

Generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser

Publikationen er udgivet af
Socialstyrelsen i samarbejde med Sundhedsstyrelsen.

Socialstyrelsen
Edisonsvej 18, 1.
5000 Odense C.
Tlf.: 72 42 37 00
www.socialstyrelsen.dk
E-mail: info@socialstyrelsen.dk

Første version udgivet 2015.

Layout: 4PLUS4

Download publikationen på <http://shop.socialstyrelsen.dk>
Der kan frit citeres fra publikationen med angivelse af kilde.

Digital ISBN: 978-87-93277-79-3

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	4
1.1 Hvorfor er det relevant at arbejde med forløbsprogrammer?	4
2. Introduktion til forløbsprogrammer	6
2.1 Om forløbsprogrammer	6
2.2 Målgruppen for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser	7
2.2.1 Kriterier for valg af målgruppe	8
3. At arbejde med forløbsprogrammer	10
4. Indhold i et forløbsprogram	12
4.1 Udarbejd fælles mål og understøt en fælles forståelse	14
4.1.1 Udarbejd fælles mål for forløbsprogrammet	14
4.1.2 Understøt fælles viden og gensidig respekt	15
4.2 Afgræns målgruppen	16
4.2.1 Bestem in- og eksklusionskriterier	16
4.2.2 Beskriv målgruppens karakteristika og demografi	17
4.2.3 Etabler et overblik over målgruppen	17
4.2.4 Udarbejd en stratificeringsmodel	17
4.3 Beskriv relevante indsatser	20
4.3.1 Beskriv relevante indsatser, metoder og redskaber	20
4.3.2 Planlæg tilgængelighed af tilbud til målgruppen	25
4.3.3 Tag afsæt i aktuelt bedste viden	26
4.4 Aftal rammer for organisering	28
4.4.1 Afklar opgave- og ansvarsfordeling mellem de involverede aktører	28
4.4.2 Sæt fokus på vellykket kommunikation	29
4.4.3 Skab rammer for koordination og samarbejde på ledelsesniveau	29
4.4.4 Aftal graden af koordination og samarbejde i de konkrete borgerforløb	30
4.4.5 Organiser samarbejdet i overgange	31
4.5 Planlæg og gennemfør implementering af forløbsprogrammet	32
4.5.1 Understøt den løbende implementering	33
4.6 Gennemfør opfølgning og foretag tilpasninger af forløbsprogrammet	38
4.6.1 Aftal hvem der har ansvaret for opfølgning	38
4.6.2 Udarbejd fælles indikatorer	39
4.6.3 Udarbejd fælles monitoreringsredskaber	40
4.6.4 Integrer kvalitetssikring og – udvikling i praksis	41
Bilag 1: Begrebsafklaring	42
Bilag 2: Viden om målgruppen	44
Bilag 3: Indsatser for mennesker med psykiske lidelser	48
Bilag 4: Metoder til inddragelse af borgere og pårørende	69
Bilag 5: Organisering af forløb for mennesker med psykiske lidelser	72
Bilag 6: Organisering af overgange	84
Bilag 7: Udarbejdelse af den generiske model	86
Bilag 8: Litteraturliste	88

1. Indledning

Den generiske model for forløbsprogrammer er et arbejdsredskab for kommuner og regioner, der vil udarbejde ét eller flere forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser. Modellen fungerer som en skabelon, der giver inspiration til, hvordan kommuner og regioner kan udarbejde, implementere og følge op på et forløbsprogram.

At modellen er *generisk* betyder, at det er en skabelon, som kan anvendes til at udvikle forskellige forløbsprogrammer, som er tilpasset en specifik målgruppe og lokale forhold i regioner og kommuner. Modellen er skrevet til ledere, planlæggere, fagkoordinatorer mv. i kommuner og regioner, som står overfor at skulle arbejde med forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser.

Forløbsprogrammer er et **organisatorisk redskab** til at understøtte kvalitet og sammenhæng i indsatsen for en specifik målgruppe af mennesker med psykiske lidelser¹. Et forløbsprogram beskriver, hvordan region, praksissektor og kommuner har aftalt at samarbejde og koordinere indsatsen for en målgruppe. Et forløbsprogram beskriver *ikke* et specifikt forløb for den enkelte borger. Et forløbsprogram er derimod et redskab, som kan hjælpe ledere og medarbejderne til at få etableret et godt samarbejde og sikre koordination af de forskellige indsatser og den behandling, som en målgruppe modtager i forskellige sektorer.

Målgruppen for forløbsprogrammer kan både være børn, unge og voksne med en psykisk lidelse. Det afgørende er, at borgerne i målgruppen har behov for en *koordineret indsats*, fordi borgeren både modtager behandling eller indsatser i det behandlende sundhedssystem (enten på sygehus eller hos en privat praktiserende aktør) og i én eller flere kommunale forvaltninger.

Modellen tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom² (1), men er specifikt tilpasset arbejdet med at skabe kvalitet og sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, idet modellen både omfatter behandling og indsatser på sundheds-, social-, uddannelses- og beskæftigelsesområdet.

Beslutningen om at udarbejde en generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser blev taget af satspuljepartierne i aftalen på psykiatriområdet 2014-17. Den generiske model er udarbejdet af Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen og med inddragelse af relevante parter fra beskæftigelses- og uddannelsesområdet. En liste over alle involverede parter kan findes i bilag 7.

1.1 Hvorfor er det relevant at arbejde med forløbsprogrammer?

En psykisk lidelse kan have konsekvenser for den enkeltes evne til at strukturere hverdagen, indgå i sociale relationer, passe et arbejde eller gennemføre et uddannelsesforløb. Mennesker med psykiske lidelser kan derfor have behov for en helhedsorienteret rehabiliteringsindsats³, der understøtter borgerens egen recoveryproces, og omfatter indsatser på sundheds-, social-, uddannelses- og/eller beskæftigelsesområdet. Borgeren kan eksempelvis have behov for sundhedsfaglig behandling samt person- eller teknologisk støtte til at strukturere hverdagen, komme tilbage på arbejdsmarkedet og til at leve det sociale liv, som borgeren ønsker. Mennesker med psykiske lidelser, som har et misbrug, kan samtidig have behov for hjælp til at reducere eller stoppe misbruget.

1 Med sammenhæng i indsatsen forstås, at borgerens forløb både skal være koordineret mellem de forskellige involverede aktører og koordineret i forhold til borgerens ønsker og hverdagsliv i øvrigt.

2 Sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom blev udviklet i 2008 og revideret i 2012.

3 Se definition af de begreber der anvendes i den vedlagte begrebsafklaring i bilag 1.

Et barn eller en ung med en psykisk lidelse kan desuden have behov for støtte i skolen eller en familierettet intervention.

Ansvar for de enkelte typer af indsatser er delt mellem sygehuse, praksissektoren og flere forskellige kommunale forvaltninger. Det kan gøre den samlede indsats kompleks, fordi der er mange fagpersoner involveret, og fordi der kan være forskellige kritiske overgange på tværs af sektorer og enheder. Eksempelvis når en borger udskrives fra sygehus til eget hjem, og når et barn bliver 18 år og overgår til voksenområdet. Indsatserne på sundhedsområdet, socialområdet og beskæftigelsesområdet er ofte fastlagt i planer. Det kan betyde, at den enkelte borger og pårørende får forskellige planer, der ikke nødvendigvis har samme mål med indsatsen (2).

Det tidligere nedsatte psykiatriudvalg og ekspertgruppen om udredningen af den aktive beskæftigelsesindsats peger derfor på, at der er behov for at arbejde hen imod, at borgeren i stedet oplever en sammenhængende indsats. Det vil sige, hvor de forskellige aktiviteter, der sættes i gang for borgeren, understøtter hinanden og tilsammen er frugtbare i forhold til borgerens udvikling mod at få en meningsfuld hverdag med mulighed for job eller uddannelse (2,3).

Internationale og nationale undersøgelser peger desuden på, at det er muligt at opnå en række borgeroplevede, faglige, organisatoriske og samfundsmæssige gevinster, når man arbejder med at integrere forløb på tværs af fag- og sektorområder⁴. Blandt andet kan en sammenhængende indsats medvirke til:

1. at skabe større tilfredshed med forløbet blandt borgere og pårørende
2. at medvirke til at reducere symptomer hos borgerne
3. at reducere antallet af uhensigtsmæssige genindlæggelser
4. at få borgeren i beskæftigelse/uddannelse (3,5,6).

De mulige gevinster ved at arbejde med sammenhængende forløb er illustreret i nedenstående figur (2,5-7).

Figur 1:
Mulige gevinster ved sammenhængende forløb



⁴ Analyser af kapaciteten i henholdsvis den kommunale og regionale indsats peger på, at kapaciteten kunne anvendes mere effektivt, hvis samarbejdet mellem kommuner, regioner og praksissektor fungerede bedre. Desuden viser landsdækkende tilfredshedsundersøgelser, at borgere og pårørende i dag oplever mangel på sammenhæng mellem den regionale og kommunale indsats (4).

2. Introduktion til forløbsprogrammer

Dette afsnit giver en kort introduktion til forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser og målgruppen for forløbsprogrammer.

2.1 Om forløbsprogrammer

Forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser er et organisatorisk redskab til at understøtte kvalitet og sammenhæng i forløb for en given målgruppe af mennesker med psykiske lidelser.

Definition af et forløbsprogram:

Et forløbsprogram beskriver den tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats for en given målgruppe med udgangspunkt i den aktuelle viden og lovgivning på området. Forløbsprogrammet beskriver herunder ansvars- og opgavefordeling samt procedurer for samarbejde, koordinering og kommunikation mellem de involverede aktører på tværs af enheder og sektorer. Endelig indeholder forløbsprogrammet en beskrivelse af implementering og opfølgning på programmet⁵.

Formålet med forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser er at understøtte:

- sammenhængende og koordinerede forløb for mennesker med psykiske lidelser på tværs af sektorer og forvaltningsområder
- høj faglig kvalitet i den samlede indsats
- hensigtsmæssig ressourceudnyttelse
- inddragelse af borgere og pårørende.

Forløbsprogrammer kan bidrage til at styrke kvaliteten i tværgående forløb for mennesker med psykiske lidelser ved at:

- fastsætte fælles mål for samarbejdet om indsatsen for en given målgruppe
- sikre fælles viden og gensidig respekt omkring opgaver og faglighed blandt de aktører, der skal samarbejde om indsatsen
- beskrive en helhedsorienteret faglig indsats for en given målgruppe på tværs af sundheds-, social-, beskæftigelses- og uddannelsesområdet
- beskrive procedurer og metoder til inddragelse af borgere og pårørende
- sikre korrekt anvendelse af lovgivning på området og aktuel viden om hvilke faglige indsatser, metoder, redskaber og samarbejdsmodeller, der virker i forhold til den konkrete målgruppe
- afklare opgave- og ansvarsfordeling blandt relevante aktører fra region, praksissektor og kommune
- beskrive procedurer for samarbejde, koordination og kommunikation mellem relevante sektorer og forvaltningsområder.

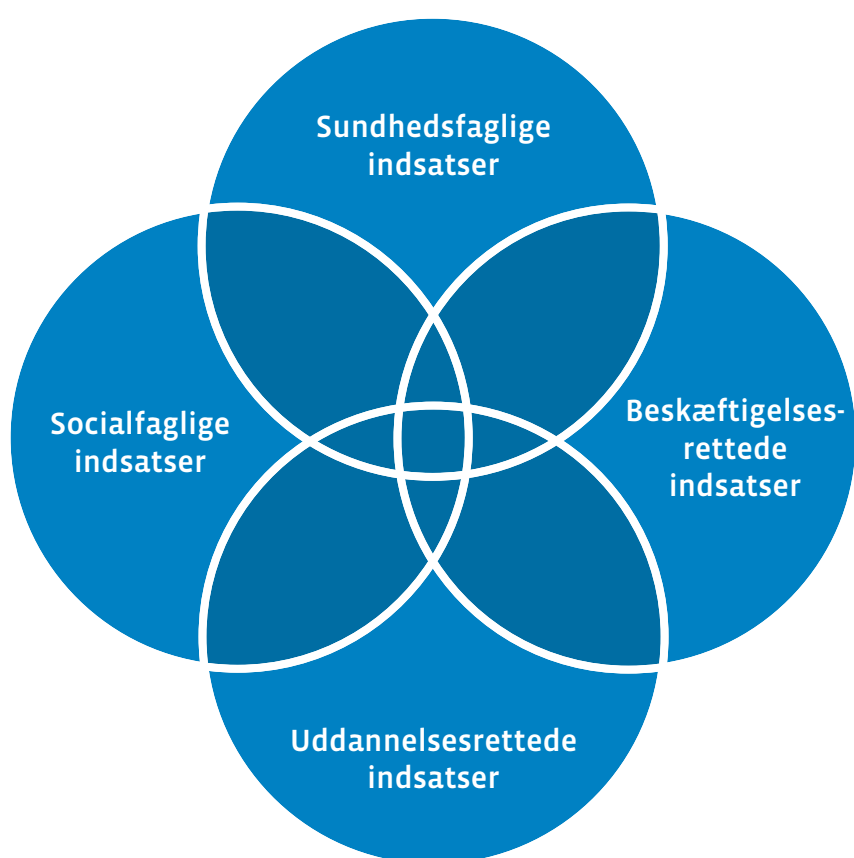
5 Tilpasset fra "Sundhedsstyrelsen (2012): Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model".

2.2 Målgruppen for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser

Målgruppen for et forløbsprogram kan både være børn, unge og voksne med en psykisk lidelse. Målgruppen har behov for en koordineret indsats på tværs af det behandlende sundhedssystem og én eller flere kommunale forvaltninger på grund af lidelsens sværhedsgrad og kompleksitet (eksempelvis multiple diagnoser, sociale problematikker eller nedsat evne til egenomsorg).

Figur 2:

Indsatstyper som kan være relevante for målgruppen for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser



2.2.1 Kriterier for valg af målgruppe

Et forløbsprogram skal udarbejdes for en specifik målgruppe af mennesker med psykiske lidelser. Når region og kommuner udvælger målgruppen, bør der foretages en samlet vurdering baseret på, hvorvidt følgende kriterier er opfyldt:

1. Forløbsprogrammet forventes at have en positiv effekt på den samlede kvalitet af indsatsen for målgruppen og ressourceforbruget på området.
2. Der er behov for en vedvarende og/eller tilbagevendende tværsektoriel indsats fra region, kommune og praksissektor.
3. Målgruppen er veldefineret.
4. Der er et relativt stort antal personer i målgruppen, eller det er en mindre målgruppe, som region og kommune har et stort ressourceforbrug til, og som det er vanskeligt for kommune og region at håndtere.
5. Der er tale om en potentielt alvorlig psykisk lidelse og/eller følger af en psykisk lidelse i forhold til funktionsevne, levetid og livskvalitet.

Det er ikke en absolut forudsætning, at alle kriterier er opfyldt, men det vil dog indikere, at et forløbsprogram for den givne målgruppe kan være særligt relevant.



INSPIRATION

Målgrupper for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser kan eksempelvis være:

- Unge og voksne med en psykisk lidelse og et samtidigt misbrug.
- Voksne med skizofreni eller depression, som står uden for arbejdsmarkedet.
- Børn og unge med adfærds- og udviklingsforstyrrelser, som modtager behandling i den regionale psykiatri, og som samtidig har behov for støtte i skolen og modtager en familierettet indsats efter serviceloven.

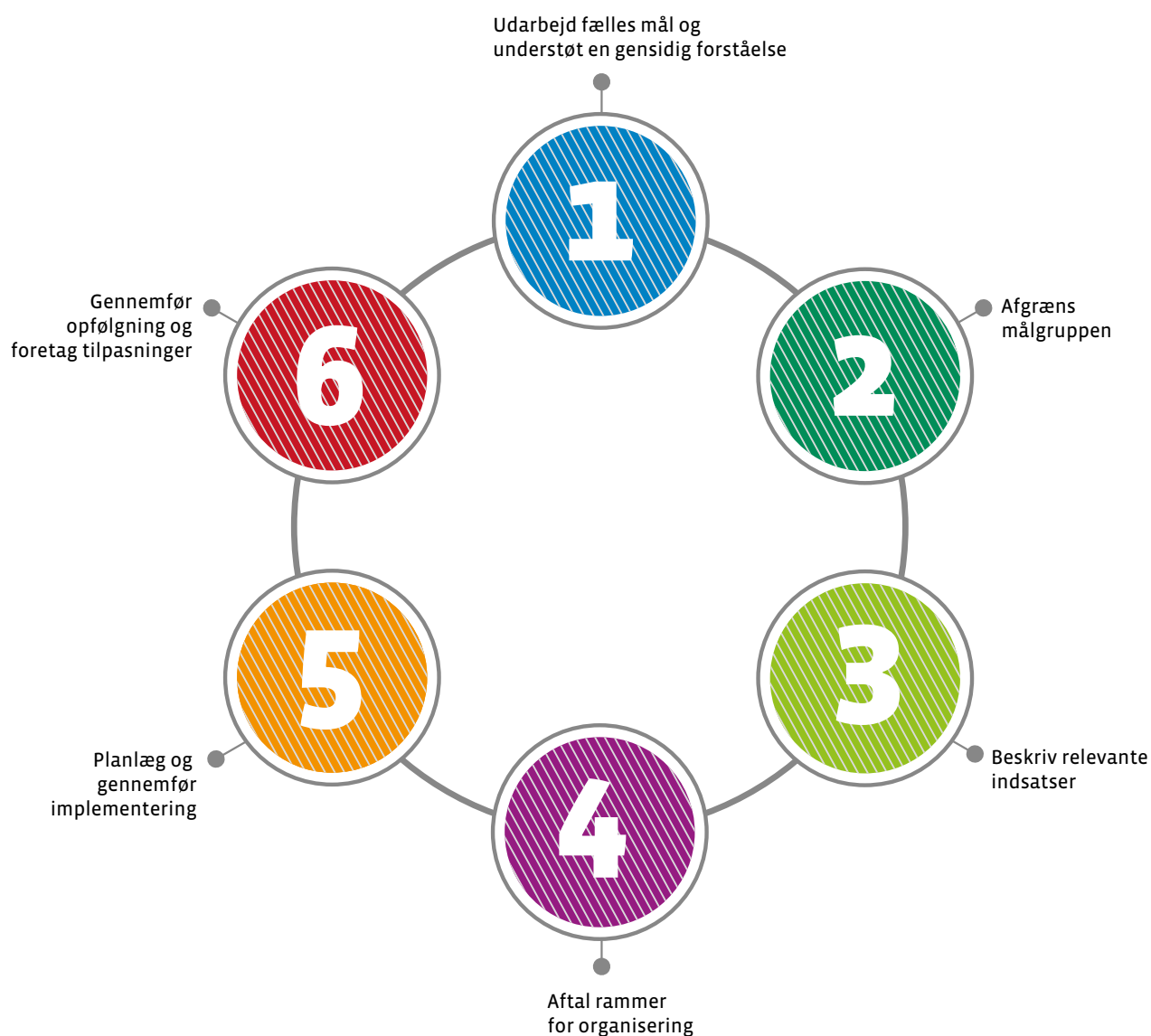
Status i medio 2015 er, at der er udarbejdet forløbsprogrammer i Region Sjælland for mennesker med diagnosen skizofreni(50) og i Region Midtjylland for mennesker med diagnosen depression(51).



3. At arbejde med forløbsprogrammer

At arbejde med et forløbsprogram er en fortløbende proces, som både handler om at *udarbejde*, *implementere* og *følge op på* forløbsprogrammet. I figur 3 nedenfor er de centrale faser præsenteret. Figurens bokse introduceres nærmere i modellens kapitel 4 om indholdet i et forløbsprogram.

Figur 3:
Faser i arbejdet med et forløbsprogram



Det anbefales, at der nedsættes en styre- og arbejds-/implementeringsgruppe, som kan understøtte og drive arbejdet med et forløbsprogram gennem de forskellige faser. Det skal være tydeligt, hvem der har ansvaret for at udvikle og efterfølgende implementere forløbsprogrammet på det overordnede niveau og på lokalt niveau (i regionen og i de enkelte kommuner). I de forskellige grupper bør der sidde repræsentanter fra kommuner, praksissektor og region (eksempelvis udviklingskonsulenter, medarbejdere med praksiserfaring, faglige eksperter og ledelse). Desuden bør repræsentanter for borgere og pårørende inddrages.

Det anbefales, at udvikling, implementering og opfølgning på forløbsprogrammer sker i forlængelse af de eksisterende aftaler og samarbejdsfora, som er etableret i regi af sundhedsaftalerne (8). Det er desuden centralt, at der i øvrigt er opmærksomhed på samarbejdsfora og lovpligtige koordineringstiltag på tværs af regioner, praksissektor og kommuner, der med fordel kan integreres i og understøttes af arbejdet med forløbsprogrammer (se tabel 1 nedenfor).

Tabel 1:

Eksempler på samarbejdsfora og lovpligtige koordineringstiltag på tværs af regioner, praksissektor og kommuner

Generelt organisatorisk niveau	Det konkrete borgerforløb
▪ Sundhedskoordinationsudvalg ▪ Kommunekontaktråd ▪ Praksisplanudvalg ▪ Kommunalt lægelige udvalg	▪ Rehabiliteringsteams ▪ Koordinerende sagsbehandler ▪ Udskrivningsaftaler/koordinationsplan

4. Indhold i et forløbsprogram

I tabellen nedenfor ses et overblik over de afsnit, som et forløbsprogram bør indeholde. Indholdet i hvert afsnit uddybes efterfølgende.

Afsnit	Tjekliste til indhold
	1. Fælles mål og fælles forståelse ▪ Der er opstillet fælles mål for forløbsprogrammet. ▪ Der er beskrevet tiltag til at sikre fælles viden og gensidig respekt mellem relevante aktører på tværs af sektorer og fagområder.
	2. Målgruppe ▪ Det er besluttet, hvilke in- og eksklusionskriterier, der afgrænser målgruppen. ▪ Målgruppens karakteristika og demografi er beskrevet. ▪ Det er fastlagt, hvordan sektorerne etablerer, vedligeholder og anvender et fælles overblik over målgruppen. ▪ Der er aftalt en metode for stratificering af målgruppen med henblik på at fordele grupper af borgere til rette indsats, opfølgning mv.
	3. Indsatser ▪ Relevante indsatser, metoder og redskaber er beskrevet med udgangspunkt i aktuelt bedste viden og lovgivning på området. ▪ Der er taget stilling til om: ▪ Nogle indsatser bør tilbydes i et andet regi end i dag. ▪ Nogle indsatser bør tilbydes i et samarbejde mellem kommuner eller mellem region og kommune(r). ▪ Nogle indsatser bør tilbydes integreret på tværs af fagenheder og/eller sektorer.

Afsnit	Tjekliste til indhold
	4. Organisering ▪ Opgave og ansvarsfordeling mellem de involverede aktører er afklaret. ▪ Der er aftalt procedurer til at sikre vellykket kommunikation. ▪ Der er skabt rammer for koordination og samarbejde på ledelsesniveau. ▪ Der er valgt én eller flere samarbejdsmodeller/-metoder til at sikre koordination i de enkelte borgerforløb. ▪ Der er aftalt procedurer omkring samarbejde og koordination i overgange.
	5. Implementering ▪ Der er udpeget en styregruppe og evt. udpeget en projektleder, der er ansvarlig for at understøtte implementeringen af forløbsprogrammet. ▪ Ledelsesopgaver/-opbakning på de relevante niveauer er defineret og rammesat af styregruppen. ▪ Tværsektoriel kompetenceudvikling er sikret. Særlige ressourcepersoner/ implementeringsagenter er udpeget i alle relevante organisationer. ▪ Der er udarbejdet en overordnet implementeringsplan for forløbsprogrammet på tværs af region, praksissektor og kommuner. ▪ Lokale implementeringsplaner er udarbejdet på regionalt og kommunalt niveau.
	6. Opfølgning ▪ Det er aftalt, hvem der har ansvar for opfølgning på forløbsprogrammet, og hvor tit opfølgningen skal finde sted. ▪ Der er udarbejdet fælles indikatorer for monitoreringen af forløbsprogrammets implementering og kvalitet på borger-, fagligt- og organisatorisk niveau. ▪ Der er udviklet fælles og simple monitoreringsredskaber. ▪ Kvalitetssikrings- og udviklingsprocedurer er beskrevet.



4.1 Udarbejd fælles mål og understøt en fælles forståelse

TJEKLISTE



- Der er opstillet fælles mål for forløbsprogrammet.
- Der er beskrevet tiltag til at sikre fælles viden og gensidig respekt mellem relevante aktører på tværs af sektorer og fagområder.

Undersøgelser peger på, at samarbejde og koordinering understøttes af gensidige relationer på tværs af aktører (9). Gensidige relationer kan skabes ved at sætte fokus på tre elementer:

1. Fælles mål
2. Fælles viden
3. Gensidig respekt (9)

Forløbsprogrammet bør derfor opstille rammer for, hvordan disse tre elementer kan sikres. Hvordan, det kan gøres, beskrives nedenfor.

4.1.1 Udarbejd fælles mål for forløbsprogrammet

I forløbsprogrammet bør der opstilles mål og succeskriterier for arbejdet med forløbsprogrammet, som de involverede parter er enige om. Det skal være tydeligt, hvad forløbsprogrammet skal bidrage med, og hvilke konkrete mål og effekter, som parterne gerne vil opnå med forløbsprogrammet.

Målene skal både være retningsgivende for arbejdet med forløbsprogrammet, og skal samtidig udgøre centrale indikatorer for, om parterne opnår det, de gerne vil med forløbsprogrammet. Målene kan blandt andet tage udgangspunkt i allerede prioriterede fokusområder i den gældende sundhedsaftale.

INSPIRATION

De konkrete mål kan eksempelvis formuleres på fire dimensioner:

Borgeroplevet kvalitet – Hvordan vil borgere og pårørende opleve en kvalitetsforbedring? Hvilke effekter vil vi gerne opnå for målgruppen?

Faglig kvalitet – Hvordan vil vi anvende vidensbaserede indsatser og metoder? Hvordan sikrer vi løbende dokumentation af resultater for målgruppen?

Organisatorisk kvalitet – Forventer vi at opnå en bedre ressourceudnyttelse, og hvor vil eventuelle gevinster kunne ses?

Samfundsmæssige gevinster – Hvilke gevinster vil vi gerne se på samfundsniveau fx i form af, at flere kommer i beskæftigelse eller uddannelse?

4.1.2 Understøt fælles viden og gensidig respekt

Det bør i forløbsprogrammet beskrives, hvordan man vil understøtte, at der opbygges et fælles vidensgrundlag og gensidig respekt på tværs af sektorer og fagområder⁶.

Fælles viden og gensidig respekt handler om at have forståelse og respekt for, hvordan det arbejde, de øvrige aktører udfører, har betydning for den samlede indsats for målgruppen.



