

BOLIG OG BEDRING

AF JENS HJORT ANDERSEN

Internationale erfaringer peger på, at mindre botilbud fremmer bedring for mennesker med sindslidelser. Samtidig viser erfaringerne også, at muligheder for valg, adgang til billige boliger, offentlig transport og deltagelse i lokalsamfundet har en positiv effekt på borgernes bedring.

Hvilken viden eksisterer der om rammer, støtte og andet, som fremmer bedring for mennesker med sindslidelser, der bor i boenheder eller modtager bostøtte? I Danmark taler vi om botilbud, mens man internationalt anvender termen boenhed. Videnscenter for Socialpsykiatri, nu Videnscenter for Handicap og Socialpsykiatri, har undersøgt, hvad der ligger af viden om området både nationalt og internationalt. Faktisk eksisterer der en lang række undersøgelser, som gør os i stand til at sige noget om, hvad der virker i forhold til at understøtte borgernes bedring i botilbud.

Socialpsykiatrien i Danmark spænder over en bred vifte af boformer og når blikket har været rettet mod boformer internationalt, er der tale om en overvældende bredde. Så for overblikkets skyld kommer her først et kort historisk perspektiv, efterfulgt af en gruppering af boformer. Sidste del af artiklen er en gennemgang og diskussion af de internationale erfaringer overført til en dansk kontekst.

Udbuddet af boformer kan lidt polemisk siges at afspejle de respektive landes syn på borgere med sindslidelser. Psykiatriens nyere historie kan inddrages i tre faser:



- Institutionaliserings i store psykiatriske statshospitaler eller asyler.
- Afinstitutionalisering eller normalisering. Det betød i realiteten en overgang til store boinstitutioner uden for hospitalerne i 1970'erne og frem, og at andre patienter blev overladt til sig selv i lokalsamfundene med social isolation som konsekvens.
- Overgang til medborgerskab. Her er der tale om en ny tankegang og holdningsændring, hvor samfundet går fra at opfatte mennesker med en psykisk funktionsevnenedsættelse som modtagere af serviceydelser til at se dem som medborgere med lige muligheder for deltagelse.¹⁾
Det der gør det vanskeligt at overføre internationale erfaringer til en dansk kontekst er, at der hersker store forskelle landene imellem. Desuden eksisterer der ikke en fælles terminologi for området. Alligevel vover vi pelsen og gør et forsøg på at samle karakteristika ved bostedernes størrelse, institutionaliseringsgrad, fleksibilitet og menneskesyn. Hver af de tre grupper dækker over flere forskellige typer boformer.²⁾
- **Residential housing – permanent eller langvarig boform.** Det er en medicinsk model i lokalsamfundet med træk af plejehjem med étværelses boliger med fælles bad og toilet. Restriktive regler, hvor personalet har kontrollen og beboerne er meget afhængige af personalet. Beboerne har begrænset adgang til at vælge mellem boliger, bofæller og daglig aktivitet. De bor ofte i boligen indtil de dør og har meget langvarige karrierer som psykiatriske patienter. Det gennemsnitlige antal beboere er 17 og boformen kan vel bedst sammenlignes med de større og ældre botilbud i Danmark.
- **Supportive housing – støttende boform.** Denne boform er en del af en tilgang, der bygger på lokalsamfundsbaaseret psykiatri og rehabilitering. Den lokale psykiatri råder over en vifte af boliger kombineret med høj eller lav grad af støtte, som aftager i takt med, at borgerne flytter igennem systemet. Der også kan yde støtte til borgere, der flytter ud i egen bolig og til deltagelse i lokalsamfundet. Modellen inkorporerer en ”bruger til bruger -støtte”.

- **Supported housing – støttet bolig.** Modellen lægger vægt på personcentreret støtte og er baseret på principper om borgernes individuelle valg, adgang til ressourcer og individualiseret og fleksibel støtte. Borgerne bor for sig selv eller som par i lokalsamfundet. Denne model kan bedst sammenlignes med bostøtte i Danmark.

I Danmark skelner vi mellem §107 og §108 botilbud, dvs. at man har en lovgivningsmæssig sondring. I §108 botilbud kan borgeren bo i længere tid og har som udgangspunkt mere komplekse problemer. Sammenligner man §108 botilbuddene i Danmark, er der store forskelle mht. størrelse, rammer om borgernes privatliv, tilgange og metoder i det sociale arbejde m.m. I nogle botilbud har borgeren ét værelse, men deler bad og køkken med andre. I andre har borgeren sin egen lejlighed med egen indgang og lejekontrakt, foruden naturligvis eget bad og køkken.

§107 botilbud er karakteriseret ved at opholdet er mere midlertidigt. Men også her er der stor variation. Derudover kan der ydes bostøtte efter §85 som gives til borgere i egen bolig. Har borgeren ikke på forhånd en bolig, kan den etableres.

Det der har betydning for om en borger visiteres til det ene eller andet tilbud er en vurdering af hans eller hendes samlede situation og behov. Sindslidelsens karakter og omfanget af andre problematikker fx et samtidigt misbrug, kriminalitet, stærkt udadreagerende adfærd m.m. spiller ind på visiteringen.³⁾

Valget af §108 frem for §107 botilbud er, at der er behov for et langvarigt og måske permanent ophold. En vurdering af, at borgeren har behov for et særligt rehabiliterings-forløb har indtil for nylig ikke været afgørende for visiteringen.

HVAD BETYDER BEDRING?

Begrebet bedring er valgt for at præcisere, at der er tale om at borgerens situation bliver forbedret set med omgivelsernes øjne. For nogle indebærer bedring, at de flytter i egen bolig med eller uden støtte, opnår en tilknytning til arbejdsmarkedet,

får et netværk i lokalsamfundet eller andet. Men bedring kan også handle om, at en borger opnår en stabilisering af en kaotisk livssituation med en omfattende social deroute. Det er vigtigt at understrege, at en sådan stabilisering kan være et mål i sig selv ved visiteringen og dermed boformens berettigelse.

Et andet perspektiv på forandring af borgerens situation er recovery-perspektivet – på dansk ”at komme sig”. Ifølge William Anthony, direktør ved Center for Psychiatric Rehabilitation ved Boston University, defineres recovery som:

Recovery kan beskrives som en dybt personlig, unik proces, som forandrer personens holdninger, værdier, følelser, mål og/ eller roller. Det er en måde at leve et tilfredsstillende, håbefuldt og bidragende liv selv med de begrænsninger, der er forårsaget af sygdommen.

Recovery indebærer udviklingen af ny mening og formål i ens liv, mens man vokser ud over den psykiske sygdoms katastrofale følger.⁴⁾

Set i dette lys handler at komme sig bl.a. om, at borgere med alvorlige sindslidelser og som bor i en særlig boenhed, opnår et - efter borgerens egen vurdering – mere indholdsrigt og selvstændigt hverdagsliv med flere valg og handlemuligheder gennem den bolig og den støtte han eller hun modtager. Boformernes rammer, støtte og andet, som understøtter bedring, er for overskuelighedens skyld samlet under betegnelsen; rehabilitering. Nedenfor følger en kort beskrivelse af rehabiliteringsarbejdet og derefter nogle af de mest markante temaer.⁵⁾

REHABILITERING

Rehabilitering betyder at genindsætte i værdighed og det dækker over et helhedsorienteret arbejde med at understøtte borgerens udvikling af færdigheder og kompetencer. En helhedsorientering betyder, at medarbejdere sammen med borgeren undersøger dennes samlede livssituation. Det vil sige både undersøger ressourcer og evt. støttebehov i relation til:

- fire livsdomæner: bolig/hjem, arbejde, læring og fritid
- fire personlige domæner: egenomsorg, mening, helbred og sociale tilhørsforhold.

Målet med rehabilitering er at hjælpe mennesker med funktionsevnenedsættelser til at etablere de følelsesmæssige, sociale, praktiske og intellektuelle færdigheder, som er nødvendige for at leve, lære og arbejde i samfundet med mindst mulig professionel støtte. Det indebærer, at man flytter sig fra en sygdomsmodel til en model om funktionsevnenedsættelse. Derfor bliver andre måleenheder end kliniske forhold også vigtige. Særligt funktioner vedrørende sociale roller, sociale forhold, arbejde og fritid, såvel som livskvalitet og familiens byrde. Blandt andet viser en europæisk undersøgelse en større sammenhæng mellem forbedret funktionsniveau og recovery end færre symptomer og recovery. Samme undersøgelse viser også, at en lang varighed af ubehandlet psykose forværrer mulighederne for recovery.⁶⁾

En central opgave i rehabilitering er derfor en støtte til at etablere netværk. Tilknytning til et netværk og dermed et fællesskab, mens man bor i en boenhed, går ikke tabt ved udflytning til egen lejlighed.⁷⁾

INDIVIDUALISERET OG FLEKSIBEL STØTTE

En individualiseret og fleksibel støtte betyder, at den enkelte bruger bliver mødt som et unikt individ og at støtten skræddersys den enkeltes behov og ønsker. En personcentreret tilgang som tager udgangspunkt i personens egne ressourcer og støtter borgeren i at identificere og fastholde mål i forhold til bolig, netværk, arbejde og læring.⁸⁾

I en dansk sammenhæng kan rehabiliteringsplanen være beskrevet i de individuelle pædagogiske planer. Man ved fra undersøgelser, at mindre boenheder har en positiv effekt på

menneskers bedring i forhold til de mere institutionsprægede boenheder. Kan borgeren ikke modtage den støtte han eller hun har brug for i egen lejlighed i fx almennyttigt boligbyggeri, er den optimale størrelse på en boenhed et sted mellem 4–8 beboere.⁹⁾

Andre undersøgelser igen viser, at større boformer har en ekskluderende effekt og gør borgere mere passive og de mister deres selvstændighed. En stor boenhed, over 10 beboere, kan betyde, at hverdagsaktiviteter ofte bliver meget regelstyret, at borgere ikke kan relatere til så mange mennesker. Samtidig sender det et signal til omverdenen om, at her er tale om et sted, hvor der bor mennesker med så alvorlig en sindslidelse, at de er nødt til at bo for sig selv og har brug for massiv støtte.

Små boenheder er med til at borgerne:

- Bliver mindre angst og urolige
- Bliver mere aktive og selvstændige
- Får større psykologisk nærhed til medbeboere
- Får større netværk uden for boenheden
- Deltager mere i lokalsamfundet¹⁰⁾



VALGMULIGHEDER

At kunne vælge mellem forskellige boformer, boligens geografiske placering og at kunne kontrollere sit bomiljø har også betydning for menneskers bedring.¹¹⁾ I det hele taget spiller kvaliteten af boligen og omkostninger til boligudgift en afgørende betydning. I Sverige har man gode erfaringer med at inddrage arkitekter i udformningen af boenheder og lejligheder i almennyttigt boligbyggeri, så der fx laves så god en lydisolering, at borgeren ikke bliver forstyrret af andre og heller ikke selv forstyrrer naboer.¹²⁾

Det er også vigtigt, at der efter betalt husleje er økonomisk råderum til at benytte sig af lokalsamfundets muligheder og fristelser.

Spørger man borgere om deres ønsker til bolig, viser det sig, at de ønsker større grad af autonomi end det medarbejderne vurderer, at de har behov for. Visse fagfolk advarer mod for stor en personalenormering, da det kan medvirke til borgernes manglende selvstændiggørelse.¹³⁾ Regelstyring og strukturer, som ikke fremmer borgernes selvstændiggørelse kan måske ses som et udtryk for den reinstitutionisering, der har afløst deinstitutioniseringen. Mennesker med alvorlige sindslidelser er ikke længere parkeret i mange år på en psykiatrisk afdeling. I stedet lever mange i boenheder med en høj grad af afhængighed af serviceydelser og støttepersoner, frem for at blive hjulpet til større selvstændighed¹⁴⁾. Andre igen lever i egen bolig isoleret fra lokalsamfundet. Andre undersøgelser af brugernes præferencer i forbindelse med overgangen til lokalsamfundet viser, at de ønsker, at boligen er til at betale, at de kan have gæster på besøg, rolige omgivelser, en gårdhave og nem adgang til offentlig transport. Desuden skal boligen bidrage til selvstændighed og serviceydelser skal være lettilgængelige.¹⁵⁾ I de lokalsamfund, hvor borgere er med til at drive tilbud og serviceydelser, reduceres antallet af hjemløse, borgerne oplever større valgmuligheder og de psykiatriske symptomer mindskes.¹⁶⁾

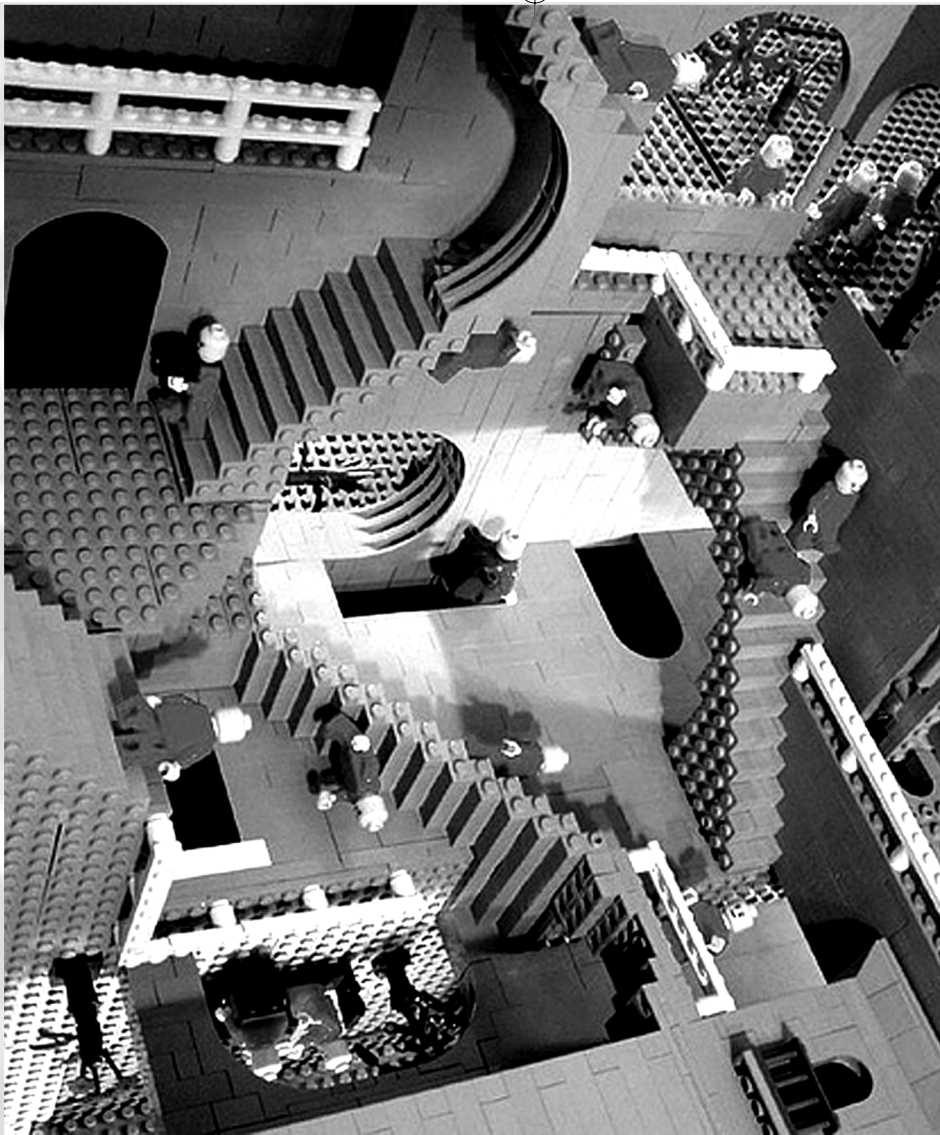
I Danmark vil mange måske indvende, at borgere i §108 tilbud under ingen

omstændigheder magter at bo i egen lejlighed og modtage bostøtte der. Nogle steder i Danmark og internationalt arbejder man imidlertid med en støttecenrermodel, hvor borgeren bor i egen lejlighed i almennyttigt boligbyggeri og dér modtager en intensiv bostøtte samtidig med, at de har samme muligheder for aktiviteter, som borgere, der bor i et botilbud. Her er det ikke borgerens diagnose og situation, der er afgørende for, hvilken ordning, der vælges, når man visiterer.^{17), 18)}

INKLUSION I LOKALSAMFUNDET

Den rehabiliterende indsats støtter borgerne i at realisere deres mål i lokalsamfundet om nødvendigt også gennem en aktiv tilpasning af omgivelserne til borgeren og ikke omvendt. Hvis den boligbæssige situation opleves meget utilfredsstillende, betyder det at man sammen med borgeren finder en mere egnet bolig. Erfaringerne viser, at det frigiver overskud til at håndtere nogle af de andre udfordringer sindslidelsen rummer.

Tilpasning af omgivelserne betyder også, at man aktivt arbejder med at ændre de almene systemers holdning til mennesker med sindslidelser – fra at betragte dem som farlige og utilregnelige, til mennesker med ressourcer, men også med særlige behov. Hvis en borger har et ønske om at gennemføre en uddannelse eller lære et fremmedsprog på en aftenskole, så handler indsatsen om at støtte vedkommende i at deltage i de almene undervisningstilbud i lokalsamfundet samtidig med at påvirke uddannelsesinstitutionens opfattelse af mennesker med sindslidelser. Indsatsen handler også om at støtte borgerens mål om arbejde ved sammen at finde et job og sikre den fornødne støtte til, at borgeren kan fastholde det og en dialog med arbejdspladsen. En rehabiliteringspraksis indebærer desuden, at medarbejderne ikke yder støtte, hvor borgerne selv har ressourcer fx gennem eget netværk eller andet. Det kan imidlertid være vigtigt at yde støtte til de familier, som tager sig af familiemedlemmer med sindslidelser, for at de kan bevare denne nære tilknytning.¹⁹⁾



Stigmatisering er en af de helt store udfordringer i forbindelse med at understøtte inklusion i lokalsamfundet. De fleste borgere med alvorlige sindslidelser har negative erfaringer med eksklusion fra arbejde, uddannelse, netværk og familien. Det understreger vigtigheden af at arbejde med samfundets holdning til mennesker med sindslidelser. Men det er også vigtigt at styrke borgernes selvværd. Det viser sig nemlig, at forventningen om at blive stigmatiseret afholder mange fra at søge arbejde eller at etablere nye netværksrelationer.²⁰⁾

I relation til boområdet viser der sig en klar sammenhæng mellem størrelsen af boenheden og graden af eksklusion. Borgere i store boenheder føler sig således mere afsondret fra lokalsamfundet, end de som bor i de små boenheder på 4–8 beboe-

re. Borgere i egne lejligheder i almennyttigt boligbyggeri oplever sig til gengæld mere isolerede. Det signalerer at der skal være mere fokus på at yde bostøtte til de, som bor i egen lejlighed, men også at støtte dem i at indgå i forskellige fællesskaber i lokalsamfundet.²¹⁾

MEDICINERING

Omfattende medicinering og manglende inddragelse af borgeren virker ofte som en barriere i forhold til at afdække mål for rehabiliteringsarbejdet og støtte realiseringen af disse. Således tæller nogle af erfaringerne med at understøtte bedring også en indsats for at rationalisere den medicinske behandling. Det vil sige at kortlægge de præparater borgeren tager og holde det op mod den lavest mulige dose-

ring og så i samarbejde med borgeren, iværksætte denne. Rationalisering og samarbejde med borgerne om den medicinske behandling fører fx til, at borgerne får væsentligt større håb og engagement i forhold til deres individuelle bedringsforløb.²²⁾

ERFARINGER MED BEDRING OG UDFLYTNING I DANMARK

I 2005 udgav Videnscenter for Socialpsykiatri i samarbejde med Ceps en rapport om erfaringer med følgende strategier til at understøtte udflytning fra §108 botilbud.²³⁾

- Samarbejde med beboeren om afdækning af individuelle behov og ønsker og udarbejdelse af en handleplan, som løbende følges op på.
- Organisere udflytning allerede fra det øjeblik beboerne flytter ind ved at tage afsæt i den individuelle handleplan og så tilrettelægge indsatsen derefter - botilbuddet tilpasser sig så at sige beboeren. Det indebærer også et arbejde med at differentiere indsattstyperne i botilbuddet og fx etablere nogle rammer for meningsfuld beskæftigelse og arbejde. Arbejdet med udflytningsforløb har bedre vilkår, hvor botilbuddet kan disponere over en udflytningsenhed og lejligheder med støttemuligheder uden for bostedet.
- Samarbejde internt i bostedet og med samarbejdspartnere fra hospitals- og distriktspsykiatri, sagsbehandlere og med pårørende.
- Udarbejde beskrivelser af ind- og udflytningsforløb og løbende indarbejde nye erfaringer i disse.
- Sørge for at kvalificere medarbejderne til at håndtere samarbejdet med eksterne samarbejdspartnere.
- Arbejde med intern og ekstern integration. Intern integration er fx at inddrage beboerne i botilbuddets drift og mål-sætningsarbejde m.m. Den eksterne integration kan være i form af at understøtte, at beboerne kan deltage i lokalsamfundet -fx deltagelse på arbejdsmarkedet, at benytte sig af almene tilbud såsom fritidstilbud m.m.

En nyere dansk undersøgelse af hvad der virker i forhold til at understøtte unges udflytning til en mere selvstændig bolig, fremhæver netop støtte til unge i en tilknytning til livet uden for botilbuddet, mens de stadig bor der. Det kan handle om tilknytning til arbejdsmarkedet, uddannelse, netværk m.m. Tilknytningen betyder, at selve udflytningen ikke kommer til at udgøre et så voldsomt brud, fordi det den unge er tilknyttet så at sige flytter med.²⁴⁾

En helhedsorienteret rehabiliteringsindsats, som sammen med borgeren undersøger alle livsområder og sætter ind med støtte, hvor borgeren og dennes netværk ikke selv kan løse opgaverne, og varetager koordineringen af den samlede indsats, ser ud til at fremme bedring og inklusion i lokalsamfundet. Det er vigtigt at understrege, at helhedsorienteringen også handler om at inddrage de ressourcer i borgere-netværk og det lokale samfund, som har betydning for de ønsker og mål borgeren identificerer.

Jens Hjort Andersen er sociolog, projektleder i Akuttillbuddet i Lyngby-Tårnbæk Kommune, faglig konsulent i Handicap- og Videnscenter for Socialpsykiatri.

NOTER:

1. Brunt, D. og Hansson, L., Att leva med psykiske funktionshinder – livssituation och effektiva vård-och stödinsatser, Studentlitteratur, 2005, kap. 5 ISBN 91-44-03316-8.
2. Arthurson, K. Worland., P., Cameron, H., A place to call my own: identifying best practice in housing and mental health, Adelaide: State of Australian Cities National Conference Published Papers, 2007, ISBN 978-0-646-48194-4, pp 966-974.
3. O'Malley, L. & Croucher, K., Supported housing services for people with mental health problems: a scoping study, Housing studies, 2005, 20(5) pp 831-846, doi: 10.1080/02673030500214126 Wong, Yin-Ling Irene (et al.), Tracking residential outcomes of supported independent living programs for persons with serious mental illness, Evaluation and Program Planning, 2008, vol. 31(4), pp 416-426.
4. William Anthony, 1993 i Jensen, P., En helt anden hjælp, Akademisk Forlag, København, 2006, s. 24.

5. For en mere grundig gennemgang af rehabilitering som begreb og tilgang henvises til; Bratbo, J. & Andersen, J.H., "Mangfoldighed og udfordringer i socialpsykiatrien", pp. 35-63 i (red) Lihme, B. Invitation til socialpsykiatri, Akademisk Forlag, København, 2008. Wilken, J.P. & Hollander, D.D., Rehabilitering og recovery, Akademisk Forlag, København, 2008.
6. Ibid.
7. Rössler, W., Wiersma, D. Dinh, Sociocultural influences on mental health functioning over time: implications for the design of community-based services, oplæg på ENMESH (European Network for Mental Health Service Evaluation) I Krakow, 2008.
8. Fakhoury, Walid K.H.; Priebe, Stefan; Quraishi, Mansur, Goals of new long-stay patients in supported housing: a UK study, *International Journal of Social Psychiatry*, 2005, 51(1):45-54, doi: 10.1177/0020764005053273
9. Trieman, Noam ... [et al.], The TAPS project 41: homes for life? Residential stability five years after hospital discharge, *Community mental health journal*, 1998,34(4): 407-417, doi: 10.1023/A:1018792108559 Leff, J. (ed), *Care in the community. Illusion or reality?*, Wiley, West Sussex, 1998, pp 69-91. Wistow, G. "Community care in the twenty-first century: choice, independence and community integration" i (ed) Spiers, F.E., Jessica Kingsley Publishers, London, 1999, pp. 43-61.
10. Arthurson, Kathy; Worland, Penny; Cameron, Helen, A place to call my own : identifying best practice in housing and mental health, Adelaide: State of Australian Cities National Conference Published Papers, 2007. ISBN 978-0-64648194-4. Side 966-974 Brunt, David; Hansson, Lars, Att leva med psykiska funktionshinder: livssituation och effektiva vård-och stödinsatser Lund: Studentlitteratur, 2005. kap. 5. ISBN 91-44-03316-8 O'Malley, Lisa; Croucher, Karen, Supported housing services for people with mental health problems: a scoping study *Housing studies*, 2005, 20(5):831-846, doi: 10.1080/02673030500214126.
11. Picardi, Angelo ... [et al.], The environment and staff of residential facilities: findings from the italian "progress" national survey, *Community Mental Health Journal*, 2006, 42(3):263-279, doi: 10.1007/s10597-005-9031-6 Johansson, Maria, Fysisk miljö i särskilda boenden för personer med psykiska funktionshinder, en litteraturgenomgång. (Boendeprojektet, Delrapport 10), *Miljöpsykologiska Monografier*, nr. 19, 2007, Lunds Universitet, URI: urn:nbn:se:vxu:diva-1728.
12. Johansson, Maria, Fysisk miljö i särskilda boenden för personer med psykiska funktionshinder, en litteraturgenomgång. (Boendeprojektet, Delrapport 10), *Miljöpsykologiska Monografier*, nr. 19, 2007, Lunds Universitet, URI: urn:nbn:se: vxu:diva-1728.
13. Bloom, D., Best practices in the provision of housing for persons with serious mental illness: where do consumers want to live? Oplæg på ENMESH conference, Krakow 2008.
14. Priebe, S. "Institutionalization revisited – with and without walls", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2004: 110, pp 8182.
15. Arthurson, K. Worland, P., Cameron, H., A place to call my own: identifying best practice in housing and mental health, Adelaide: State of Australian Cities National Conference Published Papers, 2007, ISBN 978-0-646-48194-4, pp 966-974.
17. Samtaler med leder Judith Pedersen, Sønderparken ved Horsens.
18. O'Malley, L. & Croucher, K., Supported housing services for people with mental health problems: a scoping study, *Housing studies*, 2005, 20(5) pp 831-846, doi: 10.1080/02673030500214126. O'Malley & Croucher, Supported housing services for people with mental health problems: evidence of good practice?, University of York, 2003, Isaac, "Provision for the long-term discharged patient," i *Health Science Journals, Psychiatry*, 2003, vol 6, no.8, 317-20.
19. Kallert, Leisse, Winiecki, "Comparing the effectiveness of different types of supported housing for patients with chronic schizophrenia, i *Journal of Public Health*, 2007, vo. 15(1), pp 29-42, doi: 10.1007/s10389-006-0071-3.
20. Bratbo, J. & Andersen, J.H. „Mangfoldighed og udfordringer i socialpsykiatrien“, pp 51-56, i (red) Lihme, B. Invitation til socialpsykiatri, Akademisk Forlag, København, 2008 Verhaeghe, M.; Bracke, P.; Christiaens, W., Stigma and client satisfaction in mental health services, *Journal of Applied Social Psychology*, 2009, under udgivelse Link, B.C. & Phelan, J.C., "Conceptualizing stigma", i *Annu. Rev. Sociol.*, 2001, 27:363-85 Brunt, David; Hansson, Lars, Att leva med psykiska funktionshinder: livssituation och effektiva vård-och stödinsatser Lund: Studentlitteratur, 2005. kap. 5. ISBN 91-44-03316-8 Lundberg, Bertil ...[et al.], Stigma, discrimination, empowerment and social networks: a preliminary investigation of their influence on subjective quality of life in a swedish sample, *International Journal of Social Psychiatry*, 2008, 54(1):47-55, doi: 10.1177/ 0020764007082345 Thornicroft, G.; Brohan, E.; Rose, D.; Sartorius, N.; Leese, M., Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey, *Lancet*, 2009, 373(9661):408-15, doi: 10.1016/S0140-6736(08)61817-6.
21. Trieman, Noam ... [et al.], The TAPS project 41: homes for life? Residential stability five years after hospital discharge, *Community mental health journal*, 1998,34(4): 407-417, doi: 10.1023/A:1018792108559 "The TAPS project 29: residential care provision in North London: a representative sample of ten facilities for mentally ill people," i *International Journal of Social Psychiatry*, 1995, vol. 41, no. 4, pp. 257-67. Leff, J. (ed), *Care in the community. Illusion or reality?*, Wiley, West Sussex, 1998, pp 69-91. Wistow, G. "Community care in the twenty-first century: choice, independence and community integration" i (ed) Spiers, F.E., Jessica Kingsley Publishers, London, 1999, pp. 43-61.
22. Deegan, Patricia, At bruge medicinen til at komme sig, Lyngby: Slotsvænget, 2004. 43 sider Samtaler med Leff, J.
23. Sørensen, H.V. & Andersen, J.H., Udflytning fra §92 botilbud. En undersøgelse af erfaringer med muligheder og barrierer for at beboere kan flytte ud, Videnscenter for Socialpsykiatri, 2006. Ceps – Center for evaluering i psykiatrien i Aarhus Amt – er i dag en del af Center for Kvalitetsudvikling i Region Midtjylland.
24. Ahlgreen, B., Hvad gør den gode udflytning? Case-studier af unges udflytning fra socialpsykiatriske botilbud, Regionshuset, Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, bestillingsnr.: 98.