamle data
7. Analysere og konkludere.

I forhold til den nuværende evaluering, vil disse syv trin gennemgås i to (evt. tre) niveauer. Det første niveau er på puljeniveau, hvor effekter af hele initiativet vurderes. Det andet niveau er på den enkelte indsats, dvs. om udviklingen af de konkrete metoder i afgrænsede kommuner. Det tredje niveau, man vil forsøge at måle effekter på, er på individniveauet—den enkelte isolerede sindslidende. Hovedsageligt vil fokus i evalueringen målrettes puljeniveauet, men det er meningen, at der vil være vidererækkende udbytte af evalueringen, som kan berige praksis og viden i de enkelte kommuner. Nogle af effekterne på kommuneniveauet vil dog også være vigtige på puljeniveau, ligeledes evt. effekter på individniveauet.

I forhold til puljeniveauet, har Socialstyrelsen gennemgået de første fem trin. Det følgende afsnit præsenterer disse trin. I forhold til de andre niveauer, vil en del af evalueringen handle om at beskrive indsatsen i hver kommune med udgangspunkt i ledelsens/medarbejdernes egne programteorier og de metoder, disse programteorier kan give anledning til. I forbindelse med udviklingsarbejdet vil der i alle tre kommuner arbejdes med de syv trin i virkningsevalueringen.

7.2.1 Evalueringsspørgsmålet:

Evalueringsspørgsmålet på puljeniveau er følgende:

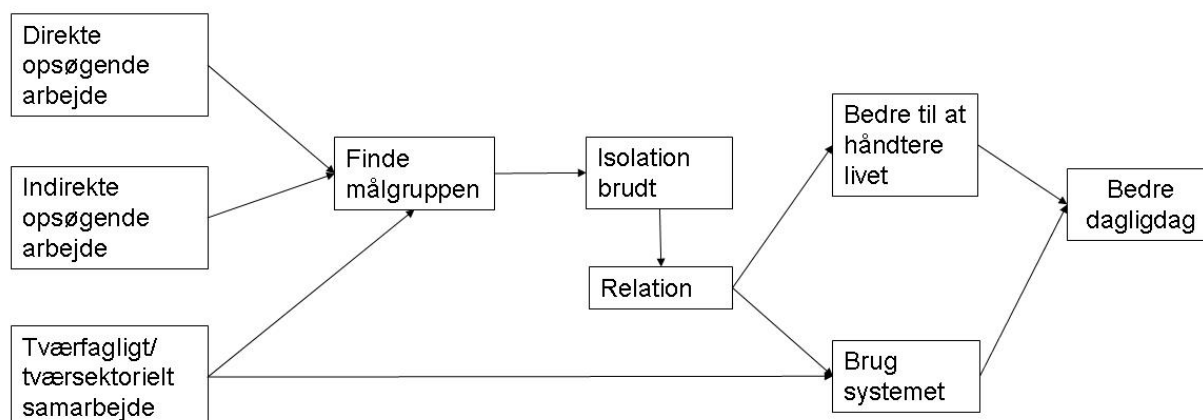
- Er indsatsen overfor de mest isolerede sindslidende styrket via metodeudviklingsprojektet?

En styrkelse af indsatsen operationaliseres således:

- Er der en større fokus på målgruppen i kommunerne?
- Er der en styrket indsats i forhold til opsporing og tidlig indsats?
- Er der en styrket indsats i forhold til skabelse af kontakt til de sindslidende?
- Er samarbejdet på tværs af sektorer blevet styrket?
- Er der opnået en større viden om målgruppen?

Gennem projektudviklingsprocessen nåede arbejdsgrupperne sammen med Socialstyrelsen frem til en forandringsteori for indsatsen, som skulle afprøves i Isbryderprojektet, som støtte til metodeudviklingen og som dokumentation på indsatsens evne til at nå målgruppen og skabe en forandring for den enkelte borger. Denne forandringsteori er udgangspunkt for evalueringen.

Forandringsteori for Isbryderprojektets evaluering



Forandringsteorien ovenfor er en forsimplet teori baseret på projektbeskrivelser og forandringsteorier udarbejdet i kommunernes arbejdsgrupper. Den del af evalueringen, som har testet denne teori er baseret på statistiske analyser af data indhentet via indberetninger, som beskrevet ovenfor.

Implementeringen af Isbryderprojektets udviklede metoder har naturligvis været påvirket af den organisation, metoderne skulle implementeres i. Der er i Isbryderprojektet valgt et evalueringsdesign, som både har fokus på, hvad der virker, men også hvilke forhold som kunne have påvirket implementeringen og derved resultaterne for brugerne. Derudover er der i Isbryderprojektet en forventning om, at metodeudviklingen vil påvirke praksis, dvs., at kommunerne bliver bedre til at opsøge og skabe kontakt til målgruppen samt til at samarbejde på tværs af faglige og sektorielle grænser.

For at indsamle de data, som skulle bruges til dette evalueringsdesign, er der brugt følgende metoder:

- Interviews
- Kvalitativ desk research
- Indberetninger og statistiske analyser
- Case beskrivelser

Evalueringens metoder beskrives nedenfor.

7.2.2 Interview

I begyndelsen af projektet udførte Socialstyrelsen en række interviews med deltagerne i arbejdsgrupperne. I disse interviews spurgte Socialstyrelsen ind til indsatsens metoder, værdier, og organisering. Herudover blev der spurgt ind til kendskab til lovgivningen. Formålet var:

- At danne baggrund for virkningsevaluering ved at få et billede af organisationen.
- At undersøge, hvilke metoder der var i brug i kommunerne samt, hvilke metoder der var brug for at udvikle.
- Finde frem til de fagligt interessante resultater, frontpersonalet bestræber sig på at opnå.

I projektets afslutning blev interviewrunden gentaget, således at ovenstående spørgsmål igen blev stillet interviewpersonerne. Svarene blev sammenlignet og er baggrund for beskrivelser og analyser. Derudover blev der ved den afsluttende interviewrunde spurgt til, hvilke resultater Isbryderprojektet har skabt for indsatsen og organisationen generelt.

De fleste af resultaterne fra disse interviews præsenteres i denne del af evalueringsrapporten, med fokus på organisering. Dog er der nogle resultater, som har relevans for resultaterne på brugerniveauet. Resultaterne blev løbende inddraget gennem rapporten for at underbygge de øvrige resultater.

7.2.3 Kvalitativ desk research

Udover interviews, blev skriftligt og elektronisk materiale om hver kommunes organisering og indsats indsamlet, herunder handleplaner, resultatkontrakter, budgetter, sundhedsaftaler, hjemmesider, m.v. Interviews og desk research blev samlet i kommunebeskrivelser både i 2008 og i 2010 med henblik på at vise forandringer i kommunen over tid.

Organisationsændringer kan både påvirke resultaterne af Isbryderprojektets metodeudvikling og være resultat af Isbryderprojektets udvikling af kommunernes indsats.

7.3 Indberetninger

SKP-medarbejdere udfyldte indberetningsskemaer for hver SKP-kontaktforløb via internettet hver måned i projektets forløb, gældende brugerforløb, som var i gang fra den 1. august 2008 til og med den 30. juni 2010. Indberetninger var anonymiseret, således at SKP-medarbejderen selv fandt på et kaldenavn for hver bruger, de forsøgte at tage kontakt til eller havde et kontaktforløb med.

Indberetningsskemaet i Isbryderprojektet er opbygget med udgangspunkt i skemaer udviklet i forbindelse med Socialstyrelsens Lovovervågning af Støtte- og kontaktpersonordningen 2007-2009³⁶. Dette valg blev truffet med henblik på at sikre et grundlag for at sammenligne med nationale resultater samt at lette indberetningsprocessen for deltagere fra Københavns Kommune, som skulle indberette til lovovervågningen. Spørgsmål udarbejdet på baggrund af forandringsteoriworkshops og kommunernes individuelle projektbeskrivelse blev endvidere tilføjet Isbryderprojektets indberetningsskema. Skemaet blev drøftet og godkendt af arbejdsgrupperne i forbindelse med et netværksmøde.

I de månedlige indberetninger blev SKP-medarbejderne bedt om at svare på kontaktfokus og tidsforbrug i pågældende måned. Derudover blev de bedt om at svare på spørgsmål vedrørende borgerens psykiske tilstand, boligforhold, netværk og livskvalitet, både ved kontaktforløbets start og afslutning samt hver fjerde måned fra kontaktstarten.

En skriftlig version af indberetningsskemaet er vedlagt som bilag 8.

7.4 Statistiske analyser

7.4.1 Deskriptive analyser

Statistikere bruger analyser af statistisk styrke (power) til at beskrive en målings evne til at opfange betydeligforandring. Statistisk styrke er baseret på antallet af observationer (deltagere), samt hvor stor en forskel, man forventer at finde (effektstørrelse).³⁷ Tommelfingerreglen er i forhold til procenter, at der

³⁶ Udgivet af Servicestyrelsen januar 2011.

³⁷ Cohen, J. (1992). A power primer. Psychological Bulletin, 112, 155-159.

burde være mindst 20 personer i hver gruppe, hvilket ikke vil være tilfældet med analyserne fra Isbryderprojektet, især når analyser vedrørende Isbrydermålgruppen præsenteres.³⁸

7.4.2 Forandringer over tid

Der er mange analyser i denne evaluering, som har til formål at sammenligne målinger over tid. Dvs. hvordan brugers situation forandrer sig i den tid, hvor SKP- indsatsen ydes. I første omgang lavede vi analyserne via Students parvis T-test³⁹, hvor de "parrede" observationer var to forskellige tider i indberetningerne fra den samme brugers indberetninger. Analysen gav svar på, om der var en gennemsnitlig forskel mellem målingerne på de to tidspunkter.

T-test blev udført for Isbryderprojektets målgruppe særskilt fra den øvrige målgruppe. Dette fordi man således kan afprøve, hvorvidt den særlige målgruppe adskiller sig fra den øvrige og derved afprøve forandringsteorien for Isbryderprojektets målgruppe.

Der blev dog stillet forskellige statistiske krav for de forskellige analyser. Normalt vælger forskere en grænseværdi på $p \leq 0,05$ på analyser, hvilket i lægmands sprog betyder, at forskeren er 95 % sikker på, at resultatet ikke er tilfældigt.

Ved at bruge retningslinjer ift. de statistiske analysers evne til at konstatere forskelle⁴⁰, vil man på grund af få personer i Isbrydermålgruppen med en grænseværdi af $p \leq 0,05$ ikke kunne måle på de små effekter, vi forventer i SKP- indsatsen. Derfor blev grænseværdien for alle analyser med mindre end 20 personer sat op til $p \leq 0,20$, dvs. at vi ønskede at være 80 % sikre på, at resultaterne ikke var tilfældige. En gruppe på under fem personer blev ikke taget med i afrapporteringen af resultaterne, da det vurderes som for lille et datagrundlag at konkludere på, selvom analyserne viste statistiske signifikante resultater.

7.4.3 Sammenhæng mellem tid og resultater

Regressionsanalyser blev udført for data, som kunne give svar på, hvorvidt der er sammenhæng mellem resultaterne for borgeren og den tid, SKP- medarbejderen brugte til kontakt til borgeren og til brobygning. Regressioner blev også udført på resultaterne i relation til kontaktforløbets længde. En regressionsanalyse undersøger sammenhængen mellem et resultat og baggrundsvariabler eller lignende ved at opstille en matematisk sammenhæng mellem indberettede observationer hos brugeren og ved at tage højde for en vis statistisk usikkerhed. En regression kan også give indsigt i styrken af forskellige sammenhænge.

I disse regressionsanalyser blev der kontrolleret for køn, alder, og etnisk minoritet ved brug af multiple regressionsanalyse. Tærskelværdien for statistisk signifikans var sat til $p \leq 0,20$, som beskrevet ovenfor.

³⁸ Wilson Van Voorhis, C.R. & Morgan, B.L. (2007). Understanding power and rules of thumb for determining sample sizes. *Tutorials in quantitative methods for psychology*, 3(2). pp. 43 – 40.

³⁹ *Students T-test* viser om der er en signifikant forskel på gennemsnitsvar på to variabler.

⁴⁰ Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.

7.4.4 Gruppesammenligninger

Udover at sammenligne målinger over tid ift. enkelte borgere, ønskede vi at sammenligne grupper i forbindelse med denne evaluering. Det syntes relevant at sammenligne:

- Isbrydermålgruppen ift. målgruppen for SKP-indsatsen generelt.
- Køn, alder, etnicitet (hvor det var relevant)

Med disse behov for statistiske analyser foretog vi variansanalyser⁴¹, som tester om observerede forskelle mellem grupperne er af mere betydning end forskellene indenfor grupperne. Grænseværdierne for alle variansanalyser blev sat til $p \leq 0,20$, ligesom analyserne beskrevet ovenfor.

7.4.5 Brug af skalaer

Mange af Isbryderprojektets ønskede effekter er det, man vil klassificere som bløde resultater. Der er tale om livskvalitet, tillid, brudt isolation, osv. Derfor er der i dataindsamlingen gjort brug af psykologiske og sociologiske metoder, herunder er der især gjort brug af Likert-skalaer⁴², som skal nærme sig en måling af disse bløde resultater. SKP-medarbejderne vurderede udsagn om borgere i forhold til en række påstande, hvor der var sat en værdi, der tilsammen giver udtryk for en holdnings styrke.

I målingen af borgernes tillid, behov for værgemål, psykisk tilstand og livskvalitet, blev der brugt statistiske metoder fra forskning i psykologien, også kaldet psykometri. På disse fire elementer blev dataene analyseret ved hjælp af reliabilitetsanalyser, som måler en skalas interne konsistens eller pålidelighed, når skalaen er sammensat af flere Likert-skala spørgsmål. Reliabilitetsanalyserne gav et resultat, Cronbachs alpha, som er en statistisk analyse af samtlige korrelationer indbyrdes mellem svar på de enkelte spørgsmål i skalaen.

Generelt bliver den interne pålidelighed beskrevet således, når det gælder Cronbachs alpha⁴³:

- Over 0,9: Fremragende
- Mellem 0,9 og 0,8: God
- Mellem 0,8 og 0,7: Acceptabel
- Mellem 0,7 og 0,6: Tvivlsom
- Mellem 0,6 og 0,5: Dårlig
- Under 0,5: Uacceptabel

I forbindelse med Isbryderprojektet ligger værdierne for Cronbachs alpha mellem 0,81 og 0,89 for de fire skalaer. De individuelle skalaer er beskrevet nedenfor.

⁴¹ Variansanalyse (forkortet ANOVA) er en metode til at sammenligne to eller flere middelværdier. Den afprøver om der er større forskel mellem grupperne end internt i gruppen.

⁴² En likert-skala er en sociologisk skala til måling af holdninger, udviklet af den amerikanske socialpsykolog Rensis Likert. Deltagerens grad af samtykke/modvilje i forhold til en række påstande gives hver en værdi, som summeret udtrykker en holdnings styrke.

⁴³ George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Isolation		
Åbner de døren	Karakter af den personlige kontakt med brugeren i denne måned (Markér kun ét svar. Markér venligst den beskrivelse, som bedst passer til karakteren af kontakten i denne måned)	(1) ☐ Ingen kontakt: brugeren møder ikke op, svarer ikke på kontaktforsøg, eller ikke er hjemme (2) ☐ Brugeren kigger gennem brevsprække/vinduet, men kommunikerer ikke (3) ☐ Brugeren kommunikerer gennem brevsprække/vinduet, men åbner ikke døren/vinduet (4) ☐ Døren el. vinduet åbnes, men brugeren "gemmer sig" (5) ☐ Brugeren kommer ud af boligen og lukker døren bag sig—brugeren skjuler boligen. (6) ☐ Brugeren og SKP- medarbejderen mødes på et neutralt sted udenfor hjemmet. (7) ☐ Døren åbnes, brugeren/boligen gemmer sig ikke, men SKP'en kommer ikke ind i boligen. (8) ☐ Døren åbnes og brugeren inviterer SKP- medarbejderen indenfor. (9) ☐ Døren åbnes og brugeren inviterer SKP- medarbejderen indenfor. Herudover er brugeren forberedt sig på, at SKP'en kommer, fx ved at der er lavet kaffe, ryddet op, brugeren har noget at drøfte med SKP'en el. lign.
Kontakt til det offentlige	Er/var brugeren fra starten af kontaktforsøget i en eller anden form for kontakt til det offentlige?	(1) ☐ Ja – beskriv hvilken/hvilke nedenfor (kontakten kan bestå i modtagelse af f.eks. metadon, hjemmehjælp, m.v.) (2) ☐ Ja, men kun i form af offentlig forsørgelse som f.eks. førtidspension og kontanthjælp (3) ☐ Nej (4) ☐ Ved ikke
	Hvor ofte er brugeren i kontakt med professionelle (sociale, behandling, osv.)?	(4) ☐ Dagligt eller næsten dagligt (3) ☐ 1 til 3 gange om ugen (2) ☐ 1 til 3 gange om måneden (1) ☐ Mindre end 1 gang om måneden

		(0) ☐ Aldrig (77) ☐ Ved ikke
Kontakt til private	Hvor ofte er brugeren i kontakt med familie, venner og bekendte?	(4) ☐ Dagligt eller næsten dagligt (3) ☐ 1 til 3 gange om ugen (2) ☐ 1 til 3 gange om måneden (1) ☐ Mindre end 1 gang om måneden (0) ☐ Aldrig (77) ☐ Ved ikke
Relationen		
Psykisk afstand	Karakter af den personlige kontakt med brugeren i denne måned (Markér kun ét svar. Markér venligst den beskrivelse, som bedst passer til karakteren af kontakten i denne måned)	(1) ☐ Ingen kontakt: brugeren møder ikke op, svarer ikke på kontaktforsøg, eller ikke er hjemme (2) ☐ Brugeren kigger gennem brevsprække/vinduet, men kommunikerer ikke (3) ☐ Brugeren kommunikerer gennem brevsprække/vinduet, men åbner ikke døren/vinduet (4) ☐ Døren el. vinduet åbnes, men brugeren "gemmer sig" (5) ☐ Brugeren kommer ud af boligen og lukker døren bag sig—brugeren skjuler boligen. (6) ☐ Brugeren og SKP- medarbejderen mødes på et neutralt sted udenfor hjemmet. (7) ☐ Døren åbnes, brugeren/boligen gemmer sig ikke, men SKP'en kommer ikke ind i boligen. (8) ☐ Døren åbnes og brugeren inviterer SKP- medarbejderen indenfor. (9) ☐ Døren åbnes og brugeren inviterer SKP-medarbejderen indenfor. Herudover er brugeren forberedt sig på, at SKP'en kommer, fx ved at der er lavet kaffe, ryddet op, brugeren har noget at drøfte med SKP'en el. lign.
Tilknytning	I hvor høj grad oplever du, at brugeren har opnået en tilknytning til dig (fx ved at vise glæde, når I ses)?	(3) ☐ I høj grad (2) ☐ I nogen grad (1) ☐ I mindre grad (0) ☐ Slet ikke

		(77) ☐ Ved ikke
Tillid (alpha=0,89)	I hvor høj grad oplever du, at brugeren har tillid til de følgende: - Dig som SKP. - De kollegaer/samarbejdspartnere, du anbefaler. - Det offentlige system generelt - Pårørende, naboer, og andre.	(3) ☐ I høj grad (2) ☐ I nogen grad (1) ☐ I mindre grad (0) ☐ Slet ikke (77) ☐ Ved ikke
Brugeren opsøger kontakt	Er brugeren opsøgende når han/hun har behov for hjælp (ift. SKP'en)?	(3) ☐ I høj grad (2) ☐ I nogen grad (1) ☐ I mindre grad (0) ☐ Slet ikke (77) ☐ Ved ikke
Håndtere livet		
Boligtilstand	Hvilke af disse beskrivelser passer til brugerens bolig lige nu? (sæt evt. flere kryds)	(1) ☐ Bjerger af ophobet opvask og madrester (2) ☐ Dynger af uvasket vasketøj, herunder sengelinned (3) ☐ Ophobet affald—efter måneder el. år (4) ☐ Aviser, m.m. stablet til loftet (5) ☐ Ubestemte lugtgener (6) ☐ Afføring fra menneske og/eller kæledyr (7) ☐ "liv i sengen", fx rotter, maddiker el. andre dyr (77) ☐ Ved ikke
Boligrisiko	Risikerer brugeren at miste sin bolig?	(2) ☐ Der er p.t. en umiddelbare fare for at brugeren mister sin bolig (fx der er modtaget advarsel fra boligselskabet eller viceværten er bekymret) (1) ☐ Ikke umiddelbart, men det kan ikke afvises (fx vurderer SKP'en at boligens tilstand er bekymrende, men boligselskabet/viceværten er endnu ikke involveret). (0) ☐ Nej, ikke på nuværende tidspunkt. (77) ☐ Ved ikke

Selvhjulpenhed	Er brugeren selvhjulpen i forhold til de praktiske gøremål i hverdagen (f.eks. madlavning, rengøring, indkøb osv.)?	(4) ☐ Brugeren klarer alle opgaver selv (3) ☐ Brugeren klarer hovedparten af opgaver selv (2) ☐ Brugeren klarer nogle opgaver selv (1) ☐ Brugeren klarer få opgaver selv (0) ☐ Brugeren klarer ingen opgaver selv (77) ☐ Ved ikke
Erkendelse af behov for hjælp	Har brugeren en erkendelse af behov for hjælp?	(3) ☐ I høj grad (2) ☐ I nogen grad (1) ☐ I mindre grad (0) ☐ Slet ikke (77) ☐ Ved ikke
Værgemål (alpha=0,85)	I hvor høj grad gælder de følgende udsagn i forhold til brugeren: - Der er pårørende, som kan hjælpe brugeren med at varetage personlige anliggender. (hvis ikke "slet ikke eller "ved ikke") Der et godt samarbejde mellem de pårørende og de professionelle. - Der er et godt samarbejde mellem det sociale personale og sundhedspersonalet vedrørende denne bruger. - Brugeren er i stand til at indgå i et samarbejde i forhold til sagsbehandling. - Brugeren kan udveksle de nødvendige oplysninger og blive hørt under sagsbehandlingen. - Brugeren har behov for en person, som kan sikre hans/hendes retssikkerhed i forhold til sundhedssystemet og de sociale myndigheder?	(3) ☐ I høj grad (2) ☐ I nogen grad (1) ☐ I mindre grad (0) ☐ Slet ikke (77) ☐ Ved ikke
Håb og livskvalitet		
Psykisk tilstand (alpha=0,81)	Hvorvidt fornemmer du, at brugeren oplever de følgende:	(3) ☐ I høj grad (2) ☐ I nogen grad (1) ☐ I mindre grad

	• Brugeren har været trist, deprimeret. • Brugeren har været udadreagerende, voldelig • Brugeren har været ængstelig, nervøs • Brugeren har haft problemer med virkelighedsopfattelsen, tankeforvrængning, paranoide tanker. • Brugeren har problemer med at forstå, koncentrere sig, huske. • Brugeren trækker sig fra kontakt, har svært ved at etablere og fastholde kontakt med SKP'en, fx øjnekontakt, fysisk nærhed og samtale er vanskelige for brugeren.	(0) ☐ Slet ikke (77) ☐ Ved ikke
Livskvalitet (alpha=0,82)	Hvorvidt fornemmer du, at brugeren oplever de følgende • At han/hun ser positivt på tilværelsen. • At han/hun har styr på tilværelsen. • At problemerne bliver løst. • At der er struktur på hverdagen. • At han/hun fysiske rammer i boligen er i orden. • At han/hun er interesseret i at forbedre deres livssituation. • At han/hun har fået reelle muligheder for at ændre på sin situation.	(3) ☐ I høj grad (2) ☐ I nogen grad (1) ☐ I mindre grad (0) ☐ Slet ikke (77) ☐ Ved ikke

7.5 Casestudier

I evalueringsdesignet blev der lagt op til at lave forløbsanalyser som casestudier baseret på dokumentation indsamlet fra relevante aktører tilknyttet Isbrydermålgruppen, f.eks. socialforvaltningens sagsjournaler, behandlingspsykiatriens journaler, socialpsykiatriens journaler og handleplaner, udskrivningsaftaler, osv. Formålet har været at identificere årsagerne og systemfejl, som har medvirket til, at den enkeltes situation er blevet kraftig forværret.

Det har i projektperioden ikke været muligt at lave denne del af evalueringen. Dette skyldes, at det ikke har været muligt at rekruttere personer i målgruppen til at deltage i undersøgelsen. I 2009, ca. et halvt år efter SKP-medarbejdere begyndte at indberette brugerforløb, blev 28 brugere udtrukket, som var i målgruppen. Af disse blev syv i første omgang udtrukket tilfældigt ved hjælp af et elektronisk system til lodtrækning. En af disse brugere blev interviewet, og med brugerens samtykke blev der indhentet sagsjournaler og

patientjournaler fra behandlingspsykiatrien, m.v. Ingen af de øvrige brugere ville indgå i undersøgelsen. I løbet af det næste års tid blev det forsøgt at kontakte alle 28 af de udtrukne brugere, hvoraf 25 udvalgte deltagere ifølge deres tilknyttede SKP-medarbejder ikke kunne indgå. Følgende forklaringer blev fremført af medarbejderne:

- Borgeren ønsker ikke at deltage (10)
- Kontakten er for skrøbelig endnu eller kontakten ikke etableret (7)
- SKP-forløbet er afsluttet, og kontakt er ikke muligt (4)
- Borgeren er indlagt/syg (4)

To af de resterende brugere blev interviewet, og den tredje gav tilladelse til at SKP-medarbejderen blev interviewet. Alle tre gav samtykke til indhentning af sagsjournaler m.v. Derudover blev arbejdsgrupperne i de tre kommuner bedt om at give navn på brugere, som tidligere havde været i målgruppen og kunne tænkes at være kandidat. Arbejdsgrupperne angav fem navne. På grund af tidsperspektivet tilknyttet rekruttering af deltagere og indhentning af sagsmateriale, valgte vi at afslutte denne del af undersøgelsen uden at indhente data nok til at træffe nogle reelle konklusioner om årsager og systemfejl som belyst via forløbsanalyser. Det skal nævnes, at to af de tidligere brugere havde angivet, at de gerne ville deltage, men at det formelle samtykke blev indhentet for sent i forhold til projektets forløb.

Afslutningsvis kan man derfor sige, at ud af 33 mulige brugere til interviews, var der tre, der gav samtykke og indgik i dataindsamlingen.

8 Isbryderprojektets indberetningsskema

Isbryderprojekt: Dokumentation og effektmåling

Der indberettes hver måned inden d. 15. for forrige måneds aktivitet på brugerforløb. (Det vil fx sige, at alt arbejde fra august måned, inkl. nye brugere indberettes inden d. 15. september)

Dato: _____ ddmmaa (bruges til at beregne hvilke spørgsmål, der skal med for denne bruger, denne gang—ift. spg. 16)

Del 1: Indskrivning: Brugerens stamoplysninger

1. Indberetter ID: _____ (initialer)
2. Skriv et brugernavn for SKP-brugeren: _____

(Brugernavn er et unikt "kaldenavn for brugeren, som indtastes for at kunne genkende brugeren i indberetningssystemet sammen med det unikke nummer, som genereres af indberetningssystemet. Brugernavnet må gerne bestå af både bogstaver og tal).

Kommunal myndighed:

Kontaktpersons navn:

Kontaktpersons telefonnummer:

Kontaktpersons e-mail:

3. Hvad er brugerens køn?

- (1) ☐ Mand
- (2) ☐ Kvinde
- (3) ☐ Uoplyst

4. Hvad er brugerens alder?

- (1) ☐ 18 – 25 år
- (2) ☐ 26 – 35 år
- (3) ☐ 36 – 45 år
- (4) ☐ 46 – 55 år
- (5) ☐ 56 – 65 år
- (6) ☐ 66 år eller derover
- (7) ☐ Uoplyst

5. Hvad er brugerens civilstand?

- (1) ☐ Ugift
- (2) ☐ Gift
- (3) ☐ Enke/enkemand (herunder den længstlevende fra registreret partnerskab)
- (4) ☐ Separeret/skilt (herunder ophævet partnerskab)
- (5) ☐ Registreret partnerskab
- (6) ☐ Uoplyst

6. Hvad er brugerens boligform?

- (1) ☐ Egen bolig
- (2) ☐ Beskyttet bolig

- (3) ☐ Hjemløs/bor på gaden—gå til spørgsmål 8
- (4) ☐ Funktionelt hjemløs—gå til spørgsmål 8 (har eget hjem men bor der ikke)
- (5) ☐ Et andet sted—beskriv venligst nedenfor (f.eks. hjemmeboende, bofællesskab, nødbolig)
- (6) ☐ Uoplyst

7. Hvem bor brugeren sammen med?—sæt evt. flere kryds

- (1) ☐ Bor alene
- (2) ☐ Samlever/ægtefælle
- (3) ☐ Børn
- (4) ☐ Forældre/søskende
- (5) ☐ Anden familie
- (6) ☐ Venner/brugere
- (7) ☐ Andre
- (8) ☐ Uoplyst

8. Hvilket oprindelsesland har brugeren?

- (1) ☐ Danmark
- (2) ☐ Indvandrer fra EU og Norden (Norden er Norge, Sverige, Finland, Island samt Grønland og Færøerne)
- (3) ☐ Indvandrer fra resten af verden og flygtninge
- (4) ☐ Uoplyst

9. Hvilket hovedkarakteristikum har den udsatte og isolerede bruger? Det er den enkelte SKP der i hvert enkelte tilfælde skal afveje, hvad det overvejende problem er.