INSPIRATION

Et fælles vidensgrundlag og gensidig respekt kan eksempelvis understøttes ved:

- At iværksætte fælles uddannelsesforløb for medarbejdere fra forskellige fagområder og sektorer.
- Studiebesøg eller udveksling af medarbejdere på tværs af kommuner/sygehuse/forvaltninger.
- At drøfte, hvordan centrale begreber som recovery og rehabilitering forstås og arbejdes med på tværs af fagområder og sektorer.
- At orientere om lovgrundlaget, det øvrige styringsgrundlag og de faglige rammer på de involverede fagområder.
- At orientere andre fagområder og sektorer om ændringer i eksempelvis lovgivning og praksis på eget område.
- At understøtte udveksling af centrale oplysninger mellem fagområder og sektorer.
- At udarbejde principper for tilgangen til samarbejdet omkring målgruppen.

Region Syddanmark og de tilhørende 22 kommuner har i den gældende sundhedsaftale for 2015-2018 formuleret et princip for tilgangen til samarbejdet omkring mennesker med en psykisk lidelse og et samtidigt misbrug. Princippet lyder, at "parterne bør gå ind i samarbejdet med en høj faglighed og tillid". Det vil sige, at parterne bør møde hinanden ud fra en forventning om, at det, samarbejdspartneren beder om hjælp til i forhold til en borger, er vedkommende og relevant (59).

⁶ Fælles viden og gensidig respekt skaber et godt fundament for tværfagligt samarbejde og koordination, fordi det har betydning for lysten til aktivt at kommunikere og koordinere med hinanden om indsatsen for målgruppen på tværs af sektorer og fagområder (9-11).



4.2 Afgræns målgruppen

TJEKLISTE



- Det er besluttet, hvilke in- og eksklusionskriterier, der afgrænser målgruppen.
- Målgruppens karakteristika og demografi er beskrevet.
- Det er fastlagt, hvordan sektorerne etablerer, vedligeholder og anvender et fælles overblik over målgruppen.
- Der er aftalt en metode for stratificering af målgruppen med henblik på at fordele grupper af borgere til den rette indsats, opfølgning mv.

4.2.1 Bestem in- og eksklusionskriterier

For at definere og afgrænse målgruppen skal forløbsprogrammet indeholde relevante in- og eksklusionskriterier for målgruppen.

Det er vigtigt, at der er enighed om, hvordan målgruppen for forløbsprogrammet identificeres på tværs af region, praksissektor og kommunale forvaltninger. Kriterierne skal være genkendelige for medarbejderne, der møder borgerne i det daglige arbejde. Da medarbejderne på forskellige fagområder og sektorer ofte vil have forskelligt fokus på borgeren, er det vigtigt, at inklusionskriterierne afspejler kompleksiteten i borgerens sag, og at der anvendes begreber, som fagpersoner på de enkelte fagområder kender.

INSPIRATION

In- og eksklusionskriterier for målgruppen kan eksempelvis være ét eller flere af følgende (skal ses som eksempler og ikke en rangordning):

- Diagnose eller diagnoser (koder til diagnoseregistrering bør i forløbsprogrammet beskrives med udgangspunkt i de nationale klassifikationer ICD-10 og ICPC-2).
- Multisygdom, dvs. tilstedeværelsen af flere samtidige lidelser af psykisk eller fysisk karakter, eksempelvis en samtidig misbrugsdiagnose.
- Tilknytning til arbejdsmarkedet/uddannelsessystemet.
- Graden af socialinklusion (eksempelvis graden af netværk, isolation mv.).

4.2.2 Beskriv målgruppens karakteristika og demografi

Når in- og eksklusionskriterier for målgruppen er beskrevet, er det relevant at beskrive målgruppens karakteristika og demografi. Det er her relevant at beskrive målgruppens samlede størrelse samt fordeling på køn og alder.

INSPIRATION

Medarbejdere på tværs af region og kommuner kan med fordel involveres i arbejdet med at beskrive målgruppen for forløbsprogrammet. En evaluering fra SFI viser, at arbejdet med at kortlægge målgruppen for en integreret indsats, kan være med til at styrke gensidig forståelse mellem medarbejdere på tværs af fagområder og sektorer, og dermed være med til at understøtte implementeringen af initiativer, som skal styrke samarbejde og koordinering (42).

4.2.3 Etabler et overblik over målgruppen

Forløbsprogrammet bør indeholde en beskrivelse af, hvordan parterne vil etablere, vedligeholde og anvende et tværsektorielt overblik over den inkluderede målgruppe. Overblikket kan være med til at sikre, at de rette borgere er omfattet af forløbsprogrammet og muliggør en dimensionering af indsatsen.

INSPIRATION

En måde at etablere et overblik over en målgruppe kan være, at følge målgruppen via deres CPR-numre. Det vil give mulighed for at følge, hvor mange borgere der er i målgruppen, dimensionere volumen i forløbsprogrammet og følge fordelingen af de indsatser og ydelser, som borgerne i målgruppen modtager på de enkelte fagområder og sektorer. Denne viden kan som led i opfølgningen på forløbsprogrammet skabe tydelighed om, hvor de forventede gevinster kan ses.

Der er i denne sammenhæng behov for at foretage en juridisk vurdering af, om der i det konkrete tilfælde er det tilstrækkelige hjemmelsgrundlag i persondataloven og øvrige sektorlovgivninger, og om der er sket tilstrækkelige anmeldelser til Datatilsynet.

4.2.4 Udarbejd en stratificeringsmodel

Der kan med fordel indarbejdes en stratificeringsmodel i forløbsprogrammet. Stratificeringsmodellen kan anvendes af medarbejderne til at vurdere hvilken grad af koordination, der er behov for i et konkret borgerforløb. Som udgangspunkt skal alle borgerforløb koordineres, men graden af koordinationsbehov kan være forskellig afhængig af borgerens ressourcer, netværk, egenomsorgsevne og lidelsens sværhedsgrad⁷.

⁷ Forskning på området viser, at sværhedsgraden af den psykiske lidelse og flere sociale forhold, såsom netværk og uddannelse er afgørende for borgerens behov for flere samtidige indsatser på tværs af region og kommune (12,13) (se yderligere information herom i bilag 2 om målgruppen for forløbsprogrammer).



INSPIRATION

Erfaringer fra arbejdet med stratificeringsmodeller i praksis viser, at det er vigtigt, at en stratificeringsmodel bygger på klare kriterier for at vurdere borgerens ressourcer og behov (45). Desuden er det centralt, at stratificeringsmodellen suppleres af en grundlæggende indstilling til, at alle mennesker er unikke, og at indsatser altid skal tilpasses den enkelte borgers ønsker og ressourcer. Det er derfor vigtigt, at kriterierne i stratificeringsmodellen ikke blive så rigide, at dem der i praksis skal identificere borgere i målgruppen oplever, at der ikke er plads til kliniske og sociale hensyn (16). Det er desuden afgørende, at den enkelte borgers perspektiv løbende inddrages i stratificeringen af borgeren.

Kriterier for stratificering kan blandt andet være:

- Borgerens egenomsorgsevne
- Lidelsens sværhedsgrad
- Borgerens sociale netværk

Når der arbejdes med en stratificeringsmodel er det centralt at være opmærksom på, at en borgers behov for indsatser og koordination kan ændre sig over tid.

I Region Sjælland har man i samarbejde med regionens kommuner udarbejdet et forløbsprogram for skizofreni. I forløbsprogrammet har man valgt at stratificere målgruppen ud fra to kriterier:

- Sygdomskompleksitet forstået som en sammenvejning af fysisk og psykisk komorbiditet og sværhedsgraden af den psykiske lidelse.
- Egenomsorgsevne forstået som evnen til at tage vare på sig selv og medansvar for egen sundhed sammenholdt med borgerens behov for faglig støtte (50).

Samme stratificeringsmodel anvendes i Region Syddanmark. Erfaringer fra Region Syddanmarks arbejde med stratificeringsmodellen viser, at det er vigtigt, at der på tværs af enheder og sektorer er enighed om, hvilke redskaber og metoder der anvendes til systematisk at vurdere borgerens egenomsorgsevne (45) (se også afsnit 4.3.1.1 om vurdering af borgerens behov for behandling og indsatser).

INSPIRATION

Som kriterier i en stratificeringsmodel kan udvalgte kategorier fra redskabet voksenudredningsmetoden (VUM) anvendes. Kategorierne i VUM er baseret på ICF, som er den internationale klassifikation af funktionsevne, funktionsnedsættelse og helbredstilstand. De 11 kategorier i VUM afdækker således kompleksitetsfaktorer, som anses for værende af betydning for en borgers behov for behandling og indsatser.

Stratificeringsmodellen bør være formålsbestemt til den konkrete målgruppe ved at tage udgangspunkt i de karakteristika ved målgruppen, som har betydning for organisering af forløbet og dimensionering af indsatserne i forløbsprogrammet. Det vil sjældent være relevant i en stratificeringsmodel at tage hensyn til samtlige kategorier i VUM, ligesom der kan indgås aftaler om særlige fokusområder for de enkelte fagområder, således at det bliver et fælles redskab. Hvilke kategorier, der er aktuelle for den enkelte borger, afgøres endelig gennem dialog mellem borger og sagsbehandler.

Krop/Socialt problem				
	Psykisk funktionsnedsættelse	Fysisk funktionsnedsættelse	Socialt problem	
Aktivitet/deltagelse og omgivelsesfaktor	Samfundsliv	Stratificering på baggrund af samlet VUM score	God (VUM score 0-2)	Ringe (VUM score 3-4)
	Socialt liv	God (VUM score 0-2)	Samarbejdsform: Informations-udveksling/faste samarbejds mønstre	Samarbejdsform: Koordinations-funktion
	Egenomsorg	Ringe (VUM score 3-4)	Samarbejdsform: Koordinations-funktion	Samarbejdsform: Tværfagligt team/organisatorisk organisation



4.3 Beskriv relevante indsatser

TJEKLISTE



- Indsatser, metoder og redskaber, som er relevante under forløb for målgruppen, er beskrevet med udgangspunkt i aktuelt bedste viden og lovgivning på området.
- Der er taget stilling til om:
 - Nogle indsatser bør tilbydes i et andet regi end i dag.
 - Nogle indsatser bør tilbydes i et samarbejde mellem kommuner eller mellem region og kommune(r).
 - Nogle indsatser bør tilbydes integreret på tværs af fagenheder og/eller sektorer.

4.3.1 Beskriv relevante indsatser, metoder og redskaber

Et forløbsprogram skal indeholde en oversigt over de indsatser, metoder og redskaber, der er relevante på tværs af sektorer og fagområder i følgende dele af forløb for målgruppen:

1. Vurdering af borgerens behov for behandling og indsatser
2. Opstilling af borgerens mål
3. Behandling og faglige indsatser
4. Opfølgning på borgerens mål

I et forløbsprogram bør det hele vejen igennem beskrives, hvordan det sikres, at den enkelte borger sættes i centrum for indsatsen, og at borgerens forløb tilrettelægges som en samarbejdsproces mellem borger, pårørende og fagfolk (2).

Et forløbsprogram bør give mulighed for, at der kan tilrettelægges differentierede indsatser, som i størst muligt omfang matcher den enkelte borgers forudsætninger og behov, og som aktivt inddrager borgeren og eventuelt pårørende i indsatsen samt styrker borgerens og pårørendes kompetencer til at mestre de udfordringer, som livet med en psykisk lidelse kan medføre.



INSPIRATION

I **bilag 3** beskrives de lovgivningsmæssige rammer for faglige indsatser for mennesker med psykiske lidelser på henholdsvis sundheds-, social-, beskæftigelses- og uddannelsesområdet. Bilaget giver et overblik over opgave- og ansvarsfordelingen på tværs af sektorer og enheder og fungerer som en oversigt over, hvilke muligheder for tilbud, der findes, når en koordineret indsats for mennesker med psykiske lidelser skal tilrettelægges.

I **bilag 4** findes eksempler på konkrete metoder, som kan anvendes som inspiration til, hvordan borger- og pårørendeinddragelse kan understøttes i et forløbsprogram.

Nedenfor gennemgås, hvad et forløbsprogram bør beskrive under de enkelte dele af et borgerforløb.

4.3.1.1 Vurdering af borgerens behov for behandling og indsatser

I et forløbsprogram skal det beskrives, hvordan der sikres en helhedsorienteret vurdering af den enkelte borgers behov for behandling og indsatser.

Som led i udarbejdelsen af forløbsprogrammet bør der foretages en kortlægning af, hvilke redskaber og metoder, der anvendes på de forskellige fagområder til at udrede og/eller diagnosticere borgere i målgruppen. Desuden bør der tages stilling til, hvordan samarbejde og koordinering i forhold til udredning og/eller diagnosticering og fastsættelse af mål for borgere i målgruppen kan understøttes.

Forløbsprogrammet bør beskrive:

- Konkrete metoder og redskaber, som skal anvendes til at vurdere målgruppens behov for behandling og indsatser på tværs af fagområder og sektorer. Metoderne/redskaberne kan være målrettet udredning/diagnosticering af borgerens symptomer, funktionsevne, ressourcer, mål og ønsker. Det kan eksempelvis være redskaber og metoder som VUM⁸, GAF⁹, ergoterapeutiske udredninger mv.
- Procedurer der sikrer, at borgere i målgruppen udredes for eventuel somatisk eller psykisk komorbiditet, eksempelvis ved mistanke om et samtidigt misbrug.
- Procedurer der sikrer tidlig opsporing af risiko for følgesygdomme og for at miste tilknytning til arbejdsmarkedet og uddannelsessystemet.
- Aftaler om hvilke udredninger, informationer mv. der er relevante at udveksle mellem myndigheder i forhold til borgerens sag for at undgå videnstab på tværs af enheder og sektorer og for at understøtte sammenhæng i forløb for borgeren.
- De juridiske rammer for, hvilke oplysninger der kan udveksles mellem myndigheder, og om der er behov for borgerens samtykke.
- Procedurer og metoder der sikrer, at borgerens og eventuelt pårørendes perspektiv og erfaringer inddrages i vurderingen af borgerens sag. Inddragelse af pårørende skaber bedre effekter for borgeren og større tilfredshed blandt både borgere og pårørende (24,25). Erfaringer viser dog, at pårørende ofte inddrages i mindre grad i forbindelse med forløb for mennesker med psykiske lidelser end i forbindelse med andre sygdomsforløb, idet borgere med psykiske lidelser typisk kan have mere skrøbelige relationer til deres pårørende. Det er derfor vigtigt, at forløbsprogrammet opstiller procedurer for pårørendeinddragelse i det omfang, borgeren giver sin accept hertil.

8 VUM står for Voksenudredningsmetoden. Metoden kan anvendes til sagsbehandling og udredning af borgere med fysisk og psykisk funktionsnedsættelse og/eller sociale problemer. For yderligere information om VUM metodehåndbogen se under udgivelser på www.socialstyrelsen.dk

9 GAF – Global Assessment of Function – er en metode til at angive en persons psykosociale funktionsniveau. GAF er en kontinuerlig skala, som går fra 1-100, hvor 1 er det lavest tænkelige funktionsniveau, og 100 er det højest tænkelige. GAF-scoren angives som: GAF = x, hvor x er et tal mellem 1 og 100.



INSPIRATION

Tiltag til at understøtte en større grad af samarbejde og koordination kan være:

- At opnå enighed om at anvende de samme vurderingsmetoder og redskaber.
- At gøre det tydeligt, hvor der er overlap mellem vurderingerne på de enkelte fagområder, og hvordan de bedst kan supplere hinanden.
- At foretage en tværfaglig og tværsektoriel vurdering af borgerens sag, som man eksempelvis gør i de lovpligtige rehabiliteringsteams på beskæftigelsesområdet.

4.3.1.2 Opstil mål for borgeren

I forløbsprogrammet skal det beskrives, hvordan der vil blive arbejdet med at opstille målsætninger for borgerens forløb i samarbejde med borgeren og eventuelt pårørende. Det skal desuden beskrives, hvordan der sikres koordination mellem delmålsætninger for de indsatser, som borgeren modtager.

Som led i udarbejdelsen af forløbsprogrammet bør der foretages en kortlægning af, hvilke planer og redskaber til opstilling af mål, der anvendes på de forskellige fagområder. Desuden bør der tages stilling til, hvordan samarbejde og koordinering i forhold til opstilling af borgerens mål kan understøttes.

Forløbsprogrammet bør beskrive:

- Procedurer for udarbejdelse af planer for borgerens forløb og opsætning af tidsbestemte kort- og langsigtede mål for borgeren.
- Procedurer der sikrer inddragelse af borgere og eventuelt pårørende i fastsættelsen og prioriteringen af mål for de konkrete borgerforløb.
- Procedurer som sikrer, at borgeren har adgang til information om sit forløb.



INSPIRATION

Tiltag til at understøtte en større grad af samarbejde og koordination omkring mål for borgeren kan være:

- At give de involverede fagpersoner kiggeadgang til de informationer som ligger i lovpligtige og øvrige planer for borgeren på andre sektorer og fagområder. Der er behov for at afdække de juridiske rammer for, om borgeren skal afgive samtykke herom.
- At udarbejde én samlet rammeplan for borgerens forløb, som integrerer indholdet fra de lovpligtige planer, som skal udarbejdes for borgeren.

Både det tidligere nedsatte psykiatriudvalg og ekspertgruppen om udredning af den aktive beskæftigelsesindsats anbefaler, at der arbejdes med udgangspunkt i én samlet og gennemgående indsatsplan for borgeren (2,3). Med inspiration fra Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsens retningslinjer for en koordinerende indsatsplan kan en samlet indsatsplan indeholde følgende elementer (23):

- Borgerens stamdata.
- Borgerens samtykke til udveksling af information og inddragelse af pårørende.
- Information om hvilke fagpersoner, som primært er involveret i borgerens sag og kan kontaktes i de enkelte enheder/sektorer.
- Afdækning af eksisterende udredninger og planer for borgeren, herunder et overblik over hvilke indsatser borgeren modtager og hvilke mål, der er for indsatserne.
- Identifikation af primære og/eller akutte udfordringer for borgeren.
- Prioritering af fremadrettede indsatser og formulering af fælles målsætninger (både kortsigtede og langsigtede) i dialog med borgeren.
- Ansvarsfordeling i forhold til indsatsen.
- Tidsplan for indsatsen.
- Plan for opfølgning på indsatsplanen.

4.3.1.3 Behandling og faglige indsatser

Forløbsprogrammet skal beskrive de typer af behandlinger og faglige indsatser, som er relevante i forløb for forløbsprogrammets målgruppe. Herunder skal forløbsprogrammet også beskrive forebyggende indsatser, som sigter mod at forebygge en forværring af den psykiske lidelse eller udvikling af somatisk sygdom¹⁰ samt øvrige funktionsevnedssættelser.

Forløbsprogrammet bør beskrive:

- Sundhedsfaglige behandlingsindsatser som sigter mod at mindske borgerens symptomer på den psykiske lidelse. I de tilfælde hvor der på sundhedsområdet foreligger forløbsbeskrivelser eller pakkeforløb for målgruppen, kan disse med fordel integreres i forløbsprogrammet. Beskrivelsen af den sundhedsfaglige indsats skal omfatte såvel mono- som tværfaglige indsatser på relevante specialiseringsniveauer i hele sundhedsvæsenet.
- Socialfaglige indsatser som fremmer borgerens livskvalitet og mulighed for at klare sig selv. Herunder skal også beskrives misbrugsbehandling samt procedurer for iværksættelse af støttemuligheder og eventuel underretning, hvis borgere i målgruppen har børn under 18 år.
- Beskæftigelsesrettede indsatser som understøtter borgerens fastholdelse og tilknytning til arbejdsmarkedet.
- Uddannelsesrettede indsatser som understøtter borgerens mulighed for at få en uddannelse.
- Tilbud fra private/civile aktører, eksempelvis fra patient- og interesseforeninger.
- Procedurer og metoder der sikrer borgerens og eventuelt pårørendes mulighed for aktiv deltagelse i behandlingen og de faglige indsatser¹¹.

Forløbsprogrammer for børn og unge bør derudover **særligt** beskrive:

- Proaktive indsatser der understøtter barnet/den unges generelle udvikling og trivsel.
- Relevante pædagogisk-psykologiske indsatser.
- Indsatser målrettet forældrene og familien som helhed.
- Relevante indsatser, konsultation og vejledning målrettet barnet/den unges dagtilbud, skole og/eller fritidsaktivitet.

INSPIRATION

I et forløbsprogram kan indgå en strategi for, hvordan civile aktører inddrages i indsatsen for målgruppen. Det kan eksempelvis være i et samspil om udvikling af tilbud til målgruppen og nye løsningsmodeller, hvor frivillige, foreninger og organisationer kan spille en større rolle som samarbejdspartnere med det offentlige (2).

¹⁰ Mennesker med psykiske lidelser har større risiko for at få en lang række somatiske helbredsproblemer. Dette skyldes blandt andet, at flere mennesker med psykiske lidelser ryger, spiser usundt mv., men er også en følge af den medicin, der gives som behandling for psykiske lidelser. Op mod 50 pct. af mennesker med psykiske lidelser udvikler en kronisk fysisk sygdom såsom diabetes, KOL, hjertekarsygdomme og muskelskeletlidelser (14). Den somatiske sygdom hos mennesker med psykiske lidelser diagnosticeres imidlertid ikke altid, og mennesker med psykiske lidelser får derfor ofte en utilstrækkelig somatisk behandling. Det er derfor vigtigt, at forløbsprogrammet beskriver procedurer for at iværksætte særlige initiativer, der kan forebygge eller behandle somatiske sygdomme samt sikre en optimal medicinering m.m.

¹¹ Inddragelse af pårørende skaber bedre effekter for borgeren og større tilfredshed blandt både borgere og pårørende (24,25). Erfaringer viser dog, at pårørende ofte inddrages i mindre grad i forbindelse med forløb for mennesker med psykiske lidelser end i forbindelse med andre sygdomsforløb, idet borgere med psykiske lidelser typisk kan have mere skrøbelige relationer til deres pårørende. Det er derfor vigtigt, at forløbsprogrammet opstiller procedurer for pårørendeinddragelse i det omfang, borgeren giver sin accept hertil.

4.3.1.4 Opfølgning på borgerens mål

Et forløbsprogram skal beskrive hvilke metoder og redskaber, der anvendes til at sikre rettidig opfølgning på, hvorvidt de indsatser den enkelte borger tilbydes i sit forløb, understøtter borgerens udvikling. Samtidig bør der tages stilling til, hvordan samarbejde og koordinering i forhold til opfølgning på borgerens udvikling mod målene, kan understøttes.

INSPIRATION

Tiltag til at understøtte samarbejde og koordinering i forhold til opfølgning på borgerens mål kan være:

- At anvende samme redskaber og metoder til at måle progression for borgeren på tværs af enheder og sektorer, så der etableres en fælles forståelse.
- At afholde fælles opfølgningsmøder med deltagelse af involverede fagpersoner på tværs af enheder og sektorer.

4.3.2 Planlæg tilgængelighed af tilbud til målgruppen

Når forløbsprogrammet udarbejdes, skal der tages stilling til, hvordan indsatser på tværs af fagområder og sektorer kan supplere hinanden i et samlet forløb for målgruppen. For at sikre sammenhæng i forløb for målgruppen kan det desuden overvejes, om nogle tilbud bør tilbydes i et andet regi end i dag eller i et samarbejde mellem region og kommune samt eventuelt civile aktører. Endelig kan det overvejes, hvorvidt der er indsatser i kommune eller region, der med fordel kan tilbydes integreret på tværs af enheder og sektorer. En integreret indsats betyder i denne sammenhæng, at indsatser på tværs af sundheds-, social-, beskæftigelses- og/eller uddannelsesområdet tilbydes samlet og eventuelt af et tværfagligt team.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at der kan være store forskelle på hvilke faglige indsatser og tilbud, der tilbydes i de forskellige kommuner, som er beliggende i en region og internt i regionen. Det bør derfor aftales, i hvilken grad kommuner og regioner skal forpligtige hinanden til at stille specifikke faglige indsatser og tilbud til rådighed for målgruppen.

At kunne tilbyde målgruppen de samme tilbud på tværs af alle kommuner i en region kan udfordres af, at nogle kommuners befolkningsgrundlag og økonomi er for lille til, at det er hensigtsmæssigt at etablere alle typer af tilbud internt i kommunen. En mulig løsning kan være, at nogle kommuner indgår samarbejde omkring tilbud på tværs af kommunegrænser.



INSPIRATION

Mulige tilgange til at lave aftaler om, hvilke faglige indsatser målgruppen skal kunne tilbydes på tværs af region og kommuner:

1. Der opnås enighed på tværs af region og kommuner om faglige kvalitetskrav til en række relevante faglige indsatser og tilbud.
2. Der udarbejdes en beskrivelse af, hvordan målgruppens behov imødekommes via en række forskellige indsatser og tilbud, der allerede findes i de involverede kommuner og i regioner.

I Region Hovedstaden samarbejder børne- og ungdomspsykiatrisk center i Bispebjerg med København og Frederiksberg kommuner om at tilbyde psykoedukative forløb til unge og deres forældre omkring psykiske lidelser. Dette sikrer, at borgere og pårørende ikke oplever at få mangelfuld eller overlappende psykoedukation i hver af sektorerne (54).

4.3.3 Tag afsæt i aktuelt bedste viden

Alle indsatser, metoder og redskaber i forløbsprogrammet bør være baseret på aktuelt bedste viden og lovgivning på området. Dette skal sikre, at forløb for målgruppen tilrettelægges med udgangspunkt i viden om, hvilke indsatser der på et givent tidspunkt i forløbet kan bidrage til at give den bedst opnåelige effekt under hensyntagen til en effektiv ressourceudnyttelse.

Aktuelt bedste viden defineres her som gældende kliniske og nationale retningslinjer, samt øvrig evidensbaseret og/eller erfaringsbaseret viden om hvilke indsatser, der virker over for målgruppen. I de tilfælde hvor der findes evidensbaserede anbefalinger, skal disse anvendes. I nogle tilfælde er lovgivningen desuden relativt præcis omkring indsatserne, og der skal i sådanne tilfælde henvises hertil.

På tværs af fagområder er der forskel på karakteren og styrken af vidensgrundlaget for forskellige indsatser og metoder. Det er derfor vigtigt, at det i beskrivelsen ekspliciteres, hvilket vidensgrundlag indsatserne står på, dvs. om der er evidens for, at indsatsen virker i forhold til målgruppen, eller om man eksempelvis har gode erfaringer fra praksis, der peger på, at indsatsen er virkningsfuld.

På sundhedsområdet er der for nogle psykiske lidelser udarbejdet nationale og landsdækkende kliniske retningslinjer, som videst muligt er baseret på videnskabelig dokumentation. Hvis sådanne foreligger, bør forløbsprogrammet stille krav om, at indsatsen overfor mennesker med psykiske lidelser også i praksis følger de evidensbaserede kliniske retningslinjer.

På det socialfaglige område har Socialstyrelsen blandt andet udgivet vidensnotater om sociale indsatser over for borgere med ADHD og generelt om sociale indsatser, der kan understøtte recovery hos mennesker med psykiske vanskeligheder. Notaterne kan bruges til vejledning og inspiration i forhold til planlægningen af den socialfaglige indsats. Generelt kan forskningsbaseret viden om sociale indsatser findes på www.vidensportal.dk¹².

