

A photograph of three people lying on their backs on a grassy field. A woman in a blue t-shirt is at the top, smiling with her eyes closed. A man in a white t-shirt with a black graphic print is on the left, also with his eyes closed. A man in a blue and white striped t-shirt is on the right, smiling with his eyes closed. The background is a lush green lawn.

# Strategiske pejlemærker for den kommunale socialpsykiatri



Januar 2012



## Strategiske pejlemærker for den kommunale socialpsykiatri

KL har valgt at sætte særligt fokus på, hvordan den kommunale socialpsykiatri bedst mulig kan støtte mennesker med sindslidelser i at mestre deres liv - nu og i fremtiden.

For der er et stigende pres på den kommunale indsats, og samtidig gør den stramme økonomi det nødvendigt at sikre, at det er den rigtige og effektive støtte, der tilbydes de forskellige behov, som borgere med sindslidelse har.

Derfor har KL udarbejdet dette strategipapir, som udpeger nogle strategiske pejlemærker og anbefalinger for den kommunale socialpsykiatri - til brug i den enkelte kommune og i kommunernes samarbejde.

Den kommunale socialpsykiatri er kernen i en moderne støtte til borgere med sindslidelse, hvor støtten ydes efter principper om recovery, rehabilitering, inklusion og nærhed i såvel de sociale tilbud som på beskæftigelses- og uddannelsesområderne.

Vi håber, at både pejlemærker og anbefalinger vil blive modtaget som en tilskyndelse til, at ledere på alle niveauer kan lægge en strategi for, hvordan de fagligt og organisatorisk ruster socialpsykiatrien i forhold til aktuelle udviklingsbehov.

Ved siden af disse pejlemærker arbejder KL med politiske initiativer over for regering og Folketinget, som skal styrke den samlede kommunale og regionale psykiatriindsats.

Rigtig god læse- og arbejdslyst!



Jan Trøjborg



Kristian Wendelboe

## Indledning

I 2010 gennemførte Dansk Sundhedsinstitut<sup>1</sup> en afdækning af opgaveudviklingen på psykiatriområdet. Rapporten viser en samfundsudvikling, hvor der er sat større fokus på psykiske lidelser, samtidig med at sengepladser nedlægges, og forløb afkortes i behandlingspsykiatrien.

Det betyder, at kommunerne i dag står over for at skulle vurdere og tilrettelægge deres socialpsykiatriske indsatser, så de kan rumme en stadig større gruppe borgere med dertil hørende komplekse behov.

Netop derfor er det vigtigt at have nogle strategiske pejlemærker at tage udgangspunkt i:

### KL's pejlemærker for socialpsykiatriske indsatser

1. *Recovery og rehabilitering* er grundprincipper for støtten til mennesker med psykiske lidelser.
2. *Sammenhæng, koordination og tidlig indsats* skal sikre, at borgere med psykiske lidelser og deres pårørende oplever helhed i indsatsen.
3. Et strategisk fokus på afklaring af *målgrupper, kerneopgaver* og fremtidige *kompetencebehov*.
4. Effekten af indsatser *dokumenteres* systematisk.
5. *Tværkommunalt samarbejde* om de særlige specialiserede indsatser, som den enkelte kommune ikke kan tilvejebringe alene.

Såvel pejlemærker som anbefalinger er udformet på baggrund af en tæt dialog med 16 kommuner og en spørgeskemaundersøgelse om udviklingstendenser i socialpsykiatrien. 88 procent af landets kommuner har besvaret spørgeskemaet. Tak til de 16 kommuner, som har bidraget med deres viden om området og til de mange, som har svaret på spørgeskemaet.

Pejlemærkerne bliver uddybet enkeltvis senere, men den korte version er:

### Pejlemærker – i den korte version

Rehabilitering er blevet en kerneopgave for socialpsykiatrien, og med Danmarks ratificering af FN's Handicapkonvention er retten til inklusion og lige muligheder blevet klart formuleret.

Samtidig vinder recoveryorienterede tilgange i stigende grad indpas i socialpsykiatrien. Recovery- og rehabiliteringstilgange må fastholdes og udvikles, også selv om de udfordrer mere traditionelle opfattelser af omsorg og tildeling af kompenserende hjælp.

---

<sup>1</sup> Dansk Sundhedsinstitut (2011): Opgaveudviklingen på psykiatriområder – opgaver og udfordringer i kommunerne i relation til borgere med psykiske problemstillinger.

KL's spørgeskemaundersøgelse illustrerer med al tydelighed, at kommunerne har sat psykosocial rehabilitering på dagsordenen. Der arbejdes med fleksible indsatser og med større grad af fx støttet beskæftigelse i ordinære jobs frem for beskyttet beskæftigelse og med egen individuel bolig frem for botilbud for at fremme borgerens mestring af eget liv.

Det indebærer, at myndigheds- og udførerenheder skal samarbejde og dygtiggøres til at give de rette indsatser under hensynstagen til brugernes livsproces og motivation. Det betyder også, at de mål for rehabiliteringsindsatsen, der formuleres sammen med borgeren, må være klare og formidlet, så alle involverede arbejder i samme retning. Der er derfor brug for at vurdere behovet for at udvikle de faglige metoder og kompetencer samt samarbejdsrelationer i kommunen.

Forskning viser, at tidlige indsatser kan forebygge og mildne forløbet af psykiske lidelser. Det medfører, at frontpersonalet skal have de rette kompetencer og redskaber, så de på kvalificeret vis kan screene og iværksætte tidlige indsatser. Tidlige indsatser kræver også, at der fra ledelsesniveau bakkes op om et tæt og koordineret samarbejde med bl.a. folkeskolen, beskæftigelses- og børne- og ungeområdet, idet viden og dokumentation ofte mistes i overgange.

I det hele taget er sammenhæng i forløb essentielt for et menneske med en sindslidelse. Kommunalreformen i 2007 lagde netop grundstenene til, at sammenhængen i de socialpsykiatriske indsatser kunne styrkes ved, at afstanden til vigtige områder som fx beskæftigelse, bolig og misbrug blev mindsket.

Sammenhængende forløb kræver koordinering og videndeling. Kommunerne er derfor nødsaget til at lægge energi i at fastlægge, hvordan de vil tilrettelægge koordinerende funktioner, og hvordan interne og eksterne samarbejdsflader formaliseres og styrkes. Hvad angår samarbejde rummer særligt samarbejdet med behandlingspsykiatrien, praktiserende læge, beskæftigelses- samt børne- og ungeområdet et stort udviklingspotentiale.

Som på alle andre kommunale områder skal indsatsen for mennesker med en sindslidelse tilrettelægges ud fra en ressourcevurdering. Vi ved alle, at kravet om nulvækst i den offentlige sektor har skabt udfordringer i kommunerne (og i regionernes psykiatri). Nytænkning er således nødvendig, når gode indsatser til en støt voksende gruppe af borgere skal udføres inden for de givne økonomiske rammer.

Den enkelte kommune må derfor gøre sig klart, hvad og hvem de socialpsykiatriske ydelser skal omfatte, sådan at kommunens samlede ressourcer udnyttes bedst muligt.

I den forbindelse kan socialpsykiatriske konsulentytelser til andre fagområder som fx beskæftigelsesområdet være en måde til at sikre sammenhæng og kvalitet i kommunens samlede opgaveløsning.

Den socialpsykiatriske organisering og indsats er i dag udfordret af, at vi ikke har tilstrækkelig viden om komparative organiseringer og indsatser, hvad der virker bedst og mest effektivt i forhold til hvilke målgrupper – og om organiserings betydning for fx stigmatisering af borgeren.

En række nyligt afsluttede projekter målrettet unge har fx dokumenteret, at tidlige og ”lette” (psykosociale) indsatser i folkeskolen og ungdoms- og erhvervsuddannelser kan have stor effekt for gennemførelse af en uddannelse, for unge som ellers er i risiko for at droppe ud på grund af psykosociale problemer.<sup>2</sup>

Det stiller det gode spørgsmål til lokal afklaring: Hvad bør hensigtsmæssigt klares i ”normalsystemet” (som fx i jobcentret, i folkeskolen m.v.) - og hvornår og hvordan bør ”specialområdet” komme i spil?

Der er således ikke nogen tvivl om, at en tilstrækkelig kommunal indsats for borgere med lettere psykiske lidelser hverken kan eller skal løftes alene i den egentlige socialpsykiatri, hvis antistigmatisering, normalisering og inklusion skal nyde fremme.

Uanset at der er behov mere praksisorienteret forskning på området for at identificere effektive indsatser til borgere med sindslidelse, så vil forskning og behovet for dokumentation af lokale initiativer indebære, at den enkelte kommune gør en større indsats for systematisk at arbejde med at dokumentere og følge op på effekter af indsatser.

Kommunalreformen skabte en udvikling, som gør, at mange borgere i dag tilbydes indsatser i det nærmiljø, hvor de og deres netværk bor. Det er for rigtig mange mennesker med sindslidelse en god udvikling. I nogle tilfælde kan en borger dog have behov for så specialiserede indsatser, at det rækker udover, hvad den enkelte kommune kan levere.

Det tværkommunale samarbejde må derfor fremmes ved, at kommuner strategisk vurderer hvilke tilbud, de i dag og fremover selv skal kunne yde til borgeren og hvilke, som kræver samarbejde med andre kommuner. De sociale rammeaftaler og kommunalt klyngesamarbejde er en vej til at sikre, at borgere med meget komplekse behov tilbydes den rette indsats.

De nævnte pejlemærker uddybes yderligere i de kommende afsnit. For at give læseren en dybere forståelse af det socialpsykiatriske landskab fokuserer det første afsnit på de udviklingstendenser og udfordringer, som bl.a. KL's spørgeskemaundersøgelse dokumenterer. I det efterfølgende afsnit uddybes de fem pejlemærker, og de suppleres med en række anbefalinger, som den enkelte kommune kan bruge som tjekliste i sit strategiarbejde.

---

<sup>2</sup>) Se rapport og plancher fra den afsluttende konference på: <http://www.kl.dk/Born-og-unge/Artikler/94293/2011/12/Materialer-fra-konferencen-om-Born-og-unge-med-psykiske-vanskeligheder/>

## **Den kommunale socialpsykiatri – lidt baggrundshistorie og nogle udviklingstendenser**

Kommunerne har de sidste 20-30 år gradvist udbygget og udviklet den kommunale socialpsykiatri. Det er sket i takt med udlægning og afinstitutionaliseringen af de statslige og amtslige institutioner. Udviklingen har været kendetegnet ved ”en glidende decentralisering”, hvor der regionalt og lokalt har været forskellig tilgang til psykiatrien og socialpsykiatrien: amterne havde forskellig praksis for, hvad de af etablerede institutioner og botilbud (og hvor de skulle ligge), og kommunerne havde ligeledes forskellig mod på selv at etablere tilbud.

Inden kommunalreformen var den kommunale socialpsykiatris tilbudsvifte primært kendetegnet ved støtte- og aktivitetstilbud og midlertidige botilbud. De fleste længerevarende botilbud og mange beskyttede værksteder var i amtsligt regi. Der var også stor variation kommunerne imellem. Nogle kommuner havde mange og specialiserede tilbud. Andre mindre kommuner havde primært grundlæggende støttetilbud.

Med kommunalreformen i 2007 overtog kommunerne det samlede myndigheds- og finansieringsansvar for socialpsykiatrien – og også ansvaret for beskæftigelse og misbrugsbehandling, som er to tæt relaterede indsatsområder til socialpsykiatrien. Afgrænsningen til den regionale behandlingspsykiatri blev ikke tydeligere, men borgere med psykiske lidelser fik bedre betingelser end tidligere for at modtage en samlet social indsats ud fra principper om nærhed, helhed og inklusion.

### *Udviklingstendens: Flere og mere komplicerede opgaver*

Udover de ændringer i opgavevaretagelsen, der fulgte med kommunalreformen, er kommunernes opgaver på psykiatriområdet generelt blevet flere og mere komplekse. Ændringerne skyldes bl.a. en øget diagnosticering af psykiske lidelser samt ikke mindst ændringer i behandlingspsykiatrien, hvor behandlingen centraliseres i færre enheder, indlæggelsesforløb afkortes, og borgere erklæres lægeligt færdigbehandlet og udskrives med flere problemstillinger end tidligere.

Antallet af borgere med (identificerede) psykiske lidelser er således steget markant. Mange af disse borgere har behov for hjælp fra de kommunale socialpsykiatriske tilbud, jobcentre, misbrugscentre og andre kommunale fagområder. Kommunerne har derfor fået et langt større ansvar for en række borgere med komplekse sammensatte behov, og som til tider kan være meget syge.

Den udvikling skaber et behov for, at den enkelte kommune internt styrker sammenhængen i indsatsen til borgere med psykiske lidelser. Udviklingen skaber også et stigende behov for, at kommuner og regioner koordinerer deres indsatser. Imidlertid kompliceres samarbejdet til tider af manglende enighed om begreber som behandling, pleje og rehabilitering samt et dårligt kendskab til hinandens rammebetingelser. Det kan have uheldige konsekvenser for de borgere og pårørende, som har brug for en sammenhængende indsats.

Det er slående, at mellem 70 og 78 procent af kommunerne oplever, at de i nogen eller høj grad har behov for at styrke samarbejdet med den regionale psykiatri og de praktiserende læger. De tal signalerer, at der er rum for udvikling.

#### Udfordringerne kort fortalt

- Kortere indlæggelsesforløb og flere syge borgere i kommunerne.
- Flere borgere med psykiske lidelser og behov for sociale indsatser.
- Flere borgere med komplekse problemstillinger og større koordinationsbehov.
- Flere unge med psykiske problemstillinger.
- Uklar arbejdsdeling og uklare begreber i samspillet mellem behandlingspsykiatri og kommune.

*Kilde: Opgaveudviklingen på psykiatriområdet i kommuner og regioner, DSI, 2011*

#### *En tilbudsvifte i forandring*

Samtidig med at opgaverne er steget i antal og kompleksitet, har recovery- og rehabiliteringsdagsordenen vundet indpas i den kommunale socialpsykiatri. Det har skabt øget fokus på områder som brugerinddragelse, inklusion og det, at psykisk lidelse ikke nødvendigvis er en kronisk sygdom uden udviklingspotentiale.

Tidligere udskrivning af borgere med komplekse sammensatte behov medfører desuden behov for flere ressourcer til socialfaglig udredning, så der sammen med borgeren og eventuelt dennes pårørende kan lægges en målrettet handleplan, frem for at der med det samme visiteres til et længerevarende botilbud.

De tilbud, der udvikles i kommunerne i disse år, afspejler naturligt disse tendenser og udfordringer. Mange kommuner er fx i gang med at ændre deres tilbudsvifte ved bl.a. at etablere nye tilbud i lokalområdet.

Efter kommunalreformen har 2/3 af kommunerne overtaget tidligere amtslige tilbud som bo-, aktivitets- og samværstilbud. Den socialpsykiatriske indsats er mange steder samlet i integrerede kommunale løsninger. Styrken ved den udvikling er, at borgere med psykiske lidelser i højere grad har mulighed for inklusion i nærmiljøet og for at få et sammenhængende tilbud dér, hvor de og eventuelt deres pårørende bor.

De tilbud, som kommunerne overtog fra amterne, er nogle steder videreført uændret, andre steder er tilbuddene moderniseret, kapaciteten er udbygget, og det faglige indhold er ændret. Nogle kommuner har desuden erstattet servicelovens botilbud med boliger i alment boligbyggeri.

Udviklingen af tilbudsviften kan forventes at fortsætte, da 85 procent af de adspurgte kommuner angiver, at de har konkrete planer om at ændre i socialpsykiatriens samlede tilbudsvifte i de kommende år. Ud af disse forventer ca. halvdelen at etablere nye tilbud, og 40 procent forventer at udvide eksisterende tilbud. Derudover har en tredjedel af kommunerne planer om at etablere mindre omfattende støtteformer, og ni procent har planer om at samarbejde med andre kommuner om tilbud.

Kommunerne oplever i stigende grad behov for tilbud uden for almindelig åbningstid, da nogle borgere har behov for at kunne kontakte en medarbejder i socialpsykiatrien om aftenen eller natten. Der er flere eksempler på, at når borgeren ved, at der er hjælp at hente døgnet rundt, så medvirker det til at forebygge tilbagefald og (gen-)indlæggelser.

Kommunerne oplever også, at der i stigende grad er behov for at udvikle flere indsatser målrettet unge med psykiske lidelser, om end mange allerede har forskellige indsatser til målgruppen. Det samme gør sig gældende i forhold til borgere med både en sindslidelse og et misbrug.

Samlet set viser spørgeskemaundersøgelsens afdækning af kommunernes tilbudsvifte nedenstående:

- 54 % har akuttilbud, 26 % har konkrete planer for etablering.
- 28 % har udredningspladser, 20 % har konkrete planer for etablering.
- 30 % har midlertidige botilbud som overgangstilbud mellem behandlingspsykiatri og socialpsykiatri, 20 % har konkrete planer for etablering.
- 61 % har psykosociale tilbud målrettet unge, 27 % har konkrete planer for etablering.
- 59 % har botilbud til unge sindslidende, 35 % har konkrete planer for etablering.
- 35 % har botilbud til borgere med dobbeltdiagnose, 21 % har konkrete planer for etablering.

De unge er den målgruppe, som flest kommuner har valgt at udvikle særlige indsatser til. Derefter følger borgere med ADHD og borgere med dobbeltdiagnoser. I forlængelse heraf viser spørgeskemaundersøgelsen, at socialpsykiatrien særligt ønsker at styrke sit interne samarbejde med børne- og ungeområdet, beskæftigelsesområdet og misbrugsområdet.

Tidens udviklingstendenser ses også i kommunernes vurdering af kompetencebehov og -udvikling. På myndighedsniveau oplever de særligt, at der er behov for at sætte fokus på udredning, samspil med udførerfunktionen samt recovery og rehabilitering.

På udførerniveau peger de på viden om særlige målgrupper, dokumentation, viden om misbrugsproblematikker samt recovery og rehabilitering som væsentlige områder. Dertil kommer, at en del kommuner forventer at ansætte flere sygeplejersker for at dække de stigende sundhedsfaglige opgaver i socialpsykiatrien inden for de næste fem år.

Kortlægningen giver således et signalement af en kommunal socialpsykiatri i forandring på en lang række fronter.



## Socialpsykiatriens kerneopgaver og udviklingsbehov

I det følgende uddybes de fem pejlemærker med konkrete anbefalinger til, hvad kommunerne bør medtænke i deres strategiske arbejde med at udvikle gode indsatser til mennesker med en sindslidelse.

### **1. Rehabilitering som grundprincip for indsatsen til mennesker med psykiske lidelser**

Socialpsykiatrien står i dag over for to overordnede faglige udfordringer. For det første er der brug for at udvikle faglige kompetencer til at styrke indsatsen for borgere, som er mere syge end tidligere og har mere komplekse behov. For det andet er der en klar erkendelse af, at en del borgere med psykiske funktionsnedsættelser kan komme sig, og alle uanset lidelsens karakter skal støttes i at mestre eget liv så meget som muligt.

Undersøgelser har således påvist, at psykisk sygdom ikke nødvendigvis er en livslang lidelse. For mennesker med skizofreni, hvilket typisk regnes for en svær og kronisk lidelse, peges der fx på, at mellem 25 og 50 procent kan blive helt eller delvist raske over tid.

Den erkendelse påvirker den kommunale socialpsykiatris arbejde med rehabilitering og recovery.

*Hvad er recovery og rehabilitering?*

Rehabilitering kan betragtes som den indsats, som professionelle stiller til rådighed for – i samarbejde med borgeren og eventuelt dennes pårørende - at understøtte borgerens recoveryproces<sup>3</sup>. I definitionen af recovery skelnes ofte mellem dem, der kommer sig helt og dem, der kommer sig socialt. Sidstnævnte betyder, at personen stadig kan have kliniske tegn på psykisk lidelse, men symptomerne forhindrer ikke, at personen deltager i det sociale liv.

At arbejde recoveryorienteret indebærer bl.a., at der skal skabes relationer og miljøer, som sigter på at motivere borgeren i at komme sig. Det kan være tidskrævende processer. Det må medtænkes i den organisatoriske tilrettelæggelse af rehabiliteringsarbejdet og i samarbejdet mellem myndighed og udfører.

#### **Rehabilitering**

Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt arbejdsproces mellem borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.

*Kilde: Hvidbogen om rehabiliteringsbegrebet, 2004*

---

<sup>3</sup> Videnscenter for Socialpsykiatri og Handicap, [www.socialpsykiatri.dk](http://www.socialpsykiatri.dk)

Rehabilitering som grundpræmis for arbejdet med mennesker med psykiske lidelser betyder således, at borgere i videst muligt omfang skal støttes i at leve et for dem meningsfuldt liv, fx med egen bolig, fritidsliv, uddannelse og beskæftigelse.

Det indbefatter et fokusskift, hvor ydelser - i det omfang det er muligt - omlægges fra en i høj grad kompenserende tilgang til en tilgang, der vedvarende støtter borgeren i at indtage en aktiv rolle i eget liv. Dvs. der ydes hjælp til selvhjælp i fuld overensstemmelse med principperne i serviceloven.

I praksis indebærer arbejdet med rehabilitering, at borgerens individuelle handleplan indeholder klar retning og mål, opfølgning og afslutning – så alle involverede parter trækker i samme retning. Hvis borgeren skal støttes i at klare noget selv, så skal medarbejderen turde ”slippe borgeren” og ikke gøre tingene for borgeren i sin egen forståelse af ”omsorg”.

Forudsætninger for en sådan mere målrettet tilgang er på udførerniveau metodeudvikling og udvikling af medarbejderkulturen. På myndighedsniveau stiller det krav om samarbejde med udførerne, en grundig visitation og løbende opfølgning, hvor ydelser revideres, hvis de ikke har den planlagte virkning.

Det er også væsentligt, at der sammen med borgeren tages stilling til, hvordan de pårørende kan inddrages i rehabiliteringsprocessen. De pårørende kan tillige have behov for information om, hvordan de bedst forholder sig til mennesker med en sindslidelse, ligesom de kan have brug for at møde andre pårørende og danne netværk.

Et vigtigt aspekt i arbejdet med rehabilitering er også generelt at understøtte borgerens evne til at skabe og fastholde sociale relationer. Det kræver, at der vedvarende må fokuseres på at udvikle indsatser, som bidrager til styrkelse af netværk. Det kan fx ske ved at udvikle og inddrage borgeren i gruppeforløb. Dertil kan civil- og lokalsamfundet aktivt inddrages som led i psykosocialt rehabiliteringsforløb. Det kan fx ske gennem etablering og brug af besøgsvenordninger og netværksfamilier, ligesom frivillige kan inddrages på væresteder og caféer. Det at give borgeren en central rolle i fx at drive aktivitetstilbud er også en mulighed.

Et centralt aspekt i rehabiliteringsarbejdet er i forlængelse heraf beskæftigelse. Det implicerer, at der må samarbejdes med borgeren og jobcenteret om mulighederne for ordinær eller støttet beskæftigelse.

Det at arbejde systematisk med recovery og rehabilitering har således indflydelse på arbejdskulturen og samspillet med brugerne, deres pårørende og andre netværk. Det medfører, at faglig udvikling på såvel udfører og myndighedsniveau er vigtig, da en gennemgribende kulturændring i faggrupper og institutioner i nogle tilfælde er nødvendig. I den forbindelse er det særligt vigtigt at få etableret en kultur, hvor medarbejdere tør ’give slip’ på borgeren.

*"Vi taler nu recovery og skal tænke mere i forløb. Derfor behøver vi måske ikke være så bange for at få flere ind i socialpsykiatrien, men vi skal kunne slippe borgeren igen" (Kommunedeltager i strategiprojekt)*

Det skal dertil nævnes, at nogle borgere har så svære psykiske funktionsnedsættelser, at en kombination af mere kompenserende sundhedsfaglige og socialpædagogiske indsatser kan være nødvendige. Det betyder, at tilbudsviften må tænkes bred og ikke mindst fleksibel, da mennesker med sindslidelser ikke befinder sig i en statisk livsproces.

***KL anbefaler, at:***

- Medarbejderne i de forskellige myndigheds- og udførerenheder rustes til at kunne arbejde med og sammen om recovery- og rehabiliteringsforløb.
- Der arbejdes aktivt med arbejdspladskulturens betydning for det rehabiliterende arbejde. Det kan fx ske som fælles kompetenceudviklingsforløb for medarbejdere og borgere.
- Borgere inddrages i udarbejdelse af handleplaner, og der udarbejdes klare mål for den individuelle rehabiliteringsindsats. Det kan fx være individuelle mål for borgerens kontakt til mennesker i nærmiljøet og fremmøde på arbejdsplads eller uddannelsesinstitution.
- Der etableres tæt samarbejde med jobcentre og andre relevante instanser om uddannelse og beskæftigelse til borgere med psykiske lidelser.
- Der arbejdes aktivt med at udvikle metoder, der understøtter inddragelse af brugere, pårørende og civilsamfundet.

## **2. Tidlig indsats, sammenhæng og koordinering i borgerforløb**

Sammenhæng og koordinering er helt centralt for såvel indsatsens virkning som for brugernes oplevelse<sup>4</sup>. Det kan være internt i kommunen, hvor fx job- og misbrugscenter og hjemmeplejen kan være involveret i en sag. Eksternt kan borgerne fx have kontakt til deres praktiserende læge, behandlingspsykiatrien, kriminalforsorgen, retspsykiatrien, det somatiske sygehusvæsen m.fl.

Sammenhæng og koordinering er også nødvendig, hvis der skal ske en effektiv tidlig indsats. Forskning viser, at en tidlig indsats i mange tilfælde vil kunne mildne forløbet af psykiske problemer og sygdom. En tidlig indsats kan både ske i socialpsykiatrien og i fx jobcentre og

---

<sup>4</sup> Socialministeriet har iværksat flere kommuneprojekter med fokus på tidlig indsats og udredning. Det drejer sig om Isbryderprojektet, der bl.a. har fokus på tidlig indsats i kommunerne samt 15M-puljen, der har fokus på at styrke indsatsen til mennesker med personlighedsforstyrrelser.

uddannelsessektoren. Derfor bør kommunen som *helhed* sikre, at der strategisk er fokus på tidlige indsatser i forhold til borgere med psykiske problemer og lidelser.

Der er indgang til kommunen "ad flere døre" for borgere med psykiske lidelser. Derfor skal det være tydeligt for borgeren, de pårørende og eksterne samarbejdspartnere, hvem der er tovholder. Kommunerne arbejder allerede nu med tovholderfunktioner i form af fx en koordinerende sagsbehandler og forløbskoordinatorer. Sådanne funktioner kan understøttes af bl.a. rundbordssamtaler, visitationsudvalg, forløbsbeskrivelser og netværksskørt.

Det er blot nogle af de metoder og organiseringsformer, som kan bruges, når der skal udvikles samarbejdsformer, der tager hånd om silotænkning samt kultur- og regelforskelle inden for de enkelte områder. Uanset hvilke metoder der vælges, skal det være klart for den medarbejder, som først 'spotter' borgeren, at vedkommende har ansvaret for at sætte handling bag.

Hvis samarbejde på tværs skal fungere, er der brug for en bred ledelsesmæssig opbakning. Et recoveryorienteret samarbejde skal også omfatte, at borgerens inddragelse er nødvendigt for at få gode indsatser. Som en kommunedeltager i strategiprojektet udtaler:

*"Borgeren skal med til bords. Man skal mødes om borgersagen. Det er det, som rykker. Både sagsbehandler- og lederniveau skal inddrages. Der skal være ledelsesmæssig opbakning."*  
(Kommunedeltager i strategiprojekt)

En tidlig indsats kræver, at det frontpersonale, der møder borgeren, har de nødvendige kompetencer og eventuelt screeningsredskaber, som kan hjælpe dem med at vurdere borgerens problemer. Det kræver også, at kommunen sikrer gode overgange fra børne- ungeområdet til voksenområdet, ligesom samspillet mellem socialområdet og beskæftigelsesområdet bør sikres.

Det skal bl.a. ses i lyset af, at både jobcentre og medarbejdere i socialpsykiatrien i stigende omfang er blevet opmærksomme på gruppen af unge med psykosociale problemer samt mennesker med stress og depression. Hvad angår de unge er mange karakteriseret ved at være uden for arbejdsmarkedet. Mange vil dog kunne støttes til at gennemføre uddannelse eller få et arbejde gennem en tidlig indsats i 'normalsystemet'. Det er dertil dokumenteret, at det har en god virkning, hvis disse unge hurtigt integreres på arbejdsmarkedet eller i uddannelsessystemet eventuelt med tilknyttet støtte.

I nogle tilfælde kan en tidlig indsats kræve adgang til særlige ressourcepersoner, da forløbet ikke altid vil finde sted internt i socialpsykiatrien. Kommunen kan derfor med fordel tage stilling til på hvilke måder, socialpsykiatriens medarbejdere kan bidrage med konsulentfunktioner. Der er fx eksempler på, at socialpsykiatrien skræddersyr socialpædagogiske forløb til unge i jobcenterregi med fokus på at lære dem at håndtere deres lidelse i et job- eller



uddannelsesforløb. Det kan være en måde at drage nytte af de faglige og økonomiske ressourcer i kommunen som helhed.

Som nævnt kræver tidlige og sammenhængende indsatser ofte et godt samarbejde med eksterne parter. Det at styrke samarbejde med behandlingspsykiatrien og praktiserede læger er derfor et meget vigtigt indsatsområde. I forsøg på at styrke disse samarbejdsflader har nogle kommuner haft god gavn af at benytte fx udskrivningskoordinatorer. Andre har gjort brug af dialogredskaber og kortvarige jobroteringsordninger for at styrke forståelsen for hinandens rammebetingelser. Uanset rammebetingelser er det dog helt centralt, at kommunen fastholder behandlingspsykiatrien på at overholde kravet om en udskrivningsplan for borgeren efter en hospitalsindlæggelse.

Sundhedsaftalerne kan bruges konstruktivt til at udarbejde både fælleskommunale og individuelle aftaler med behandlingspsykiatrien. De kan også bruges som udgangspunkt for at lave fællesanalyser og deraf følgende fælles initiativer. Konstruktive sundhedsaftaler kræver naturligvis, at der investeres energi i både at udarbejde og implementere aftalerne i behandlings- og socialpsykiatrien. Her kan kommunerne med fordel arbejde systematisk med videndeling om de erfaringer, de gør sig i forhold til gode udskrivnings- og integrerede forløb.

***KL anbefaler, at:***

- Det sikres, at frontmedarbejdere har de nødvendige kompetencer og værktøjer til at varetage en tidlig indsats.
- Der fastlægges mål og metoder for en tidlig og sammenhængende indsats i kommunen i forhold til borgere med psykiske lidelser.  
Det indbefatter, at kommunen tager stilling til, hvordan deres specialiserede indsats skal forankres i kommunen, og hvordan samarbejdet mellem socialpsykiatrien og øvrige kommunale områder skal organiseres evt. med konsulentfunktioner.
- Sundhedsaftalerne bruges som afsæt til at styrke og udvikle de muligheder, som samarbejdet med behandlingspsykiatrien rummer. Det omfatter, at der arbejdes systematisk med at implementere aftalerne blandt frontpersonalet både i socialpsykiatrien og i fx job- og misbrugscentre.
- At der er mulighed for at yde en tidlig, massiv indsats til borgere, særligt med lettere psykiske lidelser, hvor der er gode muligheder for en hurtig bedring. Det kan være en god investering for såvel borger som for kommunen på længere sigt.

### **3. Strategisk fokus på målgrupper, kerneopgaver og fremtidige kompetencebehov**

Det er et faktum, at kommunerne oplever, at en langt større gruppe med psykiske problemstillinger har brug for støtte til at mestre deres hverdagsliv og komme sig over en psykisk lidelse. Det stiller krav om en grundig vurdering af, hvor opgaverne bedst løses i den kommunale organisation.

Det betyder, at kommunen bør definere, hvilke ydelser der hører under socialpsykiatriens kerneopgaver. Kommunen bør også fastlægge grader af intensitet i og forventet varighed af indsatsen alt afhængig af borgerens problemstilling og livssituation. Det er i den forbindelse væsentligt at vurdere, om der er behov for fagligt at løfte indsatsen for særlige målgrupper i kommunen.

#### *Nogle typiske indsatsniveauer i socialpsykiatrien*

Ved at opdele de socialpsykiatriske indsatser i nogle ydelsestyper kan der dannes et overblik, som kan hjælpe den enkelte kommune med den strategiske prioritering og udvikling. Til inspiration har KL med hjælp fra de 16 projektkommuner opdelt socialpsykiatriens ydelser til borgere i tre niveauer.

Niveauerne er adskilt ud fra et kontinuum af intensitet i og karakteren af indsatser. I alle tre ydelsesniveauer indgår et rehabiliteringssigte. I forhold til den enkelte borger er ydelsesniveauerne ikke statiske, da samme borger i takt med forbedring eller eventuelt periodisk forværring kan flytte niveau.

Helt generelt skal ydelser altid tildeles på baggrund af en socialfaglig udredning og ikke en psykiatrisk diagnose i sig selv. Her skal peges på, at der i fællesskab mellem Socialministeriet, KL og en række kommuner er udviklet en Voksenudredningsmetode (ofte forkortet VUM), som indgår i et samlet sagsbehandlingssystem og dækker redskaber til brug fra borgerens henvendelse til udredning, udarbejdelse af handleplan, bestilling af indsats, opfølgning og revurdering. Et redskab som med fordel kan bruges på tværs i en stor del af kommunen.

#### *Ydelsesniveau 1*

Borgerens behov dækkes af en mindre og ikke-intensiv indsats. En ydelse kan fx bestå af et par timers støtte om ugen. Det kan være i grupper eller individuelt med fokus på mestring af hverdagsliv. I den forbindelse er det væsentligt, at kommunen vedvarende udvikler og eksperimenterer med gruppeforløb, da de kan have en gavnlig effekt for mange borgere. Da borgeren kan være tilknyttet distriktspsykiatrisk center, skal samarbejdet med distriktspsykiatrien og ofte praktiserende læge medtænkes i indsatsen.

I ydelsesniveauet kan også indgå forskellige indsatser med særlig fokus på uddannelse og beskæftigelse. I den forbindelse må der vedvarende fokuseres på at metodeudvikle det rehabiliterende arbejde for at højne kvalitet og effekt.

### *Ydelsesniveau 2*

Borgerens behov dækkes af en mere intensiv social indsats, som der kan skrues op og ned for i perioder. Rehabilitering er en primær ydelse, men kompleksiteten i borgerens situation gør, at der er behov for, at ydelserne systematisk tilrettelægges som en helhedsorienteret indsats. Der kan her være behov for forskellige akutte funktioner. I ydelsesniveauet kan derfor medtænkes indsatser som fx sociale akuttillbud, bostøtte, hjemmesygepleje, en tæt kobling mellem psykosocial støtte og misbrugsbehandling og ikke mindst behandlingspsykiatrien samt praktiserende læge.

Der bør være opmærksomhed på, hvordan der etableres virkningsfulde og inddragende forløb for borgere, der får støtte på dette ydelsesniveau. Det kan fx handle om at sammensætte ydelser på en ny måde, skabe flow i indsatsen, prioritere gruppeforløb frem for individuelle og fokusere på netværksdannelse. Det kan også betyde, at kommunen skal prioritere ressourcer til kortere, men mere intensive forløb med henblik på at støtte borgeren i hurtigt at mestre eget liv.

### *Ydelsesniveau 3:*

Borgerens behov dækkes af længerevarende og omfattende socialpsykiatriske indsatser, behandlingspsykiatriske indsatser og ofte somatisk behandling. Det betyder hyppigt, at indsatsen bedst ydes i et midlertidigt eller længerevarende botilbud. Støtten kan tilrettelægges individuelt og i kombination med gruppetræning. Sidstnævnte er en metode, som flere kommuner angiver som effektiv i forhold til at fremme borgerens udvikling.

Tilrettelæggelsen af indsatserne forudsætter et tæt samarbejde med behandlingspsykiatrien, som har ansvaret for at yde psykiatrisk udredning og behandling. Det ansvar er væsentligt at fastholde. Der kan være tilfælde, hvor kommunen finder det hensigtsmæssigt at varetage psykiatriske udredningsopgaver, fordi udredningen varetages bedst i borgerens nærmiljø. Det skal da aftales i regi af sundhedsaftalerne.

Bl.a. på grund af de kortere indlæggelsesforløb må det forventes, at der i fremtiden vil være øget behov for sundhedsfaglige og socialpædagogiske ressourcer til at varetage opgaver i forhold til fx koordination og observation af borgerens tilstand. Kommunen bør derfor fremadrettet planlægge sit ressourcebehov.

### *Lighed i sundhed*

Uanset ydelsesniveau bør der i kommunen sættes fokus på sundhedsfremme og forebyggelse i forhold til mennesker med en sindslidelse. Et nordisk forskningsprojekt, hvor Danmark har deltaget, har vist, at borgere med psykiske lidelser lever 15-20 år kortere end gennemsnitsdanskere. Det skyldes bl.a., at disse borgere ofte har en usund livsstil kombineret med et medicinforbrug. Dertil bliver deres symptomer på somatisk sygdom til tider overset i behandlingssystemet<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Sindbladet nr. 3, juni 2011

Sundhedsfremme og forebyggelse handler om mange ting. Der skal både fokuseres på alkohol, rygning, kost og motion men også på, om borgeren fx har symptomer på forhøjet blodtryk og diabetes. Borgerens forståelse og mestring af egen sygdom, medicinindtag og netværk er også forhold, der har stor indflydelse på borgerens sundhedstilstand.

Kommunen bør derfor arbejde målrettet med, hvordan den inddrager og motiverer mennesker med en sindslidelse til at indgå i sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter. Aktiviteterne kan både tilrettelægges som en integreret del af den socialpsykiatriske indsats eller som et særskilt indsatsområde i fx sundhedscentre.

I mange tilfælde kan der internt i kommunen med fordel sættes fokus på at udvikle samarbejdet med sundhedsområdet og hjemmesygeplejen. Dertil er naturligvis brug for et tæt samarbejde med den behandlingsansvarlige læge, hvad angår medicin og anden psykiatrisk behandling.

Mange mennesker med en sindslidende har også et misbrug af alkohol og euforiserende stoffer. Det kan være en vanskelig opgave at støtte disse mennesker, og frontmedarbejdere har i de tilfælde brug for både viden om psykiske lidelser og misbrugsproblematikker. Misbrugsområdet og socialpsykiatrien kan derfor med fordel drage nytte af hinandens respektive kompetencer bl.a. i forhold til at fastholde borgeren i en eventuel misbrugsbehandling.

#### **KL anbefaler, at:**

- Socialpsykiatriens kerneydelser defineres og opdeles i niveauer, evt. med afsæt i ovenstående ydelsesniveauer. Arbejdet indbefatter også at afgrænse kernemålgruppen for de socialpsykiatriske ydelser og fokusere på udvikling af boligstrategier, idet boform (bostøtte) har stor betydning for, hvordan indsatsen ydes.
- Der udvikles vedvarende metoder og tilbud, som fremme rehabiliteringsindsatsen på ydelsesniveauer.
- Den fremtidige kompetenceudvikling i socialpsykiatrien fastlægges ud fra en strategisk vurdering af, hvordan de social- og sundhedsfaglige opgaver skal løses fremadrettet.
- Fokus på samarbejdet mellem socialpsykiatrien og sundhedsområdet skærpes for at sikre, at borgere med psykiske lidelser inddrages aktivt i sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter. I tilrettelæggelsen af sundhedsfremmende aktiviteter kan kommunen med fordel overveje, hvordan civilsamfundet inddrages.
- Der udvikles metoder og tilbud i forhold til borgere med en sindslidelse og et sideløbende misbrug. Dertil sikres det, at der er et tæt samspil mellem misbrugsområdet og socialpsykiatrien.



#### **4. Systematisk arbejde med at dokumentere effekter af indsatser**

I Danmark er der ikke stor tradition for at forske i og dokumentere effekter af indsatser inden for socialpsykiatrien.

Det er dog væsentligt, at indsatser og metoder dokumenteres og evalueres for at sikre kvalitet, kontinuitet og udvikling i de enkelte borgerforløb og i organisationen som helhed. Dokumentations- og evalueringsredskaber skal således betragtes som værktøjer, der både kan medvirke til at styrke fagligheden og effektiviteten i indsatser på flere niveauer.

Det nødvendiggør, at der løbende sættes klare mål og succeskriterier for indsatserne. I socialpsykiatrien som helhed vil det fx være relevant at opstille mål for, hvorvidt borgerne kommer i (støttet) beskæftigelse, flytter fra botilbud til egen bolig, antallet af genindlæggelser og ikke mindst borgertilfredshed.

Det er også vigtigt, at dokumentationen tager udgangspunkt i borgerens sag, hvor en grundig udredning gerne skal munde ud i en handlingsplan udarbejdet i samspil med borgeren. Handlingsplanen kan netop bruges til at vurdere, hvorvidt indsatsen medvirker til, at borgeren når de opstillede mål.

Som tidligere nævnt har KL, Socialministeriet og en række kommuner udviklet voksenudredningsmetoden (VUM) og sagsbehandlingsredskaber, der dækker hele sagsbehandlingsprocessen. Den kan derfor også benyttes til at opsamle ledelsesinformation til faglig udvikling af områder, da relevante oplysninger om borgeren registreres løbende og systematisk. Metoden kan således både medvirke til at skabe en sammenhængende indsats og til strategisk vurdering af hvilke metoder og indsatser, der virker i forhold til hvilke målgrupper.

Det skal dertil nævnes, at flere kommuner er begyndt at bruge eSundhed, som er Sundheds- og Indenrigsministeriets informationssystem. Systemet giver kommunen mulighed for at følge, analysere og sammenligne den kommunale medfinansiering på psykiatriområdet på forskellige parametre, fx kommune, køn, alder og diagnose. ESundhed kan benyttes til fx at screene, om der er behov for særlige indsatsområder i forhold til bestemte målgrupper.

#### **KL anbefaler, at:**

- Kommunerne benytter systematisk udredning og tværfaglige sagsbehandlingsredskaber som fx voksenudredningsmetoden i sagsbehandlingen.
- Det sikres, at medarbejdere har de nødvendige kompetencer til at arbejde med dokumentation og evaluering, og at der arbejdes med at udvikle en evalueringskultur på såvel myndigheds- og udførerniveau.

- Der arbejdes systematisk med at dokumentere effekter af indsatser; faglige som organisatoriske. Det kan med fordel fokuseres på yderligere metodeudvikling, videndeling og ikke mindst vælges samarbejdskommuner til løbende erfaringsudvikling.

### **5. Tværkommunalt samarbejde om de specialiserede indsatser, som den enkelte kommune ikke kan tilvejebringe alene.**

Kommunalreformen satte en positiv udvikling i gang, hvor kommunerne i stigende grad varetager indsatserne for egne borgere.

Nogle indsatser kræver imidlertid samarbejde med fagpersoner og/eller specialiserede tilbud med særlige kompetencer, som rækker udover, hvad den enkelte kommune kan levere. Det kan for nogle kommunernes vedkommende fx gøre sig gældende i forhold til personer med en sindslidelse og sideløbende misbrug, meget udadreagerende personer og domfældte.

Derudover kan særligt de mindre kommuner ”mangle” et tilstrækkeligt antal borgere i en målgruppe til at kunne etablere fx et konkret botilbud. De har derfor behov for at sælge eller købe pladser til/i andre kommuner. Hvad angår sociale akuttilbud viser foreløbige erfaringer, at bl.a. behandlingspsykiatrien og politiet nogle steder ser det som en barriere for samarbejde, at de kommunale akuttilbud udelukkende modtager borgere, som bor i kommunen. Det kan derfor være nærliggende, at kommuner afprøver modeller for tværkommunale akuttilbud.

De sociale rammeaftaler og klyngesamarbejde kan benyttes til at støtte en hensigtsmæssig udvikling af tilbud, sådan at de borgere, som har behov for en særlig specialiseret indsats, også tilbydes den. Det forudsætter, at den enkelte kommune tager stilling til, hvilke ressourcer den selv har, og hvilke den må skaffe sig gennem samarbejde med andre kommuner.

#### **KL anbefaler, at:**

- Den enkelte kommune tager stilling til hvilke socialpsykiatriske opgaver, den selv kan løse, og hvilke opgaver der nu og fremadrettet kræver tværkommunalt samarbejde i rammeaftaleregi eller som klyngesamarbejde.



# **Den nære psykiatri**

## **– en styrket kommunal indsats**



**KL lancerede i november 2011 et udspil om Den nære psykiatri – en styrket kommunal indsats. Læs udspillet og se flere nyheder fra KL på:**

**<http://www.kl.dk/Fagomrader/Social-service/Udsatte-voksne/Sindslidende/>**