- (1) ☐ Sindslidende (hvis ja, skal man også udfylde de ekstra moduler, hvis ikke skal de ikke)
- (2) ☐ Stofmisbruger
- (3) ☐ Alkoholmisbruger
- (4) ☐ Hjemløs/funktionelt hjemløs

10. Angiv eventuelle bikarakteristika for den udsatte og isolerede bruger? Sæt gerne flere kryds.

- (1) ☐ Sindslidende
- (2) ☐ Stofmisbruger
- (3) ☐ Alkoholmisbruger
- (4) ☐ Hjemløs/funktionelt hjemløs
- (5) ☐ Andet – beskriv venligst nedenfor

11. Har brugeren tidligere modtaget en SKP?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej
- (3) ☐ Ved ikke

12. Er sagen blevet overdraget/henvist af en anden SKP'er eller anden ekstern enhed, fx en visitationsenhed i kommunen?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej – gå til spørgsmål 14
- (3) ☐ Ved ikke Nej – gå til spørgsmål 15

13. Hvis ja i spørgsmål 12– Angiv fra hvem/hvor sagen er overdraget/henvist

- (1) ☐ Hospital (somatisk)
- (2) ☐ Psykiatrisk hospital
- (3) ☐ Distriktpsikiatri
- (4) ☐ Sagsbehandler (fx visitator indenfor hjemmeplejen)
- (5) ☐ Botilbud §§ 107 – 110
- (6) ☐ Praktiserende læge
- (7) ☐ Anden SKP
- (8) ☐ Politi
- (9) ☐ Værested
- (10) ☐ Hjemmesygeplejerske /hjemmehjælper

- (11) ☐ Boligforening/vicevært
- (12) ☐ Pårørende
- (13) ☐ Nabo
- (14) ☐ Andet – beskriv venligst nedenfor
- (15) ☐ Uoplyst

Gå til spørgsmål 15

14. Hvis Nej i spørgsmål 12 – Hvordan er kontakten til brugeren etableret? – sæt 1 kryds

- (1) ☐ Opsøgende i brugerens bolig – gå til spørgsmål 16
- (2) ☐ Opsøgende på gaden, herunder via andre i målgruppen – gå til spørgsmål 16
- (3) ☐ Eget initiativ fra brugeren (herunder hvis brugeren selv er dukket op på et værested og kontakten er skabt der).
- (4) ☐ Andet - beskriv venligst nedenfor – gå til spørgsmål 16

15. Angiv datoen for henvendelse om/fra den pågældende bruger (der er tale om den dato, hvor SKP'en får sagen overdraget)

- (1) ☐ Før 1.6. 2007
- (2) ☐ 1.6.2007 eller derefter, angiv venligst: ddmåååå

16. Angiv datoen for kontaktstart (der er tale om den dato, hvor SKP'en henvender sig til brugeren for første gang)

- (1) ☐ Før 1.6. 2007
- (2) ☐ 1.6.2007 eller derefter, angiv venligst: ddmåååå

17. Angiv datoen for 1. samværs møde med brugeren (der er tale om den dato, hvor SKP'en får sagen overdraget)

- (1) ☐ Før 1.6. 2007
- (2) ☐ 1.6.2007 eller derefter, angiv venligst: ddmåååå
- (3) ☐ Intet 1. samværs møde/accept – gå til spørgsmål 19

18. Er/var brugeren fra starten af kontaktforløbet i en eller anden form for kontakt til det offentlige?

- (1) ☐ Ja – beskriv hvilken/hvilke nedenfor (kontakten kan bestå i modtagelse af f.eks. metadon, hjemmehjælp, m.v.)
- (2) ☐ Ja, men kun i form af offentlig forsørgelse som f.eks. førtidspension og kontanthjælp
- (3) ☐ Nej
- (4) ☐ Ved ikke

Hvis ja, beskriv venligst

19. Kendte psykiatriske diagnoseforhold vedr. bruger.

- (1) ☐ Psykotiske lidelser: skizofreni og psykoser
- (2) ☐ Depression
- (3) ☐ Angst, tvangspræget, Dissociativ, PTSD
- (4) ☐ Adfærds- og Personlighedsforstyrrelser
(hvis afkrydset) Hvilke personlighedsforstyrrelse er brugeren diagnosticeret med?
 - ☐ Skizotypal, Paranoid, Skizoid,
 - ☐ Borderline, Dyssocial, Narcissistisk, Histrionisk,
 - ☐ Tvangspræget, Dependent, Evasiv.
 - ☐ Ingen personlighedsforstyrrelse
- (5) ☐ Andet:
(hvis afkrydset) Hvilke? _____
- (77) ☐ Diagnoseforhold ikke kendt af SKP
- (0) ☐ Ingen diagnose

Del 2: Beskrivelse af brugerens nuværende situation

20. **Hvordan har du oplevet brugerens psykiske tilstand i denne periode?** (hvis det er første gang, beskriv så dit første indtryk af brugerens psykiske tilstand)

	Slet ikke	I ringe grad	I nogen grad	I høj grad	Ved ikke
Brugeren har været trist, deprimeret.	(0) ☐	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(77) ☐
Brugeren har været udadreagerende, voldelig	(0) ☐	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(77) ☐
Brugeren har været ængstelig, nervøs	(0) ☐	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(77) ☐
Brugeren har haft problemer med virkelighedsopfattelsen, tankeforvrængning, paranoide tanker.	(0) ☐	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(77) ☐
Brugeren har problemer med at forstå, koncentrere sig, huske.	(0) ☐	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(77) ☐
Brugeren trækker sig fra kontakt, har svært ved at etablere og fastholde kontakt med SKP'en, fx øjnekontakt, fysisk nærhed og samtale er vanskelige for brugeren.	(0) ☐	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(77) ☐

21. **Hvilke af disse beskrivelser passer til brugerens bolig lige nu?** (sæt evt. flere kryds)

- (1) ☐ Bjerger af ophobet opvask og madrester
- (2) ☐ Dynger af uvasket vasketøj, herunder sengelinned
- (3) ☐ Ophobet affald—efter måneder el. år
- (4) ☐ Aviser, m.m. stablet til loftet
- (5) ☐ Ubestemte lugtgener
- (6) ☐ Afføring fra menneske og/eller kæledyr
- (7) ☐ "liv i sengen", fx rotter, maddiker el. andre dyr
- (77) ☐ Ved ikke

22. **Risikerer brugeren at miste sin bolig?**

- (2) ☐ Der er p.t. en umiddelbare fare for at brugeren mister sin bolig (fx der er modtaget advarsel fra boligselskabet eller viceværten er bekymret)
- (1) ☐ Ikke umiddelbart, men det kan ikke afvises (fx vurderer SKP'en at boligens tilstand er bekymrende, men boligselskabet/viceværten er endnu ikke involveret).
- (0) ☐ Nej, ikke på nuværende tidspunkt.
- (77) ☐ Ved ikke

23. **Er brugeren selvhjulpnen i forhold til de praktiske gøremål i hverdagen (f.eks. madlavning, rengøring, indkøb osv.)?**

- (4) ☐ Brugeren klarer alle opgaver selv
- (3) ☐ Brugeren klarer hovedparten af opgaver selv
- (2) ☐ Brugeren klarer nogle opgaver selv
- (1) ☐ Brugeren klarer få opgaver selv
- (0) ☐ Brugeren klarer ingen opgaver selv
- (77) ☐ Ved ikke

24. Hvor ofte er brugeren i kontakt med familie, venner og bekendte?

- (4) ☐ Dagligt eller næsten dagligt
- (3) ☐ 1 til 3 gange om ugen
- (2) ☐ 1 til 3 gange om måneden
- (1) ☐ Mindre end 1 gang om måneden
- (0) ☐ Aldrig
- (77) ☐ Ved ikke

25. Hvor ofte er brugeren i kontakt med professionelle (sociale, behandling, osv.)?

- (4) ☐ Dagligt eller næsten dagligt,
- (3) ☐ 1 til 3 gange om ugen
- (2) ☐ 1 til 3 gange om måneden
- (1) ☐ Mindre end 1 gang om måneden
- (0) ☐ Aldrig
- (77) ☐ Ved ikke

Del 3: Beskrivelse af kontakten mellem SKP- medarbejderen og brugeren i denne måned

26. Hvor lang tid har du brugt med denne bruger i alt i denne måned (ca.)

_____ timer _____ minutter

Antal telefonkontakter/brevkontakter med brugeren: _____

(Et sammenhængende forløb af fx sms'er tælles som én kontakt. Skriv nul hvis der fx har været tale om et forgæves forløb, hvor det ikke har været muligt at nå brugeren)

Antal møder med brugeren: _____

Antal forgæves forsøg: _____

27. Beskrivelse af kontaktforsøg i denne måned: (sæt evt. flere kryds)

- (1) ☐ Banke på
- (2) ☐ Håndskrevne brev/kort
- (3) ☐ Maskinskrevne brev/kort
- (4) ☐ Telefon / SMS
- (5) ☐ Aftalt besøg i hjemmet
- (6) ☐ Andet: Beskriv

28. Karakter af den personlige kontakt med brugeren i denne måned (Markér kun ét svar. Markér venligst den beskrivelse, som bedst passer til karakteren af kontakten i denne måned)

- (1) ☐ 1: Ingen kontakt: brugeren møder ikke op, svarer ikke på kontaktforsøg, eller ikke er hjemme
- (2) ☐ 2: Brugeren kigger gennem brevsprække/vinduet, men kommunikerer ikke
- (3) ☐ 3: Brugeren kommunikerer gennem brevsprække/vinduet, men åbner ikke døren/vinduet
- (4) ☐ 4: Døren el. vinduet åbnes, men brugeren "gemmer sig"
- (5) ☐ 5: Brugeren kommer ud af boligen og lukker døren bag sig—brugeren skjuler boligen.
- (6) ☐ 6: Brugeren og SKP- medarbejderen mødes på et neutralt sted udenfor hjemmet.
- (7) ☐ 7: Døren åbnes, brugeren/boligen gemmer sig ikke, men SKP'en kommer ikke ind i boligen.
- (8) ☐ 8: Døren åbnes og brugeren inviterer SKP- medarbejderen indenfor.
- (9) ☐ 9: Døren åbnes og brugeren inviterer SKP- medarbejderen indenfor. Herudover er brugeren forberedt sig på, at SKP'en kommer, fx ved at der er lavet kaffe, ryddet op, brugeren har noget at drøfte med SKP'en el. lign.

29. Generelt indhold af besøg i denne måned. (Markér kun ét svar. Markér venligst den overskrift, som bedst passer til hovedindholdet af kontakten i denne måned)

- (1) ☐ Opsøgende arbejde (forsøg på at finde brugeren)

- (2) ☐ Kontaktskabelse (forsøg på en indledende kontakt)
- (3) ☐ Relationsarbejde/afklaring (forsøg på at skabe tillid og afklare brugerens ønsker og behov for hjælp)
- (4) ☐ Brobygning (rollemodel, buffer/tolk ift. omverdenen, korrigere uhensigtsmæssig adfærd)
- (5) ☐ Aflevering (indkøring til andet tilbud end SKP, herunder etablering af kontaktrelation i det nye tilbud)

Del 4: Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde ift. denne bruger

30. **Hvor lang tid har du ca. brugt på brobygningsaktiviteter i denne måned?** Brobygning: SKP'en samarbejder med og henviser til relevante sagsbehandlere og/eller hjælpetilbud i forhold til den enkelte bruger.

_____ timer _____ minutter

Antal møder/telefonkontakter med samarbejdspartnere: _____

31. **Hvilke samarbejdspartnere har du haft kontakt med i denne måned:** (sæt evt. flere kryds)

- (1) ☐ Sociale tilbud (væresteder, aktivitetssteder, botilbud, osv.)
- (2) ☐ Pensionssagsbehandler
- (3) ☐ Sagsbehandler i behandlingspsykiatri
- (4) ☐ Behandlingspersonale i behandlingspsykiatri, skadestue, el. andet
- (5) ☐ Jobcenter
- (6) ☐ Anden social myndighed—sagsbehandler
- (7) ☐ Boligrådgiver/Boligsocialt udgående medarbejder
- (8) ☐ Boligselskab/Vicevært/Varmemester
- (9) ☐ Pårørende
- (10) ☐ Anden:
- (0) ☐ Ingen/ intet

32. **Har brugeren været indlagt i løbet af de sidste 3 måneder?**

- (1) ☐ Ja, på psykiatrisk afdeling.
- (2) ☐ Ja, på somatisk afdeling.
- (0) ☐ Nej.
- (77) ☐ Ved ikke.

(Hvis net el. ved ikke, gå til sp. 33)

(Hvis ja til indlæggelse i spg. 32 stilles de følgende spørgsmål:)

- 32a. **Har SKP'en været informeret eller inddraget i indlæggelsen i løbet af de sidste 3 måneder?**

- (1) ☐ Ja.
- (2) ☐ Nej.

- 32b. **Har SKP'en deltaget i en evt. udskrivningssamtale i løbet af de sidste 3 måneder?**

- (1) ☐ Ja.
- (2) ☐ Nej, brugeren blev udskrevet uden at SKP'en deltog i en udskrivningssamtale.
- (3) ☐ Nej, brugeren er stadigvæk indlagt.

- 32c. **Er der udarbejdet en udskrivningsaftale eller koordinationsplan?**

- (1) ☐ Ja, der er udarbejdet en udskrivningsaftale.
- (2) ☐ Ja, der er udarbejdet en koordinationsplan.
- (2) ☐ Nej, brugeren blev udskrevet uden at der er udarbejdet en aftale.
- (3) ☐ Nej, brugeren er stadigvæk indlagt.
- (77) ☐ Ved ikke.

Del 5: Brugerens forhold til de professionelle og andre

33. **I hvor høj grad oplever du, at brugeren har opnået en tilknytning til dig (fx ved at vise glæde, når I ses)?**

- (3) ☐ I høj grad

- (2) ☐ I nogen grad
 (1) ☐ I mindre grad
 (0) ☐ Slet ikke
 (77) ☐ Ved ikke

34. I hvor høj grad oplever du, at brugeren har tillid til de følgende:

	Slet ikke	I ringe grad	I nogen grad	I høj grad	Ved ikke
Dig som SKP.	(0) ☐	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(77) ☐
De kollegaer/ samarbejdspartnere, du anbefaler.	(0) ☐	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(77) ☐
Det offentlige system generelt	(0) ☐	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(77) ☐
Pårørende, naboer og andre.	(0) ☐	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(77) ☐

35. Har brugeren en erkendelse af behov for hjælp?

- (3) ☐ I høj grad
 (2) ☐ I nogen grad
 (1) ☐ I mindre grad
 (0) ☐ Slet ikke
 (77) ☐ Ved ikke

36. Er brugeren opsøgende når han/hun har behov for hjælp (ift. SKP'en)?

- (3) ☐ I høj grad
 (2) ☐ I nogen grad
 (1) ☐ I mindre grad
 (0) ☐ Slet ikke
 (77) ☐ Ved ikke

Del 6: Brugerens livskvalitet og udviklingsperspektiver

37. Hvorvidt fornemmer du, at brugeren oplever de følgende

	Slet ikke	I ringe grad	I nogen grad	I høj grad	Ved ikke
At han/hun ser positivt på tilværelsen.	(0) ☐	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(77) ☐
At han/hun har styr på tilværelsen.	(0) ☐	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(77) ☐
At problemerne bliver løst.	(0) ☐	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(77) ☐
At der er struktur på hverdagen.	(0) ☐	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(77) ☐
At han/hun fysiske rammer i boligen er i orden.	(0) ☐	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(77) ☐
At han/hun er interesseret i at forbedre deres livssituation.	(0) ☐	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(77) ☐
At han/hun har fået reelle muligheder for at ændre på sin situation.	(0) ☐	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(77) ☐

38. I hvor høj grad gælder de følgende udsagn i forhold til brugeren:

	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke
Der er pårørende, som kan hjælpe brugeren med at varetage personlige anliggender.	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(0) ☐	(77) ☐

(hvis ikke "slet ikke" eller "ved ikke")

Der et godt samarbejde mellem de pårørende og de professionelle. (3) ☐ (2) ☐ (1) ☐ (0) ☐ (77) ☐

Der er et godt samarbejde mellem det sociale personale og sundhedspersonalet vedrørende denne bruger. (3) ☐ (2) ☐ (1) ☐ (0) ☐ (77) ☐

Brugeren er i stand til at indgå i et samarbejde i forhold til sagsbehandling. (3) ☐ (2) ☐ (1) ☐ (0) ☐ (77) ☐

Brugeren kan udveksle de nødvendige oplysninger og blive hørt under sagsbehandlingen. (3) ☐ (2) ☐ (1) ☐ (0) ☐ (77) ☐

Brugeren har behov for en person, som kan sikre hans/hendes retssikkerhed i forhold til sundhedssystemet og de sociale myndigheder? (3) ☐ (2) ☐ (1) ☐ (0) ☐ (77) ☐

39. Yderligere kommentarer om brugerforløbet: (skrivefelt)

Del 7: Udskrivning

40. Angiv datoen for sidste kontakt med brugeren / forsøg på kontakt: ddmmåååå

(Sidste kontakt kan bestå af sidste telefonkontakt eller sidste samværsmøde afhængig af forløbet. Denne dato anses for at være den formelle dato for afslutning af kontaktforløbet)

41. Hvilken årsag er der til kontaktophør?

- (1) ☐ Forgæves kontaktforsøg, dvs. brugeren ønsker ikke kontakt til SKP'en. Hvorimod det ikke har været muligt at få etableret et kontaktforløb.
- (2) ☐ Brugeren har afbrudt forløbet, dvs. efter at der har været afholdt et første samværsmøde.
- (3) ☐ Brugeren er død.
- (4) ☐ Forløbet er afsluttet, idet formålet med SKP-indsatsen er indfriet – gå til spørgsmål 44
- (5) ☐ Brugeren er akut indlagt
- (6) ☐ Brugeren er gjort opmærksom på at vedkommende ikke er i målgruppen
- (7) ☐ Kontaktforløbet er udsat – hvorfor: _____
- (8) ☐ Anden årsag – beskriv nedenfor

42. Hvis forløbet er afsluttet, idet formålet med SKP-indsatsen er indfriet, hvilke hovedresultater er så opnået for brugeren i forløbet? Sæt evt. flere kryds.

- (1) ☐ Der er skabt kontakt til personlige relationer – gå til spørgsmål 45
- (2) ☐ Der er skabt kontakt til samfundets etablerede strukturer indenfor sundhedsområdet – gå til spørgsmål 46.
- (3) ☐ Der er skabt kontakt til samfundets etablerede strukturer indenfor det sociale område – gå til spørgsmål 47.
- (4) ☐ Der er skabt kontakt til samfundets etablerede strukturer indenfor det private område – gå til spørgsmål 48.

43. Marker hvilke områder indenfor kontakt til personlige relationer, hvor bruger har opnået en positiv forandring i sit liv:

- (1) ☐ Skabelse af kontakt til familie, venner eller bekendte, som brugeren ønsker kontakt til.
- (2) ☐ Afklaring af sine familiære relationer (afklaring er evt. konflikter i fortiden med familien bliver afklaret. Der ligger i resultatet, at der netop ikke er tale om besøg af eller fra familien)
- (4) ☐ Gør brug af egen bolig
- (5) ☐ Andet – beskriv nedenfor

44. Marker hvilke områder indenfor kontakt til sundhedsområdet, hvor brugeren har opnået en positiv forandring i sit liv:

- (1) ☐ Brug af egen læge
- (2) ☐ Brug af tandlæge
- (3) ☐ Brug af sundhedscenter
- (4) ☐ Brug af hospital (somatisk)
- (5) ☐ Brug af psykiatrien
- (6) ☐ Brug af alkohol – og misbrugsbehandling
- (7) ☐ Andet – beskriv nedenfor

45. Marker hvilke områder indenfor kontakt til det sociale område, hvor brugeren har opnået en positiv forandring i sit liv:

- (1) ☐ Personlig hjælp, omsorg eller pleje, f.eks. hjemmehjælp
- (2) ☐ Beskyttet beskæftigelse
- (3) ☐ Aktivitets- og samværstilbud i kommunalt regi, herunder kommunale væresteder
- (4) ☐ Botilbud
- (5) ☐ Frivillig SKP'er
- (6) ☐ Hjemmevejleder
- (7) ☐ Sagsbehandler
- (8) ☐ Netværkstilbud i kommunalt regi
- (9) ☐ Andet – beskriv nedenfor

46. Marker hvilke områder indenfor kontakt til det private område, hvor brugeren har opnået en positiv forandring i sit liv:

- (1) ☐ Deltager i forenings- eller menighedsliv
- (2) ☐ Deltager i kulturel aktivitet: fodboldkamp eller anden sportsbegivenhed, museumsbesøg, m.v.
- (3) ☐ Håndtering af dagligvareindkøb, m.m.
- (4) ☐ Aktivitets- og samværstilbud i frivilligt socialt arbejdes regi, som f.eks. væresteder
- (5) ☐ Håndtering af privat økonomi med kontakt til bank eller sparekasse
- (6) ☐ Andet – beskriv nedenfor

47. Angiv antallet af telefonkontakter/brevkontakter med brugeren: _____

48. Angiv antallet af gennemførte møder med brugeren inklusive første samværsmøde: Hvis svar forskellig fra "nul" gå til spørgsmål 31.

(vejl. Skriv nul (0) hvis der fx har været tale om et forgæves forløb, hvor det ikke har været muligt at nå brugeren, det vil sige at der ikke har fundet et samværsmøde sted.) _____

49. Angiv antallet af forgæves fremmøder – go til spørgsmål 50 på næste side: _____

50. Angiv antallet af forgæves fremmøder før første samværsmøde: _____

51. Angiv antallet af forgæves fremmøder efter første samværsmøde: _____

52. Yderligere kommentarer om brugerforløbet eller til denne undersøgelse generelt kan skrives her:

9 Eksempel på kvartalsvis aktivitetsjournal: Samarbejdspartnere

Isbryderprojekt

Odense Kommune

Projektjournal: Samarbejdspartnere: (ANGIV HVILKE: pensionssagsbehandler, P, distriktpsykiatri, el. andet)

Journaldato:

Dd	mm	åååå
----	----	------

(X. kvartal, 20XX)

Arbejdsgruppemedlem:

Afholdelse af møder med samarbejdspartnere

Har I afholdt møder sammen?

Dato(er):

Tidsforbrug i timer (ca.):

Beskrivelse:

Overvejelser:

(Hvorfor valgte du/I denne fremgangsmåde? Virkede det ift. forandringsteorier? Andres respons? Overvejelser om bieffekter, problemstillinger og omstændigheder, som påvirker positivt og negativt? Hvilke fordele og ulemper erfarer I? Hvordan skal I gøre det anderledes til næste gang?)

Overordnede aftaler vedrørende samarbejdet

Har I lavet overordnede aftaler med hinanden vedr. samarbejdet?

Datoer (evt. møder):

Tidsforbrug i timer (ca.):

Beskrivelse:

Overvejelser:

(Hvorfor valgte du/I denne fremgangsmåde? Virkede det ift. forandringsteorier? Andres respons? Overvejelser om bieffekter, problemstillinger og omstændigheder, som påvirker positivt og negativt? Hvilke fordele og ulemper erfarer I? Hvordan skal I gøre det anderledes til næste gang?)

Samarbejde i forhold til konkrete sager

Har I arbejdet sammen i forhold til konkrete sager (boligselskaber, andre dele af forvaltningen eller socialcentret)?

Brugerens kendenavn i registreringen:

Ca. antal timer i alt (dette kvartal):

Beskrivelse:

Overvejelser:

(Hvorfor valgte du/I denne fremgangsmåde? Virkede det ift. forandringsteorier? Andres respons? Overvejelser om bieffekter, problemstillinger og omstændigheder, som påvirker positivt og negativt? Hvilke fordele og ulemper erfarer I? Hvordan skal I gøre det anderledes til næste gang?)

Andre aktiviteter med samarbejdspartneren

Andre aktiviteter ift. denne samarbejdspartner?

Dato:

Tidsforbrug i timer (ca.):

Beskrivelse:

Overvejelser:

(Hvorfor valgte du/I denne fremgangsmåde? Virkede det ift. forandringsteorier? Andres respons? Overvejelser om bieffekter, problemstillinger og omstændigheder, som påvirker positivt og negativt? Hvilke fordele og ulemper erfarer I? Hvordan skal I gøre det anderledes til næste gang?)

Generelle overvejelser af arbejdet i dette kvartal:

10 Organisationsbeskrivelser:

Kommunebeskrivelser for Isbryderprojektet 2008

Organisationsbeskrivelserne er udarbejdet som baggrundsmateriale i 2008. Beskrivelserne er baseret på kommunernes egne dokumenter samt interviews med deltagere i arbejdsgruppen. Information, hjemmesider osv. er ikke opdateret i dokumentet.

10.1 Esbjerg Kommune

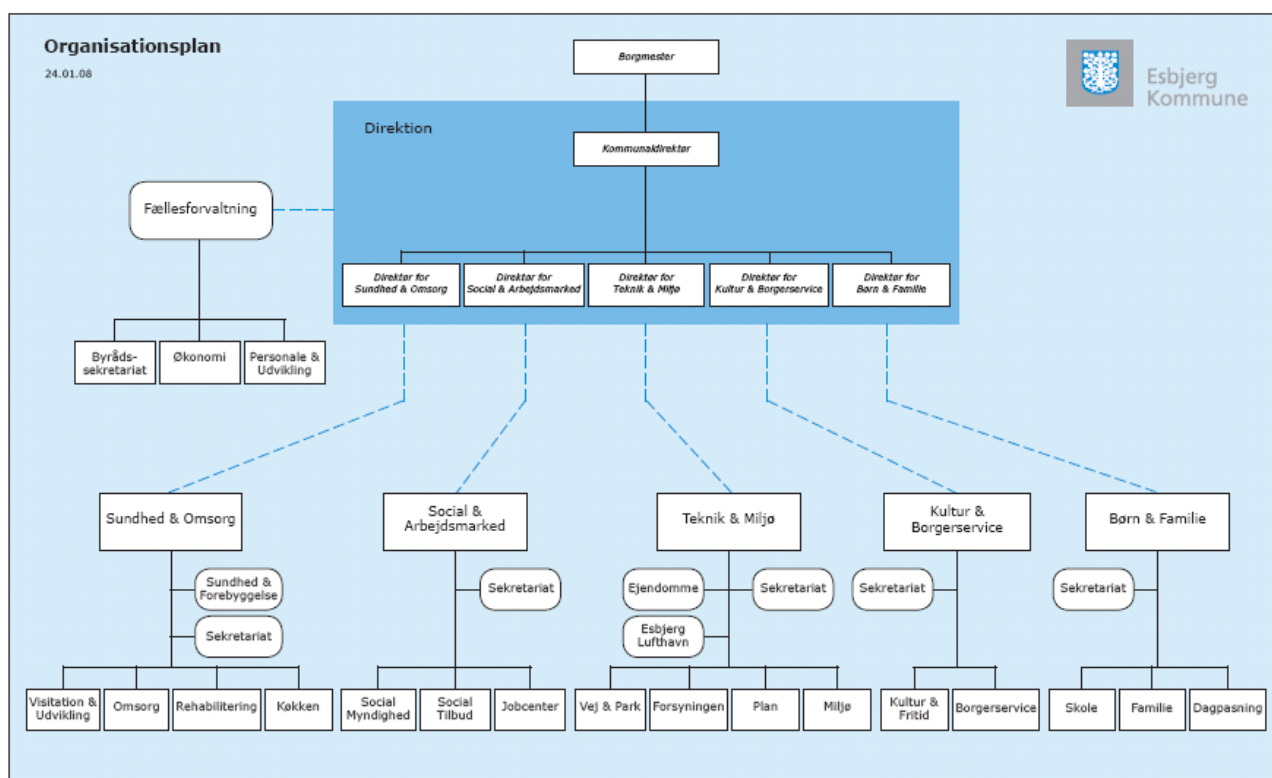
10.1.1 Generelt

I forbindelse med kommunesammenlægningen blev henholdsvis Esbjerg, Ribe og Bramming Kommuner lagt sammen til "Ny Esbjerg Kommune. Dette har betydet, at Esbjerg nu, ud over selve byerne, dækker et betydeligt landområde, hvilket skaber nogle andre udfordringer, end dem, der ses i både Odense og København.

I Esbjerg Kommune er sociale tilbud organiseret under Social og Arbejdsmarked. Under sociale tilbud er der igen forskellige inddelinger, hvoriblandt socialpsykiatriske tilbud kan findes. Disse inkluderer bo- og støttetilbud samt beskæftigelses- og aktivitetstilbud. Der er desuden støtte- og kontaktpersoner, som er organiseret under bostøtten.

<http://www.bostøtten.esbjergkommune.dk/Bostøtte/Tilbud%20og%20ydelser.aspx>

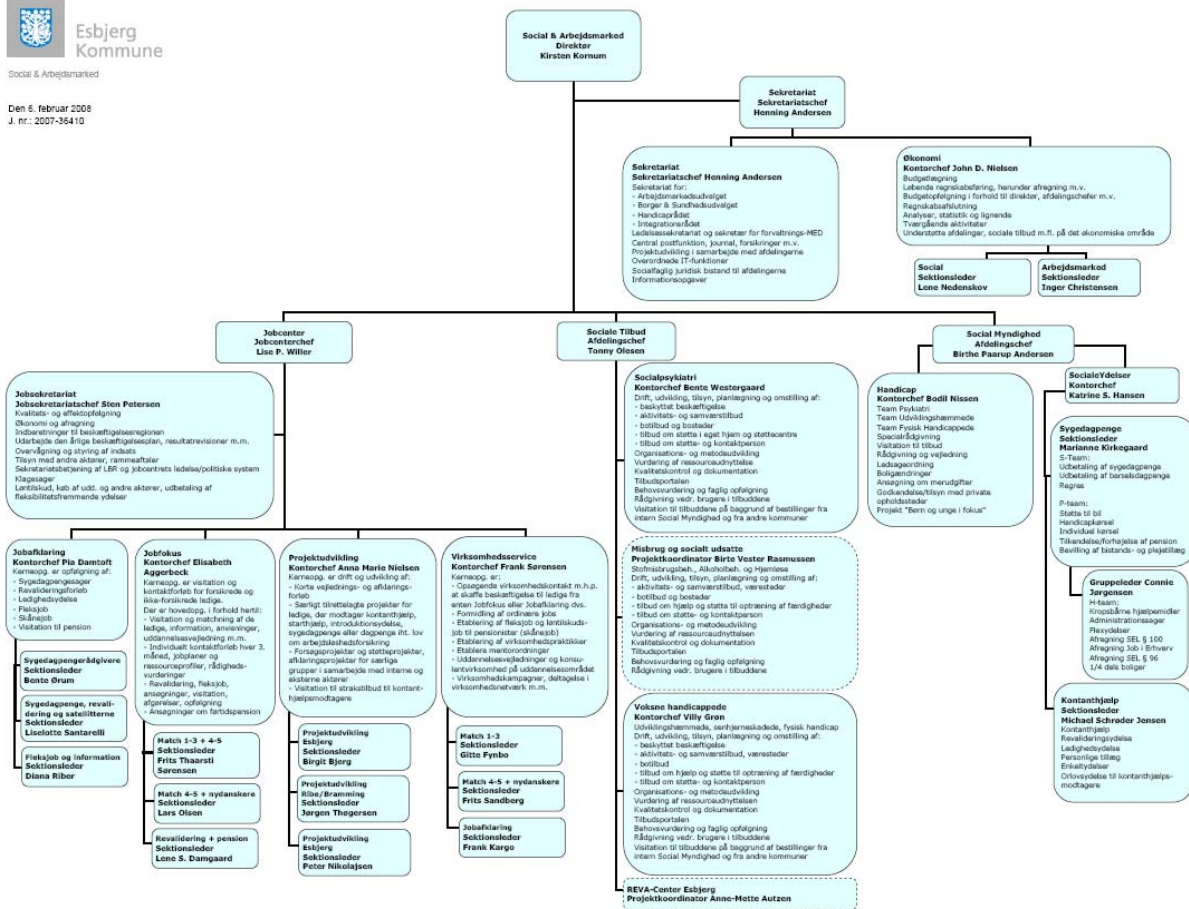
Organisationsdiagram for Esbjerg Kommune



Organisationsdiagram over Social og Arbejdsmarked



Den 6. februar 2008
J. nr.: 2007-36410



10.1.2 Visioner og mål for sindslidelsesområdet

De overordnede visioner og mål beskrives i handicap-områdets budgetforslag 2008, som er godkendt af kommunens Borger og Sundhedsudvalg. Om sindslidende står der, at byrådet vil yde hjælp og støtte til personer med sindslidelser, så de som øvrige borgere får muligheder for at leve et godt liv. Byrådet vil give rette tilbud til personer med sindslidelse, så den enkelte kan deltage aktivt i samfundet og få mulighed for at tage ansvar for eget liv.

Den socialpsykiatriske indsats bygger på rehabiliterings- og recoveryprincipper og for at opnå målet, sættes der fokus på at:

- Styrke den enkeltes handlekompetence
- Inddrage den sindslidende aktivt ved udarbejdelse af handleplaner
- Styrke og støtte den sindslidende i eget hjem
- Sikre et varieret og nødvendigt antal botilbud til sindslidende
- Styrke indsatsen for at opnå eller bevare en tilknytning til arbejdsmarkedet
- Styrke indsatsen for at bevare en tilknytning til uddannelsesområdet
- Sikre varierede og tilstrækkelige tilbud om aktivitets- og samværstilbud
- Styrke indsatsen for sindslidende med misbrugsproblemer, kriminalitet og andre sociale problemer
- Styrke indsatsen for børn med sindslidende forældre
- Styrke indsatsen for unge sindslidende

- Sikre en koordineret og sammenhængende indsats mellem kommunens socialpsykiatriske tilbud og indsatsen i forhold til Regionens behandlingspsykiatri
- Etablere sundhedsfremmende initiativer jf. Esbjerg Kommunes Sundhedspolitik

Arbejdet bygger på dialog med brugere, pårørende, bruger- og pårørendeorganisationer og Handicaprådet.

10.1.3 Nøgletal

I budgettet for 2008 gives de følgende nøgletal, som beskriver de antal personer, som Ny Esbjerg Kommune er betalingskommune for. Antal personer er omregnet til hele personer, dvs., at en person, som er indskrevet på halv tid indgår kun som ½. Derfor er de følgende tal ikke udtryk for det antal personer, som tilbuddene arbejder med, men et udtryk for antallet af pladser i tilbuddene.