12 Vidensportalen omhandler i medio 2015 kun indsatser for børn og unge, men udbygges løbende med viden om nye målgrupper og indsatser.



INSPIRATION

En beskrivelse af centrale faglige indsatser kan med fordel forholde sig til følgende dimensioner:

Målgruppe – hvilken målgruppe er indsatsen relevant for?

Metode – hvad er indholdet i den konkrete metode?

Implementering – hvordan sikres en god implementering af indsatsen?

Effekt – hvad ved vi om indsatsens effekt for målgruppen?

Økonomi – hvad koster det at implementere indsatsen?

Ved at beskrive disse dimensioner bliver det tydeligt, *hvem* indsatsen virker overfor, *hvordan* den virker, og *hvilken effekt* den har i forhold til *omkostninger* (49).



4.4 Aftal rammer for organisering

TJEKLISTE



- Opgave- og ansvarsfordeling mellem de involverede aktører er afklaret.
- Der er aftalt procedurer til at sikre vellykket kommunikation.
- Der er skabt rammer for koordination og samarbejde på ledelsesniveau.
- Der er valgt én eller flere samarbejdsmodeller/-metoder til at sikre koordination i de enkelte borgerforløb.
- Der er aftalt procedurer omkring samarbejde og koordination i overgange.

I forløbsprogrammet skal organiseringen af forløb for målgruppen beskrives. Organiseringen skal dels understøtte koordination og samarbejde mellem de involverede fagpersoner og dels understøtte, at borgeren oplever sammenhæng i indsatsen.

Dette kapitel gennemgår centrale forhold, som skal beskrives i forløbsprogrammet, for at sikre, at organiseringen understøtter kvalitet og sammenhæng i borgernes forløb.

4.4.1 Afklar opgave- og ansvarsfordeling mellem de involverede aktører

I forløbsprogrammet skal det beskrives, hvilke ledere, fagpersoner og medarbejdere, som typisk er involveret i forløb for målgruppen på tværs af fagområder og sektorer, og hvem der kan inkludere borgere til at være omfattet af forløbsprogrammet.

I forløbsprogrammet skal der desuden aftales en klar opgave- og ansvarsfordeling mellem de involverede parter inden for de lovgivningsmæssige rammer, ligesom det skal aftales hvilke beføjelser, de enkelte fagområder har overfor hinanden. Det er samtidig vigtigt, at der i forløbsprogrammet tages stilling til, hvordan man skal løse eventuelle uoverensstemmelser, som måtte opstå, mellem forskellige fagområder.

INSPIRATION

Når der opstår en gråzone i forhold til en konkret opgave- og ansvarsfordeling, kan en løsning være en gensidig aftale om, at man som fagperson aldrig slipper ansvaret for en borger, der har behov for støtte, før en anden fagperson har taget over.

4.4.2. Sæt fokus på vellykket kommunikation

I forløbsprogrammet skal det beskrives, hvordan man vil understøtte en vellykket kommunikation.

Et vellykket koordineret samarbejde skal understøttes af en god kommunikation og relevant informationsudveksling mellem de involverede fagområder og sektorer (10). Undersøgelser peger på, at koordinering understøttes af kommunikation, som er kendetegnet ved at være problemløsende, hyppig, rettidig og korrekt (9).

Forløbsprogrammet bør beskrive:

- Hvornår skal der videregives information mellem aktører, og hvilken information er relevant at videregive?
- Hvordan sikres koordination af indhentning af samtykke fra borgeren om videregivelse af informationer, når dette er relevant?
- Hvilke personfølsomme oplysninger kan inden for persondatalovgivningen og relevante sektorlovgivninger udveksles mellem fagområder og sektorer?
- Hvilke procedurer sikrer, at videregivelsen af nødvendig information mellem de forskellige forvaltninger og sektorer sker rettidigt?
- Hvordan understøttes videregivelse af informationer elektronisk?

4.4.3 Skab rammer for koordination og samarbejde på ledelsesniveau

Koordination kan foregå på flere niveauer. Generelt kan man skelne mellem koordination af konkrete borgerforløb og koordination på ledelsesniveau. En klar skelnen mellem disse to niveauer er vigtig, da koordination på de to niveauer kan være med til at afhjælpe forskellige typer af koordinationsproblemer, som kræver forskellige arbejdsmetoder, redskaber, kompetencer, ledelsesmæssige beføjelser osv. Uden ledelsesmæssig opbakning og beføjelser til organisationsændringer kan det være svært at gøre en forskel på borgerniveau (15).

I forløbsprogrammet skal det derfor beskrives, hvilke tiltag der skal gennemføres på ledelsesniveau for at sikre de bedste rammer for koordination og samarbejde i de enkelte tværgående borgerforløb.

INSPIRATION

Koordination kan eksempelvis understøttes ved, at ledelsesniveauet:

- Indgår samarbejdsaftaler
- Udarbejder fælles retningslinjer
- Opretter tværgående styregruppe, teams mv.
- Indgår aftaler på tværs af enheder og sektorer om det generelle driftssamarbejde
- Løbende håndterer og løser kommunikationsproblemer
- Beslutter og gør det tydeligt hvem der skal koordinere hvad mv. (47,48)

En evaluering foretaget af KORA i 2014 af samarbejdet omkring psykotiske patienter mellem kommuner og det regionale sygehusvæsen i Region Sjælland peger på nødvendigheden af, at intentionerne om mere tværfagligt samarbejde også følges op af ledelsesmæssig opbakning. Eksempelvis ved at der afsættes ressourcer til, at medarbejderne kan deltage i tværfaglige teammøder (55).

4.4.4 Aftal graden af koordination og samarbejde i de konkrete borgerforløb

I forløbsprogrammet skal det beskrives, hvilken grad af koordination og samarbejde man vil arbejde med i forhold til målgruppen.

Sektorlovgivningerne fastlægger på en række områder, hvem der har myndighedsansvaret og dermed det regionale og det kommunale ansvar for indsatsen over for mennesker med psykiske lidelser. Der er dog inden for lovens rammer mulighed for variation i forhold til den konkrete organisering af indsatsen inden for det enkelte myndighedsområde, dvs. i region, praksissektor eller kommune og samarbejdet mellem sektorerne.

En mulighed er, at der aftales forskellige grader af samarbejde og koordination afhængigt af kompleksiteten af den enkelte borgers forløb og borgerens egne mål og ønsker. Målet bør være, at borgeren får den mindst indgribende indsats, der svarer til borgerens behov. En graduering kan med fordel underbygges af en stratificeringsmodel, der tydeliggør hvilke kriterier, der skal være opfyldt for, at der iværksættes et mere eller mindre integreret samarbejde (se yderligere beskrivelse af en stratificeringsmodel i afsnit 4.2.4).



INSPIRATION

Mulige grader af sammenhæng og koordination kan illustreres ved følgende samarbejds- og koordinationsformer:

1. Aftale om informationsudveksling, hvor der aftales faste tidspunkter for udveksling af information om borgerens forløb, ændringer i det generelle serviceniveau, arbejdsgange mv. for indsatser, som er relevante for forløbsprogrammets målgruppe.
2. Faste samarbejds mønstre, hvor samarbejde og koordination sker ad hoc, når det vurderes at være relevant i forhold til en borger.
3. Koordinatorfunktion, hvor en medarbejder står for den primære koordinering af det samlede forløb og/eller den primære kontakt med borgeren.
4. Tværfagligt team, hvor relevante fagpersoner, borgeren og eventuelt pårørende mødes, drøfter og tilrettelægger borgerens forløb.
5. Organisatorisk integration, hvor relevante fagpersoner og eventuelt ledere omkring målgruppen er en del af samme organisation og har samme fysiske placering.

Bilag 5 indeholder uddybende inspiration til modeller, metoder og redskaber til organisering af forløb for mennesker med psykiske lidelser.

4.4.5 Organiser samarbejdet i overgange

I forløbsprogrammet bør der særligt sættes fokus på at beskrive procedurer for, hvordan koordination og samarbejde sikres under overgange i forløb for målgruppen, hvor borgeren oplever, at ansvaret for den primære koordinering af borgerens sag overgår fra én sektor eller enhed til en anden.



INSPIRATION

Kritiske overgange i en borgers forløb kan eksempelvis være:

- Overgangen når borgeren går fra at være barn til at være voksen.
- Henviſning af børn og unge til psykiatrien.
- Udskrivning af en borger fra psykiatrisk indlæggelse.

Bilag 6 indeholder uddybende inspiration til modeller, metoder og redskaber til organiseringen af overgange.



4.5 Planlæg og gennemfør implementering af forløbsprogrammet

TJEKLISTE



- Der er udpeget en styregruppe og evt. udpeget en projektleder, der er ansvarlig for at understøtte implementeringen af forløbsprogrammet.
- Ledelsesopgaver/-opbakning på de relevante niveauer er defineret og rammesat af styregruppen.
- Tværsektoriel kompetenceudvikling er sikret. Særlige ressourcepersoner/ implementeringsagenter er udpeget i alle relevante organisationer.
- Der er udarbejdet en overordnet implementeringsplan for forløbsprogrammet på tværs af region, praksissektor og kommuner.
- Lokale implementeringsplaner er udarbejdet på regionalt og kommunalt niveau.

Forløbsprogrammet skal indeholde *en overordnet plan for implementeringen af forløbsprogrammet*. Formålet er at understøtte en implementering af de aftaler, der er indgået, så det sikres, at forløbsprogrammet reelt kommer borgerne til gavn og medvirker til, at borgerne får et mere koordineret og sammenhængende forløb.

Supplerende hertil bør der udarbejdes *lokale implementeringsplaner*, der beskriver, hvordan man i den enkelte kommune, såvel som på de enkelte regionale sygehuse mv., vil arbejde med forløbsprogrammet i praksis¹³. I den lokale implementeringsplan konkretiseres forløbsprogrammets indhold i forhold til konkrete arbejdsgange i den enkelte kommune, på det enkelte hospital mv.

Sammenhængen mellem de lokale implementeringsplaner og den overordnede implementeringsplan skal fremstå tydeligt.

Der bør altså udarbejdes implementeringsplaner og gennemføres en implementering af forløbsprogrammet på to niveauer:

1. Et overordnet niveau, der beskriver en plan for den samlede tværsektorielle implementering af forløbsprogrammet. Det er vigtigt, at det tydeligt beskrives, hvor ansvaret for ledelsen af den tværsektorielle implementering af forløbsprogrammet er placeret. Det kan f.eks. være i regi af sundhedsaftalens samarbejdsorganisation, enten i et eksisterende forum eller i en særligt etableret tværsektoriel styregruppe. Det anbefales, at der laves et formandskab på tværs af sektorerne, fx et såkaldt tredelt formandskab mellem praksissektor, regionen og kommuner.

¹³ Erfaringer viser, at det ofte kan være meget svært at sikre, at forløbsprogrammet implementeres tilstrækkeligt og med god effekt ude på de enkelte sygehusafdelinger og i de respektive kommunale afdelinger (16).

2. Et lokalt niveau, der konkretiserer en plan for, hvordan forløbsprogrammet skal implementeres på tværs af den enkelte kommunes forvaltninger/fagområder eller regionalt mellem og på de enkelte sygehusafdelinger.



INSPIRATION

Den *overordnede implementeringsplan* kan blandt andet omfatte følgende:

- Tydelig placering af det ledelsesmæssige ansvar for den tværsektorielle implementering af forløbsprogrammet.
- Sikring af økonomi og personaleressourcer til arbejdet (hvis dette ikke er givet på forhånd).
- Udpegning af en projektleder/tovholder for den overordnede implementering, som skal understøtte den løbende udvikling og fremdrift i det tværsektorielle arbejde med forløbsprogrammet.
- Afgrænsning af opgaver for og deltagere til en implementeringsgruppe (typisk mellemledere og fagmedarbejdere).
- Tids- og aktivitetsplan for implementeringsprocessen, inklusiv hvilke tiltag og redskaber der planlægges anvendt ved implementeringen. Planen bør også omhandle en kommunikationsplan.
- Opgave- og ansvarsfordeling samt organisering af de fælles anliggender i forhold til løbende opfølgning på forløbsprogrammets implementering.
- Implementerings- og formidlingsaktiviteter, der sikrer løbende inddragelse af medarbejdere og borgere i udviklings- og implementeringsarbejdet.

En *lokal implementeringsplan* kan blandt andet indeholde en beskrivelse af følgende:

- Ansvarsfordeling og opgaver for de enkelte lokale afdelinger og medarbejdere.
- Detaljeret tidsplan med milepæle der angiver, hvornår arbejdet forventes at være .
- Konkrete samarbejdsbeskrivelser internt og eksternt. Internt i kommunen eksempelvis på tværs af fagområder/forvaltninger. Eksternt typisk en mere detaljeret beskrivelse af det overordnede forløbsprograms samarbejdspraksis i forhold til praktiserende læger og regionalpsykiatrien. På samme vis konkretiseres samarbejdsbeskrivelserne internt mellem de regionale behandlingsenheder og eksternt i forhold til de praktiserende læger og kommunerne.
- Praksisnær beskrivelse af overlevering, dokumentation og klare aftaler for opfølgning.
- Lokal ansvarsbeskrivelse for opsøgning og henvisning til indsatser/tilbud til målgruppen.
- Oversigt over kommunale/regionale tilbud/indsatser for målgruppen som præciserer tilbudsbeskrivelsen i forløbsprogrammet.
- Kommunikationsplan for at sikre at alle medarbejdere er informeret og inddrages i relevant omfang i implementeringsarbejdet.

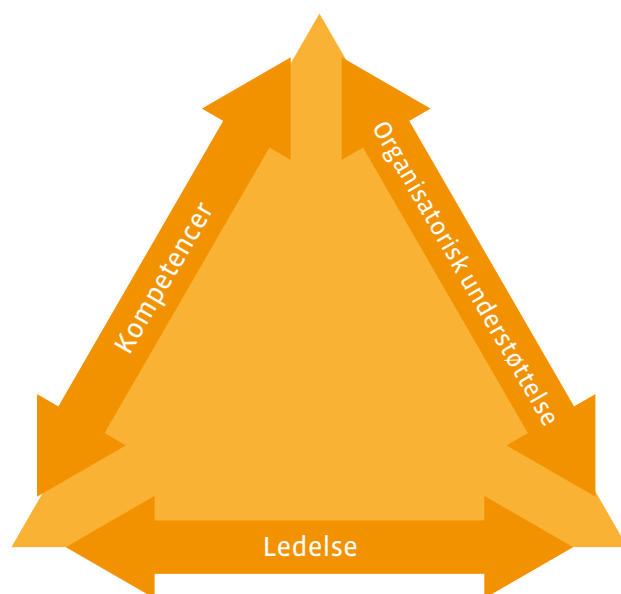
4.5.1 Understøt den løbende implementering

En forudsætning for, at implementeringsplanerne gennemføres i praksis, er, at der er ledelsesmæssig opbakning, og at medarbejdere, borgere og primære implementeringsagenter løbende tages med på råd og inddrages aktivt i arbejdet med at omsætte planerne i praksis.

Jo mere kompleks en given indsats er, og jo flere krav til sammenhæng og samarbejde på tværs af sektorer og fagkulturer den fordrer, jo flere understøttende implementeringsaktiviteter og -indsatser bør der sættes i værk. Et forløbsprogram på tværs af sektorer og fagområder er en kompleks indsats, der kan være udfordrende at implementere, og hvor der er brug for en række implementeringsaktiviteter (17,18).

I implementeringen af en indsats har følgende tre drivkræfter - ledelse, kompetencer og organisatorisk understøttelse - betydning for, om og i hvilket omfang en given indsats implementeres med succes (17).

Figur 4:
Drivkræfter i en implementeringsproces



I det følgende introduceres de tre drivkræfter nærmere i relation til implementeringen af et forløbsprogram.

4.5.1.1 Brug ledelse som implementeringsdrivkraft

Det er afgørende for en effektiv implementering og forankring af et forløbsprogram, at der er tilslutning til projektet fra både ledere og udførende medarbejdere. Det er desuden vigtigt, at ledelsen aktivt involveres i implementeringen og synligt støtter deres medarbejdere i at prioritere det tværfaglige og tværsektorielle arbejde. Dette bør desuden følges op af, at de nødvendige faglige og økonomiske ressourcer er tilgængelige.

Ledelsen skal også håndtere og træffe beslutninger i forhold til uenigheder og konfliktsituationer undervejs i implementeringen af forløbsprogrammet. I forløbsprogrammet bør det derfor beskrives, hvordan der sikres den nødvendige ledelsesopbakning eksempelvis ved at etablere ledelsesfora og definere ledelsesopgaver og -ansvar.

INSPIRATION

I forbindelse med implementeringen af et forløbsprogram har Region Hovedstaden etableret et tværsektorielt samordningsudvalg mellem hospitaler, kommuner og almen praksis. Det tværsektorielle samordningsudvalg har det ledelsesmæssige ansvar for den tværsektorielle implementering af forløbsprogrammer. Samordningsudvalget har herunder ansvar for den løbende opfølgning, nødvendig ledelsesopbakning og fremdrift i forhold til den konkrete implementering i de tre regi.

4.5.1.1.1 Ledelsesopgaver og ansvar

Ledelsesopgaven i forhold til implementeringen af et forløbsprogram har to aspekter. Ledelsen skal:

- Understøtte rammerne for implementeringsopgaven.
- Drive implementeringsprocessen fremad og motivere medarbejderne gennem opfølgninger og vedvarende fokus på fremdriften.

INSPIRATION

I forbindelse med Region Midtjyllands udvikling af forløbsprogrammet for depression udarbejdede man indledningsvis en oversigt over de deltagende kommuners og regioners organisationer, beslutningsgange, relevante beslutningstagere og beslutningsfora. Oversigten gav styregruppen og implementeringsgruppen/projektgruppen et godt indblik i, hvordan opbakning og beslutninger vedrørende forløbsprogrammet sikredes bedst muligt (22).

4.5.1.2 Brug kompetenceudvikling som implementeringsdrivkraft

Modsatningen mellem at vide, hvad man skal gøre – og at gøre det i praksis – er en central udfordring for implementering af nye indsatser. Det anbefales derfor, at der afsættes projektleder- og medarbejderressourcer, som er dedikeret til implementering af forløbsprogrammer (16). En vigtig drivkraft for implementering kan desuden være at udvælge nogle primære medarbejdere/implementeringsagenter, som kompetenceudvikles og trænes til, at den øvrige medarbejderstab kan læne sig op ad dem i implementeringsprocessen (19).

INSPIRATION

I Region Hovedstaden og de tilhørende kommuner har man i forhold til implementeringen af forløbsprogrammer for diabetes og KOL erfaringer med at udpege og uddanne særlige ressourcepersoner og implementeringsagenter. På de respektive hospitaler har der været ansat projektledere og praksiskonsulenter, og i kommunerne har der været ansat implementeringsansvarlige medarbejdere. Ledelse og medarbejdere i de respektive sektorer peger på, at disse medarbejdere er meget vigtige for at sikre den konkrete implementering.

I Silkeborg kommune er der afsat midler til en lokal projektleder/implementeringsagent, der sammen med en lokal projektgruppe bestående af ledere/nøglepersoner fra alle involverede afdelinger skal sikre den lokale kommunale implementering af forløbsprogrammet for depression.

I Region Sjælland har man forsøgt sig med projektledere, der har bistået de lokale samarbejdsfora i sundhedsaftaleorganisationen med at implementere og arbejde fokuseret med forløbsprogrammerne på tværs af de kommunale og regionale enheder.

Forskning og praksiserfaring peger på, at det ikke er nok blot at kompetenceudvikle medarbejderne (17). De skal også have mulighed for at omsætte denne viden til praksis gennem løbende støtte, coaching og supervision.

Kompetenceudviklingen og den løbende støtte er en opgave, som bør beskrives i forløbsprogrammet, og som eksempelvis kan varetages af implementeringsagenterne. Det anbefales at tilbyde en fælles kompetenceudvikling på tværs af sektorer og kommunale forvaltninger/afdelinger tidligt i udviklingen og implementeringen af forløbsprogrammet. En fælles kompetenceudvikling kan medvirke til at:

- Øge kendskabet til forløbsprogrammets arbejdsfordeling og betydning for fagpersoner i de enkelte enheder og sektorer.
- Fremme samarbejde og videndeling om borger-/patientforløb mellem sektorer og faggrupper.
- Give en målgruppespecifik faglig opdatering til relevant sundhedspersonale samt indføre de fagprofessionelle i andre relevante faglige og tværgående problematikker og indsatser.

Planlæggere af kompetenceudviklingsforløbet bør sikre, at alle involverede fagpersoner oplever at få ny og relevant viden til forløbsprogramarbejdet, så der ikke alene er fokus på indføring i eksempelvis behandlingspsykiatrisk viden og dermed primært nyere viden for de kommunale medarbejdere (16).

INSPIRATION

I Silkeborg Kommune har det betydet meget for ejerskabet i forhold til et forløbsprogram, at alle afdelinger er med til planlægningen af forløbsprogrammets implementering i kommunen fra starten. Det har i andre kommuner været en udfordring, at man har forankret forløbsprogrammer i en afdeling, fordi man derefter har problemer med at involvere de andre afdelinger.

Silkeborg Kommune peger også på vigtigheden i, at en ny indsats i så høj grad som muligt hænger sammen med eksisterende arbejdsgange herunder også andre forløbsprogrammer. F.eks. i forhold til definitioner af komplekse forløb, hvornår der skal planlægges projektmøde/teammøde, samtykkeerklæringer m.v.

4.5.1.3 Brug organisatorisk understøttelse som implementeringsdrivkraft

Den tredje drivkraft for implementering handler om at få skabt en sammenhængende og koordineret organisering af arbejdet med forløbsprogrammer. Den handler også om at skabe et monitoreringssystem, der gør det muligt at følge med i og understøtte implementeringsprocessen og løbende vurdere, om man efterlever faglige standarder og opnår de tilsigtede resultater for deltagerne (20). Se beskrivelse af monitoreringen i kapitel 4.6.

Sandsynligheden for, at en indsats bliver implementeret ordentligt, er betydeligt større, hvis dem, der skal arbejde med indsatsen i praksis, har et skriftligt referencepunkt at forholde sig til i implementeringsprocessen (18). Det kan for eksempel være i form af behandlingsprotokoller, samarbejdsprocedurer, arbejdsgangsbeskrivelser, henvisningsprocedurer eller lignende. Disse skriftlige redskaber bør indledningsvis kvalitetssikres og realitetssikres i det udførende led. Dels så de udførende medarbejdere tager ejerskab til redskabet og dels for at sikre, at sprogbrugen og fremstillingen målrettes deres fagsprog/terminologi. Jo tydeligere indsatsens kernekomponenter er beskrevet, desto lettere er det at implementere dem. Det gælder derfor også om, at få nedskrevet tavse og intuitive handlinger, som nye medarbejdere ikke nødvendigvis kender til. Det kan for eksempel være en bestemt tilgang til borgerne, en bestemt samarbejdsprocedure eller en uskreven ansvars- og opgavefordeling mellem medarbejderne (21).

Et forløbsprogram kræver i udviklings- og implementeringsfasen ofte tilførsel af ressourcer til projektledere, udvalgte medarbejdere/implementeringsagenter og it-medarbejdere fx til lokal tilpasning af forløbsprogrammet, kompetenceudvikling og løbende supervision af medarbejdere, tilpasning eller udvikling af it-systemer mv. Det er derfor centralt at sikre tilstrækkelige ressourcer til implementeringsfasen for at understøtte, at aktiviteterne opnår deres tiltænkte effekt.

Den løbende opfølgning og ledelsesmæssige opbakning til den lokale implementering bør primært varetages af lokalt ansatte medarbejdere/nedsatte udvalg. Nogle kommuner har erfaringer med at udpege projektledere, der sørger for at koordinere kommunens samlede forløbsprogramarbejde i tilfælde af, at kommunen har flere politisk godkendte forløbsprogrammer, som eksempelvis på KOL-, diabetes- og depressionsområdet. Desuden kan der i de enkelte kommuner og regioner, i tillæg til forløbsprogrammets overordnede tværsektorielle styregruppe, også etableres en tværgående kommunal eller regional styregruppe, der repræsenterer alle de relevante kommunale afdelinger, forvaltninger og tilbud – som eksempelvis beskæftigelse, psykosociale indsatser, misbrugsbehandling, ydelseskantoret m.fl. – og de relevante involverede sygehusafdelinger.



4.6 Gennemfør opfølgning og foretag tilpasninger af forløbsprogrammet



TJEKLISTE

- Det er aftalt, hvem der har ansvar for opfølgning på forløbsprogrammet, og hvor tit opfølgningen skal finde sted.
- Der er udarbejdet fælles indikatorer for monitoreringen af forløbsprogrammets implementering og kvalitet på borger-, fagligt- og organisatorisk niveau.
- Der er udviklet fælles og simple monitoreringsredskaber.
- Kvalitetssikrings- og udviklingsprocedurer er beskrevet.

Der skal løbende og systematisk følges op på et forløbsprogram med hensyn til, hvorvidt de fælles mål med forløbsprogrammet indfries, og om der skal foretages fornyede implementeringstiltag eller justeringer i forløbsprogrammet. Opfølgningen bør omfatte alle komponenter i forløbsprogrammet og bør tilrettelægges på en måde, der tager højde for, at den samlede indsats for mennesker med psykiske lidelser går på tværs af organisatoriske enheder, sektorer og tid.

Opfølgningen bør både omfatte en monitorering af implementeringen og kvaliteten af forløbsprogrammet. Opfølgningen på forløbsprogrammets kvalitet omfatter fire aspekter:

- Den borgeroplevede kvalitet
- Den faglige kvalitet
- Den organisatoriske kvalitet
- De samfundsmæssige gevinster

4.6.1 Aftal hvem der har ansvaret for opfølgning

Der pålægger såvel ledelsesniveauer som udførende fagpersoner en opgave med systematisk at indhente, analysere, sammenfatte, videregive og anvende de erfaringer, der opbygges i arbejdet med forløbsprogrammet. Derfor bør det aftales, hvordan det sikres, at der på baggrund af ny viden løbende og tilbagevendende kan foretages revisioner af forløbsprogrammet eller dele heraf.

I forløbsprogrammet bør det fastlægges:

- Hvem der har ansvaret for opfølgning på forløbsprogrammets implementering og kvalitet.
- Hvor ofte opfølgning skal finde sted, hvem der skal anvende resultaterne, og hvordan de skal anvendes.
- Hvem der har ansvaret for revidering af forløbsprogrammet.
- Hvor ofte revidering af forløbsprogrammet skal finde sted.
- Hvornår et forløbsprogram er succesfuldt implementeret.

4.6.2 Udarbejd fælles indikatorer

I forløbsprogrammet skal det beskrives, hvilke standarder med tilhørende indikatorer for den samlede indsats' implementering og kvalitet, der bør indgå i opfølgningen. Fagfolk med erfaringer i udarbejdelse af forløbsprogrammer peger på vigtigheden af at udvikle fælles indikatorer, som alle parter kan monitorere i forhold til (22).

