

ET LIV I EGEN BOLIG

ANALYSE AF BOSTØTTE TIL BORGERE MED SINDSLIDELSER



12:19

STEEN BENGTTSSON
MARIA RØGESKOV

12:19

ET LIV I EGEN BOLIG

ANALYSE AF BOSTØTTE TIL BORGERE MED SINDSLIDELSER

STEEN BENGTTSSON
MARIA RØGESKOV

KØBENHAVN 2012
SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

ET LIV I EGEN BOLIG. ANALYSE AF BOSTØTTE TIL BORGERE MED
SINDSLIDELSER

Afdelingsleder: Kræn Blume Jensen
Afdelingen for socialpolitik og velfærdsydelse

Undersøgelsens følgegruppe:

Bo Steen Jensen, Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatrisbrugere

Irene Hjortshøj, Landsforeningen SIND

Ditte Sørensen, Socialpædagogernes Landsforbund

Lotte Meilstrup, FOA

Kurt Hjortsø Kristensen, Kommunernes Landsforening

Christina Hansen, Socialstyrelsen

Jette Møllerhøj, Socialstyrelsen

Bjørn West, Socialministeriet

ISSN: 1396-1810

ISBN: 978-87-7119-109-7

e-ISBN: 978-87-7119-110-3

Layout: Hedda Bank

Forsidefoto: Hedda Bank

Oplag: 300

Tryk: Rosendahls – Schultz Grafisk A/S

© 2012 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

Tlf. 33 48 08 00

sfi@sfi.dk

www.sfi.dk

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden.

Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller gengiver SFI's publikationer, bedes sendt til centret.

INDHOLD

	FORORD	7
	RESUMÉ	9
1	SAMMENFATNING	11
	Bostøtte og mennesker med sindslidelse	12
	Kortlægning af kommunernes praksis	16
	Sammenhæng i indsatsen	19
	Administrationen af bostøtte	22
	Er værktøjet der, og har indsatsen virkning?	23
	Sammenfattende om bostøtte	25
2	HVAD ER BOSTØTTE?	29
	Danske erfaringer med bostøtte	31
	Erfaringer fra hjemløseområdet	32
	Nordiske erfaringer med bostøtte	36

	Internationale bostøttemetoder	40
	Internationale erfaringer med bostøtte	43
	Opsummering	45
3	DATAGRUNDLAG	47
	Litteratur og dialogmøder	48
	Spørgeskema til borgere	48
	Spørgeskema til bostøttemedarbejdere	49
	Spørgeskema til ledere af bostøtte	50
	Spørgeskema til den kommunale myndighed	51
	Fokusgrupper med kommuner og regioner	51
	CPR-materiale	52
	Metodeovervejelser	52
	Analyser	54
4	ET BILLEDE AF BORGERE OG BOSTØTTER	57
	Personprofiler	57
	Borgerne i undersøgelsen	59
	Boligforhold	60
	Psykiske lidelser	61
	Bostøttemedarbejderne	63
	Opsummering	65
5	STØTTE TIL AT KOMME SIG	67
	Stigning i visitation	67
	Bostøtte til borgere	71
	Kommunernes bostøtte	74
	Bostøtternes indsats	75
	Supplerende bostøtte	76
	Kommunalt serviceniveau	78
	Udredning og visitation af borgere	81
	Samarbejde mellem myndighed og leverandør	83
	Organisering af bostøtte	87

Borgernes tilfredshed med bostøtten	89
Borgernes udvikling	91
Borgernes trivsel	93
Borgernes syn på fremtiden	96
Metoder i bostøtteindsatsen	98
Behov for viden	104
Dokumentation af indsatsen	106
Måling, evidens og standardisering	107
Opsummering	108
6 SAMMENHÆNG I INDSATSEN	109
Sammenhæng med andre kommunale tilbud	109
Beskæftigelsesindsats	112
Vurdering af sammenhæng med andre tilbud	113
Samarbejde og organisatoriske forhold	117
Samarbejde med regionen	118
Samarbejde med borgernes netværk	119
Overlap mellem bostøtte og andre ydelser	119
Handleplaner og pædagogiske planer	121
Målsætninger i handleplanerne	125
Inddragelse af borgerne i sagsbehandlingen	125
Revisitation	128
Personrelateret tilsyn	129
Opfølgning på indsatsen	130
Opsummering	132
LITTERATUR	133
SFI-RAPPORTER SIDEN 2011	139

FORORD

Der blev ved satspuljeforhandlingerne for 2010 afsat midler til en styrket indsats for sindslidende. I tilknytning hertil omfatter handlingsplanen ”Styrket indsats for sindslidende – Handlingsplan for psykiatri” et analysearbejde af bostøtte efter servicelovens § 85 for at se, om de indholdsmæssige rammer er tilstrækkelige, og om kommunerne har de rette værktøjer og metoder til at sikre, at sindslidende kan bo i egen bolig.

SFI har foretaget denne analyse for Socialstyrelsen efter et udbud i efteråret 2010. Analysen bygger på otte enkeltundersøgelser: 1) en gennemgang af international litteratur om bostøtte, 2) to møder med brugerorganisationer, kommuner og regioner, 3) en spørgeskemaundersøgelse til borgere med sindslidelse med bostøtte efter § 85, 4) en spørgeskemaundersøgelse til bostøttemedarbejdere, 5) en spørgeskemaundersøgelse til ledere af bostøtte, 6) en spørgeskemaundersøgelse til den kommunale myndighed, 7) seks fokusgrupper med deltagere fra forskellige funktioner i kommunen og fra behandlingspsykiatrien og 8) et CPR-materiale vedrørende borgere med sindslidelse med bostøtte efter § 85.

Arbejdet med undersøgelserne har været udført af videnskabelig assistent Maria Røgeskov, som har været hovedkraft i tilrettelæggelsen af møder og fokusgrupper, udarbejdelsen af spørgeskemaer, logistikken i dataindsamling, analyse af materialet og udarbejdelsen af rapporten. Videnskabelig assistent Rikke Nøhr Brünner har medvirket i flere faser.

Student Sine Grønberg Knudsen har stået for kontakten til kommuner og indsamling af registermaterialer samt bidraget væsentligt ved gennemgang af litteratur og til udarbejdning af afsnittet om danske og internationale erfaringer og metoder, ligesom studenterne Celia Skaarup og Helene Jørgensen har medvirket. Projektet har været ledet af seniorforsker Steen Bengtsson, som har skrevet kapitel 1. Lene Eplov, Johanne Bratbo og Jens Hjort Andersen har fungeret som ressourcepersoner i forbindelse med udarbejdelse af spørgeskemaer.

Der har været nedsat en følgegruppe til projektet, som har holdt to møder. Professor Kjeld Høgsbro har også kommenteret rapporten. Alle takkes for gode og konstruktive kommentarer.

København, juni 2012

JØRGEN SØNDERGAARD

RESUMÉ

Hvordan bliver bostøtte til borgere med sindslidelse – eller psykisk lidelse, som det ofte bliver betegnet – implementeret i kommunen? Hvordan er sammenhængen mellem loven og kommunens praksis på området bostøtte? Hvordan oplever borgeren sin bostøtte¹? Denne analyse af bostøtte (servicelovens § 85) giver svar på disse tre spørgsmål på basis af en række undersøgelser.

I forhold til bostøtte fordeler kommunerne sig over et spektrum. Nogle kommuner bruger i høj grad bostøtten til at gøre borgeren mere selvhjulpne, andre ser mere bostøtte som en støtte til borgere uden at sætte mål for udvikling. Der er ikke tale om en skarp opdeling, men om et kontinuum. Denne forskel har intet at gøre med, hvor meget kommunen gør på bostøtteområdet. Den sociale lovgivning har form af en rammelov, som kommunerne skal udfylde og konkretisere. Inden for lovens rammer kan dette gøres enten på en overvejende udviklingsorienteret eller på en overvejende omsorgsorienteret måde.

De udviklingsorienterede kommuner er karakteriseret ved, at de standardiserer metoder og procedurer for visitation og overgang til bostøtte, lægger vægt på evidensbaserede metoder og viser interesse for at

1. Ordet bostøtte bliver både anvendt om ydelsen bostøtte og om personen, der yder bostøtte. Servicelovens § 85 har flere målgrupper. Vi benytter ordet bostøtte om ydelsen, når den er til en borger med sindslidelse og hjemmevejledning, når den er til en borger med udviklingshæmning.

måle på virkning af bostøtteindsatsen, samt at de udvikler viden og kompetencer blandt medarbejderne. De omsorgsorienterede kommuner er tilsvarende karakteriseret ved, at de gør disse ting i mindre omfang. Undersøgelsens analyser viser, at disse elementer udmærket kan forekomme hver for sig, men der er alligevel en vis tendens til, at disse tre karakteristika hos de udviklingsorienterede kommuner forekommer sammen.

Borgere med sindslidelse, som modtager bostøtte, er i begge typer kommuner yderst tilfredse med støtten. Kommunerne tilbyder generelt borgere med behov derfor støtte såvel til at håndtere deres psykiske problemer som til at løse praktiske problemer, skabe kontakter og arbejde hen imod at komme i job eller uddannelse. En mindre del af kommunerne lægger dog ikke så stor vægt på støtte til sociale aktiviteter uden for kommunens regi eller til at komme i gang med uddannelse og job.

De borgere, som modtager støtte, får alle støtte i form af samtale om deres trivsel. Mindre end halvdelen af dem får støtte til at etablere kontakt med andre mennesker. En fjerdedel af borgerne modtager støtte til at komme i job eller uddannelse. Dette billede svarer ganske nøje til billedet af, hvilke former for støtte borgerne ønsker. Set i forhold til borgernes ønsker ligger kommunernes tilbud nærmere lovens intentioner om recovery og rehabilitering. Men borgerne er alligevel overordentlig tilfredse med alle sider af den støtte, de modtager fra kommunerne.

Bostøttemedarbejderne taler meget med borgerne om deres generelle trivsel. De støtter borgerne i selv at håndtere psykiske problemer og i at opstille mål for fremtiden. De støtter sjældnere borgeren i at deltage i sociale aktiviteter uden for væresteder, at komme i gang med et uddannelsesforløb eller i job. Bostøtteindsatsen handler mere om støtte til borgeren som person og mindre om borgerens kontakt til det omgivende samfund. Man kan derfor spørge, om bostøtteindsatsen i Danmark lægger tilstrækkelig vægt på det udadrettede, og om den gør nok for at modvirke, at borgeren bliver isoleret.

SAMMENFATNING

Denne rapport rummer en analyse af indsatsen for mennesker med sindslidelse efter servicelovens § 85. Den sætter fokus på forholdet mellem de behov for bostøtte, som borgere med sindslidelse har for at kunne bo i egen bolig, på den lovgivningsmæssige ramme, på kommunernes anvendelse af servicelovens § 85 i forhold til det socialpsykiatriske område og på de konkrete indsatser, der iværksættes i henhold til § 85. Disse spørgsmål bliver besvaret på baggrund af en række delundersøgelser, der har fokus på henholdsvis leverandør-, myndigheds- og borgerniveau.

Formålet med bostøtte til mennesker med sindslidelser er at støtte deres mulighed for at leve et aktivt liv på egne præmisser i egen bolig, som inkluderede i samfundet. Det skal ske i samspil med behandlingspsykiatrien og under iagttagelse af mindsteindgrebsprincippet. Deri ligger, at indsatsen skal være den mindst mulige set i forhold til, at formålet med den skal opnås.

Støtten kan lette borgerens overgang fra indlæggelse på psykiatrisk afdeling til et liv i egen bolig, eller fra botilbud til egen bolig. Det indgår, at borgeren lærer at mestre sindslidelsen. På længere sigt skal borgeren gerne blive i stand til at klare sig selv, også uden denne støtte. Der er et recovery-perspektiv, nemlig at genopbygge borgerens kompetencer, og et forebyggelsesperspektiv, dvs. at sikre, at tilstanden ikke forværres, hvilket forudsætter samarbejde med den lokale behandlingspsykiatri.

Spørgeskemaundersøgelsen til kommunerne² viser, at næsten alle kommuner visiterer flere og flere borgere med sindslidelse til indsats efter § 85. Kommunerne visiterer endvidere et stigende antal unge, der ønsker en individuelt tilpasset indsats, og de anvender i stigende omfang fleksible og individuelt tilpassede indsatser. Vores CPR-materiale vedrørende personer med sindslidelser med støtte efter § 85 viser imidlertid, at mængden af personer under 60 år er ret jævnt fordelt over aldersgrupper. Lidt færre personer er under 30 år, lidt flere er i 40'erne. Personer over 60 år får derimod sjældnere bostøtte.

Er de lovgivningsmæssige rammer tilstrækkelige til at give kommunerne de rette værktøjer og metoder til at sikre, at mennesker med sindslidelse kan bo i egen bolig? Svaret på det spørgsmål er ”ja”, for så vidt som lovgivningen *gør det muligt*, at kommunerne får værktøjer og metoder til at gøre mennesker med sindslidelse i stand til at leve en selvstændig tilværelse i egen bolig. Den sociale lovgivning er en rammelov, og undersøgelsen viser, at der er en vis forskel på, hvordan kommunerne udfylder de givne rammer. Vi skal i det følgende uddybe, hvori disse forskelle består.

Det skal bemærkes, at de forskelle mellem kommuner, vi her taler om, ikke har noget at gøre med, om kommunen gør en større eller mindre indsats på bostøtteområdet. De forskellige typer kommuner kan alle gøre en stor indsats, vi kortlægger blot forskellige måder at gøre indsatsen på.

BOSTØTTE OG MENNESKER MED SINDSLIDELSE

Bostøtte efter servicelovens § 85 er en ydelse, der gives til mennesker med sindslidelse, handicap eller alvorlige sociale problemer. En bostøtte er en person, der kan støtte borgeren til at mestre flere ting i hverdagen. Det kan både være støtte til kontakt med behandlere og myndigheder, og sociale kontakter i almindelighed, derunder motivation til uddannelse og job. Det kan være støtte til at købe ind og lave mad, gøre rent og personlig pleje. Der er tale om en støtte til, at *borgeren gør* disse ting, ikke en

2. Når vi benytter ordet ”kommune” tænker vi på kommunens myndighedsfunktion, hvortil sagsbehandlerne hører. Hvis der er tale om kommunens leverandørfunktion, hvortil bostøtterne hører, bliver dette eksplicit angivet.

hjælper, der *gør det for* borgeren. Det kan også være en støtte til borgeren i at håndtere sine psykiske problemer bedre og opstille mål for fremtiden.

Et af de markante resultater fra undersøgelsen er, at kommunerne giver borgerne mere støtte til at håndtere psykiske problemer, end de søger at motivere til deltagelse i det sociale liv og i uddannelse og job. En hel del kommuner giver slet ikke støtte til aktiviteter uden for kommunalt regi. Borgerne har i flere tilfælde et ønske om at blive støttet ved at tale med bostøtten om deres psykiske problemer og om i højere grad at udvikle sig personligt, mens færre borgere har et ønske om at komme i beskæftigelse eller uddannelse. Trods disse forskelle ser vi imidlertid, at borgerne er yderst tilfredse med den støtte, de modtager.

Et andet markant resultat er, at bostøtten ikke i større omfang anvender de bostøttemetoder, som vi kender fra hjemløsestrategien³, og som der er evidens for virker, og som har udstrakt anvendelse i andre lande: Assertive Community Treatment eller Assertive Outreach, Individual Case Management, Critical Time Intervention. I stedet finder vi, at den mest almindeligt benyttede metode bliver betegnet ”kognitiv metode”. Vi ikke har foretaget nogen kvalitativ undersøgelse af de metoder, der benyttes i bostøtten, og vi har derfor ingen nærmere beskrivelse af, hvad der gemmer sig bag denne betegnelse.

Undersøgelsen viser imidlertid også store forskelle med hensyn til, hvad bostøtte i praksis er i de enkelte kommuner. Der er et helt spektrum af forskellige måder at drive bostøtte på: I den ene ende af spektret finder vi kommuner, der anvender lovgivningen til at give den sindslidende en omsorgsperson, der kan fungere som en form for social kontakt. I den anden ende af spektret finder vi kommuner, der anvender loven på en meget mere aktiv måde, opstiller mål for, hvad bostøtten skal resultere i, supplerer den individuelle bostøtte med gruppebostøtte, som foregår på et værested og gør meget for, at borgeren skal komme ud og deltage i aktiviteter i samfundet. Som belyst gennem de fokusgrupper, der indgår i projektet, har nogle kommuner endda akutpladser i deres botilbud, således at en indlæggelse kan undgås, hvis problemet kan klares ved, at borgeren får tryk på en sådan plads i nogle dage.

Borgerne, der modtager bostøtte, ligner med hensyn til køn og alder den voksne befolkning før pensionsalderen. Andelen af mænd er et par procent over de 50, mens andelen af personer over 60 år er halvt så

3. Som led i satspuljeaftalen for 2008 har partierne bag satspuljen afsat 500 mio. kr. i perioden 2008 – 2011. Målet med strategien er at nedbringe og på længere sigt at fjerne hjemløshed i Danmark.

stor som i befolkningen. For aldrene op til 60 år er personer i 40'erne svagt overrepræsenteret, og de yngste grupper svagt underrepræsenterede. Relativt få (28 pct.) har en partner og ganske få (14 pct.) har hjemmeboende børn. Mange flere af borgerne med bostøtte har folkeskole, gymnasium eller kort videregående uddannelse som højeste uddannelse, end det er tilfældet i befolkningen, mens tilsvarende færre har erhvervsuddannelse, mellemlang eller lang videregående uddannelse. To tredjedele af borgerne med bostøtte modtager førtidspension, mens 6 pct. er i arbejde, 4 pct. i fleksjob og 2 pct. i job på ordinære vilkår.

Der er forskel på, hvilken støtte borgere modtager. Unge får oftere støtte til at komme i beskæftigelse og til at sætte mål op for deres fremtid og ligeledes oftere støtte til at klare praktiske opgaver. Kvinder får oftere støtte til at komme i beskæftigelse, mens mænd i højere grad får støtte til oprydning, rengøring og praktiske opgaver. Mænd får endvidere i flere tilfælde støtte til at holde kontakt med offentlige myndigheder sammenlignet med kvinder.

Borgerne udtrykker en tilfredshed med deres bostøtte, som afhængigt af, hvad vi specifikt spørger om, varierer fra 97 pct. til 98 pct. af borgerne. Der er spurgt om elleve specifikke former for støtte, lige fra støtte til at håndtere psykiske problemer og til at sætte mål op for fremtiden, til støtte til at klare praktiske opgaver, købe ind og komme i beskæftigelse. Denne store tilfredshed skal ses i den kontekst, hvor bostøtten ydes. Der er tale om borgere, som er stærkt afhængige af en støtte af denne art for at få en dagligdag til at fungere, og som i de fleste tilfælde ikke vil være i stand til at finde denne støtte andre steder.

På baggrund af borgernes besvarelser i undersøgelsen kan der ikke konstateres noget behov for at inkludere nye områder, der kan gives støtte til inden for rammerne af servicelovens § 85. Derimod udtrykker borgernes svar et ønske om at kunne modtage flere af de støtteformer, som allerede gives under bostøtteordningen i de fleste kommuner.

Den store tilfredshed med bostøtten kan imidlertid ikke uden videre tages som tegn på, at formålet med bostøtten opfyldes i samme grad. Formålet med bostøtte er ikke alene, at borgeren skal være glad for den, men også at den skal støtte borgeren i med tiden at blive mere selvhjulpne. De 97 pct. tilfredshed får vi netop i forbindelser, hvor der stilles krav til borgeren, fx støtte til at sætte mål op for fremtiden og støtte til oprydning og rengøring. 97 pct. er dog stadig et højt tal.

En del af de mennesker, der får en bostøtte, har kommunen i forvejen kontakt med. Det kan være, fordi de flytter fra et bosted (7 pct.), har en støttekontaktperson (5 pct.) eller tidligere har haft bostøtte (5 pct.). En del borgere får kommunen kontakt med, fordi de kommer ud fra indlæggelse på psykiatrisk afdeling (40 pct.). En anden del (27 pct.) kommer fra egen bolig, og dette kan således være borgere, som kommunen ikke hidtil har haft kontakt med.

Disse tal viser, at borgeren oftere kommer fra et mere omfattende tilbud (indlæggelse eller botilbud), men sjældnere ”udefra” (egen bolig). Bostøtte fungerer altså som et trin på vej bort fra det institutionsagtige. Det kan undre, at så få borgere kommer fra at have haft støttekontaktperson. Her kan tallet i virkeligheden godt være højere, idet vi ikke kan være sikre på, at borgerne altid skelner mellem støttekontaktperson og bostøtte. De to funktioner minder om hinanden, og i mange tilfælde varetages funktionerne også af det samme personale i kommunen.

Kommunen imødekommer i reglen (71 pct.) borgerens ønsker om støtte, men en række kommuner (21 pct.) oplever, at det ofte er svært at imødekomme ønskerne. I nogle kommuner (18 pct.) har borgeren næsten altid indflydelse på, hvilken person hun eller han får som bostøtte (fx køn og alder). I mange andre kommuner har borgeren af og til indflydelse på det, men i en tredjedel af kommunerne har borgeren næsten aldrig indflydelse på matchet. De yngre borgere oplever at have mere indflydelse end de ældre, og kvinder oplever at have mere indflydelse end mænd. De fleste bostøtter er kvinder, og en tredjedel af dem har en kort uddannelse, mens to tredjedele har en mellemlang.

I undersøgelsen tilkendegiver kommunerne, at visitationen til bostøtte er steget mærkbart i årene siden kommunalreformen i 2007. Det skyldes både, at der identificeres flere borgere med psykiske lidelser, og at kommunerne i stigende grad anvender fleksible og individuelt tilpassede boligindsatser og benytter bostøtte til at nedbringe antallet af borgere i botilbud. En del af kommunerne (24 pct.) mener dog, at nogle borgere visiteres til bostøtte i et omfang, der ikke dækker deres behov, mens ganske få (5 pct.) mener, der visiteres for mange. De tilsvarende tal for leverandørerne⁴ er begge noget større (59 henholdsvis 17 pct.). Det skal understreges, at der her er tale om respondenternes bedste vurdering af, om niveauet er rimeligt, og intet andet.

4. Her tænkes på kommunens leverandørfunktion eller på eventuelle andre leverandører af bostøtte.

KORTLÆGNING AF KOMMUNERNES PRAKSIS

Godt to tredjedele (69 pct.) af kommunerne har defineret et serviceniveau. Lidt over halvdelen af leverandørerne (55 pct.) forholder sig til et serviceniveau, som de kender indholdet af, og i lidt over en fjerdedel af kommunerne (28 pct.) mener leverandøren, at bostøtterne kan omsætte et serviceniveau i praksis. Et lignende billede tegner sig, når vi ser på, om sagsbehandlerne i kommunerne har faste procedurer for udredning af borgere med sindslidelser og systematisk følger disse. Endvidere viser det sig, at sagsbehandlerne i en del tilfælde mangler tilstrækkelig tid, tilstrækkelige oplysninger eller den nødvendige viden om målgruppen til at kunne foretage en grundig udredning.

De kommunale myndigheder mener selv så at sige altid (89 pct.), at de opstiller tydelige og klare forventninger til indsatsen, mens et sammenligneligt tal blandt bostøtter er 44 pct. og blandt lederne af leverandørfunktionen 38 pct. De bostøtter, som skal omsætte myndighedens forventninger og bestilling af bostøtte i praksis i kontakt med borgerne, har således størst uklarhed om forventningerne på dette område.

I forbindelse med det enkelte bostøtteforløb kan sagsbehandleren tilbyde at udarbejde en handleplan i samarbejde med borgeren, og bostøtten kan tilbyde borgeren en pædagogisk plan. Borgeren har mulighed for at takke nej til disse planer. En stor gruppe borgere har fået en handleplan (44 pct.) og en pædagogisk plan (45 pct.), mens en anden stor gruppe borgere oplyser at de ikke har fået lavet den ene eller den anden plan (henholdsvis 30 og 34 pct.). De øvrige husker ikke, om de har fået opstillet disse planer. Handleplanen skal dog ikke blot opstilles, den skal også omsættes i det daglige arbejde. Det forudsætter, at bostøtten kender den. Det gør bostøtten i de fleste tilfælde, men 15 pct. af bostøtterne kender ikke til handleplaner for de borgere, de yder støtte til. Det udelukker dog ikke, at de kender de sider af planen, som er relevante for deres arbejde.

Der er stor forskel mellem kommuner med hensyn til, om de benytter faste procedurer ved udredning af borgere med sindslidelser. Det gør et flertal af kommunerne, og i 61 pct. af kommunerne følger man også procedurerne, mens 24 pct. af kommunerne ikke har nogen. Samarbejdet mellem kommunal myndighed og leverandør kan ligeledes være mere eller mindre struktureret. Næsten alle myndigheder (89 pct.) opstiller tydelige og klare mål for arbejdet, mens godt halvdelen (53 pct.)

beskriver dem detaljeret og mødes regelmæssigt med leverandøren for at sikre fælles forståelse. Vi har spurgt ind til en del af den type spørgsmål om mere eller mindre struktureret forvaltning af området, og ser en tendens til, at kommuner, der arbejder mere struktureret i én henseende, også gør det i andre henseender. De mere strukturerede kommuner vil også oftere tilbyde gruppebistøtte ved siden af individuel bistøtte.

Kortlægningen viser, at næsten alle kommuner (94 pct.) er tilfredse med de metoder, som bostøtterne arbejder efter. Sagsbehandlerne arbejder selv i langt de fleste kommuner (83 pct.) efter fælles retningslinjer, og to tredjedele (67 pct.) af kommunerne mener, at det er væsentligt, at bostøtterne arbejder evidensbaseret. Få kommuner (12 pct.) opstiller imidlertid konkrete krav til bostøtternes metoder.

Det er måske baggrunden for, at myndighedens høje vægt på evidensbaserede metoder ikke i fuldt omfang slår igennem hos leverandøren, hvor knap halvdelen (48 pct.) oplever, at den kommunale myndighed lægger vægt på, at de arbejder efter evidensbaserede metoder. Én leverandør i vores undersøgelse arbejder efter metoder fastsat af myndigheden, mens et mindretal arbejder efter fælles metoder, de selv har fastsat. Den største gruppe (60 pct.) leverandører svarer, at de anvender de metoder, de finder relevante i det konkrete tilfælde. Spørger man bostøtterne selv, svarer et stort flertal (86 pct.), at de anvender de metoder, som *de selv* finder relevante i det enkelte tilfælde.

Vi har også spurgt både ledere af leverandørfunktioner og bostøtter om, *hvilke* metoder de så bruger. Begge disse grupper svarer overensstemmende, at de i 60-75 pct. af tilfældene bruger kognitive metoder. Øvrige metoder, som alle anvendes i mindre end 20 pct. af tilfældene, er systemiske metoder, jeg-støttende metoder, adfærdstræning og social træning og motivationsarbejde.

Vi ser således, at skønt kommunerne har en forestilling om, at der skal bruges evidensbaserede metoder, kræver få af kommunerne noget bestemt af leverandøren på dette punkt, men er tilfredse med de metoder, der benyttes. Metoderne er i de fleste tilfælde fastlagt for den enkelte borger, og bostøtten har den opfattelse, at hun eller han i reglen selv definerer metoden. Det ser ud til, at spørgsmålet om den metode, der skal anvendes i bostøtten, i de fleste kommuner er et spørgsmål, det i praksis er overladt til frontpersonalet at afgøre.

Vi har endvidere set, at den kommunale myndighed i vidt omfang overlader valget af metoder til leverandøren, som oftest vælger sine

metoder i det enkelte tilfælde, og vores undersøgelser peger på, at dette valg i almindelighed overlades til den enkelte bostøtte. Spørgsmålet er, om bostøtterne så har den nødvendige viden om metoder, så de ikke blot kan træffe det rigtige valg, men også er i stand til at udføre deres arbejde efter den metode, de bør vælge. Det er vanskeligt at afgøre på basis af spørgeskemaundersøgelser, men vi kan sige noget om, hvad bostøtterne har lært, og hvad de synes, de mangler at lære. Undersøgelsen giver imidlertid indtryk af, at bostøtter ofte er meget engagerede medarbejdere, som også yder en indsats ud over det, de er forpligtet til.

Den største del (57 pct.) af bostøtterne har en mellemlang uddannelse som socialpædagog, pædagog, ergoterapeut, fysioterapeut, anden type terapeut, sygeplejerske, socialrådgiver eller lærer. Blandt dem med kort uddannelse er de fleste (33 pct.) SOSU-assistent/hjælper. Over halvdelen af bostøtterne har fået kompetenceudvikling i de metoder, der arbejdes efter, målgruppen for § 85, kommunikation med borgere og udarbejdelse af pædagogiske planer. Bostøtterne er også blevet spurgt om udækkede behov for kompetenceudvikling. De mest almindelige udækkede behov er tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, fortolkning af indholdet af ydelser inden for § 85 samt tilbud, der er relevante i sammenhæng med § 85. Disse emner mener 35 pct. er relevante emner, som de ved for lidt om, mens omkring 30 pct. mener, at borgerinddragelse og udfasning af bostøtte for borgere kunne være relevante emner.

Leverandørerne mangler således ikke viden om det specifikt faglige og metoder i forhold til funktionen som bostøtte, men de synes derimod at mangle viden i forhold til at arbejde tværfagligt og at koordinere deres ydelse med de ydelser, som borgerne modtager i henhold til andre paragraffer. Lederne af leverandørfunktionen mener dog især, at der er behov for øget fokus og viden blandt medarbejderne i forhold til udfasning af bostøtte for den enkelte borger.

De fleste kommuner (58 pct.) besvarer spørgsmålet, om de måler outcome af bostøtteindsatsen, med et klart nej. Det betyder dog langtfra, at svaret er ja i de øvrige kommuner. En stor gruppe (20 pct.) svarer, at de måler outcome sporadisk, og en næsten lige så stor gruppe (18 pct.) svarer, at de måler det på anden vis. Tilbage bliver 5 pct. af kommunerne, som har faste retningslinjer for måling af outcome af indsatsen på bostøtteområdet. Der er en stærk tendens til, at kommuner som har kriterier i forhold til visitation til § 85, også måler outcome af indsatsen. Det samme gælder for kommuner med generelle kriterier i

forhold til revisitation. Kommuner med disse generelle kriterier måler for flertallets vedkommende også outcome af indsatsen med bostøtte.

Vi kan således konstatere, at de færreste kommuner måler outcome af indsatsen, men ser man på de 5 pct. af kommunerne, som har faste generelle procedurer for visitation eller for revisitation, så måler de fleste af disse outcome af indsatsen med bostøtte, dog kun i få tilfælde systematisk. Alt i alt sker der imidlertid meget lidt måling af indsatsen.

SAMMENHÆNG I INDSATSEN

Kortlægningen viser, at borgere med bostøtte efter servicelovens § 85, også i høj grad får støtte efter §§ 83, 99, 104 og 107-108. Aktivitets- og samværstilbud efter § 104 kombineres oftest med bostøtte. I vores *borgerundersøgelse*⁵ sker dette således i 43 pct. af tilfældene, men dette tal er muligvis ikke repræsentativt for hele landet. Kommunal hjemmehjælp efter § 83 modtages af en omtrent halvt så stor gruppe. Det samme gælder støttekontaktpersonordning efter § 99. Disse resultater genfindes i vores *kommuneundersøgelse*. Her ser vi også, at midlertidigt ophold i botilbud efter § 107 og længerevarende ophold i botilbud efter § 108 benyttes en hel del. Disse tilfælde er der imidlertid få af i borgerundersøgelsen.

Den kommunale myndighed giver udtryk for, at den især samarbejder med botilbud, støttekontaktperson og aktivitets- og samværstilbud (væresteder)⁶, og uden for kommunen med behandlingspsykiatrien, om mennesker med sindslidelse som modtager bostøtte. Bostøtten arbejder mest sammen med medarbejdere på væresteder, sagsbehandlere, distriktskykiatrien, personalet i botilbud, jobcenter, praktiserende læge, og hjemmeplejen i den rækkefølge, og mindst sammen med psykiatrisk afdeling og somatisk sygehus.

De fleste borgere mener, at den støtte de modtager fra de forskellige paragraffer er godt koordineret. Dog mener 18 pct., at der er problemer i koordineringen mellem bostøtten og hjemmehjælpen. 16 pct. mener, at der er problemer i koordineringen mellem bostøtte og støttekontaktperson, 13 pct., at der er problemer i koordineringen mellem bostøtte og jobcentret og 12 pct., at der er problemer i koordineringen mel-

5. De enkelte delundersøgelser, som kortlægningen bygger på, præsenteres i kapitel 3.

6. Tilbuddene hører til udførerfunktionen. Kommunerne arbejder med en BUM model eller modificeret BUM model, hvor man skelner mellem myndighed og udfører.

lem bostøtte og aktivitets- og samværstilbud eller værested. Støtten efter § 104, som er den, der oftest bliver kombineret med bostøtte efter § 85, er altså også efter borgernes vurdering den form for støtte, som kommunerne har størst succes med at koordinere med bostøtten. De fleste bostøtter har ligeledes et godt samarbejde med personalet i de øvrige tilbud.

Det viser sig desuden, at flere af bostøtterne i kommuner, som har defineret et serviceniveau for bostøtte indsatsen, har et godt samarbejde med såvel kommunens sagsbehandler som med personalet på §§ 107 og 108 botilbud i forbindelse med borgeres udflytning fra botilbud til eget hjem med bostøtte.

Vi har således set, at borgere med sindslidelse, der har bostøtte, i mange tilfælde benytter væresteder, er modtagere af kommunal hjemmehjælp, har støttekontaktperson, og i nogle tilfælde bor i botilbud. Koordineringen mellem de forskellige tilbud er i reglen god – det er de forskellige grupper, der har fået spørgsmålet, enige om. På baggrund af tabelanalyse på undersøgelsen vurderer vi, at samarbejdet om udslusning fra botilbud til egen bolig med bostøtte går mest smertefrit de steder, hvor kommunen har defineret et serviceniveau for bostøtteindsatsen.

Mere end tre fjerdedele (78 pct.) af leverandørerne mener, at organiseringen af bostøtte i kommunen lægger op til samarbejde med andre centrale instanser, og mere end tre fjerdedele (78 pct.) af kommunernes myndighedsfunktioner giver udtryk for den samme opfattelse. Blandt bostøtterne har to tredjedele (68 pct.) denne opfattelse. To procent af leverandørerne og fem procent af kommuner og bostøtter giver udtryk for, at organiseringen af bostøtten i kommunen ikke lægger op til et samarbejde med andre centrale aktører. Leverandøren og frontmedarbejderen er således også indstillet på, at indsatsen efter § 85 sker i sammenhæng med indsatsen efter §§ 83, 99, 104, 107-108, ligesom vi så, at kommunens myndighedsfunktion var det.

I de fleste kommuner indgår beskæftigelsesindsatsen i indsatsen over for mennesker med sindslidelser. Et stort flertal af kommunerne benytter sig af beskyttet beskæftigelse (71 pct.) og af jobtræning (62 pct.). Jobcentret er ikke nødvendigvis involveret i beskyttet beskæftigelse, men det er inde i billedet, når det gælder jobtræning. Uddannelsesforløb og praktikpladser benyttes af en fjerdedel af kommunerne og deltidsstillinger af 15 pct. En særlig type beskæftigelse, som en del kommuner benytter på dette område, er brugerdrevne tilbud som fx cafeer eller sociale væresteder (benyttes af 35 pct.), stillinger som frivillige medarbejdere (20

pct.) og stillinger for medarbejdere med brugererfaring (15 pct.). Andelen af kommuner, der ikke benytter tilbud i jobcenter til mennesker med sindslidelser, kan på baggrund af undersøgelsen vurderes til at være 29 pct., mens andelen af kommuner, der slet ikke har en beskæftigelsesindsats i forhold til denne gruppe, vurderes til at være 0 pct.

De fleste kommuner har således en sammenhæng mellem bostøtteindsatsen og indsatser i jobcenter eller i det mindste andre former for beskæftigelsesrettet indsats. Alle kommuner har dog en form for beskæftigelsesindsats og opfylder således lovens krav.

Sammenhæng mellem myndigheden og behandlingspsykiatrien er i undersøgelsen alene belyst fra den kommunale myndigheds side, mens vi ikke har spurgt behandlingspsykiatrien. Der er omtrent lige så mange kommuner, der giver udtryk for, at sammenhængen er god, som der er kommuner, der mener, at sammenhængen er mindre god. Således er antallet af kommuner, der tilkendegiver, at regionen sjældent eller næsten aldrig udarbejder udskrivnings- og koordineringsaftaler (44 pct.), nøjagtig det samme som antallet af kommuner, der svarer, at regionen gør det af og til eller næsten altid. Mindre end en tredjedel af kommunerne (30 pct.) mener, at regionen næsten altid overleverer den nødvendige viden om borgere, der udskrives, og som skal have sociale tilbud, mens næsten lige så mange (28 pct.) mener, at den sjældent eller aldrig gør det. Andelen af kommuner, der oplever den sammenhæng mellem sygehusets indsats og kommunens indsats, der burde være, er lige så stor som andelen af kommuner, der oplever en manglende sammenhæng.

Bostøtterne samarbejder med forskellige andre tilbud både i og uden for kommunen. Gennemgående tilkendegiver omkring halvdelen, at der er et godt samarbejde, mens få procent mener, at samarbejdet er dårligt. Samarbejdsrelationen til sygehusets psykiatriske afdeling vurderes derimod ikke at være helt så god. En del af bostøtterne (19 pct.) vurderer, at den er dårlig, mens mindre end halvdelen (40 pct.) vurderer den som nogenlunde. Når vi beder bostøtterne om at vurdere deres relation til behandlingspsykiatriens to dele, så vurderer 70 pct., at samarbejdet med den lokale distriktspsykiatri er godt eller meget godt, mens 33 pct. vurderer, at samarbejdet med sygehuspsykiatrien er godt eller meget godt.

Der ser således ud til at være behov for et bedre samarbejde mellem bostøtteindsatsen og sygehusenes behandlingsindsats. Samarbejdet med den lokale distriktspsykiatri er betydeligt bedre end samarbejdet med den psykiatriske sygehusafdeling.

ADMINISTRATIONEN AF BOSTØTTE

Vi har i fokusgruppeundersøgelsen fået oplyst, at der i nogle kommuner har været ventetid på bostøtte på op til et år, efter borgeren var visiteret. For at undgå venteliste⁷ benytter nogle kommuner sig af gruppebostøtte, hvor borgeren ikke får en bostøtte til at komme i sit hjem, men i stedet selv kan komme på et værested, hvor indsatsen har form af møder i en gruppe med fælles bostøtte, og i øvrigt indebærer en mulighed for at kontakte personalet i hele værestedets åbningstid. En anden mulighed er, at en borger, som er visiteret til bostøtte, ikke får dette, men får en hjemmehjælp efter § 83 i ventetiden, indtil kommunen kan sende en bostøtte.

En del kommuner (23 pct.) angiver imidlertid, at de ofte eller af og til giver borgeren en støttekontaktperson, selv om borgeren egentlig burde have fået en bostøtte, mens det for 95 pct. af kommunerne sker sjældent eller aldrig, at borgeren i stedet for at modtage bostøtte modtager hjemmehjælp. Ligeledes angiver en del kommuner (26 pct.), at de ofte eller af og til giver borgeren en bostøtte i eget hjem, selv om de egentlig burde have tildelt en plads i et botilbud.

Vi ser således, at selv om vores respondenter i kommunerne mener, at de i en del tilfælde burde træffe afgørelser, som de ikke var i stand til at levere på, så tilpasser de deres visitation således, at der bliver plads til alle borgere inden for en rimelig tid. Et middel til at opnå dette mål er gruppebostøtte, som også synes at være en form, der i mange tilfælde er hensigtsmæssig, idet den giver borgeren mere social kontakt end en bostøtte i hjemmet. Derimod benytter kommunerne sig ret sjældent af at tildele hjemmehjælp i stedet for bostøtte.

Revurdering af bostøtte er et udtryk for, hvor permanent kommunen anser behovet for bostøtte for at være, samt for om kommunen finder, at det er muligt at sætte borgeren i stand til at klare sig uden denne støtte. Næsten alle kommuner tager bostøttesager op til revurdering mindst én gang om året, 12 pct. gør det sjældnere eller kan ikke sige hvor ofte, de gør det. En tredjedel (32 pct.) af kommunerne gør det endda mere end én gang om året.

Et andet spørgsmål handler om procedurer for revisitation. Få kommuner (11 pct.) har fastlagt sådanne procedurer generelt, fx i deres kvalitetsstandarder. I de fleste kommuner er procedurerne fastlagt for

7. En afgørelse i statsforvaltningen Midtjylland har fastslået, at det ikke er lovligt at have venteliste til sociale tilbud. Se <http://www.dr.dk/Nyheder/Indland/2011/01/26/115835.htm?rss=true>.

den enkelte borger, fx i dennes handleplan. En stor gruppe kommuner (20 pct.) har ingen foruddefinerede procedurer, men fastlægger blot disse efter behov.

Endelig er der et spørgsmål om revisitation for borgere, som indlægges, mens de modtager bostøtte efter servicelovens § 85. Mister de deres bostøtte i denne periode, og bliver de i så fald efter deres udskrivning tildelt den samme bostøtte som inden indlæggelsen? Kortlægningen viser, at en lille tredjedel (30 pct.) af kommunerne slet ikke indstiller bostøtten under indlæggelse, men lader bostøtten udfylde en funktion som bindeled til verden uden for sygehuset. En stor halvdel (53 pct.) af kommunerne giver altid borgeren den samme bostøtte igen efter indlæggelse, mens resten af kommunerne i reglen gør det.

Generelle procedurer for revisitation er altså ret sjældne. I de fleste tilfælde er der imidlertid fastlagt procedurer for den enkelte borger, og revisitation sker de fleste steder mindst én gang om året. Mange kommuner fortsætter med bostøtten under indlæggelse. De fleste afbryder den, men giver borgeren den samme bostøtte efter udskrivning.

Ansvar for personrelateret tilsyn med borgere med sindslidelse, der modtager bostøtte, ligger hos kommunens interne sagsbehandler, og der er ingen lovgivning om eksternt tilsyn på dette område. Godt en tredjedel (36 pct.) af kommunerne har faste retningslinjer for tilsynene, men lidt flere kommuner har faste retningslinjer for tilsynet med de borgere, de betaler for i andre kommuner. De fleste (74 pct.) kommuner har personrelateret tilsyn en gang om året, mens 9 pct. af kommunerne har det oftere.

Knap en fjerdedel (23 pct.) af kommunerne følger op mere end en gang om året, godt halvdelen (54 pct.) en gang om året, og knap en fjerdedel (23 pct.) følger sjældnere op eller tilkendegiver, at de ikke ved, hvor ofte de følger op. Der følges altså op med forskellige metoder, ofte uden personlig kontakt med borgeren, og det sker gennemsnitligt én gang om året, men mange steder sjældnere.

ER VÆRKTØJET DER, OG HAR INDSATSEN VIRKNING?

Har kommunerne så de nødvendige værktøjer og metoder? Undersøgelserne tegner et billede med store forskelle. I nogle kommuner er en stor del af bostøtterne uddannede socialpædagoger, pædagoger, sygeplejersker,

terapeuter eller socialrådgivere, i andre kommuner er en stor del af dem SOSU-assisterer. Kommunerne mener selv, at de har størst behov for kompetenceudvikling, hvad angår udfasning af bostøtte for den enkelte med henblik på, at borgeren bliver mere selvhjulpne, samt med hensyn til tværfagligt samarbejde. Kun på de to områder har mere end 60 pct. af kommunerne behov for kompetenceudvikling. Det tyder på, at mange kommuner har brug for at sætte en udvikling i gang i deres arbejde med bostøtteområdet. Intet hindrer dem imidlertid i at gøre dette. Lovgivningen giver således mulighed for, at kommunerne får de rigtige værktøjer og metoder til at sikre, at mennesker med sindslidelse kan bo i egen bolig. Det afgørende er, hvor aktivt kommunen udfylder disse rammer med mere præcise retningslinjer og procedurer.

Vejledningen tegner et tydeligt billede af en indsats, der er recovery-orienteret og rettet mod den støtte, der er brug for, så borgeren kan genvinde sine sociale færdigheder og lære at mestre et selvstændigt liv i egen bolig. Loven og vejledningen er dog ganske generelle og lægger op til at blive konkretiseret med servicedeclarationer, retningslinjer og procedurer i den enkelte kommune. Undersøgelsen viser, at en del af kommunerne har udfyldt denne ramme, mens en anden del af kommunerne har gjort mindre i denne retning.

Derfor har vi også i de fokusgruppemøder, vi har afholdt, erfaret, at fokusgruppemedlemmerne fra nogle kommuner har efterlyst en mere klar lov, som kunne reducere deres usikkerhed i forbindelse med visitation til bostøtte og gøre det indlysende, hvorfor én person skulle have bostøtte, og en anden ikke skulle have det. Undersøgelsen har imidlertid vist, at sådanne mere detaljerede retningslinjer findes i nogle kommuner, og den har endvidere vist, at der er sammenhæng mellem på den ene side retningslinjer og procedurer i kommunen, og på den anden side et mere planmæssigt arbejde med bostøtte, interesse for at registrere outcome samt benyttelse af evidensbaserede metoder.

Vejledningen som sådan har dermed den præcision, som er hensigtsmæssig. Det er overladt til kommunen at konkretisere i forhold til den lokale situation. Ser vi på, hvor der ifølge den kommunale myndighed er behov for, at man sætter fokus på i forhold til bostøtte, mener flest, at det største behov ligger inden for udfasning af bostøtten for den enkelte borger, og som det andet kommer tværfagligt samarbejde med behandlingspsykiatri og jobcenter.

Det er ikke enkelt at afgøre, om indsatsen har en virkning. Det er kompliceret at etablere kontrollerede forsøg på dette område, men det er også muligt at måle effekt ved at benytte sig af de såkaldte ”naturlige eksperimenter”, der ligger i, at kommunerne forvalter området meget forskelligt. En anden vanskelighed ligger imidlertid i, at de interessante virkninger først vil indfinde sig efter nogle år. Så vil vi kunne se, om borgerne med bostøtte, eller med bestemte former for bostøtte, kommer til at opleve færre indlæggelser, kommer mere i job, har lavere kriminalitet med mere.

Det er ikke muligt at gå til den enkelte kommune for at få et billede af, om indsatsen virker, for få af kommunerne måler systematisk outcome af deres indsats. Til gengæld oplever borgerne med bostøtte, at de får det bedre. Over tre fjerdedele (79 pct.) svarer, at de har fået mere livsmod, efter at de begyndte at få bostøtte – næsten halvdelen (49 pct.) endda, at de har fået det i høj grad. Borgerne er især blevet bedre til at håndtere egen medicin og holde kontakt med behandlere, samt købe ind, betale regninger og tage vare på egen trivsel og egne psykiske problemer. De fleste bliver motiveret til at være mere sammen med familie og venner, en del til at starte med fritidsaktiviteter og en mindre gruppe til at komme i beskæftigelse eller starte et uddannelsesforløb.

SAMMENFATTENDE OM BOSTØTTE

Analysen tegner et billede af store forskelle mellem landets kommuner med hensyn til den måde, hvorpå de udmønter bostøtten til mennesker med sindslidelse i overensstemmelse med det formål, som fremgår af vejledningen. Formålet er en indsats med den målsætning, at borgeren kan forbedre sin situation, bedre mestre sin sindslidelse, blive i stand til at få relationer til andre, og eventuelt komme i job og have de muligheder, de fleste andre mennesker har. Nogle kommuner lægger stor vægt på, at der benyttes evidensbaserede metoder, at der er servicedeklarationer, som også er virksomme i det daglige arbejde, samt at de har faste procedurer for visitation, således at sagsbehandlerne forstår, hvorfor den ene borger har bostøtte, og den anden ikke har, og ikke oplever dette billede som præget af tilfældigheder.

Nogle kommuner lægger vægt på alle disse ting, andre på en del af dem. Der er en tendens til, at kommuner, der vægter nogle af dimen-

sionerne, også vægter andre, og de kan lægge større eller mindre vægt på dem. I den anden ende af spektret finder vi kommuner, som ikke har været lige så aktive med at skabe struktur og mening i arbejdet på bostøtteområdet som de førstnævnte. Her oplever sagsbehandlere, at tilfældigheder i høj grad råder i visitationen. Der stilles ikke krav til leverandøren, men myndigheden er blot tilfreds med det arbejde, denne gør. De enkelte bostøtter vælger ofte selv de metoder, de synes er rigtige i det enkelte tilfælde, og kommunerne er mindre interesseret i outcome.

Der er ikke tale om to adskilte grupper af kommuner, men om et kontinuum, der rækker fra de mest omsorgsorienterede til de mest recovery-orienterede kommuner. De nævnte ting hænger imidlertid sammen: at kommunen har servicedeklarationer, at sagsbehandlere benytter fælles metoder, lægger vægt på evidensbaserede metoder, har faste procedurer for visitation, at kommunen har faste procedurer for overgang fra støttekontaktperson til bostøtte, måler outcome og også benytter sig af gruppe bostøtte. Alt i alt peger analysen i retning af, at nogle kommuner har struktureret feltet i et forsøg på at møde de udfordringer, der er, mens andre har holdt sig til at administrere lovgivningen mere passivt.

Her taler vi som allerede nævnt ikke om, om kommunerne gør en større eller mindre indsats på bostøtteområdet. Begge typer kommuner kan godt gøre en stor indsats. Vi taler om, at indsatsen kan gøres på forskellig måde. Det, vi kalder en ”omsorgsorienteret” måde, er at tildele bostøtte uden at have nogen plan for, hvilke fremskridt man kan forestille sig for borgeren, eller hvor længe det skal være nødvendigt at fortsætte støtten. Det vi kalder en ”recovery-orienteret” måde, består i, at man sætter mål op for bostøtten, søger at fremme social deltagelse og evaluerer hvor meget, man opnår.

På baggrund af dette billede er det nærliggende at drage den konklusion, at lovgivningen som sådan er tilstrækkelig til, at der kan gøres et godt arbejde med bostøtte for mennesker med sindslidelse, men at der derudover er brug for, at kommunerne støttes i at udfylde rammerne for denne indsats, således som serviceloven generelt forudsætter, at de skal på alle områder.

Vores litteraturstudier har vist, at integration af den psykiatriske (både medicinmæssige og terapeutiske) og den sociale indsats er helt afgørende for recovery. Den psykiatriske behandling foregår i dag især i den lokale distriktpsychiatri, men hospitalspsykiatrien har også en vigtig akutfunktion. Den særlige problemstilling frem for alle er derfor: Hvor-

dan integreres den psykiatriske behandling og den sociale indsats? Et spørgsmål er for eksempel: Hvordan sikrer vi os, at de rigtige sociale tilbud er klar ved udskrivning?

Vi har set nogle nye former for anvendelse af bostøtten, som kan være med til at løse disse problemer. Det drejer sig om forskellige former for gruppebostøtte i forbindelse med åbne væresteder, hvor personalet er i stand til at yde en fleksibel indsats, som kan sættes ind med kort varsel. Vi har også set, at nogle kommuner har akutpladser i deres bosteder, således at de kan undgå en indlæggelse i tilfælde, hvor nogle få dages ro og tryk er nok til at løse problemet.

Der er grund til at gentage den konklusion, at skønt rigtig mange kommuner ønsker sig evidensbaserede metoder, stiller kun få af dem krav til leverandøren på dette punkt. Kommunerne er tilfredse med de metoder, der benyttes. Bostøtten har den oplevelse af situationen, at hun eller han i reglen selv definerer metoden efter bedste skøn. Det ser ud til, at spørgsmålet om metode i praksis i mange kommuner er et spørgsmål, hvis afgørelse overlades til frontmedarbejderne. Det virker ikke som den bedste baggrund for at udvikle en vidensbaseret indsats.

HVAD ER BOSTØTTE?

Udviklingen på det psykiatriske område og i den måde man betragter borgere med sindslidelse på afspejles i botilbud, støtteformer og i behandlingen af disse borgere. Med normaliseringen og afinstitutioniseringen fra 1970'erne og frem startede en udvikling, hvor blandt andet borgere med sindslidelse blev flyttet fra hospitaler og ud i botilbud eller kom i egen bolig. Dermed er der brug for en anden type indsats og støtte til borgere med sindslidelse. Der er brug for en indsats, der i stigende grad lægger vægt på de sociale aspekter af borgerens tilværelse. Formålet er at gøre borgeren i stand til at fungere i dagligdagen blandt andre mennesker (Andersen, 2010; Bengtsson, 2011). Bostøtte til sindslidende er en af de indsatser, som udspringer af denne udvikling, og som understøtter borgerens mulighed for at fungere i eget hjem. I serviceloven § 85 lyder det således:

Kommunalbestyrelsen skal tilbyde hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.

Intentionen med bostøtte er, at den skal fungere som en helhedsorienteret indsats, hvor bostøttemedarbejderen bl.a. sigter mod at støtte borgeren i at udvikle egne brugbare løsninger og strategier i forhold til de pro-

blematikker, der præger dennes liv. Borgeren skal således understøttes i egen udvikling via den indsats, som bostøtten yder. Derudover fokuseres der på at støtte borgeren i at få hverdagen til at fungere, fastholde et liv i egen bolig, skaffe og fastholde job eller uddannelse samt at bevare eller genopbygge kontakten til sine pårørende.

En af målsætningerne med bostøtteindsatsen er, at borgeren skal have en høj grad af selvbestemmelse i støtteforløbet, der skal gøre det muligt for den enkelte at være med til at træffe afgørelser i eget liv og tage ansvar for egen udvikling. Det er et essentielt princip i bostøtteindsatsen at fokusere særligt på at styrke den enkelte borgers selvstændighed og livskvalitet ud fra borgerens egen definition af, hvad der karakteriserer et selvstændigt liv, og give borgeren en oplevelse af at udnytte sine ressourcer bedst muligt. En central del af bostøtteindsatsen er desuden at arbejde med borgerens netværk ved at vedligeholde borgerens sociale relationer eller hjælpe borgeren med at skabe sådanne. Dermed er en af hensigterne at bryde med den ensomhed og sociale isolation, som borgere med sindslidelse kan opleve i forbindelse med de problematikker, der præger deres liv. Det er hensigten, at den enkelte bostøttemedarbejders indgående kendskab til borgerens præferencer skal gøre det muligt at sætte realistiske mål over for borgeren og målrette den specifikke indsats til hver enkelt borgers ønsker og behov (Vejledning om hjælp og støtte efter serviceloven af 15. februar 2011).

Selve indholdet i den individuelle bostøtteindsats over for kommunens borgere kan den enkelte kommune fastsætte i et serviceniveau for bostøtteindsatsen, som kommunalbestyrelsen udarbejder. I forhold til bostøtte til sindslidende efter § 85 er kommuner imidlertid ikke lov-mæssigt forpligtede til at definere et serviceniveau, men kan på eget initiativ vælge at gøre det. Serviceniveauet sætter en generel standard for, hvad borgere kan forvente af bostøtteindsatsen i en given kommune. I forhold til den enkelte borgers behov for støtte foretages der i kommunen en individuel vurdering af vedkommendes behov for hjælp.

BUM-modellen (bestiller-udfører-modtager-modellen) er en organiseringsform, der adskiller bestiller- og udfører-rollerne fra hinanden i den kommunale sektor. Bestillerenheden er den kommunale myndighed, mens udførerenheden enten er en selvejende institution eller en kommunal eller privat leverandør. Modellen anvendes også på det sociale område, og bostøtteordningen er derfor organiseret efter BUM-modellen eller en form for modificeret BUM-model. I BUM-modellen har myndighe-

den ansvar for budgettet, visitation af borgere til fx bostøtte, eventuel udarbejdning af et kommunalt serviceniveau for indsatsen samt for klager fra borgere over støtten. Leverandøren har driftsansvar, herunder ansvar for at levere de visiterede ydelser og for dokumentation af ydelser. Selvom der i BUM-modellen sker en adskillelse af rollerne som myndighed og leverandør, og det specificeres, hvor de forskellige dele af ansvaret over for borgerne og indsatsen ligger, anvender kommunerne forskellige former for BUM-modeller. Modellen forekommer i bløde udgaver, hvor der ikke er en særlig skarp opdeling mellem myndighed og leverandør og i andre former, hvor denne adskillelse er skarp. I kommuner med en blød BUM-model betyder det bl.a., at de samme medarbejdere kan fungere både som myndighed og som leverandør af bostøtte.

Rent praktisk betyder BUM-modellen, at bestillerenheden laver en individuel udredning af borgeren og afgør, hvilke ydelser den enkelte kan modtage. Afgørelsen foretages med udgangspunkt i den enkeltes funktionsevne. Er borgeren ikke enig i afgørelsen, kan vedkommende klage over denne. Desuden har bestillerenheden ansvar for at føre tilsyn med de ydelser, borgeren modtager fra udførerenheden, og tilse, om de er i overensstemmelse med det aftalte i visitationen. Udførerenheden står for at levere de ydelser hos borgeren, som visitationen munder ud i. En tredje central part i BUM-modellen er modtageren, borgeren, som via denne organiseringsform skal modtage ydelser efter fastlagte kvalitetsstandarder/serviceniveau under iagttagelse af, at borgerens reelle behov er centrale.

DANSKE ERFARINGER MED BOSTØTTE

I Danmark er der lavet relativt få undersøgelser om bostøtte (serviceloven § 85) til borgere med sindslidelse. Derfor vil vi i dette afsnit også inddrage erfaringer fra analyser af lignende tilbud til borgere med sindslidelse som støttekontaktperson-ordningen (SKP) og botilbud. SKP er ikke en del af bostøtteordningen, men ydes efter servicelovens § 99. Det er en ikke-visiteret støtteform med en opsøgende funktion i forhold til særligt udsatte borgere, som det er svært for offentlige myndigheder at komme i kontakt med. Når der er opnået kontakt, og borgeren er motiveret, kan borgerne overgå til bostøtte efter § 85, som er en visiteret ordning.

I år 2000 blev et projekt om rummelighed i bostøtten for sindslidende, RUMBO⁸, afsluttet. Projektet fandt, at det for at forebygge isolation hos borgeren er centralt at tage udgangspunkt i den enkeltes livshistorie og identificere hvilke faktorer, der kan medføre isolation for vedkommende. Desuden er det vigtigt, at bostøttemedarbejderen er opmærksom på, hvordan man undgår, at borgeren afbryder kontakten og aktivt arbejder med dette aspekt i relationen til borgeren (Annat & Mørch, 2001). En anden analyse viser, at det for borgerne kan være svært med udskiftning i støttepersonalet, da det er trættende at skulle starte forfra med at fortælle om sig selv. For nogle kan udskiftning resultere i, at borgeren afbryder forløbet med støttepersonen (Feldskov & Jahn, 2010). Fra borgere, der modtager bostøtte, er der rejst kritik af, at det ofte ikke er muligt for borgeren selv at vælge, hvem man vil have som bostøtte. En sådan mulighed, fremhæver man, vil hjælpe borgeren til at komme sig og øge vedkommendes selvbestemmelse, hvilket er en central brik i empowerment (Socialpsykiatri, 2010).

I en undersøgelse af SKP-ordningen i Københavns Kommune, som gives under § 99, finder Karpatschof (2001), at det er centralt, at kontakten mellem støttepersonen og borgeren er præget af tillid, ærlighed og opmuntring i stedet for krav. Desuden er der forskellige dimensioner i indsatsen over for borgeren, som alle er væsentlige at inkludere. Det gælder støtte til praktiske funktioner, hjælp i forhold til eksistentielle aspekter af borgerens liv og fokus på borgerens sociale liv. Endelig er det centralt, at støttepersonen fokuserer på at støtte borgeren i behandlingsmæssige aspekter både i relation til at tale med vedkommende om de psykiske problemer og i form af støtte under eventuel indlæggelse på psykiatrisk afdeling (Karpatschof, 2001).

ERFARINGER FRA HJEMLØSEOMRÅDET

I de senere år har der været stort fokus på at nedbringe og på længere sigt at fjerne hjemløshed i Danmark via Hjemløsestrategien⁹, der løber

8. RUMBO-projektet var et netværk bestående af syv forskellige delprojekter i forskellige kommuner.

9. Hjemløsestrategien har fire overordnede og langsigtede målsætninger: 1) Ingen borgere skal leve et liv på gaden, 2) ingen unge bør opholde sig på forsorgshjem, men tilbydes andre løsninger, 3) ophold på forsorgshjem eller herberger bør ikke vare mere end 3-4 måneder for borgere, der er parate til at flytte i egen bolig med den fornødne støtte, og 4) løsladelse fra fængsel eller udskrivning fra behandlingstilbud eller sygehus bør forudsætte, at der er en løsning på boligsituationen.

fra 2009-2012¹⁰. Det er interessant at kigge på metoder i Hjemløsestrategien i forbindelse med en analyse af bostøtte til sindslidende, da disse metoder i vid udstrækning er bostøttemetoder, der skal være med til at støtte hjemløse borgere i at skabe og stabilisere en varig og stabil boligsituation (Rambøll, 2012a). Metoder fra hjemløseområdet er ligeledes interessante, fordi man anvender evidensbaserede metoder. Det fremgår derudover i SFI's seneste hjemløsetælling fra 2011, at 44 procent af de 5.290 hjemløse personer, der er i Danmark, har en psykisk sygdom (Lauritzen, Boje-Kovacs & Benjaminsen, 2011). Erfaringerne fra hjemløseområdet udgør således en vigtig teoretisk og empirisk referenceramme for udviklingen af bostøtteindsatsen.

TILGANGE OG METODER I HJEMLØSESTRATEGIEN

Tilgangen ”housing first” danner blandt andet grundlag for Hjemløsestrategien. Omdrejningspunktet i housing first er, at man så tidligt som muligt i et indsatsforløb sørger for, at den hjemløse får en permanent bolig, så man kan opnå en stabilisering af borgerens boligsituation. Housing First kan ikke stå alene, men bør ydes i samspil med den fornødne sociale støtte, der kan håndtere den enkelte borgers sociale problemer. Det er centralt i housing first, at den sociale støtte, som ydes, er tilpasset til den enkelte borgers konkrete behov, og at der er fokus på den enkeltes økonomi (Rambøll, 2012b, Stigaard, 2011). Danske kvalitative undersøgelser har således vist, at bostøtte i egen bolig har haft positiv betydning hos en gruppe hjemløse, der har fået egen bolig. De hjemløse opfatter både bostøttemedarbejderen som en tryk person, de kan betro sig til, og som en person, som kan hjælpe dem med de praktiske gøremål, der gør det lettere at bo selv (Lindstad, 2008; Stigaard, 2011).

I Hjemløsestrategien arbejder man derudover med blandt andet tre evidensbaserede bostøttemetoder: Assertive Communitive Treatment (ACT), Individual Case Management (ICM) og Critical Time Intervention (CTI). ACT ydes ofte i et team med en helhedsorienteret tværfaglig indsats. Det betyder, at et ACT-team kan bestå af flere forskellige fagpersoner, der hver bidrager med forskellige kompetencer, og ACT-teamet kan dermed yde en helhedsorienteret indsats over for borgeren. I et ACT-team kan der både indgå psykologer, psykiatere, misbrugskonsulenter, sygeplejersker og beskæftigelseskonsulenter, som varetager den sam-

10. Kommunerne har dog mulighed for at forlænge arbejdet med hjemløsestrategien til 1. september 2013.

lede støtte over for borgeren. I nogle tilfælde kan tidligere hjemløse også indgå i teamet og yde peer-support. Indsatsen skal indrettes således, at den er fleksibel og hele tiden kan tilpasses den enkelte borgers behov. Det er også grundlæggende i indsatsen, at den fokuserer på respekt og ligeværdighed, og fokus skal dermed være på borgerens ressourcer og muligheder frem for på borgerens problemer og begrænsninger. Det helt centrale i ACT, i forlængelse af housing first-tilgangen, er sikringen af en permanent boligløsning for borgeren. ACT-teamet arbejder ligeledes op-søgende og fokuserer på at yde støtten i det miljø, hvor borgeren er.

I Danmark er det netop blandt borgere med sindslidelse, at der er erfaring med brugen af ACT-team. Denne gruppe af borgere har behov for en langvarig og omfattende støtte og kontakt både i hjemmet og i nærmiljøet samt over for privat praktiserende psykiatere og distrikts-psykiatrien, som de ofte ikke formår at benytte. Her viser erfaringerne, at en sådan indsats giver færre hospitalsindlæggelser og en bedre livskvalitet for borgerne (Rambøll, 2012c; Rambøll, 2012d; Stigaard, 2011).

En anden dansk undersøgelse af personer, der lider af skizofreni, foretaget af Nordentoft m.fl. (2010), viser, at personer, der modtager behandling fra et OPUS-team¹¹, har tilbragt signifikant færre dage indlagt på et psykiatrisk sengeafsnit og færre dage tilknyttet et botilbud eller bostøtte, sammenlignet med personer, som modtager en hospitalsbaseret rehabilitering (Nordentoft m.fl., 2010). En senere undersøgelse af Nordentoft m.fl. viser ligeledes, at personer med sindslidelser, der er flyttet ind i en bolig med støtte, oplever en betydelig nedgang i indlæggelsesdage på et psykiatrisk sengeafsnit i forhold til andre psykiatriske patienter (Nordentoft m.fl., 2011). I forlængelse af Nordentoft m.fl. kunne det være relevant og interessant at undersøge, hvorvidt bostøtte til borgere med sindslidelse har den samme virkning på indlæggelser på psykiatriske sengeafsnit. Det er imidlertid ikke muligt at gøre inden for rammerne af denne undersøgelse, men et område man kan fokusere på fremover. Her i landet er der således gjort forsøg med tværfaglige team på det psykiatriske område. I den forbindelse er det værd at nævne, at disse team fungerer under forudsætning af, at strukturer, som muliggør samarbejdet, er på plads, ellers har den tværfaglige indsats svære betingelser.

Individual Case Management (ICM) er ligeledes en del af Hjemløsestrategien. Hensigten med ICM-metoden er, at den skal forbedre til-

11. OPUS-team samler bl.a. ligeledes forskellige behandlingstiltag og koordinerer samspillet mellem forskellige støtteinstanser.

gængeligheden, kvaliteten og koordineringen af de tilbud, der gives til særligt udsatte borgere. Den enkelte borger gives en individuel støtte i form af en case-manager, der skal hjælpe borgeren med eksempelvis praktisk støtte, kontakten til offentlige myndigheder, at stabilisere personlig økonomi osv. Det vil sige, at case-manageren skal fungere som tovholder, der skal hjælpe borgeren med at skabe overblik over dennes samlede situation og sikre en koordination mellem borgeren og de forskellige støtteinstanser og handleplaner.

Selve indsatsen omkring ICM gives ud fra en recovery-tilgang og har fokus på empowerment, hvor borgeren selv skal være en del af forandringsprocessen. Borgeren skal styrkes i at forbedre sine (sociale) kompetencer, sit netværk og sin integration i lokalsamfundet. Erfaringen med ICM-metoden har vist, at når borgeren har en tovholder, der fungerer som indgang til systemet, forbedres koordinationen af borgerens støtte og behandling. I og med at case-manageren spiller en aktiv og vedholdende rolle i borgerens liv, giver det en kontinuitet, der er med til at sikre, at borgeren får den nødvendige støtte fra case-manageren, men også fra andre behandlingsinstanser. Erfaringer viser også, at der skabes et tillidsforhold mellem case-manageren og borgeren, der danner grundlag for, at effekten af støtteindsatsen bliver så effektiv som mulig (Rambøll, 2012e).

Critical Time Intervention (CTI) kan beskrives som en tidsbegrænset Case Management-funktion, som anvendes til at sikre en vellykket overgang for borgeren fra et herberg, hospital eller lignende til egen bolig. CTI-indsatsen fungerer på den måde, at hver enkelt borger skal igennem et forløb på tre faser over en periode på ni måneder. I overgangen fra fase til fase får borgeren gradvist mere ansvar. Ligesom ICM-indsatsen arbejder CTI-metoden ud fra en recovery-orienteret tilgang, hvor man antager, at borgeren er i stand til ”at komme sig” og kan blive (re-)integreret i samfundet (Rambøll, 2012f).

I forbindelse med de ovennævnte evidensbaserede metoder er der ifølge Stigaards (2011) undersøgelse flere faktorer, der spiller en rolle for, at borgerne kan komme ud af hjemløsesituationen og fastholde et liv i egen bolig. Stigaard har for SFI undersøgt, hvad tidligere hjemløse selv opfatter som vigtigt for blandt andet at fastholde egen bolig. I forhold til overgangen fra eksempelvis et herberg til egen bolig fremhæver Stigaard, at en koordination mellem herberget og den kommunale myndighed vil være hensigtsmæssig, således at der skabes en glidende overgang ved, at bostøtteindsatsen sættes i gang allerede, inden borgeren får egen bolig.

Dernæst er selve det at have selvbestemmelse i egen bolig betydningsfuldt, da miljøet på et herberg i mange tilfælde kan betyde, at en borger fx genoptager et misbrug. Endvidere er det vigtigt, at borgeren får hjælp til rent praktisk at komme på plads i den nye bolig (Stigaard, 2011).

I forhold til at fastholde et liv i egen bolig er der, ifølge Stigaard, fem vigtige faktorer: et liv i et nyt miljø, familie og netværk, samvær med børnene i egen bolig, aktiviteter i hverdagen og administration af økonomi. De tidligere hjemløse, som er interviewet i Stigaards undersøgelse, vurderer selv, at chancen for, at de kan fastholde egen bolig, er langt større, hvis de ikke bor i et socialt belastet miljø, hvor risikoen for at genoptage et misbrug er stor. Dernæst er det af stor betydning, at borgeren støttes af familie og venner, og at borgeren har jævnlig kontakt med dette netværk. Det giver en tryghed for borgeren og hjælper til at fylde hverdagen ud. En fastholdelse af egen bolig betyder ligeledes, at den tidligere hjemløse kan have samvær med sine børn. Samværet og relationen til børnene er af stor betydning, da det fungerer som en motivationsfaktor for de tidligere hjemløse. En anden vigtig faktor er at have adgang til forskellige aktiviteter i hverdagen. Det er med til at skabe rammer og struktur, der dermed kan skabe en tryghed og en stabilitet i disse borgers liv. Til slut er det vigtigt, at de tidligere hjemløse får hjælp til at administrere deres økonomi, hvilket en bostøttemedarbejder kan stå for (Stigaard, 2011).

ACT anvendes som nævnt også i behandlingspsykiatrien på psykioseområdet i Danmark. Disse tværfaglige team kunne bruges mere bredt i psykiatrien, men dette kan vanskeliggøres af administrative strukturer fx mellem socialpsykiatri og behandlingspsykiatri.

NORDISKE ERFARINGER MED BOSTØTTE

I Norge har man også erfaringer med at yde støtte til borgere med sindslidelser i eget hjem. Forskning fra Norge viser, at borgere med sindslidelser finder følgende faktorer vigtige for at leve et godt liv; en permanent bolig til overkommelig pris, nok penge til at leve for, godt fysisk helbred, betalt arbejde, meningsfuld hverdag, venner og socialt netværk, bedring af symptomer og muligheden for at indgå i samfundet, som andre borgere¹².

12. I Opptørningsplanen for psykisk helse, som Sosial- og helsedirektoratet har lagt frem for Helse- og omsorgsdepartementet i 2008, skrives det, at en forudsætning for, at mennesker med

I forlængelse af disse erfaringer har man i Norge stort fokus på, hvor boligerne er placeret, og hvordan de er udformet i forhold til, at det skal være muligt for den enkelte borger at deltage i sociale og fysiske aktiviteter. Tanken er, at borgere med sindslidelser ofte mangler evner, kundskaber og motivation til at mestre eget liv, samtidig med at deres sygdom besværliggør livs- og boligsituationen. Der skal derfor være mulighed for, at de kan deltage i aktiviteter, der kan bedre disse evner. At disse basale behov er opfyldt ses som en forudsætning for, at borgere med sindslidelse kan drage nytte af en videre behandling, rehabilitering og opfølgning (Helsebiblioteket, 2005).

En evaluering af et bostøtteteam i Norge (Haukelien, 2008) viser, at det, som er anderledes ved bostøtteteamets arbejdsmetoder i forhold til andre velfærdsydelse i Norge, er, at støtten ikke ophører, selvom borgeren ikke kan eller vil tilpasse sig samfundets krav, fx ved ikke at møde op til aftaler eller gå i misbrugsbehandling. Støtten gives på borgernes præmisser.

I bostøtteteamets arbejdsbeskrivelser spiller fleksibilitet en stor rolle, da borgerens tilstand kræver en særlig form for støtte, i og med borgerne kan have brug for støtte, som ikke er bevilget, eller i nogle perioder ikke ønsker støtte. Evalueringen af bostøtteteamet viser, at det giver en mere smidig bostøtte, end loven faktisk foreskriver, og derfor bryder bostøtteteamets arbejdsopgaver i flere tilfælde med den skarpe opdeling, der er mellem bestiller- og udfører-rolle (Haukelien, 2008).

Blandt de succesfaktorer, som evalueringen fremhæver, er, at bostøtteteamet har hjulpet borgerne med skabe et permanent hjem og en varig støtte, som borgerne kan bibeholde, selvom de fx bliver indlagt på hospitalet. Psykiaterne omkring de interviewede borgere mener, at bostøtteteamet har været årsagen til, at mange af de sindslidende borgere ikke har været indlagt på psykiatrisk afdeling i lang tid.

Ligeledes mener samarbejdspartnerne omkring bostøtteteamet, at teamets fokus på at hjælpe borgerne med indkøb, budgetplanlægning og blot mødet med bostøtteteamets personale har gjort meget for borgerens sociale kompetencer, livskvalitet og sundhed. Dernæst har Haukelien (2008) observeret en stor vidensdeling på tværs af personalet, da de alle har forskellige kompetencer, og derved kan hjælpe hinanden med hver

sindslidelse kan mestre eget liv, er, at de har en tilfredsstillende bolig med tilstrækkelig støtte (bi-stand) og opfølgning.

enkelt borger, ligesom personalet har gode rutiner til at klare vanskelige situationer med borgerne, når de opstår (Haukelien, 2008).

NORSKE ACT-TEAM

I Norge har man desuden lavet et forsøg med tværfaglige ACT-team i fire forskellige kommuner fra 2008 til 2010, hvor målgruppen har været borgere med sindslidelse og tillægsproblematikker. I en evaluering af denne indsats (Pöyry Management Consulting, 2011) er det konkluderet, at borgerne oplever, at de får dækket mange behov, som de før ACT-behandlingen ikke fik dækket. Fra det samme ACT-team får borgerne blandt andet praktisk hjælp i boligen, medicinsk behandling og hjælp til at finde deres vej i det hjælpeapparat, der er omkring borgeren. ACT-teamet står både for en behandling og en opfølgning. Evalueringen viser, at mange borgere oplever, at ACT-teamet bidrager med en tryghed, og at de oplever medarbejderne som fleksible og trofaste. Borgerne oplever ligeledes, at de bliver set, og at de får hjælp til både praktiske og følelsesmæssige problemer.

Overordnet kan det siges, at ACT-teamet i højere grad bidrager til en bedre livssituation i forhold til det praktiske og sociale frem for en bedring af borgernes sygdom. I de to år man har fulgt de borgere, der har modtaget ACT-behandling, har man fundet, at længden af indlæggelsesdøgn på planlagte indlæggelser er reduceret. ACT-behandlingen har gjort, at man har fanget borgerne tidligere, og de derfor ikke behøver at være indlagt så lang tid, men hurtigere kan vende tilbage i egen bolig. De pårørende til borgerne med sindslidende har oplevet, at medlemmerne af ACT-teamet er gode til at tage ansvar for borgerne, og at tværfagligheden og hjemmebesøgene har gjort en stor forskel for den sindslidende. Dog ønsker nogle pårørende mere kontakt med ACT-teamet. ACT-teamets tværfaglighed har ifølge evalueringen betydet, at de har bidraget til at samle hjælpeapparatet omkring borgeren, således at borgerne kan få den hjælp, som de har behov for i forhold til en bedring af livssituationen (Pöyry Management Consulting, 2011).

SVENSKE ERFARINGER

Ifølge en undersøgelse foretaget af Brunt & Hansson (2004) har Sverige som følge af afinstitutionaliseringen, ligesom andre lande, haft problemer med at sørge for passende boliger til borgere med sindslidelse. Man har derfor i Sverige op gennem 1990'erne sat fokus på at have forskellige

boligsociale tilbud til denne gruppe af borgere, der skal bidrage til at højne deres livskvalitet. Bostøtte i Sverige kan ifølge Brunt & Hansson (2004) både være selvstændige boliger, hvor den enkelte modtager støtte i eget hjem, eller det kan være et samlet boligkompleks i lokalsamfundet, hvor borgeren bor sammen med andre sindslidende, og hvor der i mange tilfælde er tilknyttet fast personale (Brunt & Hansson, 2004).

Brunt & Hansson (2004) har sammenlignet livskvaliteten hos borgere med sindslidelse, der er indlagt på en psykiatrisk afdeling, og borgere med sindslidelse, der modtager bostøtte i eget hjem eller fællesboliger. I borgernes egne hjem modtager de individualiseret støtte mindst fire timer om ugen ud over den støtte, de modtager i forhold til beskæftigelse og socialisering i fx dagcentre. Resultater viser, at de borgere, der bor i egne, selvstændige boliger frem for på en psykiatrisk afdeling, har en højere livskvalitet, både i forhold til arbejde, fritid, sociale relationer og boligsituation (Brunt & Hansson, 2004).

Fordi borgere med sindslidelse gennemsnitligt lever kortere end den generelle befolkning og har en dårligere livskvalitet, har man i Sverige derudover forsøgt sig med et livstilsprogram i et bostøttetilbud. Livstilsprogrammet havde som mål at reducere de helbredsrisici, som er forbundet med at have en sindslidelse. Selve programmet fokuserede på at oplyse om gode kostvaner, motion og motivation gennem skiftevis teoritimer og fysiske øvelser, hvor en gruppe af sindslidende sammen med bostøttepersonalet mødtes to timer hver anden uge i tolv måneder. I en evaluering af programmet udtrykker borgerne tilfredshed med programmet, og der er noteret en mindre reduktion i helbredsrelaterede risikofaktorer, så som overvægt, forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol (Forsberg m.fl., 2008).

I en anden undersøgelse fra Sverige, hvor man har undersøgt, hvilke faktorer psykiatriske sygeplejersker opfatter som de vigtigste for at fremme integrationen af sindslidende borgere, der bor i egen bolig, i samfundet og i nærmiljøet, er kontakten med naboerne fremhævet som en helt nødvendig og essentiel betingelse. Undersøgelsen konkluderer, at kontakten mellem den sindslidende borger og naboerne reducerer den frygt og afstandstagen, der kan være over for den sindslidende, og den kan dermed bidrage til en bedre integration af borgeren i samfundet (Högberg, Magnusson & Lützn, 2006). Denne konklusion bakkes op af Brunt & Hansson (2002), der i en undersøgelse har påvist, at der er en positiv relation mellem sociale netværk og borgerens opfattelse af egen

livskvalitet, hvorimod det, hvis borgeren har negative sygdomssymptomer, påvirker det sociale netværk negativt. Undersøgelsen viser også, at der er tegn på, at støttepersonalet har indtaget en vigtig rolle i borgernes liv, og i nogle tilfælde har erstattet familie og venners plads i borgerens sociale netværk (Brunt & Hansson, 2002).

INTERNATIONALE BOSTØTTEMETODER

I andre lande er bostøtte, under betegnelsen Supported Housing, også en udbredt måde at støtte sindslidende til at blive i egen bolig og klare hverdagen der. Selvom der er forskelle i den måde, bostøtte ydes på, og den måde bostøtteindsatsen er organiseret på, i Danmark og i andre lande, er det i forhold til bostøtteindsatsen herhjemme centralt at se på, hvilke metoder man i andre lande anvender på bostøtteområdet.

Særligt i lande som USA, England, Canada, Australien og til dels Tyskland er der forsket i bostøtte og dens effekter samt i, hvordan det er hensigtsmæssigt at organisere indsatsen. I den internationale forskning anvendes forskellige begreber om en indsats, der indeholder elementer af bostøtte, som den er i Danmark. Den støtteform, der minder mest om bostøtte herhjemme, kaldes ”supported housing”, men også ”supportive housing” og ”housing first”¹³, der som tidligere nævnt har elementer af bostøtte, og derfor indgår litteratur vedrørende disse også i beskrivelsen af internationale metoder og tilgange i bostøtte.

Også internationalt er idégrundlaget bag bostøtte, at mennesker med alvorlig sindslidelse generelt har de samme mål som andre mennesker, der ikke lider af en sindslidelse. De vil gerne have et meningsfyldt job, en ordentlig bolig, venskaber, godt helbred, økonomisk sikkerhed, høj livskvalitet og deltage i samfundet (Bond & Campbell, 2008). Tankegangen er, at mennesker med en sindslidelse kan indtage en rolle og have

13. Af forskelle på de tre kan blandt andet nævnes, at supportive housing og supported housing adskiller sig ved, at borgerne i supportive housing-metoden flytter gennem systemet i takt med, at de får det bedre og har brug for en mindre grad af støtte. Supported housing har i højere grad fokus på at fastholde borgeren i en permanent og selvstændig bolig, hvor borgeren har en så høj grad af medbestemmelse over støtteniveauet som muligt. I housing first-tilgangen er ”housing” og støtte adskilt således, at adgangen til en bolig ikke er afhængig af, om den enkelte borger indgår i fx afvænnings- eller støtteprogrammer.

en livsstil som en almindelig samfundsdeltager i et normalt boligkvarter, hvis man tilbyder dem fleksibel og individualiseret psykiatrisk støtte.¹⁴

Metoden ”supported housing” er udviklet på baggrund af et fokus på vigtigheden af valgmulighed for borgeren, som fundament for den service, der ydes, samt at rehabilitering skal foregå i det miljø, hvor den rehabiliterede person skal være på længere sigt (Tsemberis m.fl., 2003). Et vigtigt princip er også, at borgere, der får supported housing, har valgmulighed og kontrol i forhold til, hvor de bor, hvordan de bor og den professionelle støtte, som de skal modtage (Nelson m.fl., 2007). Endvidere må retten til en bolig ikke afhænge af, om borgeren deltager i behandlingstilbud eller ej. I supported housing-metoden er boligtilbud adskilt fra den psykiatriske støtte ved, at opgaverne varetages af to forskellige institutioner, hvilket gør det muligt for den enkelte at blive i sin bolig, blot huslejen betales og andre regler overholdes (Wong, Filoromo & Tennille, 2007).

I USA er supported housing-metoden ifølge Wong, Filoromo & Tennille (2007) generelt baseret på fire grundlæggende principper, der omhandler ideen om integration i lokalsamfundet, fælles medborgerskab og forholdet mellem mennesker med sindslidelse og støttepersonalet i supported housing: 1) en bolig i lokalsamfundet ses som en basal ret for alle mennesker, også personer med svære sindslidelser; 2) mennesker med sindslidelse skal have muligheden for at indtage rollen som almindelige lejere samt som medlemmer af samfundet; 3) empowerment ses som et praktisk mål i definitionen af forholdet mellem brugeren og støttepersonalet; 4) funktionel adskillelse mellem ”housing” og psykiatrisk støtte (Wong, Filoromo & Tennille, 2007).

Særligt i USA er bostøttemetoderne således karakteriseret ved en helhedsorienteret indsats, hvor ydelserne i supported housing tænkes sammen i en helhed. Både boligens kvalitet, hvilket nærområde borgeren bor i, borgerens mulighed for at tilrettelægge sin egen hverdag også i forhold til, hvornår han eller hun får støtte, samt integration i nærområdet indgår som en del af supported housing. Den bagvedliggende tanke er som nævnt, at borgeren skal opnå praktiske og sociale færdigheder samt udvikle sig personligt gennem den samlede indsats.

I USA er tilgangen ”housing first” en central del af bostøtteindsatsen. I forbindelse med housing first benytter man sig af tværfaglige

14. Da denne undersøgelse er udenlandsk, anvender den ikke den særlige danske opdeling i behandlingspsykiatri og socialpsykiatri.

ACT-team, og lader disse team forestå hele behandlingen af borgeren. Gennem ACT-team støttes borgerne i deres rehabilitering, forvaltning af økonomiske sager, reintegrationen i samfundet og retslige sager (O'Campo m.fl., 2009; Tsemberis 2005). I mange tilfælde er der i ACT inkorporeret både psykiatrisk behandling og stofmisbrugsbehandling, og der kræves ikke afholdenhed for at deltage i behandlingen. I internationalt regi er det specielt for ACT, at borgerne har mulighed for at modtage denne ydelse døgnet rundt – den er tilgængelig 24 timer om dagen og 7 dage om ugen. O'Campo's (2009) undersøgelse viser, at dette blandt andet har medført en nedgang i psykiatriske indlæggelser (O'Campo m.fl., 2009).

En alternativ metode er NEAR-metoden¹⁵, der bl.a. bruges i supportive housing i USA. Baggrunden for metoden er, at især borgere med svære psykiske lidelser har svært ved at modtage den sociale indsats, der tilbydes, fordi de er kognitivt svækkede. NEAR-metoden er målrettet neuropsykologiske hindringer og søger at øge motivationen og indlæringsvejen. Metoden lægger vægt på at forbedre evner som opmærksomhed, koncentration, hukommelse, bearbejdningshastighed, reaktion og problemløsning gennem et computerbaseret træningsprogram. Positive effekter af denne metode er, at personer, der gennemfører et fuldt træningsprogram, bliver tydeligt bedre til at overholde aftaler, tage deres medicin og opretholde en god hygiejne. Især bearbejdningshastighed, reaktionsevne og hukommelse bliver tydeligt forbedret, viser undersøgelse. Der skal dog forskes mere i effekten af NEAR, da man ikke fuldt ud kan bestemme årsag og virkning mellem forbedringerne og NEAR, bl.a. fordi personerne på samme tid undergik andre terapier. (Medalia, Herlands & Baginsky, 2003).

Selve organiseringen af bostøtte i andre lande adskiller sig fra den danske model, og der er ydermere forskelle på organiseringen de fleste lande imellem. Nogle steder i USA er det offentlige psykiatriske system eksempelvis leverandør i forbindelse med en række lokalsamfundsbaseede psykiatriske tilbud til mennesker med sindslidelse. Disse tilbud indeholder bl.a. psykiatriske centre og organer, der udbyder tilbud til mennesker med sindslidelse (Wong, Filoromo & Tennille, 2007). Ydelserne finansieres af bl.a. føderale og statslige midler samt Medicaid, der er et sundhedsprogram for lavindkomstgrupper. Leverancen af ydelser er kontraktbaseret mellem DBHIDS (Department of Behavioral Health and Intellectual Disability Services) og de forskellige centre og

15. NEAR står for Neuropsychological Educational Approach to Remediation.

organer, der yder de forskellige psykiatriske programmer. Selve programmerne varierer i graden af støtte og kontrol, graden af struktur og boligsituation (Department of Behavioral Health and Intellectual Disability Services, 2011; Medicaid.gov, 2011).

Programmerne inkluderer derudover permanente strukturerede boliger, lokalsamfundsbaseerede rehabiliteringsboliger, specialiserede boliger til borgere med dobbeltdiagnoser, lejligheder med opsyn og selvstændige boliger. Blandt disse programmer kan fremhæves Supported Independent Living (SIL), hvor en administrerende enhed med betegnelsen Access to Alternative Services står for visitationen i forhold til at vurdere og placere alle borgere, der ansøger om en plads i SIL-programmet. SIL-programmet arbejder efter følgende kriterier, som alle ansøgere skal opfylde for at blive visiteret til programmet: personen skal have en primær diagnose på en alvorlig psykisk sygdom, der er fastslået af en psykiatrisk evaluering; personen skal have boet i staten i mere end seks måneder, eksklusive institutionalisering; personen skal være minimum 18 år gammel; i nogle tilfælde skal personen have været ædru i mindst seks til 12 måneder. Til hvert SIL-program er der tilknyttet et bostøtte-team, som fastsætter egne regler, bestemmelser og målsætning for deres borgere (Wong, Filoromo & Tennille, 2007).

I USA er supported housing ifølge Rog (2004) adskilt fra selve støtten. Det vil sige, at meningen er, at selve boligen skal stilles til rådighed af private udlejere, mens støtten skal leveres af uafhængige case-managere. I USA er metoden ICM én af de mest anvendte i forbindelse med arbejdet med mennesker med sindslidelse. Case-manageren fungerer som tidligere beskrevet som en koordinator og kontaktperson over for borgeren i forhold til andre ydelser, som borgeren måtte have behov for. Forskning viser, at en case-manager gennemsnitligt har omkring 15 sager, og der rådes til, at hver enkel case-manager højst skal have 20 sager (Rog, 2004).

INTERNATIONALE ERFARINGER MED BOSTØTTE

Erfaringer med supported housing-metoden fra andre lande¹⁶ viser, at blandt de effekter, som metoden har for den enkelte, er en reduktionen af længden af den periode, hvor personer er hjemløse, større boligstabi-

16. Forskning i effekter af bostøtte kommer særligt fra USA.

tet, reduceret hospitalisering, færre fængselsophold, færre afbrydelser i borgernes ydelser, reducerede symptomer hos borgeren, en forbedret funktion i social og personlige forhold, forbedret livskvalitet og en stigende tilfredshed med boligen (Bond & Campbell, 2008; Lee, Wong & Rothbard, 2009; Wong, Filoromo & Tennille, 2007).

International forskning viser, at borgerens nærmiljø og selve boligen betyder meget for effekten af den sociale og psykiatriske indsats. Det er vigtigt, at borgeren ikke bor i et miljø, hvor der er meget uro og kriminalitet, da det for sindslidende kan fremkalde psykiatriske symptomer og følelse af social isolation (Lee, Wong & Rothbard, 2009). Desuden viser undersøgelser, at uden en bolig af ordentlig kvalitet, som borgere har råd til, risikerer man, at andre tilgange og metoder, der skal hjælpe sindslidende, falder til jorden eller ingen effekt har (Browne & Hemsley, 2010). En stabil boligsituation er således et vigtigt element og en forudsætning for, at behandlingen til mennesker med sindslidelse bliver vellykket, og den medvirker til, at sindslidende i højere grad kan deltage i lokalmiljøet og føle sig som medborgere i samfundet (Bond & Campbell, 2008; Lee, Wong & Rothbard, 2009; Leff m.fl., 2009; Wong, Filoromo & Tennille, 2007).

Forskning viser endvidere, at mennesker med behov for støtte har en højere livskvalitet, når de modtager lokalsamfundsbaseeret støtte, der har fokus på at øge medbestemmelsen for individet og integrationen i lokalsamfundet, frem for hospitalsbaseeret støtte. Tilsvarende har ambulante patienter en højere livskvalitet end indlagte patienter (Brunt & Hansson, 2004).

Et andet fokusområde i forskningen er borgernes relation til bostøttemedarbejderne. Erfaringer fra flere lande viser, at selve personalet i supported housing spiller en stor rolle i beboernes positive oplevelser og i udviklingen af kvaliteten af beboernes individuelle relationer og forhold til andre mennesker. Et tillidsfuldt forhold til støttepersonalet har vist sig positivt på den måde, at borgere med et godt forhold til støttepersonalet bliver boende i egen bolig i længere tid end borgere med et dårligt forhold, eller uden et vedvarende og konstant støtteforløb (Lee, Wong & Rothbard, 2009).

OPSUMMERING

I dette kapitel har vi beskrevet de lovgivningsmæssige og praktiske rammer for bostøtteordningen samt set på danske, nordiske og internationale bostøttemetoder og erfaringer med bostøtte til sindslidende, hvilket danner grundlag for undersøgelsens analytiske ramme.

Bostøtte til borgere med sindslidelser udspringer af afinstitutionaliseringen på psykiatriområdet og hensigten med servicelovens § 85 er at understøtte borgernes mulighed for at fungere i egen bolig, herunder at genvinde eller udvikle praktiske, personlige og sociale færdigheder, der gør dem i stand til at mestre livet i egen bolig.

I Danmark er der relativt lidt viden om bostøtte til sindslidende, men en undersøgelse af støttekontaktperson-ordningen viser, at det er vigtigt i indsatsen at inkludere støtte til både praktiske, sociale og eksistentielle dele af borgernes liv. På hjemløseområdet, hvor en stor del af borgerne har en sindslidelse, anvender man i Hjemløsestrategien de evidensbaserede metoder Assertive Community Treatment (ACT), Individual Case Management (ICM), Critical Time Intervention (CTI) og tilgangen ”housing first” til at fastholde borgere i egen bolig. Undersøgelser fra Danmark viser, at en ACT-baseret indsats over for borgere med sindslidelse reducerer indlæggelse på psykiatrisk sengeafsnit og øger livskvaliteten blandt borgere.

Erfaringer fra Norge med bostøtte team og ACT i bostøtteindsatsen viser, at det er væsentligt, at støtten er fleksibel og løbende tilpasses den enkelte borger. Den ACT-baserede støtte giver borgere tryghed, samler hele den offentlige indsats, reducerer længden af planlagte indlæggelser og skaber på mange måder en bedre livssituation for borgere med sindslidelse.

I andre lande, bl.a. i USA, har man erfaringer med bostøtte og har forsket i evidensbaserede metoder på bostøtteområdet. Bostøtte er her karakteriseret ved en helhedsorienteret indsats, hvor støtten er fleksibel, indeholder fokus på boligens kvalitet, placering, praktisk og social støtte, integration i lokalsamfundet samt kombinerer psykiatrisk indsats og stofmisbrugsbehandling. Housing first, ICM og ACT er centrale tilgange internationalt, hvor bostøtten udgøres og udføres af tværfaglige team, der både inkluderer social indsats og psykiatrisk behandling. Dermed forebygger man også, at borgeren så at sige tabes mellem to stole fx mellem socialpsykiatri og behandlingspsykiatri.

DATAGRUNDLAG

Analysen af bostøtte til borgere med sindslidelse foretages på baggrund af et relativt omfattende datamateriale, der både inkluderer brug af kvantitative og kvalitative metoder. Materialet omfatter otte delundersøgelser: 1) en gennemgang af international litteratur om bostøtte, 2) to dialogmøder med brugerorganisationer, kommuner og regioner, 3) en spørgeskemaundersøgelse til borgere med sindslidelse med bostøtte efter § 85, 4) en spørgeskemaundersøgelse til bostøttemedarbejdere, 5) en spørgeskemaundersøgelse til ledere af bostøtte, 6) en spørgeskemaundersøgelse til den kommunale myndighed, 7) seks fokusgrupper med deltagere fra forskellige funktioner i kommunen og fra behandlingspsykiatrien og 8) et CPR-materiale for borgere med sindslidelse, der får bostøtte efter § 85.

De ovennævnte delundersøgelser belyser tilsammen, hvordan bostøtte anvendes i praksis, borgernes erfaring og vurdering af bostøtteindsatsen, sammenhæng mellem lovgivning og praksis samt, om kommunerne har de rette værktøjer på bostøtteområdet til at sikre, at borgere med sindslidelse kan være i egen bolig.

I dette kapitel beskrives hver del af delundersøgelserne, og vi redegør for de metoder, der er anvendt i indsamling af data.

LITTERATUR OG DIALOGMØDER

For at kortlægge den eksisterende viden på bostøtteområdet foretog vi i projektets start en litteratursøgning i danske og internationale litteraturdatabaser. Resultatet blev et omfattende materiale, som vi derefter gennemgik for at sortere artikler og undersøgelser fra, der ikke var direkte relevante for denne undersøgelse i forhold til problemstilling og målgruppe. Den valgte litteratur er anvendt til gennemgangen af nationale og internationale bostøttemetoder og til at give et overblik over erfaringer på området i kapitel 2.

En anden del af undersøgelsen, som skulle bidrage med viden fra praksis på området, var to dialogmøder – et med relevante brugerorganisationer og et med repræsentanter fra forskellige dele af socialpsykiatrien i kommuner og fra behandlingspsykiatrien i regioner. Disse møder blev holdt i projektets start og gav værdifuld indsigt i, hvordan bostøtte fungerer i praksis.

SPØRGESKEMA TIL BORGERE

Oplevelsen hos de borgere, der modtager bostøtte, er central at afdække i en analyse, hvor brugerperspektivet spiller en væsentlig rolle. I undersøgelsen har vi ved brug af et spørgeskema via telefon interviewet borgere med sindslidelse, der modtager støtte efter servicelovens § 85.

I sommeren 2011 gennemførtes en spørgeskemaundersøgelse via telefoninterview, hvor i alt 1.022 borgere med sindslidelse deltog. Selve spørgeskemaet indeholder 47 spørgsmål vedrørende, hvilke ydelser borgerne modtager under bostøtteordningen, borgernes tilfredshed med støtten, borgerens fremtidsplaner, oplevelsen af samarbejdet mellem bostøtten og andre leverandører af offentlige ydelser fx hjemmehjælp. Desuden spørges til borgerens oplevelse af visitation til bostøtte, herunder brugen af handleplaner og pædagogiske planer, og hvorvidt borgeren blev inddraget i udarbejdning af disse planer. Inden interviewene blev foretaget, lavede vi pilotinterview med borgere med sindslidelse, der modtager bostøtte, for at få input til forbedringer af spørgeskemaet.

Når man skal interviewe borgere med sindslidelse, er der en række aspekter, man skal være opmærksom på i kontakten til interviewpersonerne. Ikke mindst kan kontakten til andre mennesker og særligt

fremmede mennesker være vanskelig og skabe angst hos nogle borgere med sindslidelse. Desuden må man holde sig for øje, at det er en heterogen gruppe, man henvender sig til, i forhold til køn, uddannelsesmæssig baggrund, alder, mængden af symptomer osv., og så vidt muligt tage højde for dette i den måde, man relaterer til den enkelte interviewperson på.

Måden hvorpå vi skabte kontakt til borgere med sindslidelse, der får bostøtte, bestod af forskellige trin. Først kortlagde vi, hvordan bostøtte er organiseret i alle landets kommuner og tog kontakt til udførerenhederne. Dem bad vi oplyse kontaktinformation på alle bostøttemedarbejdere, der er tilknyttet den respektive enhed, hvilket vi fik fra 37 af landets 98 kommuner. Disse kommuner er spredt ud over landet og har forskellig størrelse. Dermed dækker de et bredt udsnit af kommunerne i Danmark.

Efterfølgende tog vi kontakt til bostøttemedarbejderne, som borgerne kender og formodentlig er trygge ved. Bostøttemedarbejderen fik tilsendt et brev om undersøgelsen, som vi bad vedkommende vise borgeren og tale med denne om, hvorvidt han eller hun ønskede at deltage i undersøgelsen. Derefter tog vi kontakt til borgere, der havde givet en positiv tilbagemelding i forhold til at deltage. Denne fremgangsmåde er tidligere anvendt i undersøgelser af borgere med sindslidelse og har vist sig at være brugbar i forhold til målgruppen (Karpatschof, 2001).

Selvom vi forsøgte at tage vores forholdsregler i kontakten til borgere, kan det ikke udelukkes, at nogle interviewpersoner har haft dårlige oplevelser med at blive interviewet, hvilket givetvis hænger sammen med de problematikker, som en sindslidelse indebærer. Vi har fået tilbagemeldinger fra seks borgere, som af forskellige årsager havde haft en dårlig oplevelse med interviewet. Ikke desto mindre giver det anledning til altid at være varsom, når man interviewer udsatte borgere med psykiske vanskeligheder.

SPØRGESKEMA TIL BOSTØTTEMEDARBEJDERE

For at få indblik i, hvordan bostøtteordningen fungerer ud fra personalets perspektiv, blev der i sommeren 2011 lavet en spørgeskemaundersøgelse blandt bostøttemedarbejdere i de 37 kommuner, hvor den ovenfor omtalte borgerundersøgelse blev foretaget. Ligesom ved borgerundersø-

gelsen blev alle kommuner inviteret til at deltage, men kun det nævnte antal kommuner deltog.

Bostøttemedarbejderne fik tilsendt spørgeskemaet med post til deres arbejdsadresse, og de kunne også besvare spørgeskemaet på internettet. I alt blev skemaet sendt til 657 bostøttemedarbejdere, hvoraf 45 ikke havde mulighed for at svare, fx på grund af sygemelding eller pension. Det giver et samlet antal på 612 bostøttemedarbejder, som havde mulighed for at svare, hvoraf 328 besvarede skemaet, hvilket giver en svarprocent på 55.

Inden spørgeskemaet blev sendt ud til bostøttemedarbejderne, blev der foretaget en pilottest af skemaet, og det blev efterfølgende rettet til på baggrund af erfaringerne fra pilottesten. Spørgeskemaet til bostøttemedarbejderne indeholder 41 spørgsmål, der handler om, hvilke former for bostøtte vedkommende yder, brugen af metoder, brug af handleplaner og pædagogiske planer, samarbejde med den kommunale myndighed samt personale i fx hjemmepleje og behandlingspsykiatri. Desuden spørges til samarbejdet med borgerens netværk og deres bostøttemedarbejderes oplevelse af bostøtteordningen, herunder hvorvidt de mener, at den virker efter lovens hensigt.

SPØRGESKEMA TIL LEDERE AF BOSTØTTE

Den tredje del af datamaterialet i denne rapport består af et mindre spørgeskema til ledere af leverandørfunktionen. Idéen med dette spørgeskema er at få indblik i, hvordan bostøtteordningen fungerer set ud fra et ledelsesmæssigt leverandørperspektiv, hvilke udfordringer man ser i forhold til bostøtte, og hvilke metoder der anvendes i bostøttearbejdet.

For at finde ud af, hvem der i den enkelte kommune skulle have spørgeskemaet som leder af leverandørfunktionen, kortlagde vi i alle landets kommuner hvem, der havde ansvaret for leverandørfunktionen. De personer, som spørgeskemaet blev sendt til, har derfor selv forinden tilkendegivet, at de har ansvar for og varetager ledelsen af leverandørfunktionen.

Spørgeskemaet blev i sommeren 2011 sendt til alle ledere af leverandørfunktionen i alle landets kommuner. 59 af de 98 kommuner besvarede skemaet, hvilket giver en svarprocent på 62. Selve spørgeskemaet bestod af 20 spørgsmål vedrørende organiseringen af bostøtteindsatsen,

brugen af metoder, kompetenceudvikling blandt medarbejderne og samarbejdet med den kommunale myndighedsfunktion.

SPØRGESKEMA TIL DEN KOMMUNALE MYNDIGHED

Den fjerde og sidste del af det kvantitative datamateriale udgøres af et spørgeskema til lederen af den kommunale myndighed, som bostøtte hører under. Myndigheden spiller en væsentlig rolle i selve udmøntningen af bostøtteordningen, idet den står for visitation af borgere til bostøtte, ligesom den også sidder inde med viden om de kommunale udfordringer i bostøtteordningen.

På samme måde som vi kortlagde, hvem den ansvarlige for leverandørfunktionen var i kommunerne, henvendte vi os også til myndigheden i hver kommune og bad dem udpege, hvem i den kommunale myndighed der havde ansvaret på bostøtteområdet. Således er spørgeskemaet sendt til personer, der har beskrevet sig selv som ansvarshavende for myndighedsfunktionen.

Spørgeskemaet blev i sommeren 2011 sendt til alle landets kommuner i elektronisk form. 66 af landets 98 kommuner besvarede spørgeskemaet. Det giver en svarprocent på 67. Lederen af myndighedsfunktionen besvarede et spørgeskema med 74 spørgsmål om kommunens brug af bostøtte til sindslidende, om visitation og udredning af borgere til bostøtte, sammenhængen mellem bostøtte og andre tilbud til borgere med sindslidelser og oplevelser af udfordringer i forbindelse med bostøtte.

FOKUSGRUPPER MED KOMMUNER OG REGIONER

For at belyse, hvordan samarbejdet fungerer mellem socialpsykiatri og behandlingspsykiatri, og hvilke barrierer borgere, bostøtter og den kommunale myndighed oplever i relation til bostøtteordningen, afholdt vi seks fokusgruppemøder med seks til syv deltagere i hver gruppe fra henholdsvis socialpsykiatri og behandlingspsykiatri. Deltagerne omfattede både ledere og praktikere fra henholdsvis regioner samt myndigheds- og leverandørfunktionen i kommuner.

Det overordnede emne for fokusgrupperne var sammenhængen mellem lovgivning og praksis på bostøtteområdet. Herunder diskuterede den ene halvdel af grupperne samarbejde mellem kommune og region om borgere med sindslidelse, der får bostøtte, mens den anden halvdel af grupperne fokuserede på overgangen fra botilbud til bostøtte samt udviklingen på området de seneste fem år. Hensigten med fokusgrupperne var at få sat ord på de konkrete erfaringer og holdninger, som regioner og kommuner har i forhold til hovedemnet, og at få belyst sammenhængen mellem lovgivning og praksis ud fra en diskussion af dette. Ud over at give viden om praksis i kommuner og regioner giver det også et indblik i, hvordan bostøtte forstås i kommuner og regioner samt i samspillet mellem disse to instanser.

CPR-MATERIALE

Ved siden af spørgeskemaundersøgelsen til borgere har vi indhentet CPR-numre på borgere med sindslidelse, der får bostøtte i alle landets kommuner. Vi henvendte os til alle kommuner for at få disse oplysninger om borgere, og 83 pct. af kommunerne bidrog. På basis af dette materiale kan vi sammenligne borgere i denne undersøgelse i forhold til køn og alder med borgere med sindslidelse, der modtager bostøtte. Dermed kan vi se, om borgere i denne undersøgelse adskiller sig fra andre borgere med sindslidelse, der får bostøtte.

METODEOVERVEJELSER

Når man indsamler datamateriale, er det centralt at være opmærksom på, hvordan forskellige forhold kan spille ind på det datamateriale, man samler ind og ikke mindst, hvilken betydning dette kan have for analyseresultaterne.

Særligt i relation til borgerne i undersøgelsen har vi overvejet, hvordan vores måde at kontakte dem på ville spille ind på data. Det kan ikke udelukkes, at i og med kontakten til borgerne er gået via bostøtten, er det ikke alle borgere, som er blevet præsenteret for undersøgelsen. Bostøtterne kan både have vurderet, at nogle borgere var for dårlige til at blive interviewet, eller de kan bevidst eller ubevidst have valgt borgere

fra til undersøgelsen af andre grunde. Denne fremgangsmåde, som vi vurderede, var den bedst egnede til at få kontakt med borgeren med, indebærer derfor en selektion.

Et andet forhold, der kan have haft betydning for de svar og resultater, som borgerundersøgelsen viser, er, hvorvidt borgerne har været trygge ved at deltage. I udarbejdningen af spørgeskemaet og i instruktionen til interviewerne har vi understreget, at borgernes svar ikke videregives til andre fx bostøtter og kommunal myndighed. Efterfølgende er vi gjort opmærksom på, at nogle borgere har været utrygge ved at udtale sig, da de var usikre på, om de var anonyme. Dermed kan nogle borgeres svar være påvirket af, at de kan være usikre på, om deres svar kan spille ind på deres fremtidige støtte.

På basis af CPR-materialet fra alle landets kommuner om borgere med sindslidelse, der får bostøtte, har vi sammenlignet borgere i denne undersøgelse. Resultaterne viser, at kvinder er overrepræsenteret i denne undersøgelse, hvilket kan have at gøre med, at målgruppens kvinder er mere villige til at lade sig interviewe og tale om sig selv end målgruppens mænd. Dette kan have indflydelse på de svar og resultater, vi får i borgerundersøgelsen, som derfor også er kontrolleret for signifikante forskelle mellem kvinders og mænds besvarelser. Dette betyder, at hvis vi på baggrund af undersøgelsen skal estimere tal for hele befolkningen, skal disse beregnes særskilt for kvinder og mænd.

Som beskrevet tidligere i kapitlet har en stor del af myndighedsfunktionerne i kommuner og lederne af leverandørfunktionen besvaret spørgeskemaet (henholdsvis 67 pct. og 62 pct.), og over halvdelen af bostøtterne (55 pct.) har svaret på spørgeskemaet. Andelen af besvarelser i alle tre spørgeskemaer vurderer vi, er forventelige i undersøgelser som denne. Besvarelserne er spredt ud over landet. De deltagende kommuner adskiller sig heller ikke væsentligt fra de øvrige kommuner i landet, hvad angår størrelse set i forhold til indbyggertal¹⁷. På den baggrund finder vi, at kommunerne i denne undersøgelse kan give et indtryk af bostøtte generelt i Danmark.

Blandt bostøtterne varierer svarprocenten fra kommune til kommune. I én ud af de 37 kommuner har ingen af bostøtterne besvaret spørgeskemaet. Der er dog ikke væsentlig forskel i størrelse set i forhold

17. Kommuner i undersøgelsen er inddelt i kategorier efter indbyggerantal og sammenlignet med tilsvarende inddeling blandt alle 98 kommuner. Den anvendte kategorisering i forhold til indbyggertal er: 1) Under 30.000, 2) 30.000-49.999, 3) 50.000-99.999, 4) 100.000-199.999, 5) 200.000-499.999, 6) Over 500.000

til indbyggertal mellem de deltagende kommuner og resten af landets kommuner: De 37 kommuner er pænt spredt over hele landet og har forskellig størrelse, og dermed fordeler besvarelserne sig jævnt over landet.

Vi kan dog ikke vide, om der er en sammenhæng mellem, hvilke bostøtter der har valgt at svare og fx deres oplevelser med at være bostøtte. Disse og lignende informationer har det ikke været muligt for os at indsamle, og derfor kan resultaterne give en skævhed, som dog ikke er stor.

I og med at dataindsamlingen er foregået henover sommeren 2011, er det ikke muligt i denne rapport at undersøge tiltag på bostøtteområdet, der er sat i værk efter dette tidspunkt. Via vores kontakt med kommuner og fagpersoner på området er vi klar over, at der sker mange nye ting i bostøtteindsatsen hele tiden. Denne rapport omhandler udelukkende tiden frem til sommeren 2011 og ikke om, hvad der siden er sket.

ANALYSER

De fire spørgeskemaundersøgelser udgør tilsammen det, vi vil kalde en *kortlægning af bostøtte*. I rapporten anvender vi de fire spørgeskemaundersøgelser og de seks fokusgruppeinterview til en analyse af bostøtte til borgere med sindslidelser. Data fra spørgeskemaundersøgelserne behandles hver for sig, da vi ikke direkte kan sammenligne resultaterne. Det kan vi ikke, fordi ikke alle kommuner har deltaget i de fire spørgeskemaundersøgelser, det vil sige, at besvarelserne ikke kommer fra nøjagtig de samme kommuner, hvorfor det ikke er muligt at lave en direkte sammenligning. Imidlertid indgår hovedparten af de deltagende kommuner i alle fire undersøgelser, og derfor kan vi benytte resultaterne fra de fire spørgeskemaer til at se tendenser og forskelle på et mere generelt niveau mellem forskellige sektorer og dele af bostøtteindsatsen i Danmark. Fokusgruppeinterviewene anvendes til at tydeliggøre og illustrere resultaterne fra det kvantitative datamateriale.

I rapporten indgår også analyser af sammenhæng mellem forskellige forhold i bostøtteindsatsen. Analyserne er foretaget via krydstabulering og test af sammenhæng ved brug af χ^2 -test. Når der i analyserne indgår ordinale variable, hvilket betyder, at der er en rangordning i svarkategoriene, anvendes gammatest. I testene anvender vi et 5-procents-signifikansniveau. Det betyder, at vi anser en sammenhæng for at være signifikant, når der er højst 5 pct. sandsynlighed for at finde et

andet resultat for sammenhængen med lige så stor forskel, som vi finder i analysen, hvis der i virkeligheden ikke er nogen forskel (forskelse = 0).

ET BILLEDE AF BORGERE OG BOSTØTTER

I dette kapitel giver vi en beskrivelse af de borgere, der deltog i interviewundersøgelsen. Kapitlet tegner dermed et billede af en gruppe af de personer med sindslidelse, der får bostøtte i Danmark. Desuden tegner vi også et billede af bostøtterne og beskriver dermed, hvem der i praksis udfører bostøtteindsatsen.

PERSONPROFILER

For at vise hvor forskellig gruppen af borgere, der får bostøtte, kan være, har vi lavet nogle eksempler på fiktive personer i målgruppen. De følgende personprofiler er baseret på data fra spørgeskemaundersøgelsen med borgere, men er ikke repræsentative. Personprofilerne skal fungere som eksempler på, hvilken historie borgere, der modtager bostøtte, kan have.

EN MODTAGER AF BOSTØTTE MELLEM 19 OG 29 ÅR

Den første bostøttemodtager er en kvinde på 25 år, der bor sammen med sin kæreste i en lejlighed i et alment socialt boligbyggeri. Kvinden har ingen børn. Hun er arbejdsløs, men er på kontanthjælp samt aktive-ring. Hun er gået ud af folkeskolen i 9. klasse. Kvinden lider af en per-

sonlighedsforstyrrelse, og før hun fik tildelt bostøtte efter § 85 af kommunen, boede hun i egen bolig uden nogen støtte.

EN MODTAGER AF BOSTØTTE MELLEM 30-39 ÅR

Den anden bostøttemodtager er en kvinde på 35, der bor i en ejerlejlighed. Hun bor alene sammen med sine to børn, og hun har ingen partner. Kvinden har en gymnasial uddannelse og er beskæftiget i et skånejob. Hun lider af en svær grad af OCD, og hun boede i egen bolig uden støtte, før hun begyndte at modtage § 85-støtte.

EN MODTAGER AF BOSTØTTE MELLEM 30-39 ÅR

Den tredje bostøttemodtager er en mand på 31 år af anden etnisk baggrund end dansk. Han bor alene i en lejelejlighed i et alment socialt boligbyggeri. Manden har ingen hjemmeboende børn, og han har ingen partner. Manden har taget en htx-uddannelse. Han er arbejdsløs og på kontanthjælp. Manden lider af bipolar lidelse, og før han begyndte at modtage § 85-bostøtte, boede han i egen bolig uden støtte.

EN MODTAGER AF BOSTØTTE MELLEM 40 OG 49 ÅR

Den fjerde bostøttemodtager er en mand på 48, der bor i en lejelejlighed. Han har ingen hjemmeboende børn og ingen partner. Manden er førtidspensionist, men har i nogen år arbejdet som tømrer, og han har en erhvervsfaglig uddannelse. Han lider af skizofreni, og før han fik tildelt bostøtte efter § 85, har han i flere perioder været indlagt på psykiatrisk sengeafsnit.

EN MODTAGER AF BOSTØTTE OVER 60 ÅR:

Den femte bostøttemodtager er en kvinde på 63, der ikke har nogen hjemmeboende børn. Kvinden bor alene i en andelslejlighed og har ingen partner. Kvinden lider af svær depression og er på førtidspension, da hun ikke længere kan arbejde. Hun har en mellemlang videregående uddannelse. Før kvinden blev visiteret til § 85-bostøtte, var hun indlagt på psykiatrisk sengeafsnit.

BORGERNE I UNDERSØGELSEN

Tabel 4.1 viser, hvordan borgere med bostøtte i denne undersøgelse for-deler sig på en række baggrundsvariable som køn, alder, civilstand, om man har hjemmeboende børn, uddannelsesniveau og arbejdsmarkedstil-knytning. Borgere, der indgår i denne undersøgelse, er i højere grad end andre mennesker uden partner og størstedelen har heller ikke hjemme-boende børn. Andelen af borgere med en partner falder med alderen, således at der procentmæssigt er flere blandt de 19-29-årige, som har en partner sammenlignet med de andre aldersgrupper.

Ser vi på forskelle mellem kvinder og mænd på disse områder har signifikant flere kvinder en partner, ligesom flere af kvinderne har hjemmeboende børn sammenlignet med mændene i undersøgelsen. Af dem, der har en partner, bor to ud af tre sammen med partneren. Af dem, der har hjemmeboende børn, har langt de fleste højst to børn, der bor sammen med dem.

40 pct. har grundskole som deres højeste uddannelse, dernæst følger erhvervsfaglig eller lærlingeuddannelse. Størstedelen af borgerne i undersøgelsen befinder sig uden for arbejdsmarkedet, cirka to ud af tre er således på førtidspension. Dette hænger angiveligt sammen med bor-gernes sindslidelse, der kan gøre det svært for dem at passe et arbejde og være sammen med andre mennesker. Det er primært 19-29-årige, der er på arbejdsmarkedet eller i uddannelse. Hovedparten af de unge er imid-lertid sygemeldte, hvorimod størstedelen af borgerne i de andre alders-grupper er på førtidspension. Andelen af borgere på førtidspension stiger med alderen, og borgerne i denne undersøgelse befinder sig i det hele taget uden for eller på kanten af arbejdsmarkedet.

Tabel 4.1 sammenligner vore respondenter med borgere med bostøtte i alle landets kommuner. Det fremgår, at udvalget afspejler al-derssammensætningen i populationen fint. Som tidligere nævnt deltager signifikant flere kvinder end mænd i bostøtteundersøgelsen sammenlig-net med fordelingen mellem kvinder og mænd, som får bostøtte.

TABEL 4.1

Borgere i undersøgelsen, særskilt for udvalgte baggrundsvARIABLE. Tal fra bostøtteundersøgelse og tal fra landets kommuner. Procent.

	Bostøtteundersøgelse		Tal fra landets kommuner	
	Procent	Antal	Procent	Antal
<i>Køn*</i>				
Kvinder	60	612	48	6.970
Mænd	40	410	52	7.620
<i>Alder</i>				
19-29 år	14	142	19	2.767
30-39 år	22	222	21	3.069
40-49 år	24	241	24	3.444
50-59 år	24	243	21	3.058
60 år+	16	161	15	2.252
<i>Civilstand*</i>				
Har partner	28	288	11	1.615
Har ikke partner	72	732	89	11.979
<i>Børn</i>				
Har hjemmeboende børn	14	144	14	1.961
Har ikke hjemmeboende børn	86	878	86	11.633
<i>Uddannelse*</i>				
Grundskole	40	406	61	246
Gymnasial	13	131	9	1.233
Erhvervsfaglig/lærlinge	19	193	20	2.720
Kort videregående	12	123	2	305
Mellemlang videregående	11	115	6	760
Lang videregående	4	40	2	330
<i>Arbejdsmarkedstilknøytning*</i>				
Lønmodtager, selvstændig (fuldtids eller deltids)	2	21	18	2.442
I flexjob, skånejob	4	37	2	268
Arbejdsløs (aktivering, kontakthjælp, revalidering)	14	141	12	1.679
Under uddannelse	3	27	10	1.301
Sygemeldt	6	58	2	260
Førtidspensionist	67	678	48	6.537
Pensionist/efterlønsmodtager	5	54	8	1.107

Anm.: Signifikante forskelle mellem borgere i bostøtteundersøgelsen og alle borgere i landets kommuner med sindslidelse, der får bostøtte, er markeret med *.

Kilde: Spørgeskema til borgere.

BOLIGFORHOLD

Flertallet af de borgere, vi har interviewet, bor i lejeboliger, mens en mindre andel ejer deres egen bolig. Det viser tabel 4.2. Endelig er der forholdsvis få, som bor i såkaldte opgangsfællesskaber, der dækker over en almen bolig tilknyttet et bofællesskab. Bostøtte er ofte blevet opfattet

som støtte til borgere, som ikke bor i botilbud (§ 107-108), hvilket langt hovedparten af borgere i denne undersøgelse heller ikke gør.

At en mindre del af borgerne i undersøgelsen bor i botilbud, kan hænge sammen med, at vi har henvendt os til borgere via bostøtter. Selvom vi i kontakten med bostøtter har understreget, at undersøgelsen omhandler alle borgere med sindslidelser, der får bostøtte, kan vi ikke vide, om bostøtter har opfattet det som undersøgelsen handlede om mere ”klassisk” bostøtte uden for botilbud.

TABEL 4.2

Borgere i undersøgelsen fordelt efter bopæl. Procent og antal.

	Procent	Antal
Lejelejlighed (inkl. alment boligbyggeri)	69	693
Ejerbolig, andelsbolig	19	196
Lejlighed tilknyttet bofællesskab (inkl. opgangsfællesskab)	5	53
Botilbud	3	31
Andet	2	21
Bor hos forældre	2	17

Kilde: Spørgeskema til borgere.

PSYKISKE LIDELSER

Borgerne i denne undersøgelse får bostøtte, fordi de har en sindslidelse, der gør det svært for dem at klare hverdagen. De psykiske lidelser, der oftest forekommer blandt borgerne, er depression, mani og bipolar lidelse, dernæst skizofreni og psykoser, fobier, angst, OCD samt PTSD. Det viser tabel 4.3.

I undersøgelsen har borgerne kunne svare, at de havde flere forskellige psykiske lidelser, og derfor er det samlede antal besvarelser større end antallet af respondenter i tabel 4.3. På et par områder skiller de fem aldersgrupper sig fra hinanden i forhold til forekomsten af psykiske lidelser. Særligt borgere i alderen 60 år og derover ligger højere i forhold til de andre aldersgrupper, når man ser på forekomst af depression, mani og bipolar lidelse. Derimod angiver færre i denne aldersgruppe at have skizofreni og psykoser sammenlignet med borgere i andre aldersgrupper. De 50-59-årige adskiller sig ved, at en større del af disse angiver at have psykisk lidelse forårsaget af alkohol og euforiserende stoffer. Ser vi på de yngre borgere i undersøgelsen, skiller de 19-29-årige og de 30-39-årige sig ud ved, at en større andel af disse har ADHD sammenholdt med de re-

sterende borgere. Ligeså er der andelsmæssigt flere blandt de unge, der har personlighedsforstyrrelser og borderline end i de andre grupper.

I forekomsten af psykiske lidelser er der desuden forskel mellem kvinder og mænd i undersøgelsen. Signifikant flere mænd end kvinder har en psykisk lidelse på grund af brug af alkohol eller euforiserende stoffer, ligesom flere mænd har skizofreni og psykoser sammenlignet med kvinder. Kvinder svarer i signifikant højere grad, at de har depression, mani, bipolar lidelse, stress, fobier og angst, ligesom flere kvinder end mænd angiver at have personlighedsforstyrrelser.

TABEL 4.3

Borgere i undersøgelsen opdelt efter psykiske lidelser. Særskilt for aldersgrupper. Antal.

	19-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60 år +	I alt
Depression, mani og bipolar lidelse	48	94	93	113	101	449
Skizofreni og psykoser	55	95	107	89	32	378
Stress, fobier, angst, OCD og PTSD	47	76	76	78	34	311
Personlighedsforstyrrelser (fx borderline)	44	51	39	30	12	176
ADHD	26	24	12	7	1	70
Autisme, Aspergers syndrom	5	4	2	0	2	13
Psykisk lidelse forårsaget af alkohol eller euforiserende stoffer	4	9	11	21	11	56
Anden psykisk lidelse	9	22	25	14	14	84
Har ingen psykisk lidelse	3	1	5	9	4	22
Sum	241	376	370	361	211	1.559

Anm.: Nogle borgere har mere end en diagnose.

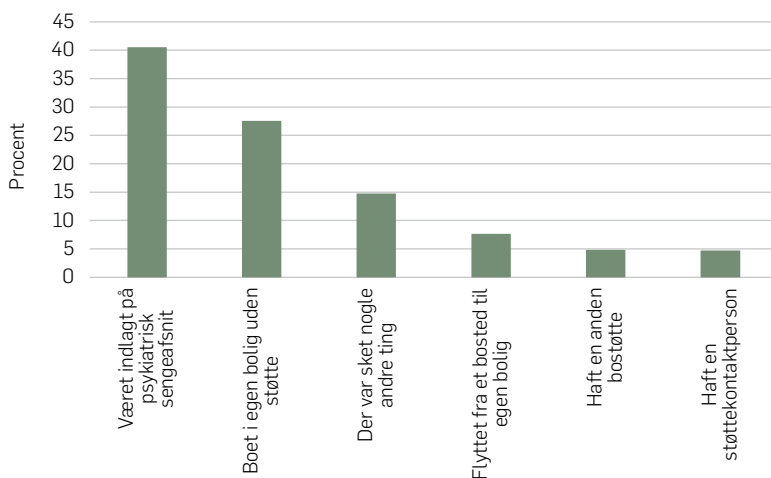
Kilde: Spørgeskema til borgere.

En anden del af beskrivelsen af borgerne i undersøgelsen vedrører, hvor borgerne så at sige kom fra, før de fik bostøtte. 40 pct. af borgerne har været indlagt på psykiatrisk sengeafsnit i tiden, inden de fik bostøtte, mens 28 pct. har boet i egen bolig uden støtte. Derimod er det en forholdsvis lille andel, som har haft en støttekontaktperson og derefter fået en bostøtte. Dette kan selvfølgelig også hænge sammen med, at det ikke altid er klart for borgerne, hvornår de går fra at have en støttekontaktperson til at have en bostøtte. I nogle tilfælde kan det være den samme medarbejder, der fortsætter som bostøtte hos borgeren, og derfor kan det være svært for borgeren at være opmærksom på, om der var en støttekontaktperson før bostøtten. Alt dette fremgår af figur 4.1.

Der er ikke markante forskelle på, hvilken livssituation borgere i forskellige aldersgrupper var i, inden de fik bostøtte. Dog svarer de 19-29-årige i højere grad end andre, at de fik bostøtte i forbindelse med overgang fra bosted til egen bolig. Resultaterne vedrørende borgernes livssituation, inden de fik bostøtte, viser således, at flere kommer med en baggrund, hvor de har modtaget en intensiv indsats i forhold til deres sindslidelse, og færre kommer ind i bostøtteordningen uden tidligere at have fået støtte.

FIGUR 4.1

Borgere i undersøgelsen fordelt efter, hvad der skete i tiden, lige inden de fik bostøtte. Procent.



Kilde: Spørgeskema til borgere.

BOSTØTTEMEDARBEJDERNE

Inden vi i næste kapitel ser nærmere på, hvordan bostøtteordningen fungerer, vil vi dette afsnit kort beskrive medarbejdergruppen af bostøtter i forhold til uddannelse, arbejdstimer og fordelingen mellem kvinder og mænd blandt bostøtterne.

Blandt bostøtterne har 32 pct. en uddannelsesmæssig baggrund som social- og sundhedshjælper eller som social- og sundhedsassistent. Den anden største faggruppe er socialpædagoger, og som den tredje kommer pædagoger. Meget få bostøtter i undersøgelsen har ingen ud-

dannelse eller en ikke-fagligt relevant uddannelse som fx håndværker. Det viser tabel 4.4. Samlet kan vi sige, at der er en forholdsvis stor spredning i forhold til, hvilken uddannelsesmæssig baggrund bostøtterne i undersøgelsen har, og gruppen af medarbejdere tegnes derfor ikke hovedsagligt af én faggruppe.

TABEL 4.4

Bostøtter fordelt efter uddannelsesmæssig baggrund. Procent og antal.

	Procent	Antal
SOSU-assistent/-hjælper	32	106
Socialpædagog	17	55
Pædagog	16	51
Plejer	8	27
Ergoterapeut/fysioterapeut	8	26
Sygeplejerske	6	20
Socialrådgiver	5	17
Anden pædagogisk, social- og sundhedsfaglig uddannelse, fx lærer, terapeut	5	15
Ingen uddannelse	2	5
Anden uddannelsesmæssig baggrund, fx tømrer	1	2
I alt	100	326

Kilde: Spørgeskema til bostøtter.

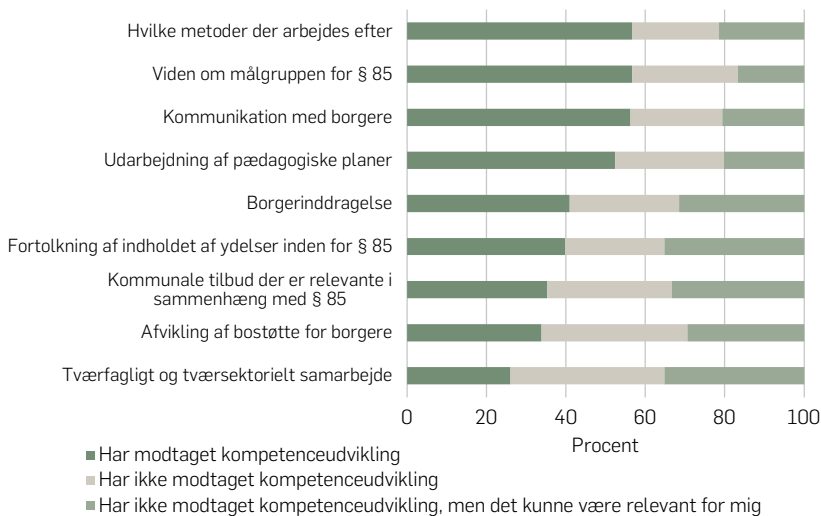
Bostøtternes erfaring og holdning til kompetenceudvikling ses i figur 4.2. Den største andel har modtaget kompetenceudvikling om metodebrug og viden om målgruppen for bostøtte. Interessant er det imidlertid også, at en tredjedel af bostøtterne efterlyser at få øget deres kompetencer i forhold til fortolkning af ydelser til borgere inden for bostøtte samt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde.

Størstedelen af bostøtterne i denne undersøgelse er kvinder, således er knap otte ud af ti bostøtter kvinde. De fleste bostøtter (68 pct.) arbejder på fuld tid som bostøtte, dvs. 37 timer ugentligt. De resterende 32 pct. fordeler sig nogenlunde ligeligt mellem at arbejde henholdsvis 36-31 timer, 30 timer og under 30 timer om ugen. I gennemsnit er hver medarbejder bostøtte for 10 borgere, men der er relativt stor forskel på, hvor mange borgere de enkelte bostøtter har (standardafvigelsen er fire). Antallet af borgere skal også ses i sammenhæng med, hvor mange timer om ugen den enkelte arbejder som bostøtte.

Stort set ingen af bostøtterne har erfaring med selv at modtage bostøtte. Det ser ikke ud til, at medarbejdere med brugererfaring på området anvendes i bostøtteindsatsen.

FIGUR 4.2

Bostøtter fordelt efter, om de inden for det seneste år har modtaget kompetenceudvikling, særskilt for udvalgte områder. Procent.



Kilde: Spørgeskema til bostøtter.

OPSUMMERING

I dette kapitel har vi givet en karakteristik af borgere og bostøtter, som deltager i undersøgelsen.

Borgerne i undersøgelsen har forskellig baggrund, men der er flere kvinder end mænd. Aldersmæssigt fordeler de sig jævnt fra 19 til 60 år, og en mindre del er ældre end 60. Flertallet er uden partner, har ikke hjemmeboende børn, har grundskole som højeste uddannelse og er uden for arbejdsmarkedet. En stor gruppe er modtagere af førtidspension. Borgere i undersøgelsen bor hovedsagligt i lejebolig, og en stor del var indlagt på psykiatrisk sengeafsnit, umiddelbart inden de fik bostøtte. De hyppigst forekommende psykiske lidelser er depression, mani og bipolar lidelse, skizofreni samt psykoser.

Bostøtter er hovedsagligt kvinder. Den største faggruppe er SO-SU-assistent/hjælper, dernæst socialpædagoger og som det tredje pædagoger. De fleste arbejder fuldtid som bostøtte, og meget få har selv brugererfaring.

STØTTE TIL AT KOMME SIG

På baggrund af datamaterialet kortlægger vi i dette kapitel, hvordan bostøtteindsatsen over for borgere med sindslidelse fungerer i Danmark. Vi ser nærmere på, hvilke former for støtte der gives, hvordan støtten gives, hvor meget bostøtte borgerne får, og hvilke tilbud der eventuelt mangler i den nuværende indsats.

STIGNING I VISITATION

I dette afsnit vil vi se på, hvordan lederen af den kommunale myndighed og lederne af leverandørfunktionen ser på forskellige forhold omkring brugen af bostøtte.

I de senere år er visitationen til bostøtte steget mærkbart på landsplan. Vi har spurgt repræsentanter fra den kommunale myndighed, om de har oplevet en stigning i visitationen i deres kommune siden kommunalreformen i 2007. Et stort flertal (83 pct.) vurderer, at visitationen til bostøtte også er steget i deres kommune. Spørger man til årsagerne hertil, viser tabel 5.1, at der blandt repræsentanter fra den kommunale myndighed er relativt bred enighed om, at det skyldes en generel stigning i antallet af borgere med psykiske problemer, der identificeres, et stigende krav om en individuelt tilpasset social indsats, at kommunen har sti-

gende fokus på at tilbyde individuelt tilpassede løsninger, samt at kommunen anvender bostøtte for at nedbringe visitationen til de dyrere løsninger i form af botilbud efter servicelovens § 107-108.

Således er det ifølge repræsentanter fra den kommunale myndighed både udefrakommende faktorer som den generelle stigning i antallet af borgere med psykiske lidelser, der identificeres, samt interne forhold som reorganisering i den kommunale indsats, hvor borgere i højere grad modtager bostøtte i eget hjem end bor i botilbud (§ 107-108). Sidstnævnte forhold er som beskrevet indledningsvis i rapporten en konsekvens af afinstitutionaliseringen på psykiatriområdet.

TABEL 5.1

Andelen af kommuner, der vurderer udvalgte forhold som årsager til stigning i visitation til servicelovens § 85 siden kommunalreformen. Procent og antal.

	Procent	Antal
En generel stigning i borgere med psykiske problemer	96	53
En stigning i antallet af unge med alvorlige psykiske funktionsnedsættelser der ønsker en individuelt tilpasset indsats	89	49
En stigning i kommunernes anvendelse af fleksible og individuelt tilpassede boligindsatser	78	43
Kommunerne anvender § 85 for at nedbringe antallet af brugere af fx § 107 og § 108	80	44

Kilde: Spørgeskema til kommunal myndighed.

TABEL 5.2

Andelen af kommuner med udvalgte opfattelser af visitationens omfang og borgernes behov. Procent og antal.

	Procent	Antal
Der visiteres i passende omfang	79	52
Nogle borgere visiteres til bostøtte efter § 85 i et omfang, der ikke dækker deres behov	24	16
Nogle borgere visiteres til bostøtte efter § 85, selvom de reelt set ikke har behov for denne form for støtte	5	3
Nogle borgere visiteres <i>ikke til</i> bostøtte efter § 85, selvom deres behov med fordel kan imødekommes inden for § 85	8	5

Anm.: Andelen i tabellen summerer ikke til 100 pct., da respondenterne har kunnet give flere svar.

Kilde: Spørgeskema til kommunal myndighed.

Selvom fire ud af fem kommuner angiver, at de i stigende omfang visiterer til bostøtte, mener de færreste, at omfanget af visitationen er for stort, hvilket fremgår af tabel 5.2. De fleste (79 pct.) vurderer, at de anvender bostøtte i passende omfang, dvs. de fleste kommuner mener selv, at de

har formået at imødekomme det stigende pres i forhold til at tilbyde individuelle indsatser til et øget antal borgere med dette behov.

Få (5 pct.) har den opfattelse, at der visiteres borgere til bostøtte, som reelt ikke har dette behov. Lidt flere (24 pct.) mener, at nogle borgere får for lidt hjælp. I kommunernes myndighedsfunktioner er opfattelsen således alt i alt, at hjælpen er tilstrækkelig, og at der ikke foregår overkompensation.

Leverandørfunktionen ser knap så positivt på bostøtten. Her mener 59 pct., at nogle borgere visiteres til bostøtte i en udstrækning, der ikke dækker deres behov. Under halvdelen af lederne af leverandørfunktionen (44 pct.) angiver, at der efter deres opfattelse visiteres i passende omfang til bostøtte for borgere med sindslidelser. Andelen af leverandører, som giver udtryk for, at der er tale om overkompensation, er imidlertid også større, end den vi så ved myndighederne. Det viser tabel 5.3.

TABEL 5.3

Andelen af leverandører med udvalgte opfattelser af omfang af visitation og borgernes behov. Procent og antal.

	Procent	Antal
Der visiteres i passende omfang	44	26
Nogle borgere visiteres til bostøtte efter § 85 i et omfang, der ikke dækker deres behov	59	35
Nogle borgere visiteres til bostøtte efter § 85, selvom de reelt set ikke har behov for denne form for støtte	17	10
Nogle borgere visiteres <i>ikke til</i> bostøtte efter § 85, selvom deres behov med fordel kan imødekommes indenfor § 85	31	18

Anm.: Andelen i tabellen summerer ikke til 100 pct. da respondenterne har kunnet give flere svar.

Kilde: Spørgeskema til leverandør.

Måske ikke så overraskende viser resultaterne således, at den største del af lederne af leverandørfunktionen mener, at der burde ydes mere bostøtte. Lederne af leverandørfunktionen deler imidlertid ikke alle denne opfattelse, og 17 pct. mener, at der er tale om en overkompensation, hvor nogle borgere får bostøtte, selvom de ikke har behov for det. Således er der forskellige holdninger til visitationens omfang blandt ledere af leverandørfunktionen. Resultaterne skal naturligvis ses i sammenhæng med, hvem der udtaler sig og deres rolle i forhold til bostøtte.

Lederne af leverandørfunktionen er blevet spurgt, om de har afvist en bestilling fra den kommunale myndighed på at yde bostøtte, fordi de vurderede, at bevillingen var urealistisk, fx i forhold til det visiterede antal timer eller borgerens psykiske tilstand. 27 pct. svarer, at de af og til

har afvist en bestilling med denne begrundelse, 46 pct. svarer, at de sjældent har gjort det, mens de resterende 27 pct. svarer aldrig. Ingen af lederne af leverandørfunktionen angiver, at de ofte afviser en bestilling, fordi den er urealistisk. Selvom hovedparten af lederne af leverandørfunktionen sjældent eller aldrig afviser at yde bostøtte som følge af en urealistisk bestilling fra myndigheden, oplever en stor gruppe leverandører således, at der efter lederne af leverandørfunktionens vurdering en gang imellem ikke er overensstemmelse mellem borgerens behov og den støtte, som borgeren bør have¹⁸.

Problematikken i forhold til forskellige opfattelser af støttebehovet mellem myndighed og leverandør blev også bragt op i fokusgrupperne. Her fremhævede nogle deltagere fra både myndigheds – og leverandørniveau, at BUM-modellen (bestiller-udfører-modtager) giver udfordringer på bostøtteområdet, hvis der ikke er en gensidig faglig forståelse og respekt mellem myndighed og leverandør. Deltagere i fokusgrupper beskriver eksempler, hvor der efter deres udsagn har været sammenhæng mellem myndighed og leverandørs opfattelse af borgernes behov og den visiterede bostøtte. I de tilfælde har der været der et tæt samarbejde mellem de to instanser i definitionen af kvalitetsstandarder og ydelser til den enkelte borger. En deltager fortæller om sin kommune:

Her fungerer BUM-modellen godt, og grunden til, at det er sådan, er, at ydelsen er lavet i samarbejde mellem bestiller og udfører.

Fælles eller dobbelt faglighed hos myndighed og leverandør fremhæver fokusgruppedeltagerne som et væsentligt element i en velfungerende BUM-model i socialpsykiatrien. Desuden indebærer en god BUM-model, at myndighed og leverandør sammen udarbejder de kvalitetsstandarder, som bostøtte gives på baggrund af. På den måde er begge parter enige om grundlaget for den bostøtte, de visiterer til og de indsatser, de yder til borgerne.

18. Bemærk imidlertid, at der er sammenfald mellem leverandør- og myndighedsfunktionen i 17 pct. af kommunerne.

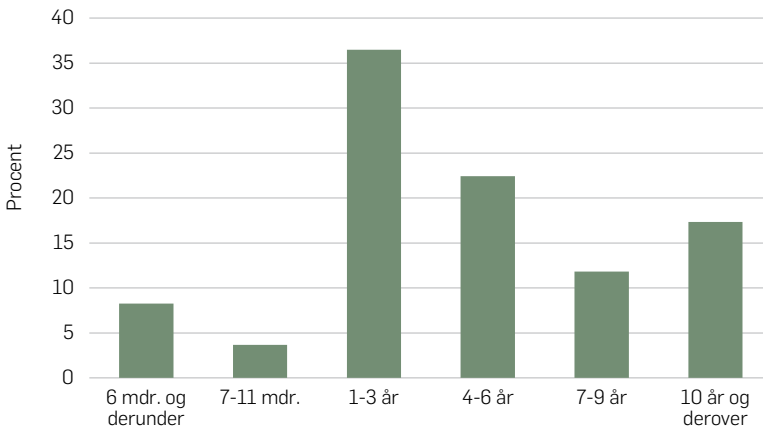
BOSTØTTE TIL BORGERE

I den næste del af kapitlet fokuserer vi på den bostøtte, som borgerne i undersøgelsen modtager. Vi ser på, hvor meget støtte de får, og hvad borgerne får støtte til under § 85.

I gennemsnit får borgerne i undersøgelsen 7 timer og 12 minutters bostøtte om måneden med en standardafvigelse på 6 timer og 12 minutter. Sidstnævnte tal betyder, at der er meget stor forskel på, hvor mange timers bostøtte borgene får om måneden. Det ses også, når man kigger på fordelingen af timeantallet på borgere. 50 pct. af borgerne får således højst fem timers bostøtte om måneden svarende til en time og et kvarters bostøtte om ugen. 10 pct. af borgerne får mere end 13 timers bostøtte om måneden. Gennemsnitstallet er udtryk for, at en mindre del af borgerne modtager betydelig flere timers bostøtte end resten af borgerne i undersøgelsen.

FIGUR 5.1

Borgere i undersøgelsen fordelt efter, hvor længe de har modtaget bostøtte. Procent.



Kilde: Spørgeskema til borgere.

Spørger man den kommunale myndighed, om de har et loft for, hvor meget bostøtte en borger kan få, svarede fleste kommuner (65 pct.), at der ikke er fastsat nogen øvre grænse for, hvor mange timers bostøtte en borger kan modtage ugentligt.

Ser vi på, hvornår borgerne fik bostøtte for første gang, viser figur 5.1, at det for knap halvdelen af borgerne er 3 år eller derunder siden, de fik bostøtte første gang. For de fleste af disse er det 1-3 år siden. Det betyder, at der for den anden halvdel af borgerne er gået minimum 4 år. Endelig viser resultaterne, at det for 17 pct. er 10 år eller mere siden, at de fik bostøtte første gang. Her er det væsentligt at nævne, at der kan have været perioder, hvor borgerne ikke har fået bostøtte, fx under indlæggelse, og at disse også tæller med i optegnelsen. Samlet tegner tallene derfor et billede af den samlede periode, som borgeren har fået bostøtte. Det samlede billede viser, at flertallet af borgere har fået bostøtte over en del år.

Under bostøtteordningen er det muligt at få støtte på en række forskellige områder. Som beskrevet indledningsvis i rapporten er formålet med bostøtte til borgere med sindslidelse både at støtte til at bevare, opnå og genvinde personlige, praktiske og sociale færdigheder i forhold til at håndtere hverdagslivet i egen bolig. Tabel 5.4 viser, hvilke former for hjælp borgerne får af bostøtten. Stort set alle angiver, at bostøtten taler med dem om deres trivsel i hverdagen, ligesom forholdsvis mange får støtte til at håndtere deres psykiske problemer og til at arbejde med deres fremtid i form af målsætninger for, hvad der skal ske. Derimod får 10 pct. hjælp til at håndtere deres medicin, og 25 pct. får støtte til at komme i beskæftigelse, herunder uddannelse, fuldtidsjob og flexjob.

Den primære del af medicin håndtering og beskæftigelsesindsats er placeret i andre kommunale sektorer som hjemmeplejen og jobcenter. Bostøtterne kan dog godt have en hjælpende funktion på disse områder fx ved at ringe eller sende sms'er, der minder borgerne om at tage deres medicin.

Samlet set drejer støtteformerne blandt borgerne i undersøgelsen sig primært om støtte til personlig trivsel, udvikling og om at håndtere egne problemer. Dernæst får en del også støtte til at holde kontakt til forskellige offentlige instanser. Lidt længere nede på listen kommer støtte til social kontakt til andre mennesker, til forskellige praktiske gøremål og til at komme i beskæftigelse.

Sammenholder vi borgernes beskrivelse af, hvad de modtager støtte til og lovens formuleringer om støtte efter § 85, taler loven og vejledningen til denne om støtte til generelt at udvikle og vedligeholde personlige færdigheder, herunder at kunne skabe og opretholde netværk, struktur i hverdagen og til en mere aktiv livsudfoldelse (Vejledning om hjælp og støtte efter serviceloven nr. 2¹⁹). Den støtte, som borgerne i

19. Ministerialtidende nr. 13, 15. februar 2011.

denne undersøgelse modtager, vedrører imidlertid primært borgernes personlige og psykiske trivsel. Støtte, der retter sig udad mod borgerens omgivelser, som fx støtte til dannelse af sociale relationer og til at komme i beskæftigelse, modtager under halvdelen af borgerne. Hvorfor færrest borgere modtager disse støtteformer, kan vi ikke sige noget om på baggrund af denne undersøgelse.

TABEL 5.4

Andelen af borgere i undersøgelsen, der modtager forskellige støtteformer. Procent og antal.

	Procent	Antal
Samtale om borgerens trivsel	98	1.015
Støtte til at håndtere psykiske problemer	86	988
Støtte til at sætte mål op for fremtiden	81	1.007
Støtte til at holde kontakt med offentlige myndigheder	64	1.000
Støtte til at holde kontakt med egen læge og behandlingspsykiatri	49	1.008
Støtte til kontakt til andre mennesker	46	1.006
Støtte til at klare praktiske opgaver, fx betale regninger	43	1.013
Støtte til oprydning og rengøring	33	1.012
Hjælp til indkøb	28	1.015
Støtte til at komme i beskæftigelse (uddannelse, flexjob, fuldtidsjob)	25	1.006
Hjælp til medicinhandling	10	1.014

Kilde: Spørgeskema til borgere.

Ser man på forskelle i, hvilken støtte borgere modtager i forhold til deres alder, er der ikke så overraskende flere blandt de 19-29-årige, der får støtte til at komme i beskæftigelse og til at sætte mål op for deres fremtid, og andelen af borgere, som modtager denne hjælp, falder med alderen. Desuden får flere blandt de 19-29-årige støtte til at klare praktiske opgaver, fx betale regninger og besvare breve. Andelen af borgere, der modtager støtte på dette område, falder også med alderen.

På et par områder er der forskel på, hvilke støtteformer kvinder og mænd får. Signifikant flere kvinder får støtte til at komme i beskæftigelse, mens signifikant flere mænd får støtte til oprydning og rengøring samt hjælp til praktiske opgaver. Mænd får i højere grad også støtte til at holde kontakt med offentlige myndigheder, end kvinder gør.

I spørgeskemaundersøgelsen har vi spurgt borgerne, om de savner støttetilbud i deres nuværende ordning, hvilket 25 pct. svarer, at de gør. Heraf savner størstedelen af borgerne støtte til praktiske gøremål som fx oprydning, indkøb eller hjælp til at finde ny bolig. Dernæst savnes støtte til selv at klare psykiske problemer samt til at komme mere ud blandt andre menne-

sker. De nævnte støttebehov er imidlertid områder, hvor kommunerne allerede yder støtte under § 85. På baggrund af besvarelsene blandt borgerne i undersøgelsen ser der ikke ud til at være behov for at inkludere nye områder i den samlede ordning, der kan gives støtte til. Snarere udtrykker borgernes svar et ønske om at kunne modtage flere af de støtteformer, som der allerede gives under bostøtteordningen i de fleste kommuner.

KOMMUNERNES BOSTØTTE

En af de helt centrale aktører i forhold til, hvilke ydelser der gives som bostøtte, er den kommunale myndighed. Som nævnt indledningsvis definerer kommunalbestyrelsen, hvilke områder der gives bostøtte til, og hvornår denne støtte gives til borgerne. Derfor kan det være forskelligt fra kommune til kommune, hvilke områder der ydes bostøtte til. I tabel 5.5 giver vi på baggrund af besvarelses fra den kommunale myndighed et overblik over, hvilke ydelser der indgår i den kommunale bostøtte til mennesker med sindslidelser.

TABEL 5.5

Andelen af kommuner, der yder forskellige støtteformer under servicelovens § 85. Procent og antal.

	Procent	Antal
Støtte til at opretholde/etablere sociale relationer	100	66
Støtte borgeren i at klare flere ting selv i hverdagen	100	66
Støtte til at opretholde/etablere kontakt til praktiserende læge, behandlere i distriktpsychiatrien eller på psykiatriske sengeafsnit	100	66
Støtte borgeren i at håndtere sine psykiske problemer selv	99	65
Støtte i forbindelse med kontakt til borgerens sagsbehandler og andre myndigheder	99	65
Tale med borgeren om hans/hendes generelle trivsel	97	64
Støtte borgeren i at opstille mål for fremtiden	97	64
Støtte i forbindelse med at handle og lave mad	96	63
Støtte i forbindelse med sund livsstil, fx KRAM ¹ -faktorerne, herunder kontakt til diætist	94	62
Støtte til rengøring og oprydning i boligen	92	61
Støtte ift. sociale aktiviteter på væresteder	88	58
Støtte til praktiske ting uden for boligen	85	56
Støtte til medicinbehandling	77	51
Støtte til personlig pleje	76	50
Støtte ift. sociale aktiviteter, der ikke er en del af et socialt værested, fx i en forening, korsang, kunstmaling	74	49
Støtte til at komme i gang med uddannelse eller job	70	46

1. KRAM vil sige Kost, Rygning, Alkohol og Motion – dvs. de sider ved livsstilen, der betyder mest for helbredet.

Kilde: Spørgeskema til kommunal myndighed.

Resultaterne viser, at alle deltagende kommuner angiver, at de yder støtte til at opretholde/etablere sociale kontakter, til at borgere lærer at klare flere ting i hverdagen og at holde kontakt med behandlere som fx praktiserende læge og personale i behandlingspsykiatrien. Alle på nær én kommune svarer, at de også støtter borgerne i at håndtere egne psykiske problemer under bostøtteordningen. På de nævnte områder samt en række andre vist i tabel 5.5, hvor stort set alle kommuner svarer, at de yder den beskrevne støtte, er der for borgerne ikke markant forskel på den form for bostøtte, de kan få, afhængigt af hvilken kommune de bor i. Derimod indgår støtte til sociale aktiviteter, der foregår uden for sociale væresteder, ikke som en del af bostøtteordningen i 26 pct. af kommunerne.

Sidste række viser, at der i 30 pct. af kommunerne heller ikke gives støtte til at motivere borgere til at komme i beskæftigelse som en del af bostøtte. Støtte til personlig pleje varetages hovedsagligt af hjemmeplejen, og derfor kan det godt overraske, at 76 pct. af kommunerne i undersøgelsen yder støtte dertil under § 85.

Sammenligner vi kommuners støtteformer med, hvad vejledningen til § 85 taler om, at der kan gives støtte til, yder alle eller næsten alle støtte til at styrke borgeres praktiske og psykiske funktionsmuligheder og til at benytte sig af det offentlige andre tilbud, fx kontakt til praktiserende læge. En central del af vejledningen er desuden, at der kan ydes støtte til at opbygge sociale netværk og til, at borgere kan fastholde egen identitet (Vejledning om hjælp og støtte efter serviceloven af 15. februar 2011). Det giver mange kommuner også støtte til, men primært når dette foregår inden for rammerne af andre kommunale tilbud fx på et værested. Støtte til at fastholde egen identitet, have en mere aktiv livsudfoldelse eller gøre brug af andre tilbud uden for det offentlige ved fx at deltage i fritidsaktiviteter uden for værested yder 26 pct. af kommuner ikke støtte til som en del af bostøtten.

BOSTØTTERNES INDSATS

Bostøtterne er desuden spurgt om, hos hvor stor en del af borgerne, som de er bostøtte for, de yder de forskellige støtteformer. Den ydelse, som flest bostøtter leverer, er at tale med borgerne om deres generelle trivsel. Dernæst kommer støtte til borgerne i at håndtere deres psykiske problemer selv, og som det tredje støtte borgerne i at opstille mål for deres

fremtid. De ydelser, som færrest bostøtter yder, er støtte til personlig pleje, støtte til at deltage i sociale aktiviteter uden for væresteder samt støtte til at komme i gang med et uddannelsesforløb eller i job.

Bostøtterne leverer således også ydelser, der primært centrerer sig om borgernes egen trivsel og udvikling, og i mindre grad er rettet mod borgernes relation til omverden. Det samme gør sig gældende for de ydelser, som borgerne angiver, at de modtager, samt ved den kommunale myndigheds beskrivelse af, hvilke ydelser de giver støtte til under bostøtteordningen. Det tegner et billede af, at bostøtteindsatsen hovedsageligt omhandler støtte til borgernes "egen" tilværelse og i mindre omfang til borgerens kontakt til det omgivende samfund, som fx støtte til at opbygge sociale netværk og beskæftigelse.

Dele af forskningslitteraturen samt internationale bostøttemetoder understreger imidlertid vigtigheden af, at social støtte er en central del af bostøtteindsatsen for at øge borgerens integration i lokalsamfundet og dermed værne mod social isolation (Brunt & Hansson, 2004; Lee, Wong & Rothbard, 2009; Wong, Filoromo & Tennille, 2007). Det fremgår bl.a., at integration af den psykiatriske (både den medicinmæssige og den terapeutiske) og den sociale indsats er helt afgørende for recovery. På denne baggrund kan man spørge, om bostøtteindsatsen i Danmark lægger tilstrækkelig vægt på det udadrettede og dermed på den støtte, der modvirker, at borgeren havner i social isolation.

SUPPLERENDE BOSTØTTE

Ved siden af de ydelser, som indgår i bestillingen fra den kommunale myndighed, siger 84 pct. af bostøtterne, at de også udfører andre ydelser end dem, borgerne er visiteret til, hvis de vurderer, at borgerne har behov for andre ydelser. For at belyse, i hvilket omfang borgerne har adgang til bostøtten, når bostøtten ikke fysisk er hos borgerne, har vi spurgt bostøtterne, om de udfører supplerende bostøtte hos borgerne. Supplerende bostøtte forstås her som anden form for kontakt mellem borgerne og bostøtterne end det fysiske fremmøde. Det kan fx være telefonopkald, sms og e-mail. De fleste bostøtter (70 pct.) svarer, at de udover det personlige fremmøde yder supplerende bostøtte.

På den måde er bostøtterne relativt fleksible i forhold til den støtte de giver, både når vi ser på at tilpasse ydelsen til borgernes behov

og i forhold til at holde kontakt med borgerne på andre måder end det personlige fremmøde.

Interessant er det imidlertid, at den supplerende bostøtte, ifølge bostøtterne selv, i nogen grad sker på deres eget initiativ. Det viser resultaterne i tabel 5.6, hvor lidt under halvdelen af de bostøtter, som yder supplerende støtte, angiver, at de kompenseres for den tid, de bruger på dette. En forholdsvis stor andel på 35 pct. svarer ”ved ikke” til dette spørgsmål. Dette kan forstås på forskellige måder. Det kan både skyldes, at bostøtterne ikke ved, om der er en kompensation for supplerende bostøtte, men det kan også hænge sammen med uklare aftaler mellem ledelsen og bostøtterne på dette område. Ser vi på, hvor udbredt det er, at den supplerende bostøtte formelt organiseres i kommunen, svarer knapt fire ud af ti bostøtter, at dette er tilfældet. Lige så mange bostøtter ved ikke, om den supplerende bostøtte er organiseret i kommunen. Alt i alt peger resultaterne i tabel 5.6 på, at supplerende bostøtte i nogen grad faciliteres af kommunen, og mest af alt viser bostøtternes besvarelse, at en del af dem ikke ved, under hvilke forhold de yder supplerende bostøtte i forhold til dennes organisering, og hvorvidt de kompenseres for at yde supplerende bostøtte. I mange tilfælde gør de mere for borgeren uden at være klar over, om det er noget, de får betaling for.

TABEL 5.6

Bostøtter fordelt efter, om de kompenseres for at yde supplerende bostøtte, og efter om den supplerende bostøtte er organiseret af kommunen. Procent og antal.

	Ja	Nej	Ved ikke	Antal
Kompenseres du for den tid, du bruger som supplerende bostøtte (økonomisk, afspadsering eller lign.)?	44	20	35	281
Er den supplerende bostøtte organiseret af kommunen fx at kommunen opfordrer til det?	39	21	40	282

Kilde: Spørgeskema til bostøtter.

Den kommunale myndighed er også spurgt om dens brug af supplerende bostøtte, der som i ovenstående afsnit defineres som andre former for kontakt mellem borger og bostøtte end det fysiske fremmøde. 86 pct. af kommunerne tilbyder supplerende bostøtte, og i flertallet (68 pct.) sker dette efter konkret aftale med den enkelte borger. Lidt over en tredjedel af kommunerne yder supplerende bostøtte, når borgeren har behov for det lige meget, hvilken tid på døgnet. Det viser tabel 5.7.

Hovedparten af kommunerne anvender således supplerende bostøtte, og i en del af kommunerne er denne aftalt med den enkelte. Derimod er der forskel på, om borgerne kan få supplerede støtte uanset tidspunktet.

TABEL 5.7

Andele af kommuner, der anvender forskellige former for supplerende bostøtte til borgere i individuelle boliger. Procent og antal.

	Procent	Antal
Tilbyder supplerende bostøtte	86	57
Tilbyder supplerende bostøtte, når borgeren har behov, uanset tidspunkt	35	23
Tilbyder supplerende bostøtte inden for normale arbejdstider	39	26
Tilbyder supplerende bostøtte efter konkrete aftaler med den enkelte borger	68	45

Kilde: Spørgeskema til kommunal myndighed.

KOMMUNALT SERVICENIVEAU

Et centralt redskab i definitionen af, hvilken form for bostøtte, der ydes til borgere med sindslidelser i de enkelte kommuner, er kommunens serviceniveau. Kommunerne er ikke pålagt at have et serviceniveau for bostøtte. Desuden er det op til kommunalbestyrelsen i hver kommune at fastlægge et niveau eller standarder for, hvilke ydelser der kan visiteres til under bostøtteordningen i den respektive kommune. Denne definition danner grundlag for, hvilke ydelser kommunens sagsbehandlere visiterer de enkelte borgere til under § 85.

For at afdække, hvor mange kommuner der definerer et serviceniveau for bostøtte til borgere med sindslidelser, er den kommunale myndighed spurgt om, hvorvidt kommunalbestyrelsen har fastlagt et serviceniveau for bostøtteindsatsen. De fleste (69 pct.) kommuner angiver, at der er fastsat et serviceniveau i kommunen. Det ses i tabel 5.8.

Blandt de kommuner, der har fastlagt et serviceniveau for bostøtte, er dette i langt de fleste tilfælde tilgængeligt for borgerne på kommunens hjemmeside, mens det i knap én ud af fem kommuner (19 pct.) alene er tilgængeligt for kommunens sagsbehandler. I disse kommuner har borgerne således ikke mulighed for på forhånd at se, hvilke ydelser der gives til dem som en del af bostøtteindsatsen.

TABEL 5.8

Kommuner fordelt efter fastlæggelse af serviceniveau for bostøtte efter service-lovens § 85. Procent og antal.

	Ja	Nej	Antal
Har kommunalbestyrelsen fastlagt et serviceniveau for § 85?	69	31	65

Kilde: Spørgeskema til kommunal myndighed.

Selvom flertallet af kommuner i undersøgelsen har fastsat et serviceniveau, der ligger til grund for, hvilke ydelser borgerne visiteres til i bostøtteordningen, viser resultaterne, at det i lidt under en tredjedel (31 pct.) af kommunerne ikke er tilfældet. Som nævnt er serviceniveauet et centralt redskab for kommunens sagsbehandlere, når de visiterer borgere til bostøtte og beslutter, hvilke ydelser der skal indgå i bostøtteindsatsen over for den enkelte borger. Endvidere er serviceniveauet også borgernes mulighed for at se, hvilke ydelser de kan forvente at få i deres bostøtte, og dermed en mulighed for at kende kommunens ydelser under § 85.

At det kommunale serviceniveau er et væsentligt redskab for kommunens sagsbehandlere kommer til udtryk i det kvalitative datamateriale bestående af seks fokusgrupper med kommuner og regioner. Her deltog bl.a. kommunale sagsbehandlere, der visiterede borgere til bostøtte. Nogle af dem havde et serviceniveau at forholde sig til og lægge til grund for deres visitation, mens andre ikke havde et sådant og efterlyste det, fordi de oplevede usikkerhed i relation til, hvilke ydelser de kunne give hvilke borgere i forhold til deres behov.

Endvidere har vi spurgt lederne af leverandørfunktionen, om kommunen har defineret et serviceniveau. Et flertal (59 pct.) svarer bekræftende på, at kommunen har beskrevet et serviceniveau for bostøtte til borgere med sindslidelser, mens de resterende svarer ”nej”. Lederne af leverandørfunktionen har en central rolle i opgaven med at videreforme kendskabet til serviceniveauet i de kommuner, der har defineret et sådant. Blandt de ledere af leverandørfunktionen, som svarer, at der er defineret et serviceniveau i deres kommune, kender langt flertallet (93 pct.) indholdet af serviceniveauet og anvender dette i deres arbejde. En anden måde at se på serviceniveauets anvendelighed på er i relation til bostøtternes brug af dette i kontakten med borgerne. Spørger man lederne af leverandørfunktionen, i hvilken grad de mener, at bostøtterne kan omsætte serviceniveauet i deres arbejde, svarer stort set halvdelen (48 pct.) af de leverandører, der har angivet, at kommunen har et serviceni-

veau, at bostøtterne altid eller næsten altid kan omsætte dette i praksis, mens en mindre andel på 16 pct. svarer ”sjældent” eller ”aldrig”.

For at belyse, i hvilken grad kommunens serviceniveau anvendes i bostøtternes arbejde med borgerne, er bostøtterne spurgt om deres kendskab til kommunens serviceniveau for bostøtte til borgere med sindslidelser. Tabel 5.9 viser, at flertallet af bostøtter mener, at kommunalbestyrelsen har defineret et serviceniveau for bostøtteindsatsen i den kommune, de arbejder i. Det er imidlertid også bemærkelsesværdigt, at hver femte bostøtte ikke ved, om der er et serviceniveau i forhold til den støtte, de yder. Blandt de bostøtter, der kender til serviceniveauet, oplever 64 pct., at dette kan omsættes i praksis i deres arbejde. Tager vi også de bostøtter med, som enten ikke mener eller ikke ved, om kommunen har et serviceniveau, er der i alt 46 pct. af bostøtterne, som svarer, at serviceniveauet kan omsættes i praksis. Samtidig angiver en del af de bostøtter, der kender til serviceniveauet for bostøtteindsatsen, enten, at de ikke mener, at (18 pct.), eller at de ikke ved, om (19 pct.) serviceniveauet kan anvendes i det praktiske arbejde med borgerne.

Selvom flertallet af bostøtter ved, om der er fastsat et serviceniveau, er det således under halvdelen, som synes, at de kan bruge dette i deres arbejde. Dermed hersker der blandt en del bostøtter tvivl om, hvorvidt serviceniveauet er defineret og om dets anvendelighed. Der er således brug for mere information fra den kommunale myndighed til bostøtterne om serviceniveauet, hvis bostøtterne i højere grad skal bruge det i deres arbejde.

TABEL 5.9

Bostøtter fordelt efter kendskab til, om kommunen har et serviceniveau for bostøtteindsats, og efter deres oplevelse af serviceniveauets anvendelse. Procent.

	Ja	Nej	Ved ikke	Antal
Har kommunalbestyrelsen defineret et serviceniveau for bostøtteindsatsen i den kommune, hvor du arbejder?	72	8	20	326
Oplever du, at dette serviceniveau kan omsættes i praksis?	64	18	19	207

Kilde: Spørgeskema til bostøtter.

De bostøtter, der i tabel 5.9 har svaret, at kommunalbestyrelsen har defineret et serviceniveau, er endvidere spurgt, om de kender selve indholdet af serviceniveauet. Fire ud af fem af disse bostøtter kender indholdet af serviceniveauet, og anvender det i deres arbejde. De resterende bostøtter kender ikke indholdet af serviceniveauet (12 pct.), mens en mindre del (9

pct.) kender serviceniveauet, men ikke bruger det i deres arbejde. Blandt de bostøtter, der kender kommunens serviceniveau, kender de fleste dets indhold og anvender det i deres arbejde.

UDREDNING OG VISITATION AF BORGERE

I dette afsnit vil vi se nærmere på, hvordan udredning og visitation af borgere med sindslidelser foregår ifølge lederne i den kommunale myndighed. Inden borgere med sindslidelse får bostøtte, foretager den kommunale myndighed en udredning og visitation af den enkelte borger, hvilket danner grundlag for, om der gives bostøtte og i givet fald, hvor meget støtte borgeren modtager, samt hvad borgeren får støtte til.

Som det fremgår af tabel 5.10 har de fleste kommuner (76 pct.) opstillet faste procedurer for udredning af borgere med sindslidelser. I de fleste kommuner bliver disse procedurer fulgt systematisk, mens de i et mindre antal kommuner bliver fulgt mere sporadisk og afhængigt af sagsbehandlerens vurderinger i de konkrete sager. I én ud af fire kommuner er der imidlertid ikke opstillet faste procedurer for, hvordan borgere med sindslidelser bliver udredt. I disse kommuner er der således ikke faste retningslinjer at falde tilbage på, når en borger med en sindslidelse skal udredes.

TABEL 5.10

Kommuner fordelt efter brug af faste procedurer ved udredning af borgere med sindslidelser. Procent og antal.

	Procent	Antal
Ja, og sagsbehandlerne følger procedurerne systematisk	61	40
Ja, og sagsbehandlerne følger procedurerne sporadisk, afhængigt af individuelle overvejelser	15	10
Nej, der er ikke opstillet procedurer	24	16

Kilde: Spørgeskema til kommunal myndighed.

Tabel 5.11 viser, hvilke problematikker de kommunale myndighedsledere har angivet i forbindelse med sagsbehandleres udredning af borgere med sindslidelser. Godt en tredjedel er enten meget enige eller nogenlunde enige i, at sagsbehandlerne ofte ikke har tilstrækkelig tid til at kunne foretage en grundig udredning af borgerens behov. Ligeledes mener godt en tredjedel (35 pct.), at sagsbehandlerne ofte mangler de informationer om

borgerens behov, som er nødvendige for at kunne foretage en grundig udredning. Det kan have at gøre med, at sagsbehandlerne ikke får de nødvendige informationer om borgere, fx efter en indlæggelse, som beskrevet tidligere i kapitlet.

TABEL 5.11

Kommuner fordelt efter den kommunale myndigheds oplevelse af udredning af borgere med sindslidelser, særskilt for enkelte problematikker. Procent.

	Meget enig	Nogenlunde enig	Uenig	Meget uenig
Sagsbehandlerne har ofte ikke tilstrækkelig tid til at kunne foretage en grundig udredning af borgere med sindslidelser	11	27	42	20
Sagsbehandlerne har ofte ikke de nødvendige informationer om borgerens situation til at kunne foretage en grundig udredning	6	29	46	20
Sagsbehandlerne har ofte ikke de nødvendige kompetencer, fx generel viden om målgruppen, til at kunne foretage en grundig udredning	5	14	43	39

Kilde: Spørgeskema til kommunal myndighed.

Ser vi på kommuners brug af retningslinjer ved visitation af borgere med sindslidelser til bostøtte, angiver næsten halvdelen af kommunerne (46 pct.), at de internt i kommunen har opstillet kriterier for visitation til bostøtte. Og, som det fremgår af tabel 5.12, bliver disse kriterier også anvendt i praksis ifølge den kommunale myndighed. Modsat har lidt over halvdelen af kommunerne (54 pct.) ikke opstillet interne kriterier, som sagsbehandlere kan gøre brug af, når de visiterer borgere med sindslidelser til bostøtte. I forhold til resultaterne er det også værd at tage højde for, at ledere af den kommunale myndighed og af sagsbehandlere, der visiterer borgere til bostøtte, kan være tilbøjelige til at svare, at visitationskriterier altid eller næsten altid bliver fulgt.

Tabel 5.13 viser, hvordan den kommunale myndighed visiterer borgere med sindslidelse til bostøtte. Et flertal (53 pct.) af kommunerne visiterer borgerne til et bestemt antal timers bostøtte, som borgeren har ret til, og et stort flertal (68 pct.) af kommunerne visiterer borgeren til specifikke ydelser. Få (12 pct.) kommuner angiver, at de ikke fastlægger nogen af de nævnte aspekter, men at de udelukkende visiterer til bostøtte. De fleste kommuner, der visiterer til et bestemt antal timer, bruger således også at visitere til bestemte ydelser. Dermed overlapper de to visitationsmåder hinanden.

TABEL 5.12

Kommuner fordelt efter anvendelse af visitationskriterier i forbindelse med visitation af borgere med sindslidelser til bostøtte. Procent og antal.

	Procent	Antal
Visitationskriterierne bliver altid eller næsten altid fulgt	93	28
Visitationskriterierne bliver af og til fulgt	3	1
Ved ikke	3	1

Anm.: En procent er forsvundet ved afrunding.

Kilde: Spørgeskema til kommunal myndighed.

Spørger man bostøtterne om, hvorvidt borgerne efter deres opfattelse visiteres til den støtte, som de har brug for, svarer næsten alle (80 pct.), at borgerne altid eller af og til modtager den nødvendige indsats, mens 20 pct. mener, at borgerne sjældent eller aldrig modtager den støtte, de har behov for.

TABEL 5.13

Andelen af kommuner, der visiterer til bostøtte til borgere med sindslidelser på forskellige måder. Procent og antal.

	Procent	Antal
Borgen visiteres til et bestemt antal timer	53	35
Borgen visiteres til bestemte ydelser	68	45
Borgeren visiteres blot til bostøtte	12	8

Anm.: n = 66.

Kilde: Spørgeskema til kommunal myndighed.

Spørger man bostøtterne om, hvorvidt borgerne efter deres opfattelse visiteres til den støtte, som de har brug for, svarer næsten alle (80 pct.), at borgerne altid eller af og til modtager den nødvendige indsats, mens 20 pct. mener, at borgerne sjældent eller aldrig modtager den støtte, de har behov for.

SAMARBEJDE MELLEM MYNDIGHED OG LEVERANDØR

Vi vil i dette afsnit se på samarbejdet mellem den kommunale myndighed og den kommunale leverandør af bostøtte. Som beskrevet indledningsvis i rapporten er bostøtte i Danmark organiseret efter BUM-modellen, hvor bestilling og udførelse af en ydelse som bostøtte er adskilt fra hinanden.

Det centrale i BUM-modellen er udspecificering af rollerne som myndighed og leverandør og deres respektive ansvarsområder. I nogle kommuner varetager de samme medarbejdere imidlertid både rollen som myndighed og som leverandør, hvilket er væsentligt at tage med i analysens resultater om samarbejdet.

Den kommunale myndighed er spurgt om, hvordan den samarbejder med leverandørerne af bostøtte. Resultaterne ses i tabel 5.14, hvor stort set samtlige kommuner oplever, at leverandøren af bostøtte har en klar og tydelig forståelse af, hvad den kommunale myndighed forventer af en given bostøtteindsats. Dette hænger måske sammen med, at mange kommuner er opmærksomme på samarbejdet og bestræber sig på at lette det: Godt halvdelen (53 pct.) af kommunerne angiver, at de foretager en detaljeret beskrivelse af, hvilke målsætninger der er for en given indsats, for at minimere uoverensstemmelser og sikre, at den kommunale myndighed og leverandøren af bostøtte har en ensartet forståelse af, hvilke forventninger der er til bostøtteindsatsen for den enkelte borger. Ligeledes svarer godt halvdelen (53 pct.) af kommunerne, at de holder regelmæssige møder, og endelig angiver godt en tredjedel (35 pct.), at de desuden holder løbende kontakt telefonisk og via e-mail. Én ud af seks kommuner (15 pct.) oplever, at en bestilling af bostøtte giver anledning til uoverensstemmelser mellem leverandøren og myndigheden.

TABEL 5.14

Andelen af kommuner med forskellige typer af opfattelse af samarbejdet med leverandører. Procent og antal.

	Procent	Antal
Leverandøren har en klar og tydelig forståelse af, hvad der forventes af bostøtteindsatsen	99	65
Den kommunale myndighed opstiller klare og tydelige mål for bostøtteindsatsen	89	59
Målene beskrives detaljeret i bevillingsbrevet	53	35
Kommunen afholder regelmæssige møder med leverandøren for at sikre en fælles forståelse	53	35
Kommunen er regelmæssigt i kontakt (telefon og e-mail) for at sikre en fælles forståelse	35	23
Der er altid eller ofte uenighed vedrørende bostøtteindsatsen	15	10

Kilde: Spørgeskema til kommunal myndighed.

Uenighed med leverandør om bostøtteindsatsen hænger sammen med, om den kommunale myndighed lægger vægt på, at bostøtter arbejder evidensbaseret. Når man spørger myndigheden, om de oplever uenighed

om indsatsen, svarer signifikant flere ja til dette blandt dem, som lægger vægt på, at bostøtter bruger evidensbaserede metoder i deres arbejde sammenholdt med de kommuner, der ikke vægter evidens i metoder.

Det vil sige, at prioritering af evidensbaserede metoder i bostøtteindsatsen hos myndigheden kan bidrage til uoverensstemmelse i samarbejder mellem leverandør og myndighed. Hvad uenigheden præcis skyldes, kan vi ikke sige noget om. Den kan hænge sammen med, at der stilles krav til leverandørerne, eller at disse har en anden opfattelse af vigtigheden af evidens i metoder i bostøtteindsatsen. Det kan også skyldes, at vægtningen af evidens i metoderne hos myndigheden resulterer i mål for borgere i handleplaner og bestemte krav om metoder og indsatser, som leverandørerne ikke er enige i.

Desuden er lederne af leverandørfunktionen spurgt om deres opfattelse af myndighedens forventninger til bostøtternes arbejde. Hovedparten af leverandørerne mener, at det af og til er tydeligt, hvilke forventninger den kommunale myndighed har til bostøtteindsatsen hos den enkelte borger. Det ses i tabel 5.15, hvor 60 pct. svarer således.

TABEL 5.15

Leverandører fordelt efter deres oplevelse af den kommunale myndigheds forventninger til bostøtteindsatsen. Procent og antal.

	Altid eller næsten altid	Af og til	Sjældent eller aldrig	Antal
Er det klart og tydeligt, hvad den kommunale myndighed forventer af bostøtteindsatsen hos den enkelte borger?	38	60	2	59

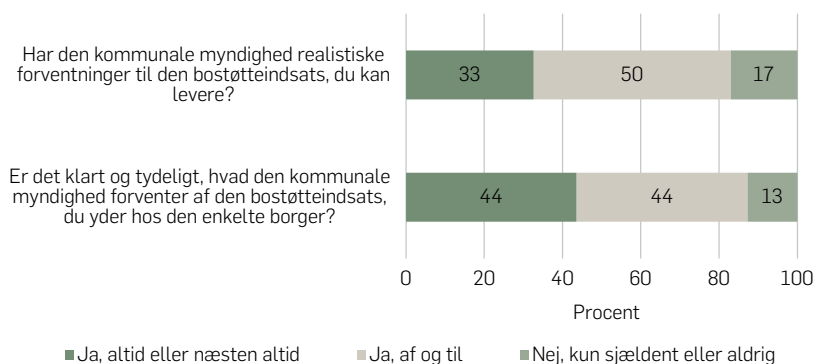
Kilde: Spørgeskema til leverandør.

En anden måde at undersøge relationen mellem bostøtternes arbejde og den kommunale myndighed på, er at se på, i hvilken grad bostøtterne oplever, at myndighedens forventninger til deres arbejde hos den enkelte borger er realistiske, klare og tydelige. Figur 5.2 viser, at lige store andele på 44 pct. svarer henholdsvis altid eller næsten altid, samt at det af og til er tydeligt, hvad myndigheden forventer. For 13 pct. af bostøtterne er myndighedens forventninger sjældent eller aldrig tydelige. Når man spørger bostøtterne, om den kommunale myndighed har realistiske forventninger til den bostøtteindsats, de yder, svarer flest bostøtter, at det sker af og til, mens 17 pct. siger, at det sjældent eller aldrig er tilfældet.

Samlet kan man sige, at hovedparten af bostøtterne kender til myndighedens forventninger og også finder, at forventningerne et stykke hen ad vejen er realistiske. Imidlertid er det væsentligt at bemærke den forholdsvis store andel af bostøtter, som på begge spørgsmål svarer ”af og til”. Det viser, at den kommunale myndighed i nogle tilfælde kan være tydeligere i deres forventninger til enkelte bostøtters indsats.

FIGUR 5.2

Bostøtter fordelt efter opfattelse af realisme og tydelighed i kommunernes forventninger til bostøtteindsatsen. Procent.



Kilde: Spørgeskema til bostøtter.

Vi har således set, at myndighederne selv så at sige altid (89 pct.) mener, at de opstiller tydelige og klare forventninger til indsatsen, mens et sammenligneligt tal blandt bostøtter er 44 pct. og blandt lederne af leverandørfunktionen 38 pct. Det er således dem, som skal omsætte myndighedens forventninger og bestilling af bostøtte i praksis og i kontakt med borgerne, der oplever størst uklarhed om forventningerne på dette område.

Selvom få bostøtter mener, at myndighedens forventninger ofte er uklare, er der på baggrund af resultaterne behov for at arbejde med at gøre forventningerne til bostøtteindsatsen mere tydelige blandt bostøtterne. Det er vigtigt for, at borgerne får den støtte, som hjælper dem bedst muligt videre i deres tilværelse.

ORGANISERING AF BOSTØTTE

Bostøtte organiseres på forskellige måder: som individuel støtte, hvor en enkelt får bostøtte eller som gruppebaseret støtte, hvor en gruppe borgere modtager bostøtte sammen. Sidstnævnte kan fx foregå på et socialt værested, hvor borgerne samles og der modtager bostøtte. For borgere, der bor i botilbud eller i et såkaldt opgangsfællesskab, kan det også foregå ved, at de får bostøtte i en gruppesammenhæng.

Som det fremgår af tabel 5.16, tilbyder godt halvdelen af kommunerne både individuel og gruppebaseret bostøtte, mens knap halvdelen udelukkende tilbyder individuel bostøtte. Selvom flertallet af kommunerne yder begge former for bostøtte, anvender en forholdsvis stor andel af kommunerne alene bostøtte til borgerne enkeltvis. Derfor indgår individuel bostøtte i vid udstrækning i bostøtteindsatsen, selvom den domineres af tilbud om både individuel og gruppebaseret støtte.

TABEL 5.16

Kommuner fordelt efter tilbud om individuel og gruppebaseret bostøtte. Procent og antal.

	Procent	Antal
Tilbyder både individuel og gruppebaseret bostøtte	55	36
Tilbyder udelukkende individuel bostøtte	41	27
Ved ikke	5	3

Anm.: På grund af afrunding er summen af de enkelte procenter 101, selv om der naturligvis kun er 100 procent.

Kilde: Spørgeskema til kommunal myndighed.

Ligeledes siger hovedparten af leverandørerne (68 pct.), at de tilbyder både individuel og gruppebaseret bostøtte. Knap én ud af tre (32 pct.) angiver, at de udelukkende tilbyder individuel bostøtte til borgere med sindslidelser. Det ses i tabel 5.17.

Bostøtte i Danmark er således hovedsagligt organiseret på den måde, at der både tilbydes individuel og gruppebaseret støtte til borgerne. Men den individuelle støtte fylder forholdsvis meget i indsatsen, og i relativt mange kommuner er det alene muligt at få individuel støtte, selvom borgerne eventuelt kunne tænke sig at modtage støtten i en gruppe. Naturligvis afhænger det af den enkelte borgers trivsel, om vedkommende reelt kan få bostøtte i en gruppe sammen med andre borgere i en lignende situation. Samtidig kan gruppebaseret bostøtte være en mulighed for borgerne til at komme ud blandt andre, hvor de kan bruge selve støttesi-

tuationen til at lære andre at kende og træne sociale kompetencer. I den forbindelse er det værd at huske på, at halvdelen af borgerne i denne undersøgelse får støtte til at have social kontakt til andre, som vi viste tidligere i rapporten. Som vi skal se lidt senere i rapporten, er kontakten til andre mennesker et af de områder, som er højest placeret på listen over områder, hvor flest borgere gerne vil udvikle sig fremover. Mere brug af gruppebaseret støtte kan for nogle borgere være en måde at inkludere hjælp til kontakt med andre som en del af selve bostøtten.

TABEL 5.17

Leverandører fordelt efter tilbud om individuel og gruppebaseret bostøtte. Procent og antal.

	Procent	Antal
Tilbyder både individuel og gruppebaseret bostøtte	68	40
Tilbyder udelukkende individuel bostøtte	32	19
Ved ikke	0	0

Kilde: Spørgeskema til leverandør.

Brugen af både gruppebaseret og individuel bostøtte i kommuner, set i forhold til kommuner, som kun tilbyder individuel støtte, har sammenhæng med en række områder. Tabel 5.18 viser, at kommuner, som tilbyder både individuel og gruppebaseret støtte, vurderer at målene i handleplanen opfyldes for flere borgere med bostøtte. Dermed er der i vores datamateriale en sammenhæng mellem måden, kommuner organiserer bostøtten på – om den udelukkende tilbydes individuelt eller også som gruppestøtte – og for hvor stor en del af borgerne målene i handleplanen helt eller delvis opfyldes efter kommunens opfattelse.

Fokusgrupperne giver et indblik i, at gruppestøtte med fordel kan bruges, hvis man mangler bostøtter til borgere. I stedet for at sætte borgere på venteliste til bostøtte bruger flere kommuner at placere de borgere, som er i stand til det, i en gruppe, hvor de får bostøtte. På den måde kan gruppestøtte være et fleksibelt tilbud, så man undgår ventetid, enten når borgere visiteres til bostøtte, eller fx efter udskrivning fra psykiatrisk sengeafsnit.

Den kommunale myndigheds tilbud om udelukkende individuel støtte versus tilbud om gruppestøtte som mulighed har endvidere signifikant sammenhæng med kommunens standardisering af fælles procedurer og arbejdsredskaber for sagsbehandlerne på bostøtteområdet. Kommu-

ner, som tilbyder borgere begge støtteformer, har signifikant oftere oprettet en fælles oversigt over kommunens tilbud til borgere med sindslidelser, og de har signifikant oftere opstillet faste procedurer for overgangen mellem støttekontaktperson og bostøtte.

TABEL 5.18

Kommuner fordelt efter opfyldelse af mål i handleplaner for borgere med sindslidelser, der får bostøtte, særskilt for støtteformer. Procent og antal.

	For hvor stor en del af borgerne bliver målene i handleplanen helt eller delvist opfyldt?			
	Alle eller næsten alle	Over halvdelen	Halvdelen	Antal
Tilbyder både individuel og gruppebaseret støtte	27	67	7	30
Tilbyder kun individuel støtte	18	47	35	17
I alt				47

Anm.: Test viser, at der er sammenhæng på et 5-pct-signifikansniveau. Første række summerer til 101 på grund af afrunding.

Kilde: Spørgeskema til kommunal myndighed.

Der er imidlertid geografiske forskelle i tilbuddet om individuel og gruppebaseret støtte. Kommuner i regionerne Syddanmark, Midtjylland og Nordjylland tilbyder i signifikant højere grad borgere begge støtteformer end kommuner i regionerne Sjælland og Hovedstaden.

BORGERNES TILFREDSHED MED BOSTØTTEN

For at vurdere bostøtteordningen er det centralt at spørge borgerne om deres oplevelse af og tilfredshed med hjælpen. Det ser vi nærmere på i de næste afsnit, hvor vi først fokuserer på tilfredsheden.

Borgerne er overordnet set meget tilfredse med den støtte, de modtager, viser tabel 5.19. Der er ikke nævneværdig forskel i tilfredsheden set i forhold til de forskellige støtteformer, og der er reelt ingen områder, hvor borgerne kan beskrives som utilfredse med den hjælp, de får.

Når man ser på borgernes høje tilfredshed med støtten, er det ikke nødvendigvis det samme som, at indsatsen lykkes på den måde, at borgere bliver mere selvhjulpne og i højere grad kan fastholde et liv i egen bolig, hvilket er det overordnede formål med bostøtte.

Endvidere kan det være svært for borgere at udtrykke utilfredshed med støtten, fordi de kan føle sig afhængige af bostøtten og hjælpen

og derfor nødig vil være kritiske. Ligesådan ved vi ikke, om borgere, der eventuelt er utilfredse med støtten, har valgt ikke at deltage i undersøgelsen. Disse metodiske overvejelser er centrale at tage med, når man ser på resultaterne i tabel 5.19.

TABEL 5.19

Borgere i undersøgelsen fordelt efter tilfredshed med den bostøtte, de modtager, særskilt for typer af støtte. Procent og antal.

	Tilfreds	Utilfreds	Antal
Samtale om borgerens trivsel	97	3	986
Støtte til at håndtere psykiske problemer	97	3	827
Støtte til at sætte mål op for fremtiden	97	3	766
Støtte til at holde kontakt med offentlige myndigheder	98	2	609
Støtte til at holde kontakt med praktiserende læge og behandlings-psykiatri	97	3	470
Støtte til kontakt til andre mennesker	96	4	421
Støtte til at klare praktiske opgaver	98	2	410
Støtte til oprydning og rengøring	97	3	326
Hjælp til indkøb	98	2	271
Støtte til at komme i beskæftigelse (uddannelse, flexjob, fuldtidsjob)	98	2	228
Hjælp til medicinbehandling	97	3	93

Anm.: Svarkategorierne var "meget tilfreds", "overvejende tilfreds", "overvejende utilfreds", "meget utilfreds", "ved ikke".

Kilde: Spørgeskema til borgere.

Borgernes tilfredshed med den hjælp, de får, kommer også til udtryk, når man spørger dem om bostøtternes prioritering af tiden. Stort set alle borgere (95 pct.) finder, at deres bostøtte bruger tiden på det, som borgerne synes er vigtigt, når bostøtten er hos dem. Alt i alt viser borgernes svar en gennemgående tilfredshed med den hjælp, de modtager fra bostøtterne.

Relation mellem borger og bostøtte er ifølge andre undersøgelser et centralt element i borgernes trivsel og udvikling (Karpatschhof, 2001; Lee, Wong & Rothbard, 2009). Derfor har vi også spurgt borgerne om, hvordan de oplever kontakten til bostøtten. Som det gjorde sig gældende ved borgernes tilfredshed med den hjælp, de får fra bostøtten, har langt det overvejende flertal af borgerne en positiv oplevelse af deres relation til bostøtten som vist i tabel 5.20. Stort set alle borgere angiver, at de har en tillidsfuld kontakt til deres bostøtte, hvilket er et væsentligt grundlag for, at bostøtten kan støtte borgeren i egen udvikling. Når borgerne skal vurdere, hvorvidt kontakten med bostøtten lever op til deres forventninger, svarer 94 pct., at den lever op til forventningerne.

Ni ud af ti borgere mener, at de kan få fat i bostøtten, når de har behov for det. Selvom langt de fleste af borgerne (90 pct.) er tilfredse med bostøttens tilgængelighed, mener en mindre gruppe (10 pct.) ikke, det er muligt at få kontakt med bostøtten, når de har brug for det.

TABEL 5.20

Borgere i undersøgelsen fordelt efter deres oplevelse af kontakten til bostøtten, særskilt for aspekter af kontakten. Procent.

	Enig	Uenig	Antal
Har en tillidsfuld kontakt til bostøtten	97	3	1.003
Kan komme i kontakt med bostøtten, når der er brug for det	90	10	989
Kontakten med bostøtten lever op til forventningerne	94	6	996

Anm.: Svarkategorierne var "meget enig", "overvejende enig", "overvejende uenig", "meget uenig", "ved ikke".

Kilde: Spørgeskema til borgere.

Den anden part i relationen, bostøtterne, er også blevet spurgt om deres forhold til de borgere, de er bostøtte for. Her er der ligeledes stor tilfredshed med kontakten: 82 pct. finder, at de har et velfungerende samarbejde med alle eller næsten alle borgere, og 16 pct. mener, at de har det med over halvdelen. 2 pct. af bostøtterne oplever, at deres samarbejde med borgerne fungerer godt i under halvdelen af tilfældene.

Igen viser resultaterne, at borgeres og bostøtters relation i langt de fleste tilfælde er god og tilfredsstillende for begge parter. Vi ved ikke, om de borgere, der har valgt at deltage i undersøgelsen, er mere tilfredse med kontakten til bostøtten end dem, som valgte undersøgelsen fra. På den måde er det muligt, at tallene giver et "for" positivt billede af relationen mellem borger og bostøtte.

BORGERNES UDVIKLING

Essensen i bostøtteindsatsen er, at borgere skal hjælpes til *selv* at klare hverdagen. Bostøtte kan således karakteriseres som hjælp til selvhjælp og derfor er et centralt mål for, hvordan indsatsen fungerer, at belyse, i hvilken grad borgerne oplever, at de *selv* er blevet bedre til at klare forskellige ting i hverdagen.

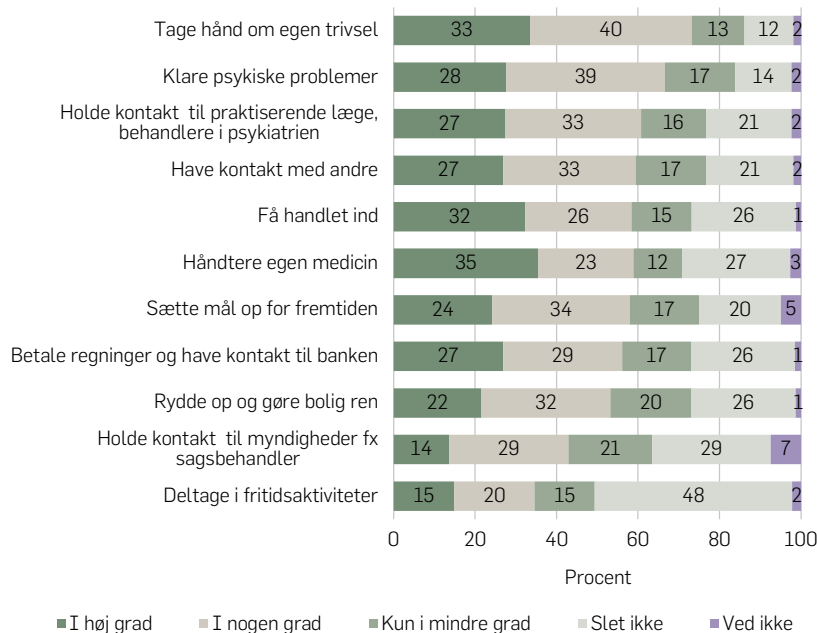
Borgerne er derfor spurgt om, i hvilken grad de oplever, at de selv er blevet bedre til at håndtere forskellige dele af deres tilværelse inden for det seneste år. De er ikke kun blevet stillet spørgsmålet i forhold

til de ting, de modtager støtte til under § 85, men også til deres udvikling på andre områder. Grunden til det er, at udvikling i borgerens evner på ét område kan medføre udvikling på andre områder.

De to ting, som tabel 5.4 viste, at flest borgere fik støtte til, er også de to områder, der ligger højest, når borgerne selv vurderer, i hvor høj grad de har udviklet sig på en række områder det seneste år. Det viser figur 5.3. 73 pct. af borgerne udtrykker, at de i høj eller i nogen grad selv er blevet bedre til at tage hånd om deres egen trivsel inden for det seneste år. Lidt færre, men stadig en høj andel svarer, at de i høj eller i nogen grad er blevet bedre til selv at håndtere deres psykiske problemer. De områder, der scorer lavest i borgernes vurdering, er, om de er blevet bedre til selv at holde kontakt til myndigheder fx sagsbehandler, og deltagelse i fritidsaktiviteter, som er det lavest rangerende område.

FIGUR 5.3

Borgerne i undersøgelsen fordelt efter deres oplevelse af, i hvor høj grad de inden for det sidste år selv er blevet bedre til at håndtere særskilte dele af deres tilværelse. Procent.



Kilde: Spørgeskema til borgere.

Oplevelsen af udvikling som vist i figur 5.3 hænger sammen med alder. I forhold til at tage hånd om egen trivsel i hverdagen, klare psykiske problemer selv, have kontakt med venner og familie, til at rydde op og gøre rent, handle ind, betale regninger og have kontakt til banken samt håndtere egen medicin synes de yngre borgere i højere grad, at de er blevet bedre til at klare disse ting selv inden for det seneste år.

Bostøtterne er også spurgt om, hvor stor en del af de borgere, som de er bostøtte for, der har udviklet sig på de områder, der er nævnt i figur 5.3. De vurderer, at over halvdelen af borgerne har udviklet sig i forhold til at tage hånd om egen trivsel og klare psykiske problemer selv. Evnen til at holde kontakt til myndigheder og deltagelse i fritidsaktiviteter er de to områder, som bostøtterne mener, at færrest af de borgere, de er bostøtte for, har udviklet sig på. Således er borgere og bostøtter enige om, på hvilke områder borgerne udvikler sig mest såvel som mindst.

BORGERNES TRIVSEL

Nu skal vi se på borgernes generelle trivsel i hverdagen. For at belyse, hvordan borgere med sindslidelser, der får bostøtte, trives i deres hverdag, har vi spurgt borgerne i undersøgelsen om, hvor tilfredse de har været med deres liv inden for de seneste to uger. Resultaterne giver et øjebliksbillede og kan være påvirket af deres psykiske tilstand på det givne tidspunkt, ligesom andre omstændigheder kan have betydning for svaret. Ikke desto mindre er spørgsmålet centralt for at afdække den generelle trivsel på andre områder end dem, hvor borgerne får støtte.

TABEL 5.21

Borgere i undersøgelsen fordelt efter deres generelle tilfredshed med livet inden for de seneste to uger. Procent og antal.

	Procent	Antal
Meget tilfreds	29	289
Overvejende tilfreds	40	394
Overvejende utilfreds	17	170
Meget utilfreds	14	136

Kilde: Spørgeskema til borgere.

Hovedparten af borgerne i undersøgelsen svarer, at de som helhed har været tilfredse med deres liv de seneste to uger. Det viser tabel 5.21.

Samtidig er det værd at bide mærke i, at mange (31 pct.) svarer, at de har været overvejende eller meget utilfredse med deres tilværelse de sidste to uger. Der er imidlertid forskel på, hvordan henholdsvis kvinder og mænd svarer på spørgsmålet. Kvinder svarer i signifikant højere grad end mænd, at de har været utilfredse med deres liv.

Selvom flertallet af borgerne i undersøgelsen er tilfredse med deres tilværelse, når vi ser på de to sidste uger, oplever mange (31 pct. = 17+14 pct.) borgere på den anden side, at deres liv generelt set ikke har været tilfredsstillende for dem.

Når vi ser på, hvilke forhold der har signifikant sammenhæng med, om borgerne har været tilfredse eller utilfredse med deres liv de seneste to uger, har deres deltagelse i aktiviteter en positiv sammenhæng med tilfredshed. Borgere, som deltager i aktiviteter på et værested eller i en forening, er signifikant mere tilfredse med deres liv de seneste to uger, end borgere som ikke deltager i sådanne aktiviteter. Andre forhold end deltagelse i aktiviteter kan imidlertid også påvirke disse borgeres tilfredshed med livet, som det ikke har været muligt for os at kontrollere sammenhængen for. Ligesom det er muligt, at det i højere grad er de bedre fungerende borgere, der deltager i aktiviteter, og at vi af den grund ser en større livstilfredshed i denne gruppe.

Der er også en signifikant sammenhæng mellem, om borgerne generelt er tilfredse eller utilfredse med deres liv de sidste to uger og deres udvikling det seneste år på en række områder. Resultaterne af denne sammenhæng viser figur 5.4. Borgere, som selv mener, at de inden for det seneste år er blevet bedre til bl.a. at tage hånd om egen trivsel, klare egne psykiske problemer og have kontakt med andre mennesker, er signifikant mere tilfredse med deres liv gennem de seneste to uger sammenlignet med borgere, der ikke er blevet bedre til de nævnte ting.

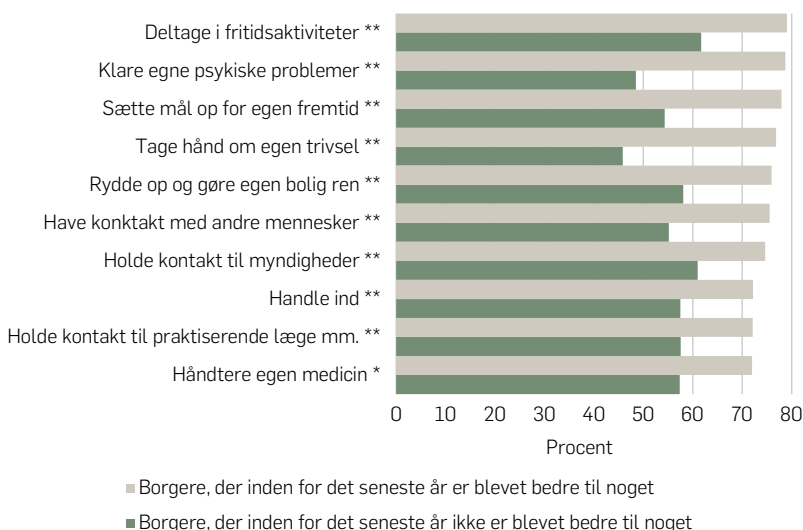
Samlet kan vi sige, at der på en række områder er sammenhæng mellem borgernes egen formåen og deltagelse i aktiviteter uden for hjemmet.

En anden måde at betragte borgernes trivsel på er at spørge til deres livsmod. Resultaterne i tabel 5.22 viser, at 79 pct. svarer, at de i nogen eller i høj grad har fået mere livsmod, siden de begyndte at få bostøtte. Næsten halvdelen (49 pct.) svarer endda ”i høj grad” på spørgsmålet. Igen efterlader det dog en mindre del af borgerne, som ikke synes, at de har fået øget livsmod, efter at de fik bostøtte. Det kan der naturligvis være mange grunde til, men det er værd at fremhæve, at selvom næ-

sten alle borgere er tilfredse med hjælpen fra bostøtten og kontakten til bostøtte, er det ikke ensbetydende med, at lige så mange trives i hverdagen. Trods glæden ved bostøtteordningen er borgerne stadig i en sårbar position, og en del oplever, at hverdagen er problematisk.

FIGUR 5.4

Tilfredshed med livet de sidste to uger blandt borgere, der er blevet bedre til og borgere, der ikke er blevet bedre til at klare forskellige ting i hverdagen det seneste år. Procent.



Anm.: Test viser, der er sammenhæng på et 5-pct.-signifikansniveau* og på et 1-pct.-signifikansniveau**.
 Kilde: Spørgeskema til borgere.

Bostøtterne er også blevet bedt om at vurdere, hvor mange af de borgere, som de er bostøtte for, der har fået øget håb og tro på fremtiden. Flertallet finder, at mange borgere har fået mere håb og tro på fremtiden. Således angiver lidt over tre ud af fire (76 pct.) bostøtter, at over halvdelen af de borgere, som de er bostøtte for, har fået mere livsmod. Godt hver fjerde bostøtte (24 pct.) finder således, at under halvdelen af borgerne, som vedkommende er tilknyttet, har oplevet en stigning i deres livsmod.

Bostøtternes svar på spørgsmålet ligger i forlængelse af borgerne på den måde, at hovedparten oplever en bedring hos borgerne, hvad

angår deres livsmod, men samtidig er der en betydelig del, som ikke har erfaret mere livsmod hos flertallet af borgerne.

TABEL 5.22

Borgere i undersøgelsen fordelt efter, i hvor høj grad de har fået øget livsmod, efter at de er begyndt at få bostøtte. Procent og antal.

	Procent	Antal
I høj grad	49	494
I nogen grad	30	306
Kun i mindre grad	11	106
Slet ikke	8	78
Ved ikke	3	26

Anm.: På grund af afrunding summerer procenterne til 101.

Kilde: Spørgeskema til borgere.

BORGES SYN PÅ FREMTIDEN

Ud over at hjælpe borgerne med at klare hverdagen i egen bolig er en af hensigterne med bostøtte til mennesker med sindslidelse, at de får mere lyst til at udvikle deres færdigheder på forskellige områder. I undersøgelsen har vi derfor spurgt borgerne, på hvilke områder de kunne tænke sig at udvikle sig inden for de næste to år. Resultaterne ses i figur 5.5, som klart viser, at først personlig udvikling og dernæst at tilbringe mere tid sammen med venner og familie er de to ting, som flest borgere kunne tænke sig at udvikle mere inden for de næste to år. Derimod er områder som beskæftigelse og uddannelse noget, som under halvdelen af borgerne kunne tænke sig at komme videre med de næste to år.

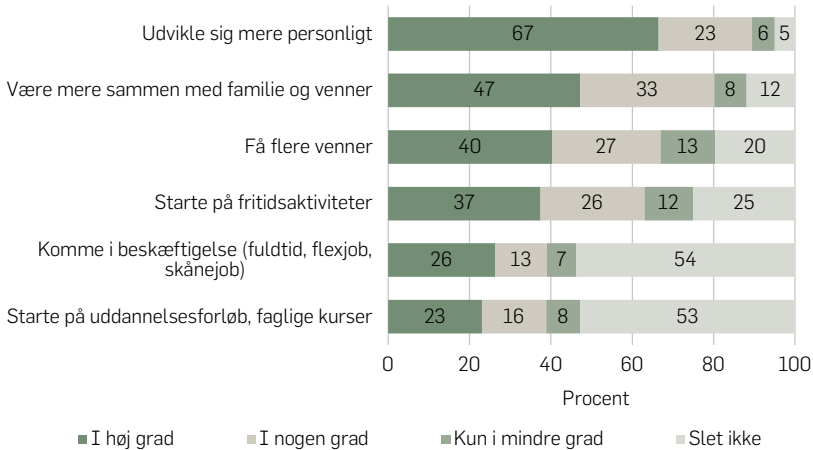
Ser vi på forskelle mellem kvinder og mænd og deres fremtidige udvikling, har signifikant flere mænd end kvinder et ønske om at komme i beskæftigelse, mens flere kvinder end mænd gerne vil udvikle sig mere rent personligt inden for de næste to år.

Hvis vi sammenligner borgernes lyst til udvikling på tværs af aldersgrupper, skiller de 19-29-årige sig ud på et par områder. Borgere i denne aldersgruppe kunne således i højere grad tænke sig at starte på uddannelsesforløb og komme i beskæftigelse. Knap tre ud af fire (72 pct.) blandt de 19-29-årige svarer, at de i høj eller nogen grad kunne tænke sig henholdsvis at komme i uddannelsesforløb og i beskæftigelse inden for de næste to år. Ikke overraskende er andelen af borgere, som godt kunne tænke sig at udvikle sig på disse områder, faldende med alderen. Den

Yngste aldersgruppe i denne undersøgelse har også større lyst til personlig udvikling, hvilket ligeledes er faldende med alderen.

FIGUR 5.5

Borgere i undersøgelsen fordelt efter deres vurdering af, i hvilken grad de inden for de næste to år kunne tænke sig at udvikle sig, særligt for områder for udvikling. Procent.



Kilde: Spørgeskema til borgere.

På samme måde bliver andelen af borgere, som godt kunne tænke sig at få flere venner, mindre med alderen. Denne forskel dækker dog primært over, at en større gruppe (35 pct.) af borgerne på 40 år og derover svarer, at de kun i mindre grad eller slet ikke har lyst til at få et større socialt netværk inden for de næste to år. Selvom en relativt stor del af borgerne over 40 år godt kunne tænke sig at få flere venner, svarer flere ”kun i mindre grad” og ”slet ikke” på dette spørgsmål, end det er tilfældet i andre aldersgrupper.

Noget af det samme gør sig gældende, når man spørger borgerne, om de kunne tænke sig at starte på en fritidsaktivitet inden for de næste to år. Her svarer de yngre aldersgrupper også i højere grad, at de kunne tænke sig dette. Til forskel fra, da vi så på, om man kunne tænke sig at komme i uddannelse og beskæftigelse, svarer de 30-39-årige i højere grad, at de kunne tænke sig at starte på en fritidsaktivitet inden for de næste to år.

På de andre områder, som er vist i figur 5.5, er der ikke signifikant forskel på borgernes lyst til udvikling i forskellige aldersgrupper. Samlet kan vi dog sige, at særligt de yngre borgere, der får bostøtte, ser ud til at være motiverede til at udvikle sig på en række områder. Taget i betragtning at bostøtteindsatsen har til hensigt at understøtte borgere med sindslidelse i egen udvikling både psykisk, fysisk og socialt, peger resultaterne på, at særligt yngre borgere i denne undersøgelse ser ud til at få udbytte af bostøtte.

METODER I BOSTØTTEINDSATSEN

Nu skal vi vende blikket mod de metoder, som anvendes i bostøtteindsatsen med det formål, at borgerne i højere grad skal blive i stand til selv at klare hverdagen. Metoder er centrale i bostøttearbejdet, fordi de angiver en retning for indsatsen og for kontakten til borgeren. De er dermed myndighedens og leverandørens grundlag for, hvordan man møder borgeren og for, hvilke tiltag der sættes i værk i relation til borgeren. Både den kommunale myndighed, lederne af leverandørfunktionen og bostøtterne er spurgt om deres brug af metoder i kontakten med borgerne. Først skal vi se på, hvordan den kommunale myndighed forholder sig til brug af metoder i bostøtteindsatsen.

Tabel 5.23 illustrerer brugen af metoder i bostøtteindsatsen både blandt sagsbehandlerne og blandt bostøttemedarbejderne. Mere end fire ud af fem kommuner angiver, at sagsbehandlernes arbejde med § 85 er funderet i fælles metoder i kommunen. Denne metodebevidsthed afspejler sig i, at to ud af tre kommuner angiver, at det er meget væsentligt eller væsentligt, at bostøtternes arbejde med borgerne er funderet i evidensbaserede metoder. 12 pct. af kommunerne stiller krav til, hvilke metoder bostøtterne skal arbejde efter, så det er op til leverandørerne at specificere metoder. Den kommunale myndighed har tillid til, at leverandøren selv kan håndtere arbejdet med evidensbaserede metoder. Hele 94 pct. af lederne fra den kommunale myndighed er tilfredse med de metoder, som bostøtterne vælger at anvende i deres arbejde.

Selve arbejdet med metoder i bostøtteindsatsen defineres således i meget høj grad af leverandørerne, som udfører bostøtten hos borgerne, og som derfor kender borgerne bedre i forhold til, hvilke tiltag der skal

sættes i værk for at bedre borgernes mulighed for at håndtere hverdagen selv.

TABEL 5.23

Andelen af kommuner, der bruger eller har holdning til udvalgte metoder i bostøtten. Procent og antal.

	Procent	Antal
Kommunens sagsbehandlere arbejder efter fælles metoder i § 85	83	55
Væsentligt, at bostøtterne arbejder evidensbaseret	67	44
Opstiller krav til bostøtternes metoder	12	8
Tilfredshed med bostøtternes metoder	94	62

Kilde: Spørgeskema til kommunal myndighed.

Test af sammenhæng mellem sagsbehandleres brug af fælles metoder og andre variable viser, at kommuner, der anvender fælles metoder, ofte har defineret faste procedurer for overgangen mellem støttekontaktperson (§ 99) og bostøtte. Brugen af fælles metoder i den kommunale myndighed har også sammenhæng med, hvorvidt kommunalbestyrelsen har defineret et serviceniveau for bostøtte i kommunen. Anvender sagsbehandlerne fælles metoder, er der signifikant flere kommuner, som har beskrevet et serviceniveau for bostøtte, end hvis man ikke bruger fælles metoder. Dermed spiller standardisering af metoder ind på procedurer på andre områder af sagsbehandlerens visitation, og metodebevidstheden ses på flere områder i kommunen.

Myndighedens standardisering af, hvilke metoder sagsbehandlere bruger i forbindelse med visitation til bostøtte, hænger også sammen med kompetenceudvikling i kommunen. Således har signifikant flere kommuner gennemført kompetenceudvikling blandt personalet, fx sagsbehandlere, i relation til fortolkning af § 85 i forhold til kommunens kvalitetsstandarder og i forhold til procedurer for revisitation til bostøtte, når sagsbehandlere arbejder efter fælles metoder. Fælles metodebrug har således betydning for kompetenceudvikling i personalegruppen.

I forlængelse af resultaterne af leverandørens ansvar for at definere, hvilke metoder der bruges i bostøtteindsatsen, er det relevant at undersøge leverandørernes oplevelse af den kommunale myndigheds forventning til, hvilke metoder leverandørerne benytter. Blandt lederne af leverandørfunktionen oplever lidt under halvdelen (48 pct.) i høj eller i nogen grad, at den kommunale myndighed lægger vægt på, at de arbejder efter evidensbaserede metoder i bostøtteindsatsen. Det viser tabel 5.24. Med

evidensbaserede metoder menes metoder, hvor der er en videnskabelig dokumentation for effekten af de respektive metoder. Dermed er det metoder, som er bevist er virksomme i arbejdet med borgere i målgruppen.

Tablet 5.24 viser også, at en forholdsvis stor del (lige knap én ud af fem) ledere af leverandørfunktionen slet ikke mener, at den kommunale myndighed lægger vægt på, at de arbejder evidensbaseret i forhold til de metoder, de benytter i bostøtte. Det kan der være forskellige forklaringer på. Det kan være udtryk for, at den kommunale myndighed ikke opstiller krav til, hvilke metoder der benyttes, hvilket vi viser i det kommende afsnit. På den baggrund oplever lederne af leverandørfunktionen derfor givetvis ikke, at der fra myndighedens side lægges vægt på, at metoderne er evidensbaserede.

TABEL 5.24

Leverandører fordelt efter, i hvilken grad de oplever, at den kommunale myndighed lægger vægt på, at de arbejder efter evidensbaserede metoder i bostøtteindsatsen. Procent og antal.

	Procent	Antal
I høj grad	16	9
I nogen grad	32	18
Kun i mindre grad	32	18
Slet ikke	20	11

Kilde: Spørgeskema til leverandør.

Forventning om brug af evidensbaserede metoder må derfor ligge hos lederne af leverandørfunktionen, fordi de i vid udstrækning udstikker retningslinjer for metodebrugen. Spørger man lederne af leverandørfunktionen om, hvor væsentligt det er for dem, at bostøtterne arbejder efter evidensbaserede metoder i deres arbejde, svarer 33 pct., at det er meget væsentligt, 52 pct. at det er væsentligt, mens 12 pct. finder, at det ikke er væsentligt, og endelig angiver 4 pct., at det slet ikke er væsentligt, om bostøtterne arbejder efter evidensbaserede metoder. Selvom det store flertal lægger vægt på brugen af evidensbaserede metoder, har lederne af leverandørfunktionen i ni kommuner (16 pct.) den opfattelse, at det ikke eller slet ikke er væsentligt, at bostøtterne anvender disse metoder.

På baggrund af de nævnte resultater finder vi, at der blandt hovedparten af lederne af leverandørfunktionen lægges vægt på at arbejde evidensbaseret i forhold til, hvilke metoder der gøres brug af over for borgerne. Men i og med at myndigheden i en mindre andel af kommu-

nerne definerer, hvilke metoder leverandøren skal benytte i bostøtteindsatsen, kommer leverandøren i de fleste tilfælde til at varetage denne opgave. Derfor er det centralt at undersøge, i hvilken udstrækning leverandørerne arbejder efter metoder.

I tabel 5.25 ses det, at stort set alle (96 pct.) ledere af leverandørfunktioner svarer, at deres bostøtter bruger metoder i bostøtteindsatsen på en eller anden måde. Bare 4 pct. angiver, at bostøtter ikke gør brug af metoder i deres arbejde. Anvendelsen af metoder foregår hovedsagligt på den måde, at bostøtten definerer, hvilke metoder der skal benyttes i forhold til den enkelte borger. Som den næststørste gruppe svarer 35 pct., at det er fastlagt i personalegruppen, hvilke metoder man anvender over for borgerne.

TABEL 5.25

Leverandører fordelt efter brug af metoder i bostøtteindsatsen. Procent og antal.

	Procent	Antal
Ja, jeg anvender de metoder, jeg selv finder relevante i de konkrete sager	60	35
Ja, vi har fastsat hvilke metoder, vi anvender, internt i vores personalegruppe	35	20
Ja, metoderne er typisk fastsat i bevillingsbrevet fra kommunens myndighed	2	1
Nej, jeg arbejder ikke efter metoder	4	2
Anden brug af metoder	0	0

Kilde: Spørgeskema til leverandør.

Når vi ser på besvarelsene vedrørende brug af pædagogiske metoder i bostøttearbejdet blandt bostøtterne, som udfører indsatsen, viser resultaterne i tabel 5.26, at langt hovedparten af bostøtterne anvender pædagogiske metoder, som de finder relevante over for den enkelte borger og vedkommendes problematikker. Næst flest angiver, at de arbejder efter metoder, som er fastlagt i personalegruppen, og endelig svarer meget få, at metoderne er fastsat i bevillingsbrevet fra kommunen. Tallene viser også, at kun et fåtal af bostøtterne slet ikke anvender pædagogiske metoder i deres arbejde med borgerne.

Samlet kan vi sige, at det hovedsagligt er leverandørerne af bostøtteindsatsen og ikke den kommunale myndighed, der fastlægger brugen af metoder i bostøtteindsatsen. Når vi ser nærmere på, hvordan leverandøren fastsætter, hvilke metoder der anvendes, sker dette for det meste på den måde, at den enkelte medarbejder anvender de metoder, som han/hun finder relevante i forhold til de enkelte borgere. I nogle, men ikke i de fleste kommuner har man internt i personalegruppen fastlagt, hvilke metoder der skal anvendes over for borgerne.

TABEL 5.26

Bostøtter fordelt efter brug af pædagogiske metoder i bostøtteindsatsen. Procent og antal.

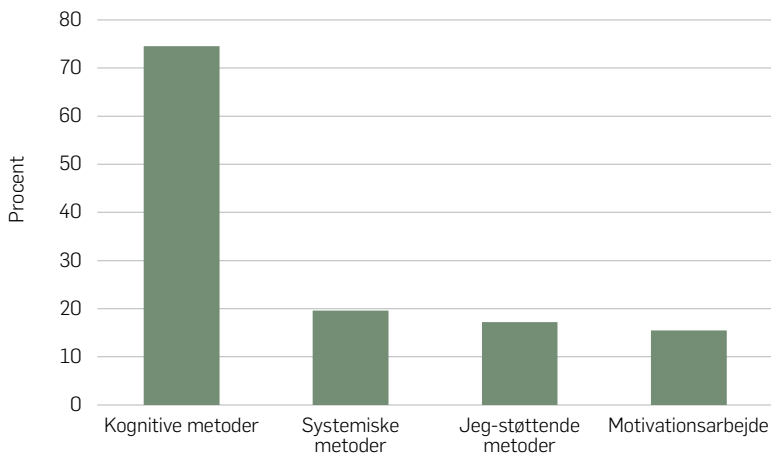
	Procent	Antal
Ja, jeg anvender de metoder, jeg selv finder relevante i de konkrete sager	86	282
Ja, vi har fastsat hvilke metoder, vi anvender, internt i vores personalegruppe	27	89
Ja, metoderne er typisk fastsat i bevillingsbrevet fra kommunens myndighed	4	14
Nej, jeg arbejder ikke efter metoder	4	12

Kilde: Spørgeskema til bostøtter.

Når den mest anvendte måde at arbejde med metoder på er, at disse fastlægges af den enkelte bostøtte i forhold til de konkrete sager, rejser det spørgsmålet om, hvilke specifikke metoder og tilgange de bruger i kontakten til borgeren. De bostøtter, der angiver, at de arbejder efter metoder, har vi dernæst bedt om at beskrive, hvilke konkrete metoder og tilgange de anvender i deres job. Resultaterne heraf ses i figur 5.6, hvor de fire hyppigst anvendte metoder i bostøttearbejdet er vist. I spørgsmålet om metodebrug har bostøtterne kunnet angive, at de bruger mere end én metode og derfor summerer andelen ikke til 100 pct. i figuren.

FIGUR 5.6

Andelen af bostøtter, der bruger de fire hyppigst anvendte metoder i bostøtteindsatsen. Procent.



Kilde: Spørgeskema til bostøtter.

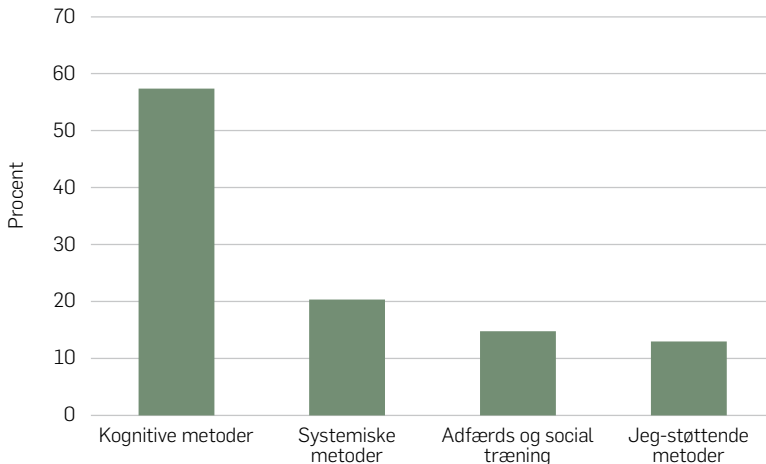
Den mest anvendte metode blandt bostøtterne i deres kontakt med borgerne er kognitive metoder. Tre ud af fire (75 pct.) bostøtter svarer, at de bruger kognitive metoder i deres arbejde. Dernæst kommer systemiske metoder, som knap én ud af fem bruger.

For at afdække brugen af metoder i bostøtteindsatsen fra en anden centrale vinkel, nemlig lederne af leverandørfunktionen, som har ansvaret for bostøtternes arbejde, er leverandørerne også spurgt om, hvilke metoder og tilgange de anvender i deres arbejde. Metodebrugen i leverandørernes arbejde indebærer både deres arbejde i relation til bostøtterne, herunder supervision og blandt de ledere, der også selv arbejder med borgerne, omfatter det også metoderne i kontakten med borgerne.

Figur 5.7 viser, at den kognitive tilgang er den mest anvendte metode blandt lederne af leverandørfunktionen, ligesom vi så, den var blandt bostøtterne. Derefter kommer systemiske metoder, adfærds- og social træning og som det femte jeg-støttende metoder.

FIGUR 5.7

Andelen af ledere af leverandørfunktionen, der bruger de fire hyppigst anvendte metoder i bostøtteindsatsen. Procent.



Kilde: Spørgeskema til leverandør.

Én ud af tre (33 pct.) ledere af leverandørfunktionen og én ud af seks bostøtter (18 pct.) tilkendegiver, at de anvender en recovery-orienteret tilgang i deres arbejde med borgerne.

Både når vi ser på besvarelser fra bostøtter og ledere af leverandørfunktionen, viser resultaterne meget tydeligt, at kognitive metoder er dominerende i bostøtteindsatsen over for borgere med sindslidelser. Kognitive metoder er en bred betegnelse for en række metoder og tilgange i arbejdet med fx borgere med sindslidelse, som fokuserer på sammenhængen mellem borgernes tanker, følelser og handlinger, og derigennem støtter borgerne i at mestre hverdagen selv (Rosenberg, 2011). Derimod er det ikke muligt på baggrund af dette datamateriale at sige noget nærmere om, hvilke specifikke metoder inden for det kognitive, der anvendes i bostøtteindsatsen. Derfor kan vi heller ikke konkludere, hvorvidt der er evidens for de enkelte kognitive metoder.

Resultaterne om metodebrug viser imidlertid, at de tidligere beskrevne metoder, kapitel 2, i den nationale Hjemløsestrategi, ACT, ICM, CTI og tilgangen ”housing first” ikke nævnes, når man spørger bostøtter og ledere af leverandørfunktionen. På flere måder er der sammenfald mellem borgere med sindslidelse, der får bostøtte, og målgruppen for Hjemløsestrategien. Desuden anvendes ACT-baseret indsats i form af opsøgende team i distriktpsykiatrien, og derfor er denne tilgang ikke ukendt i behandlingspsykiatrien. Den ser imidlertid ikke ud til at have vundet indpas i den kommunale socialpsykiatri.

BEHOV FOR VIDEN

Spørgeskemaet til lederne af den kommunale myndighed opstiller forhold af central betydning for kommunernes anvendelse af § 85. For at få indblik i, hvilke områder der er behov for at arbejde med i kommunerne, har vi bedt repræsentanter fra den kommunale myndighed angive, hvilke områder de mener, der er størst behov for at sætte fokus på, i forhold til udvikling af medarbejdernes viden.

Tabel 5.27 viser de fem områder, som flest i den kommunale myndighed mener, at der er brug for at fokusere på i kommunen. Ser vi på, hvad der ifølge den kommunale myndighed er behov for, at man sætter fokus på i forhold til bostøtte, mener flest, at det største behov ligger inden for udfasning af bostøtten for den enkelte borger, og som det an-

det kommer tværfagligt samarbejde med fx behandlingspsykiatri eller jobcenter.

TABEL 5.27

Andelen af kommuner, hvor den kommunale myndighed mener, der er behov for at øget fokus og øget medarbejderviden, inden for udvalgte områder på bostøtteområdet. Procent.

	Procent
Udfasning af bostøtte for den enkelte borger med henblik på, at borgeren bliver mere selvhjulpne	67
Tværfagligt samarbejde (fx med behandlingspsykiatri, jobcenter o.a.)	62
Indblik i målgruppen (fx den nyeste forskning, behov, begrænsninger, ressourcer mv.)	56
Konkrete sagsbehandlingsværktøjer, fx kvalitetsstandarder og handleplans-skema	55
Procedurer for visitation til § 85	53

Anm.: N = 66. Den kommunale myndighed har kunnet afgive flere svar og derfor summerer procentandelen ikke til 100.

Kilde: Spørgeskema til kommunal myndighed.

Lederne af leverandørfunktionen er blevet spurgt om, hvilke områder de endnu ikke har haft fokus på, men mener, at der er brug for at fokusere på i forhold til at øge medarbejdernes viden på bostøtteområdet. Flest ledere af leverandørfunktionen mener, at der først er behov for øget fokus og viden blandt medarbejderne i forhold til udfasning af bostøtte for den enkelte borger, dernæst tværfagligt samarbejde mellem fx socialpsykiatri og behandlingspsykiatri samt som det tredje viden om andre kommunale tilbud til borgerne.

Både den kommunale myndighed og ledere af leverandørfunktionen mener, at udfasning af bostøtte for den enkelte borger er det område, der er størst behov for at sætte fokus på, og hvor de har brug for mere viden. Desuden er både myndighed og ledere af leverandørfunktionen enige om, at det andet største område, hvor de har brug for mere viden og øget fokus fremover, er det tværfaglige samarbejde med fx behandlingspsykiatri og jobcenter.

På baggrund af denne undersøgelse kan vi sige, at der i kommuner er brug for udvikle bostøtteindsatsen således, at denne ikke bliver permanent for borgerne, og dermed drejer sig endnu mere i retning af recovery-tankegangen og hensigten med § 85, nemlig at borgerne bliver i stand til *selv* at mestre livet i egen bolig. Faren ved ikke at sætte denne udvikling i gang er, at bostøtte bliver en livslang støtte, og at der skabes et uhensigtsmæssigt afhængighedsforhold mellem borger og bostøtte. I fokusgrupperne gav repræsentanter fra både myndighed og leverandør

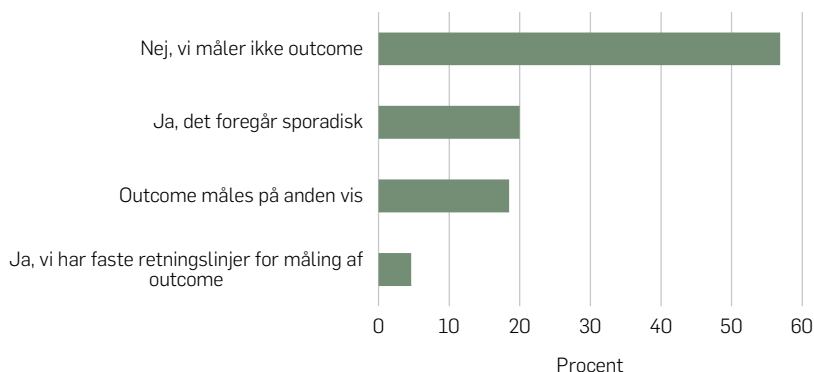
også udtryk for, at det var en reel problematik i deres kommune, at borgere kunne komme ind i et afhængighedsforhold til bostøtten på den måde, at udfasning af bostøtteindsatsen ikke kom på tale, og i yderste konsekvens kunne borgerens udvikling blive sat i stå, fordi udfasning af støtten ikke blev sat i værk..

DOKUMENTATION AF INDSATSEN

Dokumentation af bostøtteindsatsen over for den enkelte borger og dermed mulighed for at se på virkningen af indsatsen er ikke særlig udbredt blandt kommunerne i undersøgelsen. I figur 5.8 ses det, at hovedparten af kommunerne ikke måler outcome af bostøtteindsatsen. 5 pct. svarer, at der i kommunen er faste retningslinjer for måling af outcome. Det peger på, at der i kommunerne ikke er tradition for at måle på, hvilket udbytte den enkelte borger har af bostøtteindsatsen.

FIGUR 5.8

Kommuner fordelt efter brug af dokumentation af bostøtteindsatsen for borgere med sindslidelser. Procent.



Kilde: Spørgeskema til kommunal myndighed.

MÅLING, EVIDENS OG STANDARDISERING

Mellem de to forhold: myndighedens praksis i forhold til holdning om brug af evidensbaserede metoder i bostøtte, og hvorvidt myndigheden måler på outcome af bostøtteindsatsen, er der en positiv sammenhæng. Hvis myndigheden lægger vægt på, at bostøtter arbejder efter evidensbaserede metoder, finder vi i flere tilfælde, at den også måler på virkningen af bostøtteindsatsen over for borgere.

På et par områder er der sammenhæng mellem måling og evidens og myndighedens brug af standardiserede procedurer i visitation af borgere til bostøtte. Hvis de kommunale myndigheder måler på virkningen af bostøtte, har signifikant flere faste procedurer for revisitation af borgere med sindslidelse til bostøtte. Måling af outcome har også sammenhæng med opstilling af kriterier internt i kommunen for visitation af borgere med sindslidelse til bostøtte. Det viser tabel 5.28. Knap to ud af tre (65 pct.) kommuner, der måler på virkning af bostøtte, har opstillet interne kriterier for visitation af borgere til bostøtte, mens én ud af tre (33 pct.) kommuner, der ikke måler på outcome af bostøtteindsatsen, har opstillet kriterier for visitation.

TABEL 5.28

Kommuner fordelt efter sammenhæng mellem måling af outcome af bostøtteindsats og opstilling af interne kriterier til visitation af borgere til bostøtte. Procent og antal.

	Kommunen har opstillet kriterier internt i forhold til visitation til § 85	Kommunen har ikke opstillet kriterier internt i forhold til visitation til § 85	Antal
Kommunen måler outcome af bostøtte	65	35	26
Kommunen måler ikke outcome af bostøtte	33	67	36
I alt			62

Anm.: Test viser der er sammenhæng på et 5-pct.-signifikansniveau.

Kilde: Spørgeskema til kommunal myndighed.

At der på nogle områder er sammenhæng mellem fokus på måling og vægtning af evidensbaserede metoder i bostøtteindsatsen og myndighedens praksis giver på sin vis god mening, da det generelt afspejler en metodebevidsthed i kommunerne.

OPSUMMERING

I dette kapitel har vi fokuseret på kommuners visitation til bostøtte, organisering af bostøtte, metoder, hvilke former for støtte der ydes til borgere med sindslidelser efter § 85, borgernes tilfredshed med bostøtte og borgernes udvikling.

I 61 pct. af kommunerne er der faste procedurer for visitation til bostøtte, som sagsbehandlere følger systematisk, i 15 pct. af kommunerne følges procedurer sporadisk, mens 24 pct. af kommunerne ikke har faste procedurer for visitation. Syv ud af ti kommuner har et serviceniveau for bostøtte, men i lidt over en fjerdedel af kommunerne mener leverandøren ikke, at bostøtten kan omsætte serviceniveauet i praksis.

Bostøtte tilbydes både som individuel støtte og gruppestøtte i de fleste kommuner, men 41 pct. af kommunerne tilbyder kun borgere individuel støtte, mens 32 pct. af leverandørerne alene yder støtte individuelt. Supplerende bostøtte ud over det personlige fremmøde fx sms, telefonopkald yder syv ud af ti bostøtten.

En mindre del (12 pct.) af kommunerne opstiller krav til, hvilke metoder leverandøren bruger i bostøtteindsatsen. Det er primært den enkelte medarbejder, der selv definerer, hvilke metoder man anvender i de konkrete tilfælde. Leverandørerne bruger hovedsagligt kognitive metoder i indsatsen over for borgere. Dernæst anvendes systemiske metoder, jeg-støttende metoder, adfærdstræning og social træning og motivationsarbejde. 33 pct. af lederne af leverandørfunktionen og 18 pct. af bostøtterne angiver, at de anvender en recovery-orienteret tilgang i deres arbejde med borgerne. En mindre del af kommunerne (5 pct.) har faste retningslinjer for at måle outcome af bostøtteindsatsen. 58 pct. måler slet ikke outcome, mens de resterende måler sporadisk og på anden måde end ved faste procedurer.

Over halvdelen af borgere i undersøgelsen får støtte til at tale om deres egen trivsel, håndtere egne psykiske problemer, sætte mål op for fremtiden og til at holde kontakt med offentlige myndigheder. Sammenlignet med vejledningen til § 85 ydes dermed primært støtte til personlig og psykisk trivsel og i mindre grad til at vedligeholde eller opbygge netværk og sociale relationer. Borgerne er meget tilfredse med støtten, de får, og flest borgere oplever selv, at de inden for det sidste år er blevet bedre til at tage hånd om egen trivsel, klare egne psykiske problemer, holde kontakt til praktiserende læge og psykiatriske behandlere og til at have social kontakt med andre mennesker.

SAMMENHÆNG I INDSATSEN

I dette kapitel ser vi nærmere på, hvordan bostøtte til borgere med sindslidelser indgår i en sammenhæng med andre ydelser. Bostøtte er for nogle borgere ikke den eneste indsats, som de modtager fra det offentlige. Derfor er det væsentligt at se på sammenhængen mellem de indsatser borgeren modtager, herunder i hvilken grad de overlapper og supplerer hinanden, samt om de fremstår som en helhed for borgeren. I forlængelse af det ser vi også på, hvordan de forskellige sektorer samarbejder om borgeren, og på sammenhængen i visitationen til bostøtte.

SAMMENHÆNG MED ANDRE KOMMUNALE TILBUD

Borgere med sindslidelser, der modtager bostøtte, er ofte udsatte på en række områder, og derfor modtager mange af dem tillige med bostøtte også andre offentlige tilbud. Borgerne i denne undersøgelse er således spurgt om, hvilke andre offentlige ydelser de får ved siden af bostøtten. Resultaterne i tabel 6.1 viser, at flest borgere (43 pct.) ud over bostøtten desuden får aktivitetstilbud i aktivitets- og samværstilbud eller på et værested. Lidt under en fjerdedel af borgerne får hjemmehjælp, som kommunen betaler, og den indsats, færrest borgere får tillige med bostøtte, er

tilbud fra jobcenter og andre beskæftigelsesrelaterede tiltag. Knap én ud af ti borgere får dette.

TABEL 6.1

Andelen af borgere, der ved siden af bostøtte modtager andre ydelser/tilbud. Procent og antal.

	Procent	n ¹
Aktivitetstilbud i aktivitets- og samværscenter eller værested	43	1.008
Kommunal hjemmehjælp	25	1.008
Støttekontaktperson	21	979
Jobcenter fx mentorordning	9	1.010

1. Betegnelsen n angiver antal borgere, der har fået stillet det pågældende spørgsmål.

Kilde: Spørgeskema til borgere.

For nogle borgere kan den sociale del af indsatsen med at skabe relationer og netværk til andre, som vi tidligere i denne rapport har vist er fraværende i bostøtteindsatsen blandt lidt under halvdelen af borgerne, i stedet ligge i aktivitetstilbud i aktivitets- og samværstilbud eller værested. Det skal dog ikke forstås sådan, at deltagelse i tilbud på et af disse steder nødvendigvis opfylder alle borgeres behov for støtte til social kontakt og til netværksdannelse, da dagcentre og væresteder er forskellige i deres karakter og tilbud til borgerne. Men det giver borgerne mulighed for at komme ud og møde andre mennesker, både andre borgere i en lignende situation og personale, der kan støtte dem fx i forhold til social kontakt med andre.

For at afdække, i hvilken grad kommuner anvender andre tilbud i sammenhæng med bostøtte til borgere med sindslidelser, er den kommunale myndighed spurgt om, i hvilken grad de gør brug af en række indsatser i forbindelse med borgere med sindslidelser, der modtager bostøtte. Resultaterne heraf ses i tabel 6.2.

Som tabellen illustrerer, anvendes bostøtte hyppigt i sammenhæng med andre indsatser. I lidt mere end otte ud af ti (83 pct.) kommuner anvender man bostøtte i sammenhæng med aktivitets- og samværstilbud. Hjemmehjælp bruges i høj eller nogen grad sammen med bostøtte i 65 pct. af kommunerne. Halvdelen af respondenterne i kommunerne vurderer, at kommunen i høj eller nogen grad anvender bostøtte i sammenhæng med beskyttet beskæftigelse. Endelig peger 64 pct. af kommunerne på, at de i høj eller nogen grad bruger bostøtte sammen med midlertidig ophold i botilbud, mens lidt færre anvender bostøtte sammen

med længerevarende ophold i botilbud. Færrest anvender bostøtte i sammenhæng med en støttekontaktperson, hvilket ikke er overraskende, idet tanken er, at en borger skal overdrages fra støttekontaktperson til bostøtte, og man må derfor forvente et vist overlap mellem de to indsatser.

Flertallet af kommuner anvender bostøtte i sammenhæng med andre ydelser, som vejledningen til loven beskriver, der ofte vil være sammenhæng med (Vejledning om hjælp og støtte efter serviceloven af 15. februar 2011).

Som vi også så blandt borgerne, er dette dermed klart de mest udbredte tilbud at anvende i sammenhæng med bostøtte.

TABEL 6.2

Kommuner fordelt efter grad af anvendelse af indsatser sammen med bostøtte til borgere med sindslidelser, særskilt for indsatser. Procent.

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Stet ikke
Hjemmehjælp (§ 83)	15	49	34	2
Støttekontaktperson (§ 99)	18	41	24	17
Beskyttet beskæftigelse (§ 103)	19	32	42	8
Aktivitets- og samværstilbud (§ 104)	49	35	14	3
Midlertidigt ophold i botilbud (§ 107)	17	47	27	9
Længerevarende ophold i botilbud (§ 108)	15	40	34	11

Anm.: N = 66.

Kilde: Spørgeskema til kommunal myndighed.

Kommunerne er desuden spurgt om, hvordan information om kommunens tilbud til borgere er tilgængelig for sagsbehandlerne. Godt halvdelen af kommunerne (53 pct.) angiver, at de har en samlet oversigt på deres intranet eller lignende, hvor det er muligt for sagsbehandlerne at skabe sig et overblik over, hvilke indsatser for borgere med sindslidelser der eksisterer i kommunen og eventuelt i samarbejdskommuner og regionen. Det efterlader 47 pct. af de deltagende kommuner, som svarer, at de ikke har en samlet oversigt over tilbud og indsatser, som er relevante for borgere med sindslidelser, der får bostøtte.

Dermed ikke sagt, at kommunale sagsbehandlere ikke har overblik over kommunens tilbud til borgere med sindslidelser, men en samlet oversigt med samtlige indsatser gør det alt andet lige lettere for den enkelte sagsbehandler at sammensætte et tilbud, der dækker borgerens behov. Ikke mindst giver en samlet oversigt, som er tilgængelig for alle sagsbehandlere, borgerne en sikkerhed for, at sagsbehandlerne har den samme viden til rådighed, når de visiterer borgeren til offentlige ydelser.

BESKÆFTIGELSESIKTSATS

Ifølge internationale undersøgelser om borgere med sindslidelser, der får støtte i eget hjem, er det centralt, at disse borgere inkluderes og integreres i lokalsamfundet, for at de på længere sigt i højere grad kan klare sig selv i hverdagen (Brunt & Hansson, 2004; Lee, Wong & Rothbard, 2009; Wong, Filoromo & Tennille, 2007).

Et helt centralt element i at blive inkluderet i samfundet er at have en eller anden form for tilknytning til arbejdsmarkedet. Resultaterne vedrørende borgernes beskæftigelse, som blev beskrevet tidligere i rapporten, viser, at hovedparten af borgerne er uden for arbejdsmarkedet – de fleste er førtidspensionister. I og med at borgerne i denne undersøgelse har sindslidelser og har sociale vanskeligheder, vil det formentlig være vanskeligt for flere af dem at indgå på arbejdsmarkedet på ordinære vilkår fra den ene dag til den anden uden støtte. Det betyder imidlertid ikke, at borgerne ikke på sigt kan få en eller anden tilknytning til arbejdsmarkedet, eller at kommunerne ikke skal arbejde for det.

TABEL 6.3

Andelen af kommuner, der anvender udvalgte indsatser i forhold til at øge arbejdsmarkedsparathed blandt borgere med sindslidelser, der får bostøtte. Procent og antal.

	Procent	Antal
Jobtræning	62	41
Praktikpladser	25	34
Stillinger som frivillig medarbejder	20	13
Stillinger for medarbejdere med brugererfaring	15	10
Brugerdrevne tilbud, fx caféer eller sociale væresteder	35	23
Beskyttet beskæftigelse	71	47
Deltidsstillinger	15	10
Uddannelsesforløb	27	18
Andre	18	12

Anm.: N = 66. Kommunerne har haft mulighed for at afgive flere svar og derfor summerer procentandelene ikke til 100.

Kilde: Spørgeskema til kommunal myndighed.

For at belyse i hvilken grad kommuner anvender forskellige tiltag for at øge arbejdsmarkedsparathed blandt borgere med sindslidelser, der modtager bostøtte, er kommunerne spurgt om, hvilke indsatser de har etableret eller etableret et samarbejde med henblik på at øge borgernes chancer for at etablere eller fastholde en relation til arbejdsmarkedet. Resultaterne fremgår af tabel 6.3. Det tiltag, som flest kommuner benytter sig af, er

beskyttet beskæftigelse, som 71 pct. anvender. Dernæst kommer jobtræning, og som det tredje gør de brug af at engagere borgere i brugerdrevne tilbud som fx caféer eller sociale væresteder.

Indsatser som jobtræning, praktikpladser, deltidsstillinger og uddannelsesforløb samarbejder den kommunale myndighed med jobcenteret om, mens et jobcenter ikke nødvendigvis er involveret i indsatser som stillinger som frivillig medarbejder, medarbejder med brugererfaring, brugerdrevne tilbud og beskyttet beskæftigelse. Alle kommuner anvender mindst én af de nævnte indsatser i tabel 6.3. 29 pct. af kommunerne benytter ikke indsatser i samarbejde med jobcenter, men har andre tiltag over for borgere med sindslidelse, fx beskyttet beskæftigelse, brugerdrevne tilbud.

Dermed har alle kommuner i en eller anden udstrækning sammenhæng mellem bostøtte og beskæftigelsesrelaterede indsatser, som vejledningen taler om kan være en del af § 85 (Vejledning om hjælp og støtte efter serviceloven af 15. februar 2011).

VURDERING AF SAMMENHÆNG MED ANDRE TILBUD

Et er at undersøge, hvilke andre ydelser kommuner tilbyder borgere i sammenhæng med bostøtte, og hvor mange borgere der modtager andre indsatser ved siden af bostøtte, noget andet er, hvordan de forskellige tilbud spiller sammen med bostøtteindsatsen. Det fokuserer vi på i dette afsnit, hvor vi først ser på borgernes vurdering af sammenhængen og dernæst på bostøtternes og kommunernes opfattelse af sammenhængen mellem bostøtte og andre kommunale tilbud til borgerne.

Borgere, der modtager andre former for ydelser sammen med bostøtte, er blevet bedt om at vurdere, i hvilken grad de oplever, at der er problemer i samarbejdet mellem bostøtten og personalet, som leverer de andre ydelser i forhold til koordineringen mellem dem. Når borgerne er stillet spørgsmålet, er termen ”koordinering” defineret for dem som, hvorvidt de fx oplever, at personalet, der leverer de forskellige ydelser, gerne kommer på de samme tidspunkter eller lige efter hinanden, om de får modstridende oplysninger fra dem, og om den ene ved, hvad den anden laver.

I tabel 6.4 ses det, at mindst tre ud af fire borgere ikke oplever nogen former for problemer i koordineringen mellem bostøtten og de

andre tilbud/personalegrupper vist i tabel 6.4. Det område, hvor flest borgere oplever, at der er problemer i koordineringen er i forhold til hjemmehjælperen. 18 pct. af borgerne angiver, at der i høj eller i nogen grad er problemer i koordineringen mellem bostøtten og hjemmehjælperen. Færrest oplever problemer mellem bostøtten og personale i aktivitets- og samværstilbud eller på værested. Alt i alt ser vi, at borgerne ikke oplever de store problemer i samarbejdet mellem bostøtten og personale fra andre kommunale tilbud.

TABEL 6.4

Borgere i undersøgelsen fordelt efter, hvilken grad af problemer, de vurderer, at der er problemer i koordineringen mellem bostøtten og andre kommunale tilbud, særskilt for tilbud. Procent og antal.

	I høj grad	I nogen grad	Kun i mindre grad	Slet ikke	Antal
Hjemmehjælp	12	6	7	75	215
Støttekontaktperson	8	8	8	76	169
Jobcenter	6	7	4	84	85
Aktivitets- og samværscenter eller værested	7	5	5	83	384

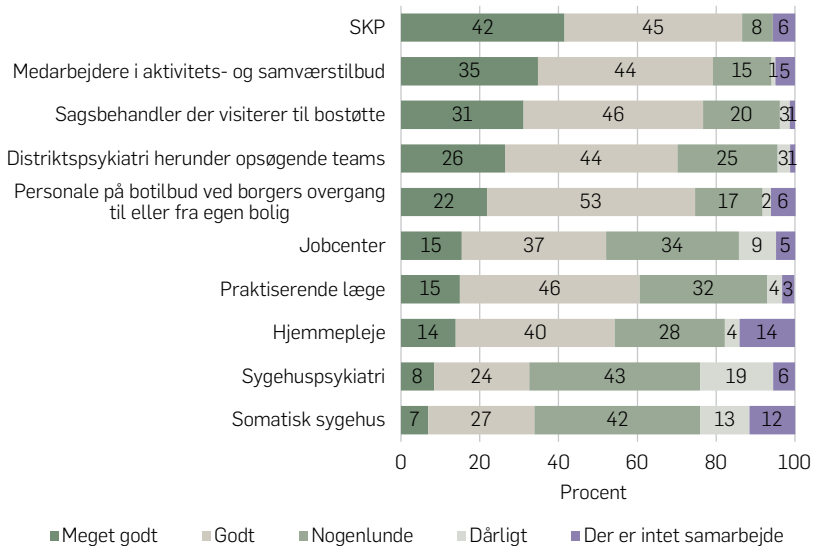
Kilde: Spørgeskema til borgere.

Selvom borgerne også påvirkes, hvis samarbejdet mellem bostøtten og personale fra andre tilbud ikke fungerer, er det alligevel bostøtterne selv, der aktivt indgår i dette og har et kendskab til samarbejdets forskellige sider. Derfor er bostøtterne også blevet bedt om at vurdere deres eget samarbejde med andre aktører, fx hjemmepleje, jobcenter, praktiserende læge, distriktpsychiatri, personale på botilbud osv.

I de fleste tilfælde angiver bostøtterne, at samarbejdet til andre aktører fungerer godt. Det viser figur 6.1. To områder, der skiller sig ud, hvor samarbejdet kan forbedres, er ifølge bostøtterne i kontakten med henholdsvis de regionale somatiske og psykiatriske sygehuse. Her vurderer flest bostøtter, at der er et dårligt samarbejde (19 pct.). Sammenligner vi bostøtternes samarbejde med psykiatriske sygehuse og distriktpsychiatrien, angiver de, at dette er væsentligt bedre med distriktpsychiatrien, herunder opsøgende team. Derfor er det i relationen til de psykiatriske sygehuse, at der ifølge bostøtterne er brug for en større indsats for et bedre samarbejde.

FIGUR 6.1

Bostøtter fordelt efter deres opfattelse af samarbejdet med andre kommunale og regionale aktører, særskilt for andre typer aktører. Procent.



Kilde: Spørgeskema til bostøtter.

I analyser af sammenhæng mellem bostøtternes vurdering af samarbejdet med andre tilbud viser det sig, at hvorvidt kommunalbestyrelsen har defineret et serviceniveau for bostøtteindsatsen, hænger sammen med samarbejdet på en række områder. I kommuner med et beskrevet serviceniveau svarer signifikant flere bostøtter, at de har et godt samarbejde med henholdsvis personale på botilbud i forbindelse med overgang for borgere til eller fra egen bolig, og med sagsbehandlere, som visiterer borgere til bostøtte.

På de to nævnte områder er der en sammenhæng mellem, om kommunen har et serviceniveau og bostøtternes oplevelse af samarbejde. En del af grunden hertil kan være, at serviceniveauet tydeliggør samarbejdsrelationen, fx at sagsbehandlere har ansvaret for koordinering af borgerens tilbud.

Den næste aktør, der er central for at vurdere samarbejdet i de indsætter, som borgerne modtager, er den kommunale myndighed. Da den kommunale myndighed ikke leverer bostøtteindsatsen, men alene bestiller den, er den ikke blevet bedt om at vurdere samarbejdet mellem

bostøtten og personale fra andre tilbud til borgerne. Derimod er den spurgt om, hvordan samarbejdet fungerer mellem andre aktører på området og de kommunale sagsbehandlere, som den er leder for. Resultaterne i tabel 6.5 omhandler alene sammenhængen i indsatsen for borgere med sindslidelse, der modtager bostøtte. Det er kun inden for de områder, hvor kommunen samarbejder med de respektive aktører, hvor den kommunale myndighed er stillet spørgsmålet om samarbejde.

Den kommunale myndighed vurderer, at der er den højeste grad af samarbejde mellem de kommunale sagsbehandlere og personale i forhold til botilbud for borgere med sindslidelse, der modtager bostøtte. Hele 91 pct. finder, at der i høj eller i nogen grad er samarbejde, hvoraf 62 pct. vurderer, at der i høj grad er samarbejde på dette område. Dernæst finder 59 pct., at der i høj grad er samarbejde med distrikts- og sygehuspsykiatri, og 57 pct. angiver, at der i høj grad er samarbejde mellem de kommunale sagsbehandlere og støttekontaktperson. Det sted, hvor færrest mener, at der er samarbejde er i relation til beskyttet beskæftigelse, hvor 33 pct. slet ikke eller i mindre grad mener, at der er et samarbejde på det område.

Alt i alt viser resultaterne, at de kommunale myndighedsledere vurderer, at der er en godt samarbejde mellem sagsbehandleren og de forskellige tilbud, de kan visitere borgere med sindslidelser til.

TABEL 6.5

Kommuner fordelt efter opfattelse af grad af samarbejde mellem kommunale sagsbehandlere og andre indsætter i forhold til borgere med sindslidelse, der modtager bostøtte, særskilt for instanser. Procent.

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke
Hjemmehjælp (§ 83)	22	49	28	2
Støttekontaktperson (§ 99)	57	27	13	3
Beskyttet beskæftigelse (§ 103)	32	35	27	6
Aktivitets- og samværstilbud (§ 104)	50	44	5	2
Botilbud (§ 107-§ 108)	62	29	8	2
Distrikts- og hospitalspsykiatri	59	31	11	0

Anm.: N = 66.

Kilde: Spørgeskema til kommunal myndighed.

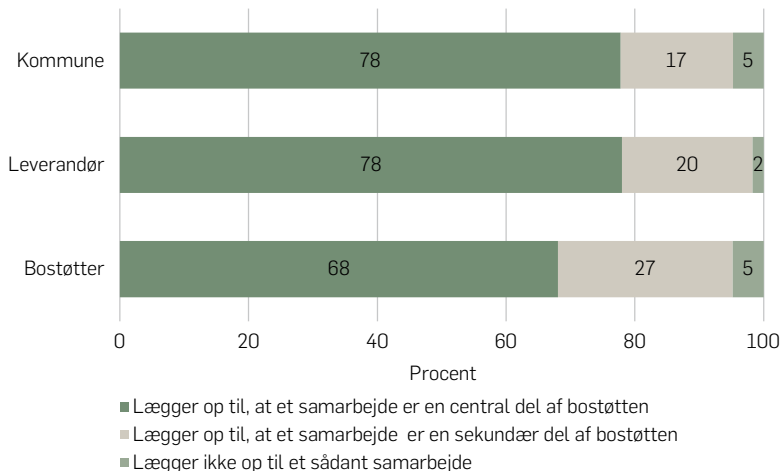
SAMARBEJDE OG ORGANISATORISKE FORHOLD

Lederne af den kommunale myndighed, lederne af leverandørfunktionen og bostøtterne er blevet spurgt, hvorvidt de mener, at bostøtten er organiseret på en måde, der understøtter et samarbejde mellem bostøtten og andre indsats for mennesker med sindslidelser.

Som det fremgår af figur 6.2, mener tre ud af fire i den kommunale myndighed, at organisering af bostøtte lægger op til et samarbejde mellem bostøtten og andre indsats, der er centrale i bostøtte. En lille andel af kommunerne mener ikke, at det er tilfældet. Blandt leverandørerne mener 78 pct., at organisering af bostøtten lægger op til et samarbejde med andre instanser, der er centrale i bostøttestrøbet. Andelen, der ikke mener, at organisering af bostøtten lægger op til samarbejde, er også meget lav her.

FIGUR 6.2

Kommuner, leverandører og bostøtter fordelt efter opfattelse af, om organisering af bostøtte i kommunen lægger op til samarbejde med andre centrale instanser. Procent.



Kilde: Spørgeskema til kommunal myndighed, leverandør og bostøtter.

Som det gjorde sig gældende i den kommunale myndighed og for lederne af leverandørfunktionen, mener flertallet af bostøtter også, at organisering af bostøtten lægger op til et samarbejde mellem denne og andre in-

stanser. Men lidt over hver fjerde bostøtte angiver, at bostøtten er organiseret, så det lægger op til, at samarbejde mellem bostøtten og andre centrale instanser er en sekundær del af bostøtten.

Samlet kan vi sige, at der både blandt flertallet af ledere i den kommunale myndighed, af leverandørfunktionen og blandt bostøtter er en opfattelse af, at organisering af bostøtten lægger op til et samarbejde med andre væsentlige instanser som en central del af bostøtten. Det peger på, at samarbejde på tværs understøttes af bostøttens organisering hos både myndighed og leverandør.

SAMARBEJDE MED REGIONEN

I dette afsnit ser vi nærmere på, hvordan samarbejdet med regionen opleves fra det kommunale synspunkt.

Lederne af den kommunale myndighed er spurgt om, hvordan de oplever regionens overlevering af information vedrørende borgere med sindslidelse, der har brug for sociale indsatser som bostøtte, når de udskrives fra den psykiatriske afdeling. Knap en ud af tre ledere af den kommunale myndighed oplever, at regionen altid/næsten altid overleverer den nødvendige viden om borgeren i forbindelse med udskrivning fra psykiatrisk afdeling til sociale indsatser i kommunen. 28 pct. af kommunerne angiver, at de sjældent eller aldrig får den nødvendige viden fra regionen ved udskrivning af borgere med brug for sociale indsatser.

Ser vi på, i hvilken grad kommunen oplever, at regionen udarbejder udskrivnings- og koordineringsaftaler, mener 44 pct. af kommunerne, at regionen sjældent eller aldrig udarbejder udskrivnings- og koordineringsaftaler ved udskrivning af en borger fra psykiatrisk afdeling. 12 pct. oplever, at regionen altid eller næsten altid udarbejder de nødvendige udskrivnings- og koordineringsaftaler.

De forholdsvis høje andele, der svarer ”sjældent” eller ”aldrig/næsten aldrig” til de to spørgsmål vist i tabel 6.6, peger i retning af, at der er problemer i overlevering af borgere med behov for sociale indsatser som bostøtte fra psykiatrisk indlæggelse og til kommunen.

TABEL 6.6

Kommuner fordelt efter deres oplevelse af informationsudveksling fra psykiatrisk afdeling til kommunen ved udskrivning af borgere med sindslidelser, der har behov for sociale indsatser som bostøtte, særskilt for elementer af udvekslingen. Procent.

	Altid/ næsten altid	Af og til	Sjældent	Aldrig/ næsten aldrig	Ved ikke
Overleverer regionen den nødvendige viden om borgere, der udskrives til sociale tilbud?	30	39	26	2	3
Udarbejder regionen udskrivnings- og koordineringsaftaler?	12	32	36	8	12

Kilde: Spørgeskema til kommunal myndighed.

SAMARBEJDE MED BORGERNES NETVÆRK

Bostøtterne er blevet spurgt om deres samarbejde med forskellige dele af borgerens netværk. Hovedparten (70 pct.) vurderer, at de har et godt eller meget godt samarbejde med borgerens familie, og få angiver (6 pct.), at de ikke har et samarbejde med denne del af borgerens netværk, men at det vil være relevant. Knap halvdelen af bostøtterne (46 pct.) har ligeledes et godt eller meget godt samarbejde med borgerens venner. Et område, hvor det ser ud til, at der kan være plads til forbedring, er i forhold til borgerens frivillige besøgsvenner. Blandt de borgere, der har en frivillig besøgsven, svarer 30 pct. af bostøtterne, at der ikke er et sådan samarbejde, men at det vil være relevant.

OVERLAP MELLEM BOSTØTTE OG ANDRE YDELSER

Som vi beskrev tidligere i rapporten, har der siden kommunalreformen i 2007 været en stigning i antallet af borgere med sindslidelser, der får bostøtte. Det øgede antal borgere med brug for bostøtte kan sætte den kommunale bostøtte under pres, og det er forskelligt, hvordan de enkelte kommuner har valgt at imødekomme tilstrømningen til bostøtteordningen. For at belyse, i hvilket omfang kommunerne anvender andre ydelser i stedet for bostøtte til borgere med sindslidelser, fx på grund af venteliste, ser vi i dette afsnit nærmere på, om og hvor der er overlap mellem bostøtte og andre kommunale ydelser.

Tabel 6.7 viser overlap mellem bostøtte og andre ydelser, som borgere med sindslidelser kan visiteres til. I langt hovedparten af kommunerne sker det sjældent eller aldrig, at en borger der er visiteret til bostøtte i stedet modtager hjemmehjælp fx grundet venteliste til bostøtte. Næsten én ud af fire kommuner vurderer, at det ofte eller af og til sker, at en borger er kommet ind i det kommunale system via en støttekontaktperson, men ikke bliver bevilliget en bostøtte, selvom borgeren burde få dette efter lederne af myndighedsfunktionens opfattelse. Resultatet viser ikke, at borgere efterlades uden støtte, da de tildeles en støttekontaktperson, men at de ikke visiteres videre til bostøtte.

Cirka én ud af fire kommuner angiver, at det ofte eller af og til sker, at borgere med sindslidelser, der er visiteret til ophold i botilbud (§ 107- 108), i stedet modtager bostøtte i eget hjem, eksempelvis på grund af ventelister, mens halvdelen svarer, at det sker sjældent. På spørgsmålet om, hvorvidt det er vilkårligt, om en borger visiteres til hjemmehjælp eller bostøtte, er der ingen, der svarer, at det ofte er vilkårligt, og én ud af 20 svarer, at det af og til er tilfældigt.

Resultaterne viser således, at det primært er i forhold til støttekontaktperson og ophold i botilbud, der er overlap til bostøtte forstået på den måde, at støttekontaktperson anvendes i stedet for bostøtte og bostøtte benyttes i stedet for botilbud. Det kan skyldes ventelister til bostøtte og lignende, at der er disse overlap.

TABEL 6.7

Kommuner fordelt efter hyppighed af anvendelse af andre ydelser som alternativ til bostøtte, særskilt for ydelser og vilkårlighed af anvendelse. Procent.

	Ofte	Af og til	Sjældent	Aldrig	Ved ikke
Hvor ofte sker det, at en borger der er visiteret til bostøtte i stedet modtager hjemmehjælp (§ 83) pga. venteliste?	2	2	32	62	3
Hvor ofte oplever du, at borgere kun får en støttekontaktperson (§ 99), selvom han/hun efter din opfattelse burde have en bostøtte?	3	20	47	30	0
Hvor ofte sker det, at borgere med sindslidelser der er visiteret til ophold i botilbud (§ 107 eller § 108) i stedet modtager bostøtte i eget hjem fx pga. venteliste?	2	24	50	23	2
Hvor ofte oplever du, at det er vilkårligt, om det er hjemmehjælp eller bostøtte, der tages i brug for at visitere en borger med sindslidelser til en ydelse?	0	5	24	70	2

Kilde: Spørgeskema til kommunal myndighed.

I forlængelse af at en fjerdedel af kommunerne oplyser, at borgere ofte eller af og til ikke overgår fra en støttekontaktperson til bostøtte, viser vores undersøgelse også, at knap halvdelen af kommunerne har faste procedurer, når en borger overgår fra støttekontaktperson-ordningen til bostøtte. Det betyder omvendt, at halvdelen ikke har faste retningslinjer for, hvornår og hvordan en borger får en bostøtte i stedet for støttekontaktperson.

HANDLEPLANER OG PÆDAGOGISKE PLANER

Når borgere med væsentlig nedsat psykisk funktionsevne og borgere, der kun kan være i egen bolig, så længe de får støtte, visiteres til fx at modtage bostøtte, skal kommunen tilbyde at udarbejde en handleplan efter servicelovens § 141. I andre tilfælde er kommunen ikke forpligtet til at tilbyde en handleplan, men kan skønne, om det er hensigtsmæssigt i forhold til den enkelte. Flertallet af borgere med sindslidelse, der modtager bostøtte, må formodes at høre til den gruppe, som kommunen er forpligtet til at tilbyde en handleplan i og med, at de har nedsat psykisk funktionsevne og får støtte, fordi de ellers har svært ved at bo i egen bolig.

En handleplan er en fælles plan for borgeren og kommunen, der skal beskrive målet med fx bostøtteindsatsen. Handleplanen skal også klargøre de involverede personer og instansers opgaver og ansvarsområder over for borgeren med det formål at give borgeren en sammenhængende indsats. I forhold til borgeren skal handleplanen styrke vedkommendes mulighed for at have indflydelse på den ydede støtte. Handleplanen kan justeres undervejs i forløbet i forhold til borgerens udvikling og behov for støtte. Borgerens sagsbehandler udarbejder handleplanen i samarbejde med borgeren.

Ud over en handleplan kan borgere med sindslidelse, der får bostøtte, få lavet en pædagogisk plan også kaldet en ”personlig plan”. Den pædagogiske plan er ikke lovfæstet, men den kan ses som en plan, som leverandøren udfærdiger for at omsætte handleplanen til praksis. Den pædagogiske plan erstatter ikke en handleplan, men skal spille sammen med denne i forhold til indsatsen og målene for indsatsen. Derfor kan den pædagogiske plan indgå som en del af handleplanen, men gør det ikke nødvendigvis. Det er typisk bostøtten, der udarbejder den pædagogiske plan for bostøtteindsatsen sammen med borgeren. Denne plan indeholder centrale mål og elementer i bostøtteindsatsen over for den en-

kelte borger og fungerer som en rettesnor i forhold til bostøttens arbejde med borgeren.

Handleplanen er som beskrevet et væsentligt instrument i bostøtteindsatsen både for borger, myndighed og leverandør. Derfor har vi i spørgeskemaet spurgt borgerne, om de har fået lavet en handleplan og om deres oplevelse med den.

Både når vi ser på handleplan og pædagogisk plan, svarer lidt under halvdelen af borgerne, at de har fået lavet disse planer for bostøtteindsatsen. Det viser tabel 6.8. En forholdsvis stor andel angiver i begge tilfælde, at de ikke kan huske, om de har fået lavet en sådan plan. Det kan hænge sammen med, at det er længe siden, at borgeren har fået lavet en plan, eller at det i det hele taget er uklart for borgeren, om vedkommende har fået en plan. På den måde spiller handleplanen ikke den store rolle i hverdagen for bostøtteindsatsen blandt en fjerdedel af borgerne, da de ikke ved, om de har en sådan plan.

TABEL 6.8

Borgere i undersøgelsen fordelt efter, om de fik lavet en handleplan og en pædagogisk plan, da de blev tildelt bostøtte. Procent.

	Ja	Nej	Husker det ikke	Antal
Handleplan	44	30	26	1.009
Pædagogisk plan	45	34	22	1.008

Kilde: Spørgeskema til borgere.

De borgere, som i tabel 6.8 angiver ikke at have fået en handleplan eller en pædagogisk plan, da de blev tildelt bostøtte, er også blevet spurgt om grunden hertil. 77 pct. af dem, der ikke fik en handleplan svarer, at årsagen var, at de slet ikke blev tilbudt at få lavet en handleplan. Ser vi på den pædagogiske plan, svarer 60 pct. af dem, der ikke fik en sådan plan, at de ikke blev tilbudt en pædagogisk plan. Langt flertallet af borgerne uden henholdsvis handleplan og pædagogisk plan mener slet ikke, at de har fået tilbudt de nævnte planer, selvom en forholdsvis stor del af gruppen må formodes at være i målgruppen for at få tilbudt en handleplan.

Særligt borgere på 50 år og derover mener ikke, at de har fået lavet en handleplan, og sammenholdt med andre aldersgrupper svarer færre på 60 år og derover, at de har fået lavet en pædagogisk plan.

De fleste borgere, der har fået en handleplan, er forinden blevet orienteret om, at der skulle laves en plan, således at de havde mulighed

for at forberede sig på det. Blot 4 pct. af bostøtterne angiver, at de ikke giver borgerne mulighed for at forberede sig. Når man spørger bostøtterne om, hvor meget tid borgerne får til at tænke over indholdet af den pædagogiske plan, svarer flest (33 pct.), at de giver borgeren lige så lang tid, som vedkommende har brug for. 22 pct. af bostøtterne giver borgeren en uge til forberedelse, og 18 pct. giver borgerne to ugers forberedelse, inden den pædagogiske plan laves.

Ser vi på de borgere, der fik tilbudt en handleplan, var langt de fleste med til at udarbejde dele af planen sammen med sagsbehandleren. Det samme gør sig gældende for pædagogiske planer, hvor langt flertallet af dem, der blev tilbudt en pædagogisk plan, også var med til at lave planen sammen med bostøtten. Langt hovedparten af bostøtterne angiver ligeledes, at den pædagogiske plan bliver lavet i et samarbejde mellem borgeren og bostøtten.

Blandt de borgere, der fik lavet en handleplan eller en pædagogisk plan, finder flertallet, at deres mening i høj grad blev hørt i udarbejdningen af planerne. Ser man på forskelle i kvinder og mænds opfattelse af, om det var henholdsvis dem selv, bostøtten eller begge parter, som primært stod for udarbejdelsen af den pædagogiske plans indhold, svarer kvinder i signifikant højere grad, at indholdet mest blev udarbejdet af dem selv. Borgernes svar i forhold til deres inddragelse i udarbejdningen af pædagogiske planer stemmer overens med bostøtternes besvarelse.

Samlet set viser resultaterne på den måde, at de borgere, der inddrages i forhold til handleplan og pædagogisk plan, er tilfredse og føler sig taget med på råd. Samtidig er der en relativt stor gruppe, som efter eget udsagn ikke tilbydes de planer, der skal være retningsgivende for bostøtteindsatsen.

Endvidere er bostøtterne blevet spurgt om deres kendskab til borgernes § 141-handleplaner. Hovedparten (60 pct.) af bostøtterne kender til alle eller næsten alle handleplaner for de borgere, som de er bostøtte for. En mindre andel på 15 pct. angiver, at ikke har kendskab til nogen af borgernes handleplaner eller kender næsten ingen af dem. Spørger man bostøtterne om deres deltagelse i udarbejdning af handleplaner for borgere, fordeler de sig primært i to grupper. Den største gruppe er dem, som altid eller næsten altid deltager i udarbejdningen af handleplaner (41 pct.), og den næststørste gruppe er dem, der er involveret i ingen eller næsten ingen af borgernes handleplaner.

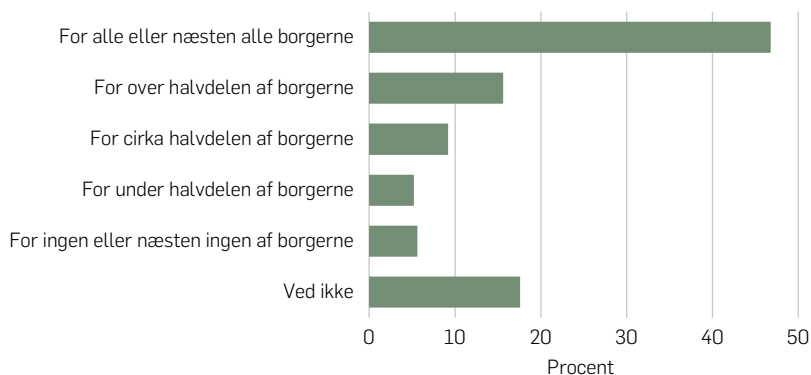
Som før nævnt står bostøtterne for at lave den pædagogiske plan i samarbejde med borgeren. Lidt over tre ud af fire bostøtter (76 pct.) angiver, at de altid eller næsten altid tilbyder borgerne en pædagogisk plan og en mindre del (4 pct.) svarer, at de aldrig eller næsten aldrig tilbyder borgerne en pædagogisk plan. Når vi spørger bostøtterne om, hvor stor en del af borgerne som siger ja til tilbuddet om en pædagogisk plan, svarer igen lidt over tre ud af fire bostøtter (76 pct.), at over halvdelen af borgerne tager imod denne mulighed. En mindre del af bostøtterne (8 pct.) har den erfaring, at ingen eller næsten ingen af borgerne takker ja til en pædagogisk plan.

Hensigten med den pædagogiske plan er, at denne skal spille sammen med borgerens handleplan, således at mål og elementer i bostøtteindsatsen hænger sammen i de to planer. Bostøtter med kendskab til handleplanen for de borgere, de er bostøtte for, er spurgt om for hvor mange af disse borgere, de mener, at handleplanen og den pædagogiske plan supplerer hinanden. Resultaterne ses i figur 6.3.

Hovedparten af bostøtterne angiver, at den pædagogiske plan og handleplanen for alle eller næsten alle de borgere, de er bostøtte for, supplerer hinanden.

FIGUR 6.3

Bostøtter, som kender til borgerens handleplan, fordelt efter, hvor stor en del af borgerne med sindslidelse, som modtager bostøtte, de mener, den pædagogiske plan supplerer handleplanen for. Procent.



Kilde: Spørgeskema til bostøtter.

MÅLSÆTNINGER I HANDLEPLANERNE

Et centralt element i handleplanerne er de målsætninger, som bostøtteindsatsen skal styre hen imod, og som de forskellige elementer i indsatsen er sat i værk på baggrund af. Den kommunale myndighed er derfor spurgt om, hvor mange af borgerne med sindslidelse, der modtager bostøtte, de mener, at målsætningerne i handleplanen bliver opfyldt for. Resultaterne ses i tabel 6.9.

Flertallet af kommuner i undersøgelsen finder, at målsætningerne i handleplanen for over halvdelen af borgerne med sindslidelse, der får bostøtte, bliver helt eller delvist opfyldt. Imidlertid er det også bemærkelsesværdigt, at knap hver fjerde svarer ”ved ikke” til spørgsmålet. Det kan skyldes, at den kommunale myndighed i disse kommuner ikke har føling med, om målene i handleplanerne opfyldes. En anden forklaring kan være, at man i kommunen ikke samlet følger op på og måler på borgernes udbytte af bostøtteindsatsen og dermed heller ikke på opfyldelsen af handleplanens målsætninger.

TABEL 6.9

Kommuner fordelt efter den kommunale myndigheds vurdering af, hvor stor en del af borgerne med sindslidelse, som modtager bostøtte, målsætningerne i servicelovens § 141 handleplan helt eller delvis bliver opfyldt for. Procent.

	Alle eller næsten alle	Over halvdelen	Halvdelen	Under halvdelen	Ved ikke
For hvor stor en del af de borgere med sindslidelser, der modtager bostøtte, vurderer du, at målsætningerne i § 141-handleplanen bliver helt eller delvist opfyldt?	18	44	14	0	24

Anm.: N = 66.

Kilde: Spørgeskema til kommunal myndighed.

INDDRAGELSE AF BORGERNE I SAGSBEHANDLINGEN

Borgerne er blevet spurgt om, hvordan de oplevede kommunens sagsbehandlingstid i forbindelse med, at de fik tildelt bostøtte. I tabel 6.10 ses det, at den største andel mener, at sagsbehandlingstiden var kort, derefter passende og lang.

TABEL 6.10

Borgere i undersøgelsen fordelt efter deres vurdering af længden af sagsbehandlingstiden i forbindelse med tildeling af bostøtte. Procent og antal.

	Procent	Antal
Kort	37	376
Passende	29	294
Lang	21	210
Ved ikke	12	125

Kilde: Spørgeskema til borgere.

Ser man på tilfredsheden med sagsbehandlingstidens længde på tværs af aldersgrupper, er denne stigende med alderen. Således er de 19-29-årige signifikant mindre tilfredse med sagsbehandlingstidens længde end andre borgere i undersøgelsen. Sammenholder man kvinders og mænds oplevelse af sagsbehandlingstidens længde, synes kvinder i signifikant højere grad end mænd, at den var for lang, og kvinder er derfor mere utilfredse med længden af sagsbehandlingstiden sammenlignet med mænd.

TABEL 6.11

Kommuner fordelt efter inddragelse af borgere med sindslidelser i forbindelse med visitation til bostøtte. Procent og antal.

	Procent	Antal
<i>Inddrages borgere i forbindelse med vurdering af eget støttebehov?</i>		
Borgeren bliver som regel/altid hørt, og hans/hendes ønsker bliver som regel imødekommet	71	47
Borgeren bliver som regel/altid hørt, men det er ofte svært at imødekomme hans/hendes ønsker	21	14
Andet	8	5
<i>Har borgeren indflydelse på, hvordan han/hun matches med en bostøtte?</i>		
Altid/næsten altid	18	12
Af og til	46	30
Sjældent	20	13
Aldrig/næsten aldrig	11	7
Ved ikke	6	4

Kilde: Spørgeskema til kommunal myndighed.

I forlængelse af ovenstående er borgerne blevet spurgt om deres tilfredshed med selve sagsbehandlingen i kommunen, da de fik tildelt bostøtte. Langt hovedparten (81 pct.) af borgerne er tilfredse med kommunens sagsbehandling i forbindelse med, at de blev tildelt bostøtte.

Som det fremgår af tabel 6.11, bliver borgere med sindslidelser som regel eller altid inddraget i sagsbehandlerens vurdering af deres støt-

tebehov. Ingen af respondenterne har svaret ”nej” til spørgsmålet herom. Kategorien ”andet” dækker over, at respondenterne har skrevet en uddybende forklaring om, hvordan de inddrager borgeren i forbindelse med udredningen.

Repræsentanter fra den kommunale myndighed er desuden blevet spurgt, hvor ofte en borger har indflydelse på, hvordan han eller hun matches med en bostøtte, fx vedrørende forhold som køn og alder. Knap to tredjedele svarer, at borgeren altid/næsten altid eller af og til bliver inddraget i sådanne beslutninger. En femtedel svarer, at det sker sjældent, mens én ud af ti svarer, at det aldrig eller næsten aldrig sker.

I forbindelse med tildeling af bostøtte er borgerne blevet spurgt om, hvorvidt de havde indflydelse på, om de fik en kvinde eller mand som bostøtte, samt om de blev hørt i forhold til bostøttens alder. Lidt over en fjerdedel (27 pct.) af de borgere, som gerne vil have indflydelse på, om de fik en kvinde eller mand, blev hørt i denne forbindelse.

Indflydelsen på, om man fik en kvinde eller mand som bostøtte, er faldende med alderen. De 19-29-årige er den gruppe, som i højeste grad oplever at have haft indflydelse på, om de fik en kvinde eller mand som bostøtte. At færre blandt de ældre borgere i undersøgelsen mener, at de har haft indflydelse på valget af bostøtte i forhold til køn, dækker både over, at andelen af borgere, som selv ikke ønskede at have indflydelse på dette, stiger med alderen, samt at jo ældre borgerne er, desto færre er der, der angiver, at det var en mulighed for dem at have indflydelse på, om deres bostøtte blev en kvinde eller mand. Resultaterne er på den måde både udtryk for et fravalg og et fravær af indflydelse på valg af bostøtte, hvad angår køn, jo ældre borgerne bliver.

Om borgeren selv er kvinde eller mand, har også signifikant betydning for, om de angiver at have haft indflydelse på, om deres bostøtte blev en kvinde eller mand. Kvindelige borgere svarer i højere grad, at de har haft indflydelse på dette end mænd. Ifølge de mandlige borgeres besvarelse har de ikke fået mulighed for at vælge deres bostøtte i relation til, om det skulle være en kvinde eller mand, og derfor er det ikke et spørgsmål om, at de mandlige borgere i højere grad end kvinder vælger denne indflydelse fra, men at de ifølge dem selv ikke får den tilbudt.

Ser vi på, om borgerne havde noget at sige i relation til, hvilken alder deres bostøtte skulle have, svarer 10 pct. af de borgere, som gerne vil have indflydelse på bostøttens alder, at det havde de.

Lederne af leverandørfunktionen er også blevet spurgt om, hvor ofte borgerne har indflydelse på, om de får en kvinde eller mand som bostøtte samt på bostøttens alder. 34 pct. svarer, at borgerne altid eller næsten altid får denne indflydelse, mens 42 pct. svarer af og til, 22 pct. svarer sjældent, og 2 pct. svarer aldrig.