Sindslidende

Botilbud til længerevarende ophold (§ 108)	41
Botilbud til midlertidigt ophold (§ 107)	8
Støtte til personer i almene boliger og i eget hjem (§ 85)	194
Private botilbud (§§ 107 og 144)	10
Støtte- og kontaktperson (§ 99)	10
<i>I alt døgn-, bo- og støttetilbud</i>	263
Beskyttet beskæftigelse (§ 103)	75
Aktivitets- og samværstilbud (§ 104)	199
<i>I alt beskæftigelses-, aktivitets- og samværstilbud</i>	274

10.1.4 Metoder

10.1.4.1 Opsøgende arbejde

Det opsøgende arbejde beskrives ikke i kommunens servicebeskrivelse af sindslidende-området. Inden kommunalreformen var det opsøgende arbejde begrænset til udgående arbejde udført i forbindelse med sagsbehandling, samt arbejde udført på væresteder m.m. på uformel plan. Generelt gjorde ingen af de tidligere kommuner i Esbjerg Kommune en decideret opsøgende indsats, hvor man opsøgte "ukendte" borgere med behov.

Interviews med arbejdsgruppemedlemmer viser, at det meste af arbejdet inden reformen, som tidligere blev givet under § 99, var afklaringsarbejde bestilt af myndigheden. I forbindelse med omlægningen af kommuner er der dog blevet gjort noget ud af at afklare og udbygge det opsøgende arbejde i den nye Esbjerg Kommune. Der har blandt andet været netværksmøder på tværs af socialpsykiatrien, socialt udsatte og misbrugere.

I regionalt regi arbejdes der opsøgende med psykoseteams. Dog er der her fokus på borgere, som allerede er diagnosticeret, og som i forbindelse med et behandlingsforløb, er visiteret til tilbuddet.

Konklusionen må være, at på metodesiden indenfor det opsøgende arbejde er der ved projektets start ingen metoder i brug i Esbjerg Kommune.

10.1.4.2 Kontaktskabende arbejde

Arbejdet med isolerede sindslidende i Esbjerg Kommune er dog på trods af en manglende opsøgende indsats velfunderet i det kontaktskabende arbejde. De nuværende SKP-medarbejdere og bostøttepersonalet har arbejdet længe og grundigt med det kontaktskabende arbejde.

Relationsarbejde

Den mest tydelige praktisk-teoretiske ramme er relationsarbejde. Relationsarbejde er en praktisk pædagogisk udmøntning af en psykodynamisk tankegang, hvor man antager, at brugerne har grundlæggende dysfunktioner i deres evne til at relatere sig til andre mennesker. Den socialpædagogiske opgave er derfor at opbygge en relation med brugeren, som kan danne grundlag for en ny forståelse af relationer og være et spillerum, hvor brugeren har mulighed for at udvikle færdigheder, som kan understøtte udviklingen af nye relationer med andre end medarbejderen.

Formålet er derved at styrke borgerens personlige integritet, forstået som sammenhæng i personligheden og identitetsfølelsen. (Ramian, 2008):

- Oplevelse af retten til at føle, hvad jeg føler og mene, hvad jeg mener.
- Jeg har ret og lov til at reagere på det, jeg ser og oplever.
- Jeg er en handlende agent, der kan tage og tager ansvaret for eget liv
- Jeg kan formulere mine egne ønsker og drømme
- Jeg kan træffe mine egne beslutninger
- Mit liv har mening, fordi det betyder noget for andre

Når relationsarbejdet er den fælles faglige reference for arbejdet, udmønter det sig i følgende værdier og holdninger (Ramian, 2008):

- At kunne se beboeren som et helt menneske
- Kontinuitet i relationerne
- Fleksibilitet i kontakten
- Opmærksom tilstedeværelse
- Fokus på konkrete problemer
- Konsultation
- Partnerskab
- Forventninger om selvhjælp

I interviews med medarbejdere er der meget fokus på at opbygge tillid mellem borgeren og medarbejderen i første omgang, og derefter fokus på at arbejde på borgerens præmisser, men med henblik på at oparbejde relationelle kompetencer. Der er meget opmærksomhed på medarbejderens kropssprog og på de signaler, medarbejderen sender bevidst og ubevidst. Medarbejderne forsøger at gøre borgeren opmærksom på egne følelser og handlinger ved at arbejde reflekterende, dvs. at beskrive det, medarbejderen oplever, herunder de signaler, borgeren sender, og de følelser medarbejderen selv mærker som reaktion på borgerens fremfærd. Meningen er, at borgeren oplever et forhold, som ikke svigter, og som kan rumme borgerens angst, kaos og afvisning (Larsen, 2002).

I forhold til kontaktskabelse kan relationsarbejde være brugbart.

10.1.4.3 Tværsektorielt samarbejde

Arbejdsdeling

Et godt samarbejde forudsætter en fælles forståelse af parternes roller. Formelt beskriver dokumentet "Sundhedsaftaler mellem Esbjerg Kommune og Region Syddanmark" arbejdsdelingen mellem kommunens socialpsykiatriske indsats og regionens behandlingspsykiatriske indsats. Sundhedsaftalen giver endvidere mulighed for, at en anden arbejdsdeling mellem regionen og kommunen aftales lokalt, dvs. i de enkelte tilbud eller vedrørende enkelte personer. Rameaftalernes indhold og regulering i forhold til socialpsykiatriske tilbud kan også have indflydelse på den konkrete arbejdsdeling.

Den regionale psykiatriindsats omfatter:

undersøgelse, diagnostik og behandling på psykiatrisk afdeling (sengeafsnit, ambulant behandling i distriktpsykiatri, udgående teams, akutfunktioner herunder f.eks. psykiatriske skadestue), patientrettet forebyggelse, psyko-edukation af patienter og pårørende, rehabilitering af traumatiserede flygtninge, sygehusets faglige samarbejde med praktiserende læger, samt indsatsen, som ydes i praksissektoren.

Den kommunale indsats omfatter:

sociale støtteordninger, botilbud, patient- og borgerrettet forebyggelse, beskæftigelse, uddannelse, fritidsaktiviteter mv. Den kommunale indsats omfatter endvidere behandling i forhold til misbrug.

Det fremhæves i sundhedsaftalen, at begge parter har ansvar for forebyggelse. Endvidere er stabilisering og rehabilitering en integreret del af indsatsen i sygehusvæsenet og et væsentligt element i kommunens sociale indsats. Derfor er det også her, der kan gøres en indsats i forhold til koordinering.

Det er den psykiatriske afdelings ansvar at tage initiativ til at etablere det tværsektorielle samarbejde under behandling. I Sundhedsaftalen præciseres arbejdsfordelingen således, at regionen har ansvaret for forebyggelse i forbindelse med behandling, og kommunen har ansvar for at forebygge, at eksisterende sygdomme udvikler sig og sikre, at borgeren bevarer sin funktionsevne bedst muligt.

Det skal her fremhæves, at målgruppen beskrives som:

Borgere tilhørende målgrupperne for børne- og ungdomspsykiatrien, almenpsykiatrien og gerontopsykiatrien, samt oligofrene, dobbeltdiagnosticerede og behandlingsdømte. Mennesker som er ukendte af behandlingspsykiatrien eller udenfor både det sociale netværk og behandlingssystemet nævnes ikke (f.eks. isolerede sindslidende, som endnu ikke er opsporet og diagnosticerede).

10.1.4.4 Koordinering

Koordinering mellem Esbjerg Kommune og Region Syddanmark beskrives i sundhedsaftalen. Aftalen beskriver tre niveauer for koordinering:

Kontaktperson

Kontaktpersoner udpeges i de tilfælde, hvor der er behov for en koordineret indsats. En kontaktperson i sygehusvæsenet er en hospitalsansat, sundhedsfaglig person, tilknyttet den enkelte patient. Opgaven for kontaktpersoner er at sørge for videreformidling af relevant information samt inddragelse af relevante parter. Kontaktpersonen har et særligt ansvar for at sikre sammenhæng i patientforløbet under indlæggelse og ambulante forløb. Sundhedsaftalen opstiller følgende forventninger til kontaktpersonsordningen:

- At der ved indlæggelse er udpeget en kontaktperson senest 24 timer efter indlæggelsen.
- At der for ambulante patienter med mere end et ambulant besøg er udpeget en kontaktperson.
- At kontaktpersonen er direkte involveret i patientforløbet, dvs. kontaktpersonen medvirker ved levering af en eller flere sundhedsfaglige ydelser i forløbet.
- At navnet på kontaktpersonen er oplyst til patienten både mundtligt og skriftligt (f.eks. visitkort), og at dette er dokumenteret i journalen.
- At patienten har fået oplyst, hvad ordningen indebærer.

Central koordinator

En central koordinator udpeges, når der er mange instanser/myndigheder, der samarbejder med en sindslidelse. Opgaven for den centrale koordinator er at skabe kontinuitet og sammenhæng i forløbet i samarbejde med borgeren.

Kommunal koordineringsgruppe

En kommunal koordineringsgruppe skal sikre sammenhæng mellem regionen og kommunen. Opgaven er at sikre en koordineret og sammenhængende indsats og håndtere problemer vedrørende overgangene mellem behandlings- og socialpsykiatrien.

10.1.4.5 Indlæggelse og udskrivning

I Sundhedsaftalen er der anvisninger til håndteringen af indlæggelse og udskrivning. I alle tilfælde skal psykiatrisk afdeling vurdere, om der er myndigheder (f.eks. egen læge eller kommunen), der kan have behov for information om, at borgeren bliver udskrevet. Ligeledes skal kommunen og den praktiserende læge bidrage med relevante oplysninger om patientens situation under hensynstagen til gældende lovgivning om dataudveksling.

Sundhedsaftalen skelner mellem tre typer af udskrivning fra sygehuset. Ukompliceret, kompliceret og uvarslet udskrivning.

Ukompliceret udskrivning

Ukompliceret udskrivning omfatter personer, som har behov for kommunale tilbud, men hvis sundhedstilstand ikke medfører væsentlige ændringer set i forhold til patientens situation i hjemmet før indlæggelsen, dvs. personer, som skal modtage samme støtte, som de gjorde før indlæggelsen. Ved ukompliceret udskrivning indkaldes kommunen ikke nødvendigvis til et udskrivningsmøde.

Kompliceret udskrivning

Kompliceret udskrivning omfatter personer, hvis sundhedstilstand medfører:

- Væsentlige ændringer i personens situation i hjemmet eller funktion (personlige eller familiemæssige omstændigheder) set i forhold til situationen før indlæggelsen.
- Væsentlige ændringer i kommunens indsats set i forhold til situationen før indlæggelsen.
- Genetablering af en i forvejen omfattende socialpsykiatrisk og behandlingsmæssig indsats.
- Patienter, der efter udskrivning må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred.

I forbindelse med kompliceret udskrivning skal kommunen indkaldes til et udskrivningsmøde.

I forbindelse med ukomplicerede og komplicerede udskrivninger skal sygehuset aftale tidspunktet for et udskrivningsmøde så tidligt efter indlæggelsen som muligt, da det tilstræbes, at planlægning af forløbet efter udskrivning allerede påbegyndes ved indlæggelsen. Endvidere kan Social- og Sundhedsforvaltningen eller de relevante sociale institutioner anmode sygehuset eller Distriktpsikiatrisk team om afholdelse af et

udskrivningsmøde.

Uvarslet udskrivning

Uvarslet udskrivning omfatter personer, hvis sundhedstilstand medfører:

- At sygehuset ikke anbefaler udskrivning
- At sygehuset ikke lovmedholdeligt kan modsætte sig udskrivning
- At patienten forlader afdelingen uden varsler

Al udskrivning skal varsles og meddeles til 'Visitering' i Esbjerg Kommune.

10.1.4.6 Tværsektoriel vurdering

Ifølge Sundhedsaftalen er det psykiatrisk afdelings opgave at vurdere, om der kan være behov for at iværksætte en kommunal indsats for borgeren efter udskrivning. Er dette tilfældet, skal afdelingen i samarbejde med borgeren inddrage kommunen så tidligt i forløbet som muligt med henblik på at lave en tværsektoriel vurdering af borgerens situation. I samarbejde udarbejder afdelingen og kommunen en udskrivningsaftale efter psykiatriloven og en handleplan for den videre indsats efter serviceloven. Parterne kan overveje, om der er behov for at udarbejde en koordinationsplan, og/eller om der er behov for at udpege en fælles koordinator tilknyttet den enkelte borger.

Sundhedsaftalen antager, at forløbet for den enkelte borger går fra indlæggelsen på psykiatrisk afdeling til udskrivningen til kommunale tilbud. Der er ingen aftaler vedrørende proces og ansvar, når borgeren allerede er kendt af de sociale tilbud og indlægges på sygehuset, f.eks. i forhold til håndteringen og revideringen af borgerens handleplan i samarbejde med sygehuset.

Samarbejde omkring vurderingen af borgernes behov kommer også i spil, når der er tale om uhensigtsmæssige genindlæggelser. Begge parter skal være opmærksomme på forløb, hvor der tegner sig et mønster af gentagne indlæggelser. I Sundhedsaftalen skrives; "[s]es der et sådant mønster, skal parterne i samarbejde undersøge, hvad der kan gøres i det enkelte tilfælde for at bryde mønstret." Endvidere står der i Sundhedsaftalen, at der skal undersøges, om viden fra det ene tilfælde kan generaliseres, således at man kan forhindre gentagne indlæggelser i andre tilfælde. "[P]å baggrund af de konkrete patientforløb skal der således i fællesskab foregå en mønsteropsamling med henblik på en generel forebyggende indsats."

10.1.4.7 Mødefora

Sundhedsaftalen definerer forskellige mulige mødefora, hvor opfølgning og koordinering kan drøftes.

Samarbejde på sagsbehandlerniveau

Formål: At koordinere indsatsen for borgeren og sikre sammenhæng i behandlingsforløbet.

Hyppighed: Altid når en ny borger udskrives til socialpsykiatrisk støtte eller efter behov. Kan afholdes telefonisk.

Deltagere: Kommunale og regionale sagsbehandlere. Brugere og pårørende, hvor der er behov herfor og altid ved udskrivningsmøder.

Indkaldelse: *Ikke udspecificeret i sundhedsaftalen.*

Dagsorden: *Ikke udspecificeret i sundhedsaftalen.*

Samarbejde på målgruppespecifikt niveau

- Formål: Enkelte kommuner med enkelte psykiatriske afdelinger mhp. at drøfte problemstillinger vedrørende en bestemt målgruppe (f.eks. børn og unge).
- Hyppighed: Efter behov.
- Deltagere: *Ikke udspecificeret i sundhedsaftalen.*
- Indkaldelse: *Ikke udspecificeret i sundhedsaftalen.*
- Dagsorden: *Ikke udspecificeret i sundhedsaftalen.*

Kommunemøder

- Formål: Specifik opfølgning på sundhedsaftalen og samarbejdet mellem kommunen og psykiatricentret.
- Hyppighed: 4 gange årligt
- Deltagere: Fra regionen: psykiatrichefen for Center Vest og relevante psykiatriske afdelingsledelser. Fra kommunen: ledelsesrepræsentanter med snitflader til psykiatrien, herunder repræsentanter fra børn og unge, arbejdsmarked, mv., der kan have relevans for samarbejdet. Repræsentant(er) for de praktiserende læger, evt. praksiskonsulenter.
- Indkaldelse: Psykiatricenter Vest indkalder til møde.
- Dagsorden: Udarbejdes i et samarbejde mellem Psykiatricenter Vest og Esbjerg Kommune. Skal på årsbasis minimum omfatte:
- Opfølgning på Sundhedsaftalen.
 - Vidensdeling, herunder sikre faglig og praktisk vidensudveksling og gensidig feedback.
 - Drøftelse af status og evt. problemstillinger i det generelle samarbejde.
 - Drøftelse af snitflader i forhold til misbrugsbehandlingen.
 - Drøftelse af snitflader mellem behandlings- og socialpsykiatri.
 - Økonomiske konsekvenser af aftalen og ændringer i tilbud.
 - Indgåelse af fælles udviklingsprojekter.
 - Opfølgning på lokale tværsektorielle projekter og samarbejder.
 - Nedsætte ad hoc-grupper til udførelse af lokale fælles planlægningsopgaver.
 - Aftale om klageadgang.
 - Overvågning og tilpasning af såvel kvantitativ som kvalitativ kapacitet.
 - Behandle og følge op på resultater af kvalitetsmonitorering af samarbejdet.
 - Udveksling af informationer om aktivitetsmønsteret på hhv. psykiatrisk afdeling og i kommunalt regi, f.eks. ændringer i patientstrømme og sammensætning mv.
 - Følge op på den lokale udrulning af elektronisk kommunikation.
 - Behandle fortolkningsspørgsmål.
 - Fastlæggelse af næste møde.

Regionale møder på centerniveau

Regionale møder på centerniveau er sindslidendeområdet's udgave af Sundhedsaftalens *Lokalt samordningsforum* omkring de enkelte sygehuse hhv. psykiatriske driftsenheder. Formålet med det enkelte

samarbejdsforum er, ifølge Sundhedsaftalen, at varetage lokal planlægning, driftstilpasning og kvalitetsovervågning og at medvirke til gennemførelse af sundhedsaftalerne på de enkelte indsatsområder samt at leve op til aftalernes grundlæggende formål og værdier.

Formål: At drøfte emner af relevans for alle kommuner i optageområdet samt at følge op på sundhedsaftalen og samarbejdet mellem centret og kommunerne.

Hyppighed: Én gang årligt.

Deltagere: For regionen: psykiatrichefen for Center Vest og relevante psykiatriske afdelingsledelser. For kommunen: ledelsesrepræsentanter med snitflader til psykiatrien.

Indkaldelse: Psykiatricenter Vest indkalder til mødet.

Dagsorden: Udarbejdes i et samarbejde mellem Psykiatricenter Vest og repræsentanter for kommunerne i optageområdet. Eksempel på dagsorden:

- Overvågning og tilpasning af såvel kvantitativ som kvalitativ kapacitet.
- Udveksling af information om ændringer i kapacitet, evt. som følge af rammeaftalen.
- Udveksling af informationer om aktivitetsmønstret på hhv. psykiatrisk afdeling og i kommunalt regi, f.eks. ændringer i patientstrømme og sammensætning mv.
- Drøftelse af fremtidig indsats evt. i form af etablering af arbejdsgrupper til kortlægning af specielle forhold for enkeltgrupper.
- Opfølgning på om der er uhensigtsmæssige forløb, der resulterer i gentagne indlæggelser.
- Udpegning af næste års arrangører.

10.2 Odense Kommune

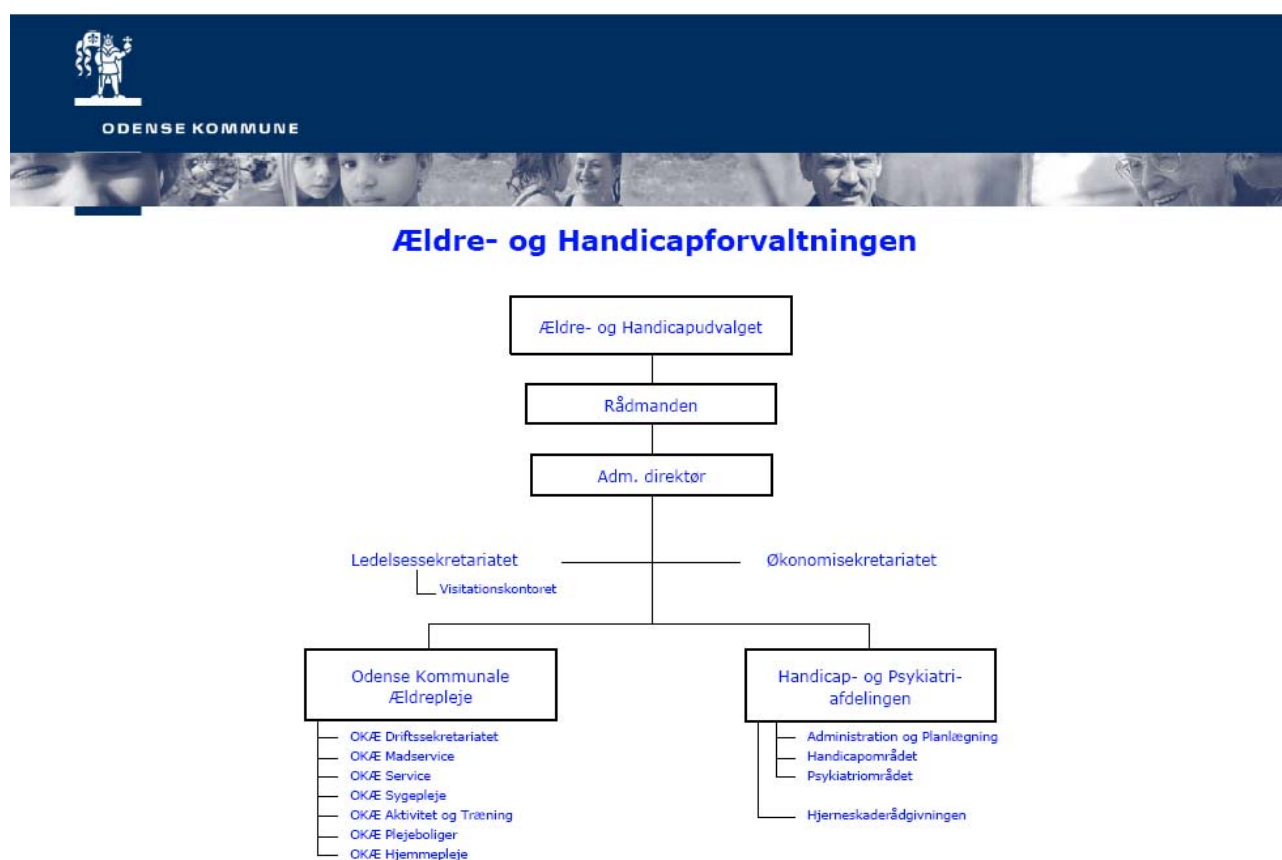
10.2.1 Generelt

Odense er Danmarks tredje største by og fjerde største kommune og har omkring 185.000 indbyggere. Odense Kommune er primært en bykommune og rummer ud over selve Odense by en hel række forstæder. Et særligt område, der kan have interesse for projektet er Vollsmose, hvor der ses en koncentration af etniske minoriteter.

I Odense Kommune varetager Ældre- og handicapudvalget den umiddelbare forvaltning af sociale og sundhedsmæssige opgaver i relation til ældre, samt voksne med længerevarende psykiatiske lidelser og borgere med vidtgående fysiske og psykiske handicap. Udvalget træffer afgørelser i sager om ydelser m.v. til enkeltpersoner i henhold til sociallovgivningen i form af bl.a. plejeboliger, hjemmehjælp, hjemmesygepleje, hjælpemidler, ældre- og handicapegnede boliger, trænings- og aktivitetstilbud, motorkøretøjer, døgntilbud, støttecentre og bofællesskaber, beskyttede værksteder, distriktpsychiatri m.v.

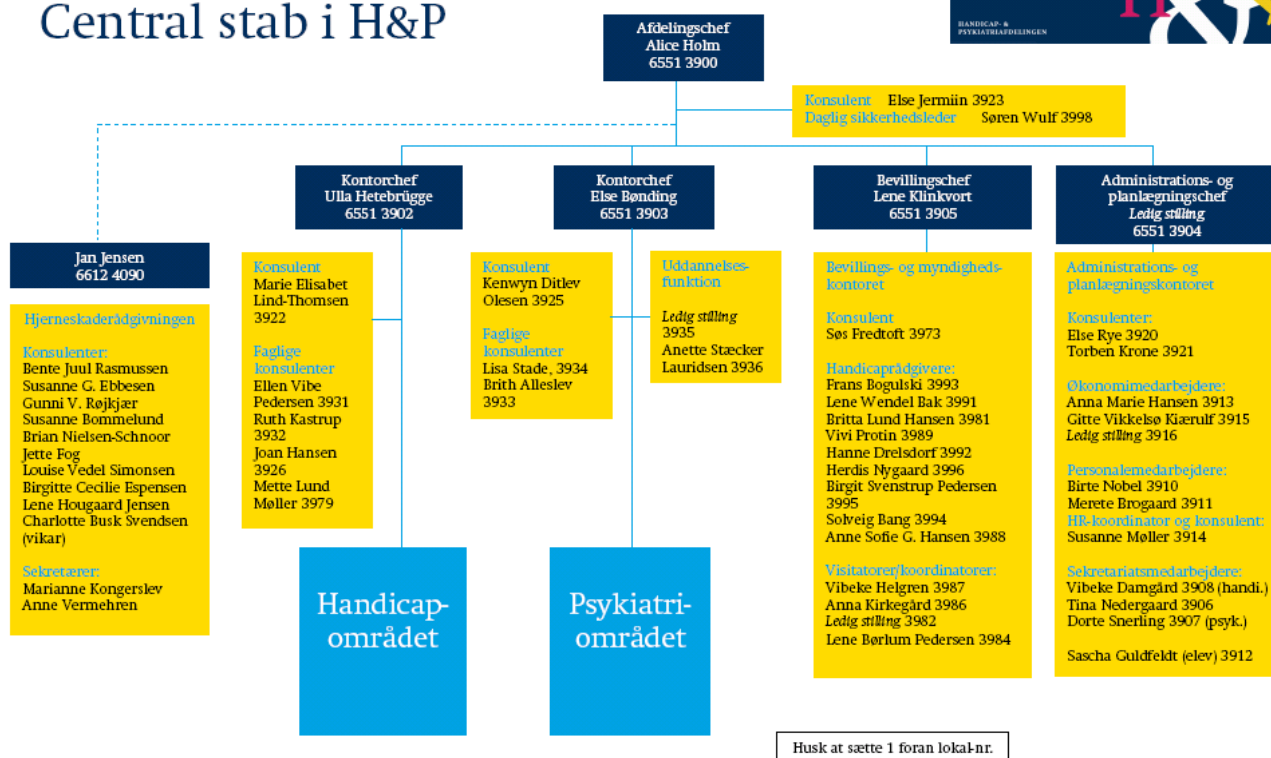
Ældre- og handicapforvaltningens budget og opgavevaretagelse er opdelt i tre hovedområder; Fællesadministration, pleje og omsorg samt handicap og psykiatri. Handicap- og psykiatridelingen varetager bl.a. opgaver i forhold til døgntilbud, dagtilbud (beskæftigelse og aktivitets- og samværstilbud) samt støtte i eget hjem til voksne med længerevarende sindslidelser og komplekse sociale problemer samt borgere med vidtgående fysiske og/eller psykiske handicaps.

Organisationsdiagram for henholdsvis Ældre- og handicapforvaltningen og Handicap- og psykiatridelingen:



Pr. 1. januar 2008

Central stab i H&P



10.2.2 Visioner og mål for sindslidelsesområdet

Ældre- og handicapudvalgets prioriteringer for budgettet i 2008 omfatter blandt andet målsætningerne om:

Målsætninger/indsatsområder

En samlet tilbudsvifte på handicap- og psykiatri-området skaber synergi på tværs og giver på sigt borgerne et bedre og mere fleksibelt tilbud.

En samling af tilbud på handicap- og psykiatri-området skaber effektiviseringsgevinster.

Resultatmål

Borgerne oplever, at de får et godt og fleksibelt tilbud.

Effektiviseringsgevinst på 1 pct. af budgettet for de overtagne amtsopgaver.

10.2.3 Servicebeskrivelse

I Odense er der en række tilbud til voksne sindslidende med længerevarende psykiske lidelser og sociale problemer. Tilbuddene omfatter såvel bolig- som aktivitets-, fritids- og behandlingstilbud. Grundlæggende er det formålet med viften af tilbud at hjælpe sindslidende borgere til en selvstændig og værdig tilværelse, der er så tæt på et normalt liv som muligt.

Voksne sindslidendes behov og muligheder er vidt forskellige. Tilbuddene afspejler så vidt muligt den samme mangfoldighed. De skal så fleksibelt som muligt imødekomme de små eller store behov, som den enkelte har for kontakt, støtte og behandling.

I Odense Kommune er tilbuddene til voksne sindslidende administrativt samlet i Handicap- og Psykiatridelingen, som igen er en del af Ældre- og Handicapforvaltningen. Nogle af tilbuddene er kommunens egne, andre er selvejende institutioner, der har driftsoverenskomst med kommunen. Samtidig

har regionen en række tilbud til voksne sindslidende.

Følgende ordninger kan tilbydes voksne borgere med sindslidelser:

Bostøtteordning for sindslidende

Bostøtteordningen er et tilbud til sindslidende om hjælp og støtte til at fastholde eller udvikle personlige færdigheder, til at opretholde det sociale netværk og til at få struktur på de daglige gøremål.

Bostøtteordningen for sindslidende består af et team af medarbejdere. Teamet er sammensat, så der er forskellige uddannelsesmæssige baggrunde repræsenteret. Bostøtteordningen tilbyder sindslidende hjælp og støtte i eget hjem. Tilbuddet ydes i en tidsafgrænset periode, som vurderes individuelt og løbende.

Bostøtteordningen er for personer med længerevarende sindslidelser og særlige sociale problemer. Ordningen er rettet mod denne målgruppe, som har behov for støtte til at klare hverdagen, og som selv ønsker at modtage støtte.

Service mål

- At yde hjælp til selvhjælp.
- At yde individuel støtte i egen bolig.
- At respektere personens egne værdier og normer i bestræbelserne på støtte til øget livskvalitet.
- Tilbud om en skriftlig, individuel handleplan.

Lovgrundlag

Lov om social service § 85.

Visitation

Der kan henvises til tilbuddet gennem egen sagsbehandler på områdekontoret, Psykiatrisk Afdeling på Odense Universitetshospital, Distriktpsychiatrien o.a.

Botilbud til sindslidende

I et kommunalt botilbud ydes hjælp og støtte til voksne med en sindslidelse. Hjælpen og støtten ydes af det ansatte personale og ydes i forbindelse med både den enkeltes egen bolig og fællesskabet i botilbuddet. Formålet er at bidrage til at skabe en så god og tryk tilværelse som muligt for den enkelte. I tilbuddet har alle egen bolig med personlig lejekontrakt, og der er fælleslokaler, som kan benyttes til støtte, aktiviteter og forskellige former for samvær, der understøtter den enkeltes udviklingsbehov.

Kommunens botilbud består af forskellige typer boliger, så forskellige behov kan opfyldes. Botilbuddene ligger spredt i Odense Kommune og består af et varierende antal tilknyttede boliger, typisk mellem 12 og 17 boliger. Der er forskellige fysiske rammer, men typisk ligger boligerne omkring eller i nærheden af et fælleslokale. Der er personale i de fleste dag- og aften timer, og i et enkelt botilbud er der tilknyttet en rådgivningsperson, som beboerne kan kontakte i særlige situationer. Derudover er der etableret et nat tjenestetilbud, som er et tilbud, der kan benyttes af alle beboere i støttecentre.

Beboerne i botilbuddene er voksne i alle aldre med meget forskellige behov for støtte og kontakt. Med den fornødne støtte kan personer bo selv, samtidig med at de har gavn af et fællesskab. Alle beboere har en sindslidelse. Udover botilbuddet har beboerne ofte et dagtilbud uden tilknytning til botilbuddet og et tilbud fra distriktpsychiatrien.

Service mål

- Støtte i dagligdagen til planlægning, praktiske gøremål og håndtering af økonomi. Støtten baseres så vidt muligt på princippet om hjælp til selvhjælp.
- Støtte til at fastholde netværk og til at undgå isolation.
- Udvikling af beboernes personlige og sociale færdigheder samt optræning.
- Støtte som kompensation for funktionsnedsættelsen.
- Tilbud om en skriftlig, individuel handleplan.

Lovgrundlag

Lov om social service §§ 85 og 107.

Visitation

For at komme i betragtning til et botilbud skal der ske en individuel vurdering af behov i forhold til bolig, støtteomfang, formål med støtten, personlig hjælp, evt. hjælpemidler og øvrige forhold. Praktiserende læge, distriktpsychiatrien, hjemmeplejen, sagsbehandler eller Psykiatrisk Afdeling på OUH kan henvise en borger.

Støtte- og kontaktpersonordningen

Støtte- og Kontaktpersonordningen er et tilbud om hjælp og støtte til en afgrænset gruppe af sindslidende.

Formålet med tilbuddet er at forsøge at opnå og bevare social kontakt for derved at bryde den sindslidendes isolation. Desuden arbejdes der frem mod, at den sindslidende bliver i stand til at benytte de almindelige behandlingstilbud og andre etablerede tilbud. Støtte- og kontaktpersonerne udfører opsøgende arbejde i by- og boligområderne for at opnå kontakt med potentielle brugere.

Støtte- og Kontaktpersonordningen er et tilbud til de mest socialt udsatte og isolerede grupper af sindslidende, som ikke kan gøre brug af andre eksisterende tilbud.

Servicemål

- Bryde den enkeltes sociale isolation og gøre vedkommende i stand til at klare sig selv bedst muligt.
- Kontakt ud fra den sindslidendes egne ønsker.
- Praktisk støtte i hjemmet.
- Hjælp til opbygning af netværk.
- Støtte og vejledning i forhold til kontakt til offentlige systemer.
- Støtte- og Kontaktpersonordningen udfører tillige opsøgende arbejde på gadeplan.

Lovgrundlag

Lov om Social Service § 99.

Visitation

Alle kan i princippet rette henvendelse til Støtte- og kontaktpersonordningen, f.eks. pårørende, naboer, vicevært, hjemmeplejen, sagsbehandler m.fl.

Vista Balboa

Formålet er at tilbyde et helhedstilbud til personer med dobbeltdiagnose, det vil sige meget svært sindslidende med et samtidigt stort misbrug. Målet er at skabe en udvikling hos den enkelte bruger hen imod en større grad af personlig og social selvhjulpenhed, således at brugeren kan opnå en mere stabil og selvstændig tilværelse. Vista Balboa består på nuværende tidspunkt af et opsøgende team, et værested samt et opgangsfællesskab. Udgangspunktet er, at Vista Balboa er et helhedstilbud, hvilket betyder, at tilbuddet integrerer behandlingen af både sindslidelsen og misbruget.

Tilbuddet er rettet til personer med en svær sindslidelse og med et misbrug af enten narkotika, medicin eller

alkohol samt med et hverdagsliv, der er præget af stor ustabilitet.

Service mål

- Opsøgende indsats med henblik på at skabe og fastholde kontakt.
- Større livskvalitet.
- Forebyggelse af hjemløshed.
- Mindre forbrug af alkohol, medicin og narkotika.
- Stabilisering af sindslidelsen med færre genindlæggelser til følge.
- Forbedring af relationen mellem brugeren og omgivelserne.
- Tilbud om en skriftlig, individuel behandlings- og handleplan.

Lovgrundlag

Lov om social service §§ 85, 102, 104 og 107.

Visitation

Typisk tilbydes hjælp og støtte fra det opsøgende team efter henvendelse fra forskellige samarbejdspartnere f.eks. behandlingsinstitutioner, egen læge, sagsbehandlere, distriktspsykiatrien, sygehusvæsenet, varmestuer, herberger etc., men i princippet kan alle rette henvendelse

Service deklARATIONER for de forskellige tilbud kan findes på:

<http://www.odense.dk/Topmenu/Voksne/Handicap%20og%20Psykiatriafdelingen/Om%20Handicap%20og%20Psykiatriafdelingen/Service deklARATIONER.aspx>

10.2.4 Nøgletal

I budgettet for 2008 er følgende mængdeoplysninger fundet: (Opgørelse fra 2007 – note et refererer til en note i den oprindelige rapport.)

Mængdeoplysninger for Handicap og Psykiatri

Område	2007 - tal	Område	2007 - tal
Pladser		Brugere	
Handicapområdet:			
Døgntilbud	85	Bosteder § 105 og § 115	383
Bosteder ¹	200	Beskyttet beskæftigelses § 103	314
Dagtilbud	454		
Psykiatriområdet:		Aktivitets- og samværstilbud § 104	628
Døgntilbud	156	Bostøtte § 85	325
Bosteder ¹	188		
Dagtilbud	209,5	Hjælpeordning til personer med nedsat funktion § 96	62
Brugere		Ledsageordning § 97	234
Handicapområdet:		Kontaktperson for døvblinde § 98	19
Døgntilbud § 107	111	Støttekontaktperson § 99	78
Døgntilbud § 108	246		
I alt	357		
Psykiatriområdet:			
Døgntilbud § 107	47		
Døgntilbud § 108	132		
I alt	179		

10.2.5 Metoder

10.2.5.1 Opsøgende arbejde

I Odense er der i forbindelse med Vista Balboa og SKP-ordningen blevet udført opsøgende arbejde. I forbindelse med Vista Balboa er det foregået således, at et opsøgende team, på baggrund af henvendelser fra samarbejdspartnere, opsøger mennesker med dobbeltdiagnoser (sindslidelse og misbrug) og tilbyder støtte i hverdagen samt relevant behandling af såvel sindslidelse som misbrug. Typiske henvendelser kommer fra behandlingsinstitutioner, egen læge, sagsbehandlere, varmestuer eller herberger. Det opsøgende team i denne ordning kan sammenlignes med principperne bag et opsøgende psykoseteam.

SKP-arbejdet har været godt funderet i Odense i mange år, og her er der blevet udført opsøgende arbejde i forbindelse med identificeringen af brugere. SKP-ordningen finder sine brugere gennem opsøgende arbejde på gaden, eller ved at mennesker i den sindslidendes omgangskreds bliver opmærksomme på, at der er et udækket behov for hjælp. Det kan f.eks. være en pårørende, en nabo, en vicevært eller en hjemmehjælper.

Metoderne i SKP-arbejdet er generelt meget brede. Kompetenceudviklingen og udvikling på området har fokus på medarbejderne, både personligt og fagligt.

Der er en stor del af arbejdet, som handler om samarbejde med andre aktører, og hensigten er, at ingen må gå fortabt.

Fokusset i Handicap- og Psykiatriaafdelingen er udvikling af mennesker og af faglighed. Dette skal gøres med afsæt i følgende værdier:

- **Respekt** – er at behandle andre mennesker ligeværdigt. - er at forstå, at ethvert indgreb i et andet menneskes liv kan opfattes som et overgreb.
- **Åbenhed** – er, at du ærligt giver udtryk for din mening. - er at vende blikket mod verden og tage imod. – er, når du ved, at løsninger også skal findes andre steder end i dig selv. - er at dele viden, tanker og information.
- **Rummelighed** – er, at der er plads til forskellighed. – er, at der er plads til, at brugere og medarbejdere kan være sig selv i brede, men tydelige rammer. - er at kunne støtte mennesker ud af et problem uden selv at få et problem.
- **Dialog** - er at udveksle synspunkter på en ligeværdig og respektfuld måde. - er at lytte og forklare, før du handler, også når det er svært. – er, at du har samtaler med og ikke om. – betyder, at viden deles i organisationen.
- **Ansvarlighed** – er, at du står ved dine handlinger. – er, at den person, der får en opgave udfører den, men alle har et medansvar. – er, at du forpligter dig til opgaven og den bedste løsning. - er at gøre, hvad du kan se, er nødvendigt at gøre.

Udgangspunktet er mennesket som et socialt væsen, dvs., at mennesker har brug for social kontakt. Kontakten skal derudover formidles i øjenhøjde, dvs. ud fra brugernes egne ønsker og behov. De menneskelige relationer er et bærende element i arbejdet.

Formål og målsætninger

Formålet med SKP i Odense er at styrke brugerens mulighed for at opbygge og fastholde kontakt til omverden ud fra egne ønsker og behov. Dermed gøres brugeren i stand til at benytte samfundets muligheder og øvrige etablerede tilbud. Herunder beskrives målsætningerne:

- At samle op på borgere, som falder igennem det sociale sikkerhedsnet—at gøre nettet mere fint.
- At etablere, opbygge og sikre en kontakt ud fra brugerens egne ønsker og behov.

- At opbygge et netværk.
- At afdække brugerens behov for støtte i eget hjem.
- At yde støtte til at leve i eget hjem, indtil brugeren magter at få tilknyttet andre støttepersoner.
- At hjælpe brugeren til at benytte normalsystemet i kommunen og, om muligt, herefter afvikle kontakten med støttekontaktpersonordningen.
- At udvikle brugerens tillid til SKP'eren og derefter systemet.

Arbejdet er udformet efter en "trappemodel", hvor der er fokus på Kontakt-Tillid-Erkendelse-Motivation-Aflevering. Kontakt-delen svarer til Isbryderprojektets afgrænsning af "Opsøgende arbejde", og Isbryderprojektets "Kontaktskabelse" dækker både Tillid-, Erkendelse- og Motivations-arbejde. Aflevering i Odense Kommune kan være en del af Isbryderprojektets "Tværgående samarbejde" og kan enten være tværfagligt, tværsektorielt, eller begge dele.

I Odense Kommunes opsøgende arbejde er henvendelser set som en forudsætning for arbejdet. Gadeplansarbejde virker ikke for en stor del af målgruppen af sindslidende, fordi man som medarbejder ikke kan se nok. Det opfattes som meget mere effektivt at lade andre aktører på området—f.eks. herberger og væresteder—være øjnene i det opsøgende arbejde. Derfor er der ikke det store fokus på det direkte opsøgende arbejde.

Der bruges en del tid på at synliggøre SKP-korpset overfor samarbejdspartnere. Dette kan ske ved fremmøde, udlevering af visitkort og telefonkontakt samt aftaler omkring den enkelte borger. Der er tidligere udarbejdet en pjece og diverse annoncer i aviser, men arbejdet er relativt uorganiseret og tilfældigt. Der bruges meget benarbejde på at gå ud og fortælle om arbejdet. Dette gælder også, når SKP'erne er ude at besøge borgere, de har kontakt til—dvs., SKP'erne fortæller så vidt muligt de andre instanser, de arbejder med ift. den enkelte borger, at der er mulighed for at tage imod henvendelser fra aktørerne vedrørende andre borgere, som kunne profitere af SKP-støtte.

En vigtig del af det indirekte opsøgende arbejde i SKP-korpset i Odense er, at SKP-medarbejderne altid følger op på henvendelser, f.eks. ved brug af henvendelsesskemaer. Dokumentation af henvendelserne viser, at 1/3 af henvendelser er misforståelser, dvs., at vedkommende ikke er i målgruppen. En stor del af de resterende kan henvises til andre tilbud, f.eks. et specielt hjemmehjælpskorps.

10.2.5.2 Kontaktskabende arbejde

Det kontaktskabende arbejde er som sådan ikke beskrevet i kommunens servicebeskrivelser. Der er dog en generel udmelding om, at de forskellige tilbud har til formål at *give støtte til at fastholde netværk og at undgå isolation, skabe kontakt ud fra den sindslidendes egne ønsker samt udføre en opsøgende indsats med henblik på at skabe og fastholde kontakt*. Det vil sige, at det kontaktskabende arbejde er tænkt ind i tilbuddene til mennesker med sindslidelser, men en konkret metodebeskrivelse er ikke fundet.

I interviewet med arbejdsgruppens medlemmer blev der givet udtryk for, at det kontaktskabende arbejde kan tage flere måneder. Udmeldingen til samarbejdspartnere, såsom boligselskaber og forvaltninger, er at det tager tre måneder at skabe kontakt—i nogle tilfælde længere tid. I den tid, hvor SKP-medarbejderen forsøger at skabe kontakt til borgeren, er denne fredet, dvs., at fratagelse af borgerens forsørgelsesgrundlag, udsættelse fra boligen, og andre krav/konsekvenser sættes i bero, mens der arbejdes på kontaktskabelse.

I det kontaktskabende arbejde går SKP-medarbejderne sammen to og to, med en rollefordeling som henholdsvis fører og observatør. Dette fremmer en styrket kontakt, idet de to kan dække hinanden i ferieperioder eller i tilfælde af omorganisering, sygdom, eller jobskift. Derudover fremmer det en stærkere faglig vurdering af situationen og borgerens behov, idet der er to, som møder borgeren, og på den måde

sikres medarbejdernes sikkerhed i ukendte situationer.

Anonymitet tilbydes borgeren med udgangspunkt i en metodisk tilgang. Det vil sige, at borgeren tilbydes anonymitet som et middel til at overvinde borgerens eventuelle mistillid til systemet, der ofte kan fungere som en barriere for at få kontakt til borgeren. Ulempen ved det anonyme arbejde er, at der derved er risiko for dobbeltarbejde.

Det er oftest intuitionen, som tages i brug, når man bestemmer sig for de forskellige modeller.

Fremgangsmåden i det kontaktskabende arbejde er skitseret nedenfor:

1. SKP-korpset modtager en henvendelse om en borger.

2. Efter den første henvendelse fra en samarbejdspartner, skrives normalt et brev til borgeren.

I forbindelse med udformningen af brevet har medarbejderne nogle overvejelser i relation med fremtoningen og udseendet af brevet, og overvejelser om formalitet og håndskrivning er fremtrædende. Problematikken i dette er, at nogle borgere ikke ønsker en kontakt og forsvinder fra adressen eller beder kontaktpersonerne om at blive væk. Det er også kendetegnende, at borgere ikke åbner deres post og derved ikke ser brevet. I brevet er det at foretrække, at man kan henvise til en eventuel henvender, hvis ikke denne ønsker at forblive anonym.

3. Besøg hos borgeren.

I forbindelse med det første besøg vil SKP-medarbejderen henvise til brevet og henvendelsen fra samarbejdspartneren. Borgeren bliver spurgt til, hvordan han/hun oplever situationen. Det er vigtigt, at man som medarbejder forholder sig neutralt i forhold til henvendelsen og giver borgeren mulighed for at komme med sin egen version af, hvordan tingene opleves.

Ofte vil borgeren dog ikke lukke døren op, når SKP-medarbejderne kommer på det eller de første besøg. Nogle borgere bliver væk fra hjemmet, når de ved, at SKP-medarbejderne kommer, andre ringer og beder dem om at blive væk. Andre lader som om de ikke er hjemme, oftest på grund af en frygt og skam forbundet med deres sindstilstand. Når SKP-medarbejderne forgæves henvender sig på en adresse, efterlader de en hilsen således, at borgeren ved, de har været på besøg. Der er mange forskellige modeller, men ofte er det et kort (f.eks. GO-kort eller visitkort) med en håndskreven hilsen, hvorpå SKP-medarbejderen kort skriver, at de har været på besøg, og evt. hvornår de vil "kigge forbi" igen.

Som beskrevet ovenfor kan det tage lang tid at opnå en kontakt. Det tager ofte flere besøg, inden døren bliver lukket op. 'Vedholdenhed' beskrives ofte som en metode i SKP-arbejdet, og det er ofte det, som gør, at borgeren beslutter sig for at åbne døren og hilse på SKP-medarbejderen for første gang. Vedholdenheden fortolkes af borgeren som gode intentioner, og et tegn på at medarbejderen "vil mig noget" og "ikke giver op overfor mig."

Ofte er det et praktisk problem, borgeren oplever, som udløser en kontakt. F.eks. kan der være problemer med et brusehoved, som borgeren spørger om SKP-medarbejderen kan reparere, hvilket medfører, at medarbejderen får lov til at træde over dørtærsklen første gang.

4. Tillids- og relationsarbejde

Når borgeren har åbnet døren, begynder det tillidsskabende arbejde. I dette arbejde fokuserer man på personen og ikke situationen omkring dem. Man lader brugeren sætte dagsordenen og sidder på hænderne, således at man ikke gør noget, uden at brugeren har taget initiativet. Ideen er, at man får lov til at komme tættere på personen samt at undersøge deres åbenhed overfor hjælp—deres motivation. Nogle gange betyder det, at man ikke skal snakke, men bare sidde.

I denne tid kan man også bruge tiden til at finde en indgangsvinkel til næste besøg, f.eks. hvis brugeren har nævnt problemer med håndvasken, kan man aftale, at det er det, man vil finde ud af. Dette kan f.eks. bruges til at skabe mulighed for et andet besøg. Det er generelt vigtigt i den første fase af tillids- og relationsarbejdet, at man undersøger med borgeren, om man skal have en fast aftale, eller om man skal komme "tilfældigt". Medarbejderen kan jo godt have en plan for et systematisk og organiseret arbejde med brugeren, uden at denne ved, at møderækken i realiteten ikke er "tilfældig".

'Det fælles tredje' kan bruges i forbindelse med tillids- og relationsarbejde. Ofte handler relationsarbejde ikke om samtaler med brugeren, men om fælles opgaver eller aktiviteter. Det kan være en fordel at medbringe noget til brugeren for at skabe tillid, f.eks. rundstykker eller cigaretter. Aktiviteter som fælles oprydning eller at se en fodboldkamp sammen kan også være en del af tillids- og relationsarbejde.

10.2.5.3 Tværsektorielt samarbejde

Arbejdsdeling

Formålet med den psykiatriske sundhedsaftale er at sikre rammerne for samarbejdet mellem behandlingspsykiatrien i Region Syddanmark og Odense Kommune.

Ansaret for at behandle mennesker med en sindslidelse lægges med kommunalreformen i regionerne sammen med ansaret for den øvrige del af sundhedsvæsenet. Samtidig overtager kommunerne med kommunalreformen hovedansaret for den sociale indsats.

Region Syddanmark og Odense Kommune har et fælles ansvar for den patientrettede forebyggelse og rehabilitering. Region Syddanmark har ansaret for forebyggelse i forbindelse med behandling, og Odense Kommune har ansaret for at forebygge, at eksisterende sygdom udvikler sig samt ansaret for at sikre, at borgeren bevarer sin funktionsevne bedst muligt. Der forudsættes derfor et stabilt og forpligtende samarbejde mellem Region Syddanmark, Odense Kommune og praksissektoren.

Aftaler om anden arbejdsdeling mellem Region Syddanmark og Odense Kommune kan aftales lokalt. Rammeaftalens indhold og regulering i forhold til de socialpsykiatriske tilbud vil have indflydelse på den konkrete arbejdsdeling.

10.2.5.4 Koordinering

For at sikre sammenhæng i forløbet for borgeren har Region Syddanmark og Odense Kommune pligt til at udpege kontaktpersoner i de tilfælde, hvor der er behov for en koordineret indsats. Kontaktpersonen skal sørge for, at relevant information bliver videreformidlet og relevante parter inddraget.

Er der mange instanser/myndigheder, der samarbejder med den sindslidende, kan der udpeges en central koordinator. I hvert konkret tilfælde aftales det mellem de involverede parter, hvem der har den

koordinerende rolle for den videre indsats. Målet med at udpege en central koordinator er at skabe kontinuitet og sammenhæng i forløbet. Koordinationen sker i samarbejde med borgeren.

Observerer personalet med kontakt til den sindslidende ændringer i dennes tilstand, der kræver handling fra andre instanser/myndigheder, har den pågældende i samarbejde med borgeren ansvar for at kontakte disse. Der tilstræbes et godt og gnidningsløst samarbejde mellem Odense Kommune, Region Syddanmark, borger og praktiserende læge for at sikre en optimal indsats.

Der kan lokalt være behov for at etablere mødefora til koordinering af indsatsen for specielle målgrupper, herunder mennesker med en sindslidelse, der er dømt til behandling. Der indgås aftaler om dette lokalt.

Der er derudover samarbejdsaftaler i henhold til særlige grupper, herunder mennesker, der lider af skizofreni (allianceprogrammet), personer med demens, tværsektoriel samarbejdsmodel for børn og unge, og en samarbejdsaftale med det distriktspsykiatriske center.

10.2.5.5 Indlæggelse og udskrivning

Ved indlæggelse

- Psykiatrisk afdeling
Ved indlæggelse skal sygehuspersonalet vurdere, om der er myndigheder, der kan have behov for information om, at borgeren er blevet indlagt. Er dette tilfældet, underrettes disse efter gældende lovgivning om udveksling af persondata. Der kan f.eks. være tale om kommune eller egen læge.
- Kommune og praktiserende læge
Ved planlagte indlæggelser skal kommune og praktiserende læge bidrage med relevante oplysninger om patientens situation under hensyntagen til gældende lovgivning om dataudveksling. Ved akutte indlæggelser indhentes relevante oplysninger fra kommune og praktiserende læge i samarbejde med patienten.

Ved udskrivning

- Psykiatrisk afdeling
Ved planlagte udskrivninger skal sygehuspersonalet vurdere, om der er myndigheder, der kan have behov for information om, at borgeren bliver udskrevet. Er dette tilfældet, underrettes disse efter gældende lovgivning om udveksling af persondata. Der kan f.eks. være tale om kommune eller egen læge. Ved ikke planlagte udskrivninger orienteres relevante parter hurtigst muligt efter udskrivningen.

Der er derudover særlige samarbejdsaftaler for mennesker, der lider af skizofreni.

10.2.5.6 Tværsektoriel vurdering

Aftalen om den tværsektorielle vurdering skal sikre, at der i forbindelse med udskrivning foretages en tværfaglig og tværsektoriel vurdering af patientens samlede behov sammen med patienten og relevante aktører, herunder koordinering af udskrivningstidspunkt og udskrivningsbetingede ydelser.

Såfremt psykiatrisk afdeling formoder, at der er behov for at iværksætte en kommunal indsats for borgeren efter udskrivning, skal afdelingen i samarbejde med borgeren tidligst muligt i forløbet inddrage kommunen med henblik på at få lavet en tværsektoriel vurdering af borgerens situation.

Den kommunale indsats kan f.eks. bestå af sociale støttetilbud, beskæftigelse, hjælp i hjemmet i øvrigt eller andre tiltag. I samarbejdet indgår udarbejdelsen af en udskrivningsaftale efter psykiatriloven og en handleplan for den videre indsats efter forskrifterne i serviceloven. Det vurderes i det enkelte tilfælde, om der er behov for at udpege en fælles koordinator. I tilfælde, hvor der indgår øvrige aktører i forløbet, f.eks. praktiserende læge m.v., skal disse ligeledes inddrages i arbejdet med at planlægge det videre forløb for borgeren.

I forbindelse med den tværsektorielle vurdering skal det endvidere overvejes, om der skal udarbejdes en koordinationsplan i henhold til psykiatriloven, hvis borgeren ikke ønsker at samarbejde om en udskrivningsaftale. Psykiatrisk afdeling har under behandlingen ansvaret for at tage initiativ til at etablere det tværsektorielle samarbejde ved at kontakte relevante parter. Under hele forløbet er det væsentligt at inddrage og informere borgeren og, med borgerens samtykke, de pårørende om, hvilke tiltag der iværksættes.

Psykiatrisk afdeling skal varsle kommunen så tidligt som muligt før planlagt udskrivning, såfremt der skal iværksættes en kommunal indsats efter udskrivningen. Varslingsfristen fastsættes i aftale om varsling af færdigbehandlingen.

For at hindre uhensigtsmæssige genindlæggelser skal parterne være opmærksomme på forløb, hvor der tegner sig et mønster af gentagne indlæggelser. Ses der et sådant mønster, skal parterne i samarbejde undersøge, hvad der kan gøres i det enkelte tilfælde for at bryde mønstret.

Samtidig skal det undersøges, om man kan generalisere ud fra det konkrete tilfælde og dermed forhindre gentagne indlæggelser i andre tilfælde. På baggrund af de konkrete patientforløb skal der således i fællesskab foregå en mønsteropsamling med henblik på en generel forebyggende indsats.

10.2.5.7 Mødefora

Udgangspunktet for organiseringen af samarbejdet mellem Region Syddanmark og Odense Kommune er de mødefora, der er beskrevet i "Sundhedsaftale om tværgående temaer".

Som supplement til de dér beskrevne mødefora, kan der afholdes kommunemøder på centerniveau, hvor enkeltkommuner eller grupper af kommuner mødes med regionen til drøftelse af specifikke problemstillinger eller med henblik på indgåelse af lokale samarbejds- eller udviklingsaftaler. Møderne kan ligeledes afholdes med henblik på drøftelse af enkeltsager af mere principiel karakter. Mødedeltagerne vil være bestemt af den aktuelle årsag til mødet.

Der kan ligeledes opbygges samarbejdsfora på målgruppespecifikt niveau mellem den enkelte psykiatriske afdeling og kommune, f.eks. på børne- og ungeområdet. På sagsbehandlerniveau vil der ligeledes blive afholdt møder efter behov. Deltagerne i mødet er kommunale og regionale sagsbehandlere. Brugere og pårørende inddrages, hvor der er behov herfor (og altid ved udskrivningsmøder).

Formålet med møderne er at koordinere indsatsen for borgeren og sikre sammenhæng i behandlingsforløbet. Møderne afholdes efter behov og altid, når en ny borger udskrives til socialpsykiatrisk støtte i kommunalt regi. Møderne kan evt. afholdes telefonisk.

Odense Kommune og Region Syddanmark har aftalt, at opfølgningen på sundhedsaftalen skal foregå på følgende møder:

Møde på centerniveau

Mødet afholdes én gang årligt. For regionen deltager psykiatrichefen for Center Øst og relevante psykiatriske afdelingsledelser. For kommunerne i optageområdet deltager ledelsesrepræsentanter med snitflader til psykiatrien. Psykiatricenter Øst indkalder til mødet; dagsordenen udarbejdes i et samarbejde mellem Psykiatricenter Øst og repræsentanter for kommunerne i optageområdet.

Formålet med mødet er at drøfte emner af relevans for alle kommunerne i optageområdet, samt at lave en generel opfølgning på sundhedsaftalen og samarbejdet mellem centret og kommunerne. Mødet kan kombineres med et fagligt arrangement om et aktuelt emne.

Eksempel på dagsorden:

- Overvågning og tilpasning af såvel kvantitativ som kvalitativ kapacitet.
- Udveksling af information om ændringer i kapacitet, evt. som følge af rammeaftalen.
- Udveksling af informationer om aktivitetsmønstret på henholdsvis psykiatrisk afdeling og i kommunalt regi, f.eks. ændringer i patientstrømme og sammensætning mv.
- Drøftelse af fremtidig indsats eventuel i form af etablering af arbejdsgrupper til kortlægning af specielle forhold for enkeltgrupper.
- Opfølgning på, om der er uhensigtsmæssige forløb, der resulterer i gentagne indlæggelser.
- Udpegning af næste års arrangører.

Møde på kommuneniveau

Mødet afholdes fire gange årligt. For regionen deltager psykiatrichefen for Center Øst og relevante psykiatriske afdelingsledelser. For Odense Kommune deltager ledelsesrepræsentanter med snitflader til psykiatrien. Herunder repræsentanter for sagsområder såsom børn og unge, arbejdsmarked, mv., der kan have relevans for samarbejdet mellem region og kommune på psykiatriområdet. Endvidere skal der inviteres repræsentant(er) for de praktiserende læger og speciallæger med til møderne, samt eventuelle praksiskonsulenter. Psykiatricenter Øst indkalder til mødet; dagsordenen laves i et samarbejde mellem Psykiatricenter Øst og Odense Kommune.

Formålet med møderne er at lave en specifik opfølgning på sundhedsaftalen og samarbejdet mellem kommunen og psykiatricentret.

Eksempel på dagsorden, der skal være dækket på årsbasis:

- Opfølgning på sundhedsaftalen.
- Drøftelse af status og eventuelle problemstillinger i det generelle samarbejde.
- Drøftelse af snitflader i forhold til misbrugsbehandlingen.
- Drøftelse af snitflader mellem behandlings- og socialpsykiatri.
- Opfølgning på genindlæggelser.
- Økonomiske konsekvenser af aftalen og ændringer i tilbud.
- Vidensdeling og herunder sikring af faglig og praktisk vidensudveksling og gensidig feedback.
- Indgåelse af fælles udviklingsprojekter.
- Følge op på lokale tværsektorielle projekter og samarbejder.
- Nedsætte ad hoc-grupper til udførelse af lokale fælles planlægningsopgaver.
- Aftale om klageadgang.
- Overvågning og tilpasning af såvel kvantitativ som kvalitativ kapacitet.
- Behandle og følge op på resultater af kvalitetsmonitorering af samarbejdet.
- Udveksling af nærmere informationer om aktivitetsmønstret på henholdsvis psykiatrisk afdeling og i kommunalt regi, f.eks. ændringer i patientstrømme og sammensætning mv.
- Følge op på den lokale udrulning af elektronisk kommunikation.
- Behandle fortolkningsspørgsmål.

- Fastlæggelse af næste møde.

Tværsektorielt samarbejde—SKP-arbejde

Hovedparten af det tværsektorielle samarbejde i SKP-arbejdet foregår omkring enkeltsager. SKP-medarbejdere fungerer ofte som bisiddere og sagskoordinatorer—dog kun uformelt. Ofte er koordinatorrollen desuden en måde at skabe tillid til borgeren og bidrage til udviklingen af kontakt til borgeren.

SKP-medarbejderne understreger, at de arbejder meget med kommunikation ift. borgeren og det tværsektorielle samarbejde. De bruger metoden med rød-gul-grønt lys, som en meget håndterbar metode til at sikre, hvorvidt borgeren er med på at arbejde med et bestemt tiltag. Hvis borgeren er helt med på et forslag, kan han/hun melde ud ved at sige grønt, hvis de ikke er sikre eller har nogle betingelser, kan de melde ud med gul, og hvis de ikke er med, kan de sige rød. Det nævnes også som en vigtig del af arbejdet at arbejde med aftaler vedrørende eventuelle indlæggelser og tvangsindlæggelser, når kontakten er kommet så vidt, at den kan bære og tåle denne samtale.

En meget stor del af det tværsektorielle samarbejde handler endvidere om kommunikation med samarbejdspartnere. For eksempel arbejder SKP-medarbejderne med sagsbehandlernes fortolkning af tavshedspligten. De informerer også om den sociale lovgivning overfor sagsbehandlere, behandlingspsykiatrien og andre samarbejdspartnere—hvilke tilbud har borgeren ret til i forhold til de interne regler og den interne praksis. Dette gøres dog med nysgerrighed og åbenhed og uden at være belærende.

SKP-medarbejderne beskriver endvidere deres rolle i det tværsektorielle samarbejde som mellemmand/tolk mellem aktører. F.eks. kan SKP-medarbejderen arbejde som tolk mellem borgeren og egen læge ift. symptomer og velbefindende. Nogle gange skriver SKP-medarbejderen skemaer i samarbejde med borgeren, som ellers ikke ved, hvad han/hun skal stille op. SKP-medarbejderen henvender sig til tider til andre kontaktpersoner med henblik på at videreformidle borgerens behov.

Den fremtrædende rolle, SKP-medarbejderne spiller i denne sammenhæng, kan dog gøre, at borgeren fastholder SKP-medarbejdere og ikke ønsker at komme videre til andre tilbud i systemet. Her er det medarbejderens opgave at videregive tilliden, således at brugeren kan begynde at bruge de tilbud, denne har behov for på egen hånd eller med støtte fra tilbuddets egne personale, således at SKP-medarbejderen kan komme videre til nye opsøgende og kontaktskabende opgaver.

10.3 Københavns Kommune

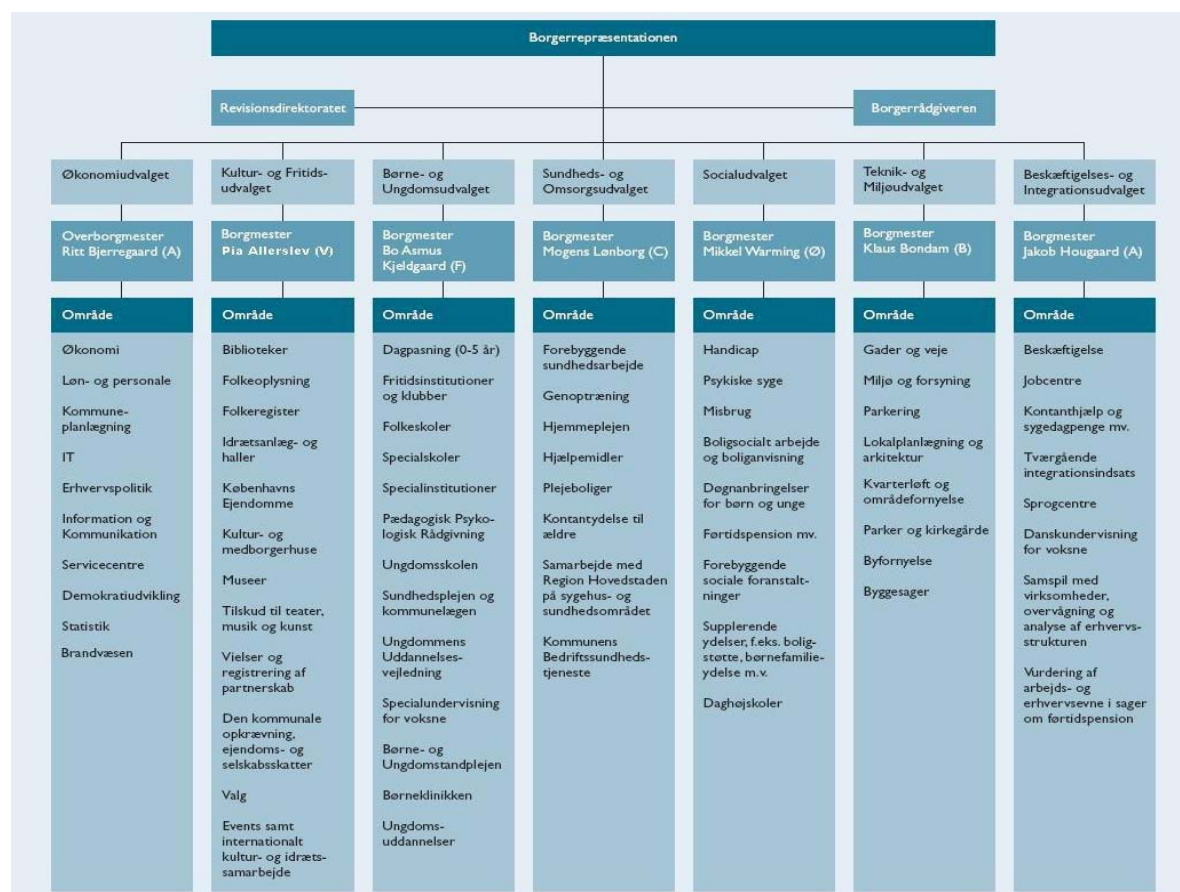
10.3.1 Generelt

Københavns Kommune er med sine godt 500.000 indbyggere Danmarks største kommune, og er geografisk placeret i den centrale del af Storkøbenhavn. Københavns Kommune har en relativ højere andel af sindslidende sammenlignet med andre kommuner. Københavns Kommune råder over i alt 1.250 pladser i form af bocentre, bofællesskaber og solistboliger samt kommunale eller selvejende dagtilbud (væresteder) fordelt ud over København. Endvidere tilbyder kommunen hjælp i eget hjem og yder opsøgende arbejde i forhold til sindslidende, der skønnes at have behov for hjælp, men som ikke selv opsøger kommunens tilbud.

I Københavns Kommune er tilbuddene til sindslidende borgere organiseret under socialforvaltningen. Der er desuden otte socialcentre (Amager, Bispebjerg, Brønshøj-Husum-Vanløse, City, Nørrebro, Østerbro, Valby, Vesterbro-Kgs. Enghave), hvor der på hvert center er henholdsvis et serviceteam, et voksenteam, et børneteam samt et teknisk-administrativt team.

Sindslidende hører ind under voksenteamet. Voksenteamet yder støtte til voksne med særlige behov. Indsatsen er som udgangspunkt tværfaglig - både med hensyn til personale og ydelser. Ud over borgere, der er sindslidende, har teamet kontakt med mennesker, der er personligt og socialt skrøbelige, og personer, der har været udenfor arbejdsmarkedet i lang tid, og som derfor har brug for en særlig indsats for at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Teamet tilbyder en sammenhængende og helhedsorienteret indsats, der tilsigter, at borgerens vej bliver så enkel og smidig som muligt og sker i samarbejde på tværs af sektorerne. Teamet udfører endvidere opsøgende arbejde i lokalområdet.

Organisationsdiagram for Københavns Kommune



10.3.2 Visioner og mål for sindslidelsesområdet

Ifølge høringsforslaget om Københavns plan for psykiatri skal København være en rummelig by, der tager vare på dem, som ikke magter det selv. En by, hvor borgere med psykosociale problemer bliver mødt med omsorg, men samtidigt bliver opfordret til og hjulpet med at udnytte deres ressourcer med henblik på at realisere et liv, som borgerne først og fremmest selv finder godt, men som også er værdigt i andres øjne.

Borgere i målgruppen for Københavns Kommunes socialpsykiatri har en række fællestræk. De har psykiske problemer, de trives dårligt, de har dårligt fysisk sundhed og eventuelt misbrug, de har dårlige relationer, ringe tilknytning til arbejdsmarkedet og er i højere grad kriminelle end andre borgere.

Set fra en politisk synsvinkel er målgruppens karakteristika problematiske, fordi de forringer den enkelte borgers livskvalitet. Desuden hindrer de den enkelte i at tage vare på sig selv og bidrage til samfundet eller som minimum at leve et værdigt liv.

Det er derfor et politisk mål, at kommunens indsats bidrager til at borgere med psykosociale problemer oplever:

- Et mere værdigt liv.
- En øget selvoplevet livskvalitet.
- At kunne tage vare på eget liv i størst muligt omfang.
- Et mere aktivt medborgerskab.

For at opnå disse langsigtede, politiske mål skal den socialpsykiatriske indsats søge at afhjælpe målgruppens problemer. De konkrete mål er derfor, at borgere med psykosociale problemer skal:

- Have en bedre fysisk sundhed.
- Have stærkere relationer.
- Have en bedre psykosocial situation.
- Begå mindre kriminalitet.
- Have en bedre tilknytning til arbejdsmarkedet.

10.3.3 Servicebeskrivelse

Kommunen tilbyder en række botilbud til sindslidende. Det kan være bofællesskab, beskyttet bofællesskab, bocenter, solistbolig, midlertidig bolig eller støtte i egen bolig. Indstillingen sker via distriktspsykiatrisk center, hospital, sagsbehandler, egen praktiserende læge eller værested. Afgørelse om tildeling af bolig træffes af visitationsteamet i den tilhørende kommunale afdeling. Afgørelse om tildeling af støtte i egen bolig sker via det lokale center. Der kan, alt efter de enkelte beboeres behov og boform, yderligere tildeles hjemmehjælp og madservice.

FAKTABOKS: Lov om social service

Kommunalbestyrelsen skal tilbyde en særlig indsats til voksne med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer. Af § 81 fremgår det, at formålet med indsatsen er:

- At forebygge, at problemerne for den enkelte forværres
- At forbedre den enkeltes sociale og personlige funktion samt udviklingsmuligheder
- At forbedre mulighederne for den enkeltes livsudfoldelse gennem kontakt, tilbud om samvær, aktivitet, behandling, omsorg og pleje,
- At yde en helhedsorienteret indsats med servicetilbud tilpasset efter den enkeltes særlige behov i egen bolig, herunder botilbud efter lov om almene boliger m.v. eller i botilbud efter denne lov.

Konkret skal kommunalbestyrelsen tilbyde målgruppen følgende:

- Rådgivning, inklusiv opsøgende arbejde (§ 12)
- Personlig hjælp og pleje samt hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet (§ 83)
- Hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder (§ 85)
- 15 timers ledsagelse om måneden til personer under 67 år, der ikke kan færdes alene pga. betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne (§ 97)
- Støtte- og kontaktperson til personer med sindslidelser, til personer med alkoholmisbrug og til personer med særlige sociale problemer, som ikke har eller ikke kan opholde sig i egen bolig (§ 99).
- Beskyttet beskæftigelse og eventuelt særligt tilrettelagte beskæftigelsesforløb (§ 103)
- Aktivitets- og samværstilbud til opretholdelse eller forbedring af personlige færdigheder eller livsvilkårene (§ 104)
- Midlertidige ophold i boformer ved behov for omfattende hjælp til almindelige daglige funktioner eller behov for pleje og behandling (§ 107)
- Ophold i boformer der er egnet til længerevarende ophold ved behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller pleje (§ 108)

10.3.4 Nøgletal

I høringsforslaget over planen for socialpsykiatri er følgende oplysninger fundet:

Oversigt over aktivitet, ventetid og udgifter ifb. eksisterende tilbud

	Aktivitet	Ventetid	Samlet nettoudgift (mill. kr)	Enhedspris
Længerevarende botilbud	793 pladser*	Gennemsnitlig ventetid ca. 6 mdr.	378,5**	429.893**
Midlertidige botilbud	206 pladser*		78,9**	246.446**
Bofællesskaber – hjemmevejledere	151 pladser*	Mål 2009: 4 mdr. Ca. 56 pct. venter pt. mindre end 4 mdr.	19,8****	88.937
Solistboliger - hjemmevejledere	72 pladser*			
Hjemmevejledere i egen bolig	Ca. 600 brugere***	Der anvendes ikke ventelister	8,5****	Ca. 14.125
Hjemmepleje til psykisk syge	3.674 brugere**		62,7**	8.512-29.692**
Støtte- og kontaktperson	Ca. 430 brugere***		11,3**	Ca. 173.877
Samværs- og aktivitetstilbud	Ca. 3.000 brugere***		50,4**	Ca. 16.800
Beskyttet beskæftigelse	65 pladser**		6,4**	98.185**

*Kilde: SOFDW, VI-systemet 2008

** Kilde: Budget 2008 samt ydelseskatalog

*** Skøn

**** Kilde: Udmeldt Budget maj 2008 inklusiv budget til socialpædagogisk støtte (funktion 5.32.33)

10.3.5 Metoder

10.3.5.1 Opsøgende

I Københavns Kommune har de 'Gadeplansindsatsen', som er et tilbud til særligt udsatte borgere med komplekse sociale problemstillinger og en ofte destruktiv livsførelse. Det er mennesker, der overvejende lever på gaden og lever en isoleret tilværelse. Der er tale om en målgruppe, der ikke udviser de sociale og kommunikative evner, der forudsættes af det offentlige hjælpesystem for at modtage hjælp. Gadeplansarbejderen skal i sit arbejde være opsøgende over for målgruppen, skabe kontakt til og motivation hos målgruppen, afdække, vejlede og bygge bro til sociale tilbud, samt være vedholdende. Gadeplansindsatsen er tænkt som et tilbud til hjemløse og henvender sig måske derfor ikke direkte til Isbryderprojektets målgruppe, men ikke desto mindre kunne erfaringer fra projektet muligvis bruges.

Der udføres også opsøgende arbejde i forbindelse med støtte- og kontaktpersonordningen (SEL § 99). Den opsøgende indsats er rettet mod sindslidende eller/og misbrugere, hvor formålet er at skabe en kontakt til de mest udsatte personer, der lever isoleret. Hovedopgaven for SKP-medarbejderen er således at opbygge og sikre en tillidsskabende kontakt, der muliggør et videre samarbejde i respekt for den enkelte brugers præmisser, ønsker og behov.

I Københavns Kommune er SKP-arbejdet organiseret på to forskellige måder. I socialcentrene indgår SKP-medarbejdere i et team sammen med sagsbehandlere og andre faggrupper. I Støttekontaktcentret i Linnésgade er SKP-medarbejderne tilknyttet et center med bl.a. værested, juridisk rådgivning og andet, men udenfor myndighedsudøvelse i kommunen.

Værdier i SKP-arbejdet

Den mest fremtrædende værdi i SKP-arbejdet i Københavns Kommune er, at borgeren er i centrum. I socialcentrene er denne værdi understøttet af værdier vedrørende tværfaglighed og helhedsorientering. I Støttekontaktcentret er der ikke så meget fokus på tværfaglighed, men mere fokus på retssikkerhed, fleksibilitet, Empowerment/Recovery, respekt, og ydmyghed.

I Støttekontaktcentret er der også meget fokus på anonymitet som en værdi.

Formål med arbejdet

I interviews blev formålet med arbejdet beskrevet som:

- At hjælpe de dårligste i samfundet.
- At skabe ro og overskueliggøre situationen.
- At yde borgeren en service.
- At støtte borgeren.
- At udvikle tillid hos borgeren.

Opsøgende metoder

Det direkte opsøgende arbejde i SKP-funktionen er ifølge interviewpersonerne nedprioriteret i Københavns Kommune. Dog er en indsats med en geografisk afdækning af socialcentrets område lige begyndt. Der bliver ført logbog over observationer rundt omkring i byen. Man kigger opad mod lejlighederne, på ruderne, osv., når man er rundt i byen på andre opgaver.

En del af det opsøgende arbejde i socialcentrene foregår via samarbejdspartnere i teamet. F.eks. kan der være bekymringer i forbindelse med pensionssager eller manglende fremmøde i beskæftigelsessammenhæng. Derudover kan der ske samarbejde med boligrådgivere om borgere. SKP-medarbejderne reagerer på alle henvendelser.

10.3.5.2 Kontaktskabende

I Københavns Kommune nævner ledelsen, at det kontaktskabende arbejde begynder allerede ved ansættelse af de rigtige medarbejdere. Medarbejdere skal have den rigtige personlighed og skal kunne tilpasse sig den person, der ønskes kontakt til. En af lederne nævner, at det især er pædagoger, som har de rigtige faglige metoder og redskaber i rygsækken til at lave dette arbejde.

Nedenstående punkter skitserer de metoder, SKP-medarbejderne bruger i forbindelse med kontaktskabelse.

1) Henvendelse.

2) Brev

Et brev sendes til borgeren på kommunens brevpapir, hvor der er foreslået en dato til et møde. SKP-medarbejderne fortæller, at de næsten aldrig får respons på papiret, og normalt, når der er respons, finder man ud af, at borgeren alligevel ikke er i målgruppen for SKP-indsatsen.

3) Besøg

Ved første besøg er det normalt i Københavns Kommune, at SKP-medarbejderen besøger borgeren alene. Hvis borgeren er kendt for at have episoder med voldelig adfærd, bliver der dog sendt to medarbejdere ud.

Hvis borgeren ikke åbner døren, efterlader SKP-medarbejderen besked, f.eks. via et GO-card eller visitkort gennem dørspækken eller under døren. Herpå skrives en hilsen og et telefonnummer. Der foreslås endvidere en ny dato for besøget ca. 1½ måned senere. Det kan også være en idé, at foreslå et møde udenfor hjemmet, hvis man har mistanke om, at borgeren kan være flov over lejlighedens tilstand.

Efter at have banket på døren og/eller afleveret beskeden, kan det være en god ide at gå over på den anden side af vejen, hvor borgeren evt. kan kigge ud og undersøge, hvad det var for en person, der henvendte sig. Dette kan hjælpe ift. fremtidige forsøg på kontakt.

I forbindelse med besøg hos borgeren understreges det, at vedholdenhed er en nødvendighed for kontaktskabelse.

Når borgeren åbner døren eller giver respons på et forsøg på kontakt, er det vigtigt, at man fortæller lidt om, hvem man selv er. At bruge sig selv i arbejdet. Derefter kan man spørge borgeren, hvad den vigtigste opgave er for dem. Man skal tage udgangspunkt i det, borgeren selv kommer med af ønsker. Det er oftest et konkret problem: At rydde op, smide skrald ud, osv. Det praktiske arbejde er også en måde at være sammen med brugeren på og derved skabe kontakt.

I socialcentrene er der fokus på det tværfaglige team og mulighed for samarbejde på tværs af kommunens områder. SKP-medarbejderne er meget tæt på sagsbehandlere på andre områder (ikke beskæftigelse eller hjemmeplejen). Det gør, at sagsbehandleren nemmere kan kontaktes og bruges, og brobygning gøres derved nemmere. SKP-medarbejderne kan nemmere tage sagsbehandleren med ud til borgeren og udnytte tillidsrelationen til at hjælpe borgeren videre.

10.3.5.3 Tværsektorielt samarbejde

I hovedstaden lever en stor andel af landets sindslidende. Det giver en særlig række problemstillinger og væsentlige udfordringer, som der skal tages højde for i aftalen mellem Region Hovedstaden og Københavns Kommune. Blandt andet stiller det særlige krav til arbejdsdelingen, samarbejde og koordinering både mellem sektorerne og i forhold til det enkelte menneske med en sindslidelse. Derudover er netværk i alle former af stor vigtighed. Det kan dreje sig om formaliserede møder i relation til særlige målgrupper og

enkeltsager, udveksling af og opbygning af viden på de to sektors område.

I interviews udtrykker medarbejderne, at der er en klar rollefordeling mellem de forskellige parter, og at ledelsen afholder fastlagte samarbejds møder med distriktspsykiatrien, foruden ad hoc møder ifm. enkeltsager. Dog kan de to sektorer ifølge medarbejderne synes at arbejde meget fjernt fra hinanden, og der opleves ikke meget overlap.

Arbejdsdeling

Indsatsen i forhold til mennesker med sindslidelser bygger på, at parterne har tillid til hinandens evne og vilje til at løse opgaverne i et åbent og tæt samarbejde. Inden for psykiatriområdet er der følgende arbejdsdeling mellem Københavns Kommune og Region Hovedstaden:

Den regionale psykiatriindsats omfatter:

Undersøgelse, diagnostik og behandling på psykiatrisk afdeling/center ambulant eller på sengeafsnit og i akutfunktioner. Ambulant behandling kan foregå på ambulatorier, i distriktspsykiatri og i udgående teams. Indsatsen omfatter desuden patientrettet forebyggelse, undervisning af patienter og pårørende, rehabilitering af traumatiserede flygtninge, hospitalets faglige samarbejde med praktiserende læger og speciallæger i psykiatri, samt indsatsen, som ydes i praksissektoren.

Den kommunale indsats omfatter:

Social omsorg og støtteordninger, rådgivning, økonomisk sikring af forsørgelsesgrundlag, ophold i midlertidige eller længerevarende botilbud, patient- og borgerrettet forebyggelse, beskæftigelse, uddannelse, fritidsaktiviteter mv. Den kommunale indsats omfatter endvidere behandling i forhold til misbrugs-problematikker.

Aftaler om anden arbejdsdeling mellem Region Hovedstaden og Københavns Kommune kan aftales lokalt.

10.3.5.4 Koordinering

- Som nævnt tidligere lever der i Københavns Kommune en stor gruppe mennesker med sindslidelser. Det betyder blandt andet, at der er mange aktører i begge sektorer til at tage vare på den del mennesker, som har sindslidelser. Eksempelvis er der 13 distriktspsykiatriske centre (inklusiv Frederiksberg), otte psykiatriske afdelinger (inkl. Sct. Hans Hospital), en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, otte socialcentre og flere store bosteder/centre. Alle disse har ansvar og forpligtelser i forhold til de mennesker med sindslidelser, der hører under Københavns Kommune.

Ikke mindst er der i Københavns Kommune et meget tæt samspil mellem distriktspsykiatrien og socialpsykiatrien, fordi en betydelig del af den behandlingsmæssige indsats i dag sker ambulant. Koordinering er derfor af afgørende betydning for at sikre en helhedsorienteret indsats over for mennesker med en sindslidelse.

Kontaktperson

For at sikre sammenhæng i forløbet for borgeren udpeges en kontaktperson i begge sektorer i de tilfælde, hvor der er behov for en koordineret indsats. Kontaktpersonerne skal sørge for, at indsatsen overfor den enkelte er tilstrækkeligt koordineret, og at der for alle parter, herunder borgeren selv og dennes pårørende, er klarhed over, hvem der har ansvaret for at varetage koordineringen. Af den lokale aftale skal fremgå, hvordan man vil sikre ovenstående.

Koordinering af planer

I sager, hvor der foreligger flere planer (behandlingsplaner, udskrivningsaftaler, koordinationsplaner og sociale handleplaner), skal kontaktpersonerne arbejde for, at disse er koordinerede.

Mødefora

Der kan lokalt være behov for at etablere mødefora til koordinering af indsatsen for specielle målgrupper, f.eks. for mennesker med en sindslidelse, der er idømt en retslig foranstaltning.

Sundhedsaftalen for Københavns Kommune kan lokaliseres på følgende link:

http://www.sst.dk/Aplikationer/Sundhedsaftaler/hele_aftaler/Hovedstaden/1084-101-2007-2010.pdf

10.3.5.5 Indlæggelse og udskrivning

Ved indlæggelse

- Psykiatrisk afdeling
Ved indlæggelse på psykiatrisk afdeling skal hospitalspersonalet vurdere, om der er myndigheder, der kan have behov for information om, at patienten er blevet indlagt. Er dette tilfældet, underrettes disse, f.eks. kommune eller egen læge. Det gælder blandt andet, når der er børn i familien, og der vurderes at være behov for sociale tiltag i forhold til disse. En hurtig underretning af de kommunale myndigheder i disse sager skal sikre en effektiv kommunal opfølgning på indlæggelsen og i forbindelse med udskrivningen.
- Kommune og praktiserende læge
Ved planlagte indlæggelser skal kommune og praktiserende læge i samarbejde med patienten bidrage med relevante oplysninger om patientens situation. Ved akutte indlæggelser indhentes relevante oplysninger fra kommune og praktiserende læge i samarbejde med patienten. Modtager patienten et kommunalt tilbud ved indlæggelsen, skal kommunen orientere psykiatrisk center/afdeling og patienten, hvis der ændres ved dette tilbud under indlæggelsen eller i forbindelse med udskrivningen.

Ved udskrivning

- Psykiatrisk afdeling
Ved planlagte udskrivninger og afslutninger af ambulant behandling skal personalet vurdere, om der er myndigheder, der kan have behov for information om, at patienten bliver udskrevet fra døgnbehandling/har afsluttet sin ambulante behandling. Er dette tilfældet, underrettes de relevante parter. Ved akutte udskrivninger orienteres relevante parter hurtigst muligt efter udskrivningen.

I denne sammenhæng oplever SKP-medarbejderne ikke, at de bliver orienteret, når borgeren udskrives, og de bliver ikke inviteret med til udskrivningsmøder. Dog arbejdes der på en ny aftale i denne sammenhæng. Evt. inddragelse sker via en personlig kendskab til den enkelte SKP-medarbejder, men er ikke systematiseret. Det er ofte socialcentrets myndighedsperson og ikke SKP-medarbejder, som er en del af aftalerne.

10.3.5.6 Tværsektoriel vurdering

Aftalen om den tværsektorielle vurdering skal sikre, at der i forbindelse med udskrivning foretages en tværfaglig og tværsektoriel vurdering af patientens samlede behov sammen med patienten og relevante aktører, herunder koordinering af udskrivningstidspunkt og udskrivningsbetingede ydelser.

Såfremt psykiatrisk afdeling formoder, at der er behov for at iværksætte en kommunal indsats for patienten efter udskrivning, skal afdelingen i samarbejde med patienten tidligst muligt i forløbet inddrage kommunen med henblik på at få lavet en tværsektoriel vurdering af patientens situation.

Kommunen har ansvaret for, at der efter behov iværksættes tiltag, som f.eks. sociale bo- og støttetilbud, beskæftigelse, hjælp i hjemmet eller andet. I samarbejdet indgår eventuelt udarbejdelsen af en udskrivningsaftale/koordinationsplan efter psykiatriloven og en social handleplan for den videre indsats efter serviceloven. Disse koordineres så vidt muligt af de relevante kontaktpersoner. I tilfælde, hvor der indgår øvrige aktører i forløbet, f.eks. distriktpsychiatrien, praktiserende læge m.v., skal disse ligeledes inddrages i arbejdet med at planlægge det videre forløb for patienten.

Psykiatrisk afdeling har under behandlingen ansvaret for at tage initiativ til at etablere det tværsektorielle samarbejde ved at kontakte relevante parter.

Der nedsættes en arbejdsgruppe med repræsentanter fra region og kommuner, der skal komme med forslag til en procedure for varsling af kommunen før planlagt udskrivning, såfremt der skal iværksættes en kommunal indsats efter udskrivningen.

For at hindre uhensigtsmæssige genindlæggelser skal parterne være opmærksomme på forløb, hvor der tegner sig et mønster af uhensigtsmæssige gentagne indlæggelser. Der nedsættes en arbejdsgruppe, der skal komme med forslag til, hvordan ovennævnte forløb kan takles i de respektive sektorer for så vidt angår mennesker med sindslidelser.

10.3.5.7 Mødefora

Fælles halvårslige direktionsemøder

Københavns Kommunes direktion og Psykiatrivirksomhedens direktion vil hvert halve år holde fælles direktionsemøder om den overordnede udvikling, kapacitet og samarbejde. Der vil på disse møder, blive fulgt op på, om der er behov for tilpasninger eller udviklingsprojekter. Forud for mødet indhenter parterne erfaringer fra praktikere i de to sektorer. Møde afholdes første gang ultimo 2007. De erfaringer der fremkommer på første møde skal indgå i den generelle opfølgning i 1. kvartal 2008.

Audits

Region Hovedstaden og Københavns Kommune vil i aftaleperioden arrangere audits, hvor individuelle patientforløb – både gode og dårlige – drøftes igennem mellem kommune og hospital. Region Hovedstaden og Københavns Kommune vil senest 31. december 2007 aftale hvornår, hvor og hvor mange, der afholdes i aftaleperioden, samt i hvilket regi de skal drøftes. Disse erfaringer skal også indgå i de fælles halvårslige direktionsemøder. Endelig vil der løbende ske opfølgning på målsætningerne i sundhedsaftalen i henholdsvis det fælles og lokale samordningsudvalg for psykiatrien.

Endelig vil der løbende ske opfølgning på målsætningerne i sundhedsaftalen i henholdsvis det fælles og lokale samordningsudvalg for psykiatrien.

10.4 Litteratur

Udover kommunernes hjemmesider er følgende vigtige dokumenter brugt, i forbindelse med denne baggrundsbeskrivelse (ikke alle links virker korrekt mere):

Esbjerg

Sundhedsaftale Esbjerg Kommune

<http://www.esbjergkommune.dk/Borger/Sundhed%20-%20Sygdom/Sundhed%20i%20Esbjerg%20Kommune/Sundhedsaftaler.aspx>

Budgetaftale for Esbjerg Kommune 2008-2011

<http://esbjergkommune.dk/Om%20Kommunen/Budget/Esbjerg%20Kommunes%20budget%202008-11.aspx>

Organisationsdiagram for Esbjerg Kommune

<http://www.esbjergkommune.dk/Om%20Kommunen/Organisationsplan%20i%20Esbjerg%20Kommune.aspx>

Organisationsdiagram over Social & Arbejdsmarked

<http://www.esbjergkommune.dk/Om%20Kommunen/Organisationsplan%20i%20Esbjerg%20Kommune/Organisationsdiagram%20over%20Social%20-%20Arbejdsmarked.aspx>

Om bostøtten og SKP i Esbjerg Kommune

<http://www.bostoetten.esbjergkommune.dk/Bostotte/Tilbud%20og%20ydelser.aspx>

Ramian, K. (2008) Relationsarbejde i psyko-social rehabilitering.

<http://knudramian.pbwiki.com/RelationsArbejde>

Odense

Sundhedsaftale Odense Kommune

<http://www.odense.dk/upload/sundhedsportal/odense%20-20sundhedsaftale%20070307.pdf>

Budgetaftale Odense Kommune 2008

http://www.odense.dk/upload/%C3%B8konomi/vedtaget2008/budget2008_samlet.pdf

Servicedeklarationer for de forskellige tilbud i Odense Kommune

<http://www.odense.dk/Topmenu/Voksne/Handicap%20og%20Psykiatridelingen/Om%20Handicap%20og%20Psykiatridelingen/Servicedeklarationer.aspx>

Om Vista Balboa

[http://www.odense.dk/upload/Handicap%20og%20Psykiatridelingen/Pdffiler/vistabalboa,beskrivelseoganalyse,2005\(56sider\).pdf](http://www.odense.dk/upload/Handicap%20og%20Psykiatridelingen/Pdffiler/vistabalboa,beskrivelseoganalyse,2005(56sider).pdf)

Organisationsdiagram for Ældre og handicapforvaltningen

<http://www.odense.dk/upload/forvaltninger/ae hf%20jan.pdf>

Organisationsdiagram for Handicap- og psykiatridelingen

<http://www.odense.dk/upload/ae hf/hogp/organisationsdiagram%20for%20central%20stab%20i%20h&p%20pr.%201.%20januar%202008.pdf>

København

Sundhedsaftale Københavns Kommune

http://www.sst.dk/Aplikationer/Sundhedsaftaler/hele_aftaler/Hovedstaden/1084-101-2007-2010.pdf

Høringsforslag for Københavns Kommunes socialpsykiatri 2009-2012

<http://www3.kk.dk/upload/service%20til%20dig/plan%20for%20socialpsykiatri%20-%20høringsudgave.pdf>

Sammendrag af høringsforslag for Københavns Kommunes socialpsykiatri 2009 – 2012

<http://www3.kk.dk/upload/service%20til%20dig/plan%20for%20socialpsykiatri%20pixi.pdf>

Om gadeplansindsatsen

<http://www3.kk.dk/Service/Sociale%20tilbud/Hjemloese/Gadeplansindsatsen.aspx>

Teamstrukturen på socialcentre

<http://www3.kk.dk/Service/Sociale%20tilbud/Raadgivning/socialcentre/Teamstrukturen%20på%20socialcentre.aspx>

Organisationsdiagram for Københavns Kommune

http://www3.kk.dk/upload/fakta%20om%20kommunen/struktur2006_stor.jpg

Larsen, S. (2002). *Socialpsykiatrien i Københavns Amt – Teorier og metoder*. København, Københavns Amt, Psykiatri- og Socialforvaltningen.

11 Organisationsbeskrivelser:

Kommunebeskrivelser for Isbryderprojektet 2010

Organisationsbeskrivelserne er udarbejdet som baggrundsmateriale i 2010. Beskrivelserne er baseret på kommunernes egne dokumenter samt interviews med deltagere i arbejdsgruppen. Information, hjemmesider osv. er ikke opdateret i dokumentet.

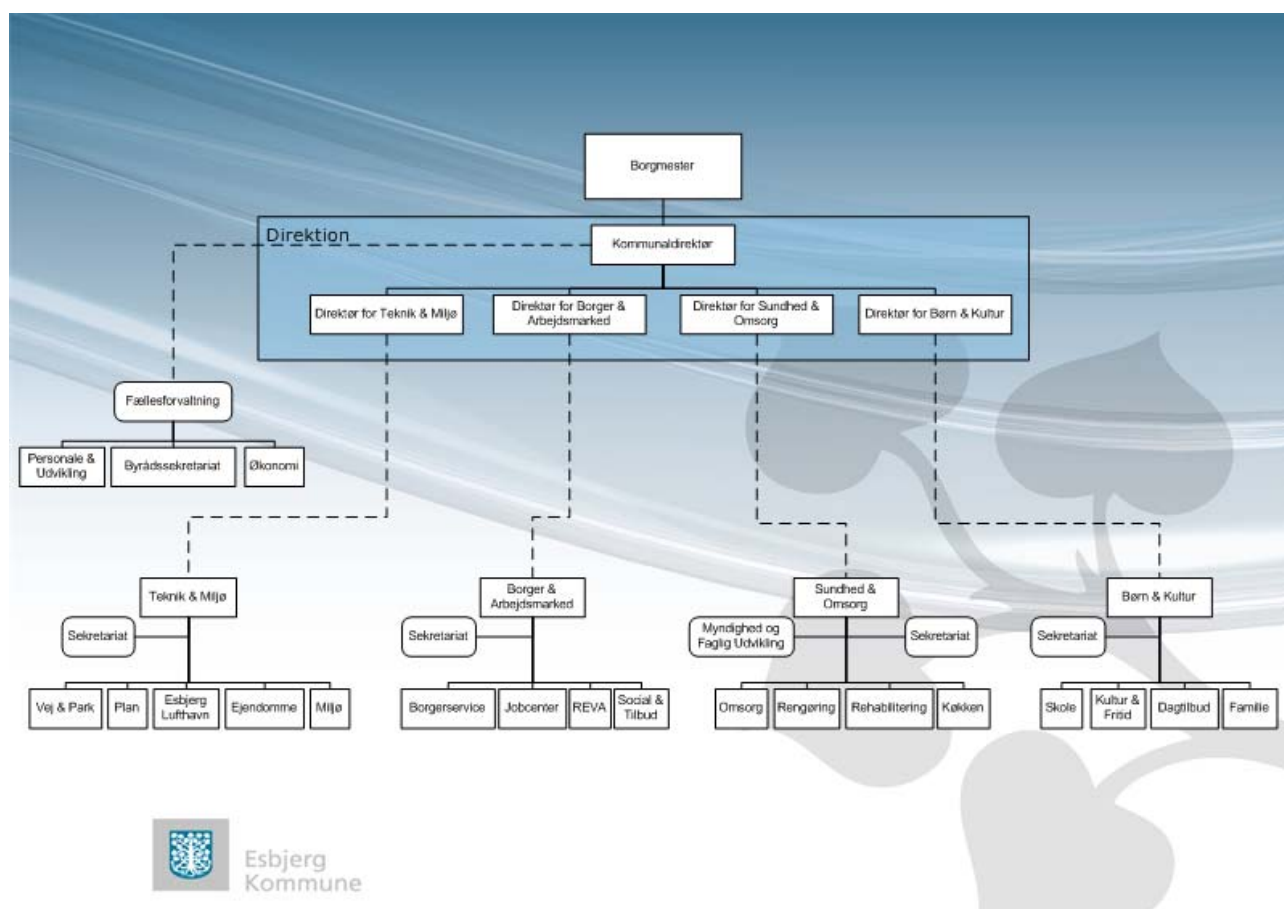
11.1 Esbjerg Kommune

11.1.1 Generelt

I forbindelse med kommunesammenlægningen blev henholdsvis Esbjerg, Ribe og Bramming Kommuner lagt sammen til "Ny Esbjerg Kommune". Dette har betydet, at Esbjerg nu, ud over selve byerne, dækker et betydeligt landområde, hvilket skaber nogle andre udfordringer, end dem, der ses i både Odense og København.

