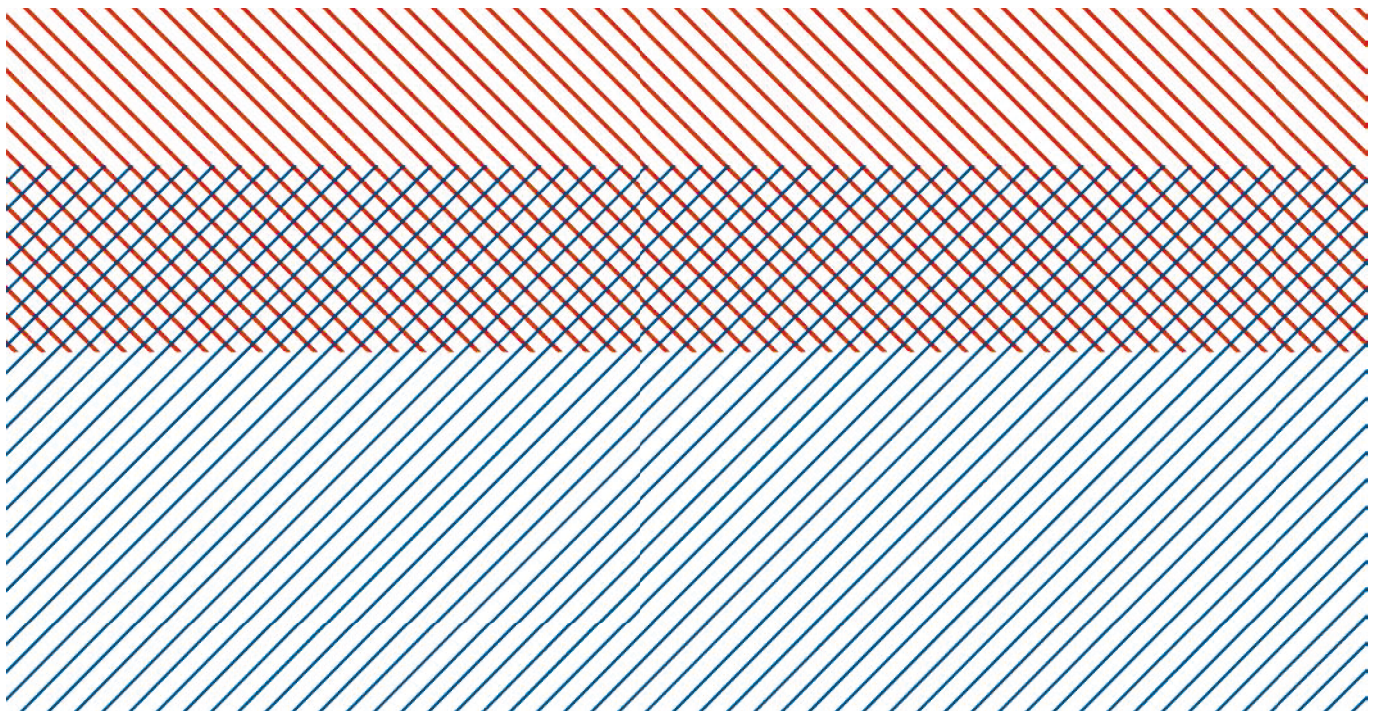


Rapport

Kompleksitet i borgersager og opgaveløsning i socialpsykiatrien

En kvalitativ undersøgelse i fire kommuner



Lars Benjaminsen, Sigrid Trier Grønfeldt & Maya Christiane Flensburg Jensen

Kompleksitet i borgersager og opgaveløsning i socialpsykiatrien – En kvalitativ undersøgelse i fire kommuner

© VIVE og forfatterne, 2018

e-ISBN: 978-87-7119-510-1

Projekt: 100774

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVE blev etableret den 1. juli 2017 efter en fusion mellem KORA og SFI. Centeret er en uafhængig statslig institution, som skal levere viden, der bidrager til at udvikle velfærdssamfundet og den offentlige sektor. VIVE beskæftiger sig med de samme emneområder og typer af opgaver som de to hidtidige organisationer.

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

I denne rapport præsenterer vi resultaterne af en kvalitativ undersøgelse i fire kommuner af opgaveløsningen i den kommunale socialpsykiatri. Undersøgelsen skal bl.a. ses på baggrund af de forandringer, der gennem de senere år er sket på det psykiatriske område med et stigende antal borgere, der diagnosticeres med psykiske lidelser, mens der på behandlingssiden derimod er sket et fald i den gennemsnitlige indlæggelsestid og en stigning i antallet af genindlæggelser. Sideløbende med denne udvikling har det socialpsykiatriske område været igennem et betydeligt paradigmeskifte til en recovery-orienteret og rehabiliterende tilgang, hvilket har afspejlet sig i både omlægninger af tilbud og i en ændret tilgang til borgeren.

Set i dette lys har undersøgelsen haft til formål at afdække, hvad der kendetegner udviklingen i målgruppen af borgere, der benytter socialpsykiatriens tilbud, med særlig fokus på borgere med komplekse støttebehov, og hvilken betydning denne udvikling har for opgaveløsningen i socialpsykiatrien. Undersøgelsen belyser disse forhold set ud fra et kommunalt perspektiv gennem interview med ledere og medarbejdere i de fire kommuner.

Undersøgelsen er udarbejdet af VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd på foranledning af Kommunernes Landsforening.

De fire kommuner deltager i anonymiseret form i rapporten, og vi takker de medarbejdere og ledere i kommunerne, der har medvirket som interviewpersoner i undersøgelsen.

Hanne Ramsbøll, der er koordinator for udvikling og implementering i socialpsykiatrien i Skanderborg Kommune, har været referee på rapporten, og vi takker for gode og konstruktive kommentarer til manuskriptet.

Rapporten er udarbejdet af seniorforsker Lars Benjaminsen, der har været projektleder for undersøgelsen, videnskabelig assistent Sigrid Trier Grønfeldt og forsker Maya Christiane Flensborg Jensen. Katrine Frøslev-Thomsen har været studentermedhjælp på undersøgelsen.

Kræn Blume Jensen, afdelingschef
2018

Indhold

Sammenfatning	6
Undersøgelsens fokus	6
Borgere med komplekse støttebehov og kompleksitet i opgaveløsningen.....	7
Omstilling af de socialpsykiatriske tilbud og håndtering af kompleksitet	8
Samspillet med de regionale behandlingstilbud.....	10
Konklusion og perspektivering	11
Datagrundlag.....	12
1 Indledning og baggrund.....	13
1.1 Fokus og undersøgelsesspørgsmål.....	13
1.2 Baggrund	14
1.3 Rapportens opbygning.....	16
2 Metode og data	17
3 De fire kommuner.....	19
4 Komplekse borgersager og udvikling i målgruppen	21
4.1 Flere unge med komplekse problemer	22
4.2 Borgere med misbrugsproblemer og samtidig psykisk lidelse.....	26
4.3 Borgere med somatiske støtte- og plejebehov	31
4.4 Borgere med psykiske lidelser og kognitive funktionsnedsættelser	34
4.5 Borgere med etnisk minoritetsbaggrund.....	37
4.6 Sammenfatning.....	40
5 Bostøtte i eget hjem og borgere på botilbud	42
5.1 Tilbudsviften mellem bostøtte og botilbud	42
5.2 Udvikling og omstilling af bostøtteindsatsen i eget hjem.....	44
5.3 Ændret målgruppe for botilbud	48
5.4 Sammenfatning.....	53
6 Koordinering og samarbejde med andre kommunale indsatser.....	54
6.1 Generel koordination mellem tilbud	54
6.2 Koordinering og samarbejde med misbrugsområdet.....	57
6.3 Koordinering og samarbejde med hjemmeplejen	59
6.4 Koordinering og samarbejde med beskæftigelsesområdet	64
6.5 Sammenfatning.....	67
7 Samspillet med behandlingspsykiatrien	68
7.1 To forskellige tilgange til psykiske lidelser i regioner og kommuner.....	68
7.2 Samarbejde vedrørende indlæggelsesforløb.....	70
7.3 Samarbejde og udfordringer vedrørende udskrivning	75
7.4 Det løbende samarbejde med behandlingspsykiatrien og distriktskykiatrien.....	79
7.5 Sammenfatning.....	84

8	Rehabiliterende metoder og faglighed	86
8.1	Fra omsorg til udvikling	86
8.2	Konkrete metoder og tilgange.....	87
8.3	Sammenfatning.....	97
9	Aktiviteter og netværksskabende tilbud.....	99
9.1	Behov for netværksskabende aktiviteter og tilbud	99
9.2	Behov for uformelle tilbud uden visitation	102
9.3	Aktivitets- og beskæftigelsestilbud til unge	104
9.4	Tilbud og aktiviteter i civilsamfundet	105
9.5	Sammenfatning.....	107
	Litteratur	109

Sammenfatning

I denne rapport præsenterer vi resultaterne af en undersøgelse af socialpsykiatrien i fire kommuner. Undersøgelsen har særligt fokus på at belyse, hvilke forandringer der sker i målgruppen af borgere med de mest komplekse støttebehov, og hvad denne udvikling betyder for opgaveløsningen i den kommunale socialpsykiatri.

Baggrunden for undersøgelsen er, at forskellige undersøgelser generelt viser, at der sker forandringer i målgruppen af borgere med psykiske lidelser. Der er gennem de senere år generelt sket en betydelig stigning i andelen af befolkningen, der får stillet en psykiatrisk diagnose. Stigningen har været særligt kraftig i de yngre aldersgrupper (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013). Samtidig sker der forandringer i andre grupper, der delvist overlapper med målgruppen for de socialpsykiatriske indsatser, fx er der sket en stigning i antallet af unge med misbrugsproblemer.

Stigningen i andelen af borgere, der diagnosticeres med psykiske lidelser, afspejler sig også i et stigende pres på det psykiatriske behandlingssystem. Der er gennem de senere år sket en stigning i antallet af indlæggelser, men et fald i den gennemsnitlige længde af indlæggelserne. Samtidig er antallet af genindlæggelser steget (Danske Regioner, 2016; Madsen m.fl., 2011). Det er ændringer, der må forventes at have betydning for opgaveløsningen på det socialpsykiatriske område i kommunerne.

Gennem de senere år er der endvidere sket betydelige ændringer i behandlingen og indsatsen for borgere med psykiske lidelser. Det gælder både i den regionale behandlingspsykiatri og i den kommunale socialpsykiatri, hvor der er sket et omfattende paradigmeskifte til en recovery-orienteret og rehabiliterende tilgang. Det er forskelligt, i hvilken grad sådanne forandringer i tilgange og metoder er slået igennem og implementeret lokalt, herunder i hvilken grad de understøttes af omlægninger af indsatser og tilbud samt af organisatoriske forandringer. Forandringer i socialpsykiatriens målgruppe og støttebehov skal derfor ses i sammenhæng med både forandringer i behandlings- og støttesystemerne og ændringer i de faglige og metodiske tilgange til borgeren i både den psykiatriske behandling og den sociale indsats.

Undersøgelsens fokus

Vi belyser ud fra en kvalitativ tilgang, hvilke forandringer i målgrupperne for de kommunale socialpsykiatriske tilbud der opleves i de fire kommuner, og hvilken betydning disse forandringer har for opgaveløsningen i socialpsykiatrien. I undersøgelsen har vi særligt fokus på, hvilke problemstillinger hos borgerne, der opleves som særligt komplekse af medarbejderne i socialpsykiatrien. Det kan være borgere, der samtidig med en psykisk lidelse også har andre alvorlige sociale og helbreds-mæssige problemstillinger. Komplexiteten kan også udspringe af symptomerne på den psykiske lidelse, fx i form af social angst og isolation, som ofte er forbundet med svære psykiske lidelser.

Vi belyser, hvilken betydning kompleksiteten i borgernes støttebehov har for opgaveløsningen, og hvordan kompleksiteten håndteres i den daglige indsats, samt hvilke udfordringer medarbejderne oplever i forhold til at imødekomme borgernes støttebehov. Vi ser også på, hvordan kompleksiteten i borgernes støttebehov håndteres i forskellige typer af tilbud inden for socialpsykiatrien, fx for de borgere, der modtager social støtte i eget hjem, og de borgere, der bor på et botilbud. I den forbindelse belyser vi betydningen af de omlægninger, der har været i de socialpsykiatriske tilbud gennem de senere år i kommunerne, fx omlægninger mellem forskellige typer af botilbud og udvik-

lingen af bostøtteindsatsen i eget hjem. Vi belyser, hvad disse ændringer betyder i forhold til opgaveløsningen omkring borgere med komplekse støttebehov.

Undersøgelsen ser desuden på, hvordan medarbejdere og ledere i den kommunale socialpsykiatri oplever, at kompleksiteten i borgernes støttebehov håndteres i samspil med andre aktører, der indgår i den samlede indsats for borgerne. Det gælder både andre kommunale indsatser, fx hjemmeplejen, misbrugsbehandlingen og beskæftigelsesområdet, men også de regionale psykiatriske behandlingstilbud. Der ses her på koordinering og samarbejde mellem de forskellige aktører og på de barrierer og udfordringer, der opleves at være i forhold til at skabe helhed og sammenhæng i indsatsen for borgeren. I den forbindelse skal det understreges, at rapporten afdækker samspillet med øvrige kommunale og regionale aktører set fra et kommunalt socialpsykiatrisk perspektiv. Regionernes perspektiv på samspillet er således ikke belyst i rapporten. Det samme gælder de andre kommunale aktørers oplevelse af samarbejdet omkring borgeren.

Undersøgelsen er baseret på interview med ledere og medarbejdere i socialpsykiatrien i fire udvalgte kommuner, der er anonymiserede i undersøgelsen. De fire kommuner repræsenterer forskellige typer af kommuner i form af en stor bykommune, en mellemstor bykommune, en mindre bykommune og en landkommune. De fire kommuner er samtidig udvalgt ud fra en forventning om, at de viser en spændvidde i de problemstillinger, rapporten belyser. Kommunerne er fx forskellige i forhold til udformningen af de sociale indsatser, og de repræsenterer endvidere forskellige eksempler på udviklingen mod implementering af en recovery-orienteret tilgang til borgeren. Det skal dog understreges, at resultaterne af en undersøgelse i fire kommuner ikke nødvendigvis kan generaliseres til at tegne et billede på landsplan og på tværs af alle landets kommuner. Rapportens analyser illustrerer imidlertid en række problemstillinger og tematikker, der formentlig er genkendelige i langt hovedparten af landets kommuner.

Borgere med komplekse støttebehov og kompleksitet i opgaveløsningen

I de fire kommuner tegner interviewene med ledere og medarbejdere et billede af de forandringer, der sker i socialpsykiatriens brugergruppe. Et gennemgående træk er en oplevelse af, at der er et stigende antal sårbare og skrøbelige unge med forskellige former for komplekse problemstillinger. Det er unge, som mangler helt basale færdigheder i forhold til at håndtere dagligdagen.

Der meldes bl.a. om flere unge, der samtidig med en psykisk lidelse også har misbrugsproblemer, navnlig i forhold til misbrug af hash og kokain. Særligt blandt unge mænd med komplekse misbrugsproblemer er der ofte også problemer med følgekriminalitet og udadreagerende adfærd, hvilket giver en høj grad af kompleksitet i støttebehovene. Det er udfordrende for disse unge at fungere i egen bolig, hvilket kræver en intensiv social støtte, ligesom det også er vanskeligt at rumme de unge med komplekse misbrugsproblemer på botilbuddene.

Der er endvidere en stigende gruppe af primært yngre kvinder med emotionelt ustabil personlighedsforstyrrelse af borderline-typen. Denne gruppe beskrives som særligt vanskelig at rumme på botilbuddene, da der ofte opstår konflikter, både i forhold til personalet og de øvrige beboere. Her opleves det som mere hensigtsmæssigt at give disse borgere en individuel social støtte i egen bolig.

Der meldes også om et stigende antal yngre kvinder med spiseforstyrrelser. For denne gruppe knytter kompleksiteten sig til, at der samtidig med de psykosociale støttebehov også er behov for en tæt støtte i forhold til de fysiske og ernæringsmæssige aspekter af spiseforstyrrelsen. Her er der fokus på at støtte borgeren i at spise og på at yde støtte i forhold til de fysiske følgevirkninger af spiseforstyrrelsen. Det indebærer et behov for en intensiv social støtte i det daglige.

Der opleves desuden at være et stigende antal borgere med somatiske plejebehov, ikke mindst i takt med at der bliver flere ældre beboere på de socialpsykiatriske botilbud. De somatiske plejebehov opstår både som følge af livsstilsproblemer som dårlig ernæring, overvægt og rygning, ligesom der kan være tale om følgevirkninger af langvarige misbrugsproblemer. De somatiske plejebehov betyder, at der er behov for et tæt samarbejde med hjemmeplejen, hvilket opleves at give anledning til forskellige problematikker vedrørende koordinering og ansvarsfordeling. Disse problematikker handler i henhold til interviewene om plejeområdetets kompetencer til og forudsætninger for at kunne varetage det komplekse samspil mellem de psykiatriske og somatiske støttebehov for disse borgere. Her opleves der desuden en forskel i tilgangen til borgeren mellem den socialpædagogiske og udviklingsorienterede tilgang i socialpsykiatrien og den omsorgs- og plejeorienterede tilgang i hjemmeplejen. I alle de fire kommuner er der fokus på behovet for at varetage disse pleje- og sundhedsrelaterede opgaver, og der ses forskellige løsninger på, hvordan man i socialpsykiatrien koordinerer og samarbejder omkring at levere en indsats til borgeren med fokus på både de psykiatriske og somatiske støttebehov. I en af kommunerne er der eksempelvis etableret et specialiseret hjemmeplejeteam med socialpsykiatriske kompetencer, som i denne kommune organisatorisk er placeret i regi af socialpsykiatriens bostøtteindsats.

En tilsvarende problematik gør sig gældende i forhold til en anden målgruppe, nemlig borgere, der både har en psykisk lidelse og en kognitiv funktionsnedsættelse. Også for denne gruppe er der tale om komplekse støttebehov, hvor der opleves at være behov for at inddrage neuropædagogiske kompetencer i opgaveløsningen, men hvor sådanne kompetencer ofte ikke er tilgængelige i tilstrækkeligt omfang i indsatsen.

Der meldes også om en stigende udfordring vedrørende borgere med etnisk minoritetsbaggrund, hvor medarbejderne ofte oplever, at sproglige og kulturelle barrierer skaber en større kompleksitet i støttebehovene. Det gælder bl.a. i forhold til at arbejde socialpædagogisk og udviklingsorienteret, da sådanne kognitive processer netop er afhængige af sproget som redskab.

Endelig er der generelt en betydelig problematik omkring de komplekse støttebehov for borgere med psykiske lidelser og samtidige misbrugsproblemer. Det er en velbeskrevet problematik på det sociale område og beskrives i interviewene som en fortsat betydelig problematik. I alle kommunerne meldes der om udfordringer med at finde de rette tilbud til denne gruppe med "dobbelt diagnose". På en del botilbud optages borgere med aktivt misbrug ikke af hensyn til den samlede gruppe af beboere og i forhold til tilbuddets personalemæssige normering og bemanning, der ikke nødvendigvis er målrettet gruppen med komplekse misbrugsproblemer. Der meldes også om udfordringer i forhold til at give denne gruppe en tilstrækkelig støtte i egen bolig. Både blandt medarbejdere i botilbuddene og i bostøtten opleves det endvidere som en udfordring, at misbruget betyder, at det ofte ikke er muligt at arbejde socialpædagogisk med borgeren i et udviklings- og recovery-perspektiv. I stedet bliver indsatsen præget af "brandslukning" i forhold til at håndtere borgerens ofte kaotiske problemstillinger her og nu i en hverdag, hvor misbruget dominerer. Samtidig oplever man i flere kommuner, at der mangler botilbud til denne gruppe. I en af kommunerne nævnes det, at kommunen primært køber pladser i andre kommuner til denne gruppe, mens der også peges på, at disse borgere i nogle tilfælde ikke får noget tilbud, og at de i stedet må tage ophold på herberger for hjemløse borgere (§ 110-boformerne).

Omstilling af de socialpsykiatriske tilbud og håndtering af kompleksitet

Samtidig med at kompleksiteten af støttebehovene i målgruppen er under forandring, er der i flere af de deltagende kommuner også sket en betydelig omstilling af de socialpsykiatriske tilbud gen-

nem de senere år. I alle kommunerne har den generelle udvikling i retning af en recovery-orienteret tilgang med fokus på rehabilitering sat sit præg. Det har betydet et skifte til en mere udviklingsorienteret, socialpædagogisk tilgang, der i vid udstrækning har afløst en mere omsorgsorienteret tilgang, som ikke i samme grad havde fokus på at støtte borgeren i at blive mere selvhjulpnen i hverdagen. I nogle af kommunerne er skiftet i fokus og tilgang også blevet understøttet af en betydelig omstilling og omlægning af indsatsen og tilhørende organisatoriske ændringer. Ikke mindst har der været fokus på at udvikle den sociale bostøtte i eget hjem (serviceloven § 85), hvor der i flere af kommunerne har været fokus på at kunne tilbyde en mere intensiv og fleksibel bostøtteindsats, ligesom der har været fokus på udviklingen af specialiserede team til forskellige målgrupper. Kommunerne er dog ikke lige langt i denne udvikling og omstilling.

I en af kommunerne er der som led i en større recovery-orienteret omstilling af den sociale indsats sket en betydelig udvikling af bostøtteindsatsen. Her lægges der i langt højere grad end tidligere vægt på at kunne yde en intensiv og fleksibel bostøtteindsats i borgerens eget hjem. Ifølge både ledere og medarbejdere muliggør den mere intensive og fleksible bostøtteindsats, at der kan ydes en mere specialiseret støtte i eget hjem til borgere med komplekse støttebehov. Støtten i eget hjem opleves at give bedre mulighed for at facilitere borgerens recovery-proces og for at imødekomme de komplekse støttebehov hos den del af målgruppen, der opleves at være i vækst, fx unge med komplekse problemer og borgere med spiseforstyrrelse. I en anden kommune meldes der om lignende erfaringer med at give en mere intensiv og fleksibel bostøtteindsats, som giver bedre mulighed for at støtte borgere med komplekse problematikker i eget hjem.

I den førstnævnte kommune er styrkelsen af bostøtten blevet ledsaget af en reduktion i antallet af pladser på de længerevarende botilbud (serviceloven § 108). Det er oplevelsen blandt de interviewede ledere og medarbejdere, at flere borgere kan støttes i eget hjem med den mere intensive bostøtteindsats, og at færre derfor har brug for et botilbud. Det er erfaringen i kommunen, at de borgere, der fortsat har brug for botilbud, ikke er karakteriseret ved bestemte typer af psykiatiske problemstillinger, men snarere har det til fælles, at de allerede har boet på botilbud en stor del af deres liv og derfor har været igennem en langvarig "institutionalisering". Det er kommunens forventning, at den mere fleksible bostøtteindsats vil gøre det muligt i højere grad at undgå ophold på botilbud for "nye" borgere og ikke mindst for de unge.

Der er dog også kommuner, hvor det ikke i samme grad er praksis at yde en så intensiv og fleksibel bostøtte. Særligt i en af kommunerne bevilges der kun sjældent bostøtte af et omfang på mere end 5 timer om ugen, og i denne kommune opleves det generelt som en større udfordring at give borgere med komplekse støttebehov en tilstrækkelig specialiseret og intensiv støtte i eget hjem. Selvom der også i denne kommune er fokus på at arbejde recovery-orienteret, og der arbejdes ud fra et socialpædagogisk og udviklingsorienteret perspektiv, har denne tilgang ikke været ledsaget af tilsvarende ændringer i indsatsens struktur og rammer, som det var tilfældet i den førstnævnte kommune.

Mens der i den ene af de fire kommuner er gennemført en markant omlægning og reduktion i antallet af pladser på botilbud efter udviklingen af bostøtteindsatsen, har der i de øvrige kommuner ikke været samme reduktion i antallet af botilbudspladser. Dog har der i flere af de andre kommuner været omlægninger på botilbuddene. Særligt i to af kommunerne er der sket en omlægning af længerevarende botilbud efter servicelovens § 108 til i stedet at være et botilbudslignende tilbud efter almenboliglovens § 105 med tilhørende social støtte efter servicelovens § 85. Omlægningen opleves at have understøttet et større fokus på den socialpædagogiske tilgang i indsatsen, hvor der lægges vægt på at støtte borgeren til at blive mere selvhjulpnen i dagligdagen. Der meldes dog samtidig om, at omlægningen indebærer udfordringer i forhold til den stigende gruppe af beboere

med somatiske plejebehov, idet plejedelen i højere grad var et integreret element i indsatsen på § 108-botilbuddet.

I interviewene beskrives det i en del tilfælde, hvordan der opleves forskelle i tilgangen til borgeren mellem det udviklingsorienterede socialpædagogiske fokus i socialpsykiatrien og andre tilgange til borgeren i andre støttesystemer, herunder navnlig den omsorgsorienterede tilgang i hjemmeplejen. I en del tilfælde beskrives det også i interviewene, hvordan det udviklingsorienterede fokus i den socialpsykiatriske indsats generelt udfordres af kompleksiteterne i borgernes støttebehov, fx i forbindelse med misbrugsproblemer, somatiske plejebehov eller kognitive funktionsnedsættelser. Her beskriver medarbejderne, hvordan de i en del tilfælde oplever, at det ikke er muligt at arbejde udviklingsorienteret og rehabiliterende, fx når et stof- eller alkoholmisbrug nødvendiggør et primært fokus på skadesreduktion eller håndtering af akutte situationer i relation til misbruget. Det italesættes også, at der opstår en modsætning i forhold til den opgave, der er bestilt og beskrevet fra kommunens myndighedsafdeling, der ofte har et udviklingsorienteret fokus.

Samspelet med de regionale behandlingstilbud

De regionale tilbud til borgere med psykiske lidelser er generelt en vigtig samarbejdspartner i den kommunale socialpsykiatriske indsats. Det gælder behandlingspsykiatrien, der både omfatter de psykiatriske afdelinger på hospitalerne og den lokale distriktspsykiatri. Ligeledes omfatter de regionale tilbud de praktiserende læger, der bl.a. spiller en væsentlig rolle omkring indlæggelser. Som nævnt afdækker rapporten samspelet mellem de regionale og kommunale tilbud set fra et kommunalt perspektiv, og regionernes perspektiv på samspelet og samarbejdet er dermed ikke belyst i rapporten.

I interviewene med de kommunale medarbejdere fremhæves det, at der ofte kan være forskelle i tilgangen til og synet på borgeren. En del medarbejdere oplever, at der i behandlingspsykiatrien er et overvejende medicinsk og sygdomsorienteret fokus, mens der i socialpsykiatrien i højere grad er et socialpædagogisk fokus på borgerens hverdagsproblemer. Det kan i henhold til interviewpersonerne give en række udfordringer, både ved indlæggelser og udskrivninger. Interviewpersonerne oplever, at der er en særlig problematik omkring de korte indlæggelser i behandlingspsykiatrien. Medarbejderne i socialpsykiatrien oplever ofte, at borgeren ikke er klar til at blive udskrevet, og at borgerens situation forværres igen, så snart borgeren kommer ud af det skærmede miljø på en hospitalsafdeling og tilbage i sit hverdagsliv. De oplever, at nogle borgere ikke er tilstrækkeligt stabiliseret ved udskrivelse, og at det giver en risiko for hyppige genindlæggelser.

Samarbejdet mellem den kommunale socialpsykiatri og den regionale behandlingspsykiatri vedrører også borgere med en behandlingsdom. Samarbejdet mellem den kommunale socialpsykiatri og de retspsykiatriske behandlingstilbud i regionerne fremhæves generelt som godt, men ligesom i det øvrige psykiatriske behandlingssystem oplever kommunerne, at der er udfordringer, når der ikke er sengekapacitet nok i retspsykiatrien. I disse tilfælde indlægges borgere med dom (og ofte udadreagerende adfærd) i stedet i den almene behandlingspsykiatri. Herfra udskrives borgerne, ifølge medarbejderne i socialpsykiatrien, ofte for hurtigt, fordi de er til gene for personalet og de andre indlagte patienter i behandlingspsykiatrien.

Der fremhæves også en problematik omkring borgere med aktivt misbrug, som medarbejderne i socialpsykiatrien oplever oftere afvises i behandlingspsykiatrien med henvisning til misbrugsproblemerne. Det opleves, at behandlingspsykiatrien har vanskeligt ved at håndtere borgere med udadreagerende adfærd, og at disse borgere i stigende grad udskrives med henvisning til, at bor-

gerens problemer primært er adfærdsbetingede, snarere end at de er udtryk for akutte symptomer på den psykiske lidelse.

I to af kommunerne er der en betydelig geografisk afstand til den nærmeste sengeafdeling i behandlingspsykiatrien. I den ene af disse kommuner var der tidligere en psykiatrisk sengeafdeling, men den blev nedlagt for få år siden, og der opleves nu at være opstået en væsentlig større afstand, ikke kun for borgeren, men også i samarbejdet mellem den kommunale socialpsykiatri og den regionale behandlingspsykiatri. I disse tilfælde oplever interviewpersonerne, at der ikke i samme grad som tidligere er et tæt samarbejde omkring den enkelte borger. Afstanden opleves som en udfordring i forbindelse med både ind- og udskrivninger, hvor der opstår et øget behov for ledsageopgaver. I de tilfælde, hvor der er blevet lang afstand til en sengeafdeling, fremhæves samarbejdet med den lokale distriktspsykiatri som særligt vigtigt. Her opleves der en højere grad af fagligt fællesskab i tilgangen til borgeren, da både socialpsykiatrien og distriktspsykiatrien har kontakten med borgeren i hverdagen.

Der opleves ofte også udfordringer i samarbejdet med egen læge, hvor det er oplevelsen blandt de interviewede medarbejdere i socialpsykiatrien, at det kan være meget personbåret, hvorvidt den almene læge har den fornødne viden om psykiske lidelser. Der er også en oplevelse af, at det kan være en udfordring at få almen læge til at tage ud og tilse borgeren i akutte situationer.

Konklusion og perspektivering

Undersøgelsens resultater peger på, at der sker forandringer i socialpsykiatriens målgruppe, idet der af ledere og medarbejdere opleves en stigning i en række grupper, der er karakteriseret ved komplekse problemer og støttebehov. Det gælder forskellige grupper som udsatte unge, herunder unge med misbrugsproblemer, borgere med somatiske plejebehov og borgere, der samtidig med en psykisk lidelse også har en kognitiv funktionsnedsættelse. De komplekse støttebehov skaber kompleksitet i opgaveløsningen, herunder behovet for en omfattende koordinering med andre indsatsler både inden for kommunen og i de regionale tilbud.

Samtidig tegner interviewmaterialet et billede af, hvordan det socialpsykiatriske område i kommunerne i meget vid udstrækning fortsat er præget af det store paradigmeskifte til en recovery-orienteret og rehabiliterende indsats, der er sket gennem de senere år. Der er gode eksempler på, hvordan elementer i denne omstilling har medvirket til, at medarbejderne er bedre klædt på til at håndtere kompleksitet i borgernes støttebehov. Det gælder ikke mindst i de kommuner, hvor der er foretaget en strategisk og systematisk udvikling af bostøtteindsatsen til at kunne give en mere intensiv og fleksibel social støtte i eget hjem. Det opleves i disse kommuner, at det med denne indsats er muligt i højere grad at imødekomme borgernes komplekse støttebehov i eget hjem, hvorved det for en del borgeres vedkommende samtidig er muligt at undgå ophold på botilbud.

Interviewmaterialet fra de fire kommuner tegner også et billede af forandringer på botilbudsområdet. Der er flere eksempler på omlægninger af botilbud fra længerevarende § 108-botilbud til botilbudslignende tilbud efter almenboliglovens § 105 med tilhørende social støtte efter servicelovens § 85. Disse omlægninger afspejler også en omlægning fra et mere traditionelt omsorgsorienteret tilbud til et større fokus på en udviklingsorienteret socialpædagogisk indsats med henblik på at styrke borgerens selvhjulpethed i hverdagen. Der opleves dog også udfordringer ved disse omlægninger, bl.a. i form af, at den omsorgs- og plejeorienterede del af indsatsen i nogen grad nedtones. Det opleves særligt som en udfordring i forhold til at imødekomme støttebehovet hos den stigende gruppe af beboere med somatiske plejebehov.

Kompleksiteten i støttebehovene hos borgerne og den medfølgende kompleksitet i opgaveløsningen opleves imidlertid også i en del tilfælde som en udfordring i forhold til at arbejde udviklingsorienteret og rehabiliterende. Det gælder som nævnt særligt i forhold til borgere, der samtidig med den psykiatriske problematik også har misbrugsproblemer, somatiske plejebehov eller kognitive funktionsnedsættelser. Her opleves der ofte at være en modsætning mellem den udviklingsorienterede tilgang i socialpsykiatrien og andre tilgange i andre støttesystemer som den omsorgsorienterede tilgang i hjemmeplejen.

På den måde kan forandringerne i socialpsykiatriens målgruppe og de komplekse støttebehov, der kendetegner forskellige borgergrupper, på en og samme gang ses som forhold, der skaber kompleksitet i opgaveløsningen, og som forhold, der aftegner en kerneopgave i forandring, og som påkalder nye måder at udforme og organisere indsatsen på. Rapportens eksempler viser, hvordan det er centralt, at omstillingen til en recovery-orienteret og rehabiliterende tilgang understøttes af omlægnings i indsatsens udformning og organisering. Dette er fx illustreret ved eksemplet fra den kommune, hvor der er foretaget en vidtgående omlægning af den sociale bostøtte til i højere grad at kunne give en intensiv og fleksibel indsats, når det er nødvendigt for at imødekomme borgerens støttebehov. Det er således tydeligt i materialet, at de kommuner, som er "længst" i forhold til denne omstilling, samtidig er dem, der bedst er rustet til at håndtere den stigende kompleksitet i borgernes støttebehov.

Datagrundlag

Der er gennemført kvalitative interview med ledere og medarbejdere i socialpsykiatrien i alle fire kommuner, ligesom der i alle fire kommuner er interviewet en forvaltningschef med overordnet ansvar for området. Der er i alt interviewet 37 personer. Medarbejderne fordeler sig på forskellige typer af tilbud, hvor der både er interviewet medarbejdere på botilbud og medarbejdere i den udgående bostøtte. I tre af kommunerne har det desuden været muligt at foretage observationer på teammøder på enten botilbud eller i et bostøtteteam med henblik på at studere, hvordan der arbejdes med den enkelte borgers tematikker, og med særligt fokus på at iagttage, hvordan borgere med komplekse støttebehov håndteres på teammøder. De fire kommuner indgår anonymt i undersøgelsen af hensyn til at sikre en åbenhed i interviewene omkring udfordringer og kompleksitet i opgaveløsningen, ligesom anonymiteten skyldes et hensyn til at kunne anvende beskrivelser af komplekse borgerforløb, der benyttes som case-eksempler i rapporten.

1 Indledning og baggrund

Denne rapport præsenterer resultaterne af en kvalitativ undersøgelse af, hvad der aktuelt kendetegner udviklingen i opgaveløsningen i den kommunale socialpsykiatri. Undersøgelsen har fokus på opgaveløsningen i relation til de allermest komplekse borgersager og på de forandringer i målgrupperne for socialpsykiatriens tilbud, som kommunerne aktuelt iagttager og oplever på området. Undersøgelsen er baseret på kvalitative interview med ledere og medarbejdere i socialpsykiatrien i fire udvalgte kommuner, der er anonyme i undersøgelsen. Undersøgelsen er foretaget på foranledning af Kommunernes Landsforening og er gennemført af VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Undersøgelsens formål er at afdække, hvad der, set fra et kommunalt perspektiv, kendetegner udviklingen i socialpsykiatriens målgruppe med et særligt fokus på borgere med komplekse problematikker og støttebehov. Det kan være borgere, der ud over en psykisk lidelse også har andre alvorlige sociale og helbredsmæssige problemer, som fx misbrugsproblemer eller kroniske, fysiske lidelser. I undersøgelsen belyses det ud fra kvalitative interview, hvilke forandringer medarbejderne på området oplever blandt socialpsykiatriens brugere, og hvilken betydning forandringer i målgruppens problemstillinger (både psykiatriske og ikke-psykiatriske) har for opgaveløsningen i socialpsykiatrien. Her ses der på problematikker med at håndtere kompleksitet i borgersagerne, ligesom undersøgelsen har fokus på at beskrive, hvordan samspillet og samarbejdet med andre dele af behandlings- og velfærdssystemet påvirker indsatsen og opgaveløsningen i socialpsykiatrien. Rapporten har særligt fokus på at afdække betydningen af disse forhold for borgere på de socialpsykiatriske botilbud og borgere, der modtager social bostøtte i eget hjem.

1.1 Fokus og undersøgelsesspørgsmål

Undersøgelsen afdækker en række centrale problemstillinger i forhold til, hvad der – set fra et kommunalt perspektiv – kendetegner udviklingen i socialpsykiatriens målgrupper, og hvad kompleksiteten i borgernes livssituation betyder for opgaveløsningen i socialpsykiatrien. Det undersøges, hvordan opgaverne og kompleksiteten tilgås af kommunerne i praksis med henblik på at gøre opgaven mindre kompleks. Ligger kompleksiteten fx i at koordinere den rigtige indsats for borgeren sammen med andre kommunale og regionale aktører? Og hvordan spiller forandringer i socialpsykiatriens målgruppe sammen med ændringer i tilbuddenes organisering i forhold til, hvad der gør opgaveløsningen mere eller mindre kompleks? Dette er nogle af de spørgsmål, som denne rapport beskæftiger sig med.

De undersøgelsesspørgsmål, som vi belyser kommunernes perspektiv på, er:

- Hvad der aktuelt kendetegner udviklingen i brugergruppen på det socialpsykiatriske område med fokus på udviklingen i grupper med komplekse problemer
- Hvornår og hvordan medarbejderne oplever borgersager som særligt komplekse og udfordrende
- Hvilken betydning, den aktuelle udvikling i brugergruppen har for opgaveløsningen på det socialpsykiatriske område
- På hvilke måder kompleksiteten og udviklingen i borgernes støttebehov håndteres i indsatsen, og hvilke udfordringer der kan identificeres
- Hvilke aktuelle problematikker der kan identificeres i forhold til snitflader til andre sektorer, herunder betydningen af udviklingen i behandlingspsykiatrien, misbrugsbehandlingen, beskæftigelsesområdet og på det somatiske område

- Hvordan disse problematikker opleves og håndteres organisatorisk og i praksis både set ud fra ledelsens og medarbejdernes perspektiv
- Hvordan kompleksiteten håndteres i praksis i det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, der udspiller sig omkring borgerne i de socialpsykiatriske tilbud.

1.2 Baggrund

Socialpsykiatrien i kommunerne udgøres af de kommunale sociale tilbud, der retter sig mod at støtte borgere med psykiske lidelser i deres hverdagsliv. Derved adskiller den kommunale socialpsykiatri sig fra de behandlingsmæssige tilbud i hospitalspsykiatrien og distriktspsykiatrien, der hører under regionerne. Den kommunale socialpsykiatriske indsats udgøres af en række tilbud, der primært ydes i regi af serviceloven, og omfatter bl.a. længerevarende botilbud efter servicelovens § 108, midlertidige botilbud efter § 107, social støtte efter § 85 ("bostøtte"), aktivitets- og samværstilbud efter § 104, uvisiterede tilbud som akuttibud efter § 82 og opsøgende indsats efter § 99. Disse ydelser kan dog også gives til andre målgrupper end borgere med psykiske lidelser, og det er således ikke alle tilbud under disse paragraffer, der er en del af socialpsykiatrien.

Socialpsykiatrien befinder sig i et krydsfelt, hvor der ydes støtte til borgere med psykiske lidelser og vanskeligheder, samtidig med at disse borgere ofte også har en række øvrige sociale og helbredsmæssige udfordringer. Det kan fx være relateret til misbrugsproblemer og øvrige helbredsproblemer, der bl.a. rummer problematikker omkring sundhed og livsstil (Bengtson & Knudsen, 2013; Bengtsson m.fl., 2013; Johansen & Børsting-Andersen, 2014; Johansen m.fl., 2012).

Kompleksiteten af borgerens støttebehov betyder, at de socialpsykiatriske tilbud i høj grad indgår i et samspil med andre dele af velfærdssystemet, både sociale tilbud og behandlingstilbud, der yder støtte og behandling i forhold til andre områder af borgerens liv. Heri ligger ofte en problematik omkring at udrede kompleksiteten af borgerens problemer og i at koordinere, hvilke tilbud og indsatser der kan bidrage med forskellige elementer af den samlede indsats for borgeren. Det indebærer også snitfladeproblematikker i forhold til at afklare, hvilke indsatser, borgeren har behov for, og hvem der leverer de forskellige dele af indsatsen. Særligt for borgere, der samtidig med de psykiatriske problemstillinger har komplekse sundhedsproblemer, kan de socialpsykiatriske medarbejdere støde på problematikker og støttebehov, som ligger uden for deres kompetenceområder, og som de oplever egentlig hører til i andre sektorer i velfærdssystemet.

1.2.1 Forandringer i det psykiatriske behandlingssystem

Forandringer i opgaverne og opgaveløsningen i socialpsykiatrien skal ses i lyset af udviklingen på psykiatriområdet generelt. Der er gennem de senere år sket en betydelig stigning i antallet af borgere, der har kontakt med det psykiatriske behandlingssystem, og i antallet af borgere, der får stillet en psykiatrisk diagnose. Stigningen er særligt sket inden for diagnosegrupperne med udviklingsforstyrrelser som ADHD og autisme, personlighedsforstyrrelser og angstlidelser, mens de store diagnosegrupper, skizofreni og depression, er steget i mindre omfang (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013, s. 36-55). Samtidig er antallet af personer, der registreres med stof- eller alkoholmisbrug samtidig med en psykisk lidelse, steget kraftigt (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013, s. 16). Sideløbende med stigningen i antallet af borgere, der får stillet en psykiatrisk diagnose, er antallet af psykiatriske sengepladser reduceret på landsplan, og det gennemsnitlige antal indlæggelsesdage er faldet. Denne udvikling er generelt sket over en længere periode. Allerede i 2011 viste en undersøgelse, at antallet af borgere med kontakt til det regionale psykiatriske behandlingssystem steg med ca. 40 pct. fra 2000 til 2008, mens det samlede antal sengedage faldt med ca. 20 pct.

(Madsen m.fl., 2011: s. 7). Udviklingen er fortsat gennem de seneste år, hvor antallet af patienter i behandling i voksenpsykiatrien er steget med ca. 19 pct. fra 2012 til 2016 (Danske Regioner, 2016: s. 8). Mens den gennemsnitlige længde af en indlæggelse er faldet, er antallet af genindlæggelser steget fra ca. 21 pct. i 2012 til ca. 24 pct. i 2016 (Danske Regioner, 2016: s. 18).

Der er således sket ændringer i både antallet af borgere med kontakt til psykiatrien og ændringer i psykiatriens behandlings- og indlæggelseskapacitet, hvilket må forventes også at have betydning for opgaveløsningen i socialpsykiatrien. Det skyldes, at gruppen af mennesker med svære psykiske lidelser i mange tilfælde ikke kan klare sig uden social støtte efter udskrivning, og det er kommunernes opgave at yde støtte til disse borgere enten i form af støtte i deres eget hjem eller på et botilbud. Tidligere forskning har i den forbindelse påpeget, at udviklingen mod tidligere udskrivinger af borgere med svære psykiske lidelser fra det psykiatriske behandlingssystem betyder, at opgaverne på det socialpsykiatriske område forandrer sig i retning af en mere omfattende og kompleks opgaveløsning for medarbejderne i socialpsykiatrien (Madsen m.fl., 2011). Det stiller større krav til de socialpsykiatriske medarbejders evner til at håndtere komplekse problemstillinger, der skal løses i krydsfeltet mellem systemer med forskellige kulturelle, organisatoriske og faglige grundlag (Bengtsson & Knudsen, 2013; Eskelinen m.fl., 2006).

1.2.2 Komplexitet i støttebehov og opgaveløsning

I den hverdagslige praksis vil det ofte være bostøttemedarbejdere eller medarbejdere på botilbudet, der i første række konfronteres med aktuelle problemstillinger i borgerens liv, som kan kræve respons og indsatser fra andre dele af velfærdssystemet. Dette stiller i stigende grad medarbejderne i socialpsykiatrien over for komplekse og mangefacetterede arbejdsopgaver i hverdagen. Her kan det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde omkring borgeren udfordres af fagligt divergerende problemdefinitioner, ligesom det kan være en udfordring at inddrage og samarbejde med øvrige dele af velfærds- og behandlingssystemet i indsatsen for borgere med komplekse problemer (Johansen & Børsting-Andersen, 2014).

Hvad der i én kontekst opfattes som komplekst, er ikke nødvendigvis det samme i en anden. Fx kan kompleksitet i opgaven variere fra kommune til kommune afhængigt af, hvordan socialpsykiatrien er forankret lokalt og organisatorisk. Herunder kan det have betydning for opgavens kompleksitet, hvorledes socialpsykiatrien spiller sammen med øvrige indsatser samt de forvaltninger i kommunen, som der koordineres med i opgaveløsningen. Men kompleksitet kan også knytte sig til særlige borgerproblematikker, som i særdeleshed vanskeliggør eller udfordrer opgaveløsningen, som fx borgere med dobbeltdiagnoser eller borgere med etnisk minoritetsbaggrund. Her er det ikke nødvendigvis selve den psykiske lidelse og diagnosen, der udgør det komplekse. Det er i stedet fx forhold vedrørende borgerens kognitive eller fysiske funktionsniveau, kommunikations- og samarbejdsevne samt sproglige barrierer, der afgør, om det pædagogiske arbejde med borgeren opfattes som komplekst.

En meget central og gennemgående kompleksitetsopfattelse omhandler oplevelsen af kombinationer af problematikker hos en borger og dermed også mængden af aktører, der skal samarbejdes med for at koordinere den rette indsats for borgeren. Denne kumulative kompleksitetsforståelse er et gennemgående tema i undersøgelsen og genfindes i alle de fire kommuner. Det, der anses som en kompleks opgave, kan altså henvise til borgere med mange samtidige problematikker og til de konkrete opgaver, der er tilknyttet indsatsen for borgeren. Det kan være opgaver, der gentager sig ofte i løbet af en arbejdsdag eller periode, men opgaver kan også have en kompleks karakter som følge af en vanskelig eller umiddelbart uløselig dialog eller situation med andre aktører, som skal

yde en indsats over for borgeren. Især den tværgående koordinering omkring andre tilbud og indsatser til samme borger er en gennemgående udfordring, som vi belyser igennem rapporten.

1.2.3 Omstilling til en recovery-orienteret indsats

Det er også et centralt udgangspunkt for undersøgelsens genstandsfelt – opgaveløsningen i socialpsykiatrien – at hele det socialpsykiatriske område gennem de senere år har været igennem en stor omstillingsproces, hvor recovery-tilgangen og den rehabiliterende tilgang til borgeren i dag står som det helt gennemgående paradigme på området. Det betyder, at der er fokus på at understøtte borgeren i en proces med at få det bedre psykisk og blive i stand til at leve et så almindeligt liv som muligt med den psykiske lidelse. Denne udvikling har haft betydning for udformningen af viften af tilbud på området, ikke mindst i forhold til det stigende fokus, der igennem de senere år generelt har været på at udvikle den individuelle støtte ("bostøtten") til borgere i eget hjem. Recovery-tilgangen har også i mange tilfælde betydet en ændret tilgang til det sociale arbejde på botilbuddene med et skifte fra en mere traditionel omsorgsorienteret tilgang til en udviklingsorienteret og socialpædagogisk tilgang med fokus på at understøtte borgerens recovery-proces.

Som det beskrives i rapportens analysekapitler, har denne udvikling i omstilling til en recovery-orienteret og rehabiliterende indsats sat sit præg i flere af de medvirkende kommuner, hvor der i nogle af kommunerne har været betydelige omlægninger af indsatsen, både i den sociale bostøtte og på botilbuddene. De fire kommuner er dog ikke lige langt i denne forandringsproces. Vi beskriver i analyserne medarbejdernes syn på, hvilken betydning udviklingen og omlægningerne af indsatsen har haft i forhold til at kunne håndtere komplekse problematikker i tilbuddenes målgrupper. Herunder ser vi på, hvilke forskelle der kan observeres i kommuner, hvor der er foretaget en ret vidtgående omstilling af indsatsen, sammenlignet med de kommuner, hvor omstillingen ikke har været ligeså vidtgående. I den forbindelse ser vi også på, om omlægningerne medfører nye udfordringer, fx i form af målgrupper, som det er vanskeligt at rumme i de eksisterende tilbud.

1.3 Rapportens opbygning

I kapitel 2 gennemgås rapportens metodiske tilgang og datagrundlag i form af de kvalitative interview med ledere og medarbejdere i kommunerne. I kapitel 3 foretages en kort beskrivelse af karakteristika ved de fire kommuner, der har deltaget i undersøgelsen.

