

Tidsskrift for Socialpolitisk Forening

SOCIAL POLITIK

Nr. 3 / 2015

TEMA

Sociale vinkler på psykiatrien

Bidrag til
MAGTENS
SOCIALPOLITISKE
TOP 100



SOCIAL POLITISK FORENING

Tidsskrift for Socialpolitisk Forening

Formand: Robert Olsen
Landssekretær: Allan Bærentzen

Social Politik udkommer seks gange årligt og sendes automatisk til alle medlemmer og abonnenter

Redaktion:
Matilde Høybye-Mortensen (ansv.)
Se øvrige bagerst i bladet.

Dette nummer er redigeret af:
Nina Særkjær Olsen og
Nina Bach Ludvigsen

Redaktionssekretær:
Cecilie Fuglsang

ISSN 0905-8176
ISSN 2245-8905 (online)

Artikler fra Social Politik kan citeres med tydelig kildeangivelse.

Redaktionen gør opmærksom på, at artikler i Social Politik ikke nødvendigvis dækker redaktionens eller Socialpolitisk Forenings synspunkter.

Socialpolitisk Forening
Strandgade 6, st.
1401 København K
Tlf.: 40 23 43 20 (dagligt 10-15)
www.socialpolitisk-forening.dk
post@socialpolitisk-forening.dk
Mercur Bank: 8401 1107640

Oplag: 1.100



Tryk:
Eks-Skolens
Trykkeri ApS

INDHOLDSFORTEGNELSE

TEMA Sociale vinkler på psykiatrien

Nina Bach Ludvigsen og Nina Særkjær Olsen
Sociale vinkler på psykiatrien 3

Jane Greve
Omkostninger ved et liv med sindslidelser 5

Lene Falgaard Eplov og Klavs Serup Rasmussen
Recovery – På vej mod en mere præcis model 11

Ditte Lindehøj Jensen
Det svære samarbejde om en sømløs indsats
– når behandlings- og socialpsykiatri mødes 16

Manu Sareen, Henrik Dam Kristensen
Interviewet af Simon Kratholm Ankjærgaard
Ministre: Arbejdsmarkedet er også
for unge med sindslidelser 21

Kristian Bennedsen
Interviewet af Simon Kratholm Ankjærgaard
Sind: De svageste kommer i klemme i reformer 26

Knud Kristensen
Retten til at blive rask 28

Klumme

Lisa Holmfjord, forkvinde, Dansk Kvindesamfund
Hvem skal passe farbror? 32

Landsforeningen

Bidrag til »Magtens socialpolitiske top 100« 33

Boganmeldelse

Anmeldelse – Benny Lihme (red.): Det sociale
betydning for mennesker med sindslidelse 34

Internationalt Udvalg

Annelise Murakami og Ole Meldgaard
Nordisk ICSW-møde i København 6. februar 2015 ... 36

Lad dine erfaringer med socialt arbejde og udvikling
inspirere til handling! – Del dem med ENSACT 37

Sociale vinkler på psykiatrien

AF NINA BACH LUDVIGSEN OG NINA SÆRKJÆR OLSEN

Hvor mange mennesker der har svære sindslidelser, er svært at sige helt præcist. Rockwoolfondens Forskningsenheds undersøgelse af levevilkår og samfundsdeltagelse blandt danskere med svære sindslidelser fra 2012 anslår, at det er et sted mellem 1 og 9 pct. alt efter, hvordan »svær sindslidelse« defineres. Psykisk sygdom har store konsekvenser for den enkelte, men mange flere end de 1 - 9 pct. af befolkningen bliver påvirket af sindslidelserne, fx pårørende, kolleger og andre personer i den sindslidendes nærmiljø.

Behandlingen af psykiatiske lidelser foregår på psykiatiske hospitaler, men den kommunale sociale indsats spiller en mindst ligeså stor rolle. Den behandlende psykiatri tilbyder overordnet set undersøgelse, diagnosticering og behandling ved indlæggelse på sygehus. Tilknytning hospitalspsykiatrien er også distriktspsykiatrien, der giver ambulante tværfaglig psykiatrisk behandling lokalt. Mens socialpsykiatrien omhandler alt det, der sker efter udskrivelse fra sygehuset. Det vil sige, den hjælp og støtte der ydes, når man skal have en hverdag til at hænge sammen.

Det er ofte sociale aktører, der får mistanke om en psykiatrisk lidelse, og får vedkommende ind i den regionale behandling. Den kommunale socialfaglige indsats er også en stor del af den egentlige behandling, når der fokuseres på, at den sindslidelse (igen) skal mestre livet. Den sundhedsfaglige og sociale behandlingsindsats vil i praksis ofte lappe over hinanden. I de positive forløb sker der en helhedsorienteret koordineret indsats - men i alt for mange tilfælde bliver indsatsen differentieret og usammenhængende, hvilket langt fra gavner helbredelsen og mestringen af livet.

I dette nummer af Social Politik vil vi sætte fokus på psykiatrien i det sociale domæne, det være sig både i praksis, økonomisk og politisk samt i forhold til den enkeltes levede liv med en psykiatrisk diagnose.

I den første artikel viser Jane Greve, hvor store konsekvenser psykisk sygdom har for den enkelte ved at belyse, *hvor store* forskellene er på fx familiedannelse, uddannelse og arbejdsmarkedstilknytning, når vi sammenligner personer med og uden sindslidelser, og også når vi kun ser på gruppen af personer med svære sindslidelser og sammenligner de, der har meget lette – med de, der har meget tunge sygdomsforløb.



Lene Falgaard Eplov og Klavs Serup Rasmussen sætter fokus på recovery i anden artikel. Begrebet recovery er gennem de sidste 15 år blevet et stadig mere centralt begreb i psykiatrien, og afspejler et skift fra at betragte psykiske lidelser som kroniske til at tage udgangspunkt i mulighederne for at komme sig. Recovery bidrager til et nyt fokus på at hjælpe personer med en psykisk sygdom til at leve et så selvstændigt liv som muligt, og sætter dermed nye mål for indsatserne i både behandlingspsykiatrien og kommunalt regi. I artiklen beskrives to forskellige recoverybegreber, og der peges fremad mod at etablere en mere præcis model for den enkeltes recoveryproces.

I tredje artikel beskriver Ditte Lindehøj Jensen samarbejdet mellem behandlings- og socialpsykiatri, hvor der desværre ofte er samarbejdsproblemer, som har konsekvenser for den hjælp, som mennesker med psykiske lidelser tilbydes. Den regionale behandlingspsykiatri og den kommunale socialpsykiatri er forpligtede til at samarbejde om borgere berørt af psykisk sygdom, som modtager hjælp og støtte fra begge aktører. Men samarbejdet er ikke altid let, og praksis synes at være langt fra ambitionen om en sammenhængende og koordineret indsats.

Social Politik har interviewet minister for børn, ligestilling, integration og sociale forhold, Manu Sareen, og beskæftigelsesminister Henrik Dam Kristensen samt Kristian Bennedsen, næstformand i Landsforeningen SIND, om politiske prioriteringer for og forventninger til personer med sindslidelser. I fjerde artikel får du ministrenes bud på, hvordan det går med de første resultater med at hjælpe unge med sindslidelser ud på arbejdsmarkedet via ressourceforløb, om der er et beskæftigelsespotentiale for alle mennesker med psykiske lidelser, og er der i så fald et arbejdsmarked til dem?

Sidste artikel handler om den diskrimination, som mange mennesker stadig oplever fordi de har haft en psykisk sygdom. Knud Kristensen gør med udgangspunkt i FN's Handicapkonvention opmærksom på, at diskrimination på grund af handicap, herunder i alle forhold vedrørende beskæftigelse, er forbudt. Alligevel diskrimineres mennesker med psykiske lidelser ofte – også selvom de er blevet helt raske. Diagnosen alene kan udelukke dem fra bestemte jobs og fra bestemte rettigheder. Retten til at blive rask bør række længere end blot til at afskære en fra retten til førtidspension, lyder det blandt andet.

God læselyst.

Omkostninger ved et liv med sindslidelser

Generelt deltager personer, der lider af svære psykiske problemer af gode grunde mindre i samfundet. Længerevarende sygdomsperioder giver et naturligt fravær fra familien, uddannelsessystemet og arbejdsmarkedet, og det er derfor naturligt at forvente, at personer med en sindslidelse fx klarer sig dårligere i uddannelsessystemet og oftere er uden arbejde.

AF JANE GREVE

Formålet med nærværende artikel er at vise, *hvor store* forskellene er på fx familiedannelse, uddannelse og arbejdsmarkedstilknytning, når vi sammenligner personer med og uden sindslidelser. Også når vi kigger på gruppen af personer med svære sindslidelser og sammenligner de, der har meget lette med de, der har meget tunge sygdomsforløb.

Næsten en halv million danskere, eller 9 pct. af den voksne befolkning, har på et eller andet tidspunkt i deres liv været registreret på et psykiatrisk hospital eller i distriktspsykiatrien. Hvis vi kun medtæller personer, der har fået diagnosticeret en ikke-organisk psykose – som eksempelvis skizofreni, og det man tidligere kaldte mani-depressiv sygdom – og som har haft løbende kontakt til enten hospitals- eller distriktspsykiatrien i en periode på mere end 2 år, så kommer vi frem til, at ca. 57.000 personer, eller lidt over 1 pct. af den danske befolkning, har en svær sindslidelse. Men mange flere mennesker end de, der optræder i det psykiatriske hospitalssystem, har sindslidelser, og mange flere end de 1-9 pct. af befolkningen bliver påvirket af sindslidelserne, fx forældre, børn, kolleger og andre personer i den sindslidendes nærmiljø.

De samfundsmæssige omkostninger ved sindslidelser kan opdeles i direkte omkostninger (bl.a. udgifter til sundheds- og socialvæsenet i form af forebyggelse, diagnostik, rehabilitering, almindelig socialpædagogisk behandling og indlæggelse på sygehus), indirekte omkostninger og eksternaliteter. De indirekte omkostninger inkluderer blandt andet tab af produktion på grund af nedsat produktivitet på arbejdsmarkedet, fravær og uarbejdsdygtighed for de, der har lidelsen og deres pårørende. Eksternaliteter er blandt andet personlige og samfundsmæssige omkostninger, der er knyttet til overhyppigheden af selvmord og krimi-



Mere end 9 pct. påvirkes af sindslidelser

nalitet blandt sindslidende samt en række ikke-økonomiske omkostninger for de familier, der oplever at have et familiemedlem med en svær sindslidelse, da det ofte påvirker både den ramte og dennes pårørende i en grad, der har stor indflydelse på deres livskvalitet.

Indirekte omkostninger er langt de største

Tidligere opgørelser af de samfundsmæssige omkostninger ved sindslidelser vurderer, at der er betydelige omkostninger og fremhæver, at indirekte omkostninger er langt de største, da de udgør mellem 80 og 90 pct. af de samfundsmæssige omkostninger. I det følgende opsummerer jeg nogle af de resultater, som vi præsenterer i bogen *Et liv i periferien – Levevilkår, behandling og samfundsdeltagelse blandt danskere med svære sindslidelser*, der blandt andet beskriver omfanget af de sociale problemer, som ligger bag en stor del af de indirekte omkostninger og eksternaliteterne ved sindslidelse.

Enlige, lavtuddannede, uden beskæftigelse og relativt fattige

I et kvalitativt studie af levevilkår blandt sindslidende beskriver forfatteren gennemgående træk af ensomhed blandt sindslidende, og der er da også en væsentlig forskel på andelen, der er enten enlige eller skilt blandt personer med og uden svære sindslidelser (Sørensen, 2012).

Flere med alvorlige sindslidelser er enlige

Blandt de 25-40-årige, der har haft en så alvorlig sindslidelse, at de gennem mindst to år har modtaget behandling i det psykiatriske system, er 87 pct. af mændene og 74 pct. af kvinderne enlige eller skilt. Blandt jævnaldrende mænd og kvinder, som ikke har en alvorlig sindslidelse, er det mindre udbredt at være enlig. Det gælder 60 pct. af mændene og 50 pct. af kvinderne.

Personer med svære sindslidelser er ikke så tilbøjelige som andre til at få børn, og det skyldes blandt andet, at de er enlige i højere grad end andre. Mens 11 pct. af de 25-40-årige mænd, der har en alvorlig sindslidelse, har børn, så er det samme tilfældet blandt 34 pct. af de 25-40-årige sindslidende kvinder. Blandt de 25-40-årige i resten af befolkningen har 47 og 66 pct. af hhv. mænd og kvinder børn. Der er altså en betydelig andel blandt kvinder med svære sindslidelser, der har fået børn trods deres lidelse.

Færre med svære sindslidelser har kompetencegivende uddannelser

Mange svære sindslidelser udvikler sig allerede fra barndommen. Det at få en sindslidelse tidligt i livet kan påvirke den enkeltes mulighed for at følge med i skolen, dels fordi sindslidelsen kan reducere evnen til at læse og forstå, dels fordi sindslidelsen kan forøge antallet af fraværsdage pga. sygdommen. Hvor ca. en tredjedel blandt mænd med svære sindslidelser har en kompetencegivende uddannelse – det vil sige højere uddannelse end gymnasialt niveau – har ca. to tredjedele blandt mænd generelt en kompetencegivende uddannelse. For kvinder gør det samme størrelsesforhold sig gældende. Andelen med en kompetencegivende

uddannelse er halvt så stor blandt kvinder med svære sindslidelser, 36 pct., i forhold til kvinder uden svære sindslidelser, 68 pct.

Udover et generelt lavere uddannelsesniveaue så påvirker sindslidelsen i sig selv også den enkeltes mulighed for at varetage et arbejde. Der er derfor stor forskel på beskæftigelsesstatus mellem personer med og uden en sindslidelse. Blandt mænd med en sindslidelse er 28 pct. i beskæftigelse enten som lønmodtagere eller selvstændige. Den tilsvarende andel blandt mænd uden en svær sindslidelse er tre gange større, nemlig 86 pct. Blandt kvinder med en svær sindslidelse er beskæftigelsen lidt større end blandt mænd med svære sindslidelser. Mens en tredjedel blandt kvinder med svære sindslidelser er i beskæftigelse, er den tilsvarende andel blandt kvinder uden svære

Færre med svære sindslidelser er i beskæftigelse

TABEL 1

Sindslidelse, demografi og socioøkonomiske forhold i procent. Alle mænd og kvinder 25-40 år i 2005 i Danmark:

	Mænd		Kvinder	
	med sindslidelse	uden sindslidelse	med sindslidelse	uden sindslidelse
Enlig/skilt/separeret	88	60	75	50
Har børn	11	47	34	66
Har en kompetencegivende uddannelse	29	66	36	68
Er i beskæftigelse	27	80	33	77
Indkomstfordeling: Andel i pct. per bruttoindkomstkvartil¹				
Under 176.000	80	20	76	29
176.000-257.000	12	16	16	34
257.000-332.000	5	27	6	23
Over 332.000	3	36	2	14

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

Anm.1: Indkomstfordelingen for hele befolkningen blandt alle mænd og kvinder på 25-40 år i 2005 er delt i fire lige store grupper (afrundet til nærmeste 1.000).

Lavere indkomster
blandt folk med
svære sindslidelser

sindslidelser 77 pct., altså en smule under beskæftigelsesfrekvensen for mænd uden sindslidelse.

I tabel 1 har vi inddelt indkomsten blandt alle 25-40-årige i Danmark i 2005 i 4 kvartiler, hvor første kvartil inkluderer de 25 pct. med den laveste indkomst i befolkningen, anden kvartil inkluderer de 25 pct. med den næstlaveste osv. 3 ud af 4 kvinder og 4 ud af 5 mænd med en sindslidelse befinder sig i den laveste indkomstkvartil, dvs. at de har en indkomst under 176.000 kr., hvilket ca. er niveauet for en årlig indkomst på førtidspension i 2005. Kun 3 pct. blandt mænd og 2 pct. blandt kvinder med en sindslidelse har en indkomst i 4. kvartil, mens den tilsvarende andel blandt mænd og kvinder uden en sindslidelse er hhv. 37 og 14 pct.

Store forskelle mellem sindslidende

Gruppen af personer med svære sindslidelser er en meget heterogen gruppe. Nogle bliver fx indlagt tidligt i livet, udskrives hurtigt og bliver aldrig mere indlagt. Andre bliver indlagt flere gange i løbet af livet, mens andre igen er over 40 år, før deres sygdom bryder ud, og de eventuelt bliver indlagt i lange perioder.

På baggrund af disse forskelle har vi opdelt gruppen af sindslidende, der har fået stillet diagnosen skizofreni i fire grupper. Den fjerdedel

TABEL 2

Procenter der har begået kriminalitet, er uden for arbejdsstyrken og døde – personer født i 1962:

	Har begået kriminalitet 1980-2010	Uden for arbejdsstyrken i 2010	Død i 2010
Mænd			
Befolkningen generelt	26	17	4
Let sygdomsforløb, skizofreni	48	43	10
Tungt sygdomsforløb, skizofreni	66	94	26
Kvinder			
Befolkningen generelt	7	17	2
Let sygdomsforløb, skizofreni	22	43	2
Tungt sygdomsforløb, skizofreni	34	91	16

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

af patienterne, der har det letteste sygdomsforløb, har typisk kun en enkelt eller ganske få indlæggelser, hvor førstegangsinlæggelsen kommer relativt sent i livet – efter det 35. år. Den fjerdedel, der har det tungeste sygdomsforløb, har langvarige og hyppige indlæggelser. Midt mellem disse grupper er de to fjerdedele, der har henholdsvis mellemlette og mellem-svære sygdomsforløb. Disse to sidstnævnte grupper er udeladt fra tabel 2.

Tallene i tabel 2 viser, at der er store forskelle i gruppen af personer med svære sindslidelser. Mens 17 pct. blandt alle, der blev født i 1962, var uden for arbejdsstyrken i 2010, var lidt under halvdelen (43 pct.) blandt dem med de letteste sygdomsforløb og næsten alle (94 og 91 pct.) blandt dem med de sværeste sygdomsforløb uden for arbejdsstyrken.

Som 48-årig havde hver fjerde (26 pct.) danske mand og hver femtende (7 pct.) danske kvinde i befolkningen generelt, i perioden 1980-2010, fået én eller flere domme i henhold til straffeloven. Disse domme inkluderer trafikforseelser, derfor er tallet så højt. Blandt mænd med skizofreni med et let og et tungt sygdomsforløb havde hhv. hver anden (48 pct.) og to ud af tre (66 pct.) en dom for kriminalitet. Blandt kvinder med skizofreni med et let og et tungt sygdomsforløb var der hhv. 22 pct. og 34 pct., der havde en dom for kriminalitet.

Endelig er der også stor forskel på dødeligheden. Mens andelen af kvinder med skizofreni, født i 1962 og døde pr. 1.1.2010, stort set er ens, når vi sammenligner kvinder i befolkningen generelt med kvinderne med de letteste sygdomsforløb – omkring 2 pct. – er andelen af kvinder med skizofreni med de tungeste sygdomsforløb, der er døde pr. 1.1.2010, oppe på 16 pct.

Andelen, der er døde pr. 1.1.2010 blandt alle mænd født i 1962, som aldrig har været indlagt, er 4 pct. Hvis vi ser på de letteste forløb blandt skizofrene mænd, er der mere end dobbelt så mange (8 pct.), der er døde i forhold til mænd i befolkningen generelt, og blandt de mænd, der har de tungeste indlæggelsesforløb, er 26 pct. døde, inden de fylder 49 år.

Det generelle billede, som vi her kort har tegnet af personer med en svær sindslidelse, viser, at gruppen af personer med en sindslidelse er en relativ svag og sårbar gruppe med få ressourcer. Fordi en sindslidelse ofte er svært invaliderende, er det heller ikke forventeligt, at denne gruppe kan klare sig lige så godt som den resterende ikke-sindslidende del af befolkningen.

Det er dog omvendt vigtigt at bemærke, at på trods af, at vi ser på personer i befolkningen, som har nogle af de allersværeste sindslidelser, så har en tredjedel blandt kvinderne børn, og ca. en tredjedel blandt kvinderne og en fjerdedel blandt mændene er i beskæftigelse. Endvi-

Der begås mere kriminalitet af folk med svære sindslidelser

Større dødelighed blandt folk med svære sindslidelser

Konklusion:
Personer med sindslidelser er mere sårbar gruppe

dere er det vigtigt at bemærke, at selv når vi ser specifikt på gruppen af personer med samme diagnose – her skizofreni – så er der store forskelle på dem, der har relativt lette sygdomsforløb og dem, der har relativt tunge sygdomsforløb. Mens gruppen, der har relativt lette indlæggelsesforløb på flere faktorer, ligner resten af befolkningen, så ser det mere dystert ud for gruppen af personer med meget tunge sygdomsforløb.

Jane Greve er seniorforsker og Ph.D. i økonomi. Ansat ved KORA og arbejder med kvantitative analyser inden for områderne sundhed, uddannelse og arbejdsmarkedet.

Resultaterne i nærværende artikel stammer fra bogen, Et liv i periferien – Levevilkår, behandling og samfundsdeltagelse blandt danskere med svære sindslidelser, udgivet af Rockwool Fondens Forskningsenhed og Syddansk Universitetsforlag i 2012.

Recovery

På vej mod en mere præcis model

I psykiatrien er begrebet »recovery« blevet et stadig mere centralt begreb de seneste 15 år. Det repræsenterer et nyt fokus på at hjælpe personer med en psykisk sygdom til at leve et så selvstændigt liv som muligt, og dermed nye mål for indsatserne i både behandlingspsykiatrien og kommunalt regi.

AF LENE FALGAARD EPLOV OG KLAVS SERUP RASMUSSEN

»At komme sig« - på engelsk kaldet »recovery« – kan føres tilbage til 1970'erne, og rummer et sammenløb af to vidt forskellige syn på psykisk sygdom. Den ene tilgang lægger vægt på resultatet, den anden på processen, hvorfor der også er to kategorier af recoverydefinitioner:

- **Klinisk recovery** er et fravær af symptomer, et forbedret funktionsniveau og vedvarende remission. Her arbejder man med klinisk objektive, generaliserede definitioner som er egnet til måling, fx af hvor mange der kommer sig og i hvilket omfang. Her anvendes ofte begreberne »fuldstændig«- og »social« recovery.
- **Personlig recovery** omhandler den unikke proces hos individet med en psykisk sygdom, hvor holdninger, værdier, følelser, mål, evner og/eller roller forandres frem mod, at den enkelte kan leve et tilfredsstillende, håbefuldt og bidragende liv - selv med de begrænsninger, som er forårsaget af sygdommen. Her arbejder man med individuelle subjektive definitioner, som søger at indkredse betydende elementer og virkningsfulde faktorer for den enkeltes recoveryproces.



To definitioner af »recovery«

Begge er brugbare begreber, men det er vigtigt at skelne mellem de to. Forskellen ligger i deres målsætninger, og dermed også for hvad der anses for at være en god behandling. I klinisk recovery arbejder man, som i de traditionelle tilgange, for at mennesker skal blive raske, dvs. komme sig fra en

sygdom. Den personlige recovery er primært socialt orienteret, og handler om at komme sig med - eller på trods af - lidelsen eller den krise man har været i, men her overlades det til den enkelte at vurdere sin situation.

Klinisk recovery

Opgør med »En gang psykisk syg, altid psykisk syg«

Klinisk recovery tager udgangspunkt i 30 års klinisk forløbsforskning, der, modsat beskrivelserne i mange psykiatriske lærebøger, har dokumenteret, at en stor andel af personer med svære psykiske sygdomme kommer sig helt eller delvist. Denne forskning har dermed gjort op med den tidligere kronicitetstankegang, der antog at »en gang psykisk syg, altid psykisk syg«.

I den kliniske tilgang skelnes der mellem fuldstændig recovery, som er et fravær af psykotiske symptomer og en tilbagevenden til det funktionsniveau, personen havde før sygdommen, samt social recovery, som er en økonomisk og bolig-mæssig uafhængighed og lav grad af social forstyrrelse, mens personen stadig godt kan have visse symptomer.

En person, som er kommet sig socialt, vil typisk være i stand til at forsørge sig selv og ikke være afhængig af andre, for at få dækket sine basale behov. Svarende til dette viser undersøgelser, at 30 pct. der får diagnosen skizofreni er fri for psykotiske symptomer to år efter debut, og at 20 pct. herudover kan betragtes som have kommet sig i den forstand, at de er i arbejde eller i uddannelse, ikke har symptomer, ikke har været indlagt det sidste år og er i stand til at bo i egen bolig.

Personlig recovery

Denne tilgang tager udgangspunkt i selve recoveryprocessen og udspringer fra nationale og internationale brugerorganisationer, der har taget principperne fra de somatiske handicaporganisationer til sig – herunder »The Independent Living Movement« i USA. Disse principper er efterfølgende skrevet ind i FN's Handicapkonvention.

Recovery som proces

Med fokus på recovery som et processuelt begreb ses recovery her som noget, man kan være i hele livet. Derfor har denne tilgang et stort fokus på at opnå kontrol over eget liv, selvbestemmelse og inklusion i samfundet. I forlængelse af Handicapkonventionens definitioner, ses det at komme sig, ikke kun som at mestre selve lidelsen. Det handler i lige så høj grad om hvilke begrænsninger i omgivelserne, som ikke er betinget af selve lidelsen, men som er følger af den. Følgerne er typisk fattigdom, isolation, arbejdsløshed, tab af håb, sociale roller, kortere levetid og traumatiserende oplevelser så som tvang og hospitalisering.

To forståelser af recovery: individet >< behandlingssystemet

Kampen om definitionsretten

Begge forståelser af recovery er vokset sideløbende frem, og har løbende påvirket hinanden. I dag lægger både klinisk og personlige re-

covery vægt på, at det at komme sig ikke er en proces, andre kan klare for én, da man så at sige ikke kan »recover« andre. Men her hører enigheden mellem de to tilgange også op. I den kliniske recovery er det fortsat behandlingssystemet, der vurderer den enkelte patients tilstand, hvorimod definitionsretten til eget liv, set med den personlige recovery's optik, ligger hos den, der har eller har haft en psykisk lidelse.

Dette har i sin yderste konsekvens stor betydning, ikke bare for forståelsen af hvad det vil sige at komme sig, men også for, hvad der skal til for at komme sig. I den kliniske tilgang er bedring og recovery grundlæggende en objektiv – og ofte lægefaglig vurdering – der kan kobles til behandlingsindsatser uafhængigt af den person, der har den psykiske sygdom. Omvendt er det den, der lever med en sindslidelse, der definerer, hvilken støtte der er behov for i den personlige recovery-proces. Denne forståelse åbner også op for at traditionelle mål, som at være fuldstændig fri for symptomer, ikke nødvendigvis er ønskværdige mål for den enkelte. Et eksempel på dette er stemmehørerbevægelsen, der sjældent har som målsætning at være fuldstændig fri for stemmer, men i stedet at skabe en meningsfuld relation til de stemmer man hører.

For så at sige at sikre at ejermændene til recovery forbliver den, der skal komme sig over det at have fået stillet en psykiatrisk diagnose, arbejder vi professionelle og brugere i dag med to begreber: »recovery« og »rehabilitering«, hvor rehabilitering refererer til de indsatser, systemet stiller til rådighed til personen, der kommer sig. Med andre ord er rehabilitering et samlet begreb for de indsatser, de professionelle udfører for at understøtte den enkeltes recoveryproces.

Progressionslogikken

Begge begreber har bidraget til at skabe en ny og mere håbefuldstilgang til mennesker, der rammes af en psykisk sygdom. Imidlertid bygger en stor del af de indsatser der eksisterer i dag – herunder den kliniske forståelse af recovery – på en indgroet idé om, at der skal være progression, gerne lineær, når en person kommer sig over en sygdom. Af samme grund er man først »rigtig« recovered, når sygdommen er overstået, og der er en fuld tilbagevenden til det funktionsniveau, man havde før sygdommen. Man skal med andre ord være rask, før det er helt godt.

Som følge af progressionstanken indrettes indsatserne ofte ud fra teoretiske fase-inddelinger, og selvom personlig recovery netop beskrives som værende en unik individuel proces, er denne også blevet gjort til genstand for forsøg på fase-inddelinger. Med udgangspunkt i en systematisk gennemgang af litteraturen på området kom en forskergruppe fx i 2011 frem til følgende fase-inddeling, som de dog påpeger ikke nødvendigt gennemleves lineært:

Indgroet idé om lineær progression

Fase-inddeling af recoveryproces

- Fase 1 er en periode med krise, hvor personen er overvældet men endnu uvidende om omfanget af sin sygdom.
- Fase 2 indebærer en bevidsthed om sygdom og et vendepunkt, hvor personen accepterer hjælp.
- Fase 3 indebærer at personen tror på, at det er muligt at komme sig, og har vilje til at komme sig.
- Fase 4 omfatter en genopbygning af personens liv og en start på vejen til bedring.
- Fase 5 involverer personlig vækst, forbedret livskvalitet og selvværd, integration i samfundet og at »leve ud over handicap«.

Tendensen til at se personlig recovery som en fortløbende progression gennem faser, hvor endemålet er at »det er overstået«, er måske ikke bare at gøre vold på tankegangen bag begrebet men i virkeligheden også misvisende, hvilket gør det vanskeligere at skabe de bedst mulige betingelser for den enkeltes recoveryproces.

I brugerforeningernes recoveryforløb er »ingen fremskridt, uden tilbageskridt« et af de udsagn, der arbejdes med. Her ses kriser ikke ses som et tilbagefald til et tidligere stadie, men som et led i en nødvendig læringsproces for at kunne mestre de vilkår der følger med psykisk sårbarhed.

Recovery som ren progression skaber barrierer

Så længe recovery forstås som en progression, der gerne skal være lineær, påvirker dette opfattelsen af alt – lige fra hvilke risici der er acceptable at tage for den enkelte, til behandlingssystemets, pårørendes og den enkeltes syn på sin aktuelle situation. En situation der må formodes at opleves som utilfredsstillende, indtil sygdommen er overstået.

De fleste der kommer sig – herunder en af forfatterne af denne artikel – ved godt, at man ikke kan blive »fri af sygdommen« eller »blive som før«, men at den efterfølgende sårbarhed og oplevelserne fra sygdomsperioden med tiden bliver en integreret del af tilværelsen. Sygdommen kan være nær eller fjern, man tales der om den, som noget der skal være bag en, skaber det blot barrierer. Derfor er det hensigtsmæssigt at finde en mere præcis model, der bedre afspejler recoveryprocesser.

Tosporsmodellen

Sorg-forskningens tosporsmodel: vekselvirkning fremfor faser

Inden for sorg-forskning er man i disse år ved at forlade fase-inddelingen af sorgprocessen og dermed forståelsen af, at mennesker gennemlever sorg i en løbende lineær proces. Hidtil har sorgprocesser været opfattet, som noget man »blev færdig« med, efter en person efter et vist tidsinterval kom ud på den anden side af sorgen.

I en ny model for sorgprocessen, kaldet »tosporsmodellen«, afvises forestillingen om, at sørgende gennemlever et ensartet forløb, hvor de bevæger sig lineært fra en fase til den næste, og hvor de professionelle

så at sige har en form for facitliste, som de kan krydse af i takt med den sørgendes progression.

Modellen er udviklet af de to hollandske forskere Margaret Stroebe og Henk Schut fra Utrecht Universitet og anerkender, at sorgprocessen er forskellig fra menneske til menneske, ved at disse processer ikke forløber på en bestemt måde og typisk viser sig med forskellig intensitet resten af livet. Modellens navn betegner de to spor, som den sørgende på skift befinder sig i efter tabet af en nærtstående. Det ene spor er det tabsrelaterede spor, mens det andet er et reetablerende spor. Andre anvender bl.a. udtrykkene »sorgens rum« og »livets rum«. Fælles er forståelsen af sorg som en kompleks og dynamisk proces, hvor den sørgende penduler mellem de to spor i tilpasningen til sin nye situation.

Centralt for modellen er, at der sker en vigtig vekselvirkning mellem på den ene side 'konfrontation med' og på den anden side 'undgåelse af' tabet, på samme måde som der i en recoveryproces sker både fremskridt og møder med sårbarheder.

Dynamisk fremfor lineær proces

En mere præcis model

Erfaringer fra udviklingen inden for sorg-forskning kan give et vigtigt bidrag til udviklingen af recovery-teorien. Tosporsmodellen peger i retning af, at recovery bedst forstås som en proces, der aldrig helt afsluttes, og kan måske med fordel inddrages, når der tilrettelægges (nye) indsatser i psykiatrien.

Tosporsmodellen kan bidrage til recovery-indsatser i psykiatrien

Forstås (den personlige) recoveryproces ud fra tosporsmodellen, er den rehabiliterende indsats afgørende, men i en form man som borger kan benytte, gå væk fra og vende tilbage til ved behov – og helt grundlæggende, at det er borgeren, der har mulighed for at definere sit behov. I den nuværende situation er indsatserne typisk baseret på, at de professionelle definerer både problemets karakter og opstiller mål for løsningen af det. *Mål der traditionelt tilrettelægges som en lineær progression.* Når det er tilfældet, tyder både ny viden og brugernes egne erfaringer med at komme sig på, at det kan forhindre, at brugerne får de indsatser, der er behov for, hvis egne mål skal nås – og den støtte, der kan gøre den største forskel i forhold til borgerens samlede livssituation.

Lene Falgaard Eplov er psykiater og forskningsoverlæge på Psykiatrisk Center København med forskningsområdet rehabilitering og recovery samt tværsektorielt samarbejde.

Klavs Serup Rasmussen er projektleder for satspuljeprojektet »Peer-støtte i Region Hovedstaden« og har ledet mange brugerdrevne recoveryprojekter med udgangspunkt i sin lange indlæggelse på Sankt Hans.

Det svære samarbejde om en sømløs indsats

– når behandlings- og socialpsykiatri mødes

Den regionale behandlingspsykiatri og den kommunale socialpsykiatri er forpligtede til at samarbejde om borgere berørt af psykisk sygdom, som modtager hjælp og støtte fra begge aktører. Men samarbejdet er ikke altid let, og praksis synes at være langt fra ambitionen om en sammenhængende og sømløs indsats.

AF DITTE LINDEHØJ JENSEN



Hjælpens kvalitet på tværs af sektorer afhænger af samarbejdet

Mange borgere der lever med psykisk sygdom kan få behov for behandling og støtte på tværs af region og kommune, og det er i disse tilfælde helt væsentligt for forløbet, at borgeren oplever indsatsen som velkoordineret og overskuelig. Men når hjælpen er fordelt mellem to sektorer bliver overskueligheden skrøbelig og samarbejdet afgørende for hjælpens kvalitet.

Kort fortalt har regionen ansvar for den behandlende psykiatriske indsats, herunder almen psykiatrisk praksis, distriktspsykiatriske centre, psykiatriske hospitaler og opsøgende teams. Mens kommunen har ansvar for socialpsykiatrien, som varetager den samlede sociale indsats før, under og efter psykiatrisk behandling, herunder eksempelvis bosteder, støttekontakt-personer, aktivitetstilbud med flere.

Det er hensigten at give borgere, der modtager hjælp og støtte fra flere aktører, oplevelsen af et sømløst forløb ved at koordinere samarbejdet ud fra en stafet-tankegang. Dette beskrives i de seneste års sundhedsaftaler, som har til formål at sikre sammenhæng i indsatserne på tværs af region, kommune og almen praksis. Dog har dette været svært at praktisere, hvilket også fremgår af den aktuelle sundhedsaftale for Region Hovedstaden og kommunerne i regionen:

*»... vi må også erkende, at den sektoropdelte opgaveløsning især ikke tilgodeser sårbare borgeres behov«
(Politiske visioner og mål for Sundhedsaftalen 2015-2018:6).*

Mange spørgsmål åbner sig, når behandlings- og socialpsykiatri skal samarbejde om at tilbyde borgeren et sammenhængende forløb. Hvem har retten til at definere fokuspunkter, hvem har ansvar for at løse hvilke opgaver, og er man ligestillede, eller må den ene part diktere den andens arbejde?

Med udgangspunkt i en erfarings- og vidensopsamling fra KORA¹ samt egne erfaringer som støttekontaktperson, vil der skabes et billede af de udfordringer, der ofte forekommer i samarbejdet mellem den regionale behandlingspsykiatri og den kommunale socialpsykiatri. Med inspiration fra interorganisatorisk analyse identificeres tre væsentlige brændpunkter, som refererer til tilbagevendende beklagelser ved samarbejdet mellem to sektorer². Nedenstående tre brændpunkter gør samarbejdet skrøbeligt og risikerer at efterlade borgeren i et uoverskueligt og forvirrende forløb.

Tre udfordrende
brændpunkter

1. brændpunkt: To organisationer om én indsats

De mange overlappende opgaver mellem behandlings- og socialpsykiatrien kan skabe stor usikkerhed, om hvem der gør hvad, og ikke mindst, hvem der *skal* gøre hvad. Usikkerhed om hvem der har ansvaret, for at borgeren tager sin medicin efter udskrivelsen, følger sideløbende behandling for misbrug, får søgt medicinbevilling, møder op til aftalen hos egen læge – blot for at nævne nogle eksempler. Der vil i de fleste forløb opstå store som små problemer, der skal løses, og hver gang er ansvaret for, hvem der skal tage sig af det, til diskussion. Dette frembringer også spørgsmålet om, hvorvidt den ene part har ret til at bestemme, hvad den anden part skal gøre. Behandlingspsykiatrien har, qua at det er et lægefagligt speciale, en højere rang i hierarkiet, blandt andet grundet en længere tradition for at dokumentere effekt videnskabeligt, men også af den simple årsag, at medicin betragtes som mere kompetent end pædagogik i samfundet. De socialpsykiatriske medarbejdere kan ofte føle, at de bliver påduttet arbejdsopgaver af medarbejdere i behandlingspsykiatrien. Modsat kan medarbejdere i behandlingspsykiatrien opleve, at de socialpsykiatriske medarbejdere forbeholder sig retten til at vide, hvad der er bedst for borgeren, da de grundet en hyppigere kontakt mener at kende borgerens behov bedst.

Hvem skal gøre
hvad? Hvem
bestemmer hvad?

Således bliver fordomme og unuancerede forestillinger om hinandens arbejde også en barriere i samarbejdet. Dette beskrives ligeledes i KORAs videns- og erfaringsopsamling om emnet:

»Det er et alment menneskeligt og organisatorisk fænomen, at forskellige grupper af mennesker italesætter hinanden i negative termer (...) Det handler om, at man primært forholder sig til den

lille del af virkeligheden, som man oplever at kunne kontrollere. Et sådan identitetsarbejde er i høj grad et aspekt af, hvad der foregår mellem social- og behandlingspsykiatri» (Johansen, Larsen, Nielsen 2012:19).

Brug af negative termer og gensidig beskyldninger

Et eksempel på »negative termer« er gensidige beskyldninger om, at der ikke løftes nok ansvar hos den anden part. En af de typiske beklagelser er, at man i behandlingspsykiatrien oplever, at socialpsykiatrien skulle gøre mere efter endt ophold på en psykiatrisk hospitalsafdeling. Socialpsykiatrien oplever ligeledes, at hospitalsafdelingerne udskriver for tidligt og ikke gør nok under indlæggelsen. Disse fordomme vil ofte opstå, når man ikke kender nok til hinandens arbejdsvilkår, og når begrundelser for forskellige tiltag og handlinger ikke kommunikerer til den anden part i samarbejdet.

2. brændpunkt: Samme tilgang og alligevel forskellig

De to organisationer er ofte tidligere blevet beskrevet som repræsentanter for to forskellige tilgange til forståelsen af psykisk lidelse; Er det en biomedicinsk tilstand, hvor patienten behandles ved diagnosticering og medicinering kombineret med psykoterapi, eller er det en bio-psyko-social lidelse, hvor borgeren med professionel støtte skal finde sin egen vej til recovery og dermed forbedre evnen til at fungere i eget liv og samfund.

Helt centralt i begge organisationer er tanken om recovery, hvor mennesket ses som et handlende individ, der har indflydelse på eget liv, og som påvirkes af omgivelserne. Der fokuseres på, at bedring altid er mulig, og på menneskets handlekraft til at forårsage denne bedring.

Forskellige vægtning af patientens sociale kontekst

Recovery-tanken er oplagt i socialpsykiatrien, hvor man ofte befinder sig i borgerens hjem eller på anden måde private sfære, og derfor må orientere sig meget omkring borgerens autonomi og præmisser. Der er således nogle rammer i socialpsykiatrien, hvor det er nødvendigt først og fremmest at forstå mennesket i sin sociale kontekst. Modsat er særligt hospitalspsykiatrien kendetegnet ved kortere forløb/indlæggelser, som primært har til hensigt at stabilisere patienten medicinsk, hvormed recovery tanken får en helt anden plads end i socialpsykiatrien. Patientens sociale kontekst har en meget mindre rolle i behandlingen under indlæggelsen, og bliver først nødvendig at inddrage, når patienten udskrives.

Distriktspsykiatrien praktiserer også meget opmærksomhed på medicin, men der fokuseres også på tilrettelæggelse af et rehabiliterende forløb for patienten med social færdighedstræning, psykoeducation og adfærdsterapi. Særligt har de opsøgende teams under regionen en tilgang meget lig socialpsykiatrien, da de også befinder sig i borgerens hjem, hjælper med praktiske opgaver i hverdagen og på mange måder har samme arbejdsopgaver som den kommunale støttekontaktperson.

3. brændpunkt: Manglende fokus på samarbejde

Et sidste, men ikke mindre væsentligt, brændpunkt er et manglende fokus på samarbejde – i begge sektorer – med eksterne aktører. Dette brændpunkt kan i sig selv være årsag til øvrige barrierer for samarbejde, og bliver dermed essentielt i forståelsen af, hvorfor praksis er så langt fra ønsket om en sømløs indsats.

Det manglende fokus på samarbejde er som praktiker nemt at finde eksempler på – overleveringer der går tabt, beslutninger der ikke drøftes, planer der ikke koordineres og informationer der aldrig når frem til den anden part. Dog kan der også findes eksempler på det modsatte, nemlig forløb hvor samarbejdet fungerer – oftest på grund af, at frontmedarbejderen med ansvar for forløbet prioriterer kommunikationen og koordineringen med den eksterne part.

Den sammenhængende indsats synes således at være afhængig af den enkelte medarbejders individuelle tilgang til det tværsektorielle samarbejde, hvilket resulterer i en noget ujævn kvalitet. Hvis dette skal undgås, må det først og fremmest prioriteres på ledelsesniveau at skabe en struktur, hvor samarbejdet fordres.

Der findes mange simple tiltag, som kan forbedre samarbejdet. Eksempelvis kan der planlægges kontinuerlige møder, hvor de medarbejdere, der aktuelt har borgere til »deling«, deltager. Det fælles møde giver mulighed for, at hvert enkelt forløb kan koordineres, forståelse og tilgang til borgeren kan afstemmes, opgaverne kan fordeles, og vilkår for den efterfølgende kommunikation kan aftales. Det kan også være befordrende i forhold til forståelse af den anden parts arbejdsbetingelser, og stereotype forestillinger kan således nuanceres med tiden.

I sundhedsaftalerne har der de seneste år også været fokus på, hvorledes »stafet-samarbejdet« kunne forbedres. Det fremgår eksempelvis i tidligere sundhedsaftaler, at al kommunikation skal foregå skriftligt, samt at der ved det enkelte forløb skal udpeges en koordinator fra både behandlings- og socialpsykiatrien, som således har ansvar for indsatsens sammenhæng³. Dog synes dette, blandt andre initiativer i de tidligere sundhedsaftaler, ikke at være blevet til virkelighed i praksis – faktisk kender mange medarbejdere slet ikke til disse aftaler mellem region og kommune.

Føromtalte viden- og erfaringsopsamling opsummerer at trods mange forsøg på at løse samarbejdsproblematikken (eks. i kraft af tiltag som patientforløbsprogrammer, samarbejdsaftaler, partnerskaber, case management m.fl.), så hævder ingen af disse metoder, at have fundet en endelig løsning på problematikken. Måske fordi problemet ikke ligger i, at de metoder vi allerede kender til nødvendigvis er forkerte, men fordi der ikke skabes en struktur, hvor metoderne kommer til deres ret – hvilket først og fremmest er en ledelsesopgave:

Mange eksempler på manglende samarbejde

Simple tiltag til forbedring

Problem når der ikke skabes struktur

»En stor del af litteraturen peger dog samme sted hen, når der skal søges en mulig forklaring på de fortsatte udfordringer (red. på samarbejdsproblematikken), nemlig på manglende ledelse eller opbakning fra ledelsen«
(Johansen, Larsen, Nielsen 2012:21).

Afrunding: Nytænkning af den sektoropdelte indsats

Uanset om forklaringen på at de sømløse forløb er så svære at praktisere findes i kulturelle barrierer mellem sektorerne, forskellige tilgange, manglende fokus på samarbejdet eller noget helt andet, så erkendes det i flere af de aktuelle sundhedsaftaler, at stafet-tankens ikke fungerer, og at der bør søges nye løsninger for at nå målet om en sammenhængende indsats for borgeren. Som fx beskrevet i aftalen mellem Region Hovedstadens og regionens kommuner:

Der bør søges nye løsninger for sammenhængende indsats

»Der er ønske om at afprøve nye organisatoriske løsninger med integrerede tilbud på områder inden for sundhedsaftalens visningsområder, hvor vi i dag har svært ved at tilgodese borgerens behov for udstrakt grad af koordination, samtidighed og fleksibilitet i indsatserne. Der er for disse områder behov for at flytte fokus fra samarbejdsaftaler og en stafetmodel hen mod fælles modeller med partnerskaber på tværs af sektorer og fagområder«
(Administrativ afdeling, Sundhedsaftalen 2015-2018:13).

Nytænkningen går i høj grad på at afprøve nye organisatoriske modeller for fælles mål, drift og samfinansiering på tværs af kommune, hospital og praksissektor, og kan dermed blive det første skridt mod et tilbud, hvor region og kommune sammensmeltes til én organisation.

Kommuner og regioner har stort ansvar for at løse samarbejds-vanskeligheder

Uanset hvad fremtiden bringer, så har region og kommune et stort ansvar for at løse disse samarbejds-vanskeligheder, således at mennesker med et særligt behov for et koordineret og sømløst forløb, ikke efterlades i et kaotisk udbud af hjælp.

Ditte Lindehøj Jensen er socialrådgiver og kandidat i socialt arbejde samt tidligere støttekontaktperson.

1 Tværsektorielt samarbejde i psykiatrien, Videns- og erfaringsopsamling, Katrine Schepelern Johansen, Jessica Larsen, Ann Nielsen, KORA – Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning, september 2012.

2 Seemann og Antoft 2002.

3 Evaluering af sundhedsaftalerne – sammenfatning og perspektivering, Sundhedsstyrelsen 2011.

Ministre: Arbejdsmarkedet er også for unge med sindslidelser

»Recovery« og »ressourceforløb« er nøgleord for at få unge sindslidende på vej i uddannelse eller job. Alle har ressourcer, der kan bruges, lyder meldingen fra både socialministeren og beskæftigelsesministeren. Men der er et stykke vej endnu. De seneste tal viser, at ud af små 9.466 igangsatte ressourceforløb siden 1. januar 2013 er kun 367 blevet afsluttet¹. Det er for tidligt at konkludere noget, lyder meldingen fra embedsmændene.

INTERVIEW MED SOCIALMINISTER MANU SAREEN OG BESKÆFTIGELSESMINISTER HENRIK DAM KRISTENSEN

»Udgangspunktet for det sociale arbejde skal altid være, at vi møder de unge som mennesker med ressourcer, muligheder og drømme – ligesom alle andre – og ikke som en diagnose.«

Sådan lyder meldingen fra den radikale socialminister Manu Sareen, når han bliver spurgt til unge sindslidendes muligheder for at få en uddannelse eller blive en del af arbejdsmarkedet.

Hans socialdemokratiske ministerkollega i beskæftigelsesministeriet, Henrik Dam Kristensen, er helt enig.

»Vores udgangspunkt er, at alle mennesker har ressourcer, der kan bringes i spil på arbejdsmarkedet.«

Ministrene er også enige om, at den såkaldte »recovery-tilgang« spiller en helt central rolle. Den henviser til den opfattelse, at mennesker med sindslidelser kan komme sig helt eller delvist ved at gennemgå en personlig proces, der tager afsæt i det enkelte menneske og kombinerer



Alle har ressourcer

Recovery-tilgangen spiller en central rolle

flere forskellige elementer, herunder psykologiske, sociale og økonomiske faktorer. Målet er, at den sindslidende får ændret sine praktiske, fysiske, sociale og personlige forhold i livet. Videnskabelige undersøgelser bekræfter recovery-tilgangens argument om, at mennesker med sindslidelser kan komme sig – og at flere kan komme sig helt. Blandt andet viser en undersøgelse, at 60 procent af de personer, der får diagnosen skizofreni, kommer sig.

Forskningen viser imidlertid også, at det primært er de borgere, der har et socialt netværk udenfor det psykiatriske system, som har de bedste muligheder for at arbejde sig ud af sygdommen og ind i livet og hverdagen. Værst ser det ud for de ensomme og isolerede.

Værst ser det ud for de ensomme og isolerede

»Recovery-tilgangen er helt central på socialområdet,« siger Manu Sareen og fortsætter: »Der er desværre mange med en alvorlig psykisk lidelse, som ikke gennemfører en uddannelse eller kommer i beskæftigelse, og det er et problem. Uddannelse og beskæftigelse er en vigtig platform for inklusion for de unge – både socialt og økonomisk«.

Der er afsat 410 millioner kroner

Unge med sindslidelser må ikke tabes på gulvet

Manu Sareen mener, at politikerne har en særlig forpligtigelse til at sikre, at unge med sindslidelser ikke tabes på gulvet.

»Det gør vi bedst ved at tilbyde de unge en hjælp, som tager udgangspunkt i deres samlede situation, eksempelvis i samarbejde med socialforvaltningen og jobcentret,« siger han til Social Politik.

410 mio. til rehabiliterende sociale indsatser

Han henviser til de 410 millioner kroner, som regeringen har afsat til rehabiliterende sociale indsatser på tværs af både det social- og sundhedspolitiske område.

»På den måde er vi med til at styrke indsatsen for mennesker med psykiske lidelser i kommunerne og regionerne. Pengene går blandt andet til at oprette tilbud til psykiske sårbare mennesker, så de får adgang til akut hjælp og social støtte,« siger han og fortsætter:

Borgeren tættere på arbejdsmarkedet

»Herudover har vi sat flere skibe i søen. Vi har igangsat forsøg med udgående teams til mennesker, der både har et misbrug og en psykisk lidelse. Meningen er at bringe borgerne tættere på arbejdsmarkedet«.

Beskæftigelsesminister Henrik Dam Kristensen supplerer:

»Den enkeltes ressourcer har været udgangspunktet for samtlige af regeringens arbejdsmarkedsreformer, herunder reformen af førtidspension og fleksjob. Vi har flyttet rundt på grundpillerne i beskæftigelsessystemet, så den enkelte ledige sættes i centrum for en indsats, der ser på det hele menneske og udvikler arbejds- evnen«.

Falliterklæring ikke at gøre en indsats

En af de helt konkrete dele af reformen af førtidspension og fleksjob er, at borgere under 40 år – herunder unge sindslidende – som udgangspunkt skal tilbydes et fleksjob eller en tværfaglig og sammenhængende indsats i et ressourceforløb fremfor automatisk adgang til førtidspension.

»Fokus på ressourceforløbene er, at arbejdsevnen bliver udviklet gennem en konkret og aktiv indsats. Den enkeltes mål i forhold til arbejde eller uddannelse skal altid være styrende for de aktiviteter, der sættes i gang«, siger beskæftigelsesminister Henrik Dam Kristensen.

Udvikle arbejds-
evne via aktiv
indsats frem for
førtidspension

Han mener, at der kun skal tilkendes førtidspension i de situationer hvor det – med hans egne ord – er »åbenbart formålsløst at forsøge at udvikle arbejdsevnen«.

»Det må der selvfølgelig ikke være nogen tvivl om,« siger han og fortsætter:

»Men når det er sagt, så synes jeg, at det vil være en falliterklæring at overlade mennesker med ressourcer og en drøm om arbejde til et liv med førtidspension eller anden offentlig forsørgelse uden en relevant aktiv indsats«.

Små 10.000 ressourceforløb siden 2013

De seneste tal fra Beskæftigelsesministeriet viser, at der i perioden fra 1. januar 2013, hvor reformen af førtidspension og fleksjob trådte i kraft, og til 31. december 2014 er påbegyndt 9.466 ressourceforløb fordelt på 9.361 mennesker.

Af disse er blot 367 forløb blevet afsluttet i tiden mellem 1. januar 2013 og 30. juni 2014. Den gennemsnitlige varighed for de afsluttede forløb er 109 dage.

Af de 367 afsluttede forløb er 46 procent endt med tildeling af førtidspension, mens 25 procent er endt med at personen fik et job eller anden selvforsørgelse. 4 procent er endt i fleksjob, 10 procent er endt

med en ledighedsydelse, 8 procent til kontanthjælp og 7 procent til »øvrigt forsørgelsesgrundlag«¹.

For tidligt at
konkludere ud
fra tal

Meldingen fra ministeriet er, at det er for tidligt, at konkludere noget på tallene – hverken negativt eller positivt. Det er heller ikke muligt endnu at danne sig et klart billede af den sociale og psykiske status hos de 367, der har gennemført forløbene.

Virksomhederne har et socialt ansvar

Af de 367 personer, der i løbet af det første halvandet år efter reformens starttidspunkt har gennemført et ressourceforløb, udløste 7 personer fleksjobbonus til den arbejdsgiver, som har ansat dem. Yderligere 7 personer er blevet forhåndsgodkendt til bonus.

Henrik Dam Kristensen mener, at virksomhederne har et ansvar – og en helt central rolle at spille.

Det kan ikke
lykkes uden
virksomhederne

»Uden virksomhederne kan det her ikke lykkes,« siger han.

»Analyser viser heldigvis, at mange virksomheder er klar og gerne vil tage et socialt ansvar. Vi ved også, at arbejdsmarkedets parter bakker op om, at netop virksomhederne skal have en central plads i indsatsen«.

Det får også konsekvenser for de enkelte kommuner, understreger han.

Kommunerne skal
tænke anderledes

»De skal til at tænke anderledes, når det kommer til indsatsen for udsatte borgere,« siger han og fortsætter: »Den enkelte sagsbehandler skal således kende det lokale arbejdsmarked og rette blikket mod virksomhederne; tage kontakt til dem og hjælpe med at finde plads til de medborgere, der har det allersværest«.

Målet: unge
sindslidende
kan leve et
selvstændigt liv

Ovre i Socialministeriet – 300 meter fra beskæftigelsesministerens kontor – sider Manu Sareen og håber, at recovery-tilgangen, ressourceforløbene, den nye kommunale tænkning og partnerskaberne med virksomhederne, kan bringe de unge med sindslidelser tættere på målet:

»At leve et selvstændigt liv«, som han siger.

Fakta: Recovery-tilgangen

I arbejdet med at få unge med sindslidelser i gang med en uddannelse eller ind på arbejdsmarkedet, spiller recovery-tilgangen en helt central rolle. Recovery er en proces med det formål, at mennesker med sindslidelser kan komme sig helt eller delvist.

De faktorer, der fremmer recovery, kan inddeles i tre²:

- *Individuelle faktorer*: Herunder borgerens aktive bidrag til processen og muligheden for at rekonstruere mening og perspektiv i livet efter sygdomsudbrud, samt borgerens oplevelse af håb for en bedre fremtid.
- *Relationelle faktorer*: Herunder betydningen af netværk, relationer til andre, arbejde og karakteren af det lokalområde man bor i.
- *Samfundsmæssige faktorer*: Herunder betydningen af institutionaliseringsgrad, økonomiske konjunkturer, levevilkår, materielle betingelser og kulturel kontekst.

Recovery-processen kan deles op i fire faser:

- Stabilisering I: Fokus på at få kontrol over symptomerne og formindskede lidelsen.
- Re-orientering: Udforskning af umiddelbare implikationer i forbindelse med sygdommen og af hvordan man kan vende tilbage til et meningsfyldt liv.
- Re-integration: Gendannelse af meningsfulde aktiviteter, sociale relationer og roller.
- Stabilisering II: Opretholdelse af en ønskværdig situation og begyndende rutiner i hverdagslivet.

Interviewet af Simon Kratholm Ankjærgaard, freelancejournalist og cand.scient.soc

Litteraturhenvisninger

- 1 Beskæftigelsesministeriet, BEU Alm. Del endeligt svar på spørgsmål 244, 10. april 2015
- 2 Socialstyrelsen. Om socialpsykiatri, recovery. Lokaliseret den 30. april 2015 på: <http://www.socialstyrelsen.dk/handicap/socialpsykiatri/om-socialpsykiatri/recovery>

SIND: De svageste kommer i klemme i reformer

Landsforeningen SIND ser et potentiale i både recoverytilgangen og ressourceforløb, men mener, at der er for stort fokus på at få de sindslidende klar til arbejdsmarkedet. De svageste kommer i klemme.



INTERVIEW MED LANDSFORENINGEN SINDS NÆSTFORMAND KRISTIAN BENNEDSEN

Der er mange positive aspekter ved både recoverytilgangen og ressourceforløbene, men de svageste sindslidende bliver ladet i stikken. Sådan lyder meldingen fra Kristian Bennedsen, næstformand i Landsforeningen SIND.

Der mangler fokus på dem, der ikke kommer sig

»Det er rigtigt godt, at der med recoverytilgangen er kommet større fokus på sindslidende og på muligheden for at komme sig, men der mangler et vigtigt fokus på den gruppe, der ikke kommer sig i tilstrækkelig grad – eller som slet ikke kommer sig,« siger han og fortsætter:

»En fjerdedel af dem, der gennemgår et recoveryforløb, kommer sig. Yderligere en fjerdedel kommer sig men med fortsatte symptomer. Og så er der den halvdel tilbage, der ikke kommer sig«.

Stor risiko for at komme i klemme

Der er stor risiko for, at netop denne halvdel kommer i klemme i systemet og bliver blæst omkuld af de politiske vinde – blandt andet fordi de efter reformen af førtidspensionen og fleksjobbene skal igennem de såkaldte ressourceforløb.

»Det er som sådan en god idé med ressourceforløbene, fordi de sætter personen i centrum og tilbyder en tværfaglig indsats, men der er i vores optik alt for stort fokus på arbejdsmarkedet,« siger Kristian Bennedsen.

»Og det går ud over de svageste grupper. De kommer i klemme i ressourceforløb, der fokuserer for meget på at få dem i uddannelse eller i job. For nogle kan det simpelthen betyde, at de får det psykisk dårligere,« siger han.

Landsforeningen SIND kritiserer reformen for at fokusere for ensidigt på at færre skal tildeles førtidspension. Organisationen er i stedet fortalende for et mere fleksibelt pensionssystem.

»For nogle af de svageste er vejen frem ikke at presse dem tilbage på arbejdsmarkedet men i stedet at give dem ro ved at tildele dem pension. Vi mener, at det skal være muligt at få pension i en afgrænset periode, eksempelvis i fem år, for derefter at tage det op til revision,« siger Kristian Bennedsen.

Mere fleksibelt pensionssystem

»Den gruppe af de allersvageste, der ikke er klar til at studere eller arbejde – og som vurderes ikke at være berettigede til førtidspension – får i stedet kontanthjælp eller ressourceforløbsydelse, der er meget lavere, men det hjælper ikke disse mennesker, at de får færre penge mellem hænderne. Tværtimod. De bliver stresset af den økonomiske sårbarhed og usikkerhed, det fører med sig. De bliver ikke raskere af det, men sygere,« siger han.

Interviewet af Simon Kratholm Ankjærgaard, freelancejournalist og cand.scient.soc

Retten til at blive rask

Handicapkonventionen forbyder diskrimination på grund af handicap, herunder i alle forhold vedrørende beskæftigelse. Alligevel diskrimineres mennesker med psykiske lidelser ofte – også selvom de er blevet helt raske. Diagnosen alene kan udelukke dem fra bestemte jobs og fra bestemte rettigheder.



AF KNUD KRISTENSEN

Klinisk forskning har for længst dokumenteret, at mange mennesker med psykiske lidelser kommer sig helt eller delvist. Selv mennesker med svære lidelser, som fx skizofreni, kan komme sig. Man skelner mellem fuldstændig recovery, som er karakteriseret ved fravær af symptomer samt en tilbagevenden til det funktionsniveau, personen havde før sygdommen, og delvis recovery, hvor der stadig kan være restsymptomer, men hvor personen kan opnå en økonomisk og bolig­mæssig uafhængighed og en lav grad af social forstyrrelse.

Selvom der stadig er mennesker, der forbliver syge i et omfang så tilstanden må betragtes som kronisk, er der altså flere og flere borgere, der efter en periode med psykisk sygdom, vil kunne vende helt eller delvist tilbage til en tilværelse på lige fod med andre.

Regeringens psykiatriudvalg slog fast, at der i højere grad skal fastholdes fokus på muligheden for at komme sig og have et aktivt liv med deltagelse i det »almindelige« samfundsliv.

Regeringen tog denne opfordring til sig, og i psykiatrichandleplanen fra maj 2014 siges det ganske klart, at den enkelte ikke skal mødes af et samfund, der ikke tror, at det er muligt at komme sig fra en psykisk lidelse og deltage aktivt i vores samfund.

Smukkere kan det næsten ikke siges.

Handicapkonventionen forbyder diskrimination

Handicapkonventionen indeholder et generelt forbud mod diskrimination på grund af handicap, og, i en række artikler, forbud mod diskrimination i forhold til ting som fx uddannelse, beskæftigelse og sundhed.

I forhold til arbejdsmarkedet har vi i Danmark en lov om forbud mod forskelsbehandling på grund af fx handicap. Loven forbyder en arbejdsgiver at forskelsbehandle medarbejdere eller ansøgere til ledige stillinger på grund af handicap.

Fokus på
mulighed for
deltagelse i det
almindelige
samfundsliv

Til trods for dette er der i regler – og ikke mindst i praksis – stadig en lang række barrierer, der forhindrer mennesker med en (tidligere) psykisk lidelse i at deltage på lige fod med andre.

Med god grund er der forskellige steder i love og regler indsat helbreds krav. Fx kan blinde fornuftigt nok ikke erhverve kørekort, og forsvarret kan udelukke handicappede fra aktiv tjeneste i de væbnede styrker.

Mennesker med en (tidligere) psykisk lidelse vurderes bare ikke på deres aktuelle funktionsnedsættelse. De udelukkes alene fordi de på et tidspunkt har fået stillet en diagnose.

Man kan ikke erhverve flycertifikat, man kan ikke adoptere, man kan ikke få kørekort uden betingelser, og man kan ikke blive politibetjent. Jeg har også hørt om problemer med at blive anerkendt som au pair og med at kunne fungere som bloddonor.

I relation til det ovennævnte forbud mod diskrimination er der to hovedproblemer. For det første vil ikke enhver funktionsnedsættelse lovligt kunne begrunde en rettighedsfortabelse. For det andet kan en ikke længere eksisterende funktionsnedsættelse ikke lovligt begrunde en rettighedsfortabelse.

Som nævnt ovenfor, er det både rimeligt og lovligt at nægte blinde at få kørekort; men hvor svagt skal synet være, for at man kan nægte en person ret til at føre bil? Svaret må være, at grænsen i hvert tilfælde skal fastsættes med et sagligt afsæt i fx hensynet til færdselssikkerheden. Er synsnedsættelsen så stor, at det må anses for at være uforsvarligt, at man kører bil, må man kunne nægte udstedelse af kørekort.

Hvis den blinde/svagtseende genvinder synet efter en operation, kan man naturligvis ikke opretholde forbud med erhvervelse af kørekort.

Diskrimination af mennesker med en psykisk funktionsnedsættelse

Men hvordan er det, hvis funktionsnedsættelsen er psykisk?

Her er problemet, at de regeludstedende myndigheder ikke har opdaget, at man kan komme sig (blive rask) efter en psykisk lidelse. Man er tilsyneladende heller ikke klar over, at funktionsnedsættelsen varierer meget fra person til person – og over tid.

Bl.a. på grund af denne uvidenhed afskæres man fra flere af de ovennævnte ting, hvis man har fået stillet en bestemt diagnose. Fx fremgår det af betingelserne for at blive optaget på politiskolen, at man ikke kan blive politibetjent hvis man lider af *eller har lidt af* en række psykiske sygdomme som fx depression, skizofreni, personlighedsforstyrrelser og ADHD.

På samme måde fremgår det af Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale forholdes vejledning om vurdering af adoptionsansøgeres fysiske og psykiske helbredsforhold, at *vedvarende* psykiske lidelser som skizofreni skal medføre afslag på adoptionsansøgning.

Barrierer for mennesker med psykisk lidelse

Vurderes ikke på aktuel funktionsnedsættelse

Man kan komme sig efter en psykisk lidelse

I Sundhedsstyrelsens vejledning om vurdering af helbredskrav til førere af motorkøretøjer hedder det, at man anbefaler kørekort med tidsbegrænsning, hvis man har fået stillet diagnosen skizofreni.

Som det fremgår af ovenstående eksempler, er der ikke tale om en konkret vurdering af funktionsnedsættelsen. Man afvises alene på grund af en stillet diagnose.

Det fremgår endvidere at Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale forhold (der i parentes bemærket er ansvarlig for at overvåge Danmarks overholdelse af Handicapkonventionen) og Sundhedsstyrelsen (der om nogen burde have opdaget, at man kan helbredes for skizofreni) fremturer med at udelukke borgere fra konkrete ting alene baseret på en (tidligere) diagnose. De to burde gå forrest i arbejdet med at afskaffe diskrimination af mennesker med (tidligere) psykiske lidelser.

Diagnoser kan ikke slettes – heller ikke når man er blevet rask

Diagnoser kan
ikke slettes

Et særligt problem er, at det i dag ikke er muligt at slette en diagnose. Har man fået stillet diagnosen, så klæber den sig, så at sige, til én resten af livet.

Man kan få ændret diagnosen til fx »skizofreni med fuld remission« (uden symptomer). Denne diagnose understreger, at man stadig er syg – men altså fri for symptomer. Det hænger ikke sammen med den nye viden om, at man faktisk kan blive rask (medmindre vi definerer rask som »uden symptomer«).

Hvordan stiller det borgere, der er kommet sig efter en psykisk lidelse?

Det enkle svar er, at det stiller dem dårligt. Selvom de er kommet sig fuldstændigt, har været symptomfrie i en længere periode og måske endda er holdt op med at tage medicin, så er der en række ting, de er udelukket fra.

Er det rimeligt? Det synes jeg ikke?

Er det lovligt? Formentlig ikke?

Som det fremgår af ovenstående, så har Danmark forpligtet sig til at forbyde enhver diskrimination på grund af handicap. At afskære et menneske fra fx at adoptere eller at få forlænget sit kørekort uden begrænsning *alene* med den begrundelse at han/hun for 15 år siden fik stillet en psykiatrisk diagnose, vil, efter min mening, være i strid med forbuddet imod diskrimination.

Konkret vurdering er ikke diskrimination

Vurder habilitet
i sammenhæng i
stedet for at ude-
lukke på forhånd

Mennesker med en psykisk funktionsnedsættelse skal naturligvis – som alle andre – tåle at få vurderet deres habilitet i en række sammenhænge. Men de skal ikke tåle at blive udelukket på forhånd og for tid og evighed, blot fordi de på et tidspunkt har lidt af en sygdom.

Jeg vil – som alle andre – nødtigt være passager i et rutefly, hvor piloten er psykotisk; men hvis den statistiske risiko for, at en tidligere psykisk syg får et psykotisk tilbagefald er mindre end risikoen for, at en helt rask pilot rammes af en psykose, så skal den tidligere psykisk syge vel ikke afskæres fra at kunne varetage jobbet.

Mennesker som på grund af en psykisk funktionsnedsættelse vurderes som værende uegnede til at være forældre, skal ikke kunne adoptere; men at afskære folk fra adoption alene på grund af en diagnose, er ikke rimeligt. Der er i øvrigt mange mennesker som lider af skizofreni, der selv får børn – og er glimrende forældre.

Et helt særligt forhold er uhyggeligt aktuelt. Efter de to skandalesager med psykiatere, der har fået frataget autorisationen på grund af fejlagnostiseringer og -behandlinger, opstår spørgsmålet: Hvad nu hvis diagnosen slet ikke var korrekt?

Heller ikke en forkert diagnose kan slettes fra journalen

En ny psykiatrisk undersøgelse mange år senere vil højst kunne godtgøre, at man i dag ikke opfylder betingelserne for den stillede diagnose, men gjorde man det for fx syv år siden? Det kan ingen med sikkerhed sige.

En sådan fejlagnostiseret borger er også afskåret fra at kunne få bestemte jobs, at kunne få fornyet kørekort, at adoptere osv. osv.

Sjovt nok var den nye viden om, at man kan komme sig et af hovedargumenterne for at ændre førtidspensionsreglerne, så unge under 40 år som udgangspunkt ikke skal kunne tilkendes førtidspension.

Vi må kræve, at retten til at blive rask kommer til at række længere end blot til at afskære en fra retten til førtidspension!

Knud Kristensen er cand.scient.pol., landsformand for SIND og medlem af Rådet for Socialt Udsatte

Fejlagnostiserede afskæres også

Lene Falgaard Eplov m.fl., »Psykiatrisk & psykosocial rehabilitering – en recoveryorienteret tilgang« Munksgaard Danmark 2010.

»En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser« Rapport fra regeringens udvalg om psykiatri, oktober 2013.

»Ligeværd – nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – en langsigtet plan« Regeringen, maj 2014.

»Konvention om rettigheder for personer med handicap« De Forenede Nationer,

Lovbekendtgørelse nr. 1349 af 16. december 2008 af lov om forbud mod forskelsbehandling på arbejdsmarkedet m.v. Loven er en implementering af RÅDETS DIREKTIV 2000/78/EF af 27. november 2000 om generelle rammebestemmelser om ligebehandling med hensyn til beskæftigelse og erhverv.

Vejledning nr. 10369 af 27/12/2014 om vurdering af adoptionsansøgers fysiske og psykiske helbredsforhold.

Vejledning nr. 9584 af 10/10/2013 om vurdering af helbredskrav til førere af motorkøretøjer

Hvem skal passe farbror?



AF LISA HOLMFJORD,
FORKVINDE DANSK
KVINDESAMFUND

I år er det 100 år siden, danske kvinder fik valget og dermed politisk indflydelse. Vores unikke velfærdsstat begyndte langsomt at tage form, og efter 2. verdenskrig gik udviklingen hurtigt. Velfærdsstaten voksede proportionalt med højkonjunkturen i 60'erne, hvor kvinderne for alvor indtog arbejdsmarkedet. Samfundets forventning var ikke længere, at kvinden var familiens omsorgsgiver men en erhvervsaktiv borger. Dermed blev fundamentet for vores kvindevenlige velfærdsstat grundlagt. Et velfærdssystem, som i stor udstrækning frigjorde kvinden fra familien og de daglige forpligtelser over for børn, syge og ældre familiemedlemmer. Staten klarede omsorgsfunktionen, byggede daginstitutioner, plejede de syge og skrøbelige og skaffede hjemmehjælp og plejehjem til de gamle.

Men det kvindevenlige velfærdssystem er kommet under pres. Økonomi og uberettiget krævementalitet får skylden, når politikerne fortæller os, at der skal findes en ny bæredygtig model for fremtidens velfærdssamfund. Retorikken er klar – den enkelte skal påtage sig et større privat ansvar.

Naturligvis kan vi ikke lade stå til og bruge penge, vi ikke har. Vi må løfte i flok. Men trækker vi det offentlige omsorgstæppe væk under familien, vil det i overvejende grad være kvinden, der står med omsorgsforpligtelsen. For når

den ældre ikke modtager hjemmehjælp, når den syge sendes for tidligt hjem fra hospitalet, når distriktspsykiatrien ikke fungerer, når daginstitutionen bliver ved med at skære, hvem er det så, der påtager sig et større privat ansvar? Det er oftest en datter, en søster, en mor. For arbejdsfordelingen i familien er desværre stadig skæv.

Opbygningen af velfærdsstaten har været med til at sikre en høj grad af samfundsmæssig lighed mellem kønnene, men den har ikke ændret synderligt på den kønsbestemte ulighed ved arbejdsfordelingen i familien. Vælger vi at lem-læste vores velfærdssystem med nedskæringer, er vi derfor også nødt til at italesætte konsekvenserne.

Vi kommer ikke uden om at skulle omfordele goderne for at sikre et bæredygtigt og trygt velfærdssamfund. Men vi må nødvendigvis finde en løsning, der ikke uhæmmet vælter omsorgsforpligtelsen over på kvinderne igen. Det vil være et trist tilbageskridt her i 100-året, hvor vi netop fejrer den demokratiske milepæl, der var startskuddet til det velfærdssamfund, vi kender i dag.



Bidrag til »Magtens socialpolitiske top 100«

Socialpolitisk Forening / Social Politik er i gang med at udarbejde en »Magtens top 100« med de mest magtfulde **socialpolitiske** aktører. Resultatet vil fremgå af Social Politik nr. 5 senere i år.

Formålet med magtanalysen er at lægge op til kritisk debat, da vi mener, at det er vigtigt at belyse hvilke personer og positioner, der former dansk socialpolitik. Resultatet af magtanalysen vil blive offentliggjort via diverse medier og fungere som grundlag for et dyberegående temanummer af Social Politik om magten i socialpolitikken. Vi forventer også, at landets medier vil vise interesse. Formålet er altså ikke alene listen – men i høj grad den kritiske debat om magten i socialpolitikken.

Kom med dit bidrag på de mest magtfulde socialpolitiske aktører ved at gå ind på:

www.socialpolitisk-forening.dk/magtanalyse

– **senest den 15. juni** og skriv de navne du mener, har størst indflydelse på dansk socialpolitik og deltag samtidig i konkurrencen om 3 x 3 rødvin og 10 års-abonnementer på Social Politik.

Dit bidrag vil indgå i bruttolisten over de mest magtfulde socialpolitiske aktører, hvorefter et magtpanel, som er et ekspertudvalg nedsat af redaktionen, vil bedømme aktørernes placering på baggrund af parametrene: Formel position, egen indsats, faglig dygtighed, personligt netværk og gennemslagskraft i offentligheden. Magtanalysen er inspireret af »Dagens Medicin« tilsvarende årlige undersøgelser og bygger på tilsvarende metoder.

På forhånd mange tak for dit bidrag!

Anmeldelse af Benny Lihme (red.): Det sociales betydning for mennesker med sindslidelse



AF CAND.SCIENT.SOC. &
DIPL.KRIM., REDAKTØR
MARTIN FJORDING

Siden psykiatriens etablering som en medicinsk disciplin i slutningen af 1800-tallet og særligt op igennem 1900-tallet, har det med varierende, men særligt siden 1960'erne, stigende styrke været diskuteret, hvad sindslidelser er, hvad årsagerne er, og ikke mindst hvordan vi som samfund bedst kan hjælpe mennesker med sindslidelser.

En ny bog med titlen *Det sociales betydning for mennesker med sindslidelse*, redigeret af Benny Lihme, føjer sig til som seneste indslag i denne diskussion med lange historiske rødder. Mange vil vide, at Benny Lihme stiller sig meget kritisk overfor synet på mennesker med sindslidelser som biologisk-medicinsk forankret. I hans indledning til bogen samt indledende kapitel (historisk rids over psykiatriens udvikling til socialpsykiatri) fornægter den særlige 'Benny Lihmske' både vidende men også polimiserende stil sig da heller ikke. Præmissen lægges klar: »Psykiatriens opgave er som i andre lægelige discipliner at helbrede sygdom og ikke vedligeholde den eller endog skabe nye iatrogene (lægeskabte) lidelser. Paradokset er til at tage og føle på: jo mere psykiatrisk behandling, jo flere psykisk invaliderede mennesker og ny-

psykiatriserede«. Med andre ord: psykiatri, eller måske rettere arbejdet med mennesker med sindslidelser, skal være socialt forankret, ikke medicinsk – sidstnævnte gør blot ondt værre.

Og rigtigt er det, at psykiatrien, som indlejret i et medicinsk og lægefagligt syn på sindslidelser, ikke altid har været til de sindslidendes bedste. Manglen på forståelse af det sociales betydning i psykiatrien kan man fx få vished om ved at læse *Psykiatriens historie i Danmark* fra 2008, hvor dette område glimrer ved dets fravær. Dog kan man også i selvsamme *Psykiatriens historie* forvise sig om det lægefaglige felts betydelige indsats i at hjælpe og forbedre situationen for mennesker med sindslidelse, særligt de svære af slagsen – på godt og på ondt.

At *Det sociales betydning* på denne måde kan ses som et partsindlæg i en fortløbende diskussion, er der i sig selv ikke noget galt med. Men det støder mod præsentationen af bogen som en lærebog, hvilket jeg ikke ser bogen som, særligt da den indholdsmæssigt også har nogle mangler. Til en start defineres og afgrænses 'det sociale' for eksempel ikke eksplicit. Som et andet eksempel savner jeg begrebet 'tillid' stringent inddraget og udfoldet i kapitlet om udviklingsstøttende relationer – og ikke blot som et biprodukt af en god relation. Fx med Niklas Luhmanns bog om tillid som mekanisme til reduktion af social kompleksitet

fra 1968, kan man forvise sig om tillidens centrale betydning i en psykosocial henseende. Endvidere er der rundt om pointer, der introduceres, men som ikke landes ordentligt (eksempelvis omkring usamtidigheden (s. 39 ff.) eller hvordan det konkret forholder sig i relation til handicapkonventionen og tvangsbehandling i dansk psykiatri (s. 59)). Sidst er der udeladelserne: fx er børn og unge ikke særskilt omtalt (ADHD-problematikken er her oplagt; spiseforstyrrelser ligeså); noget omkring kriminalitet og strafferet samt de problematikker der knytter sig hertil, ville jeg også savne, hvis det var en egentlig lærebog.

Men ser man bort fra dette og i stedet ser bogen som et fagligt kvalificeret partsindlæg, må man til det sige: hvilket partsindlæg! I første halvdel er der gode kapitler om psykosociale indsatser, udviklingsstøttede relationer og faglighed som social deltagelse, der lægger fint op til de to praksisbeskrivelser, et om botilbuddet Orion og et om Muhabet. Muhabet, der fik Tine Bryld Prisen 2014, er værested for psykisk syge med anden etnisk baggrund end dansk – et værested der er baseret på *gæstebuddet* som bærende princip. Det ville her have været interessant at få 'gæstebuddets sociologi' foldet ud, snarere end den lidt traditionelle (rituelle?) gennemgang at de teoretiske, metodiske rammer. Gæstebuddet er nemlig såre interessant som nyt indslag i sociale indsatser, der ganske givet også kan bruges i arbejdet med andre udsatte grupper.

Endvidere er der en fin drøftelse (og reflekteret anbefaling) af brugen af medarbejdere med brugerbaggrund samt ikke mindst en interessant artikel om akuttilbud til mennesker i psykisk krise.

Artiklen om penge og psykisk sundhed af Alain Topor må dog siges at være bogens absolut bedste. For det første fremdrages et generelt problem, nemlig fattigdommens betydning for mennesker med sindslidelser og da ikke mindst omgivelsernes reaktion. Dette er i sig selv en særdeles relevant diskussion, hvor der bl.a. fremdrages den slående lighed i 'symptomer' hos fattige mennesker med sindslidelser med de almindelige attituder og adfærd, der kan iagttages hos mennesker kun præget af økonomisk fattigdom. Fx social isolation, der hos den diagnosticerede ses det som et udtryk for sygdommen. Hos den fattige derimod ses det som en almindelig, nogle gange nødvendig coping-strategi – at være social koster nogle gange penge. Men hos Topor flettes det elegant sammen med kritisk drøftelse af årsager til psykiske lidelser, og ikke mindst fattigdom og mikroøkonomi som årsag til psykisk lidelse. Topor argumenterer overbevisende for, at psykiatriens adskillelse af sindslidendes adfærd fra deres sociale og eksistensielle vilkår, understøtter »en tilbøjelighed til at anskue de normer og den adfærd, der ikke stemmer overens med psykiatriens normalitetsstandarder, som tegn på sygdom«.

Selvom jeg ikke ser bogen som en egentlig lærebog, er det dog ikke det samme som at bogen ikke med fordel kan bruges på både de socialfaglige og sundhedsfaglige uddannelser. Som partsindlæg i debatten er bogen et velskrevet og relevant indlæg, der samlet set er et solidt bidrag, der understreger og påviser nødvendigheden af sociale tilgange i arbejdet med mennesker med sindslidelser – hvis der for alvor skal rykkes noget.

Nordisk ICSW-møde i København 6. februar 2015

Deltagere fra ICSWs nordiske medlemmer mødtes for at drøfte særlige nordiske initiativer og samarbejde.



**AF ANNE LISE MURAKAMI
OG OLE MELDGAARD**

Med deltagelse af Heikki Parviainen (Finland), Eva Holmberg-Herrström, Leif Öberg Sverige, Njål Petter Svensson, Solveig Askjem (Norge), Annelise Murakami, Bjørn Christensen og Allan Bærentzen (Danmark), blev der afholdt et heldagsmøde hos Socialpolitisk Forening.

Det nordiske ICSW samarbejde

Samarbejdet i ICSW blev drøftet. Der er bred enighed om, at det nordiske samarbejde, deltagelse og vidensdeling er afgørende i forhold til ICSWs arbejde. Det blev aftalt at de skandinaviske medlemmer vil mødes en gang årligt og drøfte og koordinere fælles interesser og aktiviteter.

Følgende aktiviteter, som finder sted i løbet af 2015, blev drøftet:

Norge

Nordisk vidensdatabase om socialt arbejde i et samarbejde mellem nordiske

fagforeninger og praktikere. Der er allerede afholdt et møde i den sammenhæng den 17. april. Såvel som: Et nordisk seminar om samarbejdet mellem de sociale myndigheder og arbejdet med udsatte børn og familier.

Der bliver i årets løb afholdt et ekspertseminar herom.

Sverige

Et studie af effekterne af udlicitering af offentlige ydelser i den offentlige sektor i samarbejde med de øvrige nordiske lande.

Et seminar herom finder sted den 21. maj 2015 i Stockholm.

Finland

Heikki Parviainen (Finnish Society for Social and Health/SOSTE) ICSW Finland afholder et ekspertseminar om Social Investering Helsinki den 9. juli. I forlængelse heraf afholdes ICSWs generalforsamling den 10. juli 2015.

Danmark

Som en opfølgning på det Europæiske Kritiske Sociale Forum i marts 2014, med afholdelse af konference om menneskerettigheder, medborgerskab, working poor og radikaliserings og december 2014 udgaven af Social Politik om sociale og økonomiske rettigheder planlægger In-

ternationalt Udvalg (ICSW Danmark) at afholde endnu et Europæisk Kritisksocialt Forum med særligt fokus på menneskerettigheder, vilkår for medborgerskab og minimumsrettigheder (social protection floors) i efteråret 2015.

De fire skandinaviske medlemmer af ICSW er optagede af forskellige aspekter indenfor socialpolitik, som alle tager afsæt i at ville medvirke til at sikre menneskers (minimums)rettigheder på forskellig vis.

Lad dine erfaringer med socialt arbejde og udvikling inspirere til handling! – Del dem på www.ENSACT.com

ENSACT¹ søger bidragsydere: praktikere, undervisere og beslutningstagere til at dele deres projekter, indsatser og erfaringer med **socialt arbejde og udvikling** i forbindelse med temaet »Promoting the Dignity and Worth of Peoples« til dette års European Observatory. Formålet er et indsamle materiale og analysere indsatser på området til at synliggøre, promovere og inspirere til endnu mere handling! Analysen bliver forestået af Kerstin Svensson fra Lunds Universitet. Resultaterne af analysen vil fremgå i European Observatory rapport, formidles af ENSACTs samarbejdspartnere og bruges som input på »Joint World Conference on Social Work«.

Så del dine fortællinger om dine indsatser med socialt arbejde og udvikling, og vær med til at oplyse og inspirere til, hvad man som individ kan gøre for at udvikle og bygge et »samfund for alle«, hvor menneskets værdighed står i centrum. Indlægget indsendes via følgende hjemmeside: www.ensact.com. Deadline er den 31. august 2015.

Socialpolitisk Forening deltager i ENSACTs arbejde i kraft af vores medlemskab af ICSW². Medlemmer af ENSACT har siden 2007 arbejdet sammen om at fremme menneskerettigheder og men-

neskerettighedsbaserede tilgange i socialt arbejde, uddannelse til socialt arbejde og socialpolitik på lokalt, nationalt, regionalt og globalt niveau. Vi deltager sammen med:

- European Association of Schools of Social Work EASSW – www.eassw.org
- European association of training centres for socio-educational care work FESET – www.feset.org
- International Federation of Educative Communities FICE Europe – www.fice-inter.net
- International Council on Social Welfare ICSW Europe – www.icsw.org
- International Federation of Social Workers IFSW Europe – www.ifsw.org
- PowerUs, service users in social work learning partnership – www.powerus.info
- Social Work and Health Inequalities Network SWHIN – <http://www2.warwick.ac.uk/study/cll/research/swhin/>

1 The European Network for Social Action

2 International Council on Social Welfare

**Større bevil-
linger:
Hver gang
psykiatrien
har fået én
ekstra krone,
så har det
somatiske
sundheds-
væsen fået
knap 17 kr.
i perioden
2001-2012**



*Valgkampe forgår, den langsigtede indsats
for at skabe lighed i sundhed og
behandling består.*

Læs mere på www.sind.dk/politik



SOCIALPOLITISK FORENINGS ORGANER**Formand**

Robert Olsen, Kofoeds Skole

Landsstyrelsen

Louise Dülch Kristiansen,
 Dansk Socialrådgiverforening
 Mads Engholm, cand.scient.anth.
 Ove Lund, formand for Socialpolitisk Forening
 Hovedstaden
 Rasmus Hangaard Balslev, fællestillidsrepræsentant
 i Kbh Kommune
 Ole Rissgaard, SIND
 Mikkel Warming, 3B / (E)
 Lotte Andersen, Professionsskolen Metropol
 Anne Sofie Bøjrup Jørgensen, cand.soc

Internationalt udvalg

Annelise Murakami, formand
 Bjørn Christensen

Rasmus Christensen
 Marianne Skytte
 Ole Hammer
 Ole Meldgaard
 Helle Strauss, obs. (IASSW)
 Rene Meyrowitsch, obs. (OMEPE)
 Lars Steinov, obs. (AIEJE)
 Amina Giasso

Socialpolitisk Råd

Lisbeth Zornig Andersen, Huset Zornig
 Lasse Bjerg Jørgensen, BUPL
 Christian Sølyst, LO
 Majbrit Berlau,
 formand for Dansk Socialrådgiverforening
 Jette Høy, FTF
 Ayan Mona Musse, LAFS
 + Landsstyrelsen og formændene fra lokalforeningerne

LOKALFORENINGER**Socialpolitisk Forening Hovedstaden**

Formand Ove Lund, ovelund@raastof.dk

Socialpolitisk Forening Lolland og Falster

Kontakt post@socialpolitisk-forening.dk

Socialpolitisk Forening Nordjylland

Formand Lars Abildgaard, lars.abildgaard@stofanet.dk

Socialpolitisk Forening Sydvestjylland

Kontakt post@socialpolitisk-forening.dk

Socialpolitisk Forening Viborg

Kontakt post@socialpolitisk-forening.dk

Socialpolitisk Forening Aarhus

Formand Viggo Jonassen, viggjonassen@gmail.com

Socialpolitisk Forening FynFormand Jesper Kinch Jensen,
kinchjensen@gmail.com**SOCIAL POLITIKS REDAKTION**

Matilde Høybye-Mortensen (ansv.) maho@kora.dk
 Peter Bundesen peter.bundesen@cdnet.dk
 Preben Etwil meyland@adslhome.dk
 Nina Særkjær Olsen n_olsen@hotmail.com
 Anna Diana Møller nordisk.anna@gmail.com

Tanja Dall tada@phmetropol.dk
 Martin Fjording maf@firkant.net
 Nina Bach Ludvigsen ninabachludvigsen@gmail.com

**SOCIAL
POLITISK
FORENING****Hvad er Socialpolitisk Forening?**

Socialpolitisk Forening samler aktive mennesker, foreninger og organisationer på tværs af faggrænser og politiske skel, for at debattere aktuelle socialpolitiske spørgsmål. F.eks. stigende fattigdom blandt børn og voksne, øget arbejdsløshed, straf og resocialisering og børn og unges mistrivsel. Sammen søger vi at finde nye veje og løsninger på vitale samfundsproblemer.

9.-10. JUN.

ICSW Expert Seminar on Social Investments and ICSW General Assembly

University of Helsinki Main Building, Unioninkatu 34



12. JUN.

Stop Fattigdom Nu på Folkemødet 2015

En dansk socialreform i et europæisk perspektiv

Fredag den 12. juni. Sted: Lindeplads

Program:

11.45 – 13.00 Fattige fortællinger

13.00 – 14.00 Kommunal eller frivillig hjælp – Hvor går grænsen?

15.00 – 16.00 En ny socialreform med mennesker og faglig viden i centrum

16.00 – 16.45 Et rummeligt arbejdsmarked



26. AUG.

Landsstyrelsesmøde

Ordinært møde



31. AUG.

Redaktionsmøde

Ordinært møde med behandling af temaforslag 2016



16. SEPT.

IU / ICSW Danmark møde

Ordinært møde



25 SEPT.

Møde i Socialpolitisk Råd

Ordinært halvårligt møde



OKTOBER

European Critical Social Forum

Human rights, Social Protection Floor and Citizenship

Med støtte fra Europeanævnet og ICSW. Arrangementet er under planlægning.



5.-6. NOV.

ICSW-konference

Social Protection Floor & Board Meeting, Helsinki, v/ IU