I Esbjerg Kommune er sociale tilbud organiseret under Borger og Arbejdsmarked. Under 'Social og tilbud' er der igen forskellige inddelinger, hvoriblandt socialpsykiatriske tilbud kan findes. Disse inkluderer bo- og støttetilbud samt beskæftigelses- og aktivitetstilbud. Der er desuden støtte- og kontaktpersoner, som er organiseret under 'bostøtten'.

Organisationsdiagram for Esbjerg Kommune



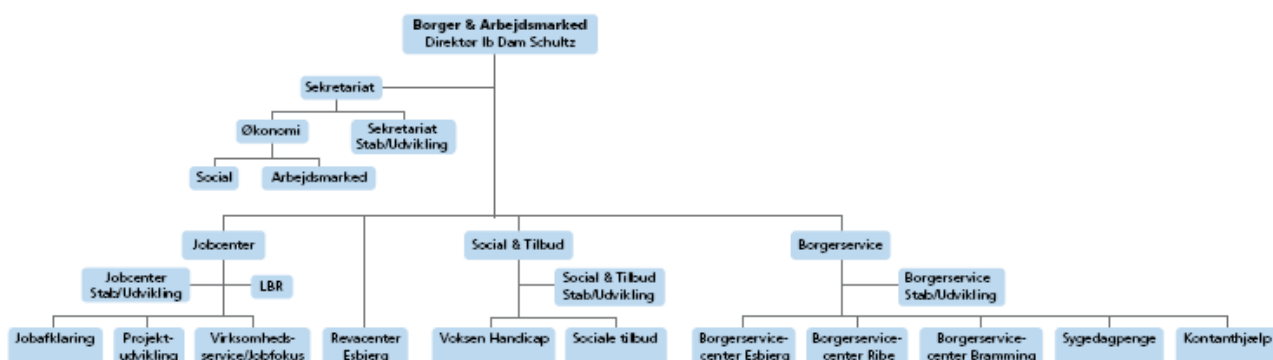
Diagrammet kan hentes på

http://esbjergkommune.dk/files/Filer/Om%20kommunen/Organisation/Forvaltninger/ek_organisation.htm

Organisationsdiagram over Social og Arbejdsmarked

ORGANISATIONS DIAGRAM

Borger & Arbejdsmarked



11.1.2 Visioner og mål for sindslidelsesområdet

De overordnede visioner og mål beskrives i handicapområdets budgetforslag 2010, som er godkendt af kommunens Borger og Sundhedsudvalg. Om sindslidende står der, at byrådet vil yde hjælp og støtte til personer med sindslidelser, så de, ligesom øvrige borgere, får muligheder for at leve et godt liv. Byrådet vil give de rette tilbud til personer med sindslidelser, så den enkelte kan deltage aktivt i samfundet og få mulighed for at tage ansvar for eget liv.

Den socialpsykiatriske indsats bygger på rehabiliterings- og recoveryprincipper og for at opnå målet, sættes der fokus på at:

- Styrke den enkeltes handlekompetence.
- Inddrage den sindslidende aktivt ved udarbejdelse af handleplaner.
- Styrke og støtte den sindslidende i eget hjem.
- Sikre et varieret og nødvendigt antal botilbud til sindslidende.
- Styrke indsatsen for at opnå eller bevare en tilknytning til arbejdsmarkedet.
- Styrke indsatsen for at bevare en tilknytning til uddannelsesområdet.
- Sikre varierede og tilstrækkelige tilbud om aktivitets- og samværstilbud.
- Styrke indsatsen for sindslidende med misbrugsproblemer, kriminalitet og andre sociale problemer.
- Styrke indsatsen for børn med sindslidende forældre.
- Styrke indsatsen for unge sindslidende.
- Sikre en koordineret og sammenhængende indsats mellem kommunens socialpsykiatriske tilbud og indsatsen i forhold til regionens behandlingspsykiatri.
- Etablere sundhedsfremmende initiativer jf. Esbjerg Kommunes Sundhedspolitik.

Arbejdet bygger på dialog med brugere, pårørende, bruger- og pårørendeorganisationer og Handicaprådet.

Ved forhandlingerne om satspuljen for 2008 blev der afsat 133,6 mio. kr. over fire år til forsøg med målrettede akutte tilbud til sindslidende. Esbjerg Kommune deltager i forsøget med et akuttilbud i en 3-årig forsøgsperiode fra 2010 til 2012.

Akuttilbuddet skal kunne yde en hurtig indsats og afhjælpe en konkret opstået situation. Akuttilbuddet skal samtidig være forebyggende for at tilstanden forværres, så der bliver behov for mere omfattende og indgribende indsats f.eks. i form af indlæggelse.

11.1.3 Servicebeskrivelse

I budgetforslaget er der endvidere en servicebeskrivelse:

Til sindslidende er der tilbud om råd og vejledning i botilbud, bosteder, beskæftigelsestilbud, aktivitets- og samværstilbud og ved støtte i eget hjem.

Til sindslidende, der har behov for omfattende hjælp i almindelige daglige funktioner eller for pleje, omsorg eller behandling, er der botilbud oprettet efter serviceloven eller støtte fra bosteder og støttecentre.

Sindslidende med begrænsninger i arbejdsevnen tilbydes enten beskyttet beskæftigelse eller aktivitets- og samværstilbud afhængig af den enkeltes ønsker og behov.

Efter "Lov om social service" kan der tilbydes følgende hjælp til sindslidende:

- *I boligen tilbydes hjælp, omsorg eller støtte, samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder. Hjælpen tilbydes uanset boform.*
- *Tilbud om en støtte- og kontaktperson. Målgruppen er personer, der ikke er i stand til at benytte samfundets muligheder og de øvrige etablerede tilbud.*
- *Der tilbydes midlertidige ophold i boformer, hvor tilbuddet omfatter botræningstilbud.*
- *Der tilbydes varige ophold i boformer til personer, der har behov for omfattende hjælp i almindelige daglige funktioner eller for pleje, omsorg eller behandling.*
- *Der tilbydes beskyttet beskæftigelse.*
- *Der tilbydes aktivitets- og samværstilbud.*

11.1.4 Nøgletal

I budgettet for 2010 gives de følgende nøgletal, som beskriver de antal personer, som Esbjerg Kommune er betalingskommune for. Antal personer er omregnet til hele personer, dvs., at en person, som er indskrevet på halv tid indgår kun som ½. Derfor er de følgende tal ikke udtryk for antal personer, som tilbuddene arbejder med, men et udtryk for antallet af pladser i tilbuddene.

Esbjerg Kommunes egne tilbud inkl. tilbud med driftsoverenskomst	Pladser i 2010
Døgntilbud efter serviceloven og lov om almene boliger	642
Beskæftigelses-, aktivitets- og samværstilbud	960
Misbrugsbehandling	492
Støtte i eget hjem, § 85	747
Handicaphjælper, § 96	22
Ledsagerordning, § 97	207
Kontaktperson til døvblinde, § 98	5
Tilbud i andre kommuner og i regionerne	
Specialundervisning for voksne	5
Døgntilbud efter serviceloven og lov om almene boliger	110
Beskæftigelses-, aktivitets- og samværstilbud	51
Misbrugsbehandling	5
Støtte-, hjælper- og ledsagertilbud mv. (§§ 85, 96, 97, 98)	35
Private og selvejende tilbud	
Opholdssteder, familiepleje o.l.	83
TV Glad	6,5
Døgnbehandling af alkoholmisbrugere	1,5

11.1.5 Metoder

11.1.5.1 Opsøgende arbejde

Det opsøgende arbejde beskrives ikke i kommunens servicebeskrivelse af sindslidendeområdet. Inden Kommunalreformen var det opsøgende arbejde begrænset til udgående arbejde udført i forbindelse med sagsbehandling samt arbejdet udført på væresteder m.m. på uformel plan. Generelt var der i ingen af de tidligere kommuner en decideret opsøgende indsats, hvor man opsøgte ”ukendte” borgere med behov.

Det opsøgende arbejde består af en række forskellige metoder. Der skabes blandt andet kontakt til boligforeninger, viceværter, kiosker og spisesteder i relevante områder. Således skaber støtte- og kontaktpersonerne sig et netværk og et samarbejde med disse parter, der kan være behjælpelige ved opsporing af borgere, der kan være en del af den ønskede målgruppe. Der reageres på alle henvendelser og føres logbog, der giver en oversigt over den geografiske afdækning.

Herudover arbejder SKP-medarbejdere med relationer til samarbejdspartnere, så det ikke kun er systemerne, som arbejder sammen. SKP-medarbejderne understøtter samarbejdspartnerens eget arbejde via dialog om sindslidende, og om hvordan man kan arbejde sammen med målgruppen.

SKP-medarbejderne giver udtryk for, at deres metoder indenfor det opsøgende arbejde især er understøttet af deres deltagelse i SKP-uddannelsen, som har været en del af deres udvikling i Isbryderprojektet.

11.1.5.2 Kontaktskabende arbejde

SKP-medarbejdere i Esbjerg beskriver en kontaktskabende proces, som er velovervejet. Det første forsøg på kontakt tager udgangspunkt i at banke på døren. De har overvejet nøje, hvordan SKP-tilbuddet skal præsenteres, og de tager hensyn til ikke at virke anmassende. De plejer at indlede en samtale ved døren ved at sige, ”Undskyld, jeg forstyrrer.” Der gøres et forsøg på ikke at tilbyde ”hjælp”, men i stedet at bruge muligheden til at udtrykke en bekymring og til at tilbyde støtte.

Muligheden for at modtage SKP-tilbuddet anonymt bliver brugt som en metode i det kontaktskabende

arbejde. Anonymitet forstås som en metode, fordi det ikke er en målsætning eller en betingelse for arbejdet, men kan bruges til at gøre borgeren mere tryk ved at modtage støtten. Tværtimod er anonymitet et middel mod målet om at bryde den sindslidendes isolation ved at modtage besøg og støtte fra SKP-medarbejderen. Der er til hver en tid mulighed for, at borgeren kan ophæve retten til anonymiteten, og SKP-medarbejderen kan gå ind i en brobyggende indsats, så borgeren kan modtage hjælp fra de dele af det kommunale system, hvor anonymiteten ikke er mulig.

I det kontaktskabende arbejde forsøges der også på ikke at give for meget information om de mange muligheder, kommunen kan give, men at lade personen selv spørge ind til mulighederne. Kontaktskabelsen beskrives som "en forsigtig dans".

I det kontaktskabende arbejde bruges endvidere 'det fælles tredje'. SKP-medarbejderen spørger for eksempel til et billede, borgerens hund eller lignende.

Hvis døren ikke bliver åbnet ved første forsøg, efterlades et visitkort med en hilsen og en besked om, at man vil komme på et bestemt tidspunkt i næste uge.

Relationsarbejde

Relationsarbejdet begynder, når borgeren har taget imod tilbuddet om en SKP-medarbejder.

Den mest tydelige praktisk-teoretiske ramme er relationsarbejde. Relationsarbejde er en praktisk pædagogisk udmøntning af en psykodynamisk tankegang, hvor man antager, at brugerne har grundlæggende dysfunktioner i deres evne til at relatere til andre mennesker. Den socialpædagogiske opgave er derfor at opbygge en relation med brugeren, som kan danne grundlag for en ny forståelse af relationer og være et spillerum, hvor brugeren har mulighed for at udvikle færdigheder, som kan understøtte udviklingen af nye relationer med andre end medarbejderen.

Formålet er derved at styrke borgerens personlige integritet, forstået som sammenhæng i personligheden og identitetsfølelsen (Ramian, 2008):

- Oplevelse af retten til at føle, hvad jeg føler og mene, hvad jeg mener.
- Jeg har ret og lov til at reagere på det, jeg ser og oplever.
- Jeg er en handlende agent, der kan tage og tager ansvaret for eget liv.
- Jeg kan formulere mine egne ønsker og drømme.
- Jeg kan træffe mine egne beslutninger.
- Mit liv har mening, fordi det betyder noget for andre.

Når relationsarbejdet er den fælles faglige reference for arbejdet, udmønter det sig i de følgende værdier og holdninger (Ramian, 2008):

- Se beboeren som et helt menneske.
- Kontinuitet i relationerne.
- Fleksibilitet i kontakten.
- Opmærksom tilstedeværelse.
- Fokus på konkrete problemer.
- Konsultation.
- Partnerskab.
- Forventninger om selvhjælp.

I interviews med medarbejdere er der meget fokus på at opbygge tillid mellem borgeren og medarbejderen i første omgang og derefter arbejde på borgerens præmisser, men med henblik på at oparbejde relationelle kompetencer. I tillidsfasen er medarbejderen opmærksom på at stille sig til rådighed for borgeren frem for

at fremføre en socialfaglig dagsorden. Der er meget opmærksomhed på medarbejderens kropssprog og de signaler, medarbejderen sender bevidst og ubevidst. Medarbejderne forsøger at gøre borgeren opmærksom på egne følelser og handlinger ved at arbejde reflekterende, dvs., ved at beskrive det, medarbejderen oplever, herunder de signaler, borgeren sender, og de følelser, medarbejderen selv mærker som reaktion på brugerens fremfærd. Meningen er, at brugeren oplever et forhold, som ikke svigter, og som kan rumme brugerens angst, kaos og afvisning (Larsen, 2002).

I forhold til kontaktskabelse, kan relationsarbejde være brugbart.

11.1.5.3 Tværsektorielt samarbejde

Den kommunespecifikke sundhedsaftale er ved evalueringens afslutning i januar 2011 endnu ikke vedtaget. Derfor er det kun de informationer, som har med den generelle aftale at gøre, der er tilgængelige.

Fælles målgruppe

Den regionale samarbejdsaftale for det psykiatriske område handler om regionens og kommunernes fælles målgruppe. Det vil sige, mennesker med en sindslidelse, der har brug for et regionalt behandlingstilbud og et kommunalt støttetilbud. Det er en gruppe, som har behov for et koordineret, sammenhængende og smidigt behandlingsforløb uden unødigt ventetid.

Samarbejdsaftalens formål er

- At sikre det mest effektive behandlingstilbud på det mindst indgribende niveau.
- At understøtte kontinuiteten og brugerinddragelsen i behandlingen og den sociale indsats.
- At sikre muligheden for individuelle løsninger.
- At sikre tilgængelighed. Det vil sige, at tilbuddene er synlige og lette at komme i kontakt med.
- At synliggøre opgaveansvaret og fordelingen af opgaver mellem region og kommune.
- At sikre, at de samlede resurser koordineres optimalt. Opgaverne placeres dér, hvor resurserne gør mest mulig gavn for den sindslidende.
- At sikre en fælles og samordnet udvikling af tilbud.

Det tværsektorielle samarbejde i Region Syddanmark er grundlæggende bygget op omkring værdierne gensidig tillid, åbenhed og dialog.

Samarbejdet er styret af, at parterne har tillid til hinandens evne og vilje til at løse opgaverne, hvor det fælles mål er sammenhængende borger- og patientforløb. Er der tvivl om, hvilken myndighed der har ansvaret for opgavevaretagelsen, udføres opgaven af den myndighed, der har tættest kontakt med patienten/borgeren. De nødvendige ydelser leveres til patienten/borgeren, og ansvar og betalingsspørgsmål afklares efterfølgende mellem de involverede myndigheder.

Samarbejdet foregår åbent og tæt med et højt informationsniveau, som omfatter vidensdeling og fælles kompetenceudvikling. Der er åbenhed om de beslutninger, parterne træffer og om den baggrund, beslutningerne træffes på.

Dialogen mellem de fagpersoner, der er involveret i patientforløbene, er det bærende redskab for samarbejdet. Dialogen skal være løbende og proaktiv, men især sikres omkring de kritiske overgangsfaser mellem sektorer. Denne dialog forudsætter, at der hersker gensidig respekt for og tillid til fagligheden i kommune, almen praksis og sygehus.

Dialogen skal sikre, at alle parter i fornødent omfang på ethvert tidspunkt er vidende om den hidtidige del af et patientforløb og enige om det videre forløb og opgaverne heri. De involverede parter må udvise en

sådan fleksibilitet, at sammenhængen i forløbet og overgangen fra en sektor til en anden sikres i overensstemmelse med det aftalte.

Dialogen skal foregå mellem de fagpersoner, der er involveret i patientforløbet, og kun hvis der ikke kan nås til enighed, bringes spørgsmål til nærmeste ledelsesniveau. Principielle uenigheder kan bringes op i den eller de relevante arbejdsgrupper under det lokale samordningsforum og ved behov i det lokale samordningsforum.

Arbejdsdeling

Et godt samarbejde forudsætter en fælles forståelse af parternes roller. Formelt beskriver dokumentet Sundhedsaftaler mellem Esbjerg Kommune og Region Syddanmark arbejdsdelingen mellem kommunens socialpsykiatriske indsats og regionens behandlingspsykiatriske indsats. Sundhedsaftalen giver endvidere mulighed for, at en anden arbejdsdeling mellem Regionerne og kommunen aftales lokalt, dvs. i de enkelte tilbud eller vedrørende enkelte personer. Rammeaftalernes indhold og regulering i forhold til socialpsykiatriske tilbud kan også have indflydelse på den konkrete arbejdsdeling.

Den regionale psykiatriindsats omfatter:

Regionen sikrer og udfører opgaver vedrørende:

- *Undersøgelse, observation, diagnostik, behandling og pleje af mennesker med sindslidelser.*
- *Observation, vurdering og handling i forhold til almentilstanden hos mennesket med en sindslidelse – herunder somatiske sygdomme.*
- *Koordinering af indsatsen i forhold til behandlingen, med henblik på en intern tværfaglig og tværsektoriel indsats i forhold til mennesket med en sindslidelse, f.eks. inddragelse af og samarbejde med praktiserende læge, socialpsykiatrien, m.v.*
- *Psykoedukation med henblik på sygdomserkendelse, sygdomsindsigt og mestring.*
- *Samarbejde med og information til familie og netværk om behandlingssituationen for mennesket med en sindslidelse i forhold til sygdommen, f.eks. gennem psykoedukation.*
- *Klarlæggelse af hvilken måde miljøet, som mennesket med en sindslidelse befinder sig i, kan påvirkes for at understøtte behandlingen af sindslidelsen.*
- *Børn, der har en nær relation til den sindslidende, herunder hvorvidt disse børn har brug for en særlig opmærksomhed.*
- *Retspsykiatri, herunder:*
 - o Mentalundersøgelse – ambulant eller under indlæggelse – udføres efter kendelse i henhold til retsplejeloven. Det samme gælder varetægtsfængsling i surrogat. Anbringelse på psykiatrisk sygehus eller behandling under indlæggelse i medfør af administrativ frihedsberøvelse efter overlægens beslutning sker i henhold til dom efter straffeloven*
 - o Behandling af indsatte i arresthuse og fængsler, som skal indlægges men ikke i henhold til dom*
 - o Behandling af sædelighedskriminelle*

Regionen varetager endvidere:

- Opgaver vedrørende sundhedsfremme og patientrettet forebyggelse, herunder selvmordsforebyggelse samt rehabilitering.

o Regionens opgaver i forhold til forebyggelse omfatter indsatsen i forbindelse med den regionale sygdomsbehandling og pleje.

- Behandling af traumatiserede flygtninge.

o Opgaven løftes i et tæt samarbejde med de kommunale myndigheder. Regionen varetager behandlingsindsatsen, mens kommunerne varetager den sociale indsats for de traumatiserede flygtninge.

- Det psykiatrifaglige samarbejde med praktiserende læger og praktiserende psykiatere.

Regionen har endvidere det overordnede ansvar for indsatsen, som ydes i praksissektoren.

Praktiserende psykiatere

Regionen har endvidere en række privatpraktiserende almen-, børne- og ungdomspsykiatere. Psykiatrisk speciallægepraksis er et supplement og et alternativ til de øvrige ambulante tilbud i behandlingspsykiatrien.

Patienter med en alvorlig psykisk lidelse kan blive henvist af deres alment praktiserende læge til undersøgelse og behandling hos en privatpraktiserende psykiater.

De praktiserende psykiatere behandler fortrinsvist patienter med lidelser af ikke-psykotisk karakter. Langt hovedparten af patienterne hos de privatpraktiserende psykiatere lider af enten affektive lidelser, nervøse og stressrelaterede lidelser eller personlighedsforstyrrelser.

Det er kendetegnende for den praktiserende psykiaters målgruppe, at patienterne typisk ikke har store og mangeartede sociale problemer eller har behov for personlig pleje. Der er derfor kun i mindre omfang brug for en tværfaglig indsats, men hvor der er behov for det, samarbejder speciallægen med andre faggrupper omkring behandlingsforløbet. Der er primært tale om samarbejde med patientens alment praktiserende læge eller med de sociale myndigheder, og kun sjældent vil der være tale om samarbejde med plejepersonale.

Den kommunale indsats omfatter:

Kommunerne varetager den socialfaglige indsats samt dele af den sundhedsfaglige indsats i forhold til mennesker med en sindslidelse (i henhold til sundhedsloven, serviceloven, aktivloven, beskæftigelseslovgivningen, pensionsloven m.v.)

Kommunen er således ansvarlig for:

- At tilrettelægge en særlig rådgivningsindsats over for mennesker med en sindslidelse samt at udføre en opsøgende indsats for at nå ud til den del af gruppen, der må formodes ikke at henvende sig selv.

- At yde en helhedsorienteret indsats afpasset den enkeltes behov, herunder forebygge, at problemerne for den enkelte forværres.

- At tilbyde en individuelt tilrettelagt støtte til udvikling og vedligeholdelse af færdigheder, herunder støtte

til at skabe eller opretholde sociale netværk, strukturer i dagligdagen m.v.

- At sikre mulighed for deltagelse i aktivitets- og samværstilbud samt beskæftigelse, herunder beskyttet beskæftigelse, uddannelses-, trænings- og fritidsaktiviteter, værestedstilbud, særlige socialpsykiatriske tilbud mv. samt bostøtte og kompenserende specialundervisning

- At etablere støtte- og kontaktpersonordning

- At sørge for botilbud, herunder specialiserede socialpsykiatriske botilbud, til personer, der ikke magter at bo i egen bolig. Opholdet kan være af midlertidig eller længerevarende karakter.

- Opgaver udført af den kommunale hjemmepleje, herunder personlig pleje og praktisk bistand, sygepleje og hjælpemidler.

- At sikre forsørgelsesgrundlag for mennesket med en sindslidelse.

- At rådgive om og behandle anmodninger om værgebeskikkelse.

- At rådgive om og sikre aflastningstilbud og orlovsmuligheder for familie og netværk.

- At varetage forebyggelse og rehabilitering.

Kommunen varetager endvidere:

- Sundhedsfremmende og borgerrettet forebyggelse, herunder rehabilitering og selvmordsforebyggelse.

- Information til mennesket med en sindslidelse og dennes familie og netværk.

- Misbrugsbehandling.

Det fremhæves i sundhedsaftalen, at begge parter har ansvar for forebyggelse. Endvidere er stabilisering og rehabilitering en integreret del af indsatsen i sygehusvæsenet og et væsentligt element i den sociale indsats i kommunen. Derfor er det især her, der skal gøres en indsats i forhold til koordinering.

Det er den psykiatriske afdelings ansvar at tage initiativ til at etablere det tværsektorielle samarbejde under behandlingen. I Sundhedsaftalen præciseres arbejdsfordelingen således, at regionen har ansvaret for forebyggelse i forbindelse med behandling, og kommunen har ansvar for at forebygge, at eksisterende sygdomme udvikler sig samt at sikre, at borgeren bevarer sin funktionsevne bedst muligt.

Det skal her fremhæves, at målgruppen beskrives som:

Borgere tilhørende målgrupperne for børne- og ungdomspsykiatrien, almenpsykiatrien og gerontopsykiatrien, samt oligofrene, dobbeltdiagnosticerede og behandlingsdømte. Mennesker som er ukendte af behandlingspsykiatrien eller udenfor både det sociale og behandlingssystemet nævnes ikke (f.eks. isolerede sindslidende, som endnu ikke er opsporet og diagnosticerede).

11.1.5.4 Koordinering

Koordinering mellem Esbjerg Kommune og Region Syd beskrives i sundhedsaftalen. Aftalen beskriver tre niveauer for koordinering:

Kontaktperson

Kontaktpersoner udpeges i de tilfælde, hvor der er behov for en koordinerende indsats. En kontaktperson i sygehushvæsenet er en hospitalsansat, sundhedsfaglig person tilknyttet den enkelte patient. Opgaven for kontaktpersoner er at sørge for videreformidling af relevant information samt inddragelse af relevante parter. Kontaktpersonen har et særligt ansvar for at sikre sammenhæng i patientforløbet under indlæggelse og ambulante forløb. Sundhedsaftalen stiller de følgende forventninger til kontaktpersonordningen:

- At der ved indlæggelse er udpeget en kontaktperson senest 24 timer efter indlæggelsen.
- At der for ambulante patienter med mere end et ambulant besøg er udpeget en kontaktperson.
- At kontaktpersonen er direkte involveret i patientforløbet, dvs., kontaktpersonen medvirker ved levering af en eller flere sundhedsfaglige ydelser i forløbet.
- At navnet på kontaktpersonen er oplyst til patienten både mundtligt og skriftligt (f.eks. visitkort), og at dette er dokumenteret i journalen.
- At patienten har fået oplyst, hvad ordningen indebærer.

Central koordinator

En central koordinator udpeges, når der er mange instanser/myndigheder, der samarbejder med et menneske med en sindslidelse. Opgaven for den centrale koordinator er at skabe kontinuitet og sammenhæng i forløbet, i samarbejde med borgeren.

Observerer personale med kontakt til mennesket med en sindslidelse ændringer i dennes tilstand, der kræver handling fra andre instanser/myndigheder, har den pågældende, i samarbejde med borgeren, ansvar for at kontakte disse. Der tilstræbes et godt og gnidningsløst samarbejde mellem Esbjerg Kommune, Region Syddanmark, borgeren og den praktiserende læge for at sikre en optimal indsats.

Kommunal koordineringsgruppe

En kommunal koordineringsgruppe skal sikre sammenhæng mellem regionen og kommunen. Opgaven er at sikre en koordineret og sammenhængende indsats og håndtere problemer vedrørende overgange mellem behandlings- og socialpsykiatrien.

Den kommunale indsats kan f.eks. bestå af sociale støttetilbud, beskæftigelse, hjælp i hjemmet i øvrigt eller andre tiltag.

11.1.5.5 Indlæggelse og udskrivning

I Sundhedsaftalen er der anvisninger til håndteringen af indlæggelse og udskrivning. I alle tilfælde skal psykiatrisk afdeling vurdere, om der er myndigheder (f.eks. egen læge eller kommunen), der kan have behov for information om, at borgeren bliver udskrevet. Ligeledes skal kommunen og den praktiserende læge bidrage med relevante oplysninger om patientens situation under hensynstagen til gældende lovgivning om dataudveksling.

Sundhedsaftalen skelner mellem tre typer af udskrivning fra sygehuset. Ukompliceret, kompliceret og uvarslet udskrivning.

Ukompliceret udskrivning

Ukompliceret udskrivning omfatter personer, som har behov for kommunale tilbud, men hvis sundhedstilstand ikke medfører væsentlige ændringer set i forhold til patientens situation i hjemmet før indlæggelsen, dvs. personer, der skal modtage samme støtte, som de gjorde før indlæggelsen. Ved ukompliceret udskrivning indkaldes kommunen ikke nødvendigvis til et udskrivningsmøde.

Kompliceret udskrivning

Kompliceret udskrivning omfatter personer, hvis sundhedstilstand medfører:

- Væsentlige ændringer i personens situation i hjemmet eller funktion (personlige eller familiemæssige omstændigheder) set i forhold til situationen før indlæggelsen.
- Væsentlige ændringer i kommunens indsats set i forhold til situationen før indlæggelsen.
- Genetablering af en i forvejen omfattende socialpsykiatrisk og behandlingsmæssig indsats.
- Patienter, der efter udskrivning må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred.

I forbindelse med kompliceret udskrivning skal kommunen indkaldes til et udskrivningsmøde.

I forbindelse med ukomplicerede og komplicerede udskrivinger, skal sygehuset aftale tidspunktet for et udskrivningsmøde så tidligt efter indlæggelsen som muligt, da det tilstræbes, at planlægning af forløbet efter udskrivning allerede påbegyndes ved indlæggelsen. Endvidere kan social- og sundhedsforvaltningen eller de relevante sociale institutioner anmode sygehuset eller Distriktpsikiatrisk team om afholdelse af et udskrivningsmøde.

Uvarslet udskrivning

Uvarslet udskrivning omfatter personer, hvis sundhedstilstand medfører:

- At sygehuset ikke anbefaler udskrivning.
- At sygehuset ikke lovmedholdeligt kan modsætte sig udskrivning.
- At patienten forlader afdelingen uden varsel.

Al udskrivning skal varsles og meddeles til 'Visitering' i Esbjerg Kommune.

Udskrivningsaftale

Målet med sundhedsaftalen om indlæggelses- og udskrivningsforløb er at sikre sammenhængende patientforløb imellem sundhedsvæsenets sektorer i Region Syddanmark og dermed opnå større patienttilfredshed med og højere kvalitet i sundhedsvæsenets ydelser. Borgeren skal opleve sammenhæng i forløbet allerede fra hjemmet, hvor den praktiserende læge kontaktes, over diagnostik og behandling på sygehuset til borgeren er tilbage i hjemmet igen med opfølgende behovsvurderende indsats. Udgangspunktet er en faglig vurdering af den enkeltes behov.

Sundhedsaftalen skal styrke samarbejdet mellem almen praksis, kommunerne og sygehusene om den enkelte patient og dennes forløb gennem systemet og sikre dialog og koordinering parterne imellem og med størst mulig inddragelse af patient og pårørende.

Sundhedsaftalen er konkret udmøntet i en række samarbejdsaftaler, jf. nedenfor.

Indsatsen afpasses efter behovet - LEON-princippet

Af hensyn til en effektiv ressourceudnyttelse bygger sundhedsaftalen på LEON-princippet, som indebærer, at behandlingen altid skal tilbydes på det Laveste Effektive OmkostningsNiveau. Det betyder, at behandlingen varetages på et fagligt korrekt og fuldt forsvarligt niveau, men bør ikke foregå på et højere specialiseringsniveau, end hvad der er behandlings- og omkostningsmæssigt nødvendigt.

Sundhedsaftalen lægger op til, at dette hensyn spiller ind i alle dele af patientforløbet.

I denne sammenhæng betyder LEON-princippet også, at koordineringen sektorerne imellem bør afstemmes efter det enkelte patientforløbs problemstillinger og kompleksitet, således at enkle forløb kan håndteres ved enkle elektroniske korrespondancer, mens komplekse forløb kræver mere kommunikation, f.eks. i form af udskrivningsmøder eller anden dialog.

Udskrivningen begynder ved indlæggelsen

Som afslutning på sygehusbehandlingen skal der sikres en koordineret udskrivning, der sikrer patienten en tryk tilbagevenden til hjemmet og forebygger genindlæggelser. Dette forudsætter, at sygehuset forbereder patienten og eventuelle pårørende på udskrivningen, forbereder alment praktiserende læge på opfølgning og efterbehandling samt forbereder kommunen på den nødvendige kommunale indsats for en sikker modtagelse af borgeren/patienten i hjemmet.

Kommunikationen mellem sygehus og kommune indledes allerede ved indlæggelsen og udstrækkes til at omfatte planlægningen af udskrivningsforløbet. Samarbejdsaftalerne sikrer, at kommunen ved de relevante patientforløb er løbende opdateret om ændringer i forløbet, herunder især om de krav, det enkelte forløb vil stille til den kommunale indsats efter udskrivningen. Herved kan kommunerne sikre tilrettelæggelsen af modtagelsen af borgeren.

For patienter, der efter udskrivning modtager eller skal modtage kommunale ydelser efter sundhedsloven og/eller serviceloven, skal enhver udskrivning fra sygehus være aftalt på forhånd mellem sygehuset og kommunen.

Parterne er enige om, at udskrivning efter endt sygehusbehandling skal ske tidligst muligt under hensyn til patientens tilstand samt sikkerhed og kvalitet i patientforløbet.

SAM:BO

Sam:bo er en samarbejdsaftale mellem regionen og kommunerne om sammenhængende patientforløb. Det skal bemærkes, at der på det somatiske område er udarbejdet en mere dybdegående aftale, herunder værdigrundlag m.m. mellem regionen og kommunen, hvor der bl.a. er fokus på inddragelse af visitation (hjemmepleje/hjemmehjælp) som et fast element i et udskrivningsforløb.

11.1.5.6 Tværsektoriel vurdering

Ifølge Sundhedsaftalen er det psykiatrisk afdelings opgave at vurdere, om der kan være behov for at iværksætte en kommunal indsats for borgeren efter udskrivning. Er dette tilfældet, skal afdelingen i samarbejde med borgeren inddrage kommunen så tidligt i forløbet som muligt med henblik på at lave en tværsektoriel vurdering af borgerens situation. I samarbejde udarbejder afdelingen og kommunen en udskrivningsaftale efter psykiatriloven og en handleplan for den videre indsats efter serviceloven. Hvis borgeren ikke ønsker at medvirke til en udskrivningsaftale kan parterne overveje, om der er behov for at udarbejde en koordinationsplan. Herudover kan det overvejes, om der er behov for at udpege en fælles koordinator, som tilknyttes den enkelte borger.

Sundhedsaftalen antager, at forløbet for den enkelte borger går fra indlæggelse på psykiatrisk afdeling til udskrivning til kommunale tilbud. Der er ingen aftaler vedrørende proces og ansvar, når borgeren allerede er kendt af de sociale tilbud og indlægges på sygehuset, f.eks. i forhold til håndteringen og revideringen af borgerens handleplan.

Samarbejde omkring vurderingen af borgernes behov kommer også i spil, når der er tale om uhensigtsmæssige genindlæggelser. Begge parter skal være opmærksomme på forløb, hvor der tegner sig et mønster af gentagne indlæggelser. I Sundhedsaftalen skrives "[s]es der et sådant mønster, skal parterne i samarbejde undersøge, hvad der kan gøres i det enkelte tilfælde for at bryde mønstret." Endvidere står der i Sundhedsaftalen, at det skal undersøges, om viden fra det ene tilfælde kan generaliseres, således at man kan forhindre gentagne indlæggelser i andre tilfælde. "[P]å baggrund af de konkrete patientforløb skal der således i fællesskab foregå en mønsteropsamling med henblik på en generel forebyggende indsats."

11.1.5.7 Mødefora

Sundhedsaftalen definerer forskellige mulige mødefora, hvor opfølgning og koordinering kan drøftes.

Samarbejde på sagsbehandlerniveau

- Formål: At koordinere indsatsen for borgeren og sikre sammenhæng i behandlingsforløbet.
- Hyppighed: Hver gang en ny borger udskrives til socialpsykiatrisk støtte eller efter behov. Kan afholdes telefonisk.
- Deltagere: Kommunale og regionale sagsbehandlere. Brugere og pårørende, hvor der er behov herfor og altid ved udskrivningsmøder.
- Indkaldelse: *Ikke udspecificeret i sundhedsaftalen.*
- Dagsorden: *Ikke udspecificeret i sundhedsaftalen.*

Samarbejde på målgruppespecifikt niveau

- Formål: Enkelte kommuner med enkelte psykiatriske afdelinger mhp. at drøfte problemstillinger vedrørende en bestemt målgruppe (f.eks. børn og unge).
- Hyppighed: Efter behov.
- Deltagere: *Ikke udspecificeret i sundhedsaftalen.*
- Indkaldelse: *Ikke udspecificeret i sundhedsaftalen.*
- Dagsorden: *Ikke udspecificeret i sundhedsaftalen.*

Kommunemøder

- Formål: Specifik opfølgning på sundhedsaftalen og samarbejdet mellem kommunen og psykiatricentret.
- Hyppighed: Fire gange årligt.
- Deltagere: For regionen: psykiatrichefen for Center Vest og relevante psykiatriske afdelingsledelser. For kommunen: ledelsesrepræsentanter med snitflader til psykiatrien, herunder repræsentanter fra: børn og unge, arbejdsmarked, mv., der kan have relevans for samarbejdet. Repræsentant(er) for de praktiserende læger, evt. praksiskonsulenter.
- Indkaldelse: Psykiatricenter Vest indkalder til møde.
- Dagsorden: Udarbejdes i et samarbejde mellem Psykiatricenter Vest og Esbjerg Kommune. Skal på årsbasis minimum omfatte:
- Opfølgning på Sundhedsaftalen.
 - Vidensdeling, herunder sikre faglig og praktisk vidensudveksling og gensidig feedback.
 - Drøftelse af status og evt. problemstillinger i det generelle samarbejde.
 - Drøftelse af snitflader i forhold til misbrugsbehandlingen.
 - Drøftelse af snitflader mellem behandlings- og socialpsykiatri.
 - Økonomiske konsekvenser af aftalen og ændringer i tilbud.
 - Indgåelse af fælles udviklingsprojekter.

- Opfølgning på lokale tværsektorielle projekter og samarbejder.
- Nedsætte ad hoc-grupper til udførelse af lokale fælles planlægningsopgaver.
- Aftale om klageadgang.
- Overvågning og tilpasning af såvel kvantitativ som kvalitativ kapacitet.
- Behandle og følge op på resultater af kvalitetsmonitorering af samarbejdet.
- Udveksling af informationer om aktivitetsmønstret på hhv. psykiatrisk afdeling og i kommunalt regi, f.eks. ændringer i patientstrømme og sammensætning mv.
- Følge op på den lokale udrulning af elektronisk kommunikation.
- Behandle fortolkningsspørgsmål.
- Fastlæggelse af næste møde.

Regionale møder på centerniveau

Regionale møder på centerniveau er sindslidendeområdets udgave af Sundhedsaftalens *Lokalt samordningsforum* omkring de enkelte sygehuse hhv. psykiatiske driftsenheder. Formålet med det enkelte samarbejdsforum er ifølge Sundhedsaftalen at varetage lokal planlægning, driftstilpasning og kvalitetsovervågning og at medvirke til gennemførelse af sundhedsaftalerne på de enkelte indsatsområder samt at leve op til aftalernes grundlæggende formål og værdier.

Formål: At drøfte emner af relevans for alle kommuner i optageområdet samt at følge op på sundhedsaftalen og samarbejdet mellem centret og kommunerne.

Hyppighed: Én gang årligt

Deltagere: For regionen: psykiatrichefen for Center Vest og relevante psykiatiske afdelingsledelser. For kommunen: ledelsesrepræsentanter med snitflader til psykiatrien.

Indkaldelse: Psykiatricenter Vest indkalder til mødet

Dagsorden: Udarbejdes i et samarbejde mellem Psykiatricenter Vest og repræsentanter for kommunerne i optageområdet. Eksempel på dagsorden:

- Overvågning og tilpasning af såvel kvantitativ som kvalitativ kapacitet.
- Udveksling af information om ændringer i kapacitet, evt. som følge af rammeaftalen.
- Udveksling af informationer om aktivitetsmønstret på hhv. psykiatrisk afdeling og i kommunalt regi, f.eks. ændringer i patientstrømme og sammensætning mv.
- Drøftelse af fremtidig indsats evt. i form af etablering af arbejdsgrupper til kortlægning af specielle forhold for enkeltgrupper.
- Opfølgning på, om der er uhensigtsmæssige forløb, der resulterer i gentagne indlæggelser.
- Udpegning af næste års arrangører.

11.2 Odense Kommune

11.2.1 Generelt

Odense er Danmarks tredje største by og fjerde største kommune og har omkring 185.000 indbyggere. Odense Kommune er primært en bykommune, og rummer ud over selve Odense by en hel række forstæder. Et særligt område, der kan have interesse for projektet er Vollsmose, hvor der ses en koncentration af etniske minoriteter.

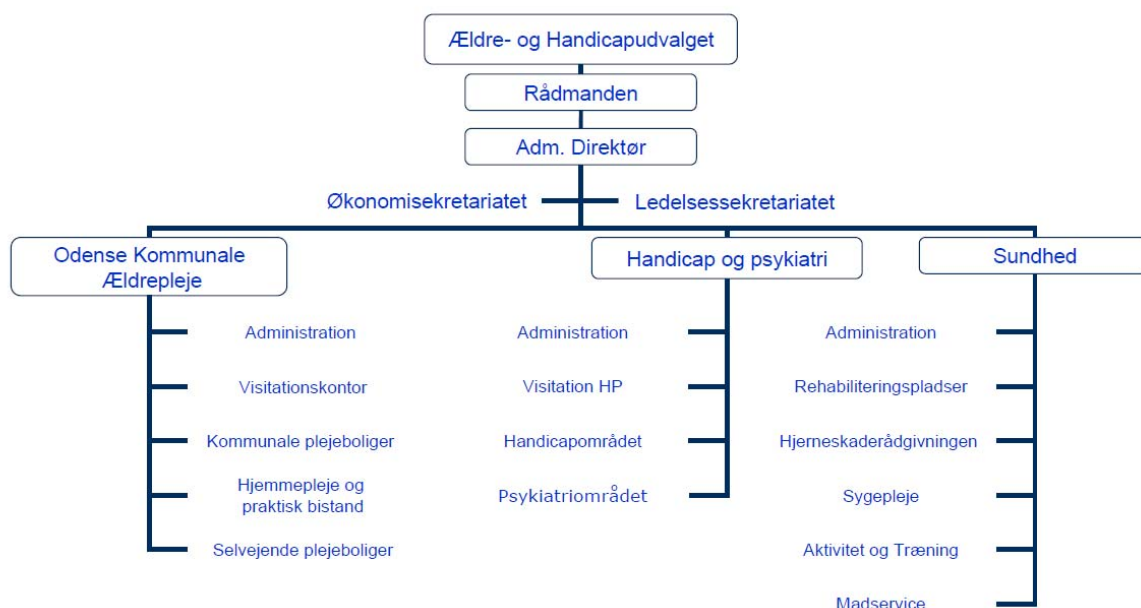
I Odense Kommune varetager Ældre- og handicapudvalget den umiddelbare forvaltning af sociale og sundhedsmæssige opgaver i relation til ældre samt voksne med længerevarende psykiatriske lidelser og borgere med vidtgående fysiske og psykiske handicap. Udvalget træffer afgørelser i sager om ydelser m.v. til enkeltpersoner i henhold til sociallovgivningen i form af bl.a. plejeboliger, hjemmehjælp, hjemmesygepleje, hjælpemidler, ældre- og handicapegnede boliger, trænings- og aktivitetstilbud, motorkøretøjer, døgntilbud, støttecentre og bofællesskaber, beskyttede værksteder m.v.

Ældre- og handicapforvaltningens budget og opgavevaretagelse er opdelt i tre hovedområder; Fællesadministration, pleje og omsorg samt handicap og psykiatri. Handicap og psykiatridelingen varetager bl.a. opgaver i forhold til døgntilbud, dagtilbud (beskæftigelse og aktivitets- og samværstilbud) samt støtte i eget hjem til voksne med længerevarende sindslidelser, og komplekse sociale problemer samt borgere med vidtgående fysiske og/eller psykiske handicaps.

Ældre og handicapforvaltningens organisationsdiagram:



Ældre- og Handicapforvaltningen



Siden 2007 er der sket en række ændringer i Odense Kommunes Ældre- og Handicapforvaltning. Der er tilføjet et ekstra område, der beskæftiger sig med Sundhed. Her varetages en række af de opgaver, der tidligere var fordelt under Handicap- og Psykiatridelingen samt Odense Kommunes ældrepleje.

Handicap- og psykiatridelingsens organisationsdiagram:



11.2.2 Visioner og mål for sindslidelsesområdet

I budgettet fra 2010 lægges der hos handicap- og ældreområdet vægt på, at alle mennesker har forskellige behov og ønsker. Under de tre strategiske temaer er "Livskvalitet på egne vilkår" særlig relevant. Der fokuseres på, at den enkelte borger har mulighed for at leve sit eget liv på egne vilkår, hvor der tages hensyn til den enkeltes forventninger. Fokusområderne inkluderer blandt andre at sikre fleksibilitet og individualiseret hjælp, at brugeren oplever sammenhængende og koordinerede tilbud samt en bedre sundhed og livskvalitet.

11.2.3 Servicebeskrivelse

I Odense er der en række tilbud til voksne sindslidende med længerevarende psykiske lidelser og sociale problemer. Tilbuddene omfatter såvel bolig- som aktivitets-, fritids- og behandlingstilbud. Grundlæggende er det formålet med viften af tilbud at hjælpe sindslidende borgere til en selvstændig og værdig tilværelse, der er så tæt på et normalt liv som muligt.

Voksne sindslidendes behov og muligheder er vidt forskellige. Tilbuddene afspejler så vidt muligt den samme mangfoldighed. De skal så fleksibelt som muligt imødekomme de små eller store behov, som den enkelte har for kontakt, støtte og behandling.

I Odense Kommune er tilbuddene til voksne sindslidende administrativt samlet i Handicap- og Psykiatridelingen, som igen er en del af Ældre- og Handicapforvaltningen. Nogle af tilbuddene er kommunens egne, andre er selvejende institutioner, der har driftsoverenskomst med kommunen. Samtidig har regionen en række tilbud til voksne sindslidende.

Følgende ordninger kan tilbydes voksne borgere med sindslidelser:

Bostøtteordning for sindslidende

Bostøtteordningen er et tilbud til sindslidende om hjælp og støtte til at fastholde eller udvikle personlige færdigheder, til at opretholde det sociale netværk og til at få struktur på de daglige gøremål.

Bostøtteordningen for sindslidende består af et team af medarbejdere. Teamet er sammensat, så der er forskellige uddannelsesmæssige baggrunde repræsenteret. Bostøtteordningen tilbyder sindslidende hjælp og støtte i eget hjem. Tilbuddet ydes i en tidsafgrænset periode, som vurderes individuelt og løbende.

Bostøtteordningen er for personer med længerevarende sindslidelser og særlige sociale problemer. Ordningen er rettet mod denne målgruppe, som har behov for støtte til at klare hverdagen, og som selv ønsker at modtage støtte.

Service mål

- At yde hjælp til selvhjælp.
- At yde individuel støtte i egen bolig.
- At respektere personens egne værdier og normer i bestræbelserne på støtte til øget livskvalitet.
- Tilbud om en skriftlig, individuel handleplan.

Lovgrundlag

Lov om socialservice § 85.

Visitation

Der kan henvises til tilbuddet gennem egen sagsbehandler på områdekantoret, Psykiatrisk Afdeling på Odense Universitetshospital, Distriktpsikiatrien o.a.⁴⁴

Botilbud til sindslidende

I et kommunalt botilbud ydes hjælp og støtte til voksne med en sindslidelse. Hjælpen og støtten ydes af det ansatte personale og ydes i forbindelse med både den enkeltes egen bolig og fællesskabet i botilbuddet. Formålet er at bidrage til at skabe en så god og tryk tilværelse som muligt for den enkelte. I tilbuddet har alle egen bolig med personlig lejekontrakt, og der er fælleslokaler, som kan benyttes til støtte, aktiviteter og forskellige former for samvær, der understøtter den enkeltes udviklingsbehov.

Kommunens botilbud består af forskellige typer boliger, så forskellige behov kan opfyldes. Botilbuddene ligger spredt i Odense Kommune og består af et varierende antal tilknyttede boliger, typisk mellem 12 og 17 boliger. Der er forskellige fysiske rammer, men typisk ligger boligerne omkring eller i nærheden af et fælleslokale. Der er personale i de fleste dag- og aften timer, og i et enkelt botilbud er der tilknyttet en

⁴⁴ Normalt er det kommunen, som visiterer til sociale tilbud. Dog er denne formulering brugt på Odense Kommunes hjemmeside ift. til Bostøtteordningen.

rådighedsperson, som beboerne kan kontakte i særlige situationer. Derudover er der etableret et nattjenestetilbud, som er et tilbud, der kan benyttes af alle beboere i støttecentrene.

Beboerne i botilbuddene er voksne i alle aldre med meget forskellige behov for støtte og kontakt. Med den fornødne støtte kan personerne bo selv, samtidig med at de har gavn af et fællesskab. Alle beboere har en sindslidelse. Udover botilbuddet har beboerne ofte et dagtilbud uden tilknytning til botilbuddet og et tilbud fra distriktspsykiatrien.

Service mål

- Støtte i dagligdagen til planlægning, praktiske gøremål og håndtering af økonomi. Støtten baseres så vidt muligt på princippet om hjælp til selvhjælp.
- Støtte til at fastholde netværk og til at undgå isolation.
- Udvikling af beboernes personlige og sociale færdigheder samt optræning.
- Støtte som kompensation for funktionsnedsættelsen.
- Tilbud om en skriftlig, individuel handleplan.

Lovgrundlag

Lov om social service §§ 85 og 107

Visitation

For at komme i betragtning til et botilbud skal der ske en individuel vurdering af behov i forhold til bolig, støtteomfang, formål med støtten, personlig hjælp, evt. hjælpemidler og øvrige forhold. Praktiserende læge, distriktspsykiatrien, hjemmeplejen, sagsbehandler eller Psykiatrisk Afdeling på OUH kan henvise en borger.⁴⁵

Støtte- og Kontaktpersonordningen

Støtte- og Kontaktpersonordningen er et tilbud om hjælp og støtte til en afgrænset gruppe af sindslidende.

Formålet med tilbuddet er at forsøge at opnå og bevare social kontakt for derved at bryde den sindslidendes isolation. Desuden arbejdes der frem mod, at den sindslidende bliver i stand til at benytte de almindelige behandlingstilbud og andre etablerede tilbud. Støtte- og kontaktpersonerne udfører opsøgende arbejde i by- og boligområderne for at opnå kontakt med potentielle brugere.

Støtte- og kontaktpersonordningen er et tilbud til de mest socialt udsatte og isolerede grupper af sindslidende, som ikke kan gøre brug af andre eksisterende tilbud.

Service mål

- Bryde den enkeltes sociale isolation og gøre vedkommende i stand til at klare sig selv bedst muligt.
- Kontakt ud fra den sindslidendes egne ønsker.
- Praktisk støtte i hjemmet.
- Hjælp til opbygning af netværk.
- Støtte og vejledning i forhold til kontakt til offentlige systemer.
- Støtte- og Kontaktpersonordningen udfører tillige opsøgende arbejde på gadeplan.

⁴⁵ Normalt er det kommunen, som visiterer til sociale tilbud. Dog er denne formulering brugt på Odense Kommunes hjemmeside ift. til Botilbud.

Lovgrundlag

Lov om Social Service § 99.

Visitation

Alle kan i princippet rette henvendelse til Støtte- og kontaktpersonordningen, f.eks. pårørende, naboer, vicevært, hjemmeplejen, sagsbehandler m.fl.⁴⁶

Vista Balboa

Formålet er at tilbyde et helhedstilbud til personer med dobbeltdiagnose, det vil sige meget svært sindslidende med et samtidigt stort misbrug. Målet er at skabe en udvikling hos den enkelte bruger hen imod en større grad af personlig og social selvhjulpenhed, således at brugeren kan opnå en mere stabil og selvstændig tilværelse. Vista Balboa består på nuværende tidspunkt af et opsøgende team, et værested samt et opgangsfællesskab. Udgangspunktet er, at Vista Balboa er et helhedstilbud, hvilket betyder, at tilbuddet integrerer behandlingen af både sindslidelsen og misbruget.

Tilbuddet er rettet til personer med en svær sindslidelse og med et misbrug af enten narkotika, medicin eller alkohol samt med et hverdagsliv, der er præget af stor ustabilitet.

Service mål

- Opsøgende indsats med henblik på at skabe og fastholde kontakt.
- Større livskvalitet.
- Forebyggelse af hjemløshed.
- Mindre forbrug af alkohol, medicin og narkotika.
- Stabilisering af sindslidelsen med færre genindlæggelser til følge.
- Forbedring af relationen mellem brugeren og omgivelserne.
- Tilbud om en skriftlig, individuel behandlings- og handleplan.

Lovgrundlag

Lov om social service §§ 85, 102, 104 og 107.⁴⁷

Visitation

Typisk tilbydes hjælp og støtte fra det opsøgende team efter henvendelse fra forskellige samarbejdspartnere f.eks. behandlingsinstitutioner, egen læge, sagsbehandlere, distriktspsykiatrien, sygehusvæsenet, varmestuer, herberger etc., men i princippet kan alle rette henvendelse.⁴⁸

⁴⁶ Normalt er det kommunen, som visiterer til sociale tilbud. Dog er denne formulering brugt på Odense Kommunes hjemmeside ift. til SKP- ordningen.

⁴⁷ Servicelovens § 101 nævnes ikke i servicebeskrivelsen for Vista Balboa.

⁴⁸ Normalt er det kommunen, som visiterer til sociale tilbud. Dog er denne formulering brugt på Odense Kommunes hjemmeside ift. til Vista Balboa.

11.2.4 Nøgletal

I budgettet for 2010 er følgende mængdeoplysninger fundet (Opgørelse fra 2009):

Odense Kommunes pladser på Handicap og –psykiatriområdet

Område	Pladsantal
Handicapområdet	
Dagtilbud	398
Botilbud	320
Senhjerneskadeområdet	
Dagtilbud	20
Botilbud	35
Psykiatriområdet	
Dagtilbud *)	200
Botilbud	357
*) kun pladser med visitation til er talt med	

Odense Kommunes brugere ¹⁾ på Handicap og –psykiatriområdet fordelt på tilbudstyper

Område	2009
Midlertidige botilbud efter § 107	160
Længerevarende botilbud efter § 108	376
Botilbud efter almenboliglovens § 115	410
Beskyttet beskæftigelse efter § 103	362
Aktivitets- og samværstilbud efter § 104	697
Bostøtte efter § 85	414
Hjælpeordning efter § 96	86
Ledsagerordning efter § 97	325
Kontaktpersonordning for døvblinde efter § 98	24
Støttekontaktpersonordning efter § 99	158
¹⁾ En bruger kan godt have mere end et tilbud. Bemærkning: Hvor ikke andet er nævnt referer § Lov om Social Service	

11.2.5 Metoder

11.2.5.1 Opsøgende arbejde

I Odense er der i forbindelse med Vista Balboa og SKP-ordningen blevet udført opsøgende arbejde. I forbindelse med Vista Balboa er det foregået således, at et opsøgende team, på baggrund af henvendelser fra samarbejdspartnere, opsøger mennesker med dobbeltdiagnoser (sindslidelse og misbrug) og tilbyder støtte i hverdagen samt relevant behandling af såvel sindslidelse som misbrug. Typiske henvendelser kommer fra behandlingsinstitutioner, egen læge, sagsbehandlere, varmestuer eller herberger. Det

opsøgende team i denne ordning kan sammenlignes med principperne bag et opsøgende psykoseteam.

Der kan læses mere om Vista Balboa i følgende publikation

<http://www.odense.dk/Topmenu/Borger/Voksne/Handicap%20og%20Psykiatridelingen/Socialpsykiatri/Andre%20tilbud/~media/AEHF/Handicap%20og%20Psykiatridelingen/Pdffiler/VistaBalboaBeskrivelseOgAnalyse200556sider.ashx>

SKP-arbejdet har været godt funderet i Odense i mange år, og her er der blevet udført opsøgende arbejde i forbindelse med identificeringen af brugere. Støtte- og kontaktpersonordningen finder sine brugere gennem opsøgende arbejde på gaden, eller ved at mennesker i den sindslidendes omgangskreds bliver opmærksomme på, at der er et udækket behov for hjælp. Det kan f.eks. være en pårørende, en nabo, en vicevært eller en hjemmehjælper.

11.2.5.2 Kontaktskabende arbejde

Det kontaktskabende arbejde er som sådan ikke beskrevet i kommunens servicebeskrivelser. Der er dog en generel udmelding om, at de forskellige tilbud har til formål at *give støtte til at fastholde netværk og at undgå isolation, skabe kontakt ud fra den sindslidendes egne ønsker* samt at *udføre en opsøgende indsats med henblik på at skabe og fastholde kontakt*. Det vil sige, at det kontaktskabende arbejde er tænkt ind i tilbuddene til mennesker med sindslidelser, men en konkret metodebeskrivelse er ikke fundet.

11.2.5.3 Tværsektorielt samarbejde

Arbejdsdeling

Formålet med den psykiatriske sundhedsaftale er at sikre rammerne for samarbejdet mellem behandlingspsykiatrien i Region Syddanmark og Odense Kommune.

Ansaret for at behandle mennesker med en sindslidelse lægges med kommunalreformen i regionerne sammen med ansvaret for den øvrige del af sundhedsvæsenet. Samtidig overtager kommunerne med kommunalreformen ansvaret for den sociale indsats.

Region Syddanmark og Odense Kommune har et fælles ansvar for den patientrettede forebyggelse/rehabilitering. Region Syddanmark har ansvaret for forebyggelse i forbindelse med behandling, og Odense Kommune har ansvaret for at forebygge, at en eksisterende sygdom udvikler sig og at sikre, at borgeren bevarer sin funktionsevne bedst muligt. Der forudsættes derfor et stabilt og forpligtende samarbejde mellem Region Syddanmark, Odense Kommune og praksissektoren.

Den regionale psykiatriske indsats omfatter:

Undersøgelse, diagnostik og behandling på psykiatrisk afdeling (sengeafsnit, ambulant behandling i distriktpsykiatri, udgående teams, akutfunktioner herunder for eksempel psykiatrisk skadestue), patientrettet forebyggelse, psyko-edukation af patienter og pårørende, rehabilitering af traumatiserede flygtninge, sygehusets faglige samarbejde med praktiserende læger, samt indsatsen, som ydes i praksissektoren.

Den kommunale indsats omfatter:

Sociale støtteordninger, botilbud, patient- og borgerrettet forebyggelse, beskæftigelse, uddannelse, fritidsaktiviteter mv. Den kommunale indsats omfatter endvidere behandling i forhold til misbrug.

Aftaler om anden arbejdsdeling mellem Region Syddanmark og Odense Kommune kan aftales lokalt. Rameaftalens indhold og regulering i forhold til de socialpsykiatriske tilbud vil have indflydelse på den konkrete arbejdsdeling.

11.2.5.4 Koordinering

For at sikre sammenhæng i forløbet for borgeren har Region Syddanmark og Odense Kommune pligt til at udpege kontaktpersoner i de tilfælde, hvor der er behov for en koordinerende indsats. Kontaktpersonen skal sørge for at relevant information bliver videreformidlet og relevante parter inddraget.

Er der mange instanser/myndigheder, der samarbejder med den sindslidende, kan der udpeges en central koordinator. I hvert konkret tilfælde aftales det mellem de involverede parter, hvem der har den koordinerende rolle for den videre indsats. Målet med at udpege en central koordinator er at skabe kontinuitet og sammenhæng i forløbet. Koordinationen sker i samarbejde med borgeren.

Observerer personale med kontakt til mennesket med en sindslidelse ændringer i dennes tilstand, der kræver handling fra andre instanser/myndigheder, har den pågældende i samarbejde med borgeren ansvar for at kontakte disse. Der tilstræbes et godt og gnidningsløst samarbejde mellem Odense Kommune, Region Syddanmark, borgeren og den praktiserende læge for at sikre en optimal indsats.

Der kan lokalt være behov for at etablere mødefora til koordinering af indsatsen for specielle målgrupper, herunder mennesker med en sindslidelse, der er dømt til behandling. Der indgås aftaler om dette lokalt.

Der er derudover samarbejdsaftaler i henhold til særlige grupper, herunder mennesker, der lider af skizofreni (allianceprogrammet), personer med demens, tværsektoriel samarbejdsmodel for børn og unge og en samarbejdsaftale med det distriktspsykiatriske center.

11.2.5.5 Indlæggelse og udskrivning

Ved indlæggelse

- Psykiatrisk afdeling
Ved indlæggelse skal sygehuspersonalet vurdere, om der er myndigheder, der kan have behov for information om, at borgeren er blevet indlagt. Er dette tilfældet, underrettes disse efter gældende lovgivning om udveksling af persondata. Der kan f.eks. være tale om kommune eller egen læge.
- Kommune og praktiserende læge
Ved planlagte indlæggelser skal kommune og praktiserende læge bidrage med relevante oplysninger om patientens situation under hensyntagen til gældende lovgivning om dataudveksling. Ved akutte indlæggelser indhentes relevante oplysninger fra kommune og praktiserende læge i samarbejde med patienten.

Ved udskrivning

- Psykiatrisk afdeling
Ved planlagte udskrivninger skal sygehuspersonalet vurdere, om der er myndigheder, der kan have behov for information om, at borgeren bliver udskrevet. Er dette tilfældet, underrettes disse efter gældende lovgivning om udveksling af persondata. Der kan f.eks. være tale om kommune eller egen læge. Ved ikke-planlagte udskrivninger orienteres relevante parter hurtigst muligt efter udskrivningen.

Der er derudover særlige samarbejdsaftaler for mennesker, der lider af skizofreni.

11.2.5.6 Tværsektoriel vurdering

Aftalen om den tværsektorielle vurdering skal sikre, at der i forbindelse med udskrivning foretages en tværfaglig og tværsektoriel vurdering af patientens samlede behov sammen med patienten og relevante aktører, herunder koordinering af udskrivningstidspunkt og udskrivningsbetingede ydelser.

Såfremt psykiatrisk afdeling formoder, at der er behov for at iværksætte en kommunal indsats for borgeren efter udskrivning, skal afdelingen i samarbejde med borgeren tidligst muligt i forløbet inddrage kommunen med henblik på at få lavet en tværsektoriel vurdering af borgerens situation.

Den kommunale indsats kan f.eks. bestå af sociale støttetilbud, beskæftigelse, hjælp i hjemmet i øvrigt eller andre tiltag. I samarbejdet indgår udarbejdelsen af en udskrivningsaftale efter psykiatriloven og en handleplan for den videre indsats efter forskrifterne i serviceloven. Det vurderes i det enkelte tilfælde, om der er behov for at udpege en fælles koordinator. I tilfælde, hvor der indgår øvrige aktører i forløbet, f.eks. praktiserende læge m.v., skal disse ligeledes inddrages i arbejdet med at planlægge det videre forløb for borgeren.

I forbindelse med den tværsektorielle vurdering skal det endvidere overvejes, om der skal udarbejdes en koordinationsplan i henhold til psykiatriloven, hvis borgeren ikke ønsker at medvirke til en udskrivningsaftale. Psykiatrisk afdeling har under behandlingen ansvaret for at tage initiativ til at etablere det tværsektorielle samarbejde ved at kontakte relevante parter. Under hele forløbet er det væsentligt at inddrage og informere borgeren og, med borgerens samtykke, de pårørende om, hvilke tiltag der iværksættes.

Psykiatrisk afdeling skal varsle kommunen så tidligt som muligt før planlagt udskrivning, såfremt der skal iværksættes en kommunal indsats efter udskrivningen. Varslingsfristen fastsættes i aftale om varsling af færdigbehandling.

For at hindre uhensigtsmæssige genindlæggelser skal parterne være opmærksomme på forløb, hvor der tegner sig et mønster af gentagne indlæggelser. Ses der et sådant mønster, skal parterne i samarbejde undersøge, hvad der kan gøres i det enkelte tilfælde for at bryde mønstret.

Samtidig skal det undersøges, om man kan generalisere ud fra det konkrete tilfælde og dermed forhindre gentagne indlæggelser i andre tilfælde. På baggrund af de konkrete patientforløb skal der således i fællesskab foregå en mønsteropsamling med henblik på en generel forebyggende indsats.

11.2.5.7 Mødefora

Udgangspunktet for organiseringen af samarbejdet mellem Region Syddanmark og Odense Kommune er de mødefora, der er beskrevet i "Sundhedsaftale om tværgående temaer".

Som supplement til de dér beskrevne mødefora, kan der afholdes kommunemøder på centerniveau, hvor enkeltkommuner eller grupper af kommuner mødes med regionen til drøftelse af specifikke problemstillinger eller med henblik på indgåelse af lokale samarbejds- eller udviklingsaftaler. Møderne kan ligeledes afholdes med henblik på drøftelse af enkeltsager af mere principiel karakter. Mødedeltagerne vil være bestemt af den aktuelle årsag til mødet.

Der kan ligeledes opbygges samarbejdsfora på målgruppespecifikt niveau mellem den enkelte psykiatriske

afdeling og kommune, f.eks. på børne- og ungeområdet. På sagsbehandlerniveau vil der ligeledes blive afholdt møder efter behov. Deltagerne i mødet er kommunale og regionale sagsbehandlere. Brugere og pårørende inddrages, hvor der er behov herfor (og altid ved udskrivningsmøder).

Formålet med møderne er at koordinere indsatsen for borgeren og sikre sammenhæng i behandlingsforløbet. Møderne afholdes efter behov, og altid når en ny borger udskrives til socialpsykiatrisk støtte i kommunalt regi. Møderne kan evt. afholdes telefonisk.

Odense Kommune og Region Syddanmark har aftalt at opfølgningen på sundhedsaftalen skal foregå på følgende møder:

Møde på centerniveau

Mødet afholdes én gang årligt. For regionen deltager psykiatrichefen for Center Øst og relevante psykiatriske afdelingsledelser. For kommunerne i optageområdet deltager ledelsesrepræsentanter med snitflader til psykiatrien. Psykiatricenter Øst indkalder til mødet; dagsordenen udarbejdes i et samarbejde mellem Psykiatricenter Øst og repræsentanter for kommunerne i optageområdet.

Formålet med mødet er at drøfte emner af relevans for alle kommunerne i optageområdet samt lave en generel opfølgning på sundhedsaftalen og samarbejdet mellem centret og kommunerne. Mødet kan kombineres med et fagligt arrangement om et aktuelt emne.

Eksempel på dagsorden:

- Overvågning og tilpasning af såvel kvantitativ som kvalitativ kapacitet.
- Udveksling af information om ændringer i kapacitet, evt. som følge af rammeaftalen.
- Udveksling af informationer om aktivitetsmønstret på henholdsvis psykiatrisk afdeling og i kommunalt regi, f.eks. ændringer i patientstrømme og sammensætning mv.
- Drøftelse af fremtidig indsats evt. i form af etablering af arbejdsgrupper til kortlægning af specielle forhold for enkeltgrupper.
- Opfølgning på, om der er uhensigtsmæssige forløb, der resulterer i gentagne indlæggelser.
- Udpegning af næste års arrangører

Møde på kommuneniveau

Mødet afholdes fire gange årligt. For regionen deltager psykiatrichefen for Center Øst og relevante psykiatriske afdelingsledelser. For Odense Kommune deltager ledelsesrepræsentanter med snitflader til psykiatrien. Herunder repræsentanter for sagsområder såsom børn og unge, arbejdsmarked, mv., der kan have relevans for samarbejdet mellem region og kommune på psykiatriområdet. Endvidere skal der inviteres repræsentant(er) for de praktiserende læger og speciallæger med til møderne samt eventuelle praksiskonsulenter. Psykiatricenter Øst indkalder til mødet; dagsordenen laves i et samarbejde mellem Psykiatricenter Øst og Odense Kommune.

Formålet med møderne er at lave en specifik opfølgning på sundhedsaftalen og samarbejdet mellem kommunen og psykiatricentret.

Eksempel på dagsorden der skal være dækket på årsbasis:

- Opfølgning på sundhedsaftalen.
- Drøftelse af status og eventuelle problemstillinger i det generelle samarbejde.
- Drøftelse af snitflader i forhold til misbrugsbehandlingen.
- Drøftelse af snitflader mellem behandlings- og socialpsykiatri.
- Opfølgning på genindlæggelser.
- Økonomiske konsekvenser af aftalen og ændringer i tilbud.

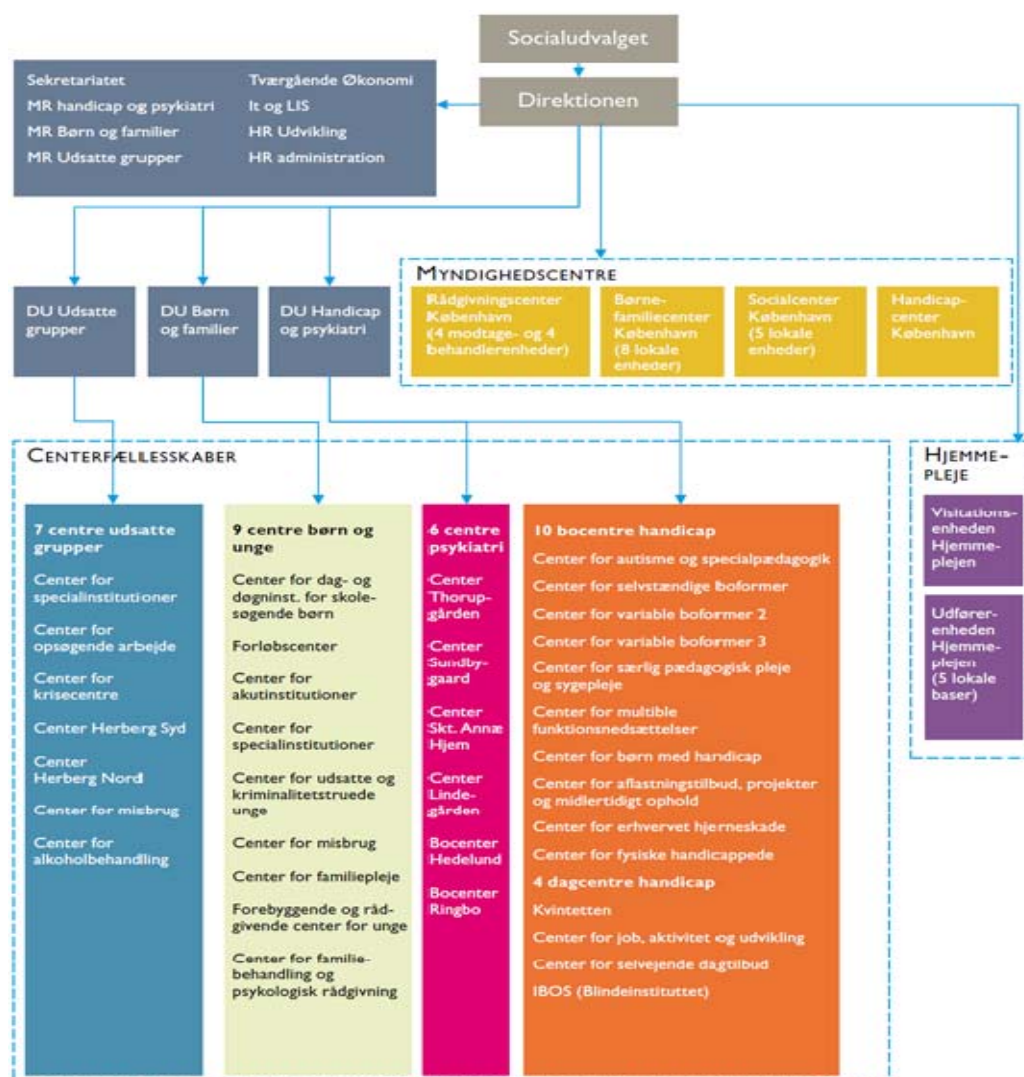
- Vidensdeling og herunder sikring af faglig og praktisk vidensudveksling og gensidig feedback.
- Indgåelse af fælles udviklingsprojekter.
- Følge op på lokale tværsektorielle projekter og samarbejder.
- Nedsætte ad hoc-grupper til udførelse af lokale fælles planlægningsopgaver.
- Aftale om klageadgang.
- Overvågning og tilpasning af såvel kvantitativ som kvalitativ kapacitet.
- Behandle og følge op på resultater af kvalitetsmonitorering af samarbejdet.
- Udveksling af nærmere informationer om aktivitetsmønstret på henholdsvis psykiatrisk afdeling og i kommunalt regi, f.eks. ændringer i patientstrømme og sammensætning mv.
- Følge op på den lokale udrulning af elektronisk kommunikation.
- Behandle fortolkningsspørgsmål.
- Fastlæggelse af næste møde.

11.3 Københavns Kommune

11.3.1 Generelt

Københavns Kommune er med sine godt 500.000 indbyggere Danmarks største kommune og er geografisk placeret i den centrale del af Storkøbenhavn. Københavns Kommune har en relativ højere andel af sindslidende sammenlignet med andre kommuner. Københavns Kommune råder over i alt 1.250 pladser i form af bocentre, bofællesskaber og solistboliger samt kommunale eller selvejende dagtilbud (væresteder) fordelt ud over København. Endvidere tilbyder kommunen hjælp i eget hjem og yder opsøgende arbejde i forhold til sindslidende, der skønnes at have behov for hjælp, men som ikke selv opsøger kommunens tilbud.

I Københavns Kommune er tilbuddene til sindslidende borgere organiseret under socialforvaltningen. Der er desuden otte socialcentre (Amager, Bispebjerg, Brønshøj-Husum-Vanløse, City, Nørrebro, Østerbro, Valby, Vesterbro-Kgs. Enghave), hvor der på hver er henholdsvis et serviceteam, et voksenteam, et børneteam samt et teknisk-administrativt team. Organisationsdiagrammet for Københavns Kommunes Socialforvaltning pr. 2010 kan ses nedenfor.



Sindslidende hører ind under voksenteamet. Voksenteamet yder støtte til voksne med særlige behov.

Indsatsen er som udgangspunkt tværfaglig - både med hensyn til personale og ydelser. Ud over borgere, der er sindslidende, har teamet kontakt med mennesker, der er personligt og socialt skrøbelige, og personer, der har været udenfor arbejdsmarkedet i lang tid, og som derfor har brug for en særlig indsats for at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Teamet tilbyder en sammenhængende og helhedsorienteret indsats, der tilsigter, at borgerens vej bliver så enkel og smidig som muligt og sker i samarbejde på tværs af sektorerne. Teamet udfører endvidere opsøgende arbejde i lokalområdet.

11.3.2 Visioner og mål for sindslidelsesområdet

Ifølge høringsforslaget om *Københavns plan for psykiatri i perioden 2009 – 2012*, skal København være en rummelig by, der tager vare på dem, som ikke magter det selv. En by, hvor borgeren med psykosociale problemer bliver mødt med omsorg, men samtidigt bliver opfordret og hjulpet til at udnytte sine ressourcer med henblik på at realisere et liv, som borgeren først og fremmest selv finder godt, men som også er værdigt i andres øjne.

Borgere i målgruppen for Københavns Kommunes socialpsykiatri har en række fællestræk. De har psykiske problemer, de trives dårligt, de har dårlig fysisk sundhed og eventuelt misbrug, de har dårlige relationer, ringe tilknytning til arbejdsmarkedet og er i højere grad kriminelle end andre borgere.

Set fra en politisk synsvinkel er målgruppens karakteristika problematiske, fordi de forringer den enkelte borgers livskvalitet. Desuden hindrer de den enkelte i at tage vare på sig selv og bidrage til samfundet eller som minimum at leve et værdigt liv.

Det er derfor et politisk mål, at kommunens indsats bidrager til, at borgere med psykosociale problemer oplever:

- Et mere værdigt liv
- Øget selvoplevet livskvalitet
- At kunne tage vare på eget liv i størst muligt omfang
- Et mere aktivt medborgerskab

For at opnå disse langsigtede, politiske mål skal den socialpsykiatriske indsats søge at afhjælpe målgruppens problemer. De konkrete mål er derfor, at borgere med psykosociale problemer skal:

- Have en bedre fysisk sundhed
- Have stærkere relationer
- Have en bedre psykosocial situation
- Begå mindre kriminalitet
- Have en bedre tilknytning til arbejdsmarkedet

Sammendrag af høringsplan for Københavns Kommunes socialpsykiatri i perioden 2009 – 2012 kan lokaliseres på følgende link:

<http://www.kk.dk/Borger/DetSocialeOmraade/~media/0D491DDB313F4FE8A6D49F6D4D3BE9FA.ashx>

11.3.3 Servicebeskrivelse

Kommunen tilbyder en række botilbud til sindslidende. Det kan være bofællesskab, beskyttet bofællesskab, bocenter, solistbolig, midlertidig bolig eller støtte i egen bolig. Indstillingen sker via distriktpsikiatrisk center, hospital, sagsbehandler, egen praktiserende læge eller værested.

FAKTA: LOV OM SOCIAL SERVICE

Kommunalbestyrelsen skal tilbyde en særlig indsats til voksne med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer. Af § 81 fremgår det, at formålet med indsatsen er:

- At forebygge, at problemerne for den enkelte forværres
- At forbedre den enkeltes sociale og personlige funktion samt udviklingsmuligheder
- At forbedre mulighederne for den enkeltes livsudfoldelse gennem kontakt, tilbud om samvær, aktivitet, behandling, omsorg og pleje
- At yde en helhedsorienteret indsats med servicetilbud tilpasset efter den enkeltes særlige behov i egen bolig, herunder botilbud efter lov om almene boliger m.v. eller i botilbud efter denne lov.

Konkret skal kommunalbestyrelsen tilbyde målgruppen følgende:

- Rådgivning, inklusiv opsøgende arbejde (§ 12)
- Personlig hjælp og pleje samt hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet (§ 83)
- Hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder (§ 85)
- Støtte- og kontaktperson til personer med sindslidelser, til personer med alkoholmisbrug og til personer med særlige sociale problemer, som ikke har eller ikke kan opholde sig i egen bolig (§ 99)
- Beskyttet beskæftigelse og eventuelt særligt tilrettelagte beskæftigelsesforløb (§ 103)
- Aktivitets- og samværstilbud til opretholdelse eller forbedring af personlige færdigheder eller livsvilkårene (§ 104)
- Midlertidige ophold i boformer ved behov for omfattende hjælp til almindelige daglige funktioner eller behov for pleje og behandling (§ 107)
- Ophold i boformer der er egnet til længerevarende ophold ved behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller pleje (§ 108).

11.3.4 Metoder

11.3.4.1 Opsøgende arbejde

Kommunebaggrundsbeskrivelsen fra 2008 (bilag 10) præsenterede et tilbud til særligt udsatte borgere med komplekse sociale problemstillinger, kaldet 'Gadeplansindsatsen'. Tilbuddet er udvidet og indeholder nu også en indsats over for isolerede borgere.

Nogle borgere er så dårlige, at de ikke selv magter at henvende sig for at få hjælp, og derfor må Socialforvaltningen fungere som den opsøgende part.

Socialforvaltningen har en række sociale gadeplansmedarbejdere, der skaber kontakt til borgere, der lever på gaden. Derudover råder forvaltningen over støtte- og kontaktpersoner, som etablerer kontakt til borgere i egen bolig, som har behov for social hjælp.

I forbindelse med denne indsats er samarbejdet med andre instanser særdeles vigtig. Der samarbejdes med behandlingspsykiatrien, hvor kommunen og psykiatrisk center i fællesskab vurderer, om en borger har behov for en social indsats.

Derudover samarbejdes der med viceværter, der kan have kendskab til relevante borgere, samt med politi, socialforvaltning og behandlingspsykiatrien, hvor der kan være behov for en fælles indsats.

Gadeplansindsatsen er et tilbud til særligt udsatte borgere, med komplekse sociale problemstillinger og en ofte destruktiv livsførelse. Det er mennesker, der overvejende lever på gaden og lever en isoleret

tilværelse. Der er tale om en målgruppe, der ikke udviser de sociale og kommunikative evner, der forudsættes af det offentlige hjælpesystem for at modtage hjælp. Gadeplansarbejderen skal i sit arbejde være opsøgende over for målgruppen, skabe kontakt til og motivation hos målgruppen, afdække, vejlede og bygge bro til sociale tilbud, samt være vedholdende. Gadeplansindsatsen er tænkt som et tilbud til hjemløse og henvender sig måske derfor ikke direkte til Isbryderprojektets målgruppe, men ikke desto mindre kunne erfaringer fra projektet muligvis bruges.

Konkrete metoder i det opsøgende arbejde udspecificeres ikke yderligere i det fundne materiale, men er i forbindelse med interviews med deltagere fra arbejdsgruppen i Københavns Kommune blevet uddybet.

11.3.4.2 Kontaktskabende

Arbejdet med kontaktskabelse til den sindslidende borger sker, som nævnt ovenfor, blandt andet i forbindelse med støtte- og kontaktpersonordningen, men er ikke heller ikke yderligere specificeret i forbindelse med det fundne materiale.

11.3.4.3 Tværsektorielt samarbejde

I hovedstaden lever en stor andel af landets sindslidende. Det giver en række væsentlige udfordringer, som der skal tages højde for i aftalen mellem Region Hovedstaden og Københavns Kommune. Blandt andet stiller det særlige krav til arbejdsdelingen, samarbejde og koordinering både mellem sektorerne og i forhold til det enkelte menneske med en sindslidelse. Derudover er netværk af stor vigtighed. Det kan dreje sig om formaliserede møder i relation til særlige målgrupper og enkeltsager, udveksling af og opbygning af viden på de to sektorers område.

Arbejdsdeling

Indsatsen i forhold til mennesker med sindslidelser bygger på, at parterne har tillid til hinandens evne og vilje til at løse opgaverne i et åbent og tæt samarbejde. Inden for psykiatriområdet er der følgende arbejdsdeling mellem Københavns Kommune og Region Hovedstaden⁴⁹:

Den regionale psykiatriindsats omfatter:

Undersøgelse, diagnostik og behandling på psykiatrisk afdeling/center ambulant eller på sengeafsnit og i akutfunktioner. Ambulant behandling kan foregå på ambulatorier, i distriktpspsykiatri og i udgående teams. Indsatsen omfatter desuden patientrettet forebyggelse, undervisning af patienter og pårørende, rehabilitering af traumatiserede flygtninge, hospitalets faglige samarbejde med praktiserende læger og speciallæger i psykiatri, samt indsatsen, som ydes i praksissektoren.

Den kommunale indsats omfatter:

Social omsorg og støtteordninger, rådgivning, økonomisk sikring af forsørgelsesgrundlag, ophold i midlertidige eller længerevarende botilbud, patient- og borgerrettet forebyggelse, beskæftigelse, uddannelse, fritidsaktiviteter mv. Den kommunale indsats omfatter endvidere behandling i forhold til misbrugs-problematikker.

⁴⁹ Arbejdsfordelingen er beskrevet i Sundhedsaftalen fra 2007. Der er ved udarbejdelsen af denne rapport i 2010 ikke adgang til Sundhedsaftalerne gældende fra 2011 – 2014.

Aftaler om anden arbejdsdeling mellem Region Hovedstaden og Københavns Kommune kan aftales lokalt.

11.3.4.4 Koordination

Som nævnt tidligere lever der i Hovedstaden en stor gruppe mennesker med sindslidelser. Det betyder blandt andet, at der er mange aktører i begge sektorer til at tage vare på den del mennesker, som har sindslidelser. Eksempelvis er der 13 distriktpsychiatriske centre (inklusive Frederiksberg), otte psykiatriske afdelinger (inkl. Sct. Hans Hospital), en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, otte socialcentre og flere store bosteder/centre. Alle disse har ansvar og forpligtelser i forhold til mennesker med sindslidelser, der hører under Københavns Kommune.

Ikke mindst er der i Københavns Kommune et meget tæt samspil mellem distriktpsychiatrien og socialpsychiatrien, fordi en betydelig del af den behandlingsmæssige indsats i dag sker ambulant. Koordination er derfor af afgørende betydning for at sikre en helhedsorienteret indsats over for det enkelte menneske med en sindslidelse.

Der nedsættes en arbejdsgruppe med repræsentanter fra kommunen og regionen, der skal beskrive fælles generelle retningslinjer for samarbejdet mellem region og kommune. Beskrivelsen skal minimum omhandle:

- Samarbejdsrelationerne i regionen, hvor kommunen vil få en eller flere samarbejdspartnere indenfor praksissektoren og psykiatriveirksomheden.
- Metoder til den tidligst mulige inddragelse af relevante samarbejdsparter under indlæggelses- og udskrivningsforløbet, herunder ved benyttelse af kontaktpersoner, koordinatorordninger og udskrivningskonferencer.
- Hvordan og hvornår, der kan ske inddragelse af den psykiske syge selv og pårørende.

Kontaktperson

For at sikre sammenhæng i forløbet for borgeren udpeges en kontaktperson i begge sektorer i de tilfælde, hvor der er behov for en koordinerende indsats. Kontaktpersonerne skal sørge for, at indsatsen over for den enkelte er tilstrækkeligt koordineret, og at der for alle parter, herunder borgeren selv og dennes pårørende, er klarhed over, hvem der har ansvaret for at varetage koordineringen. Af den lokale aftale skal det fremgå, hvordan man vil sikre ovenstående.

Koordination af planer

I sager, hvor der foreligger flere planer (behandlingsplaner, udskrivningsaftaler, koordinationsplaner og sociale handleplaner), skal kontaktpersonerne arbejde for, at disse er koordineret.

Mødefora

Der kan lokalt være behov for at etablere mødefora til koordinering af indsatsen for specielle målgrupper, f.eks. for mennesker med en sindslidelse, der er idømt en retslig foranstaltning.

11.3.4.5 Indlæggelse og udskrivning

Ved indlæggelse

- Psykiatrisk afdeling
-

Ved indlæggelse på psykiatrisk afdeling skal hospitalspersonalet vurdere, om der er myndigheder, der kan have behov for information om, at patienten er blevet indlagt. Er dette tilfældet, underrettes disse, f.eks. kommune eller egen læge. Det gælder blandt andet, når der er børn i familien, og der vurderes at være behov for sociale tiltag i forhold til disse. En hurtig underretning af de kommunale myndigheder i disse sager skal sikre en effektiv kommunal opfølgning på indlæggelsen og i forbindelse med udskrivningen.

- Kommune og praktiserende læge

Ved planlagte indlæggelser skal kommune og praktiserende læge i samarbejde med patienten bidrage med relevante oplysninger om patientens situation. Ved akutte indlæggelser indhentes relevante oplysninger fra kommune og praktiserende læge i samarbejde med patienten. Modtager patienten et kommunalt tilbud ved indlæggelsen, skal kommunen orientere psykiatrisk center/afdeling og patienten, hvis der ændres ved dette tilbud under indlæggelsen eller i forbindelse med udskrivningen.

Ved udskrivning

- Psykiatrisk afdeling

Ved planlagte udskrivinger og afslutninger af ambulant behandling, skal personalet vurdere, om der er myndigheder, der kan have behov for information om, at patienten bliver udskrevet fra døgnbehandling/har afsluttet sin ambulante behandling. Er dette tilfældet, underrettes de relevante parter. Ved akutte udskrivinger orienteres relevante parter hurtigst muligt efter udskrivningen.

11.3.4.6 Tværsektoriel vurdering

Aftalen om den tværsektorielle vurdering skal sikre, at der i forbindelse med udskrivning foretages en tværfaglig og tværsektoriel vurdering af patientens samlede behov sammen med patienten og relevante aktører, herunder koordinering af udskrivningstidspunkt og udskrivningsbetingede ydelser.

Såfremt psykiatrisk afdeling formoder, at der er behov for at iværksætte en kommunal indsats for patienten efter udskrivning, skal afdelingen i samarbejde med patienten tidligst muligt i forløbet inddrage kommunen med henblik på at få lavet en tværsektoriel vurdering af patientens situation.

Kommunen har ansvaret for, at der efter behov iværksættes tiltag, som f.eks. sociale bo- og støttetilbud, beskæftigelse, hjælp i hjemmet eller andet. I samarbejdet indgår eventuelt udarbejdelsen af en udskrivningsaftale/koordinationsplan efter psykiatriloven og en social handleplan for den videre indsats efter serviceloven. Disse koordineres så vidt muligt af de relevante kontaktpersoner. I tilfælde, hvor der indgår øvrige aktører i forløbet, f.eks. distrikts-psykiatrien, praktiserende læge m.v., skal disse ligeledes inddrages i arbejdet med at planlægge det videre forløb for patienten.

Psykiatrisk afdeling har under behandlingen ansvaret for at tage initiativ til at etablere det tværsektorielle samarbejde ved at kontakte relevante parter.

Der nedsættes en arbejdsgruppe med repræsentanter fra region og kommuner, der skal komme med forslag til en procedure for varsling af kommunen før planlagt udskrivning, såfremt der skal iværksættes en kommunal indsats efter udskrivningen.

For at hindre uhensigtsmæssige genindlæggelser skal parterne være opmærksomme på forløb, hvor der tegner sig et mønster af uhensigtsmæssige gentagne indlæggelser. Der nedsættes en arbejdsgruppe, der

skal komme med forslag til, hvordan ovennævnte forløb kan takles i de respektive sektorer for så vidt angår mennesker med sindslidelser

11.3.4.7 Mødefora

Nedenstående mødefora er beskrevet i Sundhedsaftalen fra 2007. Der er ved udarbejdelsen af denne rapport i 2010 ikke adgang til Sundhedsaftalerne gældende fra 2011 – 2014.

Fælles halvårslige direktionsmøder

Københavns Kommunes direktion og Psykiatrivirksomhedens direktion vil hvert halve år holde fælles direktionsmøder om den overordnede udvikling, kapacitet og samarbejde. Der vil på disse møder blive fulgt op på, om der er behov for tilpasninger eller udviklingsprojekter. Forud for mødet indhenter parterne erfaringer fra praktikere i de to sektorer.

Audits

Region Hovedstaden og Københavns Kommune arrangerer i aftaleperioden (2007 – 2010) audits, hvor individuelle patientforløb – både gode og dårlige – drøftes mellem kommune og hospital.

Endelig vil der løbende ske opfølgning på målsætningerne i sundhedsaftalen i henholdsvis det fælles og lokale samordningsudvalg for psykiatrien.

11.4 Litteratur

Udover kommunernes hjemmesider er følgende vigtige dokumenter brugt, i forbindelse med denne baggrundsbeskrivelse (ikke alle links virker korrekt mere):

Esbjerg

Sundhedsaftale Esbjerg Kommune

<http://www.esbjergkommune.dk/Borger/Sundhed%20-%20Sygdom/Sundhed%20i%20Esbjerg%20Kommune/Sundhedsaftaler.aspx>

Budgetaftale for Esbjerg Kommune 2008-2011

<http://esbjergkommune.dk/Om%20Kommunen/Budget/Esbjerg%20Kommunes%20budget%202008-11.aspx>

Organisationsdiagram for Esbjerg Kommune

<http://www.esbjergkommune.dk/Om%20Kommunen/Organisationsplan%20i%20Esbjerg%20Kommune.aspx>

Organisationsdiagram over Social & Arbejdsmarked

<http://www.esbjergkommune.dk/Om%20Kommunen/Organisationsplan%20i%20Esbjerg%20Kommune/Organisationsdiagram%20over%20Social%20-%20Arbejdsmarked.aspx>

Om bostøtten og SKP i Esbjerg Kommune

<http://www.bostoetten.esbjergkommune.dk/Bostøtte/Tilbud%20og%20ydelser.aspx>

Larsen, S. (2002). *Socialpsykiatrien i Københavns Amt – Teorier og metoder*. København, Københavns Amt, Psykiatri- og Socialforvaltningen.

Ramian, K. (2008) Relationsarbejde i psyko-social rehabilitering.

<http://knudramian.pbwiki.com/RelationsArbejde>

Odense

Sundhedsaftale Odense Kommune

<http://www.odense.dk/upload/sundhedsportal/odense%20-20sundhedsaftale%20070307.pdf>

Budgetaftale Odense Kommune 2008

http://www.odense.dk/upload/%C3%B8konomi/vedtaget2008/budget2008_samlet.pdf

Servicedeclarationer for de forskellige tilbud i Odense Kommune

<http://www.odense.dk/Topmenu/Voksne/Handicap%20og%20Psykiatridelingen/Om%20Handicap%20og%20Psykiatridelingen/Servicedeclarationer.aspx>

Om Vista Balboa

[http://www.odense.dk/upload/Handicap%20og%20Psykiatridelingen/Pdffiler/vistabalboa,beskrivelseoganalyse,2005\(56sider\).pdf](http://www.odense.dk/upload/Handicap%20og%20Psykiatridelingen/Pdffiler/vistabalboa,beskrivelseoganalyse,2005(56sider).pdf)

Organisationsdiagram for Ældre og handicapforvaltningen

<http://www.odense.dk/upload/forvaltninger/ae hf%20jan.pdf>

Organisationsdiagram for Handicap- og psykiatridelingen

<http://www.odense.dk/upload/ae hf/hogp/organisationsdiagram%20for%20central%20stab%20i%20h&p%20pr.%201.%20januar%202008.pdf>

København

Sundhedsaftale Københavns Kommune

http://www.sst.dk/Applikationer/Sundhedsaftaler/hele_aftaler/Hovedstaden/1084-101-2007-2010.pdf

Høringsforslag for Københavns Kommunes socialpsykiatri 2009-2012

<http://www3.kk.dk/upload/service%20til%20dig/plan%20for%20socialpsykiatri%20-%20høringsudgave.pdf>

Sammendrag af høringsforslag for Københavns Kommunes socialpsykiatri 2009 – 2012

<http://www3.kk.dk/upload/service%20til%20dig/plan%20for%20socialpsykiatri%20pixi.pdf>

Om gadeplansindsatsen

<http://www3.kk.dk/Service/Sociale%20tilbud/Hjemloese/Gadeplansindsatsen.aspx>

Teamstrukturen på socialcentre

<http://www3.kk.dk/Service/Sociale%20tilbud/Raadgivning/socialcentre/Teamstrukturen%20på%20socialcentrene.aspx>

Organisationsdiagram for Københavns Kommune

http://www3.kk.dk/upload/fakta%20om%20kommunen/struktur2006_stor.jpg

12 Eksempel på kommunikationsstrategi

Tidsplan	Målgruppe	Budskab/ Vinkel	Ønsket effekt	Medie	Ansvar	Status	Evaluering
Sep 08	Formidlings- enheden på sygehuset	Viden om SKP og om, hvornår man skal kontakte os og hvordan	Formidlings- enheden skal kende til SKP, så de kontakter SKP, når det er relevant	Direkte kontakt	Mette	Der er taget kontakt til lederen. Ved personalet lavede vi en aftale om kontakt ved udskrivelse af målgruppen	3 i målgruppen er blevet identificeret og kontaktet.
Sep 08	Omstillingen i Odense Kommune (Borgerservice)	Viden om SKP og om, hvornår man skal viderestille til os	Omstillingen skal kende til SKP, så de kontakter SKP når det er relevant.	Direkte kontakt	Anders	Der er taget kontakt til lederen. Afventer en dato, hvor vi skal deltage i personalemøde.	Kontakten er sporadisk.
april 09	Post Danmark	Viden om SKP og muligheden for at henvende sig.	Post Danmarks postbud skal kunne rette bekymring om borgere.	Brev med brochure udsendes. Muligheden for direkte kontakt undersøges	Connie	Brev er udsendt.	Ingen respons endnu.
okt. 09	Naboer og pårørende	Man kan henvende sig, hvis man er bekymret el. ikke ved, hvad man skal stille op.	Henvendelser fra naboer og pårørende.	Opslag, brochurer. Radiospots og TV spots.	Anders	Der er lavet opslag og brochurer. Brugere er blevet interviewet i morgenradio.	Der er kommet mange opringninger, dog mange irrelevant. Tager meget tid fra andet arbejde.