

# INTEGREREDE INDSATSER FOR MENNESKER MED PSYKISKE LIDELSER

EN FORSKNINGSOVERSIGT



13:15

STEEN BENGTSOON  
SIGNE ØRKEBY GREGERSEN



13:15

INTEGREREDE INDSATSER  
OVER FOR MENNESKER MED  
PSYKISKE LIDELSER

EN FORSKNINGSOVERSIGT

STEEN BENGTSSON  
SIGNE ØRKEBY GREGERSEN

KØBENHAVN 2013  
SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

INTEGREREDE INDSATSER OVER FOR MENNESKER MED PSYKISKE LIDELSER  
EN FORSKNINGSOVERSIGT

Afdelingsleder: Kræn Blume Jensen

Afdelingen for socialpolitik og velfærdsydelser

Undersøgelsens følgegruppe:

Joan Hansen, Socialstyrelsen

Pernille Skafte, Social- og Integrationsministeriet

Louise Avnstrøm, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

ISSN: 1396-1810

ISBN: 978-87-7119-169-1

e-ISBN: 978-87-7119-170-7

Layout: Hedda Bank

Forsideillustration: Hedda Bank

Oplag: 300

Tryk: Rosendahls – Schultz Grafisk A/S

© 2013 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](mailto:sfi@sfi.dk)

[www.sfi.dk](http://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

	<b>FORORD</b>	<b>5</b>
	<b>RESUMÉ</b>	<b>7</b>
<b>1</b>	<b>INTEGRERET INDSATS I FORHOLD TIL MENNESKER MED PSYKISKE LIDELSER</b>	<b>11</b>
	Hvad er integration?	12
	Evidens for effekten af integreret indsats generelt	15
<b>2</b>	<b>METODER MED HOVEDVÆGT PÅ BEHANDLING</b>	<b>19</b>
	Home Treatment	20
	Assertive Community Treatment / Assertive Outreach	20
	Shared Care (Collaborative Care)	28
	Case Management/Care Management	30
	Andre evidensbaserede metoder	35
	Åben Dialog-modellen og evidens for effekten af den	39

<b>3</b>	<b>METODER MED HOVEDVÆGT PÅ SOCIAL INDSATS</b>	<b>43</b>
	Supported Employment	44
	Betydning af en bolig	49
	Dobbeltdiagnose	58
<b>4</b>	<b>OPSAMLING</b>	<b>65</b>
	Diskussion	65
	Konklusion	68
	<b>FORKORTELSER OG BEGREBER</b>	<b>69</b>
	<b>LITTERATUR</b>	<b>83</b>
	<b>SFI-RAPPORTER SIDEN 2012</b>	<b>101</b>

# FORORD

Denne forskningsoversigt er udarbejdet som led i Integreerede Forløb, hvor afdelinger i region og kommune, som arbejder med mennesker med sindslidelse, sammen har udviklet en integreret indsats. SFI gennemfører Integreerede Forløb i 2011-2013 sammen med konsulentfirmaet Implement Consulting Group efter udbud fra Socialstyrelsen.

Målgruppen for forskningsoversigten er primært personalet de nævnte steder. Der er tale om en oversigt over forskningslitteratur, som er relevant for den sociale indsats i forhold til mennesker med sindslidelser samt for integrationen af denne med behandlingsindsatsen og ikke om et systematisk review. En foreløbig udgave af forskningsoversigten blev fremlagt på konferencen om Integration og Rehabilitering, som SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd og Socialstyrelsen afholdt 1.-2. november 2012.

Studerterne Sine Grønberg Knudsen, Sine Kirkegaard Nielsen og Signe Ørkeby Gregersen har deltaget i udarbejdelsen af oversigten, og seniorforsker Steen Bengtsson har ledet arbejdet. Vi takker for værdifulde og konstruktive kommentarer fra afdelingsleder Charlotte Bredahl Jacobsen fra KORA, som har læst manuskriptet.

København, 2013

JØRGEN SØNDERGAARD





# RESUMÉ

I de senere år har der været stigende opmærksomhed på, at det er vigtigt at integrere den sociale indsats i behandlingen af sindslidelsen. International forskning peger på, at integration af behandling og social indsats giver bedre resultater, end det giver, hvis administrationen af behandlingerne er adskilt. Formålet med denne rapport er at give personaler og administrationer på området en indgang til den videnskabelige litteratur, som handler om metoder til integration, og de resultater disse kan give.

Vi definerer integration af indsatser som forandring hen til den situation, at borgeren møder én samlet indsats og information og ikke bliver udsat for indsatser eller information fra de forskellige leverandører af service hver for sig. Denne definition lyder enkel. I praksis vil det ofte vise sig, at integration er kompliceret.

## RESULTATER

Den bedst belyste metode til integration er opsøgende team. Assertive Community Teams (ACT) er en amerikansk model, som i Europa ofte kaldes Assertive Outreach (AO), hvis resultater har ganske stærk evidens. De mest afgørende egenskaber ved denne metode er, at teamet rummer en socialarbejder med myndighed til at træffe afgørelser, og at teamet kommer ud til borgeren. Andre vigtige egenskaber er en ægte tværfaglig

arbejdsform, at en psykiater deltager i teamet og personalenormering på mindst 1:20.

Den britiske model Shared Care, hvor den praktiserende læge har ansvaret og koordinerer indsatsen, er også baseret på en vis grad af evidens. Social indsats er ikke nødvendigvis integreret i Shared Care, men den kan være det, og forskningen belyser ikke direkte betydningen af integration af social indsats. I lyset af AO-forskningens resultater er der imidlertid al mulig grund til at tro, at betydningen vil være tilsvarende i forbindelse med Shared Care.

Vi nævner desuden en række andre metoder, som indeholder eller kan rumme integration af social indsats med behandling for sindslidelse. Ingen af disse er imidlertid forbundet med nogen særligt stærk evidens. I Danmark er interessen størst for Åben Dialog, en metode som har været benyttet med stort held i det nordlige Finland og Norge i 20-30 år. En del personaler har været deroppe og lære metoden, og der er nu også etableret en uddannelse i Aarhus. Åben Dialog virker som en lovende metode, og derfor er det bemærkelsesværdigt, at den ikke er undersøgt tilstrækkeligt.

Rapporten er delt op i på den ene side metoder med hovedvægt på behandling og på den anden side metoder med hovedvægt på social indsats. Da misbrugsbehandling her i landet er lagt under kommunen, er den her medtaget i sidste gruppe, og da social indsats ofte har en behandlingseffekt, er inklusionskriterierne for oversigten på dette område gjort lidt bredere. Her peger forskningen på evidens for effekt af integration af behandling med indsatserne støttet beskæftigelse (Supported Employment) og bostøtte (Supported Housing), mens forskningen om behandling af misbrug viser, at det er helt afgørende, at denne behandling finder sted, men at det er tilstrækkeligt, hvis den foregår parallelt med behandlingen af sindslidelsen.

## PERSPEKTIVER

Et særligt problem i Danmark er opdelingen mellem regionen, der står for behandlingen og kommunen, der står for alle former for social indsats. Selv metoder, der er født med integration, har ved omplantning til Danmark ikke kunnet bibeholde denne, men er som AO/ACT i de fleste tilfælde kun implementeret i amputeret form. Ligeledes er der en tendens til, at metoder, der naturligt lægger op til integration, i Danmark afprøves enten på det regionale eller på det kommunale område.

Siden frikommuner og puljer blev lanceret midt i 1980'erne, har dansk socialvæsen forsøgt sig frem og fornyet sin aktivitet gennem en trial-and-error-proces. Det, vi i en årrække har betegnet ”socialpsykiatri” – væresteder, bostøtte, støttekontaktpersonordning, botilbud – er for en stor dels vedkommende et resultat af denne proces. Forsøgsprojekterne har eksperimenteret og fundet ny veje. De har været vigtige for at gøre op med stiv struktur og traditionel tænkning og vise, at det nye kunne lade sig gøre, og de har fostret de ildsjæle, der skulle til for at gøre det.

I de senere år er interessen gledet fra et ønske om opgør med traditionelle strukturer til et ønske om at få viden om, hvad der virker, og hvad der ikke virker i den sociale indsats. Også dette kan belyses gennem forsøg, men til det formål er det videnskabelige forsøg, der er brug for. Danmark har ikke samme tradition for forsøg af videnskabelig karakter på det sociale område som mange andre lande. Det er håbet, at denne oversigt over resultater i forbindelse med integration af social indsats og behandling for sindslidelse vil være med til at skabe opmærksomhed om denne mangel.

#### GRUNDLAG

Rapporten bygger på litteratursøgninger foretaget af SFI's forskningsbibliotekar. Forskningsbibliotekaren har gennemført søgninger inden for fire emner: integration af social støtte og behandling for sindslidelse, bostøtte, dobbeltdiagnoser samt støttet beskæftigelse. Søgningerne omfatter specielt review (systematiske litteraturstudier) og randomiserede forsøg.

Derpå har vi udvalgt de relevante artikler samt læst disse mere eller mindre ekstensivt. Vi har endelig analyseret stoffet på baggrund af den viden, vi har fra en række tidligere projekter på området social indsats i forhold til mennesker med sindslidelse. Vi har medtaget litteratur fra de områder, som er angivet i indholdsfortegnelsen, og som er relevant for den sociale indsats over for mennesker med sindslidelse eller for integrationen af denne med behandlingsindsatsen.

Vi har ikke foretaget nogen egen vurdering af de omtalte undersøgelser kvalitet. Vores opdeling i stærk og svag evidens hviler således udelukkende på den vurdering af kvalitet og styrke, der er foretaget i den anførte litteratur. Der er derfor tale om en forskningsoversigt og ikke noget, der minder om et systematisk review.



# INTEGRERET INDSATS I FORHOLD TIL MENNESKER MED PSYKISKE LIDELSER

Det giver god mening at give en oversigt over den internationale forskningslitteratur om social indsats over for mennesker med sindslidelser og om integration af denne i behandlingsindsatsen. Der er ganske vist forskelle mellem de lande, der præger forskningen, hvad angår levevilkår, behandlingssystemer og velfærdssystemer. Men forskellene er ikke større, end at sindslidelse overalt er et stort problem, som er indgribende i forhold til den enkelte både på det personlige, sociale og samfundsmæssige område.

Trods de nævnte forskelle taler meget for, at de grundlæggende kausale mekanismer, som bliver afdækket med videnskabelige teknikker som randomiserede, kontrollerede forsøg, i en eller anden form virker overalt. Der er derfor grund til at tro, at vi kan lære af de mange forsøg, der er foretaget på området social indsats over for mennesker med sindslidelse, derunder indsats der integrerer behandling af sindslidelsen med en social indsats. Der kan dog samtidig argumenteres for, at de særlige skandinaviske velfærdssystemer gør, at vi også er nødt til at have vores egen forskning på området.

Det er dog ikke tilstrækkeligt at sætte sig ind i, hvad der er evidens for. Nok så vigtig er beskrivelsen af de enkelte metoder, det drejer sig om. Denne beskrivelse er ikke altid lige udførlig i den litteratur, der beskriver resultaterne af enkelte randomiserede kontrollerede forsøg eller

sammenfatter, hvad man får ud af et større antal sådanne forsøg. Ofte sker beskrivelsen af indsatsen og de metoder, der benyttes mest ved at henvise til andre artikler, hvor der findes beskrivelser.

Selv om meget er undersøgt, og evidens for udvalgte metoder findes, er det vigtigt, at vi stadig går nye veje. En metode, der påkalder sig stor interesse, er den finske Åben Dialog-tilgang, som dog ikke er forskningsunderbygget i stort omfang. Åben Dialog går kun en smule ind på det sociale område, men den foregår mest ude i borgerens miljø og egner sig godt til at integrere med social indsats. Metoden er belyst med forskning i Finland, men undersøgelserne lever ikke op til alle krav til god evidens. Det er vigtigt, at vi her er med i første række, når det handler om at dokumentere effekten af indsatser. Vi skal ikke blot prøve os frem med nye metoder, som vi har tradition for her i landet, men også belyse dem med forskning på internationalt niveau.

## HVAD ER INTEGRATION?

Da en sindslidelse har vidtrækkende konsekvenser for en persons evne til at strukturere hverdagen, have sociale relationer, varetage et arbejde og i det hele taget klare sig i samfundet, har mennesker med sindslidelse brug for flere former for indsatser. De har brug for indsatser, der kan reducere symptomer, støtte til at strukturere en hverdag, støtte i boligen samt hjælp til at genvinde sociale kompetencer, arbejdsevnen og have en forsørgelse. I de mange tilfælde, hvor mennesker med alvorlige sindslidelser kommer ud i et misbrug, vil de også have brug for støtte til at komme ud af det igen.

De fleste er enige om, at der er brug for en social indsats over for mennesker med sindslidelse, og der er brug for, at denne indsats er samordnet med behandlingen. Men hvad er en samlet indsats helt nøjagtigt? Den kan være flere ting, for der er flere grader af integration. Det kan være: 1) at der er rettigheder på alle nødvendige områder, 2) at der sker en samordning af indsatsen, således at der altid er et ansvar for, at alt er på plads, 3) at der er et konkret samarbejde mellem de personaler, der har med de forskellige indsatser at gøre, 4) at der desuden er en samlet plan for indsatsen, som indeholder alle aspekter – eller det kan være 5) en integreret indsats, hvor alle dele af indsatsen kommer fra ét sted.

I den reelt eksisterende psykiatri i Danmark har man arbejdet sig langsomt frem fra den første til omkring den tredje af disse grader af integration, men har til stadighed oplevet, at man ikke var kommet langt nok. Det kræver betydelig mere at gå fra trin 4 til trin 5 end mellem de andre niveauer. Ser man på forskningslitteraturen om integration af psykiatrisk og social indsats, vil man imidlertid se, at den på de fleste punkter ganske entydigt siger, at en mere integreret indsats er bedre end en mindre integreret indsats.

Integrationen af en konkret social indsats og en konkret behandlingsindsats over for en konkret gruppe af mennesker med sindslidelse vil ikke blot være præget af disse konkrete forudsætninger, men også af, at den finder sted i en ramme af organisering og faglighed. Behandlingen er organisatorisk placeret i regionen, og den sociale indsats er organisatorisk placeret i kommunen, og disse instanser er underlagt forskellig lovgivning, finansiering, organisationsstruktur, bygninger m.m. Den sociale indsats og behandlingen er desuden præget af forskellige fagligheder, metoder, personale m.m. Disse to punkter kan udspecificeres på følgende vis:

- Indsatsområder: hvor ligger ansvaret: lovgivning, organisation, finansiering, tilbud og behandlingssted.
- Fagområder: hvilken viden anvendes: behandlingsmetode, personale, uddannelse og træning.

Der ligger kun en begrænset integration i at lægge funktioner under samme organisation, hvis der stadig er tale om forskellige tilbud, behandlingssteder, behandlingsmetoder, personale og uddannelser.

Der er indlysende grunde til, at der vil være en gevinst ved at forbinde behandling for sindslidelse med en social indsats i forhold til samme gruppe. Især er det let at forestille sig, at en social indsats, der ikke er opmærksom på behandlingsforløbet, kan tage u hensigtsmæssige beslutninger, mens en behandlingsindsats, der ikke er opmærksom på den sociale indsats, kan mangle lige der, hvor den er mest nødvendig. Vi skal argumentere herfor, først med udgangspunkt i behandlingen, dernæst med udgangspunkt i en social indsats.

Hvis vi starter med behandlingen, konstaterer vi først, at denne ofte koster et betydeligt beløb. Dernæst betragter vi et par eksempler, hvor sociale afgørelser tages uafhængigt af behandlingsindsatsen.

Første eksempel: En borger er i behandling for anoreksi og er i en fase, hvor tilstanden bliver værre, og kommunen er samtidig i gang med at spare på merudgiftsydelser og fjerner i den forbindelse borgerens særlige kosttilskud.

Et andet eksempel: Behandlingen af en sindslidelse hos en borger har stået på i lang tid, og regionens behandlere indleder en ansøgning om førtidspension. Kommunens sagsbehandler behandler ansøgningen efter sine sædvanlige procedurer og når til den konklusion, at hun ikke kan anbefale dette. I det tilfælde havde det været bedre for behandlingen, hvis dette spørgsmål havde været afklaret mellem behandler og sagsbehandler, således at borgeren ikke fik sin behandling forstyrret af det.

Herefter følger et eksempel, der tager udgangspunkt i en social indsats. Jobcentret forsøger at hjælpe en borger, som også har en sindslidelsesproblematik, idet vedkommende lider af angst. Borgeren har brug for at komme ud og erfare, at kontakt er noget, hun magter og ikke behøver at være angst for, og et job er den ideelle ramme. Men nye omgivelser kan også provokere angst. Her vil det være en oplagt fordel, hvis behandlingen er tæt forbundet med jobindsatsen, således at den kan sætte ind på den bedste måde og måske også inddrage arbejdsgiveren.

I det følgende skal vi se på den videnskabelige litteratur, nemlig internationale artikler fra de senere år, som søger at belyse, om der er fordele forbundet med at gå over til integreret behandling af mennesker med sindslidelse, nærmere betegnet, om der er evidens for bedre resultater. Litteraturen har ingen entydig definition af integration, men begrebet kan dække over forskellige ting. Integration er mere end et samarbejde mellem tilbud og en plan for den samlede indsats. Integration kan omfatte flere eller færre indsatsområder og fagområder og forskellige aspekter af disse. Integration kan være medikamentel behandling plus behandlingsindsatser som social færdighedstræning eller inddragelse af netværk, eller det kan være psykiatrisk behandling integreret med mere egentlig social indsats som boligindsats og dækning af udgifter.

Vores oversigt dækker først og fremmest randomiserede kontrollerede forsøg og review (systematiske litteraturstudier) over forskning, der bl.a. hviler på sådanne forsøg. Mens udviklingen på et praksisfelt ofte foregår sådan, at små detaljer tilføjes eller udskiftes, forlanger teknikken i videnskabelige forsøg forskelle, som er så store, at de giver statistisk signifikans. Forsøgene sammenligner typisk integreret behandling med sædvanlig behandling og ikke med en halvvejs integreret behandling. De



bygger i mange tilfælde på en amerikansk tradition, der er ”revolutionær” i den forstand, at man i forsøg umiddelbart går fra en meget ringe behandling til en nærmest perfekt behandling. Det forudsætter et behandlingssystem, der er ganske ringe, kombineret med en forskning, der har relativt gode kår. Situationen i Europa er karakteriseret ved, at vi har en bedre ”sædvanlig behandling” end i USA, og det er derfor vanskeligere at finde evidens for effekten af nye og bedre behandlingsformer.

Alligevel må vi sige, at de forsøg, vi på de følgende sider vil sammenfatte resultaterne af, giver os den bedste viden, vi i dag kan få om, hvad integration af behandlinger for mennesker med sindslidelser betyder for effekten. Forskningen har ikke været lige intens på alle områder. Der er ikke forsket meget i det meget væsentlige problem om integration mellem behandling og social indsats, specielt når den sociale indsats gælder at sikre forsørgelse. Til gengæld er der mest litteratur om integration af misbrugsbehandling og behandling for sindslidelse.

For en del af de metoder, vi har medtaget, gælder, at de ikke integrerer social indsats og behandling, men at de har potentialet til det. I disse tilfælde har vi vurderet, at det også var relevant at se på metoder med evidens. Der er al mulig grund til at tro, at der vil være mere evidens, hvis modellerne udbygges til at integrere social indsats og behandling, set i lyset af, at vi generelt har fundet, at der er evidens for effekten af dette.

## **EVIDENS FOR EFFEKTEN AF INTEGRERET INDSATS GENERELT**

Vi har inkluderet 14 randomiserede kontrollerede studier, hvor integreret behandling sammenlignes med sædvanlig behandling. Ud over dette har vi inkluderet to metaanalyser, som er analyser af primært tidligere udarbejdede kvantitative analyser, 17 systematiske litteraturstudier, også kaldet ”review”, og et enkelt komparativt studie samt et follow-up-studie. Dette afsnit beskriver kort de mulige effekter, der er fundet evidens for i de anvendte videnskabelige internationale studier om integrerede indsatser.

Overordnet viser de studier, vi fundet, at der er evidens for, at integrerede indsatser i forhold til standard behandling (På engelsk: ”care as usual” eller ”standard treatment”) har positiv indvirkning på sygdomssymptomer, på samtidigt stofmisbrug, på tilknytning til behandlingen og

på tilfredshed med behandlingen<sup>1</sup> Der er også fundet evidens for, at pårørende til mennesker med sindslidelse i integrerede indsatser føler sig mindre belastede og er signifikant mere tilfredse med behandlingen end pårørende til mennesker med sindslidelse i standard behandling.<sup>2</sup> Yderligere har et dansk randomiseret studie undersøgt, om integreret behandling reducerer antallet af magtanvendelser i behandlingen af mennesker med sindslidelser i forhold til standard behandling, men der blev ikke fundet evidens for dette.

En række undersøgelser viser endvidere, at integreret behandling reducerer antallet og varigheden af indlæggelser. Det er typisk resultater fundet uden for Europa. Det hænger formentlig sammen med, at det, man tester integreret behandling imod – såkaldt ”sædvanlig behandling” – er på et højere niveau i Europa. Her ser man også, at gruppen, der modtager sædvanlig behandling, ikke har så mange indlæggelser, som det er tilfældet i andre dele af verden, hvor den altovervejende del af undersøgelser kommer fra USA. Vi skal uddybe denne problematik i forbindelse med omtalen af AO/ACT i næste afsnit..

Selv om systemer for tilbud til mennesker med sindslidelser således er meget forskellige fra land til land, er der som nævnt et problem med at integrere indsatser fra forskellige dele af systemet til en samlet indsats. Det problem findes såvel, når de sociale tilbud administreres af den samme myndighed som de behandlingsmæssige tilbud, som når de administreres af en anden myndighed. Der skal under alle omstændigheder visiteres, og forskelligt personale skal kommunikere indbyrdes. I forhold til borgeren skal systemet imidlertid fungere som ét system, hvor delene samvirker og ikke modarbejder hinanden.<sup>3</sup>

Der er opfundet en række modeller til integration af de indsatser, der skal være til stede omkring en person, der har en sindslidelse. En model må specificeres nøjagtigt for, at den kan evidencestestet. Derfor finder vi en række modeller med navne, som kan minde lidt om mærkevarer. Modellerne har ofte flere af de samme træk, fordi de alle handler om at integrere de forskellige indsatser, som sker i forhold til den samme person. Der er imidlertid nogle træk, som ofte går igen i modellerne. Nogle af disse træk, men ikke nødvendigvis alle, må så være baggrunden for at

---

1. Petersen m.fl. 2005, Nordentoft m.fl., 2006.

2. Jeppesen m.fl., 2005.

3. Øhlenschläger m.fl., 2008.

modellerne fungerer og for, at undersøgelser viser evidens for effekten af de integrerede indsatser.



# METODER MED HOVEDVÆGT PÅ BEHANDLING

Vi har fundet det hensigtsmæssigt at dele emnet op i metoder med hovedvægt på behandling og metoder med hovedvægt på social indsats. Vi omtaler i dette afsnit metoder, der integrerer behandling og social indsats, samt metoder, som vi har vurderet, uden videre kan udvides, således at de gør det.

Metoderne i dette afsnit indeholder følgende temaer:

- en indsats, hvor borgerne lever
- en tværfaglig indsats
- medvirken af en koordinator
- en træning af socialt liv
- en systemisk tilgang

Vi omtaler bl.a. følgende metoder:

- Home Treatment
- Assertive Outreach / Assertive Community Treatment
- Shared Care, Collaborative Care
- Care Management / Case Management
- Supported Socialisation
- Social Skills Training

- Cognitive Behaviour Theory
- Illness Management and Recovery
- Netværksmetoder, Åben Dialog

## HOME TREATMENT

En række metoder med forskellige navne har det fælles element, at behandlingen foregår i borgerens hjem. En gruppe engelske forskere har søgt at finde frem til, hvilken betydning det har at behandle borgere hjemme i deres eget miljø i stedet for på et sygehus eller en klinik (Burns m.fl., 2001b; Wright m.fl., 2004). Det er sket gennem et review af 91 studier, som behandler metoder, der indebærer Home Treatment. Her har man suppleret de publicerede oplysninger med flere, som er hentet gennem et spørgeskema til de enkelte forfattere, som uddyber, hvad indsatsen konkret består af, og om den er opretholdt efter forsøgsperioden.

Det viser sig, at brug af Home Treatment ofte har en række særlige træk. Home Treatment-indsatserne sker ofte med multidisciplinære team med integration af en psykiater, de indeholder både en behandlingsmæssig og en social side, og de har et lille antal borgere pr. medarbejder. Selv om der er stor forskelligartethed, er der en tendens til, at disse træk følges ad. En metaanalyse viser, at Home Treatment betyder færre sengedage senere, hvilket dokumenteres i de studier, hvor kontrolgruppen har fået sygehusbehandling, men ikke i dem, hvor den har fået Community Treatment. Anvendelsen af regelmæssige hjemmebesøg og inddragelsen af social indsats betyder færre efterfølgende sengedage. Reduktionen af sengedage er i øvrigt lidt større i de amerikanske end i de europæiske studier.

## ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT / ASSERTIVE OUTREACH

Assertive Community Treatment (ACT) – som i Europa ofte betegnes Assertive Outreach (AO) – er den ekstreme model for integration. Indsatsen ydes af et lille hold, der rummer alle de nødvendige fagpersoner, og som har myndighed til at tage beslutninger på alle relevante områder. I den mest integrerede udgave er alle holdmedlemmer ansvarlige for be-

handlingen af alle de tilknyttede borgere, og arbejdet er ægte tværfagligt – det vil sige, at behandlingen af den enkelte borger regelmæssigt bliver drøftet mellem teammedlemmer fra forskellige fag. Den mest integrerede model er den, der giver de bedste resultater.

ATC er således en integreret indsats, hvor behandlingen af mennesker med sindslidelser er organiseret i tværfaglige team. ACT udspringer af ”Madison-modellen”, som er udviklet først i 1970’erne af Arnold Marx, Leonard Stein og Mary Ann Test. På den tid var man i USA allerede begyndt at udskrive patienter med sindslidelse tidligere, fordi de alvorligste psykotiske symptomer kunne dæmpes med nye medikamenter, men det viste sig, at de stadig havde behov for behandling og støtte af forskellig art. Der var således store huller i de kommunale ydelser til mennesker med sindslidelse (Kent & Burns, 2005). Madison-modellen fungerede oprindeligt i forhold til mennesker med mange forskellige typer af sindslidelser som metode til at yde den støtte, der skulle til for at undgå indlæggelser. Senere startede et større program, Program of Assertive Community Treatment (PACT), hvor målgruppen var en mere snævert defineret gruppe af unge voksne med debuterende skizofreni (Test, 1998). I Danmark kom OPUS (tidlig opsporing og intensiv behandling af unge mennesker med psykose) ligeledes som et tilbud til unge med skizofreni, men modellen blev beskåret, idet den sociale dimension ikke kom fuldt med (Jørgensen m.fl., 2000). Senere er der kommet opsøgende psykoseteam til mennesker med alle former for psykoser, men stadig i de fleste tilfælde efter den amputerede model. Det nye ACT-team for hjemløse er derimod fuldspektret med stærk vægt på alle de sociale aspekter af indsatsen, også ud over bostøtte, botilbud og lignende, og det er dermed det første egentlige ACT-team her i landet.

ACT kan overordnet beskrives som en tværfaglig indsats, hvor fokus er på borgeren. Borgerens ønsker og behov er med andre ord styrende for indsatsen, og formålet er bl.a. at sikre mennesker med sindslidelse den støtte og hjælp, de har behov for, så de ikke tabes mellem forskellige sektorer. Det tværfaglige team skal levere hele den samlede indsats, således at borgeren har færrest mulige kontakter på tværs af afdelinger og sektorer (Hjemløsestrategien, 2011a). ACT beskrives som en teambaseret og helhedsorienteret indsats, der er designet til at yde omfattende, psykiatrisk behandling, rehabilitering og støtte til personer med alvorlige og vedvarende psykiske lidelser. At indsatsen er helhedsorienteret, betyder, at borgerens samlede behov er samlet under ACT-indsatsen,

og at ACT indbefatter alle de behov for hjælp og støtte, som borgeren måtte have (ACTA, 2011). ACT kan beskrives som en integreret indsats, da ACT-teamet som udgangspunkt selv leverer indsatsen til borgeren, frem for blot at organisere indsatsen og henvise til et andet led i systemet eller en anden sektor. Sociale tilbud til mennesker med sindslidelser administreres altså af den samme myndighed, som administrerer de behandlingsmæssige tilbud (Eplov, 2011; Hjemløsestrategien, 2011b).

Blandt de tjenester, ACT-teamet yder, er: løbende opfølgning på borgerens tilstand, sagsbehandling, psykologhjælp/psykiatrisk hjælp, sundheds- og misbrugshjælp, hjælp med henblik på uddannelse, beskæftigelse, at blive i egen bolig, familiestøtte og træning af sociale kompetencer. I mange tilfælde bliver også Case Management (CM)<sup>4</sup> leveret af det tværfaglige team. Tom Burns m.fl. (2007a) har undersøgt, hvilke elementer der er særligt vigtige for Assertive Community Treatments virkning på baggrund af en metaregression, der bygger på 60 enkelte undersøgelser. De to vigtigste egenskaber er: 1) at der i ACT-teamet er en socialarbejder, som ikke blot er en kontakt til socialforvaltningen, men har selvstændig myndighed, og 2) at teamet kommer ud til borgeren og ikke kræver, at denne kommer ind på et sygehus eller en klinik. Andre vigtige punkter er, at der er en psykiater i teamet, som ikke blot fungerer som baggrundseksperter, men som er med i det løbende arbejde med borgerne. Yderligere er det vigtigt, at personalet arbejder i et tværfagligt team med mindst tre forskellige faglige synsvinkler. Hvert team har sine egne patienter tilknyttet, og et teammedlem er Case Manager<sup>5</sup> for dem. De resterende teammedlemmers kompetencer er brugbare på den måde, at teamet regelmæssigt holder møder, hvor hver enkelt borger drøftes ud fra forskellige faglige synsvinkler. Hertil kan en psykiater eksempelvis være behjælpelig med medicinering og en socialarbejder behjælpelig med andre ydelser (Burns m.fl., 2007a).

Ud over psykiatere og socialarbejdere kan det tværfaglige ACT-team eksempelvis bestå af sygeplejersker, pædagoger, misbrugskonsulenter, beskæftigelseskonsulenter og sagsbehandlere. Det er svært at gennemskue, hvordan ansvaret konkret deles mellem medarbejderne i ACT-teamet. Det afgørende er dog, at medarbejderne ikke kun udreder borgeren i forhold til afklaring af støtte- og indsatsbehov samt koordinerer borgerens indsats, men at teamet som udgangspunkt leverer den samlede

---

4. Se forklaring i afsnittet Forkortelser og begreber.

5. Se forklaring i afsnittet Forkortelser og begreber.



indsats til borgeren, og at alle medarbejdere arbejder med alle tilknyttede borgere. For at teamet kan yde den optimale indsats over for borgeren, anbefales det, at hver fuldtids-ACT-medarbejder ikke har tilknyttet mere end 10 borgere. ACT omtales sommetider som et ”hospital uden mure”, da ACT-tjenester i England og USA er tilgængelige 24 timer i døgnet, hele året rundt og leveres i borgerens lokalmiljø. Assertive Community Treatment Association anbefaler, at det ved opstart af ACT overvejes, om det er mest hensigtsmæssigt for borgerne i det specifikke lokalområde, at ACT-teamet er til stede døgnet rundt.<sup>6</sup>

#### EVIDENS FOR EFFEKTEN AF AO/ACT

De studier, vi har fundet til denne oversigt, viser overordnet, at der er evidens for, at ACT kan reducere antallet af hospitalsindlæggelser hos personer med alvorlige og vedvarende psykiske lidelser, fastholde mennesker med sindslidelser i behandling, øge deres funktionsdygtighed, forbedre deres livskvalitet og aflaste de pårørende.<sup>7</sup>

Et randomiseret kontrolleret studie fra England (Killaspy m.fl., 2006) viser, at der er evidens for større brugertilfredshed i forbindelse med ACT sammenlignet med Distriktspsykiatriske Team (Community Mental Health Teams), og at ACT samtidig er bedre til at få mennesker med sindslidelser til at engagere sig i samfundet. De afgørende forskelle mellem ACT-team og Distriktspsykiatriske Team er, at ACT-team er mere tværfagligt sammensat, har færre borgere tilknyttet, er mere tilgængelige for borgeren, er mere opsøgende, at hele borgerens indsats så vidt muligt samles under ACT-teamet, og at ACT-teamets medarbejdere i højere grad arbejder sammen om hver enkelt borger og oftere mødes for at diskutere arbejdet med borgeren.

Herdelin & Scott (1999) viser i et systematisk review evidens for, at implementeringen af ACT spiller en rolle for reduktion af indlæggelsesdage for mennesker med sindslidelse. Jo mere nøjagtigt ACT implementeres, jo mere kan modellen reducere antallet af indlæggelsesdage. Litteraturstudiet inddrager 34 studier fra Australien, Canada, USA, England og Sverige. Hvis ACT implementeres med brug af Case Management, reduceres indlæggelsesdagene med 58 pct. i løbet af et år, men hvis

---

6. ACTA, 2011; Eplöv, 2011; Clinical Practices Advisory Panel, 2007; Cook m.fl., 2005; Øhlenschläger m.fl., 2008.

7. Yoe & Glew, 2008; Burns, Catty & Wright, 2006; Petersen m.fl., 2005; Nordentoft m.fl., 2006; Jeppesen m.fl., 2005.

ACT implementeres i sin mere nøjagtige form, uden Case Management, reduceres antallet af indlæggelsesdage med 78 pct. i løbet af et år. Forskellen er, om teamet samlet har ansvar for koordineringen af behandlingen, eller om det kun er en enkelt case manager, der har ansvar for koordineringen. Mere konkret betyder det, at der er forskel på, om alle ACT-medarbejdere arbejder med alle tilknyttede borgere, eller om en enkelt case manager har ansvaret for et antal borgere.

Herdelin & Scott (1999) konkluderer, at reduktion af antallet af indlæggelsesdage er ACT-modellens mest pålidelige faktor, når det gælder at nedbringe økonomiske omkostninger. For at ACT-modellen skal være selvfinansierende, kræver det dog, at den beskæftiger sig med borgere, der gennemsnitligt har haft mindst 50 indlæggelsesdage årligt.

En metaanalyse fra 1999 har undersøgt effekten af ACT over for sædvanlig behandling både i forhold til indlagte og ambulante patienter (*inpatients* og *outpatients*). ACT viste sig at have signifikant indvirkning i form af reduktion af indlæggelsesdage, reduktion af længden af hospitalsoophold, bedre social funktion, større patienttilfredshed og reduktion af økonomiske behandlingsomkostninger (Latimer, 1999).

Blandt de amerikanske undersøgelser er der grund til at lægge mærke til Kenny m.fl. (2004), som i et longitudinalt eksperiment sammenligner ACT med Brokered Case Management (BCM). Det longitudinelle design af dette studie gør det muligt at påvise en bedre virkning af ACT på såvel psykiske symptomer som på bolig i et detaljeret forløb over to år.

Omkring århundredeskiftet var forskningen på området stødt på det problem, at mens ACT i USA og andre steder i verden kunne reducere antal indlæggelsesdage for borgerne, fandt man ikke samme grad af reduktion, når modellen blev forsøgt i England, fx i UK700-studierne (Burns m.fl. 2002). Der var færre indlæggelser, men forskellen var ikke signifikant. Et komparativt studie af ACT i England og USA af Fiander m.fl. (2003) undersøger, om dette skyldes, at ACT ikke implementeres lige så nøjagtigt i England som i USA. Det viser sig imidlertid, at der ikke er betydelige forskelle i, hvordan ACT-modellen implementeres i de to lande. At indlæggelsesdagene for mennesker med sindslidelse ved implementering af ACT ikke reduceres lige så kraftigt i England som i USA, skyldes derimod, at England har et mere omfattende offentligt sundhedsvæsen (Marshall & Creed, 2000).

Af samme årsag er ACT-forskere i Europa ikke så optagede af, hvordan ACT påvirker antallet af indlæggelsesdage, som forskere i USA (Burns m.fl., 2001a). Den tidligere nævnte metaregression af Burns, Catty & Wright (2006) viser også, at der ikke er signifikante forskelle i, hvordan modellen implementeres i USA og England – vi *kan* altså godt lave rigtig ACT, også i denne del af verden. Studiet konkluderer, i tråd med Marshall & Creed (2000), at indtrykket af mindre virkning af ACT i Europa er falsk, mens forholdet i virkeligheden er, at sædvanlig behandling i England er af højere kvalitet, end den er i USA. Dette kan ses ved, at de amerikanske forsøgspersoner i dette studie generelt har flere indlæggelsesdage end de engelske forsøgspersoner. Selv om ACT betyder en reduktion af antallet af indlæggelsesdage i England, er virkningen ikke signifikant, sådan som den er i USA (Burns m.fl., 2000; Burns, Catty & Wright, 2006).

På baggrund af Fiander m.fl.'s (2003) resultater har Sytema m.fl. (2007) foretaget et randomiseret kontrolleret forsøg i Holland for at teste, om resultaterne fra England var repræsentative for andre europæiske lande med et moderne sundhedsvæsen. Studiet sammenligner ACT med sædvanlig psykiatrisk behandling, og forskellen mellem de to findes særligt i måden, hvorpå ydelserne koordineres. Overordnet viste studiet, at ACT var signifikant bedre end sædvanlig behandling til at fastholde kontakten med de tilknyttede borgere, men hjalp ikke til reducere antallet af indlæggelsesdage. Der blev ikke fundet nogen forskel mellem ACT og sædvanlig behandling, når det kom til deltagernes boligstabilitet, sociale virke eller livskvalitet. Studiets resultater er således i overensstemmelse med resultaterne fra England. Dog vurderes fastholdelsen af kontakten til borgerne tilknyttet ACT som yderst vigtig, da alt for mange borgere i Holland tabes i behandlingspsykiatrien (Sytema m.fl., 2007).

I et review fra 1998 kortlægges ACT's effektivitet sammenlignet med distriktskykiatriske team, traditionel hospitalsbaseret rehabilitering og Case Management. Reviewet er udarbejdet på baggrund af studier fra USA, England, Australien og New Zealand. Udvælgelseskriterierne for at studierne blev medtaget i reviewet, var, at studierne havde sammenlignet ACT med minimum én af de førnævnte metoder, og at studierne målgruppe var mennesker med sindslidelser i alderen 18-65 år.

Først og fremmest viste reviewet, at der var mindre sandsynlighed for, at ACT-anviste borgere blev indlagt, samt at de generelt havde færre indlæggelsesdage end de borgere, der modtog behandling fra di-

striktpsykiatriske team, hospitalsbaseret rehabilitering eller Case Management. Sammenlignet med behandling fra distriktspsykiatriske team og hospitalsbaseret rehabilitering var der større sandsynlighed for, at borgere under ACT fastholdt kontakten til psykiatrien. Flere ACT-tilknyttede borgere levede i en uafhængig almen bolig, de havde færre dage som hjemløse, var mindre arbejdsløse og var mere tilfredse med de tilbudte ydelser end de borgere, der var tilknyttet distriktspsykiatriske team (Marshall & Lockwood, 1998).

Samme resultater er fundet i et dansk randomiseret kontrolleret forsøg (Petersen m.fl., 2005), der har sammenlignet effekterne af integreret behandling (bestående af ACT, familieinvolvering og social færdighedstræning) med sædvanlig behandling af patienter med den første psykotiske episode. Det danske studie viste ligesom de tidligere udenlandske, at den integrerede behandling sammenlignet med sædvanlig behandling havde en positiv indvirkning på deltagernes psykotiske symptomer og andre negative symptomer. Generelt havde personer med sindslidelser, der modtog integreret behandling, signifikant mindre samtidigt stofmisbrug, bedre tilknytning til behandlingen og større tilfredshed med behandlingen. Studiets konklusion er derfor, at integreret behandling forbedrer kliniske resultater og tilknytning til behandling.

Andre undersøgelser peger desuden på, at modellen er effektiv til at stabilisere selvstændige boligforhold for mennesker med sindslidelser (og dermed at undgå hjemløshed) og fastholde mennesker med sindslidelser i psykiatrisk behandling (Yoe & Glew, 2008; Salyers m.fl., 2010).

I Danmark er der størst erfaring med ACT-modellen gennem de såkaldte OP-team eller OPUS-team ("Opsøgende Psykoseteams" og "Tidlig opsporing og behandling af unge voksne med psykose"), hvor de tværfaglige psykoseteam skal varetage så mange opgaver som muligt i forhold til mennesker med sindslidelse. Samtidig arbejder de opsøgende team i borgernes nærmiljø eller hjem (Region Syddanmark, 2008; Region Hovedstaden, 2011). Men som tidligere nævnt anvendes ACT-modellen også inden for hjemløseområdet, hvor den i øjeblikket anvendes som en metode til at reducere hjemløsheden blandt de mest udsatte borgere og til at mindske disses psykiske og sociale problemer (Epløv, 2011; Hjemløsestrategien, 2011a).

Vi har fundet to danske randomiserede kontrollerede forsøg med OPUS, der begge undersøger effekten af integreret behandling over for sædvanlig behandling. Det første studie viser, at pårørende til patienten

ter under integreret behandling følte sig mindre belastede og var signifikant mere tilfredse med behandlingen end pårørende til patienter i sædvanlig behandling (Jeppesen m.fl., 2005). Det andet studie viste, at antallet af patienter diagnosticeret med en psykotisk lidelse efter en toårig periode var på 25 pct. for patienter tilknyttet integreret behandling og 48,3 pct. for patienter tilknyttet sædvanlig behandling. Studiet konkluderer, at integreret behandling udsætter eller hæmmer begyndelse af psykoser i signifikant flere tilfælde end sædvanlig behandling (Nordentoft m.fl., 2006). I forsøget, der ligger bag de to nævnte studier, blev social færdighedstræning og psykoedukation for familien taget med i OPUS, mens integrationen ikke omfattede andre former for sociale indsatser.

I et case-kontrolstudie har Aagaard og Müller-Nielsen (2011) undersøgt effekten af ACT i Tønder, som var det første sted i Danmark, hvor der blev stiftet et ACT-team til at behandle mennesker med vedvarende psykiske lidelser. Mere specifikt sammenligner undersøgelsen, over en toårig periode, det kliniske udfald for mennesker med sindslidelser, der modtager ACT-ydelser, i forhold til udfaldet for dem, der modtager sædvanlig behandling. Undersøgelsen inkluderede 86 ACT-cases og 88 cases med sædvanlig behandling (kontrolcases som modtog distriktspsykiatrisk behandling). Ved den toårige opfølgning viste ACT-casene signifikant reduktion af indlæggelsesdage og signifikant stigning i antal konsultationer sammenlignet med kontrolcasene, og yderligere var tilknytningen til ambulante ydelser højere for ACT-casene.

Der blev ikke fundet nogen signifikante psykopatologiske forbedringer efter de to år, men der blev fundet signifikant forbedring i forhold til at indfri ACT-brugernes behov, og der var dermed færre uindfriede behov hos ACT-brugerne. Der blev også fundet signifikant højere brugertilfredshed med behandlingen hos ACT-brugerne end hos kontrolcasene. Aagaard og Müller-Nielsen konkluderer, at behandlingen gennem ACT har vist lovende resultater for de medvirkende i undersøgelsen, hvilket viser, at ACT-behandling kan være en brugbar intervention for mennesker med vedvarende og flere sindslidelser. Dog mener de, at der i Europa er et stort behov for store evidensbaserede studier, da den eksisterende evidens for effekten af ACT hovedsageligt dokumenteres i amerikanske studier (Aagaard & Müller-Nielsen, 2011).

AO/ACT er som nævnt udviklet til mennesker med psykose. Forsøg, bl.a. i Odense, har imidlertid vist, at metoden også kan benyttes i forhold til andre sindslidelser (Rasmussen & Rosenly, 2004). Holland har

indført ACT som metode for et bredt spektrum af sindslidelser. Det sker i form af en slags ”pakke”, hvor alle ACT-delene indgår, men hvor de i det enkelte tilfælde kan benytte det, der er nødvendigt. Det kalder de Flexible ACT, FACT (van Veldhuizen, 2007). I realiteten arbejder de fleste opsøgende team i øvrigt på en fleksibel måde. Mange kontakter finder sted på behandlerens kontor, og behandlingen kan i perioder varetages af et enkelt teammedlem.

## SHARED CARE (COLLABORATIVE CARE)

Collaborative Care (CC) stammer fra Storbritannien og er en variant af modellen ”Shared Care” (SC) (Lundsteen & Epløv, 2011). I Danmark er der indført SC inden for flere fagområder ud over området for mennesker med sindslidelser, som eksempelvis astma-, diabetes- og demensområdet (Rubak m.fl., 2002). Inden for sindslidelsesområdet kan SC beskrives som et samarbejde mellem almen praksis og psykiatrien. I Region Midtjylland og Region Syddanmark foregår SC mellem almen praksis og psykiatrien gennem etablerede mobilteam. Yderligere har Region Sjælland gjort sig erfaringer med en SC-model, hvor personalet har været ansat i distriktspsykiatrien og ikke i almen praksis (Epløv, Lundsteen & Birket-Smith, 2009). Ligesom SC kan CC ikke karakteriseres som en model med høj grad af integration. Fokus er mere på tværfagligt samarbejde og samarbejde med borgeren end på integration af forskellige sektorer. Vi har således ikke fundet undersøgelser, der integrerer sociale indsatser, selv om dette klart ville være muligt.

CC har fokus på præcis diagnosticering, overvågning af fremskridt, brug af tværfaglige behandlingsmetoder og samarbejde med borgeren, dennes familie og andre fagfolk i patientplejen. Ofte varetager en psykiater medicineringen, mens psykoterapi ydes af anden professionel, deraf betegnelsen *collaborative* (samarbejdende) (Frankel, 2011; Hoffmann m.fl., 2004). Det er oftest den praktiserende læge (eller en psykiater), der har ansvaret for CC og dermed også for koordineringen af indsatsen. Den praktiserende læge kan derfor, såfremt det vurderes, at andres ekspertise er nødvendig for borgeren, overdrage ansvaret til andre behandlere og klinikere. Valget bliver dog aldrig udelukkende taget på baggrund af den praktiserende læges beslutning, men altid i fællesskab med borgeren. Det, at den praktiserende læge arbejder sammen med borgeren, be-

tragtes som terapeutisk i sig selv – da dette samarbejde indeholder organisering, afklaring og instruktionsaspekter (Frankel, 2011).

CC er især målrettet depressioner. Indsatsen indeholder en række interventioner, herunder retningslinjer, behandlingsalgoritmer, uddannelse af personale, Care Management (kan eksempelvis være sygeplejersker med efteruddannelse i psykiatri og supervision ved en speciallæge i psykiatri), psykoedukation (borgere og pårørende undervises i sindslidelser), korttidsterapi samt mulighed for fælleskonsultation med specialist mv. Yderligere kan interprofessionel uddannelse nævnes som en måde at styrke integrerede fremgangsmåder og *collaborative care* på (Rolls & Coupland, 2002; Asen & Bevington, 2007; Lundsteen & Eplov, 2011).

#### EVIDENS FOR EFFEKTEN AF COLLABORATIVE CARE

Ifølge Eplov (2011) er depressioner sværere at behandle, jo længere tid de er ubehandlet. Derfor forligger de bedste resultater med CC også, når der behandles inden for seks måneder. CC er den Shared Care-variant, der har vist de bedste resultater i udlandet. En af de afgørende faktorer er, om der i CC er tilknyttet en *Care Manager*, som fungerer som omsorgsperson i behandlingen. Denne care manager skal hjælpe den praktiserende læge i behandlingen af den psykisk syge patient. Den praktiserende læge har det overordnede ansvar for behandlingen og care manageren står for kontakten med patienten og for opfølgningssamtalerne. Dermed er care manageren med til at sikre sammenhæng i behandlingen (Eplov, 2011; Eplov, Lundsteen & Birket-Smith, 2011).

Et review fra 2009 viser, at CC er mere effektiv i behandling af mennesker med sindslidelse end liaison-consulting<sup>8</sup>. Yderligere viser reviewet, at CC er en effektiv behandlingsform med evidens for positiv langtidseffekt op til fem år. Der foreligger flere undersøgelser af høj kvalitet, og samlet er der evidens for bedre behandlingsdeltagelse og -effekt ved undersøgelse 12 måneder efter. Samlet set viser undersøgelser fra reviewet, at CC årligt kan give 36 færre dage med depression, at der kan opnås lavere sygefravær, og at 10-20 pct. flere kommer i arbejde. Yderligere har CC vist sig effektiv i behandlingen af angst og somatoforme tilstande (Eplov, Lundsteen & Birket-Smith, 2009).

Et randomiseret studie fra Holland (2006) har undersøgt effekten af CC sammenlignet med sædvanlig behandling af mennesker med

---

8. Se forklaring i afsnittet Forkortelser og begreber.

vedvarende medicinsk uforklarlige symptomer i almen praksis. Resultater fra studiet viser, at alle patienter led af somatiske lidelser, og at 86 pct. af patienterne led af samtidige psykiske lidelser. Intensiteten af de største medicinsk uforklarlige symptomer faldt med 58 pct. for patienter tilknyttet CC. Samtidigt blev deres sociale funktion forbedret. Derfor konkluderer studiet, at CC er mere effektiv i behandlingen af medicinsk uforklarlige symptomer end sædvanlig behandling (van der Feltz-Cornelis m.fl., 2006).

## CASE MANAGEMENT/CARE MANAGEMENT

Begrebet ”case manager” har siden 1970’erne været et centralt begreb i distriktspsykiatrien i USA. Begrebet udspringer ligesom ACT af Madison-modellen, og en case manager skal forstås som værende den primære kontaktperson med ansvar for koordineringen af alle tiltag omkring borgeren (Epløv, 2011). I USA anvendes betegnelsen case manager, og i Storbritannien anvendes betegnelsen care manager, men betegnelserne dækker over de samme funktioner (Storfjell m.fl., 2008). Med betegnelsen ”care” understreges ansvaret for specifikt at yde konkret støtte og omsorg som supplement til de koordinerede opgaver. Betegnelsen har endvidere den fordel, at den undgår at gøre borgeren til en ”sag” (case). I dansk sammenhæng benyttes både betegnelsen ”case manager” og betegnelsen ”care manager”, men ifølge Sundhedsstyrelsen er betegnelsen ”care manager” at foretrække i dansk sammenhæng. Derfor anvendes ”care manager” også en del i denne oversigt.<sup>9</sup>

Care Management (CM) er overordnet en metode til at forbedre kvaliteten og koordineringen af de tilbud, der gives til mennesker med sindslidelse. Det fungerer således, at den enkelte borger tilknyttes en kontaktperson (en care manager), hvis hovedopgave herefter er at skabe overblik og sammenhæng i den samlede støtte- og behandlingsmæssige indsats, som borgeren modtager. Care manageren har en tovholderfunktion og skal løbende holde kontakt med borgeren og støtte denne i kontakten til øvrige støtte- og behandlingstilbud. Der er tale om en individu-

---

9. Sundhedsstyrelsen er dog lidt dobbeltmoralisk på dette punkt, for i den tekst på hjemmesiden, hvor man finder nævnte anbefaling, bruger styrelsen selv overvejende udtrykket ”case management”.



elt tilpasset indsats for mennesker med sindslidelse, som har svært ved at navigere i det komplekse system, som den offentlige forvaltning kan være (Hjemløsestrategien, 2011c; Kiser & Kennedy, 2001).

Målgruppen for CM er personer med komplekse problemer og langvarigt behov for mangeartede indsatser. Det vil sige, at care manager-funktionen ikke kun anvendes i forhold til mennesker med sindslidelse, men eksempelvis også til stofmisbrugere og hjemløse. Målgruppen er således borgere, som har behov for hjælp til at skabe overblik og sammenhæng i forhold til deres samlede støtte- og behandlingsmæssige indsats. Det er forventningen, at borgerne med denne støtte og koordinering vil være i stand til at profitere af de almindelige tilbud, den almindelige støtte og den almindelige behandling fra det etablerede system (Hjemløsestrategien, 2011c).

De funktioner, der traditionelt ligger i care manager-rolle, er, at være ansvarlig for opbygning og vedligeholdelse af samarbejdet med det offentlige system, at optræde som en stabil identifikationsfigur og rollemodel for borgeren og at sikre, at en række opgaver varetages bedst muligt. Det drejer sig om at medvirke til at strukturere borgerens dagligdag, sikre fastholdelse af kontakten, afklare behovet for støttende terapiformer til borgeren, afklare behovet for psykoedukation og anden indsats overfor pårørende, sikre opmærksomheden på den medicinske behandling samt løbende at stå for vurdering og kortlægning af borgerens problemer og behov. Dette gøres gennem udfærdigelse og regelmæssig vurdering af en psykiatrisk behandlingsplan og en handleplan. Endelig er det care managerens ansvar at sikre samarbejdet med eksterne hjælpeforanstaltninger, offentlige myndigheder og borgerens øvrige personlige netværk med henblik på imødekommelse af de kortlagte behov. Care manageren er også forpligtet til at opsøge borgeren og genoprette kontakten med denne, hvis denne af en eller anden grund, eventuelt på grund af forværring af sin psykiske tilstand, bryder behandlingskontakten (Kiser & Kennedy, 2001).

Empowerment er også et vigtigt element i CM-metoden. Det er care managerens opgave gennem samarbejdet med og støtten til borgeren at sætte denne i stand til selv at handle og opnå kontrol over eget liv. I indsatsen vil der være fokus på at udvikle og styrke specifikke kompetencer hos borgeren, så denne på sigt bliver i stand til klare sig selv i egen bolig, eventuelt med støtte fra allerede etablerede støttetilbud eller fra almindelige tilbud i lokalsamfundet. Formålet med indsatsen er at inte-

grere borgeren i lokalsamfundet og introducere til de allerede eksisterende tilbud. Dermed ligger der ud over koordineringsopgaven også en vis grad af social træning i forhold til borgeren i indsatsen (Hjemløsestrategien, 2011c; Kallert & Leisse, 2001; Stromwall & Hurdle, 2003). Ifølge Sundhedsstyrelsen er danske erfaringer med Care Management spredte. Ikke alle steder arbejder man efter care manager-modellen, som den er beskrevet i litteraturen. Care manageren indgår oftest som en del af behandlingsteamet, og antallet af patienter, som care manageren har ansvaret for, afhænger af patientsammensætningen, care managerens øvrige opgaver og andre støttemuligheder.

Ud over standard-CM, som er beskrevet ovenfor, findes der også andre varianter af modellen. Disse varianter kendes som Care Management Teams, Broker-modellen, The Rehabilitation Model, The Strength Model og Intensive Care Management (Boydell, 1997).

Standard Care Management kan være organiseret i team, også kaldet Care Management Team (CMT). Egentlig er CMT det samme som nogle former for ACT, da disse team er tværfaglige og oftest består af en leder, en psykiater, en økonomiansvarlig, en beskæftigelsesvejleder og en gruppe af personlige ydelseskoordinatorer, som hver især er ansvarlige for 15-20 mennesker med sindslidelser (Miller m.fl., 2009). Således skal CMT altså forstås som en række care managere, der er organiseret i en samlet enhed eller institution, hvis formål udelukkende er at yde CM. I de fleste systemer er care managere ansvarlige for både kliniske ydelser og koordinering af ressourcer (Eack m.fl., 2009).

En anden variant er ”Broker-modellen”, som også er blevet kaldt ”generalistmodellen”. Denne variant indebærer vurdering, planlægning og sammenkædning af indsatsen til mennesker med sindslidelser. Care manageren vurderer behovet hos personen med sindslidelse og visiterer vedkommende til et passende tilbud. Broker-modellen var den CM-variant, der udvikledes først, og der er ikke forsket meget i modellen. Et canadisk review (Boydell, 1997) beskriver, hvordan de få studier, der har undersøgt Broker-modellen, har vist et negativt udfald, hvorfor modellen ikke kan anbefales som ”best practice”.

Den tredje variant har betegnelsen The Rehabilitation Model, og som navnet antyder, har denne variant primært til formål at forbedre evner til at leve på egen hånd hos mennesker med sindslidelser. Varianten indledes med en kompetenceafklarende bedømmelse, så der derefter kan udarbejdes en fyldestgørende rehabiliteringsplan. Behov og målsætninger

hos personen med sindslidelse er afgørende faktorer for, hvilke ydelser der leveres (Boydell, 1997).

Den fjerde variant kaldes The Strength Model (SCM) og fokuserer på borgerens styrker frem for på sygdommen eller lidelsen. SCM identificerer eller udvikler samfundsressourcer og miljømæssige situationer, hvor mennesker med sindslidelser kan opnå succes (ibid.). SCM kombinerer fokus på styrker og selvstyring med tre principper: 1) den søger at fremme brugen af uformelle netværk, 2) den tilbyder samfundsinvolvering af care manageren, hvilket vil sige, at care manageren arbejder i borgerens nærmiljø, 3) den lægger særlig vægt på et stærkt interpersonelt forhold mellem care manageren og personen med sindslidelse (Brun & Rapp, 2001). I 1998 udgav Charles A. Rapp bogen *The Strength Model*, som præsenterer modellens teori, principper og værdier og beskriver, hvordan modellen metodisk anvendes i praksis, og hvordan den har udviklet sig over en 15-årig periode (Rapp, 1998).

Den femte og sidste variant af Care Management kaldes Intensiv Care Management (ICM), og her er hver person med sindslidelser, som er i højrisiko for genindlæggelse, allokeret en sygeplejerske, en socialarbejder eller en anden kliniker som care manager. Denne care manager varetager typisk ansvaret for mellem 10 og 20 patienter. Care manageren har ansvar for at holde kontakt med patienten, vurdere dennes behov og sikre, at disse behov imødekommes (Burns m.fl., 2007a). ICM minder som model meget om Assertive Community Treatment, ACT, og kan også leveres sammen med både Rehabilitation Model og The Strength Model. ICM er oftest nødvendig i forhold til de mennesker med sindslidelse, der er i størst risiko for genindlæggelse. Derfor er modellen kendetegnet ved hyppig kontakt med borgeren, præventivt opsøgende arbejde, få tilknyttede borgere og 24-timers-tilgængelighed, der gør, at care managerne er rustet til at tage sig af borgere med mange behov og kan prioritere særlige aktiviteter, der forebygger hospitalsindlæggelser.

Litteraturen omkring CM viser, at der er tale om flere ret forskellige modeller. Der er varierende grader af overlapning, når der skelnes mellem de forskellige varianter af CM. Nogle gange sættes der lighedstegn mellem ACT og CM, hvis CM er organiseret i team. Andre vil identificere dette som ICM, hvis disse team ikke er tværfaglige. Så selv om der på skrift kan skelnes mellem varianterne, så kan denne skelnen i praksis være meget uklar (Boydell, 1997).

## EVIDENS FOR EFFEKTEN AF CARE MANAGEMENT

I forhold til evidens for effekten af CM er resultaterne blandede. Et canadisk review fra 1997 viser, at CM ligesom ACT er en effektiv metode til at reducere antallet af indlæggelsesdage for mennesker med sindslidelser, mens et Cochrane-review fra 1998 viser, at CM ikke reducerer antallet af indlæggelsesdage i samme grad som ACT (Boydell, 1997; Marshall & Lockwood, 1998). Et tredje review fra USA viser, at både ACT og CM reducerer antallet af indlæggelsesdage og forbedrer boligstabiliteten for mennesker med sindslidelser, særligt for dem der er i høj grad bruger offentlig service. Undersøgelsen viser også, at både ACT og CM har lille eller ingen effekt på den sociale funktion hos mennesker med sindslidelser (Mueser m.fl., 1998).

Björkman, Hansson & Larsson (2002) har i et randomiseret kontrolleret forsøg (RCT) i Sverige sammenlignet The Strength Model (SCM) med svensk standardbehandling. Resultaterne viste en større reduktion i behovet for behandling og støtte for de mennesker med sindslidelse, der modtog SCM. Resultaterne viste ingen forskelle i kliniske og sociale udfald, men mennesker med sindslidelser, der modtog SCM, havde væsentligt færre indlæggelsesdage og var generelt mere tilfredse med de behandlingsydelser, de blev tilbudt.

Et opfølgingsstudie fra samme svenske forskergruppe (Björkman & Hansson, 2007), der evaluerer ti pilot Care Management-tjenester efter seks år, viser, at CM mindsker behovet for psykiatriske ydelser og fastholder forbedringer i den sociale adfærd hos mennesker med sindslidelser. Efter seks år blev der fundet signifikante forbedringer med hensyn til deltagernes sociale netværk og livskvalitet. Markant færre modtog bostøtte, flere var flyttet i egen bolig, og markant flere havde taget en universitetsuddannelse. Opfølgingsstudiet viser også, at resultaterne hos personer med sindslidelser ændrer sig over tid, og at der på kort sigt ikke kommer nogen særlige resultater.

Et Cochrane-review fra 1998 har undersøgt effekterne af CM sammenlignet med standardbehandling med hensyn til fastholdelse i behandling, hospitalsindlæggelser, kliniske og social udfald samt økonomiske omkostninger. Resultaterne viste, at CM er effektiv med hensyn til at fastholde mennesker med sindslidelser i behandling, men de viste også, at CM næsten fordoblede antallet af hospitalsindlæggelser. Sammenlignet med sædvanlig behandling viste CM sig heller ikke at være mere effektiv med hensyn til kliniske og sociale udfald eller økonomiske omkostninger

(Marshall m.fl., 1998). De økonomiske omkostninger er også undersøgt i et RCT studie, hvor de økonomiske omkostninger ved Intensiv Care Management (ICM) sammenlignes med standard-CM. Kendetegnende for ICM er, som tidligere nævnt, at denne variant kun har tilknyttet cirka halvt så mange borgere som standard-CM. Selvom ICM har færre borgere tilknyttet, blev der ikke fundet nogle signifikante forskelle for omkostninger pr. borger sammenlignet med standard-CM, og studiet viste heller ingen forskelle i de kliniske udfald. Derfor konkluderer studiet, at antallet af tilknyttede borgere ikke har nogen indvirkning på økonomiske omkostninger eller kliniske udfald (UK700 Group, 2000).

De forskellige undersøgelser, der er inddraget i denne oversigt, viser altså meget forskellige resultater, når det kommer til effekten af CM. Et systematisk review fra 2007 har undersøgt, *hvorfor* undersøgelser af ICM viser så svingende resultater, når det gælder reduktion af indlæggelsesdage for mennesker med sindslidelser. Reviewet konkluderer, at ICM virker bedst hos mennesker med sindslidelser, der tidligere har haft mange indlæggelsesdage. Når mennesker med sindslidelser har haft mange indlæggelsesdage, kan ICM reducere antallet af disse, men ICM har mindre effekt over for mennesker med sindslidelser, som ikke tidligere har haft mange indlæggelsesdage (Burns m.fl., 2007a).

## ANDRE EVIDENSBASEREDE METODER

Dette afsnit nævner kort en række metoder, der kan indeholde mere eller mindre integration med sociale indsatser, og som der er en vis evidens for effekten af. Der er tale om Supported Socialization (det har vi ikke set noget akronym for), gruppeterapi, Social Skills Training (SST), Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Cognitive Remediation (CR), psykoedukation og Illness Management and Recovery (IMR).

Det er vanskeligt at finde præcise beskrivelser af, hvad alle disse metoder går ud på, så de følgende rids bygger først og fremmest på den litteratur om evidens, der refereres i det følgende afsnit.

Supported Socialization arbejder med en kontaktperson. Et randomiseret studie har undersøgt metoden ”Supported Socialization” (social støtte). Undersøgelsen med betegnelsen ”The Partnership Project” involverede 260 isolerede mennesker med sindslidelser, der blev tildelt enten en frivillig kontaktperson eller en frivillig kontaktperson med en

personlig historie med sindslidelse, mens en kontrolgruppe ikke fik nogen kontaktperson. En lodtrækning afgjorde, hvilken af de tre grupper de involverede personer med sindslidelse blev tilknyttet.

De to forsøgsgrupper blev derefter sammenlignet med den gruppe, der ikke havde fået tildelt kontaktperson. Formålet var at undersøge, hvilken betydning social støtte har for det at komme sig over en psykisk lidelse og for at fremme deltagernes sociale aktiviteter og fritidsaktiviteter. Der blev fundet forbedringer for alle deltagere – også kontrolgruppen – med hensyn til reduktion i sygdomssymptomer, socialt virke og selvtillid. Forskelle mellem de tre grupper blev der kun fundet, når graden af kontakt med kontaktpersonen blev taget i betragtning.

De personer, der var tildelt en frivillig kontakt person uden personlig historie med sindslidelser, forbedrede deres sociale virke og selvtillid, når de mødtes med kontaktpersonen. De personer, der var tildelt en frivillig kontaktperson med en personlig historie med sindslidelser, forbedrede kun deres sociale virke og selvtillid, når de ikke mødtes med kontaktpersonen (Davidson m.fl., 2004). Dette resultat er bemærkelsesværdigt, og undersøgelsen bør suppleres med undersøgelser andre steder, så man kan se, om resultatet kan genfindes.

Gruppeterapi kan være utroligt mange ting, så dette begreb kan ikke defineres nærmere. Et review fra Australien (McDermott, 2003) har undersøgt effekten af gruppearbejde som en del af indsatsen over for mennesker med sindslidelser. Undersøgelsen finder frem til, at forskningsgrundlaget er begrænset, da gruppearbejde udgør en betragtelig metodisk udfordring i arbejdet med mennesker med sindslidelser. Dog viser de få tilgængelige studier, at gruppearbejde generelt er lige så effektivt som det at arbejde med den individuelle person, hvis ikke mere effektivt. De inkluderede studier omhandler resultater fra arbejdet med strukturerede korttidsgrupper og mindre strukturerede langtidsgupper og kommer også ind på begrebet ”tidseffektivitet” i forbindelse med gruppeterapi.

McDermott kommer endvidere ind på selvhjælpsgrupper, der har arbejdet med affektive lidelser, skizofreni, spiseforstyrrelser og borderline-personlighedsforstyrrelser. De få kontrollerede studier peger i retning af en effekt. Undersøgelsen konkluderer, at gruppearbejde er en effektiv og mindre omkostningsfuld behandlingsløsning, men der er behov for yderligere forskning for at etablere en evidensbase omkring gruppearbejde i behandlingen af mennesker med sindslidelser.

Social Skills Training (SST) betegnes på dansk ”social færdighedstræning”. Også dette kan konkretiseres på mange forskellige måder, men træningen består i reglen i at øve sig på sociale situationer, enten indbyrdes mellem kursusdeltagerne eller mellem deltagere og personale. Det gøres ifølge Bellack (2004) på samme måde, som man lærer at køre bil: først øver man i praksis de enkelte dele af den komplekse adfærd, fx hvordan man stiller et spørgsmål, senere sætter man det sammen til mere omfattende rollelege. SST bygger på tanken om, at social kompetence er baseret på tre komponenter: 1) social opfattelsesevne eller modtageevne, 2) social erkendelse eller bearbejdningsevne, og 3) adfærdsrespons eller udtryksevne. Den sociale opfattelsesevne er evnen til præcist at læse eller afkode sociale input. Social erkendelse omfatter effektiv analyse af sociale stimuli, integration af aktuel information med historisk information og planlægning af en virksom respons. Ved adfærdsrespons forstår man evnen til at generere verbalt indhold, at tale med passende paralingvistisk præg (fx undgå for megen tøven, stammen, nervøs frisen o.l.) og evnen til at anvende passende nonverbal adfærd, såsom ansigtsudtryk og kropsholdning.

Forudsætningen for kognitiv adfærdsterapi (CBT) er, at en ændring af tankegangen fører til en ændring i personens måde at fungere på. CBT-teknikker kan derfor hjælpe mennesker med at udfordre deres faste mønstre og erstatte fx en forvrænget virkelighedsopfattelse, hvor det negative er forstørret og det positive formindsket, med en mere realistisk virkelighedsopfattelse. Det giver en bedre sindsstemning og mindre selvødelæggende adfærd samt en mere åben og opmærksom holdning til andre. CBT hjælper således med at ændre tænke måde, vaner og funktionsmåder. Nogle programmer er mere kognitivt orienterede, mens andre mere behavioristisk orienterede.

Kognitiv adfærdsterapi består af en række målorienterede, systematiske procedurer, som bearbejder ikke-funktionelle følelser og utilpasset opførsel samt de kognitive processer, der hænger sammen med disse. CBT bygger på behavioristiske og kognitive teorier, som er udviklet hver for sig og kombinerer principper fra de to teorier. CBT benyttes til behandling af affektive lidelser, angst, personlighedsforstyrrelser, misbrug og psykoser. Borgeren er meget inddraget i CBT, og behandleren skal være fleksibel og villig til at lytte til borgeren og ikke optræde som autoritet. CBT benyttes i en række kliniske programmer, men også i computer- eller internetbaserede programmer og i selvhjælpsprogrammer.

Cognitive Remediation dækker over forskellige kognitive rehabiliterings-terapier, som sigter til at styrke kognitive evner som opmærksomhed, arbejdshukommelse, kognitiv fleksibilitet og planlægning med det formål at opnå en øget social funktion. Bellack (2004) nævner forskellige modeller, som alle er stærkt strukturerede med opgaver, træning og test. Psykoedukation har allerede været en del brugt her i landet og handler om at lære mennesker med sindslidelse og deres pårørende noget om sygdommen og om, hvordan man bliver bedre til at tackle den. *Illness Management and Recovery* beskrives af Mueser m.fl. (2002) som bestående af *Illness Management*, dvs. at mennesker med sindslidelse lærer at samarbejde med behandlerne, mindske deres udsathed for sygdommen og tackle deres symptomer på en hensigtsmæssig måde, og *Recovery*, dvs. at mennesker med sindslidelser genopdager deres styrker og evner til at opnå de mål, som de har, og således vokse fra sygdommen.

Et andet review fra USA (Bellack, 2002) har undersøgt tre psykosociale rehabiliteringsstrategier: *Social Skills Training (SST)*, *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* og *Cognitive Remediation (CR)*. Af disse tre tilgange har SST den største empiriske støtte, og den kan betragtes som en evidensbaseret rehabiliteringsstrategi. Undersøgelsen viser, at SST er hensigtsmæssig som en målrettet behandling af sociale handicap og/eller som en omfattende behandling af skizofreni. Anvendes SST til behandling af skizofreni, skal den som metode altså suppleres af andre metoder eller behandlingsformer.

Omkring CBT skriver Bellack (2002), at der ikke er mange års erfaring med tilgangen, når den anvendes til patienter med psykotiske lidelser. Dog vurderes de foreløbige resultater med CBT som lovende i forhold til at reducere omfanget af psykotiske symptomer. Overordnet baseres CBT på en hypotese om, at psykologiske funktionsforstyrrelser (angst, depression mv.) er karakteriseret af ulogiske antagelser om selvet og omverden. Lidelsen opstår, når personens forventninger er uforenelige med disse antagelser. Der er udført forsøg med CBT inden for rammerne af det offentlige sundhedssystem i Storbritannien med særligt udvalgte patienter. Derfor er det ikke klart, om CBT vil være en effektiv rehabiliteringsstrategi i USA for stærkt svækkede patienter eller for patienter med et samtidigt stofmisbrug (dobbeltdiagnose).

I forhold til CR har Bellack fundet en omfattende litteratur, der dokumenterer, at en variation i træningsteknikker kan forbedre præstationen målt ved neuropsykologiske tests. Samtidig er der en stigende



mængde litteratur omkring mere klinisk relevante CR-forsøg, der har vist små til mellemstore effekter. Da Bellacks review blev udgivet, havde ingen studier endnu vist signifikante kliniske effekter, hvor CR kunne forbedre den sociale funktion (community functioning) for mennesker med alvorlige sindslidelser. Reviewet konkluderer, at det kun er SST, der hviler på en tilstrækkelig grad af evidens. CR og CBT har ikke en evidensbase, som er tilstrækkelig til, at metoderne vinder udbredelse i behandlingen af sindslidelse i Storbritannien.

Et svensk review over reviews (Gustafsson m.fl., 2009), der omhandler litteratur om psykosociale interventioner for mennesker med udviklingshæmning og/eller autistisk syndrom finder, at 3 ud af 126 publicerede review dækker dette specielle område. Resultaterne herfra peger på svag evidens for effekten af adfærdsterapi, kognitiv adfærdsterapi og nogle former for Integrated Care and Support.

## ÅBEN DIALOG-MODELLEN OG EVIDENS FOR EFFEKTEN AF DEN

Modellen Åben dialog (OD) er udviklet i Finland i årene omkring 1990, og gruppen, der har udviklet den, har publiceret om den fra 2001 og frem (Seikkula, alle henvisninger). Modellen har været inspirationskilde andre steder i Skandinavien, men vi har ikke fundet nogen litteratur uden for Finland, der har publiceret evidens for effekten af metoden. Seikkula beskriver teorien bag den i sin bog *Åben dialog og netværksarbejde* (Seikkula, 2008), og der er en uddannelse i Aarhus, hvor man er begyndt at undervise tredje hold i metoden (Søndergaard, 2012).

OD-modellen beskrives af Seikkula m.fl. (2006)<sup>10</sup> som bestående af syv punkter:

1. Umiddelbar hjælp: Der er en 24-timers-kriseservice (dvs. skadestue), og det første regulære møde i en behandling finder sted højst 24 timer efter henvendelse.
2. Et socialt netværksperspektiv: Borgeren, familien og det nære sociale netværk bliver inviteret til de første møder. Endvidere inddrages arbejdsgiver, evt. jobcenter og de sociale myndigheder.
3. Flexibilitet i behandlingsmetoder og i, hvor behandlingen foregår.
4. Hele holdet er ansvarlig for behandling.

---

10. De syv punkter beskrives ligeledes i Seikkula m.fl. (2003) og Seikkula m.fl. (2001a).

5. Psykologisk kontinuitet: Holdet er ansvarligt for behandling på sygehus såvel som udenfor og engagerer sig også i at skabe mening for borger og pårørende, i stedet for blot at fokusere på at reducere symptomer.
6. Tolerance over for usikkerhed: Dialogen giver og opbygger en tillid, man slutter ikke nogen terapeutisk kontrakt i krisefasen og tager fx ikke stilling til, om der skal bruges antipsykotisk<sup>11</sup> medicin ved første møde. Det spørgsmål bruger man mindst tre møder til at afgøre.
7. Dialog: Der er ikke noget fast skema, men man bruger familiens måde at tale på og opbygger sammen en ny social realitet, som giver borgeren et alternativ til psykosen.

OD-modellen er udviklet på baggrund af psykodynamisk metode, som længe har været anvendt i psykiatrien. OD er desuden stærkt præget af systemisk familierapi, hvorfra den har lært at anskue dialogen ud fra et socialkonstruktivistisk udgangspunkt: Den sociale virkelighed er noget, mennesker skaber sammen gennem deres interaktion. OD ser den psykotiske adfærd som ét muligt svar i den aktuelle dialog og lægger i sin praksis vægt på, at dialogen med borgeren opretholdes også i den kritiske fase af psykosen. OD er således præget af et helt andet menneskesyn, end den medikamentelt orienterede psykiatri ofte er, idet metoden lægger vægt på at opretholde kontakten med borgeren og skabe mening i stedet for at fokusere på symptomer. De første mere konkrete af de syv principper blev formuleret sidst i 1980'erne, de sidste kom til i anden del af 1990'erne.

Åben Dialog indeholder en særlig samtaleteknik, den reflekterende samtale. Den kan fx udformes sådan, at en gruppe terapeuter taler med borger og pårørende og efter at have gjort det et stykke tid, vender de sig mod hinanden og reflekterer over den samtale, de lige har haft. På den måde giver terapeuterne over for borger og pårørende til kende, hvad de har fået ud af samtalen, og hvordan de har fortolket det, de har hørt borger og pårørende sige. Borger og pårørende bliver på den måde en del af den sociale virkelighed, som terapeuterne har sammen, i stedet for at være udelukket fra denne og være henvist til at gøre sig tanker om, hvad behandlerne har oplevet.

---

11. Antipsykotisk virkende præparater, antipsykotika, tidligere kaldet "neuroleptika". De virker mod psykose og bruges til behandling af bl.a. skizofreni, bipolar affektiv lidelse og mani.

Åben Dialog kan ikke i sig selv betegnes som en integreret metode, idet inddragelse af familie og netværk er så klassisk i psykiatrien, at man ikke kan sige, der er noget nyt i det. Inddragelsen af jobcenter og sociale myndigheder må betegnes som ”samarbejde”, for medarbejderne fra disse områder bliver blot kontaktet og inddraget, men er ikke selv deltagere i behandlingsprocessen. Men OD lægger vægt på sammenhæng i behandlingen – mellem døgnbehandling og behandling ude i samfundet, mellem psykiatrisk behandling og social indsats, mellem behandlingsaktiviteten og borgerens sociale omgivelser, i den meningsfuldhed, som borgeren konstruerer i sin tilværelse – og den egner sig derfor godt til at indgå i en integration af behandling af sindslidelse og social indsats over for samme.

De to seneste af Seikkulas publikationer bringer resultaterne af et studie, hvor resultaterne fra første og anden fase af OD-praksis i Vestlapland sammenlignes med en kontrolgruppe fra byen Jyväskylä, hvor befolkningen etnisk set er som i Vestlapland, og man har anvendt sædvanlig finsk behandlingspraksis. Der viste sig at blive færre sengedage for OD første fase og endnu færre for OD anden fase, sammenlignet med referencegruppen, og mindre brug af antipsykotisk medicin. Blandt de borgere, der var behandlet med OD i anden fase, var der også færre psykotiske symptomer og flere i arbejde sammenlignet med de øvrige grupper. Evidensen for effekten af OD er alt andet end stærk, men den er medtaget, fordi OD-metoden påkalder sig stor interesse i Danmark. Hvis man vil gennemføre eksperimenter med nye former for behandling, der integrerer behandling for sindslidelse med social indsats her i landet, kunne man godt forestille sig, at OD skulle indgå.

Åben Dialog metoden lægger vægt på samtaler. Den affejer ikke patientens oplevelser som vrangforestillinger, men prøver at etablere en kommunikation og derigennem opbygge en social virkelighed, som kan erstatte den psykotiske virkelighed for patienten. Kommunikation med patienten er imidlertid også en del af megen anden terapi. Den terapeutiske relation som element i terapi har McCabe og Priebe (2004) gjort til genstand for et review. De sammenfatter resultaterne fra 22 studier, som måler den terapeutiske relation på 15 forskellige måder. Deres resultat er, at den på tværs af forskelle har en selvstændig betydning til at forklare resultater af mainstream psykiatrisk behandling.

Det er vanskeligt at foretage forsøg, der belyser betydningen af menneskelige relationer for at mennesker med sindslidelse kommer sig,

men dette forhold forhindrer ikke i sig selv, at menneskelige relationer kan have en betydning. Det tyder en lang række kvalitative undersøgelser på, at de har, hvoraf vi kun skal nævne nogle få. Det gælder både relationer til professionelle (Borg & Kristiansen, 2004) og mere bredt i forhold til familie og venner (Topor m.fl., 2006; Schön m.fl., 2009).

Det har været diskuteret meget, om det er muligt at foretage randomiserede kontrollerede forsøg, som belyser effekten af en metode som Åben Dialog. RCT er en stærk metode, og med fantasi kan den sikkert bidrage til belysningen. Men den må ikke gøres til religion – det er den heller ikke i naturvidenskaben.

## METODER MED HOVEDVÆGT PÅ SOCIAL INDSATS

Vi nævner i dette afsnit metoder til social indsats i forhold til mennesker med sindslidelse, herunder specielt metoder, der integrerer behandlingsindsats, eller som vi har vurderet, vil kunne integrere behandling ved at tilføje denne. Vi har valgt bredere inklusionskriterier, end vi benyttede til behandlingsindsats i kapitel 2, fordi det er uklart, hvornår en social indsats i virkeligheden også har en behandlingsmæssig effekt. En anden baggrund for de bredere inklusionskriterier her er et ønske om at beskrive metoder, som let kan integreres med behandlingsmetoder.

Afsnittet indeholder litteratur om sociale indsatser i forhold til beskæftigelse, bolig og misbrug. Det er ikke helt i integrationstankens ånd at dele forskningen op på denne måde, men manglen på integration gør, at verden ser sådan ud. Misbrug er kun taget med i dette afsnit, fordi området her i landet er en del af den kommunale indsats. Det må ikke læses som en stillingtagen til, om misbrugsbehandling bør betragtes som behandling eller social indsats – et spørgsmål, der i øvrigt opstår ved mange former for social indsats.

De nævnte sociale indsatser har form af servicier. Betydningen af økonomi og forsørgelse er ganske sporadisk belyst. Vi har dog fundet en enkelt svensk artikel, som ikke overraskende finder, at økonomi ved siden af netværk spiller en rolle for recovery efter første gangs psykose (Mattson m.fl., 2008).

Metoderne i dette afsnit er præget af følgende principper:

- Choose-Get-Keep: i gang i stedet for at træne først
- Borgerønsker er den vigtigste motivationsfaktor
- Empowerment: borger har magt over situationen
- Indsats for at skabe motivation og selvtillid
- Tværfaglig indsats

Vi omtaler bl.a. følgende metoder:

- Supported Employment
- Individual Placement and Support
- Customized Employment Support
- Supported Education
- Psykoedukation
- Illness Management and Recovery
- Housing First
- Supportive Housing, botilbud
- Supported Housing, bostøtte
- Motivationelle Interview

## SUPPORTED EMPLOYMENT

Supported Employment er en metode, som de senere år har tiltrukket mere og mere opmærksomhed. Metoden erstatter det tidligere princip ”first train – then place” med det omvendte, ”first place – then train” ud fra den tankegang, at man først kan lære noget relevant, når man er i de omgivelser, hvor man skal anvende det. Supported Employment er en generel metode. I virkeligheden anvendes den imidlertid tit i forhold til mennesker med sindslidelse. Det er fx en dårlig idé at sende en blind ud på en arbejdsplads, før vedkommende har lært at finde vej og benytte den særlige it-teknologi, der kræves en vis træning i først. Når det handler om sindslidelse, ligger funktionsnedsættelsen derimod på det sociale felt, og den arbejder man bedst med derude, hvor de sociale færdigheder skal bruges.

Bond (2004) skriver, at syv principper karakteriserer Supported Employment:

1. Drejer sig om at få borgerne i beskæftigelse på ordinære vilkår og ikke i form af dagtilbud eller beskyttet beskæftigelse.
2. Skal hjælpe alle, der ønsker det, i job, og ikke kræve, at borgerne først kvalificerer sig på en eller anden måde.
3. Jobbet skal komme hurtigt, uden at der bruges for meget tid på træning, vurdering og rådgivning.
4. Beskæftigelsesindsatsen er nært integreret med behandlings- og støtteindsatsen.
5. Formidlingen af job bygger på borgerens ønsker, styrker, kunnen og erfaring.
6. Støtten til borger og arbejdsplads er individuel og uden tidsbegrænsning.
7. Støtten omfatter også rådgivning af borgeren med hensyn til ydelser, således at frygten for at miste ydelser ikke stiller sig i vejen for opnåelse og fastholdelse af job.

Den type Supported Employment, som er mest interessant i forhold til denne oversigt, er den, der kaldes Individual Placement and Support (IPS). IPS udmærker sig ved at integrere beskæftigelsesindsatsen med behandlingsindsatsen over for mennesker med sindslidelser. Det sker ved, at jobformidleren arbejder som integreret medlem af det team, som står for behandlingen af borgeren. IPS hænger derfor naturligt sammen med AO/ACT, hvilket dog ikke udelukker, at IPS eller andre former for Supported Employment også muligvis kan integreres med andre behandlingsformer.

Supported Employment er først udviklet i USA og har siden bredt sig til andre områder, derunder Europa. De europæiske lande adskiller sig fra USA ved at have flere støtteordninger og lidt mindre tro på det frie marked, og det gør, at europæerne bløder lidt op på det første af de nævnte principper. Europa-Kommissionen (2012) karakteriserer Supported Employment i Europa som en ordning, der støtter mennesker med handicap eller andre grupper med at få arbejde på det åbne marked. Supported Employment udøves af en jobcoach eller beskæftigelsespecialist. Det er vigtigt, at borgeren bliver bevidst om sine færdigheder og jobønsker og aktivt søger job af den ønskede type.

Supported Employment er dermed ikke frivilligt arbejde, praktik, jobtræning, beskyttet arbejde eller arbejde på en speciel arbejdsplads for handicappede, og det er heller ikke et rent løntilskud uden tilknytning af individuel opfølgning og støtte til borger og arbejdsplads.

Europa-Kommissionen (2012) opsummerer, at Supported Employment antager mange forskellige former i Europa, og at mange af disse kun lever op til en del af principperne i det oprindelige Supported Employment. Specielt benyttes der ofte løntilskud, eller der er tale om reduceret løn eller ulønnet praktik. De betydeligt højere handicaprelaterede ydelser i Europa og traditionen for særlige job og særlige virksomheder (fleksjob, skånejob, løntilskudsjob, socialøkonomiske virksomheder og beskyttet beskæftigelse) gør tænkningen om Supported Employment anderledes her.

Der er næppe hindringer for, at Supported Employment kan indgå i behandlingen af sindslidelse i Europa. Vi har ikke fundet sådanne forsøg, men grunden til det er formentlig, at integration af social indsats og behandlingsindsats over for mennesker med sindslidelse i det hele taget ikke er nået så langt endnu i denne del af verden.

Et specialnummer af *Journal of Vocational Rehabilitation* handler om Supported Employment i Europa i dag. Spjelkavik (2012) fortæller her, at Sverige og Norge tog Supported Employment op i 1990'erne, fulgt af Finland og Island, mens metoden kun findes sporadisk i Danmark. I alle de skandinaviske lande dominerer ”train and place” imidlertid stadig.

#### EVIDENS FOR EFFEKTEN AF SUPPORTED EMPLOYMENT

Effekter af beskæftigelsesindsatser til personer med svær psykisk sygdom er belyst i et ret nyt review på dansk af Christensen og Nordentoft (2011). De finder stærk evidens for, at SE og IPS er de mest effektive metoder til at skabe ansættelse på det ordinære arbejdsmarked for nævnte gruppe, samt at deltagelse i IPS ikke leder til øget stress, symptomer eller andre negative følger. Træning giver derimod ikke større tilknytning til det ordinære arbejdsmarked end standardbehandling. Det gælder uanset områdets ledighed og personens øvrige egenskaber. Der er endvidere evidens for, at psykiatrisk eller psykologisk behandling uden arbejdsmarkedsindsats ikke fører til ansættelse, samt at SE og IPS bør være en integreret del af en behandling.



Et Cochrane-review om erhvervsmæssig rehabilitering af mennesker med alvorlig psykisk sygdom finder som sit hovedresultat, at Supported Employment er bedre end træning før jobbet til at bringe gruppen i beskæftigelse på almindelige vilkår (Crowther m.fl., 2001a; 2001b). Supported Employment har en effekt, mens træning før jobbet ikke har nogen. Derimod har hverken Supported Employment eller træning før jobbet nogen betydning for reduktion af symptomer.

Bond (2004) konkluderer på baggrund af ni randomiserede kontrollerede forsøg (RCT) og fire studier, hvor dagtilbud er erstattet af Supported Employment, at der er stærk evidens for effekten af hans principper 2 og 3 og ret stærk evidens for effekten af hans princip 4, som er nævnt ovenfor. Den borger, der er motiveret, og som hurtigt søger og får job, får altså større succes. Det har også betydning, at en borger søger job, som hun eller han gerne vil have. Endelig har det også betydning, hvis behandling og støtte er integreret i jobindsatsen,

Et stort randomiseret kontrolleret forsøg i syv amerikanske stater viser, at borgere, der modtog integreret psykiatrisk og beskæftigelsesmæssig indsats, kom i arbejde dobbelt så ofte som borgere, der modtog sædvanlig indsats efter kontrol for en række baggrundsfaktorer (Cook m.fl., 2005). Det viser desuden, at resultaterne er bedre for borgere under 30 år end for borgere over 30 år (Burke-Miller m.fl., 2012). Anvendelsen af best practice-modeller har en betydning, og den er markant højere i områder med høj beskæftigelsesgrad end i områder med ledighed (Cook m.fl., 2006). Endelig viser forsøget, at komorbiditet forringer resultatet, og at færre får job blandt mennesker med sindslidelse, der også har udviklingshæmning, er blinde eller aids-ramte (Cook m.fl., 2007).

Bond m.fl. (2008) har udarbejdet et review over elleve randomiserede kontrollerede forsøg med IPS, som er en opdatering af det tidligere Cochrane-review af mange af de samme forfattere, ligeledes med elleve forsøg, men ni af de elleve forsøg i det nye review er fra 2002 og frem, og de er alle med ren IPS. Forfatterne finder, at mens kun 23 pct. fra kontrolgruppen kommer i beskæftigelse på almindelige vilkår, gælder det tilsvarende for 61 pct. af IPS-gruppen. IPS-gruppen fik deres arbejde mere end to måneder tidligere end kontrolgruppen, to tredjedele af dem fik arbejde i mere end 20 timer om ugen, og de var i arbejde i gennemsnit næsten halvdelen af det første år derefter. Alle disse resultater er bedre for IPS-gruppen end for kontrolgruppen, ikke alene alt i alt, men også i hvert af de elleve forsøg.

Supported Employment i Europa er belyst af Burns m.fl. (2007b) gennem et randomiseret kontrolleret studie (RCT) i seks europæiske lande. De belyser programmet Individual Placement and Support (IPS) anvendt på 312 borgere, og en metaanalyse inddrager landenes lokale velfærdssystemer og arbejdsmarkeder. Burns m.fl. viser, at IPS er mere effektiv end de sædvanlige beskæftigelsesindsatser over for gruppen med sindslidelser. 55 pct. af IPS-gruppen kom i arbejde i mindst en dag sammenlignet med 28 pct. af kontrolgruppen. Desuden var der dre ”drop out” i IPS-gruppen. De lokale ledighedsprocenter betød imidlertid også meget for, hvor nemt det var for gruppen at komme i og at opretholde beskæftigelse. Burns & Catty (2008) og Burns m.fl. (2008) redegør for det samme studie og bringer stort set de samme resultater.

Rinaldi & Perkins (2007) sammenligner IPS med almindelig beskæftigelsesindsats i England med et før/efter-design og finder tilsvarende resultater. Rinaldi m.fl. (2010) diskuterer på grundlag af en lang række studier betingelserne for at implementere IPS i Storbritannien. De finder fire barrierer herfor: frygt hos professionelle, borgere og familier for at kaste sig ud i noget, som måske ikke holder; lave forventninger til de resultater, det er muligt at opnå; mangel på den form for støtte, som vi ved virker og den krisebevidsthed, som har bredt sig i Europa i de senere år.

Customized Employment Supports (CES) er en beskæftigelsesmodel, som er designet til stofmisbrugere, som får metadonbehandling. Metoden er en form for Supported Employment, som forudsætter borgerens aktive medvirken, mens en jobcoach arbejder intensivt med at styrke selvtilliden. Magura m.fl. (2007) har et RCT studie, hvor CES-gruppen signifikant oftere opnår betalt arbejde end kontrolgruppen, men ikke oftere får arbejde på sædvanlige vilkår og ikke opnår højere løn.

En forebyggende metode, der også har at gøre med job og mennesker med sindslidelse, præsenteres i RCT studiet Demonstration to Maintain Independence and Employment (DMIE) i Hawaii, Kansas, Minnesota, and Texas i 2006-2007, og Linkins m.fl. (2011) analyserer resultaterne fra Minnesota. Dette projekt går ud på at stille sundheds- og beskæftigelsesindsats til rådighed for borgere med sindslidelse, som er i arbejde. Analysen viser, at DMIE-gruppen havde bedre funktionsevne og færre ansøgere om støtte efter forsøgsperioden.

Chalamat m.fl. (2005) foretager en cost-benefit-beregning på et IPS-program for mennesker med skizofreni og lignende lidelser. Den viser, at udgifterne til IPS-programmet er dobbelt så store som de ind-

tægter, det offentlige får i form af reducerede kontantydelse til de pågældende, og skatter, som disse betaler af deres indtægter. Denne beregning er i overensstemmelse med tidligere analyser, fx Clark m.fl. (1998), men den tager ikke eventuelle mindre behandlingsudgifter i betragtning. Den tager heller ikke i betragtning, om det at have et job i sig selv er et gode for borgeren.

Borgerens syn på arbejdslivet er til gengæld emnet for O'Day m.fl. (2006). De peger på det vigtige punkt, at et job for borgeren ikke altid kun er et job – det kan i mange tilfælde, præcis som for de fleste mennesker, indgå i livsforløbet som et trin på vejen til et bedre job senere i livet. Også mennesker med handicap tænker i mange tilfælde i karriere. Dybdeinterview med psykiatriske patienter, som var beskæftigede i 18 timer om ugen eller mere, viste, at over halvdelen tænkte på deres job som et trin på stigen, som noget, der kunne bringe dem videre i en karriere, som de havde mål og strategi for. Lidt under halvdelen betragtede derimod deres job som simpelthen et arbejde, og de ønskede at fortsætte med dette eller med noget lignende.

Et review fra USA (Bond & Campbell, 2008) har undersøgt og sammenlignet flere evidensbaserede modeller inden for området med rehabilitering for mennesker med sindslidelser. De har fundet frem til seks evidensbaserede modeller: ACT, psykoedukation, Illness Management & Recovery, Integrated Dual Disorders Treatment, Medication Management og Supported Employment. Der er mest evidens for effekten af ACT, psykoedukation og Supported Employment. Ved at trække på andre review identificeres yderligere tre evidensbaserede modeller: Supported Housing, Social Skill Training (SST) og Cognitive Behavior Theory (CBT). Bond & Campbell (2008) identificerer flere kritiske resultatområder, hvor forskningslitteraturen byder på utilstrækkelig vejledning om modeller. De anfører, at der er et presserende behov for modeller, der hjælper mennesker med alvorlige sindslidelser inden for områderne parforhold, social funktion og undgåelse af fængsling.

## BETYDNING AF EN BOLIG

Flere undersøgelser i Nordamerika og Vesteuropa, bl.a. foretaget af National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) i USA, har godtgjort, at en af de bedste måder at integrere

mennesker med sindslidelser i samfundet på, er at stille ordentlige, billige og stabile boligmuligheder til rådighed. Derfor findes der også mange forskellige metoder, hvor behandling af mennesker med sindslidelser kombineres med det at have en bolig til rådighed. Boligerne tilkøbes den nødvendige støtte, der giver mennesker med sindslidelser muligheden for at bo selvstændigt og samtidig modtage støtte efter eget valg og behov (Wong, Filoromo & Tennille, 2006; Fakhoury m.fl., 2002). Forskning har vist, at mennesker med sindslidelser har højere livskvalitet, når de modtager lokal støtte, der har fokus på at øge medbestemmelsen og integrationen i lokalsamfundet. Undersøgelser viser også, at ambulante patienter har højere livskvalitet end indlagte patienter, og derfor kan boligen også siges at spille en betydelig rolle (Brunt & Hansson, 2004).

#### HOUSING FIRST

Housing First blev udviklet i starten af 1990'erne på det psykiatriske fakultet på New York University, School of Medicine i samarbejde med organisationen Pathways to Housing. Grundtanken bag Housing First er, at det at have et sted at bo er en menneskeret, som ingen mennesker bør nægtes adgang til – heller ikke, selv om de er misbrugere af alkohol eller stoffer. Derfor adskiller Housing First-modellen sig markant fra andre "housing"-modeller, der ofte kun tilbyder et sted at bo, hvis den hjemløse går i behandling for sit misbrug (Tsemberis, 2005). De skandinaviske velfærdsmodeller giver betydeligt større sikkerhed for bolig end den amerikanske, så her er Housing First-tankegangen knap så revolutionerende. Litteraturen om housing er præget af, at hjemløshed er en langt større risikofaktor for mennesker med sindslidelse uden for Europa, end den er herhjemme. Mange mennesker med sindslidelse, som her i landet kunne klare sig selv med kontanthjælp og eventuelt bostøtte, vil i USA blive hjemløse og benytte herberger.

Housing First tilbyder selvstændige boliger, som ikke er betinget af deltagelse i behandling eller afholdenhed. Housing First lægger stor vægt på, at borgerne har mulighed for at vælge støttetjenester sideløbende med at blive huset, fx behandling for misbrug og psykose, støtte til at komme i bedring og i arbejde samt integration i lokalsamfundet og i samfundet generelt. Men deltagelse i eksempelvis afvænningsbehandling er altså ikke et krav for at komme i bolig. Tankegangen bag Housing First bygger på nogle grundlæggende principper, der omfatter, at det er en basal ret for mennesket at have et sted at bo, at borgerne er i stand til at træffe kom-

petente valg, og at det er muligt at komme sig over en psykisk sygdom (Tsemberis, 2005; O'Campo m.fl., 2009). En bolig, hvor beboeren ikke er udsat for fysisk fare, eller hvor der ikke konstant er overhængende fare for at blive sat på gaden af myndighederne, og hvor det ikke kræves, at man er underlagt et herbergs regler, skal bidrage til at styrke den enkeltes uafhængighed, følelse af valgfrihed og selvstændighed. Målgruppen er den svageste gruppe af hjemløse, der har levet på gaden eller på institution i lang tid og har en psykisk lidelse med tilbagevendende misbrug samt andre helbredsproblemer (Tsemberis, 2005).

Housing First er en helhedsorienteret tilgang, der ved hjælp af ACT-teams forsøger at afhjælpe mange af borgernes problemer også ud over hjemløshed, psykisk helbred og afvænnig. Den forsøger også at støtte borgerne i deres rehabilitation, forvaltning af økonomiske sager, reintegrationen i samfundet og i retslige sager. Man forsøger at dække så mange af borgerens behov som muligt ud fra et helhedsorienteret perspektiv gennem de tilknyttede ACT-team (O'Campo m.fl., 2009; Tsemberis, 2005). Housing First lader borgerne vælge, i hvilken rækkefølge de vil modtage de respektive støttetjenester. Det kliniske personale arbejder ud fra en *recovery*-tankegang, hvilket betyder, at de tager fat i de svageste borgere og arbejder ud fra den tilgang, at nøglen til en succesfuld bedring for disse borgere er en styrkelse af deres tillid og personlige forhold. Tanken er, at borgerne opnår den bedst mulige kontrol med eget liv og bedringsproces, hvis man overlader beslutningsprocesserne til dem selv. Et ACT-team består hos Pathways to Housing af socialrådgivere, psykiatere, sygeplejersker, beskæftigelseskonsulenter og en administrativ assistent. Et team består af otte medarbejdere, der yder støtte til 70 klienter (Tsemberis, 2005).

Stort set alle borgere, der er tilknyttet Pathways to Housing, vælger at få en bolig, før de vælger at modtage andre ydelser. Der har været en større nedgang i misbrug hos borgere, der med det samme får stillet en bolig til rådighed end hos borgere, der har fået en mere ustabil bolig eller bor på et herberg eller en institution. Det har vist sig, at hvis en tilgang afhjælper mange af borgernes umiddelbare behov, så kan borgeren i højere grad fokusere på at bekæmpe sit misbrug og sin psykiske lidelse (O'Campo m.fl., 2009).

## SUPPORTIVE HOUSING OG SUPPORTED HOUSING

Supportive/Supported Housing (SH) er udviklet på baggrund af en erkendelse af de vanskeligheder, mennesker med sindslidelse ofte har ved at finde et sted at bo og fastholde et liv i egen bolig. Desuden har man set, at personer med psykiske lidelser har gavn af en lokal samfundsbase-ret intensiv behandling (Intensive Community Treatment) og rehabilite-ring, så de på et tidspunkt kan bo i almindelige omgivelser i lokalsam-fundet (Wong & Solomon, 2002). Tankegangen bag SH er, at mennesker med sindslidelse kan opnå en rolle og en livsstil som almindelig sam-fundsborger i et normalt boligkvarter, hvis man tilbyder dem fleksibel og individualiseret behandlingsmæssig støtte.

SH er således et personcentreret alternativ til den såkaldte *residen-tial continuum*-model, som er en model, der fokuserer meget på støtte, der er forankret i en boform eller boligområde, og som efter manges mening derfor ikke er fleksibel og individualiseret (Wong, Filoromo & Tennille, 2006). Tilgangen SH er udviklet på baggrund af et fokus på vigtigheden af valgmulighed for borgeren som fundament for den service, der ydes, samt at rehabilitation skal foregå i det miljø, hvor den rehabiliterede per-son skal være på længere sigt (Tsemberis m.fl., 2003). Det skal nævnes, at der er mange måder at implementere SH på, alt efter hvilke præmisser og praktikker man arbejder ud fra. Eksempelvis skelnes der nogle gange mellem Supportive Housing og Supported Housing, og andre gange skelnes der ikke. I det følgende forsøger vi at identificere de grundlæg-gende principper og metoder, der ligger til grund for tilgangene.

*Supported Housing* kan både være selvstændige boliger, hvor den enkelte modtager støtte i eget hjem, eller det kan være et samlet bolig-kompleks i lokalsamfundet, hvor borgeren bor sammen med andre men-nesker med sindslidelse, og hvor der i mange tilfælde er tilknyttet fast personale (Brunt & Hansson, 2004). Hensigten med Supported Housing er, at borgerne skal tilbydes almindelige boligløsninger, dvs. de samme boligmuligheder som den generelle befolkning bliver tilbudt. Servicetil-bud som afvænnning, psykoterapi mm. skal være uafhængigt af boligen, hvilket vil sige, at personen med sindslidelse kan beholde sin bolig, selv-om denne måtte få et tilbagefald eller ikke møde op til de støttetjenester, der tilbydes. Ideen er at skabe et så stabilt og normalt boligmiljø som muligt (Nelson m.fl., 2007). Et vigtigt princip er også, at brugerne af Supported Housing har valgmulighed og kontrol i forhold til, hvor de bor, hvordan de bor og den professionelle støtte, som de skal modtage.

Målet med Supported Housing er i forlængelse af det at hjælpe individerne med selv at vælge, modtage og beholde den type af bolig, som de har behov for og ønsker. Derudover er formålet med Supported Housing, at individet bliver *empowered* og derigennem får kontrol over eget liv og livsindhold (Nelson m.fl., 2007). I Sverige anvendes Supported Housing både i forbindelse med fælles og selvstændige boliger. I de fælles boliger er der typisk tre til syv beboere, og personalet varierer fra to til ni personer – det kan være deltids- eller døgnpersonale. I de selvstændige boliger, der består af lejeboliger, modtager personerne individuel bostøtte mindst fire timer om ugen ud over den støtte, de modtager i forhold til beskæftigelse og socialisering i fx dagcentre (Brunt & Hansson, 2004).

*Supportive Housing* beskrives som en model, hvor formålet er at yde professionel terapeutisk støtte i en bolig. Fokus er på rehabilitering og udvikling af borgerens evner til at bo for sig selv. Ideelt er det hensigten, at der skal være en variation af boligmuligheder, der hver har en forskellig grad af støtte. Således er det meningen, at beboerne, mens deres evner udvikles, kan rykke fra boligtype til boligtype og til sidst bo selvstændigt. I realiteten kan Supportive Housing nøjes med at bestå af et bofællesskab, dertil indrettede beskyttede lejligheder og private lejligheder, hvor støtte tilbydes en gang om ugen. Meningen er, at en person først skal flytte til et nyt miljø, når personen har tillært sig alle de nødvendige evner på det sted, hvor de bor (Dorvil m.fl., 2005). Der lægges stor vægt på samfundsintegration og foranstaltninger af boliger, der indeholder de støttetjenester, som kan hjælpe mennesker med sindslidelse til at blive integreret i samfundet. Derudover fokuseres der meget på hjælp til selvhjælp, borgerens ønsker og behov samt *empowerment* af borgeren (Wong & Solomon, 2002; O'Campo m.fl., 2009).

Umiddelbart er det svært at gennemskue, hvilken forskel der er på henholdsvis Supported Housing og Supportive Housing, og nogle steder virker det som om, at begreberne dækker over det samme. Hvis vi skulle identificere en forskel, så skulle det være, at *Supportive Housing*, der gradvist flytter beboerne fra boligtype til boligtype med målet om at ende med en selvstændig bolig, minder om trinmodellen, som vi kender den fra Danmark. En forskningsoversigt fra Canada (Nelson, 2010) skelner mellem Supportive Housing og Supported Housing. *Supportive Housing* beskrives som bestående af bofællesskaber med rehabiliteringspersonale. Beboerne har lille medbestemmelse i forhold til, hvem de ønsker at bo

med, og hvilke tilbud de modtager. Personalet arbejder i bofællesskabet, hvor rehabiliteringstilbuddene gives. *Supported Housing* er kendetegnet ved uafhængige lejligheder, hvor det tilknyttede personale kommer udefra og mere har en facilitatorrolle end en rehabiliteringsrolle. Borgerne har høj grad af medbestemmelse i forhold til egen bolig og i forhold til, hvilke tilbud de ønsker at modtage. Her minder Supported Housing om bostøtte, som den fungerer i Danmark.

Den canadiske forskningsoversigt skelner altså meget klart mellem de to begreber, men det er ikke vores opfattelse, at alle studier oplever begreberne på samme måde. Nelson skriver, at hvor Supportive Housing og Supported Housing tidligere stod i meget skarp kontrast til hinanden, så er forskellen over tid blevet mere udvisket. Eksempelvis beskriver nogle studier, at Supported Housing også godt kan bestå af bofællesskaber eller bosteder, hvor flere mennesker med sindslidelser bor under samme tag. Nedenfor beskrives den evidens, der eksisterer for effekten af Supported Housing og Supportive Housing. Da det er forskelligt, om undersøgelserne omtaler housing-indsatsen som *supported* eller *supportive*, har vi valgt at benytte det begreb, som den undersøgelse, vi henviser til, anvender.

#### EVIDENS FOR EFFEKTEN AF SH

SH har vist sig effektiv med hensyn til at reducere antal hjemløsedage, at give større boligstabilitet, at reducere antallet af hospitalsindlæggelser og fængselsophold, reducere symptomer på sindslidelse, forbedre sociale kompetencer og personlige forhold samt forbedre livskvaliteten. Generelt har det vist sig, at nærmiljøet omkring et housing-program betyder meget. Det er vigtigt, at mennesker med sindslidelser ikke bor i et miljø, hvor der er meget uro og kriminalitet, da dette kan medvirke til at fremkalde psykiske symptomer og social isolation (Wong, Filoromo & Tennille, 2006; Lee, Wong & Rothbard, 2009). Erfaringer fra Canada har vist, at selvom meningen med Supportive Housing er, at beboerne skal flytte i takt med, at deres evner udvikles og forbedres, så ender mange alligevel med at blive boende det samme sted, fordi de bliver glade for boligen og lokalmiljøet (Dorvil m.fl., 2005).

Tidligere omtalte forskningsoversigt (Nelson, 2010) har beskrevet evidensen for både Supportive Housing og Supported Housing. I forhold til *Supportive* Housing har studier vist, at denne tilgang reducerer antallet af hospitalsindlæggelser og forbedrer arbejdsevnen i forhold til



mennesker med sindslidelse, der modtager sædvanlig behandling. Ifølge Nelson er forskningen omkring *Supportive Housing* præget af mange metodologiske problemer, men mange review viser alligevel, at *Supportive Housing* har mange positive indvirkninger på mennesker med alvorlige sindslidelser.

I forhold til *Supported Housing* findes der en del forskning omkring følgende forhold: 1) borgernes boligpræferencer, 2) vigtigheden af kontrol og medbestemmelse, 3) implementeringen, og 4) udfald. I forhold til borgernes boligpræferencer er det i *Supported Housing* vigtigt at spørge borgerne, hvor de ønsker at bo fremfor at antage, at professionelle ved bedre. Overordnet viser forskningen, at mennesker med sindslidelser foretrækker at bo i en uafhængig bolig. Et review (Tanzman, 1993) viser, at mennesker med sindslidelse ønsker at bo i uafhængige boliger (eget hus eller egen lejlighed), gerne vil bo med en ven eller partner og ikke andre mennesker med sindslidelser, opfatter lav indkomst som en væsentlig barriere for at opnå en bolig af god kvalitet, og de ønsker personale, der er tilgængeligt 24 timer i døgnet, men deres bolig skal ikke være døgnbemandet. I forhold til vigtigheden af kontrol og medbestemmelse i *Supported Housing* viser reviewet, at disse faktorer hos personer med sindslidelser kan påvirke det uafhængige virke, boligtilfredsheden, boligstabiliteten og den psykologiske stabilitet i en positiv retning. Andre undersøgelser har vist, at kontrol og medbestemmelse giver øget livskvalitet og bedre integration i lokalmiljøet for mennesker med sindslidelser. I forhold til implementeringen af *Supported Housing* er det vigtigt at specificere, hvad der er hovedelementerne i tilgangen – særligt, når forskellen mellem *Supportive Housing* og *Supported Housing*, som tidligere nævnt, er mindre tydelig i dag, end den var tidligere. I forhold til udfald af *Supported Housing* har flere studier sammenlignet tilgangen med sædvanlig behandling. Der er fundet evidens for, at *Supported Housing* sammenlignet med sædvanlig behandling forbedrer boligstabiliteten og boligtilfredsheden, reducerer hospitalsindlæggelser samt mindsker misbrug af stoffer og alkohol (Nelson, 2010).

Et canadisk review har undersøgt effekten af bostøtte (housing and support), ACT og Intensive Case Management (ICM) for mennesker med sindslidelser, der tidligere har været hjemløse. Studiet viser, at disse programmer reducerer hjemløsheden og hospitalsindlæggelser signifikant. De bedste resultater for boligstabilitet blev fundet for bostøtteprogrammer (housing and support) (effektstørrelse = 0,67), efterfulgt af ACT

alene (effektstørrelse = 0,47), mens de dårligste resultater blev fundet for de programmer, der alene bestod af ICM (effektstørrelse = 0,28) (Nelson, Aubry & Lafrance, 2007).

Et andet systematisk review fra Canada (Kyle & Dunn, 2008) har undersøgt forholdet mellem boligen og sundheden for voksne med alvorlige og vedvarende psykiske lidelser. Reviewet indeholder dermed studier, der statistisk har undersøgt, hvordan sundhedsforhold afhænger af boligrelaterede variable. Baggrunden for reviewet var en viden om, at voksne mennesker med alvorlige og vedvarende psykiske lidelser (Persistent and Severe Mental Illness, PSMI) identificerer boligen som en vigtig faktor for at opnå bedre helbred og opretholde dette. Imidlertid bor mange i ringe boliger, som er fysisk utilstrækkelige, overfyldte og er placeret i et uroligt og uhensigtsmæssigt boligområde. Meget forskning omkring boligens betydning for mennesker med sindslidelser viser, at denne har stor betydning for, om mennesker med sindslidelser forbliver boende. Kyle og Dunn (2008) vil derfor se på, om boligen også har en helbredsmæssig betydning. Resultaterne, der gennemgås i reviewet, viser, at der er evidens for, at boliginterventioner gavner den hjemløse population, men der er behov for mere forskning omkring boligløsninger for mennesker med sindslidelser, der bor i uholdbare og uegnede boliger. Det foreslås, at boliginterventioner er en del af behandlingen, når mennesker med sindslidelse udskrives fra hospitalet. Reviewet viser, at permanente boliger minimerer skade og muligvis kan medvirke til, at mennesker med alvorlige og vedvarende sindslidelser frivilligt søger behandling. Derfor anbefaler forfatterne tidsubegrænsede boliger, da alvorlige og vedvarende sindslidelser er en kronisk og ustabil tilstand, som kræver stabile omgivelser for at opretholde helbredstilstanden.

Et amerikansk review (Newman, 2001) har undersøgt forholdet mellem boligens kvaliteter og alvorlig sindslidelse. Der er inddraget 32 studier fra perioden 1975-2000. Tre studier viste, at forbedret kvalitet af boligen ikke gav nogle langsigtede effekter på boligtilfredsheden, ud over hvis der var tilbudt Case Management. Tre studier viste bedre resultater for lokalmiljøer med færre beboere. Et andet studie viste, at personer med sindslidelser, som bor i mindre, kvalitetsmæssige gode og ikke-institutionaliserede miljøer, har mindre sandsynlighed for at få en forstyrrende adfærd, når en større del af de andre lejere også er mennesker med alvorlige sindslidelser. Reviewets mest solide resultat var, at uafhængige

boliger blev associeret med større tilfredshed med både bolig og lokalområde.

En canadisk opfølgingsstudie (Nelson m.fl., 2007) har undersøgt sammenhængen mellem kontrollen i egen bolig og den subjektive livskvalitet, herunder integrationen i lokalsamfundet, for mennesker med sindslidelser. Først og fremmest viser undersøgelsen, at der for mennesker med sindslidelser er sammenhæng mellem kontrol i egen bolig og opfattelsen af, at boligen er af god kvalitet. Undersøgelsen viser også, at kontrol i egen bolig og valgmuligheder i forhold til boligen giver en højere livskvalitet for mennesker med sindslidelser. Ligeledes viser undersøgelsen, at jo bedre kvalitet boligen er af, jo bedre er opfattelsen af den subjektive livskvalitet. Dette vil altså sige, at den subjektive livskvalitet både forbedres af boligens materielle kvalitet og af psykiske faktorer som kontrol og valgmuligheder i forhold til boligen. Forholdet mellem støttepersonale og borgerne samt borgernes oplevelse af at have kontrol over den professionelle støtte har også positiv indvirkning på integrationen i lokalsamfundet.

Samme studie har også undersøgt forskellen mellem selvstændige boliger og fælles boliger i forhold til følelsen af kontrol og medbestemmelse i boligen, kvaliteten af boligen og kontrollen over den professionelle støtte for mennesker med sindslidelser. Studiet viser, at mennesker med sindslidelser, der bor i selvstændige boliger, føler en højere grad af kontrol over den professionelle støtte end dem, der bor i fælles boliger. De, der bor i selvstændige boliger, føler ligeledes, at de har mere kontrol og medbestemmelse i forhold til boligen end dem, der bor i fælles boliger. Derfor konkluderer studiet, at det er vigtigt, at selvstændighed og medbestemmelse tænkes ind i udviklingen af botilbud til mennesker med sindslidelser (Nelson m.fl., 2007).

Et randomiseret kontrolleret studie fra USA har undersøgt effekterne af at modtage Illness Management & Recovery (IMR) sammen med Supportive Housing sammenlignet med kun at modtage Supportive Housing. De forsøgsdeltagere, der modtog IMR, viste signifikant flere forbedringer end kontrolgruppen i både selvrapporтерet og klinisk styring af egen sygdom samt interviewbaseret vurdering af symptomer og psykosocial funktion. Begge grupper forbedrede egen vurdering af bekymrende symptomer og havde lave indlæggelses- og misbrugsrater, mens undersøgelsen stod på. Overordnet indikerer undersøgelsen, at IMR er effektiv til at forbedre styring af egen sygdom og social funktion for

mennesker med alvorlige sindslidelser, der modtager Supportive Housing (Levitt m.fl., 2009).

Et komparativt svensk studie (Brunt & Hansson, 2004) har bl.a. sammenlignet den subjektive livskvalitet med indlagte patienter (inpatients) med brugere af Supported Housing, som både kan være i selvstændige boliger eller i fælles boliger. I undersøgelsen gøres der brug af The Lancashire Quality of Life Profile (LQoLP) til at måle livskvaliteten hos mennesker med sindslidelser i forhold til ni faktorer: beskæftigelse, fritid, religion, økonomi, boligsituation, tryghed, familierelationer, sociale relationer og helbred. Brugere af Supported Housing rapporterede højere subjektiv livskvalitet end de indlagte patienter i forhold til fire faktorer: beskæftigelse, fritid, boligsituation og sociale relationer (Brunt & Hansson, 2004).

En kvalitativ undersøgelse fra Canada (Nelson m.fl., 2005) har undersøgt, hvordan mennesker med sindslidelser oplever at være brugere af Supportive Housing. Kvalitative interview med borgerne viser, at de selv oplever mere velvære og en større følelse af uafhængighed, og at de synes, at deres fremtidsudsigter ser bedre ud end deres liv, før de var brugere af Supportive Housing. Samtidigt har det vist sig, at borgerne også har lettere ved at kontrollere et eventuelt stofmisbrug. Undersøgelsen har dog også vist negative udfald, da enkelte har oplevet tab af personlig frihed og selvstændighed. Nogle borgere følte sig utrygge ved at dele værelse med andre, og nogle følte, at det var direkte negativt at have personale på stedet, der tog sig af mange af de praktiske ting, da dette ikke medvirkede til at øge følelsen af selvstændighed.

## **DOBBELTDIAGNOSE**

Som de følgende review belyser, er der evidens for, at borgere med dobbeltdiagnose må have behandlet både misbruget og den psykiske lidelse som en samlet pakke, for at nogen af behandlingerne vil lykkes. Men man kan ikke sige, at der evidens for, at integreret behandling er bedre end en pakke, der indeholder de to behandlinger. Derimod er det vist, at både almindelige misbrugsbehandlinger og almindelige behandlinger for psykiske lidelser også virker på borgere med dobbeltdiagnose. Om metoder ved man, at det er vigtigt at arbejde med borgerens motivation.

Kognitiv adfærdsterapi i sig selv er ikke nok, men kan måske gøre virkningen af motivationsmetode mere langtidsholdbar.

Betegnelsen ”dobbeldiagnose” (Dual Diagnosis, DD) benyttes sædvanligvis, når der er tale om en samtidig afhængighed af stoffer eller alkohol og en psykiatrisk diagnose. Enkelte artikler benytter dog udtrykket *Dual Diagnosis*, når der er tale om flere psykiatriske diagnoser. Nogle bruger udtrykket *Addictive and Mental Disorder* (AMD) – det er mere entydigt, men sjældent benyttet.

Ifølge Kavanagh & Connolly (2009) har mennesker, der både har misbrug og sindslidelse, ofte flere former for misbrug og flere former for sindslidelse samtidig. En stor del af misbrugerne har sindslidelser, og en stor del af dem med alvorlig sindslidelse har misbrug. De to former for behandling er på mange måder gensidigt afhængige, og der er derfor grund til at se dem i sammenhæng. Behandlingerne kan samordnes på tre måder: som sekventiel, parallel eller integreret behandling. Kavanagh & Connolly (2009) mener, at det i den forbindelse har betydning, hvordan kausaliteten er mellem misbruget og sindslidelsen. De anfører endvidere, at problemer med sekventiel og parallel behandling har ført til udviklingen af integreret behandling, og de giver en beskrivelse af især integreret behandling. De kommer endvidere ind på betydningen af borgerens motivation samt af støtten fra omgivelserne for at kunne håndtere den stress, der er forbundet med gennemførelse af behandlingen.

Drake (2007) giver en oversigt over 40 kontrollerede psykosociale interventioner på området, hvor han blandt andet uddyber begrebet ”integreret behandling”. Det viser sig, at udtrykket ”integreret behandling” kan dække over meget forskellige ting, alt efter hvad det er, der integreres, og hvordan dette gøres. Det samme indtryk giver den forskning, der i øvrigt skal refereres i det følgende. En beskrivelse af integration findes også i en oversigtsartikel af Drake & Mueser (2000), som på dette tidspunkt når den konklusion, at adskilte behandlinger er ineffektive, men integrerede behandlingsprogrammer er mere lovende.

Ved integreret behandling forstår Drake & Mueser (2000) et tilbud med samme personale på de to områder, som de har ansvar for at kombinere, således at der både sker en behandling af misbrugsproblematikken og af sindslidelsen. Det betyder, at de kendte behandlinger for sindslidelse og de kendte misbrugsbehandlinger må tilpasses til borgere med DD. De ydes ofte ambulant, der er et særligt blik på fastholdelse i

behandling, der hører ofte en motivationsstyrkende indsats med, og man må regne med, at indsatsen tager lang tid.

Nogle review-artikler fra den første halvdel af 00'erne sammenligner integreret behandling af mennesker med DD med opdelt behandling. Donald, Dower & Kavanagh (2004) konkluderer på baggrund af de 10 RCT studier, de kan finde, som opfylder deres inklusionskriterier, at evidensen for, at integrerede tilgange er bedre end opdelt tilgange, er tvetydig. Af de ti undersøgelser, der indgår i reviewet, sammenligner kun en enkelt en integreret tilgang med en parallel, og ingen sammenligner med sekventiel tilgang. De fleste sammenligner med en "sædvanlig behandling", som enten kun drejer sig om misbruget eller kun drejer sig om sindslidelsen. Der mangler således relevant forskning for at sammenligne en integreret tilgang med en opdelt.

Drake, Mueser, Brunette & McHugo (2004) når i et samtidigt review af 26 kontrollerede undersøgelser, 16 ambulante og 10 institutionelle – hvoraf tre også er med i Donald, Dower & Kavanagh's materiale – til en helt anden konklusion. Selv om de indrømmer, at mange af forsøgene har metodiske svagheder, er deres konklusion, at de samlet set støtter evidens for, at en samlet pakke af ambulant behandling for sindslidelsen og for misbruget har en effekt. De konkluderer endvidere, at det at styrke deltagerens motivation og engagement og hjælpe dem til at udvikle færdigheder og støtte deres *recovery* er vigtigt at have med. Endvidere mener de, at der er evidens for, at en institutionel behandling virker for de sværeste tilfælde, hvor en ambulante tilgang ikke har nogen effekt.

Vel nok i erkendelse af, at en entydig evidens for integration af misbrugsbehandling og behandling for sindslidelse ikke kan opnås, tager nogle senere review-artikler beskedent fat på mere overkommelige dele af problemstillingen. Tiet & Mausbach (2007) ser på 59 studier, hvoraf 36 er RCT studier. Trods det store antal undersøgelser er der alligevel kun få på hvert af de underområder, som fremkommer, når det tages i betragtning, at der er flere typer misbrug og flere slags sindslidelser. 15 studier handler om samtidigt alkoholmisbrug og depressiv lidelse, 11 studier handler om samtidigt misbrug af et eller andet stof og angstlidelse, mens de øvrige enkeltgrupper af DD er mindre. Deres konklusion er, at en behandling, der almindeligvis reducerer stofbrug, også virker på DD-patienter og en behandling, der i almindelighed reducerer psykiske symptomer, også virker på DD-patienter, mens det stadig er uklart, om en integreret behandling virker bedre.

En række review ser nærmere på enkelte sider af indsatsen. Barrowclough, Haddock, Fitzsimmons & Johnson (2006) konstaterer, at der har været opmuntrende resultater af motivationelle strategier, enten alene eller sammen med CBT. Drake, O'Neal & Wallach (2008) konkluderer i et review af 45 kontrollerede studier – 22 eksperimentelle og 23 kvasi-eksperimentelle – at det er blevet påvist, at tre typer af metoder har en effekt på misbrugsproblematikken for DD-gruppen. Det drejer sig om gruppeterapi, Contingency Management og institutionel behandling. Horsfall, Cleary, Hunt & Walter (2009) lægger en anden vinkel på problematikken. De nævner, at behandlingen ofte er skræddersyet til den enkelte borgers problematik og kan bestå i motivationel interviewteknik, kognitiv adfærdsterapi, Contingency Management, tilbagefaldsprævention, Case Management og færdighedstræning. I alle tilfælde er det imidlertid vigtigt, at de er velkoordinerede, har en team tilgang, er multidisciplinære, har specialtrænet personel, 24 timers service, omfatter flere typer programmer og har en langtids follow-up. Som man kan se, peger denne oprensning på flere sider af ACT metoden.

Nogle review fra de senere år tager enkelte metoder op, især har der været interesse for at se på metoden Motivationelle Interview. Cleary, Hunt, Matheson & Walter (2009) konkluderer ud fra et review af 54 studier, hvoraf et var et review og 30 RCT'er, at der er god evidens for, at Motivationelle Interview reducerer misbrug på kort sigt, og at det i kombination med CBT også reducerer misbrug på langt sigt. Derimod er der ikke støtte for, at CBT i sig selv har nogen effekt. Contingency Management betegner de som lovende, men der er for få studier til, at det kan fastslås, at der er en effekt.

Westra, Aviram & Doell (2011) ser i en forskningsoversigt specielt på spørgsmålet om, hvorvidt der er støtte for, at det giver udbytte at tilføje Motivational Interviewing (MI) eller Motivational Enhancement Therapies (MET) til behandlinger af mennesker med DD. Det konstaterer de, at der er. Kelly, Daley & Douaihy (2012) opsummerer i et review af 24 reviews og 45 enkeltforsøg den seneste evidens på området behandling for DD. De nævner, at der er stærk evidens for, at Motivational Interviewing betyder noget for etablering af den terapeutiske alliance, hvilket er en vigtig faktor i behandlingen. Når det gælder svære tilfælde af DD, skal der stærkt strukturerede terapiprogrammer til, som integrerer intensiv ambulans behandling, Case Management-service og adfærdsterapier som Contingency Management.

En række oversigter ser specielt på problemet om tilbagefald til misbrug under eller efter en behandling. McGovern, Wrisley, & Drake (2005) og Bradizza, Stasiewicz & Paas (2006) opsummerer litteraturen. Tilbagefald er ofte forekommende, men definitionen heraf gør i den forbindelse en stor forskel. Motivation, selvstyring, og  *coping*  (mestring) i forhold til de ofte ubehagelige sider af behandlingen er vigtige faktorer for tilbagefald. Meier & Barrowclough (2009) konkluderer i et review af 58 studier om ”drop-out” fra stofbehandling, at mennesker med sindslidelse i almindelighed ikke har et større tilbagefald fra behandling end borgere, der kun har stofbrug som problem. Det gælder derimod for mennesker med antisocial personlighedsforstyrrelse, at de har et større ”drop-out”.

Schulte, Meier & Stirling (2011) ser i et review af 27 studier, deraf 21 i USA, specielt på tilfredsheden med DD-behandlingen og finder, at der alt i alt er en høj grad af tilfredshed hos borgerne, især med en integreret behandling. Hvor de behandles i en sædvanlig behandling, som ikke er specifik for DD, er de dog ikke så tilfredse som de andre personer, der følger den samme behandling.

Bender, Springer & Kim (2006) ser i et review specielt på undersøgelser om unge, hvor de finder, at familie-adfærdsterapi og individuel kognitiv problemløsningsterapi har store effekter. Hjorthøj, Fohlmann & Nordentoft (2009) ser i deres review specielt på undersøgelser, hvor det misbrug, der indgår i DD, er misbrug af cannabis, og sindslidelsen er skizofreni. De finder ikke sikker evidens for nogen behandling her. Contingency Management er kun effektiv, mens den er i gang, farmakologisk behandling er formentlig effektiv, men her mangler der RCT undersøgelser. Der bliver fundet resultater af en række metoder i blandede grupper, men det kan meget vel være, at forskerne her har overset specifikke effekter, og at der ikke har været effekt, når det drejede sig om cannabis-skizofreni.

Alt i alt kan man konkludere, at der trods en del forsøg og review over disse gennem den seneste snes år endnu ikke er nogen klar evidens for effekten af en integreret tilgang til behandling af misbrug og sindslidelse. Der er al mulig grund til at se behandlingen af de to ting i sammenhæng og til at behandle begge former for lidelser hos borgere med DD. Det kan imidlertid gøres på mange måder, og det er uklart, om en integreret tilgang er bedre end en sekventiel eller parallel.



Et andet spørgsmål er imidlertid, hvad det er realistisk at gøre i en situation, hvor behandlingen af misbrug i sig selv og behandlingen af sindslidelse i sig selv er så usikker, som den er i dag. Er det realistisk at supplere de enkeltdiagnosetilbud, man har, med et integreret tilbud, eller skal man snarere satse på en sekventiel eller parallel model, som blot kombinerer de almindelige tilbud på de to felter? Hvor meget ekstra kræver det egentlig at udvikle og implementere en integreret model?

Meget tyder på, at det er langt mere kompliceret, end man almindeligvis forestiller sig. Selv når det handler om det mere simple problem, hvordan det kan lade sig gøre at kombinere kognitiv adfærdsterapi (CBT) på misbrugsområdet sammen med CBT på det psykiatriske område, viser Conrod & Stewart (2005) at det ikke er så lige ud ad landevejen, som man umiddelbart skulle tro. Det betyder noget, hvilke specielle sindslidelser der er tale om, og hvordan dynamikken i dem spiller sammen med behandlingen for misbrug. Den integrerede CBT virker bedst, når der er tale om affektive lidelser, mens det er mere usikkert, om den også kan fungere i forhold til angstprægede lidelser.

Torrey, Tepper & Greenwold (2011) ser i deres nyere review på en anden side af integreret behandling, nemlig på de forhold af organisationsmæssig karakter, der har betydning for implementeringen af en integreret tilgang til DD-behandling. Reviewet viser helt konsistent, at gennemførelsen af en integreret behandling kræver en stor indsats, samt at den tager betydelig tid og koster betydelige kræfter. At få en integreret tilgang til at fungere kræver et aktivt lederskab, som er på stedet, og en kontrol med personaleomsætningen, som man sjældent vil have i et forsøg i den virkelige verden. Det kræver også betydelig støtte, både politisk og økonomisk, fra det omgivende system. Alle disse krav til gennemførelsen af en integreret behandling må tages i betragtning i en vurdering af, om det er den rigtige vej at gå.



# OPSAMLING

## DISKUSSION

Litteraturen om integration af social indsats og behandling over for mennesker med sindslidelse bærer præg af områdets ekstreme heterogenitet. Indsatsen i forhold til sindslidelse har ikke blot udviklet sig meget, men også fundamentalt ændret karakter gennem de seneste årtier. Forskellige metoder og fagligheder har præget billedet, ligesom vi på dette område mere end på noget andet har set patientforeninger og borgere i skarp opposition til grupper af behandlere og omsorgspersoner. Sagt på en anden måde har vidt forskellige menneskesyn præget indsatsen.

Traditionen for forskning er vidt forskellig på socialområdet og på sundhedsområdet. Forskning har ligget til grund for udviklingen på sundhedsområdet i hvert fald siden 1800-tallet, mens den først i denne tid er begyndt at spille en tilsvarende rolle på det sociale område. Hvis vi ser på forskningen alene, vil vi derfor få indtryk af sindslidelse som et

sundhedsområde. Kun i en enkelt af de omtalte metoder, Åben Dialog-metoden, er den psykologiske tilgang vigtigere end den sundhedsmæssige.

Den omtalte heterogenitet er på den ene side baggrund for, at der eksisterer en problematik om integration af social indsats og behandling i forhold til sindslidelse. På den anden side er denne heterogenitet også baggrund for, at den videnskabelige litteratur om emnet er skævt fordelt. Der er mange review over kontrollerede forsøg med tilfældig udvælgelse, som vurderer psykiatriske metoder med integration af flere eller færre typer af sociale indsatser, mens der er forholdsvis få vurderinger af sociale indsatser, som integrerer, eller kan integrere, behandling for sindslidelse.

Kan vi overføre resultaterne af den internationale forskning til Danmark? Til det spørgsmål kan vi anføre både pro et contra. Der er al mulig grund til at tro, at de sociale og sundhedsmæssige mekanismer, som ligger til grund for de mange resultater også gør sig gældende her i landet. På den anden side kan vi ikke se bort fra, at den skandinaviske velfærdsstat repræsenterer en social struktur, som er helt forskellig fra den, vi finder i USA, hvor det meste af forskningen kommer fra. Strukturen i Holland og Storbritannien, hvor vi også har lidt forskning samt i andre europæiske lande ligger derimod nærmere den skandinaviske.

Det er derfor nødvendigt med mere skandinavisk forskning på området. Denne vil imidlertid støde på en vanskelighed, som forskningen i Storbritannien og Holland allerede har mødt. Et randomiseret kontrolleret forsøg sammenligner den nye behandling med det, vi betegner ”sædvanlig behandling”. Derfor kan det blive et problem, at den behandling og den sociale indsats, der allerede ydes her, er relativt god, og at der derfor skal en større forskel til end i USA, før vi kan påvise en signifikant forbedring. Der er en udfordring i at finde på forskningsmetoder, der tager højde for, at der allerede findes forskellige former for metoder, herunder metoder, der integrerer sociale indsatser i lokale områder.

Forsøgsprogrammet Integrerede Forløb omfatter seks sådanne forsøg, hvoraf to er på børneområdet. Forsøgene ”Fælles på tværs”, som foregår i Randers og ”Den trygge vej”, som foregår i Kolding, integrerer indsatsen fra Psykologisk Pædagogisk Rådgivning (PPR) i kommunen og børnepsykiatrien i regionen og indeholder desuden et udbygget samarbejde mellem region og kommune i nogle af de efterfølgende indsatser. Et af de centrale elementer i begge disse projekter er, at kommune og region ved afslutningen af udredningen konfererer med hinanden om,

hvad der er de rigtige og de realistiske løsninger. Derved undgår de at give forældrene modstridende og måske urealistiske forventninger til en løsning. Dette og en forkortet udredningstid er to helt elementære forbedringer.

Fire af Integrerede Forløb-projekterne er på voksenområdet. Forsøget ”På sporet af en løsning” i Faaborg-Midtfyn har et forebyggende sigte. Her henviser praktiserende læger til samtale hos et team bestående af psykiatrisk sygeplejerske og socialarbejder i tilfælde, hvor de har en fornemmelse af, at det drejer sig om ”ondt i livet”. Metoden må betegnes som en form for Shared Care, som er tilpasset til det forebyggende sigte. Forsøgene ”Psykiatriens Hus” i Silkeborg og ”Effektiv indsats for de unge voksne” i Holstebro anvender Åben Dialog-metoden og integrerer alle typer af social indsats med denne behandling, inklusive jobcentrets indsats. Forsøget ”Psynergi” i Fredericia integrerer indsatsen fra nyoprettede opsøgende psykoseteam med bostøtten. Her omfatter integrationen ikke de forskellige andre typer af sociale indsatser.

Integrerede Forløb-forsøgene illustrerer det forhold, at integration er et mangesidet forhold. Der er elementære problemer, som dem børneprojekterne løser, som det ikke kræver megen forskning at løse. Men der er også komplekse problemer som forebyggelse, hvor det ser ud til, at integration kan være med til at forhindre, at livskriser kan udvikle sig til behandlingskrævende sindslidelser. Ligeledes ser det ud til, at en forbindelse af behandling og social indsats kan gøre begge disse indsatser bedre. Om det er tilfældet, vil den kommende evaluering imidlertid belyse. Set i forhold til den litteratur, som denne oversigt sammenfatter, viser det sig, at de seks forsøgsprojekter har udvalgt meget selektivt: to bruger elementær sund fornuft, en bruger Shared Care, en bruger Opsøgende psykoseteam (OP-team), og to bruger Åben Dialog.

Det efterlader det indtryk, at skandinavisk menneskesyn har betydet mindst lige så meget for projekternes valg af metode som international evidens. Sammenholdt med det ovenfor anførte, om behovet for forskning under skandinaviske forhold, peger det alt sammen på et behov for en skandinavisk forskning i evidens for effekten af metoder som Åben Dialog, der ikke patientgør borgeren, men først og fremmest ser denne som en person, der har brug for at genopbygge sociale relationer.

## KONKLUSION

Alt i alt er der evidens for, at en integreret indsats fungerer bedre end en opdelt. Det gælder især for ACT-team (også kaldet AO-team) med ægte tværfaglighed, hvor alle teammedlemmer er ansvarlige for alle borgere, og hvor socialarbejderen indgår i teamet, og de sociale indsatser derfor indgår i behandlingen. Der er også gode, om end stadig ikke så mange, erfaringer med den type af Shared Care, der betegnes Collaborative Care. Erfaringerne med metoden Case Management (Care Management) er derimod mere blandede.

Meget tyder på, at det i en proces, hvor borgeren kommer sig fra en psykisk lidelse, er vigtigt, at den sociale indsats er til stede i det øjeblik, der er brug for den og ikke først, når den er søgt, og dage, uger eller måneder er gået med sagsbehandling. Specielt er manglen af en bolig eller af forsørgelse en afgørende hindring for behandling, og der er evidens for, at en behandling, der integrerer disse indsatser, er bedre end en, der ikke gør. Derimod er der ikke klar evidens for, at også misbrugsbehandling skal være integreret. Det ser ud til at være tilstrækkeligt, at der er sikkerhed for, at den er med i ”pakken” af behandling i de tilfælde, hvor der er tale om misbrug.

Som nævnt i diskussionen ovenfor er der grænser for, hvor meget den internationale forskning kan anvendes her i landet eller i andre skandinaviske lande. Dels har vi et mere udbygget socialt system end mange andre, dels har vi et menneskesyn, der gør, at vi gerne vil gøre den sociale behandling til noget centralt og i forhold hertil nedtone den medikamentelle behandling. De udbyggede sociale og behandlingsmæssige systemer betyder, at forskning er vanskeligere end i lande, hvor disse systemer er mindre udbyggede. På den anden side er det en fordel, vi nok skal forsøge at udnytte meget mere, at vi har en meget omfattende dokumentation og registrering, som også har et stort uudnyttet forskningsmæssigt potentiale.

# FORKORTELSER OG BEGREBER

## FORKORTELSER OG AKRONYMER

**ACT:** Assertive Community Treatment.

**AMD:** Addictive and other Mental Disturbance = dobbeltdiagnose, samtidig sindslidelse og misbrug.

**AO:** Assertive Outreach, en europæisk betegnelse for ACT.

**BCM:** Brokered Case Management.

**CBT:** Cognitive Behavior Therapy.

**CC:** Collaborative Care.

**CES:** Customized Employment Supports.

**CGK-model:** Choose-Get-Keep-model.

**CM:** Care Management (= Case Management).

**CMHT:** Community Mental Health Centre(s).

**CMT:** Care Management Teams. Minder om/er undertiden = ACT.

**CPN:** Community Psychiatric Nurse.

**CR:** Cognitive Remediation.

**CRPD:** Convention of Rights for People with Disabilities, FN's handicapkonvention.

**CTI:** Critical Time Intervention.

**DACT:** (I Storbritannien) Drug and Alcohol Coordination Teams.

**DALY:** Disability-Adjusted Life Year.

**DD:** Dual Diagnosis = dobbeltdiagnose, samtidig sindslidelse og misbrug.

**DFLE:** Disability-Free Life Expectancy = Healthy Life Years.

**DMIE:** Demonstration to Maintain Independence and Employment.

**EBP:** Evidence Based Practice.

**EBM:** Evidence Based Method.

**ECT:** Electro Chock Therapy.

**EUSE:** European Union of Supported Employment.

**FACT:** I Holland: Flexible ACT. Tom Burns udlægger det som Functional ACT, men mener noget lignende.

**FIT:** Feed-Back Informed Treatment.

**FPE:** Family Psycho Education, eller Family Psycho-Social Education.

**GP:** General Practitioner = alment praktiserende læge.

**HLY:** Healthy Life Years = Disability-Free Life Expectancy (DFLE).

**ICM:** Intensive Care Management. Minder om/er undertiden = ACT. Forkortelsen kan alternativt stå for: Individual Case Management.

**IDDT:** Integrated Double Diagnosis Treatment.

**IFACT scale:** Implementation Fidelity of ACT Scale (skala, der måler loyalitet over for ACT-metode).

**IMR:** Illness Management and Recovery.

**IP days:** Inpatient Days = sengedage, indlæggelsestid.

**IPS:** Individual Placement & Support (en form for Supported Employment, som er særlig godt belyst).

**IPT:** Integrated Psychological Theory.

**MET:** Motivational Enhancement Therapies.

**MH:** Mental Health.

**MHA:** (I Storbritannien) Mental Health Act.

**MHC:** Mental Health Care, (eller Counselor, Centre ...).

**MHP:** Mental Health Problems – selv om dette er den politisk korrekte betegnelse, anvender forskningen i reglen udtrykket SMI.

**MI:** Motivational Interviewing.

**OP-team:** Opsøgende Psykoseteam.

**OPUS:** Tidlig opsporing og behandling af unge voksne med psykose. (Forklaringen på det lidt mærkelige akronym er, at det oprindeligt handlede om skizofreni).

**PACE:** Personal Assistance in Community Existence (en amerikansk metode til *recovery*).



**PACT:** Programme of Assertive Community Treatment. Forkortes i dag ACT.

**PH:** Psychiatric Hospital.

**PHB:** Personalised Health Budget.

**PP:** Personalised Plan.

**PPR:** Pædagogisk Psykologisk Rådgivning.

**PSMI:** Persistent and Severe Mental Illness (= SMI).

**PTSD:** Post Traumatic Stress Disorder = posttraumatisk stresstilstand.

**pwd:** People with disabilities – forkortelsen anvendes meget af fagfolk, fordi det er for omstændeligt hele tiden at skrive den politisk korrekte betegnelse for mennesker med handicap (mmh) fuldt ud.

**pwid:** People with intellectual disabilities = mennesker med udviklingshæmning (mmu).

**pwmhp:** People with mental health problems = mennesker med sindslidelse (mms).

**RCT:** Randomised Controlled Trial (eller Randomised Comparative Trial). På dansk: Randomiserede kontrollerede forsøg.

**SC:** Shared care.

**SCM:** ”Strenghts Model” Care Management.

**SDM:** Shared Decision Making.

**SE:** Supported Employment = støttet beskæftigelse.

**SEd:** Supported Education.

**SMI:** Severe Mental Illness (=PSMI).

**SST:** Social Skill Training = Social færdighedstræning.

**SUD:** Substance Use Disorder = stofmisbrug.

**TAPS:** Team for the Assessment of Psychiatric Services, etableret i Storbritannien i 1985.

**YLD:** Years Lived with Disability.

**WPA:** World Psychiatric Association.

## BEGREBSFORKLARINGER

Vi forklarer her en række begreber, der ofte forekommer i den litteratur, vi har omtalt. Hvor vi ikke har kunnet finde tilfredsstillende forklaringer i det gennemgåede, er forklaringen stykket sammen fra diverse hjemmesider. Man skal være opmærksom på, at ordene benyttes om meget forskellige ting af forfattere og behandlingssteder. To forskellige betegnelser kan dække over ting, der ligner hinanden meget, og den samme behandling kan gå under forskellige navne.

**Assertive:** Kommer af ”assert oneself” = at gøre sig gældende. Assertive Action blev i USA brugt i racepolitikken som betegnelse for tiltag, der skulle give sorte mulighed for at gøre sig gældende på lige fod med hvide, svarende til positiv diskriminering på dansk. På det psykiatriske område står det for en ændring af menneskesyn i behandlingen, således at der ikke længere er en ”patient”, som tålmodigt skal indordne sig under lægen, men en borger, der som hovedperson arbejder på sin *recovery* med en vis assistance fra personalet. Ordet indgår derfor i navne på behandling, hvor behandleren kommer ud til borgeren i dennes miljø i stedet for at tage imod på et kontor eller sygehus.

**Assertive Community Treatment:** (= Assertive Outreach) En intensiv integreret behandling af et opsøgende tværfagligt team, der typisk omfatter psykiater, sygeplejersker, socialarbejdere, jobmedarbejdere og undertiden borgere med erfaring med *recovery*. Teamet tager sig af hele indsatsen og har myndighed til at træffe afgørelser på alle områder og behandler højst ti borgere pr. teammedlem. Indsatsen er *recovery*-orienteret og støtter borgerens egen håndtering af situationen. Den er tilgængelig 24 timer i døgnet og søger at undgå kriser og indlæggelser.

**Behandlingspsykiatri:** Ordet har i de senere år været benyttet om regionens psykiatri, hospitals-, distrikts-, og praksissektor for at skelne den fra kommunens botilbud, bostøtte, beskyttet beskæftigelse, væresteder osv., som sammenfattes under begrebet ”socialpsykiatri”. I dag spores imidlertid en vis træthed ved ordet, og mange foretrækker blot at benytte betegnelsen ”psykiatri”. Da behandling af sindslidelse også omfatter psykologiske og sociale metoder, er der imidlertid også gode argumenter for at benytte den endnu bredere betegnelse ”behandling af sindslidelse”.

**Brokered Case Management:** Program, hvor en case manager med 50-100 borgere vurderer behov og henviser til relevant behandling og støtte. En almindelig form for indsats i forhold til mennesker med sindslidelse i USA.

**Care as usual:** (= Standard Treatment) Sædvanlig behandling. Den behandling, som man hidtil har givet en gruppe borgere, og som kontrolgruppen i et forsøg får tilbudt. Resultatet af et forsøg er derfor præget af, hvad det er for en sædvanlig behandling, man har sammenlignet med.

**Care Management:** (= Case Management) Udtrykket benyttes på forskellige områder. I indsatsen over for sindslidelser vil det sige, at der er en tovholder, som sørger for, at den nødvendige indsats på forskellige

områder bliver givet. CM optræder både som en metode i sig selv og som del af mange forskellige former for indsats.

**Case Management:** Se Care Management.

**Care manager:** (= Case manager). Tovholder, forløbskoordinator.

**Case manager:** Se Care manager.

**Case-kontrol-metode:** Undersøgelse af et antal + cases og et antal – cases af et fænomen, der kan få to udfald. Metoden har den fordel, at undersøgelsen er hurtig, fordi den først foretages, når virkningen (+–) har vist sig (retrospektivt), og at + cases kan overrepræsenteres.

**Choose-Get-Keep model:** Generaliseret betegnelse eller begreb for den metode, som kendetegner Supported Housing (Housing First), Supported Employment (place and train) og Supported Education består i, at man starter med at placere borgeren i målet efter dennes eget ønske og derpå støtter borger og omgivelser i at få det til at lykkes.

**Cognitive Behavior Therapy:** Kognitiv adfærdsteori kombinerer principper fra behavioristiske og kognitive teorier og går ud på at lære at tænke mere hensigtsmæssigt. Borgeren er meget inddraget, og behandlingen skal være fleksibel og villig til at lytte. Kognitiv adfærdsteori benyttes til behandling af affektive lidelser, angst, personlighedsforstyrrelser, misbrug og psykoser.

**Cognitive Remediation:** Kognitiv Remediation er en adfærdsmetode til at forbedre hukommelse, opmærksomhed, planlægning, organisation, abstrakt tænkning og problemløsning. Metoden skal ikke lære borgeren at tænke anderledes, men sigter mod at forbedre den underliggende neuropsykologiske funktion.

**Collaborative Care:** En type Shared Care, hvor forskellige behandlere samarbejder om en behandling. En (ofte praktiserende) læge fungerer som care manager, og der medvirker personale fra forskellige områder og med forskellige discipliner. Borgeren deltager i beslutningen om, hvilke fagpersoner der skal inddrages i en konkret situation.

**Contingency Management:** Adfærdsterapi. Systematisk brug af incitamenter eller disincitamenter for specifik adfærd med det formål at modificere denne adfærd.

**Critical Time Intervention:** En kontinuert støtte til personer med alvorlig psykisk sygdom under overgangen fra institution eller indlæggelse til egen bolig med henblik på at mindske risikoen for hjemløshed.

**Customized Employment Supports:** En form for Supported Employment, som er designet til stofmisbrugere, som får metadonbehandling.

**Demonstration to Maintain Independence and Employment:** (DMIE) Stort forsøg i Hawaii, Kansas, Minnesota og Texas i 2006-2007.

**Disability-adjusted life year:** Antal år uden handicap, man lever mindre på grund af en given sygdom.  $DALY = YLL + YLD$ , hvor  $YLL =$  Years of Life Lost, dvs. år mistet på grund af sygdommen, fordi man dør tidligere, og  $YLD =$  Years Lived with Disability, dvs. år hvor man har handicap på grund af sygdommen.

**Empowerment:** Behandling, der sigter mod, at borgeren skal bringes til at mestre sin situation og selv kunne løse sine problemer.

**En af os:** Dansk kampagne, som arbejder for mindre stigmatisering af mennesker med psykiske lidelser. Den tilsvarende britiske kampagne har haft betegnelsen "One out of four". Meningen hermed var at fortælle briterne, at så mange personer vil få sindslidelser. Baselineundersøgelsen før den danske kampagne viste imidlertid, at danskerne allerede i 2010 forestillede sig, at 29 pct. af befolkningen i løbet af deres liv vil blive ramt af en sindslidelse.

**European Union of Supported Employment:** Forening, som arbejder for fremme af støttet beskæftigelse i europæiske lande. Foreningen har en dansk afdeling.

**Feed-back informed treatment:** Metode udviklet af psykologen Scott Miller i USA, som handler om at skabe en feedback-kultur i behandlermiljøet. Metoden indeholder bl.a. skemaer til evaluering.

**Follow-up study:** Et studie, hvor der følges op eller evalueres på effekterne for en særlig indsats et bestemt tidspunkt efter indsatsens påbegyndelse.

**Group counseling:** Gruppeterapi.

**High service users:** Borgere med mange ydelser fra behandlingssystemet og/eller det sociale system.

**Home Treatment:** Behandling som foregår, hvor borgeren lever, og ikke på et sygehus eller en klinik.

**Housing Support:** Bostøtte.

**Illness Management and Recovery:** Illness Management and Recovery (IMR) er et struktureret og systematiseret undervisningsbaseret rehabiliteringsprogram. Det er udviklet til at hjælpe mennesker med alvorlige sindslidelser med at erhverve viden om og udvikle strategier til at mestre

den psykiske lidelse og opsætte individuelle og meningsfulde mål for tilværelsen. Strategierne i IMR retter sig bl.a. mod at styrke den enkeltes evne til at håndtere sygdommen, reducere antal og sværhedsgrad af tilbagefald og forfølge personlige mål. (definition fra Region Hovedstaden).

**Inpatient:** Indlagt patient.

**Integreret behandling:** Behandlinger kan kombineres sekventielt, parallelt og integreret. Integration er ikke blot mere end, men også noget helt andet end samarbejde og koordination. Behandlingen for A og B er integreret, hvis den foregår fra samme organisation med én finansiering med samme personale i én proces.

**Koordinationsplan:** Der skal indgås en udskrivningsaftale mellem borgeren, psykiatrien og kommunen i de tilfælde, hvor man regner med, at borgeren ikke selv opsøger den nødvendige videre behandling efter udskrivning. Hvis borgeren ikke frivilligt vil være med til det, skal der i stedet udarbejdes en koordinationsplan med samme formål.

**Liaison Consulting:** Liaison psykiatri er den gren af psykiatrien, der har specialiseret sig i grænsefladen mellem somatisk medicin og psykiatri. Liaison Consulting vil sige rutiner for, hvordan læger som arbejder med somatisk behandling kan kontakte en liaison psykiater.

**Lokalpsykiatri:** Benyttes nogle steder i landet som betegnelse for distriktskykiatri.

**Mental Health Problems:** Den mest politisk korrekte betegnelse for SMI = Severe Mental Illness.

**Metaanalyse:** En kvantitativ analyse af en række, ofte tidligere, empiriske undersøgelser, hvis resultater med benyttelse af en særlig teknik bliver regnet sammen til ét.

**Motivational Enhancement Therapies:** Motivationsstyrkende terapi sigter mod, at borgeren styres hen mod hurtige og internt motiverede ændringer snarere end at ledes trinvis gennem en længere udviklingsproces. Den består af en indledende vurdering efterfulgt af to til fire individuelle behandlinger. I den første behandling gives der feedback på vurderingen og indledes en diskussion om borgerens stofmisbrug. I de følgende drøftes strategier til at ophøre med stofmisbrug.

**Motivational Interviewing:** Den motiverende samtale er en metode til dels at hjælpe mennesker til at arbejde sig gennem den ambivalens, man naturligt føler over for større forandringer, dels at forpligte sig på denne forandring, fx ændring af stofmisbrug eller alkoholvaner.

**Netværkstækning:** Ordet har været benyttet nogle steder om Åben Dialog i en periode, hvor sidstnævnte betegnelse var for kontroversiel til at blive nævnt direkte.

**Nothing about us without us:** Et slagord fra britiske handicaporganisationer, som mener, at al forskning i handicap som standard skal have deltagelse af mennesker med handicap.

**One out of four:** Den britiske kampagne mod diskrimination af mennesker med sindslidelse, som svarer til den danske ”Én af os”. Navnet henryder til, at en ud af fire englændere har eller har haft en sindslidelse.

**Opsøgende team:** I Danmark anvendes begrebet om team, hvor borgeren normalt skal komme til behandlingsstedet, og hvor teamet først vil opsøge, hvis borgeren udebliver.

**Outpatient:** Ambulant patient.

**Outreach:** Opsøgende behandling. Begrebet dækker helt konkret over, at de fleste eller alle kontakter foregår ude hos borgeren og ikke på en klinik, en modtagelse eller et sygehus.

**Parallel behandling:** Behandlinger kan kombineres sekventielt, parallelt og integreret. Parallel behandling sikrer, at begge behandlinger sker. Det er fx nødvendigt ved dobbeltdiagnose.

**Patients like me:** Hjemmeside, hvor mennesker med psykiske lidelser videregiver deres erfaringer til hinanden. [www.patientslikeme.com](http://www.patientslikeme.com)

**Personal Assistance for Community Existence:** Vejledning om principper for *recovery*, *empowerment* og forskning i *recovery* udviklet af Laurie Ahern og Dan Fisher. Er både for brugerne og deres familier og for administratorer og tjenesteydere, der ønsker at udvikle deres system i retning af *recovery*.

**Post Traumatic Stress Disorder:** Posttraumatisk stresstilstand.

**Psykoedukation:** Uddannelse af borgere og pårørende i, hvad man ved om en psykisk lidelse.

**Psykosocial rehabilitering:** Oparbejdelse af sociale evner og socialt liv og i det hele taget af evnen til at leve en daglig tilværelse efter en mental svækkelse, fx på grund af psykisk sygdom eller lidelse.

**Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR):** Kommunal afdeling, der vejleder skoler mm om børn med handicap eller sindslidelse.

**Randomised Controlled Trial:** Kaldes også ”Randomised Comparative Trial” (på dansk: randomiserede kontrollerede forsøg) og bruges til at teste to forskellige behandlingsformer op imod hinanden. Patienter i forsøget skal fordeles i to grupper, hvor den ene gruppe modtager den nye

behandling, mens den anden gruppe modtager den hidtil anvendte behandling. Ved ”randomiseret” forstås, at udvælgelsen af patienter til de to forskellige behandlingsformer sker tilfældigt.

**Rammeaftaler:** Består af en udviklingsstrategi, som skal være færdig i årets første halvdel og en styringsaftale, som kommer til i den sidste halvdel og knytter sig til udviklingsstrategien. Formålet er at sikre den faglige udvikling af tilbud på tværs af kommunegrænser. Aftalerne skal skabe overblik over kapaciteten, behovet for pladser, taksterne for de forskellige tilbud og udviklingen i udgifter på området. De skal endvidere sikre, at udviklingen af nye tilbud, særlig til små og specielle grupper, på den ene side foregår inden for regionens grænser, på den anden side ikke sker i for stort omfang, fordi man ikke ved, hvad de andre foretager sig. Rammeaftalerne skal fornys hvert år.

Da kommunalreformen blev planlagt, forestillede man sig, at regionerne skulle have en rolle som driftsherre for en del specialiserede sociale tilbud, som var for specielle for de enkelte kommuner. Det viste sig imidlertid hurtigt, at kommunerne overtog næsten alle de tilbud, de havde mulighed for. Det har man taget konsekvensen af, og rammeaftalerne er nu primært aftaler mellem kommunerne i en region, mens regionen kun perifert kommer ind i billedet.

**Recovery:** At man kommer sig efter en psykisk lidelse og får etableret en tilfredsstillende dagligdag og et socialt liv i det omfang, det kan lade sig gøre.

**Rehabilitering:** Genoptræning, hvor man efter en svækkelse (eller trussel om svækkelse) genvinder de kræfter og evner, man tidligere besad, med assistance af fagfolk med viden om området. Erhvervs-mæssig rehabilitering blev efter anden verdenskrig kaldt revalidering i Danmark og ”atføring” i Norge for at undgå lighed med fænomenet ”rehabilitering af gamle nazister”, som fandt sted i 1950’erne, men siden årtusindskiftet er den internationale betegnelse rehabilitering vendt tilbage.

**Relapse:** Tilbagefald (fx til stofmisbrug).

**Residential:** Angående botilbud.

**Retspsykiatri:** Tilbud til psykiatriske patienter, som har overtrådt lovgivningen. Ofte en særlig form for psykiatrisk sengeafdeling.

**Review:** Systematiske litteraturstudie, hvor der er foretaget en kvalitetsvurdering af enkeltstående studier.

**Samme hus:** Samarbejdsmetode som benyttes mellem lokale enheder af forskellige organisationer, fx mellem lokalpsykiatri og kommunens sociale tilbud til mennesker med sindslidelser.

**Screening:** En anden betegnelse for måling.

**Sekventiel behandling:** Behandlinger kan kombineres sekventielt, parallelt og integreret. Ordet sekventielt anvendes både om en virkelig kombination af behandlinger, først A så B og om den situation, at der i begge behandlinger er et krav om, at den anden behandling skal være kommet først, som gør, at personen slet ikke bliver behandlet.

**Setting:** Tilbud.

**Shared care:** Behandling, hvor flere fagpersoner er involveret. For eksempel kan den foregå hos praktiserende læge, mens speciallæge eller andre fagpersoner kan inddrages som baggrundseksperter eller som medvirkende i behandlingen i en periode.

**Social psychiatry:** Sociale tilbud til mennesker med sindslidelse og den rolle, de spiller i behandlingen. Dette område er i andre lande knyttet nærmere til psykiatrien, end det har været tilfældet i Danmark, og forskningen i det har ofte været foretaget af psykiatere. Der findes ikke noget, der svarer til det danske begreb ”socialpsykiatri” i andre lande, ikke engang i de andre skandinaviske lande.

**Socialpsykiatri:** Betegnelse, der har været benyttet i perioden 1990 til for nylig om (nu) kommunale opgaver som værested, bostøtte, støttekontaktperson, botilbud og beskyttet beskæftigelse til mennesker med sindslidelse. Skønt betegnelsen ikke længere bruges så meget, er der ikke rigtig fundet nogen ny betegnelse.

**Social Skills Training:** Social færdighedstræning har til formål at skabe de sociale kompetencer, der vil kunne hjælpe borgerne til at klare sig på arbejdspladser, studiesteder og i sociale sammenhænge. Det består i træning i at kunne genkende egne og andres følelser, at kunne udholde følelser (både negative og positive), at kunne regulere følelser og at kunne aflæse sociale situationer og kommunikere hensigtsmæssigt i de forskellige situationer. Man bruger ofte rollespil, hvor man over sig i de forskellige sociale roller.

**Somatoforme tilstande:** Fysiske symptomer, der ikke kan tilskrives kendt somatisk lidelse. Somatoforme forstyrrelser kaldes også somatoforme tilstande, funktionelle lidelser eller Bodily Distress Syndrome.

**Stafetmodellen:** Sekventiel behandling.

**Standard treatment:** (= care as usual). Sædvanlig behandling.



**Strengths-based:** At man hæfter sig ved styrker i stedet for ved svagheder.

**Strengths Model (of Care Management):** Mennesker med psykisk sygdom ønsker som regel at have job og tjene penge, at bidrage til samfundet og dagliglivet og have venner. De får en bedre livskvalitet, når de når deres mål. Modellen har seks principper: 1) fokus på styrker og ikke patologi, 2) case manager-borger-forholdet er væsentligt, 3) borgeren bestemmer selv, 4) fællesskabet ses som en ressource, ikke som en hindring; 5) al behandling foregår ude i det virkelige liv og ikke på klinik, kontor eller sygehus, 6) man kan lære og udvikle sig, selv om man lider af alvorlig psykisk sygdom.

**Sundhedsaftaler:** Skal koordinere den sundhedsmæssige og sociale indsats over for borgerne, herunder borgere med psykiske lidelser. Aftalerne skal formidle information mellem region og kommune, når en borger skal have med begge at gøre og præcisere, hvilken af de to myndigheder der skal tage initiativ i en given situation. Ved udskrivning af en borger fra behandling på sygehus skal de sikre, at der foretages en vurdering af det samlede behov på tværs af sektorer, og at der sker en koordinering af indsatsen. Der skal også ske en vurdering af sociale behov i familier, hvor en af forældrene har en sindslidelse.

Sundhedsaftalerne gælder for samme fireårige periode, som kommunalbestyrelsen er valgt for, hvilket understreger det politiske ansvar, og de indeholder også planlægning af kapaciteten i region og kommuner på de relevante områder.

**Sundhedskoordinationsudvalg:** Et udvalg, der løbende følger, hvordan sundhedsaftalerne fungerer, og hvad der er af koordinationsproblemer. Aftalerne skal godkendes af Sundhedsstyrelsen, og Sundhedsstyrelsen har netop evalueret den første periode af sundhedsaftaler.

**Sundhedshus:** Hus med en række tilbud fra hospital og kommune samt praktiserende læger. Ved at samarbejde sigter de på at opnå det bedst mulige sundhedsmæssige resultat. Hensigten er at komme nærmere på et integreret sundhedsvæsen, hvor borgernes behov for sundhedsydelser varetages i samarbejde.

**Supported Education:** En metode til at støtte mennesker med psykiske lidelser til at gennemføre højere uddannelse. Metoden er en såkaldt Choose-Get-Keep-model, som er inspireret af Supported Employment.

**Supported Employment:** Metode til at støtte mennesker med psykiske lidelser til at komme i job. SE er et brud med den tidligere trin-model, idet princippet ”train-place” erstattes med ”place-train”.

**Supported Housing, Supportive Housing:** De to udtryk benyttes om en lang række forskellige tilbud. Fra et institutionsagtigt tilbud, hvor bolig og støtteforanstaltning hænger sammen og forudsætter hinanden, så man fx mister boligen, hvis man ikke modtager støtten, eller mister hele foranstaltningen, når man bliver for velfungerende til at have behov for den, og til noget, der mere minder om dansk bostøtte, hvor bolig og støtteforanstaltning er uafhængige af hinanden.

Betegnelserne Supported Housing og Supportive Housing benyttes om de samme foranstaltninger og ofte i flæng. Når der skelnes, er *Supportive Housing* gruppehjem med rehabiliteringspersonale og lille medbestemmelse til beboerne, mens *Supported Housing* er uafhængige lejligheder, hvor det tilknyttede personale kommer udefra, og borgerne har høj grad af medbestemmelse over, hvilke tilbud de ønsker at modtage.

**Systemisk teori:** Teori, der tager højde for, at mennesker fungerer som del af systemer, som ikke kan forstås ud fra den enkelte position. Systemisk teori sætter ”lineær tænkning”, hvor man søger at finde årsagen til, at der er et problem over for ”cirkulær tænkning”, der prøver at se problemet fra forskellige positioner for dermed at forstå det bedre. For eksempel kan teenageres problemer angribes ved at lære de voksne at tackle dem bedre. Med lineær tænkning søger man at finde årsagen til den unges problem et bestemt sted og ofte hos den unge selv. Med cirkulær tænkning ser man problemet i det system af handlinger, som begge parter er med til at opretholde. Problemet kan løses ved, at den voksne anlægger en anden strategi, hvorefter den unge ændrer adfærd som følge af systemdynamikken.

Nogle har den opfattelse, at lineær tænkning er mere naturvidenskabelig, mens cirkulær tænkning er mere humanistisk. Naturvidenskaberne er imidlertid fulde af cirkulær tænkning i form af beskrivelse af feedback-mekanismer. Systemisk tænkning benyttes også til at forklare balancen mellem arterne i et økologisk system.

**Team:** Gruppe af behandlere med forskellig faglighed. Ægte teamarbejdsform vil sige, at alle teamets medlemmer er ansvarlige for behandlingen af alle borgere. Hvis et teammedlem på et tidspunkt er den primære behandler, hvilket ofte er tilfældet, skal denne mindst en gang om ugen vende sagen med et andet teammedlem med en anden faglighed.

**Udskrivningsaftale:** Der skal indgås en udskrivningsaftale mellem borgeren, psykiatrien og kommunen i de tilfælde, hvor man regner med, at borgeren ikke selv opsøger den nødvendige videre behandling efter udskrivning. Hvis borgeren ikke frivilligt vil være med til det, skal der i stedet udarbejdes en koordinationsplan med samme formål.



# LITTERATUR

- Aagaard, J. & K. Müller-Nielsen (2011): "Clinical Outcome of Assertive Community Treatment (ACT) in a Rural Area in Denmark: A Case-control Study with a 2-year Follow-up". *Nordic Journal of Psychiatry*. Oslo Boston: Scandinavian University Press.
- ACTA (2011): Assertive Community Treatment Association  
<http://www.actassociation.org>.
- Asen, E. & D. Bevington (2007): "Barefoot Practitioners: A Proposal for a Manualized Home-Based, Adolescent Crisis Intervention Project". I: G. Baruch, P. Fonagy & D. Robins (red.). *Reaching the Hard to Reach – Evidence-based Funding Priorities for Intervention and Research*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd., s. 91-107.
- Barrowclough, C., G. Haddock, M. Fitzsimmons & R. Johnson (2006): "Treatment Development for Psychosis and Co-occurring Substance Misuse: A Descriptive Review". *Journal of Mental Health*, 15(6), s. 619-632.
- Barrowclough, C., G. Haddock, R. Beardmore, P. Conrod, T. Craig, L. Davies, G. Dunn, S.N. Lewis, J. Moring, N. Tarrier & T. Wykes (2009): "Evaluating Integrated MI and CBT for People with Psychosis and Substance Misuse: Recruitment, Retention and Sample Characteristics of the MIDAS Trial". *Addictive Behaviors*, 34(10), s. 859-866.

- Bellack, A.S. (2002): "Skills Training for People with Severe Mental Illness". *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), s. 375-391.
- Bender, K., D.W. Springer & J.S. Kim (2006): "Treatment Effectiveness with Dually Diagnosed Adolescents: A Systematic Review". *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6(3), s. 177-205.
- Björkman, T., L. Hansson & M. Sandlund (2002): "Outcome of Case Management Based on The Strengths Model Compared to Standard Care. A Randomised Controlled Trial". *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 37(4), s. 147.
- Björkman, T. & L. Hansson (2007): "Case Management for Individuals With a Severe Mental Illness: A 6-Year Follow-Up Study". *International Journal of Social Psychiatry*, 53(1), s. 12-22.
- Blomqvist, J. (1996): "Paths to Recovery from Substance Missuse; Change of Lifestyle and the Role of Treatment". *Substance Use and Misuse*, 31 (13), s. 1807-1852.
- Bond, G.R. (2004): "Supported Employment: Evidence for an Evidence-Based Practice". *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), s. 345-359.
- Bond, G.R. & R. E. Drake (2007): "Should We Adopt the Dutch Version of ACT? Commentary on "FACT: A Dutch Version of ACT". *Community Mental Health Journal*, 43(4), s. 435-438.
- Bond, G.R., R. E. Drake & D. R. Becker (2008): "An Update on Randomized Controlled Trials of Evidence-Based Supported Employment". *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 31(4), s.280-290.
- Bond, G.R. & K. Campbell (2008): "Evidence-Based Practices for Individuals with Severe Mental Illness". *Journal of Rehabilitation*, 74(2), s. 33-44.
- Borg, M. & K. Kristiansen (2004): "Recovery Oriented Professionals: Helping Relationships in Mental Health Services". *Journal of Mental Health*, 13 (5), s. 493-505.
- Boydell, Kathy (1997): *Review of Best Practices in Mental Health Reform*. Ottawa: The Network. Health System Research Unit Clarke Institute of Psychiatry, Minister of Public Work and Government Services Canada.
- Bradizza, C.M., P.R. Stasiewicz & N.D. Paas (2006): "Relapse to Alcohol and Drug Use Among Individuals Diagnosed with Co-Occurring Mental Health and Substance Use Disorders: A Review". *Clinical Psychology Review*, 26(2), s. 162-178.

- Brun, C. & R.C. Rapp (2001): "Strength-based Case Management: Individuals Perspectives on Strengths and The Case Manager Relationship". *Social Work*, 46(3), s. 278-288.
- Brunt, D. & L. Hansson (2004): "The Quality of Life of Persons with Severe Mental Illness Across Housing Settings". *Taylor&Francis HealthSciences*.
- Burke-Miller, J.K., L.A. Razzano, D.D. Grey, C. R. Blyler & J.A. Cook (2012): "Supported Employment Outcomes for Transition Age Youth and Young Adults". *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 35(3), s. 171-179.
- Burns, T., M. Fiander, A. Kent, O.C. Ukoumunne, S. Byford, T. Fahy & K.R. Kumar (2000): "Effects on Case-load Size on the Process of the Care of Patients with Severe Psychotic Illness – Report from the UK700 trial". *British Journal of Psychiatry*, 177, s. 427-433.
- Burns, T., A. Fioritti, F. Holloway, U. Malm & W. Rössler (2001a): "Case Management and Assertive Community Treatment in Europe". *Psychiatric Services*, 52(5), s. 631-636.
- Burns, T., M. Knapp, J. Catty, A. Healey, J. Henderson, H. Watt, C. Wright (2001b): "Home Treatment for Mental Health Problems: A Systematic Review". *Health Technology Assessment* 5(15), s. 1-139.
- Burns, T. & For the UK700 Group (2002): "The UK700 trial of Intensive Case Management". *World Psychiatry*. 2002 October; 1(3): 175–178.
- Burns, T., J. Catty & C. Wright (2006): "Deconstructing Home-Based Care for Mental Illness: Can One Identify the Effective Ingredients?" *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(Suppl 429), s. 33-35.
- Burns, T., J. Catty, M. Dash, C. Roberts, A. Lockwood & M. Marshall (2007a): "Use of Intensive Case Management to Reduce Time in Hospital in People With Severe Mental Illness: Systematic Review and Meta-Regression". *BMJ British Medical Journal*, 335(7615), s. 336.
- Burns, T., J. Catty, T. Becker, R.E. Drake, A. Fioritti, M. Knapp, C. Lauber, W. Rössler, T. Tomov, J. van Bussbach, S. White, D. Wiersma, for the EQOLISE group (2007b): "The Effectiveness of Supported Employment for People with Severe Mental Illness: A Randomised Controlled Trial". *Lancet* 370:1146-1152.

- Burns, T., S. White & J. Catty (2008): "Individual Placement and Support in Europe: The EQOLISE Trial". *International Review of Psychiatry*, 20(6), s. 498-502.
- Burns, T. & J. Catty (2008): "IPS in Europe: The EQOLISE Trial". *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(4), s. 313-317.
- Chalamat, M., C. Mihalopoulos, R. Carter & T. Vos (2005): "Assessing Cost-Effectiveness in Mental Health: Vocational Rehabilitation for Schizophrenia and Related Conditions". *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, s. 693-700.
- Chanut, F., T.G. Brown, M. Dongier (2005): "Motivational Interviewing and Clinical Psychiatry". *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(9), s. 548-554.
- Christensen, T & M. Nordentoft (2011): Review om effekter af beskæftigelsesindsatser til personer med svær psykisk sygdom. Rapport, Arbejdsmarkedsstyrelsen, København.
- Clark, R.E., B. J. Dain, H. Xie, D. R. Becker & R. E. Drake (1998): "The Economic Benefits of Supported Employment for Persons with Mental Illness". *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 1998(1), s. 63-71.
- Cleary, M., G.E. Hunt, S. Matheson & G. Walter (2009): "Psychosocial Treatments for People with Co-Occurring Severe Mental Illness and Substance Misuse: Systematic Review". *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), s. 238-258.
- Clinical Practices Advisory Panel (2007): *Report on Assertive Community Treatment*. Montpelier, USA: Sponsoreret af Vermont Council of Developmental and Mental Health Services.
- Conrod, P.J. & S.H. Stewart (2005): "A Critical Look at Dual-Focused Cognitive-Behavioral Treatments for Comorbid Substance Use and Psychiatric Disorders: Strengths, Limitations, and Future Directions". *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(3), s. 261-284.
- Cook, J.A., A.F. Lehman, W.R. McFarlane, P.B. Gold, H.S. Leff, C. Blyler, M.G. Toprac, L.A. Razzano, J.K. Burke-Miller, L. Blankertz, M. Shafer, S.A. Pickett-Schenk & D.D. Grey (2005): "Integration of Psychiatric and Vocational Services: A Multisite Randomized, Controlled Trial of Supported Employment". *American Journal of Psychiatry*, 162(10), s. 1948-1956.
- Cook, J.A., V. Mulkern, D.D. Grey, J.K. Burke-Miller, C. R. Blyler, L.A. Razzano, S. J. Onken, R. M. Balsler, P.B. Gold, M. Shafer, C.



- Kaufmann, K. Donegan, C. M. Chow & P. A. Steigman (2006): "Effects of Local Unemployment Rate on Vocational Outcomes in a Randomized Trial of Supported Employment for Individuals with Psychiatric Disabilities". *Journal of Vocational Rehabilitation*, 25, s. 71-84.
- Cook, J.A., L.A. Razzano, J.K. Burke-Miller, C. R. Blyler, H.S. Leff, K. T. Muesser, P.B. Gold, R. W Goldberg, M. Shafer, S. J. Onken, W.R. McFarlene, K. Donegan, M. A. Carey, C. Kaufmann, & D.D. Grey (2007): "Effects of Co-Occurring Disorders on Employment Outcomes in A Multisite Randomized Study of Supported Employment for People with Severe Mental Illness". *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 44(6), s. 837-850.
- Crowther, R.E., M. Marshall, G.R. Bond, P. Huxley (2001): "Helping People With Severe Mental Illness To Obtain Work: Systematic Review". *British Medical Journal*. 322(7280), s. 204-208.
- Crowther, R.E., M. Marshall, G.R. Bond, P. Huxley (2001): "Vocational Rehabilitation for People with Severe Mental Illness". *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 2. Art no.: CD003080. DOI: 10.1002/14651858. CD003080.
- Danske Regioner (2007): *OPUS – Opsøgende behandling af psykotiske unge*. <http://www.regioner.dk/Psykiatri/Retspsykiatri/Ops%C3%B8gende+behandling+af+psykotiske+unge+OPUS.aspx>.
- Davidson, L., G. Shahar, D.A. Stayner, M.J. Chinman, J. Rakfeldt & J.K. Tebes (2004): "Supported Socialization for People with Psychiatric Disabilities: Lessons from a Randomized Controlled Trial". *Journal of Community Psychology*, 32(4), s. 453-477.
- De Las Cuevas, C., M.T. Arredondo, M.F. Cabrera, H. Sulzenbacher & U. Meise (2006): "Randomized Clinical Trial of Telepsychiatry through Videoconference versus Face-to-Face Conventional Psychiatric Treatment". *Telemedicine and e-Health*, 12(3), s. 341-350.
- Diferdinando, D. (2007): *A Critical Review of the Literature on the Assessment, Diagnosis, and Treatment of Co-occurring Bipolar and Substance Disorders*. San Diego: Alliant International University. Ph.d.-afhandling.
- Donald, M., J. Dower & D. Kavanagh (2005): "Integrated versus Non-integrated Management and Care for Clients with Co-occurring Mental Health and Substance Use Disorders: A Qualitative Systematic Review of Randomised Controlled Trials". *Social Science & Medicine*, 60(6), s. 1371-1383.

- Dorvil, H., P. Morin, A. Beaulieu & D. Robert (2005): "Housing as a Social Integration Factor for People Classified as Mentally Ill". *Housing Studies*, 20(3), s. 497-519.
- Drake, R.E., C. Mercer-McFadden, K.T. Mueser, G.J. McHugo & G.R. Bond (1998): "Review of Integrated Mental Health and Substance Abuse Treatment for Patients with Dual Disorders". *Schizophrenia Bulletin*, 24(4), s. 589-608.
- Drake, R.E. & K.T. Mueser (2000): "Psychosocial Approaches to Dual Diagnosis". *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), s. 105-118.
- Drake, R.E., K.T. Mueser, M.F. Brunette, G.J. McHugo (2004): "A Review of Treatments for People with Severe Mental Illnesses and Co-Occurring Substance use Disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), s. 360-374.
- Drake, R.E. (2007): "Psychosocial Intervention Research on Co-Occurring Disorders". *Journal of Dual Diagnosis*, 3(2), s. 85-93.
- Drake, R.E., E.L. O'Neal & M.A. Wallach (2008): "A Systematic Review of Psychosocial Research on Psychosocial Interventions for People with Co-occurring Severe Mental and Substance Use Disorders". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1), s. 123-138.
- Eack, S.M., C.G. Greeno, S. Christian-Michaels, A. Dennis & C.M. Anderson (2009): "Case Managers' Perspectives on What They Need To Do Their Job". *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(4), s. 309-312.
- Eplov, L.F., M. Lundsteen & M. Birket-Smith (2009): *Shared Care for ikke-psykotiske sygdomme – Anbefalinger på baggrund af en systematisk litteraturundersøgelse*. København: Danske Regioner.
- Eplov, L.F. (2011): *Et liv i bevægelse. En helhedsorienteret psykiatri-indsats med den sindslidende i centrum. Besvarelse af Helsefondens prisopgave*. København: Helsefonden.
- Eplov, L.F., M. Lundsteen & M. Birket-Smith (2011): *Shared Care mellem almen praksis og psykiatri*. København: Psykiatrisk Center Bispebjerg, Psykiatrisk Center Ballerup & Dansk Selskab for Almen Medicin.
- Europa-Kommissionen (2011): *Supported Employment for People with Disabilities in the EU and EFTA-EEA - Good Practices and Recommendations in Support of a Flexicurity Approach*. (Study Report)  
[http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/cowi.final\\_study\\_report\\_may\\_2011\\_final\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/cowi.final_study_report_may_2011_final_en.pdf)

- Fakhoury, W.K.H., A. Murray, G. Shepherd & S. Priebe (2002): "Research in Supported Housing". *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 37(7), s. 301-15.
- Fiander, M., T. Burns, G.J. McHugo & R.E. Drake (2003): "Assertive Community Treatment Across the Atlantic: Comparison of Model Fidelity in the UK and USA". *British Journal of Psychiatry*, 182, s. 248-254.
- Frankel, S.A. (2011): *About the Collaborative Treatment Method*. Center for Collaborative Psychiatry. Tilgængelig på:  
<http://www.collaborativepsychology.com/CCP-Fact-Sheet.pdf>.
- Garrido, P. & C.B. Saraiva (2012): "P-601 - Understanding the Revolving Door Syndrome". *European Psychiatry*; 2012-supplement, vol. 27, s. 1.
- Gregory, V.L.J. (2011): "Cognitive-behavioral Therapy for Comorbid Bipolar and Substance Use Disorders: A Systematic Review of Controlled Trials". *Mental Health and Substance Use*, 4(4), s. 302-313.
- Gustafsson, C., A. Öjehagen, L. Hansson, M. Sandlund, M. Nyström, J. Glad, G. Cruce, A.-K. Jonsson, M. Fredriksson (2009): "Effects of Psychosocial Interventions for People With Intellectual Disabilities and Mental Health Problems: A Survey of Systematic Reviews". *Research on Social Work Practice*, 19(3), s. 281-290.
- Herdelin, A.C. & D.L. Scott (1999): "Experimental Studies of the Program of Assertive Community Treatment (PACT)". *Journal of Disability Policy Studies*, 10(1), s. 53-89.
- Hewitt, J & M. Coffey (2005): "Therapeutic Working Relationships with People with Schizophrenia: Literature Review", *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), s. 561-70.
- Hjemløsestrategien (2011a), *Metodebeskrivelse: Assertive Community Service*, Rambøll Management, tilgængelig på:  
<http://hjemlosestrategien.ramboll.dk/metoderne/~media/9C1369DEA73949C3974A14D044B93239.ashx>.
- Hjemløsestrategien (2011b), *Metodeskabelon: ACT*, Rambøll Management, Tilgængelig på:  
<http://hjemlosestrategien.ramboll.dk/metoderne/~media/59263661641B465C857DEEE02C6130FC.ashx>.
- Hjemløsestrategien (2011c), *Individuel Case Management*, Rambøll Management, tilgængelig på:

<http://hjemlosestrategien.ramboll.dk/metoderne/individual%20case%20management>.

- Hjorthøj, C., A. Fohlmann & M. Nordentoft (2009): "Reprint of "Treatment of Cannabis Use Disorders in People with Schizophrenia Spectrum Disorders. A Systematic Review". *Addictive Behaviors*, 34(10), s. 846-851.
- Hoffmann, D.A., D. Young, L.C. Manges, W. Chambers & M. Miller (2004): "A Collaborative Approach to the Development of Psychiatric Rehabilitation Services in a Public Behavioral Health Managed Care Environment". *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(2), s. 109-112.
- Horsfall, J., M. Cleary, G.E. Hunt & G. Walter (2009): "Psychosocial Treatments for People with Co-occurring Severe Mental Illnesses and Substance Use Disorders (Dual Diagnosis): A Review of Empirical Evidence". *Harvard Review of Psychiatry*, 17(1), s. 24-34.
- Ijff, M.A., K.M.L. Huijbregts, W.J. Harm, A.T.F. Beekman, L.H. Roijen, F.F. Rutten, J. Unützer & M.v.d.F. Christina (2007): "Cost-Effectiveness of Collaborative Care Including PST and an Anti-depressant Treatment Algorithm for the Treatment of Major Depressive Disorder in Primary Care; a Randomised Clinical Trial". *BMC Health Services Research*, 7, s. 34-11.
- Jeppesen, P., L. Petersen, A. Thorup, M.B. Abel, J. Øehlenschläger, T. Christensen, G. Krarup, R. Hemmingsen, P. Jørgensen & M. Nordentoft (2005): "Integrated Treatment of First-episode Psychosis: Effect of Treatment on Family Burden: OPUS Trial". *The British Journal of Psychiatry*, 187(Suppl. 48), s. 85-89.
- Johnson, J. (2000): "Cost-effectiveness of Mental Health Services for Persons with a Dual Diagnosis: A Literature Review and the CCMHCP". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(2), s. 119-127.
- Jørgensen, P., M. Nordentoft, M.B. Abel, G. Gouliaev, P. Jeppesen, P. Kassow (2000): "Early Detection and Assertive Community Treatment of Young Psychotics: the Opus Study Rationale and Design of the Trial". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(7), s.283-287.
- Kallert, T. W. & M. Leisse (2001): "Schizophrenic Patients' Normative Needs for Community-based Psychiatric Care: an Evaluative Study throughout the Year Following Hospital Release in Dres-

- den Region". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(1), s. 1-12.
- Kaner, E.F.S., N. Brown & K. Jackson (2011): "A Systematic Review of the Impact of Brief Interventions on Substance Use and Comorbid Physical and Mental Health Conditions". *Mental Health and Substance Use*, 4(1), s. 38-61.
- Kavanagh, D.J. & K.T. Mueser (2007): "Current Evidence on Integrated Treatment for Serious Mental Disorder and Substance Misuse". *Tidsskrift for Norske Psykologforening*, 44(5), s. 618-637.
- Kavanagh, D.J. & J.M. Connolly (2009): "Interventions for Co-occurring Addictive and other Mental Disorders (AMDs)". *Addictive Behaviors*, 34(10), s. 838-845.
- Kelly, T.M., D.C. Daley, A.B. Douaihy (2012): "Treatment of Substance Abusing Patients with Comorbid Psychiatric Disorders". *Addictive Behaviors*, 37(2012), s. 11-24.
- Kenny, D.A., R.J. Calsyn, G.A. Morse, W.D. Klinkenberg, J.P. Winter, M.L. Trusty (2004): "Evaluation of Treatment Programs for Persons with Severe Mental Illness". *Evaluation Review*, 28(4), s. 283-7.
- Kent, A. & T. Burns (2005): "Assertive Community Treatment in UK Practice". *Advances in Psychiatry Treatment*, 11, s. 388-397.
- Killaspy, H., P. Bebbington, R. Blizzard, S. Johnson, F. Nolan, S. Pilling & M. King (2006): "The REACT Study: Randomized Evaluation of Assertive Community Treatment in North London". *British Medical Journal BMJ*, 332(7545), s. 815-820.
- Kiser, L.J. & L.L. Kennedy (2001): "Therapeutic Processes Across the Continuum". I: Kiser, L.J., P.M. Lefkowitz & L.L. Kennedy (red.). *The Integrated Behavioral Health Continuum – Theory and Practice*. Arlington: American Psychiatric Press Inc., s. 143.
- Kortrijk, H. E., C. L. Mulder, M. Drukker, D. Wiersma & H. J. Duivenvoorden (2012): "Duration of Assertive Community Treatment and the Interpretation of Routine Outcome Data". *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(3), s. 240-248.
- Kyle, T. & J.R. Dunn (2008): "Effects of Housing Circumstances on Health, Quality of Life and Healthcare Use for People with Severe Mental Illness: a Review". *Health & Social Care in the Community*, 16(1), s. 1-15.

- Lamb, R.J., K.C. Kirby, A.R. Morral, G. Galbicka, M.Y. Iguchi (2004): "Improving Contingency Management Programs for Addiction". *Addictive Behaviors* 29(3), s. 507-523.
- Latimer, E.A. (1999): "Economic Impacts of Assertive Community Treatment: A Review of the Literature". *Can J Psychiatry*, 44(5), s. 443-454.
- Lee, S., Y.I. Wong & A.B. Rothbard (2009): "Factors Associated With Departure from Supported Independent Living Programs for Persons with Serious Mental Illness". *Psychiatric Services*, vol. 60(3), s. 367-373.
- Levitt, A.J., K.T. Mueser, J. DeGenova, J. Lorenzo, D. Bradford-Watt, A. Barbosa, M. Karlin & M. Chernick (2009): "Randomized Controlled Trial of Illness Management and Recovery in Multiple-unit Supportive Housing". *Psychiatric Services*, 60(12), s. 1629-1636.
- Lin, P., D.G. Campbell, E.F. Chaney, L. Chuan-Fen, P. Heagerty, B.L. Felker & S.C. Hedrick (2005): "The Influence of Patient Preference on Depression Treatment in Primary Care". *Annals of Behavioral Medicine*, 30(2), s. 164-173.
- Linkins, K. W., J. J. Brya, A. Oelschlaeger, B. Simonson, S. Lahiri, J. McFeeters, M. Schutze, J. Jonas & M. A. Jowry (2011): "Influencing the Disability Trajectory for Workers With Serious Mental Illness: Lessons from Minnesota's Demonstration to maintain Independence and Employment. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 34, s. 107-118.
- Lundsteen, M. & L.F. Eplöv (2011): *Psykiatrisk Rehabilitering*, København: Region Hovedstaden. Tilgængelig på: [http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/97935A15-41B7-409B-BD84-A002E02346EB/0/Psykiatrisk\\_rehabilitering\\_Merete\\_Lundsteen.pdf](http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/97935A15-41B7-409B-BD84-A002E02346EB/0/Psykiatrisk_rehabilitering_Merete_Lundsteen.pdf).
- Magura, S., L. Blankertz, E. M. Madison, E. Friedman & A. Gomez (2007): "An Innovative Job Placement Model for Unemployed Methadone Patients: A Randomized Clinical Trial. *Substance Use & Misuse*, 42, s. 811-828.
- Marshall, M & A. Lockwood (1998): *Assertive community Treatment for people with severe mental disorders*. Cochrane Database Systematic Review. The Cochrane Collaboration. Manchester: Published by John Wiley and Sons, Issue 2, Art. No.:CD001089.

- Marshall, M, A. Gray, A. Lockwood & R. Green (1998): *Case Management for People with Severe Mental Disorders*. Cochrane Database Systematic Review 1998, Issue 2, Art. No.:CD000050. DOI: 10.1002/14651858. CD 000050.
- Marshall, M. & F. Creed (2000): "Assertive Community Treatment – is it the Future of Community Care in the UK?". *International Review of Psychiatry*, 12(3), s. 191-196.
- Marshall M., A. Gray, A. Lockwood & R. Green (2001): *Case Management for Severe Mental Disorders*. Cochrane Database Systematic Review 2000;(2):CD000050.
- Mattsson M., A. Topor, J. Cullberg & Y. Forsell (2008): "Association Between Financial Strain, Social Network and Five-year Recovery from First Episode Psychosis". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, s. 947-952.
- McCabe, R. & S. Priebe (2004): "The Therapeutic Relationship in the Treatment of Severe Mental Illness: A Review of Methods and Findings". *International Journal of Social Psychiatry*, vol 50 (2), s. 115-128.
- McDermott, F. (2003): "Group Work in the Mental Health Field: Researching Outcome". *Australian Social Work*, 56(4), s. 352-363.
- McGovern, M.P., B.R. Wrisley, R.E. Drake (2005): "Relapse of Substance Use Disorder and Its Prevention among Persons with Co-occurring Disorders". *Psychiatric Services*, 56(10), s 1270-1273.
- Meier, P.S. & C. Barrowclough (2009): "Mental Health Problems: Are They or are They Not a Risk Factor for Dropout from Drug Treatment? A systematic review of the evidence". *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 16(1), s. 7-38.
- Miller, L., T.T. Brown, D. Pilon, R.M. Scheffler & M. Davis (2009): "Patterns of Recovery from Severe Mental Illness: A Pilot Study of Outcomes". *Community Mental Health Journal*, 46(2), s. 177-187.
- Moore, S.P. (2003): *Neurological Impairment in Adults Who have Dual Diagnosis: A Critical Review of the Literature*. San Diego: Alliant International University, California School of Professional Psychology. Ph.d.-afhandling.
- Mueser, K.T., G.R. Bond, R.E. Drake & S.G. Resnick (1998): "Models of Community Care for Severe Mental Illness: A Review of Research on Case Management". *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), s.37-74.

- Mueser, K.T., P.W. Corrigan, D.W. Hilton, B. Tanzman, A. Schaub, S. Gingerich, S.M. Essock, N. Tarrier, B. Morey, S. Vogel-Scibilia, M.I. Herz (2002): Illness Management and Recovery: A Review of the Research, *Psychiatric Services*, 53(10), s 1272-1284.
- Mueser, K.T., R.E. Drake, S.C. Signion & M.F. Brunette (2005): "Psychosocial Interventions for Adults with Severe Mental Illnesses and Co-Occurring Substance Use Disorders: A Review of Specific Interventions". *Journal of Dual Diagnosis*, 1(2), s. 57-82.
- Nelson, G. (2010): "Housing for People with Serious Mental Illness: Approaches, Evidence, and Transformative Change". *Journal of Sociology & Social Welfare*, 37(4), s. 123-146.
- Nelson, G., J. Clarke, A. Febbraro & M. Hatzipantelis (2005): A Narrative Approach to the Evaluation of Supportive Housing: Stories of Homeless People Who Have Experienced Serious Mental Illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(1), s. 98-103.
- 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 Adaptation of People with Severe Mental Illness". *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34(2), 89-100.
- Nelson, G., T. Aubry & A. Lafrance (2007): "A Review of the Literature on the Effectiveness of Housing and Support, Assertive Community Treatment, and Intensive Case Management Interventions for Persons with Mental Illness who have been Homeless". *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(3), s. 350-361.
- Newman, S.J. (2001): "Housing Attributes and Serious Mental Illness: Implications for Research and Practice". *Psychiatric Services*, 52(10), s. 1309-1317.
- Nordentoft, M., A. Thorup, L. Petersen, J. Øhlenschläger, M. Melau, T.Ø. Christensen, G. Krarup, P. Jørgensen & P. Jeppesen (2006): "Transition Rates from Schizotypal Disorder to Psychotic Disorder for First-contact Patients Included in the OPUS Trial. A Randomized Clinical Trial of Integrated Treatment and Standard Treatment". *Schizophrenia Research*, 83(1), s. 29-40.
- 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*, 86(6), s. 965-989.
- O'Day, B., M. Killeen & S. Goldberg (2006): "Not Just Any Job: People with Psychiatric Disabilities build Careers. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 25, s. 119-131.
- Palmieri, C.D. & M.P. Accordino (2004): "Dual Diagnosis: Effective Treatment and Barriers to Recovery". *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 35(4), s. 35-41.
- Petersen, L., P. Jeppesen, A. Thorup, M.B. Abel, J. Øhlenschläger, T.Ø. Christensen, G. Krarup, P. Jørgensen & M. Nordentoft (2005): "A Randomised Multicentre Trial of Integrated Versus Standard Treatment for Patients with a First Episode of Psychotic Illness". *BMJ: British Medical Journal*, 331(7517), s. 602.
- Rapp, C.A. (1998): *The Strengths Model*. New York: Oxford University Press.
- Rasmussen, S. & L. Rosenly (2004): "Psykiatrisk Akutteam. Nyt behandlingstilbud i psykiatrien". *Månedsskrift for praktisk lægegerning*, 82 (jan), s. 129-141.
- Reeves, S. (2001): "A Systematic Review of the Effects of Interprofessional Education on Staff Involved in the Care of Adults with Mental Health Problems". *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 8(6), s. 533.
- Region H (2011): *OPUS Team*. Tilgængelig på: <http://www.psykiatri-regionh.dk/menu/Centre/Psykiatriske+centre/Psykiatrisk+Center+Glostrup/Undersoegelse+og+behandling/OPUS+team>.
- Region Syddanmark(2008): Psykiatricenter Ribe Vest, *Information til samarbejdspartnere. Klinik for skizofreni, Opsøgende psykoseteam (OPT)*. [www.psykiatriensyddanmark.dk/dwn81819](http://www.psykiatriensyddanmark.dk/dwn81819).
- Rinaldi, M & R. Perkins (2007): "Comparing Employment Outcomes for two Vocational Services: Individual Placement and Support and Non-integrated Pre-vocational Services in the UK. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 27, s. 21-27.
- Rinaldi, M, L. Miller & R. Perkins (2010): "Implementing the Individual Placement and Support (IPS) Approach for People with Mental Health Conditions in England. *International Review of Psychiatry*, 22(2), s. 163-172.

- Rolls, L., E. Davis & K. Coupland (2002): "Improving Serious Mental Illness through Interprofessional Education". *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(3), s. 317-324.
- Rubak, S.L.M, J. Mainz & J.M. Rubak (2002): ">>Shared Care<< Et integreret samarbejde om patientforløb på tværs af sektorgrænserne". *Ugeskrift for Læger*, 164 (45), s. 52-56.
- Salyers, M.P., A.B. McGuire, A.L. Rollins, G.R. Bond, K.T. Mueser & V. R. Macy (2010): "Integrating Assertive Community Treatment and Illness Management and Recovery for Consumers with Severe Mental Illness", *Community Ment Health Journal*, 46(4), s. 319-329.
- Schulte, S.J., P.S. Meier & J. Stirling (2011): "Dual Diagnosis Clients' Treatment Satisfaction: A Systematic Review". *BMC Psychiatry*, 11(64), s. 1-12.
- Schön, U-K, Denhov, A. & Topor, A. (2009): Social relationships as a decisive factor in recovering from severe mental illness, *International Journal of Social Psychiatry*, 55 (4), 336-347.
- Seikkula, J., B. Alakare, J. Aaltonen (2001a): "Open Dialogue in Psychosis I: An Introduction and Case Illustration". *Journal of Constructivist Psychology*, 14:247-265.
- Seikkula, J., B. Alakare, J. Aaltonen (2001b): "Open Dialogue in Psychosis II: A Comparison of Good and Poor Outcome Cases". *Journal of Constructivist Psychology*, 14, s. 267-284.
- Seikkula, J. (2002): "Open Dialogues with Good and Poor Outcomes for Psychotic Crises: Examples from Families with Violence". *Journal of Marital and Family Therapy*, 2002(28), s. 263-274.
- Seikkula, J., B. Alakare, J. Aaltonen, J. Holma, A. Rasinkangas, K. Lehtinen (2001): "Open Dialogue Approach: Treatment Principles and Preliminary Results of a Two-year Follow-up on First Episode Schizophrenia". *Ethical and Human Sciences and Services*, 5(3), s. 163-182.
- Seikkula, J., M.E. Olson (2003): "The Open Dialogue Approach to Acute Psychosis: Its Poetics and Micropolitics". *Family Process*, 42(3), s. 403-418.
- Seikkula, J., J. Aaltonen, B. Alakare, K. Haarakangas, J. Keränen, K. Lehtinen (2006): "Five-year Experience of First-episode Non-affective Psychosis in Open-dialogue Approach: Treatment

- Principles, Follow-up Outcomes, and Two Case Studies". *Psychotherapy Research* 16(2), s. 214-228.
- Seikkula, J. (2008): *Åben Dialog og netværksarbejde*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Spjælkavik, Ø. (2012): "Supported Employment in Norway and in the other Nordic countries". *Journal of Vocational Rehabilitation*, 37, s. 163-172.
- Strong Kinnaman, J.E., E. Slade, M.E. Bennett, A.S. Bellack (2007): "Examination of Contingency Payments to Dually-diagnosed Patients in a Multi-faceted Behavioral Treatment". *Addictive Behaviors* 32(2007) s. 1480-1485.
- Storfjell, J.L., E. Brigell, K. Christiansen, J. McDevitt, A. Miller, M. Snyder & D. Pavick (2008): "WOW Specialty Home Care Service for Individuals With Severe Mental Illness". *Home Health Care Management & Practice*, 21(1), s. 23-32.
- Stromwall, L.K. & D. Hurdle (2003): "Psychiatric Rehabilitation: An Empowerment-Based Approach to Mental Health Services". *Health & Social Work*, 28(3), s. 206-213.
- Sytema S., L. Wunderink, W. Bloemers, L. Roorda & D. Wiersma (2007): "Assertive Community Treatment in the Netherlands: a Randomized Controlled Trial". *ACTA Psychiatrica Scandinavica*, 116(2), s. 105-112.
- Søndergaard, I. (2012): Uddannelsesplan i Åben Dialog. Relations- og Netværksarbejde. 2013-2014.  
<http://csu.foundry.aarhuskommune.dk/CSUKurser/~~/media/csu/Files/CSU%20Kurser/%C3%85ben%20Dialog%202013-2014%20uddannelsesplan.ashx> (april 2013).
- Tanzman, B. (1993): "Researching the Preferences for Housing and Supports: An Overview of Consumer Preference Surveys". *Hospital and Community Psychiatry*, 44, s. 40-50.
- Test, M.A. (1998): "ACT History and Origins", *The Journal*, 9(1).
- Tiet, Q.Q. & B. Mausbach (2007): "Treatments for Patients with Dual Diagnosis: A Review". *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(4), s. 513-536.
- Topor A., M. Borg R. Mezzina, D. Sells, I. Marin & L. Davidson (2006): "Others: The Role of Family, Friends and Professionals in the Recovery Process". *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*. Vol 9, nr 1, s. 17-37.

- Torrey, W.C., M. Tepper & J. Greenwold (2011): "Implementing Integrated Services for Adults with Co-occurring Substance Use Disorders and Psychiatric Illnesses: A Research Review". *Journal of Dual Diagnosis*, 7(3), s. 150-161.
- Tracy, E.M. & D.E. Biegel (2006): "Personal Social Networks and Dual Disorders: A Literature Review and Implications for Practice and Future Research". *Journal of Dual Diagnosis*, 2(2), s. 59-88.
- Tsemberis, S. (2005): "Providing Housing First and Recovery Services for Homeless Adults With Severe Mental Illness". *Pathway to Housing*, Inc., New York, 2005 APA Gold Award, Psychiatric Services, 56(10), 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).
- Tyrer, P. & S. Simmonds (2003): "Treatment Models for Those with Severe Mental Illness and Comorbid Personality Disorder". *The British Journal of Psychiatry*, 182(suppl. 44), s. 15-18.
- Tsuang, J., T.W. Fong, I. Lesser (2005): Psychosocial Treatment of Patients with Schizophrenia and Substance Abuse Disorders. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 5(2), s. 53-66.
- Thompson, K.S., E.E.H. Griffith & P.J. Leaf (1990): "A Historical Review of the Madison Model of Community Care". *Hospital and Community Psychiatry*, 41(6), s. 325-634.
- UK700 Group (2000): "Cost-effectiveness of Intensive vs. Standard Case Management for Severe Psychotic Illness – UK700 Case Management Trial". *British Journal of Psychiatry*, 176, s. 537-543.
- Van der Feltz-Cornelis, C., P. van Oppen, H.J. Adér & R. van Dyck (2006): "Randomised Controlled Trial of a Collaborative Care Model with Psychiatric Consultation for Persistent Medically Unexplained Symptoms in General Practice". *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(5), s. 282-289.
- van Veldhuizen, J.R. (2007): "FACT: a Dutch Version of ACT". *Community Ment Health Journal*, 43(4), s.421-33.
- Vlasveld, M.C., J.R. Anema, A.T.F. Beekman, W. van Mechelen, R. Hoedeman, H.W.J. Van Marwijk, F.F. Rutten, L. Hakkaart-van Roijen & C. van der Feltz-Cornelis (2008): "Multidisciplinary

- Collaborative Care for Depressive Disorder in the Occupational Health Setting: design of a randomised controlled trial and cost-effectiveness study". *BMC Health Services Research*, 8, s. 1-12.
- Westra, H.A., A. Aviram & F.K. Doell (2011): "Extending Motivational Interviewing to the Treatment of Major Mental Health Problems: Current Directions and Evidence". *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(11), s. 643-650.
- Whitley, R. (2012): The Antipsychiatry Movement: Dead, Diminishing, or Developing? *Open Forum*, 1. oktober, 2012.
- Wong, Y.L.I. & P.L. Solomon (2002): "Community Integration of Persons with Psychiatric Disabilities in Supportive Independent Housing: A Conceptual Model and Methodological Considerations". *Mental Health Services Research*, 4(1), s. 13-28.
- Wong, Y.L.I., M. Filoromo & J. Tennille (2006): "From Principles to Practice: A Study of Implementation of Supported Housing for Psychiatric Consumers". *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34(1), s. 13-28.
- Wright, C., J. Catty, H. Watt, T. Burns (2004): "A Systematic Review of Home Treatment Services. Classification and sustainability". *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 39(10), s. 789-796.
- Yoe, J.T. & K. Glew (2008): *Assertive Community Treatment in Maine: Evaluating Fidelity, Service Use and Outcomes*. Maine: Quality Improvement Services – An office of the Department and Health and Human Services, USA. Tilgængelig på:  
<http://www.maine.gov/dhhs/QI/PDF/Assertive-Community-Treatment.pdf>
- Øhlenschläger, J., M. Nordentoft, A. Thorup, P. Jeppesen, L. Petersen, T.Ø. Christensen, G. Krarup & P. Jørgensen (2008): "Effect of Integrated Treatment on the Use of Coercive Measures in First-episode Schizophrenia-spectrum Disorder. A Randomized Clinical Trial". *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(1), s. 72-76.



## SFI-RAPPORTER SIDEN 2012

SFI-rapporter kan købes eller downloades gratis fra [www.sfi.dk](http://www.sfi.dk). Enkelte rapporter er kun udkommet som netpublikationer, hvilket vil fremgå af listen nedenfor.

- 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 livskvalitet 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 fastholdelse-scenter. Kommuners, fagforeningers, arbejdsgiveres og forsikringssekskabers erfaringer med fastholdelsescentret.* 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.
- 12:20 Graversen, B: *Effekter af virksomhedsrettet aktivering for udsatte ledige. En litteraturoversigt.* 72 sider. e-ISBN: 978-87-7119-112-7. Netpublikation.
- 12:21 Albæk, K., H.B. Bach & S. Jensen: *Effekter af mentorstøtte for udsatte ledige. En litteraturoversigt.* 68 sider. e-ISBN: 978-87-7119-114-1. Netpublikation.
- 12:22 Jensen, T.G., K. Weibel, M.K. Tørslev, L.L. Knudsen & S.J. Jacobsen: *Måling af diskrimination på baggrund af etnisk oprindelse.* 134 sider. ISBN: 978-87-7119-115-8, e-ISBN: 978-87-7119-116-5. Vejledende pris: 130,00 kr.
- 12:23 Madsen, M.B. & K. Weibel: *Delt viden. Aktiveringsindsatsen for ikke-arbejdsmarkedsparete kontanthjælpsmodtagere.* 152 sider. ISBN: 978-87-7119-117-2. e-ISBN: 978-87-7119-118-9. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 12:24 Lyk-Jensen, S.V., J. Heidemann, A. Glad & C.D. Weatherall: *Danske hjemvendte soldater. Soldaternes psykiske sundhedsprofil før og efter udsendelse.* 210 sider. e-ISBN: 978-87-7119-119-6. Netpublikation.
- 12:25 Lausten, M., H. Hansen, K.S. Vammen & K. Vasegaard: *Forebyggende foranstaltninger 18-22 år. Dialoggruppe – Om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 6.* 164 sider. ISBN: 978-87-7119-121-9. e-ISBN: 978-87-7119-122-6. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 12:26 Lauritzen, H.H., R.N. Brünner, P. Thomsen & M. Wüst: *Ældres ressourcer og behov. Status og udvikling på baggrund af Ældredatabasen.* 180 sider. ISBN: 978-87-7119-123-3. e-ISBN: 978-87-7119-124-0. Vejledende pris: 180,00 kr.

- 12:27 Høst, A.K, T. Fridberg, D.L. Stigaard & B. Boje-Kovacs: *Når fogeden banker på. Fogedsager og effektive udsættelser af lejere*. 422 sider. ISBN: 978-87-7119-125-7. e-ISBN: 978-87-7119-126-4. Vejledende pris 420,00 kr.
- 12:28 Nielsen, H., A. Mølgaard & L. Dybdal: *Procesevaluering af boligsociale indsatser. Delrapport 2. Kvalitativ kortlægning af Landsbyggefondens 2006-2010-pulje med fokus på projektorganisering og samarbejde*. 118 sider. e-ISBN: 978-87-7119-127-1. Netpublikation.
- 12:29 Andrade, S.B.: *Levekår i danske landbrug. Analyse af sammenhænge mellem risikofaktorer og dyrvernssager i landbruget fra 2000 til 2008*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-128-8. e-ISBN: 978-87-7119-129-5. Vejledende pris: 170,00 kr.
- 12:30 Ottosen, M.H. (red.): *15-åriges hverdagsliv og udfordringer. Rapport fra femte dataindsamling af forløbsundersøgelsen af børn født i 1995*. 348 sider. ISBN: 978-87-7119-130-1. e-ISBN: 978-87-7119-131-8. Vejledende pris: 340,00 kr.
- 12:31 Bach, H.B.: *Arbejdsmarkedsparathed og selvforsørgelse*. 36 sider. e-ISBN: 978-87-7119-133-2. Netpublikation.
- 12:32 Christensen, E. & A.P. Langhede: *Evaluering af psykologhjælp til børn på krisecentre*. 61 sider. ISBN: 978-87-7811-197-5. Netpublikation. Udgivet af Ankestyrelsen og SFI.
- 12:33 Termansen, T. & C.S. Sonne-Schmidt: *Forebyggende fysisk træning til ældre. En undersøgelse af effekten af en kort træningsindsats på aldres fysiske funktionsevne*. 64 sider. ISBN: 978-87-7119-135-6. e-ISBN: 978-87-7119-136-3. Vejledende pris: 60,00 kr.
- 12:34 Hansen, H., P.R. Skov & K.M. Sørensen: *Støtte til udsatte børnefamilier. En effektmåling af familiebehandling og praktisk pædagogiske støtte*. 112 sider. e-ISBN: 978-87-7119-137-0. Netpublikation
- 12:35 Ellerbæk, L.S., V. Jakobsen, S. Jensen & H. Holt: *Virksomheders sociale engagement. Årbog 2012*. 182 sider. ISBN: 978-87-7119-138-7. e-ISBN: 978-87-7119-139-4. Vejledende pris: 180,00 kr.
- 12:36 Jakobsen, T.B., S.V. Lyk-Jensen & D.L. Stigaard: *Lige muligheder – metodisk grundlag for en effektevaluering. Evalueringsrapport 2*. 82 sider. e-ISBN: 978-87-7487-140-0. Netpublikation.
- 13:01 Kjeldsen, M.M., H.S. Houlberg & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse. Udviklingen mellem 2002 og 2012*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-141-7. e-ISBN: 978-87-7119-142-4. Vejledende pris: 170,00 kr.

- 13:02 Liversage, A, R. Bille & V. Jakobsen: Den danske au pair-ordning. 281 sider. ISBN: ISBN 978-87-7119-143-1. e-ISBN: 978-87-7119-144-8. Vejledende pris 280,00 kr.
- 13:03 Oldrup, H., A.K. Høst, A.A. Nielsen & B. Boje-Kovacs: *Når børnefamilier sættes ud af deres lejlighed*. 222 sider. ISBN: 978-87-7119-145-5. e-ISBN: 978-87-7119-146-2. Vejledende pris: 220,00 kr.
- 13:04 Lausten, M., H. Hansen & V. M. Jensen: *God praksis i forebyggende arbejde – samlet evaluering af dialogprojektet. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse*. 173 sider. ISBN: 978-87-7119-147-9. e-ISBN: 978-87-7119-148-6. Vejledende pris: 170,00 kr.
- 13:05 Christensen, E.: *Ilasiaq. Evaluering af en bo-enhed for udsatte børn*. 75 sider. ISBN: 978-87-7119-149-3. e-ISBN: 978-87-7119-150-9. Vejledende pris: 70,00 kr.
- 13:06 Christensen, E.: *Ilasiaq. Meeqqanut aarlerinartorsiortunut najugaqatigiiffimmik nalilersuineq*. 88 sider. ISBN: 978-87-7119-151-6. e-ISBN: 978-87-7119-152-3. Vejledende pris: 70,00 kr.
- 13:07 Lausten, M., D. Andersen, P.R. Skov & A.A. Nielsen: *Anbragte 15-åriges hverdagsliv og udfordringer. Rapport fra tredje dataindsamling af forløbsundersøgelsen af anbragte børn født i 1995*. 153 sider. ISBN: 978-87-7119-153-0. e-ISBN: 978-87-7119-154-7. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 13:08 Luckow, S.T. & V.L. Nielsen: *Evaluering af ressource- og risikoskema. Tidlig identifikation af kriminalitetstruede børn og unge*. 90 sider. e-ISBN: 978-87-7119-156-1. Netpublikation.
- 13:09 Winter, S.C. & V.L. Nielsen (red.): *Lærere, undervisning og elevpræstationer i folkeskolen*. 265 sider. e-ISBN: 978-87-7119-158-5. Netpublikation.
- 13:10 Kjeldsen, M.M., & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse i 2012. Regionale forskelle*. 59 sider. ISBN: 978-87-7119-159-2. e-ISBN: 978-87-7119-160-8. Vejledende pris: 60,00 kr.
- 13:11 Manuel, C. & A. K. Jørgensen: *Systematic review of youth crime prevention intervention – published 2008-2012*. 309 sider. e-ISBN: 978-87-7119-161-5. Netpublikation.
- 13:12 Nilsson, K. & H. Holt: *Halvering af dagpengeperioden og akutpakken. Erfaringer i jobcentre og A-kasser*. 80 sider. e-ISBN: 978-87-7119-162-2. Netpublikation.

- 13:13 Nielsen, A.A. & V.L. Nielsen: *Evaluering af projekt SAMSPIL. En udvidet mødegruppe til unge udsatte mødre*. 66 sider. e-ISBN: 978-87-7119-163-9. Netpublikation.
- 13:15 Bengtsson, S. & S. Ø. Gregersen: *Integrerede indsatser over for mennesker med psykiske lidelser. En forskningsoversigt*. 106 sider. ISBN: 978-87-7119-169-1. e-ISBN: 978-87-7119-170-7. Vejledende pris: 100,00 kr.



# INTEGREREDE INDSATSER FOR MENNESKER MED PSYKISKE LIDELSER

## EN FORSKNINGSOVERSIGT

Denne rapport er en forskningsoversigt, som er udarbejdet som led i projektet Integrerede Forløb, hvor afdelinger i region og kommune, som arbejder med mennesker med sindslidelse, er gået sammen om at udvikle en integreret indsats. Projektet udføres sammen med konsulenthuset Implement Care efter udbud fra Socialstyrelsen i perioden 2011-2013. Seks kommuner og to regioner deltager i projektet. Hensigten med forskningsoversigten er at give projektdeltagerne et indblik i den eksisterende viden om integrerede indsatser.

Forskningsoversigten gennemgår en række metoder til integration af behandlings- og rehabiliteringsforløb for borgere med sindslidelser. Den er delt op i metoder med hovedvægt på behandling og metoder med hovedvægt på social indsats. Blandt de metoder, der gennemgås, er Assertive Community Teams (eller Assertive Outreach), Shared Care, Åben Dialog bostøtte og støttet beskæftigelse.