



**BÆREDYGTIG BESKÆFTIGELSE
FOR PSYKISK UDSATTE
BORGERE EN**

**STRATEGISK ANALYSE AF DILEMMAER
OG POTENTIALER**

Agreement number: 2015-1-UK01-KA204-013821

www.equilcoproduction.eu



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Partnere



Koordinator
Merseyside Expanding Horizons
www.expandinghorizons.co.uk
Storbritannien



Mersey Care NHS Trust
www.merseycare.nhs.uk
Storbritannien



Accion Laboral
www.accionlaboral.com
Spanien



MhtConsult
www.mhtconsult.dk
Danmark



CESIE
www.cesie.org
Italien



Zorgvragersorganisatie GGZ Midden Holland
www.zogmh.nl
Holland

Equil partnerne giver dig tilladelse til frit at anvende disse publikationer uden begrænsninger. Vi håber, de kan være til nytte i undervisning og træning mv. Hvis du bruger vores værktøjer, vil vi dog venligst anmode om, at du henviser til Equil projektet. Vi vil også gerne høre, hvordan du anvender værktøjerne: info@expandinghorizons.uk



INDHOLD

1.	4
INTRODUKTION	4
1.1 BAGGRUND FOR EQUIL PROJEKTET	4
1.2 FORMÅL OG METODISK TILGANG I EQUIL	5
1.3 EQUILS STRATEGISKE ANALYSE	6
2.	8
FORSKELLE OG LIGHEDER	8
– ET KORT OVERBLIK OVER EU STRATEGIER	8
2.1 INTRODUKTION	8
2.2 OVERSIGHT OVER RAMMER OG STRATEGIER I STORBRITANNIEN	8
2.3 OVERSIGHT OVER STRATEGIER I ITALIEN	14
2.4 OVERSIGHT OVER STRATEGIER I SPANIEN	16
2.5 OVERSIGHT OVER RAMMER OG STRATEGIER I DANMARK	20
2.6 OVERSIGHT OVER RAMMER OG STRATEGIER I HOLLAND	22
3.	24
BÆREDYGTIGE BESKÆFTIGELSESTILTAG	24
– NOGLE STRUKTURELLE DILEMMAER	24
3.1 INTRODUKTION	24
3.2 DILEMMA: OPDELTE SYSTEMER GIVER FRAGMENTERET SERVICE	25
3.3 DILEMMA: DÅRLIG SAMMENHÆNG MELLEM LOVGIVNING OG PRAKSIS	26
4.	28
BÆREDYGTIGE BESKÆFTIGELSESTILTAG	28
– NOGLE ORGANISATORISKE DILEMMAER	28
4.1 INTRODUKTION	28
4.2 DILEMMA: ORGANISATORISKE SILOER BYGGER MURE MELLEM SERVICES	29
4.3 DILEMMA: PARALLELE SYSTEMER FØRER TIL RELATIONEL FORVIRRING	31
4.4 DILEMMA: BEHOV TID OG RETNING I RECOVERYPROCESSEN – MEN FOR MANGE AFBRUD FORSTYRRER KONTINUITETEN	32
4.5 DILEMMA: BEHOV FOR RESOURCER – MEN UTILSTRÆKKELIG INDDRAGELSE AF FRIVILLIGE AKTØRER	32
5.	36
BÆREDYGTIGE BESKÆFTIGELSESTILTAG	36
– NOGLE METODISKE DILEMMAER	36



5.1 INTRODUKTION.....	36
5.2 DILEMMA: BEHOV FOR FÆLLES TILGANG – MEN UTILSTRÆKKELIG JOBTRÆNING	37
5.3 DILEMMA: BEHOV FOR FØRSTEHÅNDSVIDEN – MEN UTILSTRÆKKELIG INDDRAGELSE AF PERSONER MED LEVET ERFARING	39
6.	41
BÆREDYGTIGE BESKÆFTIGELSESTILTAG	41
– NOGLE HOLDNINGSMÆSSIGE DILEMMER.....	41
6.1 INTRODUKTION.....	41
6.2 DILEMMA: INTERAKTIONEN MELLEM BEHOV OG ANGST FOR JOBINTEGRATION	42
6.3 DILEMMA: BEHOVET FOR ADGANG TIL ARBEJDE OG MANGLEN PÅ RÅDGIVNING FOR ARBEJDSGIVERE OG KOLLEGAER I ARBEJDSMILJØER.....	44
7.	47
SAMSKABELSE OG SAMPRODUKTION	47
- TIL AT HÅNDTERE UDFORDRINGER	47
7.1 INTRODUKTION.....	47
7.2 SAMPRODUKTION – HVAD ER NYT?	47
7.3 SAMPRODUKTION OG SAMSKABELSE – SUPPLERENDE TILGANGE	49
7.4 SAMPRODUKTION I PRAKSIS – NOGLE EKSEMPLER.....	50



1.

INTRODUKTION

EQUIL er et strategisk partnerskabsprojekt, delvist finansieret af EU Kommissionen under Erasmus+ Programmet i 2015-2017. I projektet samarbejder partnerorganisationer fra fem EU lande om udvikling og afprøvning af nye metodiske tilgange og værktøjer til at forbedre beskæftigelsesmuligheder for borgere med psykisk sårbarhed og psykiske lidelser.

1.1 BAGGRUND FOR EQUIL PROJEKTET

“En forudsætning for en styrket indsats er en ny holdning og tilgang til mennesker med psykiske lidelser. Mennesker med psykiske lidelser må ikke opfattes som ”værende sin lidelse”, men skal først og fremmest mødes som mennesker, der – som alle andre – har forskellige ressourcer, muligheder og problemer, og en psykisk lidelse. Det er væsentligt, at mennesker med psykiske lidelser ikke som udgangspunkt ses som kronisk syge. Derfor skal indsatsen i højere grad have fokus på mulighederne for at komme sig og have en almindelig hverdag med uddannelse eller arbejde. De mange nye behandlingsmuligheder, og udviklingen i de kommunale indsatser, gør det i stigende grad muligt for mennesker med selv sværere psykiske lidelser at komme sig, og have et aktivt og deltagende liv. Dette stiller samtidig krav om højere faglig kvalitet, i såvel den regionale psykiatri, i praksissektoren, som i den kommunale indsats på sundheds-, social-, beskæftigelses-, og uddannelsesområdet”¹

EQUIL projektet har sin oprindelse i den generelle udvikling indenfor både det professionelle område samt hverdagslivet, hvori et stort og voksende antal EU borgere har psykiske lidelser og sårbarhed. Dermed er EQUIL udviklet på baggrund af initiativer der er implementeret i de seneste år i en EU kontekst, rettet mod at forbedre den økonomiske, sociale og personlige situation for borgere i denne overordnede målgruppe. For eksempel inkluderer dette den **Europæiske platform mod fattigdom og social udstødelse**, som er en del af EU 2020 Strategien. Andre eksempler er **Den europæiske pakt for mental sundhed og trivsel fra 2009** og EU Kommissionens Hvidbog **Sammen om sundhed i EU** (2008-2013). Det formodes at omkring hver tiende EU borger oplever psykiske sundhedsproblemer i deres livstid, og at mere end 20 millioner EU borgere årligt påvirkes af depression. Dette er en væsentlig årsag til sygefravær, såvel som førtidspension fra arbejdsmarkedet.

I følge EU Kommissionens Handicap Strategi 2010-2020, er der omkring 80 millioner mennesker i Europa der lever med forskellige funktionsnedsættelser. EUs Traktat for Fundamentale Rettigheder

¹ Se: [Rapport Fra Regeringens Udvalg Om Psykiatri \(2013\): “En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser”](#).



forbyder alle former for negativ diskrimination relateret til funktionsnedsættelse både i samfundet og i professionel sammenhæng. Mange udsatte borgere som er påvirket af psykiske problemer eller andre udviklingshæmmelser er dog faktisk ekskluderet fra job og uddannelsesmuligheder der matcher deres faktiske evner, resourcer, behov og motivationer.

Europæiske studier har anslået at kun en tredjedel af borgere med sådanne udfordringer modtager behandling og forebyggende indsatser – initiativer som ellers kunne ændre deres situation. Dette faktum antages at koste samfundet op til 400 millioner euros i form af mistet indtægt såvel som langvarige behandlingsprogrammer, når ubehandlede problemer forværres og udvikler sig til kroniske lidelser. Fra dette perspektiv er psykiske lidelser, mental udsathed og udviklingshæmmelser stadig omfattet af et tabu, der forårsager mangel på lige muligheder, social isolation, og mangel på velfærd for millioner af borgere.

1.2 FORMÅL OG METODISK TILGANG I EQUIL

På denne baggrund er Equil projektet rettet mod at styrke beskæftigelsesfremmende indsatser for psykisk udsatte borgere. Med udgangspunkt i samproduktionsmetodologien, og baseret på forskning blandt mennesker med levet erfaring i psykisk udsathed, arbejdsgivere og professionelle, har hovedformålet været at udvikle nye træningsprogrammer rettet mod professionelle i socialpsykiatrien og beskæftigelsesfremmende services for borgere med psykisk udsathed og psykiske lidelser.

Samproduktion og samskabelse er det centrale holdepunkt for de nye træningsmetoder, hvilket sikrer en fokus på involvering af, og tværgående samarbejde med, borgere med levet erfaring og pårørende, såvel som arbejdspladser, interesseorganisationer og andre civile aktører med erfaring og viden til at forbedre beskæftigelsesservices for psykisk sårbare mennesker.

Et **første** formål har været udviklingen og implementeringen af et nyt træningsprogram til at kvalificere professionelle i beskæftigelsessystemerne til at udføre en ligestillet og behovsorienteret service for psykisk udsatte borgere. Rationalet og den overordnede ide bag træningsprogrammet er at professionelle i beskæftigelsesservices skærper deres interkulturelle sensitivitet gennem træningsprogrammet, og dermed bidrager til at styrke et forskelligartet arbejdsmarked for mennesker med mangeartede baggrunde, behov, krav og resourcer.

Et **andet** formål har været at opbygge dette træningsprogram på princippet om samproduktion og samskabelse, hvorved psykisk sårbare borgere, i samarbejde med professionelle samt socialt engagerede virksomheder, bidrager med deres levede erfaring til at udvikle relevante og behovsorienterede træningsmoduler som en del af træningsprogrammet. Som udslag af samproduktionstilgangen, har EQUIL projektet også været rettet mod at støtte psykisk sårbare borgere til at opbygge joborienterede kompetencer fokuseret på kommunikation og formidlingsevner samt samarbejde og team-building kompetencer ved anvendelse af samproduktionsmetoden.



Overordnet set har EQUIL projektet belyst de følgende spørgsmål:

- Hvilke værdier, kompetencer og støtte har personer med psykisk udsathed og psykiske lidelser behov for, i genoptræningsprocessen mod bæredygtig beskæftigelse?
- Hvilke værdier, kompetencer og støtte har arbejdsgivere og ansættelsessteder brug for, for at kunne rekruttere og fastholde psykisk udsatte borgere i jobbet?
- Hvilke værdier, evner og kompetencer har professionelle brug for, for at kunne levere hensigtsmæssige beskæftigelsesservices for psykisk udsatte borgere, såvel som relevant rådgivning til arbejdsgivere og ansættelsessteder?

DATAINDSAMLING

For dette formål, har Equil partnerskabet udviklet et sæt redskaber og et lærings/trænings program med moduler der peger mod anvendelse af samproduktion og samskabelse. I praksis blev dette leveret via et bredt udvalg af dataindsamling, såsom:

- Research af lovmæssige rammer og nationale erfaringer omkring overordnede beskæftigelsesfremmende tiltag for psykisk udsatte borgere
- Research af nationale erfaringer med samproduktion og samskabelse i beskæftigelsesfremmende services for psykisk udsatte borgere
- Research af nationale erfaringer omkring nødvendige holdninger, værdier og kompetencer i beskæftigelsesfremmende services for psykisk udsatte borgere
- Interviews og fokusgrupper med:
 - Borgere påvirket af psykisk sårbarhed
 - Ansættelsessteder med kontakt til psykisk udsatte borgere
 - Professionelle i indsatsen for psykisk udsatte borgere
 - Forskere og andre eksperter med strategisk indsigt i indsatsen
 - Forskere og andre eksperter med viden om samproduktionsmetoden
 - Lærings/ træningsprogram med professionelle

1.3 EQUILS STRATEGISKE ANALYSE

Denne rapport præsenterer en endelig og overordnet analyse af research- og udførelsesresultaterne af Equil projektet. Det strategiske perspektiv i analysen er at opsummere hovedlæringspointerne, udfordringerne og dilemmaerne som har vist sig at være væsentlige i beskæftigelsesservices for personer med psykisk udsathed og lidelser, på tværs af partnerlandene.



FOKUS PÅ DILEMMAER OG UDFORDRINGER I EKSISTERENDE SERVICES

På baggrund af de samlede research, dataindsamling og testaktiviteter, fokuserer Equils strategiske rapport dermed på generelle dilemmaer i beskæftigelsesservices, og identificerer specifikke behov for justeringer og forbedringer af indsatsen. De lokale/ nationale interessent-interviews og fokusgrupper blev gennemført ud fra en semi-struktureret interviewguide, fokuseret hovedsageligt på interessenternes analyser af dilemmaer og hovedudfordringer i de eksisterende beskæftigelsesservices. Dermed har tilgangen været problemorienteret, for at udforske sprækkerne i indsatsen, snarere end de formelle systemer. Endvidere er dilemmaer og udfordringer blevet afspejlet på adskillige analytiske niveauer i interviewene:

Det strukturelle niveau

- fokuseret på juridiske og institutionelle rammeforhold

Det organisatoriske niveau

- fokuseret på tværgående samarbejde og opgavefordeling i implementering af indsatsen

Det kompetencebaserede og metodiske niveau

- fokuseret på behov for evner og metoder blandt de professionelle i indsatsen

Det holdningsbaserede og relationelle niveau

- fokuseret på holdninger, relationer og værdier bag mødet mellem professionelle og borgere

De følgende kapitler præsenterer de overordnede resultater af den strategiske analyse, struktureret ud fra hver af de analytiske niveauer, og startende med en kort introduktion til eksisterende juridiske rammer i hvert partner land for beskæftigelsesservices for borgere med psykisk udsathed og psykiske lidelser.



2.

FORSKELLE OG LIGHEDER – ET KORT OVERBLIK OVER EU STRATEGIER

2.1 INTRODUKTION

Equil processen har klargjort at der på tværs af Europa er forskelle såvel som ligheder i de overordnede organisatoriske og metodologiske tilgange, i de værdier og de udfordringer der karakteriserer beskæftigelsesfremmende tiltag for borgere med levet erfaring med psykisk udsathed og lidelser. På den ene side varierer de legale og institutionelle rammer tilsyneladende betragteligt. På den anden side kan man dog finde ligheder i de organisatoriske opstillinger, hvor de social-psykiatriske services og de beskæftigelsesfremmende indsatser ikke er forbundet. Tværtimod er de oftest endda isoleret fra hinanden. I samtlige partnerlande befinder borgere med levet erfaring med psykisk udsathed og lidelser sig generelt i et krydsfelt mellem social-psykiatriske services og arbejdsmarkedsreglerne. Dette er også tilfældet hvor lovgivningen rent faktisk peger på behovet for koordinering på tværs af institutionelle strukturer.

De følgende afsnit opridser en kort oversigt af de fremherskende rammer og strategier i de nationale sammenhænge i partnerlandene. Det er ikke hensigten at opstille et udtømmende og detaljeret billede af de nationale rammer og indsatser. Formålet er udelukkende at fremhæve nogle af de strategiske diskurser og udviklingstendenser som på nuværende tidspunkt påvirker og definerer strategiske og praktiske forsøg på at støtte og fremme beskæftigelsesmuligheder for psykisk sårbare borgere. Dermed vil disse nationale overblik danne grundlag for de dilemmaer og udfordringer der bliver introduceret i de senere afsnit.

2.2 OVERSIGT OVER RAMMER OG STRATEGIER I STORBRITANNIEN

I Storbritannien, har der været mange forskellige tilgange i indsatsen for borgere med levet erfaring med psykisk udsathed og lidelser. Indsatsen refererer til både nationalt, regionalt og lokalt niveau:

På national niveau, er der dækning af specialiserede NHS (National Health Service) organisationer såsom 'Mersey Care NHS Foundation Trust'. Den centrale regering finansierer desuden, gennem NHS England, sikre mentale sundhedsservices. Specialiserede sekundære mentale sundheds



organisationer leverer hospitals samt ambulante services til personer med alvorlige og langvarende psykiske lidelser.

Kontaktfladen mellem primære og sekundære services varierer mellem regioner og leverandører. Der findes en grad af service mellem de praktiserende læger og de sekundære services, i form af et program kaldet 'IAPT' (Improving Access to Psychological Therapies). Dette program bestilles lokalt af service udbudsgrupper kaldet 'Clinical Commissioning Groups' (CCGs), og leverer samtalerterapi baseret på kognitiv adfærdsterapi for personer med mild til moderat psykisk sygdom.

Personer med mild til moderat psykiske lidelser modtager generelt støtte fra enten primære services såsom deres praktiserende læge eller IAPT services, eller begge dele.

Det engelske Beskæftigelsesministerium (The Department of Work and Pensions - DWP) leverer og indkøber beskæftigelsesstøtte på tværs af Storbritannien. Støtten leveres til alle arbejdsløse borgere gennem 'Job Centre Plus', og for langtidsarbejdsløse borgere (over tre måneder) via det nationale 'Work Programme'.

På det regionale niveau, inkøbes de nationale DWP programmer gennem lokale udbudsområder, kaldet 'contract package areas' (CPA), med en primær leverandør i hvert område, for eksempel indkøbes 'Work Choice', DWP programmet til at hjælpe handicappede mennesker tilbage i arbejde, på tværs af 28 CPA områder. Primær-leverandører forventes at udlicitere til mindre, specialiserede underleverandører for at sikre lokal-tilpasset leverance af services i hvert område og for specifikke bruger-behov. Der findes nogle regionale sundhedsservices i sekundære mentale sundhedsservices, men dette er hovedsageligt omkring sikrede services, i form af lav-, medium- og høj-sikkerheds ambulante og hospitalsservices for personer med psykisk sygdom og en kriminel baggrund.

På det lokale/kommunale niveau, bestilles sekundære mentale sundhedsorganisationer på lokalt niveau af 'clinical commissioning groups' (CCGs) som også er en del af det nationale sundhedssystem (NHS). For eksempel i Merseyside, hvor CCG gruppen for Sefton, Knowsley and Liverpool området finansierer organisationen 'Mersey Care' til at levere specialiseret sekundære services for mental sundhed, indlæringsvanskeligheder og afhængighed. NHS organisationer kan have mere end én CCG gruppe, der bestiller og anvender deres services, og kan også modtage national finansiering for specifikke specialiserede områder, såsom højsikrede hospitalsafdelinger. Lokale 'Job Centre Plus' centre udstyrer alle brugere med en personlig rådgiver, og personer med handicap, inklusive psykiske lidelser, kan ansøge om en 'Disability Employment Advisor' (DEA) som er baseret i deres lokale Job Centre Plus kontor, og som kan tilbyde mere specialiseret, intensiv støtte end en personlig rådgiver. Dette er frivilligt, der er ikke krav om af servicebrugeren ser en DEA.



FORSKELLIGE STØTTEPROGRAMMER OG VELGØRENDE ORGANISATIONER

Store, nationale velgørende organisationer, såsom Shaw Trust, Remploy, Rethink, MIND, og Richmond Fellowship, leverer forskellige programmer omkring psykisk sundhed, recovery og/ eller beskæftigelse.

- 'The Centre for Mental Health' er en national frivillig organisation som leverer forskning og infrastruktur støtte til psykisk sundhed, samt lobbyer regeringen. De kører et nationalt 'Centres of Excellence' program for IPS leverandører baseret inde i mentale sundheds organisationer.
- Det nationale 'ImROC' program (Improving Recovery Through Organisational Change) støtter medlems-NHS organisationer i at udvikle recoveryfokuserede behandlinger og programmer via udvikling af IPS beskæftigelsesservices, recoveryskoler og peer-arbejdsstyrken, blandt andre initiativer.
- 'The British Association for Supported Employment' (BASE) er en infrastruktursorganisation for alle services der tilbyder støttet beskæftigelse, inklusiv IPS støtte, på tværs af Storbritannien, samt i en skotsk søster-organisation.
- ERSA er en national infrastrukturorganisation for beskæftigelsesevner og ansættelsesprogram leverandører, som tilbyder medlemsorganisationer information, konferencer og træning.
- Både BASE og ERSA varetager desuden en lobbying rolle med den centrale regering for at repræsentere sektorens interesser.

Der findes diverse lokale og nationale velgørende organisationer som leverer beskæftigelsesklarheds støtte, og dette kan inkludere støtte til mennesker med psykiske lidelser. Eksempler inkluderer velgørende organisationer såsom 'Tomorrows People', 'The Work Company', 'Imagine Mental Health', og 'Working Links'. Private sundhedsudbydere såsom 'BUPA', 'Spire', 'Bridgewater', 'Lighthouse', 'Priory group', og 'Cygnets' tilbyder også mentale sundhedsservices både hospitalsservices samt ambulante services. Store forsikringsselskaber, som er private virksomheder, tilbyder desuden finansiering for psykiske recoveryservices og beskæftigelsesstøtte på en individuel basis.

Et antal velgørende organisationer er blevet oprettet i de seneste år, som leverer støtte til mental sundhed samt beskæftigelsesklarhed specifikt for veteraner og eks-militærpersoner. Den største af disse er 'Royal British Legion', men 'Help for Heroes' og 'Combat Stress' er også store nationale leverandører og finansiører. De fleste primære leverandører af det nationale 'DWP Work Programme' er fra den private sektor, inklusive firmaer såsom 'Maximus', 'A4E', 'Ingeus' og 'G4S'.



Disse primær leverandører udliciterer til underleverandører fra på tværs af offentlig, privat og frivillig-sektorerne, for at levere specialiserede services i deres kontraktområder.

Generelt har de forskellige programmer primært fokus på at støtte personer med psykisk udsathed i at komme ind på arbejdsmarkedet, enten for første gang eller som en genindtrædelse. Dog indeholder de beskæftigelsesservices der leveres af job-centrene ikke specifikke tiltag eller metodiske tilgange for psykisk udsatte borgere. Endvidere bekræfter mangeårige forskningsresultater at mange arbejdsgivere føler sig usikre på at ansætte mennesker der har været ude af arbejdsmarkedet på grund af psykiske problemer og diagnoser. Bortset fra de nationale programmer, er der udviklet et antal initiativer via legater, europæisk finansiering såvel som regeringsfinansiering, rettet mod direkte at etablere beskæftigelsesprogrammer som leverer og subsidierer understøttede workshops som en vej til det almindelige arbejdsmarked for borgere med handicap, inklusive psykisk sygdom. Som en mere nylig strategi har 'National Health Service' (NSH) i stigende grad fokus på IPS metoden, Individual Placement and Support, som en effektiv måde at forbedre beskæftigelse blandt psykisk sårbare borgere. I følge IPS metoden er beskæftigelsesindsatser nært og systematisk forbundet med recoveryindsatser, for dermed at sikre at beskæftigelsesaktiviteter er integrerede trin i den generelle recoveryprocess, i stedet for at være separate, parallelle tiltag. Nyere nationale tal tyder på at denne strategi kan have en positiv indflydelse på beskæftigelsesklarheden blandt psykisk udsatte borgere². Effektiviteten af IPS metoden kan tilsyneladende tilskrives de basale metodiske principper:

- Det klare formål om at bringe mennesker i konkurrencedygtig beskæftigelse
- Den klare adgang for alle med et ønske om at arbejde
- Den klare indsats for at finde passende jobs i forhold til personernes evner og præferencer
- Det klare individualiserede perspektiv med ubegrænset rådgivning til ansatte og arbejdsgivere
- Det klare samarbejde mellem beskæftigelseskonsulenter og professionelle

En anden ny metodisk tilgang er princippet om træning-på-jobbet, hvor kompetencebehov øges gradvist, således at den ansatte trænes på arbejdspladsen til relevante jobfunktioner.

ØKONOMISKE STØTTEMULIGHEDER

Enhver der er uden arbejde og har et handicap eller en sygdom som er certificeret af en praktiserende læge, kan ansøge om 'Employment Support Allowance' (ESA). Ansøgningen indsendes til DWP, og de vurderer personens berettigelse, generelt baseret på det bevismateriale der er indsendt med ansøgningen, samt gennem et personligt vurderings-interview, kaldet en 'work capability assessment' (WCA). Denne vurdering udføres af en underleverandør og af lægefagligt kvalificeret personale. Når vurderingen er udført vil DWP enten tilkende personen ESA, eller hvis personen kendes arbejdsdygtig vil de blive tilkendt enten arbejdsløsheds-understøttelse (Job Seekers Allowance - JSA) eller 'Universal Credit', som er en nyere form for social støtte.

² Se mere under [Office for National Statistics, NOMIS Database, Annual Population Survey](#).



ESA er delt i to grupper eller tilkendelser:

- Støtte gruppen – dette er personer som gennem deres vurdering er blevet anset for ikke at kunne varetage nogen form for betalt arbejde. Det forventes at dette vil udgøre en minoritet blandt ESA ansøgere (omkring 30%). Personer i denne gruppe modtager en 'Severe Disability Allowance' ekstrabetaling på deres ESA.
- Beskæftigelsesrelateret aktivitetsgruppen: dette er personer som gennem deres vurdering er blevet anset for at være i stand til at udføre en form for betalt arbejde, men som har en underliggende sundhedstilstand eller et handicap, der påvirker deres mulighed for at finde og fastholde arbejde. Dette vil være majoriteten af personer der modtager ESA.

ESA udbetales i 12 måneder på baggrund af personens arbejdsmarkedsbidragsbetalinger, efter 12 måneder er det indtægtsbaseret, og hele familiens indtægt tages i betragtning i beslutningen om, om en person kvalificerer sig til ESA.

Arbejdsløshedsunderstøttelse (Job Seekers Allowance - JSA) udbetales til enhver person som er uden arbejde, men dette er også indtægtsbaseret, og baseret på hele husholdningens indtægt og formue.

I de senere år er '**Universal Credit**' blevet introduceret som en erstatning for JSA og ESA. Dette er stadig ved at blive implementeret på tværs af landet, og er endnu ikke nær så udbredt som ESA og JSA.

Kommunerne kan også uddele boligstøtte ('**housing benefit**' - HB) samt skattefradrag i kommunalskatten ('**council tax benefit**' - CTB) til enhver person, baseret på indtægtsniveau, så de fleste arbejdsløse personer der modtager ESA eller JSA kvalificerer sig til dette. HB udbetales til at dække udgifter til sociale eller privat lejede boliger. Personer der tildeles CTB vil betale mindre i kommunalskat.

Personer der anses for at have et handicap under ligestillingslovgivningen, inklusive personer med psykiske problemer, kan desuden ansøge om en social hjælp kaldet 'Personal Independence Payment (**PIP**)'. Dette er ikke en arbejdsløshedshjælp, men udbetales på baggrund af de øgede omkostninger som et handicap kan medføre. Tildelingen af PIP er baseret på en vurdering af en lægefagligt kvalificeret person, efter aftale med DWP. Vurderingen baseres på den effekt som personens handicap har på deres mulighed for at udføre daglige aktiviteter. PIP er ikke indtægtsbaseret eller en arbejdsløshedshjælp. Mange mennesker der er arbejdsløse modtager denne støtte, men det samme gør mange mennesker med handicap, som er i arbejde.

Mennesker der arbejder mere end 25 timer per uge, og har lav indtægt, kan søge om skattefradrag: '**Working Tax Credit** (WTC)'. Hvis personen har modtaget en handicap-relateret støtte (ESA eller PIP) i seks måneder kan de søge om WTC hvis de starter et job med 16 timer eller mere per uge.



Mennesker der modtaget ESA som starter arbejde på mindre end 16 timer per uge kan søge om tilladt arbejde: 'Permitted Work'. Dette tillader personen at arbejde op til (men ikke inklusive) 16 timer og at tjene 115.50 pund, og beholde deres ESA. Dette kan tilkendes i op til 52 uger. Hvis en person har en støtteorganisation der tilbyder dem løbende støtte i at fastholde et arbejde, kan de søge om støttet tilladt arbejde: 'Supported Permitted Work', som ikke har en tidsbegrænsning.

Mennesker der modtager 'Universal Credit (UC)' som har en handicap ekstrabetaling i deres støtte, kan ikke søge om tilladt arbejde 'Permitted Work', men UC bliver gradvist nedsat baseret på indtægt, så de kan arbejde på deltid og modtage UC. Nedsættelsen i UC er mindre for personer med handicap ekstrabetaling end andre modtagere af UC.

Adgang til arbejde: 'Access to Work' kan modtages af enhver person med et handicap, eller en lidelse der er dækket under ligestillingslovgivning, når de starter et job. Dette udbetales af DWP og yder finansiering af ekstraudgifter for personen eller arbejdsgiveren for eksempel til specialiseret udstyr såsom stole, IT software, støtte arbejder eller oversætter i arbejdet, rejseomkostninger såsom taxier.

LIGESTILLINGSTILTAG MOD SYGDOMSRELATERET UDELUKKELSE FRA ARBEJDSMARKEDET

Den britiske ligestillingslov 'The Equality Act 2010' giver juridisk beskyttelse imod diskriminering på arbejdspladsen og i det videre samfund. The Equality Act blev vedtaget i oktober 2010. Den erstattede tidligere lovgivning (såsom 'the Race Relations Act 1976' og 'the Disability Discrimination Act 1995') og sikrer ensartethed i hvad arbejdsgivere og ansatte skal gøre for at gøre deres arbejdssteder til et fair miljø som lever op til lovkravene. Under ligestillingsloven 2010 betragtes en person som handicappet hvis de har fysiske eller mentale svækkelser som har væsentlig negativ og langvarig effekt på deres mulighed for at udføre almindelige, daglige aktiviteter. På arbejdspladsen betragtes sådanne aktiviteter at indeholde ting såsom at anvende en telefon eller computer, at interagere med kollegaer, følge instruktioner, at køre, og at bære hverdagsobjekter. En arbejdsgiver skal medtænke at indføre **forventelige tilpasninger** for en handicappet medarbejder eller jobansøger, såfremt:

- Denne bliver klar over deres handicap og/eller
- De beder om at tilpasningerne udføres og/eller
- En handicappet medarbejder har besvær med en hvilken som helst del af deres arbejde og/eller
- Enten en medarbejders sygefravær, eller forsinkelse i at vende tilbage til arbejde, er forbundet med deres handicap.

Der er begrænsede omstændigheder hvor en arbejdsgiver kan handle på en måde der er diskriminerende, såfremt denne kan **objektivt retfærdiggøre diskriminationen** som hvad loven definerer som en 'proportionel måde at opnå et legitimt formål'. Arbejdsgivere skal dog tage højde for at dette kan være en svær proces.



En arbejdsgiver kan udføre hvad loven kalder '**positiv handling**' for at hjælpe ansatte eller jobansøgere som den opfatter:

- Er dårligere stillet på grund af et beskyttet kendetegn og/eller
- Er underrepræsenterede i organisationen, eller hvis deltagelse i organisationen er forholdsmæssigt lav, på grund af et beskyttet kendetegn og/eller
- Har specifikke behov forbundet med et beskyttet kendetegn.

En arbejdsgiver skal kunne bevise at enhver positiv handling de tager er velovervejet og ikke vil diskriminere mod andre. Hvis en arbejdsgiver mener at det er nødvendigt at stille **sundhedsrelaterede spørgsmål** før de giver et jobtilbud, kan de gøre dette kun for at kunne fastslå hvorvidt en ansøger kan udføre en funktion der er essentiel for rollen, og/eller for at kunne tage 'positiv handling' for at støtte handicappede personer og/eller monitorere, uden at afsløre kandidatens identitet, hvorvidt de er handicappede (for eksempel for at bekræfte om deres jobopslag når ud til handicappede mennesker), og/eller for at bekræfte at en kandidat har et handicap, hvor dette er et virkeligt krav for jobbet.

2.3 OVERSIGT OVER STRATEGIER I ITALIEN

I den italienske sammenhæng, er et af hovedtiltagene der anvendes for at fremme arbejdsmarkedsinklusion for handicappede mennesker 'lov nummer 68/99'³, som erklærer at virksomheder med mere end 15 ansatte skal rekruttere handicappede personer. Lov nr. 68/99⁴, 'Norme per il diritto al lavoro dei disabili' (overs.: regler om beskæftigelsesrettigheder for handicappede personer), er baseret på princippet om målrettet placering af handicappede mennesker⁵ der respekterer deres evner og holdninger. I artikel 9 erklæres det at personer med psykiske handicap skal ansættes gennem et specifikt opslag, for at sikre en tilpasset vej. I følge artikel 2, er målrettet placering forudgået af en evaluering af de reelle arbejdssevner hos personen og en vurdering af mulige aktiviteter (f.eks. analyse af arbejdsstedet, positive handlinger, og løsning af relationelle problemer osv.) for at identificere en stilling der er passende til personens evner. Der er dog ingen lovgivning eller tilgang der specifikt er tilpasset til personer med psykisk sygdom eller handicap.

Sociale kooperativer af B-typen⁶, på basis af lov nr. 381/1991, er rettet mod at indføre iværksætter-aktiviteter (f.eks. landbrug, industri, forretningsmæssige eller tertiære) til at fremme beskæftigelse af dårligere stillede individer, men også i denne sammenhæng inkluderes alle former for handicap. 30% af stillinger oprettet skal reserveres til dårligere stillede individer. I disse

³ Se "[Norme per il diritto al lavoro dei disabili](#)".

⁴ Se "[Norme per il diritto al lavoro dei disabili](#)".

⁵ I artikel 1 specificeres det at personer der betragtes som handicapped er personer påvirket af fysiske og mentale hæmmelser, sanselige hæmmelser, og intellektuelle hæmmelser der resulterer i en begrænsning af deres arbejdssevner på mere end 45%.

⁶ Se "[Sisteme Publia Italia - Cooperative Sociale](#)".



socialle kooperativer kan og bør personer med psykiske lidelser blive forretningspartnere og ansatte med de samme rettigheder og pligter som deres ikke-handicappede forretningspartnere.

Lov nr. 469/97⁷ henviser til regionernes og kommunernes funktioner og opgaver i forhold til beskæftigelsespolitik. Dermed er regionerne involverede i fremmelse af beskæftigelse for personer med handicap.

I Siciliens regionale sundhedsplan 2011-2013⁸, nævnes social og arbejdsmarkedsinklusion af personer med psykiske lidelser. Retten til at arbejde bør garanteres gennem opstilling af trænings-beskæftigelses ruter, fokus på job muligheder og fremmelse af reel autonomi for patienten. Endvidere håndterer den Regionale Strategiske Plan for Mental Sundhed også social og arbejdsmarkedsinklusion af personer med psykiske lidelser. Ifølge denne er det vigtigt at fremme lokale netværk for at kunne etablere social og arbejdsmarkedsinklusion for dem.

ADGANG TIL OFFENTLIGE MIDLER

I Italien er der ingen lovgivning eller regulativer der specifikt adresserer **arbejdsmarkedsinklusion** af personer med psykisk sygdom. Lov nr. 104/92⁹, 'Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate', er den hovedsagelige lovgivning der omhandler assistance, social inklusion og rettigheder for handicappede mennesker. I artikel 3, er der en definition af handicappede personer i henhold til italiensk lovgivning. I denne kategori inkluderes alle personer der lider af en fysisk, psykisk, sensoriske, stabiliserede eller progressive handicap, som forårsager problemer med læring, i relationer, arbejdsintegration, og på samme tid determinerer en social forfordelingsprocess og eksklusion.

Loven forudser fuld integration af handicappede mennesker i det sociale fællesskab og i samfundet fra tidlig alder til alderdom.

Definitionen af registreret handicap ("invalidità civile") kan findes i lov nr. 118/71¹⁰, i følge hvilken handicappede mennesker er dem der er påvirket af medfødte eller erhvervede handicap, inklusive af progressiv natur, inklusive fysiske og psykiske lidelser, som har permanent reduceret deres evne til at arbejde med mindst en tredjedel, eller, hvis under 18 år, personer med permanent besvær i at udføre deres opgaver og aktiviteter.

INPS¹¹ leverer en handicap godtgørelse til mennesker hvis arbejdskapacitet er blevet reduceret til under en tredjedel på grund af fysisk eller mentalt handicap. Denne godtgørelse kan tilkendes:

- Ansatte
- Selvstændige

⁷ Se [Decreto Legislativo 23 dicembre 1997, n. 469](#).

⁸ Se: [REGIONE SICILIANA: "PIANO DELLA SALUTE" 2010-2013](#)

⁹ Se: [Legge 5 febbraio 1992, n. 104](#)

¹⁰ Se: [Legge 30 marzo 1971, n. 118](#)

¹¹ Det nationale institut for sociale services.



- Personer registreret hos ekstra eller integrerede pensionsfonde i den generelle, lovpligtige forsikring.

Godtgørelsen kan suppleres fra den første i måneden følgende registreringen. Den er kompatibel med arbejdsaktivitet, så det er ikke nødvendigt at forlade et job eller at være arbejdsløs.

Certificeringen der attesterer handicappet har tre års gyldighed. Men hvis handicappet anerkendes tre på hinanden følgende gange, bliver godtgørelsen automatisk bekræftet.

I følge lov nr. 151/2015¹² om den nye job reform, 'Jobs Act', kan arbejdsgivere der ansætter handicappede personer modtage skattefradrag og andre incitamenter.

Ansøgningen om at opnå disse skattefradrag og incitamenter skal indsendes til INPS, som vil være den instans der analyserer ansøgningerne.

Endvidere, gennem den Regionale Fund for Beskæftigelse af Handicappede Mennesker¹³, kan arbejdsgivere der ansætter handicappede mennesker opnå tilbagebetaling af udgifter der er nødvendige for at kunne indføre forventelige tilpasninger for medarbejdere med reduceret arbejdskapacitet på mere end 50% (f.eks. fjernelse af barrierer, medarbejder træning, osv.).

2.4 OVERSIGT OVER STRATEGIER I SPANIEN

I den spanske kontekst, er relationen mellem primære services og specialiserede services i det mentale sundhedsområde ikke ensartet blandt de forskellige regioner. Generelt finder sådan koordinering sted, men uden en pot penge eller specifik tid afsat til dette formål, undtagen i nogle specifikke uafhængige regioner såsom Catalonien, Baskerlandet, Asturien, Navarra og Valencia provinsen. Dermed har alle de uafhængige regioner forskellige metoder og teams til at levere mentale sundhedsservices for unge mennesker. I næsten samtlige regioner spiller ambulante services en nøglerolle i enheder der leverer medium- og langvarig behandling, og spiller en vigtig rolle i at lede teams der er ansvarlige for kontinuitet i behandling. De Baleariske Øer, Cantabria, Catalonien (hvor de kommer fra subakut) og Extremadura og Navarra (hvor de kommer fra akut services) er undtagelserne¹⁴

En plan for bæredygtig efterpleje efter udskrivning er garanteret, med undtagelse af de Baleariske Øer (hvor de erklærer at det håndteres på en varierende måde) og Castilla-La Mancha (hvor det "efterstræbes" men ikke er "garanteret"). De mest almindelige etablerede formelle mekanismer

¹² [*Disposizioni di razionalizzazione e semplificazione delle procedure e degli adempimenti a carico di cittadini e imprese e altre disposizioni in materia di rapporto di lavoro e pari opportunità*](#)

¹³ [*Fondo regionale per l'occupazione dei disabili*](#)

¹⁴ Se: Ministry of Health, Social Services and Equality (2014): "ComFuente: "Transversality and continuity of care in mental health ".



er efter-udskrivelses rapporten, håndtering af deres ambulante aftaler forud for udskrivning, teams af videregående behandling og intensiv post-udskrivnings monitorering. I Baskerlandet har rehabiliteringsenheder tilknyttet ambulante og udkørende teams til at fastholde TMG i samfundet.

DET SPANSKE UDVALG FOR REPRÆSENTANTER FOR PERSONER MED HANDICAP ('CERMI')

Det 'Spanske Udvalg for Repræsentanter for Personer med Handicap', også kendt ved dets akronym, 'CERMI', er platformen for repræsentation og handling for spanske borgere med handicap, mere end 3.8 millioner mænd og kvinder, samt deres familier, bevidste om deres situation som dårligere stillet social gruppe, hvori de samles, via organisationer som grupperes sammen for at fremme anerkendelsen af deres rettigheder og for at opnå borgerskab med lige rettigheder og muligheder som andre dele af samfundet.

CERMI er platformen for møder og politisk handling for mennesker med handicap, bestående af markante statsorganisationer for personer med handicap, adskillige relaterede organisationer for sektor-baseret handling, og en stor gruppe af regionale platforme, samtlige af hvilke resulterer i mere end 7,000 organisationer og enheder, som samlet udgør mere end 3.8 millioner mennesker med handicap i Spanien, 10% af den totale befolkning. CERMI leverer også juridisk rådgivning til mennesker med handicap eller deres familier, og deres institutioner, ved henvendelse.

KONFØDERATION AF MENTAL SUNDHED SPANIEN

Konføderationen er en velgørende og landsdækkende organisation grundlagt i 1983. I dag integrerer uniprovinciales 19 regionale føderationer og associationer, som sammenfører omkring 300 associationer og repræsenterer mere end 44,000 medlemmer og partnere på nationalt niveau. Det er en bevægelse af velkomst, støtte, selvhjælp, behandling og repræsentation for personer med psykiske lidelser og deres familier, internt og eksternt repræsenterer en normaliseret diskurs om mentale lidelser. Konføderationen tilbyder et udvalg af gratis services, såsom:

- **Rådgivning services for mental sundhed**, inklusive information, dokumentations center, database af eksisterende resourcer, juridisk støtte, osv.
- **Træning for medlemsorganisationer**, inklusive programmer for mentalt udsatte personer, familier, relationer og andre interessenter osv.
- **Kommunikation og sensitivering**, inklusive positive repræsentationer af psykiske lidelser i medierne, opmærksomhed og bekæmpelse af stigmatisering osv.
- **Program for psyko-undervisning og peer-støtte**, inklusive træning af familier og andre relationer osv.
- **Fremmelse og træning af frivillige**, inklusive udbredelse af frivillige aktiviteter og støtte muligheder osv.



- **Programmer for kriminelle i fængsler**, inklusive rehabiliteringsprogrammer for personer med psykiske lidelser i fængselssystemet osv.
- **Træning for beskæftigelse**, inklusive programmer til at forbedre ansættelsesklarheden og formelle færdigheder rettet mod specifikke professioner osv.
- **Omfattende støttepersoners program**, inklusive sociale og deltager aktiviteter for at understøtte integrationen i socialområdet og hverdagslivet osv.
- **Fritidsaktiviteter**, inklusive programmer til at involvere mentalt udsatte mennesker i fritidsaktiviteter, kulturelle arrangementer og sundhedsfremmende udflugter som en del af deres recoveryproces osv.

FSC INSERTA

‘FSC INSERTA’ er et spin-off af ‘ONCE Foundation’ for træning og beskæftigelse for personer med handicap. Jobsøgende og arbejdsgivere kan få adgang til beskæftigelsesservices: jobbank, jobtilbud og opslag samt træningskurser. FSC INSERTA blev grundlagt i 2009 med et stærkt engagement i at integrere mennesker med handicap i deres arbejdsplads. Træning og kvalitetsjobs med langvarige udsigter, og støtte til personlig uafhængighed er grundtankerne hos denne velgørende organisation som går hånd-i-hånd med filosofien hos ‘ONCE Foundation’ som er baseret på at støtte grupper der er i fare for social eksklusion for at kunne give dem muligheden for en lovende fremtid.

Som beskæftigelsesagentur, tilbyder FSC Inserta både arbejdsgivere og jobsøgende et antal services, der rangerer fra en tilbundsående analyse af forretningsmæssige behov og rådgivning, til optimal person-job tilpasning gennem rådgivning og støtte gennem hele processen indtil ansættelse opnås. I denne forstand støttes den jobsøgende i at samle den nødvendige information for at kunne analysere dennes profil og give passende henvisninger til ansøgninger. Alt dette tilbydes uden betaling. En udbyder af services og viden der har en ledende rolle indenfor talent håndtering.

Et andet program er “Programme for Talent”, co-funded 70 procent af Den Europæiske Socialfond (ESF) til at udføre en ambitiøs dagsorden for social og professionel integration af handicap sektoren og lige muligheder. En mellemvej, der er rettet mod at fremme ansættelsesklarhed og social inklusion for mænd og kvinder, som sætter handlingsplaner for integreret arbejdsmarkedsindtrædelse i kraft for erhvervelse af grundlæggende evner, erhvervsmæssig genoptræning, rådgivning, træning og praktikforløb, jobanbringelse, inklusive støtte og monitorering på arbejdspladsen for at facilitere arbejdsstabilitet. Et formål er også at forbedre konkurrencedygtighed af særlige beskæftigelsescentre og fremme støttet beskæftigelse. Selvstændig erhvervsdrivelse og forretningsoprettelse af entreprenører med handicap er også en af udfordringerne for ‘Talent Program’ over de kommende syv år.



SÆRLIGE BESKÆFTIGELSESCENTRE (CEE)

De Særlige Beskæftigelsescentre er firmaer med hovedformål om at tilbyde handicappede arbejdere et produktivt og vederlagsgivende arbejde som passer til deres personlige karakteristika og faciliterer arbejdsmarkedsintegration. Et krav for at kunne registrere sig som "Særligt Beskæftigelsescenter" er at de ansatte skal bestå af mindst 70% ansatte med et registreret handicap. I følge data fra 2015, er der i Spanien mere end 60,000 mennesker med handicap der arbejder i Særlige Beskæftigelsescentre, som et alternativ til fuld beskæftigelsesintegration.

Som hvis det var et almindeligt, standard firma, er hvert center forskelligt fra de andre, og hvert enkelt center er dedikeret til en specifik aktivitet, endog de fleste er tilknyttet til ansættelse i sektorer såsom industrielt vaskeri, rengøring, telemarketing, industrielt samlearbejde, data processing, tekstil, printning, havearbejde, osv. I Spanien er der mere end 2000 centre i samtlige spanske provinser. De Særlige Beskæftigelsescentre er virksomheder, og som sådan kan de tage mange former: firmaer, foreninger, sammenslutninger ... dette kan afhænge af en person fra et andet firma, en fælles bygning eller administrationen. Når det er oprettet kan virksomheden, hvis kravene er mødt, ansøge om anerkendelse som en regional CEE regional administration. Administrationen vil studere virksomhedsplanen og, om nødvendigt, give kvalificerende noter, og vil registrere det i det regionale register over sådanne centre. Som en regional anerkendelse har hvert lokalområde sin egen proces for at få anerkendelsen, endog der er ligheder i alle regionerne. Som en virksomhed, bør dens hovedindtægtskilde være gennem økonomisk aktivitet: salg af varer og services leveret, siden ansøgningsprocessen for klassificering som en EEC Administration udfører en økonomisk analyse af potentialet for gennemførelse. Yderligere er der forskellige offentlige støttemidler: støtte hvis de ansatte er udgjort af mere end 70% ansatte med handicap, legater for teknisk assistance, for lånerenter til investeringer, reduktion i arbejdsmarkedsbidragsbetalinger, tilskud til betaling af løn til eliminering af strukturelle barrierer.

STØTTET BESKÆFTIGELSE I DET REGULÆRE ARBEJDSMARKED

Støttet beskæftigelse inkluderer et holistisk udvalg af individualiserede redskaber til rådgivning på jobbet, leveret af peer-støtter med formål om at facilitere professionel og kollegial integration af kollegaer med handicap med særlige arbejdsmæssige udfordringer, i virksomheder på det regulære arbejdsmarked med de samme forhold som resten af de ansatte. Aktiviteter i denne støttede beskæftigelse modtager større tilskud for personer med psykiske lidelser, og kan forlænges i op til to år og seks måneder.

DEN SPANSKE FOND FOR PSYKIATRI OG MENTAL SUNDHED

Fonden er rettet mod at tilføre til viden, udvikling og forbedring af psykiatri og mentale sundhedsservices såvel som deres relaterede discipliner, gennem møder, publikationer,



videnskabelige arrangementer, forskning og andre kulturelle og videnskabelige aktiviteter.
<http://www.fepsm.org/>

2.5 OVERSIGT OVER RAMMER OG STRATEGIER I DANMARK

I den danske kontekst, er de generelle indsatser og ansvar for borgere med mental udsathed og lidelser opdelt mellem det regionale og det kommunale system efter den følgende overordnede struktur:

DET REGIONALE NIVEAU

- **Hospitaler, inklusive psykiatriske hospitaler såvel som psykiatriske skadestuer og psykiatriske afdelinger på generelle hospitaler**
- **Ambulant psykiatri og udkørende teams**
- **Praktiserende læger og specialister i den regionale praksis sektor**
- **Praktiserende psykologer i den regionale praksis sektor**

DET KOMMUNALE NIVEAU – BESKÆFTIGELSESTILTAG

- **Revaliderings og præ-revaliderings systemet** er rettet mod borgere med begrænset arbejdsevne. Dette inkluderer diverse aktiviteter såsom formåenheds-tests, job-træning og formel uddannelse. Revalidering er bygget på økonomisk støtte såsom specifikke revalideringstilskud eller social understøttelse.
- **Interdisciplinære rehabiliteringsteams** findes i alle kommuner og håndterer individuelle sager fokuseret på borgerens behov og adgang til aktiviteter såsom job afklaring, specifikke resource kurser, fleksible jobs og førtidspension. Formålet er at sikre at alle relevante professionelle evner er involveret i den holistiske udredning af behov og betingelser for den individuelle borger, som, i følge langvarigt sygefravær, ikke længere er i stand til at fastholde generelle arbejdsmarkeds-sygepenge. Afklarings kurser og resourcer kan udgøre langvarige aktiviteter på særlige tilskud.
- **Fleksjobs** er særligt opsatte jobs for borgere med permanent og betydelige nedsat arbejdsevne, som forhindrer dem fra at varetage almindelige arbejdsforhold i forhold til arbejdstid, job funktioner osv. Arbejdsgivere modtager særlige tilskud, udregnet ud fra det individuelle arbejdsarrangement.



DET KOMMUNALE NIVEAU – PRÆVENTIVE OG SOCIALE INDSATSER

- **Psykologstøtte til tidlig forebyggelse**
- **Familierådgivning og Pædagogisk-Psykologisk rådgivning som tidlig forebyggelsesindsats**
- **Afhængigheds-behandlings tilbud**
- **Bolig og boligstøtte**
- **Netværksaktiviteter og drop-in centre**
- **Nødhjælpstilbud**

En overordnet ramme for området er aftalen om reformen af førtidspension og fleksjob fra 2013. En af hovedpointerne i reformen har været den betydelige reduktion i gennemsnitsalderen for førtidspensionister over den forudgående årti. Et af formålene for reformen er at bryde dette stigende antal førtidspensionister blandt yngre borgere og langtidsmodtagere af social understøttelse i aldersgruppen under 40 år. For nylig har et regeringsudvalg (Carsten Koch Udvalget) anbefalet styrkelse af det tværfaglige samarbejde mellem aktører i beskæftigelsesområdet, sociale services, og handicaporganisationer osv. Ideen er at udvikle og implementere en holistisk tilgang i praksis for borgere med særlige behov for afklaring af deres formelle kompetencer såvel som målrettede træningsprogrammer for konkrete jobs kombineret med psyko-social støtte.

For at opsummere, har reformarbejdet i Danmark, sideløbende med europæiske formål, forøget behovet for at udvikle og teste nye koncepter og metoder, som kan fremme job-orienteret kvalifikation og jobskabelse for mentalt udsatte borgere – samtidig med at en stærkere base af kompetencer blandt professionelle indenfor beskæftigelsesområdet, for at skabe større professionel indsigt, forståelse og kompetencer til at møde og håndtere målgruppens særlige behov i relation til beskæftigelse og træning. For nylig, har nogle kommuner opfordret ministeren til at overveje revisioner af lovgivningen på baggrund af konkrete sager.

I 2000-tallet i Danmark, blev psykisk sygdom en stigende politisk problemstilling og de permanente finansieringsmuligheder øgedes betydeligt fra 2008 to 2012 (endog disse har ændret sig igen siden 2012). Endvidere udnævner regeringen et udvalg om psykiatri. En af dette udvalgs opgaver er at udvikle forslag til hvordan de overordnede tiltag for borgere med psykisk sygdom/ udsathed bedst kan organiseres. Udvalget oprettede en arbejdsgruppe i maj 2012 med formål om at undersøge kapaciteten og aktiviteten i alle dele af den psykiatriske indsats, inklusive de beskæftigelsesorienterede indsatser, plus den overordnede sammenhæng mellem de forskellige programmer og indsatser relateret til psykiatri og psykisk udsatte borgere.

Siden 2000, har kommunerne i Danmark været engagerede i en række ændringer af indsatsen for personer med psykisk sygdom/udsathed. Fokus er på at udvikle en praksis der understøtter individets genoptræningsproces og undgår at fastholde mennesker i afhængighed af professionelle støttesystemer. Dermed, i psykiatrien i Danmark arbejder vi med brugerdeltagelse og recoverymetoder på flere niveauer nu. Disse niveauer indeholder både lokale og tværfaglige initiativer, såvel som operationelle aktiviteter og udviklings- og pilot-projekter. Nogle initiativer er i gang, mens andre afventer den første start.



For eksempel, som led i brugerdeltagelses strategien i Hovedstadsregionen i Danmark, blev der indenfor psykiatrien etableret en recovery-skole i 2015 – i første omgang som et af de ovenfor nævnte pilot-projekter. Recovery-skolen begyndte at tilbyde de første kurser i efteråret 2015, og dette initiativ er stadig en kørende proces. Endvidere introduceredes en strategi for brugerdeltagelse og samarbejde i marts 2014, med titlen: **”På vej mod brugerdeltagelse i psykiatrien”**. Denne strategi skal sikre at psykiatri på alle institutionelle og organisatoriske niveauer støtter borgeren/brugerens recoveryproces bedst muligt. Alt i alt har recovery som en metode og tilgang til psykisk lidelse/udsathed – i både sociale, distrikts-baserede og arbejdsorienterede indsatser indenfor psykiatrien – etableret fodfæste i Danmark.

2.6 OVERSIGT OVER RAMMER OG STRATEGIER I HOLLAND

I den hollandske kontekst, er de strategiske og metodiske indsatser for at fremme beskæftigelsesklarhed og ansættelse blandt psykisk udsatte borgere, baseret på et antal beskæftigelses-støttemodeller:

- **Støttet Beskæftigelse**
Støttet Beskæftigelse er en specifik metode udviklet i 1990 i Holland, for mentalt udviklingshæmmede. Det viste sig at den også havde anvendelse for personer med psykiske sundhedsproblemer. Job coaching, job analyse og job søgning er komponenter af Støttet Beskæftigelse.
- **Individual rehabiliterings tilgang (IRB®)**
Denne metode blev udviklet på Boston Universitet i USA. 'Rehabilitation '92' har tilpasset denne metode til den hollandske situation, og har implementeret den på nationalt niveau. Den individuelle rehabiliterings tilgang (forkortet til IRB) støtter personer med handicap i deres sociale recovery. Dette gøres ved at understøtte dem til at realisere deres fremtidige behov i forhold til bolig, arbejde, læring, børnepasning, fritid og sociale kontakter. Undersøge, vælge, opnå og fastholde var de fire søjler i denne metode.
- **Gek op werk (Skør for arbejde)**
“Gek op werk” var den første reintegrationservice for personer med psykiske lidelser, og den første organisation som introducerede arbejdere med levede oplevelser i dette arbejdsområde. “Gek op werk” er en lille velgørende organisation, oprettet i 2007 gennem et samarbejde mellem forbrugerorganisationer. I 2013, blev det grundlæggende formål for organisationen etableret. Dermed er formålet at “øge deltagelsen i konkurrencedygtigt arbejde af personer som har (haft) psykiske lidelser”. Dette udføres hovedsageligt gennem job reintegrationservices. Nøglearbejdet er blevet at coache personer (tilbage) til et konkurrencedygtigt job.



- **Individual Placement and Support (IPS)**

Med ligheder til den britiske praksis, er IPS blevet implementeret i perioden 2003-2005 i fire institutioner. Formålet var at etablere graden af model-trofast anvendelse af Individual Placement and Support, faktorerne der understøtter og hindrer implementeringen, og resultaterne der er opnået. Det viste sig ikke at være ligetil trofast at implementere system modellen. Årsagerne til dette var blandt andet: mangelfuldt samarbejde mellem forskellige organisationer og utilstrækkelig finansiering. De sidste par år har flere organisationer involveret i at støtte beskæftigelse for personer med psykiske lidelser, optaget IPS. Model-trofasthed forbliver et problem.

ADGANG TIL STØTTESYSTEMER

Den Sociale Støtte Lov (de Wet Maatschappelijke Ondersteuning - Wmo) har eksisteret siden 2015. Wmo har fire formål: at fremme muligheden for at leve og handle uafhængigt, at forstørre deltagelse, at fremme aktivt borgerskab og at forbedre social sammenhæng. Byråd er ansvarlige for at implementere Wmo og er forpligtede til at tilbyde kompensation.

Deltagelseslov

Formålet med loven er at få personer med nogen form for arbejdsbegrænsning tilbage i arbejde. Loven flyttede ansvaret for arbejdsmarkedsintegration fra den nationale regering til lokale myndigheder. Kommuner er nu ansvarlige for at støtte dem der oplever begrænsninger i adgang til arbejde og for integration af disse personer i arbejdsmarkedet.

Arbejdsgivere og regeringen blev enige om at indtil 2026, vil 125,000 ekstra jobs blive skabt for personer med handicap. 100,000 jobs i den private sektor, og 25,000 i den offentlige sektor.

Kvote afgift, når denne aftale ikke resulterer i de aftalte jobs, kan kvote afgiften indføres. Dette betyder at en aftale om et specifikt antal job steder skal begynde indenfor et år. Når sektoren ikke har leveret dette, vil de modtage en bøde.

Social understøttelse

Arbejdsløse borgere kan modtage understøttelse fra regeringen. Det afhænger af hver individuel situation hvilke støttemidler en borger kan og vil modtage.

Forbrugerorganisationer og støttet beskæftigelse

Holland har et bredt netværk af forbrugerorganisationer. Mere end 300 fonde, foreninger og arbejdsgrupper er engageret i at beskytte interesserne for forbrugere af sundhedsservices. Til sammen repræsenterer de forbrugerbevægelsen. Forbrugerorganisationer spiller en vigtig og voksende rolle i det hollandske sundhedssystem.

Lokale, regionale og nationale forbrugerorganisationer støtter personer med psykiske lidelser i at komme i arbejde. ZOG MH er en af disse forbrugerorganisationer i Holland.



3.

BÆREDYGTIGE BESKÆFTIGELSESTILTAG – NOGLE STRUKTURELLE DILEMMAER

3.1 INTRODUKTION

I dette kapitel kigger vi på de strukturelle og institutionelle dilemmaer og udfordringer i overordnede beskæftigelsestiltag for personer med levet erfaring med psykisk udsathed og lidelser. På det strukturelle niveau fokuserer den strategiske analyse i Equil projektet primært på samfundsmæssige og juridiske rammer og forhold der omgiver de forskellige indsatser for psykisk udsatte borgere. Dette inkluderer også national politik på området, såvel som institutionelle strukturer for offentlige, private og frivillige tiltag.

Ikke overraskende er der klare nationale forskelle med hensyn til både samfundsmæssige og juridiske rammer for beskæftigelsesservices generelt, og beskæftigelsesservices for psykisk udsatte borgere specifikt. På baggrund af dette var intentionen aldrig at udføre en komparativ analyse, eller at gå i dybden med disse rammer. Formålet var derimod at beskrive nogle af de udfordringer der mødes af disse services, baseret på de givne strukturelle rammer i partnerlandene. I praksis indikerer analysen faktisk at på trods af forskellene i strukturelle rammer, er der mange dilemmaer på det strukturelle niveau der manifesterer sig på tværs af landegrænser. Selvom lovgivningen varierer fra land til land, er udfordringer i *implementeringen* af lovgivningen muligvis relativt ensartede.

På denne baggrund, rejste den strategiske analyse et antal spørgsmål på tværs af partnerlandene:

- Hvad kan anses som hovedudfordringerne og dilemmaerne i beskæftigelsestiltag for psykisk udsatte borgere?
- Repræsenterer lovgivning og politik disse udfordringer?
- Forårsager de institutionelle strukturer specifikke dilemmaer?
- Hindres indsatsen af funktionelle opdelinger mellem lokale, regionale og nationale myndigheder?
- Influeres effektiviteten af indsatserne af faldende efterspørgsel og generel arbejdsløshed i det nationale arbejdsmarked?



Som vi lærte af resultaterne i Equil projektet, vedrører de mest tydelige strukturelle dilemmaer og udfordringer:

- Afstanden mellem de juridiske rammer og intentioner på den ene side, og den reelle administration og implementering af de juridiske rammer på den anden side.
- Det institutionelle model og adskillelsen af tiltag over flere administrative systemer og institutionelle niveauer.

De følgende afsnit analyserer disse spørgsmål.

3.2 DILEMMA: OPDELTE SYSTEMER GIVER FRAGMENTERET SERVICE

*"Der er mange forskellige psykiske lidelser, og den samme psykiske lidelse kan have varierende sværhedsgrad. Derfor kan der være varierende behov for behandling og støtte. Det er ikke klart, hvorvidt der i tilstrækkeligt omfang er sikret det rette tilbud på rette tid og sted, og på nogle områder savnes der en afklaring af arbejdsdelingen mellem regioner, praksissektor og kommuner og internt i regioner og kommuner. Kvaliteten og effektiviteten i indsatsen hænger tæt sammen med sammenhæng i patientforløbet. Det gælder både mellem sektorer og inden for den enkelte sektor. Arbejdsgruppen har peget på, at sammenhæng i indsatsen er af stor betydning for kvaliteten af det samlede forløb."*¹⁵

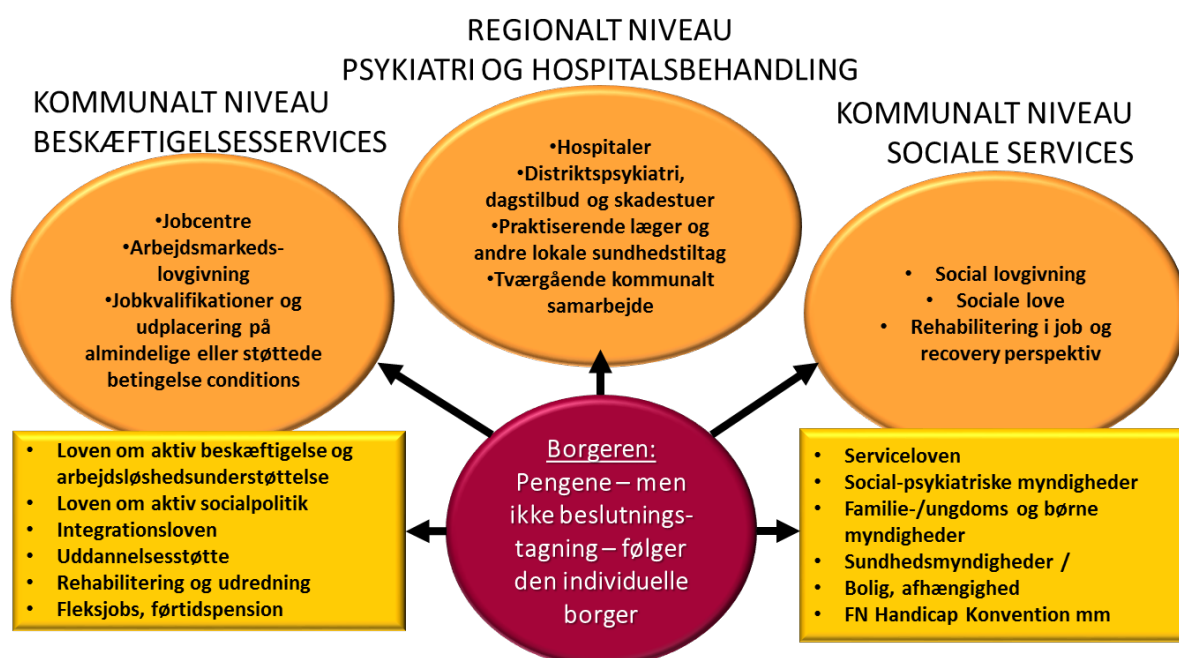
Udfordringerne ved opdelte systemer og støttestrukturer har vist sig at være et tværgående problem på tværs af interviews og fokusgrupper i Equil forskningen. Selvom støttestrukturerne er forskellige, som vist i det forudgående kapitel, lader det til at opdelingen af ansvar og funktioner i relation til services for psykisk udsatte mennesker er fælles.

Generelt har de fleste professionelle en bevidsthed om behovet for koordinering og samarbejde på tværs af strukturelle grænser og indsatser på forskellige systemiske niveauer. Juridiske rammer opstiller generelt de formelle ansvarsområder. Tilsyneladende forhindrer formelle ansvarsområder ikke i sig selv tværgående samarbejde. De kan dog i praksis blive implementeret og opfattet som regler der trækker faste grænser for hvem der skal gøre hvad – i forhold til beslutningstagen, procedurer og vidensdeling. Endvidere bekræfter mange mennesker med levede oplevelser at på grund af de systemiske "skyklapper", er der ofte afbrud i behandlingen og støtteforløbet, for eksempel en lang pause mellem hospitalsudskrivelse og begyndelsen af kommunale services.

Figur 1 nedenfor illustrerer, som et eksempel, det danske opdelte system.

¹⁵ Regeringens Udvalg om Psykiatri (2013): "Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udvikling i diagnoser og behandling", Danmark.

**FIGUR 1: OPDELTE SYSTEMER
DET DANSKE EKSEMPEL**



3.3 DILEMMA: DÅRLIG SAMMENHÆNG MELLEM LOVGIVNING OG PRAKSIS

“Vi mangler forbindelsen mellem den overordnede lovgivning og tilgangen og metoden der anvendes på lokalt niveau i kommunerne. Det er delvist på grund af at der er forskellig lovgivning for beskæftigelsestiltag på den ene side – og lovgivning for psykiatri og handicap på den anden side. Disse to lovgivningsmæssige retninger kan begge potentielt medvirke til at forbedre arbejdsmarkedstilknytningen for psykisk sårbare borgere. Men, det kan være svært at forene disse to dele sammen i et holistisk perspektiv...”¹⁶

Den adskilte lovgivning – og især opretholdelsen af separation i den praktiske implementering af indsatsen for mennesker med psykisk sårbarhed og lidelser – nedbryder sammenhængen i den individuelle recoveryprocess for mange borgere i målgruppen. Igen er det bemærkelsesværdigt at lovgivningen i sig selv ikke dikterer en afbrudt proces, der følger forskellige lovmæssige rammer snarere end borgerens behov for sammenhæng på tværs af legale og institutionelle rammer.

¹⁶ Citat fra interessant-interview i Danmark.



MANGEL PÅ SAMMENHÆNG MELLEM LOVGIVNING OG REALPOLITIK – DET ITALIENSKE EKSEMPEL

Den italienske lovgivning indeholder forskellige tiltag til at støtte personer med handicap, inklusive mennesker med psykiske lidelser:

Lov nr. 180/78: også kaldet "Legge Basaglia", fra navnet på dens hovedfortaler. Denne lov har været en mærkepæl i fremmelsen af den sociale inklusion af mennesker påvirket af psykiske lidelser, idet den har ført til en gradvis erstatning af psykiatriske hospitaler med et bredt udvalg af lokalt placerede services. Dette har været baseret på antagelsen af individer med psykiske lidelser har behov for at have deres civile og menneske-retteligheder som grundlag for deres recovery, og ikke en eftertanke. Det nuværende italienske mentale sundhedssystem er baseret på denne lov, og indeholder:

- sociale interventioner for inklusion af personer med psykiske lidelser gennem deres involvering i daglige centre;
- passende og personaliseret terapeutiske og sociale rehabiliterings interventioner;
- aftaler med kommuner om job-placering af personer med psykiske lidelser;
- samarbejde med foreninger, skoler, sociale kooperativer og relevante interessenter.

Lov nr. 68/99: regulerer beskæftigelse af handicappede mennesker ved at pålægge virksomheder med mere end 15 ansatte en pligt til at ansætte en handicappet person. Dette er baseret på princippet om målrettet placering: jobbet bør baseres på holdninger og kapacitet hos arbejderen.

Lov nr. 469/97: regionale og lokale myndigheder skal fremme beskæftigelse af handicappede mennesker ved at fremme interventioner til at reducere stigma og fremme handling og projekter til deres sociale og arbejdsmæssige inklusion.

Lov nr. 104/32: som erklærer at personer med handicap har ret til støtte til at blive fuldt integrerede i social og samfundslivet fra en helt tidlig alder.

Lov nr. 151/2015: indeholder skattefradrag og nye incitamenter for arbejdsgivere til at ansætte handicappede personer.

I realiteten, er alle disse tiltag ikke blevet fuldt implementerede:

- Mange arbejdsgivere foretrækker at betale de forudsete bøder under loven, fremfor at ansætte handicappede mennesker, især mennesker med psykiske handicap, da disse opfattes som mere uforudsigelige end de fysiske. Selv offentlige myndigheder lever ikke fuldt op til disse tiltag, og forsinket ansættelse af handicappede personer. Der er nogle positive forandringer: for eksempel har den lokale nationale sundhedsafdeling i Catania ansat personer med psykiske lidelser, og afdelingen i Palermo planlægger at gøre dette.
- Regionale og lokale myndigheder er ikke fuldt engagerede i fremmelsen af beskæftigelsesmuligheder for handicappede personer. For eksempel, i Siciliens Regionale Sundhedsplan 2011-2013 nævnes den sociale og arbejdsmæssige inklusion af mennesker med psykiske lidelser ved at det siges at deres ret til arbejde bør garanteres ved at aktivere trænings-arbejds ruter og fremme reel uafhængighed for individdet. Men ingen af de indeholdte provisioner er blevet indført.



4.

BÆREDYGTIGE BESKÆFTIGELSESTILTAG – NOGLE ORGANISATORISKE DILEMMAER

4.1 INTRODUKTION

I dette kapitel fokuserer vi lidt nærmere på de organisatoriske rammer for beskæftigelses- og recovery-tiltag for psykisk sårbare borgere. Tilgangen er at selvom de institutionelle strukturer udgør en overordnet ramme for indsatsen, er der muligvis en grad af organisatorisk råderum for håndtering og implementering af servicene. Tiltagene kan være opdelt vertikalt og horisontalt i flere institutionelle niveauer. Tiltagene kan desuden være påvirket af forskellige og detaljerede juridiske rammer. Dog vil den organisatoriske planlægning og implementering af de forskellige services altid være afgørende for effektiviteten, kvaliteten, og evnen til at møde brugernes behov.

På denne baggrund, opstiller den strategiske analyse de følgende spørgsmål:

- Hvordan påvirker de institutionelle strukturer og funktionelle opdelinger, mellem forskellige myndigheder og styrelser, de beskæftigelsesfremmende services for mentalt sårbare borgere?
- I hvilken udstrækning er servicene organiseret på måder der sikrer tværfaglighed og tværgående samarbejde?
- Hvordan påvirker involveringen og den funktionelle opdeling mellem forskellige professioner organisationen såvel som effektiviteten og kvaliteten af servicene?
- I hvilken udstrækning er arbejdsgivere og frivillige interessenter engageret i servicene, og hvordan påvirker dette effektiviteten og kvaliteten af servicene?

Equil forskningen har specifikt peget på nogle tværgående udfordringer og dilemmaer:

- Dilemmaet om organisatoriske siloer i implementeringen af officielle beskæftigelsesfremmende tiltag
- Dilemmaet om for mange kontaktflader på brugerens vej gennem systemerne
- Dilemmaet om for svag indflydelse på behandling og handlingsplaner for frivillige organisationer og interessenter

Disse områder diskuteres kort i de følgende afsnit.



4.2 DILEMMA: ORGANISATORISKE SILOER BYGGER MURE MELLEM SERVICES

“Når du modtager førtidspension, så bliver du parkeret i den kommunale social-psykiatri. På same tid tilbagetrækkes alle beskæftigelsestiltag. Du flyttes fra et lovområde til et andet på førtidspension og på grund af en diagnose – i stedet for at arbejde på tværs af lovområder fra et holistisk perspektiv. Men vi ser stadig en stærk silo-tilgang”¹⁷

Som nævnt i det forudgående kapitel afspejles manglen på samarbejde og kommunikation mellem forskellige myndigheder også på mikro-niveau, hvor servicene implementeres i daglige møder med borgere. En generel feedback fra Equil forskningen er at selvom praktiserende i sagsarbejde formentlig kunne have gavn af faktisk viden, erfaring og professionelle refleksioner fra andre praktiserende, for eksempel på tværs af beskæftigelses og sociale services, så er dette ikke nødvendigvis en almindelig professionel udvekslings og kommunikations praksis. Diagnoser bliver eventuelt overført fra ét system til et andet gennem patientjournaler. Men personlige udvekslinger og professionel diskussion om diagnostiske implikationer og konsekvenser, for eksempel omkring beskæftigelsesklarhed, bliver sjældent etableret, og kan ikke anses for at være almindelig organisatorisk procedure for at forbedre professionel synergi og kvalitet.

“Mange aktører er involverede i den daglige behandling af mennesker med psykiske lidelser og ofte handler hver aktør “alene”. De udvikler planer for de specifikke behov de prøver at adressere. Silo-tænkning karakteriserer organisationen af servicene, og dermed de professionelle, som støtter mennesker med psykiske lidelser. Dette fører til en mangel på effektivitet i deres inklusions-vej og i indsatsen for at forbedre deres uafhængighed og leveforhold ...”¹⁸

Hvor lovgivningen simpelthen er rettet mod den reelle forbedring af beskæftigelse og social-psykiatrisk recovery for psykisk sårbare borgere, kan implementeringen af de juridiske rammer indenfor institutionaliseret og organisatorisk silo-tænkning, føre til en uoverensstemmelse og klart dilemma mellem juridiske mål og praksisser, som illustreret i figur 2.

FRYGT FOR TAB AF PROFESSIONEL IDENTITET OG ANERKENDELSE

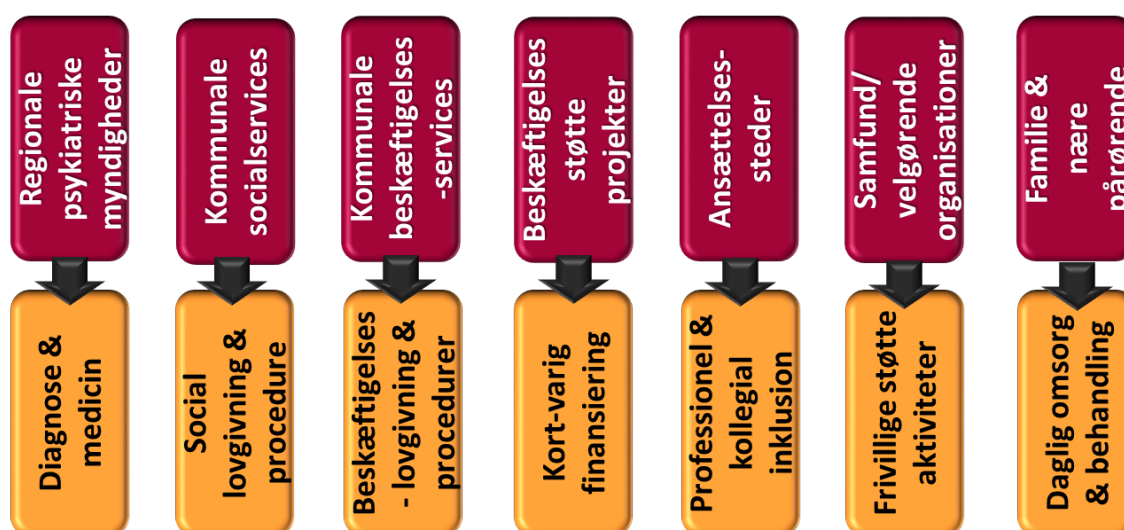
Nogle interessenter har påpeget at der bag holdningen til tværfaglighed og tværgående samarbejde, kan ligge et udtryk af frygt for at miste sin professionelle identitet. I en tværfaglig tilgang kan den professionelle løsning muligvis opfattes som en trussel mod de professionelle traditioner og afgrænsninger til andre professioner, for eksempel mellem socialrådgivere, psykologer, praktiserende læger, psykiatere osv. Nogle oplever situationer, hvor for eksempel interdisciplinære rehabiliteringsteams formelt bygger på en tværfaglig vurdering af borgerens arbejdsdygtighed, men i praksis uformelt arbejder ud fra specifikke professionelle tilgange, for eksempel professionelle traditioner og diskurser fra sociale services. I sådanne tilfælde, består det

¹⁷ Citat fra interessent-interview i Danmark.

¹⁸ Citat fra interessent-interview i Italien.

tværfaglige samarbejde blot af en udveksling af mono-professionelle synspunkter, frem for en forskelligartet og synergisk opbygning af nye professionelle perspektiver på psykisk sårbare borgeres resourcer, potentialer og begrænsninger.

FIGUR 2: DEN ORGANISATORISKE UDFORDRING SEPARATE OG PARALLELE TILTAG UDEN SAMMENHÆNG OG HOLISTISK PLANLÆGNING



ORGANISATORISKE OG KULTURELLE SILOER OVERSKYGGER DET HOLISTISKE PERSPEKTIV

“Problemet opstår når forskellige styrelser behandler den samme person, uden at kunne etablere sammenhængende tiltag. Som resultat, kan personen med behov for støtte ende i et ingen-mands-land. Alle de involverede professionelle mangler et overblik over menneskernes holistiske behov, og som resultat bliver intet gjort ...”¹⁹

Forbundet med problemet om professionelle identiteter, kan kulturelle forskelle også være en barriere for tværgående samarbejde. På trods af de juridiske og strukturelle muligheder, har det vist sig at være en længerevarende proces at få tværgående samarbejde til at fungere optimalt. En af de vigtigste forklaringer er – i følge interessenter – at de strukturelle rammer ikke i sig selv eliminerer forskellene i organisatorisk og professionel kultur der karakteriserer hver faggruppe. Organisatorisk og professionel kultur kan være meget forskellig fra beskæftigelsestiltag til socialarbejde. Som nævnt ovenfor, kan dette resultere i en situation hvor professionelle i interdisciplinære grupper er mere opsat på at hævde deres egne kulturelle tilgange end at

¹⁹ Citat fra interessent-interview i Danmark.



etablere et professionelt partnerskab der altid indeholder og kræver kompromisser i tilgange, metoder og holdninger.

“Lovgivning fremhæver faktisk tværfagligt samarbejde. Men disse muligheder bliver ikke brugt optimalt. Tilsyneladende bliver de juridiske muligheder ikke fortolket og udnyttet til gavn for borgere. Dette kan være på grund af traditionel tænkning og praksis i lokale organisationer og myndigheder på kommunalt niveau. Måske er de forskellige styrelser gensidigt mistænksomme og enda bange for forskelligheden i tilgange, metoder anvendt og procedurer. Måske er nogle ansatte bange for at miste deres specifikke arbejdsområder ...”²⁰

Denne udtalelse foreslår at der muligvis nogle gange er modsatrettede interesser, ikke bare mellem forskellige organisatoriske enheder, men også indenfor den individuelle enhed hvor ledere og ansatte måske anser tværgående samarbejde forskelligt. Det positive potentiale kan måske samtidig opleves som en trussel, når praktiserende får indtryk af at nye organisatoriske og samarbejdsræmmer vil tvinge dem til at give afkald på rutiner og trygge metodiske tilgange.

4.3 DILEMMA: PARALLELE SYSTEMER FØRER TIL RELATIONEL FORVIRRING

“Den organisatoriske involvering af mange forskellige personer i services besværliggør fastholdelsen af et holistisk perspektiv på behandlingen og recoveryprocessen. Det kan være svært at undgå at der er mange kontaktpersoner. Men, det burde være muligt at udnævne en koordinator som har et fuldt og opdateret overblik over recoveryprocessen og alle de specifikke behov for støtte ...”²¹

Det er blevet påpeget af flere interessenter at den relationelle forvirring i kontaktfladen formindsker klarheden i servicene. På den ene side har psykisk sårbare borgere behov for at opnå lydhørhed og kontakt i de forskellige recovery systemer. Men på den anden side henviser borgere og deres pårørende til oplevelser af modsigende information om vigtige emner såsom rettigheder og pligter i henhold til juridiske rammer osv. Endvidere indikerer variationen i den lokale organisering af praksisser og vurderinger i støttesystemet, at borgere ikke er garanteret en ensartet niveau og standard i servicene. Dette bekræftes af manglen på kommunikation og koordinering på tværs af organisatoriske og professionelle grænser.

²⁰ Citat fra dansk interessent-interview om dilemmaer og udfordringer.

²¹ Citat fra dansk interessent-interview om dilemmaer og udfordringer.



I opsummering påpeger mange informanter i Equil forskningen at de har behov for at opbygge og fastholde et solidt, stabilt og trygt forhold til en enkelt kontaktperson, for at skabe en tryghedsfølelse. De peger på vigtigheden af en sammenhængende og fokuseret relation til en professionel som du stoler nok på til at åbne op til dem, og som du kan regne med vil repræsentere dine bedste interesser.

Generelt er borgere bekendte med en situation hvor deres kontaktpersoner gentagne gange bliver erstattet af nye kontakter. Som følge heraf skal de starte forfra, og skal fortælle deres sygdomshistorie igen og igen til nye professionelle – og mødes med et system med utilstrækkelige procedurer for informationsdeling. Dette forårsager stress og frustration. Endvidere udfordrer dette recoveryprocessen, eftersom den endeløse historiefortælling tvinger folk til at fokusere på deres egen psykiske sårbarhed og sygdoms-identitet. Dermed mindes de igen og igen om deres egen sårbare situation, og dette fører til usikkerhed omkring hvorvidt systemet er i stand til at tilbyde dem den rette støtte i recoveryprocessen og deres vej tilbage til arbejdsmarkedet.

4.4 DILEMMA: BEHOV TID OG RETNING I RECOVERYPROCESSEN – MEN FOR MANGE AFBRUD FORSTYRRER KONTINUITETEN

“Mange professionelle indenfor social-psykiatrien og beskæftigelsessystemet har ikke en ordentlig forståelse og indsigt i psykiske lidelser og hvad det vil sige at være psykisk sårbar. Ikke ordentlig klinisk viden og ikke indsigt i målgruppen. Hvis de professionelle ikke har denne form for viden, kan det også være svært for dem at udvise optimal forståelse af situationen og hvor vigtigt det er for borgeren at have adgang til permanent støtte over en længere periode. Afbrydelser i støtte servicene kan være fatale for recovery. Det kan genstarte recoveryprocessen ...”²²

En stor bekymring blandt mennesker med levet erfaring med psykisk sårbarhed og pårørende, er det generelle tidspres på servicene. Forbundet med tidsproblemet, peger familier og pårørende blandt interessenterne på dilemmaet om tidsmæssige forskydelser og endda lange afbrydelser mellem hospitalisering og overgangen til ambulante services eller sociale tilbud som opfølgning til hospitalsophold. Ofte finder borgere sig selv tilbage i social isolation og en position karakteriseret ved ensomhed, ledighed og ingen resourcer til opsøgende aktiviteter. Denne kløft mellem forskellige services kan i nogle tilfælde føre til tilbagefald og endda nye indlæggelser.

4.5 DILEMMA: BEHOV FOR RESOURCER– MEN UTILSTRÆKKELIG INDDRAGELSE AF FRIVILLIGE AKTØRER

I alle partnerlandene spiller inddragelsen af frivillige foreninger og interesseorganisationer en betydelig rolle i det overordnede billede af den social-psykiatriske indsats og aktiviteter for mentalt sårbare borgere. Dermed udgør tilstedeværelsen af frivillige interessenter – individer og

²² Citat fra dansk interessent-interview om dilemmaer og udfordringer.



organisationer – en vigtig faktor i den generelle magtstruktur omkring services for psykisk udsatte borgere.

En udbredt oplevelse er tilsyneladende den komfort- og formidlingsrolle som frivillige aktører kan spille ikke kun for psykisk sårbare borgere, men også for deres familier og pårørende. I nogle tilfælde, kontakt til de ikke-systemtiske aktører. Denne kontakt kan facilitere en åben refleksion over følelser af magtesløshed og fortvivelse, såvel som de mere ”forbudte” følelser af skyld, skam og vrede.

“Pårørende bør kunne tale åbent om det. Føl ikke skam – for eksempel: har vi gjort noget der har medvirket til denne sårbarhed eller lidelse? Som pårørende, er du nødt til at turde stille dig op og motivere andre til at stille sig op. Du får selv ny styrke hver gang du fortæller historien til andre. Du agerer som talsmand såvel som rollemodel når du træder frem ...”²³

INDDRAGELSE AF LOKALE FÆLLESSKABER OG CIVILSAMFUNDET – DEN ITALIENSKE ARV

Ideen om at inddrage ikke-professionelle i recoverytiltag er ikke ny indenfor mentale sundhedsservices, selvom om lokalsamfundsbaseret forebyggelse i stigende grad er i fokus i hele Europa.

Oprindeligt er den basale ide om at involvere lokalsamfund og civilsamfundet i omsorgen for psykisk udsatte mennesker opstået og implementeret i Italien allerede i halvfjerdserne som en banebrydende indsats sammenlignet med andre europæiske lande. Med Lov nr. 180 fra 1978²⁴ - også kendt som Basaglia Loven med henvisning til navnet på dens hoved-ophavsmand og støtte, Franco Basaglia – blev den italienske psykiske sundhedsservice totalt omdannet og refomeret i den tid. Basaglia Loven eliminerede gradvist psykiatriske hospitaler til behandling af mennesker med kronisk psykose i Italien. Det ændrede tilgangen til psykisk sundhed i Italien, og påvirkede også tilgangen i resten af verden, for eksempel som en rollemodel for introduktionen af distriktpsykiatri. Loven er baseret på den fundamentale overbevisning om at basale rettigheder om social inklusion, selvbestemmelse og borgerskab udgør det nødvendige fundament for psykisk recovery. Som opsummering, gennem implementeringen af Lov nr. 180, blev Italien det første europæiske land til at basere psykisk sundhedsservices alene på et lokalsamfundstilgang og et civilsamfundsnetværk af psykiske sundhedsfaciliteter²⁵. Som udtalt af den italienske psykiater Roberta Mezzina fra Trieste:

²³ Citat fra hollandsk interessant-interview om dilemmaer og udfordringer.

²⁴ http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_888_allegato.pdf

²⁵ Se: Lora A. (2009): “An overview of the mental health system in Italy”. ANN Ist Super Sanità 2009, Vol. 45, No. 1, pp. 5-16



“Vi har to afgørende holdepunkter i vores arbejde: Personen må ikke blive fjernet fra hans/hendes miljø, og forbindelsen mellem krise og livshistorien skal identificeres ...”²⁶

Et af hovedbidragene fra den italienske reform er forståelsen om at individer der lider af alvorlig psykisk sygdom har behov for at bevare deres civile og menneskelige rettigheder, for dermed at fremhæve at den sociale og professionelle anerkendelse af psykiske patienters ligestilling har vist sig at være et basalt element i recoveryprocessen. Denne tilgang er også reflekteret i frivillige interesseorganisationer i partnerlandene og andre europæiske lande.

INTERESSEORGANISATION INITIATIVER – DANSKE EKSEMPLER

BEDRE PSYKIATRI GENNEM FRIVILLIGT ENGAGEMENT

BEDRE PSYKIATRI er en dansk frivillig og landsdækkende organisation for pårørende til patienter med levet erfaring med mentale og psykiatriske problemer. “Bedre Psykiatri har til opgave at opnå forbedrede forhold for pårørende til psykisk syge personer, samt at opnå en mere effektiv behandling for psykiatriske patienter. Vi tilbyder støtte til pårørende, venner, kollegaer og andre som oplever problemer typisk relateret til psykiatriske patienter.

Stiftet i 1992, er BEDRE PSYKIATRI en relativt ung organisation som har mere end 12,000 medlemmer. Siden 2006, er antallet af medlemmer fjerdedoblet, og dermed er BEDRE PSYKIATRI i dag en af de største organisationer af sin slags i Danmark. Deres hovedorganisatoriske mission og værdi er at: “Vi hjælper dig, så du kan hjælpe dine.” BEDRE PSYKIATRI drives af de lokale medlemmers engagement og frivillige arbejde, udført i mere end 50 lokalafdelinger. Vi er uafhængige af politiske partier, økonomiske og religiøse tilhørsforhold. Hovedformålene er de følgende:

- tale pårørendes sag over for politikere og fagfolk i psykiatrien
- opsamle og gerere viden omkring værdien af pårørende i psykiatrien
- sætte pårørendes vilkår og ressourcer på dagsorden
- skabe lokale netværk og samtalegrupper for pårørende To act as mediator in relation to Psychiatric Wards and other treatment facilities through dialogue
- To obtain the best possible treatment for the individual patient

(Kilde: www.bedrepsykiatri.dk)

DET SOCIALE NETVÆRK – AT VÆRE EN STÆRK STEMME FOR PSYKISK SÅRBARE BORGERE

I 2009 stiftede tidligere Statsminister Poul Nyrup Rasmussen foreningen Det Sociale Netværk. Formålet med Det Sociale Netværk er at fjerne tabuer og fordomme omkring psykisk sygdom, og dermed hjælpe med at skabe en dybere forståelse for en ny, bedre og mere sammenhængende

²⁶ Citeret fra resumeet fra en transnational conference afholdt i Danmark under overskriften: “Better collaboration across professions – without hierarchy”, organiseret af Det Sociale Netværk, 2011.



indsats for psykisk sårbare mennesker. Visionen var klar, da Poul Nyrup Rasmussen vendte hjem fra Europaparlamentet i 2009: "Psykisk sårbare har brug for en stærk ny stemme i Danmark". Dermed retter Det Sociale Netværk sig mod at advokere for nye måder og anderledes veje i udviklingen og implementeringen af innovative initiativer til at forbedre den mentale trivsel i det danske samfund. Dette gøres gennem et antal projekter og generelt fra et perspektiv om tidlige og forebyggende indsatser såvel som et perspektiv om empowerment hos mentalt sårbare mennesker og deres pårørende.

(Kilde: www.psykisksaarbar.dk)



5.

BÆREDYGTIGE BESKÆFTIGELSESTILTAG – NOGLE METODISKE DILEMMAER

5.1 INTRODUKTION

I dette kapitel retter vi opmærksomheden de metodiske og kvalifikatoriske udfordringer i beskæftigelsestiltag for mentalt sårbare mennesker. Fra starten, har Equil projektet bygget særligt på bevidstheden om behovet for kvalifikationer og kompetencer in generelle beskæftigelsesservices for målgruppen. Dermed har hovedfokus og udviklingsperspektivet været omkring sådanne behov og krav blandt professionelle, som de optrådte gennem Equil desk research, fokusgrupper og interviews blandt borgere med levet erfaring med psykisk udsathed, arbejdsgivere og ansættelsessteder, sagsbehandlere, job konsuletner, pårørende og andre interessenter i projektforsløbet. Endvidere har resultaterne ført til udvikling og pilot-testning af nye træningsprogrammer for professionelle i beskæftigelsesservices.

Evner og kompetencer går hånd-i-hånd med metodiske tilgange og metoder anvendt i de daglige services. Dette handler om evnen til at vælge de mest passende relationelle og metodiske tilgange for at kunne tilpasse sig til den individuelle brugers specifikke behov og krav.

Derfor må afklaringen og træningen af de professionelle kompetencebehov kombinere et bredt og holistisk udvalg af professionelle, personlige, relationelle og metodiske evner, såsom faktuel og differentieret viden om psykisk sårbarhed og social-psykiatriske traditioner, arbejdsmarkedsudvikling og nutidige krav, personlig robusthed og modstandsdygtighed, relationel forbindelse og professionalismisme i empati, kommunikation, dialogisk kontakt og feedback teknikker såvel som kritisk tænkning og kritisk refleksion om stereotype forudindtagelser, ekskluderende værdier og kropssprog osv.

Fra dette perspektiv har den strategiske analyse fokuseret på de følgende spørgsmål:

- Besidder professionelle i beskæftigelsesfremmende tiltag de relevante og påkrævede evner og kompetencer til opgaven?
- Har professionelle i disse services adgang til passende og relevant supplerende træning til at holde sig opdateret med kompetence behov og krav?
- Tilbydes de professionelle job-træning som en løbende organisatorisk trænings- og lærings-proces til at opbygge fælles evner og metodiske tilgange i arbejdsmiljøet?
- Er professionelle i disse services trænet i systematisk vidensdeling som en permanent faglig såvel som tværfaglig praksis?



- Er professionelle i disse services trænet i dialogisk rådgivning af ansættelsessteder som gerne vil bidrage til ansættelse af psykisk udsatte borgere?
- Er professionelle og ansættelsessteder generelt bekendt med lovmæssige incitamenter for inklusiv rekruttering og fleksible ansættelsesvilkår?

Resultaterne fra Equil projektet indikerer at metodiske og kompetencemæssige udfordringer generelt er forbundet med:

- Mangel på passende job-træning for professionelle
- Mangel på passende og systematisk vidensdeling mellem professionelle
- Mangel på kontinuitet i støtteservices
- Mangel på brugerdeltagelse i professionelle diagnoser og handlingsplaner for recovery

De følgende afsnit fokuserer på disse udfordringer og dilemmaer.

5.2 DILEMMA: BEHOV FOR FÆLLES TILGANG – MEN UTILSTRÆKKELIG JOBTRÆNING

Det er velkendt i de fleste institutioner og ansættelsessteder – hvadenten de er offentlige eller private – at videregående uddannelse ikke fører til en organisatorisk effekt og innovation, medmindre den ny erhvervede viden og metodiske redskaber bliver synlige og forankrede i arbejdsmiljøet. Selv når flere ansatte følger samme træningsforløb, bliver deres fælles læring ikke omdannet til **organisatorisk læring** førend det systematisk forankres i arbejdsmiljøet. Foruden den organisatoriske forankring, er der ingen organisatorisk læring – og dermed ingen **organisatorisk kvalitetsudvikling**. Ligesådan passer behovet for systematisk viden ind i det overordnede billede af organisatorisk læring og udveksling af ny teoretisk indsigt såvel som alle former for relevante metodiske evner.

Som et resultat af Equil forskningen, er det blevet påpeget at fokus på organisatorisk læring og forankring er et omdrejningspunkt for enhver indsats til at forbedre beskæftigelsesservices for psykisk sårbare borgere. Det organisatoriske læringsperspektiv er desto stærkere når det er forbundet til behovet for tværfagligt og tværgående samarbejde og fælles evner i den specifikke kontekst.

I denne forbindelse, påpegede nogle informanter at manglen på systematisk job-træning udgør en af de største metodiske udfordringer, i forhold til forbedring af beskæftigelsesservices for psykisk sårbare mennesker. I nogle tilfælde, henviser informanter hermed til tværfaglig og tværgående træning, tilbudt som videregående uddannelsesaktiviteter. I andre tilfælde peger informanter på behovet for praktisk træning og praktikforløb allerede som del af uddannelsen.



JOB-TRÆNING KOMBINERET MED TVÆRGÅENDE TRÆNING

Dermed peger disse erfaringer tilsyneladende mod en ny kombination af job-træning og tværgående træning. Dette ville også udgøre en kombination af **vertikal** organisatorisk træning som involverer lederskab og praktiserende indenfor samme organisatoriske afdeling – og **horisontal** organisatorisk træning som involverer lederskab og praktiserende fra flere forskellige organisatoriske afdelinger indenfor det samme system, og endvidere horisontal træning på tværs af sektorer, såsom den kommunale og regionale sektor.

Ved at prioritisere den horisontale træning indenfor sektorer og på tværs af sektorer, villæringsperspektivet uvides betydeligt. Som et eksempel kunne praktiserende fra beskæftigelsesservices have stor fordel af vidensdeling og metodisk træning sammen med professionelle fra social-psykiatriske tiltag i hospitalssektoren eller i de sociale myndigheder – og vice versa. Denne omfattende systemiske ekspertise kunne dissemineres gennem brug af systematiske organisatoriske kombinationer af job-træning og tværgående træningsprogrammer.

FORSKELLIG FORTOLKNING AF JURIDISKE RAMMER FØRER TIL FORSKELLIG PRAKSIS

Sidst har nogle interessenter peget på at selvom nogle praktiserende i beskæftigelses- og sociale services henviser til samme lovgivning, fortolker de muligvis paragrafferne ret forskelligt. Som udgangspunkt er alle professionelle velinformerede om de juridiske rammer. Men lovgivning er udsat for fortolkning i den konkrete sagsbehandling, som også reflekterer sagsbehandlerens personlige tilgang til borgere, til autoriteter, til deres egen mission og opgave, osv.

Dermed bliver **objektiviteten i lovgivningen**, i praksis moduleret af den menneskelige faktor og den **indbyggede subjektivitet** i administrationen.

Nogle interessenter hævder at desto mere praktiserende bliver bekendt med andre professionelle områder og tilgange, desto mere har de tendens til at fortolke lovgivning til borgernes fordel. Selvom dette ikke er en bevist udtalelse, peger den på ideen om at gøre sagsbehandling og fortolkning af juridiske grundlag mere fleksibel og bevidst om borgerens interesser.



5.3 DILEMMA: BEHOV FOR FØRSTEHÅNDSVIDEN – MEN UTILSTRÆKKELIG INDDRAGELSE AF PERSONER MED LEVET ERFARING

“Involvering af patienter kan bidrage til en mere erfaringsbaseret forståelse af sygdoms-problematikker, behandlingsformer og bivirkninger. Det kan også sætte fokus på uløste medicinske behov såvel som implementering af nye forskningsmæssige indsigter i klinisk praksis. På den måde kan brugerinvolvering være med til at sikre bedre løsninger i det offentlige sundhedssystem ...”²⁷

RECOVERYMETODEN ER BASERET PÅ PATIENTDELTAGELSE

“Fokuser ikke på diagnose. Eksperter fra erfaring kan give forklaringer på dette. Læg også mærke til de mennesker som ikke modtager støtte fra staten ...”²⁸

Som fremhævet af informanter med levet erfaring af psykisk sårbarhed og lidelser, er det afgørende at anerkende mennesker med levet erfaring som eksperter i relation til deres egne symptomer, recoveryproces, og endda diagnoser. De er rent faktisk de nærmeste til at kunne informere og forklare deres egen situation samt deres egne behov og krav.

“Viden gennem erfaring er meget anderledes i nogle henseender end fra videnskabelig og professionel viden. Desværre har denne viden fra erfaring hos mennesker med sårbarhed endnu ikke den status og autoritet som den videnskabelige og professionelle viden om psykisk sygdom har. Manglen på status, autoritet og anerkendelse af erfaringsmæssig viden fører til ubenyttede muligheder for større deltagelse i arbejdsmarkedet. Hvis mennesker med psykiske sårbarheder selv kan tilskrive mening til de forskellige aspekter af erfaringsmæssig viden, kan de muligvis udøve mere indflydelse på deres leveforhold og deres mulighed for at styre deres eget liv ...”²⁹

Som gentagne gange nævnes i Equil fokusgrupper og interviews såvel som i litteraturreviews, udgør den aktive inddragelse af psykisk udsatte borgere i udredning, konklusioner og løsninger i forhold til deres egen situation, det **grundlæggende rationale for recoverymetoden**. Recovery er i bund og grund en personlig proces, som selvfølgelig vil kræve relevant støtte og dialogiske refleksioner med professionelle og forskellige grupper af interessenter, inklusive in nogle tilfælde familier og nære pårørende. Dog er recoveryprocessen ikke en lægefaglig proces. Det er ikke en proces for socialrådgivere og jobkonsulenter. **Det er altid det aktive, hårde arbejde af individet der er involveret**, hvadend dette er med støtte fra professionelle og pårørende. Følgelig har recoverymetoden og tilgangen sit udgangspunkt i **personens egne oplevelser**, aspirationer og

²⁷ Citat fra Kristensen, Dorthe Brogård, Bruun, Birgitte, Lindskov, Mikkel and Brorholt, Grete (2017): “Debat: Patienter skal inddrages i medicinsk forskning”.

²⁸ Citat fra resume af den hollandske fokusgruppe om dilemmaer og udfordringer.

²⁹ Citat fra den nationale hollandske Equil rapport.



drømme for fremtiden, for hverdagslivet, relationer, aktiviteter osv. Recovery handler om at definere hvad der er meningsfuldt i det individuelle liv.

I dette perspektiv vil recoveryprocessen variere individuelt fra person til person. Dette antyder at den professionelle tilgang og støtte i en hvis udstrækning også er nødt til at variere fra én patient til en anden.

Professionelle, pårørende og andre interessenter kan – og bør – være vigtige støtter i udredningsprocessen. Dog kan de ikke definere og beslutte meningsfuldhed på den individuelle patients vegne.

Set i dette lys, bør evnen til at involvere psykisk sårbare borgere som hovedpersoner i deres egen recoveryproces, fremhæves som en overordnet professionel kompetence.



6.

BÆREDYGTIGE BESKÆFTIGELSESTILTAG – NOGLE HOLDNINGSMÆSSIGE DILEMMER

6.1 INTRODUKTION

I dette kapitel analyserer vi udfordringer og dilemmaer i beskæftigelsesfremmende tiltag fra et holdningsperspektiv. Dermed er hovedemnet de holdninger og værdier der eventuelt kan hindre integration på arbejdsmarkedet blandt borgere med levet erfaring med psykisk sårbarhed og lidelser.

Som Equil projektet har påvist gennem interviews og træningskurser, er det vigtigt at fremhæve at modsatrettede faktorer er til stede blandt professionelle i beskæftigelsesservices såvel som blandt borgerne selv. I nogle tilfælde er professionelle og borgere endda enige om at fokusere på sygdoms-relaterede svagheder og udfordringer som kan medføre fejltrin i jobs og uddannelse. Professionelle kan være drevet af et ønske om at beskytte borgeren fra yderligere nederlag og tilbageskridt. Borgeren, derimod, kan måske mangle selvtillid til at tro på sine egne ressourcer og fokusere på risiko og faldgruber snarere end potentiale i et nyt job og kollegial sammenhæng, som kan bryde den sociale isolation som ofte følger med psykisk sygdom. I sådanne tilfælde kan der være et gensidigt behov for at ændre holdninger på begge sider, hvorimod det i andre tilfælde er forbehold og lave forventninger på ansættelsessteder der forstærker den negative spiral, hvor psykisk udsatte borgere trækker sig mere og mere tilbage fra et beskæftigelsesperspektiv.

I lyset af sådanne erfaringer, har den strategiske analyse berørt de følgende spørgsmål:

- Konfronteres psykisk udsatte borgere med negative holdninger og tegn på stigmatisering fra professionelle i beskæftigelsesfremmende services?
- Har professionelle tendens til at vise overbeskyttende holdninger og offergørende overførselsmekanismer i recoveryplaner for psykisk udsatte borgere og patienter?
- Møder psykisk sårbare borgere generelt negative forudindtagelser og stigmatisering i social sammenhæng og i civilsamfundet?
- Har psykisk sårbare borgere tendens til at internalisere sådanne forudindtagelser og forbehold?
- Hvilke værdier kan ligge til grund for holdninger og synspunkter som er skeptiske overfor borgerens evner til at udføre og fastholde et job eller en uddannelse?



Equil forskningen afslørede et bredt udvalg af problemer forbundet med de holdningsmæssige spørgsmål, hvoraf nogle af de vigtigste er:

- Den dobbelte holdning blandt både professionelle og borgere til jobintegration, hvor behovet for beskæftigelse og rehabilitering viser sig selv i beskyttende holdninger og angst
- Generelle tabuer og stigmatisering af psykisk sygdom og dens afspejling i selvstigmatisering

De følgende afsnit beskriver disse emner.

6.2 DILEMMA: INTERAKTIONEN MELLEM BEHOV OG ANGST FOR JOBINTEGRATION

“De føler et pres til at skulle arbejde. Det forårsager meget anspændthed. Derfor kommer de ikke videre. P. giver et eksempel på en klient som brugte metadon, siger du det eller siger du det ikke til arbejdsgiveren? P. siger desuden at det er svært at komme ud af huset. De finder det svært, det er et stort skridt. Hvis de kan tale med andre om det, så kan de tro på det igen...”³⁰

Generelt fremhæver informanterne i Equil projektet den store personlige betydning i at vende tilbage til arbejdsmarkedet, som også involverer en tilbagevenden til fuld eller delvis selvforsørgelse. Det giver dem en følelse af formål, retning, mening, funktion, brugbarhed i deres liv. Det indebærer også inklusion i den såkaldte normale verden og dermed en inklusion i en **oplevelse af normalitet**. Dette skal ikke forstås i den gængse forståelse af ordet, men i forhold til en oplevelse af at være på lige fod men andre borgere. Når jobbet er passende og afbalanceret til individets evner og kapacitet, medfører det også sociale og kollegiale relationer. Det medbringer sjov, fornøjelse og glæde ind i personens liv. Dermed kan integration på arbejdsmarkedet og i en social kontekst af arbejdsmiljøer ses som en grundlæggende værdi, ikke fra et konventionelt og traditionelt perspektiv, men fra et **recovery og ligestillingsperspektiv**.

Endvidere har informanter peget på at man i et arbejdsliv faktisk får mulighed for at lære nye evner og opnå ny viden. Man får mulighed for at udvikle og kvalificere både sine professionelle, sociale og personlige evner. På denne måde er job og arbejdslivet også en vej til at udvide den personlige horisont og berige sit liv som en grundlæggende værdi.

På trods af disse gavnlige effekter, udtrykker mange informanter med levet erfaring deres frygt omkring genindtrædelse på arbejdsmarkedet. De er bekymrede for hvordan tidligere kollegaer og arbejdsstedet generelt vil opfatte dem når de vender tilbage fra sygeorlov eller starter et nyt job. I forhold til tilbagevenden til arbejdspladsen, spekulerer de på hvad de er gået glip af, om de vil

³⁰ Citat fra resume af den hollandske fokusgruppe om dilemmaer og udfordringer.



blive set som svage og skrøbelige, om de er for langt bagud i forhold til professionel udvikling i sammenligning med deres kollegaer og indenfor deres funktionelle område. Dermed spørger de konstant sig selv om de rent faktisk er klar til at vende tilbage til arbejdet, og hvorvidt de er i stand til at klare arbejdsmarkedets krav og en dagligdag organiseret omkring et løbende skift mellem arbejdstid og fritid. Med andre ord føler de sig sårbare og meget udstillede, og længslen og trangen til en ligestillet rolle på arbejdsmarkedet afspejler sig i en angst for ikke at være ordentligt forberedt. I opsummering, er et gentagent tema blandt informanter med levet erfaring tilsyneladende en frygt for at vende tilbage til arbejde. Det er værd at bemærke at frygten for at vende tilbage ikke primært er knyttet til mangel på tro på ens egne professionelle evner, endog dette aspekt af frygt også har en hvis vægt i overvejelserne.

Den hovedsagelige baggrund for frygten for at vende tilbage lader derimod til generelt at være frygt for **afvisning** når man søger et job. Det skal bemærkes at frygten for afvisning ikke er ubegrundet. Faktisk er det for mange mennesker med psykisk sårbarhed baseret på praktisk erfaring og virkelige tilfælde.

DILEMMAET OM EKSTERN OG INTERN AFVISNING

Det grundlæggende dilemma i narrativerne om afvisning er at afvisningen manifesteres både på et eksternt og internt niveau. På det eksterne niveau er det hårdt og frustrerende for de fleste mennesker hvis de ikke kan opnå de stillinger de har søgt. Dette ville være en almindelig reaktion og en almindelig oplevelse af **ekstern afvisning**.

Mange mentalt sårbare mennesker har dog tendens til at **internalisere den eksterne afvisning** i en grad hvor de selv finder alle mulige årsager til hvorfor de ikke er egnede til det specifikke job. Frygten for ekstern afvisning bliver til reduceret og lavt selvværd og endda en barsk og urealistisk vurdering – og afvisning – af egne evner og kapaciteter. Endvidere fratager denne nedadgående spiral dem håb i form af nye forsøg og bedre resultater næste gang. De kan også overvurdere vigtigheden af deres sårbarhed set fra arbejdsgivere og kollegaers perspektiv.

I en negativ alliance, kan den eksterne og interne afvisning dermed føre borgere til at konkludere at de ikke er klar til arbejdsmarkedet, og dermed forhindre dem i at ændre deres egen situation og den recoveryproces der er forbundet med omfavnelsen af nye professionelle og sociale udfordringer.

Forbundet med internaliseringen af afvisning er også **frygten for tilbagefald**. Nogle psykisk udsatte mennesker er meget bekymrede for at job kravene er for omfattende og overgår deres resourcer, og dermed truer et mentalt tilbagefald. Adskillige informanter har indikeret at de er nødt til at finde en balance mellem resourcer og krav – mellem hvad de kan håndtere og hvad de ikke kan. At identificere denne skrøbelige balance er dog ikke nemt, eftersom det grundlæggende kan afhænge af at prøve det af. De vil gerne vide det før de træder ind på arbejdsmarkedet, men de kan kun lære det gennem praksis. Nogle informanter udtrykte frygt for at blive tvunget til at tage et job som sandsynligvis kunne medføre tilbagefald.



Frygten for tilbagefald inkluderer også overvejelser omkring karakteren af psykisk sårbarhed. I modsætning til fysiske lidelser, er psykiske lidelser ikke generelt synlige. Som konsekvens kan arbejdsgivere muligvis forvente meget mere end man rent faktisk kan håndtere i forhold til produktivitet, samarbejde med kollegaer, arbejdstid osv. Det er bemærkelsesværdigt at **frygten om for store forventninger afspejles i frygten for undervurdering**, hvor informanterne er kritiske overfor situationer hvor arbejdsgivere og kollegaer har en større fokus på deres sårbarheder end deres ressourcer – ud fra beskyttende årsager. En anden ekstern barriere der nævnes er at de er undervurderede, at de bliver beskyttet og at fokus er på svagheder og ikke på muligheder.

I opsummering kan frygten for tilbagefald være selvopfyldende og give grundlag for forskellige negative forudindtagelser om arbejdssteder såvel som beskæftigelsesmyndigheder.

KOMMUNIKATION OG KROPSSPROG AFSLØRER ATTITUDERNE

Kommunikationsformen – tonelejet og holdningerne – fra social/sagsbehandlere og andre professionelle i jobcentre er i mange tilfælde en stressfaktor, idet den får respondenterne til at føle sig både underdanige og afhængige uden at have indflydelse på deres eget liv. Dette henviser også til den generelle kommunikation fra jobcentre og kommuner.

6.3 DILEMMA: BEHOVET FOR ADGANG TIL ARBEJDE OG MANGLEN PÅ RÅDGIVNING FOR ARBEJDSGIVERE OG KOLLEGAER I ARBEJDSMILJØER

“De fleste respondenter betragter det som lige vigtigt at have en mentor eller støtte-professionel både for personen med levet erfaring og firmaet ...”³¹

I interviews og fokusgrupper med virksomhedsrepræsentanter, bad både ledere og ansatte om professionel rådgivning til at facilitere ansættelse og jobintegration af nye kollegaer med levet erfaring af psykisk sårbarhed og lidelser. Som et af problemerne pegede ansættelsesstederne også på behovet for mere information og indsigt i implikationerne ved sådanne lidelser, for dermed at kunne holde ordentligt øje med symptomer og behov – men også for at kunne overveje konsekvenserne ved den inklusive rekruttering. Endvidere ville denne information gøre ansættelsesstederne bedre stillet til at matche nye kollegaer og tilbyde dem relevante jobfunktioner.

Alle partner organisationerne kan referere til lignende feedback fra ansættelsessteder.

³¹ Citat fra den nationale italienske Equil rapport.



“Mere end halvdelen af arbejdsgiverne er ikke klar over de incitamenter de får for at ansætte mennesker med psykiske lidelser...”³²

Manglen på viden omkring de økonomiske og administrative procedurer for inklusiv rekruttering er et betydeligt problem i de generelle beskæftigelsestiltag for psykisk sårbare borgere. Så længe virksomheder og ansættelsessteder er dårligt forberedt og guidet i rekrutteringen, kan der rent faktisk være realistiske grunde for at borgerne frygter integration på arbejdsmarkedet. Dette dilemma er langt fra nyt. Men det er stadig relevant at udpege behovet for grundig rådgivning og anvendelse af feedback mekanismer for ansættelsessteder som led i beskæftigelsestiltag for psykisk sårbare mennesker.

BEHOVET FOR INTEGRATION OG LIGESTILLING I DET KOLLEGIALE FÆLLESSKAB

“Det kræver forberedelse og holdningsændringer, såvel som tid og vilje på ansættelsesstedet, at sikre en ordentlig inklusionsproces. Der er muligvis en ‘varm kartoffel’, men det er vigtigt at lederne og kollegaerne ikke er bange for at spørge direkte, for eksempel: Vil du helst være alene i frokostpausen? Eller vil du gerne have vi inviterer dig til at spise frokost med os? Du ved, den slags spørgsmål ...”³³

Rådgivningen til ansættelsessteder bør inkludere arbejdsgivere og ledere såvel som ansatte og den kollegiale kontekst. I praksis udgør kollegaerne det professionelle og sociale fællesskab, hvori psykisk udsatte mennesker skal integreres. Dette er forummet for ligestilling og anerkendelse trods forskelle i formelle ansættelsesvilkår, i arbejdstider, osv. Uden adgang og **legitimitet** til at stille ærlige og åbne spørgsmål om behov og krav, er kollegaerne muligvis ikke i stand til at opnå den fulde forståelse, indsigt og respekt i forhold til behov og forventninger hos en ny kollega, som er vendt tilbage til arbejde efter en periode med sygeorlov på grund af psykisk sårbarhed og sygdom.

6.4 DILEMMA: SAMSPILLET MELLEM EKSTERN OG INTERN STIGMATISERING

Equil forskningen har indikeret at stigmatiserings mekanismer ikke er usædvanlige, hvadend det er i arbejdslivet, det sociale liv, familielivet eller i mødet med psykiske sundhedsmyndigheder. Adskillige informanter har refereret til sådanne oplevelser og påpeget at stigma er en holdningsmæssig udfordring. I konteksten af familie, venner og pårørende, er stigma tilsyneladende især forbundet med en beskyttende holdning og adfærd som en forberedelse til at beskytte det psykisk sårbare familiemedlem fra følelsesmæssige eller angstfremkaldende situationer og hændelser. Samtidig henviser informanter til oplevelsen af at stigma også kan

³² Citat fra resume af den hollandske fokusgruppe om dilemmaer og udfordringer.

³³ Citat fra dansk interessent-interview om dilemmaer og udfordringer.



udtrykke manglen på forståelse og indsigt i psykisk sårbarhed. Dermed kan stigma komme til udtryk som overbeskyttelse såvel som diskret eller endda åben afstandtagen og eksklusion.

“Alle deltagerne med levet erfaring med psykisk sårbarhed og lidelser foretrækker at skjule deres mentale sundheds problemer, fordi de er bange for at blive ofre for eksklusion og fordomme. Især i arbejdsmiljøet foretrækker de ikke at dele deres problem eller lidelse, eller i det mindste kun i tilfælde hvor de søger stillinger der er reserveret til mennesker med et handicap i følge lovgivning ...”³⁴.

Beskeden er at mange borgere med levet erfaring møder stigmatisering i attitude og adfærd i en personlig såvel som professionel sammenhæng. Oplevelsen er at mange mennesker i både det sociale liv og arbejdslivet foretrækker at ignorere mentale sundheds problemer, og dermed holde dem usynlige i kommunikation og fælles aktiviteter. Mennesker med levet erfaring fremhæver også en generel tendens til at forbinde psykiske lidelser til de mest alvorlige og ekstreme diagnoser, og dermed ignorere at psykiske lidelser dækker over et ligeså bredt udvalg af sårbarhed og lidelser som mange fysiske diagnoser og sygdomme. Som resultat kan den individuelle person blive identificeret med en diagnose og ikke modtage opmærksomhed og behandling som er tilpasset til deres faktiske behov og krav.

Stigma har en tendens til at forvandle sig til selv-stigma. I denne proces bliver andre menneskers forvrængede forestillinger og statiske identifikationer internaliseret og bliver det dominerende narrativ og selv-billede. Dette er også tilfældet selv hvis den psykisk udsatte person er rationelt bevidst om at disse narrativer er bygget på misforståelser og mangel på indsigt i recovery-dynamikker.

I opsummering resulterer stigma generelt i eksklusion og negativ stempling. I disse situationer oplever psykisk udsatte mennesker en dobbelt-byrde, hvor andre menneskers negative forudindtagelser lægges oven i den vanskelighed der forårsages af sårbarheden og sygdommen i sig selv. Selv-stigma kan også medføre selv-fornægtelse hvor mentalt sårbare mennesker selv ignorerer lidelsen og afstår fra at søge den nødvendige hjælp og støtte i tide.

³⁴ Citat fra italiensk forskning og interviews.



7.

SAMSKABELSE OG SAMPRODUKTION - TIL AT HÅNDTERE UDFORDRINGER

7.1 INTRODUKTION

De forudgående kapitler har opstillet nogle af de dilemmaer og udfordringer der findes i den strategiske og praktiske levering af bæredygtige beskæftigelsestiltag for psykisk sårbare borgere. Under Equil projektet, har disse dilemmaer og udfordringer vist sig at være, i nogen udstrækning, fælles på tværs af forskelle i national lovgivning, institutionelle systemer og organisatoriske rammer i partnerlandene. Dermed blev disse dilemmaer og udfordringer udvalgt til at illustrere konsekvenserne af strukturelle, organisatoriske, metodiske og holdningsmæssige hindringer for en holistisk, sammenhængende og effektiv indsats for psykisk sårbare borgers integration på arbejdsmarkedet.

Equil projektet er oprettet på den grundlæggende overbevisning om at samproduktionsmetoden kan være en relevant løsning til mange af de hindringer vi har beskrevet. Dermed blev samproduktionsmetoder og redskaber testet i træningsprogrammet for professionelle gennem hele projektforsløbet³⁵. Endvidere blev strategiske interessenter bedt om at reflektere på relevansen af samproduktionsmetoden i relation til forbedring af beskæftigelsestiltag for mennesker med psykisk sårbarhed og lidelser.

I opsummering forekommer samproduktionstilgangen i mange sammenhænge at udgøre et passende svar, hvis vi ønsker at finde bæredygtige løsninger til de velkendte udfordringer. Dermed opsummerer de følgende afsnit, som afslutning på rapporten, potentialet for bedre beskæftigelsestiltag gennem diverse metodiske modeller som på forskellig vis er baseret på samproduktionstilgangen.

7.2 SAMPRODUKTION – HVAD ER NYT?

” Samskabelse sker ved at kombinere så mange ressourcer og kompetencer som muligt, som er relevant for den målgruppe, der er centrum for samskabelsen. (...)Samskabelsens særlige potentiale ses i sammenhænge, hvor målgruppen selv tager ejerskab for problemer, og de omgivende aktører gradvist ændrer rolle fra hjælpere til samarbejdspartnere... ”³⁶

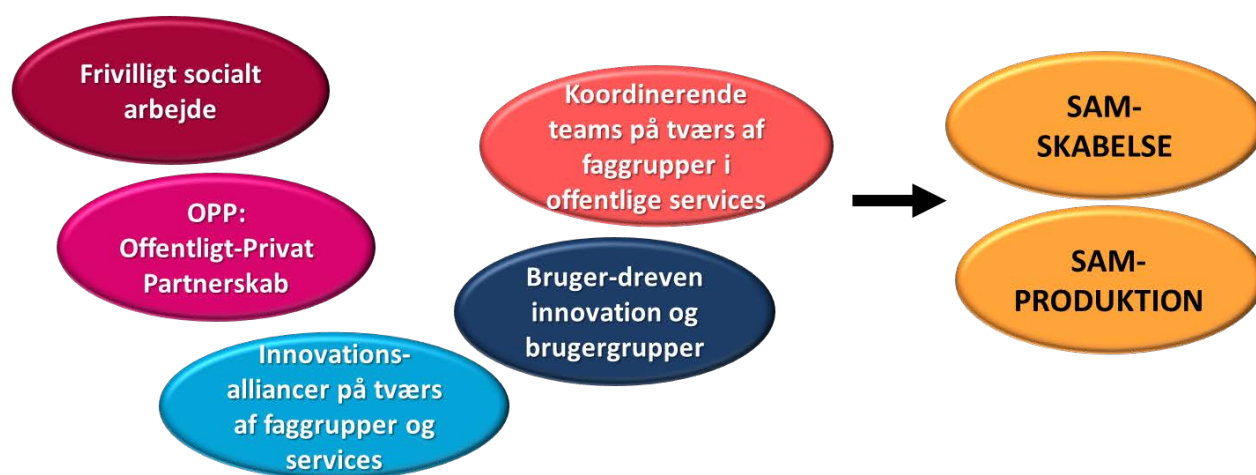
³⁵ Se: Mersey Care NHS Foundation Trust (2017): “A toolkit for co-production”.

³⁶ Citat fra Frivilligrådet (2013): ”Et Magasin om Samskabelse”.

I Equil forskningen har de fleste informanter fremhævet betydningen af samproduktionsmetoden. Generelt refererer informanter til konceptet om samproduktion fra forskellige vinkler, afhængigt af deres baggrund og referencerammer som borgere med levet erfaring med psykisk sårbarhed, som professionelle i beskæftigelsesservices eller social-psykiatrien, som forskere osv. Dermed er tanken om samproduktion muligvis forskellig fra én informant til en anden. På trods af forskellige grader af teoretisk indsigt og praktisk erfaring med samproduktion, bekræftede alle informanter dog at den **grundlæggende ide om interdisciplinært samarbejde og et mangeartet perspektiv** på psykisk sårbarhed, recovery og beskæftigelsespotentialer er den korrekte retning at anlægge.

Som illustreret i figur 3 nedenfor, er helhedstænkning og tværfaglighed ikke nye begreber. Tværfaglighed indikerer at adskillige aktører samarbejder fra ligestillede udgangspunkter, baseret på en fælles vision, fælles mål og hensigter, delte værdier og fælles metodiske tilgange. De professionelle indtræder i en **fælles arena** hvor de skaber nye fælles regler og procedurer for en holistisk praksis og services tilpasset til brugernes behov og krav. Denne samproduktions vision kan dog kun opfyldes hvis alle er indstillede på at åbent håndtere innovationer der kan adskille sig fra de traditionelle forestillinger, roller, professionelle opgavefordelinger såvel som opgavefordeling mellem professionelle, privatsektor repræsentanter, frivillige aktører og andre interessenter i det fælles handlingsområde.³⁷

FIGUR 3: EN LANG RÆKKE AF EUROPÆISKE ERFARINGER MED TVERGÅENDE SAMARBEJDSMODELLER

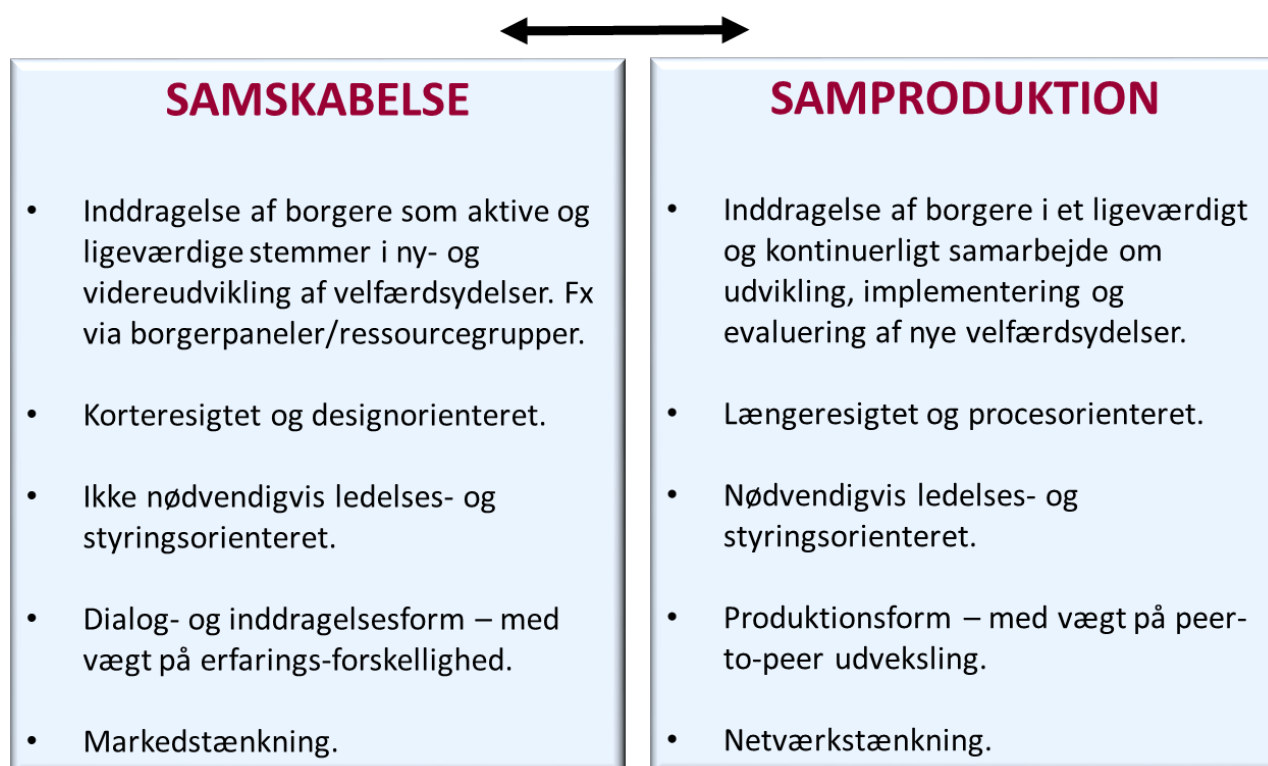


³⁷ Thomsen, Margit Helle (2013): "Family entrepreneurs - holism and interdisciplinary collaboration in practice".

7.3 SAMPRODUKTION OG SAMSKABELSE – SUPPLERENDE TILGANGE

Nogle forsknings interessenter har påpeget at det kan være brugbart at differentiere konceptet om samproduktion. Dermed konceptualiserede forskerne de organisatoriske, metodiske og holdningsmæssige forskelle i begreberne om samproduktion og samskabelse³⁸. Denne differentiering er ikke en rent akademisk problemstilling. Tværtimod illustrerer og klargør det hvordan forskellige perspektiver og tilgange er afgørende for organisationen af tværgående samarbejde og brugerdeltagelse. Figur 4 eksemplificerer forskellene mellem samskabelses og samproduktions tilgange. Den mest betydningsfulde forskel er forbundet med den grundlæggende definition af deltagelse, hvor brugere – for eksempel borgere med levet erfaring med psykisk sårbarhed– kan kategoriseres enten som bidragsydere eller producenter.

FIGUR 4: VARIATIONER I SAMARBEJDE



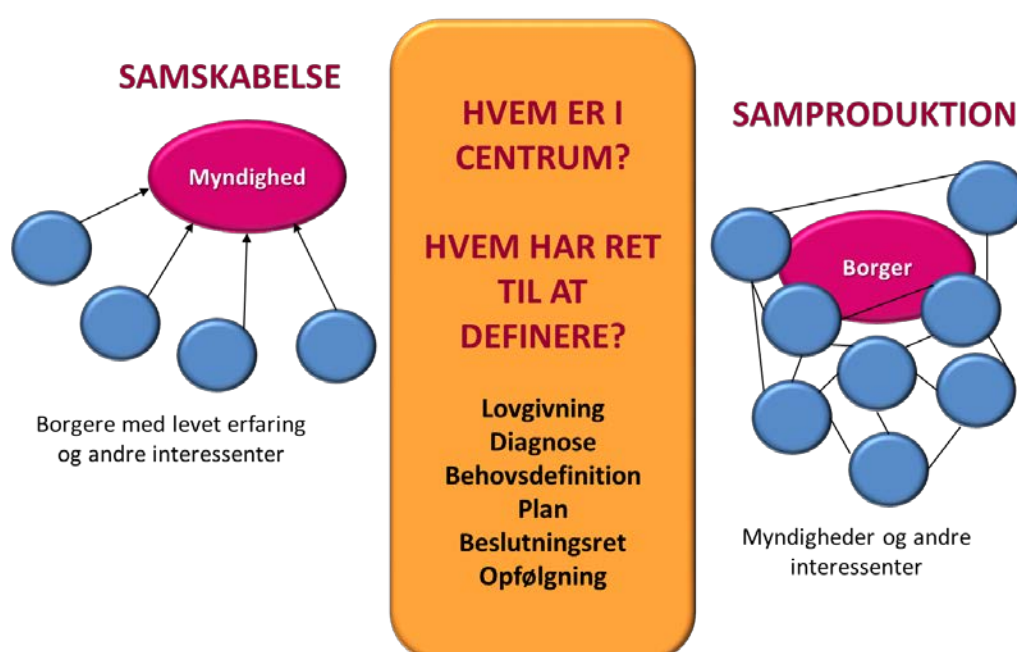
Den velkendte og udbredte brug af brugerpaneler og fokusgrupper er et eksempel på samskabelsesmetoder. Relevante målgrupper tilfører rent faktisk til en kreativ og innovativ proces

³⁸ Se: Andersen, L. L., & Hygum Espersen, H. (2017). Samskabelse, samproduktion og partnerskaber - teoretiske perspektiver. I: Partnerskaber og samarbejder mellem det offentlige og civilsamfundet. (s. 107-137). København: Socialstyrelsen og Roskilde Universitet.

rettet mod forbedringer i givne services. Yderligere justeringer og forbedringer vil dog blive udført – og endeligt defineret – af de involverede myndigheder.

I modsætning er samproduktionstilgangen en længerevarende proces, hvor brugerne er involveret på lige fod i definitionen og produktionen af nye services og tiltag. De overdrager ikke indsigt og ideer til forbedring. De er rent faktisk en del af forbedringsprocessen, som illustreret i figur 5 nedenfor.

FIGUR 5: VARIATIONER I SAMARBEJDE



Som opsummering tjener denne differentiering et praktisk formål. Den ene tilgang skal ikke anses som bedre eller mere korrekt end den anden. Men pointen er at professionelle, myndigheder, borgere, arbejdsgivere, ansættelsessteder og andre interessenter klart og åbent skal definere den samarbejdsmodel de vælger, for dermed at sikre at alle aktører involveret er fuldt informerede og bevidstgjorte om deres roller, indflydelsesområde og forventede bidrag i samarbejdet.

7.4 SAMPRODUKTION I PRAKSIS – NOGLE EKSEMPLER

Ideen om interdisciplinær og tværgående samproduktion i beskæftigelsesfremmende services for mentalt udsatte mennesker inkluderer ikke blot den praktiske organisation af samarbejdet. Som tidligere nævnt, kan vi pege på adskillige eksempler på tværfaglige teams der ikke førte til grundlæggende ændringer i opfattelsen og forståelsen af psykisk sårbarhed og lidelser. Dermed bør samskabelse og samproduktion indeholde et antal metodiske og holdningsmæssige implikationer. Det skal, på den ene eller den anden måde, inkludere nye synspunkter og



paradigmer, baseret på inddragelse af erfaring og ekspertise som repræsenteret af psykisk sårbare borgere og ansættelsessteder osv. Sådanne implikationer kan beskrives fra diverse forskellige perspektiver³⁹:

RECOVERYPERSPEKTIVET / BASERET PÅ PROCESFREMANGANG

Borgere med social-psykiatriske vanskeligheder skal ikke behandles udfra et livslangt perspektiv, medmindre det er beviseligt nødvendigt. Formålet bør være aktive og selvstændige borgere, understøttet af et sikkerhedsnet af fleksible sociale og psykiatriske løsninger.

DET TVÆRGÅENDE PERSPEKTIV / BASERET PÅ TVÆRFAGLIGT OG INTERDISCIPLINÆRT SAMARBEJDE

Løsninger bør baseres på systematisk samarbejde og koordination mellem det nationale, regionale og lokale niveau, afhængigt af de nationale strukturer.

Beskæftigelsestiltag bør blive samproduceret på tværs af forskellige myndigheder og styrelser involveret i forskellige services for psykisk udsatte borgere.

FOREBYGGELSESPERSPEKTIVET / BASERET PÅ TIDLIG INDSATS

Behandlingstiltag bør reduceres ved at give prioritet til præventive tiltag, tidlig bevidsthed og rehabilitering ved tidlige tegn på psykiatriske vanskeligheder.

Det understøttende princip bør være i fokus.

DET METODISKE PERSPEKTIV / BASERET PÅ FÆLLES KOMPETENCEUDVIKLING, FORSKNING OG DOKUMENTATION

Samtlige samarbejdende professionelle og institutioner skal være bevidste om vidensbaserede metoder og documentation af metodisk effekt og virkning.

INDIVIDUAL PLACEMENT AND SUPPORT (IPS)

Individual Placement and Support (IPS) modellen for beskæftigelsesstøtte indenfor primære og sekundære mentale sundhedsservices er et fremragende eksempel på tværfagligt samarbejde. I denne model, placeres beskæftigelseseksperter i kliniske teams og ambulante mentale sundhedsteams. I disse teams fungerer de som medlemmer af det multi-disciplinære team for personens behandling, side om side med psykiatere, psykologer, socialrådgivere og/eller erhvervskonsulenter.

³⁹ Se: Regeringens Udvalg Om Psykiatri (2013): "En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser".



SUPPORTED EMPLOYMENT (SE)

I lighed med IPS modellen er Supported Employment (SE) modellen også baseret på støtte til en hurtig integration i det ordinære arbejdsmarked. Dette er også tilfældet for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Dermed bygger SE modellen på princippet om 'place-and-train', ledsaget af intensive og fortsatte støtteaktiviteter, fokuseret på jobtræning af relevante evner. Det inkluderende rationale er at læring og kompetenceudvikling grundlæggende er et relationelt fænomen som styrkes og forbedres gennem relationel og kontekstbaseret samspil i de autentiske omgivelser⁴⁰.

PEER-TIL-PEER INDDRAGELSE TIL AT STYRKE INSTITUTIONEL KVALITET

*"Peer-støtte defineres som: "Støtte til forandring mod et bedre liv, som finder sted mellem to eller flere personer, der forbindes af fælles erfaringer i livet – i denne sammenhæng erfaringer med psykiske vanskeligheder samt med livet som bruger af de offentlige tilbud og med recovery ..."*⁴¹

Peer-støtte anvendes i stigende grad i alle partnerlandene i forskellige udgaver. Mersey Care Recovery College er en model fra Storbritannien, hvor mennesker med levet erfaring af psykisk sårbarhed og lidelser underviser og træner andre borgere såvel som professionelle i emner angående recovery⁴². Ligesådan refererer citatet til et udviklingsprojekt, rettet mod at introducere peer-til-peer metoden i den generelle recovery indsats på tværs af et antal kommuner i Danmark.

Disse er dog blot eksempler af peer-til-peer strategier, baseret på et udgangspunkt og værdigrundlag om at mennesker med levet erfaring med psykisk sårbarhed og sygdom bør anderkendes – og anvendes – som eksperter, både i forhold til faktuel og empatisk viden. Det danske projekt kombinerer et træningsprogram for peer-til-peer støtterne for at styrke deres metodiske evner i forhold til at skabe forbindelse mellem borgere, kommunale beskæftigelsesservices og sociale myndigheder, regionale psykiatridelinger, interesseorganisationer osv. I dette perspektiv kan peer-til-peer metoden måske med tiden opfylde visionen om samproduktion.

⁴⁰ Se: Christensen, Thomas & Nordentoft, Merete (2011): "Review om effekter af beskæftigelsesindsatser til personer med svær psykisk sygdom".

⁴¹ Citat fra det danske initiative: Peer-støtte i Region Hovedstaden. See: www.peerstoette.dk

⁴² See: www.merseycare.nhs.uk.



www.equilcoproduction.eu



 facebook.com/equil.eu



Mersey Care 
NHS Foundation Trust

ACCIÓN  LABORAL



 c e s i e
the world is only one creature

 zog mh
Zorgvragers Organisatie GGZ Midden-Nederland



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.