REVISITATION

Tabel 6.12 viser, hvad der sker, når en borger, der modtager bostøtte bliver indlagt og udskrevet. I næsten en tredjedel af kommunerne er det således, at bostøtteindsatsen ikke ophører under indlæggelse, dvs. borgeren skal ikke revideres for at få sin bostøtte tilbage. I cirka to ud af tre kommuner ophører bostøtteindsatsen ved indlæggelse. I de fleste af disse kommuner er det dog således, at det altid eller næsten altid er den samme medarbejder, der fortsætter som bostøtte hos den enkelte borger, når denne er tilbage i eget hjem efter indlæggelse.

TABEL 6.12

Kommuner fordelt efter praksis ved indlæggelse af borgere med sindslidelser, der får bostøtte. Procent og antal.

	Procent	Antal
Bostøtteindsatsen sættes ikke i bero	30	20
Det er altid/næsten altid den samme medarbejder, der fortsætter som bostøtte efter udskrivning	53	35
Det er ofte den samme medarbejder, der fortsætter som bostøtte efter udskrivning	12	8
Ved ikke	5	3

Kilde: Spørgeskema til kommunal myndighed.

Tabel 6.13 viser kommunernes procedurer i forbindelse med revisitation til bostøtte. Tabellen summerer ikke til 100 pct., idet respondenterne har haft mulighed for at svare ja til mere end ét spørgsmål. Lidt over tre ud af fire (76 pct.) kommuner angiver, at procedurer for revisitation fastlægges på individuelt niveau, eksempelvis i borgerens handleplan, mens lidt over én ud af 10 (11 pct.) angiver, at revisitationsprocedurerne fastlægges på gruppeniveau. Endelig angiver én ud af fem (20 pct.) respondenter, at procedurerne fastlægges ad hoc.

Repræsentanter fra den kommunale myndighed er desuden blevet spurgt om, hvor ofte de foretager revisitation af borgere til bostøtte.

Som det fremgår af tabel 6.13, er det mest hyppige, at der foregår revisitation mindst én gang om året, idet dette er tilfældet i godt halvdelen af kommunerne. I knap en tredjedel af kommunerne foretager sagsbehandlere revisitation mindst hvert halve år. Én ud af 10 kommuner foretager revisitation sjældnere end én gang om året, mens tre procent foretager revisitation så hyppigt som mindst én gang i kvartalet.

TABEL 6.13

Andelen af kommuner, der anvender udvalgte procedurer for revisitation, samt kommuner fordelt efter hyppighed af revisitation. Procent og antal.

	Procent	Antal
<i>Procedurer for revisitation</i>		
Procedurer for revisitation fastlægges individuelt, fx i borgerens handleplan	76	50
Procedurer for revisitation fastlægges på gruppeniveau, fx i kommunens kvalitetsstandarder	11	7
Fastlæggelse af procedurer for revisitation foregår efter behov	20	13
<i>Hyppighed af revisitation</i>		
Mindst én gang i kvartalet	3	2
Mindst én gang hvert halve år	29	19
Mindst én gang om året	56	37
Mindre end én gang om året	11	7
Ved ikke	2	1

Kilde: Spørgeskema til kommunal myndighed.

PERSONRELATERET TILSYN

I dette afsnit ser vi nærmere på, hvilke procedurer kommunerne har i forbindelse med personrelateret tilsyn hos borgere med sindslidelse, der modtager bostøtte. Godt halvdelen af kommunerne har faste procedurer for, hvordan sagsbehandlere skal foretage det personrelaterede tilsyn.

Det viser tabel 6.14. Lidt flere, knap to ud af tre, har faste procedurer for personrelateret tilsyn af de borgere, som de betaler for i andre kommuner. Det personrelaterede tilsyn finder sted mindst én gang om året i tre ud af fire kommuner.

Et andet aspekt af at føre tilsyn hos borgere med sindslidelser, der får bostøtte, er, hvor ansvaret for tilsynet er placeret. Som det fremgår af tabel 6.15 er kommunerne meget enige om, at ansvaret ligger internt i den forvaltning, der har visiteret borgeren til bostøtte. Således er det i stort set alle tilfælde den kommunale myndighed, der selv fører tilsyn med borgere, der får bostøtte.

TABEL 6.14

Andelen af kommuner med retningslinjer vedrørende personrelateret tilsyn med borgere med sindslidelser, der får bostøtte, samt kommuner fordelt efter hyppighed af personrelateret tilsyn. Procent og antal.

	Procent	Antal
<i>Retningslinjer for personrelateret tilsyn</i>		
Har faste retningslinjer for tilsynet	36	55
Har faste retningslinjer for tilsyn med de borgere, de betaler for i andre kommuner	41	62
<i>Hyppighed af personrelateret tilsyn</i>		
Mindst én gang hvert halve år	9	6
Mindst én gang om året	74	49
Mindre end én gang om året	9	6
Ved ikke	8	5

Kilde: Spørgeskema til kommunal myndighed.

TABEL 6.15

Kommuner fordelt efter ansvar for tilsyn med borgere med sindslidelser, der får bostøtte. Procent og antal.

	Procent	Antal
Intern sagsbehandler	98	65
Tilsynsenhed uden for forvaltningen	0	0
Ved ikke	2	1

Kilde: Spørgeskema til kommunal myndighed.

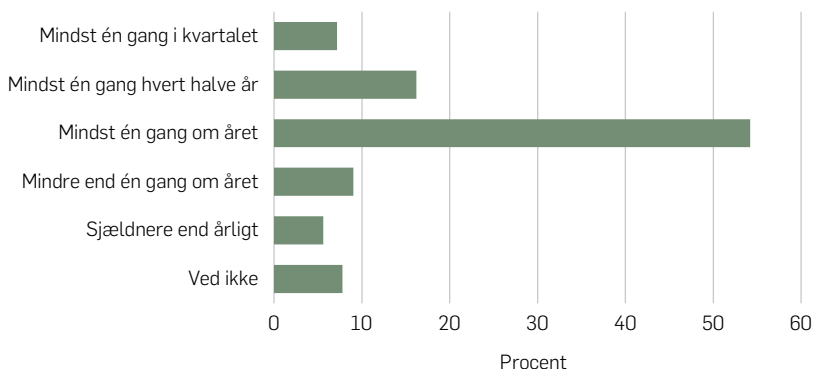
OPFØLGNING PÅ INDSATSEN

Bostøtterne, der leverer indsatsen over for borgerne, er blevet spurgt om, hvor ofte de mener, at den kommunale myndighed følger op på bostøtteindsatsen. I figur 6.4 ses det, at flertallet af bostøtter mener, at den kommunale myndighed følger op på indsatsen mindst én gang om året, og meget få mener, at det sker sjældnere end én gang om året.

Størstedelen af kommunerne (86 pct.) angiver, at alle eller næsten alle borgerne bliver inddraget i denne opfølgning. Knap én ud af 10 (9 pct.) angiver, at cirka halvdelen af borgerne bliver inddraget.

FIGUR 6.4

Bostøtter fordelt efter, hvor ofte de mener, den kommunale myndighed følger op på indsatsen over for borgere med sindslidelser, der får bostøtte. Procent.



Kilde: Spørgeskema til bostøtter.

TABEL 6.16

Andelen af kommuner, med udvalgte former for praksis vedrørende opfølgning på borgere med sindslidelser, der får bostøtte. Procent og antal.

	Procent	Antal
Telefonisk kontakt mellem sagsbehandler og bostøtte	33	22
Telefonisk kontakt mellem sagsbehandler og borger	20	13
E-mail-korrespondance mellem sagsbehandler og bostøtte	27	18
E-mail-korrespondance mellem sagsbehandler og borger	14	9
Personligt møde mellem sagsbehandler og bostøtte	56	37
Personligt møde mellem sagsbehandler og borger	70	46

Kilde: Spørgeskema til kommunal myndighed.

Tabel 6.16 giver et overblik over, hvordan den kommunale opfølgning som regel foregår. Syv ud af ti angiver, at opfølgningen foregår ved et personligt møde mellem borger og sagsbehandler, og godt halvdelen angiver, at det foregår ved personligt møde mellem sagsbehandler og bostøtte. Opfølgning foregår således hovedsagligt ved personlige møder, og i mindre grad telefonisk eller via e-mail, selvom dette da også sker i mange kommuner.

OPSUMMERING

I dette kapitel har vi beskæftiget os med sammenhængen mellem bostøtte og andre indsatser/tilbud til borgere med sindslidelse, brug af handleplaner og pædagogiske planer, samarbejde mellem socialpsykiatri og behandlingspsykiatri og opfølgning på indsatsen.

Borgere med bostøtte får oftest også aktivitets- og samværstilbud (43 pct.), dernæst hjemmehjælp (25 pct.) og støttekontaktperson (21 pct.). Borgere oplever generelt, at de forskellige indsatser er godt koordineret. Bostøtterne vurderer, at deres samarbejde med personale i borgernes andre tilbud generelt fungerer godt. Men særligt samarbejdet med sygehuspsykiatrien og med somatiske sygehuse fungerer ifølge bostøtterne mindre godt. Samarbejdet med en anden del af behandlingspsykiatrien, distriktspsykiatrien og opsøgende team er bedre end det samarbejde, bostøtterne har med sygehuspsykiatrien.

I forlængelse af dette svarer 30 pct. af kommunerne, at regionen altid eller næsten altid overleverer den nødvendige viden om borgere ved udskrivning, 39 pct. svarer, at det sker af og til, mens 29 pct. mener, at det sjældent eller aldrig sker. På spørgsmålet om, hvorvidt regionen udarbejder udskrivnings- og koordineringsaftaler for borgere, svarer 12 pct. af kommunerne ”altid” eller ”næsten altid”, 32 pct. ”af og til”, mens 44 pct. mener, at regionen sjældent eller aldrig gør dette.

Knapt halvdelen af borgerne har fået en pædagogisk plan (44 pct.) og lidt flere (45 pct.) en handleplan. 30 pct. og 34 pct. har ikke fået henholdsvis en handleplan og en pædagogisk plan. De resterende husker det ikke. Blandt borgere, der fik lavet de to nævnte planer, oplever flertallet, at deres mening blev hørt i udarbejdningen af planen.

Lidt under en fjerdedel af kommunerne følger op på bostøtteindsatsen mere end en gang om året, lidt over halvdelen gør det mindst en gang om året, og resten gør det sjældnere, eller svarer, at de ikke ved, hvor ofte de følger op. Kommuner benytter flere forskellige metoder i opfølgning af indsatsen. Opfølgningen foregår primært som personligt møde mellem sagsbehandler og borger, dernæst benytter flest kommuner møde mellem sagsbehandler og bostøtte, telefonisk kontakt mellem sagsbehandler og bostøtte eller e-mail-korrespondance mellem disse.

LITTERATUR

- Andersen, J.H. (2010): Internationale erfaringer med boformer og bedring. Tilgængelig på http://www.servicestyrelsen.dk/analyse_og_data/god-social-praksis/tema-om-inklusion-af-sindslidende-nye-veje-i-socialpsykiatrien/artikler. Besøgt 6-1-2012.
- Annat, P.K. & K. Mørch (2001): *Når sandet løber ud mellem fingrene – erfaringer med udstøelsesrisiko og sindslidende befynd ved et casestudie*. København: Videnscenter for Socialpsykiatri.
- Bengtsson, S. (2011): *Danmark venter stadig på sin psykiatrireform. Et rids af udviklingen de seneste årtier*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 11:30.
- Bond, G.R. & K. Campbell (2008): "Evidence-Based Practices for Individuals with Severe Mental Illness". *Journal of Rehabilitation*, 74(2), s. 33-44.
- Browne, G. & M. Hemsley (2010): "Housing and living with a Mental Illness: Exploring Carers' Views". *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(1), s. 22-29.
- Brunt, D. & L. Hansson (2004): "The quality of life of persons with severe mental illness across housing settings". *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(4), s. 293-298.

- Brunt, D. & L. Hansson (2002): "The Social Networks of Persons with severe Mental Illness in In-patient settings and Supported Community settings". *Journal of Mental Health*, 11(6), s. 611-621.
- Department of Behavioral Health and Intellectual Disability Services. (2011): Tilgængelig på: <http://www.dbhids.org/history>. Besøgt 5-12-2011.
- Feldskov, A. & M. Jahn (2010): *Interviews med tidligere brugere i socialpsykiatrien i Århus kommune*. Center for Socialfaglig Udvikling. Tilgængelig på: <http://recovery.foundry.aarhuskommune.dk/~media/recovery/Evalueringer/Interviews%20m%20tidl%20brugere%20printes%20i%20farver%20aug%202010.ashx>. Besøgt 6-1-2012.
- Forsberg, K.A., T. Björkman, P.O. Sandman & M. Sandlund (2008): "Physical health – a cluster randomized controlled lifestyle intervention among persons with a psychiatric disability and their staff". *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(6), s. 486-495.
- Haukelien, H. (2008): *I velferdsstatens randzone – evaluering av Boteam, Porsgrunn*. Høgskolen i Telemark, Porsgrunn.
- Helsebiblioteket (2005): *Kommunernes arbeid for psykisk helse – del 8: Boformer og tjenester for mennesker med psykiske lidelser*. Tilgængelig på: <http://www.helsebiblioteket.no/Samfunnsmedisin+og+folk+ehelse/Helser%C3%A5det/2005/Nr.+8-05/Kommunenes+arbeid+for+psykisk+helse+-+Del+8%3A+Boformer+og+tjenester+for+mennesker+med+psykiske+lidelser.5179.cms>. Besøgt 6-1-2012.
- Högberg, T., A. Magnusson & K. Lützén (2006): "Living by themselves? Psychiatric Nurses Views on Supported Housing for Persons with severe and persistent Mental Illness". *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(6), s. 735-741.
- Karpatschof, B. (2001): *En evaluering af brugernes oplevelse af SKP-ordningen i Københavns Kommune*. Københavns Kommune. København: Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen.
- Lauritzen, H.H., B. Boje-Kovacs & L. Benjaminsen (2011): *Hjemløshed I Danmark 2011. En National kortlægning*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 11:45.
- Lee, S., Y.-L.I. Wong & A.B. Rothbard (2009): "Factors Associated With Departure from Supported Independent Living Programs for Persons with Serious Mental Illness". *Psychiatric Services*, 60(3), s. 367-373.

- Leff, H.S., C.M. Chow, R. Pepin, J. Conley, I.E. Allen & C.A. Seaman (2009): "Does One Size Fit All? What We Can and Can't Learn from a Meta-analysis of Housing Models for Persons with Mental Illness". *Psychiatric Services*, 60(4), s. 473-482.
- Lindstad, J.M. (2008): *Hjemløs i egen bolig. Hverdagslivet for tidligere hjemløse*. København: CASA.
- Medalia, A., T. Herlands & C. Baginsky (2003): "Cognitive Remediation in the Supportive Housing Setting". *Psychiatric Services*, 54(9), s. 1219-1220.
- Medicaid.gov – the Official U.S. Government Site for Medicaid (2011): Tilgængelig på: <http://www.medicaid.gov/index.html>. Besøgt 5-12-11.
- Nelson, G., J. Sylvestre, T. Aubry, L. George & J. Trainor (2007): "Housing Choice and Control, Housing Quality, and Control over Professional Support as Contributors to the Subjective Quality of Life and Community Adaption of People with Severe Mental Illness". *Administration and Policy in Mental Health*, 34(2), s. 89-100.
- Nordentoft, M., J. Øhlenschläger, A. Thorup, L. Petersen, P. Jeppesen & M. Bertelsen (2010): "Deinstitutionalization revisited: a 5-year Follow-up of a Randomized Clinical Trial of Hospital-based Rehabilitation versus Specialized Assertive Intervention (OPUS) versus Standard Treatment for Patients with First-episode Schizophrenia Spectrum Disorders". *Psychological Medicine*, 40(10), s. 1619-26.
- Nordentoft, M., M.G. Pedersen, C.B. Pedersen, S. Blinkenberg & P.B. Mortensen (2011): "The New Asylums in the Community: Severely Ill Psychiatric Patients Living in Psychiatric Supported Housing Facilities. A Danish Register-based Study of Prognostic Factors, Use of Psychiatric Services, and Mortality". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Tilgængelig på: <http://www.springerlink.com/content/8840012x528n5100/>. Besøgt 14-2-12.
- O'Campo, P., M. Kirst, N. Schaefer-McDaniel, M. Firestone, A. Scott & K. McShane (2009): "Community-Based Services for Homeless Adults Experiencing Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders: A Realist Approach to Synthesizing Evidence". *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 86(6), s. 965-989.

- Pöyry Management Consulting (2011): *Evaluering af forsøg med ACT i Mosserregionen*. Tilgængelig på: http://www.econ.no/stream_file.asp?iEntityId=4805. Besøgt 6-1-2012.
- Rambøll (2012a): *Hvad er hjemløsestrategien?* Tilgængelig på: <http://hjemlosestrategien.ramboll.dk/om%20hjemlosestrategien>. Besøgt 11-1-2012.
- Rambøll (2012b): *Housing First*. Tilgængelig på: <http://hjemlosestrategien.ramboll.dk/housing%20first>. Besøgt 11-1-2012.
- Rambøll (2012c): *Metoderne i Hjemløsestrategien*. Tilgængelig på: <http://hjemlosestrategien.ramboll.dk/metoderne>. Besøgt 11-1-2011.
- Rambøll (2012d): *Metodebeskrivelse: Assertive Community Treatment (ACT)*. Tilgængelig på: <http://hjemlosestrategien.ramboll.dk/metoderne/~media/9C1369DEA73949C3974A14D044B93239.ashx>. Besøgt 11-1-2012.
- Rambøll (2012e): *Metodebeskrivelse: Individual case management (ICM)*. Tilgængelig på: <http://hjemlosestrategien.ramboll.dk/metoderne/~media/7E276849CC734D7E881FC5452EE94BB7.ashx>. Besøgt 12-1-2012.
- Rambøll (2012f): *Metodebeskrivelse: Critical Time Intervention (CTI)*. Tilgængelig på: <http://hjemlosestrategien.ramboll.dk/metoderne/~media/80276DE81C704A919465575D7E197E5E.ashx>. Besøgt 12-1-2012.
- Rog, D.J. (2004): "The Evidence on Supported Housing". *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), s. 334-344.
- Rosenberg, N.K. (2011): "Kognitiv Terapi". I B. Karpatschof & B. Katzenelson (red.): *Klassisk og moderne psykologisk teori*. København: Hans Reitzels Forlag, s. 269-283.
- Nielsen, S. (2010): "Bostøtte – empowerment eller lotterispil". *Servicestyrelsens hjemmeside*. Tilgængelig på: <http://www.servicestyrelsen.dk/handicap/vihs-opbygning/socialpsykiatri/udgivelser/bladet/2010/nr.-6-tema-handicap-og-socialpsykiatri/bostotte-2013-empowerment-eller-lotterispil>. Besøgt 5-2-2011.
- Stigaard, D.L. (2011): *Fra hjemløshed til egen bolig. Et interviewstudie blandt tidlige hjemløse*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 11:46.
- Tsemberis, S. (2005): "Providing Housing First and Recovery Services for Homeless Adults With Severe Mental Illness". *Psychiatric Services*, 56(10), s. 1303-1305.

- Tsemberis, S., L. Moran, M. Shinn, S.M. Asmussen & D.L. Shern (2003): "Consumer Preference Programs for Individuals Who Are Homeless and Have Psychiatric Disabilities: A Drop-in Center and a Supported Housing Program". *American Journal of Community Psychology*, 32(3/4), s. 305-317.
- Vejledning om hjælp og støtte efter serviceloven nr. 2 af 15-02-2011. Kapitel 5 (Socialpædagogisk bistand). § 85.
- Wong, Y.-L.I, M. Filoromo & J. Tennille (2007): "From Principles to Practice: A Study of Implementation of Supported Housing for Psychiatric Consumers". *Administration and Policy in Mental Health*, 34(1), s. 13-28.
- Young, M.S., C. Clark, K. Moore & B. Barrett (2009): "Comparing Two Service Delivery Models for Homeless Individuals with Complex Behavioral Health Needs: Preliminary Data from Two SAMHSA Treatment for Homeless Studies". *Journal of Dual Diagnosis*, 5(3/4), s. 287-304.

SFI-RAPPORTER SIDEN 2011

SFI-rapporter kan købes eller downloades gratis fra www.sfi.dk. Enkelte rapporter er kun udkommet som netpublikationer, hvilket vil fremgå af listen nedenfor.

- 11:01 Liversage, A., V. Jakobsen & I.R. Hansen: *"Det var ikke nemt, men jeg klarede det!" Interviewundersøgelse med etniske minoritetskvinder om uddannelse*. 156 sider. ISBN: 978-87-7119-000-7. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 11:02 Filges, T. & H. Holt: *AC-arbejdskraft i den vestlige del af Region Midtjylland. Muligheder og barrierer*. 96 sider. ISBN: 978-87-7119-001-4. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 11:03 Lausten, M., A.-K. Mølholt, H. Hansen, L.H. Schmidt & M. Aaquist: *Forebyggende foranstaltninger 5-9 år. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 3*. 184 sider. ISBN: 978-87-7119-002-1. Vejledende pris: 180,00 kr.
- 11:04 Jacobsen, J. & M. Lindstrøm: *Lokal integration af fortidspensionister*. 110 sider. ISBN: 978-87-7119-003-8. Vejledende pris: 110 kr.
- 11:05 Deding, M. (red.): *Forskning om tvang i misbrugsbehandling. En kortlægning foretaget af SFI Campbell*. 110 sider. ISBN: 978-87-7119-004-5. Netpublikation.

- 11:06 Oldrup, H., M. Lindstrøm & S. Korzen: *Vold mod førskolebørn. Praxis og barrierer for opsporing og underretning*. 110 sider. ISBN: 978-87-7119-005-2. Netpublikation.
- 11:07 Christensen, E.: *Væk fra Grønland. Udsatte grønlandere, der er flyttet til Danmark med deres børn*. 88 sider. ISBN: 978-87-7119-006-9. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 11:08 Brink Thomsen, L. & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse. Udviklingen mellem 2002 og 2010*. 140 sider. ISBN: 978-87-7119-007-6. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 11:09 Bengtsson, S., H. Hansen & M. Røgeskov: *Børn med en funktionsnedsættelse og deres familier. Den første kortlægning i Norden*. 108 sider. ISBN: 978-87-7119-008-3. Vejledende pris: 110,00 kr.
- 11:10 Vitus, K. & A.A. Kjær: *PSP-samarbejdet. En kortlægning af PSP-Frederiksberg, Odense, Amager og Esbjerg*. 201 sider. ISBN: 978-87-7119-009-0. Netpublikation.
- 11:11 Graversen, B.K.: *Tættere på arbejdsmarkedet? Om effektmåling af beskæftigelsesindsatsen for ikke-arbejdsmarkedsparate ledige*. 78 sider. ISBN: 978-87-7119-010-6. e-ISBN: 978-87-7119-048-9. Vejledende pris: 70,00 kr.
- 11:12 Andersen, D., R. Thomsen, A.P. Langhede, A.A. Nielsen & A.T. Hansen: *Skolernes samarbejde. Kortlægning af skolernes kontakt med kommunale forvaltninger og andre institutioner*. 249 sider. ISBN: 978-87-7119-011-3. Netpublikation.
- 11:13 Larsen, M., H.B. Bach & L.S. Ellerbæk: *55-70-åriges forbliven på arbejdsmarkedet. Adfærd, forventninger, aftaler og kendskab til regler*. 222 sider. ISBN: 978-87-7119-012-0. e-ISBN: 978-87-7119-045-8. Vejledende pris: 220,00 kr.
- 11:14 Christoffersen, M.N. & I. Hammen: *ADHD-indsatser. En forskningsoversigt*. 129 sider. ISBN: 978-87-7119-013-7. Vejledende pris: 130,00 kr.
- 11:15 Oldrup, H., S. Korzen, M. Lindstrøm & M.N. Christoffersen: *Vold mod børn og unge. Hovedrapport*. 95 sider. ISBN: 978-87-7119-014-4. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 11:16 Rostgaard, T., L. Bjerre, K. Sørensen & N. Rasmussen: *Omsorg og etnicitet. Nye veje til rekruttering og kvalitet i ældreplejen*. 207 sider. ISBN: 978-87-7119-015-1. Vejledende pris: 200,00 kr.

- 11:17 Bengtsson, S., W. Alim, H. Holmskov & A. Lund: *Sociale indsatser til mennesker med ADHD. En kortlægning*. 166 sider. ISBN: 978-87-7119-017-5. e-ISBN: 978-87-7119-040-3. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 11:18 T.B. Jakobsen, A.P. Langhede & K. Sørensen: *Lige muligheder – støtte til udsatte børn og unge. Evalueringsrapport 1: Beskrivelse af igangsatte forsøgsprojekter*. 87 sider. ISBN: 978-87-7119-016-8. Netpublikation.
- 11:19 Albæk, K. & L.B. Thomsen: *Er kvinde-fag lavtløns-fag? En analyse af sammenhængen mellem løn og andelen af kvinder i enkelte arbejdsfunktioner*. 97 sider. ISBN: 978-87-7119-018-2. Vejledende pris: 97,00 kr.
- 11:20 Knudsen, L. & T. Egelund: *Effekter af slægtspleje. Slægtsanbragte børn og unges udvikling sammenlignet med plejebørn fra traditionelle plejefamilier*. 161 sider. ISBN: 978-87-7119-019-9. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 11:21 Kofod, J., T.F. Dyrvig, K. Markwardt, N. Lagoni, R. Bille, T. Termansen, L. Christiansen, E.J. Toldam & M. Vilshammer: *Prostitution i Danmark*. 395 sider. ISBN: 978-87-7119-020-5. Vejledende pris: 390,00 kr.
- 11:22 L.B. Thomsen & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse i 2010. Regionale Forskelle*. 68 sider. ISBN: 978-87-7119-021-2. e-ISBN: 978-87-7119-022-9. Vejledende pris: 60,00 kr.
- 11:23 Amilon, A.: *Supplerende arbejdsmarkedspension. Hvorfor vælger eller fravalger førtidspensionister ordningen?* 92 sider. ISBN: 978-87-7119-023-6. e-ISBN: 978-87-7119-024-3. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 11:24 Christensen, E. & H. Hansen: *Den sociale indsats for børn og unge i Grønland. Kortlægning af aktiviteterne 2011*. 44 sider. ISBN: 978-87-7119-025-0. e-ISBN: 978-87-7119-026-7. Vejledende pris: 40,00 kr.
- 11:25 Lyk-Jensen, S.V., C.D. Weatherall, J. Heidemann, M. Damgaard, & A. Glad: *Soldater før og under udsendelse. En kortlægning*. 190 sider. e-ISBN: 978-87-7119-028-1. Netpublikation.
- 11:26 Ottosen, M.H. & S. Stage: *Dom til fælles forældremyndighed. En evaluering af forældreansvarsloven*. 257 sider. ISBN: 978-87-7119-029-8. e-ISBN: 978-87-7119-030-4. Vejledende pris: 250,00 kr.
- 11:27 Liversage, A. & L.L. Knudsen: *Kvinder i byggefag. En interviewundersøgelse*. 131 sider. ISBN: 978-87-7119-031-1. e-ISBN: 978-87-7119-032-8. Vejledende pris: 130,00 kr.
- 11:28 Christensen, E. & H. Hansen: *Kalaallit nunaanni meeqqanut inuusutunullu isumaginnikkut suliniuit*. 46 sider. ISBN: 978-87-7119-033-5. e-ISBN: 978-87-7119-034-2. Vejledende pris: 40,00 kr.

- 11:29 Lausten, M., A.-K. Mølholt, H. Hansen, K.S. Vammen, L.H. Schmidt & A.-C. Legendre: *Forebyggende foranstaltninger 10-13 år. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 4.* 184 sider. ISBN: 978-87-7119-036-6. e-ISBN: 978-87-7119-037-3. Vejledende pris: 180,00 kr.
- 11:30 Bengtsson, S.: *Danmark venter stadig på sin psykiatrireform. Et rids af udviklingen de seneste årtier.* 78 sider. ISBN: 978-87-7119-038-0. e-ISBN: 978-87-7119-039-7. Vejledende pris: 70,00 kr.
- 11:32 Oldrup, H.H. & K. Vitus: *Indsatser over for udsatte 0-3-årige og deres forældre. En systematisk forskningsoversigt.* 213 sider. ISBN: 978-87-7119-041-0. e-ISBN: 978-87-7119-042-7. Vejledende pris: 210,00 kr.
- 11:33 Madsen, M.B., S. Jacobsen & S. Jensen: *Socialt bedrageri. Et litteraturstudie.* 100 sider. e-ISBN: 978-87-7119-044-1. Netpublikation.
- 11:34 Christoffersen, M.N., P.S. Olsen, K.S. Vammen, S.S. Nielsen, M. Lausten & J. Brauner: *Tidlig identifikation af kriminalitetstruede børn og unge. Risiko- og beskyttelsesfaktorer.* 207 sider. ISBN: 978-87-7119-046-5. e-ISBN: 978-87-7119-047-2. Vejledende pris: 200,00 kr.
- 11:35 Olsen, R.F., T. Egelund & M. Lausten: *Tidligere anbragte som unge voksne.* 145 sider. ISBN: 978-87-7119-043-4. e-ISBN: 978-87-7119-051-9. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 11:36 Thomsen, L.B. & J. Høgelund: *Køn, Handicap og beskæftigelse i 2010.* 47 sider. e-ISBN: 978-87-7119-053-3. Netpublikation.
- 11:37 Liversage, A. & T.G. Jensen: *Parallelle retsopfattelser i Danmark. Et kvalitativt studie af privatretlige praksisser blandt etniske minoriteter.* 191 sider. ISBN: 978-87-7119-054-0. e-ISBN: 978-87-7119-055-7. Vejledende pris: 190,00 kr.
- 11:38 Ottosen, M.H., S. Stage & H.S. Jensen: *Børn i deleordninger. En kvalitativ undersøgelse.* 209 sider. ISBN: 978-87-7119-056-4. ISBN: 978-87-7119-057-1. Vejledende pris: 200,00 kr.
- 11:39 Pedersen, M.J., A. Rosdahl, S.C. Winther, A.P. Langhede & M. Lynggaard: *Ledelse af folkeskolerne. Vilkår og former for skoleledelse.* 283 sider. e-ISBN: 978-87-7119-058-8. Netpublikation.
- 11:40 Espersen, L.D., M. Eiberg & D. Andersen: *Vejle til ungdomsuddannelse 2. Kvalitative interview med skoleledere, lærere, elever og UU-vejledere.* 169 sider. e-ISBN: 978-87-7119-060-1. Netpublikation.
- 11:41 Nielsen, L.P. & P.S. Olsen: *11-åriges trivsel og risiko. Statistiske analyser af 11-åriges trivsel.* 115 sider. ISBN: 978-87-7119-061-8. e-ISBN: 978-87-7119-062-5. Vejledende pris: 110,00 kr.

- 11:42 Thuesen, F., M.K. Tørslev & T.G. Jensen: *Rekruttering og fastholdelse af højtuddannet arbejdskraft. Danmark, Norge, Holland, Storbritannien og Canada*. 244 sider. ISBN: 978-87-7119-063-2. e-ISBN: 978-87-7119-064-9. Vejledende pris: 240,00.
- 11:43 Thomsen, L.B., H. Holt, S. Jensen & F. Thuesen: *Virksomheders sociale engagement. Årbog 2011*. 194 sider. ISBN: 978-87-7119-065-6. e-ISBN: 978-87-7119-066-3. Vejledende pris: 190,00 kr.
- 11:44 Bengtsson, S. & D.L. Stigaard: *Aktuel skandinaviske og britiske handicapsforskning. En kortlægning af miljøer*. 318 sider. ISBN: 978-87-7119-067-0. e-ISBN: 978-87-7119-068-7. Vejledende pris: 310,00 kr.
- 11:45 Lauritzen, H.H., B. Boje-Kovacs & L. Benjaminsen: *Hjemløshed i Danmark 2011. National kortlægning*. 148 sider. ISBN: 978-87-7119-069-4. e-ISBN: 978-87-7119-070-0. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 11:46 Stigaard, D.L.: *Fra hjemløshed til egen bolig. Et interviewstudie blandt tidligere hjemløse*. 68 sider. e-ISBN: 978-87-7119-071-7. Netpublikation.
- 11:47 Andersen, S.C. & S.C. Winter (red.): *Ledelse, læring og trivsel i folkeskolerne*. 164 sider. ISBN: 978-87-7119-072-4. e-ISBN: 978-87-7119-073-1. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 11:48 Holt, H. & M. Larsen: *Kønsopdelt lønstatistik og redegørelse om lige løn. Evaluering af loven*. 118 sider. e-ISBN: 978-87-7119-074-8. Netpublikation.
- 11:49 Brauner, J., P.S. Olsen & T. Egelund: *Muligheder for Dokumentation af anbringelser. En gennemgang af målemetoder*. 168 sider. ISBN: 978-87-7119-076-2. e-ISBN: 978-87-7119-077-9. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 12:01 Lyk-Jensen, S.V., A. Glad, J. Heidemann & M. Damgaard: *Soldater efter udsendelse. En spørgeskemaundersøgelse*. 117 sider. e-ISBN: 978-87-7119-075-5. Netpublikation.
- 12:02 Lausten, M., H. Hansen, A.-K. Mølholt, K.S. Vammen & A.-C. Legendre: *Forebyggende foranstaltninger 14-17 år. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 5*. 235 sider. ISBN: 978-87-7119-078-6. e-ISBN: 978-87-7119-079-3. Vejledende pris: 230,00 kr.
- 12:03 Rostgaard, T., T.N. Brunner & T. Fridberg: *Omsorg og livs kvalitet i plejeboligen*. 150 sider. ISBN: 978-87-7119-080-9. e-ISBN: 978-87-7119-081-6. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 12:04 Mølholt, A.-K., S. Stage, J.H. Pejtersen & P. Thomsen: *Efterværn for tidligere anbragte unge. En videns- og erfaringsopsamling*. 222 sider.

- ISBN: 978-87-7119-082-3. e-ISBN: 978-87-7119-083-0. Vejledende pris: 220,00 kr.
- 12:05 Ellerbæk, L.S. & A. Høst: *Udlejningsredskaber i almene boliger. En analyse af brugen og effekterne af udlejningsredskaber i almene boligområder.* 258 sider. ISBN: 978-87-7119-084-7. e-ISBN: 978-87-7119-085-4. Vejledende pris: 250,00 kr.
- 12:06 Høgelund, J.: *Effekter af den beskæftigelsesrettede indsats for sygemeldte. En litteraturoversigt.* 112 sider. e-ISBN: 978-87-7119-086-1. Netpublikation.
- 12:07 Rasmussen, P.S. & P.S. Olsen: *Positiv adfærd i læring og samspil (PALs). En evaluering af en skoleomfattende intervention på 11 pilotskoler.* 159 sider. ISBN: 978-87-7119-087-8. e-ISBN: 978-87-7119-088-5. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 12:08 Fridberg, T. & M. Damgaard: *Frivillige i hjemmeværnet 2011.* 120 sider. ISBN: 978-87-7119-089-2. e-ISBN: 978-87-7119-090-8. Vejledende pris: 120,00 kr.
- 12:09 Lyk-Jensen, S.V., J. Heidemann & A. Glad: *Soldater – før og efter udsendelse. En analyse af motivation, økonomiske forhold og kriminalitet.* 164 sider. e-ISBN: 978-87-7119-091-5. Netpublikation.
- 12:10 Bengtsson, S.: *Vækstfaktorer på det specialiserede socialområde.* 120 sider. ISBN: 978-87-7119-092-2. e-ISBN: 978-87-7119-093-9. Vejledende pris: 120,00 kr.
- 12:11 Dines, A., V. Jakobsen, V.M. Jensen, S.S. Nielsen, S., K.C.Z. Pedersen, D.S. Petersen & K.M. Thorsen: *Indsatser for tosprogede elever. Kortlægning og analyse.* 162 sider. e-ISBN: 978-87-7119-094-6. Netpublikation.
- 12:12 Christensen, E.: *Nakuusa – vi vil og vi kan. En opfølgning på Youth Forum i Ilulissat 2011.* 48 sider. e-ISBN: 978-87-7119-096-0. Netpublikation.
- 12:13 Christensen, E.: *Nakuusa – piumavugut saperatalu. 2011-mi ilulissani Youth Forum pillugu nangitsineq.* 50 sider. e-ISBN: 978-87-7119-097-7. Netpublikation.
- 12:14 Larsen, M. & L.S. Ellerbæk: *Evaluering af jobplanen. Nuværende og kommende pensionisters kendskab til og betydning af reglerne for at arbejde.* 111 sider. ISBN: 978-87-7119-100-4. e-ISBN: 978-87-7119-101-1. Vejledende pris: 110,00 kr.
- 12:15 Larsen, M., H.B. Bach & A. Liversage: *Pensionisters og efterlønsmodtageres arbejdskraftpotentiale. Fokus på genindtræden.* 181 sider. ISBN:

- 978-87-7119-102-8. e-ISBN: 978-87-7119-103-5. Vejledende pris: 180,00 kr.
- 12:16 Ottosen, M.H. & S. Stage: *Delebørn i tal. En analyse af skilsmissebørns samvær baseret på SFI's børneforløbsundersøgelse.* 111 sider. ISBN: 978-87-7119-104-2. e-ISBN: 978-87-7119-105-9. Vejledende pris: 110,00 kr.
- 12:17 Nilsson, K. & H. Holt: *En vurdering af arbejdsskadestyrelsens fastholdelsecenter. Kommuner, fagforeningers, arbejdsgivers og forsikringssekskabers erfaringer med fastholdelsecentret.* 89 sider. ISBN: 978-87-7119-106-6. e-ISBN: 978-87-7119-107-3. Vejledende pris: 80,00 kr.
- 12:18 Holt, H: *Lokal løn på kommunale arbejdspladser. Forskelle i kvinders og mænds løn.* 82 sider. e-ISBN: 978-87-7119-108-0. Netpublikation.
- 12:19 Bengtsson, S. & M. Røgeskov: *Et liv i egen bolig. Analyse af bostøtte til borgere med sindslidelser.* 145 sider. ISBN: 978-87-7119-109-7. e-ISBN: 978-87-7119-110-3. Vejledende pris: 140,00 kr.

ET LIV I EGEN BOLIG

ANALYSE AF BOSTØTTE TIL BORGERE MED SINDSLIDELSER

Denne rapport analyserer, hvordan kommunerne implementerer bostøtte til borgere med sindslidelse. Den ser på, hvordan sammenhængen er mellem servicelovens § 85 om bostøtte og kommunernes praksis på området, og hvordan de berørte borgere oplever bostøtten.

Kommunernes praksis fordeler sig over et bredt spektrum og udviser stor forskel. Nogle kommuner anvender bostøtte som en omsorgsfunktion for, at de berørte borgere kan klare sig i hjemmet. Andre kommuner har et såkaldt recovery-perspektiv med bostøtten, hvor man opstiller mål om at forbedre de berørte borgeres situation, sociale relationer og jobmuligheder. Der er også forskelle mellem kommunernes praksis for procedurer og sagsbehandling og i valg af metoder for bostøtten og interesse for dens virkning.

Uanset forskelle er borgere, der modtager bostøtte, generelt yderst tilfredse med støtten.

Rapporten er udarbejdet for Socialstyrelsen.