Kapitel 4-9 udgør rapportens seks analysekapitler. I kapitel 4 belyses kommunernes oplevelse af udviklingen i målgruppen i socialpsykiatrien med et særligt fokus på borgere med komplekse støttebehov, og hvilke udfordringer nye kompleksiteter og målgrupper medfører for opgaveløsningen i socialpsykiatrien. I kapitel 5 ser vi på den udvikling og omstilling, der er sket på bostøtteområdet og i botilbuddene på tværs af de fire kommuner, og hvad denne udvikling betyder i forhold til håndteringen af kompleksiteten i borgersagerne. I kapitel 6 belyser vi forhold omkring koordinering og samarbejde med øvrige dele af den kommunale indsats med særligt fokus på misbrugsområdet, hjemmeplejen og beskæftigelsesområdet og på, hvad koordinering og samarbejde betyder i forhold til borgere med komplekse problematikker. I kapitel 7 ser vi på samspillet og samarbejdet med det regionale behandlingssystem i form af behandlingspsykiatrien, det vil sige hospitals- og distriktspsykiatrien, samt de alment praktiserende læger. Kapitel 8 handler om eksempler på brug af rehabiliterende metoder og faglige tilgange og om, hvordan disse metoder kan være med til at håndtere kompleksiteten i borgernes støttebehov. Endelig ser vi i kapitel 9 på den del af de socialpsykiatriske indsatser, der omhandler sociale og netværksskabende aktiviteter, herunder de kommunale aktivitets- og samværstilbud og på samspillet med civilsamfundets tilbud.

2 Metode og data

Undersøgelsens empiriske grundlag består af en kvalitativ undersøgelse, der er foretaget på det socialpsykiatriske område i fire kommuner. De fire kommuner er udvalgt med henblik på at repræsentere forskellige typer af kommuner i forhold til både størrelse, landsdele og geografi. Fx indgår både by- og landkommuner. De fire kommuner karakteriseres nærmere i kapitel 3.

I hver kommune er der foretaget interview med en chef/leder af socialpsykiatrien og med en forvaltningschef på det område, som socialpsykiatrien hører under. Der er i alle fire kommuner også foretaget interview med medarbejdere og ledere på et eller flere udvalgte botilbud, ligesom der er gennemført interview med medarbejdere i den udgående bostøtte samt med en eller flere ledere af kommunens bostøtteindsats. Interviewene er gennemført ved et eller flere case-besøg i hver kommune, hvor VIVEs medarbejdere desuden har haft lejlighed til at besøge de pågældende tilbud.

I forbindelse med udvælgelsen af lokale tilbud i den enkelte kommune, herunder hvilke botilbud der er besøgt, er der lagt vægt på at udvælge tilbud, der særligt er målrettet borgere med komplekse problemstillinger. Det skyldes, at et væsentligt formål med undersøgelsen er at belyse, hvad der kendetegner udviklingen i gruppen af borgere med de mest komplekse støttebehov, og hvordan disse problematikker håndteres i indsatsen. Det har samtidig betydning for det billede, vi tegner i rapportens analysekapitler, der særligt har fokus på at beskrive disse kompleksiteter i målgruppen og i indsatsen. Det er vigtigt at understrege, at rapporten dermed ikke nødvendigvis tegner et billede på tværs af hele det socialpsykiatriske område i de fire kommuner, men særligt har fokus på udviklingen omkring de komplekse problemstillinger.

Der er i alt gennemført interview med 37 personer, herunder i nogle tilfælde som "dobbeltinterview" med to medarbejdere samtidigt. Der er foretaget interview med fire forvaltningschefer og fem chefer/ledere for det socialpsykiatriske område. Desuden er der foretaget interview med otte afdelings- eller botilbudsledere. Der er interviewet i alt 20 medarbejdere uden lederansvar, fordelt ca. ligeligt mellem medarbejdere i botilbud og medarbejdere i den udgående bostøtte. I tre af kommunerne har det endvidere været muligt at overvære et teammøde enten på et botilbud eller i et bostøtteteam, med henblik på at observere, på hvilken måde der arbejdes med den enkelte borgers tematikker på teammødet, og herunder med særligt fokus på, hvordan indsatsen for borgere med komplekse støttebehov håndteres i teamet.

Af hensyn til fortroligheden for de interviewede ledere og medarbejdere er ikke blot interviewpersonerne, men også de fire kommuner anonymiseret i undersøgelsen. Det vil sige, at det ikke fremgår i rapporten, hvilke fire kommuner der har deltaget i undersøgelsen. Det skyldes hensynet til, at interviewpersonerne har kunnet fortælle åbent om de udfordringer, de oplever på området, samt et hensyn til, at der i alle fire kommuner er interviewet ledere og medarbejdere på forskellige niveauer. Nogle af interviewpersonerne er således ledere for nogle af de medarbejdere, der er interviewet. Samtidig er anonymiseringen foretaget af hensyn til, at der i analysekapitlerne inddrages eksempler på borgercases, der illustrerer de problematikker, som interviewpersonerne fortæller om. Det nødvendiggør, at det ikke er muligt at tilbageføre oplysningerne til en bestemt kommune eller socialt tilbud. Endelig er anonymiseringen foretaget af hensyn til, at der i interviewene spørges ind til samarbejdsrelationer med andre aktører på området, både inden for kommunen og den regionale psykiatri.

Anonymiseringen går på tværs af kommunerne på den måde, at der ved anvendelsen af interviewcitater ikke er henvist til, hvilken af de fire kommuner, interviewcitateret stammer fra, heller ikke i anonymiseret form. Det er ved citaterne kun anført, hvilken type af medarbejder der er tale om, fx

en forvaltningschef, en botilbudsleder eller en bostøttemedarbejder. Der er dog i flere tilfælde beskrevet særlige forhold i hver enkelt kommune, som fx større omstillinger af indsatsen på området, hvor der i nogen grad er henvist til sådanne forhold på tværs af rapportens afsnit. Det gælder dog kun i det omfang, at det stadig har været muligt at opretholde anonymiseringen af interviewpersonerne og de anvendte borgercases.

I interviewene er der anvendt tematiserede interviewguides med specifikke spørgsmål på en række områder. Der er samtidig lagt vægt på at stille åbne spørgsmål undervejs i interviewene med udgangspunkt i de problematikker, der er blevet bragt op af interviewpersonerne. Derfor er interviewguides ikke vedlagt rapporten, da disse ikke er fuldt dækkende for de spørgsmål, der er stillet undervejs i interviewene.

I interviewene er der stillet spørgsmål til de centrale aspekter og problematikker, der ønskes belyst i undersøgelsen. Det omhandler bl.a. interviewpersonernes oplevelse af forandringer i socialpsykiatriens målgruppe, hvor der særligt er spurgt ind til borgere med komplekse problematikker. I forbindelse hermed er der spurgt ind til, hvilken betydning forandringer i målgruppen har for opgaveløsningen i socialpsykiatrien. Herunder hvilke udfordringer der opleves i sammenhæng med forandringer i målgruppen, og hvordan sådanne udfordringer håndteres i det daglige arbejde. Udviklingen i sammensætningen af tilbuddene i socialpsykiatrien er også afdækket med særligt fokus på udviklingen mellem forskellige typer af botilbud og bostøtte i eget hjem. Der har desuden været fokus på, hvordan forandringer i tilbuddenes udformning og sammensætning afspejler den forandring, der ses i socialpsykiatriens målgruppe. Endvidere er der spurgt ind til koordinering og samarbejde med andre relevante aktører, både inden for kommunen og i forhold til eksterne aktører, herunder navnlig de regionale psykiatriske tilbud som hospitalspsykiatrien og distriktspsykiatrien. Endelig er der spurgt ind til, hvordan faglige metoder og redskaber benyttes i forhold til at håndtere kompleksiteten i borgernes støttebehov og i forhold til at styrke koordinering og samarbejde med andre aktører.

Interviewene er efterfølgende blevet udskrevet, og der er foretaget en tematisk kodning af materialet i kodningsprogrammet NVivo. Denne bearbejdning af materialet har dannet grundlag for rapportens seks analysekapitler og de forskellige tematikker, der belyses i de enkelte kapitler.

3 De fire kommuner

I dette afsnit beskrives de fire kommuner, der har indgået i undersøgelsen. Kommunerne indgår anonymt i undersøgelsen, og vi beskriver derfor de fire kommuner ud fra generelle karakteristika, fx om der er tale om større bykommuner eller landkommuner. Vi beskriver også, hvad der overordnet set kendetegner det socialpsykiatriske område i de fire kommuner, og hvilke større ændringer der har været på området. Disse beskrivelser udgør konteksten for analyserne af udviklingen i målgrupperne og i opgaveløsningen på området i de efterfølgende analysekapitler. Af hensyn til anonymiseringen af materialet fra interviewene med ledere og medarbejdere og de anvendte borgercases henvises der i rapportens analysekapitler ikke til, hvilken af de fire kommuner, de enkelte observationer, citater og borgereksempler stammer fra.

De fire kommuner, der indgår i undersøgelsen, udgør forskellige typer af kommuner på en række parametre. Blandt de fire kommuner er der både store og små kommuner. De tre af kommunerne kan karakteriseres som større og mindre bykommuner, mens den sidste af de fire kommuner er en landkommune. I de to af bykommunerne er der også betydelige landområder i kommunen.

Den første kommune er en stor bykommune. Denne kommune har i de senere år arbejdet med at udvikle og implementere en tværgående rehabiliteringsstrategi i hele kommunen, mens socialpsykiatrien har arbejdet rehabiliterende i de sidste 5-7 år. En del af de psykisk sårbare borgere i kommunen hører under beskæftigelsesområdet, der har eget socialområde med dagtilbud og bostøttetilbud. Beskæftigelsesområdet varetager tilbud til de psykisk sårbare borgere, der har – eller ønsker og magter – en tilknytning til arbejdsmarkedet. Det betyder, at den øvrige socialpsykiatri under ældre- og handicapområdet varetager støtte til den del af borgerne, som har noget større støttebehov. For at høre til i denne del af socialpsykiatrien i kommunen skal borgeren have en alvorlig sindslidelse som skizofreni eller bipolar lidelse. Socialpsykiatriområdet har desuden sin egen hjemmeplejeenhed, som arbejder tæt sammen med den socialpsykiatriske bostøtte.

Den anden kommune er en mellemstor bykommune. Kommunen har gennem de senere år foretaget en omfattende omstilling af indsatsen på det socialpsykiatriske område. Denne omstilling har haft til formål at styrke rehabiliteringsindsatsen og har grundlæggende været baseret på en recovery-orienteret tilgang. Et centralt fokus har været at tilvejebringe mulighed for, at så mange borgere som muligt kan bo i eget hjem, og et middel til at opnå dette mål har været at kunne tilbyde social bostøtte med en høj intensitet og fleksibilitet, når borgeren har behov for dette. Der er således sket en betydelig oprustning af § 85-indsatsen, mens der omvendt er sket en betydelig reduktion i antallet af pladser på § 108- og § 107-botilbud.

Den tredje kommune er en mindre bykommune. Kommunen er beliggende i et område i landet med en højere arbejdsløshed og et lavere indkomstniveau end landsgennemsnittet. Kommunen har været igennem større besparelser på det sociale område gennem de senere år. Kommunen har ét større botilbud, der tidligere var et § 108-botilbud, men som nu er organiseret som selvstændige boliger efter almenboliglovens § 105 med tilhørende § 85-bostøtte. Dertil har kommunen flere opgangsfællesskaber, der ligeledes har tilknyttet bostøtte efter § 85. Desuden har kommunen ligesom de øvrige kommuner udgående § 85-bostøtte.

Den fjerde kommune er en landkommune, der geografisk spænder over et forholdsvis stort område. Ca. en tredjedel af kommunens indbyggere bor i hovedbyen, mens resten af kommunens indbyggere bor i mindre bysamfund og landområder. Kommunen har træk af at være en yderkommune både i forhold til befolknings- og erhvervs sammensætning, men ligger samtidig i pendlerafstand til en af landets større byer. Kommunen har gennem de senere år foretaget en betydelig omorga-

nisering på det socialpsykiatriske område, hvor der er blevet etableret en differentieret vifte af indsatsteam, der yder støtte til forskellige målgrupper og i forskellige geografiske områder i kommunen. Her har kommunens geografi også spillet en rolle i kraft af nødvendigheden af at have separate team i forskellige områder af kommunen. Ud over de udgående § 85-bostøtteteam er der ét større botilbud, der er beliggende i kommunens hovedby, ligesom der er flere mindre opgangsfællesskaber, der er beliggende i et par af de mindre bysamfund i kommunen.

4 Komplekse borgersager og udvikling i målgruppen

I dette kapitel belyser vi, hvad der efter kommunernes opfattelse kendetegner udviklingen i målgruppen for socialpsykiatriens tilbud. Vi har i kapitlet særligt fokus på borgere med komplekse problematikker. Det kan være borgere, der har flere sårbarheder på én gang, fx borgere, der samtidig med en psykisk lidelse også har misbrugsproblemer eller kroniske fysiske lidelser. Det kan også være borgere, som har komplekse støttebehov knyttet til svære symptomer ved deres psykiske lidelse, fx borgere, der både har svær psykisk lidelse som skizofreni og samtidig har svær angst og en isolationsproblematik.

På baggrund af interviewene med ledere og medarbejdere i de fire kommuner beskriver vi, hvilken forandring interviewpersonerne ser i målgruppen af borgere, der benytter socialpsykiatriens tilbud, fx om der opleves en stigning i bestemte grupper af borgere med komplekse problematikker. Vi beskriver også, hvilken betydning denne udvikling har for opgaveløsningen i socialpsykiatrien, herunder hvilke udfordringer kompleksiteten i borgersagerne giver i de sociale tilbud, og hvilke erfaringer der er med at håndtere de forskellige kompleksiteter.

En fremtrædende problematik, der fremhæves i alle de fire kommuner, er oplevelsen af, at der kommer flere unge med komplekse problemer. Dette indebærer udfordringer for de sociale tilbud, da de unge ofte ikke ønsker at identificere sig med de socialpsykiatriske tilbud. De udsatte unge ønsker ofte ikke at bo på botilbud, men hellere vil bo i egen bolig, ligesom de ofte efterspørger at indgå i sammenhænge med ikke-udsatte unge.

Der opleves også en stigning i gruppen af borgere, der samtidig med en psykisk lidelse også har somatiske plejebehov. Det betyder en stigende kompleksitet i opgaveløsningen, herunder et behov for samarbejde og koordination i forhold til hjemmeplejen. Ligeledes opleves der en stigning i gruppen, der har kognitive funktionsnedsættelser samtidig med en psykisk lidelse, hvilket stiller krav om inddragelse af neuropædagogiske kompetencer.

Endvidere opleves der nye problematikker i forhold til borgere med etnisk minoritetsbaggrund i socialpsykiatrien, fx borgere med PTSD eller svære psykiske lidelser. Her fremhæves både sproglige og kulturelle barrierer som noget, der skaber øget kompleksitet i opgaveløsningen relateret til at yde støtte til denne gruppe, og som også ofte udfordrer samarbejdet med borgerens pårørende.

Endelig beskrives der problematikker omkring kompleksiteten i gruppen af misbrugere med psykiske lidelser. Interviewpersonerne beskriver bl.a., hvordan de senere års omstilling til en recovery-orienteret tilgang er vanskeligere at realisere i målgruppen af misbrugere med psykiske lidelser. Her må en socialpædagogisk tilgang med fokus på at understøtte borgerens udvikling ofte vige for håndtering af de ofte akutte og kaotiske problemstillinger, der knytter sig til borgernes misbrug.

På tværs af de forskellige målgrupper er en gennemgående tematik, at den stigende kompleksitet i målgruppen afspejles i en stigende kompleksitet i opgaveløsningen, der kommer til at kræve mere samarbejde og koordinering med både øvrige kommunale indsatser og øvrige aktører. Ofte beskriver interviewpersonerne vanskeligheder i forhold til at håndtere de forskellige kompleksiteter, barrierer og udfordringer i samarbejdet med forskellige aktører omkring disse problemer. Set i et overordnet perspektiv rejser det spørgsmålet om, hvordan og i hvilken retning socialpsykiatriens kerneopgaver forandrer sig. Her er en central udfordring at udvikle nye integrerede indsatser og samarbejdsformer, der er egnet til at håndtere de mere komplekse støttebehov blandt en betydelig del af de borgere, der benytter de socialpsykiatriske tilbud.

4.1 Flere unge med komplekse problemer

I alle de fire kommuner beskriver både ledere og medarbejdere, at der sker en vækst i den yngre del af socialpsykiatriens målgruppe, og at denne gruppe bærer nogle nye kompleksiteter med sig, som kan være udfordrende at håndtere i indsatsen. Det handler både om nye problematikker og diagnoser i vækst blandt de unge. Samtidig handler det om, at de unge udgør en ny generation af brugere af bo- og støttetilbud, der ofte har en anden sygdomsidentitet end tidligere og dermed ikke ønsker at opfatte sig selv som psykisk syge. Den unge gruppe har derfor andre behov, som stiller nye krav til, hvordan de sociale tilbud til denne gruppe udformes og varetages.

4.1.1 Sårbare og skrøbelige unge

Flere kommuner oplever, at der er en tilgang i socialpsykiatrien af unge, som er psykisk sårbare og skrøbelige og fx har sociale udfordringer, angst og depression. Uden den rette og tidlige hjælp kan denne gruppe, ifølge interviewpersonerne, ende med at få brug for mere omfattende tilbud, men ved hjælp af tidlige og forebyggende indsatser kan de klare sig uden at skulle modtage en mere indgribende indsats som fx bostøtte eller botilbud. Der er derfor blandt især lederne en stigende opmærksomhed mod gruppen af psykisk sårbare unge, som potentielt kan komme til at udgøre en endnu større del af socialpsykiatriens målgruppe i fremtiden. En forvaltningschef beskriver denne gruppe af unge:

Der, hvor jeg sidder, ser vi en stigning i nogle sårbare unge med nogle meget komplekse problemstillinger. Og unge, som er dårligt gearret til at klare sig selv i livet. De har mangel på sociale kompetencer [...] vi ser unge, der ikke engang er i stand til at handle ind selv. Ikke fordi de ikke tør gå ud, men fordi de ikke aner, hvordan de skal gøre det. Det er jo virkelig mangel på sociale kompetencer. (Forvaltningschef)

I én kommune har man god erfaring med at give sårbare unge en tidlig koordineret og fleksibel indsats i et særskilt tilbud målrettet borgere med moderate psykiske problematikker, som fx milde grad af depression eller sociale udfordringer. Indsatsen er læringsorienteret og kompetenceudviklende og samarbejder med frivillige organisationer om at give de unge støtte til bedre at mestre eget liv i en vanskelig periode, således at de ikke ender med at få brug for et mere intensivt socialpsykiatrisk bo- eller støttetilbud. Fokus er her netop på at holde de unge ude af systemet så længe som muligt og sikre, at de ikke får behov for mere intensiv støtte ved at tilbyde dem forebyggende og mindre indgribende indsatser på et tidligere tidspunkt i forløbet.

4.1.2 Unge med komplekse misbrugsproblemer

En af de fremtrædende problematikker, som kendetegner gruppen af udsatte unge, er et misbrug af stoffer, som fx kokain- og hashmisbrug samtidig med en psykiatrisk problemstilling. Det er særligt gruppen af unge mænd med komplekse misbrugsproblemer, der opleves at være i stigning, men der ses også unge kvinder med et betydeligt misbrug. Blandt de misbrugende unge mænd med psykiske lidelser er der ofte også problemer med udadreagerende adfærd og kriminalitet, ligesom medarbejderne melder om, at de unge misbrugere ofte har problemer med pushere, stofgæld og i nogle tilfælde bandeproblematikker.

Medarbejderne beskriver, at det ofte opleves som vanskeligt at arbejde med de unge, når der er misbrug og kriminalitet involveret. En leder af et botilbud for unge beskriver dette:

Vi siger ikke, at de ikke kan komme ind med misbrug, men de skal være aktivt deltagende i misbrugscenteret, og det siger de ja til, når de kommer ind. Når misbruget er

inde over, er det altid sværere at arbejde med den enkelte. Misbruget tager over og bestemmer. Det kommer an på, hvor meget det er. Ham, som er misbrugende hver dag, kan være i sin egen boble-verden, som er svær at nå ind under og arbejde med. (Leder af § 107-botilbud for unge)

Der stilles således ofte krav om, at misbruget skal håndteres, før det er muligt at arbejde med borgerens udviklingsmål i den socialpsykiatriske indsats. Det kan fx indebære, at der skal være en koordineret plan med misbrugscenteret i forhold til at komme ud af misbruget.

4.1.3 Unge med emotionelt ustabile lidelser

Mens der blandt unge mænd særligt ses en stigning i de komplekse misbrugsproblematikker, oplever interviewpersonerne, at der blandt de unge kvinder sker en stigning i antallet med borderline-problematik, det vil sige emotionelt ustabile personlighedsforstyrrelser. Dette opleves også som en kompleks problematik, da denne type af lidelse ofte involverer, at borgeren skaber "splitting" mellem personalet og mellem de forskellige aktører og tilbud, som borgeren har tilknytning til. Splitting er en psykologisk forsvarsmekanisme, hvor gode og dårlige oplevelser holdes adskilt, og hvor personen ofte vil have en sort/hvid oplevelse af både egne følelser og omgivelserne, herunder i relationerne og kontakten til andre mennesker. Det kan betyde, at personen oplever nogle medarbejdere (eller de andre beboere) på et botilbud som "gode" og andre som "onde", og som følge heraf opstår der let konflikt. I flere af kommunerne beskriver medarbejderne, at det kan være vanskeligt at have borgere med borderline på et botilbud. En botilbudsleder på et ungetilbud fortæller, at de faktisk ikke har unge med borderline som en del af deres målgruppe, da det giver for meget uro blandt personale og øvrige beboere:

Borderline-piger er ikke os. Det er ikke vores målgruppe. Vi har prøvet at arbejde med det, men det er sindssygt svært i et blandet tilbud [...] Det er splittelse på splittelse. De spiller alle ud mod hinanden. De er superdygtige til at få os involveret, hvor man tænker, at man er i den rigtige verden, og så finder man ud af, at det er man ikke. (Leder af § 107-botilbud for unge)

Også i bostøtten opleves sådanne konflikter og splitting-problematikker, der følger med borderline-lidelsen som komplekse at håndtere, som det fremgår af case 4.1. Som eksemplet i casen viser, er en måde at forsøge at håndtere splitting-problematikken på at afstemme kommunikationen med borgeren mellem de medarbejdere og aktører, der er involveret i indsatsen rundt om borgeren, for at sikre, at der gives ensartede meldinger og respons til borgeren. Det nødvendiggør en høj grad af kommunikation mellem forskellige medarbejdere og aktører, hvilket opleves som meget ressourcekrævende for medarbejderne.

En anden kompleks problematik, som opleves at være stigende i den yngre gruppe, er spiseforstyrrelser, der ligesom borderline-problematikkerne særligt ses blandt yngre kvinder. Tilvæksten af unge – især kvinder – med spiseforstyrrelser opleves særligt fremtrædende i én af kommunerne, hvor der over de sidste år er kommet flere borgere med denne type problematik. Unge med spiseforstyrrelser er ikke nødvendigvis modtagere af socialpsykiatriske tilbud, hvis de bor i egen bolig og er i behandling i hospitalspsykiatrien, men ofte medfølger der sociale støttebehov, ligesom der kan være fysiske følgeskader af spiseforstyrrelsen, der kræver særlig støtte og pleje i det daglige. Ifølge medarbejderne er det ofte nødvendigt at støtte de unge kvinder med spiseforstyrrelser i forhold til at indtage måltider, hvorfor det er nødvendigt med en intensiv bostøtteindsats.

Case 4.1: Ung pige med borderline

En bostøttemedarbejder beskriver en ung pige med borderline, som bor for sig selv, men modtager bostøtte nogle timer om ugen. Borgeren er rent praktisk i stand til mange ting selv, men ofte falder det hele sammen for hende, og hun bliver meget dårlig, selvmordstruet og kan ikke være alene.

Medarbejderen bliver koblet på denne borger sammen med en kollega, som har været støtte for pigen i et stykke tid. Efter kort tid kommer de ind i en splitting-problematik, hvor borgeren foretrækker den nye bostøttemedarbejder og ikke ønsker besøg af den tidligere kollega længere. Hun deler dem op i den "gode" og den "onde" og skaber derved en vanskelig situation for den ene bostøttemedarbejder, som dog gennem supervision med kollegaen får talt dilemmaet igennem, og de får sammen lagt en strategi for, hvordan de skal håndtere borgerens splitting-tendens.

Borgeren har også kontakt til både distriktspsykiatri og behandlingspsykiatri, hvor samme splitting-problematik udfolder sig. Dette skaber en masse uro i pigens forløb og gør, at bostøttemedarbejderne må bruge meget tid på kommunikation med de andre tilbud, da de ikke kan stole på, hvad pigen selv fortæller om det andet personale efter besøg på behandlingstilbud. Medarbejderne bruger meget tid på at dele deres erfaringer med denne borger og på at koordinere de beskeder, der bliver givet til borgeren, således at det er de samme meldinger, der kommunikeres fra alle medarbejdere, for derved at gøre det sværere at lave splitting mellem dem.

Bostøttemedarbejderne er dog udfordret af, at de kun kommer hos borgeren en eller to gange om ugen og dermed ikke har tilstrækkeligt med ressourcer og tid til at finde op og ned i pigens forklaringer, og samarbejdet med de andre aktører forbliver problemfyldt for både pigen og medarbejderen.

4.1.4 Udfordringer med at skabe de rette tilbud til de udsatte unge

Den stigende gruppe af udsatte unge med komplekse problemer skaber nogle udfordringer i forhold til udformningen af tilbuddene og definitionen af opgaveløsningen i socialpsykiatrien. Samtidig stiller den voksende gruppe af unge krav til at kunne sikre en bæredygtig integration og brobygning til civilsamfundet uden om eksempelvis botilbuddet. En af udfordringerne handler om, at den yngre målgruppe ikke identificerer sig med de tilbud, der traditionelt set er på området som fx § 107- og § 108-botilbud. De unge ønsker ofte ikke at bo på en institution sammen med fx ældre sindslidende borgere, og de identificerer sig ikke med at have en psykisk lidelse. De unge ønsker at bo og færdes i miljøer, som ligner almindelige ungdomsmiljøer. Det gør det komplekst at udforme de optimale tilbud for den yngre målgruppe. En forvaltningschef beskriver ungemålgruppen som en kompleks gruppe i sig selv, netop fordi den udfordrer socialpsykiatrien i forhold til, hvordan man kan arbejde med at skabe de rigtige tilbud til de unge:

Den unge målgruppe er interessant. Den er kompleks på en anden måde. [...] Det, der er det komplekse ved de her unge, det er, at de ikke ønsker os, men de er her. De vil ikke forbindes med psykiatrien. Det er et identitetsspørgsmål. De kan ikke se sig selv sidde på et botilbud, de vil være sammen med ligestillede på samme alder. De vil ud og være sammen med andre unge. Det giver udfordringer, for nu kan vi ikke samle dem mere. [...] Og vi er slet ikke up to date, for vi har først fået den erkendelse inden for de sidste 2 år i forhold til de unge. Og vi får jo ikke større budgetter, så vi skal tage fra nogen [andre] og give til de unge. (Forvaltningschef)

Interviewpersonerne beskriver også, at det ofte giver udfordringer i relation til "klyngedannelse" og problemer i forhold til misbrugsproblematikker, hvis man samler de udsatte unge med misbrugsproblemer i botilbud. Denne udfordring beskrives af en leder i socialpsykiatrien:

Der er også unge, hvor vi har forsøgt at samle dem et sted, fordi de ikke kan være andre steder. Det, som er udfordringen, er, at når man samler bare fire stykker, så bliver

det en ny ghetto for stofhandlen og så videre. Og så ved man ikke, hvad man skal gøre med de her [unge]. Altså, hvad gør man så? Jeg tror, man bliver nødt til at have en form for et hovedsted, og så kan man lave nogle små lejligheder i det omliggende areal. Fordi de unge ser ikke sig selv som syge. De vil gerne have et liv som alle andre. Så hvis vi kan spejle det, selvom vi hele tiden skal være opmærksom på, at det kan skabe et rend af stofhandel. (Leder i socialpsykiatrien)

For de udsatte unge med komplekse problemer som fx alvorlige psykiske lidelser, der optræder sammen med misbrug og kriminalitet, påpeger medarbejderne, at den midlertidige og overgangs- prægede støtte ofte ikke er nok. På trods af de massive støttebehov ser disse unge imidlertid ofte ikke sig selv som syge og ønsker et liv blandt andre "almindelige" unge, hvilket kan være vanskeligt at imødekomme på et traditionelt botilbud. En leder i socialpsykiatrien beskriver denne gruppe og problemerne med at finde det rette tilbud til dem:

I den anden ende af spekteret er det unge med alvorlige psykiske lidelser. Og autisme, aspergers, OCD, ADHD oveni et misbrug. Nogle af dem er på vej eller har allerede en behandlingsdom. Dem er vi udfordret på. Hvis man skulle lægge en form ned over dem, så er de på papiret til noget, som minder om et længerevarende botilbud, men de ser ikke sig selv som syge, og det giver nogle udfordringer i forhold til, hvad afsætningen skal være til den målgruppe [...] Jeg tror, vi kan se, at der kommer flere unge af den her type, som ikke kan være andre steder. (Leder i socialpsykiatrien)

Der er således et behov for nogle andre og nye måder at bo på for de unge, men samtidig er det en gruppe af unge med nogle problematikker, som kræver høj grad af støtte og en koordineret indsats. Dermed er der tale om unge, som umiddelbart kunne have gavn af et midlertidigt døgn- tilbud, men som ikke ønsker eller ikke kan bo på et traditionelt botilbud, hvilket gør arbejdet med denne gruppe særlig komplekst. Komplexiteten omkring at finde det rette tilbud til de unge illustreres i case 4.2.

Case 4.2: Ung mand på botilbud savner kontakt med andre unge

En medarbejder beskriver en ung mand på knap 30 år, som bor på botilbud med beboere i forskellige aldersgrupper. Manden lider af skizofreni og har også en kognitiv funktionsnedsættelse. Manden har meget sparsomt netværk og lider efter svigt i sin barndom.

Den unge mand keder sig på botilbuddet og søger ofte væk derfra i flere dage ad gangen ud i det kvarter, hvor han er opvokset, for at opsøge andre unge i hans meget sparsomme netværk. Dette er en vanskelig problematik for medarbejderne, da manden ikke har særlig høj grad af egenomsorg og hygiejne og derfor ofte tager upassende påklædt og uhygiejnisk afsted, hvilket har en frastødende effekt på omgivelserne. Samtidig giver han ikke besked til personalet, når han tager afsted, og de kan derfor ikke holde kontakt med ham. Han sover ind imellem hos sit netværk og andre gange i trappeopgange.

Den unge mand holder dog meget af at komme i det kvarter, hvor han er opvokset, og medarbejderne i botilbuddet arbejder derfor aktivt med at forsøge at fastholde mandens sparsomme netværk ved løbende at have dialog med de få personer, han har kontakt til. Desuden forsøger de at koordinere nogle aktiviteter, fx ved at købe spisebilletter til de caféer, hvor han godt kan lide at spise, og andre aktiviteter, som han kan holde sig i gang med. De udfordres dog af, at netværket af andre unge og pårørende ikke kan tage vare på manden og er præget af småkriminalitet. Borgerens tilbageværende netværk af andre unge er således ikke bæredygtigt i forhold til at skabe et trygt miljø, som borgeren kan færdes i uden for botilbuddet.

Det er med andre ord vanskeligt at gøre bostedet attraktivt for den unge mand, samtidig med at hans psykiske tilstand gør, at han ikke er rustet til at flytte i egen bolig med bostøtte eller i et bofælleskab med andre unge.

Kommunerne beskriver således en udfordring, der handler om at skabe tilbud, som kan rumme de unge med komplekse problemer, og som tager højde for, at disse unge kan have svære adfærdsmæssige problemer, der indebærer, at de kan have vanskeligt ved at bo sammen med og deltage i fællesaktiviteter med andre sindslidende. Mange af de unge ønsker et liv i egen bolig, men deres aktuelle sygdomsbillede stiller krav om en omfattende social støtte enten i et botilbud eller i egen bolig med bostøtte.

En botilbudsleder beskriver, hvordan man i fremtiden vil forsøge at tilbyde de unge en fleksibel bostøtte i eget hjem og derfor har fokus på at matche de unges støttebehov uden at skulle bo på et botilbud. I denne kommune har man forsøgt at sikre, at der etableres tilbud målrettet den yngre gruppe ved at lave en indgangsport til de unge som et specialiseret tilbud, der skal sikre, at de bibeholdes i beskæftigelse eller uddannelse.

Fremadrettet skal især unge bo selv med bostøtte [...]. Der er oprettet en indgangsport til de unge med specialiseret tilbud for at bibeholde dem i uddannelse eller beskæftigelse. Hvis de skal til at flytte hjemmefra, så bliver man ikke nu placeret på bosted med pension. [...] Der er træningspladser og udredning med forløb på 3 måneder for at afklare, om de fx kan bo i egen bolig med bostøtte osv. for at undgå, at de senere flytter på bosted og fastholdes. (Leder af § 107- og § 108-botilbud)

Med dette tilbud forsøger man at undgå, at de unge senere flytter på botilbud, og at de i stedet fastholdes i civilsamfundet og holdes i gang med uddannelse og beskæftigelse. Botilbudslederen vurderer i den forbindelse, at man ikke i fremtiden vil se så mange unge på botilbud, da denne boform simpelthen ikke svarer til de unges behov og ønsker og u hensigtsmæssigt kommer til at institutionalisere de unge.

4.2 Borgere med misbrugsproblemer og samtidig psykisk lidelse

Gruppen med "dobbeldiagnose", det vil sige borgere, som både har en psykisk lidelse og misbrugsproblemer, er ikke ny i socialpsykiatrien, og udfordringen med at give denne gruppe den rette støtte og hjælp på tværs af behandlingspsykiatrien, socialpsykiatrien og misbrugsbehandlingssystemet har været beskrevet i mange undersøgelser (Becker & Barfod, 2009; Benjaminsen m.fl., 2009; Madsen m.fl., 2011; Socialt Udviklingscenter, 2011). I interviewene i de fire kommuner beskrives gruppen af borgere med dobbeltdiagnoser stadig som en gruppe, der er særlig kompleks og udfordrende at yde støtte til:

De svære sager er med misbrug, og det er ikke noget nyt. Det er en ond cirkel, og det forstærker hinanden. [...] Hvis man er meget svært psykotisk og fx er paranoid skizofren, så kan det blive meget svært at samtidig have et misbrug. Det kan være svært at ændre på noget. (Bostøttemedarbejder)

Misbruget påvirker i høj grad medarbejdernes opgaveløsning, fordi det kan være vanskeligt for borgeren at erkende, at han eller hun skal arbejde på sit misbrug for også at kunne arbejde på den psykiske problemstilling. Borgeren er først og fremmest nødt til at erkende, hvordan misbruget påvirker sindslidelsen for at kunne modtage en meningsfuld støtte til at arbejde på at få det psykisk bedre. Det er en kerneopgave for medarbejderne at yde støtte til, at borgeren kan arbejde på sindslidelsen, mens der derimod ikke arbejdes med regulær misbrugsbehandling i socialpsykiatrien. En leder af et midlertidigt botilbud beskriver denne udfordring således:

Hvis der er meget misbrug, er det det, man arbejder med, og så er man nødt til at være i samarbejde med misbrugscenteret. I første omgang er det vigtigt at få forståelse for sit eget misbrug. Vi har en [borger], der har gået på misbrugscenteret og nærmest ikke misbruger mere. Han har rigtig mange stemmer. Hvis han går ind i en klasse med 20, sidder der 100. Han er nået dertil, hvor han har forståelse af, at hvis han også misbruger hash eller andet, er der 1.000 mere, så misbruget er med til, at han får det dårligere. Når man er nået dertil, er det nemmere at arbejde med den pædagogiske del. (Leder af § 107-botilbud)

Medarbejderne beskriver, at misbruget kan stå i vejen for et kognitivt udviklingsarbejde med borgeren og derfor kan overskygge det pædagogiske arbejde. De ovenstående citater viser således også, at det udviklingsorienterede fokus i nogen grad dominerer definitionen af opgaveløsningen, idet der tales om at "kunne nå frem til" den pædagogiske del af arbejdet, såfremt erkendelsen af eget misbrugsproblem hos borgeren er til stede. I mange tilfælde er denne erkendelsesproces dog ikke til stede, og borgeren kan ikke gennemgå den forandring, som gerne ses i lyset af det rehabiliterende fokus. Opgaverne, der er forbundet med borgere med dobbeltdiagnoser, kommer derfor i stedet let til at have en mere praktisk karakter. Fx er det ofte et stort arbejde rent logistisk og koordineringsmæssigt overhovedet at holde kontakten til borgeren og hjælpe borgeren med at få sin medicin. Uden en jævnlig kontakt med borgeren er der ingen udvikling, og dette kendetegner ifølge bostøttemedarbejderne en betydelig del af borgerne med dobbeltdiagnose, som de støtter i eget hjem. Case 4.3 beskriver denne problematik:

Case 4.3: Borger med dobbeltdiagnose med bostøtte i eget hjem

En medarbejder i et bostøtteam beskriver en borger på omkring 50 år, som hun kommer hos, og som både har et svært alkoholmisbrug og samtidig er i behandling for depression. Borgeren er hårdt medtaget af at have drukket massivt i flere år, og manden lider af både alkoholdemens og KOL, hvilket han dog ikke er i behandling for. Borgerens problematik er således både somatisk og misbrugspræget samtidig med hans depression.

Misbrugscenteret har svært ved at motivere borgeren til at arbejde med misbruget. Da bostøttemedarbejderen tilknyttes denne borger, har hun hyppig kontakt med misbrugscenteret, men de meddeler, at borgeren ikke er motiveret for at arbejde med misbruget. Generelt er det meget vanskeligt for bostøttemedarbejderne at få kontakt til manden. Han besvarer ikke deres henvendelser og er enten ikke hjemme eller åbner ikke døren, når de kommer. De forsøger at lave ugeskemaer med ham for hvilke aftaler, han skal møde op til i misbrugscenteret, men borgeren er modvillig og smider sedlerne væk.

Bostøttemedarbejderen forsøger at sætte nogle praktiske løsninger i gang med fx dosispakke på medicinen samt laver en aftale om at hænge hans medicin på døren, når han ikke er hjemme eller ikke åbner. Men det er løbende en stor udfordring overhovedet at få kontakt til borgeren og få ham til at tage imod støtten. Bostøttemedarbejderne bruger også meget tid på at koordinere med hjemmeplejen, som kommer hos manden, men som oplever den samme udfordring og også ofte kommer forgæves.

Med tiden bliver det lettere at få kontakt til borgeren, og han kan nu huske, hvem de er, når de kommer. Han er også indimellem til at få telefonisk kontakt med. Over nogle måneder lykkes det bostøtten at få borgeren til lægen for at få tilset hans KOL, men flere gange er det en udfordring, da han ikke møder op og ikke er hjemme eller til at få kontakt til.

Teamet vurderer, at det på nuværende tidspunkt er meget vanskeligt at motivere manden til at arbejde med sit misbrug og dermed også til at kunne arbejde på at håndtere depressionen. Medarbejderen beskriver, hvordan det ikke har været muligt at foretage et kognitivt arbejde med borgeren gennem hele perioden, hvor han har fået bostøtte. Opgaverne er udelukkende koordinerende eller praktiske i forhold til at opsøge ham, men han er så misbrugspræget, at de ikke kan arbejde med hans depression, når de endelig har kontakt til ham. Medarbejderen forklarer, at der på nuværende tidspunkt er overvejelser om, hvorvidt borgeren bør overgå til ren hjemmepleje, da bostøttens rolle udelukkende er koordinerende og praktisk.

Denne beskrivelse af komplekse problemstillinger i relation til borgere med misbrug er repræsentativ for de udfordringer, medarbejderne beskriver i forbindelse med at arbejde med borgere med dobbeltdiagnose. Når misbruget står i vejen for det kognitive udviklingsarbejde, betyder det ofte også, at medarbejderen har en oplevelse af ikke at kunne udføre det arbejde, som er bestilt ifølge opgaven fra myndighedsafdelingen, der har visiteret borgeren til den socialpsykiatriske indsats. Derfor kræver disse borgere en løbende kontakt og koordinering med myndighedsafdelingen i forhold til, hvordan kontakten med borgeren kan sikres og vedligeholdes. En leder i et bostøtte-team vurderer i den forbindelse, at medarbejderne i bostøtteteamet bruger meget tid på denne koordinerende opgave.

Case 4.4 illustrerer en medarbejders beskrivelse af udfordringerne med at arbejde kognitivt med borgere med dobbeltdiagnose. Denne borger bor på et botilbudslignende tilbud efter almenboliglovens § 105 og med social støtte efter servicelovens § 85.

Case 4.4: Borger med dobbeltdiagnose på botilbudslignende tilbud

Borgeren er en kvinde, som har meget svær angst og samtidig svært misbrug af alkohol, som hun bruger til at dulme angsten. Kvinden bor på et botilbudslignende tilbud under almenboliglovens § 105 med tilknyttet § 85-bostøtte og modtager 6 timers støtte om ugen.

Medarbejderen, som er kontaktperson for kvinden, beskriver, at hun rent kognitivt er meget vanskelig at nå ind til, med mindre hendes angstniveau er lavt. Samtidig er hendes kognitive niveau stærkt svækket af mange års alkoholmisbrug. Medarbejderen beskriver, at han har ca. 2 minutter på 2 timer, hvor hendes erkendelse er til stede, og hvor han kan have en fornuftig samtale med hende, uden at hun er ekstremt angstpræget eller alkoholpåvirket.

Medarbejderen beskriver, at hans opgave i forhold til denne borger er at arbejde med hendes angst og få hende til at forstå, hvad samspillet mellem angsten og hendes misbrug gør ved hende. Han beskriver en situation, hvor han besøger borgeren en morgen, hvor hun fortæller, at hun ikke har sovet om natten og har haft mareridt. Medarbejderen henter hurtigt et rundstykke og en kop kaffe til kvinden og når at forstyrre kvinden i hendes angstprægede tankemønster og når at tale med hende om, at hun skal have besøg af lægen den samme dag.

En medarbejder på et botilbud forklarer, at de ofte modtager borgere, som på papiret skal have mest støtte til den psykiatriske diagnose, men som reelt er så misbrugsprægede, at det er misbruget, der kommer til at fylde i støtten til borgeren. Særligt i en af de mindre kommuner, som mangler pladser til borgere med dobbeltdiagnose, oplever man på botilbuddene at blive udfordret af at blive bedt om at tage borgere med dobbeltdiagnose ind, selvom det reelt ikke er deres beskrevne målgruppe. En leder beskriver:

Når vi har ledige pladser, så er det, vi får henvendelser på faktisk tit den målgruppe af borgere med dobbeltdiagnose. Det er vi udfordret på, fordi vi ikke er godkendt til det. Det giver os nogle udfordringer, når myndigheden siger, at de har brug for at få borgeren ind her, og vi så må sige, at borgeren stikker ud på målgruppen. Og der kan jeg så blive udfordret. (Leder i socialpsykiatrien)

Problematikken med at kunne tilbyde egnede botilbudspladser til borgere med dobbeltdiagnoser beskrives i flere kommuner. Da disse borgere ofte har en uadreagerende adfærd som følge af misbruget, kan det være en udfordring at bo sammen med andre borgere. Der kan også være en risiko for, at det kan få andre beboeres tidligere misbrug til at blusse op igen, hvis der flytter en ny beboer ind med et aktivt misbrug.

Case 4.5 beskriver et eksempel på en yngre borger på et botilbud, som udvikler et misbrug, efter at en ny beboer med aktivt misbrug flytter ind på botilbuddet. Den yngre borger ændrer adfærd som følge af misbruget, hvilket bliver svært for botilbuddet at håndtere.

Case 4.5: Ung borger på botilbud med hashmisbrug

Borgeren er en yngre mand, som boede på tilbuddet gennem mange år. Manden havde haft en meget vanskelig barndom og havde et svært alkoholmisbrug. Medarbejderne støttede ham i at bearbejde traumer fra hans barndom. Ifølge medarbejderen var manden kognitivt på niveau med et 6-årigt barn.

Efter de første år på botilbuddet begynder der at ske fremskridt med borgeren. Han rykker sig kognitivt i forhold til sine problematikker, og han kommer i beskyttet beskæftigelse på en genbrugsstation i byen.

På et tidspunkt skal der ske en omrokering af beboere på botilbuddet, og der flytter en ny beboer ind ved siden af manden, som har et svært hashmisbrug. Den yngre borger bliver herigennem bekendt med hash, som er nyt for manden, der ikke kan indtage alkohol, da han er i behandling med antabus. Medarbejderen beskriver, at manden meget hurtigt får en deroute og begynder at stjæle og skabe konflikter med de andre beboere. Han er dybt psykotisk og hashpåvirket og er meget vanskelig at håndtere for personalet og de andre beboere.

Efter en episode, hvor manden sætter ild til sin lejlighed, omvisiteres han til et andet bosted uden for kommunen med mere fokus på misbrugsbehandlingen.

Særligt i de to mindste af de fire kommuner er der en oplevelse af, at man mangler adgang til specialiserede boliger til borgere med misbrug. En af disse kommuner har ikke mange botilbud og genkender problematikken ved at have misbrugere i en boform med meget fællesareal og tætte boforhold. Det kan påvirke de andre beboere, da der kan være uadreagerende adfærd og vrangforestillinger forbundet med misbruget. Derfor tilbydes borgere med misbrug i stedet ofte støtte i eget hjem. Denne støtteform giver dog ligeledes udfordringer for borgere med dobbeltdiagnoser, især fordi borgere med misbrug er svære at komme i kontakt med og i nogle tilfælde ikke opholder sig i deres egen bolig, hvor bostøtten opsøger dem. En afdelingsleder i denne kommune beskriver:

De [borgere med dobbeltdiagnoser] lider jo af vrangforestillinger. De kan være uadreagerende, de kan være demente osv. Det er en bred paraply af problemstillinger, i og med det foregår i eget hjem. Og nogle gange er det ikke engang i eget hjem, fordi de bor hos bekendte. Så det kan være svært at yde § 85 på dem. Der er en del sofasovere, altså der er måske 10 stykker. Måske endda flere. De har egentlig egen bolig, men de ønsker ikke at bruge boligen. Enten vil de hellere være et andet sted, hvor man kan misbruge sammen, og mange lider af, at de ikke kan være selv pga. deres vrangforestillinger. (Afdelingsleder i socialpsykiatrien)

Citatet viser en gennemgående problematik i forhold til at yde den rette støtte til borgere med dobbeltdiagnoser, nemlig at hverken traditionelt botilbud eller bostøtte i eget hjem nødvendigvis er den rette støtte til disse borgere. Afdelingslederen tilføjer, at nogle af disse borgere er for dårlige til at modtage støtte i eget hjem, og at det er praktisk vanskeligt at lave aftaler med borgere med dobbeltdiagnoser grundet både kognitive udfordringer og misbruget. Hvis bostøtten skal give mening, så kræver det en ekstra opsøgende indsats, eventuelt med en højere timebevilling end det ofte er muligt. Afdelingslederen efterlyser i den forbindelse nogle særlige pladser med fokus på en koordineret behandling af dobbeltdiagnose-borgere. Ifølge lederen savnes en form for et længerevarende akuttilbud til borgere med dobbeltdiagnose, da disse borgere ofte ikke har råd til at betale for en almen lejebolig, lige efter at de udskrives:

Det ville være nogle akutte pladser [...] I stedet for at de selv skal spare op til det og finde bolig selv. Det ville være hensigtsmæssigt, hvis vi havde nogle boliger, som stod klar. Så vi kan skabe rammerne for, at vi kan arbejde med borgeren. Det kunne være et bofællesskabslignende tiltag. Hvor man siger, at lejekontrakten er et år, og så er det det. Og så ser vi, hvad det kan skabe i forhold til borgeren. For at give dem det her pusterum. (Afdelingsleder i socialpsykiatrien)

Opmærksomheden mod de meget specialiserede boliger til personer med dobbeltdiagnose ses også i den største af de fire kommuner. I denne kommune åbner man inden for kort tid et mindre antal enkeltmandspladser i en ombygget del af et traditionelt § 108-botilbud. Denne del af tilbuddet skal fungere som bolig for borgere med aktivt misbrug og svær sindslidelse, der samtidig har behov for misbrugsbehandling. Tanken er, at der her skal være en helhedsorienteret indsats, som er en koordineret indsats mellem flere af kommunens tilbudsområder, navnlig mellem socialpsykiatrien og misbrugscenteret.

I flere af kommunerne rejses også problematikken om, at borgere med dobbeltdiagnose har en betydelig risiko for hjemløshed. Hjemløsheden for denne gruppe opstår typisk ved, at borgeren på et tidspunkt mister boligen ved en udsættelse pga. huslejerestancer, ligesom der ofte vil være tale om, at bostøtten i en periode ikke har kunnet holde kontakten med borgeren. Hvis det ikke er muligt at skaffe en ny bolig, og hvis der samtidig ikke er et egnet botilbud, vil det eneste tilbud ofte være, at borgeren henvender sig på et herberg for hjemløse (§ 110-boformerne), hvor en stor del af brugerne generelt er borgere med psykiske lidelser og misbrugsproblemer.

I en af kommunerne er man i gang med en proces omkring at få oprettet nogle få skæve boliger til hjemløse borgere med svære misbrugsproblematikker, som fx er på forsorgshjem, men som har så komplekse problemer, at de ikke kan komme ud i egen bolig, og som også er for komplekse at rumme på forsorgshjemmet grundet de svære psykiatriske problematikker. Tanken er, at de skæve boliger skal have en tilknytning til et socialpsykiatrisk botilbud, og at der skal etableres et samarbejde mellem socialpsykiatrien og misbrugscenteret i forhold til at støtte disse borgere:

Vi har også borgere, hvor vi må se, at bare det, at vi laver opsøgende arbejde, så kan de alligevel ikke beholde deres boliger. Og så bliver de reelt boligløse, og for at det ikke skal være løgn, så bliver nogle af dem også vurderet for tunge til et forsorgshjem. For folk dér er selvfølgelig hjemløse og borgere med misbrug, men de [forsorgshjemmet] er ikke gearet til at tage borgere ind med tunge psykiatriske diagnoser. Så de kan blive afvist, og så er spørgsmålet, hvad man gør med dem. Vi har søgt tilskud her i [kommunenavn] til at kunne oprette fire skæve boliger. Fordi det er det, vi vurderer vil være det bedste og så med en social vicevært. (Leder i socialpsykiatrien)

Som det er fremgået, er problematikken vedrørende tilbud til borgere med dobbeltdiagnoser gennemgående for alle de deltagende kommuner, og det er noget, man forsøger at finde forskellige løsninger på. Der udpeges et behov for tilbud, der er specialiseret mod personer med dobbeltdiagnoser, da disse borgere er komplekse at støtte både i egen bolig og i traditionelle botilbud. I flere af kommunerne oplever man, at der mangler tilbud i socialpsykiatrien til borgere med tunge misbrugsproblemer, ligesom der opleves et behov for et mere koordineret og fokuseret samarbejde med misbrugscenteret.

4.3 Borgere med somatiske støtte- og plejebenhov

Borgere med svære psykiske lidelser har ofte også et dårligt somatisk helbred og fysiske helbredsproblematikker samtidig med deres psykiatriske diagnose (Damgaard m.fl., 2013). At leve et liv med alvorlig sindslidelse kan gøre det udfordrende at opretholde tilstrækkelig egenomsorg i form af ordentlig kost, hygiejne og motion samt andre forhold, som sikrer et sundt helbred. De fysiske helbredsproblemer, som præger gruppen af mennesker med alvorlige sindslidelser, er fx fedme, kroniske smerter og diabetes. Ofte kan det at komme til læge- og sygehusbesøg være en stor mental udfordring for mennesker med svære sindslidelser. Samtidig kan der ofte være tale om fysiske følgeskader fx som følge af alkohol- eller stofmisbrug eller af en spiseforstyrrelse.

Det er derfor heller ikke ualmindeligt, at borgere, som modtager støtte eller botilbud i socialpsykiatrien, også har somatiske helbredsproblemer af større eller mindre karakter. I de fire kommuner beskriver interviewpersonerne, at der især på botilbuddene er en del borgere med somatiske helbredsproblemer, som kræver pleje og praktisk håndtering, og disse problematikker udgør noget af den kompleksitet i opgaveløsningen, som medarbejderne møder i deres daglige arbejde med at støtte borgere, der både har svære psykiske og fysiske problematikker. Flere af de ledere, som er interviewet i undersøgelsen, påpeger, at gruppen af borgere med somatisk dårligt helbred er blevet mere mærkbar i socialpsykiatrien gennem de senere år. Det opleves både på botilbud blandt de ældre beboere og beboere med misbrug, men det gør sig også gældende for borgere, som har boet i egen bolig med bostøtte, men måske er blevet så somatisk dårlige, at de har brug for en mere omfattende støtte.

En leder af et botilbud beskriver, hvordan personalet på botilbuddet løbende skal forholde sig til mange somatiske problemstillinger i det daglige arbejde med borgerne, og hvordan der også er opmærksomhed på at arbejde sundhedsfremmende med borgerne grundet de mange følgesygdomme. Hun nævner bl.a. diabetes, over- eller undervægt, bylder samt nedsat lungefunktion som følge af rygning, som nogle af de helbredsproblematikker, de oftest ser for borgerne i det pågældende botilbud.

Der er også flere, der har bylder og andre ting. Fx nedsat lungefunktion på grund af massiv rygning, som vi jo også ser. Rigtig mange af vores borgere ryger. De ryger ikke bare lidt, men massivt. Så KOL og andre ting. Bivirkninger på medicinen, uro og øget sult. Når folk starter op på depressionsmedicin, kan der være øget selvmordstendens de første 14 dage efter. Meget af det somatiske følger ind på det psykiatriske, og det gør det bare, fordi når man har det psykisk dårligt, så bliver man også fysisk dårligere, og når man har det rigtig fysisk dårligt, så følger ens psyke også med. (Leder af botilbudslignende tilbud, almenboligloven § 105 med § 85-bostøtte)

En leder i en anden kommune beskriver, hvordan langvarigt misbrug ofte resulterer i følgesygdomme, efterhånden som borgerne bliver ældre:

Psykosomatikken er stor, folk bliver fysisk dårlige, og det slår igennem. [...] Somatisk udfordrede borgere, der har drukket for meget i for lang tid eller været misbrugere. De får organiske skader, hjernesker, hjerneblødninger eller blodpropper i hjernen, selvom det er komplekst. Deraf har de et større behov for hjælp og støtte. De har også forringet mobilitet og yderligere isolering, og samtidig smuldrer deres netværk. (Leder af bostøttetilbud)

Den samme negative dynamik mellem somatisk og psykisk sygdom gør sig gældende i forhold til borgere med diabetes, der også fremhæves som en betydelig somatisk problematik for mange af borgerne på botilbuddene. En leder af et botilbud beskriver denne problematik:

Vi har en med diabetes og psykisk sygdom, det gør, at diabetesen trives i fuldt flor. Når folk bliver dårlige og lægger sig under dynen, så får de ikke den mad, de skal have, eller også så overspiser de, eller hvis man har en selvskadende adfærd, så er diabetes et godt sted at skade sig selv ved at spise en masse sukker, og så bliver man bare så hunde somatisk dårlig, at man ikke mærker den psykiske sygdom. Det kan være et led i en selvskadende adfærd at behandle sig selv rigtigt dårligt på den måde. (Leder af botilbudslignende tilbud under almenboliglovens § 105 med § 85-bøstøtte)

En leder i en anden kommune beskriver, hvordan det i nogle tilfælde giver udfordringer for borgere med dårligt somatisk helbred, at man i den pågældende kommune har omlagt en stor del af botilbudsområdet fra længerevarende botilbud efter servicelovens § 108 til botilbudslignende tilbud efter almenboliglovens § 105 med § 85-bøstøtte. En væsentlig udfordring i den forbindelse er, at der på § 108-tilbuddet var mere fokus på omsorg og pleje, mens der ud fra § 85-bøstøtten primært lægges vægt på det socialpædagogiske udviklingsarbejde med borgeren, og der således ikke er samme fokus på plejedelen:

De ældre borgere har altid været der, det er ikke nyt, men det, der er nyt, det er, at vi i højere grad i socialpsykiatrien skal til at forholde os til de somatiske dele på en anden vis. Det har man også gjort tidligere, men der har borgeren ikke boet i eget hjem, som de gør i dag. Der har de jo boet på § 108, hvor man fik tre gange mad og så videre, og der skal vi være langt skarpere på fremadrettet at arbejde sundhedsfremmende. Det har vi altid skullet, men det bliver endnu mere tydeligt, fordi der er så mange følgesygdomme på det at have psykisk sygdom. Altså livsstilsudfordringer, og vi har jo rigtig meget viden på området om, hvad kost og motion betyder. (Leder af botilbudslignende tilbud under almenboliglovens § 105 med § 85-bøstøtte)

I mange tilfælde opleves det, at de fysiske helbredsproblematikker overskygger den pædagogiske støtteopgave i dagligdagen, da de helbredsrelaterede opgaver ofte er mere akutte end at støtte borgeren i selv at tage hånd om det konkrete helbredsproblem. Noget af det, som kendetegner støtten til borgere med både psykiske og fysiske helbredsproblemer, er, at opgaverne typisk har en meget praktisk og logistisk karakter, såsom at hjælpe borgeren med dagligdags gøremål eller at komme til læge. En medarbejder på et § 108-botilbud beskriver denne kompleksitet således:

Så er der nogle, som ud over de psykiske problemer også har somatiske problemer [...] Det kan også gøre det ekstra komplekst, for hvis man ikke engang magter dagligdags ting, så kan det være svært at håndtere en sygdom. (Medarbejder på § 108-botilbud)

Samspelet og kompleksiteten mellem de psykiske og somatiske helbredsproblemer stiller store krav til, at personalet understøtter borgerens kontakt med det somatiske sundhedssystem. Case 4.6 beskriver en konkret situation, hvor en medarbejder løser en opgave med at koordinere lægebesøg for en borger med diabetes og nyresvigt:

Case 4.6: Borger med diabetes og psykiatrisk problemstilling

En medarbejder på botilbud beskriver en borger, som hun karakteriserer som en kompleks sag. Borgeren har skizofreni og andre psykiske udfordringer, og derudover har hun diabetes. For nogle år siden fik borgeren også konstateret en meget dårlig nyrefunktion ved et af de meget sjældne lægebesøg, hun er på.

Borgerens psykiske tilstand og især skizofrenien bevirker, at hun har meget vanskeligt ved at bevæge sig uden for botilbuddet. Det gør det svært for hende at komme til lægen og fx få taget blodprøver i forbindelse med kontrol af sukkersyge. Sindslidelsen gør det også meget svært at tage hånd om diabetestilstanden i dagligdagen fx i forhold til at få den korrekte kost og regelmæssige måltider. Borgerens somatiske tilstand forværres derfor ofte af dårlig og uregelmæssig kost, og der er jævnligt behov for, at hun tilses hos egen læge og på sygehuset. Den dårlige nyrefunktion udgør en reel fare for borgerens helbred og kan i værste fald være med døden til følge. Det er imidlertid meget svært for borgeren at håndtere den somatiske sygdom oven i den psykiske problematik, som bevirker, at borgeren ikke selv kan se vigtigheden af at komme til lægen. Personalet gør her et stort stykke arbejde for at tale med borgeren om, hvorfor det er vigtigt, at hun tilses af lægen.

Borgeren har meget uregelmæssig døgnrytme og har svært ved at overholde aftaler, hvilket gør det til en stor udfordring at støtte borgeren i læge- og hospitalsbesøg. Med hjælp fra borgerens søster, som der er et godt samarbejde med, lykkes det at få borgeren til lægen og få etableret nogle faste rammer omkring at overholde aftaler omkring diabetes- og nyrekontrol. Kontaktpersonen fra botilbuddet hjælper og støtter i kontakten til lægen og tager med til lægebesøg sammen med søsteren, og besøgene koordineres med lægen, så det ligger bedst muligt i forhold til borgerens døgnrytme.

Casen illustrerer det arbejde, det kræver af medarbejderne at sikre, at en borger får den korrekte behandling for en somatisk sygdom, som kræver meget koordinering og planlægning for at nå dertil, hvor borgeren faktisk kommer afsted til lægen. Eksemplet beskriver det komplekse forhold mellem somatisk og psykisk dårligt helbred, hvor den psykiske problemstilling ofte kommer til at spænde ben for at følge regelmæssig behandling i sundhedssystemet. Medarbejderne løser her en kompleks opgave, som både involverer en koordinering med pårørende og lægen samt et stykke pædagogisk støttearbejde, der skal til for at overtale borgeren til at tage til lægen for at få tilset fysiske sygdomme.

For en del af socialpsykiatriens borgere, som har livsvarige og svære somatiske problematikker samtidig, vil støtten være præget af vedligehold frem for forandring.

Hos mig er mange af borgernes mål jo i virkeligheden vedligehold. Hvor udviklingen i virkeligheden er meget minimal. Jeg har en borger, som er psykotisk, og så har hun sukkersyge. Og hendes sukkersyge er en stor udfordring, fordi hun er hele tiden fysisk i ubalance, så målet for hende er, at hun tager ansvar og bliver stabil med sin sukkersyge. Men det er et vedligeholdelsesmål, fordi hun har været syg i flere år, men det skal hun støttes i konstant. (Leder af § 108-botilbud)

Vedligeholdelse er et tema, der fylder i alle kommunerne, i de tilfælde, hvor borgerne bliver så somatisk og psykisk helbredsmæssigt dårlige, at det primært handler om at holde borgeren stabil og sørge for, at tilstanden ikke forværres. Her vil målet være at vedligeholde borgerens helbred og sørge for at foretage løbende risikovurderinger af borgerens helbredsmæssige situation. Medarbejderne beskriver i flere tilfælde, at det indebærer en problematik i forhold til det primære fokus, der i den socialpsykiatriske indsats er på det socialpædagogiske arbejde og på at skabe en udvikling og forandring i borgerens liv og hjælpe borgeren til at blive mere selvhjulpent. Det kan også være en udfordring i forhold til den bestilling, der er givet fra kommunens myndighedsafdeling, og som specificerer indholdet af den socialpsykiatriske støtte.

Nogle af de komplekse opgaver, som er forbundet med at hjælpe og støtte borgere med helbredsproblemer, handler desuden om en problematik vedrørende ledige pladser på botilbuddene. I en af de fire kommuner er pladserne på et botilbud ikke altid fyldt op, og personalet oplever til tider at måtte modtage borgere med meget omfattende pleje- og støttekrævende behov, selvom botilbudet ikke som udgangspunkt er henvendt til borgere med så omfattende plejebehov. Disse behov ligger i nogle tilfælde i gråzonen af, hvad der traditionelt er socialpsykiatriens målgruppe. Medarbejderen beskriver et eksempel med en borger, der visiteres til tilbuddet, som både har ALS (amyotrofisk lateral sklerose) og borderline:

Der er en bruger på vej herud, som vil kræve én til én. Hun har ALS, som jo ikke er psykiatri, men man vægter borderline mere, og så bliver det mere en sundhedsfaglig opgave og en plejeopgave. (Medarbejder på tilbud under almenboliglovens § 105 med § 85-bostøtte samt enkelte § 107 pladser)

Medarbejderen beskriver her vægtningen mellem den psykiske lidelse og den somatiske sygdom i visitationen, hvor der fra visitationens side er lagt vægt på borgerens psykiatriske diagnose i forhold til, hvilket tilbud der er visiteret til. Det undrer dog medarbejderen, som karakteriserer opgaven som en primært pleje- og sundhedsorienteret opgave mere end en rehabiliterende og pædagogisk opgave.

Eksemplerne viser, hvordan borgere med svære somatiske problematikker udgør en kompleks gruppe i socialpsykiatrien. Når den somatiske problematik dominerer borgerens aktuelle situation, kan det tage tid og ressourcer fra den rehabiliterende opgave, som netop dominerer den generelle opfattelse hos medarbejderne af, hvad kerneopgaven omhandler og går ud på. Det gør, at medarbejderne oplever, at deres opgaver er anderledes i relation til disse borgere end til borgere, som har et forandrings- og udviklingsperspektiv, hvor opgaveløsningen typisk har et mere rehabiliterende fokus.

4.4 Borgere med psykiske lidelser og kognitive funktionsnedsættelser

En anden problematik, der gennemgående nævnes som noget af det, der skaber kompleksitet i arbejdet, er gruppen af borgere, der har en kognitiv funktionsnedsættelse samtidig med psykiatriske problemstillinger. I alle de deltagende kommuner opleves borgere med kognitive funktionsnedsættelser som en stigende udfordring i socialpsykiatrien. Der kan være tale om forskellige grupper, fx borgere med erhvervede hjerneskader som følge af ulykker eller stof- og alkoholmisbrug eller borgere med en medfødt nedsat kognitiv funktionsevne. Tilbuddene for udviklingshæmmede ved ofte ikke, hvordan de skal håndtere borgere, som er psykisk udviklingshæmmede, og hvor der samtidig er en psykiatrisk problematik:

Vi oplever også at få nogle sager fra udviklingshæmmede-området, hvor de kommer til kort, fordi de er så komplekse og sender opgaven over til os. Hvor de vurderer, at der er noget psykiatrisk henover, hvor de så ikke ved, hvad de skal gøre med borgeren. (Medarbejder i bostøtten)

Det, som gør gruppen af borgere med både kognitiv funktionsnedsættelse og sindslidelse mere kompleks, er, at de er svære at kategorisere i forhold til kommunens samlede tilbudsvifte. Ofte er der tvivl om, på hvilket område, de kan få det bedste tilbud, som både giver støtte i relation til sindslidelsen og den kognitive funktionsnedsættelse. Det gælder fx i forhold til borgere med hjerneskader, hvor det ikke altid er klart, om det er hjerneskadeområdet eller socialpsykiatrien, der bedst kan hjælpe borgeren. En forvaltningschef forklarer, at de i kommunen ser flere borgere med

denne problematik, enten fordi gruppen er stigende, eller fordi man er blevet skarpere på at opda-ge, når der er tale om både sindslidelse og kognitiv funktionsnedsættelse:

De [personer med kognitive funktionsnedsættelæser] er svære at kategorisere. Det kunne være noget med hjerneskade, angst og psykotiske episoder [...] Udfordringen er, om vi kan give dem et specialiseret tilbud, de kan bruge. [...] De har alle behov for specialiseret viden, men på vidt forskellige områder. Og den problematik er stigende, fordi der kommer flere af den slags borgere – eller vi opdager dem. Vi vil gerne hjælpe dem med mange problematikker, men hvordan laver man det gode tilbud? (Forvaltningschef)

Denne problemstilling er velkendt i andre kommuner og gælder også borgere, som er udviklingshæmmede, og vidner samtidig om, at der efterspørges viden og kompetencer fra det neuropædagogiske og neuropsykologiske felt, hvis man skal kunne give denne voksende gruppe de rigtige tilbud i socialpsykiatrien. En socialpsykiatrichef beskriver, hvorledes man i socialpsykiatrien oplever at modtage borgere, som er udviklingshæmmede, fordi man på det område ikke har de rette kompetencer til at hjælpe borgeren, når der også er en psykiatrisk problemstilling. Disse borgere, der har kognitive funktionsnedsættelser som følge af hjerneskade eller udviklingshæmning, kan opleves som mere udfordrende at støtte i socialpsykiatrien sammenlignet med borgere, der udelukkende har en psykiatrisk problemstilling.

Case 4.7: Ung kvinde med kognitiv funktionsnedsættelse og psykiatrisk problemstilling

På et teammøde diskuteres en kompleks borger blandt et særteam på 6 medarbejdere, som kører døgnbemanding. Teamet er sammensat omkring denne borger som en særforanstaltning under § 107 (et enkeltmandsprojekt).

Borgeren er en ung kvinde, som lederen af et af kommunens botilbud hører om for knap et år siden. Der rettes henvendelse til lederen om, hvorvidt der kan laves et særligt tilbud til den unge borger, da hun ikke har fået gavn af de tidligere tilbud, hun har modtaget. Kvinden har både modtaget tilbud i rehabiliteringsafdelingen i socialpsykiatrien og har senest boet på et botilbud i et tilbud, der er specialiseret til personer med udviklingshæmning.

Borgerens problemstilling er meget kompleks, og blandt de professionelle er der reelt tvivl om, hvorvidt hun er egentlig udviklingshæmmede eller primært har svære sociale og psykiske udfordringer. Den unge borger har angst og svær OCD og har store sociale adfærdsproblemer. Derudover er der tvivl om hendes kognitive evner og intelligensniveau. Pigen skulle tidligere på året dømmes i en sag, men her var der ligeledes tvivl om, hvorvidt dommen skulle gives ud fra, at hun var sindslidende eller udviklingshæmmede. Hvorvidt det er sindslidelsen eller udviklingshæmningen, som dominerer, har stor betydning for, hvilke pædagogiske metoder og udviklingsmål der kan arbejdes med.

På området for udviklingshæmmede mener man ikke længere, at pigen er udviklingshæmmede, og hun ønsker desuden ikke at bo der, hvor hun bor nu. Hun indstilles derfor til at få en særforanstaltning på et midlertidigt botilbud for unge. Der sammensættes et team af 6 socialpædagoger og sosu-assistenten, der skal forsøge at støtte den unge borger og sætte fokus på hendes udvikling.

På det tilbud, hvor pigen tidligere boede, som hørte under området for udviklingshæmmede, arbejdes der mest med vedligehold, og fx blev kvinden badet af personalet. I det nye team er der sat fokus på det udviklingsorienterede arbejde med borgerens egne mål, hvor kvinden i stedet støttes i selv at gå i bad. Der arbejdes intenst med kvindens udviklingsmål, og hun udvikler sig ekstremt hurtigt og tilegner sig hurtigt nye færdigheder. Kvinden udvikler sig så hurtigt, at der indføres "kvikmål" undervejs, hvor der ellers kun arbejdes med nye mål årligt. Både lederen og medarbejderne i teamet er overraskede over borgerens udvikling, og de er ikke afvisende overfor, at kvinden en dag kan flytte i egen bolig med støtte. Det er hendes drøm i fremtiden.

Case 4.7 beskriver en borger, som har en meget kompleks problemstilling, hvor der er tale om et samspil mellem en kognitiv funktionsnedsættelse og psykiatriske problemstillinger. Fordi der i lang tid har været uenighed om, hvor borgeren skulle høre til, ender hun med at modtage en særforanstaltning under § 107 med et særteam fra socialpsykiatrien. Det medvirker til at igangsætte en udviklingsproces for borgeren.

Borgereksemplet illustrerer problematikken omkring, hvorvidt det er sindslidelsen eller den kognitive funktionsnedsættelse, der primært skal arbejdes med. Det giver helt forskellige præmisser for den pædagogiske opgaveløsning. Det viser sig, at indsatsen fra det socialpsykiatriske særteam bærer frugt, og at borgeren udvikler sig i tilbuddet. Her er der dog tale om et særtilrettelagt enkeltmandstilbud med meget høj grad af medarbejder-borger kontakt. Det vidner om, at det kræver både betydelige ressourcer og en høj grad af faglighed at kunne håndtere opgaveløsningen i relation til borgere med denne type af kombinerede problematikker. Det lykkes med andre ord at reducere kompleksiteten i borgerens problemstilling og sætte gang i en udviklingsproces som følge af en meget intensiv indsats.

Når borgere med kognitive funktionsnedsættelser opleves som særligt komplekse, hænger det således i høj grad sammen med, at personalet oplever disse borgere som mere udfordrende at arbejde udviklingsorienteret med, og at de faglige rammer i tilbuddene ikke nødvendigvis er gearret til denne målgruppe. Den kognitive funktionsnedsættelse bevirker, at denne gruppe af borgere har væsentligt vanskeligere ved at reflektere og erfaringsdanne kognitivt sammenlignet med borgere, som alene har en sindslidelse. Denne evne hos borgeren er central for en stor del af det recovery-orienterede pædagogiske arbejde, som der arbejdes med mange steder i socialpsykiatrien, hvorfor der hersker en oplevelse af rent fagligt at skulle omstille sin opgaveløsning for at tilgå denne målgruppe. For borgere med en kognitiv funktionsnedsættelse er det nemlig nødvendigt, at medarbejderne tilgår borgeren på en anden og mere direkte måde. En medarbejder på botilbud beskriver det således:

Vi skal sige, at nu skal de i seng, hvor vi skal lære de andre [borgere med kun psykiatrisk problemstilling], at de selv skal finde ud af tingene og selv lære, at man bliver træt dagen efter, hvis man ikke sover. Vi bliver så nødt til at tage udgangspunkt i hjerneskadens, for de evner ikke en lang kognitiv læringsproces. (Medarbejder på botilbud)

Bevægelsen mod at gå fra at tilbyde botilbud til at tilbyde borgeren støtte i egen bolig har også betydet, at der i de mindre kommuner af og til i perioder er ledige pladser på de traditionelle § 108-botilbud. Medarbejderne i en af disse kommuner fortæller, at der er eksempler på, at en borger med hjerneskade eller psykisk udviklingshæmning samtidig med en psykisk problemstilling får tilbudt en plads på et tilbud, som traditionelt ikke har denne type af borgere som målgruppe:

Nu får vi også noget neuropædagogisk ind, og det er slet ikke vores målgruppe. Nogle med hjerneskader, eller som har fysiske funktionsnedsættelser. Altså nogle, hvor de rent kognitivt ikke kan udvikle sig, og det er jo meningen, at vores [borgere] skal kunne udvikle sig, men der er ikke plads andre steder, så vi får dem. Så nogle gange føler vi os som en skraldespand, fordi de ikke lige har det rigtige tilbud til de her, og så får vi dem bare, fordi de mangler pladser [...] Og der kommer også noget økonomi indover, hvis vi har et tomt værelse. (Medarbejder på § 107-botilbud)

Citatet her viser, at denne type af problematikker skaber faglig frustration hos medarbejderen. Hun mener ikke, at borgere, hvor det er det neuropædagogiske element, der dominerer problemstillingen, er målgruppe for det pågældende tilbud, og hun føler sig fagligt udfordret ved at skulle varetage støtte til denne type borgere:

Det kan godt nogle gange være udfordrende, fordi vi kan føle, at vi mangler faglighed omkring den målgruppe. Specielt dem med hjerneskade, som kommer ind, hvor de rent kognitivt ikke kan rumme så mange informationer, eller de kan ikke rumme reflektive spørgsmål. De kan ikke rumme det, og så skal jeg omstille hele min faglighed efter, at nu skal jeg stille ordrer i stedet. (Medarbejder på § 107-botilbud)

Der efterspørges således noget fagligt i forhold til denne målgruppe af borgere med både sindslidelse og kognitive funktionsnedsættelser, hvis denne gruppe fortsat skal kunne integreres i socialpsykiatriens tilbud. Det er man begyndt at have fokus på i de to større kommuner, hvor et særligt team ser nærmere på, hvad der virker på området for udviklingshæmmede, sådan at socialpsykiatrien kan forsøge at tilegne sig nye færdigheder i relation til denne gruppe. Dette beskrives af interviewpersoner fra hver af de to større kommuner i undersøgelsen:

Vi har haft en, som var indlagt i lang tid. Han var meget selvskadende, altså han brænder sig selv. Han har været indlagt i lang tid, men han har også været hos os, men vi ved ikke, hvad vi skal stille op med ham. Så prøver vi at gå sammen med rådgiveren og få ham neopædagogisk udredt, og det kan give os nogle andre redskaber, som vi ikke havde set før. (Leder af § 107 botilbud)

Nu har vi lige nedsat et team til at udrede disse – medfødt hjerneskade fx – for at finde ud af, hvilken metode der virker. Kognitiv metode virker fx ikke i forhold til udviklingshæmmede. Måske har de brug for en mere neuropsykologisk metode. Det afklarer udredningsteamet, hvad virker for dem. Det sker kun for de komplekse og dyre borgere. Når vi ikke aner, hvad vi skal gøre. (Leder af socialpsykiatrien)

Lederen i den ene af de to kommuner forklarer, at man har haft gavn af et udredningsteam, som består af ansatte fra begge områder til at afklare, hvilke tilbud der skal tilbydes særligt komplekse borgere med både sindslidelse og udviklingshæmning. Lederen nævner dog, at teamet kun benyttes til særligt komplekse borgere, herunder dem, der skal have meget dyre og særligt tilrettelagte tilbud.

Ligesom det stigende antal borgere med somatiske plejebestanden viser også problematikken omkring borgere med psykiske lidelser og kognitive funktionsnedsættelser, at forandringer i målgruppen stiller nye krav til opgaveløsningen. Bl.a. peger erfaringerne fra de fire kommuner på, at der generelt mangler mere viden og faglighed fra det neuropsykologiske og neuropædagogiske område, hvis borgere med kognitive funktionsnedsættelser skal indgå i tilbud på det socialpsykiatriske område.

4.5 Borgere med etnisk minoritetsbaggrund

En undersøgelse fra 2011 peger på, at borgere med anden etnisk herkomst og indvandrere med posttraumatisk stress syndrom (PTSD) er en gruppe, som i fremtiden vil fylde mere i de socialpsykiatriske tilbud. Denne gruppe har ofte nogle komplekse og dramatiske forløb bag sig og giver derfor særlige udfordringer i forhold til opgaveløsningen (Madsen m.fl., 2011). Denne beskrivelse genkendes i denne undersøgelse, hvor særligt to af kommunerne beskriver borgere med anden etnisk baggrund som nogle af de sager, som opleves særligt komplekse, og som stiller andre krav til opgaveløsningen. Det er bl.a. kulturforskelle og sprogbarrierer, der giver udfordringer, når tilbuddene modtager borgere med anden etnisk baggrund:

Jeg oplever på mit område, at borgere med anden etnisk herkomst, som ikke taler dansk, er i stigning. Man kan blive i tvivl om, disse borgere er syge, eller om de ikke forstår livet. Ikke forstår at være i Danmark. Jeg har haft en borger, der kommer fra et

afrikansk land. Han taler kun lidt julekalender-engelsk og ikke dansk. Han har brug for meget støtte. Han kan ikke klare sig i Danmark, men han kan godt rejse til Afrika og have kone og børn dernede. Der kan han godt klare sig uden støtte. Men vores danske samfund er så komplekst, at der er flere af dem her, der ikke kan klare sig. (Bostøtteleder)

Sprogbarrieren er en stor udfordring i forhold til at støtte borgere med anden etnisk herkomst, der ikke taler dansk, og denne gruppe opleves som stigende:

Der er også en stigning i dem, der slet ikke kan tale dansk. Der prøver vi med tolk, men vi kan jo ikke ... det er helt vildt, hvad vi skal bruge af tolk, hvis det er alle. Det er en ny problematik, der er i stigning. (Bostøtteleder)

Ud over at sprogbarrieren kræver mange ressourcer til tolke, kan det at skulle inddrage tolke også give arbejdsmæssige udfordringer i forhold til den rehabiliterende proces. En leder af et udkørende bostøtteteam forklarer med et eksempel:

Der er mange, der slår sig på systemet. Når de først bliver somatisk eller psykiatrisk syge, så kan de slet ikke ... også den her forståelse af, hvad det er, man kan få hjælp til. Egen sygdomserkendelse. Jeg har været til at et møde, hvor man spørger, hvad de skal have hjælp til. Hun siger så, at hun bare skal have hjælp til støvsugning. Men hun hører stemmer, og det kunne vi ikke komme ind og arbejde med. Det hele går jo igennem en tolk. (Bostøtteleder)

Citatet beskriver, hvorfor den sproglige dimension er med til at gøre støtten kompleks. Det rehabiliterende og kognitive arbejde udføres gennem en sproglig udveksling mellem medarbejderen og borgeren, og når begge parter ikke har et fælles sprog, og der således skal tolk ind over, gør det denne proces meget vanskelig, da det ikke foregår som en direkte dialog mellem borger og medarbejder.

Også det at støtte borgere med flygtningebaggrund i socialpsykiatriens tilbud kan opleves komplekst. Især i bostøtten oplever man et stigende antal flygtninge, som modtager støtte i egen bolig, hvilket giver nogle særlige udfordringer i forhold til ikke at have kendskab til en anden kultur og det særlige ved at have flygtningebaggrund og opholde sig i Danmark. En bostøttemedarbejder beskriver:

Bostøttemedarbejder: Der kommer jo flere og flere flygtninge. Det kræver en anden viden. Og det er jo selvfølgelig meget i forhold til PTSD, og hvilken betydning har det, men også i forhold til sprog og kultur i den kultur, de kommer fra.

Interviewer: Gør I noget særligt for at være rustet hertil?

Bostøttemedarbejder: Nej, det mangler, det kunne man godt gøre meget mere ud af. Der er også noget med lovgivning her. Hvad de har ret til, og der kan være nogle udfordringer, vi ikke lige kender til, så både det at stå med det, men også den anderledes kultur [...] Man kan hurtigt glemme denne gruppe, og den bliver større med årene. Den er bare kompleks. Man er blevet klogere over år på, hvor vigtigt et samarbejde er i forhold til personlighedsforstyrrelse. Ligeså vigtigt er det at sætte sig ind i, hvad det er for en kultur, hvad kommer de med, og hvilken reaktion har de, og hvad betyder deres traumer.

Case 4.8 illustrerer et eksempel på en kompleks borger, der er flygtning og lider af PTSD og modtager bostøtte i eget hjem:

Case 4.8: Borger med PTSD, som modtager bostøtte i eget hjem

En bostøttemedarbejder kommer hos en borger, som er politisk flygtning. Medarbejderen, som er social- og sundhedsassistent, er kommet hos ham de sidste 5 år. Borgeren har PTSD og andre psykiske følger af at være tortureret og flygtet.

Borgerens danske kone, som har været en stor støtte og hans bindeled til samfundet, dør pludseligt. Det efterlader borgeren alene og selvmordstruet. Borgeren bliver ekstra angstpræget efter konens dødsfald, og bostøttemedarbejderen spiller en vigtig rolle for borgeren.

Medarbejderen modtager meget ofte opkald fra borgeren, som ofte er meget angst, og fx breve og henvendelser fra det offentlige kan gøre ham meget dårlig. Medarbejderen fortæller, at der ikke er en forventning om udvikling for denne borger, og at støtten derfor er meget vedligeholdelsespræget, og at hendes opgave meget består i at sikre, at han ikke skal indlægges.

Borgeren er meget diffus i sit sygdomsbillede, og der er mange komponenter i hans sygdom, der gør, at medarbejderen ikke føler, at hun er fagligt klædt på til at kunne støtte borgeren. Hun beskriver, at mange af de værktøjer, hun ville kunne bruge over for andre borgere, ikke kan bruges på ham. Han responderer heller ikke på medicinen på samme måde, som hvis der havde været et mere "rent" sygdomsbillede.

Medarbejderen føler sig således fagligt udfordret og bruger primært meget tid på sparring med borgerens egen læge og psykiater grundet hans høje dosis medicin. Heldigvis har borgeren en god psykiater, som medarbejderen kommunikerer meget med, især når borgerens tilstand forværres. Der er lavet særlig aftale med distriktpsychiatrien om, at borgeren får besøg af en psykiater eller sygeplejerske i hjemmet, da han ikke er i stand til at møde op selv.

Medarbejderen beskriver, at hun oplever, at hun har en god og tæt relation til borgeren, men at han er meget afhængig af hende, idet hun er den eneste, som kommer hos ham. Hun beskriver, at det er deres gode relation til hinanden, der gør, at hun i perioder fx kan få ham til at tage noget mere medicin. Uden relationen til bostøttemedarbejderen ville manden skulle indlægges, vurderer hun. Hun forklarer, at det er en vanskelig situation, da borgeren er meget isoleret i sin sygdom og ikke har anden social kontakt end hende.

Både citatet og casen vidner om, at der savnes mere viden om personer med flygtningebaggrund – og et specialiseret kendskab til disse personers kulturelle baggrund og særlige udfordringer – for at kunne støtte dem i socialpsykiatriens tilbud.

I forbindelse med borgere med anden etnisk baggrund beskrives også udfordringer i forbindelse med at skulle varetage kontakt og kommunikation med borgerens pårørende. Her opleves det ofte, at kulturforskelle og divergerende sygdoms- og behandlingsforståelser mellem socialpsykiatrien og borgere med etnisk minoritetsbaggrund skaber udfordringer. Det viser sig bl.a. på botilbud for unge, hvor der generelt ofte er et tæt samarbejde med de unges familier omkring indsatsen. Lederen af botilbuddet beskriver, at de oplever udfordringer i forhold til samarbejde med en far til en borger, som er meget dominerende og har et nedsættende kvindesyn og derfor ofte taler nedladende til de kvindelige ansatte. Det gør samarbejdet meget komplekst, da lederen selv, og de fleste ansatte, er kvinder. Faderen mener ikke, at sønnen modtager den rette behandling, og har ikke tillid til, at personalet gør deres arbejde godt nok, hvilket skaber splid mellem sønnen og personalet. Lederen beskriver, at det er en udfordring, som man på dette tilbud i stigende grad må forholde sig til, og som hun oplever som en ekstra opgave:

Vi får mere af det, og vi er nødt til at tage os af det, ellers giver det problemer på sigt. Vi er tit to forskellige verdener. Man er født og opvokset her, men har to kulturelle baggrunde, og hvad vægter mest? De unge, og det må være sindssygt svært, er vokset op her og vil gerne have det danske, men den tyrkiske baggrund ligger som en dyne. [...] Det bliver en ekstra arbejdsopgave med en forældregruppe, som ikke altid har forståelse for vores arbejde. (Leder af ungetilbud)

Ligeledes er der i forbindelse med bostøtteindsatsen i eget hjem eksempler på pårørende-problematikker, der knytter sig til kulturelle forskelle:

Jeg har haft en borger, hvor det handlede om at bryde et isolationsproblem, og der var det manden, som bestemte i hjemmet, og at kvinden ikke måtte gå ud. Det førte noget mere med sig, og der kom faktisk nogle indberetninger ind over. (Bostøttemedarbejder)

Medarbejderen beskriver, at det kan være vanskeligt at yde bostøtte til etniske minoritetskvinder i hjemmet, da man kan støde på nogle problematikker, som kan være svære at forholde sig til, og som opleves som særligt gældende for borgere med flygtninge- eller indvandrerbaggrund. Flere medarbejdere giver i den forbindelse udtryk for, at de savner nogle grundlæggende redskaber og mere viden om, hvordan man kan opnå et bedre samarbejde med borgere med minoritetsbaggrund og deres pårørende. Ligeledes peges der i interviewene også på en større opmærksomhed mod at ansætte medarbejdere, som selv har etnisk minoritetsbaggrund, i socialpsykiatrien.

Man er nødt til at få andre etniske gruppers uddannede pædagoger eller psykiatere, der kender til baggrunden, og selv er en del af det, at de kommer på banen som personale, fordi de forstår problematikkerne og kan give dem videre til os. Vi er jo så blandede efterhånden. Selvfølgelig skal man have én ind, som har det samme syn som os. En med dansk baggrund, men kender den anden baggrund, og som kan bygge bro. (Leder af botilbud for unge)

Den ene kommune har en forholdsvis stor andel indbyggere med anden etnisk herkomst, hvilket betyder, at der er borgere med mange forskellige sprog i deres tilbud. Her forklarer lederen af socialpsykiatrien, at der er god erfaring med at ansætte tosproglige medarbejdere i nogle af de sociale boligområder, hvor deres borgere bor, som også har de sproglige kundskaber, der skal til for at kommunikere med borgerne. Men alligevel kan det sproglige give anledning til udfordringer, fx i forbindelse med at få disse borgere ordentligt udredt:

Det kan være rigtig svært, hvis de er psykotiske, eller hvis misbruget fylder for meget. Det kan være svært at vide, hvad der er rigtigt eller forkert. Hvis folk er skæve hele tiden, plus den ekstra sprogdimension og kultur, så er det rigtig svært at tolke eller kode borgeren [...] Vi har lige fået en borger, hvor udredningen viser, at han har lavt intelligensniveau, men hvis man har lavet udredningen på kurdisk, er det ikke hans modersmål, og så bliver man måske ikke klogere. Der er stadig tvivl om, hvorvidt han ville være bedre, hvis man havde fanget det rigtige modersmål. (Socialpsykiatrichef)

Sprogdimensionen spiller således ikke blot en væsentlig rolle i forbindelse med den daglige støtte, men spiller også en afgørende rolle i udredningen, hvor korrekt tolkning er vigtig for at kunne afgøre, hvilken diagnose der er tale om, og dernæst at kunne tilretteægge den rigtige støtte for borgeren.

4.6 Sammenfatning

I dette kapitel har vi belyst, hvad der kendetegner udviklingen i målgruppen for de socialpsykiatriske tilbud. Vi har særligt fokuseret på, hvilken udvikling ledere og medarbejdere ser i forhold til borgere med komplekse problematikker, der kan give særlige udfordringer i opgaveløsningen.

En udvikling, der fremhæves i alle fire kommuner, er en oplevelse af, at der kommer flere unge med komplekse problemer. Her ses der generelt en stigning i gruppen af sårbare og skrøbelige unge, der henvises til socialpsykiatriens tilbud. Det er ofte unge med meget få færdigheder og

kompetencer, som skal lære at håndtere helt basale forhold i hverdagen som at købe ind eller håndtere deres økonomi.

Særligt blandt unge mænd ses der en stigende gruppe med komplekse misbrugsproblematikker sammen med en psykisk lidelse. Det kan både være hashmisbrug og misbrug af stoffer som koka-in og amfetamin. Misbrugsproblemerne ledsages også ofte af kriminalitetsproblemer, problemer med pushere og i nogle tilfælde bandedrelateret kriminalitet. Det giver nye kompleksiteter, som kan være udfordrende at håndtere, hvad end den unge bor i egen bolig eller fx i et opgangsfællesskab.

Der ses også flere unge med en emotionelt ustabil personlighedsforstyrrelse (borderline) samt flere unge med spiseforstyrrelser. Begge disse typer af lidelser rammer i særlig høj grad yngre kvinder. Der opleves ofte en kompleksitet knyttet til det at rumme unge kvinder med borderline på botilbud. Der opstår problemer med konflikter og splitting, både i forhold til personalet og i forhold til de andre beboere. For de unge med spiseforstyrrelser er der komplekse støttebehov knyttet til at støtte op om, at borgeren indtager føde, og i forhold til at håndtere de fysiske følgevirkninger af spiseforstyrrelsen.

Der beskrives også en stigende problematik omkring borgere med somatiske helbredsproblemer og kroniske fysiske lidelser samtidig med en psykisk lidelse. Der er således en stigende gruppe på botilbuddene, der udvikler plejebehov, og det stiller krav til et øget samarbejde med hjemmeplejen omkring denne målgruppe. Ligeledes opleves der en problematik omkring borgere, der samtidig med en psykisk lidelse også har en kognitiv funktionsnedsættelse. Begge disse former for kompleksitet stiller nye krav til opgaveløsningen og til at udvikle løsninger og indsatser, der går på tværs af forskellige kommunale indsatsområder.

Der opleves endvidere en stigende problematik omkring borgere med etnisk minoritetsbaggrund, hvor både sproglige og kulturelle barrierer kan medvirke til at skabe kompleksitet i opgaveløsningen. Det er bl.a. vanskeligere at arbejde recovery-orienteret og rehabiliterende med denne målgruppe, fordi sproget er et vigtigt redskab i forhold til det kognitive og socialpædagogiske udviklingsarbejde med borgerne.

Endelig beskrives der en problematik omkring borgere med misbrugsproblemer samtidig med en psykisk lidelse, hvilket er en velbeskrevet problematik i mange tidligere undersøgelser. Udfordringerne med at give et passende tilbud og den rette støtte til denne gruppe har gjort sig gældende i grænsefeltet mellem socialpsykiatrien og misbrugsområdet i mange år. Ud over en generel problematik omkring, at disse borgere ofte har svært ved at få den fornødne støtte til at håndtere både deres psykiatriske og misbrugsrelaterede problemstilling, beskriver medarbejderne også, at de senere års omstilling i socialpsykiatrien til en recovery-orienteret indsats er vanskeligere at udføre for borgere, der også har misbrugsproblemer. For en del af disse borgere lader det socialpædagogiske udviklingsarbejde sig ikke gennemføre i praksis, idet indsatsen ofte må fokusere på akutte problematikker omkring borgerens misbrugssituation og ofte kaotiske livssituation.

5 Bostøtte i eget hjem og borgere på botilbud

En væsentlig tematik i de fire kommuner drejer sig om udformningen og sammensætningen af de socialpsykiatriske tilbud i forhold til, om borgeren modtager social støtte i eget hjem, eller om borgeren har ophold på et botilbud. I flere af kommunerne har der været en betydelig udvikling af bostøtteområdet, ligesom der også i flere af kommunerne er foretaget en betydelig omstilling af botilbudsområdet. Der er i alle fire kommuner et stort fokus på at finde den rette balance mellem de forskellige typer af tilbud i kommunen, men der er en betydelig forskel på kommunerne i forhold til, i hvilken grad der er sket omstillinger og omlægninger af de forskellige indsatser og tilbud.

I dette kapitel beskriver vi udviklingen i de forskellige typer af tilbud i de fire kommuner, og hvad denne udvikling betyder i forhold til at imødekomme støttebehovene for borgere med komplekse problematikker. En væsentlig tematik, der viser sig, er, at udformningen af tilbud om bostøtte i eget hjem har en stor betydning for, i hvilken grad borgere med komplekse støttebehov kan bo i egen bolig, eller om disse borgere har behov for et botilbud. Særligt i én af kommunerne er der foretaget en vidtgående omstilling af bostøtteområdet som led i en generel omstilling til en recovery-baseret indsats i kommunen. I denne kommune er det erfaringen, at det med muligheden for en intensiv og fleksibel bostøtte er muligt i højere grad at give borgere med komplekse støttebehov den fornødne sociale støtte i eget hjem, ligesom der tilsvarende er færre borgere, der har brug for et botilbud. Også i de øvrige kommuner har der været fokus på at udvikle den sociale bostøtte, men der er forskel på, hvor langt kommunerne er kommet i denne proces, og særligt er der forskel i praksis omkring muligheden for at visitere til en forholdsvis intensiv bostøtteindsats.

Der har også været betydelige omstillinger på botilbudsområdet i flere af kommunerne. Ud over den ene kommune, der har afviklet et større antal botilbudspladser samtidig med udviklingen af bostøtteindsatsen, har der også i de øvrige kommuner været omlægninger på botilbudsområdet. Bl.a. har de botilbudslignende tilbud efter almenboliglovens § 105 med social støtte efter servicelovens § 85 vundet større indpas.

Forandringerne på både bostøtte- og botilbudsområdet giver dog samtidig anledning til nye udfordringer og problematikker. I takt med at flere tilbydes bostøtte i eget hjem, ses der en tendens til, at der sker en stigende koncentration af borgere med komplekse støttebehov på botilbuddene. Blandt disse borgere er særligt problematikken omkring somatiske plejehov fremtrædende. Denne problematik viser sig også omkring de botilbudslignende tilbud, hvor det udviklingsorienterede og socialpædagogiske fokus i den tilknyttede støtte efter servicelovens § 85 ikke altid opleves at gå i spænd med den stigende kompleksitet i støttebehovene hos beboerne. På den måde må udviklingen i støttebehovene i målgruppen generelt ses i forhold til omstillinger og omlægninger i tilbudsviften mellem bostøttetilbud og forskellige typer af botilbud.

5.1 Tilbudsviften mellem bostøtte og botilbud

Den sociale støtte i eget hjem ("bostøtte") gives efter servicelovens § 85 og har fokus på at yde borgeren en social og praktisk støtte i hverdagen samt at understøtte borgerens brug af velfærdssystemets øvrige tilbud og koordineringen mellem disse tilbud. Bostøtten foregår generelt ud fra en socialpædagogisk tilgang, hvor der lægges vægt på at styrke borgerens evne til selv at håndtere hverdagens udfordringer. På den måde er den sociale bostøtte i alle fire kommuner præget af den generelle omstilling til en rehabiliterende og recovery-orienteret tilgang, der er foregået både i psykiatrien og på det sociale område over en længere årrække.

De sociale botilbud gives til borgere, der ikke er i stand til at bo selvstændigt i egen bolig, men som har brug for at bo i rammer, hvor der er tilknyttet personale enten hele døgnet eller det meste af tiden. Her skelnes der mellem de længerevarende botilbud efter servicelovens § 108 og de midlertidige tilbud efter servicelovens § 107. Ud over disse to typer af botilbud er en meget udbredt form for tilbud de "botilbudslignende" tilbud, der gives i en kombination mellem almenboliglovens § 105 og med tilknyttet social støtte efter servicelovens § 85. Sidstnævnte tilbud minder på mange måder om botilbud efter § 107 eller § 108 og har typisk enten karakter af mindre enheder af "klyngeboliger" eller "opgangsfællesskaber", hvor der er personale tilknyttet, men hvor den tilhørende sociale støtte således gives efter servicelovens § 85. Ligesom i bostøtteindsatsen arbejdes der også på de socialpsykiatriske botilbud i alle fire kommuner generelt ud fra recovery-tilgangen.

I flere af kommunerne har der været en betydelig udvikling og omstilling af den sociale bostøtte i løbet af de seneste år. Det kommer bl.a. til udtryk ved, at der er sket en øget differentiering af bostøtten i specialiserede team, der hver især har fokus på forskellige delmålgrupper. Ligeledes har der været fokus på at øge fleksibiliteten og tilgængeligheden af bostøtten med henblik på at kunne støtte borgeren, når det konkrete støttebehov opstår. Det er dog samtidig tydeligt, at de fire kommuner ikke er samme sted i denne udvikling og omstilling. I alle fire kommuner har der over en årrække været et generelt fokus på at styrke den recovery-orienterede tilgang i bostøtten, og i tre af kommunerne har der i de seneste år været et strategisk fokus på at omstille bostøtteindsatsen til at kunne give en mere intensiv og fleksibel støtte i eget hjem, hvis der er behov for det. I den sidste af de fire kommuner arbejdes der, ligesom i de øvrige kommuner, generelt recovery-orienteret i bostøtten. Men en presset økonomisk situation i denne kommune betyder, at der er større barrierer end i de øvrige tre kommuner forbundet med at give bostøtte af en høj intensitet til borgere med komplekse støttebehov i eget hjem.

Omstillingen af den sociale bostøtte har også haft en betydning for botilbudsområdet i kommunerne. I de kommuner, hvor det har været muligt at foretage en vidtgående omlægning af den sociale bostøtte og dermed give en mere intensiv og fleksibel indsats, har man oplevet, at det med denne tilgang er muligt for flere borgere med forholdsvis komplekse støttebehov at bo i egen bolig. Derved har det været muligt bedre at kunne imødekomme et udtalt ønske hos mange af borgerne om at bo i egen bolig. En bostøttemedarbejder siger følgende om emnet:

Der er mange af vores borgere, der har de samme ønsker og drømme omkring det med at få kæreste og børn og så videre. Og det her med at gå fra institution og ud i egen lejlighed, det er en del af normalitetsbegrebet. (Bostøttemedarbejder)

I medarbejderinterviewene er der generelt en vurdering af, at en stor del af borgerne, som socialpsykiatrien er i kontakt med, ønsker at bo i egen bolig. Interviewmaterialet peger i den forbindelse på, at udformningen af bostøtteindsatsen er en afgørende faktor for, i hvor høj grad borgerne er i stand til at bo i egen bolig. Det omhandler særligt, hvorvidt det er muligt at give en tilstrækkeligt intensiv og fleksibel støtte til borgere i eget hjem.

I den kommune, hvor omstillingen af bostøtten har været mest vidtgående, har denne udvikling af området betydet, at behovet for pladser i botilbud er reduceret, og navnligt er antallet af § 108-pladser faldet betydeligt i takt med omlægningen og udviklingen af bostøtten i eget hjem. Det er dog kommunens erfaring, at der stadig er borgere med komplekse støttebehov, der har brug for længerevarende botilbud, og de tilbageværende pladser i § 108-botilbud i denne kommune anvendes således primært til borgere med udadreagerende adfærd, som har brug for tilbud af mere skærmet og beskyttet karakter.

På den måde må de forskellige tilbud i den samlede tilbudsvifte og dimensioneringen af kapaciteten af de forskellige typer af tilbud i høj grad ses i sammenhæng med hinanden. I de følgende afsnit beskriver vi nærmere, hvad der kendetegner de forskellige typer af tilbud – den sociale bostøtte i egen bolig og de forskellige typer af botilbud, og hvilke erfaringer der er gjort i de fire kommuner med at udvikle de forskellige typer af tilbud. Vi fokuserer særligt på, hvad udviklingen og omstillingen af de forskellige tilbud betyder i forhold til borgere med komplekse støttebehov og muligheden for at imødekomme disse behov.

5.2 Udvikling og omstilling af bostøtteindsatsen i eget hjem

Bostøtteområdet har generelt gennemgået en betydelig udvikling og omstilling gennem de seneste år. Denne udvikling har taget udgangspunkt i det generelle paradigmeskifte til en recovery-baseret og rehabiliterende tilgang. Bostøtten spiller i den sammenhæng en væsentlig rolle i forhold til at give borgeren den fornødne hjælp og støtte til at kunne bo i egen bolig og til at kunne håndtere problemer og udfordringer og gøre borgeren mere selvhjulpnen i hverdagen.

I én af kommunerne har der været implementeret en omfattende recovery-strategi i hele kommunen. Et centralt element heri har været en omlægning af bostøtten til at kunne give en væsentligt mere fleksibel og intensiv indsats, end det tidligere har været muligt at tilbyde. Det indebærer, at der er mulighed for at yde et ret højt antal støttetimer i løbet af en uge og ligeledes mulighed for fleksibelt at ændre på omfanget af støtten (fx øge timetallet), hvis borgeren har behov for det. Som eksempel nævnes, at der i et enkelt forløb er givet en støtte på helt op til 70 timer om ugen i en periode. Ifølge både ledere og medarbejdere betyder dette, at man i højere grad nu er i stand til at give borgere med komplekse støttebehov den fornødne støtte i eget hjem. Denne udvikling af bostøtteindsatsen har i den pågældende kommune været koblet sammen med, at antallet af botilbudspladser er reduceret med fokus på i stedet at kunne yde den fornødne støtte i eget hjem, og det har været en afgørende forudsætning for at kunne reducere antallet af botilbudspladser, at bostøtteindsatsen tilsvarende er gjort mere fleksibel. Det har generelt været erfaringen i denne kommune, at mange borgere, der tidligere har været opfattet som målgruppe for botilbud, rent faktisk har været i stand til at bo i egen bolig med den mere intensive og fleksible bostøtte, og at netop det at bo i egen bolig i sig selv er med til at understøtte og facilitere en recovery-proces for borgeren. En leder i socialpsykiatrien beskriver denne udvikling som meget positiv og forklarer, at det i høj grad har handlet om at ændre området syn på, hvad borgerne rent faktisk kan klare:

Det var en spændende proces. Folk har fået et godt liv, selvom der var flere, jeg ikke troede på, men som viste sig, at de klarede det rigtig godt. Nogle gange er det os som medarbejdere, der sætter grænser for dem og ikke tror nok på udviklingen. Medarbejderne kan komme til ikke at tro på projektet eller er bundet for meget i det, og det er svært at bryde den institutionalisering. (Leder i socialpsykiatrien)

Som lederen i ovenstående citat påpeger, er et væsentligt formål med indsatsen i eget hjem at bryde med den institutionalisering af borgeren, som uundgåeligt ofte indtræffer, når borgeren bor på et botilbud. Lederen vurderer, at det ikke længere er nødvendigt for nye, og særligt yngre, borgere at bo på et botilbud, i og med at man i kommunen har udviklet nye måder at yde § 85-støtte på. Det har gjort denne ydelse langt mere dækkende og fleksibel, og det er derfor i langt højere grad end tidligere muligt at støtte borgeren i eget hjem.

Det er karakteristisk for bostøtteindsatsen i denne kommune, at man har baseret bostøtten på en teamstruktur, hvor borgeren er tilknyttet flere medarbejdere, frem for at støtten er baseret på at opbygge en relation mellem borgeren og én bestemt medarbejder. Medarbejderne påpeger, at

man med et ensidigt fokus på at opbygge en relation til borgeren risikerer at skabe en afhængighed for borgeren, som på længere sigt både kan være usund og sårbar, fx hvis det er nødvendigt at skifte bostøttemedarbejder pga. et jobskifte eller sygdom, men også, fordi der grundlæggende er tale om en professionel relation mellem medarbejder og borger. I denne kommune arbejder man i stedet med en teamstruktur, hvor det er en del af forløbet, at støtten til borgeren varetages af flere medarbejdere, der har en regelmæssig kontakt med borgeren. Det skaber ifølge lederen af indsatsen mere naturlige relationer mellem borger og medarbejder, hvor man samtidig kan trække på forskellige styrker og svagheder i de enkelte relationer og kontakter.

Et borgereksempel fra denne kommune illustrerer, hvordan man arbejder med at give støtte ud fra denne teambaserede struktur. Det viser samtidig, hvorledes det har været muligt at give en intensiv social støtte i eget hjem til en af de målgrupper, der, som vi beskrev i kapitel 4, opleves at være i vækst, nemlig gruppen af primært yngre kvinder med en spiseforstyrrelse. Netop fordi den psykiske lidelse for borgere med alvorlige spiseforstyrrelser også involverer en fysisk og ernæringsmæssig (og ofte livstruende) situation, har denne målgruppe et højt støttebehov, hvor en hyppig kontakt er nødvendig. Som det beskrives i denne borgercase, er der tale om en meget intensiv støtte på op til 6 timer om dagen med flere daglige besøg, hvor der særligt er fokus på at støtte borgeren i at indtage føde. En så intensiv indsats ville ikke have været mulig uden den generelle omlægning af bostøtten i kommunen.

Case 5.1: Ung kvinde med spiseforstyrrelse, der modtager en intensiv og fleksibel bostøtteindsats

Denne borger er en yngre kvinde med svær spiseforstyrrelse og særlig svær udviklingsforstyrrelse samt mild retardering, som bostøtten modtager, efter at hun har været indlagt et år på psykiatrisk afdeling, idet man ikke kunne afgøre, hvad borgeren havde brug for af støtte og behandling.

Der iværksættes i bostøtten en intensiv indsats udført af et særtteam med både fokus på borgerens psykiske problemstilling samt støtte til at klare en hverdag i egen bolig med støtte til håndtering af måltider og spisning. Borgeren modtager en meget omfattende støtte, hvor medarbejderne befinder sig i borgerens hjem ca. 6 timer dagligt alle ugens dage for at give støtte til alle måltider dagen igennem.

Medarbejderne beskriver, at det komplekse ligger i at yde støtte til kostdelen, hvor opgaverne ofte bliver meget krævende rent tidsmæssigt, fordi de ligger spredt over hele dagen og skal følge borgers døgnrytme og dermed også håndteringen af det personlige forhold til borgeren, som de får ved at skulle tilbringe så meget tid med hende.

Desuden oplever medarbejderne, at koordineringen af støtten til borgeren er kompleks, idet den psykiske lidelse sammenblandes med en omfattende somatisk problematik som følge af spiseforstyrrelsen, og det således er vanskeligt at tilrettelægge den rette støtte omkring borgeren rent fagligt. Når borgeren i perioder ikke spiser, bliver hendes tilstand somatisk forværret. Samtidig bliver det vanskeligt at arbejde med de kognitive problemstillinger, der er forbundet med at realisere de målsætninger og handleplaner, der er blevet tilrettelagt for borgeren. Dette gør, at medarbejderne bruger meget tid på at koordinere indsatsen med øvrigt fagpersonale såsom psykologer, sygeplejersker og med hinanden i teamet for hele tiden at sætte de rigtige mål for borgeren.

Bostøttemedarbejderne, der er tilknyttet denne sag, forsøger at løse den komplekse opgave ved at afsætte meget tid til fælles faglig sparring i teamet, som er sammensat af forskellige faggrupper med hver deres styrke inden for borgerens problemstilling. Personalet kan således "forstyrre" hinanden konstruktivt i deres tilgang til borgeren.

I dette borgereksempel benytter man teammøderne til at koordinere en fælles faglig tilgang til borgeren, og der er mulighed for at sparre med hinanden om konkrete problemstillinger. Personalet gør i høj grad også brug af hinanden som aflastning, da mange finder det meget intenst og psykisk belastende at støtte denne borger og komme så meget i hendes hjem. Teamstrukturen bliver så-

ledes en måde at håndtere kompleksiteten på, idet medarbejderne let kan søge faglig sparring og bruge hinanden kollegialt, når det er vanskeligt og udfordrende at støtte borgeren.

Udviklingen mod at give støtte i eget hjem frem for botilbud, når det er muligt, har ændret den måde, der arbejdes med bostøtte på i denne kommune. Det har ligeledes ændret målgruppen af borgere, der modtager støtte i eget hjem. Bostøtten i denne kommune er nu døgnbemandet, sådan at borgere med særlig høj grad af støttebehov kan modtage støtte på alle tider af døgnet. En bostøttemedarbejder beskriver i citaterne nedenfor, at de i bostøtten oplever, at der ikke er botilbudspladser i kommunen til de meget komplekse borgere, og derfor opleves det, at mange af deres borgere får støtte til de helt basale ting såsom at komme i bad, at lave mad, at handle ind, men også til at håndtere kommunikation med det offentlige samt hjælp til transport til aftaler i andre tilbud, fx hos læge eller i misbrugsbehandlingen:

Jeg tænker, at de [komplekse borgere] altid har været der, men vi har bare ikke botilbuddene at tilbyde dem længere, så for os som § 85-medarbejdere, så kan vi selvfølgelig mærke, at der er kommet noget mere kompleksitet ind i forhold til helt basale, grundlæggende ting som for eksempel at få noget mad, at komme i bad og få helt almindelig dagligdags husførsel og hverdagen til at fungere på alle mulige måder. Det kan være til kommunikation og til at få alting til at fungere i egen bolig. (Bostøttemedarbejder)

Her skal der gøres opmærksom på, at der stadig er botilbudspladser i den pågældende kommune, men at antallet er væsentligt reduceret. Omstruktureringen betyder, at der i denne kommune opleves mere komplekse borgere i bostøttetilbuddene, end man tidligere har været vant til, og dette gør opgaverne mere komplekse, da medarbejderne skal håndtere flere dimensioner af borgerens liv end tidligere. Derved ændres kerneopgaven i væsentlig grad, både hvad angår faglige kompetencer hos medarbejderne samt i relation til koordinering og kommunikation omkring indsatsen til borgeren både internt og eksternt.

Tidligere har vi primært haft borgere med bevillinger på alt fra 1 til 5 timer om ugen, og lige nu oplever vi at få nogle rigtig komplekse borgere, som har store bevillinger. Vi har lige haft én på op til 70 timer om ugen, også en borger med psykiske problemer og andre problemstillinger også, så vi oplever nogle større sager, hvor det kræver mere samarbejde omkring det, både tværfagligt og i vores team. (Bostøttemedarbejder)

Medarbejderne i bostøtteteamet forklarer, at de oplever de mere omfattende borgersager som mere komplekse, både fordi de rent støttemæssigt og timemæssigt er langt mere krævende, men også fordi disse borgere kræver mere koordinering og tværfagligt samarbejde i teamet, da borgerne typisk har flere aktuelle problemstillinger, som støtten skal kunne rumme og tage hånd om.

En anden af undersøgelsens kommuner har ligeledes for nogle år tilbage udviklet en særlig fleksibel enhed under kommunens § 85-bostøtte, som muliggør, at der kan skrues op og ned for støtten efter borgerens behov. Det betyder, at der kan gives ekstra støtte i en periode, hvis borgeren fx udskrives fra hospitalsindlæggelse og derefter har brug for støtte. Herefter kan der skrues ned for støtten igen, når borgeren er mere stabil og ikke så indlæggelsestruet. En medarbejder i det fleksible bostøtteteam i denne kommune beskriver, at en af effekterne ved at modtage mere individualiseret støtte i eget hjem kan være, at borgerne faktisk bliver mere selvstændige:

De [borgerne] får i hvert fald et andet billede af, hvad de selv kan. Det er deres eget selvbillede. Når man er et sted med mange mennesker, kæmper man om opmærksomheden, fx ved at sige, at man ikke selv kan støvsuge. (Bostøttemedarbejder)

I borgereksemplet 5.3 beskrives, hvordan den fleksible bostøtte anvendes i forbindelse med at støtte en borger, der flytter fra et botilbud til egen bolig. Eksemplet viser, hvordan der i bostøtteforløbet er fokus på at udvikle borgerens evne til at håndtere og mestre hverdagen i egen bolig, og eksemplet viser, hvordan borgeren allerede ret hurtigt bliver mere selvhjulpnen. Herefter er det ud fra borgerens eget ønske muligt at reducere støtten.

Case 5.3: Eksempel på borger i den fleksible bostøtte

Den fleksible bostøtte modtager en ung borger, som tidligere har boet på botilbud. Den unge kvinde ønsker ikke længere at bo på botilbud, men personalet på botilbuddet er usikre på, hvordan det vil gå med kvinden, når hun flytter i egen bolig, da der er mange dagligdags ting, hun ikke selv varetager og magter. Medarbejderen fra bostøtte teamet deltager i et formøde på botilbuddet, inden borgeren begynder at modtage bostøtte i eget hjem. Her får de at vide, at kvinden fx ikke selv kan støvsuge og vaske tøj og i øvrigt har meget vanskeligt ved at klare almindelige hverdagsgøremål uden hjælp fra personalet.

Borgeren flytter i egen bolig, og teamet begynder at komme hos kvinden flere gange om ugen. De træner fra starten af de forskellige dagligdags gøremål i hendes hjem med hende. Efter kun en uge er kvinden i stand til selv at stå for det meste rengøring i hjemmet, og efter kort tid tager hun selv bussen rundt i byen. Borgeren vælger også kort efter at afmelde et af de ugentlige besøg fra bostøtten, da hun oplever selv at kunne klare sig uden så meget støtte.

Medarbejderen fra bostøtte teamet forklarer, at hun oplever, at de er lykkedes med på meget kort tid at ændre kvindens selvbillede af, hvad hun kan og støtte hende i at mestre rigtig mange ting selvstændigt. Medarbejderen forklarer, at det for nogle borgere kan handle om at få opmærksomhed på botilbuddet, fordi det ofte er dem, som er dårligst, som får den meste personalekontakt, og på den måde kan nogle borgere på botilbud komme til at fremstå, som om de har færre kompetencer, end de faktisk har.

På den måde har det været det rette for denne borger at komme ud i egen bolig med en fleksibel støtte, da den individualiserede støtte giver mulighed for, at borgeren kan generhverve nogle dagligdags kompetencer meget hurtigt, fordi der er fuld opmærksomhed fra bostøtten i en periode.

I den tredje af de fire kommuner har der, ligesom i de to førstnævnte kommuner, været en proces med at udvikle bostøtteområdet gennem de senere år. Det har bl.a. betydet, at der er etableret specialiserede team, der hver især dækker forskellige dele af målgruppen for bostøtten. Fx er der et lille "udsatteteam", der særligt giver bostøtte til de mest udsatte, som typisk er borgere, der både har en psykisk lidelse og et misbrugsproblem. Der er samtidig separate team, der dækker forskellige dele af kommunen, hvilket er nødvendigt, da denne kommune dækker et forholdsvis stort geografisk areal. Der er således et separat team, der dækker mindre bysamfund i den ene del af kommunen, mens der ligeledes er et team, der dækker området omkring kommunens hovedby. På trods af den specialiserede organisering oplever medarbejderne, at der kan være borgere, som det er vanskeligt at give en tilstrækkelig støtte. Det handler ikke nødvendigvis om intensiteten eller fleksibiliteten af støtten, men i stedet om specifikke problematikker og kompleksiteter hos borgeren, som opleves som særligt svære at håndtere.

I den sidste af de fire kommuner er der, ligesom i de øvrige kommuner, et fagligt fokus på den socialpædagogiske tilgang i bostøtten, herunder at indsatsen understøtter, at borgeren kan blive mere selvhjulpnen i hverdagen. I denne kommune har der dog ikke været samme omfattende omlægninger og strategiske fokus på at udvikle bostøtteområdet som i de tre øvrige kommuner. Denne kommune har samtidig været igennem omfattende besparelser på det sociale område, der generelt præger tilgængeligheden af ressourcer på området. Det betyder, at der i sammenligning med de andre kommuner er større barrierer i forhold til at give en intensiv og fleksibel bostøtte. Visitationen til bostøtten udmåles efter indsatspakker, der beskriver forskellige intensiteter, og det er sjældent, at der bevilges mere end 5 timers bostøtte pr. uge til den enkelte borger. Medarbejderne beskriver, at det til tider ikke er muligt at give en tilstrækkelig intensiv støtte med det antal

støttetimer, der er til rådighed, til de borgere i eget hjem, der har forholdsvis komplekse problemer. Det gælder særligt gruppen med samtidigt misbrug og psykisk lidelse. Selvom problematikken med at give en tilstrækkelig intensiv indsats er særligt fremtrædende i den ene af de fire kommuner, er denne problematik naturligvis ikke ukendt i de øvrige kommuner. Særligt i én af de øvrige kommuner italesætter flere af medarbejderne samme problematik. Her er praksis i langt de fleste tilfælde at visitere borgeren til et forholdsvis lavt antal støttetimer pr. uge, og det er undtagelsen, at der bevilges væsentligt over 5 timer om ugen.

Selvom der i alle kommunerne er borgere, som det er vanskeligt at støtte tilstrækkeligt med bostøtte i eget hjem, fx pga. kompleksiteten i støttebehovene, så er det overordnede billede, at udformningen af bostøtteindsatsen i kommunen i høj grad påvirker, hvorvidt dette er muligt. Det er fx afgørende, om der er mulighed for at give en indsats med en høj intensitet og fleksibilitet til borgere med mere omfattende støttebehov. I de kommuner, hvor der har været et strategisk fokus på at udvikle bostøtten i denne retning, er der tegn på, at man bedre kan give borgere med komplekse støttebehov den fornødne støtte i eget hjem. Det gælder bl.a. gruppen af misbrugere med psykiske lidelser, ligesom det også gælder andre målgrupper med komplekse støttebehov, som fx borgere med svære spiseforstyrrelser.

5.3 Ændret målgruppe for botilbud

I alle fire kommuner er der som nævnt en stor opmærksomhed på at finde den rette balance mellem, hvilke borgere der kan bo i egen bolig, og hvilke borgere der har brug for et botilbud. Som beskrevet har udformningen af bostøtteindsatsen stor betydning for, i hvilken grad borgere med komplekse støttebehov kan bo i egen bolig. Det gælder navnlig muligheden for at give en intensiv og fleksibel indsats. I de kommuner, der har arbejdet strategisk med at udvikle og omstille bostøtten, har denne proces også haft betydning for behovet for botilbud i kommunen.

I den kommune, der har foretaget den mest vidtgående omstilling af bostøtten, er der parallelt med denne proces sket en reduktion i antallet af pladser på de socialpsykiatriske botilbud i kommunen. Sideløbende med omstillingen af bostøtten er antallet af pladser i § 108-botilbud således mere end halveret. Det er erfaringen i denne kommune, at mange borgere, som ellers ville have brug for et botilbud, kan bo i egen bolig på grund af tilgængeligheden af den mere intensive og fleksible bostøtte, ligesom det er erfaringen, at det i højere grad er muligt at understøtte en udvikling for mange af disse borgere, når de bor i egen bolig med den intensive bostøtte.

Lederen af socialpsykiatrien i denne kommune påpeger, at der stadig er brug for botilbudspladser i kommunen, men understreger samtidig, at den mest fremtrædende borgergruppe, som stadigvæk har behov for at bo på et botilbud, ikke nødvendigvis er de borgere, der har de sværeste psykiske lidelser og symptomer. De borgere, der fortsat har brug for et botilbud, og som har vanskeligst ved at bo i egen bolig, er derimod først og fremmest de borgere, der allerede har haft ophold på et botilbud en stor del af deres voksenliv, og som derigennem har været igennem en langvarig institutionalisering. Disse borgere har været vant til, at der har været personale døgnet rundt, og har særlig svært ved at håndtere at bo på egen hånd med hjælp fra bostøtten. Det er på den baggrund, at lederen vurderer, at den mere fleksible bostøtte efterhånden vil give mulighed for, at nye borgere, og ikke mindst de unge, i højere grad fremover vil kunne få et liv i egen bolig frem for at gennemgå en sådan institutionalisering. På baggrund af erfaringerne i denne kommune er der på alle niveauer af ledere og medarbejdere, som vi har interviewet, en tro på, at der vil være meget få eller næsten ingen borgere på botilbud i fremtiden. En forvaltningschef udtaler herom:

De 15 [borgere], vi har [på botilbud], de er typisk borgere, som er blevet institutionaliseret undervejs, og som vi som system har været med til at gøre dårligere, end det måske var nødvendigt. Så jeg tror, de forsvinder fuldstændigt. (Forvaltningschef)

Dette skift i tilgangen nødvendiggør et fokus på fordelene og ulemperne ved de forskellige typer af tilbud i forbindelse med visitationen af nye borgere til tilbuddene. En leder i socialpsykiatrien beskriver det ændrede fokus i forbindelse med visitationsprocessen:

Jeg har tit pårørende eller borgere, som siger, at de rigtig gerne vil ind i et botilbud. Og der er også mange på sundhedsområdet, som tænker, at borgeren skal i et botilbud, men det er, fordi de tænker, det er mere indgribende, og at det kan vi ikke i en § 85. Men vi vil hellere gå ind og sige, hvad har du brug for i stedet for, hvad er rammerne. Vi vil gerne kigge på opgaven i stedet for rammerne. Altså, det er opgaven, så hvis borgeren ønsker det, så kan vi godt lave et 24/7-tilbud. Så på den måde er vi tilgængelige 24/7. (Leder i socialpsykiatrien)

Lederen påpeger, at det sociale aspekt omkring de forskellige indsattstyper også spiller ind i overvejelserne om, hvad der er den rette løsning for borgeren. Lederen problematiserer i den forbindelse en forestilling om, at botilbuddet bibringer en social ramme for borgeren, og fremhæver, at det også kan opleves som problematisk for borgeren at bo sammen med mange andre med komplekse støttebehov:

Det med at tænke det som et fællesskab, og der altid er nogen. Men sådan er det jo ikke altid. Det er ikke rammerne, som bestemmer det, fordi det ikke nødvendigvis er din nabo i botilbuddet, som du gerne vil være venner med. Det kunne lige så godt være en ude i byen. Så det er ikke rammen, som skal bestemme, men hvad opgaven er. [...] Jeg har borgere, som siger, at de godt kunne tænke sig at komme i et botilbud, fordi de er ensomme eller har perioder, hvor de er bange. Det er en reel udfordring, men vi vil gerne være lidt nysgerrige på, hvornår og hvad skal der til for at hjælpe borgeren. Der er nogle borgere, som siger, at et botilbud kunne være fint, men så må vi spørge, om de kunne tænke sig, at de andre, som bor i botilbuddet, altså ... hvor man skal låse sin dør, fordi ellers går folk ind. Og der er nogle andre udfordringer hos dem, altså vil borgeren nu kunne det, når borgeren synes, at de naboer, som de har nu, allerede er for udfordret rent funktionsmæssigt? Altså, dem gider du ikke have noget at gøre med. Det er den der bevidsthed om, altså folk har en idé om, hvad et botilbud er, men det er ikke sådan, det er i dag. (Leder i socialpsykiatrien)

Erfaringerne fra de fire kommuner viser således, at de hver især har arbejdet på forskellige måder med udviklingen af tilbudsviften mellem forskellige typer af botilbud og bostøtte tilbud, og det varierer, hvor langt de er i udviklingen. Udviklingen og omstillingen på både bostøtteområdet og botilbudsområdet betyder, at støttebehovene ændrer sig, både i bostøtten og i botilbuddene.

5.3.1 Flere borgere med meget komplekse problemer på de længerevarende botilbud

De socialpsykiatriske botilbud består generelt af både længerevarende botilbud efter servicelovens § 108 og midlertidige botilbud efter servicelovens § 107. Endvidere anvendes også botilbudslignende tilbud efter almenboliglovens § 105, der kombineres med social støtte efter servicelovens § 85.

Hvad angår de borgere, der fortsat bor på et længerevarende døgnbemandet § 108-tilbud, beskriver medarbejderne på et af disse tilbud, at beboerne i høj grad har brug for den tryghed, der ligger i, at det er muligt at få fat på personalet døgnet rundt. Nogle gange er det rent praktiske ting som

at få hjælp til at skifte sengetøj om natten, mens andre måske mangler hjælp til at spise. For nogle kan der være tale om angst om natten, hvor det er vigtigt, at der er mulighed for at tale med en medarbejder. Adspurgt om, hvad der ville ske, hvis beboerne ikke havde mulighed for at kontakte personalet på tilbuddet om natten, vurderer en medarbejder:

Nogle ville måske ikke have nok i at kunne ringe til nogen, måske fordi de ikke kan finde ud af ringe til nogen. Men de kan godt gå ud på gangen og finde nogen. Og nogle ville i nogle tilfælde godt kunne nøjes med at ringe til nogen og få støtte i det. Men det hjælper jo ikke på, hvis det er praktiske ting. (Medarbejder på § 108-botilbud)

Det stigende fokus på at støtte flere borgere med en mere intensiv bostøtte i eget hjem betyder imidlertid, at de tilbageværende borgere på § 108-botilbuddene opleves at have mere komplekse problemer. Det giver nye udfordringer med at give den rette støtte til borgere på botilbud, hvor der bl.a. opleves at være flere borgere, der er meget pleje- og støttekrævende. Interviewpersonerne beskriver i tillæg hertil en større koncentration af borgere med svære lidelser og symptomer, herunder borgere med en stærkt udadreagerende adfærd.

Case 5.4: Udadreagerende borger i § 108-botilbud skaber uro og kompleksitet

To medarbejdere på et § 108-botilbud beskriver en kompleks borger, som bor der som et enkeltmandstilbud. Manden er svært skizofren og har personlighedsforstyrrelse. Derudover er han tidligere kriminel.

Borgeren bor i den ene ende af bygningen for sig selv med egne faciliteter. Der er tilknyttet ekstra personaleressourcer til borgeren, idet han ofte er udadreagerende og ikke kan håndtere sociale sammenhænge og ophold i fællesarealerne med de andre beboere. Derfor er der særlige regler for, hvor borgeren må opholde sig og omgås de andre beboere. Der er også særlige regler for, hvordan personalet skal håndtere denne borger. Fx skal der altid være to medarbejdere hos borgeren af hensyn til sikkerhed. Aftalen er desuden, at han skal ringe til medarbejderne, når han vil i kontakt med dem, så de kan komme til ham, i stedet for at han skal gå for meget ud blandt de andre beboere.

Medarbejderne oplever, at de fysiske rammer gør det komplekst at håndtere borgeren og imødekomme hans behov for at kunne være for sig selv. Fx har han ikke egen indgang og skal derfor igennem en stor del af botilbuddets fællesarealer, hvor han ofte kommer i konflikt med de andre beboere, som bliver meget skræmte. Borgerens udadreagerende og til tider voldsomme adfærd er en stor udfordring, og de oplever, at det er vanskeligt at støtte ham og sikre skærmning i forhold til de andre beboere. Samtidig må personalet ikke anvende tvang, så borgeren kan i princippet færdes, hvor han vil, og kan dermed til tider være til stor gene for de andre beboere.

Medarbejderne fortæller, at de rent fagligt oplever at være meget kompetente i forhold til at kunne støtte ham, men at de fysiske rammer er en stor udfordring. Rammerne gør, at de ikke kan skærme borgeren og sikre, at han ikke opsøger de sociale fællesskaber, som findes på tilbuddet. Han skaber derigennem meget uro og tumult på stedet.

Ikke mindst borgerne med stærkt komplekse problemer og udadreagerende adfærd kan være svære at rumme, selv på et § 108-tilbud med en intensiv personaledekning. På et af de § 108-tilbud, vi besøgte, påpeger medarbejderne, at botilbuddets fysiske rammer forstærker udfordringerne med at håndtere de mest udadreagerende beboere. Det hænger bl.a. sammen med, at boligerne på tilbuddet ikke er tilstrækkeligt individuelle og skærmede. Hvis de enkelte boliger ikke har egen indgang og i stedet vender ud til fællesarealer, kan det fx udgøre både en skærmnings- og sikkerhedsproblematik. Både i forhold til medarbejderne og de andre beboere. Det illustreres i case 5.4.

5.3.2 Omlægning fra botilbud til botilbudslignende tilbud

I to af de fire kommuner har man inden for de senere år omlagt botilbud fra § 108-tilbud til botilbudslignende tilbud efter almenboliglovens § 105 og med social støtte efter servicelovens § 85. Her bor borgerne i egne lejligheder og med tilknyttede fællesarealer, men støtten er mindre intensiv end i et traditionelt § 108-tilbud. At støtten gives ud fra § 85 på disse tilbud betyder samtidig, at der er et mere udviklingsorienteret fokus i støtten. Man har således bevæget sig væk fra en mere traditionel omsorgsorienteret tilgang.

Denne løsning med botilbudslignende tilbud opleves i begge kommuner som en god løsning for mange af de borgere, som ikke kan bo i egen bolig, men som ikke har behov for et botilbud med en intensiv personaledekning døgnet rundt. Det opleves imidlertid også, at der er beboere, som har ret omfattende støttebehov, og at disse indebærer større opgaver, end det måske er muligt at imødekomme i denne type af tilbud. Case 5.5 giver et eksempel på en borger med meget komplekse problemer, med både en svær sindslidelse, misbrugsproblemer og udadreagerende adfærd. Denne borger opleves som vanskelig at give den fornødne støtte på det botilbudslignende tilbud, hvor han bor.

Case 5.5: Udfordringer med at rumme borgere med udadreagerende adfærd på et botilbudslignende tilbud

En leder på et botilbudslignende bosted under § 105 og § 85 fortæller om en borger, som de oplevede var meget kompleks at rumme i tilbuddet grundet hans udadreagerende adfærd.

Borgeren er skizofren og har minoritetsbaggrund. For nogle år siden truede han en medarbejder med en kniv under en meget voldsom episode, og borgeren fik en behandlingsdom. For noget tid siden blev dommen ophævet, og manden begynder at misbruge og bliver paranoid. Der opstår flere episoder, hvor borgeren opfører sig truende og aggressivt, og der kommer mange arbejdsskadeindberetninger som følge af disse episoder. Flere medarbejdere sygemelder sig. Det vanskelige ved denne borger er, at han er meget opsøgende i forhold til personalet og de andre beboere, og ofte forsøger medarbejderne at få ham indlagt, når hans adfærd er truende. Det er imidlertid vanskeligt, da han ikke selv ønsker det. Samtidig oplever de på stedet, at de ikke har nok ressourcer til denne borger, men at de ikke kan få borgeren til at flytte, fordi det er borgerens egen lejlighed. Han har derfor ret til at blive boende, hvis han vil.

Lederen vurderer, at denne borger ville have haft mere gavn af et § 108-botilbud, hvor der havde været flere ressourcer og mere bemanding til denne type af borgere. Han tilbydes flere gange et andet tilbud, der netop er et § 108-botilbud, men borgeren ønsker ikke at flytte. Samtidig ønsker borgeren ikke at samarbejde med hverken misbrugs- eller andre behandlingstilbud, som han får tilbudt.

Flere gange opleves manden så truende, at personalet vælger at tilkalde politiet med henblik på indlæggelse. Men de vurderer hver gang, at borgeren ikke er indlæggelsesrelevant.

Lederen fortæller, at de kun kan vente på, at borgeren skader sig selv eller andre, således at han kan indlægges. Derefter kan man igen forsøge at overtale ham til at takke ja til et andet tilbud.

I én af de kommuner, der særligt benytter disse botilbudslignende tilbud, beskriver medarbejderne, at tilbuddet fungerer godt til en stor del af beboerne, men at der samtidig opstår nye udfordringer med målgrupper, som man ikke kan rumme på tilbuddet. De grupper, der er vanskelige at rumme, er for det første borgere med omfattende misbrugsproblemer og for det andet borgere med somatiske plejebehov.

På et botilbudslignende tilbud i en af de to kommuner har tilbuddet egen visitation. Personalet er på den måde med til at vurdere, om det er det rette tilbud, når de får en henvendelse om en mulig beboer. Denne inddragelse i visitationen fungerer ifølge medarbejderne generelt godt, og de beskriver, at de derigennem bedre kan matche stedets og personalets kompetencer med deres mål-

gruppe. I og med at tilbuddets personale er med til at vurdere, om en borger er inden for deres målgruppe, inden borgeren tilbydes pladsen, kan de lettere vurdere, om borgeren "passer ind" i den øvrige beboersammensætning. Dette tilbud har fx ikke borgere med aktivt misbrug som målgruppe, og visitationen betyder derfor, at tilbuddet generelt afviser at optage borgere med betydelige misbrugsproblematikker.

En udfordring i denne kommune er imidlertid, at der kun er meget få øvrige botilbud til borgere med "dobbelt diagnose". Kommunen må derfor bl.a. købe pladser på tilbud i andre kommuner til denne målgruppe, der kan være vanskelig at rumme på de botilbudslignende tilbud. Samtidig er der medarbejdere, der påpeger, at nogle af misbrugerne med de mest komplekse problemer formentlig ender på herberger for hjemløse borgere, da der ikke er andre tilbud til dem. Det understreger, at der er grund til opmærksomhed på, om der i forbindelse med omlægninger på området er en "restgruppe", der særligt består af de mest kaotiske misbrugere med psykiske lidelser, som i nogle tilfælde ikke har andre muligheder tilbage end tilbuddene på hjemløseområdet.

Den anden gruppe, som det kan være svært at rumme på de botilbudslignende tilbud, er borgere, der samtidig med den psykiske lidelse også har somatiske plejebehov. Her peger medarbejderne på, at der mangler den pleje- og omsorgsrelaterede sundhedsdel fra § 108-tilbuddene. Samtidig opleves den pædagogiske tilgang i § 85-støtten at støde sammen med de støttebehov, der knytter sig til de somatiske helbredsproblemer. En medarbejder på et af de botilbudslignende tilbud beskriver denne problematik:

Ja, vi skal jo have hjemmeplejen indover udefra og andre ting. Nogle gange i de her boformer, så har vi nogle borgere, som skal kæmpe med nogle problemstillinger, hvor det vi er ude i, det er vedligehold og livskvalitet, men fordi vi bor på sådan et sted, som vi gør, så skal man bruge rigtig mange ressourcer på det levende liv, på kompetencer eller at blive motiveret meget, og måske føle sig meget stresset hele tiden, fordi man skal have købt ind, og det kan måske være et stort pres. Hvor nogle af de § 108-tilbud, der har været tidligere, det har givet borgerne mulighed for i virkeligheden at gå tidligere på pension. Altså ligesom man har på plejehjem, hvor man sørger for, at der er mad i maven og alt muligt andet. Men med de borgere, der kommer ud til os i dag, der kan det nogle gange være et valg, om man er psykisk eller somatisk dårlig. Fx dobbelt diagnoser må vi jo ikke tage, men der er jo ikke nogen, der siger, at vi ikke må tage folk, som er somatisk dårlige, så længe vi kan håndtere det. Og hvis alternativet for den enkelte borger er at sidde enten i et opgangsfællesskab, hvor der ikke er døgn dækning, og man har mange problemer, så er det jo et godt tilbud at få om at flytte ind, men det kan godt være, at borgere ville få langt større livskvalitet og flere ressourcer til rådighed, hvis de boede på et sted, hvor alting egentlig var inkluderet med tøjvask osv. Altså hvis vi nu bare kigger på livskvalitet. Og så kommer jeg lidt i karambolage med mig selv, kan jeg høre, for jeg synes også, det er vigtigt, at man har noget at stå op til. [...] Jeg ville godt kunne pege på noget, hvor jeg ville sige "Ja, nu har du gjort, hvad du skulle, du har en rigtig dårlig og nedsat lungefunktion, du skal være omgivet af nogle, som forstår din psykiatri, for det vil du have med ind i din alderdom, men nu skal der ikke være flere pædagogiske tiltag". [...] Så det er rigtig svært, fordi vi er jo et § 85-tilbud, hvor § 108 jo er § 85 og § 83 i en klokkeklar model. Og dér kommer vi til at mangle noget i hvert fald i de grænseovergange med somatisk hårdt ramte borgere. (Bostøttemedarbejder i botilbudslignende tilbud efter ABL § 105 og SEL § 85)

5.4 Sammenfatning

I alle kommunerne er der et stort fokus på indretningen af tilbudsviften i forhold til sondringen mellem, om borgeren modtager bostøtte i egen bolig eller bor på et botilbud. I to af kommunerne har der været et betydeligt strategisk fokus på at udvikle og omstille bostøtteindsatsen i retning af at kunne tilbyde en højere intensitet og fleksibilitet i støtten, og i den tredje kommune er der sket en specialisering af bostøtten i forskellige team, der yder støtte til forskellige målgrupper.

Særligt i den ene af kommunerne er en omfattende omlægning af bostøtteindsatsen blevet ledsaget af en betydelig reduktion i antallet af pladser i § 108-botilbud. Det er i den forbindelse vurderingen blandt både ledere og medarbejdere, at muligheden for at give en mere intensiv og fleksibel bostøtte har betydet, at man kan støtte flere borgere i eget hjem, hvilket de fleste borgere også ønsker. Samtidig har det skabt bedre rammer for en recovery-orienteret indsats for borgeren. Der er dog stadig behov for pladser på § 108-botilbud, men behovet er ikke nødvendigvis størst blandt dem med de sværeste psykiske lidelser. Behovet findes snarere blandt dem, der har boet mange år på et botilbud og derved allerede har gennemlevet en lang institutionalisering. Det er oplevelsen i kommunen, at man med omstillingen og den nye tilgang kan undgå en tilsvarende institutionalisering blandt nye og yngre borgere i socialpsykiatrien.

I to andre kommuner er der i flere tilfælde sket en omlægning af § 108-botilbud til botilbudslignende tilbud med boliger efter almenboliglovens § 105 og social støtte efter servicelovens § 85. Det har i disse tilbud betydet en omstilling fra en mere traditionel omsorgsorienteret og institutionel tilgang til et større fokus på borgerens udvikling ud fra en socialpædagogisk tilgang. Interviewpersonerne beretter dog om udfordringer med at rumme et stigende antal beboere med somatiske plejebehov på disse tilbud, hvor netop plejebehovene udfordrer den mere udviklingsorienterede tilgang. Man oplever – i nogle tilfælde – at mangle de mere omsorgs- og plejeorienterede elementer fra § 108-tilbuddene.

Der rejses også en problematik omkring at rumme borgerne med komplekse misbrugsproblemer i de forskellige tilbud. Det omhandler bl.a., at der kan være udfordringer med at give denne gruppe den fornødne støtte i eget hjem. Fx pga. begrænsninger i de ressourcer, der er til rådighed i forhold til det visiterede timetal, og pga., at der ofte mere er tale om hjælp til akutte problematikker snarere end et langsigtet udviklingsarbejde med borgeren. Der er også udfordringer med at rumme borgerne med komplekse misbrugsproblemer på en del af botilbuddene, og på nogle botilbud optages der generelt ikke borgere med et aktivt misbrug. Udfordringen i særligt én af kommunerne er imidlertid, at der ikke er øvrige tilbud til denne målgruppe, hvorfor kommunen må købe pladser i andre kommuner til disse borgere. Der er desuden en oplevelse af, at nogle af misbrugerne med psykiske lidelser må benytte sig af ophold på boformer for hjemløse (§ 110-boformerne). Der er dermed grund til at være opmærksom på, om omstillingerne i både bostøtteindsatsen og botilbuddene betyder, at der er en "restgruppe" af misbrugere med psykiske lidelser, som det er vanskeligt at finde tilbud til.

6 Koordinering og samarbejde med andre kommunale indsatser

Mange af de borgere, der modtager tilbud i socialpsykiatrien, vil i større eller mindre grad også være i kontakt med eller modtage tilbud fra andre dele af det kommunale system. Det gælder ikke mindst for borgerne med komplekse problematikker. Medarbejderne i de socialpsykiatriske tilbud vil derfor ofte løfte en opgave, der handler om at støtte borgeren i at deltage i og fastholde andre tilbud, såsom fx behandlings- og beskæftigelsestilbud. Der ligger derfor en opgave i at skulle koordinere og samarbejde med de andre tilbud, der vedrører socialpsykiatriens borgere. Koordineringen er helt central i forhold til at skabe sammenhæng i den samlede indsats for borgere og kan således på den ene side bidrage til at håndtere og reducere kompleksiteten i borgersagerne. På den anden side udgør koordinering og samarbejde også en kompleksitet i opgaveløsningen, og koordineringsopgaven kan af forskellige grunde opleves som udfordrende og vanskelig. Det kan både skyldes, at koordineringen og samarbejdet kræver tid og ressourcer, og at koordinering og samarbejde involverer mange forskellige aktører, som ikke nødvendigvis har samme tilgang til og syn på, hvad en borgers problematik drejer sig om. En udfordring i relation til samarbejdet er derfor ofte de forskellige kulturer og professionelle logikker, som medarbejderne i socialpsykiatrien skal forsøge at navigere i og arbejde ud fra, når samarbejdet skal fungere.

I dette kapitel gives der først nogle eksempler på, hvordan koordinering generelt er en af de komplekse opgaver, som socialpsykiatriens ansatte løser. Derefter beskriver vi opgaverne omkring koordinering og samarbejde på de tre væsentligste områder inden for kommunen, der aftegner sig i interviewene. Det gælder koordinering og samarbejde med henholdsvis misbrugsområdet, hjemmeplejen og andre sundhedsaktører samt endelig samarbejdet med beskæftigelsesområdet. Når vi særligt fokuserer på samarbejdet mellem socialpsykiatrien og disse øvrige områder i den kommunale indsats, skal det i høj grad ses i sammenhæng med kompleksiteten i borgersagerne, hvor netop tilstedeværelsen af enten misbrugsproblemer eller somatiske plejebehov samtidig med en psykisk lidelse generelt aftegner en høj grad af kompleksitet i borgernes støttebehov. Koordineringen og samarbejdet med beskæftigelsesområdet skal ses på baggrund af, at en betydelig del af socialpsykiatriens brugere er kontanthjælpsmodtagere, hvor der ofte er et behov for at understøtte borgerne i forhold til deres forsørgelsessituation. Det gælder både generelt i forhold til at hjælpe borgerne med at håndtere deres økonomi og specifikt i forhold til de krav og sanktioner, der stilles i beskæftigelsessystemet. Undervejs i kapitlet gives der konkrete eksempler på, hvilke opgaver der løses i relation til de øvrige kommunale aktører, der samarbejdes med, ligesom afsnittene afdækker barrierer og udfordringer i samarbejdet i forhold til at håndtere borgernes komplekse støttebehov.

6.1 Generel koordination mellem tilbud

Der er i alle fire kommuner bred enighed om, at en væsentlig opgave i socialpsykiatrien er at koordinere og støtte borgeren i at kunne tage imod og indgå i de tilbud, som stilles til rådighed. Det gælder både koordination i forhold til tilbud inden for socialpsykiatrien og i forhold til øvrige indsatser – både kommunale og ikke-kommunale indsatser. En leder beskriver, hvordan alene det at koordinere kommunal transport til et behandlingstilbud kan være en stor, men vigtig koordineringsopgave for medarbejderne:

Det er en stor del af vores opgave at koordinere og finde på løsninger. Hvis der er nogen. Men det er jo også en del i at støtte op omkring behandlingen. Det kan være en

helt uoverskuelig verden for borgeren, at der faktisk er nogle tilbud for kørsel fx, så derfor bruger vi meget tid på at koordinere sådan noget. (Leder af bostøtteam)

I den daglige opgaveløsning varetager mange medarbejdere i socialpsykiatriens tilbud koordineringsopgaver i relation til andre kommunale aktører, som på forskellige måder kan opleves komplekse. Det kan være, fordi opgaven skal løses hurtigt eller akut, eller fordi andre kommunale instanser, som borgeren også har kontakt med, er pressede på tid og ressourcer. En medarbejder på et botilbud beskriver:

Nogle gange får vi en borger ind, hvor vi skal have det op og spille på kort tid. Vi kontakter de forskellige aktører, men pga. de forskellige problemer ude i instanserne, så kan det ikke komme op og stå hurtigt. Og så begynder kompleksiteten at opstå. (Medarbejder på botilbud)

Citatet er et eksempel på, at koordinering er særlig udfordrende, hvis det skal foregå hurtigt, fordi koordineringsopgaverne ofte er komplekse og involverer kommunikation med mange forskellige aktører. Koordineringsopgaven handler også i høj grad om at afgøre ansvaret i samarbejdet i forhold til forskellige opgaver i relation til borgeren. Det kan fx være at afklare, hvem der har ansvar for, at borgeren har den rette dosis medicin, eller hvem der har ansvar for, at borgeren får leveret den rette mad eller andre hjælpemidler på de aftalte tidspunkter:

Det er rigtig vigtigt, at ansvar og roller er fordelt, så man ved, hvem der står for hvad. For ellers bliver borgeren taberen. (Leder på botilbud)

Netop i denne proces med at afklare, hvem der har ansvar for hvilke opgaver, kan der let opstå misforståelser. Det kan kræve meget arbejde for en medarbejder at nå til bunds i, hvem der løser hvad, og om ansvaret for opgaveløsningen faktisk er placeret det rigtige sted, i forhold til, hvad der gavner borgeren bedst. Nedenstående interviewuddrag viser to botilbudsmedarbejders beskrivelser af, hvorfor en koordineringssituation vedrørende medicin til en borger kan blive kompleks:

Medarbejder 1: Det er komplekst, når der er tre steder, der skal samarbejde. Fx hvis der er en, som har en behandlingsdom på baggrund af misbrug og en sindslidelse. Så har retspsykiatrien behandlingsansvaret. Så har vi faktisk en fjerde spiller i det her. Det er kriminalforsorgen, som skal se til, at dommen bliver håndhævet. Og så har du misbrugscenteret, som behandler det aktive misbrug. Og så har du her, hvor de bor, som er den koordinerende faktor.

Interviewer: Hvad er det udfordrende?

Medarbejder 2: At få alle instanserne til at spille sammen. Efter samme ting. Fx med medicin. Der er forskellige steder, som kan ordinere medicin. Så at få det til at spille sammen, så alle ved, hvad der er ordineret, hvem der ordinerer hvad, og hvem der har det behandlingsmæssige ansvar.

Interviewer: Kan I give et konkret eksempel?

Medarbejder 1: Det er lidt tid tilbage. Han [borgeren] havde ikke en behandlingsdom, men han kom i misbrugscenteret dagligt. Der var vi meget usikre på, hvem der egentlig ordinerede medicinen og hvornår. Fordi noget af det er måske noget for sindslidelserne, som faktisk kan modarbejde noget af misbrugsbehandlingsmedicinen og omvendt. Altså at vide, hvem der ordinerer og håndterer det. Hvem der sørger for, at borgeren får det.

Medarbejder 2: Ansvar er ligget mange steder, tænker jeg. Der er mange delprocesser, som skal deles rundt.

Interviewer: Kan man ikke bare mødes og koordinere det?

Medarbejder 1: Ja, det er ikke så nemt, som det lyder. Der skal være tid til det [...]. Og så at være sikker på, at alle trækker i samme retning. Der bliver man nødt til at mødes for at vide det med sikkerhed.

I dette eksempel beskriver de to medarbejdere på et § 108-botilbud, at det kræver tid og et stort stykke arbejde at koordinere den korrekte medicin til en borger. Det handler ikke kun om, hvem der har ansvar for borgerens medicinordning, men også om, hvorvidt den medicin, der gives, er meningsfuld og i overensstemmelse med de indsatser, som borgeren modtager, i forhold til borgere-ns psykiatriske problemstilling. Citatet beskriver derfor en central problematik vedrørende koordinering med andre aktører, som handler om, at koordineringsopgaven ikke kun handler om at løse nogle praktiske og logistiske opgaver i forhold til den samlede indsats. Det handler i høj grad også om, at en opgave – og et ansvar i forbindelse med en opgave – kan se meget forskellig ud for de forskellige aktører, der er involveret i indsatsen for borgeren. Dette er særligt aktuelt i forhold til medicin til borgere, der både har et misbrug og en psykisk lidelse. Men der er også andre opgaver, hvor en lignende problematik viser sig. Fx omkring koordinering af rengøring i borgerens egen bolig. Her kan det modarbejde den pædagogiske indsats i socialpsykiatrien, hvis hjemmehjælpen varetager en del af rengøring, som borgeren faktisk selv skal forsøge at klare set ud fra den tilgang, som bostøtteindsatsen repræsenterer.

Pointen om, at en problematik eller en opgave kan se forskellig ud i de forskellige dele af det kommunale hjælpesystem og derved også løses forskelligt, er helt central i forhold til behovet for koordinering af opgaven. Stort set alle medarbejdere og ledere oplever, at de forskellige systemer og indsatsområder til tider arbejder efter forskellige logikker og dertilhørende problem- og løsningsforståelser. Et eksempel på dette er en medarbejders beskrivelse af, hvordan en opgave om at støtte en borger til at komme ud at handle løses meget forskelligt i henholdsvis misbrugscentret og af de socialpsykiatriske medarbejdere. Her bliver der spurgt til, hvad den socialpsykiatriske kerneopgave er, og hvordan den i praksis løses anderledes end på et af de andre områder:

Det [den socialpsykiatriske kerneopgave] handler overordnet om, at man skal træne deres [borgernes] kompetencer og deres færdigheder til, at de kan komme ud og mestre eget liv. Men tolkningen er jo fx, at på misbrugsdelen, så kan det være, de tænker, at de kører borgeren ud til opgaven i samfundet, fordi så er man sikker på, at de kommer derud, og så har man ikke udfordringen i, at de ikke kommer derud, fordi man ikke kan køre fx. Hvor vi måske tænker, at vi ikke kører nogen steder hen, fordi den opgave skal de også mestre. Så arbejder vi på, hvordan man kommer derud. Det er et mål at mestre. Hvor vi tænker, det er lige meget, at borgeren ikke kommer til Brugsen de første ti gange, fordi vi arbejder med processen, og så den 11. gang kan de komme op til Brugsen selv, og så er det ikke en udfordring mere. Hvorimod med misbrug, så kører de dem bare op til Brugsen, og så er man sådan, "jamen, hvad så?". [...] Så når vi tænker så forskelligt, så kan det være lidt problematisk at skabe nogle ting. Fordi vi kan sige, "hvorfor vil I ikke træne dem i at kunne komme frem?" Og de kan sige, "hvorfor er det ikke vigtigt for jer, at de kommer frem?". (Medarbejder på § 108-botilbud)

Eksemplet illustrerer meget præcist en af de forskelle i den pædagogiske opgaveløsning, som kan være vanskelig i samarbejdet med andre aktører. Her handler det om, hvorvidt det centrale er, at selve handlingen med at købe ind kan gennemføres, og om målet derved er i fokus. Eller om det

er midlet til at nå målet om at kunne købe ind, der er i centrum, hvilket netop er det, man ud fra den pædagogiske optik arbejder med i socialpsykiatrien. Fordi man ser på opgaven fra forskellige faglige vinkler, anses og tilgås selve støtten og opgaven i relation til borgeren forskelligt. Koordinering og dialog med samarbejdspartnerne er derfor meget vigtig for ikke at komme til at modarbejde hinanden, ligesom det at afklare og opnå fælles mål i indsatsen gennem koordinering er central.

En leder af et bostøtteam forklarer vigtigheden af at være i dialog og at forsøge at sætte sig ind i hinandens opgaver:

Det kræver, at man er nysgerrige på hinanden. Så jeg indbyder tit til et formøde med de forskellige samarbejdspartnerne, så vi ikke sidder og har forskellige logikker i vores arbejde med borgeren. Så det er vigtigt for os, at hvis vi kan mærke, at vi ser noget forskelligt, så må vi inden sætte os og være i dialog sammen, altså det nytter ikke noget, at det først sker ude ved borgeren. Altså, at vi arbejder ud fra forskellige logikker. (Bostøtteleder)

Citatet viser, at det er vigtigt at afsætte tid til at mødes indbyrdes mellem samarbejdspartnerne, da dette gør koordineringen og kompleksiteten mindre kompleks:

Vi må have en bredere forståelse i forhold til, hvordan vi løfter denne her opgave. Der skal være tid og rum og plads til det her, og jeg forventer, at vi er nysgerrige på det. Så der skal være tid til at gå i dialog med samarbejdspartnerne, så det er vigtigt at sige, at det er det, vi gør. Vi lægger op til samarbejde. Det er det, vi skal. [...] Der har også været historier om, at vi begge har lavet fx bustræning, og det er jo helt åndssvagt. Eller jeg lavede bustræning, og nogle andre kørte med borgeren i bil. Det kunne være et eksempel. Så det er vigtigt at spørge og høre, om der er andre, som transporterer dem, og så indkalde dem til bordet. Så det er en meget koordinerende opgave. (Bostøtteleder)

I det følgende beskrives de væsentlige problematikker, der viser sig omkring koordinering og samarbejde med andre indsatsområder. Her fokuseres der på samarbejdet med de mest centrale øvrige kommunale aktører og indsatsområder i form af misbrugsområdet, hjemmeplejen samt beskæftigelsesområdet.

6.2 Koordinering og samarbejde med misbrugsområdet

Tidligere undersøgelser viser, at gruppen af borgere med dobbeltdiagnose er en gruppe, som kræver ekstra grad af koordinering mellem forskellige indsatser, både mellem socialpsykiatrien og misbrugsbehandlingen i kommunen og i forhold til den regionale behandlingspsykiatri, da indsatsen varetages på tværs af de forskellige områder (Johansen & Børsting-Andersen, 2014; Madsen m.fl., 2011). Det stiller krav til samarbejdet mellem de forskellige aktører, som behandler og er i berøring med borgere med dobbeltdiagnoser, og til, at der er en tydelig ansvarsfordeling mellem dem.

En meget generel problematik, der nævnes i forhold til borgere med dobbeltdiagnose, handler om at støtte op om borgerens misbrugsbehandling. Det skal dog i den forbindelse nævnes, at den måde, snitfladen mellem socialpsykiatrien og misbrugsområdet er organiseret på, påvirker i hvilken grad denne problematik er blevet italesat i interviewene. I én af kommunerne hører borgere med misbrugsproblemer ikke under socialpsykiatrien, heller ikke i det omfang, de har en psykisk lidelse. I denne kommune har der således ikke været samme fokus på problematikken med at støtte op om borgere i misbrugsbehandling.

I de øvrige kommuner er der et større eller mindre overlap mellem områderne, og en del af brugerne i socialpsykiatrien har også misbrugsproblemer. Nogle af disse følger behandling på et misbrugscenter. Her beskriver bostøttemedarbejderne, at en del af deres arbejde i den forbindelse består i at understøtte, at borgerne kan følge behandlingen på misbrugscentrene, fx i forhold til at møde op til aftaler. I flere af interviewene italesætter ledere og medarbejdere i bostøtten, at der er et potentiale for et mere integreret samarbejde med misbrugscentrene. Det kunne bestå i at få etableret nogle behandlingsforløb i borgerens eget hjem, da det – ifølge en bostøtteleder – kan være problematisk, at meget dårlige borgere skal møde op på et misbrugscenter:

Vi har brug for mere samarbejde med misbrugscenteret i forhold til at komme ud i lejlighederne og lave behandlingsforløb. At skulle ind på centre er tab af værdighed, blive set af andre. De [misbrugscenteret] har et udkørende team med sygeplejerske og stofbehandler, men de har travlt. (Bostøtteleder)

Det nævnes i den forbindelse i flere af kommunerne, at det praktiske og logistiske i at sikre, at borgeren møder op til aftaler i misbrugscenteret, kan være en stor udfordring. Fx hvis borgeren ikke magter at transportere sig selv dertil, fordi det fx ligger langt fra borgerens bopæl, eller hvis borgeren i det hele taget ikke magter at følge en regelmæssig behandling på misbrugscenteret. Det opleves her som en barriere, at misbrugsbehandlingen stort set altid skal foregå på misbrugscenteret, og at misbrugsbehandleren ikke i stedet kommer ud til borgeren på samme måde som bostøtten.

En anden udfordring, der nævnes i interviewene vedrørende samarbejde omkring borgere med dobbeltdiagnoser, gælder borgere i substitutionsbehandling. Udfordringen består bl.a. i, hvem der er ansvarlig for at sikre, at borgeren får sin substitutionsmedicin til rette tid. Nedenstående citat omhandler, hvordan lægen som aktør spiller en meget central rolle i forhold til at udskrive medicinen til borgeren, og at proceduren med medicinudskrivelsen er meget skrøbelig, hvis der fx forekommer aflysning:

De har ingen læger derude [på misbrugscenteret], så borgeren skal til lægesamtale for at få udleveret metadon, og så aflyser de tiderne. Og så siger vi, at vi ikke har metadon til dem, når de aflyser vores tider. Men så siger de, det ikke er deres problem, men det er da heller ikke vores. Altså, det er borgerens problem, men hvad fanden gør vi så? Altså, hvis de skal gå i fx 7 dage uden metadon. Det har vi lige oplevet med en borger, hvor de aflyser samtalen. Og så har vi ikke noget medicin til borgeren. (Medarbejder på § 107-tilbud)

Medarbejderen beskriver, at det er problematisk for personalet på botilbuddet, at de ikke har bedre muligheder for at sikre, at borgeren kan få sin substitutionsmedicin, da personalet i sidste ende står med ansvaret for borgeren i det daglige. Derfor vælger medarbejderen også ofte at løse opgaven vedrørende borgerens medicin af empatiske grunde, selvom hun udtrykker, at det faktisk ikke er hendes opgave:

Hvis ikke de kan få deres medicin, så vil vi ikke bare finde os i, at de ikke kan få den før om 3 uger. Det er da ikke okay. Så har vi måske ringet helt op til embedslægen og sagt, at der må gøres noget her. Det er i bund og grund ikke mit ansvar, om de får medicinen. Sådan helt firkantet, så er jeg jo købt til en udviklingsopgave. Så det er ikke min opgave, at det med medicinen ikke skal fungere. Det er i princippet borgerens selv, men det kan de måske ikke. Og så må jeg gøre det. Vi har fået nogle andre læger til at udskrive metadon for os, som normalt aldrig ville gøre det. Men det blev de nødt til. (Medarbejder på § 107-botilbud)

Medicinproblematikken vedrører dog ikke kun substitutionsmedicinen til borgere med dobbeltdiagnose, men gælder også i forhold til psykofarmaka i forhold til den psykiske lidelse både for borgere med og uden misbrugsproblemer. Problematikken omhandler også forskellige it-systemer og samarbejdsprocedurer vedrørende borgerens medicinkort, hvor det kan være en tidskrævende opgave at finde ud af, hvad der er ordineret til borgeren:

Der er problemer, fordi det ikke er altid, at det, som bliver ordineret af medicin på sygehuset, bliver tastet ind på det fælles medicinkort. Og det er jo vores ansvar, at borgerne får den rigtige medicin på det rigtige tidspunkt, hvis det ikke bliver opdateret. Så der kan nemt ske fejl, hvis vi ikke bliver opdateret på borgernes nye medicinordination [..] Indimellem skal vi bruge tid på at udrede noget uretmæssigt. Det kan være et detektivarbejde. (Medarbejder på § 108-tilbud)

Der savnes altså nogle tydelige processer med klar fordeling af ansvar omkring borgerens medicinordination og udlevering. Denne koordineringsopgave bruger medarbejderne meget tid på, og i mange tilfælde varetages det i praksis af medarbejdere med pædagogisk baggrund, som ikke har indgående fagligt kendskab til medicinering.

6.3 Koordinering og samarbejde med hjemmeplejen

At samarbejdet udfordres af divergerende fagkulturer genkendes også i samarbejdet med hjemmeplejen. Som medarbejder i socialpsykiatrien har man, som tidligere beskrevet, i høj grad fokus på den socialpædagogiske opgave i støtten til borgeren. Det indebærer viden om og metoder til at kunne tilgå opgaven ud fra bestemte socialfaglige perspektiver. Hjemmeplejens tilgang til opgaveløsningen opleves af medarbejderne i bostøtten ofte som mere praktisk og omsorgsorienteret. En medarbejder i bostøtten beskriver, at bostøtten og hjemmeplejen løser opgaven på forskellige måder, og at hjemmeplejen har fokus på en anden form for opgaveløsning i relation til de somatiske plejebestanden. Det kan imidlertid give udfordringer i de tilfælde, hvor borgeren samtidig med et plejebestanden også har en psykiatrisk problemstilling:

Lad os sige, at hjemmeplejen også er på denne her borger, men fx ikke gør deres opgave. Eller det gør de, men på deres måde. De er ikke rustet på samme måde, som vi er til en borger, som ikke kun rent sundhedsfagligt har brug for hjælp, men hvor der også er andre kompleksiteter inde over. (Bostøttemedarbejder)

En anden bostøttemedarbejder beskriver, hvordan bostøttemedarbejderen og hjemmeplejen ofte utilsigtet modarbejder hinanden i deres opgaveløsning som følges af helt forskellige tilgange til borgeren, som er dybt forankret i måden at yde støtte på. Dette er illustreret ved følgende caseeksempel.

Case 6.1: Borger med skrumpehjerne modtager bostøtte og hjemmehjælp

En bostøttemedarbejder kommer hos en borger, som lider af skrumpehjerne som følge af mange års misbrug. Borgeren har derfor meget svag hukommelse, og især hans korttidshukommelse er voldsomt svækket.

I bostøtteamet har der været fokus på, at det så vidt muligt skal være den samme medarbejder, som kommer hos borgeren kontinuerligt, da han ellers bliver meget konfus grundet hans hukommessvigt.

Foruden bostøtte modtager borgeren også hjemmehjælp, som bl.a. er ansvarlig for at sikre, at borgeren indtager sine måltider, da han ellers glemmer at spise. I en periode, hvor borgeren samtidig er ekstra dårlig, er der mange forskellige medarbejdere fra hjemmeplejen, der foretager besøgene hos borgeren, og det er således ikke den samme person hver gang, som besøger manden. Efter 14 dage har borgeren tabt sig mange kilo, og hans fysiske tilstand forværres væsentligt. Bostøtten får derfor mistanke om, at manden ikke har fået sine måltider. Bostøttemedarbejderen har ikke ansvaret for borgerens måltider, da hun har fokus på borgerens psykiske udvikling, men hun tjekker borgerens køleskab for at se, om han har spist den mad, som er blevet leveret til ham. I køleskabet finder hun uspiste måltider fra mange dage, som er muggent. Borgeren har således ikke indtaget en stor del af de planlagte måltider.

Medarbejderen kontakter herefter hjemmeplejen, fordi hun ikke kan forstå, hvorfor borgeren ikke har fået sin mad. De fortæller, at de har spurgt borgeren, om han ville have noget at spise, hver gang de kom på besøg, men at han ofte sagde, at han lige havde spist. Borgeren har dermed stort set ikke fået mad, fordi han grundet hukommessvigtet ikke kan huske, hvornår han sidst har spist. Han fortæller derfor plejepersonalet, at han lige har fået mad.

Medarbejderen fortæller, at hun har været optaget af sin udviklingsopgave og derfor ikke har arbejdet med måltiderne i den tro, at borgeren fik sin mad. Hun fortæller, at hun oplever, at der i denne sag har manglet bedre koordinering, og at hjemmeplejen havde mere viden om, hvordan borgerens skrumpehjerneproblematik påvirker hans evne til at huske.

Bostøttemedarbejderen i casen beskriver, hvordan socialpsykiatrien har nogle socialpædagogiske redskaber til at arbejde med borgere med skrumpehjerne, og at de her har en særlig opmærksomhed mod at kommunikere på en meget tydelig måde. I hjemmeplejen arbejdes der ud fra en anden tilgang, som måske ikke vægter den tydelige kommunikation med borgeren lige så højt, idet fokus sandsynligvis ligger på måltidet og på at tilbyde borgeren dette. Case-eksemplet illustrerer således den divergerende forståelse af borgerens funktionsniveau og dermed også det forskellige syn på opgaveløsningen, der ofte præger arbejdet i henholdsvis socialpsykiatrien og i hjemmeplejen. En bostøttemedarbejder forklarer denne forskel ud fra et andet eksempel, der handler om en borger med selvmordstanker:

De [hjemmeplejen] arbejder efter sundhedsloven, og det gør, at de er nødt til at handle på en anden måde, end vi gør. Hvis en borger taler til mig om selvmordstanker, vil jeg prøve at arbejde med den angst og forestillinger, der ligger i forhold til det, og se, om jeg kan rumme borgeren og give borgeren en tillid til at klare sig selv, indtil det bliver muligt at få hjælp igen. Hvor hjemmeplejen siger, de er nødt til at handle, når de møder sådan en problematik. Fx ligesom hvis denne borger ringer til natlægen og siger, jeg har selvmordstanker, så kan vagtlægen ikke bruge tid på at rumme den borger – og se om de kan få redskaber til at undgå den adfærd, så det ender hurtigt med en indlæggelse, og det er det samme argument, de bruger i hjemmeplejen, at de kan miste deres autorisation, hvis de ikke handler, fx når borgerne siger, de vil begå selvmord. (Bostøttemedarbejder)

Medarbejderen forklarer, at der er nogle grundlæggende faglige forskelle på de to områder, som påvirker måden at løse en problematik eller en opgave på. Han forklarer:

De sundhedsfaglige siger, at de er nødt til at lytte og tro på borgeren, hvor jeg er vant til at lytte til, hvad det handler om, fordi jeg ved, at den målgruppe udtrykker sig om noget andet end det, som det drejer sig om, fordi det er en del af deres sygedomsbillede. (Bostøttemedarbejder)

Her handler det i høj grad om det faglige syn på borgeren i de to systemer, men også om at have et grundlæggende fagligt kendskab til og viden om psykiatriske problemstillinger, som denne medarbejder gør brug af, når han skal støtte og håndtere en borger, som har selvmordstanker. Samtidig med de vanskeligheder, der opstår i samarbejdet, er der også en stor opmærksomhed omkring, at hjemmeplejen er en vigtig aktør at samarbejde og dele viden med. En bostøttemedarbejder beskriver:

Nogle gange er det jo en meget større opgave, som hjemmeplejen løfter. Og vi snakker sammen om det, så vi ved, hvad hinandens opgaver er. Vi ser nogle forskellige ting hos borgeren, så selvom hjemmeplejen kommer tre gange om ugen, så ser de ikke det, vi ser. (Bostøttemedarbejder)

En leder forklarer, hvordan man forsøger at forbedre samarbejdet ved indimellem at købe opgaver af hinanden, hvis det giver mest mening i forhold til borgeren:

Vi har jo også tæt samarbejde med [hjemmeplejen] i forhold til plejeopgaver. Vi kan også godt købe hinandens opgaver. Altså det her er måske en plejeopgave, men det er bedst, at det er mig, som går ind og udfører den, fordi det er bedst for borgeren med så få som muligt og kendte ansigter omkring sig. (Leder af bostøtten)

I forbindelse med samarbejdet med hjemmeplejen er der ofte uklarhed om, hvem der faktisk skal løse og have ansvaret for den pågældende opgave. Er opgaven af pædagogisk karakter, eller er der tale om en ren plejeopgave? En leder af bostøtteamet forklarer, at der altid bør være dialog omkring, hvem der skal have opgaven, hvis der er tvivl om, hvem der bedst løser den:

[...] så må man gå i dialog. Altså at sige [...] altså, er det vores opgave, eller er det ikke. Så vi har jo tæt samarbejde med visiteringen for [hjemmeplejen]. Altså, det er jo hele tiden at tænke på, om det er noget, som borgeren godt vil kunne lære engang. Vi skal jo ikke træne at gøre rent, selvom borgeren ønsker det, hvis borgeren aldrig kommer til det. Hvis det er en utopi. Så vi skal være nysgerrige på hinanden og snakke om, hvad der giver mening, så der er et tæt samarbejde. (Leder af bostøtten)

En anden afdelingsleder forklarer, at det ikke altid er helt ligetil at bestemme, hvor opgaverne skal placeres, når der både er pleje- og udviklingsopgaver forbundet med støtte til borgere med komplekse støttebehov:

Det kan godt være svært nogle gange. Altså, hvor er det, det ligger henne. Ligger den hos [hjemmeplejen], eller ligger det hos os? Altså at udføre opgaven. Vi samarbejder med [hjemmeplejen] omkring opgaverne, men de er også presset på tid og bemanning, så de kunne godt tænke sig, at vi tog noget mere af deres, men det skal jo give mening. [...]. Så det er en balancegang, hvornår de gør det, og hvornår vi gør det. (Afdelingsleder)

Citatet beskriver, at opgavefordelingen ikke altid kun handler om, hvem der fagligt er bedst rustet til at løse opgaven, men også hvem der har tid og ressourcer til at løse plejeopgaverne.

Dynamikken mellem henholdsvis de pædagogiske og de pleje- og sundhedsrelaterede opgaver i socialpsykiatrien skaber således kompleksitet, især fordi området nu og i fremtiden som beskrevet

skal kunne håndtere mere komplekse og plejekrævende borgere, hvor det i særdeleshed er vigtigt at få afklaret en fælles forståelse af borgerens situation og behov. Derfor er der i kommunerne stor opmærksomhed på at finde gode løsninger på, hvordan plejeopgaverne kan koordineres og løses. På bostøtteområdet handler det om, hvordan samarbejdet og koordineringen med hjemmeplejen som samarbejdsaktør i borgerens hjem kan forbedres. På botilbudsområdet handler det om at se nærmere på, hvordan vægtningen mellem de pædagogiske udviklingsopgaver og pleje- og sundhedsopgaver skal fordeles. Nedenfor gives eksempler på konkrete løsninger fra både bostøtte- og botilbudsområdet:

I en af kommunerne har man på et botilbudslignende tilbud fået adgang til samme it-system som hjemmeplejen, hvilket bidrager til at skabe bedre sammenhæng i indsatsen for den enkelte borger. På dette tilbud løser personalet langt hovedparten (ca. 80 pct.) af de plejereleterede opgaver, mens den sidste del (ca. 20 pct.) er specialiserede opgaver, der varetages af hjemmeplejen. I samarbejdet med hjemmeplejen lægges der vægt på, at så få personer som muligt kommer i borgerens hjem, og socialpsykiatrien har derfor overtaget en del af plejeopgaverne. Det gælder ifølge lederen af tilbuddet en større tydelighed omkring, hvad der er en bostøtteopgave, og hvad der er en hjemmeplejeopgave.

I en anden kommune har socialpsykiatrien sit eget udkørende hjemmeplejeteam under servicelovens § 83, som dækker personer i egen bolig, som har sindslidelse eller hjerneskade. Her har man haft fokus på samarbejdet med hjemmeplejen og anerkendt, at hjemmeplejen spiller en stor rolle i kontakten til borgeren. Her deler man også it-system, sådan at hjemmeplejeren kan dele oplysninger om borgeren og omvendt. Dette giver mange fordele, fordi hjemmeplejeren i nogle tilfælde er hos borgeren i flere timer end bostøtten og derved har vigtig indsigt i borgerens hverdag og problematikker. Forvaltningschefen fra denne kommune beskriver:

Hvis der er en borger, der får bostøtte et kvarter om ugen, så kan det også være, at der kommer en hjemmehjælp og er der længere. Og en psykotisk kan godt styre psykosen i lidt tid, men så kan det være, at der kommer noget til udtryk, når hjemmehjælpen er der, og den viden kan man nu dele i vores system. For når man kan dele viden mellem borgerne, er det godt. Og det er særligt vores svageste medarbejdere, der er glade for at hjælpe til at dele viden, fx rengøringspersonale, for nu er deres viden vigtig. De har jo tænkt sig som det laveste i hierarkiet, "vi er bare dem, der kommer ind og gør rent og går igen", men nu er de blevet ophøjet til at være en ligeværdig samarbejdspartner omkring borgeren. (Forvaltningschef)

Ovenstående eksempler viser, hvordan man anerkender hjemmeplejen som samarbejdsaktør på bostøtteområdet, og hvordan der arbejdes med at integrere plejeopgaven på tværs af de to områder. Ligeledes er der på botilbuddene fokus på, hvilken rolle plejeopgaverne skal spille, og hvor meget tid de må tage, således at der til stadighed er fokus på den pædagogiske opgaveløsning. Dette har man i to af kommunerne forsøgt at løse på bestemte måder. I det første citat beskriver en leder af et § 108-botilbud, hvordan hun som leder har lavet en meget fast prioritering af opgavetyperne, og hvornår de tidsmæssigt ligger:

Vi har faktisk været igennem en proces det sidste års tid, hvor vi har snakket om, hvad de nødvendige sundhedsfaglige opgaver er. [...] For at vi er sikre på, at der er plads til det socialfaglige, så arbejder vi læringsorienteret. Vi har kigget på, hvilke sundhedsfaglige opgaver der er must-opgaver. Et helt konkret eksempel, så er det, hvis en borger vil have mad på sengen. Altså borgere, som godt kan hente mad selv, så skal de gøre det. Og borgere, som kan gøre rent selv, hvor det kan være et læringsmål, altså de skal gø-

re det selv. Så igen, at kigge på deres ressourcer, hvornår de kan, og hvornår de ikke kan. Men for at få øje på de her ting, så har vi været nødt til at binde forskellige sundhedsfaglige opgaver til et bestemt tidspunkt på dagen, så vi er sikre på, at vi kan komme ind og arbejde pædagogisk med læringsmål. Der er en stor ledelsesmæssig opgave i det. Når jeg har en masse medarbejdere med sundhedsfaglig baggrund, så kan det godt dominere. Men jeg skal skabe en balance mellem det. Jeg skal jo sikre, at der, ud over det sundhedsfaglige, arbejdes kvalificeret med læringsmålene. Jeg har været helt nede og se på, hvor meget tid vi bruger på det sundhedsfaglige, og hvor meget vi vil bruge på det. Vi har to basale medarbejdere, som sørger for at tage de helt sundhedsfaglige opgaver. Fx med sukkersyge, kateter osv., altså plejeopgaverne. De opgaver ligger tilmæssigt helt fast, for så er jeg sikker på, at jeg derudover har tid til alt det andet mere socialfaglige arbejde. (Leder af § 108-botilbud)

Lederen beskriver, at denne prioritering mellem sundhedsopgaver og pædagogiske opgaver har gjort det mere tydeligt for personalet, hvilke opgaver borgerne selv kan arbejde med som læringsmål, i stedet for at personalet varetager opgaven. Det at samle de sundhedsfaglige opgaver til et bestemt tidspunkt på dagen giver plads til at arbejde kvalificeret med borgerens læringsmål, hvorfor denne opgave kan komme mere i fokus, til trods for at personalesammensætningen på dette botilbud er overvejende sundhedsfagligt.

På et botilbudslignende tilbud, der er organiseret efter almenboliglovens § 105 med § 85-bostøtte i en anden kommune, opleves det også, at det er vanskeligt at prioritere mellem sundhedsopgaver og pædagogiske opgaver, fordi de sundhedsrelaterede opgaver ofte let kommer til at dominere, når man har mange beboere med store pleje- og sundhedsrelaterede opgaver tilknyttet. Her har man løst problematikken ved at lave et separat sundhedsteam inden for medarbejdergruppen, som står for de sundhedsrelaterede opgaver:

Så indfører vi et sundhedsteam, hvor vi indfører de gode ting fra § 108. Fx tilbyder vi morgenmad. Ernæringsmæssig god morgenmad. Vi tilbyder gåture og motion. Måltøttet og hvor vi prøver at ville støtte de sociale aktiviteter. I stedet for at støtte den enkelte i at købe ind, så vil vi købe ind sammen og ernæringsmæssig rigtig mad. En ny måde at gøre det på. Og selvfølgelig er det sundhedsteamet, der også kigger på medicin osv. Så i stedet for, at alle medarbejderne skal vide de her ting, så er der nu et sundhedsteam, som ved noget mere specifikt på flere områder. Og så det med, hvis boligen sander til. Men vi er jo ikke pleje, så det er hjælp til selvhjælp. Så hvis det pædagogisk ikke kan lade sig gøre at få borgeren til at gøre rent, så kan vi overlade det til sundhedsteamet. Vi har prøvet med pædagogisk arbejde at løse det med forskellige modeller, men det kan vi ikke. Derfor kan det nu overlades til sundhedsteamet at fx støvsuge med borgerens accept. Det glæder jeg mig lidt til, fordi det bliver forhåbentlig en opkvalificering af opgaver og et mere helhedsperspektiv på borgeren og borgerens mulighed fremadrettet. Vi får nogle stærkere fagligt kompetente medarbejdere, som kan være i offensiven i forhold til behandlingspsykiatrien, fordi de kan spørge ind på en anden måde, fordi de ved mere om medicinen. Det er ikke altid pædagogernes største force. (Socialpsykiatrichef)

Her har man også lavet en prioritering mellem de sundhedsrelaterede opgaver og det pædagogiske arbejde, men i stedet for, at alle medarbejdere kan varetage begge typer af opgaver, vil det være et sundhedsfagligt team, som løser opgaverne, som relaterer sig til pleje og sundhed, hvis det ikke er muligt at løse opgaven sammen med borgeren som en pædagogisk opgave. Her vurderes det, at denne struktur vil give et bedre helhedsbillede på borgeren og en opkvalificering i

forhold til borgerens medicinske behandling. I denne løsningsmodel har man rekrutteret til sundhedsteamet inden for gruppen af allerede ansatte medarbejdere, og her forklarer lederen, at det primært er de sundhedsfaglige medarbejdere, som har budt ind på at være med i teamet og derfor har mulighed for at opkvalificere sig inden for deres eget fagområde.

Der er således gode eksempler i flere af kommunerne på, hvordan det er lykkedes at styrke opgaveløsningen omkring borgere med somatiske plejebehov. Når håndteringen af de somatiske plejebehov imidlertid opleves som en udfordring i nogle af kommunerne, afspejler det også en kerneopgave, som er under forandring. Denne problematik er et eksempel på støttebehov hos borgeren, der går på tværs af de forskellige indsatsområder i den samlede kommunale organisation. Når der opleves modsætninger i tilgangen til borgeren i henholdsvis socialpsykiatrien og hjemmeplejen og udfordringer med at sikre en tilstrækkelig koordinering af opgaveløsningen, kan det også ses som udtryk for, at den rehabiliterende indsats i disse tilfælde kun er slået igennem som en socialfaglig og metodefaglig tilgang i arbejdet med borgeren, men derimod ikke understøttes af mere grundlæggende organisatoriske forandringer af indsatsen i form af integrerede indsatser på tværs af de forskellige sektorer.

6.4 Koordinering og samarbejde med beskæftigelsesområdet

En stor del af de borgere, som modtager tilbud og støtte i socialpsykiatrien, er på kontanthjælp, og samarbejdet med jobcenter og beskæftigelsesområdet er derfor vigtigt for at understøtte, at borgeren har et stabilt forsørgelsesgrundlag. Dette er aktuelt for de borgere, som ikke er tilkendt pension, og særligt for den yngre del af målgruppen er koordineringen med jobcenteret en vigtig opgave for medarbejderne i socialpsykiatrien, da de fleste af de unge er kontanthjælpsmodtagere. Her kan der opstå en udfordring i, at de to systemer ikke altid fungerer efter samme tempo og ud fra samme lovgivning og logik, hvilket kan presse borgeren:

Selvom vi er puttet meget ind i kasser, og det skal gå hurtigt, så er vi faktisk ikke hurtige i psykiatrien. Og det er vigtigt at holde fast i. [...] Tid og tålmodighed er vigtig. For nogen er det bare vedligehold og ikke udvikling. Men samfundet er jo til, at man skal ud og arbejde osv. Det kan presse lidt. Det kan godt udfordre vores arbejde. Det kan godt vælte borgeren. Så krav fra jobcenteret kan være hårdt. Vi er i dialog og er med til samtalerne, borgerne har. (Bostøttemedarbejder)

Fra borgerperspektivet kan det gøre, at vi skubber borgerne mere og mere ud af samfundet i stedet for, at vi sikrer, at borgerne bliver en integreret del af samfundet. [...] så lukker man for ydelser og sådan for borgere, som har en masse psykiske problematikker, hvor man godt kunne ønske, at det med arbejdsmarkedet bare kunne få lov til at stå på standby. Der er bare noget der, som trækker i en ikke hensigtsmæssig retning i forhold til at bevare borgerne så meget som muligt som en del af samfundet. (Forvaltningschef)

Citaterne beskriver, at socialpsykiatrien og jobcenteret fungerer forskelligt i forhold til, hvor hurtigt ting skal gå som følge af de forskellige lovgivningsmæssige grundlag på de to områder. Derfor kan jobcenterets krav til borgeren opleves som et stort pres, og medarbejderne i socialpsykiatrien oplever i den forbindelse, at det er nødvendigt, at de koordinerer og deltager i samtalerne i jobcenteret for at være orienteret om, hvad der er næste skridt for borgeren, så de kan gå i dialog med jobcenteret, hvis der opstår et for stort pres på borgeren:

Der kommer en jobcenterkvinde, der sidder med den unge og en kontaktperson. Det er ikke sikkert, det lykkes, men den unge kan have et bud på, hvad han vil. Fx det med

træningen, det kan han holde ud, for han har rigtig mange stemmer. [...] Så hele tiden på den unges præmisser. Det vigtigste er, at det kommer i gang, at man forsøger. Der er samarbejdet med os vigtigt, for vi mærker det, når det fx er for tidligt. (Leder af § 107-tilbud for unge).

Lederen beskriver her, at de er særligt opmærksomme på, hvis presset fra jobcenteret bliver for stort og derfor er med til at sætte borgeren tilbage i forhold til den udvikling, der måske er i gang i relation til den psykiske lidelse. Især hvis borgeren er på vej til at flytte ud i egen bolig, er det meget vigtigt med denne opmærksomhed:

Vi bliver den unges advokat, og jeg kan være imod, at man presser alt for meget, for det kan ødelægge det, der er opnået, og de kan have det med, hvis de flytter ud. (Leder af § 107-tilbud for unge)

Afhængig af, hvor beskæftigelsesindsatsen i den givne kommune er placeret rent organisatorisk i forhold til socialpsykiatrien, kan det give nogle snitfladeproblematikker i forhold til at skabe sammenhæng for borgeren:

Vi kunne tidligere have dobbeltforløb, hvor mentor og bostøtte lavede det samme, for vi vidste ikke, at hinanden fandtes. Det kræver af bostøtten, at man ved, der er en politisk beslutning om at støtte op om beskæftigelse og uddannelse og job. [...] Kontanthjælpsgruppen skaber noget kompleksitet ved, at de bliver varetaget af et andet system. Fx borgere, som har været i jobcenterkontakt, men hvor de ved, at de også modtager socialpsykiatrisk indsats, så lader man være med at foretage sig noget på beskæftigelsesdelen. Men i og med man får en overførselsindkomst, så skal de jo være med. Derfor har man lavet nogle referencer, hvor man specifikt på misbrugsområdet og psykiatriområdet er fagligt støttende over for borgerne på kontanthjælpsområdet. Der var førhen et land mellem mentorordningen og § 85, og så har denne her organisering hjulpet. (Socialpsykiatrichef)

Citatet illustrerer, hvordan organisatoriske og lovgivningsmæssige forhold i det kommunale felt er med til at øge kompleksiteten og omfanget af koordinationsopgaven i relation til borgere på kontakthjælp, som befinder sig i to parallelle systemer med hver deres lovgivning og logik. Lederen her savner i forlængelse heraf flere ressourcer til at holde fælles koordinerende møder med jobcenteret, da der stadig er eksempler på, at samarbejdet glipper, og at borgeren fx får en sanktion pga. manglende fremmøde. Det kan give betydelige udfordringer i bostøtteindsatsen, da borgeren fx kan få svært ved at betale sin husleje eller ved i øvrigt at få sin økonomi til at hænge sammen. I den forbindelse nævnes det i flere interview, at en del af borgerne har behov for støtte i forhold til at håndtere deres økonomi. Det er derfor også et område, som man må bruge tid på i bostøtteindsatsen:

Der er problemer i forhold til boligen. Fordi på kontanthjælp er der ikke meget indtægt. Huslejen er større, end man kan betale. Så skal man have ekstra boligstøtte, og så støder vi ind i bureaukratiet, fordi man skal have en paragraf 34-ydelse, som skal kompensere noget af huslejen. Og der kræves et hav af dokumentation. Det er meget arbejde for bostøtten. Man havner i en papirmølle sammen med borgeren. Det er ikke optimalt. Vi skal være behjælpelige med papirarbejde, men vi kan ikke tage ansvar for borgernes sager. Så ville jeg skulle ansætte en anden type medarbejdere, nærmest socialrådgivere. (Leder i socialpsykiatrien)

Det er således ikke ualmindeligt, at medarbejderne varetager mange opgaver i forbindelse med at sikre borgernes økonomi. Når en borger bliver for dårlig eller måske psykotisk og ikke kan møde

op på jobcenteret, kan det være vanskeligt at sikre, at borgeren ikke mister sit økonomiske grundlag. I citatet nedenfor beskriver en medarbejder på botilbud en situation, hvor en borger er psykisk og for dårlig til at møde op i beskæftigelsestilbud, da der spørges til, hvad hun opfatter som en kompleks situation i hendes arbejde:

Altså, når jeg har brug for at kunne sende opgaven videre, når vi ikke kan løse opgaven mere. Det er tit der, kompleksiteten opstår. For han [borgeren] var også tilknyttet jobcenteret, fordi han ikke havde pension, så han skulle også komme til samtaler, så han ikke mister sin støtte. Så når jeg ringer og siger, at der er nogle ting, der gør, at han ikke kan møde op, så siger de, at de har tavshedspligt, og at han selv må ringe. Men det kan han ikke, så de bliver jo nødt til at tro på mig som talerør. [...] Og jeg bliver jo nødt til at støtte ham i at kunne få sine ydelser, for ellers er han da rigtig ilde stedt. Så der er noget kompleksitet i, hvordan man kan samarbejde med forskellige instanser, hvis borgeren er for dårlig til selv at deltage i det. (Medarbejder på botilbud)

Der beskrives således generelt en udfordring, i forhold til at socialpsykiatriens medarbejdere også må have fokus på at sikre borgernes økonomiske grundlag. Det gælder særligt i perioder, hvor det er meget vanskeligt for borgeren at møde op i beskæftigelsestilbud eller til møder i jobcenteret pga. den psykiske lidelse. I case 6.2 er beskrevet, hvordan der på et teammøde arbejdes med at koordinere indsatsen i forhold til at undgå, at borgeren trækkes i kontanthjælp, da borgeren flere gange ikke er mødt op til den aktivitet, der er aftalt med jobcenteret.

Case 6.2: Ung mand i beskæftigelsestilbud

På et teammøde på et botilbud for unge diskuteres en ung mandlig beboer, som arbejder på at flytte ud i egen bolig. Han er i aktivitetstilbud, som går ud på, at han skal træne i et træningscenter og hjælpes af personalet til at mestre nogle selvstændige aktiviteter i forbindelse med at komme i centeret. Han skal møde to gange ugentligt kl. 9 om morgenen. Tilbuddet er tilrettelagt i samarbejde med jobcenteret.

Den unge mand har haft en svær periode efter en ferie, som har gjort, at han et par gange ikke har magtet at møde op til træning. Tidspunktet tidligt om morgenen er vanskeligt for ham, da han grundet sin sindslidelse har svært ved at etablere en almindelig døgnrytme, og derfor er det en udfordring for ham at stå så tidligt op, at han kan møde op i centeret kl. 9.

På teammødet diskuteres den unge mands økonomiske situation mellem medarbejderne. Borgeren er på kontanthjælp og har i øvrigt dårlig økonomi med stort banklån grundet idømt bøde. Borgerens kontaktperson har dialog med en advokat vedrørende borgerens økonomi.

Borgerens kontaktperson er urolig for, om jobcenteret vil trække i hans kontanthjælp som følge af, at han ikke møder op, men det er meget svært for medarbejderne at motivere ham. En anden medarbejder bryder ind i samtalen og siger, at de ikke trækker ham bare sådan lige, men foreslår, at de bruger det som en motivation for, at han møder op. De bliver enige om, at de ikke skal fortælle den unge mand, at han ikke nødvendigvis mister retten til kontanthjælp, men i stedet bruge det som en gulerod for at få ham op.

Selvom medarbejderne i socialpsykiatrien således har et stort fokus på borgerens forsørgelsessituation, illustrerer eksemplerne, at de to "systemer" – beskæftigelsessystemet og det sociale system – ikke altid trækker i samme retning, og at beskæftigelsessystemets krav og sanktioner til tider modarbejder den sociale indsats og kan være med til at forstærke borgernes sociale eksklusion fra samfundet.

6.5 Sammenfatning

I dette kapitel har vi belyst betydningen af koordinering og samarbejde i forhold til at håndtere kompleksiteten i borgersagerne. Borgere med komplekse problemer modtager således ofte indsatser fra forskellige dele af det kommunale system, hvilket skaber et betydeligt behov for koordinering og samarbejde på tværs af indsatser. Eksemplerne illustrerer, hvordan den socialpsykiatriske indsats langt fra kun håndterer problematikker, der har med borgerens psykiske lidelse at gøre, men også håndterer væsentlige problematikker på andre områder af borgerens liv. Det gælder fx i forhold til plejebestanden, medicinering, beskæftigelse og økonomisk situation. Det er med til at skabe kompleksitet i indsatsen og kræver et betydeligt element af koordination med andre aktører. Koordineringsopgaven bidrager til at håndtere kompleksiteten i borgersagerne, men samtidig afspejler koordineringsopgaven i sig selv en kompleksitet i opgaveløsningen, der til tider rummer udfordringer og barrierer. Det skyldes bl.a. de ofte meget forskellige professionelle logikker på forskellige indsatsområder, som medarbejderne i socialpsykiatrien skal forsøge at navigere i og arbejde ud fra, når samarbejdet skal fungere.

Disse udfordringer og barrierer i forhold til koordinering og samarbejde kan bl.a. bero på, at der er forskellige syn på borgerens problematikker og funktionsniveau blandt de forskellige aktører, som borgeren er i berøring med. Det kommer fx til udtryk i samarbejdet med misbrugsområdet, hvor det er en udfordring at undgå, at indsatserne modarbejder hinanden gennem mangel på fælles mål omkring skadesreduktion i forhold til misbruget og de socialpædagogiske udviklingsmål, der typisk arbejdes ud fra i socialpsykiatrien. Samtidig er ansvarsfordeling i relation til medicinbehandling et centralt element i koordineringen mellem socialpsykiatrien og misbrugsbehandlingen.

Der er også givet eksempler på, hvordan samarbejdet med hjemmeplejen kræver en høj grad af koordinering. Her adskiller den socialpædagogiske og udviklingsorienterede indsats, der i høj grad kendetegner den socialpsykiatriske indsats, sig fra det overvejende omsorgsorienterede arbejde i hjemmeplejen. Dette handler om forskellige faglige logikker i tilgangen til borgeren og derved også om, hvordan en given opgave i relation til borgeren håndteres og løses. Samtidig handler det også om, at der i de to indsatser er forskelligt kendskab til og syn på de psykiatriske problemstillinger, der berører borgerne i de socialpsykiatriske tilbud.

Dertil kommer de forskellige lovgivningsmæssige grundlag, som kan modarbejde hinanden og lægge øget pres på borgeren. Det er illustreret gennem eksempler på, hvordan det er helt centralt at koordinere indsatsen med beskæftigelsesområdet, såfremt borgeren ikke har førtidspension og derfor er afhængig af et stabilt forsørgelsesgrundlag, herunder i forhold til at fastholde boligen og undgå hjemløshed.

Udfordringerne vedrørende at sikre en tilstrækkelig koordinering omkring indsatsen mellem de forskellige aktører og forskellene i tilgangen til borgeren kan generelt ses som udtryk for, at den recovery-orienterede og rehabiliterende tilgang til borgeren primært har karakter af en arbejds metode og en faglig tilgang til det socialpædagogiske arbejde, men ikke understøttes af mere grundlæggende organisatoriske forandringer og omlægninger af indsatsen. Det gælder ikke mindst i forhold til at etablere integrerede indsatser på tværs af de forskellige sektorer og områder. Det kunne fx være mellem socialpsykiatrien og misbrugsområdet eller mellem socialpsykiatrien og hjemmeplejen. Det er karakteristisk, at sådanne indsatser giver bedre mulighed for at imødekomme kompleksiteten i borgernes støttebehov ifølge interviewpersonerne i den kommune, der som eksempel herpå har etableret et særligt hjemmeplejeteam i socialpsykiatrien.

7 Samspillet med behandlingspsykiatrien

I dette kapitel beskrives samarbejdet mellem den kommunale socialpsykiatri og de regionale samarbejdspartnere set ud fra et kommunalt perspektiv. Kapitlet fokuserer på socialpsykiatriens samarbejde med distriktspsykiatrien, retspsykiatrien, behandlingspsykiatrien og de praktiserende læger, og har primært fokus på den kompleksitet, der udspiller sig i dette samarbejde. Der skal gøres opmærksom på, at vi i kapitlet ikke belyser dette samspil og samarbejde ud fra de andre aktørers perspektiv, og at fokus således er på de kommunale ledere og medarbejderes erfaringer og vurderinger af de problematikker, der er på spil i forhold til de komplekse borgerforløb.

De udfordringer, der viser sig i dette samarbejde, omhandler overordnet, at der til tider er forskellige syn på borgeren og tilgangen til borgeren i henholdsvis den regionale og kommunale indsats, ligesom der af og til opstår uenighed om ansvarsfordelingen mellem de forskellige aktører. Der er også problematikker, der knytter sig til geografiske afstande til de regionale tilbud, hvilket primært gør sig gældende i de to mindre kommuner, der indgår i undersøgelsen. I den ene af disse kommuner blev den lokale psykiatriske sengeafdeling i byen nedlagt for nogle år siden, og der er nu langt til den nærmeste sengeafdeling i en anden by i regionen. Der er dog stadig en distriktspsykiatrisk enhed i den pågældende kommune. I den anden af de to mindre kommuner er der hverken en psykiatrisk sengeafdeling eller en distriktspsykiatrisk enhed. I begge disse kommuner spiller afstanden til de regionale tilbud en rolle for samarbejdet omkring borgerne ved indlæggelser og behandlingsforløb.

De forskellige udfordringer viser sig særligt, når borgerne har meget komplekse problemer og derfor er svære at afklare og udrede. I disse sager er det ofte en tidskrævende opgave at få etableret en dialog mellem de aktører, som er involveret i borgerens sag, og at skabe enighed om, hvad der er brug for, og hvem der har ansvar for hvad. Vanskelighederne opstår især i forhold til samarbejdet omkring indlæggelsesforløb og udskrivning, men også i forhold til selve forløbene. Det er således disse forskellige faser af forløbene, der strukturerer dette kapitel. Vi indleder med en opridsning af de udfordringer, der er fælles for disse samarbejdsflader, og som gør det svært at håndtere problemstillingerne for borgere med komplekse problemer og støttebehov.

7.1 To forskellige tilgange til psykiske lidelser i regioner og kommuner

Et gennemgående træk ved beskrivelserne af borgere med komplekse problematikker er, at kompleksiteten ofte stiger, når indsatsen for disse borgere kræver, at der arbejdes på tværs af de regionale og kommunale systemer. Interviewpersonerne i kommunerne fremhæver, at samarbejdet om borgere med komplekse problemer i en del tilfælde bliver vanskeliggjort af, at der både arbejdes ud fra forskellige lovgrundlag, og at der samtidig er forskellige optikker og tilgange til borgerne i henholdsvis regionalt og kommunalt regi.

I socialpsykiatrien oplever mange af de interviewede ledere og medarbejdere, at der i den regionale psykiatri ofte er et ensidigt sygdomsfokus. Det gælder særligt i behandlingspsykiatrien, hvor man fra kommunernes side oplever, at der hersker et meget "naturvidenskabeligt" perspektiv på borgeren. Et perspektiv, der er centreret om behandling og medicin som eneste løsning på borgerens problemer. En bostøttemedarbejder beskriver:

Man [i regionen] vil have en naturvidenskabelig tilgang til det, det handler om behandling og noget med piller. Og det er jo ikke, fordi vi [i socialpsykiatrien] ikke har fokus på, at de skal have medicin, men det er ikke det, der er hovedformålet for os herude, for os

bliver det det levede liv herude i samfundet. Psykiatrilovgivningen går så i gang i stedet for serviceloven. (Bostøttemedarbejder)

Citatet beskriver, at der er en oplevelse af, at den kommunale og regionale indsats udgør to forskellige systemer og verdener, både hvad angår synet på borgeren og lovgivningsmæssigt. En bostøttemedarbejder fra en anden kommune beskriver, hvordan hun oplever, at det er en udfordring at arbejde sammen med regionen, fordi det psykiatriske og medicinske er i fokus. Det kan give en oplevelse af, at det arbejde, der udføres i socialpsykiatrien med mere fokus på relation og dialog, ikke værdsættes.

Medarbejderne i socialpsykiatrien beskriver derimod, at de ser på borgeren som borger frem for patient. I socialpsykiatrien fokuserer de i den forbindelse på mestringsstrategier, hverdagsliv og pædagogik. Ligeledes fremhæves det, at en stor forskel på særligt behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien er, at man i socialpsykiatrien ser borgeren igennem en længerevarende proces med op- og nedture, mens man i behandlingspsykiatrien ser borgeren i krise eller tilspidsede situationer. En forvaltningschef forklarer:

I regionspsykiatrien er det patienter, vi snakker om, hvorimod hos kommunerne, så er det borgere. Alene den forskel gør en verden til forskel. (Forvaltningschef)

En socialpsykiatrichef eksemplificerer, hvorledes de forskellige perspektiver på borgeren i hhv. behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien bliver tydelige i forhold til tilgangen til borgere med spiseforstyrrelser. I socialpsykiatrien oplever man, at behandlingspsykiatrien har meget fokus på spisningen og på at få den del under kontrol. Medarbejderne i socialpsykiatrien beskriver, at de derimod er mere nysgerrige i forhold til at stille spørgsmål og forsøge at afdække årsager til, at borgerne reagerer, som de gør i forhold til spisningen, og hvad det gør ved dem. Hun beskriver:

Der bliver set meget forskelligt på denne gruppe [borgere med spiseforstyrrelse] i behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien. Behandlingspsykiatrien pakker dem meget ind og skærmer dem og har meget kontrol, hvor vi går ind og siger, hvad gør det ved dig? Hvorfor reagerer du sådan lige nu og sådan nogle ting. Og der skal man som spiseforstyrret være meget stærk i forhold til at agere i de to verdener – den sociale verden og behandlingsverdenen. (Socialpsykiatrichef)

I mange kommuner beskrives det, at disse to tilgange til borgeren kan skabe problemer i forhold til samarbejdet, når tilgangene giver anledning til en "konkurrence" mellem aktørerne fra kommunalt og regionalt regi i stedet for at udgøre supplerende tilgange. En bostøttemedarbejder beskriver:

Jeg har en fornemmelse af, at vi ikke skal tro, at vi ved noget om psykiatri. Vi har jo et fint samarbejde på det somatiske område. Men vi kan have en anden vinkel og referenceramme og tilgang til borgerne, og de [behandlingspsykiatrien] har en helt anden. (Bostøttemedarbejder)

Det er en konkurrence, der både kan handle om, hvem der ved bedst og har den bedste tilgang og forståelse af borgerens problemstilling. Men det kan også være en konkurrence, der handler om anerkendelse, respekt og (manglende) dialog. Denne forskellighed gør det både svært for medarbejderne at samarbejde og svært for borgerne, fordi de skal navigere i forskellige verdener.

Interviewene tegner et billede af, at disse forskelle i tilgange mellem henholdsvis de regionale og kommunale aktører bliver forstærket af et manglende kendskab til hinanden fx pga. store afstande. Forskellene bliver ligeledes forstærket af manglende kommunikation omkring aftaler og manglen-

de udveksling af information, fx manglende adgang til hinandens journaler og en lav grad af overleveringsmulighed.

I interviewene med medarbejderne i socialpsykiatrien beskrives der samtidig overvejende et bedre samarbejde med distriktspsykiatrien end med behandlingspsykiatrien, bl.a. fordi distriktspsykiatrien ofte er placeret tættere på de kommunale enheder, sådan som citatet nedenfor illustrerer:

Jeg oplever, at det fungerer bedre [med distriktspsykiatrien]. Måske fordi den er lidt tættere på. Nogle steder bor distriktspsykiatrien og den kommunale socialpsykiatri sammen. Der hører jeg, at noget kører helt uproblematisk, det med det relationelle. Så det med afstandene er en pointe. Og hvem der sidder sammen og kender hinanden. Der skal opbygges noget, hvor relationerne er på plads, så kan tingene fungere mere hensigtsmæssigt for alle parter. (Socialpsykiatrichef)

Omvendt beskrives det dog, at samarbejdet med de praktiserende læger, som der ofte er kort afstand til, ikke altid er velfungerende, mens samarbejdet med retspsykiatrien ofte omtales som mere velfungerende til trods for store afstande. Som det vil blive udfoldet i de efterfølgende afsnit, handler disse forskelle bl.a. om, hvorvidt der er klare aftaler mellem samarbejdspartnerne. Dette aspekt er særligt afgørende for samarbejdet om borgere med komplekse problematikker. Her oplever medarbejderne, at der som regel er klare aftaler med retspsykiatrien om indlæggelser, mens samarbejdet med de praktiserende læger opleves som mere "personbåret".

7.2 Samarbejde vedrørende indlæggelsesforløb

Samarbejdet omkring indlæggelser er afgørende i forhold til at kunne håndtere borgere med komplekse problemer i socialpsykiatrien. Selvom samarbejdet ofte betegnes som fint i de fleste tilfælde, er der en lang række eksempler på, at aktørerne i socialpsykiatrien ikke altid oplever, at der er enighed om, hvad der skal ske med borgere på tværs af de involverede samarbejdspartnere. Generelt oplever interviewpersonerne, at udfordringerne særligt drejer sig om borgere, der er svære at afklare, ligesom medarbejderne oplever, at der er borgere, der ikke er færdigbehandlede, når de udskrives fra et hospital. Det gælder ikke mindst for borgere, som er udadreagerende. Medarbejdernes mulighed for at håndtere denne kompleksitet afhænger af borgerens "profil", bl.a. fordi denne profil også er afgørende for, hvilke samarbejdspartnere, socialpsykiatrien skal involvere. Der er i den forbindelse forskellige erfaringer med samarbejdet med forskellige samarbejdspartnere. Særligt tre borgerprofiler fremhæves i forhold til samarbejdet om indlæggelser:

- Udadreagerende borgere med en dom
- Udadreagerende borgere (uden en dom), som ikke ønsker indlæggelse og kræver tvangsindlæggelse
- Udadreagerende borgere (uden en dom), som gerne vil indlægges.

7.2.1 Borgere med en dom – retspsykiatrien som den primære samarbejdspartner

Aktørerne i socialpsykiatrien beskriver bredt, at samarbejdet med regionerne omkring udadreagerende borgere, der har en dom, er nemmere at håndtere end de udadreagerende borgere, som ikke har en dom. Det skyldes, at dette samarbejde involverer retspsykiatrien. Mange af de interviewede aktører fremhæver, at samarbejdet med retspsykiatrien fungerer godt, fordi der ofte er løbende kontakt mellem socialpsykiatrien og retspsykiatrien om borgeren, og fordi der er klare retningslinjer og aftaler for, hvad der skal ske i tilspidsede situationer. Dette forhold illustreres i de følgende citater:

Der er den forskel, at nogle her faktisk har en behandlingsdom. Og det kan de sagtens have, selvom de bor her. Så der er retspsykiatrien faktisk hele tiden inde over, så de kommer en gang om måneden og snakker med dem. Og det er dem, vi snakker med, hvis nogen har behov for at blive indlagt. (Medarbejder på § 108-botilbud)

Retspsykiatrien er der en anden samarbejdsplan med. De kommer hver uge i huset. Vi har borgere på en akutliste. Når de fx er kriminalitetstruet, ringer vi, og de bliver indlagt samme dag. Det fungerer på et helt andet niveau [i retspsykiatrien]. Selvfølgelig kan der være uenighed, men der er større kommunikation. (Leder af botilbud)

Der er større koordinering af forståelser, fordi vi [retspsykiatrien og socialpsykiatrien] mødes på fast basis. Dem, der arbejder tæt på borgeren, skal være med i samtaler og høre, hvad retspsykiatrien siger. Det giver nogle rigtig gode samarbejdsflader. Lige så meget frustration der er i den anden del, lige så godt fungerer det her. (Afdelingsleder på botilbud)

Lederne i en kommune, som generelt er meget tilfredse med samarbejdet med retspsykiatrien, oplever dog, at det kan give anledning til frustration, når der ikke er pladser nok i retspsykiatrien, og borgeren med en dom derfor bliver indlagt i behandlingspsykiatrien, som det nedenstående citat beskriver.

Generelt kan vi sige, at vi oplever, at vi har et godt samarbejde med behandlingspsykiatrien, men inden for det sidste halve år har vi oplevet, at de har været pressede. Der er ikke plads nok i [anonymiseret by] på retspsykiatrien, og derfor oplever vi et større pres her, for når der ikke er pladser nok, lader de borgerne komme tættest på deres bopæl. Borgere med en dom hører til i [anonymiseret by], men hvis de ikke har pladser, vælger de at bruge de almindelige pladser på afdelinger i behandlingspsykiatrien, og her er der ikke samme type opbakning, og man har ikke valgt at arbejde med den type borgere. Det kan man høre, når man er ude og snakke med dem på den behandlingspsykiatriske afdeling. (Socialpsykiatrichef)

Socialpsykiatrichefen beskriver her, hvordan borgere med dom indimellem må indlægges i den almene behandlingspsykiatri, hvis der er mangel på pladser i retspsykiatrien. Dette vidner om et pres på de retspsykiatriske afdelinger, men tegner også et billede af, at dette pres skaber sengepladsproblematikker i behandlingspsykiatrien. Her oplever socialpsykiatrien, at der i behandlingspsykiatrien ikke er den samme opbakning omkring og forståelse for borgere med dom og udadreagerende adfærd, fordi disse borgere "hører til" i retspsykiatrien, og at behandlingspsykiatrien ikke er specialiseret i disse borgeres problematik og adfærd. Derfor kan indlæggelse af borgere med dom og udadreagerende adfærd i behandlingspsykiatrien ofte være vanskelig, idet der ikke altid er enighed om, hvad borgerens behov er. Dette illustreres i case 7.1.

I casen bliver en borger med en dom indlagt i behandlingspsykiatrien i stedet for i retspsykiatrien, fordi der ikke er pladser nok. Dette oplever aktørerne i socialpsykiatrien kan være problematisk, fordi behandlingspsykiatrien ikke er gearret til at håndtere borgere med denne profil. Den manglende opbakning kommer til udslag i, at borgeren hurtigt udskrives, fordi borgeren er til gene for personalet og de andre indlagte. Men behandlingspsykiatrien forklarer og legitimerer, ifølge medarbejderen, udskrivningen med, at borgerens problem vedrører dennes adfærd fremfor deres psykiatriske problemstilling. Dermed skyder behandlingspsykiatrien ansvaret for indsatsen hen på medarbejderne i socialpsykiatrien. Men i socialpsykiatrien oplever medarbejderne, at de har udtømt mulighederne for at hjælpe borgeren, og at borgeren er "farlig". De står derfor med et ansvar, som de ikke selv oplever, at de kan løfte.

Case 7.1: Når der ikke er plads nok i retspsykiatrien

En leder af et bostøtteam fortæller om en borger, som der ofte opstår konflikt omkring mellem socialpsykiatrien, sygehus og kriminalforsorgen.

Borgeren er en kvinde med udadreagerende adfærd og dom, som får støtte i egen bolig, men som ofte indlægges, da hun er meget truende og voldsom over for personalet. Der opstår dog udfordringer, når der ikke er plads på retspsykiatrisk afdeling, og borgeren derfor må indlægges på det almindelige psykiatriske behandlingsafsnit på hospitalet.

Lederen fortæller, at de i bostøtten oplever, at de på det almindelige psykiatriske behandlingsafsnit ikke ved, hvordan de skal håndtere denne borger og derfor udskriver hende. Det almindelige psykiatriske behandlingsafsnit mener, at hun ikke har behov for indlæggelse, men for "omsorg", og at det er socialpsykiatriens opgave at give borgeren dette, hvorfor hun ikke skal være indlagt. Borgeren samarbejder ikke med sygehuspersonalet under indlæggelserne og er til gene for både personalet og andre patienter.

Lederen oplever, at behandlingspsykiatrien har en anden opfattelse af, hvad der ville være hensigtsmæssigt for borgeren, end de har i socialpsykiatrien. Behandlingspsykiatrien mener, at det er et omsorgs- og støttespørgsmål, og at borgeren ikke kan magte at bo i egen bolig. De mener, hun bør komme på et døgntilbud og bo, hvor der er mere personale. Lederen mener derimod ikke, at dette er en god løsning, da kvinden, grundet hendes udadreagerende adfærd, ikke vil have gavn af et botilbud. Her vil hun skabe uro på stedet og i øvrigt ikke få den ro, hun har brug for på grund af rammerne med mange andre borgere.

Lederen opfatter i forlængelse heraf samarbejdet omkring denne borger som meget komplekst, fordi hun ikke oplever, at der er forståelse for den socialpsykiatriske indsats og deres vurdering af borgerens behov.

7.2.2 Udadreagerende borgere, som ikke vil indlægges – almen læge som den primære samarbejdspartner

Der er en række eksempler på, at særligt udadreagerende borgere (uden dom) udgør en stor udfordring for medarbejderne i socialpsykiatrien. I de sager, hvor disse borgere vurderes at være til skade for sig selv eller andre og skal tvangsindlægges, er det lægerne i almen praksis, der skal godkende en indlæggelse. Men aktørerne i socialpsykiatrien oplever, at der kan opstå samarbejdsvanskeligheder og uenighed imellem lægerne og socialpsykiatrien om, hvorvidt borgeren skal indlægges, og hvordan procedurerne omkring denne indlæggelse skal være.

På tværs af kommuner påpeger interviewpersoner, at det kan give anledning til udfordringer, at de praktiserende læger skal ind over indlæggelsesprocedurerne, fordi oplevelsen er, at de ikke altid har de rette forudsætninger for at vurdere borgerens situation. I socialpsykiatrien oplever man, at lægerne i almen praksis til tider kan være svære at få i spil. Flere interviewpersoner fremhæver, at lægerne i almen praksis ofte har meget travlt og ikke altid er villige til at komme ud på botilbudde eller i hjemmene. I enkelte kommuner beskriver medarbejderne, at lægerne ofte direkte opfordrer medarbejderne til at benytte lægevagten i stedet. Derudover er der i socialpsykiatrien en oplevelse af, at de alment praktiserende læger ikke altid har det nødvendige kendskab til psykiske lidelser (da de ikke er psykiatere), og at særligt vagtlægerne heller ikke har det nødvendige kendskab til den specifikke borger for at kunne vurdere hans eller hendes situation:

Og så er der selvfølgelig også det andet ben, som er det cirkus, som jeg kan opleve imellem almen praksis, behandlingspsykiatrien og vores sociale tilbud. Det kunne være den borger, som jeg omtaler, som er i behandlingspsykiatrien. Så vurderer vi, at borgeren nu er til skade for sig selv eller andre. Det er ikke overlægen, vi kan ringe til, som kan komme ud og vurdere, om borgeren er til indlæggelse, fordi det må de ikke. Så vi skal have fat i almen praksis, og nogle gange har almen læge ikke nok psykiatrividen.

Eller så har de for travlt eller lignende, og så siger de ca. hver anden gang, at vi må kontakte vagtlægen. Og så kommer vagtlægen ud, og måske bliver borgeren så indlagt nede i [anonymiseret bynavn], og dagen efter kommer borgeren så tilbage uvarslet. Det giver noget støj, fordi de ikke er færdigbehandlet, og trusselsbilledet jo fortsætter blandt medarbejderne. Jeg kunne ønske mig, at folk blev færdigbehandlet på et sygehus, som kunne give den rette medicin, inden man bliver udskrevet. Og inden de så bliver udskrevet, så kunne det være fedt, at man havde et koordineringsmøde, så folk ikke bare blev udskrevet, uden vi vidste det. (Socialpsykiatrichef)

Oplevelsen af nogle lægers manglende forudsætning for at vurdere borgerens situation giver sig af og til udslag i konflikter med lægerne, ifølge nogle interviewpersoner i socialpsykiatrien. Fx i form af, at lægerne ikke ønsker at indlægge borgere, som man i socialpsykiatrien oplever skal indlægges, bl.a. fordi de vurderes at være til fare for sig selv og/eller personalet. Og i modsætning til samarbejdet med retspsykiatrien beskrives samarbejdet med de praktiserende læger ofte som meget personbåret.

Case 7.2 giver et billede af en konkret situation, hvor forsøget på at få en borger tvangsindlagt går i hårdknude, men løses af, at der inddrages psykiatrisk fagpersonale fra distriktspsykiatrien som en slags "mellemand" i dialogen.

Case 7.2: Samarbejde med læge og distriktspsykiatri ved tvangsindlæggelse

Et botilbud modtager en yngre mand med flere mulige diagnoser. Udredningen er uafklaret, idet borgeren ikke har villet samarbejde vedrørende en udredning. Medarbejderne har vurderet, at borgeren lider af ADHD og skizofreni samt selvskadende adfærd. Han er ikke i stand til at bo i egen bolig, idet han vil være til fare for sig selv.

Kort tid efter at borgeren flytter ind på botilbuddet, opstår der samarbejdsvanskeligheder, og borgeren ønsker ikke at tage sin medicin. Som følge af hans manglende medicinindtag forværres hans tilstand kraftigt, og hans adfærd ændres ifølge medarbejderne til en "dyrisk" og "provokerende" optræden. Han spiser og sover ikke og går rundt uden at være iført beklædning.

Medarbejderne kontakter borgerens egen læge for at få ham indlagt, da de er urolige for, om han vil skade sig selv. Borgerens egen læge mener ikke, at borgeren er til fare for sig selv og ser ikke grund til indlæggelse. Borgerens tilstand forværres, og egen læge kontaktes gentagne gange over en længere periode, fordi personalet er urolig for borgeren, dog uden at det resulterer i indlæggelse.

Distriktspsykiatrien inddrages og støtter medarbejderne på botilbuddet i en indlæggelse. En medarbejder fra distriktspsykiatrien kommer ud på botilbuddet og opholder sig en hel dag sammen med borgeren for at observere hans adfærd og understøtte, at der bør handles på, at borgeren skal indlægges. Medarbejderen meddeler, at hvis ikke borgeren indlægges, vil hun tilkalde politiet.

Til sidst tilkaldes politiet, og egen læge kommer ud på botilbuddet og ender med at indlægge borgeren mod hans vilje. Efter indlæggelsen kom borgeren i et andet tilbud, som i højere grad kunne dække hans specifikke behov.

I borgercasen forklarer medarbejderen, at det, der gør forløbet særligt komplekst, er, at borgeren ikke er færdigudredt, da socialpsykiatrien modtager ham, og at medarbejderne derfor ikke ved, hvordan de bedst kan hjælpe ham. De ved ikke, hvad de skal fokusere på i indsatsen. Det gør dialogen med borgerens egen læge vanskelig, da der ikke er enighed om, hvordan borgerens forværrede tilstand skal håndteres. Samtidig beskriver medarbejderne, at kompleksiteten opstår, fordi de ikke oplever, at der er et godt samarbejde, forståelse og respekt for deres vurdering fra almen praksis.

En anden dimension af samarbejdet med almen praksis er ifølge interviewpersonerne lægens tilgængelighed og de økonomiske udfordringer, der ligger i, at lægen skal komme ud til borgeren. En leder i socialpsykiatrien beskriver, at han oplever, at det ikke er alle læger, der er villige til at komme ud til borgeren eller på botilbuddet. Det gælder også, når der ikke er tale om indlæggelser, men hvis socialpsykiatrien fx indbyder til dialog om bestemte borgere, som de er læge for, eller til dialog om medicinering. Her oplever man at kunne møde den indstilling, at borgeren bør komme til lægen og ikke omvendt, fordi det koster lægen penge at komme ud. Det kan være en udfordring, hvis borgeren ikke magter transport. Lederen beskriver, at han oplever, at samarbejdet med lægerne ofte handler om penge og konsultationstid fremfor om borgerens behov, og at det gør samarbejdet vanskeligt. Det er dog ikke alle de interviewede, der oplever, at samarbejde med almen praksis er så udfordrende som i casen ovenfor. En leder af et botilbud for unge beskriver:

De kender os rigtig godt, lægerne. Det er som regel en borger, vi sammen har godt kendskab til. De stoler på vores observationer, og så bliver de som regel indlagt. Hvis det går helt galt, ringer vi til politiet. Fx voldelig adfærd nu og her, så springer vi leddet til vagtlægen over. (Leder af § 107-botilbud for unge)

De forskellige oplevelser af samarbejdet med almen praksis kan i den forbindelse afspejle en variation blandt de praktiserende læger i kendskabet og kompetencerne i forhold til at håndtere målgruppen af borgere med psykiske lidelser, ligesom der også kan være forskelle på, hvordan almen praksis håndterer samarbejdet med kommunerne.

7.2.3 Udadreagerende borgere, som gerne vil indlægges – behandlingspsykiatrien som primær samarbejdspartner

Endnu en gruppe af borgere, som kan være komplekse at håndtere, er de udadreagerende borgere (uden en behandlingsdom), som gerne vil indlægges, og hvor behandlingspsykiatrien dermed er den direkte samarbejdspartner. Disse borgeres situation kan blive særlig kompleks, hvis behandlingspsykiatrien ikke ønsker at indlægge borgeren trods borgerens ønske om indlæggelse.

I case 7.3 beskrives det, hvordan det kan give anledning til kompleksitet og situationer, der er svære at håndtere for medarbejderne i socialpsykiatrien, når behandlingspsykiatrien vurderer, at borgeren er færdigbehandlet, mens borgeren selv, og eventuelt også medarbejderne i socialpsykiatrien, er af en anden opfattelse.

Casen viser, hvordan det er svært for socialpsykiatrien at imødekomme denne borgers støttebehov, fordi han er ekstremt udadreagerende og frustreret over sin medicinering og ønsker indlæggelse. Men behandlingspsykiatrien ønsker ikke at indlægge ham. Resultatet er, at han har været inde og ude af behandlingspsykiatrien flere gange på kort tid, og at både personale, politi og borgeren selv er ekstremt frustrerede.

Case 7.3: Uenighed om, hvorvidt en borger er færdigbehandlet

På et § 108-botilbud bor en borger i en skærmet sektion, da han er meget udadreagerende.

I en periode opstår der mange problemer med borgeren, da han er opsøgende over for personale og de andre borgere og reagerer voldsomt ved kontakt med andre. Borgeren er blevet paranoid og mener samtidig, at det er hans medicin, der får ham til at blive paranoid. Han ønsker at få ændret sin medicin og beder konstant personalet om at ændre det. De forsøger at forklare ham, at de ikke kan gøre det, og at det skal psykiateren hjælpe med. De har haft dialog med psykiateren i behandlingspsykiatrien om borgerens medicin, men de vil hverken ændre medicinen eller lade borgeren indlægge, fordi de i psykiatrien mener, at borgerens adfærd ikke har noget med medicineringen at gøre, og at det ikke vil afhjælpes af en indlæggelse. Borgeren har ikke tiltro til den distriktpsykiatriske psykiater og vil ikke samarbejde med ham om ændring af medicinen.

Flere gange har medarbejderne tilkaldt politiet for at få borgeren indlagt, og borgeren har været forbi hospitalet 5 gange i løbet af meget kort tid, hvor han kommer ud til en vurdering, men hvor hospitalet afviser indlæggelse gang på gang. Det gør borgeren meget oprørt og frustreret.

Medarbejderne på botilbuddet har en oplevelse af, at psykiatrisk afdeling på hospitalet ikke ønsker at indlægge borgeren, fordi han er for vanskelig at håndtere på grund af hans adfærd, der indebærer, at han provokerer personalet og de andre patienter, ligesom han gør på botilbuddet.

Borgeren er meget frustreret over, at han ikke kan blive indlagt, og truer personalet med at gå amok, hvis de ikke hjælper med at lade ham indlægge. Medarbejderne forsøger at rumme og håndtere borgeren på botilbuddet og forsikre ham om, at det ikke er deres beslutning. Medarbejderne ved ikke, hvad de skal stille op, da de på den ene side oplever, at borgeren har behov for indlæggelse, mens de samtidig har forståelse for, at psykiatrisk afdeling ikke vil lade ham indlægge, når han ikke er psykotisk.

Medarbejderne beskriver, at det er en meget frustrerende og problematisk situation omkring denne borger. De oplever også, at politiet bliver trætte af at komme ud til dem flere gange. Problemet er, at manden ikke kan tvangsindlægges, fordi han selv ønsker indlæggelse. Således kan medarbejderne kun se til, at borgeren bliver dårligere, og vente på, at han bliver så dårlig eller truende, at en indlæggelse er uundgåelig.

7.3 Samarbejde og udfordringer vedrørende udskrivning

Det er ikke kun indlæggelserne, der efter interviewpersonernes opfattelse kan være vanskelige, men også udskrivningerne. Der er i interviewmaterialet en række eksempler på, hvordan samarbejdet om udskrivninger med behandlingspsykiatrien ofte giver anledning til udfordringer. Helt overordnet peges der på, at det, der skaber udfordringer omkring udskrivningerne, er, når der er uenighed om, hvorvidt borgeren er færdigbehandlet, når der er uenighed om, hvorvidt borgerens problemer skyldes adfærdsproblemer, samt når der ikke er en klar udskrivningsprocedure. Disse problemer forstærkes desuden af, at medarbejderne i socialpsykiatrien oplever, at behandlingspsykiatrien ofte er presset og ikke har plads, ønske om eller tid til at lave en grundig udredning af borgerens problemstilling, fx i tilfælde hvor borgeren er udadreagerende ved udskrivning.

7.3.1 Hurtig udskrivning og hyppige genindlæggelser

En problemstilling, medarbejderne oplever i samarbejdet med behandlingspsykiatrien, er, at borgerne udskrives, før medarbejderne i socialpsykiatrien oplever, at borgeren er færdigbehandlet.

Jeg oplever samarbejdet som værende, at det kunne optimeres. Vi har mange uheldige forløb. Det er ikke, fordi nogen vil det, men ofte bliver det problematisk, fordi der ikke er det samarbejde, der skal til for at lykkes. Man oplever, at en borger er skingrende sindssyg og er ved at gøre skade på alle andre, og når det endelig lykkes med indlæg-

gelse, er vedkommende hjemme igen 48 timer efter, og så starter det forfra. Det bruger vi alt for mange kræfter på. Både primært lægen og distriktspsykiatrien og socialpsykiatrien osv. forskellige parter. Unødigt meget tid. Vi har iværksat en arbejdsgruppe med projektlederen derfra omkring de samarbejder, hvordan vi kan lave en bedre koordinering af det. (Forvaltningschef)

Jeg synes, de er lidt hurtige til at sende dem hjem igen. Det er pga. pladsmangel, og det spiller ikke altid, men det har jeg forståelse for. Så kommer de hjem, og den sidste vi havde, han ryger ind et par gange. Når de ikke er færdigbehandlede. Den her unge mand er så psykotisk, at han ikke ved, hvad der er øst og vest, og det er ikke sådan, vi kender ham, det er pga. ændringer i medicinen, det kan vi se, selvom vi ikke er uddannede. (Leder af § 107-botilbud for unge)

Som de to citater viser, oplever medarbejderne, at problemet med at sende borgeren hjem for hurtigt – dvs. før socialpsykiatrien oplever, de er færdigbehandlede – er, at borgerne ryger ind og ud af behandlingspsykiatrien, og at deres situation dermed ikke bliver stabiliseret. Det er ligeledes et problem, at der bruges meget energi og tid på at sende borgeren frem og tilbage.

I den samme kommune beskriver medarbejderne, at konsekvensen af, at borgerne bliver for hurtigt udskrevet, er, at socialpsykiatrien er begyndt at benytte behandlingspsykiatrien mindre og i højere grad henvender sig til lægerne i almen praksis.

Vi skal samarbejde, og det gør vi. I forhold til akutmodtagelsen, som også er en stor samarbejdspartner, oplever vi, at de er længere væk end førhen. Både fysisk afstand og mental kontakt er anderledes. Den forandring har betydet, at vi vender blikket til egen læge frem for psykiateren. Vi har enten skriftlig eller telefonkontakt med egen læge for at få deres vurdering omkring indlæggelse osv. [...]

Vi ledsager borgere til psykiatrisk skadestue meget mindre end førhen. Fordi når man som patient kommer ned, oplever vi, at de bliver kigget på i 10 minutter og sendt hjem, også selvom de har selvmordstanker. Så vi kan tage en borger med hjem, som kan forandre tilstand. Så vi siger, at lægen må komme ud og lave en vurdering og en indlæggelse, hvilket de skal tage imod. (Leder af udkørende bostøtte)

Når fokus rettes mod almen praksis fremfor behandlingspsykiatrien, hænger det også sammen med den lange fysiske afstand, der er kommet til behandlingspsykiatrien, efter at sengeafdelingen i byen blev nedlagt for nogle år siden. Nu er den afdeling, som borgerne i kommunen hører under, placeret i en anden kommune ca. 50 km væk og med ca. en times transport for borgeren. Medarbejderne beskriver, at det ikke kan betale sig at tage så langt for at få udredt borgeren, når det samtidig er oplevelsen, at borgeren kun bliver overfladisk tilset.

I en anden kommune fremhæves det, at problemet omkring, at borgere udskrives tidligere, ikke kun handler om, at der er færre pladser i behandlingspsykiatrien. Det handler også om de forskellige opfattelser, der kan være i henholdsvis socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien, omkring hvornår en borger er stabiliseret og færdigbehandlet. I nedenstående citat fortæller henholdsvis en leder og en afdelingsleder på et § 108-botilbud om deres oplevelser med denne problematik:

Leder 1: I forhold til den anden del [behandlingspsykiatrien] kunne vi ønske os større koordinering. Vi oplever borgere, som vi ikke kan få hjælp til. Behandlingspsykiatrien siger, at de har det godt. Selvom de selv siger, de har det skidt.

Leder 2: Fx inden for sidste 10 dage har vi fået leveret en borger tilbage, som blev smidt ud af den lukkede afdeling og overfaldt to betjente og endte i detentionen.

Leder 1: Han er vældig dårlig af skizofreni og er paranoid. De sagde, han var manipulerende. Så der var forskellige opfattelser. De laver nogle tolkninger, som ikke er det, vi ser. Vores borgere er meget ilde stedt, så det gør det vanskeligt, fordi vi i stedet skal passe på os selv frem for at hjælpe borgeren. Meget frustrerende. En borger kan slå og sparke og gå tæt på personalet. Det er mit ansvar som leder at passe på personalet.

Eksemplet her viser, at de forskellige forståelser af, hvorvidt borgeren har det godt og er færdigbehandlet (og derfor udskrives), kan have konsekvenser i form af, at borgere, der ikke har det godt, kan blive meget aggressive, hvilket i værste fald kan føre til vold.

Dette eksempel peger igen på, at der kan ligge et problem i, at spørgsmålet om, hvorvidt borgeren kan indlægges eller ej, reduceres til, om problemet er relateret til borgerens adfærd eller symptomer, og hvem der i forlængelse heraf skal tage ansvaret for borgeren. Derved er der en risiko for, at der ikke sker en tilstrækkelig afdækning af, hvori borgerens problem består, og hvem der har kompetence til at håndtere de borgere, der potentielt befinder sig i en gråzone. Som tidligere nævnt er denne problematik tæt bundet op på, at en del medarbejdere oplever, at man i behandlingspsykiatrien ikke tolererer uadadreagerende adfærd og har svært ved at håndtere dette. Derfor oplever medarbejderne i socialpsykiatrien, at de uadadreagerende borgere udskrives fra behandlingspsykiatrien med en forklaring om, at deres problem er adfærdsrelateret frem for behandlingsrelateret. Problematikken i, at borgeren – i medarbejdernes optik – udskrives for tidligt, er illustreret i følgende eksempler:

[...] hvis der er en lægelig vurdering på, at borgeren kan være hjemme, så kan vi jo ikke gøre noget andet end at tilrettelægge bostøtten efter det. Der er en tendens lige nu, selvom de har det dårligt, og de bør indlægges, så bliver de vendt i døren og sendes hjem igen. Jeg ved ikke, hvorfor det sker, om der er nedskæringer på [psykiatrisk afdeling]. Selvom vi ikke er enige i, at borgerne er habituelle, så siger de, at de er habituelle, og at de skal hjem. Vi oplever, at vi får flere borgere, hvor vi tidligere kunne have et samarbejde om et godt indlæggelsesforløb, som kommer hjem. Men [psykiatrisk afdeling] ville også sige, at vi sender flere over til dem, som ikke kan komme. Men det handler om, at vi også har fået en mere kompleks borgergruppe. (Socialpsykiatrichef)

Borgeren kommer bare hjem i stedet for at være på [psykiatrisk afdeling]. Så må bostøtten jo prøve at skærme og hjælpe, indtil borgeren igen kan blive kigget på eller måske nå helt hen til en rød indlæggelse. Vi har faktisk et samarbejde med [psykiatrisk afdeling] om, at vi skal undgå tvang, men i forhold til det, så stiger kompleksiteten. Også i forhold til borgere, der har en dom; retspsykiatrien, kriminalforsorgen, distriktspsykiatrien. (Socialpsykiatrichef)

I disse situationer oplever interviewpersonerne, at socialpsykiatrien står tilbage med uadadreagerende borgere, som de oplever ikke er færdigbehandlede og stabile, og som ikke ønsker at tage deres medicin, og som medarbejderne samtidigt har svært ved at håndtere, bl.a. fordi de skal passe på sig selv og ikke må anvende tvang. Medarbejderne i socialpsykiatrien oplever, at medarbejderne i behandlingspsykiatrien har en manglende forståelse for, at man i socialpsykiatrien ikke kan eller må benytte tvang, og samtidig også en manglende forståelse for, hvad den manglende mulighed for tvang i indsatsen har af effekt på borgeren:

Det er vigtigt også at høre, hvad der er sket ude i driften. Måske bliver borgeren rolig, når han kommer ind, og bliver sendt ud igen, men så bliver han urolig. En borger bliver

mere rolig på [psykiatrisk afdeling] nogle gange, fordi de har mulighed for at låse døren, og sige, du skal blive her. Nogle gange kan vi ikke forhindre en borger i at tage af sted, fx til et andet land, og det ser man jo ikke ude på [psykiatrisk afdeling]. Så de skal have et kendskab til, hvad der sker, ligeså snart han kommer ud – at han fx kan finde på at tage til London. [Psykiatrisk afdeling] kan ikke forstå, hvorfor vi så ikke kan lave de samme rammer som dem, men den lovgivning har vi jo ikke. Hvis borgeren ikke vil, så kan vi jo ikke gøre noget. (Socialpsykiatrichef)

De interviewede medarbejdere i socialpsykiatrien peger på, at der ikke rent sengepladsmæssigt er den samme kapacitet i behandlingspsykiatrien som tidligere, og at det stiller større krav til både indsatserne i socialpsykiatrien og til medarbejdernes kompetencer. Det skyldes, at de borgere, der kommer tilbage, generelt er mere komplekse og syge. Her er der to holdninger, der dominerer. Den ene holdning er, at denne proces handler om opgaveglidning, hvor socialpsykiatrien bliver nødt til at påtage sig en opgave med at håndtere borgere, som ikke er færdigbehandlede. Dette ses ikke som socialpsykiatriens opgave, fordi behandlingspsykiatrien ikke løser deres opgave, i og med at de udskriver borgeren for tidligt. Denne opfattelse kommer til udtryk i følgende eksempel:

Den komplekse borger, det er der, hvor vi har samarbejde med [psykiatrisk afdeling]. Hvis det ikke er meget godt og velfungerende, fordi vi er et tilbud, så siger vi, at vi synes, denne her borger er klar til en indlæggelse, og så sidder de fast i døren. Så stiger kompleksiteten, fordi vi kommer til at løse en opgave, vi ikke er gearret til – der skal vi løse noget, som [psykiatrisk afdeling] skulle have løst. (Socialpsykiatrichef)

På forvaltningsniveau i samme kommune udtrykkes der imidlertid en anden holdning, i form af en opfattelse af, at hvad end der er tale om, opgaveglidning eller ej, er det en problematik, som socialpsykiatrien er nødt til at forholde sig til, og som nødvendiggør en faglig oprustning af de kommunale medarbejdere på området:

Det komplekse for os, det er lidt lig det, man oplever på det somatiske. Sengedage på [de psykiatriske afdelinger] skal være lavere, og det har en betydning for den opgave, vi skal have, når de ikke skal være på [de psykiatriske afdelinger]. Det gør opgaven mere kompleks, fordi de kommer tilbage i en anden stand. Den habituelle status rykker sig – man kan være habituel i en mere ubehandlet eller syg tilstand. Det kræver mere specialiserede kompetencer som psykiatrifaglig viden, sygdomslære, højere gennemsnitlige kvalifikationer. Måske kan vi ikke i så høj grad gøre brug af medarbejdere, der ikke er på bachelorniveau. Det skal vi så nok til at have lidt mere af fremadrettet. (Forvaltningschef)

I citatet argumenterer forvaltningschefen for, at udviklingen stiller krav til medarbejdersammensætningen og til det faglige niveau hos personalet i socialpsykiatrien. Det indebærer, at der fremadrettet skal rekrutteres anderledes ind i feltet, for at socialpsykiatrien skal kunne løfte opgaven kvalificeret. I dette perspektiv er holdningen således, at de tidligere udskrivninger medfører en opgave, som socialpsykiatrien skal forholde sig til og tage del i at løse.

7.3.2 Manglende udskrivningsmøder

I to af kommunerne fremhæver medarbejderne i socialpsykiatrien, at de ikke altid inviteres til udskrivningsmøderne i behandlingspsykiatrien, hvilket anses som en barriere i forhold til at sikre samarbejdet og kontinuiteten omkring borgere med komplekse problematikker. Interviewpersonerne fremhæver, at deres deltagelse på møderne er afgørende for, at de kan følge op på den behandling, der er givet i behandlingspsykiatrien. De fremhæver desuden, at de sidder inde med vigtig viden om

borgerens hverdagsliv, der kan komme behandlingspsykiatrien til gavn. Lederne af socialpsykiatrien i hver af de to kommuner beskriver hver især denne problematik i de to følgende citater:

Vi har holdt et par møder, og vi vifter jo med sundhedsaftalen omkring, at der skal være et udskrivningsmøde osv. Men det er som om, vi snakker for døve ører. Men presset på [psykiatrisk afdeling] er så stort, at de ikke engang har tid til at følge proceduren. Altså hvis vi ringede ind til dem omkring en borger, som var blevet udskrevet, uden vi vidste det, så ville medarbejderen sikkert slet ikke vide noget om proceduren for komplicerede udskrivninger. Det er der, vi er, og det italesætter vi selvfølgelig også i regionssamarbejdet. Men det er bare som om, at når dagligdagen går i gang, så er der noget, man glemmer. (Socialpsykiatrichef)

Ofte er der slet ikke noget udskrivelsesmøde. Og så kan det jo ende med, at vi synes, de er nogle fjolser på [psykiatrisk hospital], og de synes, vi er nogle fjolser. [...] Vi oplever, at de gerne vil det på papir, men der kan være langt fra holdning til handling. Ude på [psykiatrisk afdeling] kender de ikke til borgeren – aftenvagten og morgenvagten taler ikke nødvendigvis sammen. De giver ikke nødvendigvis arbejdsredskaberne og aftalerne videre til hinanden. Borgeren skal hele tiden mødes som om, man aldrig har hørt om borgeren før. (Socialpsykiatrichef)

Eksemplerne illustrerer, at det efter interviewpersonernes opfattelse er et problem, at der ikke bliver overleveret information om borgeren fra behandlingspsykiatrien til socialpsykiatrien, når medarbejderne fra socialpsykiatrien ikke deltager på udskrivningsmøderne, eller når møderne slet ikke afholdes på grund af travlhed. Derved opstår der samtidig en oplevelse af, at man hver især er uforstående over for de andres tilgang til borgeren. De manglende møder giver således anledning til misforståelser og manglende gensidig udveksling af viden om borgeren, der kan have stor betydning, når borgeren overgår fra ét system til et andet.

7.4 Det løbende samarbejde med behandlingspsykiatrien og distriktskykiatrien

I de tidligere afsnit har der været fokus på, hvordan kompleksiteten i forhold til borgerens situation kan forstærkes i henholdsvis indlæggelses- og udskrivningsfasen. En række medarbejdere giver også eksempler på, hvordan det løbende samarbejde med den regionale psykiatri foregår, og på hvordan der til tider opstår udfordringer i samarbejdet med de regionale samarbejdspartnere om borgere med komplekse problematikker.

7.4.1 Sikring af, at borgere med komplekse støttebehov møder op til behandling

Der er en række eksempler på, at medarbejderne i socialpsykiatrien ikke oplever, at borgernes komplekse situation løses af, at de går i behandling eller bliver indlagt i psykiatrien. Tværtimod opleves det, at kompleksiteten kan stige, fordi medarbejderne i socialpsykiatrien bliver nødt til at spille en aktiv rolle for, at behandlingen i regionspsykiatrien kan finde sted.

Medarbejderne beskriver, hvordan mange borgere, fx borgere med social angst, har svært ved at passe deres behandling i psykiatrien, herunder at følge ambulante forløb i hospitalspsykiatrien, der ligger langt væk i særligt to af kommunerne. Alene afstanden kan betyde, at borgeren dropper ud af behandlingen pga. både de praktiske og økonomiske forhold, der er forbundet med transporten. En bostøttemedarbejder i en kommune, der ligger langt fra regionshospitalet, beskriver i nedenstående citat denne problematik:

Medarbejder: Hvis man er borger herude, er det jo sværere at komme til behandling i regionen. Når man har det rigtig svært i forvejen, og man så fx får tilbudt samtaleforløb på psykiatrisk hospital, så skal man jo også selv sørge for at komme derud, og vi kan godt synes, at det kan de selvfølgelig selv sørge for, fordi nu skal de tage ansvar for deres behandling, og hvad ved jeg, men det ER bare et dilemma. Så kan man jo fx få tilbudt samtaleforløb i [nævner by, hvor hospitalet ligger], så det vil sige, at du skal med herfra [by, hvor socialpsykiatrien ligger]. Og det koster jo 220 kr. ud og hjem, og hvis du er på kontanthjælp, jamen, så er det bare no go. Der er ikke de penge. På den måde er der ikke rigtig lige adgang til behandling, tænker jeg. [...] Altså, vi har jo distriktspsykiatrien, som ligger i [by i anden kommune], og det er jo også rigtig fint, og deres sygeplejersker, de kører jo rundt, så dem har vi jo også tæt samarbejde med, der hvor de er inde over. Men skal du gå til samtaler ved psykologen, foregår det jo også i [by i anden kommune]. Så det er det nærmeste, og det vil sige, at borgeren skal derud og tilbage igen, og det kan kræve rigtig meget energi, særligt hvis man er angst, at komme til det, så der synes jeg, at der er nogle ting, der ikke fungerer godt nok.

Interviewer: Hvad gør I så?

Medarbejder: Jamen, for nogle betyder det faktisk, at de ikke kommer afsted, selvom de har en aftale. Nogle gange laver vi undtagelser. Altså, der er jo ingen regler uden undtagelser. Vi har kerneopgaverne HER, og så har vi de opgaver, hvor vi siger OG eller MEN, og det aftaler vi selvfølgelig med ledelsen, og det er lidt en gråzone. Jeg havde på et tidspunkt en ung paranoid skizofren pige. Hun var kun 19 år, da hun kom. Hun kunne ikke komme ud af hjemmet, og hun kunne ikke komme til nogen ting, fordi hun boede ude på landet, og hun kunne ikke køre med bussen, og hun var heller ikke motiveret for at starte denne her bustræning. Så for ligesom at få det hele til at glide, så fik jeg lavet en aftale med ledelsen om, at jeg gerne måtte køre hende til [by i anden kommune], så hun kunne deltage i denne her gruppesamtale, så det blev ordningen. Og så gjorde hun det i en periode. Og vi kan godt lave den slags, men det er bare ikke ret tit, altså. Så skulle jeg jo også sidde derude i over en halv arbejdsdag. Men man står jo med et svært sygt ungt menneske, og noget må gøres. Der kan være sådan nogle situationer, hvis man fx starter en behandling, så kan det måske give god mening, at man følges med ud første gang, og man måske laver en forberedelsessamtale på turen derud også, altså så man bruger tiden på det og er med som ledsager og runder det af på vejen hjem. Men derefter skal de selv kunne det, og det kan være vældig svært. (Bostøttemedarbejder)

Som medarbejderen beskriver her, består kompleksiteten i, at nogle borgerne har brug for psykiatrisk behandling, men ikke selv kan komme frem pga. den ofte lange transport. Det skaber dilemmaer for medarbejderne, fordi deres kerneopgave ikke er at køre borgeren til behandling, mens de samtidig kan se, at borgeren har et stort behov for behandlingen. Ifølge medarbejderen ser behandlingspsykiatrien det ikke som deres opgave at sikre, at borgeren bliver transporteret, og medarbejderne i socialpsykiatrien oplever derfor, at de er nødt til at løfte transportopgaven for at sikre, at borgeren ikke dropper ud af behandlingen. Her oplever de, at de er i en "gråzone", fordi transport ikke er deres kerneopgave. I en anden kommune beskrives samme problematik. Her nævner lederen dog, at der er en regional kørselsordning, men at særligt borgere med social angst kan have svært ved at benytte sig af den, som hun beskriver i det følgende:

Fx har vi haft en, altså en behandling på sygehuset, og det kunne borgeren ikke rent økonomisk. Og så er der selvfølgelig nogle regionale kørselstilbud, men det kan være

svært, når man har angstproblematikker, altså at kunne være i det behandlingstilbud. Så vil vi vurdere, om det er, fordi det er svært at sidde i bussen, så kan vi tage med dig og forsøge at træne det. Eller hvis det er noget, borgeren ikke har råd til, så kan det være at støtte. Altså, det er svært, fordi jo flere funktionsnedsættelser, des mere kompleksitet. (Leder af bostøtten)

Som denne leder forklarer, bliver det også her en opgave for medarbejderne at sikre, at borgerne kommer til deres behandling ved at forsøge at afklare, hvad årsagerne er til, at de har svært ved det. I dette tilfælde skal det afklares, hvilke kørselstilbud der findes, om borgeren kan benytte dem, og hvordan de kan forsøge at støtte borgeren, så de selv kan mestre opgaven med at passe deres behandling. Eksemplerne viser, at denne udfordring omkring transport til forskellige tilbud i nogle kommuner fører til frustration blandt medarbejderne, der ikke oplever det som deres kerneopgave. I andre kommuner opleves det derimod som en del af kerneopgaven at bistå borgeren med at finde ud af, hvad der er af transportmuligheder, og at understøtte borgeren i at kunne komme rundt til de forskellige tilbud. Det kræver dog samtidig, at der er ressourcer til at varetage denne opgave.

7.4.2 Understøtte borgere med komplekse behov i behandlingsforløbet

Det er ofte nødvendigt for medarbejderne i socialpsykiatrien at støtte borgeren undervejs i et indlæggelses- eller behandlingsforløb. Medarbejderne giver i den forbindelse eksempler på, at det kan være afgørende, at de holder kontakten til og i bedste fald besøger borgeren, når borgeren er indlagt. Dels fordi borgeren således ikke oplever at føle sig svigtet af deres normale kontaktpersoner, dels fordi de kan aflaste personalet i behandlingspsykiatrien. To medarbejdere i et intensivt bostøttetilbud beskriver nedenfor, hvordan denne løbende kontakt sker:

Medarbejder 1: Jeg synes, vi er gode til at tilbyde [psykiatrisk afdeling] det her, så vi kommer ud og aflaster, når de er indlagt. Vi går ture med vores borgere og aflaster [psykiatrisk afdeling] ved at lave hjemmebesøg [på hospitalet], selvom de ikke er udskrevet. Vi træder gerne til. Vi ser det som en del af vores opgave, det er vigtigt i forhold til at varetage samarbejdet.

Medarbejder 2: Det er vigtigt at vedligeholde en kontakt, når borgeren bliver indlagt, ellers føler de sig svigtet. Og det forstår afdelingerne [på hospitalet] godt.

Medarbejder 1: Vi har også haft borgere, der gerne ville have besøg, hvor vi ringede til afdelingen først og hører, om de synes, vi kan komme på besøg. Så jeg synes, vi er opmærksomme på, at det er [psykiatrisk afdeling], der bestemmer. De tager gerne imod alt, hvad vi kan give dem af personaleressourcer – det er jo nemmere, hvis vi tager ud og henter noget ved borgeren osv. (Bostøttemedarbejdere)

De to medarbejdere beskriver her, hvordan de forsøger at opretholde kontakten til borgeren under indlæggelse, og hvordan de umiddelbart oplever, at behandlingspsykiatrien er glade for, at de kommer på afdelingen og ser dem som en ressource. Men de fremhæver også, at de er klar over og forsøger at tydeliggøre via deres adfærd, at det er hospitalets personale, der bestemmer, og at det er deres domæne. Fx ved at de ringer og spørger om lov til at besøge borgeren.

I et andet interview i samme kommune fremhæver en afdelingsleder af et botilbud ligeledes, at medarbejderne via deres besøg også kan være en ressource, der sikrer, at behandlingen kan gennemføres succesfuldt:

Jeg havde en kvinde, der brækkede benet og var indlagt. Og hun er rigtig skidt og har ikke villet tage sin medicin. Hun ville ikke have smertestillende, og hun ville ikke hjem. Det er altså rigtig vigtigt, at hun bare har en smule standpunkt. Så vi sendte personale til at hjælpe med at tilgå hende. Så kom hun op og sidde og stå. Så vi skal jo også være vakse i samarbejdet, for vi har jo relationen og venskabet [til borgeren]. Det fungerer fint, og hun har fuld funktion og er fysisk selvkørende i dag 3 måneder efter faldet. Så vi skal huske at bevæge os ud og lægge ressourcerne der, hvor det giver mening. Så vi skal ikke være så bange for at blande os. (Afdelingsleder på § 108-tilbud)

I dette eksempel beskrives, hvordan medarbejderne i socialpsykiatrien via deres relation med kvinden kunne assistere personalet på hospitalet og få kvinden til at samarbejde. At besøge en borger på en somatisk hospitalsafdeling kan være meget væsentligt, netop fordi, der ikke nødvendigvis er så stor rummelighed over for borgere med psykiatriske problemstillinger på de ikke-psykiatriske afdelinger. En leder af et botilbud forklarer:

Jeg oplever i forhold til det somatiske sygehussystem det samme. Det kræver rigtig meget for vores medarbejdere, hvis de har borgere, som skal have et sundhedstilbud i Danmark. For de [borgerne] passer ikke ind, og de kan godt sige noget dumt til lægerne, og det er ikke alle læger, der kan det. Så de får ikke de samme sundhedstilbud. [...] Jeg har hørt folk sige, at hvis de ikke kan tale pænt til os på sygehuset, så sender jeg dem hjem. Det er skræmmende, at man ikke kan rumme dem. (Leder af botilbud)

Ligesom det er vigtigt at fortsætte støtten til borgerne, når de er indlagt på psykiatrisk afdeling, er det altså mindst ligeså vigtigt at kunne fortsætte støtten og besøge borgeren på en somatisk afdeling. Herved kan man hjælpe med at sikre, at afdelingen rummer borgeren, at indlæggelsen forløber godt, og at der ikke opstår udfordringer og konflikter mellem borgeren og sygehuspersonalet.

I en anden kommune beskriver en leder, hvordan centraliseringen af indlæggelsesmulighederne i regionen har vanskeliggjort, at medarbejderne kan bevare denne vigtige kontakt med borgeren under selve indlæggelsen.

Der hvor borgerne skal indlægges, ligger langt, langt væk. Det er ikke godt, at man samler borgerne så langt væk. Nærmiljøet er vigtigt i forhold til recovery – så kunne vi holde kontakten tidligere både telefonisk og køre derned. (Leder af botilbud)

Som lederen fremhæver, betyder afstanden, at medarbejderne ikke længere kan have den hyppige kontakt med indlagte borgere, som de havde tidligere, og at dette er på bekostning af borgernes recovery-proces. Botilbuddet, som lederen kommer fra, ligger meget tæt på distriktspsykiatrien i den pågældende kommune, hvorfor der er meget let adgang for borgeren hertil. Lederen fremhæver, at samarbejdet med distriktspsykiatrien er ganske anderledes, netop fordi de "ligger i baghaven". Det betyder, at sygeplejerskerne både kommer til botilbuddene – eller at medarbejderne kan tage ned og besøge distriktspsykiatrien og have en mere uformel og løbende dialog omkring deres borgere. Afstanden til de psykiatriske behandlingstilbud ser altså også her ud til at have en stor betydning i forhold til at kunne støtte borgeren under et behandlingsforløb og samtidig have en tæt dialog med personalet.

7.4.3 Ikke muligt til at sætte spørgsmålstejn ved behandling og medicinering

Medarbejderne udtrykker generelt, at de er utroligt glade for, at borgerne kan modtage behandling i psykiatrien i de perioder, hvor borgerne er behandlingskrævende. Samtidig oplever medarbejderne, at det er meget svært for dem at sætte spørgsmålstejn ved eller blande sig i både medicine-

ring og behandling. Det kan blive komplekst, hvis medarbejderne oplever, at diagnosticeringen af patienten ikke nødvendigvis er korrekt, som en medarbejder beskriver nedenfor:

Vi har ikke en direkte linje til psykiatrisk. Hvis hun [borgeren] siger, at hun ikke har borderline mere, men psykiateren siger, at hun har kompleks PTSD, så er det det eneste, vi har at arbejde med. Det er komplekst, hvis vi fx ser noget andet. Vi diagnosticerer jo ikke, men vi har mange års erfaring, så vi kan fx nogle gange se, at ej, vi synes, det ligner [noget andet]. (Bostøttemedarbejder)

Medarbejderen beskriver her, hvordan personalet hverken oplever, at de har mulighed for at diskutere en tvivl, som borgeren rejser omkring sin diagnose, eller situationer, hvor de som personale undres på baggrund af deres observationer. I eksemplet fremhæver medarbejderen, at selvom hun ikke har kompetence til at diagnosticere, så har hun mange års erfaring inden for feltet og derfor kendskab til forskellige sygdomsbilleder. På samme måde fremhæver andre medarbejdere, at det er en udfordring i samarbejdet med psykiatrien, at de oplever ikke at blive lyttet til.

Interviewer: Hvornår fungerede samarbejdet ikke [med psykiatrien]?

Medarbejder 1: Vi har en borger, der bliver mere og mere tung. Og får mere og mere medicin. Vi er uenige med psykiateren i den medicinering, men vi er slet ikke blevet hørt. Vi møder meget attituden: "Jeg er læge, og det er mig, der ordinerer".

Medarbejder 2: Han var meget syg, og det er ikke til at se, om det er bivirkninger eller sygdom.

Medarbejder 1: Borgeren er 49 år, men har en krop som en 80-årig. Han er meget, meget syg. Så er der også en nyere beboer. Der har vi haft en rigtig god samtale. Psykiateren lyttede til mig og til beboeren. Han blev taget seriøst, og der blev lyttet til, hvad jeg også havde af viden. Vores meninger talte. (Medarbejdere på botilbud)

De første citater illustrerer, hvordan medarbejderne oplever, at der kan være udfordringer i samarbejdet med psykiatrien, når borgere bliver mere og mere syge og samtidig får mere og mere medicin. Her kan det være svært at se, om der er tale om bivirkninger eller sygdom – og psykiateren ikke ønsker at diskutere medicineringen med personalet. Det fremstår tydeligt, at det er vigtigt for medarbejderne at blive lyttet til – hvilket fremgår af det sidste citat. Her fremhæves det, hvordan de i et andet tilfælde havde en god samtale med psykiateren, som både lyttede til deres og beboerens opfattelser – og tog deres observationer og betragtninger seriøst.

7.4.4 Samarbejde med VISO

Måske netop på grund af problemstillingen omkring de to systemer (behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien) beskriver flere medarbejdere, at de har haft stor succes med at involvere VISO i de meget komplekse borgersager. VISO er den nationale Videns- og Specialrådgivningsorganisation på det sociale område og på specialundervisningsområdet, og medarbejderne beskriver i den sammenhæng VISO som en "uvildig indsats". En socialpsykiatrichef beskriver, hvordan VISO blev benyttet:

Jeg har også oplevet at være vildt imponeret over psykiatrien. Borgeren var dårligt begavet og psykotisk. Og vi kunne ikke finde ud af ham. Og så beder vi VISO om hjælp, og der kobler psykiatrien sig på i forhold til at lave VISO-udredningen – selvom borge-

ren ikke var indlagt. Det kunne give en bedre udredning for ham. Vi spurgte simpelthen bare psykiatrien, om de ville med. Og så kom de så, 2 personaler fra psykiatrien og 2 personaler fra socialpsykiatrien, og så kom de oven i købet også til opfølgningen. Vi fik aftalt, hvor meget der skulle til, førend borgeren skulle indlægges. Den fælles forståelse af magtesløshed – ingen af os mestrede det – og det gjorde, at vi kunne sige, at i de her situationer, der har vi brug for, at I tager over. (Socialpsykiatrichef)

Det ovenstående eksempel illustrerer, hvordan VISO i henhold til interviewpersonerne er i stand til at samle de involverede parter i forhold til at udrede en borgers komplekse situation. De fremhæver, at det derigennem har været muligt at afstedkomme, at medarbejderne fra psykiatrien kom ud til et tværfagligt møde om den konkrete borger. Derved blev der etableret en dialog, der gav en fælles forståelse for, hvornår medarbejderne i socialpsykiatrien oplever at stå i en magtesløs situation og har brug for andre fagligheder, der kan tage over. Det gav ligeledes mulighed for at etablere en klar aftale om, hvad der så skal til, før en borger kan indlægges.

I en anden kommune fremhæves det ligeledes, at samarbejdet med VISO omkring borgere med komplekse problemer kan være med til at få de forskellige parter involveret i sagen. Den uvildige funktion giver ifølge interviewpersonerne ofte anledning til en bedre dialog mellem psykiatrien, borgerens egen læge og medarbejdere fra socialpsykiatrien. En leder af et botilbud nævner, at de helt generelt savner at have en mere uvildig funktion til rådighed, når kommunikationen og samarbejdet går i hårdknude. Her kunne et uvildigt team bestående af læger og psykiatere hjælpe til med at vurdere borgeren, uden at en eventuel uheldig samarbejdshistorik eller en dårlig relation mellem borgeren og borgerens egen læge skal være afgørende for, om borgeren kan tilses og indlæggelsesvurderes. To medarbejdere beskriver også dette behov, idet de efterlyser et akutteam, der har bemyndigelse til indlæggelse:

Medarbejder 1: Egen læge skal jo faktisk også være der. Distriktspsykiatrien må ikke [indlægge] og heller ikke psykiatrisk hospital, så egen læge skal være der. Og vi har mange gange haft vagtlægen ude, og 5 minutter efter er borgeren helt rolig, og så kører lægen igen.

Medarbejder 2: Ja, et uvildigt råd med læge og psykiater, som kunne komme ud og have samtale med borgeren og var uvildige og flere, så hvis der er to, kan de ikke tage fejl. [...] Nogle gange trækker det [indlæggelsesprocessen] virkelig ud. Og borgerne bliver bange.

7.5 Sammenfatning

Dette kapitel har beskrevet, hvordan medarbejderne i socialpsykiatrien oplever samarbejdet med de regionale psykiatriske tilbud i forbindelse med indlæggelser, behandlingsforløb og udskrivninger for borgerne i socialpsykiatriens tilbud. Der er både eksempler på, når samarbejdet fungerer godt, og hvor der opstår udfordringer i samarbejdet. Interviewpersonerne beskriver, hvordan der til tider kan opleves forskellige kulturer og tilgange til borgerne i de to systemer. I behandlingspsykiatrien opleves der generelt at være en medicinsk og sygdomsorienteret tilgang, mens der i socialpsykiatrien er fokus på at støtte borgeren i hverdagslivet. Disse forskelle spiller en rolle i forhold til samarbejdet, idet medarbejderne i socialpsykiatrien ikke altid oplever tilstrækkelig lydhørhed i behandlingssystemet i forhold til deres observationer omkring borgeren.

Medarbejderne oplever, at den regionale behandlingspsykiatri er presset på ressourcer, og at særligt tendensen til kortere indlæggelser slår igennem og betyder, at borgerne ofte bliver udskrevet,

før medarbejderne i socialpsykiatrien vurderer, at de er færdigbehandlede. I den sammenhæng opleves det også som en udfordring, at behandlingspsykiatrien til tider har svært ved at rumme borgere med udadreagerende adfærd. Her oplever medarbejderne, at der sker en udskrivning med henvisning til, at borgerens problemer primært er af adfærdsmæssig karakter, og at de overlades med en borger, som både opleves som syg og til tider "farlig".

I to af kommunerne er der endvidere problematikker omkring den geografiske afstand til de regionale behandlingstilbud. Særligt i den ene af de to kommuner har nedlæggelsen af den lokale sengeafdeling betydet, at der nu er væsentligt længere til den psykiatriske hospitalsafdeling. Dette opleves at have svækket det daglige samarbejde omkring borgerne, idet distancen – og dermed også transporttiden – er blevet længere.

Endelig opleves der også at være udfordringer i samarbejdet med egen læge. Her er det medarbejdernes erfaring, at det kan være meget personbåret, hvorvidt almen læge har tilstrækkelig viden om psykiske lidelser, og hvorvidt han eller hun tager sig den tid, der er nødvendig for at tilse borgeren. Det opleves i den forbindelse som en særlig udfordring at få almen læge ud til borgeren i akutte situationer.

8 Rehabiliterende metoder og faglighed

I løbet af de seneste år har de fleste kommuner arbejdet strategisk med rehabilitering på socialpsykiatriområdet såvel som på andre områder i kommunen. I denne undersøgelse er det tydeligt, at det rehabiliterende arbejde, og de dertilhørende metoder, netop er med til at stille skarpt på nogle af de kompleksiteter, der opstår i arbejde med borgere med mange forskellige problematikker. Undersøgelsen viser også, at den rehabiliterende tilgang i høj grad bidrager til at kunne løse udfordrende og vanskelige opgaver med et stærkt og fælles metodisk afsæt.

I dette kapitel beskrives den strategiske udvikling mod at arbejde mere rehabiliterende, som den kommer til udtryk i de fire kommuner. Der gives desuden konkrete eksempler på, hvilke metoder der benyttes i de fire kommuner, samt hvorledes metoderne bidrager til at løse kerneopgaven – og formentlig også til at mindske kompleksiteten i opgaveløsningen.

8.1 Fra omsorg til udvikling

Den generelle holdning i alle de fire kommuner er, at det at arbejde strategisk med rehabilitering er en styrke i forhold til borgergruppen i socialpsykiatrien, og at det har haft en positiv indflydelse på udførelsen af kerneopgaven. Rehabiliteringsstrategien har ændret medarbejderes og lederes syn på borgeren, og på hvilket liv, man kan have med en psykisk lidelse. En forvaltningschef forklarer, hvordan denne tilgang dominerer synet på borgeren:

Ja, hvis man arbejder med en mere rehabiliterende tilgang og møder dem [borgerne] med den recovery tænkning om, at man helt eller delvist kan slippe for sygdommen og klare sig, så får de borgere altså et helt andet liv. (Forvaltningschef)

Ud af de fire kommuner, som har deltaget i undersøgelsen, har de tre arbejdet strategisk med rehabilitering gennem de sidste år, ikke kun på det socialpsykiatriske område, men på hele forvaltningsdelen, som typisk gælder hele ældre- og handicapområdet.

Særligt i den ene kommune igangsatte man for nogle år siden en både strategisk og metodisk omlægning af området. Ved at nedlægge en stor del af de traditionelle botilbudspladser og i stedet udvide bostøtteområdet er man i denne kommune rent strategisk kommet langt med det rehabiliterende arbejde. Her er der meget fokus på, hvordan selve kerneopgaven har ændret karakter som følge af et paradigmeskifte mod mere fokus på borgerinddragelse og selvhjulpethed. Lederen af bostøtteområdet forklarer, hvordan der arbejdes målrettet med fokus på borgerens læring:

Hele paradigmeskiftet fra overgangen fra omsorg til støtte. Det er meget billedligt, at vi ikke er hyggeonkler. Vi er meget skarpe på de enkelte opgaver, som borgeren har brug for hjælp til. Så der er meget ansvar lagt over på borgeren i det her forløb. Så vi har ikke indsatser, hvor vi hygger. Der er et formål med den indsats, som vi arbejder med. Så det gør, at der er borgere, som vi ikke udfører støtte på mere. [...]

Det kan godt være, jeg synes, at det er hyggeligt, at vi laver mad sammen. Men vi skal analysere, hvad det er i madlavningen, som borgeren skal lære noget af. Hvad kræver det at lave mad, altså hvad er det, borgeren gerne vil lære? Og hvilke funktionsnedsættelser begrænser dig i det? Vi kan godt guide i det, men vi er meget mere skarpe på, om det er noget, borgeren kan eller ikke kan. Vi har før været ude og lave mad med

borgere, hvor karakteren var, at borgeren godt kunne selv. Altså, hvor det bare var hyggeligt for borgeren. [...]

Det er så fint, at borgeren godt kan lide at lave mad, men så er det måske nogle andre, de skal lave mad med. Fx i en madklub, og hvis de så ikke kan magte det pga. forskellige ting, så arbejder vi på det. Vi er blevet meget mere skarpe på, hvad opgaven er her. (Leder af bostøtten)

Lederens eksempel vedrørende madlavning beskriver tydeligt, hvad det er for et skift, området har oplevet, og hvordan man nu arbejder målrettet med læring og mestringsopgaver frem for at være ”hyggeonkler”, hvor omsorgsopgaven var mere i fokus.

Recovery- og rehabiliteringstilgangen står også centralt i de øvrige kommuner. To ledere af et botilbud i en af de andre kommuner beskriver:

Leder 1: Før var det en totalinstitution, hvor man kunne leve hele livet. Der var årets gang, og man deltog og blev rammet ind af institutionen [...]. Kerneopgaven har ændret sig [...].

Leder 2: Man købte fx julegaver til borgerne. Det var synd, at de ikke fik noget. I stedet [ville man nu] spørge, om de har lyst til at give hinanden gaver. Det er ikke vores opgave at skabe parallelsamfund. Eller skal vi lave teatergrupper. Nej, vi kan motivere dem for at melde sig ind i en teatergruppe. Jeg arbejdede selv som menig medarbejder, og det var noget helt andet [...] Som medarbejder var det rigtig sjovt. Jeg elskede at tage på fisketur med 8-9 borgere, og man kunne bruge sin interesse i arbejdet. Det var fedt at tage borgerne med. Men det udviklede jo ikke vores borgere, og det kunne jeg se bagefter.

Dette paradigmeskift har bevirket, at kerneopgaven har ændret sig, og medført en stigende bevidsthed om at arbejde systematisk og metodisk med borgeren, således at målet vedrørende borgerens læring og udvikling kommer i fokus. En leder i socialpsykiatrien beskriver, hvordan dette skift har medført en øget refleksion i hele organisationen om, hvorledes kerneopgaven kan løses med øje for borgerens mål:

Hvordan er kerneopgaven i spil med omtanke for målet [borgerens]? Ikke dermed sagt, at vi ikke kan tage ud og købe en kjole, men der skal være omtanke i forhold til, hvordan det gavner borgeren. Man kunne i gamle dage godt komme for at drikke kaffe. Vi skal ikke være borgerens sociale liv. I gamle dage kunne man godt ringe til ens kontaktperson og blive retningskorrigeret, og det kan man også i dag, men nu er det en fra teamet, man får fat på, og her er alle indstillet på kerneopgaven. (Leder i socialpsykiatrien)

Lederen beskriver her, at den gennemgående rehabiliterende tilgang i hele organisationen gør, at alle i teamet er indstillet på at løse kerneopgaven på samme måde, og det styrker den koordinerede og fælles opgaveløsning med henblik på borgerens mestring af eget liv.

8.2 Konkrete metoder og tilgange

I det følgende præsenteres nogle af de konkrete metoder, som anvendes i det socialpsykiatriske arbejde i de deltagende kommuner. Eksemplerne illustrerer, hvordan metoderne bruges, samt hvilken betydning metoderne har i forhold til at håndtere kompleksiteten i arbejdet.

8.2.1 Relationel koordinering som metode til at styrke koordineringen

I en af de fire kommuner er der sat fokus på at skabe bedre tværgående samarbejder mellem socialpsykiatrien og andre kommunale områder ved at anvende metoden *Relationel Koordinering*. Her er udvalgte medarbejdere inden for kommunens forskellige socialpsykiatriske tilbud uddannet i at bruge metoden til at skabe mere sammenhængende og mere helhedsorienterede borgerforløb mellem socialpsykiatrien og andre kommunale aktører.

Metoden er udviklet til at imødekomme stigende krav om effektivisering i organisationer, samtidig med at der sikres en integration af medarbejderes opgaver som et samlet hele i processer, hvor mange informationer skal deles og bearbejdes på tværs af forskellige områder. Metoden er særlig velegnet til social- og sundhedsområdet, hvor der i stigende grad samarbejdes på tværs af områder med hver deres fagspecifikke specialviden, og hvor faggrupperne er afhængige af hinandens viden og opgaveløsning for at udføre arbejdet i de enkelte områder (Gittel, 2012; Vestergaard, 2014).

Kommunen bruger metoden til at skabe mere sammenhængende forløb for borgere med de mest komplekse støttebehov, og det er ikke ualmindeligt, at der kan være helt op til 10 eller flere medarbejdere fra forskellige områder i berøring med en borger. Netop derfor er grundig koordinering uhyre nødvendigt. Metoden bidrager konkret til nogle faste samarbejdsstrukturer og måder at kommunikere på, som har givet en bedre forståelse for hinandens arbejds- og ansvarsområder, men også synliggjort, at der arbejdes ud fra forskellige menneskesyn i de forskellige systemer. Konkret følger man i kommunen nogle faste rutiner for koordinerende møder, hvor alle involverede aktører deltager, og som afholdes med bestemte tidsintervaller, hvor der skabes sammenhæng mellem det koordinerende og handlende niveau. Her anvendes der også "mapping" som redskab til at synliggøre, hvilke aktører der er centrale for borgerens forløb. Dette redskab anvendes som afsæt til udarbejdelse af en fælles plan for borgeren for at skabe overblik over og lave tydelige aftaler omkring, hvem der konkret står for hvilke opgaver og indsatser, og hvordan de hænger sammen.

Case 8.1 illustrerer et eksempel på brugen af relationel koordinering. Casen her illustrerer, hvordan metoden Relationel Koordinering giver medarbejderen fokus på at tage ansvar for en konkret opgave, som kan skabe forvirring og udfordring i samarbejdet, hvis den varetages af en anden person i et andet system, som borgeren måske ikke er tryk ved. I case-eksemplet giver det mening, at det er bostøtten, der varetager opgaven omkring økonomien, idet borgeren er mest tryk ved hende. Samtidig kan den koordinerende dialog give de andre parter tryk ved, at opgaven faktisk varetages, og at det bliver gjort på bestemte tidspunkter.

Lederen af bostøtten i den kommune, der anvender denne metode, giver et eksempel på, hvordan metoden giver teamet mulighed for at skabe enighed mellem parterne om at sætte en borger på pause i beskæftigelsessystemet:

Nu har der kørt nogle projekter omkring det med Relationel Koordinering, hvor man har trukket meget komplekse borgere ind [...], og det er da noget, som har gjort, at vores samarbejde er blevet fremmet. Så det med at koordinere opgaverne, og hvornår det er. Fx kunne man godt have en borger standby på jobcenteret, fordi det var det, som presede ham mest og hæmmede vores arbejde. Så pludselig sad vi ved bordet og kunne arbejde med det. Ikke at det ikke kunne lykkes før, men det havde været meget envejs og ikke et fælles sprog. (Leder af bostøtten)

Case 8.1: Eksempel på Relationel Koordinering på teammøde

En gruppe bostøttemedarbejdere holder teammøde, og første del af mødet går med at videregive nogle praksisfortællinger fra deres arbejde med borgerne.

En medarbejder byder ind og fortæller, at hun har haft en positiv oplevelse med Relationel Koordinering på et møde ugen forinden, hvor hun mødtes med repræsentanter fra behandlingspsykiatrien og jobcentret omkring en borger, som har økonomiske problemer. Borgeren deltager også selv på mødet.

Medarbejderen fortæller, at sygeplejersken fra behandlingspsykiatrien tager borgerens økonomi op på mødet. Beskæftigelsesrådgiveren nævner, at en ny person i tilknytning til borgeren, borgerens mentor, kan hjælpe med at tage sig af økonomien. Borgeren giver dog selv udtryk for, at hun ikke ønsker, at der skal flere personer ind over hendes sag, da hun har angstproblematik, og det at tale om økonomi er noget af det, som kan eksponere hende for angsten. Medarbejderen foreslår derefter, at hun kan arbejde med borgerens økonomi, når hun alligevel er ude at handle med borgeren. De andre samarbejdspartnere synes, at det er en god idé, og medarbejderen kan se på borgeren, at hun slapper af og også har det rart med, at der ikke er endnu en ny person, der skal ind over hendes økonomi.

Både sygeplejersken fra behandlingspsykiatrien og beskæftigelsesrådgiveren accepterer, at det er borgerens bostøtte, som kan stå for at arbejde med økonomien, og på den måde er ansvaret fordelt på en måde, så det ikke giver anledning til mere angst hos borgeren. Hun er tryk ved, at det er bostøtten, som hun kender og ofte får besøg af, som hun skal forholde sig til vedrørende økonomien. Medarbejderen fortæller, at hun kunne mærke på mødet, at både borgeren og de to andre repræsentanter slappede af, ved at der kom afklaring på, hvem der skulle tage ansvar for opgaven, og hvornår den skal ligge.

Medarbejderens praksisfortælling på mødet giver anledning til en snak om metoden Relationel Koordinering, og hvad den kan bruges til i en sådan sammenhæng. Lederen samler op på praksisfortællingen og siger, at hun synes, det er et godt eksempel på, at koordineringsmøderne er meget tidskrævende, men giver rigtig god mening, når borgeren selv er deltagende, og man derfor kan se, hvordan de forskellige systemer spiller sammen omkring borgeren, og hvordan borgeren reagerer på det, der bliver aftalt.

8.2.2 Resultatbaseret styring – fokus på mål og udvikling

I en af kommunerne arbejdes der med resultatbaseret styring, der overordnet set er en styringstilgang, der generelt blev udrullet i store dele af den offentlige sektor fra ca. midten af 00'erne som en del af "New public management". Resultatbaseret styring er en måde at styre efter fastsatte mål på, samtidig med at der løbende monitoreres på, om målene nås. Som led i denne kommunes omstilling af socialområdet anvendes resultatbaseret styring også som metode i arbejdet med den enkelte borger. Alle medarbejdere i socialpsykiatrien i denne kommune har fået samme uddannelse i at bruge tilgangen som redskab til at blive tydeligere på, hvad kerneopgaven er, og hvordan de kan arbejde på borgerens mål sammen med borgeren selv.

I dette borgernære perspektiv handler metoden grundlæggende om at definere nogle mål sammen med borgeren, som der arbejdes med ud fra fire forskellige socialfaglige perspektiver. Målene kan variere meget fra borger til borger og kan fx for én borger være at arbejde på at deltage i sociale aktiviteter sammen med andre uden for hjemmet, mens målene for mere støtte- eller plejkrævende borgere kan være mere praktiske. En medarbejder på et § 108-botilbud fortæller her, hvordan hun arbejder med borgerens konkrete mål:

Målene kan være forskellige. Med nogle [borgere] er det mål inden for at overholde dagligdags ting. Fx med diabetes, så er det at kunne lære at overholde medicin, og for andre kan det være at medvirke til tøjvask. Og andre [borgere] har måske større mål omkring at skulle flytte videre. (Medarbejder på botilbud)

En del af metoden handler om at definere, hvordan der konkret skal arbejdes ud fra borgerens overordnede indsatsmål, som er udstedt af borgerens rådgiver. Når indsatsmålet ligger fast, udarbejder medarbejderne en arbejdshypotese og heraf en forandringsteori, som klargør, hvordan der konkret skal arbejdes med dette mål ud fra ét af fire forskellige socialfaglige perspektiver. I forandringsteorien opstilles der korte, mellemlange og langsigtede mål i en logisk model, som beskriver, hvad det konkret er for nogle ting, borgeren skal trænes i, og hvad det konkret indebærer for medarbejderne i det daglige.

I citatet nedenfor forklarer to ledere, hvordan der arbejdes med denne metode, og hvad styrken er i forhold til at håndtere komplekse borgere:

Leder 1: Du skal arbejde med nogle mål. Og vi arbejder med de fire [social]faglige perspektiver, og der er du nødt til at kigge på den enkelte borger [...] vi øver os meget på det. Vi er nødt til at kigge på, hvilken læringsparathed, som borgeren har, altså hvilket perspektiv, vi må prøve.

Leder 2: Ja, når vi lige får det gjort klart på den her måde, og vi går ud af en retning, så er vi meget præcise på, hvad det er, vi gør, og at vi gør det ens. Og hvis det så ikke virker, så er man nødt til at gå tilbage og lave en helt ny indsats med et nyt delmål.

Leder 1: Vi har det her indsatsmål, som vi har lavet med rådgiveren. Så laver vi en arbejdshypotese om, hvordan vil vi nå målet, og hvordan vil vi arbejde på det. Det er det, som er med til at skabe evidens.

Leder 2: Du har et mål, og så kigger du på, hvilken effekt du gerne vil se på langt sigt, mellemlangt sigt og kort sigt, og når du så har lavet effekterne, så kigger du på succeskriterier, altså hvornår har vi nået det, vi vil på mellemlangt sigt fx. Så sætter vi datoer på, hvornår vi vil det. Og det dokumenterer vi på. Så kigger vi på arbejdshypotesen, altså, hvilket arbejdsredskab og perspektiv, vi skal bruge. Typisk er vi gode til bare at gøre et eller andet, altså uden at finde ud af, hvorfor vi vil gøre det og hvorfor.

Leder 1: Det er for at have et fælles sprog, for at have evidens i det, og det skaber noget kvalitet. Det skaber et fællessprog, når vi er et sted, hvor opgaven skal løses mellem forskellige fagligheder.

Lederne forklarer i citatet, hvordan de bruger metoden til at omsætte de indsatsmål, der er givet af rådgiveren til praksis i det daglige arbejde med borgeren. Som den ene leder beskriver, har der været en tendens til, at man "bare har gjort et eller andet" uden at være opmærksom på, hvordan det hang sammen med den overordnede indsats for borgeren. Derfor er værktøjet brugbart til at blive klogere på, hvorfor man fx sætter ind på et bestemt mål sammen med borgeren og med øje for, hvilken læringsparathed borgeren har.

Dette er særligt vigtigt for borgere med komplekse problemstillinger, da disse borgere typisk har mange områder, de skal have støtte til. Derfor kan medarbejderne bruge værktøjet til at fokusere på nogle bestemte udvalgte mål, mens det tydeliggør, at der er andre af borgerens støttebehov, som måske i en periode kan træde i baggrunden. På den måde kan der arbejdes fokuseret med ét enkelt gennemgående mål. I følgende interviewcitater beskriver en medarbejder på et botilbud, hvilken konkret forskel det gør i hendes arbejde at have denne metode at støtte sig til:

Interviewer: Hvilken forskel gør det i dit arbejde at have et redskab som det her?

Medarbejder: Det gør det [målet] meget mere synligt. Og mere konkret, fordi der er noget at snakke med borgerne i forhold til, hvad de [borgerne] arbejder imod. Vi har noget fælles. Fordi vi arbejder fælles mod det, og vi arbejder sammen mod de mål. Så vi har et redskab, som vi arbejder med sammen med beboerne. [...] Det giver god mening for os med den model, både som personale, at vi kan se, at den og den borger har de og de mål, som vi arbejder imod. Så det bliver mere synligt. [...] Det kan godt være, vi ikke lige konkret snakker om planen hver dag, men vi evaluerer det nogle gange med borgeren, så det bliver mere målrettet på den måde. (Medarbejder på botilbud, kommune B)

Case 8.2 er et eksempel på, hvordan målsætninger for en borger med overvægtsproblematik ser ud:

Case 8.2: Forandringsteori for borger med overvægtsproblematik

En borger, der bor på § 108-tilbud, har svære overvægtsproblemer, hvilket påvirker hendes psykiske tilstand og omvendt.

Medarbejderen, som er kontaktperson for borgeren, forklarer, hvordan denne borgers forandringsteori ser ud, og hvordan de bruger den til at arbejde med borgerens mål.

Et af målene for denne borger er, at hun har brug for mere motion grundet hendes svære overvægt. Borgeren er dog ikke motiveret for at arbejde med målet om motion, og det er vanskeligt for hende at se, hvordan hun kan få motion ind i hverdagen grundet sindslidelsen. Kun i ganske få perioder ønsker hun at bevæge sig.

Det langsigtede mål er derfor at få mere motion ind i borgerens hverdag, mens det kortsigtede mål kunne være at finde noget motions- eller bevægelsesrelateret, som borgeren er interesseret i. Derigennem kan der arbejdes med at styrke motivationen omkring målet (motion) som et mål i sig selv.

Fx kunne det være et kortsigtet mål at finde frem til en aktivitet, som borgeren har lyst til at afprøve for at kunne bevæge sig noget mere. Medarbejderen beskriver, at denne metode gør det meget synligt at holde fokus på det, som er borgerens overordnede mål, og hun kan derved lettere tage emnet om motion op i den daglige kontakt med borgeren uden at presse hende.

Fordelen er også, at metoden er fælles for alle medarbejderne, sådan at de alle har fælles fokus på de samme mål hos borgeren og ikke arbejder med forskellige ting. Forandringsteorien laves af borgerens kontaktperson, optimalt set sammen med borgeren selv. Samtidig kender alle medarbejdere også borgerens mål, således at der er en fælles indsats om at arbejde på målene for alle i personalegruppen. Det gør også, at en anden medarbejder kan være opmærksom på at motivere frem mod målet, hvis chancen byder sig i en dialog med borgeren.

Casen er et eksempel på, hvordan det mere overordnede indsatsmål bliver omsat til nogle mindre målsætninger i medarbejdernes daglige arbejde. Som nævnt er denne metode med til at gøre det tydeligt, hvor det giver bedst mening at sætte ind i forhold til borgerens behov og læringsparathed. En bostøtteleder beskriver i citatet nedenfor, hvordan metoden bidrager til at gøre opgaverne mindre komplekse:

Leder: Jeg synes faktisk, at den metode [resultatbaseret styring] giver et meget bedre overblik og giver et meget bedre fokus på, hvor det er, vi sætter ind, så vi ikke sætter ind på 20.000 ting. Min erfaring er, at metoden simplificerer mere. Så vi bliver mere fokuseret på, hvad der er vigtigt lige nu og her. Så vi tager trappetigen ned og ser på, hvor er vi henne lige nu og her.

Interviewer: Kan du komme med et eksempel?

Leder: Fx var der en borger, der gerne ville tabe sig. Men da vi sad og arbejdede med forandringsteorien, så var der rigtig mange elementer i at skulle følge en madplan, som

ikke var så vigtigt. Så hvis vi ikke havde været igennem den proces med forandringsteorien, så havde vi ikke fundet ud, af det faktisk var noget helt andet, som vi skulle arbejde med for at komme derhen. Rent kognitivt formåede hun ikke at gå den vej, som vi troede, hun skulle gå. Så vi skulle finde ud af, hvad det så var, hun kunne, fordi der er rigtig meget, man skal kunne for at følge en madplan. Alt det gjorde, at vi så kunne simplificere den og blive klog på det. Så det handler faktisk ikke så meget om madplanen, men måske mere om, hvordan hun lærer [...]. Så vi er kommet en anden vej ind, og vi ved, at vi er så skarpe. Så vi tænker hele tiden på, hvad borgeren skal på kort, mellem og langt sigt. Vi er enormt skarpe på effekter, så vi hele tiden kan vurdere det løbende. Så hele analysen og metoden er med til, at vi meget bedre kan nå frem. Metoden er med til at simplificere, hvad det egentlig er [vi skal]. Jeg tænker, vi får det brudt ned i dialogerne med hinanden og bliver meget mere skarpe på det. Det er selvfølgelig et meget mere dynamisk redskab, så det kan godt være, det ikke var den vej, men jeg synes, simplificeringen ligger der.

Interviewcitatet beskriver, hvordan metoden gør medarbejderne "skarpere" på opgaven, som derved bliver mere simpel at gå til. Redskabet giver overblik over, hvad der er det vigtigste at arbejde med hos den enkelte borger, og hvilken vej de, sammen med borgeren, skal gå for at nå målet. Det at arbejde med en fælles og meget tydelig metode gør således kompleksiteten mindre. Det gør opgaverne mere simple at gå til, fordi det gøres tydeligt for medarbejderne, hvad opgaven faktisk er.

Ledernes vurderinger deles af de interviewede medarbejdere, der beskriver, at metoden har gjort en stor forskel i forhold til at kunne holde fokus på kerneopgaven. I citatet nedenfor beskriver en bostøttemedarbejder, hvordan metoden giver hende en frihed til at have en fornuftig balance mellem den pædagogiske opgave og tilhørende mål og de mere omsorgsmæssige ting, som reelt ikke er en del af kerneopgaven, men som hun oplever alligevel gør en forskel for hendes arbejde med borgeren:

I det øjeblik du bliver så fokuseret og specifik på det mål, der er, kan du bedre finde tid til en lille gåtur ekstra eller en kop kakao, fordi du er så fokuseret. Man kan sige, at det, der ligger fast, det skal gøres i dag, og hvad der så ligger ud over i forhold til den gode relation, og at de [borgerne] gider åbne døren, næste gang man kommer. Det giver noget metodefrihed. Men der er ikke noget, der kan stå alene. (Bostøttemedarbejder)

Citatet beskriver, hvordan det at arbejde metodisk hjælper til at afklare, hvad opgaven er, og hvad medarbejderen skal bruge sin tid på, når hun er ude hos borgeren. Derudover fortæller medarbejderne i denne kommune også, at det giver en styrke, at alle har den samme uddannelse i metoden, således at hele teamet har samme metodiske fællesskab. Dette styrker synet på og samarbejdet omkring borgeren inden for teamet.

8.2.3 Social færdighedstræning

I en anden af de deltagende kommuner arbejdes der også metodebaseret, og her har der særligt været fokus på at anvende metoden social færdighedstræning (STF). Alle medarbejdere i socialpsykiatrien er blevet uddannet i denne metode, og fire medarbejdere er blevet uddannet SFT-trænere. SFT-trænere afholder gruppeforløb for de af socialpsykiatriens borgere, der kan have gavn af at arbejde med at træne egne sociale færdigheder og handlekompetencer sammen med andre borgere. Metoden anvendes primært til borgere med skizofreni eller bipolare lidelser og med tilhørende angstproblematikker. Der er tale om gruppeforløb, der løber over 9 måneder, men metoden kan også anvendes individuelt til borgere, som ikke er i stand til at deltage i en gruppe.

De gruppebaserede forløb består af hjemmeøvelser, som den enkelte borger skal arbejde med, og som der kan følges op på individuelt sammen med bostøtten, hvis man bor i egen bolig, eller med botilbudsmedarbejderen, hvis man bor på botilbud. I forløbene arbejdes der med borgerens selvformulerede mål ud fra en anerkendende og motiverende tilgang. I forløbet er der fokus på at udvikle borgerens psykosociale funktionsniveau, at forbedre kommunikation og sociale handlekompetencer samt at styrke evnen til at opdage egne psykosesymptomer i tidlige stadier.¹

Ligesom i den kommune, der anvender resultatbaseret styring som fælles værktøj, oplever man i denne kommune, at det har givet sammenhæng og har løftet området generelt, at man har arbejdet med en fælles metode i hele forvaltningen:

Jeg tænker, at det har været helt bevidst, det med socialfærdighedstræning, og det er nu blevet en metode, som vi bruger. For 2 år siden afsluttede vi, at alle medarbejdere på social- og handicapområdet fik to diplommoduler i relevante temaer. Fx borgerinddragelse og dokumentationsdelen. [...] Vi satte medarbejderne sammen på tværs af de forskellige tilbud og på tværs af handicap- og psykiatritilbud. Så medarbejderne mødte andre fra andre tilbud. Det er jeg ikke i tvivl om gav et løft, at man var afsted fuld tid på efteruddannelse. Alle medarbejdere. Og det med at give hinanden adgang til at høre om hinandens forskellige tilgange og arbejdsopgaver og sådan. Det er jeg sikker på også gav noget. (Forvaltningschef)

Selvom SFT er udformet som et gruppeforløb, oplever de enkelte medarbejdere også at kunne bruge metoden i det daglige bostøttearbejde. I følgende citater beskriver en bostøttemedarbejder først, hvordan hun bruger metoden til en borger, og derefter giver medarbejderen et eksempel på en borger, som har fået gavn af metoden:

Vi kan også sagtens bruge det i den daglige bostøtte, og det er jo fx det, jeg har gjort med ham borgeren [tidligere nævnt i interviewet]. Her skriver vi faktisk meget, fordi når jeg er gået, så kan de jo som regel ikke huske det. Så tanker om angst skriver vi op, hvad er det for nogle tanker, og hvordan mærker han det i sin krop, og hvad er det for nogle handlinger, han gør, og hvad kunne man ellers tænke, og hvad er årsagerne bag. Så han har en lap papir, han kan holde fast i, når man er gået, så det kan sagtens bruges. Altså, det er et vældig godt redskab, tænker jeg. (Bostøttemedarbejder)

Jeg har fx én [borger], som går i butikker, og det gør hun tre gange om ugen. Før ville hun gerne have ledsager med, men for at komme videre, så er vi nødt til at afslutte det afsnit [med ledsager], så hun daffer nu op i butikker, og så laver vi også huskekort, altså hvad er det egentlig, der hjælper mig, hvis jeg skal i en butik, så hvordan kan det blive nemmere for mig at komme afsted. Og så lister hun de her ting op, og så kan vi føre ting på, når hun opdager noget nyt. Det kan jo fx være at komme, lige når de åbner, for så er der ikke så mange mennesker, eller det kan være at vide, at man har kontanter i sin pung, og hvor mange man har, eller det kan være en dag, hvor jeg ved, at jeg har sovet godt, for det betyder meget for ens angstniveau. Altså de her ting, dem skriver vi simpelthen ned. (Bostøttemedarbejder)

Flere medarbejdere i denne kommune beskriver, at SFT-metoden er velegnet til at danne et gruppefællesskab, hvor borgerne ikke sammenligner sig selv med personalet, men med andre i borgergruppen i stedet. Det at mødes i en gruppe er i sig selv en stor udfordring for mange af social-

¹ <https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/dokumenterede-metoder-voksne-og-handicap/om/social-faerdighedstraening>

psykiatriens borgere, men når det lykkes, er det med til at bryde noget af den sociale angst, som mange af borgerne kæmper med. Case 8.3 beskriver ligeledes dette aspekt ved metoden:

Case 8.3: Borger har gavn af SFT-metoden

En bostøttemedarbejder beskriver en ældre kvindelig borger, som hun er kommet hos et par år.

Da hun møder kvinden første gang, er hun ekstremt isoleret og opholder sig kun inden for i lejligheden, fordi hun lider af svær social angst og depression. Borgeren har haft et meget hårdt liv og har meget dårligt selvværd. Hun har derfor ekstremt svært ved at indgå i sociale sammenhænge.

Bestillingen til bostøtten fra myndighedsrådgiveren har fokus på, at kvinden skal træne at komme ud blandt andre, så bostøttemedarbejderen forsøger at træne kvindens færdigheder i forhold til at kunne komme ud af hjemmet og møde andre mennesker.

Kvinden kommer efter en periode med på et SFT-hold på et 9-måneders forløb, som hun profiterer meget af.

I forløbet er der arbejdet i gruppen med borgernes individuelle selvværd, og her er der fx lavet en gruppeøvelse om, hvad andre ser hos den pågældende borger. Her fik kvinden en liste med en masse positive betragtninger fra de andre borgere med hjem, som styrkede hendes selvbillede, idet listen efterfølgende kunne bruges aktivt i samtaler med bostøttemedarbejderen. Med udgangspunkt i den kunne de sammen tale om kvindens angst, i forhold til at andre ser negativt på hende. Her hjælper bostøttemedarbejderen kvinden til at holde fast i nogle positive tanker omkring hende selv, som gør hende i stand til på sigt at indgå i flere sociale miljøer uden for hjemmet.

I løbet af den periode bostøttemedarbejderen kommer hos kvinden, er hun kommet til et punkt, hvor hun kan komme ud at handle og selv gå til frisør. Kvinden skriver også dagbog om gode erfaringer fra hver enkelt dag, som er en af de opgaver, hun har taget med fra SFT-forløbet og arbejdet med sammen med bostøttemedarbejderen. Det at skrive dagbog giver borgeren et positivt selvbillede og styrker hendes lyst til at komme ud og skabe andre relationer.

Borgeren i case-eksemplet har både fået gavn af metodens indholdsmæssige øvelser i forhold til at styrke eget selvbillede og selvværd, samtidig med at hun har profiteret meget af at komme i SFT-gruppen som en øvelse i at komme ud blandt andre mennesker.

En medarbejder forklarer, at metoden er særligt velegnet til borgere, som ellers er meget isoleret, og som derfor har gavn af at blive eksponeret for noget socialt, hvilket gruppen netop faciliterer:

I virkeligheden så behandler vi jo ikke i socialpsykiatrien, men det er jo faktisk lidt det, vi gør. Og så træner vi, og det er jo derfor, det hedder social færdighedstræning, for der følger jo eksponering med i det her, og vi skal helst ikke bare nøjes med at tale og tale og tale. Det gode ved dette her, det er jo, at der følger eksponering med, så det vil sige, at hvis det skal være eksponering, så skal det jo være mindst to eller tre gange om ugen, at man er ude og i gang med den lille opgave, man nu har. (Bostøttemedarbejder)

Metoden egner sig således, ifølge medarbejderen, til at nedbryde noget af den isolation, som nogle borgere med komplekse problemer kan være endt i. Den sociale dimension af metoden opfattes som en fordel, fordi det netop ofte er en barriere for mennesker med sindslidelser at være ude blandt andre i et almindeligt samfundsliv.

8.2.4 Motiverende samtale og kognitiv tilgang

I en tredje af kommunerne har man på et botilbud arbejdet fokuseret med den kognitive metode, som alle medarbejdere på tilbuddet er uddannet i at bruge:

Metoden er den kognitive metode, som vi har arbejdet med i snart 5 år. Alle har en 1-årig kognitiv ressourcefokuseret uddannelse. (Botilbudsleder)

Metoden er en evidensbaseret samtaleteknik, som ifølge medarbejderne giver dem styrke i forhold til at vide, hvordan de skal arbejde med at støtte borgeren. Metoden har fokus på at ændre de tanker og handlemønstre, som vanskeliggør udvikling i den psykiske tilstand hos borgeren. Grundtanken i metoden er, at den enkeltes opfattelse og fortolkning af begivenheder er centrale for, hvordan forskellige situationer eller hændelser opleves og forstås. Borgerens ændring af fortolkning af hændelser kan derfor være medvirkende til at se anderledes på en given livssituation eller på en vanskelig psykisk tilstand. Konkret anvendes metoden til, at borgeren gennem samtale med medarbejderen kan opdage, undersøge og ændre på uhensigtsmæssige tanke- og handlemønstre, som kan give anledning til mange mentale og praktiske udfordringer i borgerens hverdag. Gennem nye handlemønstre kan der justeres på borgerens selvbillede og det psykiske og sociale funktionsniveau, således at borgeren får tro på egne evner samt lettere ved at håndtere dagligdags gøremål, der kan være udfordret af mange år med en svær psykisk lidelse.

I følgende citat forklarer en leder af et botilbud til unge, at de ofte ser udbytte af at arbejde med metoden:

Motiverende samtale og kognitiv tilgang bruger vi, fordi der har vi set mest udbytte. Især målt på ham, der i sin tid kom ind som enkeltmandsprojekt [tidligere omtalt i interview]. Han kom her for 7 år siden med en problematik og blev sat i et sommerhus med 12 pædagoger døgnet rundt. Han ville slå alle ihjel, især sin familie, han ville kvæle, og han gik efter kvinder. Han var skærmet helt vildt meget. Han var virkelig skizofren. Vi blev spurgt, jeg var ikke leder dengang, om vi ville prøve at integrere ham i alment tilbud, og så fik vi flere ressourcer. Vi var sindssygt mange lige pludselig. Han flyttede ind på gangen, og vi var alle sammen på dupperne. [...] Vi havde aldrig prøvet det før, men vi arbejdede med ham. Der var kontaktpersoner, der var dygtige og talte med ham i det mørke sind og om dæmonerne, fik stemmerne parkeret i nogle båse, så han kunne håndtere det. Tror det er 4-5 år siden, han sidst har prøvet på noget i forhold til at gå på os. Han kan stadig have tanker, men han er så langt i sin udvikling, at han kan tale om det. Han forstod, hvad der skete, og tager hånd om sig selv. (Leder af botilbud for unge)

Lederen beskriver her et eksempel på en ung borger, som tidligere har haft en meget udadreagerende adfærd og været for vanskelig at håndtere for et botilbud. Men metoden har her hjulpet til, at teamet har arbejdet sammen om at støtte borgeren, og han har fået meget gavn af tilgangen. Ifølge lederen har metoden haft en effekt på borgeren, og han er nu tæt på at kunne flytte ud i et opgangsfællesskab med andre unge ude i byen:

Nu er han i huset, og det er stationen før næste station, hvor jeg tænker opgangsfællesskab for at have muligheden for kontakt. Han kan selv mange ting, men hvis noget fylder hans hjerne, har han brug for nogen at snakke med. Jeg tror, han kommer ud og har et godt liv med det, han har lært her. Det er et spændende projekt [...]. Det er fantastisk at se ham i dag. Metoden har en effekt, og den virker også på mange af de andre. Nogle tager tid, og nogle går hurtigere og kan være ude inden de 3 år [som de unge typisk er på stedet]. (Leder af botilbud for unge)

Ligesom ved de øvrige eksempler på brug af systematiske metoder, som vi har beskrevet i dette kapitel, er erfaringen således også i denne kommune, at det styrker muligheden for at skabe en reel udvikling for borgeren, når man bruger en målrettet og specifik metode i arbejdet.

8.2.5 Samskabelse og borgerinddragelse

Foruden de konkrete rehabiliterende metoder arbejdes der i alle kommunerne også med at øge borgerinddragelsen og samskabelsen med borgeren i forhold til egne mål. Det er udtryk for et borgercentreret fokus, hvor der arbejdes mere langsigtet med at tage udgangspunkt i borgerens egne ønsker og mål.

Særligt én kommune har meget fokus på at udvikle deres måder at arbejde på til at kunne inkludere borgeren selv i meget større omfang. Dette syn er dybt forankret i kommunens generelle rehabiliteringsstrategi, hvor borgeren i fremtiden kommer til at spille en langt mere væsentlig rolle i eget forløb. Borgerinddragelsen præger derfor opgaveløsningen i kommunens tilbud og er særligt noget, der er meget opmærksomhed mod på lederniveauet. Følgende citat er et uddrag fra et interview med en afdelingsleder på et botilbud i denne kommune:

Afdelingsleder: En af vores væsentlige opgaver er at gå fra, hvad vi synes som medarbejdere til at se borgeren som nærmeste samarbejdspartner. Hvilket forløb skal borgeren have? Tage udgangspunkt i borgerens drømme og visioner med henblik på rehabiliterende indsats. Udvikle eller vedligeholde funktionsområder og mestre eget liv. Vi skal også inddrage civilsamfundet og det frivillige, så vi ikke bygger parallelsamfund op.

Interviewer: Hvordan understøttes denne tilgang?

Afdelingsleder: Vi har en uddannelse, som de fleste medarbejdere efterhånden har fået. En systemisk narrativ uddannelse. Fordi man skal sætte sig i en ny position. Tidligere har vi [medarbejderne] været specialister, hvor vi ved, hvad der er bedst for dig. Nu skal vi have en position, hvor det faglige, borgerens ønsker, pårørende og civilsamfund spiller sammen i en samskabelsesproces. Vi skal være nysgerrige på, hvad borgeren rummer af ønsker og forestillinger. Og hvad rummer netværket af muligheder? Så vi skal være undersøgende og udredende langt hen ad vejen, før vi lægger planerne.

Lederen beskriver her en tilgang, hvor borgeren ses som samarbejdspartner, i stedet for at medarbejderne er "specialister" i, hvad der er bedst for borgeren. I denne kommune er der på ledelsesniveauet fokus på at implementere denne tilgang, hvor borgeren i højere grad inviteres med til at sætte dagsordenen og helt fysisk også er til stede på de møder, der afholdes vedrørende indsatsen til borgeren. Lederen nævner her, at dette vil være en nødvendig omstilling, særligt fordi der i fremtiden kommer til at være så mange unge i de socialpsykiatriske tilbud:

Vi ved ikke helt, hvordan det skal implementeres, men borgeren skal mere sætte dagsordenen. Én har sagt, om vi kan gøre rehabiliteringsmøderne til åbne møder, hvor borgeren sætter dagsorden. Der er vi ikke endnu, men det er meningen, at de [borgerne] skal det. Jeg synes ikke, at andet giver mening. Dem, der gerne vil, skal være velkomne. I 2018 skal vi invitere borgerne med. Der er bare en anden tradition her [i socialpsykiatrien] og generelt i psykiatrien. Med de unge er det meget nærliggende at tage dem ind og inkludere dem. Det er en samskabelse. De faglige perspektiver skal ikke underkendes, men vi arbejder ud fra borgerens perspektiv. Det faglige perspektiv skal understøtte. (Afdelingsleder på § 107- og § 108-botilbud)

Jeg håber, de [borgerne] vil deltage i vores møder i år, og at vi får lavet en kultur, hvor det bliver mere alment [at de deltager]. Vi har i mange år i socialpsykiatrien skullet arbejde med handleplaner og borgerens mål. Som personale har man defineret, at de [borgerne] ikke kan [en given opgave], og man laver pædagogiske mål. Det havde bor-

geren ikke andel i, at fx lære at lægge nyt lagen på eller gå i bad. De [borgerne] er et andet sted, så det er ikke et fedt fællesskab. Når man rammer noget, borgeren gerne vil og selv har været med til at definere, er der et andet samarbejde. Også selvom de kan glemme det. (Afdelingsleder på botilbud)

Lederen beskriver, at socialpsykiatriens fokus på borgerens mål og de pædagogiske målsætninger ikke altid har harmoneret med, hvad borgeren faktisk er interesseret i, men hvis man kan inkludere borgeren og ramme noget, som han eller hun er interesseret i og gerne selv vil, samtidig med at der er fokus på de faglige perspektiver, så kan der opstå en mere samarbejdsorienteret måde at inddrage borgeren på. Her nævnes, at nysgerrighed og vilje til at blive ved med at være undersøgende er meget centrale elementer, hvis det skal lykkes at inddrage borgerne på en meningsfuld måde:

Fx har vi en borger, som man tit kunne få konflikter med. Da koordinator snakkede med borgeren, fik hun fortalt, at hun har nogle systemer i sin tænkning, som gør, at hun vil indrette sig bestemt, fx gå klædt. Der er fokus på, at hun går upassende klædt, det gør hun også. Det er ikke altid hensigtsmæssigt. Mange har haft syn på, hvordan hun skal indrette sig. Hvorfor er sengen der, men man fik en forståelse af, at det var en del af hendes systemer. Hun havde sprunget nogle udviklingstrin over, og hun er lidt infantil. Det gjorde i vores tilgang, at når man ville realitetskorrigere hende, skulle man være undersøgende på, hvor hun var henne i sin systemverden. Så at folde det ud gav forståelse og mindre clash. Så mindre fokus på, hvad vi synes om, hvordan møblerne står. (Afdelingsleder, botilbud)

Her beskrives det, hvordan man som personale skal turde stille sig i baggrunden i forhold til borgerens perspektiv, fordi man derved kan blive klogere på, hvorfor borgeren handler, som han eller hun gør. En anden leder beskriver, at denne måde at arbejde på ikke nødvendigvis gør opgaverne mindre komplekse, men at man lettere og hurtigere kan se resultater, fordi borgeren selv er med som samarbejdspartner, og målene er aftalt sammen med borgeren:

Opgaven bliver ikke mindre kompleks. Men ved at have en anden tilgang handler det om at kunne fastholde borgeren i fx arbejde. Før arbejdede vi i en masse processer, men det var hen over borgeren. Når man spurgte, hvad vil du samarbejde om, så var det bestemt ikke det, man gjorde. Komplexiteten er ikke anderledes, men tilgangen gør, at vi kan nå nogle resultater, som man ikke kunne før, hvor det stod i stampe. (Leder af § 107- og § 108-botilbud)

8.3 Sammenfatning

I alle de fire kommuner arbejdes der generelt ud fra en recovery-orienteret og rehabiliterende tilgang med borgerne. Der er i kommunerne gode eksempler på, hvordan der anvendes konkrete metoder til at systematisere og understøtte denne tilgang. I kapitlet er der beskrevet forskellige eksempler fra kommunerne på de metoder, der anvendes i det daglige arbejde. I én kommune anvendes den generelle tilgang om resultatbaseret styring i kommunen på en borgernær måde, ved at der sættes konkrete mål for borgerens udvikling. Her anvender medarbejderne tilgangens redskaber, som fx forandringsteorien, i processen med at udforme indsatsen for den enkelte borger. I en anden kommune benyttes metoden social færdighedstræning som en gennemgående tilgang til borgere i forskellige tilbud, mens der i en tredje kommune er et eksempel på brugen af kognitiv metode og den motiverende samtale.

Fælles for eksemplerne er, at metoderne anvendes til at konkretisere og systematisere det recovery-baserede arbejde med borgeren. Det har været med til at understøtte den generelle omstilling i socialpsykiatrien gennem de senere år, som flere af kommunerne har gennemført. Det er også tydeligt af de forskellige eksempler, at der i høj grad lægges vægt på borgerinddragelse og på at sætte borgerens egne ønsker og mål for indsatsen i centrum.

Som det er beskrevet i kapitel 6, skal det dog påpeges, at de socialfaglige metoder og redskaber kun udgør ét lag i forhold til en recovery-orienteret og rehabiliterende indsats. Ligeså vigtigt er det, at tilgangen også understøttes af strukturen og rammerne for indsatsen. Det kan fx omhandle muligheden for at give en intensiv og fleksibel bostøtte eller for at etablere integrerede indsatser på tværs af sektorer og områder, der giver mulighed for at imødekomme de kompleksiteter i borgerens støttebehov, der går på tværs af områder, som fx kombinationen af en psykisk lidelse og somatiske plejebehov.

9 Aktiviteter og netværksskabende tilbud

En væsentlig dimension af recovery-processen for mange af socialpsykiatriens borgere handler om at kunne deltage i sociale og netværksskabende aktiviteter enten med eller uden støtte fra medarbejdere i socialpsykiatrien. Deltagelse i sociale aktiviteter som fx foreningsliv og uformelle sociale aktiviteter er et vigtigt led i at mestre eget hverdagsliv og i at bryde med en tendens til social isolation, som ofte præger hverdagen for borgere med psykiske lidelser. Den formelle eller uformelle deltagelse i sociale aktivitetstilbud, hvad end der er tale om tilbud af frivillig eller institutionaliseret karakter, er vigtig for at sikre borgerens sociale integration og for at træne og mestre det at kunne deltage i samfundslivet på lige fod med andre. Der eksisterer derfor et generelt behov hos socialpsykiatriens borgere for, at disse typer af formelle og uformelle aktivitets- og netværkstilbud eksisterer, da de fungerer som et vigtigt bindeled mellem borgeren og det "almindelige" samfund.

Forskning viser imidlertid generelt, at der er væsentligt mindre deltagelse i formelle og uformelle sociale og samfundsmæssige aktiviteter for mennesker med psykiske lidelser end for mennesker uden (Benjaminsen m.fl., 2017; Damgaard m.fl., 2013). Det vidner om, at der for mennesker med psykiske lidelser ofte er barrierer forbundet med at deltage i sociale og samfundsmæssige aktiviteter, ligesom der også ofte mangler aktiviteter, der er målrettet borgere med psykiske lidelser, eller som har en rummelighed over for borgere med psykosociale støttebehov.

Dette kapitel belyser de problematikker, som kommunerne beskriver vedrørende aktivitets- og netværksskabende tilbud til borgerne i socialpsykiatrien, og der gives eksempler på konkrete løsninger og tiltag, som de deltagende kommuner aktuelt arbejder med. Fælles for alle de fire kommuner er en oplevelse af, at der mangler aktivitetstilbud og netværksskabende aktiviteter til socialpsykiatriens borgere, som de løbende kan benytte sig af. Derudover mangler der også tilbud, som særligt retter sig mod overgangen fra botilbud til egen bolig, og i den sammenhæng understøtter borgerens sociale integration i det almindelige samfundsliv og skaber et netværk for borgeren. I nogle kommuner opleves det, at man i stigende grad kun tilbyder meget dårlige borgere at deltage i de offentlige, visiterede aktivitets- og samværstilbud, mens de mindre sårbare borgere i stedet tilbydes de mere beskæftigelsesrettede tilbud. I nogle af kommunerne har man i særlig grad forsøgt at understøtte etableringen af frivillige tilbud som en løsning på, at de kommunale aktivitets- og samværstilbud forsvinder eller kun tilbydes bestemte grupper af borgere.

De sociale og netværksskabende aktiviteter kan både være tilbud, der foregår i regi af civilsamfundets organisationer, fx sociale caféer, væresteder eller sociale aktivitetstilbud, eller det kan være offentlige samværs- og aktivitetstilbud under servicelovens § 104, der kræver en forudgående visitation, og som således også kan være en del af socialpsykiatriens egen tilbudsvifte. Endelig kan der også være tale om beskæftigelsesrettede tilbud, der indgår i beskæftigelsessystemets tilbudsvifte, hvilket således skal ses i sammenhæng med borgerens øvrige kontakt til jobcenteret.

9.1 Behov for netværksskabende aktiviteter og tilbud

Netop fordi der generelt i de fire kommuner er et bredt fokus på at understøtte et hverdagsliv i egen bolig, er der også behov for tilbud, som kan sikre deltagelse i aktiviteter for borgere, som bor i egen bolig med § 85-bøtøtte. Især i overgangen fra botilbud til egen bolig savnes der typer af tilbud og aktiviteter, som kan understøtte borgerens selvstændighed og evne til at skabe eget netværk i lokalsamfundet efter ophold på et botilbud, hvor der er lettere adgang til personalekontakt og sociale aktiviteter med de andre beboere.

Særligt for borgere, som i en periode har boet på et midlertidigt botilbud med daglig kontakt til personale fx opgangsfællesskaber, og som skal flytte ud i egen bolig med bostøtte, ses der et behov for tilbud og aktiviteter, som kan fungere som brobygning til samfundet. Her kan nogle "beskyttede" aktiviteter sammen med andre borgere, som foregår uden for boligen, være nyttige for at sikre, at overgangen fra botilbud til egen bolig ikke opleves for voldsom for borgeren, og at modvirke, at den psykiske lidelse ligefrem forværres i overgangen. En medarbejder i et § 107-tilbud beskriver, at hun oplever, at der simpelthen mangler denne slags tilbud i kommunen, hvilket betyder, at overgangen fra botilbud til egen bolig for nogle borgere kan være så svære at håndtere, at de ender med at flytte tilbage på § 107-tilbuddet igen efter en periode:

Mange af vores borgere er kommet tilbage efter at have været i § 85 [i egen bolig]. Fordi de ryger direkte ud i det samme som før, med deres psykiske ting. Så der er lige noget der med, at gap'et bliver for stort for, at borgeren har succes med det. Og så ryger de tilbage [her på botilbuddet] igen. [...] At skulle tage et stort skidt fra 107 til 85, altså, det kan nogle gange være nok til at knække dem, og så ryger de lige tilbage i 107. (Medarbejder på § 107-botilbud)

Medarbejderen beskriver i citatet, at overgangen mellem botilbud og egen bolig i nogle tilfælde er for stor for nogle af deres borgere, og at den svære overgang gør, at deres psykiske problemstillinger blusser op, fordi der ikke skabes sociale tilhørsforhold, som borgeren kan finde støtte i, når den faste sociale kontakt med personale og andre beboere på botilbuddet ophører. Her savnes der særlige tilbud, som kan være bindeled ud i samfundet, og som kan udgøre en træning i at indgå i, mens de stadig bor på botilbuddet:

Jeg savner helt klart, at der kan være et større samarbejde, i forhold til at borgerne kan blive integreret i samfundet, selvom de er i et 107-tilbud. Det er ikke nok, at vi i et 107-tilbud genopretter og træner, at de kan varetage almindelige dagligdagsopgaver. Og at de kan tage sig af sig selv, hvis ikke også vi træner dem i at få noget indhold i deres liv. Jo længere de er trænet i at kunne varetage deres dagligdagsopgaver, jo mere kommer de også til at kede sig. For så mangler de også et socialt tilbud eller et job, der mangler noget mere indhold, som også kan give noget kvalitet. Der møder jeg tit udfordringer. (Medarbejder på § 107-botilbud)

I forhold til borgere, som bor i egen bolig med støtte fra bostøtten, opleves det særligt vigtigt, at der findes tilbud, som kan understøtte den sociale kontakt til andre mennesker og det at lære at befinde sig i sociale sammenhænge:

Så kommer de [bostøtterne] stadigvæk og støtter dig i alle mulige dagligdagsopgaver. Og det har de [borgerne] jo egentlig trænet herinde. Selvfølgelig er det fint, at der kommer én og holder dem oppe på, at de får det gjort. Men det, de mangler, er jo livskvaliteten. Den sociale kontakt. At lære at komme i en café eller en klub. [...] Det er svært at lære. Så man kan komme ud og lære at være social. Og lære at overhovedet at komme ud. At lære at tage ud og tilbage igen. Lære at smalltalke og lære at rumme, at der er nogle andre mennesker omkring mig, som jeg ikke kender. (Medarbejder på § 107-botilbud)

I citatet beskriver medarbejderen, at det at kunne deltage i sociale sammenhænge med andre er en væsentlig faktor for borgerens livskvalitet. Alene det at komme til og fra en aktivitet er ofte en stor udfordring for borgerne, hvilket i sig selv giver udslag i en isolationstendens. En anden medarbejder beskriver en problematik, i forhold til at det kan være vanskeligt at finde det rette tilbud til borgere, som ønsker at bryde tendens til social isolation. Hun arbejder med at tage udgangspunkt

i borgerens ønsker for at finde et emne eller en aktivitet, som kan motivere borgeren til at komme ud af hjemmet, men hvis der ikke findes steder eller rammer for denne type af interesser eller aktiviteter, så kan det ende med, at borgeren faktisk ikke kommer ud:

Så kan vi have på bestillingen fx isolationstendens. Men hvor går vi lige hen med det? Der kan arbejdes på samarbejde, men der kan også arbejdes på tilbuddene. Jeg har bl.a. her for nyligt haft en [borger], hvor vi via samtalen nåede frem til at erkende, at jeg [borgeren] skal ud blandt andre. Der skal skrides til handling. Så er vi nået til den fase, hvor vi handler på det, og så sidder jeg tomhændet og prøver at finde, hvor er motivationen. [...] Så fandt vi ud af, at han gerne ville lytte på spansk. Hvor skal borgeren rent faktisk gå hen? Der mangler små mindre grupper rundt i livet, der handler om deres hverdag. (Bostøttemedarbejder)

Medarbejderen beskriver, at hun oplever, at der mangler nogle hverdagsaktiviteter, som tager udgangspunkt i de interesser, som borgeren selv har. Det kan særligt være vanskeligt i de mindre kommuner, hvor der ofte ikke er mange forskellige aktivitetstilbud eller frivillige tilbud, og hvor dem, der er, måske ligger langt fra borgerens bopæl, og at transporten til og fra aktiviteten i sig selv er en barriere for at komme afsted. Især i landkommunen, der deltager i undersøgelsen, beskrives afstanden som en aktuell udfordring. I denne kommune vurderer flere medarbejdere også, at der er ressourcemæssige forhold, der spiller ind, da det er blevet vanskeligere at få borgere visiteret til det kommunale aktivitets- og samværstilbud (servicelovens § 104). Det kommunale tilbud er således i mindre grad end tidligere en mulighed for den bredere målgruppe af borgere i socialpsykiatrien, idet det nu kun er de mest sårbare eller udsatte borgere, der visiteres til dette tilbud. En medarbejder beskriver, hvordan hun ofte oplever, at særligt nogle af de borgere, der modtager § 85-støtte i eget hjem ikke er "dårlige nok" til at blive visiteret til kommunens eneste § 104-tilbud:

Det kan være, du ikke er dårlig nok. Det kan være lukket land. Jeg prøver at få en ud, som gerne vil noget sløjd. (Bostøttemedarbejder)

Medarbejderen beskriver her, at det er et problem, at så få borgere faktisk er "dårlige nok" til at komme i et almindeligt aktivitetstilbud, fordi de skal visiteres til det gennem kommunens myndighedsafdeling.

Jeg ville bare have, at det var tilgængeligt for alle! Afsted med dig. Vi skal ikke igennem alt det der. Så ville vi selv dø. (Bostøttemedarbejder)

Det beskrives også i interviewene, at det kan være ressourcemæssigt krævende at sikre, at den gruppe af borgere, som er mere støttekrævende og mere isolerede, kan deltage i aktivitetsrettede tilbud. En forvaltningschef beskriver, at man i en af kommunerne har forsøgt at sætte særligt ind i forhold til denne problematik:

Der gjorde de for et år siden, at de prøvede at koncentrere sig om nogle få isolerede socialt belastede borgere [...] der gjorde de simpelthen det, at de lavede en forstærket indsats på nogle få, hvor de så på, hvordan de kunne få dem ud og få dem til at danne netværk med hinanden. Og det havde faktisk en virkning, men det er hårdt arbejde at gøre det. Men det havde en effekt. Man gjorde det ved at sige, at man havde to medarbejdere, som blev dedikeret til det projekt, der blev afsat lidt ekstra ressourcer til det. Så skulle de være meget vedkommende og så blive ved med at tage hjem og banke på, indtil der blev lukket op. At motivere den enkelte til at komme ud af isolation, og nogle forløb, hvor det kun var få borgere, som blev sat sammen, og hvor de var meget selek-

tive i måden, de satte dem sammen på. Så på den måde lykkedes det dem at få dem ud af isolationen. (Forvaltningschef)

I dette eksempel er det lykkedes at få nogle meget isolerede borgere ud i nogle tilbud gennem en forstærket indsats, hvilket har krævet, at der blev afsat ekstra ressourcer til medarbejderne.

9.2 Behov for uformelle tilbud uden visitation

Et tema, der rejses i forbindelse med at sikre meningsfulde tilbud til borgeren, handler om at selvstændiggøre borgeren til at kunne indgå i aktiviteter og sociale netværk:

Min fornemste opgave er at gøre mig undværlig. At sige til borgeren: Du kan sagtens undvære mig. Det der selvstændighed. Man kan også blive overøset med støtte, støtte, støtte, og den skal vi jo passe på, at vi ikke falder i, og du får maden serveret. (Bostøttemedarbejder)

Der mangler mindre overskuelige grupper, hvor der kan være en tovholder, men hvor borgerne kan være selvkørende. Det er der, forandringerne sker, det er, når man møder andre mennesker. (Bostøttemedarbejder)

En medarbejder beskriver, hvordan det er væsentligt, at det netop er aktiviteter, som ikke er institutionaliserede og forankrede på et botilbud, da disse kan være for beskyttede og derved ikke bidrager til at træne det at være selvstændigt ude i samfundet:

Det handler helt klart om, at det skal være noget, som ikke har med institutionen at gøre. Det skal ikke være med de her beskyttede rammer. Vi kan jo lave alle mulige tilbud til dem herinde. Men det vil stadigvæk være for overbeskyttende for dem, i forhold ti, at de skal have en læring i at være ude i samfundet. (Medarbejder på § 107 botilbud)

Medarbejderen beskriver et dilemma i forhold til udviklingen omkring, at der er kommet langt mere fokus på kerneopgaven i arbejdet og på socialpsykiatriens kernerdrift generelt. Her oplever hun, at det er et spørgsmål om prioritering af de ressourcer, der er til rådighed i socialpsykiatrien, hvor de alternative og netværksskabende aktiviteter med borgerne skæres ned, mens der stilles krav om, at hun bruger mere tid på dokumentation:

Kernerdriften har den bivirkning, at man så ikke kan udvide til andre aktiviteter. Kun dokumentationsområdet. Det må man gerne bruge meget tid på. For mig er det den forkerte vej [...] det skal ikke være sådan, at vi sidder mere på kontor, end vi har a-til-a-tid [ansigt til ansigt tid]. (Bostøttemedarbejder)

I samme kommune har der tidligere været mere uformelle aktiviteter for de borgere, som ikke kunne visiteres til kommunens § 104-tilbud. I denne kommune har man tidligere haft mulighed for, at bostøttemedarbejderne kunne etablere nogle mere uformelle aktiviteter, som tog udgangspunkt i borgerens interesser:

Det er faktisk både mit hjertebarn og mit smertebarn. Der er mange borgere, som ikke kunne visiteres ind i kommunens aktivitets- og samværstilbud, så vi var en tre stykker, som lavede netværksskabende aktiviteter. Syhold, madlavning, udflugter mv. (Bostøttemedarbejder)

Jeg var med til at lave et kolonihaveprojekt. [...] Det blev lukket, fordi vi skulle koncentrere os om bostøtten, og det var jeg fortørnet over, og det er efterspurgt lige siden. For det var små grupper, og der var personale med. For det gør, at de tør at træde ud og være sammen. De mennesker, der ikke kan visiteres ind, sidder stramt på pladserne. [...] Mange kommer ind, hvis man har skizofreni, men med personlighedsforstyrrelse kommer man ikke ind. Der er ubalance i visitationen. Der er et kæmpe hul her, som mangler. (Bostøttemedarbejder)

Der er i interviewene også eksempler på aktiviteter, hvor det er lykkedes at skabe mere uformelle gruppebaserede aktivitets- og netværksskabende tilbud til borgerne. I en af kommunerne blev der for nogle år siden sat særlig fokus på sundhedsdimensionen i psykiatrien, og der blev afsat midler til at arbejde med nogle sundhedsfremmende projekter i socialpsykiatrien. Her prioriterede kommunen det sundhedsfremmende arbejde, fordi det opleves, at et forebyggende tilbud kan have stor positiv indflydelse på både borgerens psykiske trivsel og fysiske helbred. Konkret har man etableret en sundhedsgruppe for socialpsykiatriens borgere, som beskrives i case 9.1:

Case 9.1: Sundhedsgruppe som socialt og forebyggende tilbud

I en af kommunerne har man i socialpsykiatrien valgt at etablere et særligt tilbud med sundhedsfremmende fokus. Tilbuddet er en sundhedsgruppe, som drives af én af socialpsykiatriens bostøttemedarbejdere, som har uddannet sig inden for sundhed og ernæring.

Gruppen er et frivilligt tilbud til alle socialpsykiatriens borgere, som har lyst til og magter at møde op til løbende møder med andre borgere for at arbejde med at ændre vaner i relation til kost, motion og generel livsstil sammen med andre sindslidende. Livsstilsgruppen er tilrettelagt som et gruppeforløb, som løber over 14 gange, og som baserer sig på både pædagogiske samtaler og opgaver, som der arbejdes fælles med, men også, hvor der er mulighed for at gå på fx indkøb sammen eller lave mad i fællesskab eller lave bevægelsesaktiviteter.

Der er nogle fast tilrettelagte mødegange i gruppeforløbet, men der lægges meget vægt på, at temaerne og indholdet udspringer af de interesser og mål, som de enkelte borgere kommer med. Borgerne arbejder derfor med deres egne individuelle mål i gruppen, men kan få hjælp af hinanden til at arbejde med målene i fælles aktiviteter i gruppen. Derudover arbejdes der med hjemmeopgaver af praktisk og pædagogisk karakter, som der kan arbejdes videre med sammen med borgerens bostøtte uden for gruppen.

Forløbet er således ikke et undervisningsforløb og lægger netop op til, at der ikke stilles krav til borgeren, men at det handler om at finde motivationen og lysten til at føre nogle sundhedsmæssige ændringer ud i livet sammen med andre borgere baseret på den individuelle interesse hos den enkelte.

Konkret beskrives en borger, som har fået gavn af at komme i gruppen. Hun har tabt sig og fået etableret nogle bedre vaner i forhold til kost og motion ved at blive bevidst om betydningen af kost i forhold til indkøb og at bevæge sig i dagligdagen. Ydermere har gruppen fungeret som et socialt netværk for hende, hvor hun har fundet motivation i at deltage i de samværsaktiviteter omkring fx madlavning og fællesspisning, som også er en del af gruppeaktiviteterne.

Sundhedsgruppen fungerer på den måde også som springbræt og overgang til at finde motivationen til at deltage i de mere formaliserede aktivitetstilbud i kommunen, hvor flere borgere får lysten til at deltage i andre sociale aktiviteter, efter at forløbet i gruppen er afsluttet.

Casen er et eksempel på et tilbud, som borgerne kan deltage i uden visitation fra myndighedsafdelingen. Det opleves som en styrke ved den uformelle karakter af denne type af tilbud, at der er kortere fra tanke til handling, og at der ikke er så store barrierer for, at borgerne kan deltage i dem. En forudsætning for sådanne tilbud er dog generelt, at der afses ressourcer til dem, ligesom det er væsentligt, at der stadig er en form for fast og tydelig ramme.

Det skal være et forløb, og det skal tages alvorligt. Det nytter ikke, man kommer derhen, og man ikke kan regne med det. Det skal være tydeligt, og rammerne skal være tydelige. Det skal være brugerstyret. Okay, vi laver en madgruppe. Få sat rammerne op for det, at de selv kan få det op og køre. Det er derfor, jeg holder så meget af [navn på gruppen], for den giver så mange plusser. Den selvstændighed, der er i det. Det er sådan mere "Vi laver lige en spisegruppe" og "Jeg kan selv". Her tager vi udgangspunkt i, hvor borgeren er. (Bostøttemedarbejder)

I en anden kommune arbejder man med, at bostøttemedarbejderne understøtter hverdagslige netværksskabende aktiviteter i små grupper. Det skyldes bl.a. et hensyn til, at bostøtten kommer i en position, hvor medarbejderen er borgerens primære sociale kontakt og støtteled i al for udstrakt grad. Derfor forsøger man at lave nogle aktiviteter, hvor borgerne kan støtte hinanden gensidigt i nogle fælles og gruppebaserede tilbud. Der er fx arrangeret samkørsel for at handle ind, hvor tre eller fire borgere sammen med bostøttemedarbejderen kører afsted for at købe ind sammen.

Erfaringen er indtil nu, at frem for fire individuelle kan jeg tage en og samle alle fire op. Så dannes der også nogle bånd dem imellem, så der trænes sociale kompetencer. Vi kommer også til at flytte fokus fra, at jeg alene kan løse opgaven. Det er ikke mit ansvar, borgeren har sit eget liv, og jeg skal kunne gøre borgeren uafhængig af mig. Jeg går hjem kl. 16, så borgeren skal kobles på andet netværk. (Bostøttemedarbejder)

9.3 Aktivitets- og beskæftigelsestilbud til unge

Som følge af stigningen i antallet af unge med komplekse problemer er der også behov for aktiviteter til de unge, hvor det er særligt kendetegnende for de unge, at de ikke ønsker at blive stemplet som psykisk syge og derfor ofte ikke ønsker at deltage i skærmede aktiviteter, men særligt ønsker at deltage i aktiviteter henvendt til unge generelt.

En forvaltningschef beskriver, at der er en stigende opmærksomhed mod gruppen af unge og deres behov, men samtidig også et dilemma i forhold til at skabe meningsfulde aktiviteter for denne gruppe. I denne kommune har man et omfattende samarbejde med en frivillig organisation, som er med til at skabe aktiviteter, som de unge selv driver, og som kommunen har god erfaring med. Samtidig fremhæver forvaltningschefen, at fordi der er en begrænset økonomi i kommunen til aktiviteter for de unge, er der en særlig opmærksomhed mod at etablere nogle gode samarbejder med de frivillige organisationer, som har erfaring med psykisk sårbare unge:

Vi kan se, at unge sindslidende har deres eget netværk, der er vokset kæmpe stort. Det er drevet af dem selv og en frivillig organisation, og det er forankret i socialpsykiatrien. Vi giver dem en nøgle, men de udvikler selv, hvad de laver. De udvikler deres egne miljøer. De tager de ting ind, som er ungeagtige. Fx sådan noget som e-sport. [...] Derfor er det super positivt, at nogle af dem har kraften til at lave noget selv og lave noget fællesskab. Men det er jo ikke den store vision for den fulde integration i lokalmiljøet. Det ville være, hvis de rigtig kom ud i samfundet og fx kunne sidde i en kasse og betjene folk, selvom man så får et angstanfald. Det kræver også noget af lokalsamfundet – at normalsamfundet kan forstå det. (Forvaltningschef)

I forhold til at fastholde de unge i aktivitetstilbud opleves der en udfordring, i forhold til at de unge ikke ønsker at identificere sig med at være sindslidende. En leder beskriver, hvordan de gennem en peer-til-peer indsats har god succes med at få skabt relationer, der giver mening i forhold til de

aktiviteter, som de unge gerne ser sig selv deltage i, og som netop ikke involverer det socialpsykiatriske personale:

Vores ungegruppe vil heller ikke i beskyttet beskæftigelse. De vil også mødes på almindelige caféer, ikke hvor der kun er psykisk syge unge [...] Den måde, vi arbejder med peer-to-peer, det er meget for at understøtte den unge gruppe. De vil gerne komme i mere almindelige miljøer. Bostøtten skal jo ikke med til sociale arrangementer – det er jo ikke sjovt at have sin ”mor” med. (Socialpsykiatrichef)

Det beskrives også, hvordan der er en væsentlig problematik med at skabe relevante beskæftigelsesrettede aktiviteter til de unge, der ofte ikke er tilkendt pension, og som derfor primært er kontanthjælpsmodtagere, og hvor der derfor for en del borgere også er krav om at deltage i aktiviteter i regi af beskæftigelsessystemet:

Vi prøver at få dem ud i autentiske miljøer. Vi har nogle i beskyttede rammer, men vi har også nogle i [navn på butikskæde] eller kantinedrift i [offentlig institution]. Så vi prøver at skabe de rigtigt meningsfulde og værdiskabende jobs, så man kan se, at man er en del af den rigtige verden, der ikke kun er skruet sammen for min skyld. Men arbejdsgiver skal selvfølgelig have forståelse for det her. (Forvaltningschef)

Det kan også være en udfordring at finde de rette tilbud til de unge, som ikke har så mange ressourcer, men som ikke vil stigmatiseres som ”psykisk syg” og ikke vil deltage i beskyttede aktiviteter, men det er ligeledes komplekst at støtte og fastholde unge med sværere psykiske og sociale udfordringer i ordinære tilbud:

At være i en form for beskæftigelse, hvor de møder andre. Nogle kommer i skole [eller uddannelsesforløb]. Vi har en i kantinen, som laver mad og rengøring. Der kommer man ud i samfundet og møder en masse andre. [...] Vi sender dem ud i kommunens tilbud. Vi har en, som går til træning to gange om ugen 9-12 som en aftale med jobcentret. Og det skal man, når man er så god, for ellers trækker det i kontanthjælpen. Der er en gruppe, der mødes, hvor de har træning, og noget gruppesammensætning, hvor de laver noget sammen. [...] Så de kommer ud, når de klar. Og nogen kan ikke, der kan gå et år. (Leder af § 107-botilbud for unge)

9.4 Tilbud og aktiviteter i civilsamfundet

Der er i kommunerne også et stort fokus på civilsamfundets tilbud i forhold til borgernes behov for at deltage i aktivitets- og samværstilbud og på, hvordan kommunen kan være med til at understøtte og facilitere de muligheder, civilsamfundet kan tilbyde. Her er der en forskel på de større og de mindre kommuner, hvor der generelt er flere muligheder og tilbud i de større kommuner, mens der er færre tilbud i de mindre kommuner.

I den mindste af de fire kommuner, der er en landkommune, er det generelt en udfordring, at der kun er få tilbud i civilsamfundet, som er henvendt til borgere med psykiske lidelser og til socialt udsatte borgere generelt. For nogle år siden åbnede en frivillig organisation en social café i kommunens hovedby, henvendt til fx borgere med psykiske lidelser, misbrugsproblemer, ensomhedsproblemer mv. Både ledere og medarbejdere beskriver, at den sociale café har betydet, at der er en streng mere at spille på i indsatsen, idet borgerne har fået mulighed for at benytte et tilbud, der ikke er en del af den sociale tilbudsvifte, og som giver mulighed for at komme ud og møde andre mennesker. Det er i denne kommune, at medarbejderne, som tidligere beskrevet, generelt har

oplevet, at det er blevet vanskeligere at få visiteret borgere til det kommunale aktivitets- og samværstilbud, og at kommunens § 104-tilbud således næsten udelukkende er henvendt til borgere med komplekse støttebehov. I den forbindelse giver den sociale café, der drives af en frivillig organisation, en mulighed for, at også borgere, der ikke er visiteret til det kommunale tilbud, kan benytte et socialt tilbud om aktiviteter og samvær, hvis de har behov for det. Dette tilbud og de muligheder, dette tilbud giver for borgeren, beskrives i case 9.2.

Case 9.2: Gavn af frivillig café i landkommune

I den mindre landkommune, som deltager i undersøgelsen, er der for nogle år siden åbnet en frivillig café i byen, som er til stor gavn for socialpsykiatriens borgere. Caféen og dens tilbud kan benyttes af alle, men henvender sig primært til personer med sindslidelser, misbrug eller ensomme og socialt udsatte voksne.

Caféen støttes delvist af kommunen, men er drevet af en frivillig organisation. Her kan man opsøge uforpligtende samvær med frivillige og ligesindede og deltage i de forskellige aktiviteter, som caféen tilbyder, fx strikkeklub, musikarrangementer, ture ud af huset og andre kreative aktiviteter. Foruden det sociale samvær tilbyder caféen også støtte til forskellige praktiske dagligdags ting, som fx hjælp til IT eller til håndtering af breve og henvendelser fra det offentlige.

I de socialpsykiatriske tilbud i denne kommune opleves det, at caféen spiller en meget central rolle for det sociale liv for mange af socialpsykiatriens borgere, da der netop ikke er mange tilbud, fordi det er en lille kommune. En leder i kommunen beskriver, at caféen har bidraget til at aftabusere det at have en sindslidelse, da caféen er meget synlig i byen, og alle er velkomne.

Det opleves især fra bostøttemedarbejderne, at caféen løfter en stor frivillig opgave i forhold til udsatte borgere i kommunen, herunder også borgere, der benytter socialpsykiatriens egne tilbud. Her bidrager caféen dog med noget andet og mere "hverdagslignende" end de aktiviteter, som socialpsykiatrien tilbyder ved at bygge bro til civilsamfundet gennem kontakten til frivillige og til ikke beskyttede aktiviteter.

I de større kommuner er der generelt flere tilbud i civilsamfundet, men også her understreges vigtigheden af, at kommunen bidrager til at understøtte civilsamfundets tilbud, herunder også økonomisk. Samtidig understreges det, at netop samarbejdet mellem civilsamfundets organisationer og kommunen kan udgøre en god ramme for at skabe brugercentrerede tilbud, herunder tilbud, der udspringer af brugernes egne organisationer (fx SIND). Derved skabes der et rum for, at borgerne kan deltage i tilbud uden for det kommunale regi, og hvor støtterelationerne til fx bostøtten eller personalet på botilbuddet træder i baggrunden.

Vi har fx en idrætsforening, som laver noget, som minder om normalidrætten. Og der er nogle borgere der, som er blevet så kompetente. Så de kan godt undervise i noget badminton eller lignende. Det er frivillighed i den bedste udgave, men styret af noget professionelt i en faglig ramme. Det er nok det bedste eksempel. Så er der selvfølgelig nogle, som kan uddanne sig som brugerlærere, og jeg anerkender også peers perspektivet. Og det om, at man kan være vidende og støttende omkring noget, man selv har prøvet over for nogle andre, det synes jeg da er smukt. Og det er det, vi skal dyrke. Men det med at erstatte med noget, så tænker jeg, at vi skal supplere det der, hvor det giver mening. (Socialpsykiatrichef)

Der er dog også borgere, der er så dårlige, at de ikke er i stand til at benytte civilsamfundets tilbud. Det er fx borgere, som pga. svær angst (evt. sammen med en svær psykisk lidelse som skizofreni) ikke magter at benytte de åbne sociale caféer og lignende værestedstilbud. Ikke mindst for disse borgere er det væsentligt, at der er skærmede tilbud, herunder de visiterede kommunale aktivitets- og samværstilbud i det omfang, borgerne er i stand til at benytte disse.

Samtidig med at der er bred enighed om vigtigheden af civilsamfundets tilbud og af samarbejdet mellem kommunerne og civilsamfundets organisationer, påpeger flere interviewpersoner også de barrierer og udfordringer, der kan være i forhold til at styrke de frivillige tilbud og indsatser for borgere med psykiske lidelser. Det gælder fx, at det er vanskeligere at tiltrække frivillige til indsatser for borgere med psykiske og sociale problemer end til frivillige tilbud generelt.

Når vi snakker om civilsamfundsstrategier, bliver der ydet mange indsatser i det frivillige. Men der er nogle grupper, hvor det er rigtig svært at tillokke frivillige. Og psykiatri- og handicapområdet er rigtig svært. I hvert fald i den tunge del af psykiatrien. (Forvaltningschef)

Samtidig understreges det, at der er grænser for, i hvilken grad kommunen strategisk kan arbejde med at udvikle og facilitere indsatserne i den frivillige sektor, da disse tilbud netop skal komme nedefra og udspringe af civilsamfundets kræfter og engagement.

Det er svært at løbe i gang, for det skal være drevet af motivation og interesse, det skal være sjovt og spændende. Så det er meget personafhængigt, der hvor det virker. Noget har været gode til at få det kørt i gang. Hvis man kan lave en pionérstilling, vil folk gerne være med. [...] Det er noget, vi strategisk arbejder med og gerne vil have gang i. Men man kan ikke lave central strategi. Det skal komme nedefra. Nogle er gode til det, andre synes, det er svært. (Forvaltningschef)

Samtidig påpeges det, at man ikke kan forvente, at de frivillige indsatser kan "tage over" i forhold til det offentlige velfærdssystemets indsatser, men at de offentlige og frivillige indsatser snarere skal ses som supplerende og komplementerende. Det gælder ikke mindst set i lyset af kompleksiteten i borgernes problematikker og i den stigning, som generelt opleves i de komplekse borgersager.

Men man snakker også meget frivillighed og brugerinddragelse, og det er smadder godt. Men prøv at gå ud i hospitalsverdenen og snak om frivillighed. Men fordi vi er sociale tilbud, så skal vi snakke frivillighed. Og det kommer vi også til, hvis vi ikke passer på ikke at udvande vores egen faglighed. I en tid, hvor borgerens kompleksiteter bliver større og større, så kommer der et gab der, hvis vi ikke passer rigtig meget på. [...] jeg synes, det er interessant, at fordi det er et socialt område til de her kronisk psykisk syge. Altså hvis man går ind i lægeverdenen eller til tandlægen, så ville man aldrig sige, "at der lige er en frivillig, der skal se på dine bisser". Men fordi vi arbejder i det her felt, så er det nærmest sådan, at hvis vi ikke omsætter det, så er vi ikke lykkedes. (Socialpsykiatrichef)

9.5 Sammenfatning

I dette kapitel har vi beskrevet den del af den socialpsykiatriske indsats, der handler om borgernes deltagelse i sociale og netværksskabende aktiviteter. For borgere med komplekse problematikker forstærker angstproblematikker ofte udfordringerne ved at deltage i sådanne aktiviteter. Det er derfor væsentligt, at der findes forskellige typer af tilbud, afhængigt af om borgeren har behov for skærmede tilbud, der primært er henvendt til borgere med psykiske lidelser, eller om borgeren snarere har brug for at komme ud og benytte andre tilbud, herunder tilbud i civilsamfundet uden for kommunalt regi.

I flere af kommunerne er det en udfordring, at der generelt mangler egnede tilbud om sociale aktiviteter i hverdagen til målgruppen. I en af kommunerne beskrives der en oplevelse blandt medarbejdere

bejderne af, at visitationspraksis til kommunens aktivitets- og samværstilbud (§ 104-tilbud) er blevet strammet de senere år, således at disse tilbud nu kun er tilgængelige for borgere med relativt massive problemer. Der mangler i den forbindelse tilbud til borgere med lidt lettere problematikker, som stadig har behov for sociale aktiviteter i hverdagen. Omvendt beskrives det også, at de skærmede tilbud ikke nødvendigvis er de mest hensigtsmæssige tilbud til borgere med lettere problematikker, der snarere kan profitere af at komme ud i andre tilbud. Her er det imidlertid en udfordring, at der også mangler tilbud i civilsamfundet, hvilket særligt er en problematik, der beskrives i de to mindre kommuner. I den ene af disse kommuner er der dog for få år siden åbnet en social café, der drives af en organisation i civilsamfundet, og det har betydet, at der nu er et tilbud mere i spil til borgere, der ikke er i stand til at benytte generelle fritidstilbud.

Eksemplerne fra kommunerne illustrerer de dilemmaer, der er på spil omkring sociale aktiviteter til borgere med psykiske lidelser og udsatte borgere generelt. På den ene side kan der være behov for skærmede tilbud, der giver mulighed for, at borgere med komplekse støttebehov og social angst kan deltage i sociale aktiviteter. På den anden side er der også behov for tilbud, der rækker ud over det kommunale system, og som giver mulighed for, at borgerne kan komme ud og prøve kræfter med at indgå i andre sociale sammenhænge. Særligt blandt de unge er der ofte et ønske om at komme ud blandt andre unge for at undgå den stigmatisering, som de unge ofte føler ved at benytte aktivitets- og samværstilbud, der primært er rettet mod borgere med psykiske lidelser og sociale vanskeligheder.

Kommunerne arbejder generelt på at facilitere og styrke de lokale tilbud i civilsamfundet, men er også opmærksomme på, at disse tilbud skal opstå nede fra og vokse ud af og bygge på et engagement i civilsamfundet. Der er i kommunerne gode eksempler på, hvordan samarbejde med organisationer i civilsamfundet, herunder både brugerorganisationer og frivillige sociale organisationer, har været med til at skabe grobund for brugercentrerede aktiviteter, netværksdannelser og for nye lokale tilbud.

Litteratur

- Becker, U. & S. Barfod (2009): *Alkoholbehandling i kommunerne*. København: Lægeforeningen.
- Bengtsson, S., H.E.D Jørgensen & S.T. Grønfeldt (2013): *Sociale tilbud til mennesker med sindslidelse*. København: SFI – Det Nationale forskningscenter for Velfærd, 13:32.
- Bengtsson, S. & S.G. Knudsen (2013): *Integration af behandling og social indsats over for personer med sindslidelse*. København: SFI – Det Nationale forskningscenter for Velfærd, 13:42.
- Benjaminsen, L., D. Andersen & M. Sørensen (2009): *Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 09:19.
- Benjaminsen, L., S.B. Andrade & M.H. Enemark (2017): *Fællesskabsmålingen – en undersøgelse af livsvilkår og social eksklusion i Danmark*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 17:19.
- Damgaard M., T. Steffensen & S. Bengtsson (2013): *Hverdagsliv og levevilkår for mennesker med funktionsnedsættelse. En analyse af sammenhæng mellem hverdagsliv, samliv, udsathed og type og grad af funktionsnedsættelse*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 13:26.
- Danske Regioner (2016): *Benchmarking af psykiatrien 2016*.
- Eskelinen, L., D. Caswell & S.P. Olesen (2006): "En kritisk-konstruktiv forskningstilgang til faglighed i socialt arbejde". *Arbejdsliv*, 8(1), s. 82-95.
- Gittell, J.H. (2012): *Effektivitet i sundhedsvæsenet: samarbejde, kvalitet og fleksibilitet*. København: Forlaget Munksgaard.
- Johansen, K.S., J. Larsen & A. Nielsen (2012): *Tværasektorielt samarbejde i psykiatrien*. København: KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Johansen, K.S. & S. Børsting-Andersen (2014): *Tværasektorielt samarbejde om mennesker med en dobbeltdiagnose. En inspirationsguide til forbedring af samarbejdet baseret på erfaringerne fra Kultursporet i Projekt Integreret Indsats*. København: KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Madsen M.H., A. Hvenegaard & E.K. Fredslund (2011): *Opgaveudvikling på psykiatriområdet. Opgaver og udfordringer i kommunerne i relation til borgere med psykiske problemstillinger*. København: Dansk Sundhedsinstitut.
- Regeringens udvalg om psykiatri (2013): *Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udvikling i diagnoser og behandling. Bilagsrapport 2*.
- Sociale Udviklingscenter SUS (2011): *Vidensbase – Indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug*. København: SUS.
- Vestergaard, B. (2014): "En introduktion til relationel koordinering". *Relationel Praksis – Tidsskrift om ledelse og organisationsudvikling*, 5(1), s. 3-13.

**VIDEN I
VELFÆRD**

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD