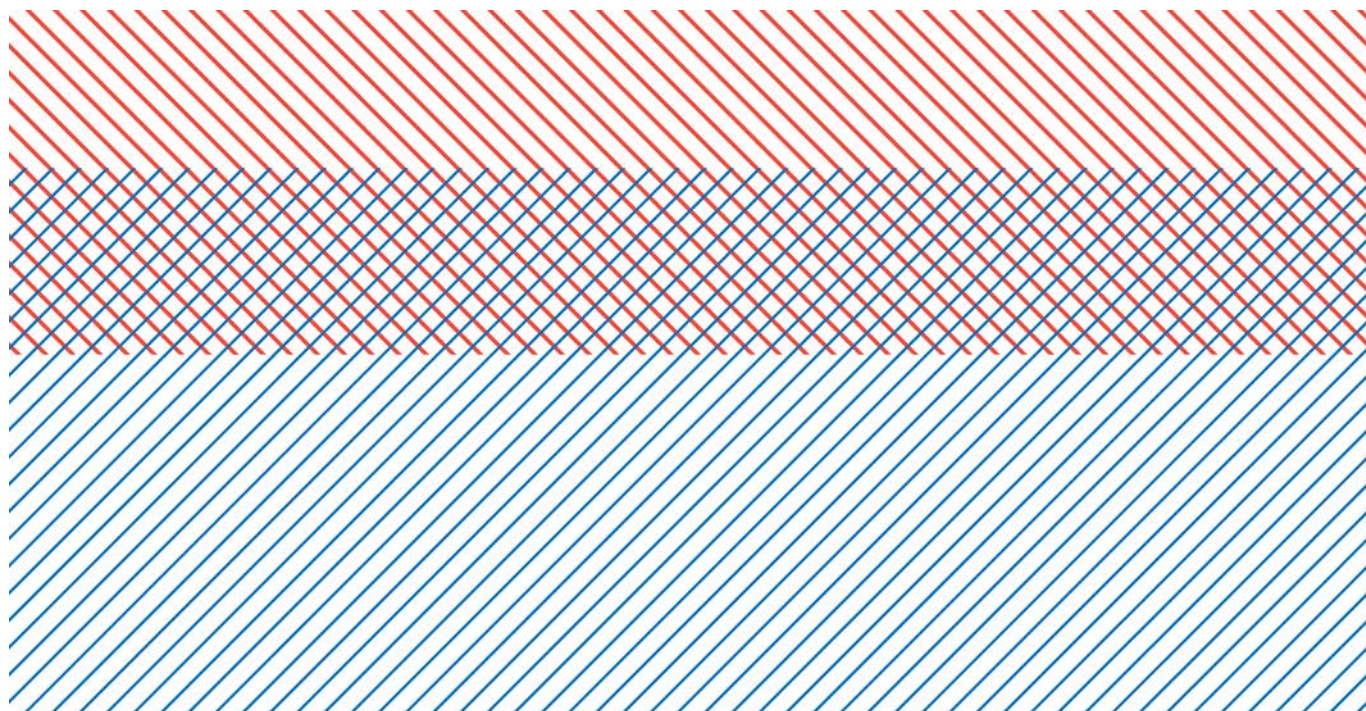


Kvalitet i bostøtte

Et litteraturstudie om kvalitet i bostøtte til mennesker med psykiske vanskeligheder i egen bolig



Agnete Aslaug Kjær, Sine Kirkegaard, Sigrød Trier Grønfeldt & Leif Olsen

Kvalitet i bostøtte – Et litteraturstudie om kvalitet i bostøtte til mennesker med psykiske vanskeligheder i egen bolig

© VIVE og Socialstyrelsen, 2020

e-ISBN: 978-87-7119-785-3

Projekt: 301433

Socialstyrelsen

Edisonsvej 1

5000 Odense C

www.socialstyrelsen.dk

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Dette litteraturstudie er en del af projektet 'Faglige pejlemærker for øget kvalitet i den socialpædagogiske bistand' (Faglige pejlemærker), som er iværksat og finansieret af Socialstyrelsen. 'Faglige pejlemærker' er et led i Socialstyrelsens samlede initiativ 'En styrket indsats i kvaliteten i socialpsykiatrien', som forløber i årene 2019-2022.

Litteraturstudiets formål er at bringe relevant litteratur ind i det generelle arbejde med kvalitetsudvikling af bostøtte i Danmark. Samtidig er det et konkret formål med litteraturstudiet at bidrage til Socialstyrelsens arbejdsgruppe, der skal udarbejde faglige pejlemærker for øget kvalitet i den socialpædagogiske bistand efter § 85 i serviceloven til borgere med psykiske vanskeligheder, som bor i egen bolig. I daglig tale og skrift bruges i udbredt omfang den kortere betegnelse bostøtte om servicelovens § 85, og derfor har vi også valgt at bruge den kortere betegnelse bostøtte i dette litteraturstudie.

Emnet for dette litteraturstudie er komplekst, da både kvalitet og bostøtte indeholder mange mulige og relevante dimensioner, der kan vurderes og prioriteres ud fra mange forskellige perspektiver, fx borgere, pårørende, medarbejdere, ledere og politikere. Litteraturstudiet afspejler denne kompleksitet, samtidig med at der er foretaget nogle vigtige valg, fx at det i særlig grad er prioriteret at arbejde med kvaliteter, der knytter sig til recovery, rehabilitering og Socialtilsynets kvalitetsmodel. Samtidig har vi arbejdet ud fra en åbenhed, i forhold til at litteraturen kunne indeholde andre væsentlige kvalitetstemaer. Litteraturstudiet har i særlig grad fokus på relevans i forhold til at kunne bidrage til det praktiske arbejde med at understøtte udviklingen af kvalitet i kommunernes bostøtte til borgere med psykiske vanskeligheder, der bor i egen bolig.

Litteraturstudiet er udarbejdet af forsker Agnete Aslaug Kjær, forsker Sine Kirkegaard, analytiker Sigrid Trier Grønfeldt og seniorforsker Leif Olsen, som har været VIVEs projektleder på opgaven. Desuden har VIVEs bibliotekar Anne Nørgaard-Pedersen foretaget litteratursøgningen til litteraturstudiet. Litteraturstudiet er udarbejdet i samarbejde mellem VIVE og SUS, der har inddraget Socialstyrelsen i dialog om prioritering og valg af de mest relevante publikationer til studiet.

Kræn Blume Jensen

Forsknings- og analysechef for VIVE Social
2020

Indhold

| | | |
|---------|---|----|
| 1 | Introduktion | 5 |
| 1.1 | Formål med projekt 'Faglige pejlemærker' | 5 |
| 1.2 | Baggrund for udviklingen og etableringen af bostøtte | 5 |
| 1.3 | Målgruppen for bostøtte..... | 7 |
| 1.4 | Perspektiver på kvalitet i bostøtte..... | 8 |
| 1.5 | Søgning og udvalg af relevant litteratur | 9 |
| 1.6 | Begrebsbrug og termer..... | 11 |
| 2 | Præsentation af litteratur: Hvordan understøttes god kvalitet i bostøtte?. 12 | |
| 2.1 | Rehabilitering og recovery | 12 |
| 2.2 | Brugerperspektiv på kvalitet | 17 |
| 2.3 | Inklusion og samfundsdeltagelse..... | 22 |
| 2.4 | Uddannelse og beskæftigelse | 27 |
| 2.5 | Selvstændighed og relationer | 33 |
| 2.6 | Sundhed og trivsel | 36 |
| 2.7 | Organisation og ledelse | 39 |
| 2.8 | Kompetencer..... | 45 |
| 2.9 | Metoder og tilgange | 49 |
| 3 | Konklusion og perspektiver | 60 |
| | Litteratur udvalgt til gennemgang | 62 |
| | Litteratur henvist til i øvrigt | 65 |
| Bilag 1 | Litteraturstudiets fire faser..... | 68 |
| Bilag 2 | Søgeprotokol | 76 |

1 Introduktion

1.1 Formål med projekt 'Faglige pejlemærker'

I perioden 2019-2022 gennemfører Socialstyrelsen som en del af Satspuljen en række initiativer under overskriften 'En styrket indsats i kvaliteten i socialpsykiatrien'. Dette sker på baggrund af regeringens seneste handlingsplan for psykiatri, 'Vi løfter i fællesskab', fra september 2018. Regeringen fremhæver i handlingsplanen, at et stigende antal af mennesker med mere komplekse psykiske og sociale udfordringer har brug for støtte i socialpsykiatrien, hvilket forudsætter en effektivisering og opkvalificering af indsatser og tilbud (Regeringen, 2018: s. 43). En central udfordring i kommunerne er således, hvordan kvaliteten videreudvikles og styrkes i socialpsykiatrien, samtidig med at der foregår demografiske, ressourcemæssige og organisatoriske ændringer. VIVE og SUS gennemfører i samarbejde med KP, Københavns Professionshøjskole, en række undersøgelser for Socialstyrelsen, der skal bistå kommunerne i dette arbejde.

Formålet med projekt 'Faglige pejlemærker', som dette litteraturstudie er en del af, er at indsamle og formidle den aktuelt bedste viden om kvalitet i bostøtte efter servicelovens § 85 til ledere og medarbejdere i landets kommuner.

Projektet består af tre dele:

1. Vidensafdækning
2. Udvikling af faglige pejlemærker
3. Formidling af de faglige pejlemærker til relevante ledere og medarbejdere i kommunerne.

Dette litteraturstudie er en del af vidensafdækningen, som herudover består af et indblik i udvalgte kommuners praktiske arbejde med bostøtte og casestudier af udvalgte kommuner, der har en lovende praksis eller eksempler på særlige kvaliteter i arbejdet med at levere bostøtte til målgruppen.

Denne rapport formidler resultaterne af litteraturstudiet, der bl.a. kan bruges af den arbejdsgruppe¹, som Socialstyrelsen har nedsat til i 2020 at udvikle og kvalificere faglige pejlemærker for arbejdet med kvalitetsudvikling af bostøtte i landets kommuner. Litteraturstudiet vil derfor præsentere de relevante publikationer og formidle erfaringer og viden herfra om, hvad der kan understøtte arbejdet med udvikling af god kvalitet i bostøtte til mennesker med psykiske vanskeligheder, der bor i egen bolig.

1.2 Baggrund for udviklingen og etableringen af bostøtte

Etableringen af socialpsykiatrien og bostøtteindsatsen er en del af en større forandring og omlægninger af hele det psykiatriske og sociale område. Denne historiske udvikling vil vi ikke redegøre for her, men vi vil dog alligevel opridse nogle af de bevægelser, organisatoriske og

¹ Socialstyrelsens kommissorium for arbejdsgruppen har udpeget navngivne deltagere fra følgende organisationer: SIND, Socialpædagogerne, DSPR, FOA, LOS, LAP, Aarhus Kommune (bostøtte), Høje-Taastrup Kommune (social- og handicap), Slagelse Kommune (psykosocial udvikling), Holstebro Kommune (myndighed), Københavns Kommune (bostøtte), Dansk Socialrådgiverforening samt eventuelle gæstemedlemmer, som kan udpeges fra møde til møde.

lovgivningsmæssige forandringer, der særligt har været med til at forme socialpsykiatrien, herunder bostøtte, og hvad der kan forstås som kvalitet i denne indsats.

I 1950'erne opstår en kritik af den psykiatriske praksis og tilgang til patienterne i psykiatrien, hvilket forstærker en udvikling mod at ville organisere psykiatrien og arbejdet på nye måder. Denne kritik kommer både fra patienter, pårørende, brugerbevægelser og fagprofessionelle, der bl.a. kritiserer de psykiatriske hospitaler for at stigmatisere, undertrykke og fratage patienterne basale rettigheder (Anspach, 1979; Crossley, 1998; Rissmiller & Rissmiller, 2006). Denne anti-psykiatriske bevægelse bliver båret frem i disse år og sætter sig også igennem i Danmark, hvor der fra forskellige positioner stilles spørgsmålstejn ved bl.a. den biologiske tilgang til psykiske lidelser og det psykiatriske arbejde.

Op gennem 1950'erne og 1960'erne sker også en række centrale lovgivningsmæssige ændringer, fx åndssvage-loven fra 1959 og normaliseringsprincippet, der indebærer et fokus på at tilbyde mennesker med mentale handicap et liv så nær det normale som muligt (Bengtsson & Kristoffersen, 2006). Disse bevægelser og lovgivningsmæssige tiltag er således med til at sætte fokus på inklusion og resocialisering i lokalsamfundene, og i denne periode etableres eksempelvis også bo-institutioner som en måde at skabe et mere almindeligt hverdagsliv for brugerne. Denne udvikling fortsætter op gennem 1960'erne og 1970'erne, hvor der i stigende grad arbejdes med at styrke brugernes hverdagslivskompetencer og inklusion i lokale fællesskaber. For eksempel vedtages loven om statshospitalernes overførelse til amterne i 1976, hvilket kan ses som en del af afinstitutionaliseringen og den ændrede arbejdsdeling mellem stat, amter og kommuner. På den måde omlægges det psykiatriske område fra centralinstitutionerne til et decentraliseret system, hvor mennesker med psykiske vanskeligheder i højere grad skal inkluderes i lokalsamfundet. Dette fører senere til, at indsatserne opdeles i hospitalspsykiatri, distrikpsykiatri og socialpsykiatri.

De lovgivningsmæssige ændringer og antipsykiatriske bevægelser kommer således til at spille en vigtig rolle i omlægningen af psykiatrien og etableringen af socialpsykiatrien og bostøtteindsatsen. Normaliseringstanken og afinstitutionaliseringen fra 1970'erne og frem starter udviklingen, hvor borgerne flyttes fra hospitaler og ud i botilbud eller i egen bolig. Dermed er der også brug for nye typer af indsatser, der understøtter de sociale aspekter af borgerens liv og gør dem i stand til at fungere i dagligdagen og deltage i samfundslivet (Bengtsson & Røgeskov, 2012). Op gennem 1980'erne og 1990'erne blomstrer sådanne initiativer bl.a. gennem det sociale forsøgsarbejde, hvor puljemidler understøtter og udvikler en række nye sociale tilbud, fx væresteder, kontaktpersonsordninger og botilbud, som i slutningen af 1990'erne bliver samlet og etableret som socialpsykiatrien (Petersen, 2013; Villadsen, 2004). Dette betyder også en endnu større grad af løsrivelse fra psykiatrien og den psykiatriske faglighed, hvilket giver plads til andre tilgange og professioner så som socialpædagogikken. Her er der bl.a. fokus på at fremme sociale relationer, fællesskaber, ligeværdighed og "hjælp til selvhjælp". På den måde kommer socialpædagogikken og fagets fokus på forebyggelse, sociale relationer og inklusion i lokalsamfundet til at være en central faglighed i socialpsykiatrien, som også videreføres med begreberne rehabilitering og recovery op gennem 00'erne (Neidel, 2011; Villadsen, 2004).

Bostøtte er en af de indsatser, som udspringer af denne udvikling og er etableret for at støtte borgere i at mestre hverdagen og livet i egen bolig. I servicelovens § 85 lyder det:

Kommunalbestyrelsen skal tilbyde hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.
(Retsinformation, 2019)²

Bostøtteindsatsen skal således have et helhedsorienteret fokus, hvor medarbejderen bl.a. arbejder mod, at borgeren udvikler egne strategier og færdigheder i forhold til at håndtere de problematikker, som borgeren oplever. Bostøtten indeholder typisk hjælp til at få hverdagen til at fungere, fastholde et liv i egen bolig og støtte til sociale relationer samt brobygning til (lokal)samfundet, fx arbejdsmarkedet, uddannelsesinstitutioner og foreningsliv (Bengtsson & Røgeskov, 2012).

1.3 Målgruppen for bostøtte

Kommunernes udgifter til det specialiserede voksenområde er over de senere år steget markant. Analyser fra KL viser, at antallet af voksne danskere, der på grund af handicap eller sygdom har brug for hjælp til at klare tilværelsen i eget hjem eller må bo i et botilbud, er steget med ca. 8 % fra 2015 til 2018. Det er især personer med psykiatriske diagnoser, der står bag stigningen i antallet af personer, der bor i botilbud eller får bostøtte (KL, 2019). I 2017 modtog således knap 20.000 borgere med psykiske vanskeligheder bostøtte efter § 85 i serviceloven (KL, 2018). Alt tyder på, at udviklingen i målgruppen vil fortsætte i de kommende år, hvilket stiller store og nye krav til kommunernes opgaveløsning i socialpsykiatrien og i bostøtteindsatsen.

De problemstillinger, der arbejdes med i socialpsykiatrien, er typisk meget sammensatte. Afhængig af den enkelte kommunes organisering, kan både misbrugs-, handicap- og ældreområdet være en del af socialpsykiatrien. De borgere, der modtager bostøtte, kan dermed have komplekse støttebehov, da problematikkerne både kan relatere sig til udviklingshæmning, psykiatriske diagnoser, demens, afhængighed og tilpasnings-/sociale problemer. En nyere undersøgelse (Benjaminsen et al., 2018) viser også, at medarbejderne i socialpsykiatrien i stigende grad oplever, at borgerne har mere komplekse problemer og flere former for sårbarhed på én gang. Det kan fx være borgere, der har en kombination af ét eller flere problemer med misbrug, en fysisk lidelse, flere samtidige psykiske vanskeligheder, kognitive funktionsnedsættelser, PTSD, sproglige og kulturelle udfordringer (fx minoriteter), udadreagerende adfærd (kriminalitetsrelaterede udfordringer), afhængighedsproblemer og/eller praktiske og sociale problemer (i form af problemer med fx egenomsorg, husholdning, økonomi, beskæftigelse, uddannelse). Målgruppen er således forbundet med en række risikofaktorer, som ofte inkluderer et svagt socialt netværk, svag arbejdsmarkedstilknytning og fysiske helbredsproblemer (Nordentoft et al., 2015) samt risiko for kriminalitet og hjemløshed (Benjaminsen, 2015).

For at man kan tilbyde borgerne bostøtte af høj kvalitet, kræver det, at denne kompleksitet kan håndteres af medarbejderne, og at der er de rette organisatoriske rammer, kompetencer og ressourcer til rådighed. Dette indebærer fx, at socialpsykiatrien understøttes og styrkes i deres samarbejde og koordinering med de øvrige kommunale og regionale aktører, der arbejder med indsatser og tilbud til borgerne. Undersøgelser viser dog, at medarbejderne ikke altid oplever, at kompleksiteten og samarbejdet håndteres optimalt eller fungerer i praksis (Benjaminsen et

² <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=209925>

al., 2018). Der er med andre ord efterspørgsel efter et kvalitetsløft i form af kompetencer, organisation og ledelse af bostøtten for at kunne rumme det stigende behov for støtte og kompleksitet i målgruppens problemstillinger.

1.4 Perspektiver på kvalitet i bostøtte

Litteraturstudiet præsenterer et udvalg af nyere litteratur med fokus på kvalitet i bostøtte. Et væsentligt spørgsmål er i den sammenhæng, hvordan kvalitet i bostøtte forstås, hvad der defineres som kvalitet, og hvordan kvalitet i bostøtte undersøges. Kvalitet er et mangfoldigt og omdiskuteret begreb. Forståelsen og studier af kvalitet kan tage udgangspunkt i forskellige tilgange, forhold, kriterier og indikatorer (Hjelmar et al., 2016). Det gælder også perspektiver på, hvad kvalitet er i bostøtteindsatsen. I dette litteraturstudie opfatter vi kvalitet som et fænomen, der er dynamisk og situationelt (Dahler-Larsen, 2008). Målgruppen og bostøtteindsatsens indhold er ikke en stabil størrelse, men under konstant forandring, hvor mange faktorer og aktører påvirker, hvad der aktuelt bestemmes som kvalitet. Det betyder, at hvad der rammesættes som kvalitet, er forment af en række forskellige faktorer, historiske og politiske strømninger samt af mange perspektiver og aktører på området. Dermed er den aktuelle kvalitetsforståelse i bostøtte en repræsentation af flere perspektiver, der gør sig gældende i en bestemt tidslig og historisk kontekst.

I dette litteraturstudie har vi inkluderet en lang række studier, der undersøger bostøtte og repræsenterer perspektiver på kvalitet ud fra forskellige temaer. Det er en grundlæggende præmis for arbejdet i dette projekt, at vi har indkredset kvalitetsdimensionerne i dialog med Socialstyrelsen med fokus på recovery og rehabilitering og Socialtilsynets kvalitetsmodel. Vi har samtidig arbejdet med præmissen om, at oplevelser og vurderinger af kvalitet afhænger af det perspektiv, som kvalitet vurderes ud fra. Derfor har vi også valgt litteratur, hvor kvalitet belyses ud fra både ledere, professionelle og borgernes perspektiv.

Vi tager afsæt i en forståelse af kvalitet, som er relateret til rehabilitering og recovery. Undersøgelser har vist, at der både i den regionale psykiatri og i den kommunale socialpsykiatri i stigende grad arbejdes med recovery-orienterede og rehabiliterende tilgange. Begge begreber sætter ideelt set borgernes ønsker og mål i centrum, og undersøgelser peger på (Jensen & Hansen, 2017), at borgere i høj grad forbinder god kvalitet med det at blive lyttet til og mødt i øjenhøjde. Samtidig kan en recovery-orienteret og rehabiliterende tilgang være en afgørende metode til en sammenhængende løsning af komplekse opgaver, fordi de tilbyder et fælles afsæt på tværs af fagligheder, sektorer og institutioner (Benjaminsen et al., 2018).

Forskningen viser, at målgruppen for bostøtte er sårbar over for en række risikofaktorer, der relaterer sig til bl.a. sundhed, beskæftigelse og socialt netværk (Nordentoft et al., 2015). I dette litteraturstudie har vi valgt at tage afsæt i en forståelse af kvalitet i bostøtte, som er forbundet med at reducere disse risikofaktorer. Kvalitet er således ikke kun relateret til recovery og rehabilitering, men samtidig forbundet med reduktion af risici. Derfor har vi fundet det relevant at have fokus på følgende:

1. Sundhed
2. Uddannelse og beskæftigelse
3. Kontakt med det omgivende lokal- og civilsamfund
4. Kompetence og faglige metoder
5. Organisering og ledelse

6. Fysiske rammer.

Disse temaer er også beskrevet under de otte temaer i Socialtilsynets kvalitetsmodel (Socialstyrelsen, 2017), som vi har anvendt til at spore os ind på relevante temaer i bostøtteindsatsen. Ud over de temaer, som indgår i Socialtilsynets kvalitetsmodel, peger forskningen desuden på nogle øvrige temaer, der har betydning for kvaliteten. Disse er bl.a. borgernes selvstændighed og relationer, inklusion og samfundsdeltagelse samt indsatsernes drift og økonomi, som vi også har søgt viden om i dette litteraturstudie. Vi har ikke fundet relevante publikationer om drift og økonomi, så disse temaer indgår derfor ikke i litteraturstudiet.

I en indkredsning af kvalitet må borgerperspektivet desuden tillægges særlig vægt. Ofte indrettes sociale indsatser uden at indarbejde et eksplicit borgerperspektiv. Det betyder, at system- og fagprofessionelles perspektiver kommer til at dominere og rammesætte formål, indhold og organisering, mens det, som borgerne efterlyser og tillægger værdi, overses. Derfor vægtes brugernes perspektiver på kvalitet i dette litteraturstudie.

1.5 Søgning og udvalg af relevant litteratur

Litteraturstudiets søgning og udvalg af litteratur er gennemført med afsæt i formålet, der er at finde og formidle viden, der kan understøtte arbejdet med udvikling af kvalitet i bostøtte til mennesker med psykiske vanskeligheder, der bor i egen bolig. Litteraturstudiet er gennemført i fire faser:

- Fase 1: Litteratursøgning
- Fase 2: Screening af litteratur
- Fase 3: Klassifikation og udvælgelse af studier
- Fase 4: Formidling af resultater.

Der henvises til Bilag 1 og Bilag 2 for detaljeret gennemgang af søge- og screeningsprocesserne, samt hvilke litteraturdatabaser der er anvendt, mens vi her kort vil redegøre for processen.

Litteraturstudiets søgning og udvalg af litteratur er gennemført i tæt sammenhæng med formålet, der er at finde og formidle viden, som kan understøtte arbejdet med udvikling af kvalitet i bostøtte til mennesker med psykiske vanskeligheder, der bor i egen bolig. Målgruppen er ledere, faglige medarbejdere og borgere, der er involveret i kvalitetsudvikling på området, og den arbejdsgruppe, som Socialstyrelsen har nedsat til at udarbejde faglige pejlemærker for kvalitetsudvikling af bostøtte.

Emnet for litteraturstudiet er sammensat af en bred målgruppe 'mennesker med psykiske vanskeligheder' i kombination med en bred social indsats 'bostøtte' og det brede begreb 'god kvalitet'. Udgangspunktet for søgningen af relevant litteratur har været at søge efter alle publikationer, der ligger inden for emnet og er udgivet i tidsperioden 2008-2019 på sprogene dansk, norsk, svensk og engelsk. Den gennemførte systematiske litteratursøgning er foretaget med den brede vifte af søgeord og i de litteraturdatabaser, som fremgår af Bilag 2. Det er således forsøgt at inkludere al litteratur, der behandler emnet og dermed sammenhænge mellem 'målgruppe, indsats og kvalitet', men der vil altid være risiko for, at nogle relevante studier ikke findes, idet de bruger andre ord og begreber for henholdsvis 'målgruppe, indsats og kvalitet', end vi har anvendt i denne søgning.

Søgeresultatet blev et stort antal publikationer, i alt 2.346, som herefter blev gennemgået for at finde frem til de mest relevante publikationer, der var ressourcer til at læse i deres helhed og formidle resultaterne fra, som det gøres i kapitel 2.

I første omgang blev alle fund screenet ud fra deres titler, og de publikationer, der viste sig slet ikke at være relevante i forhold til emnet, blev sorteret fra. I anden omgang blev de 164 umiddelbart relevante publikationer gennemgået og vurderet i deres helhed, hvilket førte til, at 78 publikationer blev vurderet som relevante. I tredje omgang blev de 78 relevante publikationer klassificeret i forhold til publikationernes målgruppe, indsats og deres fokus på kvalitet, der blev tematiseret i forhold til: recovery, rehabilitering, Socialtilsynets kvalitetsmodel og øvrige temaer, som publikationerne beskæftiger sig med. Resultatet af klassificeringen blev opstillet i et skema, der gav et overblik over vurderingerne, som blev anvendt i den fjerde omgang, hvor det endelige udvalg af publikationer blev foretaget.

Det endelige udvalg af publikationer blev foretaget i dialog mellem VIVE/SUS og Socialstyrelsen. Dialogen og de endelig valg af publikationer blev foretaget ud fra relevanskriterier i forhold til litteraturstudiets formål om at bidrage med viden til at understøtte det aktuelle arbejde med kvalitetsudvikling af kommunernes bostøtte. Målet om at bidrage med viden om mange kvalitetstemaer betyder, at der er foretaget et udvalg af få publikationer inden for hvert tema. Det konkrete valg er truffet på baggrund af en vurdering af relevans uden særlige kriterier i forhold til metoder og teorier, der således er mangfoldige i de udvalgte publikationer.

Litteratursøgning, screening, klassifikation og udvælgelse af studier resulterede i 19 inkluderede hovedpublikationer, som danner udgangspunkt for litteraturstudiets formidling af resultater i kapitel 2, samt 25 øvrige publikationer – herunder praksiseksempler, manualer og guides, som beskrives overordnet, idet læseren med fordel kan læse originalteksten og henvises hertil.

Litteraturstudiet er således en gennemgang af et mindre udvalg af særligt relevante publikationer i forhold til det praktiske formål at bringe viden fra litteraturen i spil. Der er ikke tale om en udtømmende oversigt eller systematisk gennemgang af alt relevant litteratur på området. Litteraturstudiet kan således bruges til inspiration og anvendelse i arbejdet med kvalitetsudvikling, men altid med det kritiske forbehold, at der er enkelte studier med forskellige metodiske og teoretiske forudsætninger, det er vigtigt at forholde sig til og supplere med viden fra yderligere litteratur, hvis man vil arbejde grundigt med nogle eller alle de udvalgte temaer.

I kapitel 2 formidler vi resultaterne fra læsning af de udvalgte publikationer, der centrerer sig om en række temaer, som fremgår af Boks 1.1.

Boks 1.1 Temaer i formidlingen af resultater fra den udvalgte litteratur

- Recovery og rehabilitering
- Brugerperspektiv på kvalitet
- Inklusion og samfundsdeltagelse
- Uddannelse og beskæftigelse
- Selvstændighed og relationer
- Sundhed og trivsel
- Organisering
- Kompetencer
- Metoder og tilgange.

Ét centralt tema er 'recovery og rehabilitering' samt temaet 'brugerperspektiv på kvalitet' i bostøtten, mens andre centrale temaer er 'inklusion og samfundsdeltagelse'. Derudover er der fokus på kvalitetstemaerne i Socialtilsynets kvalitetsmodel: uddannelse og beskæftigelse, selvstændighed og relationer, sundhed og trivsel, organisering samt medarbejdernes kompetencer. Sluttelig har vi et tema om de metoder og tilgange, som kan anvendes på bostøtteområdet, herunder en række evidensbaserede metoder.

1.6 Begrebsbrug og termer

De studier, rapporter, artikler, bøger, antologier og manualer, vi har gennemgået i dette litteraturstudie, anvender forskellige termer for eksempelvis borger/bruger og for psykiske vanskeligheder/psykiske lidelser eller sygdomme/mentale helbredsproblemer mv. Ligeledes kaldes bostøtte i de engelsksprogede lande og vores nordiske nabolande sommetider forskellige ord, der dækker over forskellige varianter af bostøtte.

Organisatorisk og juridisk er sociale servicefunktioner som bostøtte forskelligt organiseret i forskellige lande, og derfor varierer betegnelser for det, som svarer til vores danske bostøtte, mellem lande. Endelig vil forskellige kvalitetstemaer blive begrebsliggjort forskelligt i litteraturen; således vil forfatterne bag publikationerne tillægge centrale begreber varierende betydning og vil opstille forskellige tilgange og forståelser af, hvornår noget er en recovery-orienteret og/eller rehabiliterende tilgang.

Vi anvender i den følgende gennemgang i vid udstrækning de termer og begreber, som studierne/artiklerne/bøgernes forfattere selv anvender, og på den måde, som det forekommer i publikationerne, som vi præsenterer. Det betyder, at gennemgangen nogle steder vil veksle mellem eksempelvis betegnelserne 'bruger' og 'borger', som begge henviser til de mennesker, som modtager bostøtte. Ofte vil vi i gennemgangen anvende betegnelsen 'psykiske vanskeligheder', som dækker over en bred forståelse af psykiske udfordringer og eventuelle psykiske lidelser.

I gennemgangen af litteraturen vil vi ikke vurdere publikationernes forskellige tilgange og definitioner i forhold til hinanden; vi refererer resultaterne og væsentlige pointer omkring kvalitet. I kapitel 2 præsenteres de udvalgte publikationer fra litteratursøgningen.

2 Præsentation af litteratur: Hvordan understøttes god kvalitet i bostøtte?

I dette kapitel præsenterer vi den udvalgte litteratur under i alt ni forskellige overskrifter, der tilsammen dækker de inkluderede kvalitetstemaer. Det betyder, at hvert tema (hvert af de ni afsnit) er beskrevet på baggrund af en gennemgang af en enkelt eller få publikationer. En del af de udvalgte publikationer kunne potentielt set være præsenteret under flere af temaerne, men vi har valgt at fordele publikationerne under bestemte temaer og alene præsentere publikationerne ét sted hver. Det kan derfor forekomme, at gennemgangen af de forskellige studier berører temaer på tværs af overskrifterne.

Gennemgangen af de udvalgte publikationer har haft fokus på at opsummere pointer i forhold til kvalitet, fremlægge resultater og fund af studier eller vigtige teoretiske pointer, som kan bidrage til øget viden om og fokus på kvaliteten i bostøtte. Det er således ikke en udtømmende beskrivelse af hver af publikationerne, men et uddrag af publikationernes væsentlige pointer med særlig relevans for arbejdet med kvalitetsudvikling af bostøtten i de kommende år. Hvert afsnit rummer ikke en sammenligning mellem publikationerne, der præsenteres, eller en prioritering/vurdering af studierne. Afsnittene rummer en indledning til hvert tema og en kort opsummering af den præsenterede viden fra de udvalgte studier. I kapitel 3 præsenterer vi en generel konklusion på baggrund af publikationernes bidrag og perspektiverer disse.

2.1 Rehabilitering og recovery

Både internationalt og i Danmark er der siden årtusindskiftet opstået en stigende opmærksomhed på rehabiliterende og recovery-orienterede indsatser i arbejdet med at yde behandling, støtte og sociale indsatser til mennesker med psykiske vanskeligheder. Rehabiliteringsbegrebet har tidligere været tæt forbundet med sundhedsområdet og spiller også i dag en central rolle på handicapområdet, som det socialpsykiatriske felt fortsat er tæt knyttet til (Anspach, 1979; Bengtsson, 2011). Dette skyldes bl.a., at psykiske lidelser er inkluderet i det brede handicapbegreb formuleret under FN's handicapkonvention (Socialstyrelsen, 2012). I en dansk kontekst understreger den ofte anvendte sammenkobling af 'psykosocial' og 'rehabilitering' dog, at tilgangen til psykisk sygdom i socialpsykiatrien ikke skal reduceres til en biologisk eller somatisk forståelse, men også tage udgangspunkt i en pædagogisk, psykologisk og social tilgang (Kirkegaard, 2019).

Dette kommer også til udtryk i den brede og mere multidisciplinære forståelse af rehabilitering, der har vundet indpas. Denne forståelse trækker på faglige perspektiver fra både sundhedsområdet, det pædagogiske og sociale område, og har manifisteret sig på feltet siden år 2000. Sideløbende har der været en politisk dagsorden om at etablere 'rehabilitering' som et videns- og praksisfelt, der kan løse en række sociale og økonomiske velfærdsudfordringer. På den baggrund er der også i 2004 etableret forummet 'Dansk Forum for Rehabilitering', bestående af en række offentlige og private faglige aktører med interesse i rehabilitering, som har udarbejdet to rapporter/hvidbøger om emnet. De definerer i den første hvidbog rehabilitering på følgende måde:

Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få

betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats. (MarselisborgCenteret, 2004: s. 16)

Denne definition trækker på både biologiske, psykologiske og sociale perspektiver og understreger, at borgerens hele livssituation er et centralt fokus for en rehabiliterende indsats, samt at borgeren støttes i at opnå et meningsfuldt og selvstændigt liv. Endvidere fremhæves det, at en rehabiliterende indsats skal være tidsbestemt, målorienteret og foregå i samarbejde mellem fagprofessionelle, borgeren og pårørende. Oprindeligt var rehabiliteringsbegrebet tættere forbundet med sundhedsområdet og en mere somatisk/biologisk tilgang, hvor man i dag på det socialpsykiatriske felt ofte anvender betegnelsen 'psykosocial rehabilitering' for at understrege den sociale, pædagogiske og psykologiske dimension i det rehabiliterende arbejde.

Recovery-begrebet manifesterer sig i en dansk kontekst sideløbende med rehabiliteringsbegrebet og introduceres første gang omkring år 2000 (Neidel, 2011). Recovery-orientering er del af en større forandring, der bl.a. forsøger at gøre op med en forståelse af psykiatriske diagnoser som en kronisk sygdom (dvs. kronicitetsforståelsen). I dag er recovery-begrebet en stor del af det socialpsykiatriske arbejde og sidestilles typisk med psykosocial rehabilitering (Regeringen, 2018).

I anvendelsen af recovery-begrebet skelnes ofte mellem recovery som en personlig, klinisk eller social proces. Denne opdeling skildres også i store dele af forskningslitteraturen (se fx Anthony, 1993, i Slade, 2017). Personlig recovery kan defineres på følgende måde:

Recovery er en dybt personlig, unik proces, som indebærer en ændring af holdninger, værdier, følelser, mål, færdigheder og/eller roller. Det er en måde at leve et liv på, som giver håb, trivsel og mulighed for at bidrage på trods af de begrænsninger, som de psykiske problemer repræsenterer. Recovery indebærer en ny mening og nye mål i livet samt muligheder for at vokse og udvikle sig. (Anthony, 1993, i Slade, 2017: s. 12, egen oversættelse)

Denne definition tager udgangspunkt i, at det er borgerens egen idé om mening og trivsel i tilværelsen, der skal være omdrejningspunktet i recovery-processen. I den kliniske forståelse af recovery er der fokus på symptomer og symptomfrihed, og recovery bestemmes ud fra en faglig vurdering eller måling af borgerens bedring. I den sociale forståelse af recovery er der fokus på de materielle og sociale omstændigheders betydning for recovery (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013). Recovery operationaliseres forskelligt, og praktiseringen i bostøtteindsatsen vil altid være påvirket af den lokale kontekst og dennes lokale rationaler, metoder osv. i de enkelte kommuner.

I Danmark har kommunerne igennem en længere årrække været i gang med denne omstillingsproces af de indsatser, som tilbydes borgere med psykiske vanskeligheder – herunder også bostøtteindsatsen. Fokus for omstillingsprocessen er ifølge Socialstyrelsen³ at udvikle en praksis, som understøtter den enkeltes recovery-proces, hvori de professionelle har en central rolle. Socialstyrelsen beskriver fx arbejdet med 'recovery' og 'psykosocial rehabilitering' på følgende måde:

Recovery er en proces, der sker i hverdagen, mens man lever livet, og som ses, opleves og virker indefra. Den kan ikke igangsættes eller styres udefra, men kan og

³ <https://socialstyrelsen.dk/handicap/psykiske-vanskeligheder/rehabilitering>

bør anerkendes og opmuntres af omgivelserne. De professionelle indsatser, hvori borgeren indgår, spiller en vigtig rolle, her har medarbejderne en væsentlig rolle og kan enten medvirke til at hæmme eller fremme recovery igennem den måde, de møder den enkelte på. Derfor kan man tale om recovery-orienterede eller recovery-understøttende indsatser. Ofte tales der også om psykosocial rehabilitering, som med afsæt i forskningen på området kan defineres som et helhedsorienteret, koordineret, målrettet og tidsbestemt samarbejde mellem en person og fagfolk, netværk og civilsamfund om en proces, der har til formål at understøtte personens recovery.⁴

Et vigtigt udgangspunkt i Socialstyrelsens forståelse af psykosocial rehabilitering og recovery er, at de fagprofessionelle tager udgangspunkt i borgerens egne ønsker, håb og drømme⁵ i indsatsen. Desuden sættes der fornyet fokus på, at de professionelle skal samarbejde på tværs af fagligheder og inddrage både borgere, netværk og civilsamfund i indsatsen.

Samtidig med udbredelsen af recovery-orienteringen har nogle eksperter dog påpeget, at der med denne udvikling følger en risiko for et 'misbrug' af begrebet, fx at recovery-målsætningen anvendes som en direkte eller skjult begrundelse for besparelser (Slade et al., 2015: s. 1). Danske undersøgelser har også vist, at der med recovery-orienteringen af arbejdet i socialpsykiatrien følger en række andre udfordringer, der bl.a. knytter sig til en institutionalisering af modsatrettede krav til de professionelle rolle og en uhensigtsmæssig ansvarliggørelse af borgerne (Kirkegaard, 2019, 2020; Neidel, 2011; Petersen, 2013). Neidel (2011) understreger eksempelvis, at når recovery-orienteringen er en udfordring, så er det ikke et spørgsmål om en fejlslagen implementering, men nærmere, at recovery-orienteringen kan være med til nedtone bestemte dele af arbejdet, hvor praktiseringen af magt, ansvar, ekspertise og forskel fx bliver mere subtilt og uhåndgribeligt (Neidel, 2011: s. 293).

I det følgende sammenfattes kort hovedpointerne fra en central udgivelse (Slade et al., 2015), som behandler temaet recovery i de professionelle arbejde med målgruppen, herunder også både brugen og 'misbrugen' af recovery-begrebet (se Boks 2.1).

Boks 2.1 Udvalgt publikation om recovery

1. Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M. & Panther, G., (2015). *Brug og misbrug af recovery: At implementere recovery-orienterede praksisser i psykiatriske og sociale systemer [Uses and abuses of recovery]*. København: Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering.

Denne udgivelse fra Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering er baseret på en dansk oversættelse af forskningsartiklen 'Uses and Abuses of Recovery', som udkom i World Psychiatry i 2014. I artiklen gør en række eksperter op med et udbredt 'misbrug' af begrebet recovery. Desuden anbefaler forfatterne 10 interventioner, for hvilke der forelægger evidens eller empirisk belæg for et recovery-potentiale blandt mennesker med psykiske vanskeligheder.

I hæftet 'Brug og misbrug af recovery', som er baseret på en dansk oversættelse af den engelske forskningsartikel 'Uses and Abuses of Recovery', formidler Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering en oversigt over nyere forskning i recovery-orienterede indsatser (Slade et al., 2015).

⁴ <https://socialstyrelsen.dk/handicap/psykiske-vanskeligheder/rehabilitering>

⁵ <https://vidensportal.dk/voksne/recovery>

I artiklen kredser en række internationale eksperter om to problemstillinger. For det første gør de op med en række udbredte "misforståelser" og – i forfatterens øjne – "fejlagtige måder" at praktisere begrebet recovery. Vi opsummerer disse nedenfor:

1. **"Recovery er den sidste nye model"**. Forfatterne argumenterer for, at implementering af recovery-orientering i praksis kræver reel forandring af tilbuddene, organiseringen og det underlæggende paradigme. Det er eksempelvis ikke nok blot at ansætte peer-støtte medarbejdere, hvilket ellers stemmer overens med recovery-tilgangen, så længe der mangler den nødvendige organisatoriske understøttelse for at kunne arbejde recovery-orienteret.
2. **"Recovery gælder ikke for 'mine' patienter/brugere"**. Forfatterne gør op med idéen om, at recovery som tilgang ikke er relevant for nogle typer patienter eller brugere, fx patienter, der er 'for syge', eller brugere, som ikke har den 'rette' kliniske diagnose (fx psykose). I stedet argumenterer forfatterne for, at recovery-tilgangen som udgangspunkt er relevant for en bred målgruppe af personer med psykiske vanskeligheder, om end evidensgrundlaget i forhold til visse målgrupper fortsat er begrænset.
3. **"Tilbuddene kan få mennesker til at komme sig gennem effektiv behandling"**. Forfatterne påpeger, at psykiatriske og psykosociale tilbud traditionelt enten har været baseret på en klinisk forståelse af recovery eller på en overbevisning om, at recovery slet ikke er mulig for bestemte brugergrupper. Forfatterne advokerer i artiklen for den personlige frem for den kliniske forståelse af recovery som et nødvendigt grundlag for både politikudvikling og organisatoriske forandringer på det psykiatriske og psykosociale område.
4. **"Tvangstilbageholdelse og tvangsbehandling er fordrende for recovery"**. Forfatterne argumenterer for, at tvang (fx tvang til behandling) modarbejder recovery-målsætningen om at generobre et meningsfuldt liv, idet en sådan proces i udgangspunktet bør være baseret på selvbestemmelse og respekt for individet. Dette punkt vedrører tvang i psykiatrien i mere snæver forstand og er derfor ikke direkte overførbart til bostøtteområdet.
5. **"Recovery-orientering betyder lukning af tilbud"**. Forfatterne påpeger, at der med recovery-paradigmets indførelse også følger en risiko for et misbrug af begrebet, fx at recovery-målsætningen anvendes som en direkte eller skjult begrundelse for besparelser. Selvom der i takt med recovery-processen oftest vil ske en gradvis nedskalering af kontakten med de formelle psykiatriske og psykosociale tilbud, så er den enkeltes vej derhen ikke lineær, og ifølge forfatterne bør de psykiatriske og socialpsykiatriske tilbud derfor være tilgængelige når og så længe, der er behov for dem.
6. **"Recovery handler om at gøre mennesker uafhængige og normale"**. Modsat den udbredte forståelse af begrebet fremhæver forfatterne, at recovery *ikke* handler om "at få det bedre" eller at ophøre med at have behov for støtte. I stedet handler recovery om "at komme sig til et liv" og om "retten til at deltage i alle aspekter af det civile og økonomiske liv som en ligeværdig borger" (s. 13). Inklusionsdagsordenen er dermed en væsentlig forudsætning for recovery, herunder omgivelsernes evne til at skabe og opretholde inkluderende fællesskaber.
7. **"Bidrag til samfundet forekommer kun, efter at personen er kommet sig"**. Her pointerer forfatterne, at arbejde – hvad enten det er betalt, frivilligt eller i hjemmet – for de fleste opleves som en vigtig måde at bidrage til samfundet. Forfatterne mener, at den høje ledighed blandt brugere af psykosociale tilbud bl.a. kan tilskrives selvstigmatisering samt forventet og reel diskrimination, og at arbejde i sig selv har potentiale til at understøtte personlig recovery.

(For en nærmere gennemgang af de syv punkter, se Slade et al., 2015: s. 9f.).

For det andet anbefaler forfatterne 10 interventioner, som via empiriske undersøgelser af metodens virkning har demonstreret et potentiale til at understøtte chancerne for recovery blandt mennesker med psykiske vanskeligheder. Omdrejningspunktet for disse interventioner er fem elementer: forbundenhed (connectedness), håb og optimisme (hope), identitet (identity), mening og mål (meaning) og empowerment (CHIME-rammen) (Slade et al., 2015: s. 15).

De 10 interventioner, som fremhæves af forfatterne er:

1. Peer-støtte
2. Advance Directives (dvs. forhåndstilkendegivelser)
3. Wellness Recovery Action Planning (ofte oversat til Personlig Arbejdsbog)
4. Illness Management and Recovery
5. REFOCUS
6. Strengths Model
7. Recovery Colleges
8. Individual Placement and Support (dvs. individuel jobplacering med støtte)
9. Supported housing/Housing First
10. Mental health dialogues.

(For en nærmere beskrivelse af de 10 indsatsstyper, se Slade et al., 2015: s. 15f.).

Nogle af disse indsatser er relevante og endda direkte oversættelige til en dansk kontekst – for eksempel er Housing First strategien afprøvet og evalueret i flere danske kommuner (Benjaminson et al., 2017). Ligeledes er peer-to-peer støtte udbredt både i psykiatrien og socialpsykiatrien i Danmark (Socialstyrelsen, 2018). (For en nærmere beskrivelse af disse metoder og tilgange, se afsnit 2.9). Også Individual Placement and Support (IPS) anvendes i flere kommuner som beskæftigelsesindsats til borgere med psykiske vanskeligheder (se nærmere om denne metode i afsnit 2.4 om uddannelse- og beskæftigelse), mens recovery skoler fx afprøves i Roskilde, Vejle, Slagelse, Rudersdal, Gentofte, Viborg og Aarhus Kommune. Andre af de nævnte indsatser er mindre applicerbare i en dansk kontekst og/eller har begrænset relevans for bostøtten, fx forhåndstilkendegivelser, der anvendes i psykiatrien i Danmark, men ikke i bostøtten.

Vi henviser desuden til det praksisrelevante hæfte "100 råd, der fremmer recovery" (Slade 2017), som er beskrevet kort nedenfor.

Guide: 100 råd, som fremmer recovery

Det Norske NAPHA (National Kompetensesenter for Psykisk Helsearbeid) udgav i 2017 (2. udgave) en norsk oversættelse af publikationen "100 Ways to Support Recovery" af Mike Slade (2013). Hæftet rummer 100 råd (action points) til, hvordan man som fagprofessionel kan udøve en recovery-orienteret praksis.

- Den norske udgave: Slade, M. (2017). *100 råd, som fremmer recovery – en vejledning for psykisk helsepersonell*, 2. udgave, oversatt av R. K. Karlsen, I. Wormdahl og L. B. Ødegaard. Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).
- Den engelske udgave: Slade, M. (2013). *100 Ways to Support Recovery*, 2nd edition. London: Rethink Mental Illness.

Publikationen er tiltænkt som en vejledning til sundhedspersonale, der arbejder inden for psykiatrien og socialpsykiatrien (psykisk helsepersonel). De 100 råd kan læses i deres helhed, eller hæftet kan anvendes som opslagsværk. Udgivelsen rummer råd til en recovery-orienteret praksis inden for følgende områder:

1. Betydningen af relationer
2. Grundlaget for en recovery-orienteret sundhedsindsats
3. Udredning og kortlægning
4. Identifikation og planlægning af mål
5. Støtte i udvikling af færdigheder
6. Recovery i forbindelse med kriser
7. Genkendelse af recovery-orienterede tilgange
8. Forandring af behandlingssystemet.

Desuden præsenterer hæftet et begrebsmæssigt apparat for den personlige recovery-proces (*The Personal Recovery Framework*).

2.1.1 Opsummering

Recovery og (psykosocial) rehabilitering er tilgange, der begyndte at manifestere sig i en dansk kontekst fra omkring år 2000. Den politiske ambition med denne omstillingsproces i socialpsykiatrien er, at det rehabiliterende arbejde i bostøtteindsatsen skal understøtte borgernes recovery proces. I beskrivelsen af recovery-begrebet skelnes ofte mellem recovery som en personlig, klinisk og social proces. Disse forskellige forståelser og tilgange anvendes også i store dele af litteraturen, hvor definitionen, operationaliseringen og implementeringen af recovery er en kontinuerlig faglig diskussion.

I dette afsnit har vi præsenteret en central udgivelse om recovery, der belyser og diskuterer 7 udbredte misforståelser, der ifølge forfatteren eksisterer om recovery. Endvidere anbefaler de 10 interventioner, som de mener indeholder en række helt centrale elementer, der kan fremme recovery for mennesker med psykiske vanskeligheder. Disse elementer eller fokusområder er: forbundenhed, håb og optimisme, identitet, mening og mål samt empowerment. En række af de 10 interventioner og elementer arbejdes der allerede med i flere af landets bostøtteindsatser, hvorfor det kan være relevant at orientere sig yderligere i denne publikation. Desuden har vi fremhævet et hæfte med 100 råd til at fremme recovery, hvilket er en praksisnær udgivelse, der kan anvendes i det daglige arbejde med recovery-orienteringen af bostøtteindsatsen.

2.2 Brugerperspektiv på kvalitet

Sociale indsatser indrettes alt for ofte uden en egentlig inddragelse af dem, indsatsen skal understøtte, dvs. uden en reel brugerinddragelse og undersøgelse af, hvad de pågældende borgere selv oplever som god kvalitet, som en hjælpsom social indsats tilpasset deres behov. Det kan der være mange årsager til, dels er det omfattende at skulle afdække alle borgergruppers forskellige målsætninger og behov, dels kan det være svært at imødekomme mange forskellige ønsker, ikke mindst, når økonomi, lighed i indsatser og praktiske organisatoriske ram-

mer skal overholdes. Ikke desto mindre kan der være god grund til at inddrage et brugerperspektiv, når der arbejdes med kvalitetsudvikling. Alt andet lige er det målgruppen for bostøtteindsatsen, der skal opleve en kvalitetsforbedring.

I dette afsnit tager vi afsæt i dansk og svensk litteratur, som belyser brugerperspektiver på kvalitet (se Boks 2.2). Vi fremhæver perspektiver fra to udvalgte studier, som har undersøgt dette centrale tema bl.a. ved at spørge brugerne selv.

Boks 2.2 Udvalgt publikation om kvalitet

1. Weigelt, V. S., Mamsen, E., Rytter, N. & Anker, J. (red.) (2016). *Undersøgelse af brugernes oplevelse af kvalitet i de psykosociale indsatser*. København: Socialt Udviklingscenter SUS.

Socialt Udviklingscenter (SUS) har for Rådet for Socialt udsatte gennemført en undersøgelse af brugernes oplevelse af kvalitet i de psykosociale indsatser. Rapporten er baseret på en brugerundersøgelse baseret på 10 kvalitative interview blandt borgere, som modtager psykosociale ydelser efter SEL § 85 (bostøtte), §107/108 (botilbud) mv., samt en spørgeskemaundersøgelse blandt borgere inden for den samme målgruppe i tre danske kommuner. Undersøgelsen har fokus på, hvad brugerne selv oplever som kvalitet, og om de oplever denne kvalitet i den psykosociale støtte, de modtager.

2. Schröder, A., Brunt, D., Rask, M., Ivarsson, A. & Lundqvist, L. (2014). *Brukarnas upplevelse av kvalitet inom boendestödet*. Johanneshov: Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH).

En svensk forskergruppe fik til opdrag at udvikle et instrument til at måle kvalitet i bostøtten. Måleinstrumentet (KSPV-BS), som er baseret på brugernes perspektiv på oplevelsen af kvalitet, er rettet til personer, som modtager bostøtte i eget hjem eller bor i boliger med særlig støtte. Rapporten formidler resultaterne af en spørgeskemabaseret afprøvning af måleredskabet, hvor 245 respondenter fra ni svenske kommuner deltog.

I en dansk brugerundersøgelse fokuserer Socialt Udviklingscenter (SUS) på, hvad brugerne af psykosociale indsatser i Danmark selv oplever som kvalitet, og om de reelt set oplever denne kvalitet i den støtte, de modtager (Weigelt et al., 2016, red.). SUS måler i en spørgeskemaundersøgelse kvaliteten af de psykosociale indsatser ud fra fem dimensioner, som er inspireret af forskning om personlig recovery og yderligere udviklet på baggrund af kvalitative brugerinterview. De fem kvalitetsdimensioner, som hver belyses igennem en række spørgsmål, er følgende:

1. Værdighed, inddragelse og selvstændighed
2. Flexibilitet
3. Relationer til fagpersoner, familie, venner og netværk
4. Sammenhæng
5. Livskvalitet.

Desuden undersøges brugerens overordnede vurdering af den psykosociale støtte (se opmærksomhedspunkter for hvert af disse temaer i rapporten: Weigelt et al., red. 2016: s. 5).

Overordnet set peger undersøgelsens resultater på en generel tilfredshed med kvaliteten af de psykosociale indsatser blandt brugerne, om end der fortsat er rum for forbedring:

Undersøgelsen viser, at brugerne i de tre kommuner, der har deltaget i undersøgelsen, i høj grad oplever, at der er kvalitet i indsatserne. Der er dog også gennemsnitligt 10-15 %, som ikke oplever dette for de undersøgte forhold. Det betyder, at der stadig er plads til forbedringer i arbejdet med psykosociale indsatser. (s. 4)

For hver af de fem kvalitetsdimensioner fremhæver forfatterne en række væsentlige perspektiver, som vi opsummerer nedenfor:

- **Værdighed, inddragelse og selvstændighed:** SUS fremhæver i rapporten, at det må anses som centralt for brugernes udvikling, "at krav og forventninger er afstemt til den enkelte borger" (s. 13f.). Hvor et stort flertal af brugerne netop oplever, at krav og forventninger fra støttekontaktperson, mentor og personale på bosteder er tilpas, er der imidlertid færre, der har denne positive oplevelse, når det kommer til sagsbehandler og jobkonsulent. Det er desuden bemærkelsesværdigt, at det er en relativt lille andel af brugerne, som oplever, at støtten gør dem mere selvstændige og uafhængige. Dette bør ifølge SUS være et opmærksomhedspunkt i det videre arbejde med at udvikle den psykosociale støtte (s. 14).
- **Relationer til de fagprofessionelle:** SUS undersøger dels brugernes oplevelse af relationer til fagprofessionelle, dels betydningen af den psykosociale støtte for relationer til familie og venner (s. 14). For førstnævnte viser spørgeskemaundersøgelsen, at når det kommer til støttekontaktperson/hjemmevejleder, er det næsten 80 % af brugerne, som angiver, at relationen i høj grad er god (s. 15). (Dette er en væsentligt højere andel sammenlignet med brugernes vurdering af relationen til sagsbehandler og jobkonsulent). Ydermere viser undersøgelsen, at det helt store flertal af brugerne oplever, at støttekontaktperson/hjemmevejleder i høj grad respekterer, støtter, lytter og tager brugerens håb og drømme seriøst. Imidlertid er det i rapportens kvalitative interview kendetegnende, at mange afbrudte relationer til støttekontaktperson, sagsbehandler eller andre fagprofessionelle opleves af brugerne som problematisk og kritisabelt. Trygge, faste og vedvarende relationer til fagprofessionelle over tid fremhæves samtidig som et vigtigt element for et godt støtteforløb, og brud på denne kontinuitet italesættes af brugernes som en udfordring for den gode relation.
- **Relationer til familie og venner:** I spørgeskemaundersøgelsen spørges der direkte til, om de psykosociale tilbud er med til at bevare og forbedre relationer til familie og venner. Svarene på dette spørgsmål er mindre positive end svarene for de øvrige temaer i undersøgelsen. Ifølge forfatterne kan dette imidlertid skyldes, at en del af brugerne samtidig vurderer, at støtte til opbygning af relationer til netværk ikke anses som en helt så væsentlig del af 'kerneopgaven' i den kommunale psykosociale støtte som andre dele af indsatsen. Dette viser sig i spørgeskemaundersøgelsen ved, at der er mange brugere, der ikke vurderer dette tema som vigtigt (dvs. at det kommunale tilbud støtter op om relationer til familie og venner, s. 19f). Ifølge forfatterne viser de kvalitative interview blandt brugerne dog samtidig, at støtte til opbygning og fastholdelse af relationer fremhæves af mange som en helt central parameter for at opnå bedring.
- **Fleksibilitet:** Baseret på international forskning fremhæver forfatterne fleksibilitet som et af nøgleelementerne for brugernes recovery proces – herunder bl.a. muligheden for at skrue op eller ned for støtten alt efter borgerens aktuelle situation og behov (s. 21). Det er afgørende for kvaliteten, at støtten er fleksibel, både i forhold til omfang og indhold. Spørgeskemaundersøgelsen viser, at 75 % i høj grad eller i nogen grad oplever, at der er fleksibilitet i støtten i forhold til at kunne få mere hjælp i en periode, hvor der er behov. I interviewene fremhæves bl.a. muligheden for at nå den fagprofessionelle

gennem et telefonopkald som noget, der skaber tryghed for borgeren. Omvendt viser de kvalitative interview også, at brugerne oplever en frustration over, at ressourcemangel og besparelser kan spænde ben og udgøre en 'bureaukratisk forhindring' for fleksibilitet i støtten (s. 22).

- **Sammengæng i indsatsen:** Mange af brugerne af de psykosociale indsatser er pga. komplekse behov i kontakt med flere instanser og forskellige fagprofessionelle. Spørgeskemaundersøgelsen peger på, at størstedelen af brugerne oplever, at der er sammenhæng i den støtte, de modtager fra kommunale instanser (s. 23). Samtidig peger undersøgelsens kvalitative interview på, at borgerne kan opleve manglende sammenhæng og koordinering i overgangen mellem instanser (fx overgangen fra ungetilbud til voksenområdet).
- **Livskvalitet:** Ud fra et recovery-perspektiv er borgerne desuden blevet spurgt til deres overordnede vurdering af, hvorvidt støtten bidrager til øget livskvalitet. Næsten 9 ud af 10 brugere oplever, at støtten i høj grad eller i nogen grad er med til at øge deres livskvalitet (s. 25). Forfatterne understreger, at livskvalitet forstås forskelligt fra menneske til menneske. Herved bliver det en del af den kommunale opgave "at nå ind og kunne tilrettelægge støtten, så den i videst muligt omfang er tilfredsstillende for den enkelte borger" (s. 27).
- **Overordnet tilfredshed:** Undersøgelsen belyser desuden, hvad brugerne i særdeleshed finder vigtigt, hvis den psykosociale støtte skal fungere. Blandt brugernes svar fremhæver forfatterne følgende (s. 28): Samspillet mellem fagprofessionelle; At fagprofessionelle formår at yde et afstemt udviklingspres på brugeren; At borgeren kan komme ud og opleve almindelige ting i sin hverdag; At jobkonsulent og sagsbehandler vurderer job- og uddannelsesmuligheder realistisk; En opkvalificering af myndighedspersoner i forhold til indsigt i psykisk sygdom og brugerens liv og muligheder.

I et svensk studie udviklede en forskergruppe et instrument til specifikt at måle kvalitet i bostøtte (Schröder et al., 2014). Selvom instrumentet er udviklet i en svensk kontekst, vurderer vi, at undersøgelsens fund er relevante og delvist overførbare til en dansk kontekst. Måleinstrumentet går under navnet "Kvalitet i Socialpsykiatrisk Verksamhet – Dina oplevelser av ditt boendestöd" (forkortet KSPV-BS) (se case-boksen nedenfor).

I en pilotundersøgelse af det spørgeskemabaserede måleinstrument, med deltagelse af 484 brugere, fandt forskerne bag undersøgelsen anledning til følgende konklusioner om den svenske bostøtteindsats (s. 2):

- Et generelt positivt resultat i forhold til oplevelsen af kvalitet i bostøtten og i boliger med særlig støtte
- At et vigtigt forbedringsområde ligger i relationen mellem brugere og bostøttemedarbejdere
- At indflydelse gennem inddragelse og deltagelse ("delaktighed") vurderes lavest (af alle de målte dimensioner), på trods af at dette er en væsentlig faktor for bedringsprocessen
- At den oplevede kvalitet på alle de målte dimensioner vurderes lavere af brugere, der bor i boliger med særlig støtte, sammenlignet med brugere, der modtager bostøtte i eget hjem.

Eksempel: KSPV-BS-måleinstrument til evaluering af kvalitet i bostøtten

Det svenske spørgeskemabaserede måleinstrumentet, som går under navnet "Kvalitet i Socialpsykiatrisk Verksamhet – Dina upplevelser av ditt boendestöd" (forkortet KSPV-BS), er udviklet til at måle kvalitet i bostøtten i Sverige.

Måleinstrumentet er baseret på brugernes perspektiv på oplevelsen af kvalitet og er derfor rettet til personer, som modtager bostøtte i eget hjem eller bor i boliger med særlig støtte.

Spørgeskemaet er udformet som et antal baggrundsspørgsmål og 37 specifikke udsagn, som gør det muligt at identificere højere og lavere kvalitet ud fra brugernes perspektiv. Udsagnene relaterer sig til følgende seks dimensioner:

1. Respekt/imødekommenhed ("bemötande")
2. Indflydelse ("delaktighet")
3. Støtte ("stöd")
4. Adskilt privatliv ("avskild miljö")
5. Trygge omgivelser ("trygg miljö")
6. Bostøttespecifik kvalitet ("Boendestödsspecifik kvalitet").

Læs mere om selve måleredskabet i denne manual:

- Schröder, A. & Lundqvist, L. (2015). *Manual för instrumentet Kvalitet i Psykiatrisk Vård (KPV)*. Örebro: Universitetssjukvårdens forskningscentrum (UFC).

2.2.1 Opsummering

I dette afsnit har vi præsenteret litteratur, der omhandler brugernes perspektiv på kvalitet. Det første studie er en dansk brugerundersøgelse, hvor SUS har evalueret, hvad brugerne af psykosociale indsatser i tre danske kommuner beskriver som kvalitet, og om de oplever denne kvalitet i støtten. Kvaliteten i indsatserne er målt ud fra fem dimensioner, som er:

- Værdighed, inddragelse og selvstændighed
- Flexibilitet
- Relationer til fagprofessionelle, familie og venner
- Sammenhæng
- Livskvalitet.

Disse dimensioner har brugerne vurderet kvaliteten af indsatsen ud fra, og som forfatterne påpeger, er alle disse fem elementer centrale for oplevelsen af god kvalitet og brugernes recovery. Overordnet set viser undersøgelsen, at brugerne generelt er tilfredse med de indsatser, som de modtager, men at der også er mulighed for forbedringer på en række områder. Undersøgelsen viser eksempelvis, at flere brugere oplever manglende sammenhæng i deres forløb, og at ressourceknaphed påvirker fleksibiliteten og kvaliteten i indsatsen.

I afsnittet præsenterer vi også et svensk studie, hvor en forskergruppe har udviklet et spørgeskemabaseret redskab til at måle kvalitet i bostøtte. På trods af at det er udviklet i en svensk kontekst, så vurderer vi, at det også er relevant og brugbart i den danske bostøtteindsats. I spørgeskemaundersøgelsen deltog 484 svenske brugere af bostøtte, og undersøgelsen konkluderer, at den oplevede kvalitet vurderes lavere af brugere, der bor i boliger med særlig støtte, sammenlignet med brugere i egen bolig. Undersøgelsen viser, at der generelt er tilfredshed med kvaliteten i bostøtten og i boliger med særlig støtte, men at der er potentiale for forbedring af relationen mellem bostøttemedarbejdere og brugere. Endvidere vurderes graden af

inddragelse og deltagelse lavt blandt brugerne, hvilket understreger vigtigheden af at fokusere på relationsarbejdet for at højne den brugeroplevede kvalitet i bostøtteindsatsen.

Begge publikationer er således relevante for udviklingen af kvalitet i den danske bostøtteindsats, hvor relationsarbejdet mellem bruger og bostøttemedarbejder er et helt centralt element at arbejde med i indsatsen, hvilket det svenske studie bidrager med perspektiver på. Endvidere er det vigtigt for kvaliteten at sikre en fleksibel og sammenhængende bostøtteindsats, hvilket SUS' danske undersøgelse bidrager med viden om ud fra brugernes perspektiv.

2.3 Inklusion og samfundsdeltagelse

I arbejdet med at styrke kvaliteten af bostøtteindsatsen til borgere med psykiske vanskeligheder er inklusion et centralt tema. Forskningen peger på, at det at være socialt forbundet til andre og deltage i samfundslivet spiller en positiv rolle for menneskers trivsel og helbred. Samtidig ved vi også, at psykiske vanskeligheder kan udgøre en stærkt begrænsende faktor for netop deltagelse i sociale netværk og aktiviteter. Ét fokusområde for bostøtte til personer med psykiske vanskeligheder bør derfor være på aktiviteter, der – i tillæg til den individuelle indsats – kan bidrage positivt til at styrke brugerens netværk og inklusion i sociale fællesskaber.

Både i national og international lovgivning og praksis har der de senere år været fokus på inklusion af mennesker med psykiske vanskeligheder. Internationalt gælder det fx FN's Handicapkonventions Artikel 19, der foreskriver, at landene skal sikre, at personer med funktionsnedsættelser har retten til at leve et selvstændigt liv og til at være inkluderet i samfundet. Danmark og de øvrige deltagerstater forpligter sig, gennem ratificering af konventionen, til at træffe effektive og passende foranstaltninger, der skal gøre det lettere for personer med handicap (fysiske og psykiske) fuldt at nyde denne rettighed samt fuldt at blive inkluderet og deltage i samfundet (FN, 2008: art. 19). Neidel (i Neidel & Jensen, 2013, red.: s. 7) påpeger, at det stigende fokus på psykosocial rehabilitering og recovery også har ført til, at netop inklusion og deltagelse i nærmiljøets fællesskaber er blevet til centrale pejlemærker for udviklingen af de sociale indsatser, ligesom der også bliver lagt fornyet vægt på at skabe partnerskaber imellem forskellige aktører på tværs af de offentlige støttesystemer, civile aktører, arbejdsmarkedet og uddannelses-systemet (Kirkegaard, 2019; Kirkegaard & Andersen, 2018).

I det følgende sammenfattes kort hovedpointerne fra to centrale publikationer, som begge behandler temaet inklusion og samfundsdeltagelse for mennesker med psykiske vanskeligheder (se Boks 2.3). Den første publikation (Neidel & Jensen, 2013, red.) rummer inspiration til, hvordan indsatser forankret i lokalsamfundet kan medvirke til at understøtte trivsel hos unge med psykosociale vanskeligheder, baseret på erfaringer fra en dansk og nordisk kontekst. Den anden publikation (Webber & Fendt-Newlin, 2017) præsenterer resultaterne fra en forskningsoversigt over forskellige typer af interventioner, der har til formål at styrke det sociale netværk blandt mennesker med psykiske vanskeligheder – baseret på indsatser fra en række andre lande.

Boks 2.3 Udvalgte publikationer om inklusion

1. Neidel, A., & Jensen, C. C. red. (2013). *Inklusion, deltagelse og bedring: Unge med psykosociale vanskeligheder i lokalsamfundet*. Odense: Socialstyrelsen.

I denne udgivelse fra Socialstyrelsen sætter redaktørerne i en række tekster fokus på, hvordan indsatser forankret i lokalsamfundet kan medvirke til at understøtte trivsel hos unge med psykosociale vanskeligheder. Hæftet giver dermed inspiration til arbejdet med at udvide fokus fra den individuelle indsats til også at fokusere på den enkeltes omgivelser og deltagelsesmuligheder i samfundslivet.

2. Webber, M., & Fendt-Newlin, M. (2017). A review of social participation interventions for people with mental health problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(4), 369-380.

Forskningsartiklen er en oversigt (review) over interventioner, der har fokus på social inklusion af mennesker med psykiske udfordringer. I forskningsoversigten identificerer og opsummerer forfatterne en række forskellige modeller for social deltagelse med fokus på indsatser, for hvilke der er evidens for et styrket socialt netværk blandt deltagerne.

I et hæfte udgivet af Socialstyrelsen sætter Neidel og Jensen (2013, red.) igennem en række tekster fokus på, hvordan indsatser forankret i lokalsamfundet kan medvirke til at understøtte trivsel hos unge med psykosociale vanskeligheder, samt hvordan disse indsatser aktivt kan tænkes ind i en recovery-understøttende og rehabiliterende tilgang. Forfatterne fokuserer på unge, der ofte befinder sig midt i vigtige overgange mellem livsfaser⁶, men en del af den viden, der præsenteres, er også relevant i forhold til andre alders- og målgrupper, der oplever psykiske vanskeligheder og social eksklusion (s. 7).

I teksten "Det gør en forskel" (s. 26f.) præsenterer Neidel og Jensen en række faktorer og elementer, der vurderes at være betydningsfulde for indsatser, hvor målet er at understøtte unges psykiske trivsel og bedring gennem deltagelse i sociale fællesskaber. Baseret på en gennemgang af international forskningslitteratur samt dansk og nordisk grå litteratur om inklusion, deltagelse, mental sundhed og unge, fremhæver forfatterne seks virksomme råd:

1. **Inddrag dem, det handler om.** Forfatterne påpeger, at aktiv involvering af brugerne og inddragelse af deres egne erfaringer og perspektiver er afgørende for succes. Eksempelvis giver brugerinddragelse, når det lykkes, adgang til unik viden om brugerens oplevelse af tilhørsforhold, deltagelse og indflydelse i lokalsamfundet, som kan være afsæt for at styrke yderligere inklusion. Inddragelse og involvering kan desuden i sig selv øge ejerskabet over aktiviteter og indsatser og udgør dermed et potentielt springbræt til yderligere deltagelse i samfundslivet.
2. **Skab social bæredygtighed sammen.** En væsentlig pointe i inklusionsarbejdet er, at man må udvide perspektivet i indsatserne fra individet til også at inddrage og omfatte lokalsamfundet. For at styrke grundlaget for inklusion og deltagelse må man først forstå det omgivende lokalsamfunds eksisterende organisationer, netværk og deltagelsesformer. Forfatterne fremhæver netværksanalyse⁷ som et redskab til at danne overblik over de eksisterende deltagelsesformer. En måde at skabe gode mødesteder og fremme dialog er at samle en bred vifte af aktører (professionelle aktører, civilsamfund,

⁶ Overgangen fra barn til voksen er, ifølge forfatterne, en vigtig, men også sårbar periode for alle unge, præget af en række skift, hvor det at høre til og deltage i ungdomslivets arenaer spiller en afgørende rolle for trivsel og mistrivsel (s. 8-9). Derfor er det helt centralt for unges videre livsforløb, at det lykkes at skabe en inklusions- og deltagelsesorienteret indsats for unge, der møder psykiske vanskeligheder. Forfatterne argumenterer for, at unge har behov for en indsats, som ikke lukker sig om sig selv, men som tværtimod skabes i et tæt samspil mellem de professionelle støttesystemer og aktører i hverdagslivets arenaer (fx skolen, fritids- og foreningslivet, familien, osv., s. 10).

⁷ Netværksanalyser er systematiske kortlægninger af de sociale relationer og sociale netværk i et givent lokalområde.

brugeren selv, samt uddannelses- og arbejdsmarkedsinstitutioner) til dialog om brugerens muligheder for inklusion og deltagelse. Samtidig er det vigtigt, at der indgås forpligtende partnerskaber med civilsamfundsaktørerne, således at mulighederne for deltagelse opretholdes, også når brugeren oplever en periode med øgede psykosociale vanskeligheder, der netop kan udgøre en barriere for deltagelse.

3. **Styrk den enkeltes netværk.** Fra forskningen ved vi, at både støttende og gensidige⁸ relationer er fremmende for trivsel⁹. Udvikling og vedligeholdelse af sociale netværk og relationer er derfor afgørende, når det handler om at fremme inklusion og deltagelsesmuligheder. Her fremhæver forfatterne det personlige netværk (fx familie) som en vigtig ressource, der dog kan være slidt og have brug for støtte udefra. Et centralt råd er således at understøtte fastholdelsen af brugerens eksisterende netværk. Samtidig kan de eksisterende netværk tilføres nye ressourcer, eksempelvis i form af frivillige eller professionelle mentorer, 'følgesvende' eller kontaktpersoner. Endelig kan fællesskaber med ligesindede (peer-netværk) udgøre en vigtig kilde til nye relationer, som baserer sig på gensidighed.
4. **Understøt deltagelse.** I tillæg til de nære relationer i brugerens personlige netværk kan deltagelse i et bredere fællesskab ligeledes have positiv indflydelse på den mentale trivsel. Dét at være en del af et fællesskab, hvor man spiller en positiv rolle, bidrager til fællesskabet og føler sig "nyttig og brugbar", øger oplevelsen af at være inkluderet. Dette kan opnås gennem fx uddannelse og arbejdsmarkedsdeltagelse, men også gennem deltagelse i interessefællesskaber eller frivillige foreninger. Her udgør mangelfuld forståelse, stigmatiserende og diskriminerende adfærd i et lokalsamfund, fx på uddannelsesinstitutionen, arbejdspladsen eller i relationerne, en central barriere for inklusion.
5. **Vær brobygger og netværker.** Forfatterne pointerer, at det at skabe netværk og deltage i lokale fællesskaber ikke altid er enkelt for personer med psykosociale vanskeligheder. Tværtimod kan det kræve en aktiv indsats fra professionelle såvel som fra netværket og det omgivende lokalsamfund. Her kan der være behov for brobygning, enten i form af fagprofessionelles hjælp til at etablere en bro til lokale foreninger mv. eller i form af en styrkelse af brugerens egen sociale kapital. Forfatterne påpeger, at de fagprofessionelle, som er i kontakt med brugere med psykosociale vanskeligheder, kan understøtte brugerens deltagelsesmuligheder ved at bygge bro og agere vejvisere til fællesskaber og dermed understøtte tilknytningen til sociale fællesskaber.
6. **Koordinator på tværs.** For unge med psykosociale vanskeligheder pointerer forfatterne et øget behov for koordination i forbindelse med vigtige livsovergange. Det involverer samarbejde og kommunikation på tværs af alle de mange aktører og arenaer, der indgår i den unges liv. Koordination handler derfor også om opgaven med at involvere sig i det lokalsamfund og de fællesskaber, som kan være eller blive de unges primære deltagelsesarenaer. Samtidig påpeges nødvendigheden af og udfordringerne i koordination og tværsektorielt samarbejde omkring mennesker med psykosociale vanskeligheder i alle aldersgrupper.

(For en nærmere gennemgang af de seks virksomme elementer, se Neidel & Jensen, 2013, red: s. 26f.).

⁸ Støttende relationer er oftere envejs med brugeren som modtager, mens gensidige relationer er der, hvor brugeren også selv giver og bidrager til relationen.

⁹ Social støtte udgør en "buffer" mod psykisk mistrivsel.

Forfatterne konkluderer, at der er brug for videre udvikling af viden og praksis i forhold til mødet mellem psykosocial rehabilitering, inklusion og lokalsamfundsindsatser. Herunder viden om, hvordan forskellige modeller for inklusion kan gøre en positiv forskel for de unge, deres social netværk og for de lokalsamfund, der omgiver dem (s. 37).

I en forskningsoversigt fra 2017 over interventioner, der har fokus på social inklusion af mennesker med psykiske helbredsudfordringer¹⁰, identificerer og grupperer Webber & Fendt-Newlin (2017) 19 interventioner¹¹ fra 14 lande, der har til formål at styrke det sociale netværk¹² blandt personer med psykiske lidelser. Forskningsoversigten, der er baseret på en søgning i udvalgte forskningsdatabaser¹³, har til formål at illustrere bredden og diversiteten i de tilgange, som anvendes af praktikere, der arbejder med målgruppen, og samtidig fremhæve huller i den eksisterende viden på området.

Forfatterne grupperer indsatserne i seks forskellige overordnede indsatstyper:

1. **Individuel træning af sociale færdigheder** (*individual social skills training*), hvor formålet er at øge eller forbedre brugerens evne til at håndtere sociale relationer.
2. **Gruppebaseret udvikling af færdigheder** (*group skills training*), hvor formålet er at forbedre individers relationer til andre – som oftest til ligestillede med de samme psykiske helbredsudfordringer (peers).
3. **Støttet deltagelse i lokalsamfundet** (*supported community engagement*), for eksempel i form af "frivillig-venner" (*volunteer befriending*), men også i form af professionelles hjælp med at integrere brugeren i eksisterende fællesskaber, såsom lokale fritidsaktiviteter. Som eksempler på støttet deltagelse fremhæver forfatterne blandt andre Connecting People Project fra England, hvor brugerne engageres i aktiviteter, foreninger og grupper i det omgivende samfund (se case-beskrivelse nedenfor); samt Åben Dialog tilgangen fra Finland, hvor relevante professionelle bringes i dialog med brugerens private sociale netværk gennem inddragelse af brugerens familie, venner og bredere netværk – ud fra borgerens eget ønske (læs mere om Åben Dialog i oversigten over metoder og indsatser).
4. **Gruppebaserede fællesaktiviteter** (*group-based community activities*), fx kunstprojekter for personer med psykiske lidelser og lignende fællesaktiviteter.
5. **Beskæftigelsesinterventioner** (*employment interventions*). Forfatterne pointerer, at størrelsen på det sociale netværk ofte hænger tæt sammen med den enkeltes arbejdsmarkedssituation, hvorfor beskæftigelsesinterventioner ligeledes kan have social deltagelse som enten direkte eller indirekte formål. Forfatterne fremhæver støttet beskæftigelse (*supported employment*), som går ud på at matche personer med længevarende psykiske udfordringer med specifikke jobs. Selvom det primære mål for sådanne interventioner oftest er fastholdelse af beskæftigelse, frem for psykisk trivsel eller social integration, fremhæver forfatterne, at denne type interventioner ligeledes kan lede til en forbedring af det sociale liv, sociale kontakter og et styrket socialt netværk.
6. **Peer-støtte interventioner** (*peer support interventions*), hvor fokus er på at skabe relationer til ligesindede/ligestillede. Formålet med peer-støtte er således, modsat i de

¹⁰ I oversigten fokuserede forfatterne på en målgruppe bestående af personer med diagnosticerede psykiske vanskeligheder, men ekskluderede personer med et samtidigt misbrug.

¹¹ Seks af disse interventioner er evalueret ved hjælp af randomiserede, kontrollerede forsøg (RCT).

¹² Sociale netværk inkluderer her nære, støttende relationer med familie og venner, såvel som mere løst forbundne interaktioner med kontakter i lokalsamfundet og lokale fællesskaber.

¹³ Kun interventioner med et psykologfagligt aspekt blev inkluderet i oversigten, dvs. interventioner, som adresserer psykologiske eller sociale behov, snarere end fysiske eller biologiske. Indsatserne, som blev inkluderet i oversigten, omfattede både individuelle aktiviteter og gruppeorienterede aktiviteter. Forfatterne fokuserede på interventioner, hvor der var blevet målt på sociale netværk eller social deltagelse, enten som et direkte eller indirekte outcome af interventionen.

øvrige modeller, at skabe og styrke relationer imellem personer med psykiske vanskeligheder, som har delt identitet eller delte livserfaringer, fremfor at styrke deres kontakter til andre grupper i samfundet.

(For et mere detaljeret overblik og eksempler på hver af de seks indsatstyper, se Webber & Fendt-Newlin, 2017: Table 1).

Forfatterne finder umiddelbart, at gevinsterne, når der måles på brugerens sociale netværk, er stærkere ved interventioner med fokus på støttet deltagelse i lokalsamfundet (*supported community engagement*) end i de øvrige modeller, selvom evidensgrundlaget for flere af interventionerne er begrænset. Samtidig understreger de behovet for mere systematisk viden om sociale interventioner, fx ved hjælp af randomiserede kontrollerede studier (RCT), som kan lede til konkrete anbefalinger målrettet praktikere, der arbejder med målgruppen.

Resultaterne peger på, at interventioner og indsatser, der har fokus på social deltagelse, har potentiale til at styrke det sociale netværk blandt mennesker med psykiske helbredsudfordringer.

Eksempel: Connecting People Project

Det engelske *Connecting People Project* fremhæves af både Socialstyrelsen i Danmark (se Neidel & Jensen, 2013, red.: s. 38) og Webber & Fendt-Newlin (2017) som et eksempel på god praksis i forhold til at (gen)forbinde brugere af sociale indsatser og sundhedsindsatser med det almindelige samfundsliv.

Connecting People Project er en model, som er blevet udviklet og evalueret i to forskningsstudier, og hvis implementering nu udfoldes og undersøges i et tredje studie – alle finansieret af National Institute of Health Research (NIHR) School of Social Care Research i England.

På baggrund af resultaterne fra evalueringer af eksisterende god praksis i seks forskellige sundhedsenheder og sociale afdelinger i UK blev der i Connecting People projektet udarbejdet et uddannelsesprogram for socialarbejdere med fokus på at fremme de kompetencer, det kræver at understøtte inklusion og deltagelse.

Publikationen "*Connecting People Practice Guidance*", som er udviklet til praktikere, introducerer grundelementerne i den trinvis tilgang, der har til formål at forbinde brugeren (dvs. borgeren eller modtageren af den sociale indsats) til lokalsamfundet og eksisterende lokale fællesskaber.

- Connecting People Project (2018). *Connecting PEOPLE Practice Guidance*. York: University of York.

Grundelementerne består i otte trin, der udføres i et samarbejde mellem brugeren og den fagprofessionelle. Hvert enkelt trin er beskrevet nærmere i manualen og inkluderer bl.a. opstartssamtaler, kortlægning af brugerens eksisterende netværk, mål for fremtidige aktiviteter, identifikation af barrierer og løsningsmuligheder med videre. Til flere af disse trin hører desuden måleredskaber, fx i form af et kort spørgeskema til brugeren, som kan anvendes til at målrette samtalen og eventuelt samtidig måle på borgerens situation eller progression.

I tillæg til praksisguiden findes en implementeringsmanual og en træningsmanual.

2.3.1 Opsummering

I dette afsnit har vi præsenteret studier, der belyser inklusion og samfundsdeltagelse, som er et væsentligt fokusområde for bostøtteindsatsen. Forskning peger på, at sociale relationer og det at være forbundet til andre mennesker har stor betydning for deltagelse og inklusion i samfundet. Borgere med psykiske vanskeligheder har ofte brug for indsatser, der understøtter netværksdannelse og sociale integration, og det er derfor en vigtig opgave for bostøttemedarbejderne.

Den første udgivelse, som vi har præsenteret i dette afsnit, er en dansk publikation, der rummer inspiration til, hvordan indsatser i lokalsamfundet kan understøtte trivsel til unge med psykiske vanskeligheder. På baggrund af en gennemgang af international forskningslitteratur udarbejder forfatterne seks råd, der kan være med til at fremme unges deltagelse og inklusion.

Den anden publikation beskriver resultaterne fra en international forskningsoversigt over forskellige interventioner, der har et mål om at styrke sociale relationer og netværk blandt mennesker med psykiske vanskeligheder. Udgivelsen baserer sig på erfaringer og litteratur om indsatser fra en lang række forskellige lande og har bl.a. til formål at illustrere den bredde og diversitet i tilgange, der eksisterer i praksis og på tværs af lande. Desuden fremhæver forfatterne, at der mangler viden om, hvordan lokalsamfundsbaseerede indsatser kan understøtte deltagelse og inklusion af mennesker med psykiske vanskeligheder. De konkluderer, at interventioner og indsatser, der har fokus på social deltagelse i lokale fællesskaber, har potentiale til at styrke det sociale netværk blandt mennesker med psykiske vanskeligheder.

De to udgivelser kan således anvendes som inspiration til, hvordan bostøtteindsatsen konkret kan have fokus på at understøtte borgernes inklusion og samfundsdeltagelse. Det er bostøttemedarbejdernes opgave at fremme borgernes deltagelsesmuligheder i lokale fællesskaber, hvilket nærværende publikationer præsenterer en række idéer og redskaber til at understøtte. Eksempelvis fremhæver den første publikation, hvordan netværksanalyse kan anvendes til at danne overblik over borgerens sociale relationer og netværk, hvilket er et godt udgangspunkt for det videre arbejde med at brobygge og skabe netværk i lokalsamfundet. Endvidere fremhæver forfatterne også, at partnerskaber og samarbejder med aktører i lokalområdet, fx frivillige idrætsforeninger, er en måde at understøtte borgerens deltagelsesmuligheder i civilsamfundet. En anden helt central pointe for bostøtteindsatsen, som fremhæves i den anden publikation, er, at der eksisterer mange forskellige typer af fællesskaber, som det kan være givende at brobygge og inkludere borgerne i, fx beskæftigelsesindsatser, peer-støtte interventioner, gruppebaseerede aktiviteter, individuel og gruppebaseeret social træning, frivillige tilbud osv.

2.4 Uddannelse og beskæftigelse

Inklusion af mennesker med psykiske vanskeligheder i uddannelsesinstitutioner og på arbejdsmarkedet er en vigtig målsætning i den danske socialpolitik. For eksempel skriver regeringen i deres nyeste handlingsplan for psykiatri:

(...) antallet af mennesker, der får hjælp i socialpsykiatrien, er steget, og deres psykiske udfordringer er mere komplekse end før. Dog har de ofte gode udviklingsmuligheder og dermed også mulighed for at komme i uddannelse, beskæftigelse og blive en del af civilsamfundet, hvis de får den rette støtte på det rigtige tidspunkt. Der er således et stort udviklings- og investeringspotentiale i socialpsykiatrien. (Regeringen, 2018: s. 43)

Denne målsætning fremgår også af internationale konventioner, fx i FN's Handicapkonvention, Artikel 19 (selvstændigt liv), Artikel 24 (uddannelse) og Artikel 27 (arbejde) (FN, 2008).

Ud over den politiske målsætning er der forskning, der tyder på, at øget deltagelse i strukturerede fællesskaber, såsom uddannelsesinstitutioner og arbejdspladser, kan være positivt for individets livssituation og livskvalitet. Ifølge Slade et al. (2015) giver arbejde – hvad enten det er betalt, frivilligt eller i hjemmet – for de fleste en oplevelse af at bidrage til samfundet eller fællesskabet, som kan udgøre et vigtigt skridt i vejen mod recovery. Neidel og Jensen (2013,

red.) påpeger ligeledes, at dét at være en del af et fællesskab, hvor man spiller en positiv rolle og føler sig "nyttig og brugbar", øger oplevelsen af at være inkluderet i samfundet. Og Webber og Fendt-Newlin (2017) fremhæver beskæftigelsesinterventioner (fx støttet beskæftigelse) som en mulig vej til øget social integration, gennem en forbedring af det sociale liv, sociale kontakter og et styrket socialt netværk.

Samtidig viser gentagne levevilkårsundersøgelser, der har sat fokus på inklusion blandt mennesker med handicap, at dét at have et handicap eller et længerevarende helbredsproblem (hvad enten det er fysisk eller psykisk) er forbundet med lavere deltagelse i både uddannelse og på arbejdsmarkedet (se fx Amilon et al., 2017, 2019; Kjær et al., 2019).

Forskningen peger på mange forskellige årsager til den generelt lavere beskæftigelse og det lavere uddannelsesniveau blandt mennesker med psykiske vanskeligheder. Både individuelle ressourcer og strukturelle begrænsninger, såsom manglede tilgængelighed til arbejdsmarkedet, fremhæves. Slade og kollegaer (2015) pointerer eksempelvis, at den høje ledighedsrate blandt brugere af psykosociale tilbud bl.a. kan tilskrives selvstigma, forventet og reel diskrimination (Slade et al., 2015).

I det følgende sammenfattes kort hovedpointerne fra to udvalgte publikationer, som begge omkredser, hvordan borgere med psykiske vanskeligheder kan støttes i at udnytte deres potentiale i forhold til uddannelse og beskæftigelse (se Boks 2.4).

Den første publikation (Møller & Kristoffersen, 2013) er et arbejdspapir, som samler nogle af de erfaringer, som danske kommuner og regioner har gjort sig med at skabe kontinuitet i beskæftigelses- og socialindsatsen. Forfatterne har fokus på det organisatoriske og samspillet mellem sektorer.

Den anden publikation (Lindström, Sjöström & Lindberg, 2013) analyserer, hvordan en specifik integreret aktivitetsrettet intervention (*Everyday Life Rehabilitation*) skabte mening for brugerne selv blandt en målgruppe bestående af personer med alvorlige psykiske lidelser i støttede boliger i Sverige. Sidstnævnte publikation omgår således litteraturudvælgelsens inklusionskriterie om, at målgruppen for indsatsen skal bo i eget hjem fremfor i institutionaliserede boformer. Alligevel skønnes publikationen relevant, idet vi vurderer, at artiklens fund omkring, *hvordan* strukturerede hverdagsaktiviteter kan skabe personlig mening blandt brugerne, vurderes at være overførbare til borgere, som bor i egen bolig og modtager bostøtte.

Boks 2.4 Udvalgte publikationer om uddannelse og beskæftigelse

1. Møller, S. Ø., & Kristoffersen, M. J. (2013). *Sammenhængende forløb: Erfaringer med at skabe kontinuitet i beskæftigelses- og socialindsatsen*. Aarhus: Metodecentret.

Med denne publikation sætter Metodecentret (Center for innovation og metodeudvikling for den specialiserede indsats i Danmark) fokus på, hvordan det socialpædagogiske felt kan bidrage til at indfri de politiske ambitioner om inklusion på arbejdsmarkedet og i uddannelsessystemerne. Arbejdspapiret, som er baseret på eksisterende grå litteratur, samler nogle af de erfaringer, som kommuner og regioner har gjort sig med at etablere sammenhængende forløb på tværs af faggrupper, sektorer og myndigheder.

2. Lindström, M., Sjöström, S., & Lindberg, M. (2013). Stories of rediscovering agency: Home-based occupational therapy for people with severe psychiatric disability. *Qualitative Health Research*, 23(6), 728-740.

Forskningsartiklen er udvalgt som et eksempel på en integreret aktivitetsrettet intervention (*occupational therapy*) målrettet borgere med alvorlige psykiske lidelser. *Everyday Life Rehabilitation* blev tilbudt til beboere i beskyttede eller støttede boliger (*sheltered and supported housing*) i en kommune i Sverige. Interventionen havde til formål at aktivere beboerne i meningsfulde daglige aktiviteter i hjemmet. Forfatterne gennemførte narrativ analyse af kvalitative interview og feltstudier blandt 16 brugere med skizofreni og psykoserelaterede lidelser med det formål at forstå, *hvordan* interventionen skabte mening og positive outcomes for brugerne. Outcomes af interventionen er desuden evalueret med positive resultater i en parallel artikel.

Metodecentret valgte i 2013 at sætte fokus på, hvordan det socialpædagogiske felt kan bidrage til at indfri ambitionerne om inklusion på arbejdsmarkedet og i uddannelsessystemerne (Møller & Kristoffersen, 2013). På baggrund af en opsamling af de erfaringer, som en række kommuner og regioner på daværende tidspunkt havde gjort sig med at etablere sammenhængende forløb på tværs af faggrupper, sektorer og myndigheder, fremhæver forfatterne *kontinuitet i indsatsen* som et vigtigt pejlemærke.

Problemstillingen med at skabe sammenhængende forløb for borgere med komplekse problemstillinger har ifølge forfatterne været kendt længe. Kontinuitet handler her bl.a. om, i hvilken grad adskilte indsatser opleves af borgerne og den fagprofessionelle som forbundne til hinanden og i overensstemmelse med borgerens behov og aktuelle livssituation. Forfatterne fremhæver, på baggrund af canadisk forskning, tre former for kontinuitet, som alle kan bidrage til at skabe sammenhængende forløb (s. 4.f):

1. **Informationskontinuitet:** Den måde, hvorpå information deles mellem de aktører, der er involveret i borgerens indsats
2. **Organisationskontinuitet:** En konsistent tilgang på tværs af de aktører, som er involveret i den enkelte borgers liv
3. **Relationskontinuitet:** Vigtigheden af, at den enkelte borger så vidt muligt får adgang til at opbygge og fastholde relationer over tid med de fagprofessionelle, som indgår i borgerens liv.

Forfatterne giver desuden en række eksempler på, hvordan kommuner rundt omkring i landet arbejder med at integrere borgerforløbene bedre i det offentlige støttesystem (Møller & Kristensen, 2013: s. 11f.). I stedet for at gentage disse eksempler vil vi her fremhæve et nyere eksempel på en tværsektoriel sammentænkning af beskæftigelses- og socialindsatsen, nemlig projektet 'På vej til arbejde' i Næstved.

Formålet med 'På vej til arbejde' er "at styrke livsmestringen og tilknytningen til arbejdsmarkedet for en målgruppe af aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere med psykiske problematikker og udfordringer" (Benjaminsen, 2019: s. 5). Selvom indsatsen henvender sig til en målgruppe, der er karakteriseret ved mindre massive udfordringer end den typiske målgruppe for § 85-bostøtte, så rummer indsatsen potentielt relevante praksisser i forhold til at overkomme sektorbarrierer imellem den sociale indsats og beskæftigelsesindsatsen målrettet borgere med psykiske vanskeligheder.

Eksempel: På vej til arbejde

Indsatsen 'På vej til arbejde' tager udgangspunkt i et allerede eksisterende samarbejde mellem socialpsykiatrien i Næstved Kommune og den regionale psykiatri. Ligeledes indgår Center for Arbejdsmarked i Næstved Kommune.

Målgruppen for indsatsen er karakteriseret ved, at deres psykiske problematikker betyder, at de har vanskeligt ved at få tilstrækkelig hjælp og støtte alene i beskæftigelsessystemet, men at problematikkerne samtidig ikke er så omfattende, at de fast er tilknyttet det regionale psykiatriske system.

Kerneelementet i indsatsen er en ny funktion som ressourcekonsulent, der er etableret med projektet. Ressourcekonsulenten tilbyder individuelle støtteforløb til aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere med psykiske problematikker. Indsatsen har til formål at styrke borgernes tilknytning til arbejdsmarked og uddannelse og øge borgernes livsmestring, baseret på en recovery- og empowerment-tilgang.

Samtidig er den funktion, som ressourcekonsulenten varetager, *ikke* at sidestille med den individuelle sociale støtte, der gives efter § 85 i serviceloven om bostøtte, der typisk har et mere specifikt fokus på at give borgere med komplekse støttebehov en praktisk og social støtte i hverdagen i eget hjem.

Projektet løber fra 2018 til 2020 og evalueres af VIVE. Læs mere om status for etableringen af indsatsen og de foreløbige resultater i midtvejsevalueringen:

- Benjaminsen, L. (2019). *På vej til arbejde. Midtvejsevaluering*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Individual Placement and Support, IPS (på dansk Individuel Jobplacering med Støtte), er et andet eksempel på en beskæftigelsesindsats målrettet personer med psykiske vanskeligheder. I den internationale litteratur om recovery fremhæves denne indsats blandt andre af Slade et al. (2015: s. 22f.) som et eksempel på en evidensbaseret tilgang, hvor borgere med psykiske vanskeligheder integreres på det ordinære arbejdsmarked frem for i beskyttet beskæftigelse.

IPS-metoden, som har vist effekter i udlandet, bliver aktuelt afprøvet og evalueret i flere danske kommuner. I fx Hjørring Kommune anvendes indsatsen som en del af den arbejdsrettede rehabilitering til en målgruppe, som bl.a. består af borgere, der modtager bostøtte pga. psykiske vanskeligheder. Desuden kan nævnes Socialstyrelsens og STARs samarbejde om projekt "Social støtte i overgangen til og fastholdelse i job"¹⁴, som også bygger på principperne i IPS. I dette projekt samarbejder socialpsykiatrien og beskæftigelsesindsatsen, hvor bostøttemedarbejderens rolle er at levere en fokuseret, intensiv og tidsafgrænset CTI-støtte i overgangen til og fastholdelse i job.

¹⁴ <https://socialstyrelsen.dk/filer/voksne/tvaergaende/social-stotte-i-overgangen-til-og-fastholdelse-i-job/indsatsmodel.pdf>

Eksempel: Individual Placement and Support (Individuel Jobplacering med Støtte)

Individual Placement and Support (IPS) er en amerikansk metode, som er blevet afprøvet i både USA og Europa, og som er evalueret igennem en række forsøg, ofte med gode resultater (Nordentoft & Christensen, 2011).

Kort fortalt består IPS i en beskæftigelsesindsats målrettet folk med svære sindslidelser, som har et ønske om at få et arbejde eller komme i uddannelse. IPS fokuserer på den enkelte IPS-kandidat og hjælper med at afklare, hvad der interesserer kandidaterne, og hvilke kompetencer, de har. Metoden går ud på at yde den rette støtte og finde det rigtige jobmatch.

IPS hviler på syv principper:

1. Målet er beskæftigelse på det ordinære arbejdsmarked
2. Alle kan deltage. Ingen bliver ekskluderet
3. Jobsøgning starter hurtigt efter inkludering i programmet
4. IPS er en integreret del af den psykiatriske behandling
5. Indsatsen er baseret på IPS-kandidatens egne præferencer og valg
6. Støtten under beskæftigelse varer, så længe der er behov for det
7. Vejledning om sociale ydelser og arbejde.

Læs mere om metoden og dens resultater i Nordentoft og Christensens (2011) forskningsreview om beskæftigelsesindsatser til personer med svær psykisk sygdom:

- Nordentoft, M. & Christensen, T. (2011). Review om effekter af beskæftigelsesindsatser til personer med svær psykisk sygdom. København: Arbejdsmarkedsstyrelsen.

Nogle personer i målgruppen for bostøtten vil have mulighed for, enten permanent eller i perioder, at varetage ordinær eller støttet beskæftigelse, men der også mange i målgruppen, for hvem ganske alvorlige psykiske vanskeligheder kan udgøre en begrænsning i en sådan grad, at beskæftigelse må anses for en mere fjern målsætning. For disse grupper kan deltagelse i alternative aktiviteter udgøre et potentielt vigtigt led i at styrke individets følelse af handlingskapacitet (*agency*). I en svensk forskningsartikel fra 2013 undersøger forfatterne betydningen af en integreret aktivitetsrettet indsats (*occupational therapy*) målrettet beboere i støttede boformer med alvorlige psykiske lidelser (skizofreni og psykose) (Lindström, Sjöström & Lindberg, 2013). Princippet med indsatsen er at give målgruppen (i dette tilfælde beboerne) mulighed for at deltage og engagere sig i meningsfulde aktiviteter i de daglige omgivelser. Interventionen – *Everyday Life Rehabilitation* – centrerede sig om aktiviteter (*occupations*), der generelt bliver opfattet som meningsfulde, herunder aktiviteter, der promoverer følelsen af at være produktiv og bidrage til samfundet/fællesskabet, aktiviteter, der involverer social kontakt, og aktiviteter, som resulterer i øget selvværd, selvtillid og selvbestemmelse (s. 728). Aktiviteterne havde eksempelvis følgende livsområder som omdrejningspunkt – alt efter beboerens eget ønske: fysisk aktivitet, kontrol over penge, et socialt liv, sunde måltider mv. For en nærmere beskrivelse af interventionen, se Lindström, Sjöström & Lindberg, 2013: s. 730f.

Baseret på en narrativ analyse af brugerinterviews og feltstudier fremhæver forfatterne følgende aspekter som værende centrale for indsatsens overordnede succes med at fremme oplevelsen af meningsfuldhed og selvbestemmelse blandt brugerne:

- **Fremkomsten af håb i et ellers inaktivt liv.** Et fælles narrativ var, at aktiviteterne stod i skarp kontrast til brugernes generelt *inaktive* hverdagsliv, der som oftest – af brugerne

- selv – blev karakteriseret som ”gråt, ensomt og passivt” (s. 734). At deltage i de planlagte aktiviteter frembragte på denne baggrund en forekomst af håb.
- **Afhængigheden af støtte fra professionelle.** Et andet narrativ, som fremhæves i artiklen, er forskellen mellem en følelse af at være afhængig af de professionelle (*community care workers*) versus forholdet til aktivitetsterapeuten (*occupational therapist*), dvs. den professionelle, som var ansvarlig for aktivitetsinterventionen. Forfatterne fremhæver aktivitetsterapeutens *rehabiliterende* tilgang – dét, at brugeren blev opfordret og støttet til *selv* at udføre aktiviteter – som en bidragende faktor til oplevelsen af styrket handlingskapacitet i forbindelse med indsatsen.
 - **Brobygning til det omgivende samfund.** Et tredje narrativ, som går igen, er kontrasten mellem et isoleret liv i boligen og muligheden for et liv i det omgivende samfund. Forfatterne fremhæver, hvordan den aktivitetsbaserede indsats har potentiale til at åbne døre til det omgivende samfund for brugerne, både gennem deltagelse i aktiviteter og gennem selve dét at komme ud (s. 736).
 - **Værdien af at nå egne mål.** Generelt nåede deltagerne de mål, de havde sat sig for, men fremfor at tillægge de specifikke kompetencer værdi, fx madlavning, pengehåndtering, fysisk udfoldelse mv., fremhæver forfatterne værdien af at nå egne mål og de personlige sejre (s. 736), som var forbundet med aktiviteterne.

Forfatterne konkluderer, at den integrerede aktivitetsrettede indsats, gennem sin rehabiliterende tilgang, synes at have frembragt en oplevelse af styrket handlingskapacitet (*agency*) blandt brugerne.

Om end den omtalte intervention hverken har beskæftigelse eller uddannelse som direkte målsætning, vurderer vi, at de ovenfor fremhævede perspektiver kan udgøre vigtige pejlemærker for en aktivitetsrettet indsats i bostøtten. Studiet peger på, at engagement i strukturerede hverdagsaktiviteter tilfører øget mening og handlingskapacitet til borgere med alvorlige psykiske lidelser. En sådan udvikling kan potentielt udgøre et vigtigt skift i retning af at bringe borgerne tættere på beskæftigelses- eller uddannelsesrettede indsatser, fx støttet beskæftigelse.

2.4.1 Opsummering

Under temaet 'Uddannelse og beskæftigelse' har vi beskrevet hovedpointerne fra to centrale publikationer, der begge belyser, hvordan borgere med psykiske vanskeligheder bedst kan støttes i at komme i uddannelse og beskæftigelse. Politisk er der et stærkt ønske om at få mennesker med psykiske vanskeligheder tættere på arbejdsmarkedet eller i uddannelse, men forskningen peger på, at der eksisterer en række individuelle og strukturelle barrierer. For eksempel viser flere studier, at stigmatisering og manglende udbud af job er en væsentlig udfordring for målgruppen.

Den første publikation, som vi har fremhævet i dette afsnit, er et arbejdspapir, der samler erfaringer fra danske kommuner og regioner, som har arbejdet med at skabe kontinuitet i social- og beskæftigelsesindsatserne. Fokus er således på, hvordan der kan skabes sammenhængende forløb for borgerne på tværs af sektorer og faggrupper. På baggrund af eksisterende litteratur og forskning fremhæver forfatterne, at informationskontinuitet, organisationskontinuitet og relationskontinuitet bidrager til borgernes oplevelse af sammenhæng i indsatsen. Endvidere indeholder arbejdspapiret en række eksempler på, hvordan landets kommuner arbejder med at tilbyde mere integrerede og sammenhængende borgerforløb. Vi præsenterer ikke disse eksempler, men har i stedet valgt at fremhæve en række nyere initiativer og indsatser, som

fremstår særligt relevante for bostøtteindsatsen. Disse er 'På vej til arbejde' og 'IPS', hvis kernelementer begge kort beskrives i afsnittet.

Både den fremhævede publikation og eksemplerne bidrager med relevant viden og erfaringer til bostøtteområdet. Bostøttemedarbejderne er centrale i forhold til at skabe kontinuitet i borgernes indsats, da de ofte samarbejder med fagprofessionelle fra andre områder og sektorer. Desuden er bostøtten ofte en vigtig og gennemgående aktør i borgernes hverdagsliv og kan understøtte kontinuitet og koordinering i borgernes forløb, fx ved at planlægge og afholde netværksmøder og brobygge til andre sektorer fx beskæftigelsesområdet. IPS fremhæves som et eksempel, der er relevant for bostøtteindsatsen, da det er en måde, hvorpå bostøttemedarbejdere kan samarbejde mere fokuseret omkring borgerens beskæftigelse, fx gennem en CTI-indsats, der understøtter borgerens overgang og fastholdelse i job.

Den anden publikation, som vi har præsenteret i dette afsnit, er en engelsk forskningsartikel, hvor forfatterne analyserer, hvordan en integreret aktivitetsrettet intervention kan skabe mening for svenske borgere med alvorlige psykiske vanskeligheder. Forfatterne peger på, at den rehabiliterende tilgang til den integrerede aktivitetsrettede indsats har skabt en oplevelse af øget handlingskapacitet blandt brugerne. Studiet viser således, at engagement i strukturerede hverdagsaktiviteter tilfører øget mening og handlingskapacitet til borgere med psykiske vanskeligheder. På trods af at disse fund ikke er undersøgt i en dansk bostøttekontekst, så er erfaringerne alligevel relevante for området, da bostøttemedarbejderne ofte har en central rolle i koordineringen af borgerens forløb, samtidig med at gruppebostøtte fx er en måde at engagere borgere i mere strukturerede hverdagsaktiviteter. Endvidere er det ofte en central opgave for bostøtten at hjælpe de borgere, der ikke er arbejdsmarkedsparate, med at strukturere og planlægge deres hverdagsaktiviteter fx socialt samvær og aktivitetstilbud.

2.5 Selvstændighed og relationer

Sociale relationer kan være afgørende for psykisk trivsel, og deltagelse i fælleskaber har potentiale til at understøtte borgernes recovery-proces. I det følgende sammenfattes kort hovedpointerne fra en norsk publikation om bedringsprocesser (recovery-processer) ved alvorlige psykiske vanskeligheder, hvor fokus netop er på sociale relationer (Borg & Topor, 2014, se Boks 2.5).

Boks 2.5 Udvalgt publikation om selvstændighed og relationer

1. Borg, M., & Topor, A. (2014). *Virksomme relasjoner: Om bedringsprocesser ved alvorlige psykiske lidelser* (3. udg.). Oslo: Kommuneforlaget.

I denne norske udgivelse formidler forfatterne viden om individuelle 'bedringsprocesser', baseret på interview med borgere med skizofreni- og psykoselidelser, som har brugererfaring fra psykiatrien og den kommunale sundhedstjeneste (*psykisk helsetjeneste og kommunehelsetjeneste*). Bogens titel, 'Virksomme relationer', refererer til den sociale dimension, som forfatterne tillægger stor betydning for borgernes recovery.

Med bogen 'Virksomme relationer' ønsker Borg og Topor (2014) at formidle, hvad brugere af psykiatri og kommunale psykiatriske tilbud selv mener, der skal til for at komme sig efter en alvorlig psykisk lidelse (s. 9). I bogen anlægges således et brugerperspektiv på dét, forfatterne kalder "bedringsprocesser". Bedringsprocesser handler, ifølge forfatterne, om personen i hans eller hendes eget hverdagsliv og om den sociale og materielle situation:

Det at komme sig handler i høj grad om egen opfattelse af, hvad det er, der foregår, og indebærer at få øget magt over sit eget liv og egne levevilkår. Mennesker kommer sig på forskellig vis, finder egne mestringsstrategier for at håndtere hverdagslivet og samarbejder med andre i og uden for sundheds- og socialtjenesten om at få et bedre liv. (s. 27, egen oversættelse)

Bogens titel, 'Virksomme relationer', henviser til, at dét at komme sig igennem en alvorlig psykisk lidelse i høj grad sker i et samspil med *dem* og *dét*, som man omgiver sig med. Både menneskelige og åndelige forhold, materielle og sociale vilkår fremstår som væsentlige. "Det handler om at finde og holde fast ved fagfolk eller andre, som kan støtte gennem krævende og smertefulde livssituationer" (s. 8, egen oversættelse).

Vi opsummerer her kort hovedpointerne fra to af bogens kapitler, som begge formidler centrale perspektiver på temaet relationer. I kapitlet 'En anden professionalitet' tager forfatterne de professionelle rolle og bidrag op (kapitel 4). I kapitlet 'Hverdagslivet' belyses den betydning, som det sociale og mellemmenneskelige samspil har for bedringsprocessen (kapitel 5).

Forfatterne påpeger, at den relation, som professionelle og borgere lykkes med at udvikle, ikke bare er vigtig, men er afgørende for, om tiltagene vil virke positivt for borgerens bedringsproces. Relationen til behandleren eller den professionelle bliver således en central del af selve behandlingen. Herunder fremhæver forfatterne, baseret på borgernes egne perspektiver, at følgende forhold kan have betydning for praksis (kapitel 4, s. 69):

- At den professionelle (i dette tilfælde behandleren) har en forestilling om og en tro på, at borgerne (i dette tilfælde patienten) kan komme sig. Det vil sige en bevægelse væk fra kroniker-opfattelsen af patienter med alvorlige psykiske lidelser (fx skizofreni).
- At den professionelle med stort engagement sætter sig ind i den enkeltes livssituation.
- Forestillingen om, at det kan gå godt, drejer sig om at formidle håb og at stå for håbet, også når det tyder på, at en håbløs situation kun bliver værre. I dette tilfælde kan den professionelle spille en afgørende rolle ved at være 'stedfortrædende håb', når borgeren selv har givet op.
- Et stort engagement bygger på evnen til at "se sig selv i den anden og den anden i sig selv". Det er derfor muligt at trække på egne livserfaringer for at hjælpe den anden.
- At sætte sig ind i en patients eller borgers situation indebærer at kunne se problemerne, men også de kompetencer, som vedkommende har. Det drejer sig om at se de mere hverdagslige forhold og situationer samt behandlingen fra personens eget ståsted.

(For en nærmere uddybning af disse pointer, baseret på borgernes perspektiver, se Borg & Topor, 2014, kapitel 4).

Hverdagslivets sociale dimension står ofte lidt i skyggen i behandlingssystemet (psykiatrien) og får, ifølge forfatterne, mindre fokus end eksempelvis kliniske symptomer. I kapitlet om hverdagslivet (kapitel 5) fremhæves to relevante dimensioner: Den første dimension er knyttet til organisering og funktion og refererer til den konkrete daglige organisering af opgaver og aktiviteter. Den anden dimension handler om hverdagslivet som erfaring med oplevelsen af mening og med fokus på, hvad der er vigtigt for den enkelte. Hverdagslivet foregår i en række sociale arenaer, hvor der opleves samvær, samarbejde og mening i relationerne med andre (s. 72). I kapitlet diskuteres betydningen af de *uformelle* relationer (kapitel 5). Særligt familiens rolle fremhæves.

I borgernes historier om, hvad der er vigtigt for at 'komme sig', er det særligt oplevelsen af kontinuitet, som fremhæves. Det er sammenhængen mellem situationen, *før* de psykiske vanskeligheder startede, perioden *under* kontakten med behandlingssystemet og tiden *efter*, i arbejdet med at skabe et bedre liv. Borgerne understreger her, hvor vigtigt det er at have familie, venner eller andre pårørende, som på forskellig vis understøtter denne kontinuitet. For de fleste borgere har de pårørende en hel central plads i bedringsprocessen, fordi de repræsenterede en kontinuitet, som ingen andre kan varetage: Familien kender borgeren fra en række situationer og sammenhænge – ikke bare som syg. Familiemedlemmer kan således udgøre den røde tråd gennem både op- og nedture (s. 73). I familien er der tilmed som oftest en gensidighed i relationen, hvor roller og funktioner til en vis grad kan opretholdes. Familien udgør på den måde en "stadig påmindelse om, at man en gang havde drømme og planer om et liv" (s. 75). Mange borgere fremhæver derfor vigtigheden af, at de fagprofessionelle tager sig tid til at tale med de pårørende, se deres behov og initiere kontakten.

Forfatterne fremhæver, at de pårørende har brug for hjælp, støtte og information for at kunne engagere sig som støttepersoner. Fagprofessionelle må derfor interessere sig for familiens samlede situation og problemer. Familien udgør en potentiel ressource i bedringsprocessen, som dog ofte overses.

Samtidig viser mangfoldigheden i interviewene også eksempler på komplicerede familieforhold med svigt, krænkelser og brudte forventninger, hvor de pårørende ikke kan indtræde i rollen som gode støtterelationer. For nogle brugere er det således en vigtig del af bedringsprocessen at reducere kontakten til familien og frigøre sig fra de familiære bånd. Dette kan i nogle tilfælde være en måde at genoptage kontrollen over eget liv.

Ud over relationer til familiemedlemmer og pårørende fremhæver borgerne forholdet til venner og bekendte. Her nævnes bl.a. forholdet til ligesindede, som borgerne eksempelvis har mødt igennem behandlingssystemet eller i bruger- og patientforeninger. For mennesker med psykiske vanskeligheder, som er ude af arbejdslivet i perioder, er det naturligt, at venskaber dannes i behandlingens arenaer. Borgerne beretter om det positive ved at møde andre, som har oplevet lignende udfordringer og ikke at føle sig "så alene i verden" (s. 79).

Mennesket udvikler sig i det sociale samspil med andre, og det sociale har derfor ifølge forfatterne stor betydning i bedringsprocesser. Interviewene peger på vigtigheden af, at de fagprofessionelle hæver blikket ud over symptomer og problemer og ser, at de sociale relationer, som støtter arbejdet frem mod et bedre liv, er lige så vigtige som hjælpesystemerne. Behovet for information og støtte til pårørende fremhæves af forfatterne som et vigtigt pejlemærke for den personlige bedringsproces (s. 84).

2.5.1 Opsummering

I dette afsnit har vi præsenteret en norsk bog, der på baggrund af kvalitative interview formidler brugers perspektiv på dét, forfatterne kalder bedringsprocesser (som er det, vi i Danmark kalder recovery-processer), hvor de har fokus på betydningen af brugernes relationer til både professionelle, familie og venner. Det er en central opfattelse i bogen, at mennesker udvikler sig i det sociale samspil med andre, og derfor er relationer af afgørende betydning for brugernes recovery. Forfatterne fremhæver, at det er vigtigt, at professionelle flytter fokus væk fra kronicitetstanken og symptomer og i stedet arbejder mere med det relationelle og brugernes hverdagsliv. De påpeger endvidere, at relationen mellem professionelle og brugere er helt essentiel for, at indsatserne er virksomme, og denne relation skal således anses som en vigtig del af forløbet. Dette indebærer bl.a., at de professionelle arbejder med at facilitere håb og

sætte sig ind i den enkelte brugers livssituation. Desuden fremhæves brugernes forhold til pårørende, venner og andre brugere som centrale relationer at arbejde med. De professionelle kan fx understøtte med information og hjælp til de pårørende og håndtering af eventuelle relationelle konflikter. De professionelle kan arbejde med en families samlede situation og problemer ved fx at inddrage familie og pårørende i forhold til borgerens forløb. Den professionelle har også en rolle i forhold til at hjælpe, støtte og give information til de pårørende, for at de pårørende kan engagere sig som støttepersoner til borgeren. I publikationen fremhæves også, at ligesindede er vigtige for borgerens recovery-proces, hvilket understreger, at det er vigtigt i bostøtteindsatsen at arbejde med de gruppebaserede bostøtteindsatser.

Undersøgelsen er forankret i en norsk kontekst, og der er både fokus på brugere og professionelle fra psykiatrien og sociale indsatser, men vi vurderer, at en række af pointerne og anbefalingerne omkring relationsarbejdet også er yderst relevant for arbejdet med kvalitet i bostøtteindsatserne.

2.6 Sundhed og trivsel

Ulighed i sundhed er et vedvarende fund inden for sundhedsforskningen. Fra undersøgelser ved vi, at mennesker med psykiske vanskeligheder i gennemsnit dør tidligere end andre og i højere grad oplever udfordringer med livsstilssygdomme (Sundhedsstyrelsen, 2018). Samtidig er der både nationalt og i landets regioner en politisk vision om at give mennesker med psykiske vanskeligheder lige adgang til sundhedstilbud og dermed muligheden for et sundt, aktivt og selvstændigt liv. I dette kapitel sætter vi fokus på, hvordan bostøtte kan understøtte borgernes sundhed og trivsel.

Vi sammenfatter i det følgende væsentlige pointer fra Region Midtjyllands inspirationskatalog 'Sundere rammer og valg i socialpsykiatrien' (Nielsen, Winther & Meillier, 2015, red.). Inspirationskataloget er baseret på et projekt i perioden 2012-2015, hvor 20 socialpsykiatriske tilbud i fire kommuner og fire regionale bosteder i Midtjylland deltog.

Boks 2.6 Udvalgt publikation om sundhed og trivsel

1. Nielsen, L. A., Winther, S. B. & Meillier, L., red. (2015). *Sundere rammer og valg i socialpsykiatrien – et inspirationskatalog*. Aarhus: CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Folkesundhed og Sundhedstjenesteforskning, Region Midtjylland.

I dette inspirationskatalog formidler Region Midtjylland, hvordan socialpsykiatrien kan støtte borgerne til forandring af livsstil, samvær, trivsel og sundere valg. Inspirationskataloget er baseret på erfaringer og eksempler fra projektet 'Sundere liv i socialpsykiatrien' (2012-2015), hvor 20 socialpsykiatriske tilbud i fire kommuner og fire regionale bosteder i Midtjylland deltog. I projektet blev der udviklet en række tiltag, hvilende på to tilgange:

- Strukturel forebyggelse gennem praksisforandringer i de tilbud, mennesker med psykiske lidelser færdes i
- Livsstilsvejledning i gruppeforløb eller som individuel rådgivning i livsstilscafétilbud.

Forfatterne pointerer, at motivationen til et sundere liv generelt er stort blandt borgere med psykiske vanskeligheder.

Det er altså ikke motivationen til forandring blandt dem, der har usunde vaner, som mangler. Derimod mangler der effektive indsatser, støtte og opbakning, som imødekommer behovet. (s.15)

Baseret på borgerinterview fremhæver forfatterne følgende gode råd til personalet om at gøre det sundere valg lettere for borgere i bostøtteindsatsen (s. 16f.):

- Tal om udfordringer på gåture
- Etabler rygestop eller etabler rygestoptilbud på apoteket
- Skab kontakt til frivillige idrætsforeninger for psykisk sårbare
- Vær opmærksom på, at madgrupper inspirerer til at lave mad i egen lejlighed.

Desuden fremhæves gruppeaktiviteter som en indgang til at arbejde med sund mad og madvaner (s. 106-107). Eksempelvis nævnes kommunale forsøg, hvor madgrupper etableres og tilbydes som en del af bostøtten. I madgrupperne arbejdes der med planlægning, indkøb og tilberedning af hverdagsmad ud fra et fokus på sundhed, hygiejne, kostråd mv.

I tillæg til arbejdet med sund mad og madvaner rummer inspirationskataloget eksempler på, hvordan den socialpsykiatriske indsats kan skabe støttende rammer for motion (Nielsen, Winther & Meillier, 2015, red.: s. 135f.). Som eksempel nævnes bl.a. træningsstøtte i form af ugentlig ledersaget træning i et lokalt center. Målet med træningsstøtten er trefoldigt: 1) At øge udbuddet af ud-af-huset aktiviteter, som styrker muligheden for motion, socialt samvær, kulturoplevelser mv.; 2) at skabe mulighed for, at mennesker med psykisk sårbarhed i højere grad deltager i aktiviteter i lokalsamfundet; 3) at borgerne med tiden selv kan komme afsted uden støtte (s. 135).

Forfatterne fremhæver generelt grupper som en god indgang til sundhed og trivsel (s.169f.):

Hvis man sidder alene derhjemme, er det svært at ændre livsstil. Grupper kan understøtte forandring af sundhedsvaner, og deltagerne kan hjælpe sig selv og hinanden ved at dele oplevelser og følelser, sammenligne holdninger og erfaringer, støtte hinanden i at eksperimentere, udveksle idéer, give hinanden modforestillinger og udvikle relationer og netværk.

Gruppemetoder kan på den måde bidrage til en bedre udnyttelse af deltagernes egne ressourcer og bidrage til problemløsning, som styrker deltagernes selvværd. Et eksempel, som fremhæves i inspirationskataloget, er den gruppebaserede bostøtte, hvor bostøtten gives både som en individuel og som en gruppebaseret ydelse. En del danske kommuner har forsøg eller etablerede praksisser med gruppebaserede bostøtteformer. Se mere om gruppebaseret bostøtte i afsnit 2.6.1 om nye måder at organisere bostøtten. De gruppebaserede indsatser kan eksempelvis være sundhedsrettet med fokus på træning, vægttab, aktiviteter, madlavning mv.

Ud over sunde vaner, mad og motion, er forebyggelse i form af tidlig opsporing og behandling en central del af en sundhedsfremmende indsats. Som et nyligt eksempel herpå fremhæver vi derfor Region Sjællands projekt 'Gå til lægen i tide', som er evalueret af VIVE (Jensen & Grønfeldt, 2019). Projektet består bl.a. af en sundhedsoplysende indsats til ledere og medarbejdere i regionens kommuner, der skal hjælpe de professionelle med at genkende tegn på fysisk sygdom blandt borgere i socialpsykiatrien og på den baggrund støtte borgeren i at komme til lægen i tide.

Eksempel: 'Gå til lægen i tide' – evaluering af indsatsen

Region Sjælland har udviklet en sundhedsoplysende indsats, der skal hjælpe medarbejderne i socialpsykiatrien med at genkende tegn på fysisk sygdom blandt borgerne og få dem til lægen i tide.

Formålet med indsatsen er, at flere borgere i Region Sjælland overlever kræft i længere tid sammenlignet med andre regioner, og at ulighed i sundhed samtidig reduceres i regionen. Der er tale om en flerstrengt indsats, som bl.a. både henvender sig til beboere i områder, der har en boligsocial helhedsplan, og til medarbejdere i socialpsykiatrien.

VIVE har evalueret den del af indsatsen, der henvender sig til medarbejderne i socialpsykiatrien.

Indsatsen har været tilbudt til ledere og medarbejderne i socialpsykiatrien i de kommuner, der er tilknyttet Region Sjælland. Denne del af indsatsen består af et 3 timer langt arrangement, som afvikles af et team bestående af en sundhedsfaglig person, to skuespillere og en journalist, som har stået for hhv. et sundhedsfagligt oplæg, dilemmaspil (om hhv. motiverende samtale og lægebesøg) og facilitering.

Læringsmålene har bl.a. været, at indsatsen giver anledning til refleksion over, hvordan man kan motivere borgeren til at søge læge på trods af forskellige barrierer, samt hvordan medarbejdernes faglighed og kendskab til borgeren kan være med til at skabe en tryk situation i forbindelse med et lægebesøg.

Indsatsen 'Gå til lægen i tide' er relevant for bostøtte til borgere i eget hjem, idet de medarbejdere i socialpsykiatrien, der deltog i indsatsen, bl.a. var tilknyttet kommunernes § 85-bostøttetilbud og et kombineret § 85 og aktivitetstilbud.

VIVEs evaluering af indsatsen viser, at det i vid udstrækning er lykkedes at skærpe medarbejdernes opmærksomhed på borgernes sygdomme, men at der ligger et fortsat arbejde i at få borgeren til lægen og forankre indsatsen i kommunerne. Læs mere om indsatsen i VIVEs evaluering:

- Jensen, M. C. & Grønfeldt, S. T. (2019). *Fokus på sundhed i socialpsykiatrien. Evaluering af indsatsen 'Gå til lægen i tide'*. København: Vive - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

2.6.1 Opsummering

Forskningen viser, at borgere med psykiske vanskeligheder dør tidligere end andre og er i særlig risiko for udviklingen af en række fysiske sygdomme. I dette afsnit har vi belyst, hvordan bostøtteindsatsen kan være med til at understøtte borgernes sundhed og trivsel.

Vi præsenterer en anvendelsesorienteret dansk udgivelse, som er et inspirationshæfte baseret på projekt 'Sundere liv i Socialpsykiatrien', hvor 20 socialpsykiatriske tilbud i Region Midtjylland har arbejdet med at støtte borgerne i deres livsstil, trivsel, samvær og sundhedsvalg. Forfatterne fremhæver en række anbefalinger til, hvordan medarbejdere kan arbejde med borgernes sundhed, fx gennem gruppebaserede aktiviteter og brobygning til frivillige foreninger. De nævner også gruppebaseret bostøtte, hvor medarbejderne kan facilitere gruppeaktiviteter med fokus på madlavning, kost, rygestop m.m.

Under dette tema har vi også præsenteret en evaluering af indsatsen 'Gå til læge i tide', hvor formålet med indsatsen er at kvalificere medarbejdere i socialpsykiatrien i at opspore og identificere tegn på fysisk sygdom hos borgerne. Evalueringen viser, at medarbejderne har fået øget viden og opmærksomhed på at opspore fysiske sygdomme og få borgerne til læge, men at der fortsat er brug for at arbejde med dette fokus for at understøtte borgernes sundhed og trivsel.

De to præsenterede udgivelser kan således fungere som inspiration til, hvordan bostøttemedarbejdere kan arbejde mere målrettet med borgernes sundhed og trivsel fx ved at facilitere gruppebaserede, sundhedsfremmende indsatser samt have fokus på tidlig opsporing af fysiske sygdomme hos borgeren og samarbejde med praktiserende læge.

2.7 Organisation og ledelse

Igennem de senere år er der sket en række forandringer på det psykiatriske område. Et stigende antal borgere diagnosticeres med psykiske lidelser, samtidig med at der på behandlingssiden er sket et fald i den gennemsnitlige indlæggelsestid og en stigning i antallet af genindlæggelser. Disse forandringer afspejler sig ligeledes i ændringer i socialpsykiatriens målgruppe, hvor der er flere borgere med komplekse støttebehov (Benjaminsen, Grønfelt & Jensen, 2018: s. 3). Sideløbende med denne udvikling har det socialpsykiatriske område, som tidligere beskrevet, været igennem et betydeligt paradigmeskifte i retning af en recovery-orienteret og rehabiliterende tilgang (Neidel, 2011).

Denne udvikling har bl.a. betydet et stigende fokus på at levere integrerede indsatser i borgernes nærmiljø samt at aktivere sociale netværk og fællesskaber i lokalsamfundet. Både psykiatrien og socialpsykiatrien har fx i en årrække forsøgt i højere grad at integrere den psykiatriske behandling med de sociale indsatser, hvilket flere steder har ændret måden, bostøtten organiseres og ledes på (Bengtsson & Knudsen, 2014).

Politisk opfordres regionerne og kommunerne ligeledes til at styrke samarbejdet med civilsamfundet, fx i form af partnerskaber og samarbejdsaftaler mellem socialpsykiatrien og frivillige foreninger, socialøkonomiske virksomheder og andre lokale aktører uden for det offentlig støttesystem (Regeringen, 2018; Regeringsudvalg om psykiatri, 2013). Begreber som partnerskaber og samskabelse har således fået fornyet fokus i socialpsykiatrien og påvirker den måde, indsatser – herunder også bostøtten – organiseres og ledes på (Kirkegaard, 2019).

I dette afsnit opsummerer vi udvalgt dansk og svensk litteratur (se Boks 2.7), som belyser, hvordan bostøtteindsatsen opnår en hensigtsmæssig organisering i lyset af disse udviklingstendenser, samt hvilke forandringer udviklingen giver anledning til.

Boks 2.7 Udvalgte publikationer om organisation og ledelse

1. Benjaminsen, L., Grønfeldt, S. T., & Jensen, M. C. F. (2018). *Kompleksitet i borgersager og opgaveløsning i socialpsykiatrien: En kvalitativ undersøgelse i fire kommuner*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

I denne rapport præsenteres resultaterne af en kvalitativ undersøgelse i fire danske kommuner med fokus på opgaveløsningen i den kommunale socialpsykiatri. Undersøgelsen har til formål at afdække, hvad der kendetegner udviklingen i målgruppen af borgere, der benytter socialpsykiatriens tilbud, med særlig fokus på udviklingen i antallet af borgere med komplekse støttebehov, samt hvilken betydning denne udvikling har for opgaveløsningen i socialpsykiatrien. Undersøgelsen belyser disse forhold set ud fra et kommunalt perspektiv gennem interview med ledere og medarbejdere i de fire kommuner.

2. Ljungberg, A., Matscheck, D., & Topor, A. (2017). *Boendestöd- erfarenhetsbaserad praktik ock kunskap (FoU-rapport nr 27/2017)*. Danderyd: FoU Nordost.

Denne rapport præsenterer resultaterne af en undersøgelse af erfaringer blandt både brugere og bostøttemedarbejdere i tre svenske kommuner. Rapporten er baseret på to delstudier: En kortlægning af bostøttens omfang og organisering i de tre kommuner og en kvalitativ interviewundersøgelse blandt 18 brugere og 13 bostøttemedarbejdere. Vi fremhæver i dette kapitel de konklusioner fra rapporten, som vedrører bostøttens organisering og som vurderes at være overførbare til en dansk kontekst.

VIVE belyser i en undersøgelse fra 2018, hvilke forandringer i målgrupperne for de kommunale socialpsykiatriske tilbud der opleves i kommunerne, samt hvilken betydning disse forandringer har for opgaveløsningen i socialpsykiatrien (Benjaminsen, Grønfeldt & Jensen, 2018). Undersøgelsen er baseret på interview med ledere og medarbejdere i socialpsykiatrien i fire udvalgte (anonymiserede) danske kommuner. Undersøgelsen viser overordnet, at socialpsykiatriens målgruppe er i forandring, og at der kommer flere borgere med komplekse støttebehov. Det stiller nye krav til opgaveløsningen i socialpsykiatrien, hvor der er behov for mere fleksible og intensive indsatser.

På baggrund af interview med ledere og medarbejdere i socialpsykiatrien peger forfatterne på følgende forandringer i socialpsykiatriens brugergruppe:

- Der er kommet flere borgere med komplekse støttebehov i den kommunale socialpsykiatri
- Der ses et stigende antal sårbare og skrøbelige unge med forskellige former for komplekse problemstillinger
- Der er kommet flere (primært unge mænd), som samtidig med en psykisk lidelse også har misbrugsproblemer
- Der er kommet flere (primært yngre kvinder), som har spiseforstyrrelser eller emotionelt ustabil personlighedsforstyrrelse
- Et stigende antal borgere har somatiske plejebehov, i takt med at der bliver flere ældre beboere på de socialpsykiatriske botilbud.

Disse fund relaterer sig til socialpsykiatrien bredt, men er også relevant i forhold til bostøtteindsatsen, da den ændrede målgruppe i socialpsykiatrien også vil vise sig i gruppen af borgere, der modtager bostøtte.

En væsentlig tematik i de undersøgte fire kommuner drejer sig imidlertid, ifølge forfatterne, om udformningen og sammensætningen af de socialpsykiatriske tilbud, bl.a. i forhold til, om borgeren modtager social støtte i eget hjem (§ 85) eller har ophold i botilbud (§ 107 og 108) (s. 42). I flere af kommunerne, som indgår i undersøgelsen, har der været en betydelig udvikling af bostøtteområdet samtidig med en omstilling af botilbudsområdet. Eksempelvis har de botilbudslignende boliger efter almenboliglovens § 105 med social støtte efter servicelovens § 85 vundet større indpas. Denne udvikling i organiseringen giver anledning til nye udfordringer og problematikker: I takt med at flere tilbydes bostøtte i eget hjem, ses der en tendens til, at der sker en stigende koncentration af borgere med komplekse støttebehov i bostøtten (s. 42).

Udviklingen i antallet af borgere i socialpsykiatrien med komplekse problematikker betyder, at mange borgere også vil modtage tilbud fra andre dele af det kommunale system (s. 54). Der ligger derfor en opgave i at skulle koordinere og samarbejde med de andre tilbud, der vedrører socialpsykiatriens borgere. Det gælder fx i forhold til plejebehov, medicinering, beskæftigelse og økonomisk situation. Forfatterne fremhæver, at denne koordinering er helt central i forhold til at skabe sammenhæng i den samlede indsats for borgeren. Samtidig kræver koordinering og samarbejde både tid og ressourcer, særligt når det involverer mange forskellige aktører. En udfordring, som fremhæves, er de forskellige kulturer og professionelle logikker, som medarbejderne i socialpsykiatrien skal forsøge at navigere i og arbejde ud fra. Det gælder både den generelle koordination mellem tilbud og koordinering og samarbejde på misbrugsområdet (s. 57), med hjemmeplejen (s. 59) og med beskæftigelsesområdet (s. 64).

Et andet stort og komplekst koordineringsarbejde opstår i samspillet mellem den kommunale socialpsykiatri og regionale samarbejdspartnere (distriktskykiatrien, retspsykiatrien, behandlingspsykiatrien og de praktiserende læger) (s. 68f.). Her fremhæver rapporten de 'to forskellige tilgange til psykiske lidelser', som eksisterer i regioner og kommuner. Forfatterne fremhæver, baseret på interview:

... at samarbejdet om borgere med komplekse problemer i en del tilfælde bliver vanskeliggjort af, at der både arbejdes ud fra forskellige lovgrundlag, og at der samtidig er forskellige optikker og tilgange til borgerne i henholdsvis regionalt og kommunalt regi. (s. 68)

For eksempel beskriver en bostøttemedarbejder, hvordan vedkommende oplever et ensidigt sygdomsfokus på behandling og medicin i den regionale psykiatri, som står i modsætning til et fokus på borgerens mestringsstrategier og hverdagsliv i den kommunale socialpsykiatri. Samtidig er det ofte nødvendigt for medarbejderne i socialpsykiatrien at støtte borgeren undervejs i et indlæggelses- eller behandlingsforløb, fx ved at holde kontakten til eller besøge borgeren, når borgeren er indlagt (s. 81).

Bostøtteområdet har gennemgået en betydelig udvikling og omstilling gennem de seneste år med afsæt i et paradigmeskifte til en recovery-orienteret og rehabiliterende tilgang:

Det kommer bl.a. til udtryk ved, at der er sket en øget differentiering af bostøtten i specialiserede team, der hver især har fokus på forskellige delmålgrupper. Ligeledes har der været fokus på at øge fleksibiliteten og tilgængeligheden af bostøtten med henblik på at kunne støtte borgeren, når det konkrete støttebehov opstår. (s. 43)

Samtidig fremhæver rapporten, at ikke alle kommuner er samme sted i denne udvikling og omstilling. Hvor der i nogle kommuner har været et strategisk fokus på at omstille bostøtten til

en mere intensiv og fleksibel indsats, har en presset økonomisk situation i andre kommuner udgjort en barriere for at tilbyde bostøtte af høj intensitet til borgere med komplekse støttebehov. Der er således fortsat et potentiale for at udvikle bostøtteindsatsen i Danmark.

Ligeledes i Sverige har bostøttens forudsætninger og organisering udviklet sig i de senere år. Bostøtte i eget hjem (boendestöd i ordinärt boende) er over årene blevet én af de mest omfattende kommunale indsatser målrettet mennesker med psykiske vanskeligheder i Sverige. I en rapport fra 2017 præsenteres resultaterne fra et forskningsprojekt om bostøtte i tre svenske kommuner (Ljungberg, Matscheck & Topor, 2017). Vi opsummerer her de væsentligste konklusioner fra rapporten, som vedrører bostøttens organisering i Sverige, og som vi vurderer er overførbare til en dansk kontekst.

Forfatterne pointerer, at selvom brugerne og bostøttemedarbejderne udgør de centrale parter i udførelsen, så spiller udformningen og organiseringen en væsentlig rolle for, hvordan udførelsen af bostøtten udspiller sig. På baggrund af den interviewbaserede undersøgelse fremhæver forfatterne følgende temaer, som vedrører de rammer, som omgiver mødet mellem bostøtten og brugeren:

- **Personalekontinuitet:** Undersøgelsen viser, at kontinuitet – i den forstand, at brugeren kun møder de samme én eller to bostøttemedarbejdere – er en vigtig del af opbygningen af en relation mellem bruger og bostøttemedarbejder. Samtidig viser undersøgelsens medarbejderinterview, at kontinuitet ligeledes er noget, som efterstræbes af udførerne, når tidsplaner og arbejde fastlægges. I undersøgelsen beskriver brugerne det som positivt, når de har haft indflydelse på, hvilke bostøttemedarbejdere de får tildelt, samtidig med at midlertidige kontakter til bostøttemedarbejdere opfattes negativt (s. 54).
- **Fleksible rammer for udførelsen:** Bostøttens udførelse udspiller sig (i Sverige) inden for rammerne af den afgørelse om støtte ("bistandsbeslut") og den handlingsplan ("genomförandeplan"), som mere eller mindre detaljeret udstikker indholdet og omfanget af støtten. Alligevel viser undersøgelsens medarbejderinterview, at der *de facto* er rum for en fleksibilitet i forhold til at designe indsatsen og besøgene efter de behov, som brugerne har og udvikler over tid. Det beskrives som en vigtig del af indsatsen, at indholdet af bostøtten i vid udstrækning fastlægges i dialog mellem bostøtten og brugeren, i tråd med brugerens ønsker og "dagsform" (s. 54). I nogle tilfælde beskriver rapporten, at denne fleksibilitet fra bostøttemedarbejderens side til at imødekomme borgerens konkrete behov sker på trods af eller ved at bøje de eksisterende regler og rammer for indsatsen. Der foregår en forhandling imellem brugeren og bostøtten. Bostøttens praksisnære viden om borgerens aktuelle behov kan ifølge forfatteren forstås som en form for professionel (men ikke teoretisk) vidensgrundlag for at agere i den konkrete situation.
- **Bestiller-udfører model:** De kommuner, som indgår i den svenske undersøgelse, har alle organiseret støtten efter en bestiller-udfører model, hvor det betragtes som væsentligt, at indsatsen bestilles korrekt (af kommunen) og derefter leveres til brugeren (af udføreren) i overensstemmelse med bestillingen. Ved afslutningen af indsatsen følges der op med et fælles møde. Kommunerne tilstræber at involvere brugerne i denne proces.
- **Brugerinddragelse og kvalitetsvurdering:** At bostøtteindsatsen udføres i enighed med borgerens ønsker, fremhæves af forfatterne som helt afgørende. Rapportens interview med brugere og bostøttemedarbejdere peger på vigtigheden af personlig kemi, hvilket kan tolkes som evnen til at møde borgeren på borgerens egne vilkår. Forfatterne fremhæver, at relationsopbyggelse er en vanskelig kunst (s. 56). Udfordringen i forhold til at evaluere og kvalitetsvurdere indsatsen bliver således, ifølge forfatterne, at følge op på indsatsen netop i forhold til bostøttens *fleksibilitet* og *brugerinddragelse*, frem for at

basere vurderingen på generelle kvalitetsindikatorer, som er defineret eksternt forud for indsatsen.

Udviklingen i målgruppen samt det øgede pres på kommunernes økonomi har tilsammen med det recovery-orienterede paradigmeskifte dannet afsæt for nye måder at organisere bostøtten og/eller den bredere socialpsykiatriske indsats på rundt omkring i de danske kommuner (se eksempler i case-beskrivelsen nedenfor). Ét eksempel herpå er en geografisk og organisatorisk sammentænkning af indsatserne på tværs af områder, hvor uhensigtsmæssige sektorovergange forsøges undgået ved at give borgeren én indgang til kommunens og/eller regionens tilbud – herunder kan nævnes Fredericia Kommunes 'Din Indgang' og flere kommuners organisering af psykiatri og socialpsykiatri i 'Psykiatriens Hus'. 'Din Indgang' i Fredericia er en SEL § 82 og ikke en SEL § 85, men vi har taget eksemplet med i dette afsnit, da vi vurderer den relevant for bostøtteområdet. Dette skyldes, at den beskrevne målgruppe for 'Din Indgang' er borgere med handicap og psykiske vanskeligheder, som også er en målgruppe for bostøtteindsatsen. 'Din Indgang' virker som en forebyggende indsats og ændrer således på målgruppen og antallet af borgere, der modtager bostøtte efter § 85 samt borgernes behov i bostøtteindsatsen.

Derudover har det øgede fokus på sociale relationer som en vigtig del af bostøtten, herunder erkendelsen af vigtigheden af at møde ligesindede (peers), i flere kommuner dannet grundlag for etableringen af gruppebaserede bostøtteindsatser i flere kommuner. På nuværende tidspunkt videreudvikler og pilottester Socialstyrelsen eksempelvis fem gruppebostøtteindsatser i tre kommuner.¹⁵

Flere steder i landet har kommunerne også etableret partnerskaber eller samarbejder med aktører i civilsamfundet for at understøtte borgernes sociale relationer og inklusion i lokale fællesskaber (Kirkegaard, 2017). Denne brobygning til lokalsamfundet er en vigtig del af bostøttemedarbejdernes arbejde, og derfor er det ofte dem, der bliver de centrale aktører i forhold til at opdyrke og fastholde samarbejdet med civilsamfundet. Det betyder nye måder at organisere og lede bostøtteamarbejdet på, hvor fx samarbejdet med frivillige aktører spiller en større rolle (Kirkegaard, 2019). I 2013-2016 afprøvede fire kommuner i region Midtjylland fx et netværks-tilbud til mennesker med psykisk sårbarhed, hvor frivillige familier og psykisk sårbare blev matchet for at styrke netværksdannelse og integration (Væggemose et al., 2018).

Endelig er virtuel bostøtte (dvs. bostøtte gennem web-cam samtaler eller applikationer) blevet udviklet og afprøvet som et supplement til den ordinære bostøtte, hvor støtten ydes ved fysisk fremmøde i hjemmet.

Eksempler på nye måder at organisere indsatser til mennesker med psykiske vanskeligheder

Din Indgang: I Fredericia kan borgere med handicap eller psykiske vanskeligheder komme direkte ind til kommunen fra gaden og få hjælp med det samme. Hjælpen har fokus på forebyggelse, rehabilitering og peer-støtte og gives efter SEL § 82. VIVE har evalueret forsøget et år efter projektstart. Evalueringen viser, at både borgere og medarbejdere ser Din Indgang som en god forebyggende indsats, men at der er behov for en ekstra indsats over for de borgere, der ikke henvender sig af sig selv. Læs mere i VIVEs evaluering af projektet:

- Flensburg Jensen, M. C., Petersen, A., & Kjellberg, P. K. (2018). Din indgang – et nyt tilbud? evaluering af forsøg med rehabilitering, peer-støtte og frivillighed til nye borgere på psykiatri- og handicapområdet i Fredericia Kommune. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

¹⁵ <https://socialstyrelsen.dk/projekter-og-initiativer/voksne/videreudvikling-af-virksomme-gruppebostotteindsatser>

Gruppebostøtte: Gruppebostøtte, som anvendes i forskellige former i flere kommuner, kan fx foregå ved, at borgeren selv kommer på et værested eller dagcenter, hvor indsatsen har form af møder i en gruppe med fælles bostøtte. Gruppeforløb kan iværksættes i forhold til overordnede problemstillinger, såsom sociale færdigheder, medicinbehandling, misbrug, økonomi, idræt mv. Bostøtte i gruppeforløb kan være en fordel, fordi borgerne får mere social kontakt end ved en bostøtte i hjemmet, og at borgerne således deltager aktivt i en social sammenhæng, hvilket kan øge livskvaliteten samt understøtte borgerens autonomi. Desuden kan der være fordele i, at man kan nå flere borgere med samme ressourcer og undgå eventuel ventetid på en bostøtte. Læs mere i VIVEs forskningskortlægning af kernelementer i gruppebostøttemetoder:

- Jensen, D. C., & Viinholt Nielsen, B. C. (2018). *Kerneelementer og fælleselementer i gruppebostøttemetoder*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Psykiatriens Hus: Psykiatriens Hus er et samarbejde mellem region og kommune, der samler psykiatriske behandlinger og sociale indsatser under ét tag. Oprindeligt startede Psykiatriens Hus i Silkeborg som et samarbejde mellem Region Midtjylland og Silkeborg Kommune, men i dag findes forskellige varianter af Psykiatriens Hus i Aarhus, Randers og København. På tværs af husene er visionen, at borgerne skal modtage ét sammenhængende tilbud, der integrerer både behandling og sociale indsatser. I flere af Psykiatriens Huse er en række forskellige tilbud og aktiviteter samlet, fx psykiatrisk behandling, misbrugsbehandling, bostøtteindsats, beskæftigelsestilbud, sundhedstilbud, recovery-skoler, cafétilbud og en række frivillige initiativer. Læs mere i nedenstående rapport, hvor dele af tilbuddene i Psykiatriens Hus i Silkeborg evalueres.

- Bengtsson S. & Knudsen S. (2013). *Integration af behandling og social indsats over for personer med sindslidelse – evaluering af seks forsøg*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Virtuel bostøtte: Virtuel bostøtte består af bostøtte gennem webcam samtaler og applikationer til smartphones og tablets og kan bruges som supplement til de almindelige bostøttebesøg i hjemmet. Region Midtjyllands evaluering viser, at virtuel bostøtte ikke kan erstatte fysiske bostøttebesøg, men kan ydes som et supplement, der, for dele af målgruppen, kan bidrage til at forbedre kvaliteten af bostøtten. For de borgere, som har gavn af samtaler via webcam, kan virtuel bostøtte give adgang til en mere fleksibel støtte. Omvendt kan metoden ikke anbefales til borgere, som ikke føler sig trygge ved samtaler via webcam, og som har brug for bostøttens fysiske tilstedeværelse. Læs mere i Region Midtjyllands evaluering af Projekt Virtuel Bostøtte i fire danske kommuner:

- Udsen, L. M. W., Thomsen, R., & Lyhne, A. (2015). *Evaluering af projekt virtuel bostøtte*. Aarhus: CFK Folkesundhed og Kvalitetsudvikling.

Det er indlysende, at god ledelse ligeledes udgør et essentielt kvalitetstema i relation til bostøttens organisering. Herunder er det helt centralt, at ledelsen er i stand til at skabe de nødvendige rammer for bostøtteindsatsens udførelse, sikre, at medarbejderne har de rette kompetencer, og forhindre mistrivsel blandt medarbejderne, der som oftest arbejder alene, uden kollegaer, når de er ude ved borgeren. Her kan medarbejdere uden den rette ledelsesmæssige opbakning risikere at miste motivationen og opleve mistrivsel i arbejdet. Der eksisterer en større litteratur om god offentlig ledelse, men vi er igennem litteratursøgningen imidlertid ikke stødt på meget (om nogen) specifik litteratur om ledelse i relation til bostøtte. Dette tema belyses derfor ikke yderligere i denne rapport, om end vi understreger, at det er et potentielt vigtigt tema for arbejdsgruppens videre arbejde med de faglige pejlemærker.

2.7.1 Opsummering

Det socialpsykiatriske område har i en længere årrække været igennem en omorganisering og omstilling til mere recovery-orienterede og rehabiliterende tilgange, og i disse år ses et fornyet

fokus på at etablere indsatser i nærmiljøet og samarbejde med aktører i civilsamfundet. I dette afsnit har vi belyst, hvordan bostøtteindsatsen forandres og opnår en hensigtsmæssig organisering i lyset af disse udviklingstendenser.

Den første præsenterede publikation under dette tema er en kvalitativ evaluering af fire danske kommuners opgaveløsning i socialpsykiatrien. Samlet set viser undersøgelsen, at socialpsykiatriens målgruppe er i forandring, og at der kommer flere borgere med komplekse støttebehov. Dette stiller nye krav til løsningen af opgaver i socialpsykiatrien, herunder også bostøtteindsatsen, hvor der er et øget behov for mere intensive, sammenhængende og fleksible indsatser. Rapporten viser, at flere kommuner har været igennem en forandring af området og bostøtteindsatsen for at kunne løse disse problemstillinger, men at der fortsat er brug for at arbejde med udfordringer som fx manglende ressourcer, koordinering og forskellige tilgange i arbejdet med borgerne.

Den anden udgivelse i dette afsnit er en svensk rapport, der præsenterer resultaterne fra et forskningsprojekt om bostøtte i tre svenske kommuner. Vi har fremhævet de væsentligste pointer om organiseringen af bostøtten, som er relevante for en dansk kontekst. På baggrund af interview med medarbejdere og borgere opsamler forfatterne fire temaer, som er særligt centrale for at skabe gode rammer om bostøtteindsatsen. Det første tema knytter sig til medarbejderkontinuitet, hvor forfatterne understreger, at det er vigtigt for relationen, at det er de samme bostøttemedarbejdere, som borgeren møder. Det andet tema er fleksibilitet, og at bostøtteindsatsen tilrettelægges med borgerne og løbende kan tilpasses. Det tredje tema omhandler bestiller-udfører modellen, hvor forfatterne understreger, at bestillingsledet er afgørende for kvaliteten af bostøtten. Det fjerde og sidste tema er brugerinddragelse og kvalitetsvurdering og viser, at brugerinddragelse og god kemi i relationen mellem bostøtte og borger er centrale for oplevelsen af kvalitet.

Afslutningsvis har vi præsenteret en række eksempler på nye måder, som socialpsykiatrien og bostøtteindsatsen organiseres og udføres på. Et af de fremhævede eksempler er Psykiatriens Hus, som eksisterer i flere af landets kommuner, og som er relevant for bostøtteindsatsen, da denne flere steder er forankret i Psykiatriens Hus. På den måde forsøger regioner og kommuner at understøtte samarbejdet mellem fx psykiatri og socialpsykiatri ved at placere indsatserne under samme tag som fx bostøttemedarbejdere, psykiatere, rusmiddelskonsulenter osv. De præsenterede eksempler i afsnittet skal således fungere som inspiration til det videre arbejde med organisering og praktiseringen af bostøtten, når kommunerne skal imødekomme målgruppens komplekse støttebehov og udfordringen i at skabe sammenhængende forløb på tværs af sektorer, organisationer og fagdiscipliner.

2.8 Kompetencer

Det er helt centralt for kvaliteten af den bostøtte, som ydes til borgerne, at de professionelle, som arbejder i feltet – dvs. § 85-bostøttemedarbejdere – besidder de relevante kompetencer i forhold til målgruppens behov, og at de har kendskab til metoder og god praksis på området.

I 2012 gennemførte SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (i dag VIVE) en analyse af bostøtten § 85, hvor de bl.a. gennem spørgeskemaer har kortlagt, hvilke faggrupper der typisk yder bostøtte til borgere med psykiske vanskeligheder. Denne undersøgelse viser, at den største del af bostøttemedarbejderne (57 %) har en mellemlang uddannelse som socialpædagog, pædagog, ergoterapeut, sygeplejeske, lærer eller socialrådgiver. En mindre gruppe (33 %) har kort uddannelse, hvor størstedelen af dem er SOSU-assistent/-hjælper. Over

halvdelen af bostøttemedarbejderne har fået kompetenceudvikling i de metoder, der benyttes i de enkelte kommuner, fx kognitive metoder. Desuden rapporterer størstedelen af bostøttemedarbejderne, at de har fået kompetenceudvikling i forhold til målgruppen, kommunikation og udarbejdelse af pædagogiske handleplaner. I undersøgelsen er bostøttemedarbejderne også blevet spurgt om deres behov for kompetenceudvikling, hvor en stor del peger på behov for viden om emner som tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, fortolkning af indholdet i § 85 og andre relevante tilbud, borgerinddragelse og borgerens afslutning af bostøtten (Bengtsson & Røgeskov, 2012).

I den gennemførte litteratursøgning har vi dog fundet ganske begrænset relevant dansk litteratur, der direkte berører temaet kompetencer. Vi ser i dette afsnit på svenske erfaringer på området. Stockholm Universitet udgav i 2014 en publikation om bostøttemedarbejdernes erfaringsbaserede viden ('erfarenhetskunskap') baseret på interview med bostøttemedarbejdere i den svenske kommune Lidingö (Topor, 2014). Om end praksis varierer på tværs af national og lokal kontekst, er det vores vurdering, at nogle af de svenske erfaringer også er overførbare til en dansk kontekst.

Boks 2.8 Udvalgt publikation om kompetencer

1. Topor, A. (2014). *Boendestödjarnas erfarenhetskunskap: Boendestöd – beslut och praktik. erfarenheter från lidingö stads socialpsykiatri*. Lidingö Stad: Stockholm Universitet.

I denne rapport fremkommer forfatteren med et medarbejderperspektiv på erfaringsbaseret viden om bostøtte, baseret på interview med 10 bostøttemedarbejdere fra Lidingö Kommune i Sverige. Formålet med projektet er "at undersøge bostøtternes praksis og refleksioner, deres viden, som baserer sig på denne praksis, og på den måde bidrage til at formulere et grundlag for evidensbaserede indsatser i bostøtten" (s. 8, egen oversættelse).

Topor (2014) påpeger, at målsætningen om en evidensbaseret praksis i psykiatrien og socialpsykiatrien bør bygge på tre former for viden: 1) forskning; 2) brugernes erfaringer og præferencer; 3) personalets erfaringer. Men hvor de to første former for viden generelt er velfunderet, fremhæver forfatteren en udpræget mangel på viden om bostøttemedarbejdernes erfaringer, viden og kompetencer. Hvor psykiatrien har været, og er, karakteriseret af en specifik og afgrænset faglighed, så er viden om de psykosociale kommunale indsatser mere begrænset og udflydende. Bostøttemedarbejderne er ofte karakteriseret ved *ikke* at tilhøre en bestemt fagprofession samt ved fraværet af en fælles uddannelsesbaggrund, hvorfor bostøtte kan fremstå som 'et fagfelt uden fagprofessionelle' (s. 8, egen oversættelse). Topor (2014) pointerer imidlertid, at bostøtteområdet, baseret på efterhånden mange års praksis og erfaringer, over tid *har* udviklet en selvstændig viden og faglighed, som netop bygger på helt andre forudsætninger end i psykiatrien, nemlig (s. 8):

- Mødet med borgeren på borgerens egen 'banehalvdel'
- Et fokus på borgerens konkrete hverdag
- Fraværet af kollegaer i mødet med borgeren, som får støtte
- Frivillighed i indsatsen
- Sædvanligvis langvarig og tæt kontakt.

Formålet med projektet var således "at undersøge bostøtternes praksis og refleksioner, deres viden som baserer sig på denne praksis, og på den måde bidrage til at formulere et grundlag for evidensbaserede indsatser i bostøtten" (Topor 2014: 8, egen oversættelse). Baseret på

interview med 10 bostøttemedarbejdere fra Lidingö Kommune fremkommer forfatteren med en række væsentlige betragtninger om bostøtte fra et medarbejderperspektiv. Vi har valgt at opsummere disse i følgende pointer, som kan have relevans i en dansk kontekst (læs mere om hvert punkt i rapporten):

- **En broget baggrund:** Bostøtterne (i Sverige) har ofte en 'svag professionel stilling', idet de mangler en fælles uddannelsesmæssig baggrund, som kan give dem legitimitet i mødet med andre professioner i sundheds- og omsorgsfeltet, men også i forhold til pårørende, i deres egne organisationer og i deres møde med borgerne (s. 18). Gruppen er dog ikke uddannet. Mange har forskellige formelle uddannelser, nogle har ydermere gennem deres arbejdsgivere modtaget fokuserede uddannelsesforløb (målrettet bostøtte), og endelig har nogle selv søgt supplerende uddannelse (eksempelvis som psykoterapeuter eller lignende). Dét, der i virkeligheden kendetegner gruppen af bostøtter, er således deres mangfoldighed. Mange har praksiserfaring fra ældreomsorgen, psykiatrien, sociale virksomheder mv. Således kan de mange forskellige uddannelsesbaggrunde blandt bostøtterne, ifølge forfatteren, både anses som en 'svaghed' og som en 'styrke' (s. 19, egen oversættelse). På den ene side gør denne mangfoldighed i faglige baggrunde det svært at tage afsæt i et fælles teoretisk udgangspunkt for den ydelse, som leveres. På den anden side kan medarbejdergruppens mangfoldighed tænkes bedre at matche mangfoldigheden af behov i den målgruppe, som modtager bostøtten.
- **Visitation ("bistandsbeslut") og praksis:** Ligesom i Danmark foregår selve visitationen til bostøtte i Sverige på et andet niveau end udførelsen. Mødet mellem brugeren og bostøtten igangsættes af et møde mellem brugeren og en visitator, som beslutter omfanget (fx timebehov) og indholdet af støtten (fx støtte til pengesager, daglig hygiejne osv.). Her kan der opstå det dilemma, at i den administrative verden passer (bedømmelsen af) behov og indsatser som oftest sammen, hvorimod bostøtten, som møder borgeren i hverdagsvirkeligheden, ofte vil opleve, at behovene er mere komplicerede end som så (s. 21). At oversætte visitatorens beslutninger til en hverdagsvirkelighed kræver derfor særlige menneskelige og faglige kompetencer samt fleksibilitet fra bostøtten. Et gennemgående tema i bostøtternes erfaringer er, ifølge Topor, at viden er afhængig af den kontekst, den opstår i. Viden om brugeren opstår i mødet med personen og dennes konkrete historier. Bostøtternes arbejde kompliceres derfor af, at de ofte arbejder i en organisation, hvor støtteforanstaltningerne baseres på andres (fx visitatorens) vurderinger af brugernes behov (s. 24).
- **Personkemiens betydning:** Bostøtternes forskellige kompetencer og personligheder kan ses som en styrke, men betragtes oftest som et problem. Et problem bliver det dog først, ifølge forfatteren, hvis man går ud fra, at god pleje og omsorg er, at *alle* brugere skal have den samme ydelse. I Topors interview med bostøtterne fremkommer flere skildringer af den personlige kemis betydning for det arbejde, bostøtterne udfører (s. 25). Personlige kompetencer fremhæves således som helt centrale.
- **Stedets betydning:** I modsætning til i psykiatrien, hvor mødet mellem patient og behandler sker i 'et vakuum' (på hospitalet, i psykiatrien mv.), udfører bostøtten sit arbejde i mange forskellige arenaer og sammenhænge – ofte i borgerens eget hjem. *Stedet* har ifølge forfatteren en betydning for, hvordan personen fremstår ("hvem du er"). Nogle steder (fx hjemme) slører grænserne mellem dét at være klient og personale, mens andre steder (fx behandlingssteder) styrker disse grænser (s. 26). Stedet skaber ydermere meget forskelligartede rammer for bostøttens arbejde og arbejdsplads, som adskiller sig væsentligt fra arbejdet i psykiatrien.

- **Hverdagen og "det små":** Bostøttens væsentligste opgave består, ifølge forfatteren, i at gøre, lytte og tale (s. 43f.). Den måde, bostøtterne "gør" på, adskiller sig dog fra andre former for omsorgsarbejde (fx ældreplejen), ved at bostøtterne gør ting *sammen* med brugerne med hensigt på, at brugerne på sigt kan klare selv at gøre disse ting på egen hånd. Her fremhæves det hverdagslige som væsentligt. Hjælpen til at kunne klare de små ting (fx daglige gøremål) kan være afgørende for bedringsprocessen og for borgernes identitet. Handlingerne, som bostøtten foretager sammen med brugeren, åbner også op for noget, som sjældent fremhæves, nemlig at lytte og tale. De fleste mennesker, som bostøtterne besøger, har store udfordringer og lever relativt isoleret. I den officielle arbejdsdeling skal psykiatrien tage sig af behandlingen – både den medicinske og den samtalebaserede behandling – alt imens kommunen skal garantere mennesker en rimelig levestandard (Sverige). Mange bostøtter skildrer dog i interviewene en splittet opfattelse af brugernes kontakter med psykiatrien: På den ene side en forventning til psykiatriens evne til at behandle og lindre mental nød, på den anden side oplevelser af en mangelfuld indsats, hvor fokus er på medicin og ikke på de kontekstuelle faktorer, som skaber udfordringerne. Brugere taler imidlertid med bostøtterne, og bostøtterne lytter. At *lytte* til brugernes erfaringer er således en central kompetence i bostøtternes arbejde, som dermed omfatter både praktisk og en psykosocial støtte. Her er relationen mellem bostøttemedarbejder og bruger afgørende.
- **Professionalisme og evidens:** En ofte anvendt måde at definere et professionelt arbejde på er én, som følger evidensbaserede metoder og retningslinjer og udføres i tråd med best practice. Forfatteren problematiserer imidlertid den gængse definition af evidens fx, at "en metode har vist sig at være overlegen i sammenligning med andre metoder i en eksperimentlignende situation" (s. 53). Ét problem opstår, ifølge forfatteren, når denne forståelse af evidens foreskriver, at alle professionelle skal følge én og samme metode eller skemalagte manual i mødet med borgeren. En sådan snæver definition af det professionelle/evidensbaserede arbejde efterlader begrænset plads til at udvikle fx bostøtteindsatsen på baggrund af brugerbaserede og medarbejderbaserede erfaringer. Rapporten og det interviewbaserede studie af bostøttemedarbejdernes erfaringer ('erfaringskundskab') er forfatterens forsøg på at imødegå denne begrænsning.

(For flere perspektiver på erfaringsbaseret viden om bostøtte fra et medarbejderperspektiv, se ligeledes Ljungberg, Matscheck & Topor, 2017).

2.8.1 Opsummering

Under temaet 'Kompetencer' har vi fremhævet et svensk studie, der præsenterer medarbejdernes erfaringsbaserede viden om bostøtte og dennes praksis i en svensk kommune. Formålet med projektet er at undersøge bostøttemedarbejdernes refleksioner om praksis og formulere et grundlag for evidensbaserede indsatser på bostøtteområdet. På baggrund af kvalitative interview med bostøttemedarbejdere præsenterer forfatterne seks betragtninger omkring bostøtten, som er centrale i kompetenceudviklingen af bostøttemedarbejdere. Forfatterne fremhæver bl.a., at det er vigtigt at forholde sig til, at bostøttemedarbejdere typisk har forskellige uddannelsesmæssige baggrunde og dermed er en mangfoldig medarbejdergruppe. Dette betyder, at de formentlig har forskellige tilgange og fagligheder, hvilket kan være en udfordring i samarbejdet, men omvendt kan de møde borgeren på mange forskellige måder og dermed bedre matche målgruppens behov. Forfatterne kritiserer endvidere en evidensforståelse, hvor man ikke anerkender denne diversitet. De understreger, at netop medarbejdernes forskellighed og mangfoldige tilgange til relationsarbejdet er afgørende elementer i udviklingen af god bostøtte, hvilket er en

central pointe at videreføre i udviklingen af bostøtteindsatsen og bostøttemedarbejdernes kompetencer i Danmark.

2.9 Metoder og tilgange

På baggrund af udvalgt dansk litteratur giver vi i dette afsnit et overblik over de manualbaserede metoder og tilgange, der i stigende grad anvendes i bostøtten. På bostøtteområdet benyttes flere metoder og tilgange, end dette afsnit beskriver, og i praksis vil flere af elementerne i metoderne også variere. VIVE har med udgangspunkt i litteraturen og i samarbejde med Socialstyrelsen udvalgt syv metoder og tilgange, der kan være med til at kvalificere og understøtte bostøttemedarbejdernes netværksorienterede og relationelle arbejde.

Vi opsummerer i dette afsnit kort kerneelementerne og sammenfatter resultaterne fra centrale evalueringer af de syv forskellige metoder og tilgange. Hvis man vil arbejde med metoderne og implementere dem, så henvises der til yderligere litteratur, ligesom man skal være opmærksom på, at der løbende udgives nye publikationer med opdateringer af vidensgrundlaget. De udvalgte netværksorienterede tilgange er Åben Dialog, Social Færdighedstræning og Peerstøtte. De øvrige udvalgte metoder er Intensive Case Management, Critical Time Intervention og Assertive Community Treatment, der har et fælles fokus på at støtte borgerne i svære overgange mellem fx indlæggelse og egen bolig, samt Feedback Informed Treatment, som er et dialog- og evalueringsredskab til at understøtte samarbejdet mellem borger og bostøttemedarbejder.

2.9.1 Metoder med fokus på netværk og sociale relationer

Åben Dialog

Åben Dialog (ÅD) er udviklet af den finske psykolog Jaakko Seikkula (Seikkula, 2008). ÅD er en netværksorienteret, helhedsorienteret tilgang, der inddrager relevante fagprofessionelle og private netværk i forhold til borgerens situation. Metoden praktiseres i en modificeret udgave i en lang række af landets psykiatriske og socialpsykiatriske indsatser primært til borgere med svære psykiske vanskeligheder. Socialstyrelsen beskriver, at målet med ÅD er at skabe positiv forandring for borgerne ved at understøtte dialogen mellem borger og netværk (Socialstyrelsen, 2017). Tilgangen er baseret på syv principper for hurtig og samtidig støtte i forhold til borgeren og dennes netværk. Disse principper er:

1. **Hurtig indsats**, som skal sikre, at borgeren tilbydes et netværksmøde umiddelbart frem for at afvente situationen.
2. **Det sociale netværksperspektiv** er princippet om, at borgernes netværk inddrages aktivt i indsatsen.
3. **Fleksibilitet og mobilitet**, som skal sikre, at indsatsen tilrettelægges, udføres og tilpasses efter borgerens behov og ønsker.
4. **Ansvar** indebærer, at netværksteamet tager ansvar for at igangsætte indsatsen og sikre gode rammer for netværksmødet, samt at beslutninger kun træffes på netværksmødet.
5. **Psykologisk kontinuitet** indebærer, at borgeren oplever sammenhæng i indsatsen fx mellem de forskellige systemer og tilbud, og at mindst én fagprofessionel følger borgeren gennem hele forløbet.

6. **Tolerance for usikkerhed**, som indebærer, at netværksteamet forsøger at rumme den usikkerhed og krise, som borgeren og dennes netværk står i, frem for at komme med umiddelbare løsninger. Netværksteamet skal sikre plads i samtalen, så alle bliver hørt og kan være i fælles dialog om de problemstillinger, som borgeren oplever.
7. **Dialog** understreger, at formålet med indsatsen er at skabe dialog mellem personer i borgerens netværk, som sammen får mulighed for at støtte borgeren i at opnå den ønskede forandring.

I nedenstående har vi valgt at inkludere en rapport, der evaluerer to kommuners afprøvning af ÅD. Ligeledes henviser vi til fire udgivelser, der kan anvendes i det mere praksisnære arbejde med tilgangen.

Boks 2.9 Udvalgte publikationer om Åben Dialog

1. Defactum (2017). *Kvalitet i den kommunale indsats over for borgere med svære psykiske lidelser, åben dialog. Evalueringsrapport*. Odense: Socialstyrelsen.

Denne evaluering er udarbejdet af Defactum på vegne af Socialstyrelsen. Rapporten beskriver fem kommuners afprøvning af ÅD. Formålet med evalueringen er at pege på muligheder og barrierer for en vellykket anvendelse og implementering samt at kortlægge de økonomiske konsekvenser ved kommunernes brug af ÅD.

I forbindelse med projektet har Socialstyrelsen også udgivet nedenstående vidensdokument, en metode- og implementeringsguide samt en todelt metodemanual:

- Socialstyrelsen (2017). *Vidensdokument, Åben Dialog*. Odense: Socialstyrelsen.
- Defactum (2017). *Metode- og implementeringsguide, Åben Dialog*. Odense: Socialstyrelsen.
- Rambøll (2014). *Åben dialog. Del I – Om tilgangen*. Odense: Socialstyrelsen.
- Rambøll (2014). *Åben dialog. Del II – Manual*. Odense: Socialstyrelsen.

I Defactums (2017) evaluering undersøger de gennem en før- og eftermåling 94 borgeres udvikling og tilfredshed med ÅD-forløbene. Målingerne baserer sig på vurderinger fra borgere, netværk og medarbejdere, der har deltaget i afprøvningen af ÅD i fem kommuner.

Rapporten peger på, at ÅD bidrager positivt til borgernes mentale trivsel og overordnede recovery-proces. Undersøgelsens resultater viser også en generel tilfredshed med ÅD-metoden blandt borgere, netværk og medarbejdere. I undersøgelsen er der et eksplicit fokus på at evaluere netværksmøderne, som er en central del af ÅD-forløbene.

Rapporten konkluderer, at netværksmøderne skaber gode rammer for dialog, inddragelse og samarbejde mellem borgere, netværk og medarbejdere samt fleksibilitet i indsatsen. Implementeringsevalueringen peger desuden på en række fokusområder omkring organisationskultur, ledelsesopbakning, motivation, kompetencer og metodens omfang, som fremtidige aktører skal være opmærksomme på, når de skal implementere ÅD.

Den økonomiske analyse i rapporten gennemgår omkostningerne til implementering, drift og sundhedsydelse og peger på, at ÅD er en forholdsvist omkostningstung metode. Forfatterne understreger, at disse resultater skal læses med forbehold, da der ikke foreligger en egentlig økonomisk evaluering af de langsigtede effekter af ÅD.

Social Færdighedstræning

Social Færdighedstræning (SFT) er en pædagogisk metode, der skal understøtte borgernes fastholdelse og udvikling af sociale færdigheder. Metoden bygger på den grundlæggende antagelse, at sociale færdigheder er situationsbestemte, dvs. dannes og udvikler sig i samværet med andre. Socialstyrelsen beskriver SFT som en individuel og/eller gruppebaseret metode, der skal forbedre borgernes sociale kompetencer og handlemuligheder (Socialstyrelsen, 2017).

Metoden er primært afprøvet i forhold til mennesker med skizofreni, men anvendes i en tilpasset version i forhold til mange forskellige målgrupper i både psykiatrien og socialpsykiatrien. I SFT gennemgår borgerne et tilrettelagt træningsforløb med fokus på samtalekompetencer, problem- og konfliktløsning samt opsporing og mestring af symptomer. I en dansk kontekst har flere kommuner arbejdet med SFT som et tilrettelagt forløb med fire forskellige moduler, der varer 9 måneder med 36 mødegange. Forløbet varetages af to trænere, og en gruppe består typisk af 7-9 deltagere, der gennemgår et medicinmodul, symptommestringsmodul, samtalemodul og konfliktløsningsmodul (Defactum, 2017).

I Boks 2.10 præsenterer vi en evaluering af SFT og henviser desuden til en metodemanual, der uddyber kerneelementer i træningsforløbet og kan bruges i det daglige arbejde med metoden.

Boks 2.10 Udvalgte publikationer om Social Færdighedstræning

1. Defactum (2017). *Kvalitet i den kommunale indsats over for borgere med svære psykiske lidelser. Social Færdighedstræning. Evalueringsrapport*. Odense: Socialstyrelsen.

Denne evaluering er gennemført af Defactum for Socialstyrelsen. I rapporten evaluerer Defactum afprøvningen af SFT til borgere med svære psykiske vanskeligheder i ni forskellige kommuner. Evalueringen dokumenterer resultaterne af afprøvningen i forhold til borgernes udvikling, fx mestring af symptomer, kommunikationsfærdigheder og opsporing af tegn på psykose. Rapporten kommer med anbefalinger til, hvordan kommunerne opnår en vellykket implementering af SFT samt kortlægger de økonomiske omkostninger.

Socialstyrelsen har som supplement til evalueringsrapporten udarbejdet et vidensdokument og en metodemanual, der gennemgår kerneelementerne i SFT.

- Socialstyrelsen (2017). *Metodemanual for social færdighedstræning*. Odense: Socialstyrelsen.

I Defactums (2017) evaluering undersøger de effekten af SFT gennem et RCT-studie med deltagelse af 304 borgere, der er randomiseret i en indsatsgruppe og en kontrolgruppe. Rapporten indeholder også en evaluering af implementeringen, borgernes tilfredshed med SFT samt en omkostningsevaluering.

Effektstudiet viser, at SFT har en lille, positiv effekt på borgernes sociale funktionsniveau og recovery-proces. Rapporten konkluderer, at effekten er afhængig af en række forskellige faktorer som fx borgerens alder, diagnose, diagnosticeringstidspunkt, socialt funktionsniveau samt mødestabilitet i indsatsen. Både borgere og medarbejdere i undersøgelsen vurderer selv et positivt udbytte af SFT, og generelt er der høj grad af tilfredshed med indsatsen.

I evalueringen af implementeringen peger forfatterne på en række punkter, der har betydning for en vellykket implementering i praksis, fx metodekendskab, motivation, samarbejde, kompetenceudvikling og borgerinddragelse.

Rapporten indeholder en økonomisk analyse af omkostningerne til implementering, drift og borgernes sundhedsydelse samt en cost-effectiveness og cost-utility analyse. Forfatterne peger på, at der er et merforbrug i borgernes sundhedsydelse ved anvendelsen af SFT, men at en meromkostning vil øge sandsynligheden for, at SFT bliver omkostningseffektiv i forhold til borgernes sociale funktionsniveau. I en analyse af borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet indikerer rapporten, at der i indsatsgruppen er en større andel borgere end i kontrolgruppen, der er kommet i fx revalidering, jobafklaring, ressourceforløb og lignende beskæftigelsesrettede tilbud. Forfatterne konkluderer dog, at de økonomiske analyser ikke viser, hvorvidt SFT betaler sig økonomisk eller ej, men at resultaterne er vejledende og må sammenholdes med andre faktorer.

Peer-støtte

Peer-støtte er, når personer med brugerbaggrund anvender deres levede erfaringer (fx med diagnosticering, recovery og støtte i det sociale og psykiatriske system) i mødet med andre. Peer-støtte er således en bred betegnelse, der kan dække over en mere eller mindre formaliseret støttefunktion.

I en dansk kontekst er det fortsat begrænset, hvad der eksisterer af forskning på området, men nogle internationale studier peger på, at borgere og medarbejdere oplever, at peer-støtten har en positiv effekt på borgerens recovery-proces (Bradley, 2015; Gillard et al., 2013; Schon, 2010). Disse studier understreger, at en vellykket integration af peer-støtte kræver kontinuerligt arbejde med de organisatoriske rammer, kulturen, kompetencer og rollefordelingen i indsatsen. De seneste år er både psykiatrien og socialpsykiatrien begyndt at arbejde mere formaliseret med peer-støtte ved at ansætte medarbejdere, frivillige og mentorer med brugerbaggrund i indsatserne (Socialstyrelsen, 2016). I bostøtteindsatsen vil de gruppebaserede tilbud have elementer af peer-støtte, da deltagerne anvender og deler deres levede erfaringer med hinanden. Peer-støtten kan også have en mere formaliseret funktion, hvor mennesker med levede erfaringer er ansat til at facilitere og deltage i de gruppebaserede bostøtteindsatser. Forskning viser, at det kan være givende, men også vanskeligt for både peer-støtten, bostøttemedarbejderne og borgeren at navigere i disse nye praksisser, hvor definitionen og grænserne mellem roller, opgaver og ansvar skabes på nye måder (Kirkegaard, 2020).

I Boks 2.11 præsenterer vi en evaluering af forsøg med peer-støtte samt udgivelser, der beskriver forskellige måder at arbejde med peer-støtte-funktionen på i praksis.

Boks 2.11 Udvalgte publikationer om peer-støtte

1. Socialstyrelsen. (2018). *Forsøg med ansættelse af medarbejdere, brug af frivillige og brug af mentorer med brugerbaggrund i den regionale og kommunale indsats. Slutevaluering*. Odense: Socialstyrelsen.

I denne rapport evaluerer Socialstyrelsen seks forskellige modeller for brugen af peer-støtte i den regionale og kommunale indsats til mennesker med psykiske lidelser. Evalueringen beskriver, hvordan personer med psykiske lidelser anvender deres egne erfaringer i rollen som peer-støtte.

Socialstyrelsen har som en del af udviklingen og afprøvningen af peer-støtten ligeledes udgivet nedenstående inspirationsguide og modelbeskrivelse. VIVE (Jensen & Olsen, 2019) har desuden udarbejdet et inspirationshæfte for Socialstyrelsen, der evaluerer 10 projekter med frivillige peer-fællesskaber.

- Socialstyrelsen (2016). Peer-støtte på det psykosociale og psykiatriske område. En inspirationsguide til udvikling og implementering af peer-støtte. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2018). Modeller til brug af peer-støtte i den regionale og kommunale indsats. Odense: Socialstyrelsen.
- Jensen, M. C. F., & Olsen, L. (2019). Peer-to-peer-fællesskaber mellem socialt udsatte. På baggrund af vidensindsamling og evaluering af 10 frivillige organisationers og kommuners peer-to-peer-fællesskaber. Inspirationshæfte. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Formålet med Socialstyrelsens (2018) evaluering er at afdække erfaringerne og virkningerne af forskellige peer-støttemodeller. Projektet er forankret i tre partnerskaber mellem regionale, kommunale og frivillige aktører, der har afprøvet seks modeller for peer-støtte i den regionale og kommunale psykiatri. Evalueringen baserer sig på casebesøg, fokusgruppeinterview med peer-støttegivere og peer-støttemodtagere i projektet samt en spørgeskemaundersøgelse, der undersøger implementeringen og virkningen af peer-støtten.

Den kvantitative evaluering af virkningerne baserer sig på et meget lavt antal respondenter, hvorfor rapporten primært konkluderer på baggrund af den kvalitative evaluering. Socialstyrelsen peger på, at en stor del af peer-støttemodtagerne oplever positiv forandring i forhold til sociale relationer, stigmatisering og fornyet håb omkring egen recovery-proces. Rapporten beskriver, at peer-støttegiverne opdager nye ressourcer samt oplever afstigmatisering og mening i rollen som peer-støtte. På det organisatoriske niveau konkluderer evalueringen, at peer-støtte er med til at skabe en ny kultur og tilgang til borgerne, hvor traditionelle faglige skel mindskes, og håb bliver et bærende tema i at understøtte borgernes recovery-proces.

2.9.2 Metoder med fokus på overgange, ICM, CTI og ACT

Intensive Case Management (ICM) er baseret på en case management model, hvor borgerens indsats bliver centreret omkring en koordinerende støtteperson. ICM er oprindeligt udviklet til at understøtte inklusionen af psykiatriske patienter i lokalsamfundet samt at støtte borgere i deres hverdagsliv efter indlæggelse. Metoden er senere blevet anvendt til at støtte hjemløse med psykiske vanskeligheder med at komme i bolig. Både internationale og nationale evalueringer af ICM viser, at metoden mindsker risikoen for tilbagefald til hjemløshed (Benjaminsen et al., 2017).

I Danmark vil målgruppen for et ICM-forløb typisk være borgere med psykiske vanskeligheder og/eller misbrugsproblemer, der har brug for mere intensiv og længerevarende støtte end den

sædvanlige § 85 bostøtte. I et ICM-forløb bliver borgeren tilknyttet en ICM-medarbejder, der har den koordinerende rolle i forhold til at tilrettelægge borgerens forløb, og det er også denne medarbejder, der yder den gennemgående praktiske og sociale støtte. En grundantagelse i ICM er, at borgerne skal indgå i planlægningen og være en aktiv del af hele forløbet, for at metoden succesfuldt vil understøtte borgerens recovery-proces. Et ICM-forløb er tidsubegrænset, og det er ICM-medarbejderen, der faciliterer kontakt mellem borgeren og de øvrige indsats-er samt understøtter brobygning til fx sociale netværk og/eller aktiviteter i lokalsamfundet.

I Boks 2.12 har vi udvalgt et studie, der bl.a. evaluerer afprøvningen af ICM (som en del af Housing First i hjemløsestrategien) samt en manual og metodebeskrivelse, der kan benyttes i det mere praksisnære arbejde med ICM.

Boks 2.12 Udvalgte publikationer om Intensive Case Management

1. Benjaminsen, L., Dyrby, T. M., Enemark, M. H., Thomsen, M. T., Dalum, H. S. & Vinther, U. L. (2017). *Housing First i Danmark. Evaluering af implementerings- og forankringsprojektet i 24 kommuner*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

I denne rapport evalueres forankringen af Housing First-tilgangen, herunder bostøttemetoderne ICM, CTI og ACT i 24 forskellige kommuner. Housing First-tilgangen blev oprindeligt udviklet og evalueret som en del af Hjemløsestrategien 2009-2013, hvor formålet med dette projekt er at udbrede de veldokumenterede metoder, herunder ICM, CTI og ACT, til flere kommuner. I rapporten evaluerer forfatterne således implementeringen og forankringen af Housing First-indsatsen samt de tre bostøttemetoder.

Socialstyrelsen og Rambøll/SFI (i dag VIVE) har desuden udgivet en manual og en metodebeskrivelse for ICM:

- Benjaminsen, L. (2015). *Intensive case management (ICM). Manual*. Odense: Socialstyrelsen.

Rapporten er udarbejdet i samarbejde mellem SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (i dag VIVE) og Rambøll Management Consulting for Socialstyrelsen, hvor formålet er gennem både kvantitativ og kvalitativ data at bidrage med viden om implementeringen og anvendelsen af Housing First-indsatsen, herunder de evidensbaserede bostøttemetoder ICM, CTI og ACT.

Indsatsen er oprindeligt afprøvet og evalueret som en del af Hjemløsestrategien, så formålet med dette projekt er at udbrede tilgangen og metoderne i flere kommuner som et etableret tilbud til målgruppen. I projektet deltog 24 kommuner med i alt 363 påbegyndte indsatsforløb, hvor størstedelen af kommunerne også havde deltaget i Hjemløsestrategien fra 2009-2013 og derfor havde kendskab til indsatsen og metoderne i forvejen.

I rapporten konkluderer forfatterne, at kommunerne oplever, at Housing First-tilgangen virker, og at det er meningsfuldt at arbejde ud fra denne tilgang. Kommunerne beskriver, at det er nødvendigt over for målgruppen af hjemløse borgere at arbejde med de mere intensive og systematiske bostøtteformer (ICM, CTI eller ACT) frem for den sædvanlige § 85 bostøtte.

Desuden viser evalueringen, at der er meget forskellige modeller for forankringen og organiseringen af indsatsen på tværs af de 24 kommuner. Forfatterne peger på, at en forudsætning for en succesfuld indsats er, at der foretages systematisk udredning og visitation af borgerne til SEL § 85, for at understøtte valget mellem metoderne ICM, CTI eller ACT. Evalueringen

viser også, at kommunernes praksis omkring brugen af handleplaner er meget forskellig, hvilket har betydning for indsatsen.

Resultaterne på borgerniveau viser, at størstedelen har fået og fastholdt deres bolig i projektperioden. Forfatterne konkluderer på baggrund af den kvantitative evaluering, at borgernes samlede livssituation generelt er uændret. De viser dog gennem den kvalitative evaluering, at borgerne vurderer den sociale bostøtte positivt og generelt er tilfredse med at være flyttet i egen bolig.

Critical Time Intervention

Critical Time Intervention (CTI) er en case management metode, der oprindeligt er udviklet for at støtte udsatte borgere i overgangen fra hjemløshed til egen bolig. I et CTI-forløb får borgeren tilknyttet en CTI-medarbejder, der intensivt støtter borgeren i overgangsperioden. Støtten er tidsafgrænset og består af tre faser af hver 3 måneders varighed hen over en periode på 9 måneder. Det er denne faseopdeling og intensiteten i støtten samt CTI-medarbejderens lave case-load, der adskiller metoden fra den almindelige § 85 bostøtteindsats.

Internationalt har metoden vist gode resultater i forhold til at reducere hjemløshed (Bengtsson & Gregersen, 2013). I Danmark anvendes metoden på forskellige målgrupper, der har brug for støtte i svære overgangsperioder, fx mellem psykiatrisk indlæggelse og udskrivning til egen bolig (Amilon et al., 2019). Socialstyrelsen beskriver, at formålet med CTI-metoden er, at borgeren sikres en vellykket overgang til et nyt liv ved at støtte borgeren i at blive mere selvhjulpne og styrke borgerens samlede livssituation, herunder personlige kompetencer, netværk og integration i lokalsamfundet (Socialstyrelsen, 2015).

Vi har udvalgt en rapport, hvor forfatterne evaluerer CTI, samt en implementeringsguide og en udgivelse, der beskriver metoden nærmere.

Boks 2.13 Udvalgte publikationer om Critical Time Intervention

1. Amilon, A., Mehlsen, L., Bengtsson, S., Nielsen, K., & Lauridsen, J. B. (2019). *Dokumenterede metoder i bostøtteindsatsen over for mennesker med psykiske lidelser*. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

I rapporten evaluerer VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd på vegne af Socialstyrelsen fem kommuners afprøvning af CTI i bostøtteindsatsen. Dette er slutevalueringen, hvor forfatterne præsenterer de samlede resultater og økonomiske omkostninger ved at anvende CTI i overgangen fra indlæggelse eller botilbud til egen bolig. Rapporten indeholder en evaluering af borgernes udbytte af et CTI-forløb, implementering af metoden samt en analyse af de økonomiske konsekvenser.

Socialstyrelsen har desuden udgivet en implementeringsguide og et dokument, der kort beskriver kerneelementerne i et CTI-forløb.

- Mehlsen, L., & Amilon, A. (2018). *Implementeringsguide: CTI-metoden anvendt i bostøtte*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Socialstyrelsen (2015). *Beskrivelse af CTI-metoden*. Odense: Socialstyrelsen.

Formålet med undersøgelsen er at afprøve og evaluere CTI i fem kommuner, hvor målgruppen for indsatsen er borgere over 18 år med psykiske lidelser, der får visiteret bostøtte efter enten indlæggelse eller ophold i bostøtte (Amilon et al., 2019). Evalueringen baserer sig på et RCT-studie, hvor i alt 151 borgere er randomiseret til enten CTI-forløbet eller almindelig § 85 bostøtte

(kontrolgruppen). I undersøgelsen er det en del af CTI-forløbet, at medarbejdere og borgere anvender recovery-stjernen som et dokumentationsredskab i indsatsen. Ud over RCT-studiet er der gennemført en kvalitativ evaluering af arbejdet med CTI-metoden, hvor CTI-medarbejdere og ledere er blevet interviewet.

Grundet for få respondenter og for store forskelle i baggrundskarakteristika (fx alder, køn og uddannelsesniveau) mellem borgere i indsats- og kontrolgruppe understreger forfatterne, at effektmålingen skal tolkes som forsigtige tendenser. På den baggrund konkluderer de, at CTI generelt ser ud til at forbedre borgernes mentale trivsel og funktionsniveau efter 9 måneder i et CTI-forløb. Der er også forskelle mellem indsats- og kontrolgruppen, hvor forfatterne peger på, at der er tendens til en højere grad af mental trivsel hos CTI-gruppen. Derudover ser det ud til, at borgerne i CTI-forløbet oplever yderligere forbedringer i trivsel og funktionsniveau efter 18 måneder, hvor den sidste måling er gennemført.

I den kvalitative evaluering peger CTI-medarbejderne også på, at borgerne generelt profiterer af den intensive støtte i CTI-forløbet. Dette underbygges yderligere af implementeringsevalueringen, hvor forfatterne konkluderer, at CTI-metoden er implementeret med en høj grad af fidelitet.

De økonomiske analyser viser, at et CTI-forløb og kontrolgruppeforløb samlet set koster det samme, og forfatterne konkluderer derfor, at CTI-indsatsen er omkostningseffektiv, da borgerne i et CTI-forløb udvikler sig mere positivt end borgerne i kontrolgruppen.

Assertive Community Treatment

Assertive Community Treatment (ACT) er udviklet til at støtte mennesker med psykiske vanskeligheder, der har et intensivt behov for støtte i en længerevarende periode. Målgruppen vil derfor typisk være borgere med komplekse psykosociale vanskeligheder, der har svært ved at anvende de eksisterende tilbud og har brug for intensiv støtte i overgangene til egen bolig samt fastholdelse af boligen. ACT benyttes også på hjemløseområdet og har i en international kontekst været en hyppig anvendt metode til de mest udsatte borgere. I Danmark er metoden også afprøvet på hjemløseområdet som en del af Housing First-indsatsen (Benjaminsen et al., 2017). ACT-metoden er baseret på et tværfagligt team, hvor der indgår socialpædagogisk støtte og behandling, fx misbrugsbehandling og/eller psykiatrisk behandling. Den består af de tre funktioner, som er socialpædagogisk støtte, en helbredsmæssig indsats og en administrativ funktion, der alle indgår i indsatssteamet. Indsatsens kerneelementer er intensitet, fleksibilitet, udgående behandling, direkte behandling, vedholdenhed og tidubegrænset indsats (Amilon et al., 2017).

I Boks 2.14 har vi udvalgt en evaluering, der giver vi et indblik i de danske erfaringer med ACT på det socialpsykiatriske område samt en metodebeskrivelse og implementeringsguide.

Boks 2.14 Udvalgte publikationer om Assertive Community Treatment

1. Amilon, A., Birkelund J. F., Bojesen, A. B., Nielsen, I. K., & Møller, M. S. (2017). *Evaluering af "Afprøvning af ACT-metoden over for borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug"*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Denne rapport er udarbejdet af VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd og Rambøll Management Consulting for Socialstyrelsen. Rapporten beskriver to kommuners anvendelse af ACT-metoden målrettet en gruppe af borgere med psykiske vanskeligheder og misbrug. Rapporten indeholder en beskrivelse af borgernes progression i forhold til deres oplevede livssituation, psykisk trivsel og reduktion i misbrug samt en analyse af implementeringen og de økonomiske konsekvenser ved at anvende metoden.

I tillæg til rapporten har Socialstyrelsen udgivet en metode- og implementeringsguide.

- Benjaminsen, L., Nielsen, I. K., Møller, M. S., & Amilon, A. (2017). *Assertive community treatment (ACT) – metodebeskrivelse for borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug*. København: VIVE, Rambøll, Socialstyrelsen.
- Rambøll & Socialstyrelsen (2017). *ACT-metoden til borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug. Implementeringsguide*. Odense: Socialstyrelsen.

I rapporten evaluerer forfatterne to kommuners afprøvning af ACT-metoden over for 62 borgere med psykiske vanskeligheder og misbrug i alderen 18 år og opefter (Amilon et al., 2017). Formålet er at bidrage med viden om, hvordan borgerne profiterer af indsatsen samt evaluere implementeringen og de økonomiske omkostninger. Evalueringen er baseret på både kvantitativ og kvalitativ data. Den kvantitative del består af en før- og eftermåling. Borgernes karakteristika er målt ved brugen af tre validerede måleredskaber, hvor bl.a. deres misbrug og psykiske trivsel er vurderet. I effektevalueringen indgår ikke en kontrolgruppe, der ikke modtager ACT-indsatsen, men i stedet har forfatterne genereret en kontrolgruppe på baggrund af registerdata. I den økonomiske evaluering er der indsamlet data om omkostningerne ved ACT og driftsomkostningerne ved almindelig praksis i de to kommuner. Den kvalitative evaluering består af interview med medarbejdere i ACT-teamet, ledere i kommunerne og enkelte borgere.

De samlede resultater indikerer, at nogle borgere oplever en forbedring i deres trivsel og reduktion i misbrug, mens andre ikke profiterer af ACT-indsatsen. Forfatterne understreger, at resultaterne skal tolkes forsigtigt, da en stor del af borgerne stadig er i et ACT-forløb, da målingen er foretaget, og derfor er resultaterne baseret på et lille datagrundlag.

På baggrund af implementeringsevalueringen konkluderer forfatterne, at kommunerne har implementeret metoden i overensstemmelse med metodens kernelementer, og at borgernes forbedring i trivsel derfor kan tilskrives ACT-indsatsen.

De økonomiske omkostninger til indsatsgruppen og kontrolgruppen er næsten ens i projektperioden. Forfatterne peger på, at det er centralt at forholde sig til kompleksiteten i borgernes støttebov i tolkningen af undersøgelsens resultater, da evalueringen indikerer, at ACT har positiv virkning for de borgere, der oplever svær psykisk mistrivsel og misbrug.

2.9.3 Metoder med fokus på samarbejdet mellem borger og professionel

Feedback Informed Treatment

Feedback Informed Treatment (FIT) er et psykoterapeutisk dialog- og evalueringsredskab, der anvendes på en række forskellige områder, fx familierapi, rehabilitering samt alkohol- og stofmisbrug (Tilsen & McNamee, 2015). FIT er oprindeligt udviklet til at forbedre den terapeutiske relation mellem behandler og borger, men anvendes i stigende grad i kommunernes sociale indsatser til at evaluere samarbejdet mellem borger og professionelle (Hansen, Pejtersen & Jensen, 2018). I FIT får den professionelle, fx bostøttemedarbejderen, formaliseret feedback fra borgeren gennem to skemaer, hvor borgeren kontinuerligt evaluerer sin generelle trivsel (Outcome Rating Scale) og selve samarbejdet med bostøttemedarbejderen (Session Rating Scale). Socialstyrelsen beskriver, at FIT kan bidrage til øget borgerinddragelse, og at den professionelle løbende fokuserer på den borgeroplevede effekt af indsatsen. FIT skal således understøtte det bedst mulige samarbejde mellem bostøttemedarbejderen og borgeren samt sikre kvalitet i indsatsen.

I Boks 2.15 præsenterer vi en effektmåling, der kan give et indblik i erfaringerne med FIT på bostøtteområdet.

Boks 2.15 Udvalgte publikationer om Feedback Informed Treatment

1. Hansen, H., Hyld Pejtersen, J., & Tødsø Jensen, M. (2018). *Effekten af feedback informed treatment i bostøtteindsatsen: Et randomiseret kontrolleret forsøg*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

I rapporten præsenterer forfatterne resultaterne af et forskningsprojekt, der undersøger effekten af FIT i bostøtteindsatsen i Københavns Kommune. Socialforvaltningen i Københavns Kommune har stået for at implementere FIT, og VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd har evalueret effekten. Rapporten indeholder et systematisk review af forskningslitteraturen og en effektmåling af FIT i forhold til borgernes psykiske, fysiske og sociale trivsel.

Vi henviser desuden til følgende grundbog om Feedback Informed Treatment:

- Bargmann, S. (red.) (2017). *Feedback Informed Treatment. En Grundbog*. København: Akademisk Forlag.

I rapporten præsenterer forfatterne resultaterne fra et forskningsprojekt, der afprøver og evaluerer FIT i bostøtten i Københavns Kommune (Hansen, Pejtersen & Jensen, 2018). Evalueringen baserer sig på et RCT-studie, hvor der er blevet trukket lod om, hvilke medarbejdere, der fik uddannelsen i at anvende FIT, og dem, der ikke gjorde (kontrolgruppen). I alt har 80 medarbejdere deltaget i forsøget, hvor 42 var i indsatsgruppen og 38 i kontrolgruppen. Analyserne af borgernes trivsel og livskvalitet baserer sig på spørgeskemaer til 455 borgere ved baseline og followup. I undersøgelsen indgår også et systematisk review af forskningslitteraturen, hvor forfatterne gennemfører en meta-analyse på effektmål i forhold til borgernes trivsel og antal FIT sessioner.

På baggrund af RCT-studiet konkluderer forfatterne, at FIT ingen effekt har for borgerne i bostøtten. Meta-analyserne i litteraturreviewet peger dog på en lille effekt af FIT i forhold til antallet af sessioner (dvs. FIT øger antallet af sessioner), men samlet set konkluderer forfatterne, at de ikke finder effekt af FIT på trivselsmålene.

2.9.4 Opsummering

I dette afsnit har vi præsenteret dansk litteratur, der beskriver og evaluerer et udsnit af de forskellige tilgange og metoder, der ofte anvendes i bostøtteindsatsen. Vi præsenterer syv forskellige metoder, der kan være med til at kvalificere bostøtteindsatsen. De første tre metoder er Åben Dialog, Social Færdighedstræning og Peer-støtte, som alle på forskellige måder har et centralt fokus på at understøtte det relationelle og netværksorienterede arbejde. Vi præsenterer resultaterne fra evalueringerne af disse tre metoder og manualer, der beskriver, hvordan kommunerne kan arbejde med metoderne i praksis. Evalueringerne peger på, at metoderne kan være med til at understøtte kvalitet på området, men generelt mangler der forskning og viden om, hvordan metoderne virker i bostøtteindsatsen. Det er særligt peer-støtte, hvor der mangler viden om praktiseringen og virkningen af denne indsats.

Endvidere har vi fremhævet Intensive Case Management, Critical Time Intervention og Assertive Community Treatment. Vi præsenterer evalueringer og manualer af disse tre metoder, der alle har fokus på at skabe sammenhængende forløb og understøtte borgerne i svære overgange, fx mellem indlæggelse og egen bolig. Overordnet peger både internationale og danske studier på, at disse tre metoder kan fremme kvalitet i bostøtteindsatsen.

Den sidste metode, som vi har valgt at præsentere, er Feedback Informed Treatment, som er et dialog- og evalueringsredskab. Redskabet kan bruges til løbende at evaluere indsatsen og samarbejdet mellem bostøttemedarbejderen og borger. Vi har præsenteret resultaterne af en dansk effektmåling, som ikke finder en egentlig effekt af indsatsen i forhold til borgernes trivsel. Det betyder dog ikke, at FIT ikke kan være et understøttende redskab til at skabe en god dialog mellem bostøtte og borger.

3 Konklusion og perspektiver

Resultatet af den systematiske søgning af litteratur om 'kvalitet i bostøtte' blev et stort antal publikationer på i alt 2.346. Efter flere former for gennemgang og vurdering af publikationerne blev 19 udvalgt til bearbejdning og formidling i dette studie. De blev udvalgt, fordi de i særlig grad blev vurderet som relevante i forhold til det overordnede formål med at finde frem til publikationer, der kan bidrage til det generelle arbejde med at styrke kvaliteten i bostøtten inden for socialpsykiatrien og det specifikke arbejde med udvikling af faglige pejlemærker for øget kvalitet i den socialpædagogiske bistand, som Socialstyrelsen har nedsat en arbejdsgruppe til at udarbejde. Ud over de 19 primære publikationer blev der også udvalgt 25 publikationer, der kort omtales og henvises til, fordi de indeholder relevante praksiseksempler, manualer og guider, som med fordel kan læses i deres originale form.

Emnet for dette litteraturstudie er komplekst, da både kvalitet og bostøtte indeholder mange mulige og relevante dimensioner, der kan vurderes og prioriteres ud fra mange forskellige perspektiver, fx borgere, pårørende, medarbejdere, ledere og politikere. Litteraturstudiet afspejler denne kompleksitet, samtidig med at der er foretaget nogle vigtige valg, fx at der i særlig grad er prioriteret at arbejde med kvaliteter, der knytter sig til recovery, rehabilitering og Socialtilsynets kvalitetsmodel. Samtidig har vi arbejdet ud fra en åbenhed, i forhold til at litteraturen kunne indeholde andre væsentlige kvalitetstemaer. Det skal understreges, at det vidensgrundlag, som præsenteres i litteraturstudiet, har afsæt i forskellige videnskabsteoretiske forståelser og metodiske tilgange. Det betyder, at litteraturstudiet repræsenterer flere forskellige tilgange til, hvad kvalitet i bostøtte handler om, hvordan recovery understøttes, og hvordan borgerperspektiver forstås, fortolkes og undersøges. Herudover skal det understreges, at de fundne publikationer afspejler, hvad der findes, og dermed også, hvad der ikke findes af undersøgelser, fx har vi uden held søgt efter publikationer om temaerne fysiske rammer, drift og økonomi.

Litteraturstudiet gennemgår og opsummerer i afsnittene 2.1-2.9 resultaterne fra en eller to primære publikationer, der har fokus på følgende 9 brede kvalitetstemaer:

1. Rehabilitering og recovery
2. Brugerperspektiv på kvalitet
3. Inklusion og samfundsdeltagelse
4. Uddannelse og beskæftigelse
5. Selvstændighed og relationer
6. Sundhed og trivsel
7. Organisation og ledelse
8. Kompetencer
9. Metoder og tilgange.

Afsnittene rummer herudover en indledende perspektivering af hvert tema og henvisninger til supplerende læsning, fx om 100 råd til at fremme recovery i det daglige arbejde med bostøtte. Endelig afsluttes hvert afsnit med en kort opsummering af den præsenterede viden fra de udvalgte studier.

Konklusionen er, at der findes en relevant litteratur, der kan inddrages i arbejdet med kvalitetsudvikling af bostøtten på det socialpsykiatriske område inden for de valgte kvalitetstemaer, dog ikke drift og økonomi.

Gennemgangen af litteraturen viser, at der findes mange forskellige tilgange til at definere, studere og implementere recovery tilgange, borgerinddragelse og øge kvaliteten i bostøtten i forhold til de øvrige kvalitetstemaer. Litteraturstudiet viser også, at der er brug for at arbejde på mange måder med at skabe kvalitet inden for de udvalgte kvalitetstemaer. Der er også brug for, at mange aktører, fx politikere, ledere, bostøtter og aktører i det omgivende samfund, bidrager til at skabe forudsætningerne for, at professionelle bostøtter i samarbejde med borgerne kan skabe de kvaliteter, der skal til, for at borgerne kan mestre deres livssituation og blive i stand til at forfølge og realisere deres håb og drømme på trods af de store og sammensatte udfordringer, de lever med.

Det videre arbejde med at udvikle kvalitet i bostøtteindsatsen kan således tage mange forskellige former og bevæge sig på flere forskellige niveauer. Litteraturstudiet er et tilbud om at inddrage viden fra litteraturen i dette arbejde.

Litteratur udvalgt til gennemgang

- Amilon, A., Birkelund J. F., Bojesen, A. B., Nielsen, I. K., Møller, M. S. (2017). *Evaluering af "afprøvning af ACT-metoden over for borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug"*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Amilon, A., Mehlsen, L., Bengtsson, S., Nielsen, K., & Lauridsen, J. B. (2019). *Dokumenterede metoder i bostøtteindsatsen over for mennesker med psykiske lidelser*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Bargmann, S. (red.) (2017). *Feedback Informed Treatment*. En Grundbog. København: Akademisk Forlag.
- Benjaminsen, L. (2015). *Intensive case management (ICM)*. Manual. København: SFI, Socialstyrelsen.
- Benjaminsen, L. (2019). *På vej til arbejde. Midtvejsevaluering*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Benjaminsen, L., Dyrby, T. M., Enemark, M. H., Thomsen, M. T., Dalum, H. S., & Vinther, U. L. (2017). *Housing first i danmark. evaluering af implementering af forankringsprojekt i 24 kommuner*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; Rambøll.
- Benjaminsen, L., Grønfelddt, S. T., & Jensen, M. C. F. (2018). *Kompleksitet i borgersager og opgaveløsning i socialpsykiatrien: En kvalitativ undersøgelse i fire kommuner*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Benjaminsen, L., Nielsen, I. K., Møller, M. S., & Amilon, A. (2017). *Assertive community treatment (ACT) – metodebeskrivelse for borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug*. København: VIVE, Rambøll, Socialstyrelsen.
- Borg, M., & Topor, A. (2014). *Virksomme relasjoner: Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser* (3rd ed.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Connecting People Project (2018). *Connecting PEOPLE Practice Guidance*. York: University of York.
- Defactum (2017). *Metode- og implementeringsguide, Åben Dialog*. Odense: Socialstyrelsen.
- Defactum (2017). *Kvalitet i den kommunale indsats over for borgere med svære psykiske lidelser. Social Færdighedstræning. (Evalueringsrapport)*. Odense: Socialstyrelsen.
- Flensborg Jensen, M. C., Petersen, A., & Kjellberg, P. K. (2018). *Din indgang - et nyt tilbud? evaluering af forsøg med rehabilitering, peer-støtte og frivillighed til nye borgere på psykiatri- og handicapområdet i Fredericia kommune*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Hansen, H., Hyld Pejtersen, J., & Tødsø Jensen, M. (2018). *Effekten af feedback informed treatment i bostøtteindsatsen: Et randomiseret kontrolleret forsøg*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

- Jensen, M. C. & Grønfeldt, S. T. (2019). *Fokus på sundhed i socialpsykiatrien. Evaluering af indsatsen 'Gå til lægen i tide'*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Jensen, M. C. F., & Olsen, L. (2019). *Peer-to-peer-fællesskaber mellem socialt udsatte. På baggrund af vidensindsamling og evaluering af 10 frivillige organisationers og kommuners peer-to-peer-fællesskaber (inspirationshæfte)*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Jensen, D. C., & Viinholt Nielsen, B. C. (2018). *Kerneelementer og fælleselementer i gruppebostøttemetoder*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Lindström, M., Sjöström, S., & Lindberg, M. (2013). Stories of rediscovering agency: Home-based occupational therapy for people with severe psychiatric disability. *Qualitative Health Research*, 23(6), 728-740.
- Ljungberg, A., Matscheck, D., & Topor, A. (2017). *Boendestöd- erfarenhetsbaserad praktik ock kunskap (FoU-rapport nr 27/2017)*. Danderyd: FoU Nordost.
- Mehlsen, L., & Amilon, A. (2018). *Implementeringsguide: CTI-metoden anvendt i bostøtte*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Møller, S. Ø., & Kristoffersen, M. J. (2013). *Sammenhængende forløb: Erfaringer med at skabe kontinuitet i beskæftigelses- og socialindsatsen*. Aarhus: Metodecentret.
- Neidel, A., & Jensen, C. C. red. (2013). *Inklusion, deltagelse og bedring: Unge med psykosociale vanskeligheder i lokalsamfundet*. Odense: Socialstyrelsen.
- Nielsen, L. A., Winther, S. B. & Meillier, L., redaktion (2015). *Sundere rammer og valg i socialpsykiatrien – et inspirationskatalog*. Aarhus: CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Folkesundhed og Sundhedstjenesteforskning, Region Midtjylland.
- Nordentoft, M., & Christensen, T. (2011). *Review om effekter af beskæftigelsesindsatser til personer med svær psykisk sygdom*. Arbejdsmarkedsstyrelsen, København,
- Rambøll (2014). *Åben dialog. Del 1 – Om tilgangen*. Odense: Socialstyrelsen.
- Rambøll (2014). *Åben dialog. Del II – Manual*. Odense: Socialstyrelsen.
- Rambøll & Socialstyrelsen (2017). *ACT-metoden til borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug. Implementeringsguide*. København: Rambøll, Socialstyrelsen
- Schröder, A., Brunt, D., Rask, M., Ivarsson, A., & Lundqvist, L. (2014). *Brukarnas upplevelse av kvalitet inom boendestödet*. Johanneshov: Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH).
- Slade, M (2013). *100 Ways to Support Recovery*. 2nd ed. London: Rethink Mental Illness.
- Schröder, A. & Lundqvist, L. (2015). *Manual för instrumentet Kvalitet i Psykiatrisk Vård (KPV)*. Örebro: Universitetssjukvårdens forskningscentrum (UFC).

- Slade, M. (2017). *100 råd som fremmer recovery – en veiledning for psykisk helsepersonell*, 2. utg., oversatt av R. K. Karlsen, I. Wormdahl og L. B. Ødegaard. Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., m.fl. (2015). *Brug og misbrug af recovery: At implementere recoveryorienterede praksisser i psykiatriske og sociale systemer [Uses and abuses of recovery]*. København: Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering.
- Slade, M. (2017). *100 råd som fremmer recovery – en veiledning for psykisk helsepersonell*, 2. utg., oversatt av R. K. Karlsen, I. Wormdahl og L. B. Ødegaard. Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).
- Socialstyrelsen (2016). *Peer-støtte på det psykosociale og psykiatriske område. En inspirationsguide til udvikling og implementering af peer-støtte*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2017). *Metodemanual for social færdighedstræning*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2017). *Vidensdokument. Social færdighedstræning*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2017). *Vidensdokument, Åben Dialog*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2018). *Forsøg med ansættelse af medarbejdere, brug af frivillige og brug af mentorer med brugerbaggrund i den regionale og kommunale indsats. Slutevaluering*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2018). *Modeller til brug af peer-støtte i den regionale og kommunale indsats*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015). *Beskrivelse af CTI-metoden*. Odense: Socialstyrelsen.
- Topor, A. (2014). *Boendestödjarnas erfarenhetskunskap: Boendestöd - beslut och praktik. erfarenheter från lidingö stads socialpsykiatri*. Lidingö Stad: Stockholm Universitet.
- Udsen, L. M. W., Thomsen, R., & Lyhne, A. (2015). *Evaluering af projekt virtuel bostøtte*. Aarhus: CFK Folkesundhed og Kvalitetsudvikling.
- Webber, M., & Fendt-Newlin, M. (2017). A review of social participation interventions for people with mental health problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(4), 369-380.
- Weigelt, V. S., Mamsen, E., Rytter, N., & Anker, J. (red.). (2016). *Undersøgelse af brugernes oplevelse af kvalitet i de psykosociale indsatser*. København: Socialt Udviklingscenter SUS.

Litteratur henvist til i øvrigt

- Amilon, A., Bojsen, L. B., Østergaard, S. V. & Rasmussen, A. H. (2017). *Personer med handicap – Hverdagsliv og levevilkår 2016*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Anspach, Renee. R. (1979). From stigma to identity politics: Political activism among the physically disabled and former mental patients. *Social Science & Medicine*, 13A, 765-773.
- Bengtsson, S. & Grønberg, S. K. (2014). *Integration af behandling og social indsats over for personer med sindslidelse*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Bengtsson, S. & Gregersen, S. Ø. (2013). *Integrerede indsatser over for mennesker med psykiske lidelser. En forskningsoversigt*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Bengtsson, S. & Røgeskov, M. (2012). *Et liv i egen bolig. Analyse af bostøtte til borgere med sindslidelser (12:19)*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Bengtsson, S. (2011). *Danmark venter stadig på sin psykiatireform. Et rids af udviklingen de seneste årtier*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Bengtsson, S. & Kristoffersen, L. K. (2006). *Særforsorgens udlægning. Et litteraturstudie (06:08)*. København: Socialforskningsinstituttet.
- Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterede praksisser. En systematisk vidensopsamling. (4)*. Trondheim: NAPHA – Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.
- Bradley, E. (2015). Carers and co-production: enabling expertise through experience? *Mental Health Review Journal*, 20(4), 232–241.
- Crossley, N. (1998). R. D. Laing and the British anti-psychiatry movement: A socio- historical analysis. *Social Science and Medicine*, 47(7), 877–889.
- Dahler Larsen, P. (2008). *Kvalitetens beskaffenhed*. 1. udg. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- FN. De Forenede Nationer (2008). *Konventionen om rettigheder for personer med handicap*. København: Det Centrale Handicapråd.
- Gillard, S. G., Edwards, C., Gibson, S. L., Owen, K. & Wright, C. (2013). Introducing peer worker roles into UK mental health service teams: a qualitative analysis of the organisational benefits and challenges. *BMC Health Services Research*, 13(1), 1-13.
- Hjelmar, U., Bhatti, Y., Rostgaard, T., Petersen, O. H., Vrangbæk, K., Larsen, P. T., & Jacobsen, L. M. M. (2016). *Kvalitet på offentlige og private plejecentre i Danmark*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Jensen, D. C., & Hansen, H. (2017). *Vidensbaseret praksis i botilbud*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

- Kirkegaard, S. (2020). The Everyday Drama of Coproduction in Community Mental Health Services: Analyzing Welfare Workers' Performance as "The Undercover Agent". *Symbolic Interaction (X)*: 1-24.
- Kirkegaard, S. (2019). *Samskabelse i socialpsykiatrien: En undersøgelse af grænser, performance og stigma i hverdagsinteraktionerne mellem professionelle, brugere og frivillige*. Ph.d.-afhandling. Roskilde Universitet.
- Kirkegaard, S. & Andersen, D. (2018). Co-production in community mental health services: blurred boundaries or a game of pretend? *Sociology of Health and Illness*, 40(5) 828-842.
- Kirkegaard, S. (2017). *Tværasektorielt samarbejde: Dilemmaer og muligheder i en kompleks virkelighed i "Partnerskaber og samarbejder mellem det offentlige og civilsamfundet. Støtte til mennesker med psykiske vanskeligheder."* Odense: Socialstyrelsen.
- Kjær, A. A., Amilon, A., & Bengtsson S. (2019). *Samfundsdeltagelse og medborgerskab blandt mennesker med fysisk handicap. Opgørelser baseret på Inklusionsmåling-2019*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- KL (2018). *Markant flere med psykiske vanskeligheder får hjælp af kommunen*. KL.dk, 23. april 2018. Web-artikel hentet fra: <https://www.kl.dk/nyhed/2018/april/markant-flere-med-psykiske-vanskeligheder-faar-hjaelp-af-kommunen/>, den 17. jan. 2010.
- KL (2019). *Voldsom vækst i efterspørgslen på bostøtte og botilbud*. KL.dk, 20. aug. 2019. Web-artikel hentet fra: <https://www.kl.dk/nyheder/momentum/2019/nr-13/voldsom-vaekst-i-efterspørgslen-paa-bostoette-og-botilbud/>, den 17. jan. 2010.
- MarselisborgCenteret (2004). *Rehabilitering i Danmark - Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*. Aarhus: MarselisborgCenteret.
- Neidel, Agnete (2011). *På vej - Kritiske analyser af recovery-orienteringen af det socialpsykiatriske arbejde*. Ph.d.-afhandling. Roskilde: Roskilde Universitet.
- Nordentoft, M., Krogh, J., Lange, P., & Moltke, A. (2015). *Psykisk Sygdom og ændringer i livsstil*. København: Vidensråd for Forebyggelse.
- Petersen, Anne (2013). *Hverdagslogikker i psykiatrisk arbejde. En institutionsetnografisk undersøgelse af hverdagen i psykiatriske organisationer*. Ph.d.-afhandling. Frederiksberg: Copenhagen Business School.
- Regeringen (2018). *Vi løfter i fællesskab - En samlet handlingsplan for psykiatrien frem mod 2025*. København: Regeringen.
- Regeringens Udvalg om Psykiatri (2013). *En moderne åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelse*. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.
- Rissmiller, D. J. & Rissmiller, J. H. (2006). Open Forum: Evolution of the Antipsychiatry Movement Into Mental Health Consumerism. *Psychiatric Services*, 57(6), 863–866.
- Seikkula, Jaakko (2008). *Åben Dialog og netværksarbejde*. København: Hans Reitzel.
- Schon, Ulla-Karin (2010). The power of identification: peer support in recovery from mental illness. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 12(2), 83–90.

- Socialstyrelsen (2017). *Kvalitetsmodel for socialtilsyn. Temaer, kriterier og indikatorer for sociale tilbud*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2012). *Fra konvention til kommunal handicappolitik: Et inspirationsmateriale om brug af FN's handicapkonvention i kommunale handicappolitikker*. Odense: Socialstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2018). *Danskernes sundhed. Den Nationale Sundhedsprofil 2017*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Tilsen, J. & McNamee, S. (2015). Feedback Informed Treatment: Evidence-Based Practice Meets Social Construction. *Family Process*, 54(1):124–37.
- Villadsen, K. (2004). *Det Sociale arbejdes genealogi*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Væggemose, U., Vedel Ankersen, P., Jørgen Aagaard, J. & Burau, V. (2018). Co- Production of Community Mental Health Services: Organising the Interplay between Public Services and Civil Society in Denmark. *Health and Social Care in the Community*, 26(1):122–30.

Bilag 1 Litteraturstudiets fire faser

I dette bilag beskriver vi nærmere de fire faser i udarbejdelsen af litteraturstudiet. Bilaget dokumenterer således den proces, som ligger bag udarbejdelsen af litteraturstudiet, og som kun i begrænset omfang er beskrevet i kapitel 1.

- Fase 1: Litteratursøgning
- Fase 2: Screening af litteratur
- Fase 3: Klassifikation og udvælgelse af studier
- Fase 4: Narrativ syntese af resultater.

Fase 1: Litteratursøgning

I litteraturstudiets første fase har VIVEs søgespecialister fra biblioteket gennemført en systematisk litteratursøgning baseret på kombinationer af nøje udvalgte søgeord.

Boks B1.1. viser en (ikke udtømmende) liste over anvendte søgeord, som omfatter både målgruppen, hvor fokus er på personer med psykiske vanskeligheder i egen bolig, indsats typer, hvor fokus er på bostøtte, samt relevante kvalitetstemaer, hvor fokus er på rehabilitering og recovery samt de kvalitetstemaer, som indgår i Socialtilsynets kvalitetsmodel.

Boks B1.1 Eksempler på anvendte søgeord (danske emneord)

Emneord – population: psykisk syge, psykisk syge unge, psykisk syge voksne, psykisk sygdom, psykiske sygdomme, psykiske lidelser, psykiske forstyrrelser, livsvanskeligheder, psykiske vanskeligheder, psykiske problemer, psykiske funktionsforstyrrelser, mental forstyrrelse, psykisk sårbare, sårbare unge, sårbare, sårbarhed, socialt udsatte, udsatte, udsatte unge, sindslidende, unge med særlige behov, psykisk handicap, socialt handikappet, social udstødelse, marginalisering, nedsat psykisk funktionsevne, social isolation, social eksklusion, misbrugsproblemer, svage grupper, stress, ressourcetsvag, svagtstillet, støttebehov, mentale problemer, psykisk syg, psykisk udfordring, psykisk funktionstab, §85, § 99, ... m.fl.

Emneord – socialpædagogisk bostøtte: behandlingsarbejde, socialarbejde, pædagogisk arbejde, socialpædagogik, socialpædagogisk arbejde, socialarbejdere, socialt arbejde, kultursocialt arbejde, socialt arbejde - etniske minoriteter, frivilligt socialt arbejde, social forsorg, socialrådgivning, socialsektoren, rådgivning, rådgivere, mentoring, mentor, mentorer, coaching, vejledning, specialpædagogik, inkluderende pædagogik, individuel støtte, støtteordninger, støttepersoner, kontaktpersoner, støttekontakter, peer-støtte, recovery, psykosocial behandling, rehabilitering, psykosocial rehabilitering, oplæring, støtte i hjemmet, hjemmetræning, hjemmebesøg, hjemmehjælp, social intervention, behandling, behandlingsmetoder, hjælp, terapi, psykoterapi, samtaleterapi, individuel terapi, mental træning, selvmonitorering, egenomsorg, emotionel støtte, planlægning, peer-støtte, træning, social færdighedstræning, socialpsykiatri, social forsorg, boligsocialt arbejde, behandling, handleplaner, socialrådgivning, sagsbehandling, sagsbehandlere, rehabiliteringsteams, genoptræning, sundhedsfremme, mental træning, ungdomsforsorg, hverdagsrehabilitering, sundhedsfremmende aktiviteter, metoder i socialt arbejde, mestringsstrategier, misbrugsbehandling, alkoholafvænning, narkotikaafvænning, hjemmevejledning, relationsarbejde, ... m.fl.

Emneord – kvalitet: kvalitetsforbedring, livskvalitetsforskning, kvalitetsstandard, måling af livskvalitet, livskvalitet, trivsel, well-being, sundhed, personlig udvikling, progression, kundskabsudvikling, selvudvikling, empowerment, rehabilitering, selvværd, selvtillid, tillid, optimisme, håb, drømme, tilfredshed, livsbalance, meningsfuldhed, resiliens, robusthed, coping, ansvar, medbestemmelse, brugerindflydelse, brugerdeltagelse, brugerinvolvering, brugerinddragelse, medinddragelse, medborgerskab, borgerdeltagelse, borgerindflydelse, deltagerorienterede metoder, inklusion, mestring, handlekompetence, uddannelse, beskæftigelse, fleksjob, tilbagevenden til arbejde, sundhedsfremme, mental sundhed, psykisk sundhed, interpersonelle relationer, socialt liv, sociale relationer, sociale netværk, socialisering, fællesskab, anerkendende relationer, social adfærd, relationskompetence, sociale kompetencer, social inklusion, social integration, sociale netværk, sociale aktiviteter, sociale relationer, venskabsrelationer, fysisk aktivitet, bevægelse, anerkendelse, anerkendende relationer, psykisk sundhed, selvregulering, motivation, samarbejde, professionalismisme, god kommunikation, kommunikation, rehabilitering, almindelig daglig livsførelse, sammenhæng, koordinering, evidens, evidensbaseret, evidensbaseret praksis, evidensbaseret socialt arbejde, evidensbaseret viden, evidensbaseret intervention, tværfagligt samarbejde, tværprofessionelt samarbejde, tværfaglighed, problemløsning, konflikthåndtering, konfliktløsning, helhedssyn, partnerskab, ... m.fl.

Emneord – egen bolig: hjem, hjemme, hjemmeboende, eget hjem, egen bolig, private hjem, sociale bofællesskaber, bofællesskaber, ungebolig, handicapbolig, bosteder, beskyttede boliger, støttebolig, bokollektiv, hjemmebehandling, bostøtte, opsøgende-virksomhed, boformer, boligformer, nærmiljø eller bostøtte, i hjemmet, hjemme, eget hjem, egen bolig, i andres hjem, i andre menneskers hjem, privathjem, bo selv, egen bopæl, egen lejlighed, støttebolig, beskyttet bolig, almindelig bolig, selvboende, akutbolig, ungdomsbolig, bosted, bocenter, ikke på institution, ikke i institution, ... m.fl.

I tillæg til emneord er der desuden søgt efter en række fritetekster. For nærmere dokumentation af søgestrategien og kombinationer af søgeord, samt dokumentation for de udenlandske søgeord, se Bilag 2.

Søgningen er foretaget i publikationers titel, abstract og kontrollerede emneord fra hver database med en afgrænsning til publicering mellem 2008 og 2019 (september/oktober). Der er søgt efter studier på dansk, norsk, svensk og engelsk. For så vidt muligt at inkludere både internationale forskningsartikler og grå litteratur er der søgt på alle publikationstyper.

Litteratursøgningen er foretaget i skandinaviske og internationale søgedatabaser samt på udvalgte danske, norske og svenske hjemmesider. Bilagstabel B1.1 viser en oversigt over antal fund opdelt efter søgekilde. Den endelige søgning resulterede i en søgedatabase, lagret i RefWorks, som omfatter 2.346 referencer. (Dubletter blev så vidt muligt frasortet, således at bedste reference med hensyn til emneord og abstract blev bevaret).

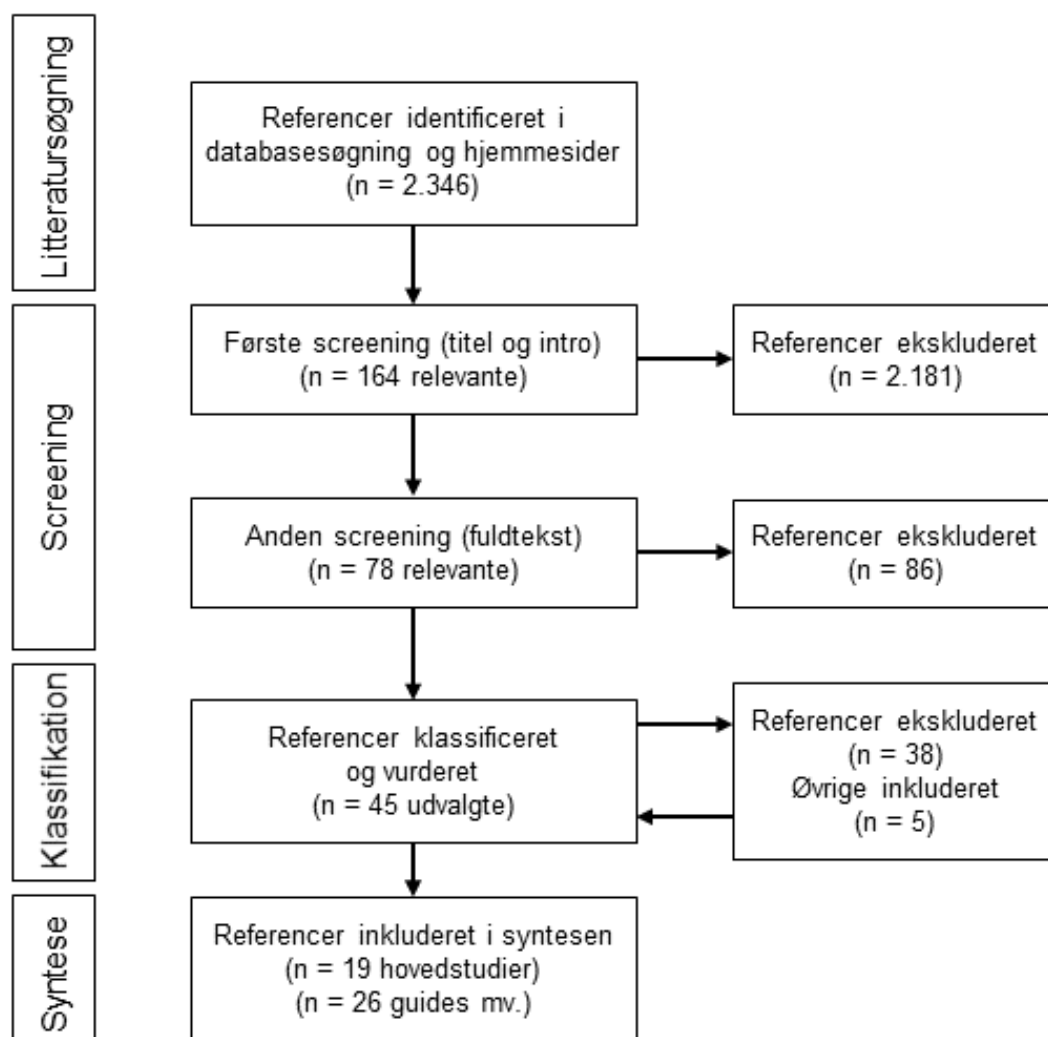
Bilagstabel B1.1 Antal søgefund opgjort for hver af de anvendte søgekilder (databaser og hjemmesider)

| Søgekilde | Fund (n) |
|--|----------|
| <i>Skandinaviske databaser</i> | |
| Netpunkt (DanBib) – national dansk biblioteksbase | 60 |
| Den Danske Forskningsdatabase | 21 |
| ORIA – national norsk biblioteksbase + NORA (norske vitenarkiv) | 68 |
| LIBRIS – national svensk biblioteksbase + SwePub + SveMed+ | 37 |
| <i>Internationale databaser</i> | |
| Academic Search Premier (Ebsco) | 423 |
| Sociological Abstracts sømsøgt med Social Services Abstracts (Proquest) | 109 |
| PsycInfo (Ebsco) | 376 |
| ERIC (Ebsco) | 319 |
| Cinahl (Ebsco) | 361 |
| SocIndex (Ebsco) | 149 |
| Web of Science, (SSCI) Social Science Citation Index | 26 |
| PubMed | 156 |
| Campbell Collaboration + SCIE – Social Care Institute for Excellence (UK) | 15 |
| <i>Danske hjemmesider</i> | |
| Socialstyrelsen | 27 |
| Metodecentret | 5 |
| Socialpædagogernes Vidensbank | 9 |
| Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering | 2 |
| VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd | 18 |
| Defactum. Social, Sundhed og Arbejdsmarked | 15 |
| KL | 8 |
| Danske Kommuner | 3 |
| Danske Regioner | 3 |
| SUS. Socialt Udviklingscenter | 5 |
| Diverse Kommuner | 3 |
| Kompetencecenter for Rehabilitering og Recovery | 13 |
| <i>Norske hjemmesider</i> | |
| Nasjonalt kompetansecenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) | 3 |
| Velferdsforskningsinstituttet NOVA | 6 |
| Regionalt kunnskapssenter for habilitering (RHAB) + Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse + Fontene Forskning | 0 |
| Folkehelseinstituttet | 1 |
| Helsedirektoratet | 2 |
| KBT – Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling | 5 |
| <i>Svenske hjemmesider</i> | |
| Folkhälsomyndigheten | 3 |

| Søgekilde | Fund (n) |
|--|----------|
| Socialstyrelsen Sverige | 18 |
| Statens beredning för medicinsk och social utvärdering SBU | 5 |
| Institutionen för socialt arbete | 6 |
| Vårdportalen | 4 |
| FoU Velfärd | 23 |
| <i>Andre</i> | |
| Netsøgning (Google) | 20 |
| Fundet i forbindelse med download af andre publikationer | 15 |
| Senere fund | 4 |
| <i>Total</i> | |
| Søgefund i alt | 2.346 |

Kilde: Egen opgørelse.

Bilagsfigur B1.1 Diagram over søge-, screenings-, klassifikations- og inklusionsproces



Kilde: Egen opgørelse.

Fase 2: Screening af litteratur

Litteratursøgningen resulterede i et omfattende antal publikationer (n = 2.346). For at afgrænse den fremfundne litteratur til studier af direkte relevans for litteraturstudiets forskningsspørgsmål og formål har forskere fra VIVE – i litteraturstudiets anden fase – efterfølgende gennemført en omfattende screening af de fremsøgte publikationer.

Til grund for screeningen ligger en række eksplicite inklusions- og eksklusionskriterier, som relaterer sig til både målgruppe og indsatsstype – disse fremgår af Bilagstabel B1.2.

Studier, der ikke opfyldte inklusionskriterierne og dermed udgik, omfattede eksempelvis en stor mængde litteratur omhandlende rehabiliterende indsatser til ældre borgere i eget hjem, recovery-orienterede indsatser målrettet patienter på psykiatriske hospitaler eller i institutionaliserede boformer, samt indsatser målrettet børn og unge med psykisk sygdom under 18 år, indsatser målrettet misbrugere på behandlingshjem og hjemløse. Studier, der opfyldte inklusionskriterierne, omhandlede derimod typisk socialpædagogiske eller socialpsykiatriske (oftest kommunalt forankrede) indsatser til unge voksne (over 18 år) og voksne i eget hjem eller i overgangen til eget hjem, herunder både publikationer om specifikke metoder og mere løst beskrevne strategier og praksisser i forhold til målgruppen.

Den første screening blev udført med afsæt i publikationernes titel og abstract (eller introduktion) og blev foretaget for at frasortere studier, der åbenlyst var irrelevante for litteraturstudiet. I den anden screening blev studier, der var inkluderet på første screeningsniveau, fuldtæklæst, og de fortsat relevante studier blev desuden kodet efter indhold (se beskrivelse af klassifikation, fase 3). RefWorks databasen, der i udgangspunktet omfattede 2.346 publikationer, blev efter den første screening indkredset til 164 relevante publikationer, mens den anden screening resulterede i en yderligere indkredsning til 78 relevante studier.

Bilagstabel B1.2 Inklusions- og eksklusionskriterier anvendt ved screening af studier

| | Målgruppe | Metode / indsats / praksis |
|-----------------------------|--|--|
| <i>Inklusionskriterier</i> | + unge (18+ år) med psykiske vanskeligheder + voksne med komplekse psykiske problemstillinger + bor i eget hjem eller lignende boformer | + bostøtte, § 85 eller lignende støtte ² + internationale pendanter til bostøtte og lignende indsatser i borgerens eget hjem + metoder/indsatser/praksisser, som har tæt berøring/snitflader til bostøtten. |
| <i>Eksklusionskriterier</i> | + børn og unge (u. 18 år) + ældre borgere (o. 60/65 år) + borgere med udviklingshæmning, kognitive udviklingsforstyrrelser, demens/Alzheimers o. lign. + hjemløse (som ikke p.t. er i overgangsbo-lig) + personer med fysisk handicap/kroniske medicinske lidelser, veteraner, nye mødre, sårbare familier/forældre, løsladte kriminelle, alkohol- eller stofmisbrugere, omsorgsgivere. ¹ | + botilbud, § 107 og 108 eller lignende institutionaliserede boformer (inkl. plejehjem) + hjemmehjælp § 83 eller lignende former for pleje målrettet ældre borgere i eget hjem ³ + internationale pendanter til botilbud og lignende institutionaliserede boformer + indsatser, som er forankret ved hospitaler eller i den regionale psykiatri (DK), lægehuse, jobcentre/arbejdspladser, misbrugscentre/be-handlingscentre, eller i det opsøgende gade-arbejde ⁴ |

Note 1: Eksklusion af disse målgrupper er specificeret, idet en stor andel af den fremfundne litteratur omhandler indsatser målrettet disse grupper.

Note 2: Lignende støtte omfatter eksempelvis gruppeindsatser, som træder i stedet for bostøtte i eget hjem, herunder gruppeindsats/aktivitets- og samværstilbud efter § 104.

Note 3: Dette eksklusionskriterie er specificeret, idet en stor andel af den fremfundne litteratur omhandler hjemmepleje (herunder rehabiliterende indsatser) til ældre.

Note 4: Dette eksklusionskriterie er specificeret for at udelukke studier, som ikke omhandler metoder/indsatser eller praksisser, der udføres i borgerens eget hjem.

Fase 3: Klassifikation og udvalg af studier

Litteraturstudiets tredje fase bestod i en tematisk kodning, hvor de relevante studier (n = 78), på baggrund af en fuldtekstlæsning, blev klassificeret ud fra en række kategorier. Hensigten med kodningen var dels at danne et tværgående overblik over studierne indhold, dels at afsøge og vurdere, hvilke studier der i sidste ende skulle inkluderes i kortlægningen og dermed ligge til grund for den sammenfattende syntese. Den endelige vurdering blev foretaget i samarbejde mellem VIVE og Socialstyrelsen.

Bilagstabel B1.3 viser kategorierne for det anvendte klassifikationsark. Klassifikationsredskabet bestod dels af en række åbne felter, såsom en åben beskrivelse af målgruppen, indsatsen og publikationens relevans for litteraturstudiets overordnede forskningsspørgsmål; og dels af en række afgrænsede felter med lukkede kategorier, herunder tværgående temaer (recovery og/eller rehabilitering; andet), specifikke kvalitetstemaer (tema 1 til 8 fra Socialtilsynets kvalitetsmodel) samt publikationens vidensniveau (A, B, C, D baseret på Socialstyrelsens Vidensdeklaration).

Bilagstabel B1.3 Klassifikationsark til kodning af relevante studier

| Klassifikation | Værdier/beskrivelse |
|------------------------------------|--|
| Reference | Forfatter, årstal, titel, udgiver |
| Udgivelsesland | DK; NO; SV; International; andet |
| Udgivelsesår | 2004-2019 |
| Første screening | Relevant; måske relevant; ikke relevant |
| Anden screening | Relevant; måske relevant; ikke relevant |
| Ressourcer tilgængelig | Tilgængelig; mangler/bestilles; ikke nødvendig |
| Målgruppe | Åben beskrivelse af målgruppen |
| Indsats | Åben beskrivelse af indsatsen (evt. ingen specifik indsats) |
| Relevans | Åben beskrivelse af studiets/indsatsens relevans for det overordnede spørgsmål: Hvordan understøttes kvalitet i bostøtten? |
| Kontekst | DK; NO; SV; UK; US; TY; FIN; Andre |
| Tema (Socialstyrelsen) | Recovery og/eller rehabilitering; andet fokus |
| Kvalitetstema (Socialtilsynet) | 1: Uddannelse og beskæftigelse; 2: Selvstændighed og relationer; 3: Målgruppe, metoder og resultater; 4: Sundhed og trivsel; 5: Organisation og ledelse; 6: Kompetencer; 7: Økonomi; 8: Fysiske rammer; 9: Flere af disse tematikker; 10: Andet/Andre tematikker; 11: Ved ikke |
| Type viden/undersøgelse | Åben beskrivelse af publikationens/undersøgelsens art |
| Vidensniveau A-D (Socialstyrelsen) | A: Solidt vidensgrundlag, relevant i DK kontekst, stærk dokumentation; B: Rimeligt vidensgrundlag, moderat dokumentation; C: Begrænset vidensgrundlag, lav dokumentation; D Sparsomt vidensgrundlag, mindre relevant i DK kontekst, ringe dokumentation; E: Ved ikke |
| Bemærkninger | Åben beskrivelse |

Det fremgik af VIVEs klassifikation af de relevante publikationer (n = 78), at flere end halvdelen af disse studier er fra Danmark eller har afsæt i en dansk kontekst, alt imens en fjerdedel af studierne stammer fra Sverige. Resten af de inkluderede studier stammer fra Norge samt et mindre antal fra Finland, Tyskland og engelsktalende lande (UK og US). At så relativt lille en andel af studierne er fra andre lande end de nordiske, kan skyldes, at bostøtte som specifik indsatsstype ikke er særlig udbredt i andre kontekster, hvorfor en søgning efter bostøtte og lignende indsats typer ikke giver mange relevante hits.

Ud af de 78 relevante studier kunne omtrent halvdelen klassificeres under det tredje kvalitets-tema, som omhandler "målgruppe, metoder og resultater". Dette gjaldt eksempelvis studier, som beskriver eller evaluerer en specifik indsats (fx Assertive Community Treatment, Critical Time Intervention, Virtuel Bostøtte, Peer Support m.fl.), eller publikationer, som beskriver en strategi eller praksis målrettet en specifik delmålgruppe (fx voksne med ADHD, personer med spiseforstyrrelse m.fl.). Idet flertallet af disse metoder dog typisk allerede er velbeskrevne i litteraturen (i både evalueringer, metodemanualer og implementeringsguides), valgte VIVE dog i samarbejde med Socialstyrelsen at begrænse litteraturstudiets fokus på metoder, således at der for hver enkelt af de relevante metoder blev udvalgt én central publikation (som oftest en evalueringsrapport). Derudover henviser vi dog i syntesen til eksisterende metodemanualer og implementeringsguides, som vil være let tilgængelig viden for læseren.

For hver af de valgte kvalitetstemaer fandt vi igennem klassificeringsprocessen frem til et antal relevante publikationer. Med hensyn til litteraturstudiets begrænsede ressourcer foretog VIVE dog herefter, i samarbejde med Socialstyrelsen, en endelig vurdering og udvælgelse af de mest relevante af disse publikationer, således at der for hver enkelt kvalitetstema blev udvalgt 1-3 centrale hovedstudier, som skulle indgå i litteraturstudiets syntese. (I forbindelse med denne udvælgelse blev der desuden tilføjet 5 øvrige studier, som var relevante, men som ikke var fremfundet gennem litteratursøgningen).

Som det fremgår af Bilagsfigur B1.1, resulterede den endelige vurdering af studierne i inklusion af i alt 45 publikationer, hvoraf 19 af disse publikationer danner udgangspunkt for den narrative syntese, alt imens de resterende 26 publikationer er case-eksempler, metodemanualer og implementeringsguides, som vi beskriver mere overordnet, men i øvrigt henviser læseren til selv at orientere sig i.

Fase 4: Narrativ syntese

Litteraturstudiets fjerde fase har bestået i en præsentation af resultaterne på tværs af de inkluderede studier og publikationer. Vi valgte at arbejde ud fra en såkaldt narrativ syntese tilgang; narrativ betyder fortælling, og syntese betyder forening mellem modstridende tilgange. Når vi anskuer præsentationen for at være en narrativ syntese, betyder det, at vi har udvalgt litteratur, som vi mener kan fortælle noget om kvalitetstemaer, uagtet at de udvalgte temaer og publikationer kan oprinde fra vidt forskellige fagligheder og metodiske tilgange. For narrative reviews gælder det, at der ikke nødvendigvis er anvendt en udtømmende og systematisk informationsøgning, men at narrative reviews derimod kan have en tendens til at fokusere på en afgrænset mængde af studier udvalgt efter, hvad der er tilgængeligt og efter forskerens valg (Uman, 2011). Formålet med syntesen er at besvare det overordnede forskningsspørgsmål: Hvordan understøttes god kvalitet i bostøtte til mennesker med psykiske vanskeligheder, der bor i egen bolig?

Narrativ syntese er en særligt brugbar metode i tilfælde, hvor den inkluderede litteratur, som her, har en meget forskelligartet karakter og eksempelvis ikke udelukkende omfatter kvantitative effektstudier eller undersøgelser på højeste vidensniveau, hvorfor en systematisk meta-analyse af effekter ikke er mulig. I den narrative syntese anvendes i stedet ord og tekst til at sammenfatte og forklare fundene af et udvalg af studier, hvor mange forskellige metoder (både kvalitative og kvantitative) og undersøgelser på flere vidensniveauer ligger til grund. Denne tilgang gør den narrative syntese anvendelig til besvarelse af forskningsspørgsmål, som ikke har karakter af "hvad er effekten af ...?", men i stedet er bredere i sit sigte – som her, hvor formålet er en bred afdækning af, hvad der findes af viden, som kan understøtte kvalitet i bostøtte.

Bilag 2 Søgeprotokol

Faglige pejlemærker for øget kvalitet i den socialpædagogiske bistand i egen bolig

Projekt 301433 – litteratur primo sept. – medio oktober 2019.

RefWorksbase login: 301433vive / RefWorks.

Tidsbegrænsning: 2008-2019 (sept./okt.). Sprog: dansk, norsk, svensk, engelsk. Alle publikationstyper. Doubletter frasorteret, så bedste reference med hensyn til emneord og abstract er bevaret.

Skandinaviske databaser

Netpunkt (DanBib) – national dansk biblioteksbase

Emneord – "population":

#1 lem=psykisk syge eller lem=psykisk syge unge eller lem=psykisk syge voksne eller lem=psykisk sygdom eller lem=psykiske sygdomme eller lem=psykiske lidelser eller lem=psykiske forstyrrelser eller lem=livsvanskeligheder eller lem=psykiske vanskeligheder eller lem=psykiske problemer eller lem=psykiske funktionsforstyrrelser eller lem=mental forstyrrelse eller lem=psykisk sårbar eller lem=sårbare unge eller lem=sårbare eller lem=sårbarhed eller lem=socialt udsatte eller lem=udsatte eller lem=udsatte unge eller lem=sindslidende eller lem=unge med særlige behov eller lem=psykisk handicap eller lem=socialt handikappet eller lem=social udstødelse eller lem=marginalisering eller lem=nedsat psykisk funktionsevne eller lem=social isolation eller lem=social eksklusion eller lem=misbrugsproblemer eller lem=svage grupper eller lem=stress eller ressourcenesvage? eller svagtstille? eller støttebehov? eller "mentale problemer" eller "psykisk syg" eller "psykisk syge" eller "psykisk udfordring" eller "psykiske udfordringer" eller "psykisk funktionstab" eller "paragraf 85" eller "§85" eller "§ 85" eller "paragraf 99" eller "§ 99" og (sp=dan eller (sp=eng eller sp=enm eller sp=ang) eller sp=nor eller (sp=swe eller sp=sve)) og (ma=bå eller ma=dp eller ma=eb eller ma=xe eller ma=ap) og år>2008: (7043)

OG

Emneord – "socialpædagogisk bistand":

#2 lem=behandlingsarbejde eller lem=socialarbejde eller lem=pædagogisk arbejde eller lem=socialpædagogik eller lem=socialpædagogisk arbejde eller lem=socialarbejdere eller lem=socialt arbejde eller lem=kultursocialt arbejde eller lem=socialt arbejde - etniske minoriteter eller lem=frivilligt socialt arbejde eller lem=social forsyning eller lem=socialrådgivning eller lem=socialsektoren eller lem=rådgivning eller lem=rådgivere eller lem=mentoring eller lem=mentor eller lem=mentorer eller lem=coaching eller lem=vejledning eller lem=socialpædagogik eller lem=inkluderende pædagogik eller lem=individuel støtte eller lem=støtteordninger eller lem=støttepersoner eller lem=kontaktpersoner eller lem=støttekontakter eller lem=peer-støtte eller lem=recovery eller lem=psykosocial behandling eller lem=rehabilitering eller lem=psykosocial rehabilitering eller lem=oplæring eller lem=støtte i hjemmet eller lem=hjemmetræning eller lem=hjemmebesøg eller lem=hjemmehjælp eller lem=social intervention eller lem=behandling eller lem=behandlingsmetoder eller lem=hjælp eller lem=terapi eller lem=psykoterapi eller lem=samtalerapi eller lem=individualterapi eller lem=mental

træning eller lem=selvmonitorering eller lem=egenomsorg eller lem=emotionel støtte eller lem=planlægning eller lem=peer-støtte eller lem=træning eller lem=social færdighedstræning eller lem=socialpsykiatri eller lem=social forsorg eller lem=boligsocialt arbejde eller lem=behandling eller lem=handleplaner eller lem=socialrådgivning eller lem=sagsbehandling eller lem=sagsbehandlere eller lem=rehabiliteringsteams eller lem=genoptræning eller lem=sundhedsfremme eller lem=mental træning eller lem=ungdomsforsorg eller lem=hverdagsrehabilitering eller lem=sundhedsfremmende aktiviteter eller lem=metoder i socialt arbejde eller lem=mestringsstrategier eller lem=misbrugsbehandling eller lem=alkoholafvænnning eller lem=narkotikaafvænnning eller lem=hjemmevejledning eller lem=relationsarbejde og (sp=dan eller (sp=eng eller sp=enm eller sp=ang) eller sp=nor eller (sp=swe eller sp=sve)) og (ma=bå eller ma=dp eller ma=eb eller ma=xe eller ma=ap) og år>2008: (24.163)

ELLER [fritekst]:

#3 psykosocial? eller socialpædagogisk? eller specialpædagogisk? eller socialpsykiatrisk? eller støtte? eller bostøtte? eller aktivitetstilbud? eller hjemmeindsats? eller "understøtte recovery" eller recovery-proces? eller recovery-skole? eller recovery-mentor? eller recovery-orienter? eller peerstøtte? eller peer-støtte? eller brugerstøtte? eller "hjælp til genoptræning" eller "individuel omsorg" eller trivselsplan? eller rehabiliteringstilbud? eller aktivitetstilbud? eller behandlingsindsats? eller rehabiliteringsindsats? eller "rehabiliterende indsats" eller aktivitetsindsats? eller støtteperson? eller støttetilbud? eller kontaktperson? eller støttekontaktperson? eller kontaktpædagog? eller "individuel støtte" eller "individuel behandling" eller "hjælp til genoptræning" eller omsorg? eller trivselsplan? eller støttepraksis? eller støtteforanstaltning? eller støttecenter? eller aktivitetstilbud? eller træningsprogram? eller udviklingsstøttende eller mentaltræning? eller "understøtte recovery" eller recovery-proces? eller recovery-skole? eller recovery-facilitator? eller "brug af peers" eller peer-støtte? eller peer-medarbejder? eller hjælpesamtale? eller mestringsfremmende eller mestringsorienter? eller "coping-strategi" eller håndtering? eller myndighedskordinat? eller indsats? eller intervention? eller metode? eller redskab? eller støtte? eller support? eller strategi? og (sp=dan eller (sp=eng eller sp=enm eller sp=ang) eller sp=nor eller (sp=swe eller sp=sve)) og (ma=bå eller ma=dp eller ma=eb eller ma=xe eller ma=ap) og år>2008: (166.839)

#4 (#2 eller #3): (185.123)

#5 (#1 AND #4): (2601)

OG

"Kvalitet"-ord: (Kvalitet – udtryk for denne kan – ud over ordet i sig selv i forskellige kombinationer - være fx: øget sundhed, trivsel, motivation, udvikling af kompetencer og ressourcer, udvikling af selvstændighed, selv(tillid), uddannelse, beskæftigelse, sociale relationer, gode fysiske rammer, fysisk aktivitet, høj faglighed hos personalet, faglig udvikling af personalet, sammenhængende indsatser, tværfaglighed, evidensbaseret tilgang og behandling, recovery, progression, partnerskab etc.)

#6 lem=kvalitetsforbedring eller lem=livskvalitetsforskning eller lem=kvalitetsstandard eller lem=måling af livskvalitet eller lem=livskvalitet eller lem=trivsel eller lem=well-being eller lem=sundhed eller lem=personlig udvikling eller lem=progression eller lem=kundskabsudvikling eller lem=selvudvikling eller lem=empowerment eller lem=rehabilitering eller lem=selv-værd eller lem=selvtillid eller lem=tillid eller lem=optimisme eller lem=håb eller lem=drømme eller lem=tilfredshed eller lem=livsbalance eller lem=meningsfuldhed eller lem=resiliens eller lem=robusthed eller lem=coping eller lem=ansvar eller lem=medbestemmelse eller lem=bru-

gerindflydelse eller lem=brugerdeltagelse eller lem=brugerinvolvering eller lem=brugerinddragelse eller lem=medinddragelse eller lem=medborgerskab eller lem=borgerdeltagelse eller lem=borgerindflydelse eller lem=deltagerorienterede metoder eller lem=inklusion eller lem=mestring eller lem=handlekompetence eller lem=uddannelse eller lem=beskæftigelse eller lem=fleksjob eller lem=tilbagevenden til arbejde eller lem=sundhedsfremme eller lem=mental sundhed eller lem=psykisk sundhed eller lem=interpersonelle relationer eller lem=socialt liv eller lem=sociale relationer eller lem=sociale netværk eller lem=socialisering eller lem=fællesskab eller lem=anerkendende relationer eller lem=social adfærd eller lem=relationskompetence eller lem=sociale kompetencer eller lem=social inklusion eller lem=social integration eller lem=sociale netværk eller lem=sociale aktiviteter eller lem=sociale relationer eller lem=venskabsrelationer eller lem=fysisk aktivitet eller lem=bevægelse eller lem=anerkendelse eller lem=anerkendende relationer eller lem=psykisk sundhed eller lem=selvregulering eller lem=motivation eller lem=samarbejde eller lem=professionalisme eller lem=god kommunikation eller lem=kommunikation eller lem=rehabilitering eller lem=almindelig daglig livsførelse eller lem=sammenhæng eller lem=koordinering eller lem=evidens eller lem=evidensbaseret eller lem=evidensbaseret praksis eller lem=evidensbaseret socialt arbejde eller lem=evidensbaseret viden eller lem=evidensbaseret intervention eller lem=tværfagligt samarbejde eller lem=tværprofessionelt samarbejde eller lem=tværfaglighed eller lem=problemløsning eller lem=konflikt håndtering eller lem=konfliktløsning eller lem=helhedssyn eller lem=partnerskab og (sp=dan eller (sp=eng eller sp=enm eller sp=ang) eller sp=nor eller (sp=swe eller sp=sve)) og (ma=bå eller ma=dp eller ma=eb eller ma=xe eller ma=ap) og år>2008: Der blev fundet 42158 poster

ELLER [fritekst]:

#7 kvalitet? eller "psykosocial rehabilitering" eller "sociale kompetencer" eller "medbestemmelse i eget liv" eller "gode relationer" eller medindflydelse? eller medansvar? eller medinddrage? eller ligeværdig? eller kvalitetssikr? eller kvalitetsmodel? eller kvalitetsstandard? eller guideline? eller "sammenhængende psykiatritilbud" eller "sammenhængende indsats" eller "sammenhængende forløb" eller "sammenhængende borgerforløb" eller "interprofessionelt samarbejde" eller ressourceudvikl? eller udviklingsorienteret eller "positiv udvikling" eller handlemulighed? eller arbejdsevne? eller coping-strategi? eller selvhjulpen? eller selvstyring? eller personorienter? eller personinvolver? eller helhedsorienter? og (sp=dan eller (sp=eng eller sp=enm eller sp=ang) eller sp=nor eller (sp=swe eller sp=sve)) og (ma=bå eller ma=dp eller ma=eb eller ma=xe eller ma=ap) og år>2008: Der blev fundet 44608 poster

#8 (#6 eller #7): (82.756)

#9 (#5 OG #8): (851)

OG

Emneord/fritekst – "egen bolig":

#10 lem=hjem eller lem=hjemme eller lem=hjemmeboende eller lem=eget hjem eller lem=egen bolig eller lem=private hjem eller lem=sociale bofællesskaber eller lem=bofællesskaber eller lem=ungebolig eller lem=handicapbolig eller lem=bosteder eller lem=beskyttede boliger eller lem=støttebolig eller lem=bokollektiv eller lem=hjemmebehandling eller lem=bostøtte eller lem=opsøgende-virksomhed eller lem=boformer eller lem=boligformer eller lem=nærmiljø eller bostøtte? eller "i hjemmet" eller hjemme? eller "eget hjem" eller "egen bolig" eller "i andres hjem" eller "i andre menneskers hjem" eller privathjem? eller "bo selv"

eller "egen bopæl" eller "egen lejlighed" eller støttebolig? eller "beskyttet bolig" eller "almindelig bolig" eller selvboende eller akutbolig? eller ungdomsbolig? eller bosted? eller bocent? eller "ikke på institution" eller "ikke i institution" og (sp=dan eller (sp=eng eller sp=enm eller sp=ang) eller sp=nor eller (sp=swe eller sp=sve)) og (ma=bå eller ma=dp eller ma=eb eller ma=xe eller ma=ap) og år>2008: Der blev fundet 19853 poster

#11 (#9 OG #10): 37 fund, gennemset, til Refworks: **21 fund**

På grund af det ret lille antal fund efter kombination af søgesæt, afprøves kombinationen af søgesæt 1 = Population OG søgesæt 10 = Egen bolig-ord:

#12 (#1 OG #10): Der blev fundet 251 poster, gennemset / dubletter frasorteret, evt. relevante til Refworks: **35 fund**

#13 (lem=home-based mental health services eller lem=mentally ill home care) eller ((lem=community mental health services) og (in-home eller home?)) og år>2008: (15), gennemset, til RW: **4 fund**

Den Danske Forskningsdatabase

#1 ("psykisk syg" OR "psykisk syge" OR sindslid* OR "mentalt syg" OR "mentalt syge" OR "psykisk lidelse" OR "psykiske lidelser" OR "psykiske vanskeligheder" OR "psykiske problemer" OR "psykisk handicappet" OR "nedsat psykisk funktionsevne" OR "psykisk funktionstab" OR "psykisk funktionsforstyrrelse" OR "psykiske funktionsforstyrrelser" OR "psykiske udfordringer" OR "mental sygdom" OR "mental forstyrrelse" OR "mentale udfordringer" OR sårbar* OR "social eksklusion" OR "socialt udstødt" OR "social udstødelse" OR "social isolation" OR svagt-stille* OR ressourcsvg* OR støttebehov* OR misbrug* OR "socialt udsat" OR "socialt udsatte" OR marginaliser*) AND (Hjem* OR bostøtte* OR "støtte i hjemmet" OR "hjælp i hjemmet" OR "support i hjemmet" OR "støtte- og kontaktperson" OR kontaktperson* OR støtteperson* OR hjemmestøtte* OR bofællesskab* OR støttetilbud* OR støttebolig* OR bokollektiv* OR "bo selv" OR "egen bolig" OR selvboende OR "egen bopæl" OR "egen lejlighed" OR "almindelig bolig" OR almenbolig* OR handicapbolig* OR akutbolig* OR ungdomsbolig* OR bosted* OR bocent* OR "ikke på institution" OR nærmiljø* OR "skærmende bolig" OR "skærmet bolig" OR "paragraf 85" OR "§85" OR "§ 85" OR "paragraf 99" OR "§99" OR "§ 99"), Udgivelsesår 2008-2019: 118, gennemset, en del ikke-relevante, en del haves, til RW: **12 fund**

#2 ("psychiatric disability" OR "mental health problem" OR "mental health problems" OR "mentally ill" OR "mental illness" OR "mental disorder" OR "mental disorders" OR "mental disability" OR "mental disabilities" OR vulnerab* OR marginali*ation OR marginali*ed OR "social exclusion" OR "socially excluded" OR "substance dependent" OR "substance dependence" OR "substance abuse" OR addict*) AND ("own home" OR in-home OR at-home OR "own house" OR domicil* OR "own housing" OR "own flat" OR "own apartment" OR "own tenancy" OR "own residence" OR "group home" OR "social housing" OR "own place to live" OR "own dwelling" OR "living alone" OR "living by oneself" OR "in the home" OR "home based" OR home-based OR "psychiatric home care" OR "psychiatric home care services" OR "home care service" OR "home care services" OR "rehabilitation in the home" OR RITH OR "independent living" OR "live independently" OR independent-living OR "living independently" OR "independent housing" OR "supported housing" OR "supported independent living" OR "supporting independent living" OR "supporting independence" OR "home support" OR home-supported OR "supportive housing" OR "home visit" OR "home visits" OR home-based), Udgivelsesår 2008-2019: 92, gennemset, en del ikke-relevante, en del haves, til RW: **9 fund**

ORIA – national norsk biblioteksbase

#1 Emne:(utsatt* OR sårbar* OR marginaliser* OR psykisk syk* OR "psykiske problemer" OR "psykisk lidelse" OR "psykiske lidelser" OR "sosial isolasjon" OR sosialt isoler* OR sosial eksclu* OR rusavhengig* OR rusmiddelavhengig OR rusmiddelavhengighet OR rusproblematikk OR misbruk) AND Emne:(hjemme OR hjemsted OR "i hjemmet" OR "eget miljø" OR hjemmeboende OR "selvstendig bolig" OR "selvstendige boliger"): 14 fund, gjennomset, **3 fund**

#2 Tittel:(utsatt* OR sårbar* OR marginaliser* OR psykisk syk* OR "psykiske problemer" OR "psykisk lidelse" OR "psykiske lidelser" OR "sosial isolasjon" OR sosialt isoler* OR sosial eksclu* OR rusavhengig* OR rusmiddelavhengig OR rusmiddelavhengighet OR rusproblematikk OR misbruk) AND Tittel:(hjemme OR hjemsted OR "i hjemmet" OR "eget miljø" OR hjemmeboende OR "selvstendig bolig" OR "selvstendige boliger"): 19 fund, gjennomset, valgt: **3 fund**

#3 Alle felter:(utsatt* OR sårbar* OR marginaliser* OR psykisk syk* OR "psykiske problemer" OR "psykisk lidelse" OR "psykiske lidelser" OR "sosial isolasjon" OR sosialt isoler* OR sosial eksclu* OR rusavhengig* OR rusmiddelavhengig OR rusmiddelavhengighet OR rusproblematikk OR misbruk) AND Alle felter: ("oppfølging i bolig" OR "bolig med oppfølging" OR "bo-oppfølgingstjenester" OR "oppfølgingstjenester i hjemmet"): 9 fund, gjennomset, valgt: **4 fund**

#4 Alle felter:(utsatt* OR sårbar* OR marginaliser* OR psykisk syk* OR "psykiske problemer" OR "psykisk lidelse" OR "psykiske lidelser" OR "sosial isolasjon" OR sosialt isoler* OR sosial eksclu* OR rusavhengig* OR rusmiddelavhengig OR rusmiddelavhengighet OR rusproblematikk OR misbruk) AND Alle felter:(bosetting OR hjemmetjeneste OR hjemmetjenester OR heimeteneste OR heimetenester OR heimhjelp OR hjemmehjelp OR hjemmehjelpere), 2008-2019: 226 fund, gjennomset: Fra fagfelleverderte tidsskrift: 133, Bøker: 6, Avhandlinger: 17 fund, - en del haves, valgt: **14 fund**

#5 Alle felter:(utsatt* OR sårbar* OR marginaliser* OR psykisk syk* OR "psykiske problemer" OR "psykisk lidelse" OR "psykiske lidelser" OR "sosial isolasjon" OR sosialt isoler* OR sosial eksclu* OR rusavhengig* OR rusmiddelavhengig OR rusmiddelavhengighet OR rusproblematikk OR misbruk) AND Alle felt:(bofellesskap OR hjemmebesøk OR hjemmestøtte OR "egen bolig" OR hjembasert OR hjembaserte OR hjemmebasert OR hjemmebaserte): 6 fund, gjennomset, ingen valgt

#6 Alle felter:(utsatt* OR sårbar* OR marginaliser* OR psykisk syk* OR "psykiske problemer" OR "psykisk lidelse" OR "psykiske lidelser" OR "sosial isolasjon" OR sosialt isoler* OR sosial eksclu* OR rusavhengig* OR rusmiddelavhengig OR rusmiddelavhengighet OR rusproblematikk OR misbruk) AND Alle felter:("ikke institusjonsbasert" OR "ikke i institusjon" OR "oppsøkende team" OR "oppsøkende virksomhet" OR "oppsøkende behandlingsteam" OR lokalmiljø*): 7 fund, valgt: **3 fund**

#7 Emne:(utsatt OR utsatte OR utsatthet OR sårbar* OR marginaliser* OR psykisk syk* OR "psykiske problemer" OR "psykisk lidelse" OR "psykiske lidelser" OR "sosial isolasjon" OR sosialt isoler* OR sosial eksclu* OR rusavhengig* OR rusmiddelavhengig OR rusmiddelavhengighet OR rusproblematikk OR misbruk) AND (recovery*), 2008-2019: 43 fund, gjennomset, nogle haves, valgt: **24 fund**

#8 Tittel:(utsatt OR utsatte OR utsatthet OR sårbar* OR marginaliser* OR psykisk syk* OR "psykiske problemer" OR "psykisk lidelse" OR "psykiske lidelser" OR "sosial isolasjon" OR sosialt isoler* OR sosial eksclu* OR rusavhengig* OR rusmiddelavhengig OR rusmiddelavhengighet OR rusproblematikk OR misbruk) AND Tittel:(recovery*), 2008-2019: 6 fund, valgt: **3 fund**

#9 Emne:(utsatt OR utsatte OR utsatthet OR sårbar* OR marginaliser* OR psykisk syk* OR "psykiske problemer" OR "psykisk lidelse" OR "psykiske lidelser" OR "sosial isolasjon" OR sosialt isoler* OR sosial eksclu* OR rusavhengig* OR rusmiddelavhengig OR rusmiddelavhengighet OR rusproblematikk OR misbruk) AND Tittel:(Hjelpestønad OR stønad OR støtte*), 2008-2019: 15 fund, gjennomset, nogle haves, valgt: **1 fund**

#10 #9 Tittel:(utsatt OR utsatte OR utsatthet OR sårbar* OR marginaliser* OR psykisk syk* OR "psykiske problemer" OR "psykisk lidelse" OR "psykiske lidelser" OR "sosial isolasjon" OR sosialt isoler* OR sosial eksclu* OR rusavhengig* OR rusmiddelavhengig OR rusmiddelavhengighet OR rusproblematikk OR misbruk) AND Tittel:(Hjelpestønad OR stønad OR støtte*), 2008-2019: 16 fund, gjennomset, nogle haves, valgt: **2 fund**

#10 Emne:(utsatt OR utsatte OR utsatthet OR sårbar* OR marginaliser* OR psykisk syk* OR "psykiske problemer" OR "psykisk lidelse" OR "psykiske lidelser" OR "sosial isolasjon" OR sosialt isoler* OR sosial eksclu* OR rusavhengig* OR rusmiddelavhengig OR rusmiddelavhengighet OR rusproblematikk OR misbruk) AND Emne:(hjelpebehov OR bo-oppfølging OR botrening), 2008-2019: 4 fund, gjennomset, en haves, valgt: **1 fund**

#12 Tittel:(utsatt OR utsatte OR utsatthet OR sårbar* OR marginaliser* OR psykisk syk* OR "psykiske problemer" OR "psykisk lidelse" OR "psykiske lidelser" OR "sosial isolasjon" OR sosialt isoler* OR sosial eksclu* OR rusavhengig* OR rusmiddelavhengig OR rusmiddelavhengighet OR rusproblematikk OR misbruk) AND Tittel:(hjelpebehov OR bo-oppfølging OR botrening), 2008-2019: 3 fund, gjennomset, nogle haves, valgt: **1 fund - I alt fra ORIA: 59 fund**

NORA (norske vitenarkiv)

(Utsatt* OR sårbar* OR marginaliser* OR psykisk syk* OR psykisk helseproblem OR psykiske helseproblemer* OR psykisk lidelse* OR psykiske lidelser* OR psykisk problem OR psykiske problemer* OR rusavhengig* OR rusmiddelavhengig* OR rusproblematik* OR misbruk* OR sosial isolasjon OR sosialt isolert OR sosialt eksclu* OR funksjonsnedsatt* OR funksjonsnedsett*) AND (hjemme OR hjemsted OR "i hjemmet" OR "eget miljø" OR hjemmeboende OR "selvstendig bolig" OR "selvstendige boliger" OR "oppfølging i bolig" OR "bolig med oppfølging" OR "bo-oppfølgingstjenester" OR "oppfølgingstjenester i hjemmet" OR bosetting OR hjemmetjeneste* OR heimetjeneste* OR heimehjelp* OR hjemmehjelp* OR bofellesskap* OR hjemmebesøk* OR hjemmestøtte* OR "egen bolig" OR hjembasert* OR hjemmebasert* OR "ikke institusjonsbasert" OR "ikke i institusjon" OR "oppsøkende team" OR "oppsøkende virksomhet" OR "oppsøkende behandlingsteam" OR lokalmiljø* OR recovery* OR hjelpestønad* OR stønad* OR støtte*): (11.238), begrenset til publikasjonstype: Tidsskriftartikkel: 488 / Rapporter: 283 / Arbejdsnotat (Working-papers): 67 / Bok: 36, gjennomset titler 2008-2019, valgt til RW: **9 fund**

Libris (svensk national biblioteksbase):

#1 (AMNE:(Psykiska sjukdomar) OR AMNE:(Psykisk hälsa) OR AMNE:(Mentalt sjuka personer) OR "Psykiskt sjuka" OR "psykiskt störda" OR "psykisk störning" OR "psykisk ohälsa" OR "psykisk funktionshinder" OR "psykiska funktionshinder" OR "psykiskt funktionshinder" OR "psykisk funktionsnedsättning" OR "psykiskt handikappade" OR "mentalt sjuka" OR "mentala sjukdomar" OR sårbar* OR marginaliser* OR missbruk* OR drogmissbruk* OR riskbruk* OR alkoholproblem* OR drogproblem* OR narkotikamissbruk* OR "problem med missbruk") AND (Specialpedagogi* OR socialpsykiatri* OR "socialt arbete" OR "social insats" OR omsorgsinsats* OR stöd* OR support* OR hjälp* OR boendestöd* OR "uppsökande verksamhet" OR hemtjänst* OR boendeinsats* OR kompetensutveckling* OR självständig* OR självkänsla* OR "so-

cial delaktighet" OR "social delaktig" OR livskvalitet* OR bemästr* OR självaccept* OR personlighetsutveckl* OR "social acceptans" OR "mellanmänskliga relationer" OR "psykisk hälsa" OR "resilien" OR "sociala färdigheter" OR recover* OR empower*) AND (hemma* OR "eget hemm" OR "egen lägenhet" OR "eget boende" OR "egen bostad" OR "särskilt boende" OR "självständig bolig" OR "ordinärt boende" OR hemm? stöd? OR närmiljö*) AND (ÅR:2008 OR ÅR:2009 OR ÅR:2010 OR ÅR:2011 OR ÅR:2012 OR ÅR:2013 OR ÅR:2014 OR ÅR:2015 OR ÅR:2016 OR ÅR:2017 OR ÅR:2018 OR ÅR:2019): 46 fund, gennemset, til RW: **4 fund**

#2 (AMNE:(Psykiska sjukdomar) OR AMNE:(Psykisk hälsa) OR AMNE:(Mentalt sjuka personer) OR "Psykiskt sjuka" OR "psykiskt störda" OR "psykisk störning" OR "psykisk ohälsa" OR "psykisk funktionshinder" OR "psykiska funktionshinder" OR "psykiskt funktionshindrade" OR "psykisk funktionsnedsättning" OR "psykiskt handikappade" OR "mentalt sjuka" OR "mentala sjukdomar" OR sårbar* OR marginaliser* OR missbruk* OR drogmisbruk* OR riskbruk* OR alkoholproblem* OR drogproblem* OR narkotikamisbruk* OR "problem med missbruk") AND (hemma* OR "eget hemm" OR "egen lägenhet" OR "eget boende" OR "egen bostad" OR "särskilt boende" OR "självständig bolig" OR "ordinärt boende" OR hemm? stöd? OR närmiljö*) AND (ÅR:2008 OR ÅR:2009 OR ÅR:2010 OR ÅR:2011 OR ÅR:2012 OR ÅR:2013 OR ÅR:2014 OR ÅR:2015 OR ÅR:2016 OR ÅR:2017 OR ÅR:2018 OR ÅR:2019): 100 fund, gennemse, valgt til RW: **5 fund**

#3 (boendestöd* OR stödboende* OR stöd boende* OR " boende med stöd") AND (ÅR:2008 OR ÅR:2009 OR ÅR:2010 OR ÅR:2011 OR ÅR:2012 OR ÅR:2013 OR ÅR:2014 OR ÅR:2015 OR ÅR:2016 OR ÅR:2017 OR ÅR:2018 OR ÅR:2019): 300 fund: gennemset, Valgt til RW: **9 fund + yderligere 6 fund** fundet ved download af publikationer i tilknytning til de fundne.

SwePub:

#1 (boendestöd* OR stödboende*) AND (ÅR:2008 OR ÅR:2009 OR ÅR:2010 OR ÅR:2011 OR ÅR:2012 OR ÅR:2013 OR ÅR:2014 OR ÅR:2015 OR ÅR:2016 OR ÅR:2017 OR ÅR:2018 OR ÅR:2019): 20 fund, gennemset, nogle haves, valgt til RW: **5 fund**

SveMed+:

(exp:"Stödboende" OR exp:"Självständigt boende"), 2008-2019: (164), gennemset, valgt til RW: **8 fund**

Internationale databaser

Academic Search Premier (Ebsco):

#1 (DE "PEOPLE with mental disabilities" OR DE "MENTAL illness" OR DE "MENTALLY ill" OR DE "MENTALLY ill youth" OR DE "AFFECTIVE disorders" OR DE "PERSONALITY disorders" OR DE "SUBSTANCE abuse" OR DE "ADDICTIONS" OR DE "DRUG abuse" OR DE "ALCOHOLISM" OR DE "ALCOHOL-induced disorders" OR DE "VULNERABILITY (Psychology)" OR DE "SOCIAL marginality" OR DE "SOCIAL isolation" OR DE "PEOPLE with social disabilities") OR (TI (mental health or mental illness or mental disorder or psychiatric illness) OR TI social N1 marginali* OR TI (substance abuse or substance use or drug abuse or drug addiction or drug use) OR TI (alcoholism or alcohol dependence or alcohol abuse or alcoholic or alcohol addiction) OR TI (vulnerability or vulnerable or at risk)): (538.893)

#2 (DE "OUTREACH programs" OR DE "SOCIAL services" OR DE "MENTORING in social services" OR "HOME visits (Education)" OR DE "SOCIAL support" OR DE "SOCIAL interac-

tion" OR DE "SOCIAL networks" OR DE "SUPPORT groups" OR DE "SUPPORTIVE communication" OR DE "ENCOURAGEMENT" OR DE "SUPPORTIVE psychotherapy" OR DE "RECOVERY movement" OR DE "REHABILITATION counseling" OR DE "COUNSELING" OR DE "ASSERTIVENESS training" OR DE "DRUG abuse counseling" OR DE "HEALTH counseling" OR DE "HOTLINES (Counseling)" OR DE "INTERNET counseling" OR DE "MENTORING" OR DE "MOTIVATIONAL interviewing" OR DE "REHABILITATION counseling" OR DE "VOCATIONAL guidance" OR DE "PEERS" OR DE "PEER counseling" OR DE "PEER counseling in rehabilitation" OR DE "EVERYDAY life" OR DE "ACTIVITIES of daily living" OR DE "PROBLEM solving" OR DE "PHYSICAL activity" OR DE "HEALTH behavior" OR DE "HEALTH self-care" OR DE "SOCIAL skills" OR DE "SOCIAL interaction" OR DE "SOCIALIZATION" OR DE "SOCIAL adjustment" OR DE "SOCIAL skills education" OR DE "SOCIAL contact" OR DE "SOCIAL integration" OR DE "QUALITY" OR DE "QUALITY of life" OR DE "WELL-being" OR DE "SELF-efficacy" OR DE "SELF-confidence" OR DE "SELF-esteem" OR DE "SELF-reliance" OR DE "SELF-help techniques" OR DE "LIFE skills" OR DE "ADJUSTMENT (Psychology)" OR DE "EVIDENCE-based social work" OR DE "RECOVERY training" OR DE "MENTAL health services" OR DE "COMMUNITY mental health services" OR DE "CRISIS intervention (Mental health services)" OR DE "MANAGED mental health care" OR DE "MENTAL health counseling" OR DE "MENTAL health facilities" OR DE "MENTAL health promotion" OR DE "PREVENTIVE mental health services" OR DE "COMMUNITY mental health services" OR DE "MANAGED mental health care" OR DE "MENTAL health counseling" OR DE "PSYCHIATRIC social work": (520.612)

#3 (#1 AND #2): (46.954)

#4 (DE "HOME (The concept)" OR TI (("own home" OR in-home OR at-home OR "own house" OR domicil* OR "own housing" OR "own flat" OR "own apartment" OR "own tenancy" OR "own residence" OR "group home" OR "social housing" OR "own place to live" OR "own dwelling" OR "in the home" OR "home based" OR home-based OR "psychiatric home care" OR "psychiatric home care services" OR "home care service" OR "home care services" OR "rehabilitation in the home" OR RITH OR "independent housing" OR "supported housing" OR "supported independent living" OR "supporting independent living" OR "supporting independence" OR "home support" OR home-supported OR "supportive housing" OR "housing support in ordinary housing" OR "home visit" OR "home visits" OR home-based)): (113.195)

#5 (#3 AND #4): (498), Limiters - Published Date: 20080101-20191031; Language: English, Norwegian, (Danish), Swedish): (269)

#6 DE "MENTALLY ill -- Home care" OR DE "HOME-based mental health services": (180)

#7 (#5 OR #6): (669), Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Scholarly Journals; Published Date: 20080101-20191031, English: **476 fund**, dubletter bortsorteret: **423 fund**

Sociological Abstracts samsøgt med Social Services Abstracts (Proquest):

#1 Subject("Mental disorders") OR MAINSUBJECT.EXACT("Mental Health") OR MAINSUBJECT.EXACT("Mental Illness") OR MAINSUBJECT.EXACT("Problems") OR MAINSUBJECT.EXACT("Drug Abuse") OR MAINSUBJECT.EXACT("Alcohol Abuse") OR MAINSUBJECT.EXACT("Addiction") OR MAINSUBJECT.EXACT("Psychological Stress") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Disadvantaged"): (62.307)

#2 MAINSUBJECT.EXACT("Public Services") OR MAINSUBJECT.EXACT("Services") OR MAINSUBJECT.EXACT("After Care") OR MAINSUBJECT.EXACT("Training") OR MAINSUBJECT.EXACT("Adult Care Services") OR MAINSUBJECT.EXACT("Social Programs") OR

MAINSUBJECT.EXACT("Treatment Programs") OR MAINSUBJECT.EXACT("Community Mental Health") OR MAINSUBJECT.EXACT("Social Action") OR (SU.EXACT("Social Support") OR MAINSUBJECT.EXACT("Social Networks") OR MAINSUBJECT.EXACT("Social Behavior") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Social Competence") OR Psychoeducation) OR MAINSUBJECT.EXACT("Self Care") OR MAINSUBJECT.EXACT("Intervention") OR MAINSUBJECT.EXACT("Independent Living") OR MAINSUBJECT.EXACT("Adjustment") OR MAINSUBJECT.EXACT("Counseling") OR MAINSUBJECT.EXACT("Guidance") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Mentoring") MAINSUBJECT.EXACT("Encouragement") OR MAINSUBJECT.EXACT("Rehabilitation" /Used for Recovery) OR MAINSUBJECT.EXACT("Participation") OR MAINSUBJECT.EXACT("Coping") OR MAINSUBJECT.EXACT("Skills") OR MAINSUBJECT.EXACT("Behavior Modification") OR MAINSUBJECT.EXACT("Well Being") OR MAINSUBJECT.EXACT("Problem Solving") OR MAINSUBJECT.EXACT("Resilience") OR MAINSUBJECT.EXACT("Quality of Life") OR MAINSUBJECT.EXACT("Self Actualization") OR MAINSUBJECT.EXACT("Self Help") OR SU.EXACT("Self Help Groups") OR MAINSUBJECT.EXACT("Independence") OR MAINSUBJECT.EXACT("Empowerment") OR MAINSUBJECT.EXACT("Educational Programs") OR MAINSUBJECT.EXACT("Activities of Daily Living") OR MAINSUBJECT.EXACT("Interprofessional Approach") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Mental Health Services") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Managed Care Services"): (208.943)

#3 (#1 AND #2): (20.943)

#4 (MAINSUBJECT.EXACT("Home Environment") OR MAINSUBJECT.EXACT("Deinstitutionalization") OR MAINSUBJECT.EXACT("Home Care") OR subject("Home based") OR subject("Residential treatment") OR subject("Home Health Care") if("home-based therapy")) OR (ti("at home") OR ti(home-based) OR ti(home based) OR ti(own housing) OR ti("in the home") OR ti("in home") OR ti(domiciliary)): (8.196)

#5 (#3 AND #4): (354), Applied filters: Peer reviewed, scholarly Journals 2008-01-01 - 2019-10-10, English: (145), dubletter bortsorteret (inkl. de to baser imellem): **109 fund**

PsycInfo (Ebsco):

#1 DE "Psychiatric Patients" OR DE "Mental Disorders" OR DE "Chronic Mental Illness" OR DE "Addiction" OR DE "Substance Use Disorder" OR DE "Nonsubstance Related Addictions" OR DE "Alcohol Abuse" OR DE "Alcoholism" OR DE "Binge Drinking" OR DE "Drug Abuse" OR DE "Drug Dependency" OR DE "Social Phobia" OR DE "Social Isolation" OR DE "Marginalized Groups": (265.036)

#2 KW mental disorders OR KW mental illness OR KW mental problems OR KW mentally ill OR KW psychiatric illness OR KW vulnerability OR KW vulnerable OR KW at risk OR KW marginali?ed OR KW social exclusion OR KW socially excluded OR KW social isolation OR KW alcoholic OR KW drug abusers: (193.310)

#3 TI mentally ill OR TI mental illness OR TI mental disease OR TI (substance abuse or substance use or drug abuse or drug addiction or drug use) OR TI (alcoholism or alcohol dependence or alcohol abuse or alcoholic or alcohol addiction) OR TI marginalized OR TI (vulnerability or vulnerable or at risk): (154.556)

#4 (#1 OR #2 OR3): 430.997)

#5 MM "Recovery (Disorders)": (8.956)

#6 DE "Empowerment" OR DE "Quality of Life" OR DE "Quality of Care" OR DE "Quality of Services" OR DE "Well Being" OR DE "Life Satisfaction" OR DE "Motivation" OR DE "Participation" OR DE "Coping Behavior" OR DE "Resilience (Psychological)" OR DE "Emotional Adjustment" OR DE "Adjustment" OR DE "Social Integration" OR DE "Social Behavior" OR DE "Social Support" OR DE "Social Interaction" OR DE "Conflict Resolution" OR DE "Encouragement" OR DE "Interpersonal Interaction" OR DE "Interpersonal Relationships" OR DE "Assisted Living" OR DE "Activities of Daily Living" OR DE "Independent Living Programs" OR DE "Communication Skills Training" OR DE "Social Skills Training" OR DE "Assertive Community Treatment") OR DE "Substance Use Treatment" OR DE "Mentor" OR DE "Counseling" OR DE "Peer Counseling" OR DE "Psychoeducation" OR DE "Client Education" OR DE "Educational Therapy": (495.648)

#7 KW quality of life OR KW well being OR KW well-being OR KW recovery OR KW empowerment OR KW life skills OR KW problem solving skills OR KW self care OR KW self management OR KW social skills OR KW social support OR KW social interactions OR KW counce*ing OR KW mentoring OR KW social learning OR KW psychoeducation OR KW psychoeducational intervention OR KW supportive psychotherapy OR KW supportive therapy OR KW support services OR KW assistance program* OR KW independent living OR KW coping skills: (150.870)

#8 (KW (help* OR self-help OR selfhelp OR support* OR method* OR intervention* OR program* OR plan OR plans OR planning OR strateg* OR tailor* OR assist* OR educat* OR counselling OR psychotherapy OR psychoeducation OR counselling OR counseling OR counseling OR guidance OR advis* OR advic* OR coach* OR mentor* OR problem-solving OR stimulat* OR (skill* N1 (build* OR training OR education)) OR communication skill* OR social skill* OR social learning OR collaboration OR social service* OR human service* OR community service* OR social work*)): (839.414)

#8 (#5 OR #6 OR #7 OR #8): (1.209.704)

#9 (#4 AND #8): (116.313)

#10 DE Home visiting programs OR DE "Home Care" OR DE "Home Care Personnel" OR DE "Deinstitutionalization": (10.839)

#11 (visit* N2 home*) OR (visit* N2 at-home*) OR visit* N2 house*) OR (visit* N2 domicil*) OR (support* N2 home*) OR (support* N2 in-home*) OR (support N2 at-home*) OR (support* N2 house*) OR (support* N2 domicil*) OR (program* N2 home*) OR (program N2 in-home*) OR (program* N2 at-home*) OR (program* N2 house*) OR (program N2 domicil*): (13.248)

#12 TI in home OR TI at home OR TI homebased OR TI home based: (25.508)

#13 TX in home therapy OR TX home based therapy OR TX in-home supportive services OR TX in home services OR TX in home treatment OR TX in-home intervention: (13.855)

#14 (#10 OR #11 OR #12 OR #13): (48.172)

#15 (#9 AND #14): (3.234), Limiters - Published Date: 20080101-20191031; Peer Reviewed; English, Narrow by Subject = Age Groups: Adulthood (18 yrs & older), - adolescence (13-17 yrs), - young adulthood (18-29 yrs), - thirties (30-39 yrs), - middle age (40-64 yrs), - aged (65 yrs & older), til RW: (405), efter sortering af dubletter: **376 fund**

ERIC (Ebsco):

#1 DE "Mental Disorders" OR DE "Anxiety Disorders" OR DE "Emotional Disturbances" OR DE "Neurosis" OR DE "Pervasive Developmental Disorders" OR DE "Psychosis" OR DE "Drug Abuse" OR DE "Drug Addiction" OR DE "Drug Use" OR DE "Drug Abuse" OR DE "Alcoholism" OR DE "Alcohol Abuse" OR DE "Addictive Behavior" OR DE "At Risk Persons": (44.105)

#2 KW mental disorders OR KW mental illness OR KW mental problems OR KW mentally ill OR KW psychiatric illness OR KW vulnerability OR KW vulnerable OR KW at risk OR KW marginali?ed OR KW social exclusion OR KW socially excluded OR KW social isolation OR KW alcoholic OR KW drug abusers: (3.000)

#3 TI mentally ill OR TI mental illness OR TI mental disease OR TI (substance abuse or substance use or drug abuse or drug addiction or drug use) OR TI (alcoholism or alcohol dependence or alcohol abuse or alcoholic or alcohol addiction) OR TI marginalized OR TI (vulnerability or vulnerable or at risk): (18.043)

#4 (#1 OR #2) OR #3): (55.824)

#5 DE "Home Health Aides" OR DE "Home Programs" OR DE "Home Programs" OR DE "Home Instruction" OR DE "Home Visits": (3.200)

#6 (visit* N2 home*) OR (visit* N2 at-home*) OR visit* N2 house*) OR (visit* N2 domicil*) OR (support* N2 home*) OR (support* N2 in-home*) OR (support N2 at-home*) OR (support* N2 house*) OR (support* N2 domicil*) OR (program* N2 home*) OR (program N2 in-home*) OR (program* N2 at-home*) OR (program* N2 house*) OR (program N2 domicil*): (8.585)

#7 TX in home therapy OR TX home based therapy OR TX in-home supportive services OR TX in home services OR TX in home treatment OR TX in-home intervention: (3.768)

#8 (#5 OR #6 OR #7): (11.441)

#9 (#4 AND #8), Limiters: Peer reviewed, - Date Published: 20080101-20191031; Publication Type: Books, Guides - General, Journal Articles, Opinion Papers, Reports – Evaluative,- til RW, efter bortsortering af dubletter: **241 fund**

#10 TI recovery OR KW recovery: (1.623)

#11 (#4 AND #10), Limiters - Peer Reviewed; Date Published: 20080101-20191231; Language: Danish, English, Swedish, til RW, efter bortsortering af dubletter: **78 fund**

Cinahl (Ebsco):

#1 (MH "Mental Disorders+") OR (MH "Behavioral and Mental Disorders+") OR (MH "Substance Abuse+") OR (MH "Social Isolation+") OR (MM "Vulnerability"): (730.001)

#2 TI mentally ill OR TI mental illness OR TI mental disease OR TI (substance abuse or substance use or drug abuse or drug addiction or drug use) OR TI (alcoholism or alcohol dependence or alcohol abuse or alcoholic or alcohol addiction) OR TI marginalized OR TI (vulnerability or vulnerable or at risk): (216.646)

#3 (#1 OR #2): (887.911)

#4 (MM "Recovery") OR (MM "Empowerment") OR (MH "Problem Solving+") OR (MM "Skill Acquisition") OR (MH "Support Groups+") OR (MH "Counseling+") OR (MM "Peer Counseling")

OR (MM "Social Skills") OR (MM "Social Inclusion") OR (MM "Social Adjustment") OR (MM "Psychoeducation") OR (MH "Activities of Daily Living+") OR (MH "Quality of Life+") OR (MM "Psychological Well-Being") : (237.239)

#5 (#3 AND #4): (64.062)

#6 (MH "Home Rehabilitation+") OR (MH "Home Visits"): (7.392)

#7 TI in home OR TI at home OR TI home setting OR TI home care OR TI homebased OR TI home based: (49.382)

#8 TX in home therapy OR TX home based therapy OR TX in-home supportive services OR TX in home services OR TX in home treatment OR TX in-home intervention: (55.951)

#9 (#6 OR #7 OR #8): (97.746)

#10 (#5 AND #9), (2.726), Limiters - Published Date: 20080101-20191031; English Language; Peer Reviewed; Source Types: Academic Journals; Journal Subset: Australia & New Zealand, Canada, Europe, UK & Ireland, Age: All adult, til RW, efter bortsortering af dubletter og enkelte meget kliniske artikler: **361 fund**

SocIndex (Ebsco):

#1 DE "MENTAL illness" OR DE "MENTALLY ill" OR DE "SOCIAL isolation" OR DE "LONELINESS" OR DE "SOCIAL marginality" OR DE "SUBSTANCE-induced disorders" OR DE "DRUG addiction" OR DE "SUBSTANCE abuse" OR DE "ALCOHOLISM" OR DE "SOCIAL problems": (55.929)

#2 KW (mental health or mental illness or mental disorder or psychiatric illness) OR KW (drug addiction or drug abuse or substance abuse) OR KW (alcoholism or alcohol dependence or alcohol abuse or alcoholic or alcohol addiction) OR KW (vulnerability or vulnerable or at risk) OR KW marginali?ation OR KW (marginali?ed or deprived or excluded or disadvantaged or vulnerable): (53.562)

#3 TI mentally ill OR TI mental illness OR TI mental disease OR TI (substance abuse or substance use or drug abuse or drug addiction or drug use) OR TI (alcoholism or alcohol dependence or alcohol abuse or alcoholic or alcohol addiction) OR TI marginalized OR TI (vulnerability or vulnerable or at risk): (58.637)

#4 (#1 OR #2 OR #3): (133.517)

#5 DE "SOCIAL services" OR DE "COMMUNITY services" OR DE "COMMUNITY-based social services" OR DE "EVIDENCE-based social work" OR DE "HEALTH care intervention (Social services)" OR DE "PSYCHIATRIC social work" OR DE "SOCIAL services case management" OR DE "SOCIAL work with alcoholics" OR DE "SOCIAL work with drug addicts" OR DE "SOCIAL work with minorities" OR DE "SOCIAL work with the underprivileged" OR DE "VOLUNTEER workers in social services" OR DE "HUMAN services personnel" OR DE "INTERVENTION (Social services)" OR DE "SOCIAL work education" OR DE "COMMUNICATION in social work" OR DE "SELF-efficacy" OR DE "SELF-help techniques" OR DE "SOCIAL support" OR DE "SOCIAL participation" OR DE "SUPPORT groups" OR DE "GROUP counseling" OR DE "SUPPORT groups for substance abusers" OR DE "TREATMENT of addictions" OR DE "ADDITION counseling" OR DE "REHABILITATION of alcoholics" OR DE "RECOVERY move-

ment" OR DE "RECOVERING addicts" OR DE "MOTIVATIONAL interviewing" OR DE "ENCOURAGEMENT" OR DE "SELF-efficacy" OR DE "SELF-esteem" OR DE "SELF-confidence" OR DE "AFFECTIVE education" OR DE "SELF-acceptance" OR DE "RELATIONSHIP quality" OR DE "WELL-being" OR DE "EVERYDAY life" OR DE "QUALITY of life" OR DE "COUNSELING" OR DE "ASSERTIVENESS training" OR DE "COUNSELOR & client" OR DE "COUNSELORS" OR DE "CROSS-cultural counseling" OR DE "EDUCATIONAL counseling" OR DE "GROUP counseling" OR DE "MENTORING" OR DE "EDUCATIONAL counseling" OR DE "PROSOCIAL behavior" OR DE "HELPING behavior" OR DE "LIFE skills" OR DE "CONDUCT of life" OR DE "ABILITY" OR DE "SOCIAL skills" OR DE "ACTIVITIES of daily living" OR DE "SOCIAL learning" OR DE "EMOTIONAL labor" OR DE "CARING": (123.568)

#6 KW (quality of life or well being or well-being or health-related quality of life) OR KW (recovery or rehabilitation or healing) OR KW self care OR KW self-efficacy OR KW (mentoring or mentorship or mentor or mentor program or mentoring program) OR KW (support groups or self-help groups or group therapy) OR KW (psychoeducational intervention or psycho education or psycho-education) OR KW social support OR KW social skills OR KW (activities of daily living or adl) OR KW (counselling or counseling or therapy or psychotherapy) OR KW (peer mentoring or peer training or peer coaching): (41.818)

#7 (#5 OR #6): (151.000)

#8 (#4 AND #7): (18.161)

#9 DE "HOME care services" OR DE "MENTALLY ill -- Home care" OR DE "TELECOMMUTING" OR DE "VIRTUAL communications" OR DE "OUTREACH programs": (3.032)

#10 TI in home visits OR TI home support OR TI home care services OR TI in-home supportive services OR TI in home treatment OR TI in home therapy OR TI home based therapy OR TI home education OR TI domiciliary care OR TI home based intervention OR TI home visiting programs OR TI own home: (1.038)

#11 KW (at home or home care) OR KW (in home therapy or home based therapy) OR KW in-home supportive services OR KW (home based or home-based) OR KW home based intervention OR KW home intervention OR KW home support OR KW (home care services or home health care or home healthcare) OR KW home visiting programs OR KW home help service OR KW home treatment OR KW home environment: (6.367)

#12 (visit* N2 home*) OR (visit* N2 at-home*) OR visit* N2 house*) OR (visit* N2 domicil*) OR (support* N2 home*) OR (support* N2 in-home*) OR (support N2 at-home*) OR (support* N2 house*) OR (support* N2 domicil*) OR (program* N2 home*) OR (program N2 in-home*) OR (program* N2 at-home*) OR (program* N2 house*) OR (program N2 domicil*): (8.112)

#13 (#9 OR #10 OR #11 OR #12): (14.683)

#14 (#8 AND #13): (550), Limiters - Date of Publication: 20080101-20191031; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish, til RW, efter dublettsortering: **149 fund**

Web of Science, (SSCI) Social Science Citation Index:

#1 TS=(mental disease*) OR TS=(mentally ill) OR TS=(drug addiction) OR TS=(alcohol addiction) OR TS=(substance abuse) OR TS=(marginali?ed) OR TS=(social problems) OR TS=(vulnerab*): (255.025)

#2 TS=(recover*) OR TS=(social Near /1 inclusion) OR TS=(empower*) OR TS=(counsel*) OR TS=(support*) OR TS=(social Near/1 service*) OR TS=(social near/1 adjust*) OR TS=(quality Near/1 life) OR TS=(well-being) OR TS=(social Near/1 network*) OR TS=(social Near/1 competen*) OR TS=(self Near/1 ihelp*) OR TS=(independen*) OR TS=(independent Near /1 living) OR TS=(mentor*) OR TS=(guidance) OR TS=(social Near /1 skills) OR TS=(coping) OR TS=(rehabilitation*) OR TS=(problem solving) OR TS=(psychoeducat*) OR TS=(educat*) OR TS=(psychological Near /1 help*) OR TS=(self efficacy*): (1.606.661)

#3 (#1 AND #2): (120.580)

#4 TI=(home Near /1 visit*) OR TI=(home based) OR TI=(homebased) OR TI=(in Near/1 home) OR TI=(at Near/1 home) OR TI=(home near/1 care) OR TI=(home Near/1 support*) OR TI=(home Near/1 program*) OR TI=(home Near/1 service*) OR TI=(home Near/1 intervention*): (24.475)

#5 (#3 AND #4): (763), LANGUAGE: (English OR Danish OR Norwegian OR Swedish) AND DOCUMENT TYPES: (Article), Refined by: COUNTRIES/REGIONS: (ENGLAND OR AUSTRIA OR CANADA OR DENMARK OR AUSTRALIA OR NETHERLANDS OR SWEDEN OR NORWAY OR SWITZERLAND OR GERMANY OR FINLAND OR ICELAND OR SCOTLAND OR IRELAND OR FRANCE OR BELGIUM OR WALES), Indexes=SSCI Timespan=2008-2019: (261), gennemset, evt. relevante til Refworks: **26 fund**

PubMed:

(((((("Home Care Services"[Mesh]) OR "home based"[Title])) AND (((("Mental Disorders/rehabilitation"[Mesh] OR "Mental Disorders/therapy"[Mesh]))) OR (("Alcohol-Related Disorders/rehabilitation"[Mesh] OR "Alcohol-Related Disorders/therapy"[Mesh]))) OR (("Substance-Related Disorders/rehabilitation"[Mesh] OR "Substance-Related Disorders/therapy"[Mesh]))) AND (("2008/01/01"[PDat] : "2019/10/31"[PDat]) AND (Danish[lang] OR Norwegian[lang] OR Swedish[lang] OR English[lang]) AND (young adult[MeSH] OR adult[MeSH:noexp])))) NOT dementia, Sort by: PublicationDate Filters: Review; Systematic Reviews; Journal Article; Clinical Trial; Publication date from 2008/01/01 to 2019/10/31; Danish; Norwegian; Swedish; English; Young Adult: 19-24 years; Adult: 19-44 years: (192), til RW, efter dublettsortering og frasortering af enkelte meget kliniske artikler: **156 fund**

Campbell Collaboration:

Søgt *Keyword*: Home, home-based, home based, housing, Published from 2008 – 2019

Gennemset emne: *Social welfare*

I alt til RefWorks: **9 fund**

SCIE – Social Care Institute for Excellence (UK) <https://www.scie.org.uk/atoz>

Gennemset *by subject / topic A-Z*:

Activities of daily living: **1 fund**

Community mental health services: **3 fund**

Empowerment: 0 fund

Evaluation: 0 fund

Home care: **2 fund** (heraf 1 video)

Loneliness: 0 fund

Wellbeing: 0 fund

Hjemmesider

Danske hjemmesider:

Socialstyrelsen <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser>

Søgt i Udgivelser: **I alt 27 fund:**

Tema: *Psykiske vanskeligheder*, 24 fund

Emneord: *Recovery*, 2 fund

Emneord: *Rehabilitering*, 1 fund

Emneord: *Individual Placement and Support*, 0 fund

Emneord: *IPS*, 0 nye fund

Metodecentret <https://metodecentret.dk/>

Søgt i Udgivelser: **I alt 5 fund:**

Type: *Alle udgivelser*, 3 fund

Type: *Afprøvede indsatser*, 2 fund

Socialpædagogernes Vidensbank <https://viden.sl.dk/>

Søgt i Udgivelser: **I alt 9 fund:**

Type: *Dokumentation og Udviklingsarbejde*, 3 fund

Type: *Undersøgelser og Evalueringer*, 1 fund

Type: *Forskning*, 1 fund

Type: *Praksisfortællinger*, 0 nye fund

Emneord: *Recovery*, 1 fund

Emneord: *Rehabilitering*, 3 fund

Emneord: *IPS*, 0 nye fund

Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering:

<https://psykosocialrehabilitering.dk/temaer/rehabilitering>

Gennemset *Publikationer*, **2 fund**

VIVE – Det Nationale Forsknings- og analysecenter for Velfærd: <https://www.vive.dk/da/>

Søgt i Udgivelser: **I alt 18 fund:**

Tema: *Arbejdsmarked*, 2 fund

Tema: *Udsatte*, 7 fund

Tema: *Socialområdet*, 2 fund

Emneord: *Recovery*, 2 fund

Emneord: *Rehabilitering*, 4 fund

Emneord: *IPS*, 1 fund

Defactum. Social, Sundhed og Arbejdsmarked: <https://www.defactum.dk/>

Søgt I Udgivelser: **I alt 15 fund:**

Type: *Effektmåling og Resultatdokumentation*, 2 fund

Type: *Evaluering*, 5 fund

Type: *Implementering*: 2 fund

Type: *Intervention*, 0 nye fund

Type: *Metodebeskrivelse og Udvikling*, 1 fund

Type: *Processtøtte og Rådgivning*, 0 nye fund

Tema: *Tværfaglig og Tværsektorielt Samarbejde*, 3 fund

Emneord: *Recovery*, 0 nye fund

Emneord: *Rehabilitering*, 0 nye fund

Emneord: *Bostøtteindsats(er)*, 0 nye fund

Emneord: *Empowerment*, 1 fund

Emneord: *Psykosociale indsatser*: 0 nye fund

Emneord: *IPS*, 1 fund

KL: <https://www.kl.dk/>

Søgt i udgivelser (nyheder): **I alt 8 fund:**

Emneord: *IPS*, 1 fund

Emneord: *Rehabilitering*, 3 fund

Emneord: *Empowerment*, 4 fund

Emneord: *Recovery*, 0 nye fund

Emneord: *Bostøtteindsats(er)*: 0 nye fund

Danske Kommuner: <http://www.danskekommuner.dk/>

Søgt i udgivelser (artikler): **I alt 3 fund:**

Emneord: *Bostøtte*, 1 fund

Emneord: *Bostøtteindsats(er)*: 0 nye fund

Emneord: *Recovery*: 2 fund

Emneord: *Rehabilitering*, 0 nye fund

Emneord: *Empowerment*, 0 nye fund

Emneord: *Psykosocial(e) Indsats(er)*: 0 nye fund

Danske Regioner: <https://www.regioner.dk/>

Gennemset publikationer: **1 fund** + fundet ved download af en publikation: **2 fund**

SUS. Socialt Udviklingscenter: <https://www.sus.dk/>

Type: *Alle udgivelser* gennemset: **5 fund**

Diverse Kommuner (indeholder publikationer henvist via en artikel fra Danske Kommuner)

Emne: *Recovery*, **3 fund**

Kompetencer for Rehabilitering og Recovery: <https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/kompetencecentre/Rehabilitering-og-recovery/Sider/default.aspx>

Gennemset emneindgange:

Ny viden om recovery, nyhedsbreve. gennemset nr. 1 og 2, 2018 samt nr. 1, 2019: **7 fund**

Guide til et godt hverdagsliv: **2 fund**

Recovery-mentorer og peer-støtte: **4 fund**

Norske hjemmesider:

Nasjonalt center for kompetansecenter for psykisk helsearbeid (NAPHA):

<https://www.napha.no/napha2015/>

Søgning efter '*Faglig kvalitet*', '*Individuell plan*', '*Behandling i psykisk helsearbeid*': **6 fund**

Velferdsforskningsinstituttet NOVA: <https://oslomet.no/om/nova>

Gennemset NOVA-rapporter med emnegruppering: '*Helse*', '*helse og velferdstjenester*', '*Bolig*', '*Bolig og sosialpolitikk*', '*Rus*': 0 fund

Regionalt kunnskapssenter for habilitering (RHAB): <https://www.ntnu.no/rkbu/rhab>

Publikationer gjennomset: 0 fund

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse: <https://www.erfaringskompetanse.no/>

Publikationer gjennomset: **3 fund**

Fontene Forskning: <https://fonteneforskning.no/>

Publikationer gjennomset: 0 fund

Folkehelseinstituttet: <https://www.fhi.no/>

Søgning: 'psykiske problemer', 'psykisk sykdom' 'behandling', 'bolig', 'kvalitet', 'behandling', 'behandlingstilbud', 'individuell plan', 'recovery': **1 fund**

Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/>

Gennemset publikationer/Emner: 'Hjelp i hjemmet', 'lokalt psykisk helse- og rusarbeid', 'psykisk helse og livskvalitet', 'rehabilitering': **2 fund**

KBT – Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling: <https://www.kbtmidt.no/>

Publikationer, rapporter & projekter gjennomset: **5 fund**

Svenske hjemmesider:

Folkhälsomyndigheten: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/>

Søgt i publikationer: **I alt 3 fund**

Tema: *Psykisk hälsa*, 2 fund

Tema: *Livsvilkor och levnadsvanor*, 1 fund

Øvrige temaer gav 0 nye fund: *Alkohol, Narkotika, Statistik och Undersökningar, Övergripande folkhälsa*.

Socialstyrelsen Sverige: <https://www.socialstyrelsen.se/>

Søgt i publikationer: Verksamhetsområde: *Socialtjänst*: **18 fund**

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering SBU: <https://www.sbu.se/>

Søgt i publikationer: **I alt 5 fund**

Emneord: *Eget boende*, 1 fund

Emneord: *Hemmaboende*, 1 fund

Emneord: *Särskilt boende*, 1 fund

Emneord: *Psykisk ohälsa*, 1 fund

Emneord: *Socialt arbete*, 1 fund

Øvrige emneord gav 0 nye fund: *"egen bostad", "egen lägenhet", "inkluderande boendemiljö", "specialpedagogisk insats", "socialpsykiatrisk verksamhet", omsorgsinsats, hemtjänst, "särskild stöd", "stödjande i vardagen", stödperson, "personlig samordnare", kontaktperson, livskvalitet, bemästring, personlighetsutveckling, "social acceptans", "psykisk hälsa"*.

Institutionen för socialt arbete: <https://www.socarb.su.se/>

Søgt i *Avhandlingar och Publikationer*: **I alt 6 fund**

Type: *Rapporter*, 5 fund

Type: *Artikler*, 1 fund

Type: *Afhandlinger*, 0 nye fund

Type: *Konferencer*, 0 nye fund

Vårdportalen: <https://xn--vrdportal-52a.se/>

Søgt i publikationer: **I alt 4 fund**

Type: *Afhandling*, 1 fund

Type: *Rapport*, 3 fund

FoU Velfærd: <https://www.fouvalfard.se/>

Søgt i publikationer: **I alt 23 fund**

Kategori: *Funktionshinder + Boende*, 4 fund

Kategori: *Funktionshinder + Brukarinflytande*, 7 fund

Kategori: *Funktionshinder + Evidensbaserad praktik*, 1 fund

Kategori: *Hemtjänst*, 2 fund

Kategori: *Kompetensutveckling*, 1 fund

Kategori: *LSS & LASS*, 2 fund

Kategori: *Missbruk och Beroende*, 5 fund

Kategori: *Rehabilitering*, 1 fund

Netsøgning (Google) – opfølgende:

#1 ("paragraf 85" OR "§85" OR "§ 85" OR "paragraf 99" OR "§99" OR "§ 99") evaluering: de første 5 sider gennemset, nogle haves, valgt: **4 fund**

#2 bostøtte rapport: de første 5-6 sider gennemset, valgt til RW: **9 fund**

#3 boendestöd* OR stödboende OR "Stöd i boendet" rapport, de første 5-6 sider gennemset, valgt til RW: **7 fund**

Fundet i forbindelse med download af andre publikationer: **15 fund** (I 'Diverse'-mappen i RefWorks)

(I alt fra den samlede søgning: **2.342 fund**)

VIDEVELFÆRD

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD