

Mennesker med psykiske vanskeligheder

Sociale indsatser, der virker

Aktuel viden til udvikling og planlægning af
den kommunale indsats

Publikationen er udgivet af

Socialstyrelsen

Edisonsvej 18, 1.

5000 Odense C

Tlf.: 72 42 37 00

www.socialstyrelsen.dk

E-mail: socialstyrelsen@socialstyrelsen.dk

Spørgsmål og kommentarer er velkomne.

Forfattere: Finn Blickfeldt Juliussen, Agnete Neidel, Dorthe Høj Nielsen og Helle Strunge, Socialstyrelsen

Første version udgivet efteråret 2013

Download notatet på <http://shop.socialstyrelsen.dk/>

Der kan frit citeres fra notatet med angivelse af kilde.

ISBN: 978-87-92905-87-1

Digital ISBN: 978-87-92905-88-8

Indhold

Viden til gavn.	4
Indledning.	5
Mennesker med psykiske vanskeligheder.	6
Definition af recovery.	6
Beskrivelse af målgruppen	7
Den aktuelle udvikling i målgruppen	9
Sociale indsatser, der virker	10
Effekten af indsatserne	11
Dokumentation af recoveryunderstøttende indsatser.	15
Implementering af sociale indsatser	16
Drivkræfter for implementering	16
Faktorer, der påvirker implementeringen	18
Implementeringsstrategier.	19
Økonomi.	20
Kommunale udgifter til indsatser over for mennesker med psykiske vanskeligheder	20
Cost-effectiveness-analyser	20
Cost-benefit-analyser	21
Initiativer på recoveryområdet	22
Referenceliste	25

Viden til gavn

Recovery – at komme sig fra svære psykiske vanskeligheder – er i dag understøttet af solid videnskabelig dokumentation. Det er eksempelvis dokumenteret, at omkring 60 pct. af de mennesker, som får diagnosen skizofreni, kommer sig.

Som samfund bruger vi mange penge på indsatser for borgere på det sociale område. Målet er at skabe reelle fremskridt for den enkelte udsatte borger. Det kræver solid viden om, hvad der virker, hvorfor det virker, og hvordan det virker. Desværre er viden om effektive indsatser begrænset og til tider svært tilgængelig. For kommunerne kan det derfor være svært at prioritere de rette indsatser til socialt udsatte borgere.

Dette notat giver en kort oversigt over den aktuelle viden om recovery hos mennesker med psykiske vanskeligheder og om sociale indsatser, der kan understøtte recoveryprocessen. Formålet med vidensnotatet er at bidrage til kommunernes planlægning og udvikling af området.

Forskningen viser, at recovery er en personlig proces, der sker i hverdagslivet. Den sociale indsats er kun et af flere mulige virkningsfulde elementer i det enkelte menneskes recoveryproces. I notatet præsenteres viden om, hvilke principper og metoder i den sociale indsats, der kan understøtte recovery.

Vidensnotatet indgår i en række af notater fra Socialstyrelsen om målgrupperne for den kommunale sociale indsats. Ledere, mellemledere, fagkoordinatorer og andre centralt placerede medarbejdere fra seks kommuner har testet de første notater og bidraget med kommentarer, kritik og konkrete ændringsforslag. En stor tak til Aalborg, Aarhus, Gladsaxe, Rødovre, Svendborg og Viborg Kommune for værdifulde bidrag.

Det er mit håb, at vidensnotatet vil give kommunerne mulighed for at træffe beslutninger om valg af sociale indsatser over for mennesker med psykiske vanskeligheder på et informeret og velkvalificeret grundlag.

God læselyst!
Knud Aarup
Direktør for Socialstyrelsen

Indledning

I dette vidensnotat beskrives aktuel viden om sociale indsatser, der kan understøtte recovery hos mennesker med psykiske vanskeligheder. Notatet retter sig især mod kommunale mellemledere, fagkoordinatorer og udviklingskonsulenter, der arbejder med at planlægge og udvikle den sociale indsats over for målgruppen.

Notatet er opdelt i en række afsnit:

- *Mennesker med psykiske vanskeligheder*
Her præsenteres viden om målgruppens omfang og karakteristika.
- *Sociale indsatser, der virker*
Her præsenteres nyere dansk og international forskningsbaseret viden om indsatser med dokumenteret effekt. I afsnittet ses også på, hvordan indsatserne kan dokumenteres.
- *Implementering af sociale indsatser*
Her beskrives de væsentligste forhold, som ifølge forskningen påvirker implementeringen af nye indsatser på det sociale område.
- *Økonomi*
Her præsenteres viden om økonomiske udgifter og omkostninger på området.
- *Initiativer på recoveryområdet*
Her findes en oversigt over Social-, Børne- og Integrationsministeriets igangværende initiativer – og over de kommuner, som er involveret i initiativerne.
- *Referenceliste*
Små tal i notatets tekst henviser til denne liste over anvendt litteratur. Listen gør det muligt at opøge yderligere viden. Bemærk, at tallene udelukkende henviser til litteratur og ikke til uddybende forklaringer.

Om vidensnotatet

I notatet præsenteres et udvalg af den aktuelt tilgængelige forskningsbaserede viden om mennesker med psykiske vanskeligheder og om recoveryunderstøttende sociale indsatser over for denne gruppe. Socialstyrelsen fokuserer på viden, der svarer på centrale spørgsmål, som stilles på det sociale område. Det kan være spørgsmål om en målgruppe, sociale metoder/indsatser, deres effekt og økonomi, og om hvordan man implementerer dem.

Notatet er ikke en egentlig systematisk forskningsoversigt, men bygger på eksisterende forskningsoversigter og undersøgelser. Blandt den tilgængelige viden har vi udvalgt viden med det bedst mulige undersøgelsesdesign i forhold til den målgruppe og de indsatser, som undersøges. Notatet er kvalitetssikret af en uafhængig forsker.

Vidensnotatet opdateres hvert tredje år.

Mennesker med psykiske vanskeligheder

Definition af recovery

Recovery betyder i denne sammenhæng at komme sig af psykiske vanskeligheder. Recovery er ikke en metode, et redskab eller en organiseringsform, men en unik, personlig og social proces, hvorigennem mennesker kommer sig¹.

Nogle undersøgelser anvender kvantificerede indikatorer for recovery. Indikatorerne er ikke ens på tværs af forskellige undersøgelser, men der skelnes oftest mellem kliniske kriterier (med vægt på symptomer og hospitaliseringsgrad) og sociale kriterier (med vægt på trivsel og socialt funktionsniveau)². Ud fra disse kriterier kan der opstilles to 'grader' af recovery:

- *At komme sig helt*
For at blive betragtet som et menneske, der er kommet sig helt, skal symptomerne være forsvundet helt, og personen skal være vendt tilbage til det funktionsniveau, som vedkommende havde inden de psykiske vanskeligheder. Bedringen skal være af en vis varighed og må ikke være knyttet til nogen form for vedvarende psykiatrisk behandling³.
- *At komme sig socialt*
Et menneske, som er kommet sig socialt, kan stadigvæk fremvise kliniske tegn på psykiske vanskeligheder som for eksempel at høre stemmer eller have paranoide vrangforestillinger. Men disse symptomer forhindrer ikke personen i at deltage i det sociale liv (arbejde, socialt netværk og sociale aktiviteter). Der er heller ikke foregået nogen indlæggelse på psykiatriske afdelinger.

Recoveryforskningens kvalitative forskningstradition definerer recovery som en proces. Den kvalitative forskning undersøger denne proces for at få viden om, hvad der gør en forskel i processen mod recovery⁴. Dermed læner denne sig op ad brugerbevægelsens begreb 'personlig recovery', hvor det er personen selv og ikke professionelle eller forskere, der definerer, om personen er kommet sig eller ej⁵.

Omfanget af recovery hos mennesker med psykiske vanskeligheder

- Sundhedsstyrelsen skønner, at 10-20 pct. af den danske befolkning på et givent tidspunkt har psykiske vanskeligheder i varierende grad, mens 10 pct. af befolkningen derudover i større eller mindre grad er præget af psykisk sårbarhed. Det svarer til, at der i en kommune af medianstørrelse (ca. 43.300 indbyggere) på et givet tidspunkt vil være omkring 4.300-8.600 mennesker med psykiske vanskeligheder, mens omkring 4.300 derudover vil leve med en psykisk sårbarhed.
- International forskning har dokumenteret, at omkring 60 pct. kommer sig helt eller delvis af svære psykiske vanskeligheder:
 - Omkring 25 pct. kommer sig helt fra svære psykiske vanskeligheder
 - Omkring 35 pct. kommer sig socialt fra svære psykiske vanskeligheder.

De store kvantitative opfølgingsundersøgelser af omfanget af recovery er hovedsagelig foretaget blandt mennesker med svære psykiske vanskeligheder. Det er typisk mennesker, som har en diagnose inden for psykospektrumet. En lang række undersøgelser har dog dokumenteret effekt af indsatser rettet mod mennesker med andre psykiatriske diagnoser, herunder eksempelvis angst og depression. På den baggrund kan man formode, at recoveryraten er endnu højere end de ovennævnte tal, når det drejer sig om mennesker med mindre svære psykiske vanskeligheder end psykososer.

