



**KØBENHAVNS KOMMUNE**  
Socialforvaltningen

**Til Socialudvalget**

**NOTAT**

08-05-2008

Sagsnr.  
2007-54374

Dokumentnr.  
2008-243031

Sagsbehandler  
Lotte Larsen

**Plan for Københavns Kommunes socialpsykiatri  
i perioden 2009 - 2012**

**Høringsudgave af 28. maj 2008**

**Mål- og rammekontoret  
for voksne**

Bernstorffsgade 17, 4.  
Sal  
1592 København V

Telefon  
3317 3679

Telefax  
3317 3260

E-mail  
WJ72@sof.kk.dk

EAN nummer  
5798009682833

[www.kk.dk](http://www.kk.dk)

## Indholdsfortegnelse

<b>1. Indledning</b> .....	<b>3</b>
<b>1.1. Vision og politiske mål</b> .....	<b>3</b>
<b>1.2. Målgruppen</b> .....	<b>3</b>
Opsummering om målgruppen - problemformulering.....	7
<b>1.3. Mål</b> .....	<b>7</b>
Forandringsteori.....	7
<b>1.4. Den overordnede vej til målene</b> .....	<b>11</b>
Første princip: Brugerinddragelse.....	11
Andet princip: Recovery .....	12
Tredje princip: Effektstyring og effektiv ressourceudnyttelse.....	14
<b>1.5. Tværgående initiativ der skal understøtte implementering af principperne</b> .....	<b>15</b>
Initiativ 1.5.A: Kvalitetsudvikling og kvalitetssikring .....	15
Initiativ 1.5.B: IT-system til effektstyring .....	15
<b>2. Konkretisering af målsætningen om fysisk sundhed</b> .....	<b>16</b>
<b>2.1. Indsatsområde: Misbrugsbehandling</b> .....	<b>16</b>
Initiativ 2.1.A: Udvikling af botilbud vedrørende misbrugsproblemer– specialisering .....	18
Initiativ 2.1.B: Kompetenceudvikling.....	19
<b>2.2. Indsatsområde: kost og motion</b> .....	<b>19</b>
Initiativ 2.2.A: Kost- og motionspolitik.....	20
<b>3. Konkretisering af effektmålet om styrkede relationer</b> .....	<b>21</b>
<b>Indsatsområde: Netværk</b> .....	<b>21</b>
Initiativ 3A: Støtte, -aktivitets- og samtalegrupper til pårørende .....	22
<b>4. Konkretisering af effektmålet om bedring af den psykosociale situation</b> .....	<b>22</b>
<b>4.1. Indsatsområde: Måltrening af den sociale indsats</b> .....	<b>23</b>
Initiativ 4.1.A: Specialiseringsstrategi .....	26
Initiativ 4.1.B: Case-manager .....	27
<b>4.2. Indsatsområde: Fra institution til egen bolig</b> .....	<b>27</b>
Initiativ 4.2.A: Plan for fysisk specialisering.....	29
<b>4.3. Indsatsområde: Samarbejde med behandlingspsykiatrien</b> .....	<b>29</b>
Initiativ 4.3.A: Fælles kompetenceudvikling.....	32
Initiativ 4.3.B: Nye botilbud til færdigbehandlede .....	32
<b>5. Konkretisering af effektmål om mindre kriminalitet</b> .....	<b>32</b>
<b>5.1. Indsatsområde: Samarbejde med kriminalforsorgen, politi og psykiatri</b> .....	<b>32</b>
Initiativ 5.1.A: Farlighedsvurderinger .....	34
Initiativ 5.1.B: Evt. forsøg med særlige boenheder i samarbejde med behandlingspsykiatrien .....	35
<b>6. Konkretisering af effektmålet om bedring tilknytning til arbejdsmarkedet</b> .....	<b>35</b>
<b>6.1. Indsatsområde: Forebyggelse</b> .....	<b>35</b>
Initiativ 6.1.A: Forsøgsprojekt med forebyggende indsats .....	37
<b>6.2. Indsatsområde: Flere beskæftigelsesrettede tilbud</b> .....	<b>38</b>
Initiativ 6.2.A: Værktøj til afdækning af behov og udbytte af aktivitets- og beskæftigelsestilbud .....	40
Initiativ 6.2.B: Flere tilbud om beskyttet beskæftigelse og job med løntilskud. ....	40
Initiativ 6.2.C: Værested for unge.....	40
<b>7. Afslutning: Indsatsområde – Analyse af lovgivning og organisatoriske barrierer</b> .....	<b>40</b>
Initiativ 7.A: Analyse og dialog om lovgivningsmæssige barrierer .....	42
<b>Bilag: Faktaark</b> .....	<b>43</b>

## 1. Indledning

### 1.1. Vision og politiske mål

København skal 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 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.

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

- Mere værdigt liv
- Øget selvoplevet livskvalitet
- Tage vare på eget liv i størst muligt omfang
- Mere aktivt medborgerskab

Disse overordnede pejlemærker er i overensstemmelse med de retningslinjer, der er udstukket i Socialudvalgets mission (se faktaboks).

#### Faktaboks: Socialudvalgets mission

*Socialudvalgets mission* er at bidrage til at borgere i kontakt med Socialforvaltningen får mulighed for at udvikle og udnytte ressourcer til at realisere et godt liv og bidrage til samfundet.

*Socialudvalgets målsætninger* er i forlængelse heraf:

1. Borgernes behov skal være udgangspunktet for opbygningen af Socialforvaltningen. Socialforvaltningen skal både kunne yde almene serviceydelser, og give den mere omfattende hjælp, som de mest udsatte grupper i byen har behov for på en måde, der er let tilgængelig for alle.
2. Alle mennesker har ressourcer. Socialforvaltningen skal respektere borgernes forskelligheder og arbejde for at det enkelte menneske kan udvikle sig og udnytte egne ressourcer, således at det i videst muligt omfang bliver i stand til selvforsørgelse og til at leve i egen bolig.
3. Socialforvaltningen skal møde det enkelte menneske med respekt. Forvaltningen skal give en god kundebehandling gennem dialog og inddragelse af den enkelte og ved overholdelse af tidsfrister og udarbejdelse af handleplaner m.v.
4. Socialforvaltningen skal bidrage til at brugernes, politikernes og omverdenens forventninger til forvaltningen er i overensstemmelse med det, som forvaltningen leverer og som lovgivningen lægger op til. Socialforvaltningen er forpligtet af lovgivningen på det sociale område og lægger vægt på borgernes retssikkerhed.
5. Københavns Kommune skal være førende i udviklingen af det sociale arbejde. Socialforvaltningen skal på den baggrund tilstræbe at der akkumuleres viden om virkningen af den udførte indsats, samt at indsatsen så vidt muligt bliver evidensbaseret.
6. Socialforvaltningen skal sikre en effektiv ressourcudnyttelse.

### 1.2. Målgruppen

Dansk Psykiatrisk Selskab skønner, at mere end 20 pct. af befolkningen vil udvikle en psykisk lidelse af en eller anden slags<sup>1</sup>. Det svarer til ca. 85.000 voksne københavnere, hvis det forudsættes at mennesker med psykiske lidelser er fordelt jævnt over hele landet (i realiteten peger mange undersøgelser dog på, at koncentrationen er større i hovedstadsområdet). De hyppigste forekommende diagnoser er angstlidelser og depressive lidelser, som forekommer hos op mod 15

<sup>1</sup> Psykiatriens kerneopgaver og udfordringer, Dansk Psykiatrisk Selskab, 2004

pct. af befolkningen. De tungeste lidelser som skizofreni samt bipolare lidelser som mani og depression forekommer kun hos et par procent. Det er dog særligt disse tunge lidelser, hvor man ser en overrepræsentation i hovedstaden.

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

Det er sidstnævnte gruppe, som er i fokus for den kommunale socialpsykiatriske indsats. Det estimeres, at det drejer sig om 7.000 – 10.000 borgere i Københavns Kommune.

Det grundlæggende karakteristika ved målgruppen i socialpsykiatrien er, at de har nedsat psykisk funktionsevne ofte i kombination med særlige sociale problemer. En borger, der har en psykisk lidelse, er som udgangspunkt ikke i Socialforvaltningens målgruppe, med mindre borgeren samtidigt har nedsat funktionsevne eller sociale problemer.

Nedsat psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer er en meget overordnet beskrivelse af målgruppen. Hver enkelt borger har selvfølgelig sine helt specifikke behov, som skal danne udgangspunkt for indsatsen overfor netop denne borger.

En etnografisk undersøgelse<sup>2</sup> beskriver fire forskellige livssituationer, en borger med nedsat psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer kan befinde sig i. Faserne strækker sig fra en første erfaring og erkendelse af problemerne over behandling og vejledning til egenkontrol (se faktaboks for nærmere beskrivelse).

---

<sup>2</sup> Skjulte livsverdener, AKF 2003.

### **Faktaboks: Faser i et livsforløb med psykosociale problemer**

*Den første fase* er karakteriseret ved at problemet er erfaret af borgeren selv eller eventuelt af borgerens pårørende, men borgeren kan ikke eller ønsker måske ikke at kontrollere eller forhold sig til sine problemer. Borgerens behov vil i denne fase primært være forskellige former for oplysning, som kan give en forståelse for problemerne og dermed være med til at forhindre, at problemerne vokser sig store.

*I anden fase* har borgeren erkendt problemet, men bidrager ikke aktivt til en løsning af problemet. Borgeren vil have behov for behandling og forskellige former for pædagogiske tiltag med henblik på at få borgeren til selv at bidrage i problemløsningen. Fasen vil ofte være præget af desorientering og fortvivlelse, og det kan være hensigtsmæssigt, at der er mulighed for kontakt til en professionel, der kan vejlede den enkelte før, under og efter den første akutte behandling.

*Tredje fase* er karakteriseret ved, at borgeren forsøger selv at få kontrol med problemet. Der vil i denne fase være behov for støtte og vejledning til at danne et nyt fremtidsperspektiv og bygge en ny identitet op, herunder helt eller delvist nye sociale netværk.

*Fjerde fase* er karakteriseret ved, at borgeren har fået en høj grad af egenkontrol med problemerne og kan se det som en afgrænset del af sin personlighed. I denne fase aftager behovet for professionel styring og vejledning. Der vil i højere grad være behov for forskellige former for meningsfulde aktiviteter, som åbner sig ud mod normalsamfundet, og som borgeren selv kan opsøge.

De fire faser viser helt overordnet, at der er behov for en helhedsorienteret indsats, der kontinuerligt kan dække borgerens skiftende behov.

I rapporten understreges, at det ikke nødvendigvis er alle, der passerer gennem de fire faser på samme måde. Tværtimod kan forskellige borgere tilbringe større eller mindre dele af deres liv i de forskellige faser og kan vende tilbage til nogle af de tidligere faser. Nogle ender måske deres liv i én af faserne.

Pointen med at identificere de fire faser er at vise og holde fast i mulighederne for personlig udvikling på alle niveauer.

Socialpsykiatriens opgave er at hjælpe de borgere, som ikke selv formår at bevæge sig gennem faserne. Det betyder også, at Socialforvaltningens tilbud skal kunne rumme dem, som har en meget langsom udvikling, eller som tilsyneladende helt "sidder fast" i en af faserne. Uanset hvilket udviklingstempo eller -potentiale den enkelte borger måtte have, skal indsatsen ske med fokus på omsorg og værdighed og en tro på muligheden for forandring.

Faserne siger i udgangspunktet ikke noget om problemets omfang. Det er forskelligt hvor intensiv en indsats, den enkelte har behov for. Uanset hvilken fase borgere med psykiske lidelser befinder sig i, har nogle behov for en bredspektret professionel indsats døgnet rundt, mens andre kun har behov for et råd og vejledning. Der er derfor også behov for tilbud af varierende intensitet i alle faser, hvilket er i overensstemmelse med de indsatser, kommunen ifølge sociallovgivningen er forpligtet til at tilbyde (se faktaboks).

## 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)

Faserne siger heller ikke noget om problemernes substans. Borgerne kan have meget forskellige problemer, og den enkelte kan have mange forskellige problemer i kombination.

En helt ny undersøgelse om socialt udsattes sundhedstilstand<sup>3</sup> peger på nogle af de problemstillinger, borgere med sindslidende har i forhold til den øvrige danske befolkning:

- Deres generelle trivsel er overordnet set dårlig.  
I undersøgelsen har man set på opfyldelsen af vigtige behov i tilværelsen som eksempelvis nok mad, bad og søvn, tandsundhed og andelen der har forsøgt selvmord, har været udsat for vold og/eller seksuelle overgreb
- De har en markant dårligere sundhed.  
Det gælder både den personlige vurdering af helbred, sundhedsadfærd, der giver risiko for udvikling af sygdom (en meget stor andel er storrygere, har et stort alkoholforbrug, har brugt hash inden for den sidste måned, har fixet i løbet af det sidste år, dyrker ikke motion og/eller har usunde kostvaner), sygelighed samt brug af medicin og sundhedsydelser.
- De har markant dårligere relationer.  
Eksempelvis er der en markant større andel blandt de udsatte, som ofte føler sig uønsket alene, og som aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte. Der er dog en højere andel af de udsatte end blandt den øvrige danske befolkning, som dagligt ser venner og bekendte.
- De har dårlig tilknytning til arbejdsmarkedet.  
Andelen der modtager overførselsindkomster i form af kontanthjælp og førtidspension er høj, og kun en lille andel har lønnet fuldtidsarbejde.

<sup>3</sup> SUSY UDSAT Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2007, Statens Institut for Folkesundhed og Rådet for Socialt, 2008.

Samlet set konkluderer undersøgelsen, at socialt udsatte grupper – herunder sindslidende – har en klart dårligere sundheds- og sygelighedstilstand sammenlignet med den øvrige danske befolkning.

Herudover har borgere med sindslidelser større risiko for kriminalitet<sup>4</sup>. Antallet af behandlingsdømte er i perioden 1995-2004 steget fra 849 til 1.427 svarende til en stigning på 68 pct. Borgere med sindslidelse er klart overrepræsenteret indenfor visse typer af kriminalitet. Ses der på den alvorlige, personfarlige kriminalitet, står borgere med sindslidelse for 6 pct. af denne kriminalitet, mens de kun udgør 0,4 pct. af samtlige lovovertrædere.

### *Opsummering om målgruppen - problemformulering*

Borgere i målgruppen for Københavns Kommunes socialpsykiatri er som gruppe kendetegnet ved en række karakteristika: 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 disse karakteristika først og fremmest problematiske fordi de – i det omfang og den kombination de forekommer hos den enkelte - forringer den enkelte borgers livskvalitet. Desuden er de problematiske, fordi de hindrer den enkelte i at tage vare på sig selv og bidrage til samfundet eller som minimum at leve et værdigt liv.

### **1.3. Mål**

Målene for Københavns Kommunes samlede socialpsykiatriske indsats formuleres naturligt med udgangspunkt i de konkrete problemstillinger, målgruppen har, og som er beskrevet ovenfor. Effekten af indsatsen skal så og sige være en løsning på problemerne.

I målformuleringen er det dog væsentligt at have in mente, at hele den socialpsykiatriske indsats bygger på et grundlæggende dilemma. På den ene side er borgeren et selvbestemmende individ, og det er væsentligt at anerkende borgerens egen viden om og oplevelse af, hvad der er bedst. På den anden side er præmissen for den sociale indsats netop, at borgeren ikke kan klare sig uden denne hjælp, og den kommunale myndighed træder derfor længere ind i den sindslidendes liv sammenlignet med kommunens relation til andre borgere. Som følge af dette dilemma skal den sociale indsats hele tiden balancere mellem dimensionerne omsorg og selvstændighed.

Det betyder, at det ikke er muligt at formulere mål for den enkelte borger uden at inddrage borgeren selv. De konkrete mål for den enkelt borger skal selvfølgelig afspejle netop denne borgers behov og ønsker. Når der i det følgende opstilles mål for effekten af den kommunale indsats, relaterer de sig således til den samlede gruppe af borgere - men der er plads til, at det ikke er alle borgere, som på individuelt niveau kan eller skal kunne opfylde målene.

### *Forandringsteori*

Effektmålene og den årsags- virkningssammenhæng, der forventes at være til den indsats, der ydes, er indledningsvist skitseret i nedenstående figur i en såkaldt forandringsteori.

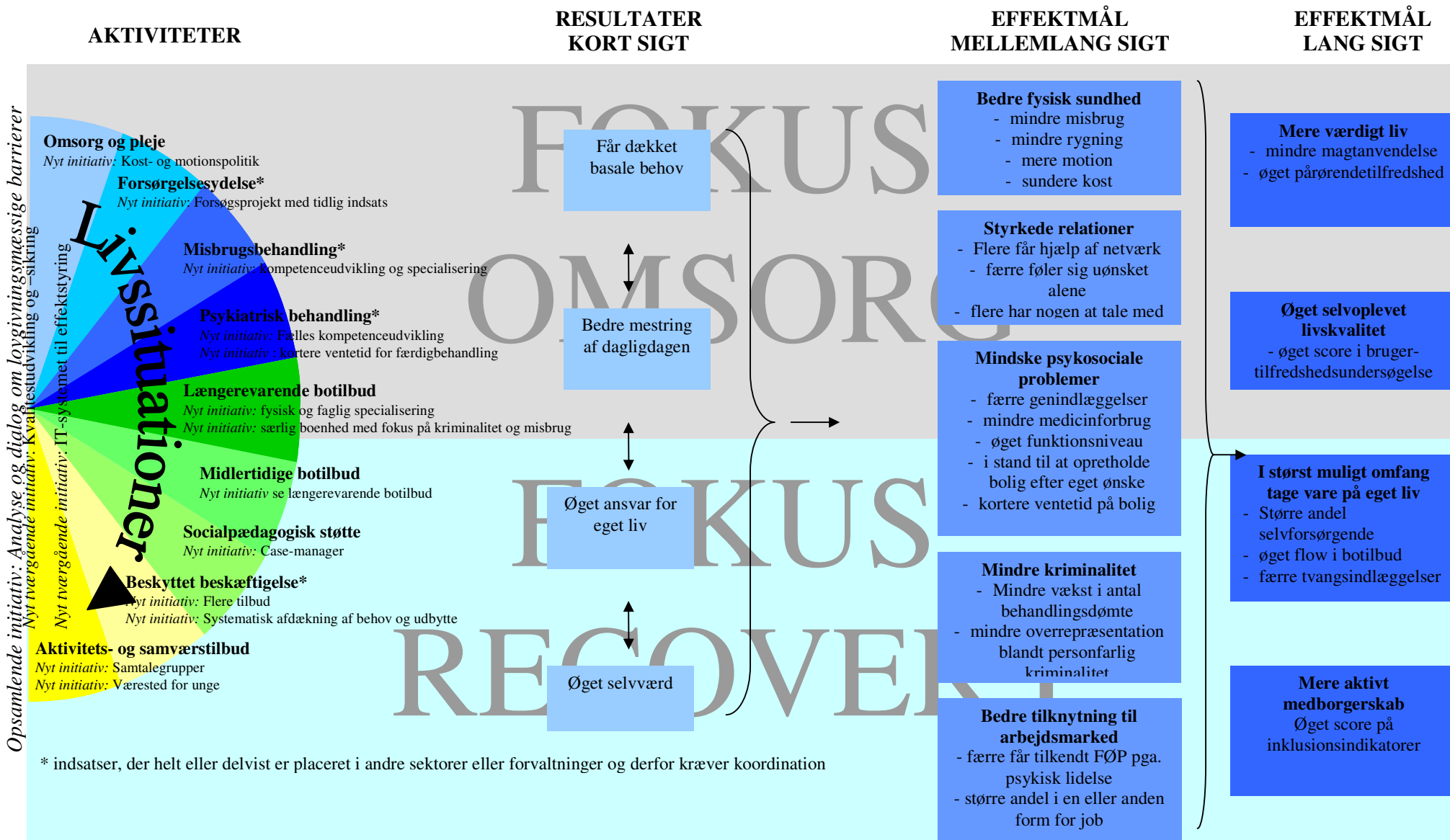
---

<sup>4</sup> Psykisk Sygdom og kriminalitet, Socialministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Justitsministeriet, 2006

**Figur 1: Forandringsteori for sammenhængen mellem mål og indsats i Københavns Kommunes socialpsykiatri**

**Problemformulering**

Borgere i målgruppen for Københavns Kommunes socialpsykiatri er som gruppe kendetegnet ved en række karakteristika: 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. Disse karakteristika er først og fremmest problematiske fordi de – i det omfang og den kombination de forekommer hos den enkelte - forringer den enkelte borgers livskvalitet. Desuden er de problematiske, fordi de hindrer den enkelte i at tage vare på sig selv og bidrage til samfundet eller som minimum at leve et værdigt liv.





### ***Effektmål på lang sigt***

Med afsæt i de politiske problemstillinger skal borgerne på lang sigt opnå fire virkninger. Virkningerne er formuleret i relative termer ("øget livskvalitet", frem for "livskvalitet" eller "en score på X i en kvalitetsmåling") for at understrege, at der er tale om en vedvarende indsats.

- Borgere med psykosociale problemer skal have et mere værdigt liv
- Borgere med psykosociale problemer skal have en øget livskvalitet
- Borgere med psykosociale problemer skal i størst muligt omfang tage vare på eget liv
- Borgere med psykosociale problemer skal have et mere aktivt medborgerskab

Effektmålene er suppleret med en række indikatorer, der konkretiserer, hvad der forstås ved målene, og som efterfølgende kan bruges som målepunkter for, om den ønskede effekt er opnået. Indikatorerne skal på nuværende tidspunkt ses som et indledende bud på, hvad der kunne være relevant at måle på. I takt med at planens initiativer videreudvikles i delstrategier, vil indikatorerne blive endeligt fastlagt.

Mere værdigt liv kan måles med indikatorerne:

- Mindre magtanvendelse
- Øget pårørendetilfredshed

Øget selvoplevet livskvalitet kan måles med indikatoren:

- Øget brugertilfredshed

I størst muligt omfang tage vare på eget liv kan måles med indikatorerne:

- Større andel af de borgere, der er tilknyttet socialpsykiatrien bliver helt eller delvist selvforsørgende.
- Øget flow i boccetrene
- Flere har behov for og modtager mindre indgribende tilbud
- Færre tvangsindlæggelser

Mere aktivt medborgerskab kan måles indikatoren:

- Inklusion – er indikator der er udviklet til kommunens integrationsbarometer og som belyser forhold omkring tillid, fællesskab og indflydelse.

### ***Effektmål på mellemlang sigt***

Vejen til de langsigtede virkninger går gennem en række virkninger på mellemlang sigt, som tager afsæt i de konkrete problemstillinger målgruppen har. Den grundlæggende forståelse er således, at hvis man løser disse problemer, vil det lede til de langsigtede effekter. Ligesom for de langsigtede effektmål er der formuleret en række indikatorer for hvert af de mellemlangsigtede effektmål:

- Borgere med psykosociale problemer skal have en bedre fysisk sundhed
- Borgere med psykosociale problemer skal have stærkere relationer
- Borgere med psykosociale problemer skal have en bedre psykosocial situation
- Borgere med psykosociale problemer skal begå mindre kriminalitet

- Borgere med psykosociale problemer skal have en bedre tilknytning til arbejdsmarkedet

Effektmålene på mellemlang sigt og de tilhørende indikatorerne er opsummeret i figuren, og beskrives nærmere i de efterfølgende kapitler.

### ***Resultater på kort sigt***

Virkningerne på mellemlang sigt er et udfald af nogle resultater på kortere sigt. Her handler det om at få skabt en god udviklingspiral for den enkelte borger.

- Borgeren skal lære at håndtere sin sindslidelse bedre. Det kan blandt andet ske gennem psykoedukation, hvor brugeren får viden om sin sindslidelse. En sådan viden vil medvirke til at borgeren bliver bevidst om, hvilke signaler han/hun skal være opmærksom på, og i hvilke situationer han/hun måske er mest sårbar.
- Med en sådan viden vil borgerne være i stand til at udnytte sine ressourcer bedre og vil dermed blive i stand til at mestre sin hverdag bedre. En faglig indgangsvinkel hertil kan være kognitive metoder til at styre og ændre borgerens tankemønstre.
- En bedring i mestring vil øge borgerens selvværd og medvirke til at borgeren får positive forventninger til egne evner og styrker tilliden til omverdenen og systemet.
- Det grundlag vil medvirke til at borgeren får en større erkendelse af sin egen livssituation og behov og derfor i højere grad kan tage ansvar for sit eget liv og forhold sig aktivt til egen tilværelse.

Det øgede ansvar for eget liv vil gøre borgeren endnu bedre til at håndtere sin psykiske sygdom – og cirklen kan dermed fortsætte, og der kan arbejdes med forskellige aspekter af de virkninger, der ønskes opnået på mellemlang og lang sigt.

En helt grundlæggende forudsætning for at borgeren kan begynde en positiv udviklingspiral er dog at borgeren får dækket sine helt basale behov som mad, søvn, behandling mv. Det er således der hele indsatsen skal starte.

Socialforvaltningen har en vifte af tilbud der på forskellig vis bidrager til at skabe de ønskede resultater og virkninger med afsæt i den enkelte borgers udgangspunkt.

Både tilbud og mål kan opdeles i et to grundlæggende grupperinger, henholdsvis et ”omsorgs-spor” og et ”recovery-spor” afhængigt af om der er mest fokus på det ene eller det andet. I forhold til den enkelte borger vil indsatsen dog være en kombination af elementer fra begge spor.

## FAKTABOKS: Hvad er forandringsteori

Forandringsteori er en teori om, hvordan den tilstræbte forandring (målene) for en målgruppe skal nås. En forandringsteori er et redskab til at beskrive de forventede sammenhænge mellem aktiviteter og de kortsigtede resultater og langsigtede virkninger, som borgeren opnår som konsekvens af aktiviteterne. En forandringsteori giver dermed også grundlag for at dokumentere effekten af aktiviteterne.

Forandringsteori betyder, at man opstiller en teori for eller en metode til, hvordan man opnår den ønskede forandring. Det vil sige, hvis en bestemt forandring eller effekt af en indsats ønskes, opstilles der en teori med antagelser om, hvordan denne forandring kan nås. Forandringsteorien er altså en måde at opstille antagelser om en årsag-virkning-kæde for, hvordan et langsigtet mål nås, hvilke resultater der på lidt kortere sigt er nødvendige for at nå målet samt, hvilke indsatser der skal til for at opnå resultaterne, og hvilke ressourcer disse aktiviteter kræver. En forandringsteori er dermed en tydeliggørelse af den logiske sammenhæng mellem en organisations aktuelle handlinger og de strategiske målsætninger, der skal opnås.

### *1.4. Den overordnede vej til målene*

For at realisere målene formuleres en række indsatsområder, som konkretiseres i en række initiativer, der skal iværksættes. På tværs af de enkelte indsatsområder og initiativer er der tre principper som vil være bærende for den samlede indsats: brugerinddragelse, recovery og effektstyring. Principperne er i overensstemmelse med Socialforvaltningens mission og målsætninger (se faktaboks ovenfor).

#### *Første princip: Brugerinddragelse*

Socialforvaltningen skal kunne tiltrække sin målgruppe, da den sociale indsats ikke indebærer tvang (fraset de tilfælde, hvor indsatsen er en del af en dom). Derfor er det relevant at kende borgernes behov, forventninger og krav, når indsatsen planlægges. Der er god mulighed for at finde nye veje i planlægningen af indsatsen med afsæt i borgernes egne ønsker.

Denne balance er både en værdipræmis for arbejdet, men er også fastsat i lovgivningen (retssikkerhedsloven, forvaltningsloven og serviceloven), hvor der stilles krav om, at borgeren inddrages i egen sag og får indflydelse på de tilbud de gør brug af.

Der er i øjeblikket ved at blive udarbejdet en revideret politik for bruger- og pårørendeinddragelse, som vil blive selvstændigt politisk behandlet. Som sikkerhed for at politikkerne afspejler tidens aktuelle behov og tendenser, er politikkerne blevet udarbejdet af en projektgruppe med bred repræsentation fra Dialogforum på psykiatrimrådet, bocenterledelse, voksenteamchefer, brugere af samværs- og aktivitetstilbud, beboere i kommunes botilbud og deres pårørende og centralforvaltningen.

Projektgruppen har undersøgt brugernes og de pårørendes erfaringer med – og ønsker til bruger- og pårørendepolitikkerne. Brugerne og de pårørende efterspørger bl.a.:

- information om rettigheder og pligter
- klare rammer for samarbejdet med medarbejdere i Københavns Kommune
- overblik over de muligheder, der eksisterer for den enkelte
- fokus på recovery som fagligt perspektiv i indsatsen

- præcisering af de dilemmaer, der eksisterer på psykisk sygeområdet.

Projektgruppen anbefaler, at bruger- og pårørendepolitikkerne gøres konkrete samtidigt med, at de skal være retningsgivende i forhold til den samlede indsats på området for borgere med en sindslidelse i Københavns Kommune.

Socialforvaltningen foreslår, at man inddeler de konkrete politikker efter, hvordan brugere og pårørende har mulighed for indflydelse på fire forskellige niveauer:

1. *Det socialpsykiatriske perspektiv* – omhandler de overordnede rammer for indsatsen i Københavns Kommune. Lovgivning og overordnede værdier er rammesættende for indsatsen.
2. *Indsatsen i Københavns Kommune* – omhandler den overordnede planlægning på området.
3. *De enkelte tilbud* – omhandler formelle fora, som giver mulighed for at søge indflydelse i forhold til de specifikke tilbuds indhold og tilrettelæggelse.
4. *Den individuelle indsats* – omhandler det direkte møde mellem brugere/pårørende og medarbejdere i Københavns Kommune.

Bruger- og pårørendepolitikkerne på området for borgere med sindslidelser er formuleret som rettigheder for brugere og pårørende, og skal være medvirkende til at skabe de fornødne rammer for øget indflydelse og inddragelse. Men politikkerne rækker videre. Der stilles krav til alle kommunens tilbud på alle niveauer. Nogle af kravene er, at alle tilbud skal etablere brugerråd, ligesom alle tilbud klart skal definere og nedskrive rammerne for indflydelse. Socialforvaltningen skal sikre, at der sker en systematisk udvikling - og brug af metoder, der sikrer de grundlæggende rettigheder for den enkelte. Socialforvaltningen vil følge op på, at man lever op til kravene. Derfor er politikkerne også et vigtigt element i den kommende samlede plan for den sociale indsats for borgere med en sindslidelse i København.

I forhold til rammeplanen sker brugerinddragelsen blandt andet ved at planen sendes i høring hos brugerne, og de vil i vid udstrækning blive involveret i den efterfølgende udmøntning af planen.

#### *Andet princip: Recovery*

Recovery er et udtryk for det *at komme sig* efter psykisk sygdom, og bygger på nyere behandlingsmetoder og viden om, at det er muligt at komme sig helt eller delvist, selvom man har fået en alvorlig psykisk sygdom.

Recovery er en tidskrævende, personlig og individuel proces, som det enkelte menneske følger hen imod det mål at mestre og leve sit liv ud fra egne ønsker og på egne præmisser. Respekt for den enkelte borgers selvbestemmelse er således en helt grundlæggende præmis for at arbejde med recovery. Man kan således ikke arbejde med recovery uden at have brugerinddragelse. Man kan sige, at brugerpolitikken udstikker rammerne for indsatsen. Recoverytilgangen peger i den retning, indsatsen bør tage: mod en bedring. Recovery er således mere end en brugerpolitik.

At have recovery som bærende princip indebærer et fælles ansvar hos borger og Socialforvaltningen. Personalet skal vedvarende arbejde på at finde borgerens potentiale for recovery – uanset hvor stort eller lille det måtte være. Omvendt indebærer det også en

forventning om, at borgeren – ud fra sine forudsætninger - selv tager ansvar i sin recoveryproces. Ingen at parterne kan så og sige bare ”lade stå til” og opgive.

Det er ikke alle, som oplever, at det at blive symptomfri alene er bestemmende for at komme sig efter en psykisk lidelse. For nogen kan det at få et liv, hvor man oplever at have de muligheder, man ønsker, opleves som recovery, mens andre kun oplever det som recovery, hvis de er kommet sig helt og ikke mere har behov for særlig hjælp efter en sindslidelse. Recovery er altså ikke et fast defineret mål, men mere en tilgang. Det handler om at give håb og om at skabe de bedste forudsætninger for at borgeren kan komme videre med sin psykiske sygdom, og komme videre som menneske og ligeværdig borger.

En recoveryproces er som oftest ikke et lineært udviklingsforløb. Borgeren kommer sig i perioder og falder tilbage i andre, reorganiserer sig og rejser sig igen. Der skal være plads til fleksibilitet, plads til forsøg og til afprøvning af muligheder.

Det betyder dog ikke, at man ikke kan arbejde systematisk med recovery. Skønt recovery er den enkeltes egen individuelle proces og forløb, er det af stor betydning, at rammerne om den enkeltes liv på forskellige vis støtter dennes forløb mod recovery.

I det vedtagne orienteringsgrundlag om recovery (FAU 107/2005), bruges to begreber til at skelne mellem den individuelle indsats og den socialpsykiatriske indsats:

- Recovery – som den personlige, individuelle proces hen imod mål for bedring. Målene opstiller borgeren selv.
- Psykosocial rehabilitering - den støtte som ydes i de sociale tilbud og de mål for borgerens bedring, som de sociale tilbud opstiller. Her er det væsentligt at være opmærksom på, hvordan de sociale tilbud understøtter borgerens proces hen imod borgerens mål og om borgeren får reelle valgmuligheder.

Samspillet mellem det individuelle element og den faglig indsats skabes via relationer. Medarbejderne skal have (eller udvikle) kompetencer i at stille de rigtige spørgsmål og støtte borgeren i at få sat ord på drømme, ønsker og mål, så bruger og medarbejder sammen kan finde vejen for den enkelte – frem for at medarbejderen tager udgangspunkt i egne tolkninger og egne værdier.

En systematik til at afdække et bredt spektrum af borgerens mål er at anvende følgende overordnede nøglebegreber for social rehabilitering<sup>5</sup>:

- *Fravær af sociale problemer* – at fungere i sin omverden, stabilitet og sammenhæng i hverdagen, værdige og rimelige levevilkår, øget selvforsørgelse.
- *Styrkede relationer* – opøvelse af sociale kompetencer i forhold til familie, venner, parforhold, øvrige netværk.
- *Social inklusion* – træning af faglige kompetencer til brug i arbejde, uddannelse, meningsfulde aktiviteter, botræning i forhold til egen bolig, deltagelse i samfundets tilbud/ krav.
- *Fysisk sundhed* – optræning af fysisk trivsel med udgangspunkt i fysisk aktivitet/motion, kost, reduktion/ophør af misbrug.

---

<sup>5</sup> Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University. Redigeret af Larry Davidson, Courtenay Harding og LeRoy Spaniol

- *Psykisk sundhed* – mestring, nedbringelse eller ophør af symptomer, opøvelse af personlige kompetencer.

### *Tredje princip: Effektstyring og effektiv ressourceudnyttelse*

Formålet med hele den sociale indsats er at hjælpe borgere, der har behov for det. Det er derfor også ganske naturligt at fokusere på, hvad borgeren får ud af indsatsen. I Socialforvaltningen arbejder man med tilgangen ”effektstyring”. Effektstyring handler basalt set om, at der fastsættes nogle politiske mål for, hvad borgerne skal have ud af indsatsen. Man nøjes således ikke med at undersøge, om borgeren har modtaget en bestemt foranstaltning, men går et skridt videre og ser på resultaterne af indsatsen. På baggrund af en efterfølgende evaluering af, om effekterne er opnået, kan politikerne bruge resultaterne til at foretage nye politiske prioriteringer.

#### **Faktaboks: Effektmåling**

Effektmåling består helt grundlæggende af et teoretisk forarbejde og en efterfølgende empirisk del. Således kan de logiske skridt i en effektmåling beskrives som:

1. Formulere (evidensbaseret) hypotese om sammenhængen mellem indsats og effekt (teori)
2. Formulere målepunkter for effekten (teori)
3. Foretage før-måling (empiri)
4. Foretage efter-måling (empiri)

Inden for denne logiske ramme kan effektmålingen foretages med flere forskellige metoder.

Idealmodellen er et randomiseret forsøg, hvor en gruppe af borgere med samme problemer fordeles tilfældigt i to forskellige grupper; henholdsvis en gruppe der modtager en bestemt foranstaltning og en kontrolgruppe, der ikke gør. Efterfølgende undersøger man om gruppen, der har modtaget en foranstaltning, generelt har opnået bedre resultater end den gruppe, der ikke har modtaget foranstaltningen. Denne metode kendes eksempelvis fra medicinalindustrien, når de undersøger effekten af en bestemt type medicin.

I den kommunale sociale indsats vil det ofte ikke være muligt at anvende randomiserede forsøg. Blandt andet kan der være etiske problemer forbundet med at operere med en decideret kontrolgruppe, da det kræver, at man udelukker nogle borgere, som man ved har et behov, fra at modtage en bestemt foranstaltning. Der kan også være rent praktiske problemer som eksempelvis, at der ikke foreligger oplysninger i en form, der kan bruges i en sammenlignelig måling.

I så tilfælde vil det være nødvendigt at anvende andre metoder, der på forskellig vis tilnærmer sig det randomiserede forsøg<sup>1</sup>. Den mest tilgængelige metode er at opstille en række målepunkter for den ønskede effekt og foretage en før- og efter måling hos de borgere, der modtager en bestemt indsats. Denne metode vil ikke kunne anvendes i en videnskabelig sammenhæng, men vil fortsat være en konstruktiv måde at undersøge, om borgerne opnår de resultater, man forventer og ønsker.

Effektstyring skal være et bærende element i den socialpsykiatriske indsats i Københavns Kommune, fordi vi hele tiden vil tilrettelægge indsatsen efter – og blive klogere på – hvad der hjælper borgeren bedst muligt.

Det indebærer i første omgang, at der skal formuleres mål for, hvad borgeren skal få ud af indsatsen. Dernæst skal der formuleres antagelser om sammenhængen mellem de ønskede mål og den indsats man yder. Disse første skridt et taget på overordnet niveau i den såkaldte forandringsteori, der er beskrevet tidligere.

Den overordnede forandringsteori vil blive konkretiseret i det efterfølgende arbejde med rammeplanens enkelte indsatsområder og initiativer, og der vil i den forbindelse også blive foretaget målinger i overensstemmelse med princippet om effektmåling.

Effektmålingerne vil først og fremmest skulle anvendes til at undersøge konkrete, afgrænsede initiativers effekt på borgernes recoveryproces, med henblik på at kunne foretage politiske prioriteringer og også siden hen til at evaluere hele denne rammeplan.

## ***1.5. Tværgående initiativ der skal understøtte implementering af principperne***

### *Initiativ 1.5.A: Kvalitetsudvikling og kvalitetssikring*

Med henblik på blandt andet at understøtte implementeringen af de tre principper om brugerinddragelse, recovery og effektmåling er det væsentligt at arbejde systematisk med kvalitet. Der bør derfor udarbejdes og implementeres en kvalitetsmodel på de sociale tilbud, der beskriver kvalitetsstandarder, indikatorer og vejledninger (finansieret).

De nye retningslinjer skal gøres kendte for samtlige medarbejdere, og der vil være behov for decideret kompetenceudvikling i form af kurser eller lignende. Et sådant implementeringsarbejde vil kræve en solid forankring og en væsentlig indsats på decentralt niveau. Det kan evt. ske via en form for koordinatorfunktion i de enkelte enheder (ufinansieret).

Formålet med at indføre og implementere en kvalitetsmodel i det sociale arbejde er tosidet:

- For det første skal modellen understøtte læring hos medarbejderne i de sociale tilbud. En sådan læring vil foregå i flere trin - ved at skabe en fælles referenceramme for det socialfaglige arbejde, ved at medarbejderne har mulighed for konkret beslutningsstøtte i forbindelse med deres faglige skøn i det daglige arbejde og endelig ved at modellen skal generere ny viden.
- For det andet skal modellen danne grundlag for kvalitetssikring i forhold til borgeren. Kvalitetssikringen sker ved at krav og forventninger til indsatsen tydeliggøres og følges op af en systematisk og synlig dokumentation af indsatsen.

### *Initiativ 1.5.B: IT-system til effektstyring*

Det er desuden ambitionen, at der skal udvikles, afprøves, tilpasses og implementeres et IT-system, der kan understøtte implementeringen af effektbaseret styring på området (ufinansieret).

Der gøres i dag i mindre og varierende omfang brug af forskellige IT-systemer på forvaltningens botilbud. Systemerne er dog langt fra tilstrækkelige, og det vurderes umiddelbart, at der er et potentiale i at digitalisere arbejdsopgaver der i dag udføres manuelt. Et nyt system vil skulle kunne indsamle data på individniveau, der kan dokumentere i hvilket omfang indsatsen fører til konkrete resultater og virkninger for borgerne. IT-systemet skal hænge sammen med eller erstatte det eksisterende dokumentationsarbejde og skal ideelt set være et redskab i medarbejdernes daglige arbejde. En bedre IT-understøttelse vil blandt andet kunne højne kvaliteten og datasikkerheden indenfor områderne magtanvendelser, håndtering af beboernes økonomi samt medicinbehandling.

## 2. Konkretisering af målsætningen om fysisk sundhed

Ligesom for alle andre mennesker er der for socialt udsatte en tæt sammenhæng mellem fysisk sundhed og øget velvære og livskvalitet. Herudover tyder flere og flere undersøgelser på, at sund kost og motion har en positiv indvirkning på den psykiske sundhed. Kommunen skal derfor medvirke til at socialt udsatte har nogle sunde kost- og motionsvaner. Desuden skal kommunen arbejde aktivt med at reducere – eller som minimum begrænse skaderne af – eventuelt misbrug hos borgerne i målgruppen.

Den overordnede målsætning vil blive realiseret gennem indsatsområderne:

- Misbrugsbehandling
- Kost og motion

### 2.1. Indsatsområde: Misbrugsbehandling

#### Situationen

Det blev for nogle år tilbage opgjort, at omkring 30 % af beboerne på de socialpsykiatriske bopcentre/bosteder har et misbrug. Heraf havde ca. 40 % et alkoholmisbrug, mens ca. 30 % misbrugte hash. Ca. 10 % havde et blandingsmisbrug. En lille gruppe misbrugte amfetaminer mv. (ca. 4 %) eller opiater (også ca. 4 %). Meldingen fra bopcentrene er dog, at der er et stigende antal misbrugere blandt de nye beboere, der flytter ind.

På aktivitets- og samværstilbuddene er det ikke kendt, hvor mange af stedernes brugere, der har misbrugsproblemer. Som hovedregel vurderes det, at der ikke er væsentlige problemer forbundet med misbrug på stederne, selvom tendensen inden for de senere år er, at flere med misbrugsproblemer opsøger stederne. Typisk har aktivitets- og samværstilbuddene regler om misbrug i husordenen. Generelt er det ikke tilladt at indtage alkohol på stederne. Salg og indtagelse af stoffer tillades ikke.

Ansvar for at tilbyde *stofmisbrugsbehandling* ligger ifølge Serviceloven hos kommunen. Når der er tale om dobbeltdiagnosticerede, dvs. personer der både er psykisk syge og misbrugende, bør behandlingsansvaret for den psykiske lidelse og misbruget dog samles hos én læge<sup>6</sup>. Hensigten med en integreret behandling af psykisk sygdom og stofmisbrug er dels at sikre en koordineret medicinsk indsats og dels at sikre en fælles forståelse mellem læge og patient om den samlede behandling.

Det betyder, at ansvaret for stofmisbrugsbehandlingen også kan ligge hos behandlingspsykiatrien, dvs. hos regionen. Behandlingspsykiatrien har således ansvaret for misbrugsbehandlingen, i de tilfælde hvor borgerens hovedproblem er af psykiatrisk karakter.

Behandlingspsykiatrien tilbyder misbrugsbehandling på afdeling M på Psykiatrisk Center Sct. Hans, på specialambulatoriet og gennem det opsøgende psykoseteam for dobbeltdiagnosticerede. Derudover varetager distriktspsykiatrien behandlingen af misbrugere, hvis de er i et stabilt misbrug.

---

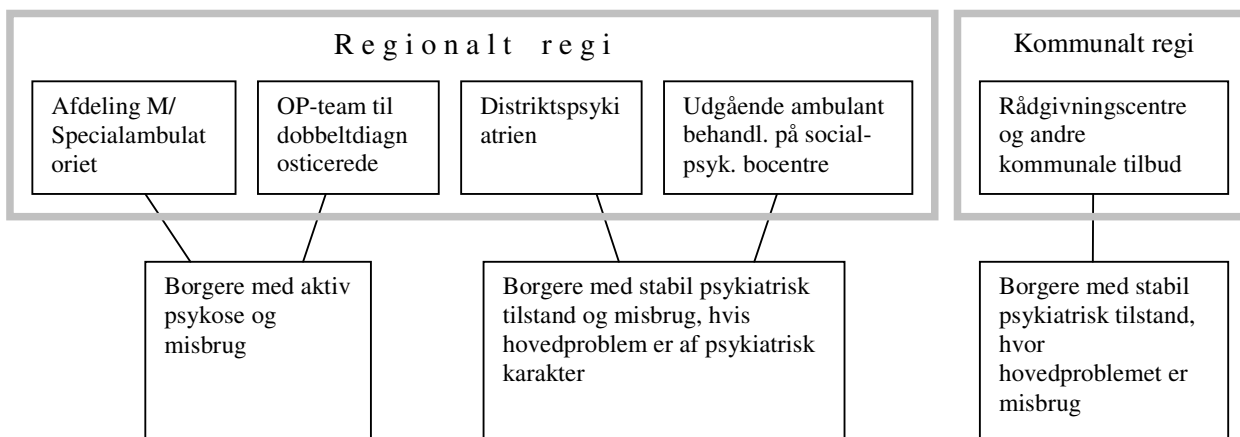
<sup>6</sup> Ifølge en kommende vejledning fra Sundhedsstyrelsen; "Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling"



Københavns Kommune tilbyder behandling for stofmisbrug på kommunens fire rådgivningscentre. Rådgivningscentrene varetager stofmisbrugsbehandlingen for dobbeltdiagnosticerede, hvis borgeren har en stabil psykiatrisk tilstand, og hovedproblemet er misbrug.

Nedenstående figur viser ansvarsfordelingen for stofmisbrugsbehandlingen.

**Figur 2: Ansvarsfordeling for stofmisbrugsbehandling**



For at undgå at borgere falder mellem flere stole i behandlingssystemerne, blev der i 2006 oprettet et fælles visitationsteam for dobbeltdiagnosticerede med deltagelse af Københavns Kommune og H:S/Region Hovedstaden. Visitationsteamet har til opgave at behandle sager, hvor der er uklarhed omkring behandlingsansvaret for de dårligst stillede dobbeltdiagnosticerede. Ordningen vil snart blive evalueret.

Ansvar for *alkoholbehandling* ligger jf. Sundhedsloven ligeledes hos kommunen. Alkoholbehandling varetages for borgere uden tilknytning til det psykiatriske system af alkoholambulatorier, længeambulatorier og af de alment praktiserende læger, ligesom der benyttes afvænningsophold. I forhold til psykisk syge varetages alkoholbehandlingen dog oftest af psykiateren sammen med den psykiatriske behandling.

Hidtil har kommunens boplatser – såvel inden for som uden for kommunen – været omfattet af en aftale med H:S om ambulante psykiatriske behandlinger. Aftalen indebærer, at beboerne med misbrug i vidt omfang også blev behandlet for deres misbrug af den psykiater, der har været tilknyttet boplatset. Nogle beboere valgte dog selv at søge behandling i de kommunale misbrugscentre eller hos egen praktiserende læge.

Der er primo 2008 indgået en ny samarbejdsaftale mellem Københavns Kommune og Region Hovedstaden om indsatsen over for sindslidende<sup>7</sup>. Som konsekvens af aftalen sidestilles beboerne på boplatserne fremover med andre borgere i kommunen, hvad angår psykiatrisk behandling. Det betyder, at placeringen af behandlingsansvaret også for beboere på boplatser

<sup>7</sup> Aftalen er indgået på administrativt niveau og skal godkendes politisk hen over sommeren 2008 som en del af den samlede sundhedsaftale mellem Københavns Kommune og Region Hovedstaden.

afhænger af, om det er misbruget eller den psykiske sygdom, der er hovedproblemet. En del beboere skal således fremover behandles på rådgivningscentrene.

For beboere på Københavns Kommunes bocentre beliggende uden for kommunen er det beliggenhedskommunen, der har ansvaret for at tilvejebringe behandlingstilbud, hvis behandlingen ikke varetages af behandlingspsykiatrien. Det gælder både stofmisbrug og alkoholmisbrug. Socialforvaltningen er i gang med at indgå aftaler med de relevante kommuner om opgaven.

### **Indikator mål**

Under indsatsområdet misbrugsbehandling er indikatorerne i forbindelse med effektmålet bedre fysisk sundhed at sindslidende borgere med et samtidigt misbrug skal reducere deres misbrug. Konkret vil der blive målt på:

- Antallet af borgere der gør fra misbrug til fuldstændig alkohol-/stoffrihed
- Antallet af borgere der reducerer deres misbrug

På det individuelle plan vil målet for nogen være en bedre administration af misbruget, så det har en mindre skadende virkning (harmreduction) – både af hensyn til misbrugeren selv og af hensyn til omgivelserne. Det individuelle mål opstilles i samarbejde med den enkelte borger.

### **Vejen**

Indsatsen over for misbrug kan indeholde både pædagogiske, aktivitetsmæssige, socialfaglige og psykologiske elementer og en evt. medicinsk behandling. Det er vigtigt at kunne tilbyde let tilgængelige alternativer til misbruget, fx idræt, beskæftigelse og andre aktiviteter, hvor misbrugerne kan blive del af andre sociale fællesskaber.

Københavns Kommune har på boområdet forskellige tilbud, der er målrettet psykisk syge misbrugere, ligesom der er boenheder, der er forbeholdt ikke-misbrugere. De fleste psykisk syge bor dog i samme boenheder, som psykisk syge uden misbrug.

Konkret arbejder bocentrene fx med misbrug ved at etablere særlige misbrugsteam, bestående af særligt uddannet personale, som arbejder på tværs af boenhederne. Andre tiltag omfatter bl.a. løbende supervision af personalet, psykologbehandling og NADA (akupunktur, som behandler eller lindrer fx abstinenssymptomer og stoftrang).

### *Initiativ 2.1.A: Udvikling af botilbud vedrørende misbrugsproblemer – specialisering*

Der findes i dag en række botilbud målrettet psykisk syge misbrugere, ligesom der findes tilbud til ikke-misbrugere. Der er dog ønsker om større differentiering i forhold til forskellige målgrupper – en differentiering som kan afspejle, at beboernes misbrug har et meget forskelligt omfang og forskellig karakter, ligesom beboernes motivation for at komme ud af misbruget varierer. Misbrug skal indgå som et eksplicit element i en specialiseringsstrategi (jf. indsatsområdet målretning af den sociale indsats nedenfor) (ufinansieret)

En differentiering vil samtidig give mulighed for en mere specialiseret faglig tilgang til misbrug. I Tryghedsplan II indgår 12 nye pladser til psykisk syge misbrugere. Tilbuddet er tiltænkt en gruppe af de mest belastede psykisk syge misbrugere, der vanskeligt kan rummes

i de eksisterende tilbud. I Tryghedsplan II er der også planlagt et misbrugsfrit tilbud med 24 pladser. Der kunne fx etableres flere pladser til følgende grupper:

- Midlertidige pladser til misbrugere, som har været igennem misbrugsbehandling og er indstillet på at komme ud af misbruget
- Pladser til psykisk syge med misbrug, der ikke er motiveret for at ophøre med misbruget – med fokus på harm reduction og/eller reduktion af forbruget
- Misbrugsfri enheder
- Misbrugsfri botilbud uden for bocentrene til beboere, som har behov for miljøskift efter ophør med misbrug

En begrænsning i forhold til specialiserede enheder er, at beboerne kun i særlige tilfælde kan flyttes mod deres vilje, og lovmæssigt er der begrænsninger for muligheden for kontrol og sanktionsmidler fx i misbrugsfri enheder.

Det skal afklares nærmere, hvilke typer tilbud der er behov for. Et eventuelt nyt tilbud skal ses i sammenhæng med det botilbud, der eventuelt tænkes oprettet i samarbejde med Region Hovedstadens Psykiatri, og som er beskrevet under indsatsområdet samarbejde med kriminalforsorgen.

### *Initiativ 2.1.B: Kompetenceudvikling*

Medarbejderne i botilbuddene skal kunne understøtte beboernes eventuelle misbrugsbehandling. Der skal igangsættes kompetenceudviklingsforløb, hvor rådgivningscentrenes viden om de sociale aspekter af misbrugsbehandling formidles til medarbejdere i de socialpsykiatriske tilbud (finansieret).

## **2.2. Indsatsområde: kost og motion**

Sundhed er generelt kommet på danskernes dagsorden, og Københavns Kommune har blandt andet udarbejdet en sundhedspolitik. Borgere med sindslidelse vil – ligesom alle andre borgere – have gavn af sund kost og motion. Herudover er der flere undersøgelser der peger på, at fysisk sundhed også kan bedre den psykiske sundhed hos disse borgere.

### **Situationen**

Den nye undersøgelse af socialt udsattes sundhedsprofil viser, at socialt udsatte har en markant dårligere sundhed sammenlignet med den almindelige danske befolkning. Konkret viser undersøgelsen blandt andet:

- At 87 pct. ryger hver dag og en markant større andel er storrygere (52 pct. i gruppen af udsatte, 18 pct. i den almindelige danske befolkning)
- At 30 pct. drikker alkohol hver dag og en markant større andel har drukket mere end fem genstande hver dag den sidste måned (21 pct. i gruppen af udsatte, 5 pct. i den almindelige danske befolkning)
- At 35 pct. aldrig eller sjældent spiser morgenmad
- At 30 pct. aldrig eller sjældent spiser frugt
- At 68 pct. aldrig dyrker motion

### **Indikatormål**

Under indsatsområdet kost og motion er der følgende indikatorer knyttet til effektmålet om bedre fysisk sundhed.

- Antallet af rygere falder
- Færre der drikker alkohol hver dag
- Flere spiser morgenmad hver dag
- Flere spiser ofte frugt
- Flere dyrker regelmæssig motion

En følge heraf forventes også at være øget livskvalitet i form sociale kontakter, bedre alment velvære, bedre humør og mere stabilitet og struktur i hverdagen.

### **Vejen**

Der er pr. 1. januar 2008 iværksat et projekt om fysiske aktiviteter for udsatte grupper. Målgruppen for projektet er stofmisbrugere i Rådgivningscenter Indre By og beboere på socialpsykiatriske bocentre samt ikke mindst personale i de to områder (Rådgivningscenter Indre By og bocentre på det socialpsykiatriske område).

Grundidéen i projektet er at få sat fokus på fysiske aktiviteter (idræt) og reelt at øge hhv. beboere på socialpsykiatriske bocentre og brugere af Rådgivningscenter Indre by fysiske aktivitetsniveau – forstået som planlagte struktureret fysisk aktivitet, der øger energiomsætningen.

Der er pr. 1. januar 2008 ansat en idrætsskyndig projektmedarbejder med arbejds erfaring indenfor målgruppen i regi af Idrætshuset for psykisk syge.

For boområdets vedkommende vil der især være fokus på samarbejde med de medarbejdere, som allerede yder en stor indsats indenfor feltet på stederne. Konkret kan det f.eks. være at få sparring til planlægning og udøvelse af aktiviteter, til motivation og fastholdelse af beboerne og/eller konkrete udøvelse af aktiviteter (træning m.m.). Det afhænger fuldstændig af de behov, de enkelte steder har.

Udgangspunktet er, at aktiviteterne sker i de eksisterende faciliteter på bostederne.

Endelig vil der finansieret af projektmidlerne blive uddannet fysisk aktivitetskonsulenter på bosteder og i rådgivningscenteret. Uddannelsen vil give personalet bedre grundlag for at planlægge og gennemføre mere fysisk aktivitet og er inspireret af de erfaringer, man har fra lignende uddannelse i behandlingspsykiatrien.

Både motion og sund kost skal være en integreret del af dagligdagen i de socialpsykiatriske tilbud.

### *Initiativ 2.2.A: Kost- og motionspolitik*

På baggrund af blandt andet de erfaringer, der blive gjort i projektet om fysiske aktiviteter for udsatte grupper, skal der udarbejdes og implementeres en kost- og motionspolitik for kommunens bo- og væresteder for borgere med sindslidelse (finansieret).

### 3. Konkretisering af effektmålet om styrkede relationer

Socialt udsatte har typisk svage eller direkte dårligere relationer til andre borgere. Kommunen skal hjælpe borgeren til at opøve sine sociale kompetencer. Dels med henblik på at opfylde et alment menneskeligt behov for at føle sig som en ønsket del af sit samfund. Dels med henblik på, at borgeren får et netværk, der kan støtte op om borgerens psykosociale udvikling.

Som et led i at realisere effektmålet om styrkede relationer er der udpeget et nyt indsatsområde:

- Netværk

#### *Indsatsområde: Netværk*

##### **Situationen**

Sammenhængen mellem sociale relationer og helbred er veldokumenteret ifølge en ny undersøgelse af socialt udsattes sundhedstilstand<sup>8</sup>. Personer med stærke relationer bliver i mindre grad syge, og hvis de bliver syge, kommer de sig hurtigere efter deres sygdom, og de har mindre risiko for at dø tidligt end personer med svage relationer.

Forklaringen på sammenhængen mellem sociale netværk og helbred er formentlig en kombination af en række indirekte og en række direkte faktorer. De indirekte faktorer kan være, at sociale relationer kan fungere som støtte, hvis man bliver trængt eller presset. De direkte faktorer kan være at sociale relationer påvirker helbredet gennem en bedring af sundhedsadfærden, gennem en styrkelse af selvværd og personlige ressourcer samt et øget velbefindende. Desuden kan sociale relationer give et forum for udveksling af vidne og kundskaber.

Undersøgelsen viser at socialt udsatte – herunder sindslidende – har markant svagere relationer end andre danskere. Det er således opgjort:

- At andelen, der dagligt eller næsten dagligt ser familie er markant mindre (7 pct. hos de udsatte, 16 pct. i den almindelige befolkning)
- At andelen, der dagligt ser venner og bekendte, dog er markant større (53 pct. hos de udsatte, 24 pct. i den almindelige befolkning)
- At andelen, der ikke regner med at kunne få hjælp fra andre til praktiske problemer i tilfælde af sygdom er større (15 pct. hos de udsatte, 5 pct. i den almindelige befolkning)
- At andelen, der ofte føler sig uønsket alene er markant større (29 pct. hos de udsatte, 3 pct. i den almindelige befolkning)
- At andelen, der aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte, er markant større (13 pct. hos de udsatte, 2 pct. i den almindelige befolkning)
- At andelen, der aldrig eller for det meste har nogen i sin familie eller blandt venner, der kræver for meget i hverdagen, er større (14 pct. hos de udsatte, 4 pct. i den almindelige befolkning)

---

<sup>8</sup> SUSY UDSAT, Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2007, Rådet for Socialt Udsatte, 2008.

### **Indikatormål**

Effekt målet om bedre sociale relationer vil blive målt på:

- Mindre andel, der ikke regner med at kunne få hjælp fra andre til praktiske problemer i tilfælde af sygdom
- Færre føler sig uønsket alene
- Mindre andel der aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med, hvis de har problemer eller behov for støtte

### **Vejen**

Borgerens netværk og sociale relationer vedrører en bred gruppe af mennesker, blandt andet familie, venner og partner.

Et led i at styrke relationer er bevidsthed om og fokus på de konkrete situationer, hvor netværket kan bruges. De sociale relationers funktion kan for eksempel være<sup>9</sup>:

- Ventilering – at få lov til at snakke om det man har oplevet
- Realitetsafprøvning – hjælp til at skelne mellem vrangforestillinger og virkelighed
- Social bekræftelse og integration – forståelse mindsker angst
- Kontinuitet – påmindelse om det raske jeg
- Materiel støtte – konkret hjælp i hverdagen
- Problemløsning – konkrete råd
- Motivation – støtte og krav
- Gensidige relationer – kunne give noget tilbage
- Symptomvarsling – hjælp til at se og håndtere symptomer
- Empatisk forståelse – hjælp til at acceptere sig selv
- Modellering – observere og overtage andres adfærd
- Indsigt – bidrag til mere nuanceret forståelse af sig selv

At styrke borgerens sociale relationer til disse mennesker indebærer på den ene side at borgeren selv får styrket sine sociale kompetencer, og på den anden side at personer i netværket får en forståelse for borgerens situation og problemer. Der iværksættes derfor et initiativ med fokus på netværket.

#### *Initiativ 3A: Støtte, -aktivitets- og samtalegrupper til pårørende*

Der etableres mindre (samtale)grupper for pårørende - særligt børn med psykisk syge forældre - hvor emner, der tager udgangspunkt i pårørendes behov, kan behandles (angst, ansvar, ensomhed, skyld, følelser, indelukkethed, ressourcer og muligheder). Det kan være samtale og aktiviteter i et trygt og roligt miljø (finansieret).

### **4. Konkretisering af effekt målet om bedring af den psykosociale situation**

Borgeren bevæger sig gennem forskellige livssituationer og har i de forskellige faser behov for forskellige indsatser af varierende intensitet. Det er derfor nødvendigt at kunne tilbyde en bred vifte af omsorg, hjælp og støtte. Der er behov for at målrette den sociale indsats, så den

---

<sup>9</sup> Alain Topor: At komme sig, Videnscenter for Socialpsykiatri 2002

understøtter den enkelte borgers muligheder for at komme sig af sin psykiske sygdom eller ændre sin sociale situation til det bedre.

Som led i at realisere effektmålet om bedring af borgerens psykosociale situation vil følgende indsatsområder blive iværksat.

- Målretning af den sociale indsats
- Fra institution til egen bolig
- Samarbejde med behandlingspsykiatrien

#### ***4.1. Indsatsområde: Målretning af den sociale indsats***

For at kunne hjælpe den enkelte borger bedst muligt skal indsatsen være tilrettelagt efter den enkelte borgers behov.

##### *Situationen*

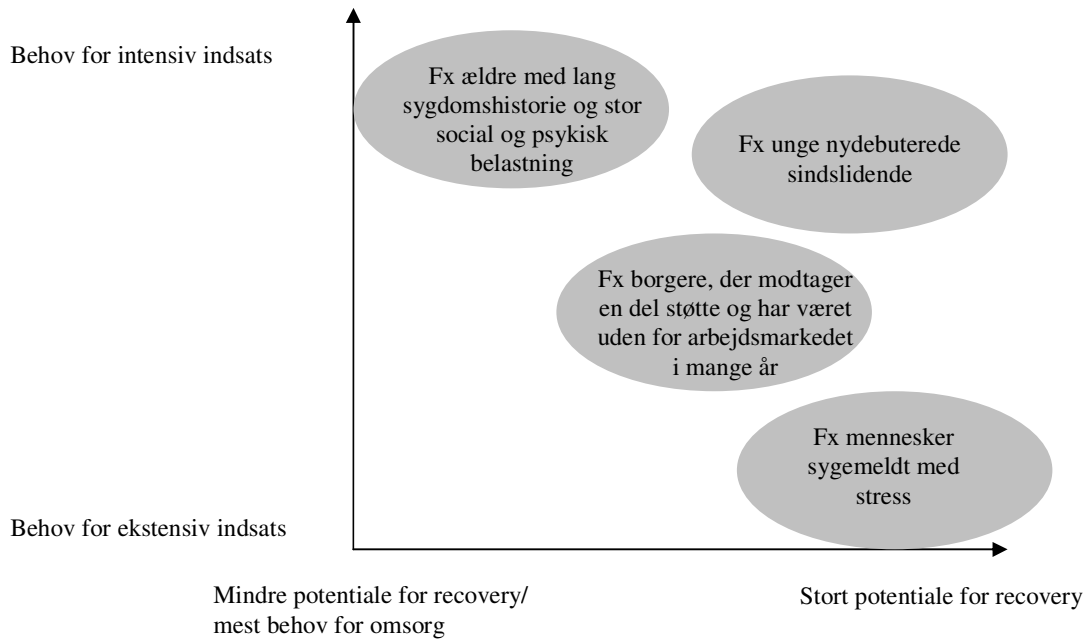
Som tidligere beskrevet er det grundlæggende karakteristika ved borgerne i målgruppen for kommunens socialpsykiatriske indsats, at de har nedsat psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Under denne overskrift befinder borgerne sig forskellige steder på to helt centrale dimensioner.

På den ene side er det forskelligt, hvor meget støtte og hjælp, den enkelte har behov for. Nogle har behov for en bredspektret professionel indsats døgnet rundt, mens andre kun har behov for et sted at være få timer om ugen. Man kan tale om, hvor intensiv en indsats borgeren har behov for.

På den anden side er det forskelligt, hvor stort et potentiale den enkelte har for at komme sig af sin sygdom og sine sociale problemer (recovery). Nogle er kun belastet i mindre grad eller har kun været det i kortere tid og har derfor stor mulighed for at komme til at leve et liv tæt på det normale, hvis de får den rette støtte og hjælp. Andre har massive psykosociale problemer og har måske levet i asyllignende institutioner det meste af deres liv, hvorfor der er mindre potentiale for, at de vil kunne komme til at klare deres egen tilværelse. Man kan tale om borgerens potentiale for recovery, og dermed hvor udviklingsorienteret en indsats borgeren har behov for.

Forskelle i disse overordnede behov er illustreret i nedenstående figur.

**Figur: 3:** Illustration af overordnede forskelle i målgruppens behov.

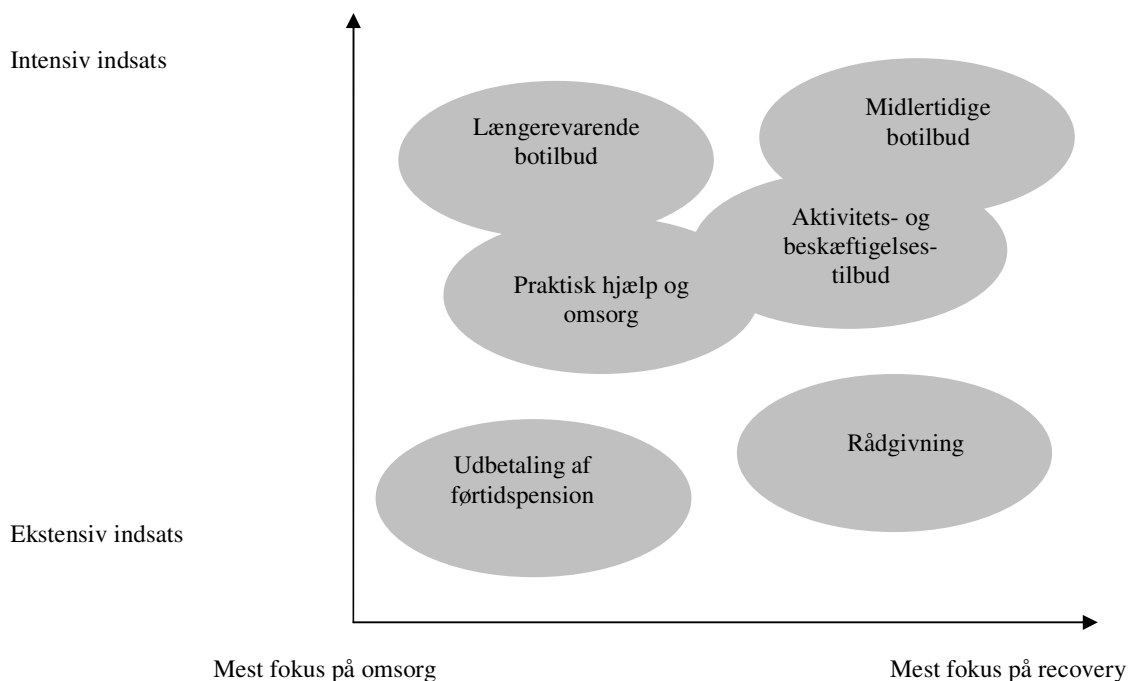


De forskellige eksempler på målgrupper skal ikke opfattes som en udtømmende liste over kasser, som man kan putte alle borgere ind i. Figuren skal illustrere, at det ikke er tilstrækkeligt kun at se på om borgeren har brug for fx et botilbud eller en støttekontaktperson (det vil sige, vurdere behovet for intensiteten i indsatsen). Inden for de forskellige typer af tilbud må man også tage højde for, hvor langt den enkelte er og vurderes at kunne komme i sin recoveryproces.

Den socialpsykiatriske indsats skal afspejle forskellene i disse behov – og gør det i et vist omfang allerede, jf. nedenstående figur.



**Figur 4:** Illustration af hvorledes Socialforvaltningens tilbud imødekommer borgernes centrale behov.



Figuren illustrerer, at kommunen har tilbud af forskellig intensitet og med forskelligt fokus på recovery. Det vurderes umiddelbart, at tilbuddenes fokus på recovery vil kunne styrkes.

### Indikator mål

Med henblik på at realisere det overordnede effektmål om at mindske borgernes psykosociale problemer, er der under indsatsområdet målretning af den sociale følgende indikator mål:

- Øget funktionsniveau
- Færre genindlæggelser
- Flere er i stand til et at opretholde bolig efter eget ønske

### Vejen

Der er behov for at afdække mere systematisk, i hvor høj grad borgernes behov imødekommes i dag.

Der er en forståelse af, at målgruppen har ændret sig de senere år. Dels fordi den faglige udvikling i behandlingspsykiatrien er gået i retning af mindre sengebaseret og mere ambulante behandling, hvilket efterlader en række støttebehov til den sociale sektor. Dels fordi målgruppen har fået noget mere komplekse problemstillinger. Ud over problemstillinger, der vedrører intensiteten af indsatsen og potentialet for recovery, kan borgerne have nogle mere specifikke, faglige behov. Eksempelvis kan borgere med en særlig diagnose eller borgere med anden etnisk baggrund end dansk have særlige behov, der ikke umiddelbart imødekommes. Desuden er der nogle problemstillinger omkring blandt andet kriminalitet og misbrug, som i dag er vanskelige at håndtere.

Der er grundlæggende to tilgange til at håndtere de nye behov og sikre, at borgeren får et tilbud, der er tilpasset netop hendes/hans behov.:

- *Fysisk specialisering*  
Behovene imødekommes ved at oprette særlige tilbud til netop denne gruppe.
- *Faglig specialisering*  
Behovene håndteres i de eksisterende tilbud ved at personalet har eller udvikler ekspertise til at håndtere de specifikke problemstillinger. Et element i en faglig specialisering kan være at udvikle deciderede sociale behandlingsprogrammer. Det vil sige nogle programmer, der struktureret beskriver et forløb eller et indhold, borgeren skal have. Programmerne skal være baseret på evidens eller best practice for at opnå en ønsket effekt og kan omhandle midlertidige behandlingsophold i en bestemt type bolig, hvor borgeren efterfølgende flytter ind i eller tilbage til egen bolig. Man kan også udvikle forskellige typer af tværgående dagbehandlings-programmer, som borgeren fleksibelt kan visiteres til sideløbende eller i sammensatte forløb.

De to former for specialisering er sammenhængende i den forstand, at man ikke kan foretage en fysisk specialisering uden også at have en faglig specialisering. Omvendt kan man sagtens specialisere fagligt uden at flytte de pågældende borgere til en særlig fysisk enhed.

Hvorvidt man vælger den ene eller den anden tilgang, vil blandt andet afhænge af hvor mange, der har den specifikke problemstilling. Hvis problemstillingen forekommer hos de fleste borgere, vil det være mest hensigtsmæssigt at foretage en faglig specialisering, der gør personalet i alle typer tilbud i stand til at håndtere problemstillingen.

Der er behov for en nærmere analyse af hvilke problemstillinger, det vil være relevant at drage med ind i en specialisering tilrettelæggelsen af indsatsen.

#### *Initiativ 4.1.A: Specialiseringsstrategi*

Der foretages en målgruppeanalyse med henblik på at kortlægge flere aspekter af målgruppens forskellige behov og estimere størrelsen på forskellige delmålgrupper. På baggrund af målgruppeanalysen formuleres en specialiseringsstrategi, der fastlægger indenfor hvilke områder, det vil være hensigtsmæssigt med henholdsvis en faglig og en fysisk specialisering.

I det omfang specialiseringsstrategien kræver ny- eller ombygning, er implementeringen ufinansieret.

Et væsentligt element i at dække borgerens behov er også at få dækket *alle* borgernes behov. Det vil ofte kræve indsatser fra forskellige sektorer, og det er derfor væsentligt at indsatsen koordineres.

Koordineringen skal ske i borgerens sociale handleplan. Der er brug for en gennemgående person – en case-manager -, der følger borgeren i alle de indsatser, der er samtænkt i den sociale handleplan – uanset organisatorisk tilknytning. En person, der er med hele vejen fra handleplan til opstart til udfasning og evt. ”efterværn” (opfølgning efter evt. beskæftigelse, udflytning til eget hjem, overgang til behandling el. lign.). En case-manager kan forankres i socialcentre, der er ansvarlige for udarbejdelsen af den sociale handleplan.

### *Initiativ 4.1.B: Case-manager*

Der er indført en kontaktpersonordning i socialcentrene, men det er i dag ikke muligt at følge borgeren så tæt som tanken er med case-manageren. For at understøtte case-managerbegrebet skal der ses på, hvilke barrierer, der i dag begrænser udbredelsen herunder medarbejderressourcer, IT-værktøjer, kompetenceudvikling, økonomistyring (bevillingsstrukturen) og andre incitament. En systematisk implementering af case-manager tankegangen vil kræve en opnormering af personaleressourcerne (ufinansieret).

Case-manageren skal ikke udføre den konkrete indsats, men entydigt have ansvaret for planlægningen af indsatsen, flow'et i indsatsen og for at støtte op om borgerens recoveryproces via den koordinerende sociale handleplan. Case-manageren er borgerens sparringspartner rundt i den interne tilbudsvifte og ikke mindst i samarbejdet med de eksterne aktører. Den "daglige" kontaktperson på bocentret fastholdes, men skal der ske ændringer i tilbuddet, eksempelvis i relation til misbrugsbehandling, skal case-manageren involveres.

### **4.2. Indsatsområde: Fra institution til egen bolig**

Københavns Kommune driver 835 (+ planer om udbygning af yderligere 100) boliger til borgere med psykiske lidelser, der har behov for så megen støtte, at de ikke kan klare sig i egen bolig. Der er tale om boliger etableret efter § 107 (midlertidigt ophold) og § 108 (længerevarende ophold) i Lov om social service.

Selvom man har brug for omfattende personalestøtte og derfor har behov for et kommunalt botilbud, så har man fortsat krav på egen bolig, en bolig der så lidt som muligt bærer præg af at være et kommunalt botilbud.

#### **Situationen**

Størstedelen af kommunens botilbud til længevarende ophold er placeret i gamle institutionsbyggerier, som vi i dag kalder "bocentre". Bocentrene er ganske store og bærer i høj grad præg af, at de netop er gamle institutioner. Borgere med psykiske lidelser skal have mulighed for at bo i boligområder på lige fod med andre, selvom de har brug for hjælp og støtte fra Socialforvaltningen. Derfor skal enhederne være mindre, og boligforholdene være bedre.

Derudover er kapaciteten af botilbud for lav i Københavns Kommune. En af de største udfordringer på boområdet er nedbringelse af ventelisterne. Antallet af ventende til en bocenterplads har i de seneste år været nogenlunde konstant. Fra 2005 og til 2007 har der således i gennemsnit været godt 100 personer på venteliste i Københavns Kommune. I de seneste opgørelser er den gennemsnitlige ventetid til en plads i et botilbud ca. 6 måneder.

Det er omkostningsfuldt at udbygge og modernisere botilbud til borgere med sindslidelser, ligesom det er vanskeligt at finde egnede byggegrunde eller eksisterende byggerier, der kan anvendes til modernisering og udbygning af botilbuddene.

#### *Modernisering – omlægning af bocentrene*

Der er med den såkaldte "Moderniseringsplan" påbegyndt en modernisering af de store bocentre for at tilvejebringe en tidssvarende boligstandard på området. De nuværende fysiske rammer taget i betragtning forløber denne proces dog langsomt.

Med Moderniseringsplanen er det besluttet, at man fremover skal have mindre boenheder til borgere med sindslidelser. Der er vedtaget nogle principper for moderniseringen, der bl.a. går på de fysiske forhold, størrelse og antal boliger i hver boenhed. Principperne betyder blandt andet, at det er nødvendigt at slå to eksisterende boliger sammen til én. Der skal findes erstatningsboliger for de boliger, der bliver nedlagt på bocentrene i forbindelse med moderniseringen. For at bevare det nuværende antal pladser efter modernisering er det derfor nødvendigt med en udbygning som en del af moderniseringen.

#### *Udbygning af boområdet - tryghedsplanerne*

Der er med de såkaldte Tryghedsplaner I og II iværksat udbygning af nye botilbud for at reducere ventetiden.

Udbygningen rummer forskellige former for botilbud, primært afhængig af målgruppens behov for personalestøtte. Udbygningen rummer derfor både boliger egnet til længerevarende ophold og solistboliger, der er placeret selvstændigt i lokalområderne. Udbygningen sker som udgangspunkt efter de samme principper som for Moderniseringsplanen, jf. ovenfor.

#### **Indikator mål**

Med henblik på at realisere den overordnede effektmål om at mindske borgernes psykosociale er der under indsatsområdet fra institution til egen bolig følgende indikator mål:

- at 60 pct. af alle der visiteres til et botilbud får et tilbud inden for 4 måneder.
- at flere borgere med sindslidelser kan bo i egen bolig, indenfor rammerne af de almindelige boligområder.

#### **Vejen**

Som nævnt ovenfor har Københavns Kommune både iværksat planer for udbygning af antallet af boliger til borgere med sindslidelser og en plan for modernisering af bocentrene.

Det er dog i sig selv en udfordring at skaffe boliger – eksisterende og nybyggede – som kan anvendes til moderniserings- og udbygningsplanerne, både hvad gælder huslejeniveau og beliggenhed. Udfordringen håndteres løbende i arbejdet med udbygningen og moderniseringen.

Det er derudover en udfordring at finde finansiering for den nødvendige modernisering og udbygning. Udfordringen håndteres løbende i budgetforhandlingerne.

Borgere med sindslidelser skal i langt højere grad have mulighed for at blive integreret i lokalsamfundet, herunder gøre brug af de lokale fritidsfaciliteter, danne netværk med andre beboere i området og leve et liv på selvstændig vis, også hvad gælder de praktiske dele af livet. For at det i højere grad kan lade sig gøre, er det nødvendigt, at kommunens boliger til borgere med sindslidelser fremover fysisk fremtræder mindre som institutioner og i højere grad falder i et med den samlede boligmasse i lokalområdet. Det er også nødvendigt, at boligerne er indrettet på en sådan måde, at der er grundlag for en selvstændig livsførelse. Samtidigt skal boligerne fortsat kunne rumme det nødvendige personale, så borgere med sindslidelser fortsat kan modtage den personalestøtte de har behov for.

Der er naturligvis forskel på, i hvilken grad borgere med psykiske lidelser har behov for personalestøtte og på, hvor stort et potentiale både de selv og omgivelserne vurderer, at de har for at komme sig af deres sygdom. Det skal afspejles i den personalestøtte, beboeren

modtager, både omfangsmæssigt og fagligt. For nogle betyder det, at de vil have gavn af at bo i en enhed med andre beboere, der til en vis grad har samme problemstillinger som dem selv, eksempelvis ift. behov for pleje og afskærmning. For andre betyder det, at de skal have mulighed for at bo helt selvstændigt og at personalestøtten løbende skal tilpasses deres behov, indenfor rammerne af den selvstændige bolig.

Der er i dag ikke lagt en samlet plan for, hvordan moderniseringen og udbygningen af kommunens boliger til borgere med sindslidelser skal ske. En sådan plan kræver en grundig analyse af de aktuelle og kommende målgrupper på området og deres behov.

#### *Initiativ 4.2.A: Plan for fysisk specialisering*

Der skal udarbejdes en samlet plan for den fysiske specialisering i forbindelse med implementeringen af Moderniserings- og Tryghedsplanerne. Planen skal tage udgangspunkt i den målgruppeanalyse og den specialiseringsstrategi der udarbejdes i medfør af initiativ 4.1.A. Implementering af planen er ufinansieret.

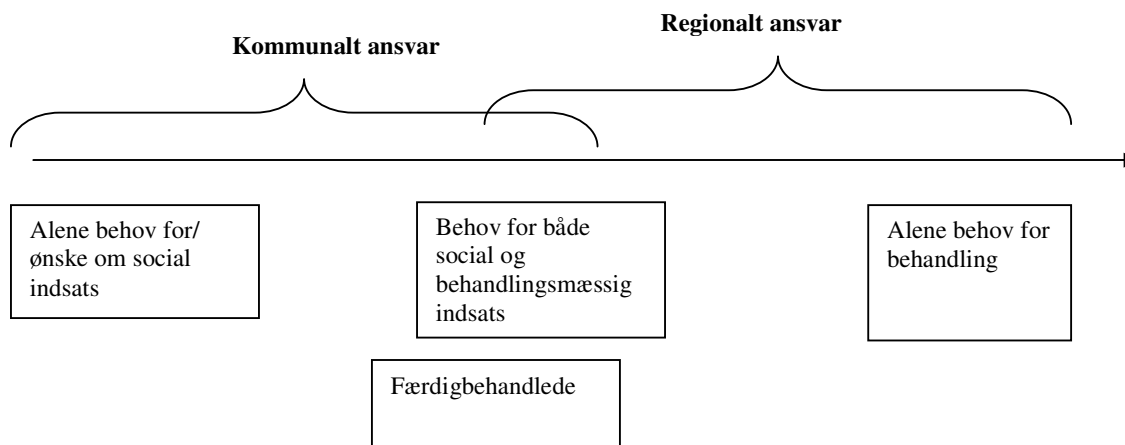
### **4.3. Indsatsområde: Samarbejde med behandlingspsykiatrien**

Socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien samarbejder om to overordnede målgrupper. Dels en stor gruppe af socialt udsatte, som befinder sig i socialpsykiatrien og har behov for både en social indsats og en behandlingsindsats. Dels en gruppe som har været indlagt i behandlingspsykiatrien, men som nu er færdigbehandlede og venter på at blive udskrevet til et socialt botilbud.

Herudover har hver af de to sektorer en målgruppe, som alene har behov for en indsats fra den ene sektor.

Målgrupperne er skitseret i nedenstående figur.

**Figur 5:** illustration af ansvarsfordeling mellem region og kommune



### Situationen

De seneste år er der foregået en stigende omlægning af indsatsen i psykiatrien fra en sengebaseret behandlingspsykiatri til mindre indgribende tilbud. Således er der siden 1997 nedlagt 120 sengepladser hos de parter, der i dag udgør Region Hovedstaden. Nedlægningen af sengepladser er blandt andet muliggjort ved en oprustning af samarbejdet med tilgrænsende sektorer, ved en større omlægning til ambulante behandling og ved en væsentlig udbygning af de socialpsykiatriske botilbud med 386 døgnpladser i perioden<sup>10</sup>.

Ændringerne inden for behandlingspsykiatrien har en direkte betydning for den sociale sektor, der i stigende grad skal støtte op om brugere i ambulante behandling. Målgruppen for den sociale indsats for psykisk syge ændres derfor, og alt andet lige medfører udviklingen i behandlingspsykiatrien, at presset på den kommunale sociale indsats øges.

Beboerne på bocentre har tidligere modtaget behandling via en ambulante udgående funktion fra de psykiatriske afdelinger<sup>11</sup>. I den nye samarbejdsaftale lægger Region Hovedstadens Psykiatri op til, at beboere på de sociale botilbud fremover som hovedregel skal modtage behandling fra de distriktspsykiatriske centre. Dermed opstår der nye udfordringer for stabiliteten i behandlingen, omend det samtidigt giver perspektiver for, at beboerne i højere grad selv opsøger den hjælp og støtte de har behov for, og dermed selvstændiggøres ift. behandlingen.

Det skal desuden afklares, hvordan den udgående ambulante behandling konkret skal håndteres på de botilbud, som er placeret uden for Københavns Kommune. Hedelund, Lindegården og Stubberupgård skal fremover betjenes af Region Sjælland. Ringbo, som ligger uden kommunen, vil stadig skulle betjenes af Region Hovedstaden (men skifte fra nuværende Bispebjerg til Psykiatrisk Center Ballerup).

<sup>10</sup> Sammenhængsperspektiver for psykiatrien i Region Hovedstaden, rapport fra fusionsparterne, 2005.

<sup>11</sup> Siden 2001 har der været en aftale mellem det tidligere H:S og Socialforvaltningen om psykiatrisk speciallægebistand til beboerne på kommunens bocentre/bosteder. De psykiatriske afdelinger sikrer, at funktionen dækkes på speciallægeniveau. Der er udarbejdet en opgaveprofil, som detaljeret beskriver varetagelsen af den psykiatriske bistand, men den lever ikke i praksis.

Færre senge i behandlingspsykiatrien øger alt andet lige presset på at få patienter færdigbehandlet og udskrevet til sociale foranstaltninger. Derfor øges også behovet for et højt ”flow” gennem botilbuddene, der hele tiden skal have kapacitet til at tage imod de færdigbehandlede patienter.

#### **FAKTABOKS: Kommunal medfinansiering af behandlingspsykiatrien**

Behandlingspsykiatrien er siden kommunalreformen finansieret af både stat og kommune. Staten betaler et bloktilskud (ca. 75 pct.) og et aktivitetsbaseret tilskud (ca. 5 pct.). Kommunerne betaler et indbyggerafhængigt tilskud (ca. 10 pct.) og et aktivitetsafhængigt tilskud (ca. 10 pct.).

Ved udskrivning fra den sengebaserede behandlingspsykiatri overgår patienterne fra at være 80 pct. statsligt finansieret under indlæggelse til at være 100 pct. kommunalt finansieret efter udskrivning til et socialpsykiatrisk tilbud. Hvor en kommune ikke visiterer en færdigbehandlet patient til et socialpsykiatrisk tilbud, er det lovpligtigt for regionen at opkræve et gebyr pr. sengedag

Kommunen skal med kommunalreformen betale en fast dagstakst på ca. 1.700 kr. for hver færdigbehandlet borger, der venter på et tilbud. I Københavns Kommunes Budget 2007 drejer det sig om i alt 28 mio. kr. på psykisk syge området – svarende til ca. 45 patienter i snit

#### **Indikatormål**

Under indsatsområdet samarbejde med behandlingspsykiatrien er indikatormålene i forbindelse med effektmålet bedre psykosocial situation, at borgere med behov for både social- og behandlingspsykiatrisk indsats skal have den tilstrækkelige hjælp i det mindst indgribende tilbud. Det betyder konkret:

- at der skal være tilstrækkelig kapacitet og flow i de kommunale tilbud til at antallet af færdigbehandlede patienter, der fortsat er indlagte og venter på et relevant botilbud, falder, og at den enkeltes ventetid som færdigbehandlet falder.
- at samarbejdet med behandlingspsykiatrien via den udgående ambulante behandling skal være så velfungerende, at behovet for genindlæggelse falder for beboere i botilbud.
- At medicinforbruget hos borgere, der bor i vores botilbud, falder.

#### **Vejen**

Kommunalreformen har betydet en ny struktur for samarbejdet mellem den kommunale, sociale indsats og den regionale, behandlingsmæssige indsats. Dels skal kommunerne nu medfinansiere sundhedsydelse, jf. faktaboksen ovenfor. Dels er der fastlagt en ny samarbejdsstruktur.

Det er lovpligtigt, at regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen indgår en rammeaftale og en sundhedsaftale. Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen skal:

- senest den 15. oktober indgå en årlig rammeaftale for regionsrådets etablering, tilpasning og udvikling af tilbud. Rammeaftalen indgås på baggrund af kommunalbestyrelsernes redegørelse for kommunens behov og forventede brug af tilbud i regionen.
- indgå sundhedsaftaler om varetagelsen af opgaver på sundhedsområdet (foruden behandlingspsykiatrien er alkoholbehandling og den medicinske

stofmisbrugsbehandling omfattet af sundhedsloven). Som et led i aftalen om indsatsen for mennesker med sindslidelse er der udarbejdet en konkret samarbejdsaftale mellem kommunen og de psykiatriske centre i kommunen. Aftalen behandles politisk hen over sommeren 2008 og skal efterfølgende godkendes i Sundhedsstyrelsen.

- nedsætte et sundhedskoordinationsudvalg vedrørende den regionale og kommunale indsats på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer. Hensigten er, at udvalget skal drøfte, følge opfølgningen på og eventuelt forhandle sundhedsaftalerne. Udvalget vil også skulle fungere som et forum, hvor forventninger og interesser afstemmes og drøftes. Der kan nedsættes underudvalg efter behov.

Såvel finansieringen og samarbejdsstrukturen forsøger at underbygge det fælles ansvar, kommune og region har for den fælles målgruppe. Der bør løbende være opmærksomhed på, om samarbejdet fungerer efter hensigten. Der kan på nuværende tidspunkt identificeres to områder, hvor den fælles indsats kan udvikles.

#### *Initiativ 4.3.A: Fælles kompetenceudvikling*

En helhedsorienteret indsats forudsætter, at de forskellige sektorer – her socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien – har kendskab til og underbygger hinandens indsats. Socialpsykiatrien kan blandt andet udnytte behandlingspsykiatriens viden om farlighedsvurderinger og voldsforebyggelse. Der indledes et samarbejde med Region Hovedstaden om et fælles kompetenceudviklingsprogram (finansieret).

#### *Initiativ 4.3.B: Nye botilbud til færdigbehandlede*

Det er u hensigtsmæssigt for borgerne, der er færdigbehandlet, hvis de ikke kan blive udskrevet til et relevant botilbud. For at mindske den nuværende ventetid for færdigbehandlede patienter, foreslås, at der etableres et nyt botilbud. Tilbuddet vil indgå i en samlet plan for ud- og ombygning af boområdet, jf. initiativ 4.2.A.(ufinansieret).

## **5. Konkretisering af effektmål om mindre kriminalitet**

Der er en kompleks sammenhæng mellem psykisk sygdom og kriminalitet, der medfører at psykisk syge har større risiko for at begå kriminalitet. Risikoen mindskes dog hvis den psykiske sygdom er velbehandlet, hvorfor den kommunale indsats skal understøtte dette.

Som et led i at realisere effektmålet om mindre kriminalitet er der udpeget et indsatsområde:

- Samarbejde med kriminalforsorg og politi

### ***5.1. Indsatsområde: Samarbejde med kriminalforsorgen, politi og psykiatri***

Det er en udbredt opfattelse, at antallet af borgere med sindslidelser, der begår kriminalitet er steget markant de senere år, og at den form for kriminalitet de begår, bliver mere og mere alvorlig. Dette billede bekræftes delvist i rapporten ”Psykisk sygdom og kriminalitet”, der



blev udgivet af Socialministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Justitsministeriet i fællesskab i 2006 (nærmere beskrevet nedenfor). Som et led i at inkludere socialt udsatte borgere i samfundet og på længere sigt medvirke til, at borgerne blandt andet får en øget livskvalitet, skal Socialforvaltningen medvirke til at forebygge kriminalitet i målgruppen.

### **Situationen**

Antallet af behandlingsdømte er i perioden 1995-2004 steget fra 849 til 1.427 svarende til en stigning på 68 pct. De psykisk syges andel af samtlige lovovertrædelser er steget en smule over årene.

Det skal i den forbindelse indledningsvist slås fast, at gruppen af borgere med en sindslidende, der samtidigt er kriminelle, dækker over en meget bred gruppe mennesker. Fra den unge pige med bulimi der stjæler mad, over den borger der begår indbrud for at finansiere sit samtidige misbrug, til den psykotiske patient der begår voldsom personfarlig kriminalitet.

For visse typer kriminalitet er borgere med sindslidelser overrepræsenteret. Ses der på den alvorlige, personfarlige kriminalitet står borgere med sindslidelser for 6 pct. af denne kriminalitet, mens de kun udgør 0,4 pct. af samtlige lovovertrædere. Overrepræsentationen i den personfarlige kriminalitet har dog været nogenlunde konstant i perioden 1995-2004, som undersøgelsen dækker.

I forhold til hele befolkningen er der en større risiko for kriminalitet ved psykisk sygdom. Risikoen er størst for patienter med diagnosen skizofreni, hvis den psykisk syge har en personlighedsforstyrrelse og/eller hvis personen har et misbrug. Sammenhængen mellem psykisk sygdom og kriminalitet er dog særdeles kompleks.

Ifølge rapporten kan det øgede antal retslige patienter eventuelt være et tegn på manglende indlæggelseskapacitet tidligt i sygdomsforløbet eller manglende mulighed for langvarig stabiliserende indlæggelse, som kan være en forudsætning for et senere godt ambulantly forløb i distriktspsykiatrien. Det kan således ikke udelukkes, at af-institutionaliseringen til dels har været en udløsende faktor for det øgede antal behandlingsdømte, og at et af midlerne til at vende udviklingen i antallet af behandlingsdømte, kan være en øget adgang til behandling under indlæggelse, dvs. en øget kapacitet af sengepladser i behandlingspsykiatrien. Rapporten påpeger i den forbindelse, at de syge er særligt sårbare omkring indlæggelsen. Det tyder på, at fokus på let og hurtig adgang til behandling, gradvis udslusning og indlæggelsesvarighed samt netværk ved udskrivelsen kan være med til at reducere volden blandt de syge. Behandlingsdømte har en lavere risiko for tilbagefald i ny kriminalitet end andre dømte.

Herudover tyder meget på, at misbrug kombineret med psykisk lidelse øger risikoen for voldskriminalitet.

Endelig er borgere med sindslidelser ofte også socialt udsatte som følge af deres sygdom. De sociale faktorer har sandsynligvis en vis selvstændig betydning for kriminalisering af disse borgere.

### **Indikator mål**

Effekt målet mindre kriminalitet vil blive målt på indikatorerne:

- væksten i antal behandlingsdømte mindskes
- mindre overrepræsentation af psykisk syge blandt lovovertrædere der begår personfarlig kriminalitet

Det kan enten ske ved at det for de borgere, der ikke har fået en behandlingsdom, forebygges at kriminaliteten sker eller eskalerer. For de borgere, der har fået en behandlingsdom, skal det understøtte at borgeren ikke falder tilbage i ny kriminalitet.

### **Vejen**

Hverken i de psykiatriske eller sociale behandlings- og støttetilbud sondres der skarpt mellem patienter med behandlingsdom og patienter uden dom, når det gælder indhold i behandlings- og støttetilbud. Behandlingsdømtes særlige adfærd kan dog være hæmmende for, at de kan rummes i eksisterende tilbud i socialpsykiatrien. Det skal dog understreges at det ikke skyldes kriminaliteten eller dommen, men det faktum at de oftest har de mest komplekse problemstillinger og behov. Mange behandlingsdømte har ikke andre typer behov og problemer end almindelige psykiatriske patienter bortset fra en dom.

Eftersom rapporten konkluderer, at ubehandlet psykisk sygdom øger risikoen for kriminalitet, er det afgørende, at borgeren kan få behandling og kan få den i rette tid uden ventetid. Selve behandlingsindsatsen skal ydes i regi af regionerne, men den kommunale indsats er også et væsentligt element i at fastholde den enkelte i et hensigtsmæssigt forløb. Samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og den sociale indsats er således afgørende for at forebygge kriminalitet.

Desuden er der i Københavns Kommune netop etableret et struktureret samarbejdsforum mellem politi, socialvæsen og psykiatrien – det såkaldte PSP samarbejde. Hensigten er, at de tre sektorer kan drøfte konkrete personsager med henblik på at kunne tilbyde en hurtig, effektiv og koordineret indsats, straks efter det i en af sektorerne er konstateret, at borgeren har behov for hjælp.

Et væsentligt element i at kunne tilbyde en sådan hurtig hjælp er, at man ser behovet for hjælp. Man kan til en vis grad identificere personer med særlig risiko for at begå alvorlig kriminalitet. Identifikationen kan forbedres væsentligt ved hjælp af strukturerede farlighedsvurderinger. Det er paradoksalt, at rapporten på den ene side konstaterer, at næsten 80 pct. af de retspsykiatriske patienter har været i forbindelse med psykiatrien før deres retspsykiatriske dom. På den anden side konstateres, at personer, der har en dom til behandling, har mindre risiko for at falde tilbage i kriminalitet end andre dømte – det hjælper således, at de bliver fastholdt i behandling via deres dom.

### *Initiativ 5.1.A: Farlighedsvurderinger*

Personalets kompetencer til at identificere personer, der er i risikozonen for at begå kriminalitet, skal oparbejdes, så der kan sættes ind med en flersektoriel indsats i rette tid. Desuden skal personalets viden om, hvordan man forebygger vold og aggression, styrkes. Kompetenceudviklingen kan eventuelt ske i samarbejde med Region Hovedstadens retspsykiatri (finansieret).

Denne gruppe vurderes ikke at kunne profitere af traditionel psykiatrisk behandling, men de har et behandlings- og støttebehov i bredere forstand og vil kunne profitere af en rehabiliterende indsats. Et element heri kan være at arbejde med en eventuel misbrugsproblemstilling (se også indsatsområdet misbrug).

Disse borgere har ofte svære psykiske lidelser, er meget institutionsprægede, har ofte lange hospitalsindlæggelser bag sig, og er ofte også fysisk plejekrævende. Nogle af disse borgere kan endvidere være udadreagerende.

#### *Initiativ 5.1.B: Evt. forsøg med særlige boenheder i samarbejde med behandlingspsykiatrien*

Det vurderes, at der er en gruppe af borgere, som har behov for et tilbud, som er en mellemtung mellem en bolig og et hospital. Det bør undersøges, om der kan samarbejdes herom med behandlingspsykiatrien, og om der er mulighed for at få statslig støtte til et boprojekt efter § 108 i Lov om social service (ufinansieret).

Der er brug for meget personalestøtte, herunder døgndækning, primært plejepersonale, men også personale med pædagogisk baggrund. Der skal være et tæt samarbejde med psykiatere. Samarbejdet kan blandt andet indebære psykiaterbetjening, indlæggelse og fælles visitation.

Det skal som forberedelse til et sådant projekt nøje overvejes, hvordan dilemmaerne i et sådant botilbud kan tackles. Et sådant botilbud vil ikke være en behandlingsfri zone, og det skal i særlig grad overvejes, hvordan og om man kan arbejde med tvang/ skærmming. Der er derfor behov for en analyse af de lovgivningsmæssige barrierer for et sådant forsøg (se også indsatsområdet Lovgivningsmæssige og strukturelle barrierer).

## **6. Konkretisering af effektmålet om bedring tilknytning til arbejdsmarkedet**

Kommunen skal på den ene side hjælpe borgeren til at træne sine faglige kompetencer med henblik på at kunne indgå på arbejdsmarkedet (eventuelt på særlige vilkår) og skal på den anden side forsøge at forebygge at borger med en psykisk lidelse mister tilknytningen til arbejdsmarkedet.

Målet om bedre tilknytning til arbejdsmarkedet vil blive realiseret gennem indsatsområderne:

- Forebyggelse
- Flere beskæftigelsesrettede tilbud

### **6.1. Indsatsområde: Forebyggelse**

Socialforvaltningen yder i dag primært en indsats for de borgere, der udover deres psykiske lidelse også har omfattende sociale problemer. Dertil kommer en gruppe af førtidspensionerede, der ikke modtager anden støtte fra Socialforvaltningen end den økonomiske.

Før en borger med en psykisk lidelse tildeles førtidspension har der været et langt forløb, der omfatter borgerens og omgivelsernes erkendelse af sygdommen, forsøg på at komme ind på eller at fastholde en tilknytning til arbejdsmarkedet og modtagelse af overførselsindkomst i form af sygedagpenge eller kontanthjælp. Københavns Kommune har en forpligtelse til at forsøge at forebygge, at borgere ender med at blive tildelt førtidspension.

### **Situationen**

Ifølge Ankestyrelsen blev 46,7 pct.<sup>12</sup> af de nytilkendte førtidspensioner i 2007 tilkendt på baggrund af en psykisk lidelse, og denne andel har været stigende i de senere år. Det må derudover formodes, at en del af de borgere, der i dag har svært ved at opnå tilknytning til arbejdsmarkedet har forskellige grader af psykiske lidelser, eksempelvis stress, depression, angst og personlighedsforstyrrelser. Ifølge Beskæftigelsesministeriet vurderes ca. 24 pct.<sup>13</sup> af de langvarige sygemeldinger at være begrundet i psykiske lidelser.

Tal fra Ankestyrelsen viser, at ud af de 5.356 danskere, der i 2007 fik nytilkendt en førtidspension pga. en psykisk lidelse var 20 pct. ml. 30 og 39 år, 31 pct. mellem 40 og 49 år, 29 pct. mellem 50 og 59 år og 4 pct. mellem 60 og 66 år.<sup>14</sup> Hvis en førtidspension hos en borger med en psykisk lidelse skal forebygges, vil det derfor sandsynligvis skulle ske i årene, før borgeren når 35-40års alderen.

Når en borger bliver langvarigt sygemeldt pga. en psykisk lidelse, skal den tidlige behandling og indsats for at fastholde arbejdsevnen og tilknytningen til arbejdspladsen ske i regi af den privatpraktiserende læge, behandlingspsykiatrien, jobcenteret og arbejdspladsen.

I de fleste tilfælde har Socialforvaltningen ikke kontakt med borgeren, før der iværksættes en sag om evt. førtidspension, med mindre borgeren eller dennes familie i forvejen har sociale problemer, hvor Socialforvaltningen yder støtte og hjælp.

### **Indikator mål**

Underindsatsområdet forebyggelse vil effektmålet om bedre tilknytning til arbejdsmarkedet blive målt via indikatormålet:

- Mindre andel der får tilkendt førtidspension som følge af en psykisk lidelse.

### **Vejen**

Regeringen iværksatte i 2003 en handlingsplan for nedbringelse sygefraværet og følger nu op på handlingsplanen blandt andet med en ny analyse af sygefraværet fra april 2008. Baggrunden for ca. en fjerdedel af de langvarige sygemeldinger vurderes, som nævnt, at være psykiske lidelser.

I forbindelse med opfølgningen på Regeringens handlingsplan er blandt andre Beskæftigelsesministeriet og KL kommet anbefalinger til, hvordan sygefraværet blandt borgere med psykiske lidelser kan nedbringes:

<sup>12</sup> [http://www.dsa.dk/Page\\_Pic/pdf/Fop\\_Kvartal4\\_2007\\_11\\_02\\_2008\\_10\\_25.pdf](http://www.dsa.dk/Page_Pic/pdf/Fop_Kvartal4_2007_11_02_2008_10_25.pdf)

<sup>13</sup> S. 95: <http://www.bm.dk/graphics/dokumenter/temaer/sygefravaer/sygefravaer.pdf>

<sup>14</sup> Ankestyrelsens Dataportal: <http://www.dsa.dk/dataportal/>

- Beskæftigelsesministeriet: Depression skal behandles ved tidlig inddragelse af arbejdspladsen for at undgå isolation og inaktivitet, og for at lette vejen tilbage til arbejdsmarkedet. (Beskæftigelsesministeriet, april 2008: "Analyse af sygefraværet", s. 97.)<sup>15</sup>
- KL er kommet med 13 anbefalinger, heriblandt:
  - At der ses på muligheden for på en mere systematisk vis at udnytte erfaringerne med en tidlig koordineret og tværfaglig indsats.
  - Finansiering af en bredere vifte af tilbud, der f.eks. også omfatter tilbud om mentor/støtteperson, stresshåndtering, kostvejledning, motion eller psykologbistand. (KL, februar 2008: "13 bud på nedbringelse af sygefraværet")<sup>16</sup>

Derudover har Erhvervspsykiatrisk Center under Psykiatrifonden følgende anbefalinger:

- Selv en meget lille tilknytning til arbejdspladsen under sygdom har stor betydning for den fremtidige tilknytning til arbejdsmarkedet.
- En parallel indsats, hvor man forsøger at få den psykisk sårbare i job samtidig med at vedkommende er i behandling, forudsætter et godt samarbejde mellem de involverede parter, herunder de psykisk sårbare, en eventuel arbejdsplads, egen læge, sagsbehandler og evt. en fagforening.
- At indsatsen iværksættes hurtigt for at undgå forværring og demotivation hos den syge. (Erhvervspsykiatrisk Centers hjemmeside)<sup>17</sup>

Socialforvaltningen er som nævnt ovenfor sjældent involveret i indsatsen for borgere med psykiske lidelser, der er i risikogruppen. Indsatsen foregår primært på arbejdspladsen, i Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen, hos den privatpraktiserende læge og evt. i distriktpsychiatrien.

Formålet med indsatsen hos de forskellige aktører er at bl.a. forebygge, at borgeren får behov for hjælp fra Socialforvaltningen. Derfor har Socialforvaltningen en interesse i at skaffe ny viden om, hvad der virker i denne forebyggelsesindsats. Det bør også undersøges, om Socialforvaltningen med fordel kan bidrage til denne forebyggende indsats.

#### *Initiativ 6.1.A: Forsøgsprojekt med forebyggende indsats*

Der skal iværksættes et forsøgsprojekt, der undersøger effekten af en tidlig og koordineret indsats mellem de relevante aktører, herunder arbejdspladser, Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen, praktiserende læger, behandlingspsykiatrien og Socialforvaltningen (finansieret).

Målgruppen for forsøgsprojektet er 30-35årige langvarige sygedagpengemodtagere og kontanthjælpsmodtagere med psykiske lidelser, der enten:

- ikke har og ikke forventes at få massive sociale problemer, men som er i risiko for at skulle tildeles førtidspension, eller
- er i risiko for at få massive sociale problemer, og for at skulle tildeles en førtidspension.

Forsøgsprojektet skal i første omgang opspore målgruppen og kortlægge dens primære problemstillinger.

<sup>15</sup> S. 97: <http://www.bm.dk/graphics/dokumenter/temaer/sygefravaer/sygefravaer.pdf>

<sup>16</sup> <http://www.kl.dk/bin/1d598ad5-ba9d-49ee-bad6-c56838554a5b.pdf>

<sup>17</sup> <http://www.erhvervspsykiatriskcenter.dk/index.php?id=203>

Udover at undersøge effekten af en koordineret indsats fra de forskellige aktører, skal forsøgsprojektet undersøge effekten af:

- En netværksbaseret indsats i form af fx brugerstyrede netværk og selvhjælpsgrupper.
- Fysiske aktiviteter i fællesskab med andre.

## **6.2. Indsatsområde: Flere beskæftigelsesrettede tilbud**

Det er særlig vigtigt at sætte øget fokus på fleksible og beskæftigelsesrettede tilbud til psykisk syge, som et redskab i den recovery-orienterede indsats, da det vil øge psykisk syges muligheder for at opbygge socialt netværk, give dem selvværd og tro på at kunne komme sig, og samtidig kunne styrke inklusionen af psykisk syge i samfundet.

### **Situationen**

Beskæftigelsesindsatsen overfor socialt udsatte borgere foregår i Københavns Kommune dels i Socialforvaltningen og dels i Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen.

I Socialforvaltningen tilbydes der beskyttet beskæftigelse efter § 103 i Lov om social service og særligt tilrettelagte forløb i fx botilbud eller i samværs og aktivitetstilbud efter § 104 i Lov om social service. Målgruppen er personer under 65 år, som på grund af betydelig nedsat funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke kan opnå eller fastholde beskæftigelse på normale vilkår på arbejdsmarkedet.

Socialforvaltningen har en rammeaftale om beskyttet beskæftigelse med Hans Knudsen Instituttet og Revacentret, som er leverandører af pladser. Budgettet for beskyttet beskæftigelse via rammeaftalen er på 5,5 mio. kr. årligt, og der er aktuelt 64 helårspladser. Hertil kommer køb af pladser til beboere på kommunens botilbud udenfor kommunen.

Desuden er der knap 150 beboere i beskæftigelsestilbud fordelt på de 6 store bocentre med længerevarende botilbud. (Hedelund, Thorupgården, Ringbo, Lindegården, Stubberupgård og Sundbygård). Beskæftigelsestilbudene omfatter montage og pakkearbejde, såsom at fordele skruer i æsker, pakke tandstikker o.l. samt beboerjobs i køkkenet/kantinen, administration, teknisk afdeling, og rengøring. Hertil kommer, at beboerjobs på bocentre beliggende i landlige omgivelser såsom Stubberupgård (i Borup) og Lindegården (Roskilde) også omfatter dyrehold og havearbejde, herunder snerydning.

Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen administrerer Lov om aktiv socialpolitik og Lov om aktiv beskæftigelsesindsats og tilbyder vejledning, afklaring og opkvalificering, revalidering, fleksjob og ansættelse med løntilskud (tidligere skånejob) til socialt udsatte borgere. Målgruppen er personer, som kan eller vil kunne komme til at opnå beskæftigelse på vilkår tilpasset deres forudsætninger og behov.

De to forvaltninger har en fælles målgruppe på ca. 3.500 borgere. Det svarer til, at ca. 35 pct. af de 10.000 borgere, der er tilknyttet socialcentrenes voksenteams også er tilknyttet Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen. Af de 3.500 borgere er tre fjerdedele kategoriseret som matchgruppe 4 og 5<sup>18</sup>.

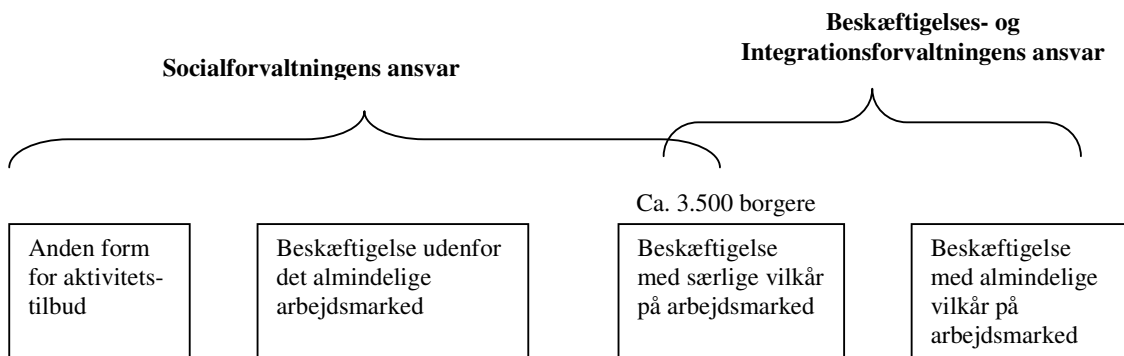
---

<sup>18</sup> Matchgrupperne bruges til systematisk at vurdere graden af match mellem den lediges ressourcer og arbejdsmarkedets krav for på et kvalificeret grundlag at vurdere den lediges beskæftigelsespotentiale – populært sagt afstanden til

Herudover yder Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen sin primære indsats over for en målgruppe, hvor ledigheden er det primære problem.

De to forvaltningers ansvar og tilbud er illustreret i nedenstående figur.

**Figur 6:** Illustration af kommunens beskæftigelsesindsats



### Indikator mål

Under indsatsområdet flere beskæftigelsesrettede tilbud vil effektmålet bedre tilknytning til arbejdsmarkedet blive mål via indikatormålene:

- andelen, der modtager førtidspension på grund af en psykisk lidelse, skal falde
- en større andel af borgere med psykosociale problemer skal i beskæftigelse eller i beskæftigelseslignende tilbud

### Vejen

Der er behov for at udvikle nye og flere variable og fleksible beskæftigelsestilbud både til de, der udelukkende modtager hjælp og støtte fra Socialforvaltningen, og til de der både modtager hjælp og støtte fra Socialforvaltningen og fra Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen. Der er særligt behov for at sætte fokus på overgangen mellem et beskyttet tilbud og tilbud på en arbejdsplads. Springet mellem at modtage førtidspension, komme i et samværs- og aktivitetssted eller beskyttede værksteder og til at overgå til beskæftigelse i en virksomhed er meget stort. Og det er feltet mellem de to faser, hvor der er behov for at udvikle en indsats, der støtter op om borgeren i overgangsperioden.

Der er særligt to grupper af borgere, hvor der aktuelt er et behov for et styrket samarbejde mellem de to forvaltninger.

Ca. 850 unge kontanthjælpsmodtagere under 30 år, som er tilknyttet Socialcentrenes Voksenteam er ligeledes i kontakt med Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen. Hvis ikke der ydes en målrettet indsats i form af beskæftigelsesrettede tiltag, risikerer en stor del af disse unge inden for en fem- til tiårig periode at overgå til førtidspension, med risiko for varigt at stå uden for arbejdsmarkedet.

---

arbejdsmarkedet. Matchgruppe 4 anvendes, når den ledige vil kunne varetage jobfunktioner på nedsat tid og/eller med begrænsede krav til kvalifikationer. Matchgruppe 5 anvendes for ledige, der aktuelt ikke har nogen arbejdsevne, der kan anvendes på det ordinære arbejdsmarked, se <http://www.bm.dk/sw19380.asp>

Der er behov for en indsats som er både målrettet og fleksibel, og som dermed er tilpasset den enkeltes behov, ressourcer og muligheder så indsatsen understøtter den enkeltes recoveryproces.

#### *Initiativ 6.2.A: Værktøj til afdækning af behov og udbytte af aktivitets- og beskæftigelsestilbud*

Der udvikles og anvendes et værktøj, der systematisk afdækker borgernes behov for og deres efterfølgende udbytte af aktivitets- og beskæftigelsestilbud. Værktøjet kan være en del af en egentlig funktionsevnevurdering. Vurderingerne skal indgå i borgerens handleplan og skal både kunne anvendes i forhold til de borgere, der er i de to forvaltningers fælles målgruppe, og de der alene er i Socialforvaltningens målgruppe (ufinansieret).

En anden gruppe er 3.500 førtidspensionister, som er tilknyttet Socialcentrenes Voksenteam. Det vurderes, at en hurtig indsats for målgruppen vil have en forebyggende effekt imod tilbagefald for udsatte psykisk syge. Formålet med en indsats i forhold til disse borgere er at styrke deres recoveryproces.

#### *Initiativ 6.2.B: Flere tilbud om beskyttet beskæftigelse og job med løntilskud.*

Det nedsættes en idégruppe med fællesrepræsentation af Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen og Socialforvaltningens bocentrene og samværs- og aktivitetsstederne med henblik på at få idéer til beskæftigelsestilbud til den fælles målgruppe. Idégruppen kan eventuelt overveje mulighederne for sociale jobkonsulenter (finansieret).

Eventuelle jobkonsulenter er ufinansieret.

Der skal desuden ydes en indsats, for at ”klargøre” de borgere, der ikke umiddelbart er i stand til at træde ind i de forskellige jobtilbud.

#### *Initiativ 6.2.C. Værested for unge*

Der etableres et nyt værested for unge psykisk syge, der skal tilbyde mange helt konkrete aktiviteter til hjælp, støtte og ”træning” i dagligdags funktioner/socialt kompetencer m.v. og fysiske aktiviteter. Det skal være et målrettet tilbud med en vis grad af behandlingselementer og der skal være et klart beskæftigelsesfokus. Erfaringerne fra et sådant tilbud kan evt. på sigt implementeres på andre væresteder til en bredere målgruppe (finansieret).

## **7. Afslutning: Indsatsområde – Analyse af lovgivning og organisatoriske barrierer**

Som de foregående afsnit har vist, er ansvaret for det offentlige støtte og hjælp til borgere med sindslidelser fordelt på en række aktører, der skal arbejde sammen om indsatsen for borgeren:

- De privatpraktiserende læger.
- Regionerne, som har ansvaret for den psykiatriske og somatiske behandling.
- Kriminalforsorgen.



- Den kommunale beskæftigelsesindsats.
- Den kommunale sociale indsats.

### **Situationen**

Man arbejder i de forskellige sektorer efter forskellige lovgivninger, der tilsammen ikke nødvendigvis danner et optimalt udgangspunkt for en helhedsorienteret indsats for borgere med psykiske lidelser.

#### *Barrierer i indsatsen for borgere der er svært belastet af deres sygdom*

Regionerne har ansvaret for den psykiatriske behandling af borgere med psykiske lidelser. Den psykiatriske behandling indebærer både ambulante behandling og mulighed for indlæggelse. Der er i helt særlige situationer mulighed for tvangsindlæggelse af borgere med psykiske lidelser.

En indlæggelse på en psykiatrisk afdeling kan være langvarig, men hospitalet kan ikke, som for en række år tilbage, fungere som borgerens permanente bolig. Det er i dag kommunernes opgave at tilbyde botilbud til borgere, der pga. deres psykiske lidelse og sociale situation ikke formår at klare sig i egen bolig, og som derfor har behov for et botilbud med omfattende social støtte. Kommunerne har ikke mulighed for at anvende tvang, heller ikke når det gælder medicinering, udadreagerende eller selvskadende adfærd.

Der er dog en gruppe af borgere, der er så svært belastet af deres sygdom, ofte i kombination med omfattende sociale problemer, at de selv efter lange perioder med indlæggelser, måske under tvang, fortsat er til stor gene for sig selv eller andre, når de udskrives til et kommunalt botilbud.

Nogle oplever desuden, at de pga. denne bratte overgang mellem tilbudene, og måske pga. et pres på "sengepladserne" i behandlingspsykiatrien, udskrives for blot kort tid efter at blive indlagt igen.

#### *Barrierer i indsatsen for borgere der er i en uafklaret situation ift. tilknytning til arbejdsmarkedet*

Med kommunalreformen 1. januar 2007 adskilte man beskæftigelsesindsatsen og den sociale indsats i hver sin sektor, om end begge dele fortsat er placeret i regi af kommunerne. Adskillelsen betyder, at de borgere, der modtager andre overførselsindkomster end førtidspension, og som er særligt socialt belastede, har en sagsbehandler i to forskellige kommunale forvaltninger. Det mindsker mulighederne for at etablere en helhedsorienteret indsats for de mest udsatte grupper, herunder borgere med psykiske lidelser.

Det er dog ofte sådan, at netop de grupper, der har behov for en indsats fra begge kommunale forvaltninger, også har det største behov for en koordineret indsats. Der er netop tale om en gruppe af borgere, som står i en uafklaret økonomisk og social situation, og som for norges vedkommende er yderligere belastede af også at have en psykisk lidelse, og som derfor også modtager hjælp fra behandlingspsykiatrien.

### **Målet**

Det er et delmål at få overblik over de strukturelle, lovgivningsmæssige og kapacitetsmæssige barrierer, der er for en helhedsorienteret indsats for borgere med omfattende sociale problemer og psykiske lidelser.

I forlængelse heraf er det et mål at påvirke lovgivningen og de forskellige sektorer organisering og kapacitetsmæssige prioriteringer i en sådan retning, at borgere med psykiske lidelser i højere grad kan drage nytte af samfundets muligheder og dermed opnå et værdigt og rimeligt liv.

### **Vejen**

Der skal gennemføres en analyse af de lovgivningsmæssige, organisatoriske og kapacitetsmæssige barrierer for en mere helhedsorienteret indsats for borgere med psykiske lidelser. Analysen vil blandt andet indeholde:

- En analyse af omfanget af genindlæggelser blandt de mest socialt belastede borgere med psykiske lidelser, og af i hvilken grad borgere med mange genindlæggelser fortsat profiterer af den psykiatriske behandling efter udskrivning,
- En analyse af de organisatoriske og lovgivningsmæssige barrierer for at etablere mere integrerede botilbud til borgere, der er så belastede af deres sindslidelse, at de i dag ikke profiterer fuldt ud af de adskilte sociale og behandlingsmæssige tilbud
- Der er i dag iværksat de såkaldte Opsøgende psykiatriske teams, der er et samarbejde mellem de psykiatriske afdelinger, den kommunale beskæftigelsesindsats og den kommunale sociale indsats. Erfaringerne med de opsøgende psykiatriske teams bør danne udgangspunkt for en analyse af de mulige gevinster ved en ændret lovgivning og/ eller organisering. Det kunne eksempelvis være ift. mulighederne for at samarbejde tættere om borgere, der har brug for en indsats fra de tre sektorer.

### *Initiativ 7.A: Analyse og dialog om lovgivningsmæssige barrierer*

Analyserne af de lovgivningsmæssige, organisatoriske og kapacitetsmæssige barrierer for en mere helhedsorienteret indsats for borgere med psykiske lidelser skal danne grundlag for en dialog på politisk niveau mellem Københavns Kommune og hhv. Folketinget og Region Hovedstaden (finansieret).

## Bilag: Faktaark

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*		8,5****	Ca. 14.125
Hjemmevejledere i egen bolig	Ca. 600 brugere***	Der anvendes ikke ventelister	62,7**	8.512-29.692**
Hjemmepleje til psykisk syge	3.674 brugere**		11,3**	Ca. 173.877
Støtte- og kontaktperson	Ca. 430 brugere***		50,4**	Ca. 16.800
Samværs- og aktivitetstilbud	Ca. 3.000 brugere***		6,4**	98.185**
Beskyttet beskæftigelse	65 pladser**			

\*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)