Beskrivelse af målgruppen

Generelt kan problemstillinger hos mennesker med psykiske vanskeligheder både udspringe af fysiske og psykiske symptomer og af de personlige eller sociale problemer, der kan følge med det at have psykiske vanskeligheder. I FN's handicapkonvention tales der om mennesker med et psykosocialt handicap, hvor:

*"[...] handicap er et resultat af samspillet mellem personer med funktionsnedsættelse og holdningsbestemte og omgivelsesmæssige barrierer, som hindrer dem i fuldt og effektivt at deltage i samfundslivet på lige fod med andre"*⁶.

Der kan skelnes mellem tre problemniveauer i forbindelse med psykiske vanskeligheder:

1. Psykiske og somatiske symptomer.
2. Afledte sociale problemer, såsom problemer i forhold til arbejdsmarkedstilknytning og sociale kompetencer til at klare hverdagens praktiske opgaver.
3. Problemer, der følger af den manglende integration i samfundet, herunder typisk arbejdsløshed, misbrug, isolation, marginalisering, stigmatisering og hjemløshed⁷.

Mennesker med psykiske vanskeligheder udgør en meget bred gruppe af mennesker, hvis ressourcer og funktionsnedsættelser varierer meget – både fra person til person og over tid for den enkelte. På tværs af denne store variation er en psykiatrisk diagnose dog statistisk set forbundet med en væsentlig sundhedsmæssig og social ulighed. Således er det at have psykiske vanskeligheder statistisk forbundet med øget risiko for:

- *Svage eller svigtende sociale netværk*

Sociale relationer og netværk hænger tæt sammen med både udviklingen af og recovery fra psykisk lidelse. Tab og social eksklusion udgør en risikofaktor, mens støttende relationer og tilhørsforhold til andre udgør en beskyttende faktor og kan understøtte recovery⁸. Desværre er der statistisk sammenhæng mellem at have psykiske vanskeligheder og svage eller svigtende netværk. For eksempel viser en engelsk undersøgelse om social eksklusion, at mennesker med psykotiske lidelser har tre gange så stor risiko for at blive skilt som resten af befolkningen⁹. Samme undersøgelse fortæller, at fire ud af 10 med psykiske vanskeligheder udelukkende har netværk af professionelle eller mennesker, der selv har psykiske vanskeligheder. Derudover viser undersøgelsen, at 84 pct. af mennesker med psykiske vanskeligheder har følt sig isoleret mod 29 pct. i befolkningen generelt.

- *Svagere arbejdsmarkedstilknytning*

At have psykiske vanskeligheder kan påvirke og forringe tilknytningen til arbejdsmarkedet. Der er evidens for, at depression påvirker den individuelle produktivitet i arbejdet¹⁰. Desuden er der indikation for, at alvorlige depressive symptomer giver risiko for langtidssygefravær (otte uger eller mere) hos personer i den erhvervsaktive alder¹¹. Der er god grund til at antage, at også andre psykiske vanskeligheder indvirker på den enkeltes arbejdsevne, men endnu foreligger ikke tilstrækkelig evidens herfor¹².

I de senere år er der desuden sket en markant stigning (79 pct. fra 1999 til 2006) i antallet af danskere, der får tildelt førtidspension pga. psykiske vanskeligheder. Nye tal viser, at psykiske vanskeligheder i dag er den hyppigste årsag til førtidspensionering og tegner sig for 49 pct. af alle tilkendelserne¹³. Endvidere er andelen af tilkendelser af førtidspension begrundet i psykiske vanskeligheder markant højere for unge ansøgere (83 pct. blandt 20-29-årige) end for ældre ansøgere (34 pct. blandt 50-59-årige)¹⁴.

- *Fysiske helbredsproblemer og kortere levetid*

Statistisk set har mennesker med psykiske vanskeligheder flere fysiske helbredsproblemer og kortere levetid end resten af befolkningen. Gennemsnitligt dør mænd og kvinder med psykiske vanskeligheder henholdsvis 15 og 20 år før normalbefolkningen. En del af overdødeligheden skyldes selvmord, vold og ulykker. Andre væsentlige forklaringer er bivirkninger af den psyko-farmakologiske behandling, som kan øge risikoen for somatisk sygdom, samt underdiagnostisering og underbehandling af somatisk sygdom hos mennesker med psykiske vanskeligheder¹⁵. Hertil kommer, at målgruppen har en større forekomst af mennesker med en usund livsstil i form af usunde kostvaner, fysisk inaktivitet, rygning, overvægt og misbrug, hvilket øger risikoen for udvikling af somatisk sygdom¹⁶.

- *Hjemløshed*

Nye tal viser, at omkring 44 pct. af de hjemløse i Danmark har psykiske vanskeligheder. I 2009 var tallet 37 pct., så andelen af hjemløse med psykiske vanskeligheder har været stigende i de senere år. Mere end hver fjerde (29 pct.) hjemløse i Danmark har psykiske vanskeligheder kombineret med misbrugsproblemer. Generelt er tallene på tværs af aldersgrupper nogenlunde ens, og derfor er der også blandt de yngre hjemløse (18-24-årige) en betydelig forekomst (28 pct.) af psykiske vanskeligheder og misbrugsproblemer¹⁷.

- *Kriminalitet*

Forekomsten af alvorlige psykiske vanskeligheder er højere blandt kriminelle end i befolkningen som helhed. Eksempelvis har 2-3 pct. af alle dømte kriminelle diagnosen skizofreni, mens dette gælder 0,5-1 pct. af den samlede befolkning. Omvendt er det en lille andel af den samlede målgruppe, der udøver kriminalitet. Samlet set dømmes mennesker med psykiske vanskeligheder for 0,8 pct. af kriminaliteten i Danmark¹⁸.

Trods denne omfattende statistiske ulighed i levevilkår, er der massiv forskningsmæssig evidens for, at mennesker med psykiske vanskeligheder kan komme sig. Både fra de symptomer, der har givet dem en psykiatrisk diagnose, og fra de sociale vanskeligheder, som de psykiske vanskeligheder kan være forbundet med.

Den gruppe, der kommer sig helt eller socialt, er uensartet. De internationale studier af recovery, der følger den samme gruppe mennesker over mange år, har koncentreret sig om mennesker med svære psykiske vanskeligheder (skizofreni og andre psykosediagnoser). Derudover findes en betydelig mængde kvantitativ og kvalitativ recoveryforskning, som beskæftiger sig med mennesker med andre og mindre svære diagnoser, eksempelvis angst og depression. På baggrund af resultaterne af denne forskning kan det konkluderes, at en meget stor andel af mennesker med psykiatriske diagnoser potentielt har mulighed for recovery.

Forskningen understøtter ikke en årsagssammenhæng mellem særlige personlighedstyper og recovery¹⁹. Omvendt ved man, at de fleste psykiske vanskeligheder påvirkes af en kombination af biologiske, psykologiske og sociale faktorer, som kan fremme eller hæmme det enkelte menneskes recoveryforløb²⁰.

Den aktuelle udvikling i målgruppen

Udviklingen i arbejdsfordelingen mellem regioner og kommuner på psykiatriområdet er beskrevet i en rapport fra Dansk Sundhedsinstitut.²¹ Rapporten angiver, at:

- Kommunerne oplever, at antallet af borgere med psykiske problemstillinger er steget inden for de seneste ti år. Nogle af disse borgere er i berøring med det behandlingspsykiatriske system. Men herudover oplever kommunerne at have fået flere opgaver i relation til borgere, som er sygemeldt pga. stress og depression, samt mennesker med psykiske vanskeligheder, som ikke kan diagnosticeres.
- Andelen af alle patienter i behandlingspsykiatrien, som bliver indlagt, er faldet fra 31 til 21 pct. i perioden 2000-2008. I samme periode er det samlede antal sengedage faldet 20 pct., mens antallet af ambulante besøg er steget 43 pct. De kortere indlæggelser giver kommunerne flere opgaver i relation til borgere med svære psykiske vanskeligheder (herunder skizofreni). Eksempelvis i form af øget efterspørgsel på midlertidige og døgnbemandede botilbud og støtte- og kontaktpersonordninger.

Derudover er der i de seneste år sket en udvikling i ungemålgruppen. Det kommer for eksempel til udtryk ved en generel stigning i antallet af unge, som modtager en psykiatrisk diagnose. Udviklingen er mest markant i forhold til diagnosen ADHD. Her er udviklingen gået fra ingen med diagnosen ADHD i 2001 til knap 3000 i 2011²². Denne stigning mærkes både i de regionale og de kommunale indsatser.

Sociale indsatser, der virker

Kvantitative studier kan bidrage med viden om, hvilke faktorer der kan forudsige det videre forløb for mennesker med psykiske vanskeligheder, og hvem der har størst chance for recovery. For eksempel peger WHO på, at følgende faktorer kan være med til at forudsige recoveryforløbet²³:

- Hvor tidligt den psykiske lidelse bryder ud (jo tidligere udbrud, des ringere prognose for at komme sig)
- Styrken af det sociale netværk (jo stærkere netværk, des bedre mulighed for recovery)
- Forløbet af den psykiske lidelse i de første to år (kraftigere og flere symptomer i begyndelsen peger statistisk mod ringere mulighed for recovery)
- Sociokulturelle faktorer (hvilket land man bor i, har betydning for muligheden for recovery, ligesom den sociale stabilitet i det område, man bor i).

Den kvalitative recoveryforskning kan bidrage til forståelsen af, hvad der hæmmer og fremmer den enkeltes recoveryproces. Først og fremmest viser denne forskning, at recovery er en unik personlig proces, hvor hverdagslivet er den vigtigste arena for recovery²⁴. Den viser også, at andre mennesker (professionelle såvel som det personlige netværk) kan spille en væsentlig rolle for den enkeltes recoveryproces²⁵. Også den enkeltes tro på, deltagelse i og magt over egen recoveryproces spiller en central rolle²⁶.

En sammenfattende forskningsoversigt fra 2011 om kvalitative studier af recovery peger på følgende betydningsfulde og fremmende elementer for recoveryprocessen²⁷:

- *Forbundethed*
At opleve gensidige sociale relationer, at få social støtte af ligesindede, professionelle og netværk, at høre til i sociale fællesskaber.
- *Håb og fremtidsoptimisme*
At tro på muligheden for at komme sig, at være motiveret for og kunne se muligheder for forandring, at være i relationer som giver håb, at have drømme for fremtiden.
- *Identitet*
At få mulighed for at (gen)opbygge en positiv identitet og overvinde stigmatisering.
- *Mening*
At få mulighed for at (gen)finde mening med livet og med de oplevelser, som de psykiske vanskeligheder har udsat én for. Den enkeltes meningsskabende proces er personlig og kræver derfor, at der er plads til mange typer 'svar' på, hvad meningen med sygdommen og livet er.
- *Empowerment*
At genvinde magten over eget liv, finde styrke til at handle (ved egen hjælp eller med støtte fra andre) og at få handlemuligheder og kompetencer, som kan skabe positiv forandring.

Man kan også finde forskningsmæssigt belæg for, at samfundsmæssige og materielle faktorer spiller en central rolle i menneskers mulighed for at komme sig: Graden af afinstitutionalisering af mennesker med psykiske vanskeligheder har en betydning. Det samme har levevilkår, boligforhold, lighed i sundhed og muligheden for at have en økonomi, der hænger sammen²⁸. Omvendt peger nogle studier på, at barrierer for deltagelse i samfundslivet (herunder stigmatisering og diskrimination) hæmmer muligheden for recovery²⁹.

Opsummerende kan man opdele de faktorer, som kan fremme recovery, i tre niveauer:

- *Individuelle faktorer*
De individuelle faktorer omfatter personens aktive bidrag til processen og muligheden for at rekonstruere mening og perspektiv i livet efter udbruddet af psykiske vanskeligheder. Personens oplevelse af håb for en bedre fremtid indgår også³⁰.
- *Relationelle faktorer*
De relationelle faktorer omfatter betydningen af netværk, relationer til andre, arbejde og karakteren af det lokalområde, man bor i³¹. For eksempel har andres forventninger til fremtiden en afgørende betydning³².
- *Samfundsmæssige faktorer*
Til de samfundsmæssige faktorer hører institutionaliseringsgrad, økonomiske konjunkturer, levevilkår, materielle betingelser og kulturel kontekst³³.

Effekten af indsatserne

Der er solid kvantitativ dokumentation for, at mennesker med svære psykiske vanskeligheder kan komme sig, og at diagnoser, som ellers historisk blev forstået som kroniske lidelser, må betragtes som episodiske og forbigående³⁴.

Allerede i 1988 viste et review af en række studier, at omkring 60 pct. af mennesker med svære psykiske vanskeligheder opnåede at komme sig enten helt eller socialt³⁵.

I 2007 udkom resultaterne af en forskningsoversigt, som samlede opfølgingsstudier fra 14 lande, der fulgte målgruppen i op til 25 år. Undersøgelserne havde fokus på mennesker med skizofreni- og psykosed diagnoser og blev gennemført under ledelse af WHO. Her konkluderes det, at omkring 60 pct. af de mennesker, der var inkluderet i studiet, var kommet sig igen – helt eller socialt – afhængigt af, hvilke kriterier der blev taget afsæt i. Dog var der store variationer på tværs af landene, hvor udviklingslandene havde signifikant bedre recoveryrater end industrilandene. Desuden viste studiet, at bedring tidligt i forløbet øgede chancerne for helt at komme sig, og at ca. 15 pct. af dem med lange forløb af psykiske vanskeligheder kom sig³⁶.

Principper, der understøtter recovery

Der findes en række eksempler på forskningsbaserede retningslinjer for, hvordan den professionelle praksis kan understøtte recovery³⁷. I en international metaanalyse af 30 sådanne retningslinjer har forskere fundet fire gennemgående principper³⁸.

En recoveryunderstøttende professionel praksis³⁹:

1. *Støtter op om muligheden for deltagelse og medborgerskab*
Indsatsen bygger på et menneskesyn, hvor den enkelte ses som et menneske med et liv, der rækker ud over rollen som syg/klient/bruger. Der arbejdes målrettet med social inklusion og retten til meningsfuld beskæftigelse.
2. *Arbejder med udvikling af recoveryunderstøttende organisationer*
Ledelsen formulerer en 'recoveryvision' og gør den til omdrejningspunkt for al praksis. Ledelsen sikrer, at tilbud er tilgængelige for borgerne og involverer borgere og pårørende i kvalitetsudvikling. Ledelsen skaber strukturer, der gør det muligt for medarbejderne at arbejde recoveryunderstøttende og sammensætter en medarbejdergruppe med de rette kompetencer.
3. *Støtter personligt defineret recovery*
Medarbejderne støtter den enkeltes ret til selv at definere sin egen vej, at tage informerede beslutninger på egne vegne, at løbe risici og fejle på vejen mod bedring. Medarbejderne synliggør og fremmer den enkeltes styrker og giver adgang til støtte fra andre mennesker med egne erfaringer med recovery.
4. *Sikrer partnerskab og en reel samarbejdsrelation mellem den professionelle og det menneske, som er i gang med en recoveryproces*
Den professionelle har en væsentlig rolle i at inspirere til håb for fremtiden.

Sociale indsatser, der understøtter recovery

Der findes flere sociale indsatser, som i internationale randomiserede, kontrollerede forsøg har vist dokumenteret effekt på recovery hos mennesker med psykiske vanskeligheder. Forskellige sociale indsatser har effekt på forskellige aspekter af den enkelte persons problemstillinger. Samtidig er det vigtigt at notere sig, at de nævnte indsatser ikke skal ses isoleret. Den sociale indsats for at understøtte recovery er et forløb, som varer lige så længe, borgeren har behov for og ønske om støtte. Undervejs i dette forløb kan forskellige indsatser være relevante.

Der er mange områder og indsatser på det sociale område, som endnu ikke er undersøgt. Derfor er der formentlig andre sociale indsatser, der har lige så god eller bedre effekt end dem, som nævnes her. Samtidig virker sociale indsatser oftest forskelligt i forskellige kontekster. Det betyder, at en indsats, som har dokumenteret effekt i et andet land, ikke nødvendigvis virker lige så godt eller ligesådan i Danmark.

Nedenfor ses eksempler på sociale indsatser, som i internationale undersøgelser har vist dokumenteret effekt på recoveryprocessen hos voksne mennesker med psykiske vanskeligheder. Effekten af indsatserne er typisk dokumenteret gennem flere randomiserede, kontrollerede forsøg. Læs mere om disse og andre recoveryunderstøttende indsatser i forhold til mennesker med psykiske vanskeligheder på www.socialstyrelsen.dk.

- *Partners for Change Outcome Management System (PCOMS)*⁴⁰
Indsatsen er også kendt som CDOI (Client Directed Outcome Informed Treatment). PCOMS er en metode til at evaluere og justere en terapeutisk behandlingsindsats løbende, uafhængigt af den anvendte behandlingsmetode. Efter hver session indsamles systematisk tilbagemeldinger

fra deltageren om personligt, relationelt, socialt og generelt velbefindende, samt hans/hendes oplevelse af relationen til behandleren. Terapi med anvendelse af PCOMS har dokumenteret bedre effekt på de nævnte parametre end terapi uden anvendelse af PCOMS⁴¹. Foruden øget effekt og øget gennemførelsesprocent sikrer PCOMS et relevant match mellem den enkelte borger og den ydede indsats. Metoden anvendes i flere danske kommuner, bl.a. i Lyngby-Taarbæk kommune.

- *Individual Placement and Support (IPS)*⁴²

IPS er en jobskabelsesmetode og oversættes ofte til håndholdt, individuel jobindsats. Her integreres borgere med psykiske vanskeligheder på det ordinære arbejdsmarked frem for i beskyttet beskæftigelse. Metoden er en ottetrins jobskabelsesmodel. Varighed: individuelt. Metoden anvendes i flere danske kommuner, bl.a. Odense, Herning og Københavns Kommune. Der foretages aktuelt randomiserede, kontrollerede forsøg med IPS i Danmark.

- *Åben Dialog*⁴³

Åben Dialog er en netværksbaseret, tværsektoriel tilgang baseret på syv principper for hurtig og samtidig indsats i forhold til borgeren og dennes netværk. Omdrejningspunktet er, at borgerens sociale netværk er en ressource, der kan bruges som element i behandlingen. Størstedelen af mennesker med psykiske vanskeligheder, som har gennemgået et Åben Dialog-forløb, vender tilbage til arbejde eller uddannelse i løbet af en femårig opfølgingsperiode. Mere end 80 pct. har ikke længere symptomer. Varighed: Individuelt. Metoden anvendes bredt internationalt. Også i Danmark anvendes metoden i flere kommuner, bl.a. i Herning, Silkeborg og Odsherred Kommune. Tre danske regioner har i dag fokus på at implementere Åben Dialog-tilgangen: Region Syddanmark, Region Sjælland og Region Midtjylland. Det overvejes aktuelt at undersøge effekten af Åben Dialog videnskabeligt i en dansk sammenhæng.

- *Social Færdighedstræning*⁴⁴

Metoden er en pædagogisk metode til at udvikle og fastholde sociale færdigheder. Metoden er effektiv til at reintegrere mennesker med psykiske vanskeligheder i samfundslivet, og øger den enkeltes kognitive evne og sociale handlemuligheder. Varighed: Afhænger af de sociale kompetencer, der skal trænes, og kan dermed både anvendes til korterevarende og længerevarende træning.

- *Illness Management and Recovery (IMR)*⁴⁵

Metoden er et undervisningsbaseret rehabiliteringsprogram for mennesker med psykiske vanskeligheder. IMR er udviklet til at hjælpe den enkelte med at erhverve sig viden om og udvikle strategier til at mestre de psykiske vanskeligheder og opsætte individuelle og meningsfulde mål for tilværelsen. Formålet med IMR er at styrke den enkeltes evne til at håndtere vanskelighederne, reducere tilbagefaldenes antal og sværhedsgrad samt forfølge personlige mål. Varighed: Et gruppebaseret undervisningsprogram over ni måneder, inddelt i 11 undervisningsmoduler. Metoden anvendes bl.a. i Københavns Kommune og Region Hovedstaden.

- *Psykoedukativ undervisning*⁴⁶

Metoden består i undervisning af mennesker med psykiske vanskeligheder og deres pårørende, både samtidig og sammen. Psykoedukativ undervisning foregår som et forløb, hvor den enkelte og hans/hendes pårørende får viden om psykiske vanskeligheder, medicin, håndteringsstrategier og viden om behandlingsalternativer. De psykoedukative gruppeforløb skal styrke deltagerne i at indtage en aktiv og ansvarlig rolle i deres egen tilværelse. Modellen er effektiv til at nedsætte risikoen for tilbagefald og forbedre den psykosociale funktionsevne. Varighed: 10 sessioner fordelt på ugentlige møder af tre timers varighed.

- *Intensiv casemanagement*⁴⁷

En casemanager er i tæt kontakt med den sindslidende. Kontakten er særlig intensiv i starten og nedtrappes gradvist gennem forløbet, i takt med at den sindslidende får genskabt kontrollen med hverdagslivet. Modellen er effektiv til at reducere genindlæggelse og hjemløshed. Varighed mellem 9-12 måneder. I Danmark anvendes case management ofte af støtte- og kontaktpersoner eller ved bostøtte efter servicelovens § 85 med det formål at sikre borgernes mulighed for at opnå og bevare kontakt med omverdenen ud fra den enkeltes ønsker og behov.

- *Critical Time Intervention (CTI)*⁴⁸

Denne særlige form for casemanagement har specielt fokus på, at borgere med psykiske vanskeligheder flyttes fra institutionelle rammer til egen bolig. CTI er et intensivt faseinddelt forløb der bygger på Housing First-princippet, som betyder, at udgangspunktet for den videre indsats er en stabil og relevant bolig og afklaring af eventuel bostøtte. Modellen er effektiv til at reducere genindlæggelse og hjemløshed, særligt ved overgangssituationer som overgangen fra indlæggelse til egen bolig eller fra botilbud til egen bolig. Varighed: 9-12 måneder. Metoden anvendes i flere danske kommuner, bl.a. i Odense, Aarhus og Københavns Kommune

- *Wellness Recovery Action Planning (WRAP)*⁴⁹

Metoden er et undervisningsbaseret selvhjælpsprogram, hvor mennesker med psykiske vanskeligheder afdækker egne 'personlige trivselsressourcer' og arbejder med at bruge disse aktivt i deres hverdagsliv. WRAP øger den enkeltes mulighed for at deltage i beslutningsprocesser. Begrebet oversættes oftest med 'personlig arbejdsbog'. Planen omfatter:

- En daglig aktivitetsplan
- Indkredsning af, hvad der udløser forværring
- Udpegning af tidlige advarselstegn
- Øvelse i forhold til at genkende tidlige advarselstegn og reagere på måder, der vil hjælpe borgeren til hurtig bedring
- En kriseplan.

Planen skal udvikles af det menneske, der skal bruge den – eventuelt med støtte. Forløbet bygger på træning ved instruktører, som har personlige erfaringer med recovery. Programmet er effektivt til at reducere angst og depression og øge selvoplevet recovery. Metoden anvendes i flere danske kommuner, bl.a. i Skanderborg og Københavns Kommune.

- *Mindfulness Based Stress Reduction*⁵⁰

Metoden er et modulopbygget og gruppebaseret program med øvelser i at reducere stress. Metoden er effektiv til at reducere stress, depression og angst samt øge beredskabet til at håndtere følelser hos mennesker med psykiske vanskelighedsers. Varighed: 10 uger. Metoden anvendes i flere danske kommuner, bl.a. i Roskilde, Holbæk og Fredensborg kommune. Anvendes også i region Midtjylland.

Hvor andet ikke er nævnt, er de ovennævnte metoder til at fremme recovery hos mennesker med psykiske vanskeligheder endnu ikke afprøvet systematisk i Danmark.

Dokumentation af recoveryunderstøttende indsatser

Det primære mål for en recoveryorienteret indsats i socialpsykiatrien er at fremme social recovery forstået som den enkeltes mulighed for at deltage i netværk, sociale aktiviteter og arbejdsliv. De centrale indikatorer for, om kommunens sociale indsats virker recoveryunderstøttende, er dermed udviklingen i den enkelte borgers beskæftigelses- og boligsituation, familieliv, sociale netværk og fritidsliv.

Den svenske Socialstyrelse anbefaler, at den samlede sociale indsats måles på, om den enkelte har modtaget tilbud, som der er evidens for virker understøttende på recovery⁵¹. Konkret kan der måles på, om borgeren har modtaget tilbud om:

- En tidlig og koordineret indsats
- Familieintervention
- Støtte til forælderrollen
- Integreret psykoterapi
- Kognitiv behandling
- Social færdighedstræning
- En beskæftigelsesrettet indsats baseret på Individual Placement and Support
- En indsats, der hviler på en forpligtende aftale om samarbejde mellem kommunalt og regionalt niveau
- En individuel tilrettet og koordineret plan for indsatsen.

Dokumentationen på det socialpsykiatriske område i Danmark er generelt mangelfuld i forhold til at kunne følge udviklingen på området – og følge progressionen for den enkelte mod social recovery. Der findes på nuværende tidspunkt ikke data på cpr-nummerniveau, og de data, der foreligger, er baseret på summariske optællinger i kommunerne over antallet af personer, der modtager bestemte ydelser efter serviceloven.

Flere større danske kommuner udvikler og implementerer redskaber og koncepter, som dels kan fungere som støtteredskab i det recoveryunderstøttende arbejde mellem borger og professionel, dels kan generere relevant ledelsesinformation. I Aarhus Kommune (Socialpsykiatri og Udsatte Voksne) arbejdes der på at udvikle et recoveryorienteret resultatdokumentationskoncept. I et samarbejde mellem professionelle og borgere scores løbende på, hvordan borgerens ressourcer og støttebehov udvikler sig på en række faktorer, der er knyttet til de personlige mål i handleplanen. På sigt skal resultatmålingen bruges både på personniveau, til ledelsesinformation og til tilpasning af ydelserne, så de matcher borgernes aktuelle behov⁵².

Internationalt er der udviklet en række validerede redskaber til at måle bedring for mennesker med psykiske vanskeligheder. To eksempler på måleredskaber er Global Assessment of Functioning Scale (GAF)⁵³ og Personal and Social Functioning (PSP)⁵⁴. Disse redskaber kan måle forbedringer i den enkeltes funktion ud fra forskellige bedømmelsesskalaer. Også WHO har udviklet et måleredskab, som måler den personligt oplevede livskvalitet, kaldet WHO QoL⁵⁵. Dette er et indikatorredskab, som kan måle bedring, og som samtidig medtænker den enkeltes egen vurdering.

Implementering af sociale indsatser

Implementering er en række konkrete aktiviteter, der har til formål at understøtte og iværksætte en specifik indsats⁵⁶. Implementering er med andre ord de aktiviteter, der sættes i værk med henblik på at omsætte viden til konkret praksis. I det følgende afsnit gennemgås en række af de forhold, som ifølge implementeringsforskning har indflydelse på implementering af nye sociale indsatser. Indimellem eksemplificeres med indsatser over for målgruppen: mennesker med psykiske vanskeligheder.

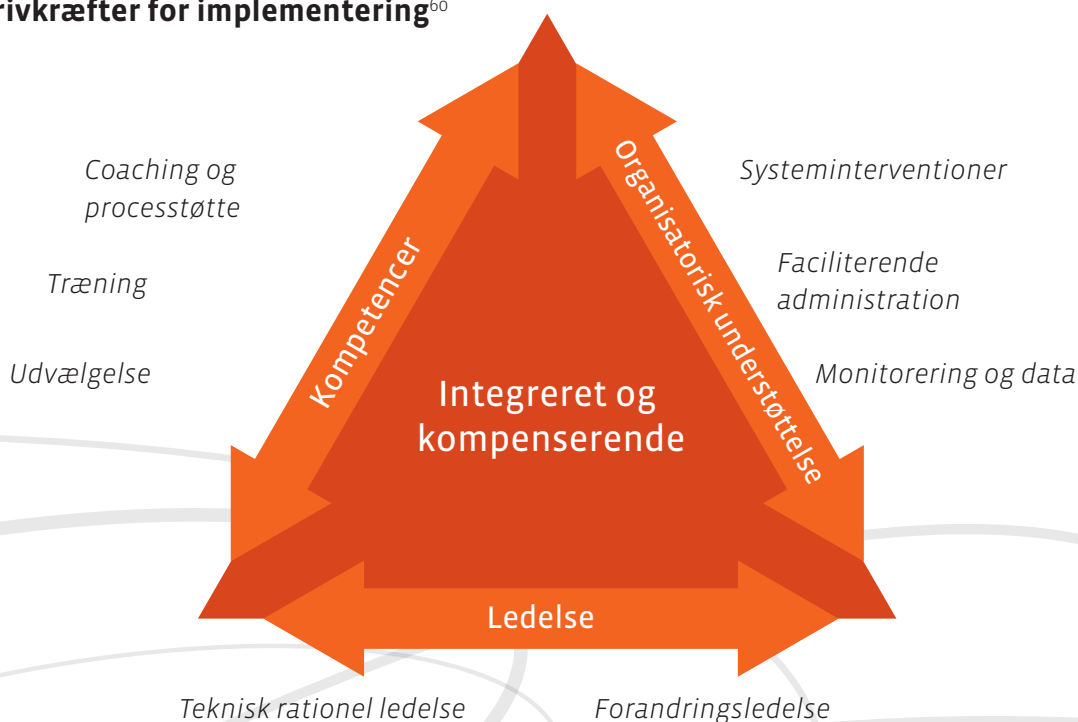
Helt overordnet bør kommunen ved implementering af nye indsatser være opmærksom på, at indsatserne oftest består af både 'hardware' og 'software'⁵⁷. Med 'hardware' menes for eksempel en sagsbehandlingsmetode eller nye sociale indsatser over for mennesker med psykiske vanskeligheder. Med 'software' menes eksempelvis nye samarbejdsrelationer og ændring af organisationskulturen. Ved implementering af nye indsatser skal man have øje for, hvad 'hardwaren' indeholder – men lige så meget for, hvordan den påvirker 'softwaren' i organisationen.

Drivkræfter for implementering

Implementering fremmes gennem tre centrale drivkræfter: Ledelse, kompetencer og organisering⁵⁸. De tre drivkræfter er gensidigt afhængige og skal understøtte hinanden. Samtidig er de kompensatoriske. Det betyder for eksempel, at kommunen kan kompensere for manglende kompetencer hos medarbejderne ved at have ekstra ledelsesmæssigt fokus på, at indsatsen leveres efter hensigten.

Drivkræfter og hæmmere for implementering er hinandens spejlbilleder⁵⁹. Eksempelvis er stærk ledelsesopbakning en væsentlig drivkraft for implementering, mens mangel på ledelsesopbakning er en væsentlig hæmmer. Det samme gør sig gældende for de øvrige drivkræfter for implementering. Hvis man arbejder målrettet og struktureret med dem, vil det fremme implementeringen. Hvis man undlader at gøre det, vil det hæmme den.

Drivkræfter for implementering⁶⁰



Ledelse som drivkraft

Alle succesfulde implementeringsprocesser har haft tydelig ledelsesmæssigt fokus og opbakning⁶¹. Chancerne for succesfuld implementering vil være små, hvis ikke ledelsen er med til at initiere implementeringsprocessen, understøtter den løbende, vælger de rigtige medarbejdere og kommunikerer målsætningerne.

Ledelsesopgaven har to aspekter. Dels den mere konkrete og tekniske, der handler om at understøtte rammerne omkring implementeringsopgaven. Dels aspektet omkring forandringsledelse, hvor ledelsens opgave er at drive implementeringsprocessen fremad og holde medarbejderne til ilden gennem opfølgninger og vedvarende fokus på fremdriften.

Kompetencer som drivkraft

Modsætningen mellem at vide, hvad man skal gøre – og at gøre det i praksis – er en central udfordring for implementering af nye indsatser. En vigtig drivkraft for implementering er derfor at udvælge medarbejdere og sikre løbende kompetenceudvikling. Typisk skal denne have lige så meget fokus på at aflære gamle rutiner og vaner som på at tillære den nye praksis⁶².

Omkring kompetenceudvikling kan det slås fast, at forskningen entydigt diskvalificerer 'train and hope'-tilgangen⁶³. Det er ikke nok blot at kompetenceudvikle medarbejderne. De skal ligeledes have mulighed for at omsætte denne viden til praksis gennem løbende støtte, coaching og supervision.

I implementeringslitteraturen bliver forandringsagenter og superbrugere ofte fremhævet som helt centrale for at sikre fremdriften i implementeringsprocessen⁶⁴. Superbrugere er medarbejdere, der uddannes og trænes særligt, så den øvrige medarbejderstab kan læne sig op ad dem i implementeringsprocessen.

Organisering som drivkraft

Den tredje drivkraft for implementering handler om at få skabt en sammenhængende og koordineret organisering af indsatsen. Den handler også om at skabe et monitoreringsystem, der gør det muligt at følge med i og understøtte implementeringsprocessen – og løbende vurdere, om man efterlever faglige standarder og opnår de tilsigtede resultater for deltagerne⁶⁵.

Sandsynligheden for, at indsatsen bliver implementeret ordentligt, er betydeligt større, hvis medarbejderne har et skriftligt referencepunkt at forholde sig til i implementeringsprocessen, for eksempel i form af behandlingsprotokoller. Jo tydeligere indsatsens kernekomponenter er beskrevet, desto lettere er det at implementere den. Det gælder derfor også om at få nedskrevet tavse og intuitive handlinger, som nye medarbejdere ikke nødvendigvis kender til. Det kan for eksempel være en bestemt tilgang til borgerne eller en uskreven ansvars- og opgavefordeling mellem medarbejderne.

Det er vigtigt løbende systematisk at overvåge og følge med i implementeringsprocessen⁶⁶. Det gøres ved at indsamle de data, som vil give det mest anvendelige billede af udviklingen, og som samtidig sikrer, at dokumentationsindsatsen er enkel og håndterbar i hverdagen. Samtidig er det vigtigt, at monitoreringsdata bliver anvendt aktivt på teammøder og lignende. På den måde kan data bruges til at identificere og håndtere forskellige implementeringsudfordringer.

Faktorer, der påvirker implementeringen

De faktorer, der påvirker implementeringen, foregår typisk på fire niveauer⁶⁷:

Individuelle faktorer

De individuelle faktorer er de faktorer, der knytter sig til de enkelte medarbejderes faglige og personlige adfærd og holdninger.

For at understøtte recovery hos sindslidende skal medarbejderne støtte inklusion, aktivt medborgerskab og selvstændighed. Rapporten "Fremtidens Socialpsykiatri" peger på, at medarbejdernes kvalifikationer fra grunduddannelserne ikke altid er tilstrækkelige i forhold til de forventninger, som opgaven stiller i praksis⁶⁸.

Interpersonelle faktorer

De interpersonelle faktorer er samarbejdsrelationerne og kommunikationen mellem og på tværs af de medarbejdere, der skal levere indsatsen. De interpersonelle faktorer handler også om den kultur, som præger den organisation, hvor indsatsen skal implementeres.

Om det er muligt at arbejde recoveryunderstøttende, afhænger i høj grad også af de forforståelser, som bæres af medarbejderne og af den organisation, som de er ansat i. Opfattelsen af psykiske vanskeligheder som kroniske lidelser ligger fortsat indlejret mange steder i den professionelle kultur. Det kan have indflydelse på, hvem der reelt definerer målet for indsatsen⁶⁹. Dette bør indgå i overvejelserne om, hvordan kommunen implementerer recoveryunderstøttende indsatser.

Institutionelle faktorer

De institutionelle faktorer er den organisation, som indsatsen skal implementeres i, herunder de organisationsstrukturelle betingelser for samarbejde.

Når en organisation begynder at arbejde recoveryunderstøttende, skal medarbejderne indtage nye roller i samarbejdet med det enkelte menneske med psykiske vanskeligheder⁷⁰. Det er afgørende for implementeringen af recoveryunderstøttende indsatser, at ledelsen skaber rammer for dette samarbejde.

Indsatsen for mennesker med psykiske vanskeligheder forudsætter ofte en flerstrengt indsats, der både involverer sociale, sundhedsfaglige og beskæftigelsesrettede indsatser⁷¹. Implementeringen af nye indsatser, der er recoveryunderstøttende, bør derfor medtænke, at indsatsen foregår i et samarbejde mellem en lang række interne og eksterne aktører. Ikke mindst samarbejdet mellem socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien skal medtænkes⁷². Det kan være en implementeringsmæssig udfordring pga. forskellig kultur, struktur, opgave, tilgang, teoretisk grundlag og lovgivning.

Infrastrukturelle faktorer

De infrastrukturelle faktorer er den overordnede samfundsmæssige og politiske kontekst, som indsatsen skal fungere i. Herunder hører også de lovgivningsmæssige rammer omkring indsatsen.

Civilsamfundet udgør en afgørende del af konteksten omkring kommunale indsatser over for mennesker med psykiske vanskeligheder. Fra forskningen ved man, at civilsamfundet i form af den enkeltes netværk kan være afgørende for den enkeltes mulighed for recovery⁷³. Det skal derfor medtænkes i implementeringen af nye indsatser, hvordan pårørende og andet netværk kan tænkes ind som en ressource.

Som det fremgår, er sociale indsatser komplekse størrelser, der skal fungere i komplekse kontekster⁷⁴. Den helt centrale opgave i implementeringsprocessen er derfor så vidt muligt at tage højde for og håndtere de faktorer, der påvirker implementeringen. Det gøres gennem aktivt arbejde med drivkræfterne for implementering: ledelse, kompetencer og organisering.

Implementeringsstrategier

Det er en vigtig beslutning at vælge en implementeringsstrategi, når kommunen skal implementere nye indsatser. Man kan implementere indsatsen i hele organisationen eller blot i enkelte dele af den – og man kan implementere hele indsatsen med det samme eller i flere faser⁷⁵. Det giver fire forskellige implementeringsstrategier:

- *Big Bang*
Her implementerer hele organisationen hele ændringen med det samme. Fordelen ved denne strategi er, at perioden med forandringer holdes forholdsvis kort, og man minimerer sandsynligheden for, at medarbejderne falder tilbage til gamle vaner. Ulempen ved Big Bang-strategien er, at der er tale om store forandringer for medarbejderne.
- *Domino*
Her implementerer en del af organisationen hele indsatsen med det samme. Fordelen ved denne strategi er, at kommunen får mulighed for at afprøve og implementere indsatsen i en begrænset del af organisationen. Derved kan man høste en række erfaringer, der kan tages med, når indsatsen skal spredes ud til resten af organisationen. Ulempen er, at denne implementeringsstrategi er mere tidskrævende.
- *Kaskade*
Her implementerer hele organisationen indsatsen i flere faser. Fordelen ved denne strategi er, at implementeringen brydes ned i mindre og mere overskuelige dele, samtidig med at man høster fordelene ved, at hele organisationen implementerer indsatsen. Ulempene er, at det er en tidskrævende proces, og man risikerer, at der opstår 'forandringstræthed' i organisationen.
- *Små skridt*
Her implementerer en del af organisationen indsatsen i flere faser. Fordelen ved denne strategi er, at medarbejderne får tid til at vænne sig til den nye indsats. Ulempene er, at implementeringsprocessen er meget tidskrævende, og at der er risiko for, at medarbejderne blot fortsætter, som de hidtil har gjort.

Det gælder generelt for implementering, at der ikke er en 'one size fits all'-løsning, som det altid vil være bedst at bruge. I stedet bør kommunen være bevidst om de forskellige fordele og ulemper, der følger af de forskellige strategier, og forsøge at tage højde for dem.

Kommunale udgifter til indsatser over for mennesker med psykiske vanskeligheder

Psykiske vanskeligheder påfører ikke alene den ramte person og de pårørende svære problemstillinger, men har ligeledes store omkostninger for samfundet. Samlet set skønnes psykiske vanskeligheder at koste det danske samfund ca. 40 mia. kr. årligt i form af direkte og indirekte samfundsmæssige omkostninger⁷⁶.

Ved direkte omkostninger forstås i almindelighed diverse sundhedsudgifter, såsom konsultationer i almen lægepraksis og speciallægepraksis, hospitalsindlæggelse og medicinudgifter. De indirekte omkostninger omfatter for eksempel tabt arbejdsfortjeneste, sygedagpenge, pensioner, øget forekomst af somatiske lidelser og tabte leveår⁷⁷.

Dertil skal lægges kommunale udgifter i forbindelse med de sociale indsatser, som nogle mennesker med psykiske vanskeligheder får brug for. Det er vanskeligt at opgøre de årlige udgifter på dette område, da mennesker med psykiske vanskeligheder typisk modtager en række forskellige ydelser i det kommunale system. Det kan være socialpædagogisk bistand, personlig og praktisk hjælp, misbrugsbehandling mv. Dvs. tilbud, der også gives til mennesker med andre sociale problemstillinger og funktionsnedsættelser. Der er ikke tradition for at registrere udgifter til borgere med psykiske vanskeligheder særskilt.

Cost-effectiveness-analyser

I cost-effectiveness-analyser sammenholdes driftsudgiften ved en indsats (typisk medarbejderressourcer) med indsatsens effekt på kortere eller længere sigt. Effekten af indsatser over for mennesker med psykiske vanskeligheder beregnes for eksempel på baggrund af symptomers omfang, antal indlæggelsesdage, antal tilbagefald eller på funktionsniveau. Cost-effectiveness-analyser giver også mulighed for at sammenligne forskellige indsatser. For eksempel kunne en sådan undersøgelse vise, hvilke forskellige psykoedukative programmer, der forebygger genindlæggelse og øger funktionsniveauet mest, set i forhold til omkostningerne på de enkelte programmer.

Ifølge den svenske Socialstyrelse er der internationalt beregnet cost-effectiveness for følgende evidensbaserede metoder, der understøtter recovery⁷⁸:

- Psykoedukation
- Familieinterventioner
- Individual Placement and Support
- Intensiv casemanagement.

Her har det vist sig, at anvendelse af metoderne enten er omkostningsneutrale eller besparende sammenlignet med udgifterne til og effekten af standardindsatsen⁷⁹. I dette ligger, at de ovennævnte indsatser godt kan koste mere end standardindsatsen, men have så meget større effekt, at de alligevel er omkostningseffektive.

Cost-benefit-analyser

I cost-benefit-analyser sammenlignes udgifterne ved en given indsats med indsatsens økonomiske effekter på kortere og længere sigt. Dvs. effekterne omregnet til en økonomisk værdi i kroner.

Det er af betydning for det samlede udgiftsniveau på området både kommunalt og nationalt, hvor tidligt eller sent psykiske vanskeligheder opdages og behandles. Generelt set gælder det, at jo senere psykiske vanskeligheder opdages, des sværere og dyrere bliver behandlingen typisk, og jo ringere bliver chancerne for at komme sig og fortsat bevare en tilknytning til arbejdsmarkedet⁸⁰.

Et eksempel på en dansk cost-benefit-analyse er en undersøgelse af pårørendeinddragelse i den regionale psykiatri. Undersøgelsen er gennemført af en forsker på Copenhagen Business School for foreningen Bedre psykiatri⁸¹. Undersøgelsen peger på, at øget inddragelse af pårørende i indsatsen over for mennesker med psykiske vanskeligheder kan bevirke en stor samfundsøkonomisk gevinst. Årsagen er, at udgifterne til inddragelse af pårørende opvejes af bl.a. sparede udgifter til indlæggelse og førtidspension samt forøgede skatteindtægter, når personerne med psykiske vanskeligheder forbliver længere tid på arbejdsmarkedet. Alene ved at inddrage pårørende i behandlingspsykiatrien og i forhold til mennesker med diagnosen skizofreni kan den samfundsøkonomiske gevinst ifølge undersøgelsen samlet beløbe sig til 1,5 mia. kr. på baggrund af en opstartsinvestering på 311 mio. kr.⁸².

Initiativer på recoveryområdet

I afsnittet præsenteres en række af de igangværende initiativer på området, som er sat i værk af Social-, Børne- og Integrationsministeriet.

Medicinpædagogik og psykoedukation (2010-2013)

<i>Målgruppe</i>	Mennesker med psykiske vanskeligheder, som er visiteret til socialpsykiatriske bosteder (SEL § 107 og § 108) og bostøtte (SEL § 85).
<i>Formål</i>	Projektet skal tilvejebringe grundig viden om medicinpædagogiske metoder og praksisser. Der udvikles konkret tre medicinpædagogiske metoder inden for områderne: <ul style="list-style-type: none">● Samarbejde med professionelle● Komplementære strategier● Psykoedukation.
<i>Effekt/ dokumentation</i>	Metodernes effekt måles bl.a. på følgende indikatorer: Antal akutindlæggelser, mestringsevne, livskvalitet og sociale støtteforanstaltninger. Der suppleres med en business case med fokus på omkostningsniveauet set i forhold til effekterne på borgerniveau.

Fremskudt sagsbehandling (2010-2013)

<i>Målgruppe</i>	Mennesker med psykiske vanskeligheder, komplekse problemstillinger og ustabil kontakt til det offentlige sociale system, samt borgere med begyndende psykiske vanskeligheder.
<i>Formål</i>	Udvikling af konkrete metoder til, at sagsbehandlere i højere grad kan møde sindslidende på deres præmisser og der, hvor de er, for eksempel i hjemmet, på væresteder, på botilbud og på gaden. Endvidere skal der udvikles organisatoriske modeller, som gør dette møde muligt i praksis. Metoderne og modellerne skal, ved hjælp af en hurtig og fleksibel indgang til kommunale myndigheder, fremme en oplevelse hos målgruppen af let adgang og god støtte fra myndighederne.
<i>Effekt/ dokumentation</i>	Modellernes effekt måles via kvantitativ og kvalitativ dataindsamling. Kvantitativt måles der på individniveau bl.a. på følgende indikatorer: Uddannelse, arbejde, boligstatus, sociale relationer, psykiatribrug, socialt støttebehov samt brug og oplevelse af metoden 'Fremskudt sagsbehandling'.

Integrerede Forløb (2010-2013)

<i>Målgruppe</i>	Børn, unge og voksne med behandlingskrævende psykiske vanskeligheder (herunder ikke-psykotiske sindslidelser og personlighedsforstyrrelser), som vurderes også at have behov for en social indsats, og dermed et behov for koordinering af indsatsen på tværs.
<i>Formål</i>	At skabe integrerede forløb som alternativer til stafetmodellen mellem behandlingspsykiatrien i regionerne og kommunernes sociale indsats.
<i>Effekt/ dokumentation</i>	På individniveau måles bl.a. på følgende indikatorer: Socialt støttebehov, psykiatribrug, tilfredshed med behandlingsforløb og genindlæggelser. Data indsamles via før- og eftermålinger, registeranalyser og driftsøkonomiske vurderinger.

Integreret indsats for sindslidende med misbrug (2011-2014)

<i>Målgruppe</i>	Mennesker med psykiske vanskeligheder og misbrug (dobbeltdiagnosticerede).
<i>Formål</i>	Borgerrettet formål: At understøtte den enkeltes mulighed for selv at tage ansvar for og øve indflydelse på eget liv og leve selvstændigt og på egne præmisser med mulighed for familie, uddannelse, job og netværk. Organisatorisk formål: At sikre og videreudvikle den offentlige indsats over for målgruppen ved at udvikle og afprøve en samarbejdsmodel til at integrere indsatsen på tværs af behandlingspsykiatri, misbrugsbehandling og socialpsykiatri.
<i>Effekt/ dokumentation</i>	Samarbejdsmodellens effekt måles via et omfattende indikator-katalog, med indikatorer såsom: Forbrug af sundhedsydelser, funktionsniveau, motivation, oplevelse af sammenhæng og helhedsorientering samt grad af integration målt via en forenklet udgave af Muesers Dual Diagnosis Treatment Fidelity Scale.

Unge sindslidende med misbrug (2011-2014)

<i>Målgruppe</i>	Unge 18-24-årige med stofmisbrug, der ved en screening i forbindelse med screenings- og udredningsprojekter i tre byer vurderes at have psykosociale problemer.
<i>Formål</i>	Borgerrettet formål: At de unge reducerer deres misbrug eller bliver stoffrie, får øget mestring af deres psykiske vanskeligheder og opnår en mere velfungerende hverdag på egne præmisser med familie, uddannelse, job og netværk. Organisatorisk formål: At der udvikles en model for støtte og samarbejde, som fremmer den samlede sociale indsats for de unge. Modellen skal være forankret i socialpsykiatrien.
<i>Effekt/ dokumentation</i>	Effekt måles på følgende indikatorer: Psykiatribrug, misbrugsbehandling, øvrige sundhedsydelse, uddannelse, arbejde. Der er koblet en registerbaseret effektmåling til projektet, så borgere i projektet følges over en periode og sammenlignes med en kontrolgruppe via registeroplysninger. Endvidere fokuseres der på de organisatoriske løsninger, der er valgt i udvikling af modeller for særligt støttetilbud til de unge.

Akuttilbud til sindslidende (2009-2012)

<i>Målgruppe</i>	Mennesker med psykiske vanskeligheder, som bor i egen bolig og er i akut psykisk krise.
<i>Formål</i>	At udvikle og afprøve socialfaglige akuttilbud med henblik på at sikre mennesker med psykiske vanskeligheder en lettilgængelig adgang til socialfaglig støtte og omsorg hele døgnet og ved akut opståede behov.
<i>Effekt/ dokumentation</i>	I slutevaluering indgår en redegørelse for fordele og ulemper ved de afprøvede modeller, og der opstilles en handlingsanvisende guide til kommuner, der vil etablere akuttilbud. Fokus er på en vurdering af modellernes egnethed og praktiske anvendelighed.

Unge med psykiske vanskeligheder – overgangen fra barn til voksen

<i>Målgruppe</i>	Unge mellem 16 og 24 år med psykiske vanskeligheder.
<i>Formål</i>	At gøre de unges skift mellem forvaltninger, sektorer og livsarenaer så smidige som muligt, så målgruppen får den nødvendige, sammenhængende og helhedsorienterede støtte, de har brug for i overgangen til voksenlivet. Der afprøves en samarbejdsmodel med modelunderstøttende metoder.
<i>Effekt/ dokumentation</i>	Modellens effekt måles på følgende indikatorer: de unges beskæftigelses- og uddannelsesgrad, uddannelsesparathed og udvikling i forhold til psykiske og fysiske funktionsevner og sociale problemer.

Referenceliste

- 1 Davidson, Larry (2003): "Living outside mental illness: qualitative studies of recovery". *Schizophrenia*. New York University Press

Strauss, John (1989): "Subjective experiences of Schizophrenia – Toward a new dynamic psychiatry". *Schizophrenia Bulletin*, 15(2)

Topor, Alain, et.al (2011): "Not just an individual journey – social aspects of recovery". *International Journal of Social Psychiatry*. 57:90
- 2 Topor, Alain (2011): *Managing the contradictions – recovery from severe mental disorders*, Ph.D. afhandling, Stockholms Universitet

Harrison, G et.al (2011): "Recovery from psychotic illness: a 15 and 25-year follow up study". *British Journal of Psychiatry*, 178
- 3 Topor, Alain (2002): *At komme sig. Et litteraturstudie om at komme sig efter alvorlig psykisk lidelse*. Videnscenter for Socialpsykiatri
- 4 Davidson, Larry (2003): *Living outside mental illness: qualitative studies of recovery in Schizophrenia*. New York University Press

Topor, Alain (2011): *Managing the contradictions – recovery from severe mental disorders*, Ph.D. afhandling, Stockholms Universitet

Mary Leamy, et.al (2011): "Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis". *British Journal of Psychiatry*, 445-452
- 5 Davidson, Larry m.fl (red) (2005): *Recovery from severe Mental Illnesses. Research, Evidence and Implications for Practice. Volume 1*. Centre for Psychiatric Rehabilitation, Boston University
- 6 De Forenede Nationer (2010): *Konvention om rettigheder for personer med handicap*
- 7 Brandt, P. et al (2009): *Udsat for forståelse. Antologi*. Rådet for Socialt Udsatte, Indenrigs- og Socialministeriet
- 8 Sundhedsstyrelsen (2008): *Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter*.

Hopper, Kim et.al: *Recovery from Schizophrenia – an international Perspective. A report from the WHO Collaborative Project, the International Study of Schizophrenia*
- 9 Social Exclusion Unit (2004): *Mental Health and Social Exclusion*. Office of the Deputy Prime Minister, London
- 10 Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2010): *Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevende til arbejde*
- 11 Bültmann et al. (2006): "Depressive symptoms and the risk of long-term sickness absence: A prospective study among 4747 employees in Denmark". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(11), 875-880.
- 12 Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2010). *Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevende til arbejde*
- 13 Udtræk fra Ankestyrelsens hjemmeside med afsæt i tal fra 2011. Link: http://www.ast.dk/tal_fra_ankestyrelsen/
- 14 Ibid.
- 15 Nordentoft, Merete et.al (2012): *Psykisk sygdom og ændringer i livsstil*. Vidensråd for forebyggelse
- 16 Ibid.
- 17 SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (2011): *Hjemløshed i Danmark 2011. National kortlægning*
- 18 Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2006): *Psykisk sygdom og kriminalitet*
- 19 Topor, Alain (2011): *Managing the contradictions – recovery from severe mental disorders*, Ph.D. afhandling, Stockholms Universitet
- 20 Epløv et.al (2010): *Psykiatrisk og psykosocial rehabilitering – en recoveryorienteret tilgang*.

- 21 Dansk Sundhedsinstitut (2011): *Opgaveudviklingen på psykiatriområdet. Opgaver og udfordringer i kommunerne i relation til borgere med psykiske problemstillinger*
- 22 Landspatientregistret data trukket 12.11.2012
- 23 Hopper, Kim et.al (2007): *Recovery from Schizophrenia – an international Perspective. A report from the WHO Collaborative Project, the International Study of Schizophrenia*
- 24 Strauss, John (1989): "Subjective experiences of Schizophrenia – Toward a new dynamic psychiatry". *Schizophrenia Bulletin*, 15(2)
Borg, Marit (2007): *The nature of recovery as lived in everyday Life*, Ph.D. afhandling
- 25 Topor, Alain (2001): *Managing the contradictions – recovery from severe mental disorders*, Ph.D. afhandling, Stockholms Universitet
Mary Leamy, et.al (2011): "Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis". *British Journal of Psychiatry*, 445-452;
Topor, Alain, et.al (2011): "Not just an individual journey – social aspects of recovery". *International Journal of Social Psychiatry*, 57: 90
- 26 Davidson, Larry (2003): *Living outside mental illness: qualitative studies of recovery in Schizophrenia*. New York University Press
Anthony, W (2000): *A Recovery Oriented Service System: Setting some System Level Standards*, Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University
- 27 Mary Leamy, et.al (2011): "Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis". *British Journal of Psychiatry*, 445-452;
- 28 Topor, Alain, et.al (2011): "Not just an individual journey – social aspects of recovery". *International Journal of Social Psychiatry*
Davidson, Larry et.al (2004): "Supported socialization for people with psychiatric disabilities: Lessons from a randomized controlled trial". *Journal of Community Psychology*
- 29 Leff, Julian (2006): *Social Inclusion of People with Mental Illness*.
Link, Bruce G.(2001): "Stigma as a Barrier to Recovery: The Consequences of Stigma for the Self-Esteem of People With Mental Illnesses". *Psychiatric Services*, 52(12)
- 30 Topor, Alain (2001): *Managing the contradictions – recovery from severe mental disorders*, Ph.D. afhandling, Stockholms Universitet
- 31 Hopper, Kim et.al (2007): *Recovery From Schizophrenia – an international Perspective. A report from the WHO Collaborative Project, the International Study of Schizophrenia*
Topor, Alain (2001): *Managing the contradictions – recovery from severe mental disorders*, Ph.D. afhandling, Stockholms Universitet
- 32 Harrison, G et.al (2001): "Recovery from psychotic illness: a 15 and 25-year follow up study". *British Journal of Psychiatry*
- 33 Topor, Alain (2001): *Managing the contradictions – recovery from severe mental disorders*, Ph.D. afhandling, Stockholms Universitet
Hopper, Kim et.al (2007): *Recovery From Schizophrenia – an international Perspective. A report from the WHO Collaborative Project, the International Study of Schizophrenia*
- 34 Hopper, Kim et.al (2007): *Recovery From Schizophrenia – an international Perspective. A report from the WHO Collaborative Project, the International Study of Schizophrenia*
Harrison, G et.al (2001): "Recovery from psychotic illness: a 15 and 25-year follow up study". *British Journal of Psychiatry*
- 35 Topor, Alain (2001): *Managing the contradictions – recovery from severe mental disorders*, Ph.D. afhandling, Stockholms Universitet

- 36 Hopper, Kim et.al (2007): *Recovery from Schizophrenia – an international Perspective. A report from the WHO Collaborative Project, the International Study of Schizophrenia*
- Harrison, G et.al (2001): "Recovery from psychotic illness: a 15 and 25-year follow up study". *British Journal of Psychiatry*
- 37 Farkas, M. et.al (2005): "Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs: Identifying the Critical Dimensions". *Community Mental Health Journal*, 41(2),
- Borg, M et.al (2004): "Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services". *Journal of Mental Health*, 13(5)
- Davidson L et.al (2005): *Recovery From Severe Mental Illnesses: Research, Evidence and Implications for Practice*, Vol 1. Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation
- 38 Le Boutiller, Clair et.al (2011): "What Does Recovery Mean in Practice? A Qualitative Analysis of International Recovery-Oriented Practice Guidance". *Psychiatric Services*, 62(12)
- 39 Ibid.
- 40 Duncan, B. (2012). "The partners for change outcome management system (PCOMS): The heart and soul of change project". *Canadian Psychology*, 53(2), 93-104.
- 41 NREPP: SAMSHA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices.
Link: <http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=249#std562>
- 42 Christensen, T. et.al (2011): *Review om effekter af beskæftigelsesindsatser til personer med svær psykisk sygdom, Specialfunktionen Job & Handicap.*
- Socialstyrelsen, Sverige (2011): Nationella riktlinjer för psykosociale insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Link: <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjerforpsykosocialainsatservidschizofreni/sokiriktlinjerna/personermedschizofreniellersch18>
- 43 Jaakko, Seikkula (2007): *Åpne samtaler*
- Jaakko, Seikkula (2008): *Åben dialog og netværksarbejde*
- 44 Nordentoft, M. m.fl (red) (2009): *Psykoze hos unge*. Psykiatrifondens forlag
- Bellack, A. S et.al (2004): *Social Skills Training for Schizophrenia: A Step-by-Step Guide*. (2. ed.). New York: Guilford Press
- 45 Mueser KT et.al (2006): "The Illness management and Recovery Program: Rationale, Development, and Preliminary Findings". *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 32-43.
- Letvitt AJ et.al (2009) "Randomized Controlled Trial of Illness Management and Recovery in Multiple-Unit Supportive Housing". *Psychiatric Services*, 1629-1636.
- 46 McFarlane WR et.al (1995): "Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia". *Archives of General Psychiatry*, 679-87.
- Dutra, L. et al. (2008): "A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders". *American Journal of Psychiatry*, 165(2), 179-187.
- 47 Johnson (2010): *Assertive Community Treatment – evidence-based practise or managed recovery*.
- 48 NREPP SAMHSAs national registry of evidence-based programs and practices. Link: <http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=125>
- 49 Cook, Judith A. et.al (2012): "A randomized Controlled Trial of Effects of Wellness Recovery Action Planning on Depression, Anxiety and Recovery". *Psychiatric Services*, 63(6)
- 50 Roemer, L. et.al (2009): *Mindfulness-and acceptance based behavioral therapies in practise. Guides to individualized evidence-based treatment*.
- 51 Den svenske socialstyrelse: Nationella riktlinjer för psykosociale insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, 2011 – stöd för styrning och ledning
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-1-3>

- 52 Resultatdokumentation Aarhus Kommune. Link: http://www.aarhus.dk/sitecore/content/Subsites/CSUVirksomhedsplaner/Home/SUV/Brugerne-faar-det-bedre-SUV/Resultatdokumentation-SUV.aspx?sc_lang=da;
- 53 Ass IH: (2011): "Guidelines for rating global assessment functioning (GAF)". *Annals of General Psychiatry*. Link: <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/10/1/2>
- 54 Ryu SG et al (2009): "Developing Korean Academy of Medical Sciences guideline for rating the impairment in mental and behavioral disorders: a comparative study of KNPA'S New guidelines and AMA". *Journal of Korean Medical Science* 24(2), s. 338-342.
- 55 WHO's hjemmeside. Link: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/
- 56 Fixsen, D. et al (2005): *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*.
- 57 Rogers, E. M. (2005): *Diffusion of innovations* (5th edition)
- 58 Fixsen, D. et al (2005): *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*.
- 59 Ogden, T. (2012): *Evidensbasert praksis i arbeidet med barn og unge*.
- 60 <http://nirn.fpg.unc.edu/learn-implementation/implementation-drivers>
- 61 Guldbrandsson, K. (2008): *From News to Everyday use – The difficult art of implementation*. Statens Folkhälsoinstitut
- Kotter, J. (2000): *Hvorfor forandringer mislykkes*.
- Fixsen, D. et al (2005): *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*.
- 62 Ibid. og Hamm, M. S. et al. (1989): "The Conditions of effective implementation – A guide to Accomplishing Rehabilitative Objectives in Corrections". *Criminal Justice and Behavior*. 16(2)
- 63 Fixsen, D. et al (2005): *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*.
- Gearing, R. et al (2011): "Major ingredients of fidelity: A review and scientific guide to improving quality of intervention research implementation". *Clinical Psychology Review*. 31.
- 64 Guldbrandsson, K. (2008): *From News to Everyday use – The difficult art of implementation*. Statens Folkhälsoinstitut
- Kotter, J. (2000): *Hvorfor forandringer mislykkes*.
- Fixsen, D. et al (2005): *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*.
- 65 Durlak, J. og DuPre, E. (2008): "Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and factors affecting implementation". *American Journal of Community Psychology*, 41, 327-350.
- Fixsen, D. et al (2005): *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*.
- Dusenbury, L. et al. (2003): "A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings". *Health Education Research*. 18(2)
- 66 Durlak, J. og DuPre, E. (2008): "Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and factors affecting implementation". *American Journal of Community Psychology*, 41, 327-350.
- Dusenbury, L. et al. (2003): "A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings". *Health Education Research*. 18(2)
- Fixsen, D. et al (2005): *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*.
- 67 Pawson, R., T. Greenhalgh, G. Harvey & K. Walshe (2004): *Realist Synthesis: An introduction* ESRC Research Methods Programme. University of Manchester. RMP Methos Paper 2/2004
- 68 Socialt Udviklingscenter: *Fremtidens Socialpsykiatri – nye roller og veje*. Tværfagligt Netværk Socialpsykiatri, 2010.
<http://www.sus.dk/udgivelser/?find=Fremtidens+socialpsykiatri>
- 69 Socialpædagogernes handicapundersøgelse, 2011

- 70 Slade, M. : 100 ideer til recovery-orienteret arbejde. Et inspirationshæfte til psykiatrien og socialpsykiatrien. Rethink, 2010. Rekvireres på www.socialstyrelsen.dk
- 71 Psykiatrisk Center Frederiksberg, Region Hovedstaden: Dialogguide til Recovery-orientering, 2009
- 72 Den Svenske Socialstyrelse (2011): Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011 – stöd för styrning och ledning
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-1-3>
- 73 Ibid.
- 74 Pawson, R., T. Et al. (2004): *Realist Synthesis: An introduction*. ESRC Research Methods Programme. University of Manchester. RMP Methods Paper 2/2004
- 75 Kræmmer, M et al. (2009): *Change and effect*.
- 76 Psykiatrifonden (2012): *Psykiske sygdomme*. <http://www.psykiatrifonden.dk/forside/Psykiske+sygdomme>
- 77 Jacobsen, R.H. (2011): *Analyserapport: Effekt af pårørendeinddragelse i behandling af mennesker med psykisk sygdom. Cost-benefit-beregning*.
Danske Regioner (2009): *Psykisk sygdom og arbejdsmarkedet. Debatoplæg*
- 78 Den svenske socialstyrelse: Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, 2011 – stöd för styrning och ledning
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-1-3>
- 79 Ibid.
- 80 Sundhedsstyrelsen (2009): *National strategi for psykiatri*
- 81 Jacobsen, R.H. (2011): *Analyserapport: Effekt af pårørendeinddragelse i behandling af mennesker med psykisk sygdom. Cost-benefit-beregning*.
- 82 Ibid.



SOCIALSTYRELSEN

Socialstyrelsen
Edisonsvej 18, 1.
5000 Odense C
Tlf.: 72 42 37 00
www.socialstyrelsen.dk