Som led i undersøgelsen af, om forløbsprogrammet er til gavn for borgerne, og om det faktisk bliver implementeret i kommuner og regioner, bør man i fællesskab opstille en række indikatorer, man løbende måler og følger op i forhold til.



INSPIRATION

Mulige indikatorer på borgerniveau/samfundsmæssigt niveau

Implementeringsindikatorer

- Antal borgere som er identificeret til at være i målgruppen for forløbsprogrammet.
- Hvor mange og hvilke faglige parter/tilbud der har været involveret i forløb for målgruppen.
- Hvilke konkrete indsatser og aktiviteter borgere i målgruppen har modtaget.

Kvalitetsindikatorer (resultater for borgerne)

- Forsørgelsesgrundlaget for målgruppen (eksempelvis kontanthjælp, førtidspension, uddannelsesyndelse m.m.).
- Borgeroplevet kvalitet af det sammenhængende forløb.
- Borgerens vurdering af eget helbred og bedring af egen livssituation.
- Antallet af genindlæggelser i psykiatrien.

Mulige indikatorer på fagligt/organisatorisk niveau

Implementeringsindikatorer

- Udgifter til drift af forløbsprogrammet - som eksempelvis tværgående mødeaktivitet, fælles kompetenceudvikling, øgede informationsaktiviteter i forhold til samarbejdsparter med videre.
- Kendskab til forløbsprogrammet eller den lokale implementeringsplans elementer: Hvor stor en procentdel af de respektive sektors ledere og medarbejdere, der kender til:
 - Forløbsprogrammet, afledte arbejdsgange eller den lokale implementeringsplan og beskrevne samarbejdsprocedurer.
 - Opsporing, henvisning og kommunikation på tværs af sektorerne.
 - Samarbejdsparternes arbejde og vilkår.
- Kompetenceudvikling: Hvor mange medarbejdere har deltaget i kompetenceudviklingsaktiviteter? Hvor mange frontpersonaler gør brug af/modtager sparring af de særlige ressourcepersoner/implementeringsagenter? Og skyldes det manglende behov, eller er det fordi, det ikke er kommunikeret klart ud, at der er mulighed for sparring?
- Ledelsesopbakning: I hvilket omfang oplever de særlige ressourcepersoner og implementeringsagenter tilstrækkelig opbakning, beslutningskompetence og ressourcer til deres arbejde?

Kvalitetsindikatorer (resultater på fagligt/organisatorisk niveau)

- Effekter målt i forhold til medarbejdernes samlede tidsforbrug.
- Bedre tværfaglige vurderinger af borgerens behov.

4.6.3 Udarbejd fælles monitoreringsredskaber

I forløbsprogrammet skal det beskrives, hvordan data til opfølgning på forløbsprogrammets implementering og kvalitet udvikles, registreres, opsamles, analyseres og formidles. Data der således kan vise udviklingen på ovenstående indikatorer. Monitoreringen bør dels omfatte brugen af eksisterende databaser og dels baseres på udviklingen af simple og tværgående monitoreringsredskaber.

I forhold til registerdata henvises til brugen af eksisterende, landsdækkende databaser, hvor sammenligninger mellem forskellige dele af landet muliggøres, eventuelt suppleret med lokale data. Det kan eksempelvis omhandle resultater fra Landspatientregisteret, Kommunaløkonomisk Sundhedsinformationsgrundlag (KØS), Sundhedsprofiler, Landsdækkende undersøgelser af patientoplevelser, Dansk Almenmedicinsk Database, DREAM (beskæftigelsesoplysninger og andre grundlæggende personoplysninger) og andre relevante godkendte databaser.

Monitoreringsværktøjer, som udvikles i forbindelse med forløbsprogrammet, kan eksempelvis bestå af dataregistreringer, elektroniske spørgeskemaer, kvalitative interviews, audits og lignende.

Det er dog væsentligt at være opmærksom på, at der er forskel på dataregistreringernes omfang og karakter i de forskellige sektorer samt adgangen til at opsamle og dele dem. Ligeledes kan der være informationer/data, der er relevante for opfølgningen på forløbsprogrammet, som ikke indhentes rutinemæssigt.

Det er vanskeligt via en løbende monitorering at få viden om egentlige effekter af forløbsprogrammer. Hertil må forskningsprojekter og eksterne evalueringer bidrage. I evalueringsarbejdet kan man med fordel trække og analysere på de samme monitoreringsdata, som indgår i implementeringen af forløbsprogrammet.

4.6.4 Integrer kvalitetssikring og – udvikling i praksis

I forløbsprogrammet skal det beskrives, hvordan løbende kvalitetsudvikling og -sikring kan integreres i praksis.

Fortløbende kvalitetsudvikling af de enkelte indsatser såvel som tilrettelæggelsen af forløbsprogrammet er vigtig for borgerens udbytte såvel som oplevelse af forløbet samt for ressourceudnyttelsen. Forløbsprogrammet bør derfor løbende opdateres, så det afspejler rammerne for de aktuelle forløb for målgruppen. Desuden bør forløbsprogrammets tværgående ledelse/styregruppe sikre, at både de særlige ressourcepersoner samt andre relevante medarbejdere får mulighed for at omsætte de kompetencer og de erfaringer, de har erhvervet sig i forbindelse med udviklingen og driften af forløbsprogrammet, til praksis. Tilsvarende bør repræsentanter for målgruppen og pårørende inddrages på organisatorisk niveau i region/kommune ved opfølgning og eventuelle justeringer af forløbsprogrammet.

INSPIRATION

Løbende kvalitetsudvikling og erfaringsudveksling kan blandt andet sikres gennem:

- Løbende støtte, coaching og supervision af involverede professionelle.
- Løbende ledelsesmæssig opfølgning på og understøttelse af fælles læring på baggrund af borger- og implementeringsdata (46).
- Sikring af de rette rammer for fælles læringsmiljø i eksisterende relevante organisatoriske fora, som eksempelvis månedlige teammøder, projektgruppemøder m.m.
- Inddragelse af repræsentanter for borgere og pårørende i drøftelser af forløbsprogrammets kvalitet.

Løbende kvalitetsudvikling kan fremmes i en kultur, hvor medarbejdere og organisationer er åbne for at lære og lære fra sig. Det gælder inden for de enkelte fagområder og på tværs af organisationer og sektorer, som forløbsprogrammet omfatter – lokalt og nationalt.

I kvalitetsudviklingen er det samtidig vigtigt, at monitoreringsdata bliver anvendt aktivt på eksempelvis teammøder/projektgruppemøder og lignende. På den måde kan data samlet set bruges til:

- At undersøge implementeringsgraden
- Refleksion og læring i forhold til justering af indsatsen og implementeringen
- Etablering af beslutningsgrundlag (18)

Bilag 1: Begrebsafklaring

Dette bilag indeholder en begrebsafklaring på centrale begreber, der er anvendt i den generiske model for forløbsprogrammer.

Integration

At et forløb er integreret betyder, at indsatser på tværs af sundheds-, social-, beskæftigelses- og/eller uddannelsesområdet tilbydes samlet. I forhold til et koordineret forløb er et integreret forløb planlagt mere samlet og i højere grad gjort til en enhed (6). Eksempelvis står et udgående tværfagligt team for hele indsatsen fra udredning til levering af indsatser og opfølgning.

Koordination

At indsatser er koordinerede vil sige, at alle aktører samordner forløbets tiltag indholdsmæssigt og tidsmæssigt i forhold til målet (11). Eksempelvis afholdes der et tværfagligt koordinerende møde mellem borgeren samt kommunale og regionale fagpersoner, hvor indsatser på tværs af sektorer og fagområder planlægges, så de enkelte indsatser svarer til borgerens behov og supplerer hinanden tids- og indholdsmæssigt.

Pårørende

Pårørende defineres her som de personer, som borgeren selv udpeger til at være informeret og inddraget. Det kan både være familie, venner, naboer, kollegaer mv. (23).

Recovery

Recovery er en personlig proces mod ”at komme sig” af en psykisk lidelse¹⁴.

Studier har gennem mange år påvist, at det er muligt at komme sig fra selv svære psykiske lidelser (21,27,28). Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser bør derfor uanset den psykiske lidelses sværhedsgrad have fokus på den enkelte borgers recovery (2).

Recovery er en måde at leve et meningsfuldt og tilfredsstillende liv for den enkelte præget af håb og aktiv medvirken selv med de begrænsninger, der er forårsaget af den psykiske lidelse (29). Recovery betyder altså ikke nødvendigvis, at borgeren bliver helt symptomfri, men derimod at borgeren oplever mening og livskvalitet på trods af eventuelle kliniske symptomer eller psykiske vanskeligheder.

¹⁴ I den internationale forskningslitteratur findes forskellige definitioner af recovery (26).

Rehabilitering

Rehabilitering er *"målrettede og tidsbestemte forløb af koordinerede ydelser og tilbud på sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningsområdet, som har til formål, at borgeren erhverver samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulige funktionsevne, så borgeren kan leve et så selvstændigt og meningsfuldt hverdagsliv som muligt"* (30).

Et rehabiliteringsforløb bør altid gennemføres som et samarbejde mellem borger, eventuelt pårørende og fagfolk (11). Arbejdet med at forbedre og vedligeholde borgerens funktionsevne bør desuden være helhedsorienteret, hvorfor indsatser på flere forskellige fag- og forvaltningsområder kan være relevante i et rehabiliteringsforløb. Målet er, at borgeren bliver i stand til at leve et selvstændigt og meningsfuldt liv med mulighed for at deltage aktivt i samfundet. Et vigtigt fokus i en samlet rehabiliteringsindsats vil derfor være, at borgeren får mulighed for at komme i arbejde eller uddannelse.

Bilag 2: Viden om målgruppen

Målgruppen for forløbsprogrammer er mennesker med en psykisk lidelse, der har kontakt til det behandlende sundhedssystem (enten på sygehus eller hos privatpraktiserende aktør) samt med en eller flere kommunale forvaltninger og derfor kan have gavn af en tværfaglig og tværsektoriel koordineret indsats.

Undersøgelser peger på, at nogle målgrupper særligt er repræsenterede blandt de borgere, der har behov for indsatser i både region og kommune. Det drejer sig om børn og unge med adfærds- og udviklingsforstyrrelse, og voksne med skizofreni, angst, affektive lidelser eller en misbrugsdiagnose (31). Forskningen peger dog også på, at ikke kun diagnosen, men også sværhedsgraden af den enkeltes psykiske lidelse og sociale forhold som uddannelsesniveau og netværk, har betydning for borgerens behov for indsatser på tværs af enheder og sektorer.

I det følgende vil den viden, vi har om karakteristika ved borgere, som har behov for flere og evt. samtidige indsatser på tværs af region og kommune nærmere blive præsenteret.

Diagnosespecifikke karakteristika

Der findes endnu ikke præcise tal på, hvor mange mennesker med psykiske lidelser, der har behov for hvilke indsatser på tværs af region og kommune. Vi ved dog, at mange psykiske lidelser har konsekvenser ikke kun for det mentale helbred, men også for personens sociale liv, arbejdsliv og/eller mulighed for uddannelse, hvorfor nogle borgere kan have gavn af, at det regionale behandlingstilbud suppleres af en kommunal rehabiliteringsindsats.

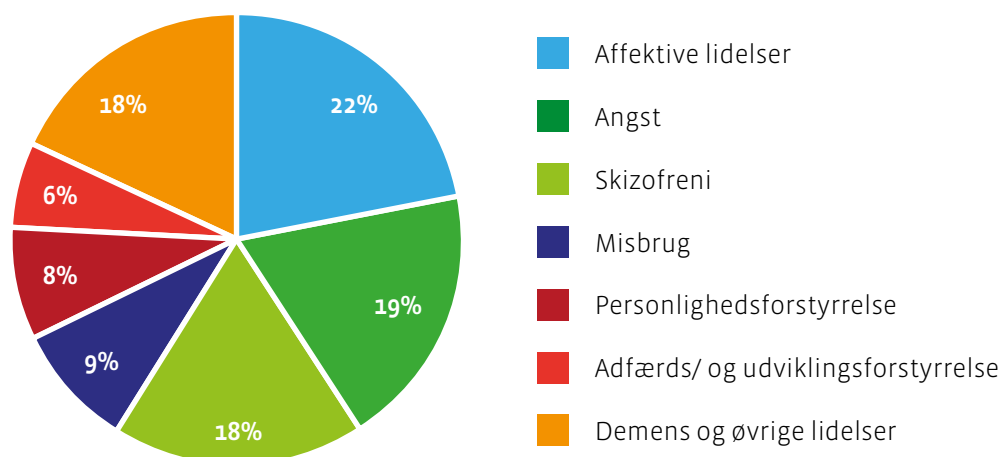
En undersøgelse foretaget af KORA viser, at 75 procent af voksne, som har været indlagt eller i ambulant behandling for en psykisk lidelse også har været i kontakt med kommunale forvaltninger for at modtage overførselsindkomst (f.eks. førtidspension, kontanthjælp eller sygedagpenge) og/eller kommunal hjemmehjælp (31). Desuden modtager et stigende antal patienter i behandlingspsykiatrien også en social ydelse i kommunalt regi i henhold til serviceloven (eks. bostøtte, botilbud mv.)(13).

Voksne borgere med psykiske lidelser, der både modtager regional behandling og kommunale ydelser kan overordnet set opdeles i tre hovedgrupper (31):

1. 41 procent lider af affektive lidelser eller angst
2. 27 procent lider af skizofreni eller har en misbrugsdiagnose
3. 14 procent lider af adfærds- og udviklingsforstyrrelser eller personlighedsforstyrrelse

Figur 1:

Diagnosefordeling blandt voksne personer som både modtager behandling i psykiatrien og er på overførselsindkomst og/eller modtager kommunal hjemmehjælp (31)



Blandt borgere i psykiatrisk behandling for skizofreni eller en misbrugsdiagnose er der en stor andel, som har behov for flere og/eller langvarige kommunale ydelser. Det er samtidig også den mest udsatte gruppe af borgere. Gruppen er karakteriseret ved, at en stor andel er ugifte, har et lavt uddannelsesniveau, står uden for arbejdsmarkedet og modtager overførselsindkomst i form af førtidspension eller kontanthjælp (31). En stor andel af borgere med skizofreni modtager desuden kommunale ydelser under serviceloven. Herunder er borgere med skizofreni særligt overrepræsenterede på botilbud (13). Mange borgere med skizofreni og misbrugsdiagnoser kan derfor have gavn af en tværfaglig og tværsektorielt koordineret indsats.

Gruppen af borgere i psykiatrisk behandling for affektive lidelser og angst er derimod generelt mere ressourcestærke og har blandt andet bedre uddannelse og større tilknytning til arbejdsmarkedet (31). De har ofte kun kortvarigt behov for en kommunal ydelse, eksempelvis i form af en beskæftigelsesrettet indsats, som kan hjælpe borgeren med at fastholde sit job eller komme tilbage på arbejdsmarkedet. Desuden modtager personer med angst og affektive lidelser typisk mindre intense kommunale ydelser under serviceloven (eksempelvis støtteordninger og kontant dækning af merudgifter) (13). En mindre andel af borgere med angst og affektive lidelser vil derfor have behov for, at den psykiatriske behandling suppleres af flere eller langvarige kommunale ydelser og derved have behov for en tværfaglig og tværsektorielt koordineret indsats.

Gruppen af borgere, som lider af adfærds- og udviklingsforstyrrelser eller personlighedsforstyrrelser, er generelt yngre og har derfor også et lavere uddannelsesniveau. Derudover ligger denne gruppe af borgere mellem de to andre grupper i forhold til karakteristika og tyngden af kommunale ydelser (31). En del af disse borgere kan derfor have gavn af en tværfaglig og tværsektorielt koordineret indsats.

Betydningen af lidelsens sværhedsgrad og sociale faktorer

Selvom forskning peger på, at især en stor andel af mennesker med skizofreni og misbrugsdiagnoser kan have gavn af en tværfaglig og tværsektorielt koordineret indsats, er der også undersøgelser, der viser, at ikke kun diagnosen, men også sygdommens sværhedsgrad og forskellige sociale forhold som netværk og uddannelsesniveau, er afgørende for borgerens behov for indsatser i både region og kommune (12,13).

Lidelsens sværhedsgrad har eksempelvis betydning for tilknytning til arbejdsmarkedet. En analyse fra Rockwoolfonden viser, at hvor knap seks ud af ti mennesker med skizofreni bibeholder tilknytningen til arbejdsmarkedet i forbindelse med et lettere sygdomsforløb (se figur 2), er over 90 procent af de mennesker, der har de sværeste psykiske lidelser helt uden for arbejdsstyrken (se figur 3)(12).

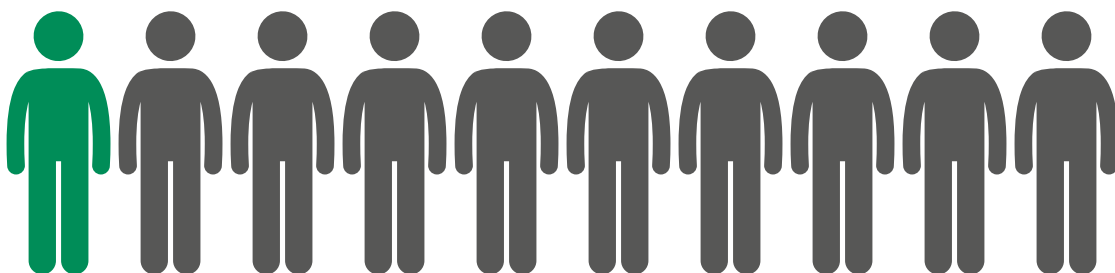
Figur 2:

Andel af borgere med let skizofreni der har tilknytning til arbejdsmarkedet (grøn)



Figur 3:

Andel af borgere med svære psykiske lidelser der har tilknytning til arbejdsmarkedet (grøn)



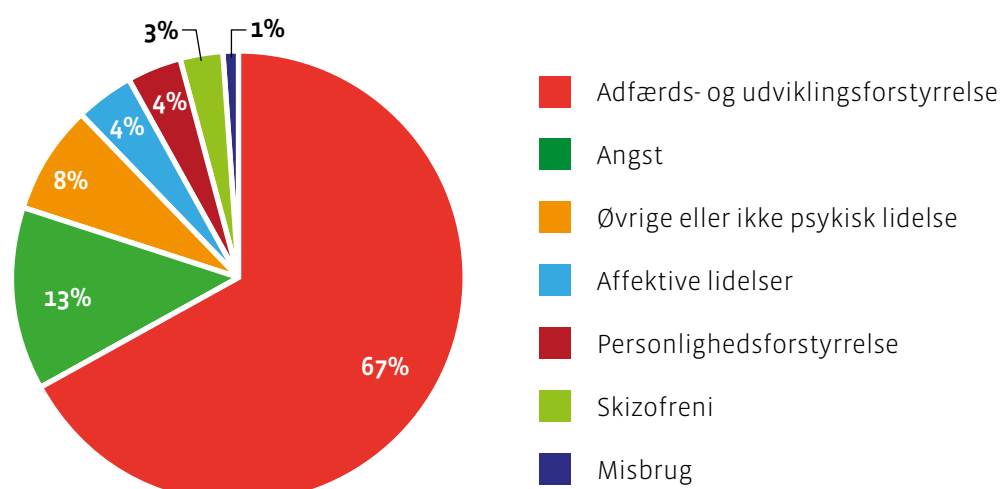
Udover lidelsens sværhedsgrad har sociale faktorer også en stor betydning for kompleksiteten af en borgers forløb. De borgere, der har behov for den mest intensive sociale indsats, er ofte mænd, de er dårligt uddannede, ugifte, har sjældnere børn samt er lidt oftere straffet. En del af disse borgere har en i sig selv mindre alvorlig lidelse, men store sociale problemer. Omvendt kan borgere med selv alvorlige psykiske lidelser sagtens have et forholdsvis ukompliceret forløb uden behov for, at den regionale behandlingsindsats suppleres af socialfaglige ydelser i kommunalt regi. Dette skyldes sandsynligvis, at de finder støtte i familie og omgivelser. Borgerens sociale netværk har altså også stor betydning for borgerens forløb og behov for indsatser (13).

Særligt om børn og unge

Af de børn og unge under 18 år, der modtager psykiatrisk behandling i regionalt regi, modtager 22 procent også en kommunal ydelse under serviceloven. Af disse børn og unge har langt størstedelen en adfærds- og udviklingsforstyrrelse (se figur 4) (31). De kommunale ydelser vil typisk adressere barnets og/eller familiens sociale problemer. De socialfaglige indsatser, der hyppigst gøres brug af blandt børn og unge i psykiatrisk behandling, er fast kontaktperson, anbringelser og aflastningsophold blandt hjemmeboende børn og unge (31).

Figur 4:

Diagnosefordeling blandt børn og unge under 18 år som både modtager behandling i psykiatrien og kommunale ydelser under serviceloven (31)



Bilag 3: Indsatser for mennesker med psykiske lidelser

I dette bilag beskrives relevant lovgivning og typer af indsatser for mennesker med psykiske lidelser på henholdsvis sundheds-, social-, beskæftigelses- og uddannelsesområdet.

Formålet med bilaget er at give et overblik over de forskellige fagområders lovgivning og styringsrationaler samt de muligheder for indsatser, der findes, når et koordineret forløb for mennesker med psykiske lidelser skal tilrettelægges.

1. Sundhedsfaglige indsatser

Sundhedsvæsenet har jf. sundhedsloven (LBK nr. 1202 04/11/2014 om sundhedsloven) til formål at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte. Patienter, der henvises til udredning eller behandling i psykiatrien har jf. sundhedsloven ret til at blive hhv. udredt og behandlet inden for en måned.

I psykiatrien gør specielle forhold sig gældende i forhold til straffelovens § 16 (LBK nr. 873 af 09/07/2015 om bekendtgørelse af straffeloven), hvor det fremgår, at personer, der på gerningstidspunktet er utilregnelige på grund af sindssygdom eller tilstande, der må sidestilles hermed, er straffrie. I stedet for straf idømmes en særforanstaltning efter straffelovens § 68 i form af enten en dom til ambulant behandling ved psykiatrisk afdeling, en dom til behandling på psykiatrisk afdeling eller en dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling.

Herudover angiver lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (LBK nr. 1729 af 02/12/2010 om anvendelse af tvang i psykiatrien) regler for frihedsberøvelse og anvendelse af anden tvang i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på en psykiatrisk afdeling.

Udredning og behandling af psykiske lidelser bygger på en bio-psyko-social sygdomsforståelse. Der er således forskellige typer af behandlingsmetoder, og det vil ofte være relevant med en kombination af forskellige typer af behandling.

Den sundhedsfaglige indsats i forhold til mennesker med psykiske lidelser er primært en regional opgave, men der foregår også en sundhedsfaglig indsats i kommunen, fx hjemmesygepleje, misbrugsbehandling og rehabilitering. En stor del af den psykiatriske behandling sker i primærsektoren hos praktiserende læger, praktiserende speciallæger i psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri. Behandlingsforløbet vil ofte blive varetaget i samarbejde med blandt andet Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR) (børn og unge) og praktiserende psykologer (voksne). Praktiserende psykologer varetager blandt andet behandling af angst og depression.

Den sundhedsfaglige indsats omfatter forebyggelse, udredning, behandling, opfølgning og rehabilitering af patienter med psykotiske og ikke-psykotiske lidelser, psykiske lidelser kombineret med misbrug samt samtidig somatisk sygdom.

Vurdering af borgerens ressourcer og behov for indsatser

Psykiske lidelser er som andre sygdomme klassificeret i WHO's sygdomsklassifikation for psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser (ICD-10). Lidelserne kan have meget forskellige sværhedsgrader og afhænger af både diagnose og funktionsevne samt karakteren heraf.

Formålet med den psykiatriske udredning er at finde ud af, hvad patienten fejler for at kunne tilbyde en god behandling. Der indgår flere elementer i den psykiatriske udredning, herunder oplysninger fra patienten selv og evt. pårørende, blodprøver og andre somatiske undersøgelser samt eventuelt adfærdsobservation og billeddiagnostiske undersøgelser af hjernen (MR og CT scanning).

Det er vigtigt, at der er et særligt fokus på opsporing af somatisk sygdom, idet der ofte optræder somatisk sygdom sammen med den psykiatriske lidelse, og begge dele skal behandles.

Udredning af børn og unge bør være tværfaglig og tværsektoriel, og den bør indeholde en vurdering af tilstedeværelsen af komorbide psykiatriske og somatiske tilstande og indlæringsvanskeligheder.

Opstilling af borgerens mål

Alle patienter i den regionale behandlingspsykiatri skal have en individuel behandlingsplan, der justeres løbende og efter behov.

Indsatser

Mennesker med psykiske lidelser har forskellige behov for sundhedsfaglige indsatser afhængigt af en række forskellige faktorer som fx sygdommens sværhedsgrad, multisygdom, herunder samtidig somatisk sygdom, behandlingskompleksitet, egenomsorg og patientens ressourcer.

Relevante behandlingsindsatser kan fx være psykofarmakologi og andre biologiske behandlingsmetoder, psykoterapi samt andre behandlingsmetoder fx miljøterapi, psykoedukation og patientuddannelse, familieinterventioner og pårørendeuddannelse, social færdighedstræning, fysisk træning, ernæringsterapi, kognitiv terapi mv.

OPUS, som er et intensivt toårigt behandlingsprogram til unge med førstegangpsykose, integrerer de farmakologiske, psykosociale og psykoterapeutiske elementer af behandlingen. Der ydes blandt andet kognitiv terapi, psykoedukativ flerfamiliegruppe og social færdighedstræning.

Derudover er der oprettet forskellige typer af behandlingstilbud i form af udgående teams, som består af sundhedsprofessionelle, der yder behandling til mennesker med psykiske lidelser i deres hjem.

Telemedicinsk understøttet behandling er under udvikling og anvendes i stigende grad, herunder ved elektronisk monitorering af behandling og som internetbaseret kognitiv adfærdsterapi.

I visse tilfælde kan det blive nødvendigt at anvende tvang i behandlingen med henblik på at udøve omsorg for mennesker med svære psykiske lidelser med begrænset sygdomsindsigt. Psykiatrilovens bestemmelser for tvang skal her være opfyldt.

Behandlingen skal være baseret på gældende kliniske retningslinjer og nationale vejledninger og anbefalinger. I det omfang de findes, skal kliniske retningslinjer særligt for børn og unge anvendes i behandlingen af disse, da viden fra voksenområdet om konkrete sundhedsfaglige indsatser ikke automatisk kan overføres til børn og unge.

Opfølgning

Opfølgning skal ske regelmæssigt under hensyn til lidelsens sværhedsgrad.

Børn og unge med psykisk lidelse skal, uanset om de følges af specialister, tilbydes de samme ydelser som andre børn, herunder de forebyggende helbredsundersøgelser og vaccinationer i almen praksis samt tilbud fra den kommunale sundhedstjeneste gennem hele opvæksten.

2. Socialfaglige indsatser

Socialfaglige indsatser målrettet voksne med psykiske lidelser bevilliges ud fra bestemmelserne i lov om social service (serviceloven LBK nr. 150 af 16/02-2015 om bekendtgørelse af lov om social service). For børn og unge med psykiske lidelser er den socialfaglige indsats også reguleret efter bestemmelserne i serviceloven. Det er dog for børn og unge lidt sværere at afgrænse indsatsen, fordi der i det kommunale praksisfelt på børne- og ungeområdet arbejdes ud fra et helhedssyn på barnet/den unge i familien, hvor barnet/den unges psykiske vanskeligheder kun udgør ét element af barnet/den unges samlede situation i familien.

Hjælp efter serviceloven har til formål at fremme den enkeltes muligheder for at klare sig selv eller lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten. Tilbud efter serviceloven gives ikke på baggrund af en borgers diagnose eller forsørgelsesgrundlag, men tilbydes til alle borgere, som har behov for støtte på grund af et socialt problem eller en fysisk og/eller psykisk funktionsnedsættelse.

Hjælpen efter serviceloven skal ydes i et tæt samarbejde med den enkelte borger ud fra grundlæggende principper om frivillighed og retssikkerhed. Det betyder også, at der ikke er sanktionsmuligheder, hvis en borger vælger ikke at benytte tilbuddet om støtte.

Serviceloven giver mulighed for at:

- tilbyde rådgivning og støtte for at forebygge sociale problemer
- tilbyde en række forskellige ydelser, der kan have et forebyggende og/eller kompenserende sigte
- tilgodese behov, der følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.

Der er stor variation i, hvor omfattende og indgribende de sociale tilbud er. Nogle tilbud er meget indgribende som eksempelvis et døgnbehandlingstilbud for stofmisbrug, der foregår over flere måneder. Andre tilbud vedrører en afgrænset problemstilling som f.eks. tilbud om åben rådgivning, hvor den enkelte borger kan komme ad hoc en gang om måneden. Kommunen skal altid iværksætte den mindst indgribende foranstaltning, som formålet kan opnås med.

Den socialfaglige indsats for målgruppen af mennesker med psykiske lidelser er primært en kommunal opgave. Internt i kommunerne kan organiseringen af indsatsen dog være forskellig. I nogle kommuner er indsatsområdet for voksne med psykiske lidelser en selvstændig enhed, mens det i andre kommuner ligger sammen med det øvrige sundheds-, handicap- eller socialområde. Indsatsen over for børn og unge med psykiske lidelser er som oftest placeret i børn- og familieforvaltninger. Derudover er kommunernes pædagogisk-psykologiske rådgivning (PPR) en væsentlig aktør.

Vurdering af borgerens ressourcer og behov for indsatser – børn og unge

Ifølge § 50 i serviceloven skal kommunen, inden der træffes afgørelser om iværksættelse af indsatser for børn og unge med psykiske lidelser, udføre en børnefaglig undersøgelse. Undersøgelsen skal omfatte barnets udvikling og adfærd, familieforhold, skoleforhold, sundhedsforhold, fritid og venskaber samt andre relevante forhold. Herunder skal undersøgelsen afdække ressourcer og problemer hos den unge, familien og netværket. Relevante fagfolk, der allerede har viden om barnets/den unges og familiens forhold, fx pædagoger, psykologer, lærere, bør inddrages. Det kan også være nødvendigt at foretage en læge- eller psykologundersøgelse.

Med mindre barnets modenhed eller sagens karakter i afgørende grad taler imod det, skal der som en del af undersøgelsen foretages en børnesamtale, hvor barnet/den unge bliver hørt. Desuden skal undersøgelsen så vidt muligt gennemføres i samarbejde med forældremyndighedsindehaveren og den unge, hvis den unge er fyldt 15 år. Kun i særlige tilfælde defineret i § 51 i serviceloven har kommunen mulighed for at gennemføre en undersøgelse uden samtykke.

Til udredningen kan sagsbehandlingsmetoden ICS (Integrated Children's System) anvendes. ICS understøtter en helhedsorienteret udredning, indsats og opfølgning. Udredningen skal munde ud i en begrundet indstilling om, at der skal iværksættes hjælpeforanstaltninger.

Opstilling af borgerens mål – børn og unge

Inden kommunen afgør, hvilke hjælpeforanstaltninger der skal iværksættes, skal der ifølge servicelovens § 140 udarbejdes en handleplan, som redegør for formålet med indsatsen, hvilken indsats der er nødvendig for at opnå formålet, den forventede varighed af indsatsen og andre særlige forhold. For unge, der er fyldt 16 år skal handleplanen opstille konkrete mål for den unges overgang til voksenlivet.

Vurdering af borgerens ressourcer og behov for indsatser – voksne

Inden en social indsats bevilliges, foretages en individuel vurdering af borgerens funktionsniveau samt individuelle færdigheder, kompetencer og ressourcer. Det er ikke en betingelse, at der er stillet en diagnose, for at mennesker med psykiske lidelser har ret til støtte eller hjælp efter servicelovens bestemmelser, men en diagnose kan være med til at kvalificere valget af indsatser.

Til udredning af borgeren kan redskabet voksenuudredningsmetoden (VUM) anvendes. VUM er inspireret af den internationale klassifikation af funktionsevne (ICF) og har fokus på at give sagsbehandleren en struktureret viden om borgerens problemer, ressourcer og ønsker og dermed skabe et grundlag for at træffe beslutning om en eventuel socialfaglig indsats og udarbejdelse af en afgørelse. VUM bruges i dag i de fleste af landets kommuner.

Opstilling af borgerens mål – voksne

Når borgeren er udredt, kan sagsbehandleren udarbejde en social handleplan. Ifølge servicelovens § 141 er kommunerne forpligtet til at tilbyde og udarbejde sociale handleplaner for borgere med fysiske og psykiske handicap i sager, hvor det skønnes at være relevant. Handleplanen sikrer, at både borger, pårørende og professionelle har samme mål med indsatsen, ligesom handleplanen prioriterer de forskellige dele af støtten. Ifølge loven skal handleplanen så vidt muligt udarbejdes i samarbejde med borgeren. Udover at fungere som et styringsredskab er den sociale handleplan dermed også et redskab til at øge brugerinddragelsen, gøre indsatsen mere tydelig for borgeren og styrke borgerens selvbestemmelse.

Indsatser – børn og unge

Alle kommuner skal i henhold til servicelovens kapitel om børn og unge tilbyde rådgivning, støttetilbud og mulighed for anbringelse uden for hjemmet. Det er dog den enkelte kommune, der fastlægger et kommunalt serviceniveau for tilbuddenes omfang og karakter.

Nedenstående tabel viser en oversigt over typer af sociale indsatser, som kan være relevante for børn og unge med psykiske lidelser.

Typer af socialfaglige indsatser for børn og unge
Rådgivningstilbud ▪ Opsøgende tilbud om rådgivning ▪ Åbne og anonyme familieorienterede rådgivningstilbud ▪ Konsulentbistand til børn, unge og familier ▪ Rådgivning om familieplanlægning ▪ Familievejlederordning
Støttetilbud (forebyggende foranstaltninger) ▪ Ophold i dagtilbud, fritidshjem, ungdomsklub, uddannelsessted eller lignende ▪ Praktisk, pædagogisk støtte i hjemmet ▪ Familiebehandling ▪ Døgn- og aflastningsophold for barnet/den unge samt familiemedlem(mer) ▪ Fast kontaktperson for barnet/den unge eller familien ▪ Praktiktilbud for den unge ▪ Hjælpe midler, herunder anden teknologisk støtte
Anbringelser uden for hjemmet ▪ Anbringelse hos plejefamilie ▪ Anbringelse på opholdssteder ▪ Anbringelse på døgninstitution
Misbrugsbehandling ▪ Social stofmisbrugsbehandling til unge under 18 år

I det følgende gennemgås kort de forskellige typer af socialfaglige indsatser for børn og unge.

Rådgivningstilbud

Ifølge servicelovens § 11 skal kommunen efter behov tilbyde rådgivning i form af fx familieorienteret rådgivning til løsning af vanskeligheder i familien. Rådgivningen kan gives som et supplement til øvrige tilbud.

Støttetilbud

Ifølge servicelovens § 52 skal kommunen tilbyde forebyggende og støttende indsatser til børn, unge og familier, der har behov herfor. Støttetilbud er mindre indgribende end anbringelser uden for hjemmet, da der lægges vægt på ydelser, som inddrager familien i løsningen. Der kan eksempelvis være tale om, at barnet/den unge eller familien tilknyttes en fast kontaktperson.

Hjælpemidler

Ifølge servicelovens § 112 og 113 skal kommunen yde støtte til hjælpemidler eller forbrugsgoder til personer med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, når hjælpemidlet i væsentlig grad kan afhjælpe de varige følger af den nedsatte funktionsevne og ifølge § 112, hvis det i væsentlig grad kan lette den daglige tilværelse i hjemmet. Det kan fx være hjælpemidler eller anden teknologi til social støtte eller kommunikation.

Anbringelser

Efter servicelovens § 52, stk. 3, nr. 7 kan børn og unge anbringes uden for hjemmet, hvis kommunen vurderer, at der er et behov herfor. Indehaveren af forældremyndigheden og den unge over 15 år skal samtykke til anbringelsen, og der skal udarbejdes en handleplan for anbringelsen, jf. servicelovens § 140. I tilfælde af at der er en åbenbar risiko for, at barnets eller den unges sundhed eller udvikling lider alvorlig skade ved at blive i familien, kan kommunen ifølge § 58 i serviceloven foretage en anbringelse uden forældrenes samtykke.

Kommunen kan allerede under udarbejdelsen af den børnefaglige undersøgelse vælge at få barnet indlagt på en institution eller sygehus, hvis den frygter, at barnets sundhed eller udvikling er i fare jf. § 51 i serviceloven. Dette kræver dog en afgørelse i kommunens børn og unge-udvalg.

Stofmisbrugsbehandling til unge under 18 år

Ifølge servicelovens § 101, stk. 3 og bekendtgørelse om garanti for social behandling for stofmisbrug til unge under 18 år i særlige tilfælde, nr. 714 af 19/06-2013 har unge med alvorlige sociale og adfærdsmæssige problemer - forårsaget af misbruget, ret til social stofmisbrugsbehandling senest 14 dage efter henvendelsen. Et tilbud om stofmisbrugsbehandling til unge under 18 år erstatter ikke kommunens generelle pligt til at yde særlig støtte til børn og unge med et særligt behov (serviceloven § 11). Tilbud efter § 101 er en skærpelse, en pligt til at yde hurtig hjælp i disse særlige tilfælde.

Indsatser – voksne

Alle kommuner skal i henhold til serviceloven tilbyde voksne over 18 år opsøgende arbejde, socialpædagogisk bistand (bostøtte), rådgivning, dagtilbud og botilbud. Det er dog den enkelte kommune, der fastlægger et kommunalt serviceniveau for tilbuddenes omfang og karakter.

Nedenstående tabel viser en oversigt over typer af sociale indsatser, der kan være relevante for voksne med psykiske lidelser.

Typer af socialfaglige indsatser for voksne
Forebyggende tilbud ▪ Psykoedukation ▪ Rådgivning og oplysning ▪ Netværksaktiviteter
Opsøgende indsats ▪ Støtte- og kontaktperson
Tilbud til borgere i eget hjem ▪ Personlig pleje og praktisk hjælp (hjemmehjælp) ▪ Individuel bostøtte ▪ Gruppebaseret bostøtte ▪ Beskyttet beskæftigelse ▪ Aktivitets- og samværstilbud ▪ Hjælpe midler, herunder anden teknologisk støtte
Døgndækkede tilbud ▪ Midlertidige ophold på botilbud ▪ Længerevarende ophold på botilbud ▪ Ophold på botilbudslignende botilbud
Øvrige tilbud: ▪ Social stofmisbrugsbehandling ▪ Akuttilbud

Strukturen i ressourceanvendelsen på socialområdet er i disse år under forandring. Eksempelvis udgør botilbud på voksenområdet en faldende del af den kommunale indsats, mens andelen af tilbud om socialpædagogisk støtte i eget hjem er stigende for mennesker med psykiske lidelser (13). Udviklingen kan ses som udtryk for, at kommunerne i stigende grad arbejder med fleksible tilbud, mindre indgribende foranstaltninger og et øget fokus på udvikling frem for omsorg (4).

I det følgende gennemgås kort de forskellige typer af socialfaglige indsatser for voksne.

Forebyggende tilbud

Ifølge servicelovens § 10 skal kommunalbestyrelsen sørge for, at enhver har mulighed for at få gratis rådgivning. Formålet med rådgivningen er at forebygge sociale problemer og at hjælpe borgeren over øjeblikkelige vanskeligheder. På længere sigt er formålet at sætte borgeren i stand til at løse opståede problemer ved egen hjælp. Rådgivning kan gives særskilt eller i forbindelse med anden hjælp efter serviceloven eller anden lovgivning. Udover rådgivning kan kommuner også tilbyde psykoedukative forløb og netværksaktiviteter.

Støtte- og kontaktperson ordning (SKP)

Ifølge § 99 i serviceloven skal kommunen yde tilbud om en støtte- og kontaktperson til personer over 18 år med psykiske lidelser, med et stof- eller alkoholmisbrug og/eller til personer med særlige sociale problemer, som ikke har eller ikke kan opholde sig i egen bolig.

Tilbud om en støtte- og kontaktperson er et ikke-visiteret tilbud, som borgeren kan tage imod anonymt. Målgruppen er de mest socialt udsatte og isolerede sindslidende, stof- og alkoholmisbrugere samt hjemløse, som har svært ved at gøre brug af de allerede eksisterende tilbud. Støtte- og kontaktpersonsarbejdet baserer sig på forskellige socialfaglige metoder. Formålet er at styrke borgerens mulighed for at opnå og bevare kontakt til omverdenen, og dermed gøre borgeren i stand til at benytte samfundets muligheder og allerede etablerede tilbud.

Personlig pleje og praktisk hjælp

Ifølge § 83 i serviceloven skal borgere med nedsat funktionsevne tilbydes personlig og praktisk hjælp i borgerens eget hjem. I nogle kommuner er der etableret hjemmehjælperkorps, som udelukkende har med mennesker med psykiske lidelser at gøre.

Bostøtte

Bostøtte er et tilbud om socialpædagogisk støtte, som ydes efter § 85 i serviceloven. Støtten ydes som hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Målet med støtten er at sætte borgeren i stand til at leve et selvstændigt liv, og bostøtte gives derfor ofte i forbindelse med overgangen fra indlæggelse til livet i egen bolig. Bostøtte kan gives enten individuelt eller i grupper.

Beskyttet beskæftigelse

Ifølge § 103 i serviceloven skal kommunerne tilbyde beskyttet beskæftigelse til personer under folkepensionsalderen, som på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke kan opnå eller fastholde beskæftigelse på normale vilkår på arbejdsmarkedet, og som ikke kan benytte tilbud efter anden lovgivning. Beskyttet beskæftigelse ligger i en gråzone mellem socialområdet og beskæftigelsesområdet, men har ifølge en kortlægning foretaget af SFI nærmet sig beskæftigelsesområdet de seneste år, fordi en del af tilbuddene har gjort en stor indsats for at få borgere ud på almindelige arbejdspladser (32).

Aktivitets- og samværstilbud

Ifølge servicelovens § 104 skal kommunerne tilbyde aktivitets- og samværstilbud til personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer. Formålet med tilbuddene er at opretholde eller forbedre borgerens personlige færdigheder eller livsvilkår. Tilbuddene til mennesker med psykiske lidelser lægger ofte mere vægt på samvær end på aktivitet og betegnes ofte som "væresteder".

Døgndækkede tilbud

Kommunerne skal ifølge henholdsvis § 107 og § 108 i serviceloven tilbyde midlertidigt eller længevarende ophold i botilbud til borgere, som på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer, har brug for særlig behandlingsmæssig støtte, eller som ikke vil kunne få dækket behovet for hjælp til almindelige funktioner, pleje, omsorg eller behandling på anden vis. Endelig har kommunen ifølge almenboliglovens § 105 pligt til at oprette bofællesskaber til mennesker med et behov herfor. Disse bofællesskaber er tænkt som en form for bolig, der har mindre præg af institution end botilbud.

Stofmisbrugsbehandling

Ved siden af sundhedslovens bestemmelser regulerer servicelovens § 101 den sociale behandlingsindsats for stofmisbrugere. Indsatsen i forhold til stofmisbrugere efter serviceloven retter sig som udgangspunkt mod den nedsatte fysiske og især psykiske funktionsevne samt de sociale problemer, som følger af misbruget. Kommunen skal iværksætte behandling af stofmisbrugere senest 14 dage efter henvendelsen.

Sociale Akuttilbud

Flere kommuner har oprettet sociale akuttilbud til borgere, som har brug for støtte, rådgivning eller hjælp på grund af en akut psykisk krise. Tilbuddene kan blandt andet bestå af en døgnåben akuttelefon samt mulighed for personligt fremmøde og overnatningsmuligheder. Akuttilbud har ikke hjemmel i den nuværende servicelov, men er flere steder oprettet som et § 107 tilbud med dispensation fra reglen om visitation.

Hjælpemidler

Ifølge servicelovens § 112 og 113 skal kommunen yde støtte til hjælpemidler eller forbrugsgoder til personer med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, når hjælpemidlet i væsentlig grad kan afhjælpe de varige følger af den nedsatte funktionsevne, og ifølge § 112 hvis det i væsentlig grad kan lette den daglige tilværelse i hjemmet eller er nødvendigt for, at den pågældende kan udøve et erhverv. Det kan fx være hjælpemidler eller anden teknologi til hukommelsesstøtte eller kommunikation.

Opfølgning

Som et led i den socialfaglige indsats skal der sikres en systematisk opfølgning på de målsætninger, der er sat for den eller de socialfaglige indsatser, som borgeren modtager med henblik på en vurdering af, om det er de rigtige foranstaltninger, der er sat i værk. Sagsbehandleren skal herunder vurdere, i hvilket omfang målsætningerne fortsat er relevante for borgerens situation og justere indsatsen og/eller målsætningerne derefter. Til opfølgning kan både den sociale handleplan, ICS og VUM anvendes som redskaber til at understøtte overensstemmelse mellem mål, indsatser og opfølgning. For borgere med en psykisk lidelse og et samtidigt misbrug kan redskabet ASI (Addiction Severity Index) anvendes til opfølgning og måling af progression.

3. Beskæftigelsesfaglige indsatser

Det er et overordnet formål med beskæftigelsesindsatsen, at alle voksne i den erhvervsaktive alder skal have et job, og at alle unge i alderen 18-30 år skal have en uddannelse. Udgangspunktet er, at alle borgere skal have mulighed for at være en del af fællesskabet og for at forsørge sig selv og sin familie. Det gælder også borgere med en psykisk lidelse – uanset om de er sygemeldte eller har en nedsat arbejdssevne som følge af den psykiske lidelse. Der er derfor ikke særskilte indsatser til gruppen af borgere med psykiske lidelser.

De beskæftigelsesfaglige indsatser er forankret i lov om en aktiv beskæftigelsesindsats (LBK nr. 807 af 01/06/2015 om lov om en aktiv beskæftigelsesindsats) og bevilges herefter. Det er de enkelte kommuner, der har ansvaret for den beskæftigelsesfaglige indsats, jf. lov om organisering og understøttelse af beskæftigelsesindsatsen m.v. (LOV nr. 1482 af 23/12/2014). Generelt sigtes der mod inddragelse af den enkelte borger og dennes muligheder og ressourcer i bevillingen af indsatser i henhold til ovenstående lovgivning.

Den beskæftigelsesfaglige indsats har snitflader med en lang række andre forvaltningsområder, herunder social- og sundhedslovgivning. Den aktive indsats for udsatte grupper, herunder personer med psykiske lidelser, er generelt styrket på tværs af beskæftigelsessystemet med reform af førtidspension og fleksjob, kontanthjælpsreformen og reform af sygedagpengesystemet. Der er i alle tre reformer fokus på at sikre en helhedsorienteret og koordineret indsats for udsatte borgere.

Vurdering af borgerens behov for indsatser

Visitation af borgere til en beskæftigelsesrettet indsats skal ske ud fra en konkret individuel vurdering med fokus på arbejde og uddannelse. Det gælder også for udsatte borgere, hvor der desuden skal være vægt på, at indsatsen skal være helhedsorienteret og koordineret.

Der er for de mest udsatte borgere i alle kommuner etableret et rehabiliteringsteam med repræsentanter fra beskæftigelses-, sundheds-, social- og undervisningsområdet og en sundhedskoordinator fra regionens kliniske funktion. Rehabiliteringsteamet er et dialog- og koordineringsforum og et af de centrale elementer i reformen af førtidspension og fleksjob. Målgruppen for rehabiliteringsteams er borgere, der skal have et ressourceforløb, jobafklaringsforløb, fleksjob eller førtidspension samt sygedagpengemodtagere i visitationskategori 3.

Målgruppen for et ressourceforløb er borgere med komplekse problemer, hvor kommunen vurderer, at der er behov for en længerevarende og tværfaglig indsats, før job eller uddannelse er et realistisk mål. Vurdering af hvilke indsatser, der skal iværksættes i et ressourceforløb, sker ud fra en konkret individuel vurdering, hvor alle relevante indsatser, der kan bidrage til at borgeren når et konkret mål i forhold til arbejde eller uddannelse, kan indgå. Der skal i forhold til et ressourceforløb altid tages stilling til om borgeren skal have en mentor tilknyttet.

Målgruppen for jobafklaringsforløb er sygemeldte, der fortsat er uarbejdsdygtige på grund af sygdom, men som ikke kan få forlænget deres sygedagpenge. I jobafklaringsforløbet får borgeren en individuelt tilpasset, tværfaglig og helhedsorienteret indsats med henblik på at bringe borgeren tilbage i beskæftigelse.

Formålet med rehabiliteringsteams er, at sikre borgeren en tværfaglig koordinering og en helhedsorienteret indsats på tværs af forvaltninger og myndigheder med fokus på beskæftigelse og uddannelse. Det skal give den enkelte borger de bedste betingelser for at få fodfæste på arbejdsmarkedet. Rehabiliteringsteamet skal dermed vurdere borgerens muligheder for at opnå beskæftigelse eller komme i uddannelse.

Rehabiliteringsteamet skal således give indstilling til kommunen om, hvorvidt borgeren skal have ressourceforløb, fleksjob, anden beskæftigelsesrettet indsats eller førtidspension. I sager om jobafklaringsforløb skal teamet afgive indstilling om, hvorvidt borgeren skal have endnu et jobafklaringsforløb. Herudover skal rehabiliteringsteamet i sager om ressourceforløb, jobafklaringsforløb og i komplekse sygedagpengesager (kategori 3-sager) afgive indstilling til kommunen om, hvilke indsatser fra de forskellige forvaltninger, der er nødvendige for at bidrage til, at den enkelte borger opnår fodfæste på arbejdsmarkedet, og hvordan disse indsatser koordineres, så de gensidigt understøtter hinanden.

Opstilling af borgerens mål

For borgere, som modtager en beskæftigelsesrettet indsats, skal der udarbejdes en jobplan, hvori indsatser og borgerens beskæftigelsesrettede mål med indsatserne opstilles. For borgere, som modtager et ressourceforløb og jobafklaringsforløb samt for borgere, der som sygedagpengemodtagere er visiteret til kategori 3 og får en tværfaglig indsats, udarbejdes rehabiliteringsplanens indsatsdel. Indsatsdelen indeholder borgerens beskæftigelses- og uddannelsesmål og en plan for den tværfaglige indsats, der skal iværksættes i forløbet. For borgere der, som sygedagpengemodtagere er visiteret til kategori 2 og modtager en beskæftigelsesrettet indsats, indgår kommunen en aftale med den sygemeldte om beskæftigelsesmål og beskæftigelsesindsats.

Indsatser

Nedenstående tabel viser en oversigt over tilbudstyper i den beskæftigelsesfaglige indsats, som kan være relevante for unge og voksne med psykiske lidelser.

Tilbudstyper i den beskæftigelsesfaglige indsats
▪ Koordinerende sagsbehandler ▪ Rehabiliteringsteams ▪ Ressourceforløb ▪ Jobafklaringsforløb ▪ Sygedagpengeforløb ▪ Virksomhedsrettet indsats ▪ Mentor ▪ Personlig assistance ▪ Hjælpemidler ▪ Isbryderordningen ▪ Fortrinsadgang

I det følgende gennemgås tilbudstyper m.v. kort.

Koordinerende sagsbehandler

Udsatte unge og voksne på uddannelseshjælp/kontanthjælp samt borgere i ressourceforløb har ifølge § 18a og § 68c i lov om aktiv beskæftigelsesindsats ret til en koordinerende sagsbehandler. Formålet er at undgå, at udsatte borgere med komplekse problemer oplever at løbe spidsrod mellem de offentlige systemer eller oplever, at indsatsen ikke hænger sammen. Den koordinerende sagsbehandler skal sikre, at indsatsen er tværfaglig og koordineret på tværs af de kommunale forvaltninger og andre myndigheder. For borgere i ressourceforløb skal den koordinerende sagsbehandler sammen med borgeren udarbejde rehabiliteringsplanens indsatsdel samt varetage den løbende opfølgning og koordinering af fx ressourceforløb, herunder bistå borgeren med at gennemføre ressourceforløbet. Sygemeldte i jobafklaringsforløb og sygedagpengemodtagere i visitationskategori 3, der skal have tilbud om en tværfaglig indsats skal, ifølge § 68 i lov om en aktiv beskæftigelsesindsats og § 13 d, stk. 5 i lov om sygedagpenge, ligeledes have tilknyttet en koordinerende sagsbehandler, der står for opfølgning og sikrer koordinering af borgerens sag.

Rehabiliteringsteam

I alle kommuner er der etableret rehabiliteringsteams med repræsentanter fra beskæftigelses-, sundheds-, social- og undervisningsområdet samt en sundhedskoordinator fra regionens kliniske funktion jf. § 9 i lov om organisering og understøttelse af beskæftigelsesindsatsen m.v. Målgruppen for rehabiliteringsteams er borgere, der skal have et ressourceforløb, fleksjob eller førtidspension samt jobafklaringsforløb og komplekse sygedagpengesager (kat.3). Formålet med rehabiliteringsteams er at sikre borgeren en tværfaglig koordinering og en helhedsorienteret indsats på tværs af forvaltninger og myndigheder med fokus på beskæftigelse og uddannelse. Det skal give den enkelte borger de bedste betingelser for at få fodfæste på arbejdsmarkedet.

Ressourceforløb

Ressourceforløb er målrettet mennesker med komplekse problemer ud over ledighed, fx psykiske lidelser, som i fravær af en indsats er i risiko for at havne på førtidspension. I ressourceforløb kan borgere over en periode på 1 til 5 år udvikle deres arbejdsevne jf. § 68 a, stk. 4, i lov om en aktiv beskæftigelsesindsats. Indsatsen kan bestå af tilbud efter beskæftigelseslovgivningen samt indsatser efter anden lovgivning, herunder social- eller sundhedslovgivningen. Indsatsen i ressourceforløbet tilrettelægges på baggrund af rehabiliteringsteamets indstilling og er styret af rehabiliteringsplanens indsatsdel, der udarbejdes i samarbejde mellem den koordinerende sagsbehandler og den enkelte borger, så indsats og tilbud afspejler de konkrete udfordringer og arbejder med et beskæftigelsesfremmende sigte.

Jobafklaringsforløb

Jobafklaringsforløb er målrettet sygedagpengemodtagere, der ikke kan få forlænget sygedagpengene, og som fortsat er uarbejdsdygtige på grund af sygdom. I jobafklaringsforløb kan borgere over en periode på op til 2 år få en tværfaglig indsats rettet mod at bringe borgeren tilbage til arbejdsmarkedet eller i uddannelse jf. § 68 i lov om en aktiv beskæftigelsesindsats. Indsatsen i jobafklaringsforløbet tager udgangspunkt i ressourceforløbet. Rehabiliteringsteamet afgiver indstilling om, hvilken tværfaglig indsats borgeren skal have.

Sygedagpengeforløb

Sygedagpengemodtagere får en beskæftigelsesrettet indsats, som er tilpasset den enkeltes forudsætninger, behov og helbredstilstand. Sygemeldte med komplekse problemer (visitationskategori 3), jf. § 13 i lov om sygedagpenge, får en tværfaglig indsats efter indstilling fra rehabiliteringsteamet.

Virksomhedsrettet indsats

I Beskæftigelsesloven er der mulighed for virksomhedsrettet indsats. En virksomhedsrettet indsats gives med henblik på at bringe borgere tæt på det virkelige arbejdsliv, hvor de bliver en del af dagligdagen på en arbejdsplads og fx opnår praktisk erfaring eller opkvalificering og har mulighed for at skabe et netværk og kendskab til virksomhedskulturen.

Den virksomhedsrettede indsats er gennemsnitligt den mest effektfulde indsats for personer i kanten af arbejdsmarkedet.

Den virksomhedsrettede indsats kan først og fremmest bestå af de aktive tilbud som virksomhedspraktik jf. kapitel 11 i lov om en aktiv beskæftigelsesindsats, og løntilskud, jf. kapitel 12 i samme lov, hvor borgeren i kortere eller længere tid får praktisk erfaring med et arbejdsområde på en virksomhed.

Nytteindsats (nyttejob) er et nyt virksomhedsrettet tilbud, der består i at udføre samfundsnyttige opgaver hos offentlige arbejdsgivere jf. kapitel 11 i lov om en aktiv beskæftigelsesindsats. Nyttejob er en del af tilbud om virksomhedspraktik, men formålet er, at personen skal arbejde for sin ydelse.

Andre muligheder er ansættelse i jobrotation, ansættelse med voksenlærlingetilskud, tilskud til opkvalificering i forbindelse med ordinær ansættelse jf. § 97-99, i lov om en aktiv beskæftigelsesindsats eller virksomhedsrevalidering jf. kapitel 11 og 12 i samme lov. Desuden er der mulighed for fleksjob samt delvis raskmelding i forbindelse med sygdom, hvor formålet er at bevare en tilknytning til arbejdsmarkedet.

Mentor

Formålet med mentorordningen er at hjælpe borgere på arbejdsmarkedet og unge i gang med en uddannelse. Det vil sige, at målet altid er enten job eller uddannelse, også selv om det for nogle borgere først vil være et realistisk mål på længere sigt.

Borgere på uddannelses- og kontanthjælp, der er visiteret aktivitetsparate, har ifølge § 93 og 96c, i lov om en aktiv beskæftigelsesindsats, ret til en mentor i perioder, hvor de på grund af personlige forhold ikke kan deltage i ret og pligt-tilbud om vejledning og opkvalificering, virksomhedspraktik og nytteindsats eller ansættelse med løntilskud. Mentorstøtten skal finde sted mindst én gang ugentligt og kan først ophøre, når personen er i et aktivt tilbud. Mentoren skal kunne hjælpe den enkelte med at få struktur på hverdagen og med at håndtere problemer m.v., således at personen bliver bedre i stand til at deltage i aktiviteter og senere komme i arbejde.

En borger, som har været indlagt på grund af psykiske lidelser, har ret til en mentor, der fungerer som udskrivningskoordinator i forbindelse med udskrivelsen, jf. § 31 b, stk. 2, i lov om en aktiv beskæftigelsesindsats. Mentoren skal i forbindelse med udskrivning fra psykiatrisk indlæggelse hjælpe borgeren med at koordinere og genetablere et normalt hverdagsliv med bolig, familie, økonomi, netværk og arbejde. Mentoren skal således hjælpe borgeren med at finde en stabil bolig og stabilt forsørgelsesgrundlag samt at deltage i meningsfulde aktiviteter i hverdagen og understøtte borgerens vej mod uddannelse eller arbejde.

Personlig assistance¹⁵

Personlig assistance i arbejdsmæssig sammenhæng er et af de redskaber, der skal sikre, at erhvervsaktive personer med funktionsnedsættelse får samme muligheder for erhvervsudøvelse som andre. Ordningen indebærer, at der kan kompenseres via praktisk bistand eller særlig personlig støtte, når fysisk eller psykisk/kognitiv funktionsnedsættelse medfører barrierer for opgavevaretagelsen i jobbet eller i et tilbud efter lov om en aktiv beskæftigelsesindsats. Personer med en psykisk funktionsnedsættelse eller kognitive vanskeligheder kan efter § 4 i lov om compensation til handicappede i erhverv (LBK nr. 727 af 07/07/ 2009) få bevilget særlig støtte i form af en personlig assistent, der fx kan hjælpe med at skabe overblik i arbejdsdagen m.v.

Personlig assistance som særlig personlig støtte på grund af psykisk/kognitiv funktionsnedsættelse skal kompensere for de begrænsninger, der er en konsekvens af personens psykiske funktionsnedsættelse og skal gøre personen i stand til at udføre sine arbejdsopgaver. Assistanzen må ikke have karakter af vikardækning eller almindelig medhjælp.

Personlig assistance kan kombineres med de øvrige kompenserende ordninger.

Personlig assistance under efter- og videreuddannelse, som bevilliges efter § 14 i lov om compensation til handicappede i erhverv, skal sikre, at erhvervsaktive personer med (fysisk eller) psykisk/kognitiv funktionsnedsættelse får de samme uddannelsesmæssige muligheder som andre. Ordningen gælder, uanset om personen i forvejen får tilskud til personlig assistance under udførelsen af sit daglige job. De forskellige ordninger er selvstændige og kan sagtens kombineres. Der kan bevilges personlig assistance i forbindelse med såvel undervisning som forberedelse.

Hjælpe midler

I arbejdsmæssig sammenhæng eller i forbindelse med deltagelse i tilbud efter lov om en aktiv beskæftigelsesindsats kan jobcentret bevilge hjælpemidler i form af arbejdsredskaber og mindre arbejdspladsindretning eller undervisningsmaterialer jf. kap. 14 i lov om en aktiv beskæftigelsesindsats.

Betingelsen er, at arbejdsredskabet ikke er sædvanligt forekommende på virksomheden eller uddannelsesstedet. Det er også en forudsætning for bevilling, at arbejdspladsindretningen eller arbejdsredskaberne er af afgørende betydning for, at personen kan fastholde ordinær beskæftigelse eller selvstændig virksomhed, kan fastholde/opnå ansættelse uden løntilskud, kan deltage i tilbuddet, eller at det ansøgte kompenserer for personens eventuelle begrænsning i arbejdslevnen.

¹⁵ Læs mere om mulighederne for at kompensere for psykisk/kognitiv funktionsnedsættelse: <http://ipaper.ipapercms.dk/Specialfunktionen-JobHandicap/Funktionsnedsættelse/> og <http://ipaper.ipapercms.dk/SpecialfunktionenJobHandicap/Guide/>

Hjælpe midler kan bevilges til lønmodtagere, fleksjobansatte, førtidspensionister i løntilskudsjob, ledige der er ansat i job med løntilskud, eller som deltager i tilbud om vejledning og opkvalificering eller i virksomhedspraktik. Selvstændige erhvervsdrivende kan også få bevilget hjælpemidler.

Der udvikles løbende nye arbejdsredskaber/hjælpe midler, specielt med henblik på at kompensere for kognitive begrænsninger¹⁶.

Isbryderordningen – løntilskud ved ansættelse af nyuddannede personer med et handicap

Isbryderordningen jf. § 15 i lov om compensation til handicappede i erhverv har til formål, at nyuddannede med en fysisk, psykisk eller kognitiv funktionsnedsættelse opnår erhvervs erfaring inden for det fagområde, deres uddannelse har kvalificeret dem til, samt at nyuddannede indsluses i job.

Ordningen indebærer, at arbejdsgiveren kan få tilskud til den nye medarbejders løn i en periode på op til et år. Ansættelsesperioden tæller som ledighed, men medarbejderen får udbetalt overenskomstmæssig løn i såvel offentlig som privat ansættelse.

Det er en betingelse for ansættelse under isbryderordningen, at

- man har gennemført uddannelse af mindst 18 måneders varighed
- uddannelsen giver ret til optagelse i en A-kasse (intet krav om medlemskab)
- uddannelsen er afsluttet for under 2 år siden.

Fortrinsadgang

Fortrinsadgang er beskrevet i § 3 i lov om compensation til handicappede i erhverv og giver jobsøgende, der på grund af en fysisk, psykisk eller kognitiv funktionsnedsættelse har vanskeligt ved at opnå ansættelse, ret til jobsamtale ved ledige offentlige jobs. Det er en betingelse for retten til jobsamtale, at personen er kvalificeret til jobbet og enten selv eller via henvendelse til sit jobcenter har gjort ansættelsesmyndigheden opmærksom på, at stillingen søges i henhold til fortrinsadgangsbestemmelserne.

Ordningen understøttes yderligere via en forhandlingspligt for jobcentret i tilfælde af afslag.

Opfølgning

Som et led i den beskæftigelsesfaglige indsats skal der sikres en systematisk opfølgning på de målsætninger, der er sat for den eller de indsatser, som borgeren modtager med henblik på en vurdering af, om det er de rigtige foranstaltninger, der er sat i værk. Her er den koordinerende sagsbehandler helt central, da denne i henhold til rehabiliteringsplanens indsatsdel og den enkelte borger skal vurdere, hvorvidt der er korrekt progression.

Med reformen af sygedagpengesystemet indføres en ny opfølgningsmodel med indbygget mulighed for at bruge en fast track-ordning, jf. § 7 c og e i lov om sygedagpenge, der betyder, at virksomheder eller borgere, der ønsker, at kommunen iværksætter en ekstraordinær tidlig indsats, får mulighed for at anmode kommunen om dette indenfor de første 5 ugers sygefravær i sager med et forventet fravær på over 8 uger. Hvis det er en virksomhed, der sender fast track anmodningen til kommunen, skal medarbejderen have mulighed for at sige nej til den ekstraordinære tidlige indsats. Kommunen indkalder den sygemeldte til den første opfølgningssamtale, der som udgangspunkt skal afholdes senest 2 uger efter, at virksomheden eller borgeren har anmodet om fast track.

¹⁶ Læs mere om "kognitive hjælpemidler" som specielle kalendere, ure, talende vejledninger – forskellige "apps" m.v.: http://www.sjukra.is/media/notendaleidbeiningar/kognitive_hjaelpemidler.pdf

4. Uddannelsesrettede indsatser

På børne- og undervisningsområdet er udgangspunktet, at alle børn og unge skal tilbydes den nødvendige støtte for at kunne trives, udvikles og lære samt gennemføre en uddannelse. Børn og unge med psykiske lidelser og problemstillinger er en del af målgruppen for den støtte, der skal gives.

Mennesker, der har en funktionsnedsættelse, herunder en psykisk lidelse skal desuden have adgang til at tage en ungdomsuddannelse eller en videregående uddannelse på lige fod med andre. Der findes på området for ungdomsuddannelser og videregående uddannelser en række konkrete støtteordninger og regler, der giver mulighed for tilpasning og kompensation i forhold til funktionsnedsættelser og dermed kan støtte mennesker med psykiske lidelser i at gennemføre en uddannelse.

De lovgivningsmæssige rammer for støtten omfatter folkeskoleloven, lov om institutioner for erhvervsrettet uddannelse, lov om institutioner for almen gymnasial uddannelse og almen voksenuddannelse m.v., love om de enkelte videregående uddannelser, lov om specialpædagogisk støtte ved videregående uddannelser og lov om statens uddannelsesstøtte.

Vurdering af borgerens ressourcer og behov for indsatser – børn og unge

Kommunalbestyrelsen kan efter samråd med forældre indstille børn under skolealderen til en pædagogisk-psykologisk udredning ved Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR). PPR kan efter behov trække på fornøden bistand fra andre sagkyndige, eksempelvis fra andre kommuner og i de mest specialiserede og komplicerede tilfælde fra VISO og de lands- og landsdelsdækkende rådgivningsinstitutioner (Bek. nr. 999 af 15/09/2014 om folkeskoles specialpædagogiske bistand til børn, der endnu ikke har påbegyndt skolegangen § 3).

I forhold til børn i folkeskolealderen er det skolelederen i samråd med forældrene, der træffer afgørelse om, hvorvidt der er behov for en pædagogisk psykologisk vurdering fra PPR for at kunne tilrettelægge et fyldestgørende undervisningstilbud til en elev med særlige behov. Forældrene har også mulighed for at anmode skolelederen om at henvise eleven til en pædagogisk psykologisk vurdering (BEK nr. 693 af 20/06/2014 om folkeskolens specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand § 2).

Hvis der er behov for en diagnosticering af barnets psykiske vanskeligheder, må PPR henvise til den regionale behandlingspsykiatri.

Vurdering af borgerens ressourcer og behov for indsatser – voksne

På de videregående uddannelser kan der efter ansøgning bevilges specialpædagogisk støtte (LBK nr. 748 af 16/05/2015 om specialpædagogisk støtte ved videregående uddannelser § 2). I den forbindelse skal der ved ansøgningen vedlægges dokumentation for den psykiske lidelse i form af en lægelig erklæring om, at borgeren har en psykiatrisk diagnose. Specialpædagogisk støtte kan i nogle tilfælde bevilges i form af en udredning af det konkrete støttebehov.

Opstilling af borgerens mål

I folkeskolen udarbejdes der elevplaner for alle elever. Elevplanerne indeholder individuelle mål og status for elevernes læring samt en beskrivelse af de indsatser, der eventuelt iværksættes for at støtte eleven bedst muligt.

På det videregående uddannelsesområde udarbejdes der som udgangspunkt ikke individuelle planer med opstillede mål for borgerens forløb.

Indsatser – børn og unge

Det gælder generelt, at lovgivningen giver frie rammer for, hvordan den uddannelsesrettede støtte til børn og unge med psykiske lidelser kan tilrettelægges og gives, medmindre der er tale om en økonomisk støtte. Det betyder, at de enkelte kommuner og institutioner kan anvende og anvender en lang række metoder, undervisningsformer, organiseringsformer og ressourcepersoner for at understøtte børn og unge med psykiske lidelser og problemstillinger.

Nedenstående tabel viser en oversigt over typer af uddannelsesrettede indsatser, som kan være relevante for børn og unge med psykiske lidelser.

Typer af uddannelsesrettede indsatser for børn og unge	
Dag-, fritids- og klubtilbud	▪ Støtte i form af støttepædagoger, særlige ressourcepersoner, særligt efteruddannet personale i institutionen eller kommunalt korps
Folkeskolen og specialundervisning	▪ Styrket almenundervisning (inklusion) ▪ Pædagogisk psykologisk rådgivning
Frie grundskoler	▪ Specialundervisning evt. med specialpædagogisk støtte til institutionen ▪ Pædagogisk psykologisk rådgivning
Frie kostskoler	▪ Specialundervisning evt. med specialpædagogisk støtte til institutionen ▪ Pædagogisk psykologisk rådgivning
Ungdomsuddannelserne	▪ Særligt gymnasie-/HF-forløb for unge med Aspergers syndrom ▪ Specialpædagogisk støtte ▪ Vejledning og mentorstørre ▪ Ungdommens Uddannelsesvejledning (UU) ▪ Særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse for unge med særlige behov (STU)

I det følgende gennemgås kort de forskellige typer af uddannelsesrettede indsatser for børn og unge.

Specialpædagogisk bistand til småbørn

Til børn, der endnu ikke har påbegyndt skolegangen, tilbydes der specialpædagogisk bistand, hvis børnenes udvikling kræver en særlig hensyntagen eller støtte. Den specialpædagogiske bistand omfatter specialpædagogisk rådgivning til forældre og andre, der udøver daglig omsorg for barnet, særlige hjælpemidler samt træning af barnet. Formålet med den specialpædagogiske bistand er så tidligt som muligt at fremme udviklingen hos børn med særlige behov, således at de på lige fod med andre børn kan påbegynde skolegangen (BEK nr. 999 af 15/09/2014 om folkeskolens specialpædagogiske bistand til børn, der endnu ikke har påbegyndt skolegangen).

Inklusion i folkeskolen

De faglige indsatser i folkeskolen omfatter organiseringsformer og undervisningsformer og -metoder som led i almenundervisningen. Børn med omfattende støttebehov kan tilbydes specialundervisning. For at understøtte elevers udvikling og læring i almenundervisningen anvendes bl.a. undervisningsdifferentiering og undervisning på mindre hold. Der kan også anvendes tolærerordninger og undervisningsassistenter, som både kan hjælpe den enkelte elev og klassen som helhed. Tid til den understøttende undervisning kan fx anvendes til at træne sociale færdigheder og kompetencer.

Ifølge folkeskolelovens §3a og §19 skal børn, der har støttebehov, der ikke alene kan understøttes ved brug af undervisningsdifferentiering og holddannelse, tilbydes supplerende undervisning eller anden faglig støtte. Der kan endvidere gives personlig assistance, der kan hjælpe barnet med at overvinde praktiske vanskeligheder i forbindelse med skolegangen. Nødvendige undervisningsmidler, og herunder tekniske hjælpemidler, skal stilles vederlagsfrit til rådighed for eleverne.

Det er skolelederen på den enkelte skole, der har ansvar for, at der kan tilrettelægges et relevant undervisningstilbud i den almindelige klasse fx ved at inddrage relevante ressourcepersoner som AKT-vejledere (adfærd, kontakt og trivsel), inklusionsvejledere og lærere og pædagoger med specialpædagogiske kompetencer i forhold til børn med psykiske lidelser og problemstillinger.

Specialundervisning

Elever, hvis udvikling kræver en særlig hensyntagen eller støtte, gives specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand (folkeskoleloven § 3, stk. 2).

Specialundervisning omfatter specialundervisning i specialskoler og specialklasser samt undervisning i den almindelige undervisning, hvor eleven modtager støtte i mindst 9 ugentlige timer (Folkeskolen § 3, stk.2). Specialundervisning er endvidere undervisning på interne skoler i dagbehandlingstilbud og på anbringelsessteder, hvor børn og unge kan være anbragt af sociale årsager, herunder som følge af en psykisk lidelse (BEK nr. 702 af 23/06/2014 om specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand efter folkeskoleloven i dagbehandlingstilbud og anbringelsessteder).

Sygeundervisning

Elever, der gennem længere tid af hensyn til deres sundhed eller velfærd ikke kan undervises i skolen, skal undervises i deres hjem eller på den institution, hvor de opholder sig. Omfanget af sygeundervisningen skal til enhver tid afpasses efter den enkelte elevs alder, helbredstilstand og øvrige forudsætninger. Opholder eleven sig i hjemmet påhviler det skolens leder efter samråd med forældrene at sørge for, at den nødvendige sygeundervisning iværksættes.

Kommunalbestyrelsen skal sørge for, at der indrettes sygeundervisning på de i kommunen beliggende sygehuse, hospitaler og andre institutioner, der modtager børn i alderen 6-18 år. Institutionen skal stille egnede lokaler til rådighed. Sygeundervisningen skal gives til alle børn, der er indlagt på sygehuset m.v. Hvis barnet har bopæl i en anden kommune end beliggenhedskommunen, kan kommunalbestyrelsen kræve refusion for de afholdte udgifter (BEK nr. 694 af 20/06/2014 om sygeundervisning af elever i folkeskolen og frie grundskoler).

Pædagogisk psykologisk rådgivning

Folkeskoleloven indeholder få bestemmelser om pædagogisk psykologisk rådgivning (PPR). Den fastlægger, at henvisning til specialundervisning skal ske efter pædagogisk psykologisk rådgivning. De øvrige bestemmelser vedrører inddragelse af PPR i forbindelse med specifikke situationer som fx fritagelse for fag.

Herudover fremgår det af folkeskoleloven, at kommunalbestyrelsen bestemmer, hvilke arbejdsopgaver der ud over de lovbestemte arbejdsopgaver skal varetages af PPR. I en række kommuner samarbejder PPR blandt andet med de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger om henvisning af børn og unge til udredninger i børne- og ungdomspsykiatrien og varetager behandlings- og terapiforløb.

Støtte på frie grundskoler, efterskoler, husholdningsskoler og håndarbejdsskoler

De frie grundskoler, efterskoler, husholdningsskoler og håndarbejdsskoler skal tilbyde supplerende undervisning eller anden faglig støtte til elever, der har brug for støtte med henblik på inklusion i den almindelige undervisning.

De frie grundskoler, efterskoler, husholdningsskoler og håndarbejdsskoler skal give specialundervisning eller anden specialpædagogisk bistand til de elever, hvis undervisning i den almindelige klasse kun kan gennemføres med støtte i mindst 9 undervisningstimer ugentligt. De frie grundskoler skal yde personlig assistance, der kan hjælpe en elev til at overvinde praktiske vanskeligheder i forbindelse med skolegangen, hvis der er behov herfor.

De frie grundskoler kan søge rådgivning om specialundervisning hos den kommune, skolen ligger i. For elever på efterskole skal elevens tidligere skolekommune yde vederlagsfri pædagogisk psykologisk rådgivning. Kommunen skal give skolen pædagogisk psykologisk rådgivning. Skolen kan for eksempel få bistand til pædagogisk psykologiske udredninger af elever med vanskeligheder og vejledning i undervisning af elever med særlige behov. Elever på en fri grundskole skal modtage samme støtte som kommunens øvrige elever. Alle frie grundskoleelever har ret til rådgivning fra den kommune, skolen ligger i, også selvom de bor i en anden kommune (LBK nr. 785 af 15/06/2015 om efterskoler og frie fagskoler og LBK nr. 786 af 15/06/2015 om friskoler og private grundskoler m.v.).

Støtte og rådgivning på ungdomsuddannelser

Specialpædagogisk støtte er støtteforanstaltninger, der iværksættes for at sikre, at elever med særlige behov bliver i stand til at gennemføre uddannelse og dermed opnå den uddannelseskompetence og evt. videreuddannelseskompetence, som uddannelsen tager sigte på, uanset elevens handicap.

De mest anvendte støtteformer til elever med psykisk funktionsnedsættelse er faglig støttelærer og/eller mentor. Formålet er at støtte eleven med psykisk funktionsnedsættelse i at fastholde sin identitet som studerende ved at støtte og udvikle strategier til fx at planlægge og strukturere studiehverdagen og at skabe sammenhæng i pensum, studie- og eksamenskrav.

Erhvervsskolerne skal stille kontaktlærere og mentorer til rådighed for de elever, der har behov for støtte og vejledning for at kunne gennemføre et påbegyndt uddannelsesforløb. Skolen fastsætter rammer for kontaktlærernes og mentorenes virksomhed.

På mange gymnasier er der praksis for at tilbyde psykologbistand eller formidle psykologisk rådgivning for elever med behov for det.

Folketinget vedtog i december 2013, at seks gymnasier og hf-kurser fra skoleåret 2014/15 kan få tilskud til at oprette særlige stx- og hf-klasser for elever med Aspergers syndrom. De valgte skoler får tilskud fra Ministeriet for Børn, Undervisning og Ligestilling, der betyder, at skolerne kan oprette klasser med kun 12 elever og på den måde skabe ro og overskuelighed for eleverne med Aspergers syndrom. Sideløbende skal eleverne støttes til, at de gradvist kan inkluderes på almindelige hold i nogle af fagene (LBK nr. 777 af 10/06/2015 om institutioner for almen gymnasiale uddannelser og almen voksenuddannelse § 33b).

Institutionerne på området kan få særlige tilskud til elever og kursister, der skal have tilbud om specialpædagogisk bistand (SPS støtte) (BEK nr. 1377 af 09/12/2013 om særlige tilskud til specialpædagogisk bistand ved ungdomsuddannelser m.v.).

Ungdomsuddannelser for unge med særlige behov

Ungdomsuddannelse for unge med særlige behov (STU) er et tilbud om en særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse for unge, der ikke kan gennemføre en ordinær ungdomsuddannelse. Formålet med uddannelsen er, at den unge opnår personlige, sociale og faglige kompetencer til en så selvstændig og aktiv deltagelse i voksenlivet som muligt og eventuelt til videre uddannelse og beskæftigelse (LBK nr. 783 af 15/06/2015 om ungdomsuddannelse for unge med særlige behov).

Ungdommens Uddannelsesvejledning

Ungdommens Uddannelsesvejledning har til opgave at give vejledning om valg af ungdomsuddannelse og erhverv til alle unge i folkeskolen 7. – 9. klasse og til elever, der følger 10. klasse samt til alle unge i kommunen under 25 år, der ikke er i gang med eller har fuldført en ungdomsuddannelse eller en videregående uddannelse. Ungdommens Uddannelsesvejledning kan desuden yde vejledning til andre under 30 år i samarbejde med jobcentre.

Elever i 8. klasse uddannelsesparathedsvurderes, og elever, der vurderes ikke uddannelsesparate til ungdomsuddannelse, gives en særlig skolemæssig og vejledningsmæssig indsats med henblik på, at de kan blive uddannelsesparate ved afslutningen af grundskolen efter 9. eller 10. klasse.

Indsatser - voksne

Udover de generelle regler for ansøgere og studerende fastlægger enkelte regler, at voksne personer med funktionsnedsættelse, eksempelvis som følge af en psykisk lidelse, har mulighed for en række specifikke støttemuligheder.

Nedenstående tabel viser en oversigt over typer af uddannelsesrettede indsatser, som kan være relevante for voksne med psykiske lidelser.

Typer af uddannelsesrettede indsatser for voksne
Videregående uddannelser
■ Særlige prøve- og optagelsesvilkår ■ Specialpædagogisk støtte ■ Handicaptillæg ■ Studenterrådgivning

I det følgende gennemgås kort de forskellige typer af uddannelsesrettede indsatser for voksne.

Særlige prøve- og optagelsesvilkår

For mennesker med psykiske lidelser kan der være mulighed for optagelse på en videregående uddannelse på andet grundlag. Hvis en ansøger – eksempelvis på grund af handicap eller af anden årsag – ikke opfylder adgangskravene på ansøgningstidspunktet, giver optagelsesreglerne mulighed for, at ansøgeren alligevel kan komme i betragtning (Jf. § 7 i BEK 248 af 13/03/2015 om adgang til erhvervsakademiuddannelser og professionsbacheloruddannelser, § 7 i Bacheloradgangsbekendtgørelsen, BEK 257 af 18/03/2015, samt § 5 i Kandidatadgangsbekendtgørelsen, jf. BEK 258 af 18/03/2015).

Den uddannelsessøgende kan kontakte et studievejledningscenter eller den konkrete uddannelsesinstitution om muligheden for fleksibilitet i optagelsen. Der er desuden mulighed for at søge ind på Tom Plads ordningen, for at efter- eller videreuddanne sig.

I eksamensbekendtgørelsen fastlægges det, at et universitet kan tilbyde særlige prøvevilkår til studerende med funktionsnedsættelser, når universitetet vurderer, at det er nødvendigt for at ligestille disse studerende med andre i prøvesituationen. Afgørelser om særlige prøvevilkår træffes af uddannelsesinstitutionerne (BEK nr. 670 af 19/06/2014 om eksamen og censur ved universitetsuddannelser med senere ændringer).

Tilsvarende findes bestemmelse i bekendtgørelse om prøver i erhvervsrettede videregående uddannelser, så erhvervsakademiuddannelse eller professionsbacheloruddannelse tilbyder særlige prøvevilkår til studerende med fysiske eller psykiske funktionsnedsættelser (BEK nr. 1519 af 16/12/2013).

Universitetsstuderende, der ikke mener, at de kan deltage i fag svarende til 60 ECTS point, har mulighed for at søge om dispensation for kravet om at være tilmeldt fag og prøver svarende til fuldt studie, hvis den studerende kan dokumentere, at vedkommende ikke har mulighed for at studere på fuld tid i det pågældende studieår. Uddannelsesinstitutionen foretager herefter en konkret vurdering af den studerendes forhold og afgør, om den studerende kan få dispensation. Der er også mulighed for at søge orlov. Det kan dog påvirke retten til SU, hvis den studerende bliver forsinket i uddannelsen.

En studerende på en erhvervsakademiuddannelse eller professionsbacheloruddannelse kan anmode om, at institutionen dispenserer fra kravet om, at begyndelse på et uddannelseselement samtidig er tilmelding til de tilhørende prøver, hvis det er begrundet i usædvanlige forhold.

Vedrørende særlige prøve- og optagelsesvilkår skal den studerende henvende sig på uddannelsesstedet.

Specialpædagogisk støtte

Lov om specialpædagogisk støtte ved videregående uddannelser fastlægger forskellige støttemuligheder ved gennemførelse af en videregående uddannelse for at sikre, at studerende med handicap kan gennemføre uddannelsen på lige fod med andre. Det kan eksempelvis bestå af støttetimer, hvor der arbejdes med struktur og planlægning, eller støttepersontimer, hvor der arbejdes med at støtte den studerende i at indgå i studie-/uddannelsesmiljø og deltage i gruppearbejde/læsegrupper (LBKG 748 af 16/05/2015 om specialpædagogisk støtte ved videregående uddannelse (SPS-loven)).

Den studerende skal henvende sig til SPS-medarbejderen på uddannelsesstedet for vejledning og ansøgning om støtte.

Handicaptillæg

Studerende på videregående uddannelser kan ifølge SU-lovens § 7, stk. 3 samt SU-bekendtgørelsens § 33 søge om tillægsstipendium til SU – et såkaldt handicaptillæg – hvis de har en varig fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, som gør, at de er ude af stand til at påtage sig et studiejob. Den studerende skal opfylde de almene betingelser for at få SU og er omfattet af de samme regler som andre studerende, også for eksempel krav om studieaktivitet (LBKG 39 af 15/01/2014 om statens uddannelsesstøtte med senere ændringer og BEK 792 af 25/06/2014 om statens uddannelsesstøtte med senere ændringer).

Studenterrådgivning

Studerende på videregående uddannelse kan søge rådgivning og behandling via Studenterrådgivningen. Studenterrådgivningen er et tilbud til udsatte studerende, der undervejs i studierne oplever vanskeligheder. Studenterrådgivningens formål er at yde social, psykologisk og psykiatrisk rådgivning og behandling til studerende ved videregående uddannelser i forbindelse med deres uddannelsesmæssige situation.

Opfølgning

Opfølgning på elevens progression fra det eksisterende til det ønskede er en naturlig del af det pædagogiske indhold i folkeskolen. Formelt foretages der evaluering af alle elever i form af elevplaner, nationale test og folkeskolens prøver.

Opfølgning på progression på de videregående studier sker generelt i forbindelse med den enkelte studerendes studiefremdrift mv., udover hvad der kan ligge i individuelle aftaler eller i de støttetilbud, som den enkelte person med funktionsnedsættelse i øvrigt modtager.

Bilag 4: Metoder til inddragelse af borgere og pårørende

Regioner og kommuner kan vælge forskellige niveauer, når de planlægger tiltag til at styrke samarbejdet med borgere og pårørende. For det første kan der udarbejdes bruger- og pårørendepolitikker, hvilket er lovpligtigt for regionerne. For det andet kan der udvikles og implementeres praksisnære metoder til at sikre et godt samarbejde med borgere og pårørende. Formålet med dette bilag er at introducere eksempler på sådanne metoder.

Gennemgangen af metoderne er ikke udtømmende, men kan tjene som inspiration til at sikre inddragelse af borgere og pårørende i forløb for mennesker med psykiske lidelser. Dokumentationen for effekten af metoderne er forskellig, hvilket vil blive gennemgået under de enkelte metoder.

For yderligere inspiration til konkrete metoder til inddragelse af pårørende henvises til publikationen *"Koncept for systematisk inddragelse af pårørende"* udgivet i 2014 af Socialstyrelsen i samarbejde med Sundhedsstyrelsen (23).

Psykoedukation

Psykoedukation er strukturerede uddannelsesforløb rettet mod den enkelte borger eller til grupper af borgere og eventuelt pårørende. Formålet med indsatsen er at øge borgerens mulighed for at håndtere livet med en psykisk lidelse. Uddannelsen har fokus på sygdomshåndtering, forebyggelse, sundhedsfremme og afstigmatisering.

Uddannelsen kan være tilrettelagt til mennesker med en specifik psykisk lidelse eller generelt til mennesker med forskellige psykiske lidelser. Patientuddannelse forudsætter organisatoriske rammer, uddannede undervisere der anvender effektive og egnede pædagogiske metoder, kvalitetssikring af uddannelsesprogrammet samt løbende evaluering af uddannelsen (proces og resultater) (33).

For personer med skizofreni er der stærk evidens for, at psykoedukation har en række positive effekter. Blandt andet medvirker det til overensstemmelse mellem behandler og borger, øget social funktion, mindre psykosocial belastning, færre psykopatologiske symptomer og større tilfredshed med behandlingen (34,35). Sandsynligvis kan psykoedukation også have positiv betydning i forhold til andre psykiatriske diagnosegrupper, selvom systematisk forskning på området endnu ikke foreligger.

Shared decision making

Shared decision making (fælles beslutningstagning) er en model, der foreskriver, hvordan beslutninger om behandling træffes i et samarbejde mellem den fagprofessionelle og borgeren. Modellen tager udgangspunkt i ideen om, at de to parter, borgeren og den fagprofessionelle, bør betragte hinanden som eksperter, hvor borgeren er ekspert i eget liv og erfaringer. Sammen finder de frem til konsensus i forhold til behandlingen. For den socialpsykiatriske fagprofessionelle er opgaven at støtte op om, at borgeren med psykisk lidelse kan deltage i den fælles beslutningstagning i behandlingspsykiatrien.

Metoden har blandt andet i et svensk kvantitativt studie med kontrolgruppe vist sig effektiv i forhold til at øge borgere med skizofrenis niveau af social interaktion og tilfredshed med behandlingsforløbet (36). Effekterne af metoden er i øjeblikket ved at blive undersøgt i et større cochrane review.

Wellness Recovery Action Planning (WRAP)

WRAP er et undervisningsbaseret selvhjælpsprogram, hvor borgere med psykiske lidelser arbejder med at afdække ”personlige trivselsressourcer” og bruge dem aktivt i deres hverdagsliv. WRAP øger dermed borgerens mulighed for at deltage i beslutningsprocesser. Programmet omfatter udarbejdelsen af en ”personlig arbejdsbog”, som blandt andet skal indeholde en identificering af, hvad der for borgeren kan udløse en forværring af den psykiske lidelse og øvelser i forhold til at genkende tidlige advarselstegn og reagere på måder, der vil hjælpe borgeren til hurtig bedring. Den personlige arbejdsbog skal udvikles og udfyldes af den borger, der skal bruge den, eventuelt med støtte fra de professionelle. Programmet har bevist effekt i forhold til at reducere angst og depression samt øge borgerens selvoplevede recovery (37).

Feedback informed treatment (FIT)

FIT er et dialog- og evalueringsredskab, som sætter fokus på borgerens oplevelse af en indsats’ effekt. FIT kan anvendes uafhængigt af hvilken metode og tilgang, der anvendes i indsatsen, og FIT kaldes derfor for en metametode.

FIT arbejder med to skemaer: 1) et ORS-skema, der måler borgerens oplevelse af effekten af en indsats og 2) et SRS-skema, som måler borgerens oplevelse af samarbejdsrelationen til den professionelle. Evalueringsredskaberne er enkle at administrere og tager et par minutter at udfylde. De to skemaer er godkendt til evaluering af arbejdet med såvel børn og unge som voksne, og kan benyttes til evaluering af både den enkelte fagprofessionelles arbejde, samt af arbejdet i et team eller til evaluering af opholdet på en institution. FIT er en evidensbaseret metode, som i RCT studier har vist positiv effekt på blandt andet behandlingsresultat, antal indlæggelsesdage og drop-outs (38).

Åben Dialog

Åben dialog er en netværksbaseret, tværsektoriel tilgang baseret på syv principper for en hurtig og samtidig indsats. Åben dialog lægger vægt på samarbejde mellem borger, pårørende og fagpersoner og sammenhæng i indsatsen og anvendes både over for unge og voksne. Udgangspunktet for modellen er en overbevisning om, at problemer ikke er iboende det enkelte individ, men skabes – såvel som løses - i sin kontekst og gennem sproget. Et vigtigt princip i modellen er derfor, at forandringer skabes gennem en tillidsfuld dialog mellem borgeren, dennes sociale netværk og de fagprofessionelle omkring borgeren. I dialogen møder de fagprofessionelle borgeren og netværket uden at dømme borgerens problem eller at foreslå en fagligt defineret løsning. I stedet lægges der op til fælles nytænkning, som sikrer, at borger og netværk føler sig hørt i processen. Internationale undersøgelser peger på flere positive effekter ved metoden blandt andet i forhold til reduktion af psykotiske symptomer og tilbagevenden til arbejde og uddannelse (6). Effekten af Åben Dialog er i øjeblikket ved at blive undersøgt i dansk kontekst

Rådslagning

Rådslagning er et møde, hvor en borger, der befinder sig i en svær livssituation, sammen med familie og venner diskuterer og foreslår indsatser, der kan støtte borgeren. Metoden bruges både i forhold til børn, unge og deres familier samt voksne og deres netværk. På mødet deltager også en professionel samordner, som kender til spørgsmålene for rådslagningen men ellers ikke kender til sagen. Metoden blev introduceret i Danmark for 10 år siden og blev oprindeligt anvendt i indsatsen over for familier, men er senere blevet tilpasset og brugt til flere andre målgrupper. Formålet med rådslagningen er at give familien og netværket en stemme og aktivere dem som ressource. Netværket inddrages, fordi de kan få øje på nye muligheder, ud fra det kendskab, de har til borgeren. Målet er at udarbejde en personlig plan for borgeren på baggrund af vedkommendes ønsker. En evaluering af de danske familierådslagningsforsøg viser, at der hvor familierådslagningen har den største effekt, er i forhold til samspillet mellem familie og forvaltning, hvor familierådslagningen giver større ligeværdighed (39).

Medicinpædagogik

Medicinpædagogik integrerer viden fra behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien med det formål at hjælpe mennesker med psykiske lidelser til at mestre eget medicinforbrug, så det bliver et middel til at komme sig og ikke blot et mål i sig selv. De metoder, der bliver brugt, skal ruste den enkelte borger, så han eller hun får større medindflydelse på behandlingen og indgår i et mere ligeværdigt samarbejde med professionelle i behandlingspsykiatrien.

Metoden er for nyligt udviklet i Danmark, og effekten er lige nu ved at blive evalueret i flere danske kommuner.

Bilag 5: Organisering af forløb for mennesker med psykiske lidelser

Som nævnt under afsnittet om organisering i den generiske model, findes der flere forskellige grader af koordination og samarbejde, som udgør forskellige måder at organisere forløb for mennesker med psykiske lidelser. I dette bilag vil de forskellige typer af organisering blive nærmere introduceret. Herunder vil både lovpligtige samarbejdsstrukturer såvel som konkrete eksempler på metoder og redskaber til tværgående koordinering og samarbejde blive beskrevet. For hver metode, vil både målgruppen og metodens evidensgrundlag være beskrevet.

1. Informationsudveksling

For nogle borgergrupper kan det understøtte det tværfaglige samarbejde at lave aftaler om, hvilke fagpersoner der skal informeres, hvis man træffer beslutninger i en borgers sag. Det kan ligeledes være relevant at indgå aftaler om, hvilke sektorer eller fagområder, der skal informeres, hvis tilbud eller serviceniveauet ændres på et fagområde.

2. Faste samarbejdsmønstre

En aftale om faste samarbejdsmønstre kan være relevant for særligt den del af målgruppen, som har mindre komplekse forløb, og hvor der ikke er et stort overlap mellem de indsatser og tilbud, som borgeren modtager i forskellige enheder og sektorer.

Hvis det aftales at etablere faste samarbejdsmønstre, skal det i forløbsprogrammet beskrives, hvilke typer af samarbejdsrelationer, der er tale om, hvem der er involveret, og hvordan det sikres, at samarbejdsmønstrene prioriteres i det daglige arbejde blandt ledere og medarbejdere.

Faste samarbejdsmønstre kan bestå i, at der udpeges en fast kontaktperson i eksempelvis jobcentret, i socialforvaltningen og i behandlingspsykiatrien, som har en særlig viden om forløbsprogrammets målgruppe. De faste kontaktpersoner gør det let at inddrage andre relevante faglige vinkler og sikre en god koordination på tværs af sektorer og fagområder. Eksempelvis kan det aftales, at kommunale medarbejdere har faste kontaktpersoner i den regionale psykiatri, hvis specialviden på det psykiatriske område, de kan trække på, når de skal planlægge forløb for borgere med psykiske lidelser.

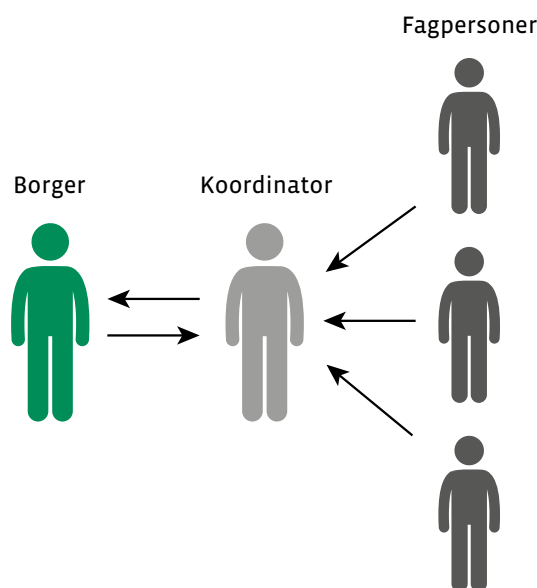
Det kan samtidig underbygge samarbejdet, hvis det i forløbsprogrammet tydeligt beskrives, hvem der har relevante kompetencer og viden på de enkelte fagområder i forhold til forløbsprogrammets målgruppe, som kan inddrages på ad hoc basis. Det bør desuden overvejes, om der skal beskrives kritiske faser i en borgers forløb, hvor relevante fagpersoner på andre fagområder, som minimum skal involveres i borgerens sag.

3. Koordinatorfunktion

En koordinatorfunktion udføres af én medarbejder, som har det primære ansvar for koordineringen af borgerens forløb. Koordinatorens hovedopgave er at skabe overblik og sammenhæng i den indsats, som borgeren modtager. Koordinatoren kan enten stå for koordineringen af delindsatser i borgerens forløb eller for koordineringen af det samlede forløb. En koordinator kaldes også nogle gange for en kontaktperson, en case manager eller en tovholder.

Figur 1:

Organisering hvor koordinatoren har den primære borgerkontakt



I nogle modeller står koordinatoren for den primære borgerkontakt, mens koordinatorfunktionen i andre modeller arbejder på et administrativt niveau.

Formålet med at have en koordinatorfunktion, som står for den primære borgerkontakt, er, at borgeren oplever færre indgange til systemet, en forbedret og fleksibel støtte samt kontinuitet i det samlede forløb. Koordinatoren kan eksempelvis være den, der hjælper borgeren med at lave aftaler med de øvrige involverede fagpersoner og hjælper borgeren med at huske/overholde dem. Alle deltagere i borgerens forløb kan principielt set fungere som koordinator, men det er afgørende, at det er en person, borgeren og de pårørende har tillid til, og som har kendskab til borgerens situation og netværk.

Formålet med at have en koordinatorfunktion på administrativt niveau er at lette arbejdet for frontmedarbejderne, som har kontakten med borgeren i forhold til at koordinere indsatsen. Koordinatoren kan eksempelvis være den, der står for at indkalde til tværfaglige møder, indhente og samle de forskellige planer for borgeren mv.



LOVPLIGTIG ORGANISERING: En koordinerende sagsbehandler

På beskæftigelsesområdet har udsatte unge og voksne på uddannelseshjælp/kontanthjælp samt borgere i ressourceforløb ifølge § 18 og 68 i lov om en aktiv beskæftigelsesindsats ret til en koordinerende sagsbehandler. Den koordinerende sagsbehandler har ansvar for tilrettelæggelsen og den løbende koordinering af en tværfaglig indsats i region og kommune, som skal bringe borgeren tættere på arbejdsmarkedet og tage udgangspunkt i borgerens individuelle udfordringer og behov. Det er derfor vigtigt i et forløbsprogram at tydeliggøre, hvordan den koordinerende sagsbehandler kan fungere som en vigtig aktør omkring de borgere i målgruppen, som har ret til en koordinerende sagsbehandler.

Målgruppen for koordinatorfunktionen er typisk borgere med komplekse problemer og langvarigt behov for mangeartede indsatser, som kan have brug for støtte til at gennemføre en indsats og til at navigere i indsatsen på tværs af sektorer og forvaltninger.

Som tabel 1 viser, er der potentielt mange koordinatore i en borgers forløb. Det tidligere nedsatte psykiatriudvalg anbefaler derfor, at der ved anvendelse af en koordinatorfunktion er fokus på erstatning og forenkling af de eksisterende ordninger, så der ikke er tale om, at koordinatoren bliver endnu en fagperson, som borgeren skal møde og forholde sig til (2).

Tabel 1:
Eksempler på forskellige koordinerende fagpersoner i en borgers forløb

Kontaktperson	Regi
Kontaktperson i opsøgende teams	Psykiatri (region)
Den behandlingsansvarlige	Sundhedsområdet
Sygehuslæge	Psykiatri (region)
Almen praktiserende læge	Praksissektor
Privatpraktiserende psykolog	Praksissektor
Privatpraktiserende psykiater	Praksissektor
Patientrådgiver	Region
Støtte- og kontaktperson (SKP)	Kommune
Bostøtte	Kommune
Personale på botilbud	Kommune
Sagsbehandler i de kommunale forvaltninger	Kommune
Mentorordninger på beskæftigelsesområdet	Kommune
Koordinerende sagsbehandler på beskæftigelsesområdet	Kommune
Sagsbehandlere i PPR	Kommune
UU-vejleder på uddannelsesområdet	Kommune
Sagsbehandlere i børne- og familieafdeling	Kommune
Støttelærer/personlig assistance	Kommune/skole

Hvis koordination og samarbejde tilrettelægges ved brug af en koordinatorfunktion, er der særligt to forhold, der bør beskrives i forløbsprogrammet:

1. Rammerne for koordinatorens arbejde, eksempelvis (15):

- Hvilke borgere skal have tildelt en koordinator, og hvordan opspores de?
- Hvilke opgaver skal koordinatoren udføre?
- Hvor skal koordinatorfunktionen forankres organisatorisk?
- Hvilke beføjelser og beslutningskompetencer tildeles koordinatoren inden for og på tværs af de involverede sektorer og enheder?
- Hvordan kan koordinatoren fungere som en erstatning for eller forenkling af allerede eksisterende koordinatorfunktioner i de forskellige sektorer og enheder?
- Hvordan sikres det, at koordinatoren får den nødvendige autoritet på tværs af sektorer og enheder?
- Hvordan finansieres udgifter forbundet med koordinatorens beslutninger (fx via en model, hvor pengene følger borgeren)?
- Hvordan afsluttes koordinatorforløbet?

2. Hvilke kompetencer skal koordinatoren have, eksempelvis (40):

- Faglige kompetencer (viden om målgruppen, faglige indsatser, behandling mv.)
- Organisationsforståelse (viden om, hvordan de involverede sektorer er opbygget, forskellige arbejdskulturer mv.)
- Ledelsesmæssige kompetencer (at være i stand til at skabe autoritet omkring koordinatorfunktionen og understøtte prioritering af det tværfaglige samarbejde mv.)

LOKALE ERFARINGER

En evaluering foretaget af KORA i 2014 af samarbejdet mellem kommuner og det regionale sygehusvæsen i Region Sjælland omkring patienter med psykotiske diagnoser peger på, at det er vigtigt, at det entydigt er aftalt, hvem der har koordinatorfunktionen i borgerens sag, og at dette med fordel kan aftales på et indledende samarbejds møde mellem borgeren, pårørende og de involverede fagpersoner. Det koordinerende ansvar kan dog godt flytte sig over tid i takt med, at borgerens behov ændrer sig. Det er ikke nødvendigvis det samme fagområde, der er vigtigst gennem hele borgerens forløb. Fx kan det være selve behandlingen af den psykiske lidelse og muligvis et kaos af sociale problemer, der er det mest centrale i starten, mens det længere henne i forløbet kan være tilbagevenden til jobmarkedet eller opstart af uddannelse, der er det mest centrale for borgeren (55).

Erfaringer med en koordinatorfunktion

Både i Danmark og i udlandet er der gjort erfaringer med anvendelsen af en koordinatorfunktion i forløb for mennesker med psykiske lidelser.

I den internationale forskningslitteratur på området peges på, at de funktioner, der traditionelt set ligger i koordinatorfunktionen, er:

- At skabe overblik og sammenhæng i den samlede indsats
- At afklare borgerens behov for indsatser
- At holde kontakt med borgeren og støtte borgeren i kontakten til øvrige indsatser og behandlingstilbud, som kan imødekomme borgerens behov
- At støtte borgeren i selv at handle og opnå kontrol over eget liv (6)

Koordinatorfunktionen (på engelsk: *case* eller *care manager*) forvaltes ofte forskelligt afhængig af lokale forhold og metoder, hvilket gør det svært internationalt set at sammenligne effekten af denne organiseringsform (6). Der er dog nogen evidens for virkningen af følgende metoder, hvor en koordinatorfunktion indgår som kerneelement i indsatsen: *intensiv case management*, *individual placement and support* og *shared care*. I tekstbokse nedenfor præsenteres metoderne enkeltvis.

I Danmark er der i 2009-2011 under 19M puljen afprøvet 11 projekter, hvor udvalgte medarbejdere havde en koordinerende funktion over for mennesker med psykiske lidelser (41). Generelt oplevede medarbejdere, ledere og samarbejdspartnere, at projekterne var med til styrke koordinering og helhedstækning på tværs af aktørerne på det sagsspecifikke niveau, mens udviklingen ikke på samme måde slog igennem i det brede samarbejde mellem afdelinger og sektorer på tværs i de enkelte kommuner og regioner. Effekterne af projekterne på borgerniveau blev ikke evalueret.

Under projekt "*integrerede forløb for sindslidende*", som blev udført fra 2011 til 2013, blev der i Region Midtjylland og Region Syddanmark afprøvet seks forsøg med det til fælles, at der var en medarbejderfunktion, der fungerede som borgerens primære kontakt til systemet. Af medarbejderne i projektet blev koordinatorfunktionen generelt evalueret som en god og nyttig funktion, når indsatser fra region og kommune skal integreres. Nogle medarbejdere oplevede dog den udfordring, at forløbskoordinatoren i nogle tilfælde kan komme til at sidde med et for stort ansvar i forhold til at koordinere og at opdatere alle involverede fagpersoner om borgerens forløb (42). Det er derfor vigtigt at opsætte realistiske funktionsbeskrivelser for forløbskoordinatore.

METODE: Individual Placement and Support (IPS)

Metode: IPS er en metode til at hjælpe borgere med psykiske lidelser ind på arbejdsmarkedet. Den enkelte borger får tilknyttet én IPS konsulent, som følger borgeren fra første kontakt, til borgeren er kommet i arbejde eller i uddannelse og ikke længere har brug for støtte. Konsulenten er tilknyttet jobcentret, men deltager også i behandlingskonferencer i det psykiatriske behandlingstilbud, hvor borgeren er tilknyttet. På denne måde sikres fuld indsigt og integration mellem den psykiatriske viden og de beskæftigelsesmæssige forpligtelser. Allerede på det første møde vil IPS-konsulenten spørge ind til borgerens jobkompetencer og jobmål for herefter straks at foretage en aktiv søgning i det lokale erhvervsliv for at finde et relevant job. Når jobbet er fundet og accepteret af borgeren, vil borgeren få aktiv støtte fra IPS-konsulenten til at starte i jobbet. Konsulenten vil også klæde arbejdsgiveren på til at støtte borgerens fastholdelse i job. IPS-konsulenten vil først afslutte sin støtte, når borgeren oplever at være i stand til at håndtere stillingens arbejdsopgaver uden støtte.

Effekt: Metoden har i RCT-studier i blandt andet USA og England vist positiv effekt i forhold til at få mennesker med psykiske lidelser i arbejde (60). I dansk kontekst er metoden under afprøvning.

Målgruppe: Borgere med psykiske lidelser, som står uden for arbejdsmarkedet, men er motiveret til at komme i gang med arbejde eller uddannelse.

METODE: Intensiv case management (ICM)

Metode: ICM er en metode, hvor den enkelte borger tildeles en sygeplejerske, en socialarbejder eller en anden kliniker som koordinator af sin sag. Koordinatoren har ansvar for at holde kontakt med borgeren, vurdere dennes behov og sikre at disse behov imødekommes. Herunder skal koordinatoren yde social og praktisk støtte til borgeren og sammensætte et koordineret forløb. Sammen med borgeren skal koordinatoren desuden udarbejde en plan for borgerens forløb og sikre koordination i forhold til øvrige planer for borgeren. Kontakten mellem borger og koordinatoren er særlig intensiv i starten og nedtrappes gradvist gennem forløbet i takt med, at borgeren får genskabt kontrollen med livet igen. Modellen er kendetegnet ved hyppig kontakt med borgeren, præventivt opsøgende arbejde, få tilknyttede borgere pr. koordinator og 24-timers tilgængelighed, der gør, at koordinatoren er i stand til at tage sig af borgere med mange behov(6).

Effekt: Metoden er evidensbaseret og er blandt andet afprøvet i forhold til hjemløshed både internationalt og nationalt (58).

Målgruppe: Borgere, der har brug for intensiv social og praktisk støtte, og som kun i nogen grad kan benytte øvrige sociale tilbud og behandlingsindsatser – fx misbrugsbehandling, psykiatrisk behandling, aktivitets- og samværstilbud.

METODE: Shared Care

Metode: Shared Care er en model for et tværsektorielt samarbejde mellem almen praksis og psykiatrien omkring borgere med ikke-psykotiske lidelser. Som en del af forløbet tilbydes borgeren psykoedukation og involveres i beslutningen omkring, hvorvidt indsatsen skal bestå af medicinsk og/eller psykoterapeutisk behandling. Den praktiserende læge uddannes i at identificere og håndtere forløb for målgruppen og følger specifikke guidelines for ideelle forløb for målgruppen. Desuden tilbydes den praktiserende læge supervision og evt. second opinion ved en speciallæge i psykiatri.

Effekt: Shared Care har vist god effekt i internationale forsøg, men er endnu ikke afprøvet med hensyn til effekt i Danmark (6). Den variant af Shared Care, som har vist bedst effekt, er modellen collaborative care. Her tildeles borgeren en koordinator (care manager), som typisk er en sygeplejerske med efteruddannelse i psykiatri. Der er evidens for, at de vigtigste elementer i collaborative care er:

- Systematisk identificering af målgruppen i almen praksis
- Tildeling af en koordinator. Dette har størst effekt, hvis koordinatoren har psykiatrisk baggrund
- Supervision af den praktiserende læge ved psykiatrisk specialist
- Programmer med psykoterapi i gruppe og workshops med patientuddannelse efter eget valg (61)

Sociale indsatser er typisk ikke integrerede i Shared Care, men baseret på effektundersøgelser af andre modeller for tværfagligt samarbejde, er der grund til at tro, at det kunne have en effekt. Det tidligere nedsatte Psykiatriudvalg anbefaler fremadrettet at inddrage social- og beskæftigelsesområdet i forsøg med Shared Care (2).

Målgruppe: Borgere med ikke-psykotiske lidelser.

4. Tværfaglige teams

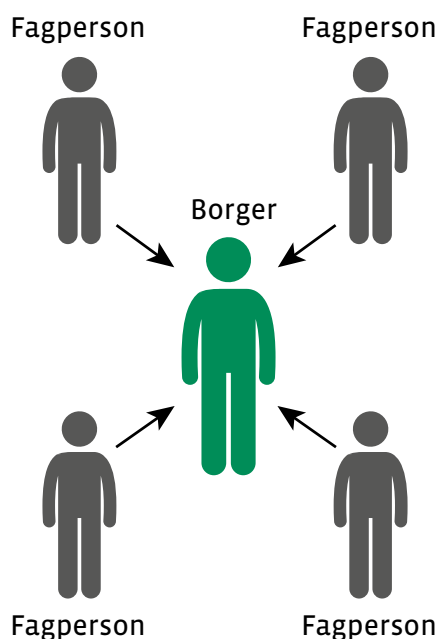
Tværfaglige teams udgøres af medarbejdere fra forskellige sektorer og kommunale enheder, som mødes og koordinerer indsatsen for en borger. Teamet kan enten mødes fysisk eller benytte sig af teknologiske hjælpemidler til at holde videokonferencer mv.

Fagpersonerne i det tværfaglige team er typisk frontmedarbejdere, men kan også være ledere fra de relevante organisatoriske enheder, fx jobcentre, den kommunale psykiatri, misbrugsbehandlingen, distriktpsychiatrien eller psykiatriske sengeafsnit, jobcentret mv. Deltagerne kan være faste repræsentanter eller kan indkaldes ad hoc til fællesteamets møder. I mange tilfælde suppleres det tværfaglige team af en koordinatorfunktion ved, at én fagperson i teamet udpeges som koordinator for borgerens sag.

Formålet med tværfaglige teams er at sikre en ramme for tværfaglig dialog og sparring, at afklare snitflader og rollefordelinger i konkrete sager og at sikre en tværfaglig vurdering af, at borgeren får det rigtige tilbud på det rigtige tidspunkt.

I nogle modeller har det tværfaglige team ansvar for dele af borgerens forløb. Det kan være udredning og afklaring af borgerens behov for indsatser eller løbende opfølgning på borgerens sag. I andre modeller er der tale om en fuldt *integreret* indsats, hvor et tværfagligt hold af professionelle står for hele borgerforløbet fra udredning til behandling og ydelse af social støtte til afslutning af forløbet.

Figur 2:
Organisering i tværfaglige teams



Et vigtigt redskab for tværfaglige teams kan være *netværksmøder*. Under netværksmøder samles borger, pårørende og involverede fagprofessionelle og taler løsningsorienteret om borgerens situation. Formålet med metoden er at styrke samarbejde mellem de professionelle, borgere og pårørende og at sikre, at både borger og pårørende føler sig hørt og set i forløbet. Netværksmøderne handler ikke kun om at løse konkrete problemer og koordinere tiltag og aftaler, men også om at skabe fælles mål med indsatsen i samarbejde med den enkelte borger og dennes netværk (43).

LOVPLIGTIG ORGANISERING: Rehabiliteringsteams

På beskæftigelsesområdet er organiseringen i tværfaglige teams lovpligtig i form af oprettelsen af tværfaglige og tværsektorielle *rehabiliteringsteams*. Teamet skal vurdere sager om ressourceforløb, fleksjob og førtidspension og ved indstilling pege på, hvilke beskæftigelsesmæssige, uddannelsesrettede, sociale og sundhedsmæssige indsatser, der er relevante at iværksætte, for at bringe borgeren tættere på arbejdsmarkedet.

Ekspertgruppen om udredningen af den aktive beskæftigelsesindsats peger på, at rehabiliteringsteamet fungerer godt som en platform for faglig sparring og vidensdeling. Ekspertgruppen noterer sig dog også, at der er en risiko for, at den tværfaglige udredning af borgeren, som foregår i rehabiliteringsteamet, sker for sent, idet borgeren på dette tidspunkt allerede "læner sig op ad en førtidspension", og at vejen tilbage til arbejdsmarkedet derfor kan være forholdsvis lang (3). Det er derfor vigtigt i et forløbsprogram at aftale procedurer for:

1. Hvordan rehabiliteringsteams kan integreres i det samlede forløb for målgruppen, som en tværsektoriel samarbejdsstruktur omkring de borgere i målgruppen, for hvem et ressourceforløb, fleksjob eller førtidspension kan være relevant.
2. Hvordan borgere, der kan have gavn af en tværfaglig udredning, opspores så tidligt som muligt i forløbet.

Erfaringer med tværfaglige teams

Både i Danmark og internationalt er der foretaget evalueringer af effekten af tværfaglige teams.

Den stærkeste evidens for effekten af tværfaglige teams findes for *opsøgende* teams. Kerneelementerne i arbejdet i opsøgende tværfaglige teams er (6):

- at en socialarbejder, som ikke blot har kontakt til socialforvaltningen, men har selvstændig myndighed, er en del af temaet
- at teamet er opsøgende og udfører den største del af sit arbejde uden for kliniske omgivelser i borgerens eget miljø
- at en psykiater er en del af teamet
- at arbejdsformen er ægte tværfaglig, dvs. at teammedlemmerne løbende vender sagen internt. På den måde sker der en aktivering af teamets tværfaglighed og dermed en integration af fagligheder (42)
- at antal borgere per behandler højest er 20.

Assertive Community Treatment (ACT) er et eksempel på en evidensbaseret metode for arbejdet i opsøgende teams. Metoden er beskrevet nærmere nedenfor.



METODE: Assertive Community Treatment (ACT)

Metode: ACT er en evidensbaseret metode, hvor borgeren tilknyttes et tværfagligt team, som både står for udredning af borgerens behov og giver en samlet udgående støtte og behandling til borgere, som har brug for en intensiv indsats. ACT er den bedst belyste metode til organisering i opsøgende tværfaglige teams (6). Indsatsen kan bestå af: sagsbehandling, psykolog/ psykiatrisk behandling, misbrugsbehandling, støtte med henblik på at komme i uddannelse eller beskæftigelse, opretholdelse af bolig, træning af sociale kompetencer m.m. En af de mest afgørende egenskaber ved metoden er, at teamet rummer en socialarbejder med myndighed til at træffe afgørelse. Antallet af borgere per medarbejder er lavt, og indsatsen er fleksibel, så den løbende kan tilpasses den enkelte borgers aktuelle behov.

Effekt: Indsatsen har både i udlandet og Danmark vist gode resultater blandt andet i forhold til at reducere antallet af indlæggelsesdage og øge borgerens tilknytning til behandlingen og tilfredshed med den samlede indsats (6).

Målgruppe: Borgere med massive psykosociale vanskeligheder, som ikke har kunnet benytte de etablerede behandlings- og støttesystemer.

Både teams, hvor teammedlemmerne deler ansvaret for borgerforløbet, og teams, hvor et teammedlem udpeges som ansvarlig koordinator for borgeren sag, kan have effekt. Det vigtigste er, at teamet yder faglig sparring omkring tilrettelæggelsen og udførelsen af indsatsen til hinanden og/eller til koordinatoren.

I Danmark har man længe arbejdet med OPUS (tidlig opsporing og intensiv behandling af unge mennesker med psykose) som et tilbud til unge med psykotiske lidelser. I OPUS er de involverede fagpersoner organiseret i teams, som sikrer en tværfaglig behandling af borgeren. Desuden knyttes ét af medlemmerne i teamet til borgeren som kontaktperson. I de fleste tilfælde er OPUS i dag et regionalt tilbud, som ikke er integreret med eventuelt relevante kommunale indsatser for målgruppen (6).

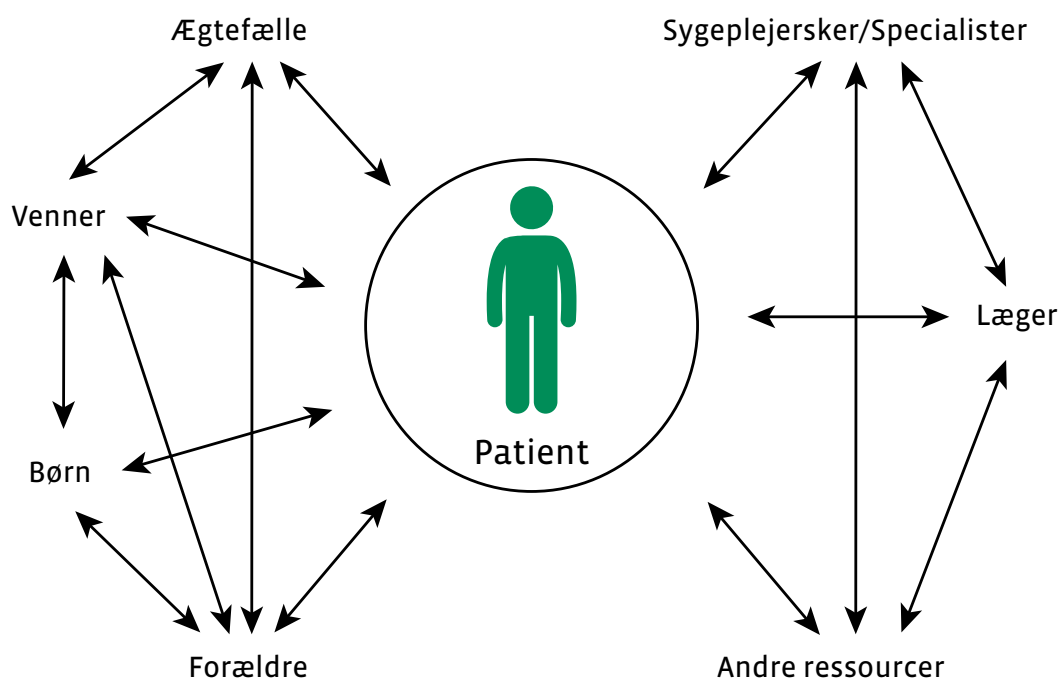
Under 19M puljen har seks forskellige regioner og kommuner afprøvet projekter, hvor relevante fagpersoner deltog i tværfaglige teams omkring borgere med psykiske lidelser. Evalueringen viste, at organiseringen i tværfaglige teams var særligt anvendelig (41):

- i forhold til borgere med dobbeltdiagnose
- til at give borgerens sagsbehandler faglig sparring med hensyn til, hvordan borgerens samlede indsats bedst tilrettelægges
- til at sikre informationsdeling på tværs, så borgeren undgår at skulle fortælle sin historie flere gange til forskellige fagpersoner.

Under projekt *"integrerede forløb for sindslidende"*, som blev udført fra 2011 til 2013, blev der udført to forsøg med det formål at sikre integration mellem udredning i PPR og børne- og ungdomspsykiatrien. Et kerneelement i projekterne var, at fagpersoner fra region og kommune mødtes på et tværfagligt teammøde både før og efter barnet/den unge blev udredt i psykiatrien. Evalueringen viste at forældrene oplevede mere sammenhæng i indsatsen, og at medarbejderne vurderede, at indsatsen var forbedret, uden at udgifterne steg (se tekstboks på næste side) (42).

LOKALE ERFARINGER

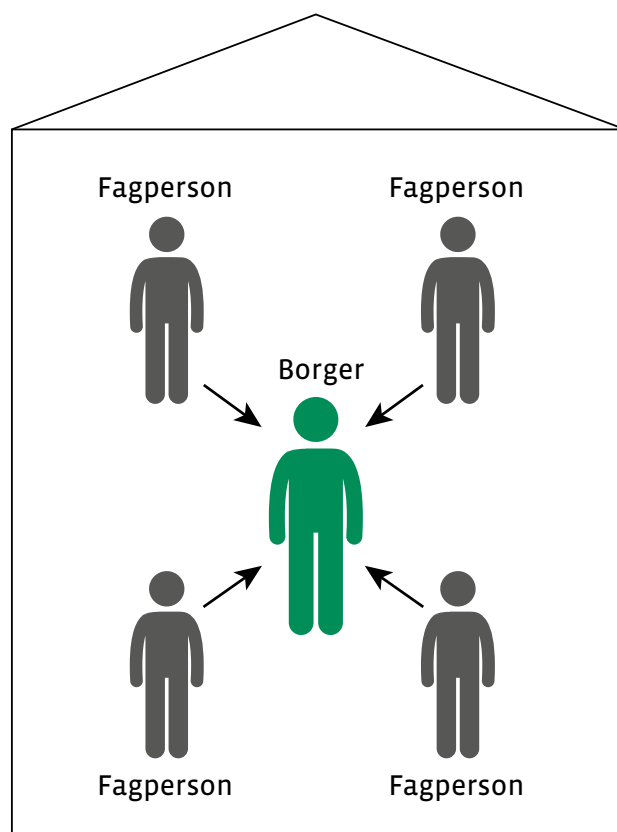
I Region Nordjylland har man i psykiatrien indført samarbejdsstrukturen "patientens team" med det formål at styrke kvalitet, sammenhæng og effektivitet i det enkelte borgerforløb. Patientens team omfatter som minimum borgeren, eventuelt pårørende, en behandlingsansvarlig læge og en stafetholder. Derudover kan teamet ad hoc indkalde øvrige repræsentanter fra psykiatrien, kommunen, den praktiserende læge og det somatiske område. Et vigtigt fokus i modellen er, at patienten og de pårørende er centrale aktører i forløbet sammen med de relevante fagpersoner. I patientens team vil der altid være en stafetholder, der er ansvarlig for koordinering af patientens forløb (52,53).



4. Organisatorisk integration

En organisatorisk integration af relevante kompetencer fra forskellige fagområder kan være en stor styrke for et integreret samarbejde. Hvis denne organiseringsform vælges, er det dog centralt, at der er et løbende fokus på, hvordan specialiserede faglige kompetencer vedligeholdes og videreudvikles, hvis der ikke er et tilstrækkeligt antal medarbejdere med den samme faglige baggrund. Dette kan eksempelvis gøres ved, at medarbejderne forsat har en faglig kontakt og sparringsmulighed med andre medarbejdere med samme faglige baggrund, som er fysisk placeret andre steder i kommunen/regionen.

Figur 3:
Organisatorisk integration



LOKALE ERFARINGER

I Silkeborg Kommune er alle regionale ambulante behandlingstilbud samt dele af socialpsykiatrien fysisk og fagligt integreret i Psykiatriens Hus. Formålet er at fremme samarbejdet mellem den sociale og behandlingsrettede indsats, så borgeren oplever et sammenhængende tilbud. Psykiatriens Hus råder over 12 døgnpladser, hvor borgere med psykiske lidelser midlertidigt kan få en seng at sove i. Huset har desuden en døgnåben telefonservice, en café, fælles mødelokaler og en række behandlingstilbud om blandt andet kost, motion og beskæftigelse. Foreløbige evalueringer af effekten af den organisatoriske integration viser, at antallet af indlæggelser og genindlæggelser blandt borgere med psykiske lidelser i Silkeborg Kommune har været faldende, mens tilsvarende udvikling ikke er sket i andre kommuner. Desuden oplever borgerne, at de får en koordineret og målrettet indsats, og at de får den hjælp, de har brug for (57).



6: Organisering af overgange

Som nævnt under afsnittet om organisering i den generiske model, er det i et forløbsprogram særlig vigtigt at lave aftaler omkring koordination og samarbejde i overgange i borgerens forløb, hvor borgeren oplever, at ansvaret for borgerens sag overgår fra en sektor eller enhed til en anden.

I dette bilag vil udfordringer så vel som eksempler på løsningsmodeller i forhold til typiske overgange blive præsenteret. Herunder vil lokale erfaringer med modeller til tværgående koordinering og samarbejde i forbindelse med overgange blive beskrevet.

Overgang fra barn til voksen

Erfaringer viser, at en uklar opgave- og ansvarsfordeling mellem de involverede forvaltninger og samarbejdspartnere kan stå i vejen for at give en ung borger, der fylder 18 år, en sammenhængende og helhedsorienteret indsats i overgangen til voksenlivet (44).

I et forløbsprogram for målgrupper af mennesker med psykiske lidelser, som er under 18 år, bør det derfor beskrives, hvordan overgangen fra barn til voksen kan forberedes, så både den unge og de pårørende inddrages og informeres om, hvordan overgangen skal finde sted. Dette gælder særligt i forløbsprogrammer for målgrupper, hvor det er sandsynligt, at en del af borgerne skal følges gennem mange år (eksempelvis diagnosegrupperne ADHD, skizofreni og bipolar lidelse). Formålet med at prioritere samarbejdet om en fleksibel overgang fra børne- og ungeområdet til voksenområdet er blandt andet at understøtte at unge med psykiske problemer – som er i risiko for at falde ud af arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet – kommer i job eller uddannelse.

LOKALE ERFARINGER

”Vejen til uddannelse og beskæftigelse” er en samarbejdsmodel omkring overgangen, når en borger går fra at være barn til at være voksen, som understøtter, at flere tidligere anbragte unge kommer i uddannelse og beskæftigelse. Samarbejdsmodellen er bygget op omkring den unge, og støtter de involverede fagpersoner på tværs af forvaltninger i at koordinere mål og indsatser i et struktureret og kontraktbaseret forløb med den unge. I modellen indgår faste tværfaglige teammøder, hvor den unge selv deltager i drøftelsen og planlægningen af sit forløb. Den unge tildeles desuden en forløbskoordinator. Modellen har indtil videre i fire kommuner vist gode resultater med hensyn til at få tidligere anbragte unge i job eller uddannelse. En af de ting, der ifølge kommunerne har været særligt virkningsfuld, er, at modellen sætter fokus på få tydelige mål for borgerens forløb (56).

Henvisning af børn og unge til psykiatrien

Mange henvisninger af børn og unge til udredning og behandling i psykiatrien afvises i dag på grund af manglende dokumentation, eller fordi henvisningen vurderes ubegrundet. Det tidligere nedsatte psykiatriudvalg vurderer derfor, at bedre samarbejde om henvisninger formentlig vil kunne reducere unødigt ventetid, ressourcespil samt sikre mere sammenhængende forløb (2).

For børn og unge, bør der derfor i forløbsprogrammet, beskrives en klar opgave- og ansvarsfordeling mellem region og kommune i forbindelse med henvisninger. Desuden bør der beskrives procedurer for, hvordan det sikres, at viden fra begge sektorer kan bringes i spil eksempelvis ved, at regionen tilbyder kommunen rådgivning inden for det psykiatriske område, og at kommunens viden om blandt andet familiens kompetencer og barnets trivsel i skolen overleveres til regionen.



LOKALE ERFARINGER

I Kolding er psykiatri og kommune gået sammen om projektet ”Den trygge vej”. Kerneelementet i projektet er et tværfagligt ”barnets team”, som består af en PPR-psykolog, forældrene, skole eller børnehave, en fast tilknyttet sygeplejerske, læge eller psykolog og evt. familie- eller handicaprådgiver. Første møde i barnets team afholdes i overgangen fra PPR til et forløb i børne- og ungdomspsykiatrien. Barnets Team planlægger, hvordan barnets problemstilling skal belyses fx ved skoleobservation, psykologiske tests, hjemmebesøg eller lignende. Alt foregår med udgangspunkt i en fælles profil af barnet og dets situation. Mødet sikrer, at PPR, forældre, skole eller børnehave får mulighed for at videregive oplysninger om barnet til børne- og ungdomspsykiatrien, som skal stå for det videre udredningsforløb. Udredningen afsluttes med endnu et møde i barnets team, hvor der lægges en koordineret plan for den fremadrettede indsats (42).

Udskrivning efter indlæggelse

Koordinering af overgangen fra en psykiatrisk indlæggelse til et ambulant psykiatrisk tilbud og/eller kommunale indsatser er vigtig for at sikre sammenhæng i borgerens forløb.

Forløbsprogrammet bør derfor beskrive procedurer for kommunikation og samarbejde mellem sygehusets sengeafsnit, den ambulante psykiatri og kommunale aktører, når borgere i målgruppen udskrives. Samarbejdet kan blandt andet bestå i, at der aftales tværfaglige procedurer for udarbejdelsen af lovpligtige udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, i de tilfælde hvor borgere i målgruppen ikke vurderes, at ville søge den relevante støtte og hjælp efter udskrivelsen.

BILAG 7: Udarbejdelse af den generiske model

Den generiske model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser er udviklet i 2014-2015 af Socialstyrelsen i samarbejde med Sundhedsstyrelsen.

Som en del af arbejdsprocessen har udkastet til modellen været fremlagt for en styregruppe, en arbejdsgruppe, en referencegruppe og et praktikerpanel.

Følgende ministerier, styrelser og organisationer har været repræsenteret i styregruppen for udviklingen af den generiske model:

Styregruppe
Danske Regioner
Social- og indenrigsministeriet (Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale forhold)
Sundheds- og ældreministeriet (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse)
Kommunernes Landsforening
Socialstyrelsen
Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering
Sundhedsstyrelsen
Uddannelses- og Forskningsministeriet
Ministeriet for børn, undervisning og ligestilling (Undervisningsministeriet)

Følgende styrelser og ministerier har været repræsenteret i arbejdsgruppen for udviklingen af den generiske model:

Arbejdsgruppe
Socialstyrelsen
Styrelsen for Videregående Uddannelser
Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering
Sundhedsstyrelsen
Ministeriet for børn, undervisning og ligestilling (Undervisningsministeriet)

Følgende organisationer mv. har været repræsenteret i referencegruppen for udviklingen af den generiske model:

Referencegruppen
Bedre Psykiatri
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab
Cabi - Center for Aktiv Beskæftigelsesindsats
Dansk Selskab for Almen Medicin
Dansk Selskab for Distriktpsychiatri
Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering
Dansk Psykiatrisk Selskab
Dansk Socialrådgiverforening
Dansk Sygepleje Selskab
Ergoterapeutfagligt Selskab for Psykiatri og Psykosocial Rehabilitering
Faglige selskaber under Dansk Psykolog Forening
Københavns Kommunes Børne- og Ungeforvaltning
Københavns Kommunes Socialforvaltning
Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere (LAP)
SIND
Specialfunktionen Job & Handicap, Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering
Region Hovedstaden, Psykiatrisk Center Ballerup
Region Midtjylland, Strategi og Planlægning
Region Syddanmark, Social & Psykiatristaben
Roskilde Kommune
Vejle Kommune

Følgende regioner og kommuner har været repræsenteret i praktikerpanelet for udviklingen af den generiske model:

Praktikerpanelet
Region Hovedstaden
Ballerup Kommune
Gentofte Kommune
Region Midtjylland
Holstebro Kommune
Silkeborg Kommune
Region Sjælland
Roskilde Kommune
Lejre Kommune

Bilag 8: Litteraturliste

- (1) Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Den generiske model. København: Sundhedsstyrelsen. 2012.
- (2) Regeringens udvalg om psykiatri. En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser. 2013.
- (3) Ekspertgruppen om udredning af den aktive beskæftigelsesindsats. Nye veje mod job – for borgere i udkanten af arbejdsmarkedet. 2015.
- (4) Regeringens psykiatriudvalg. Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – kapacitet, sammenhæng og struktur. Bilagsrapport 1. 2013.
- (5) Høgelund J. Effekter af den beskæftigelsesrettede indsats for sygemeldte. En litteraturoversigt. København: SFI – Det nationale forskningscenter for velfærd. 2012.
- (6) Bengtsson S, Gregersen S Ø. Integrerede indsatser for mennesker med psykiske lidelser. En forskningsoversigt. København: SFI – Det nationale forskningscenter for velfærd. 2013.
- (7) Kommunernes Landsforening. Sammenhæng i opgaveløsningen. Styrket indsats for borgere i vanskelige situationer. København: Kommuneforlaget A/S. 2009.
- (8) Ministeriet for sundhed og forebyggelse. Vejledning nr. 9005 af 20/12/2013 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. Adresse: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=161152>.
- (9) Gittel J H editor. High Performance Healthcare: Using the Power of Relationships to Achieve Quality, Efficiency and Resilience. New York: McGraw-Hill. 2009.
- (10) Hjortbak B R, Bangshaab J, Johansen J S, Lund H. Udfordringer til rehabilitering i Danmark. Aarhus: Rehabiliteringsforum Danmark. 2011.
- (11) Rehabiliteringsforum Danmark. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet: Rehabilitering i Danmark. Aarhus: MarselisborgCentret. 2004.
- (12) Greve J, Clausen J, Ebsen F, Nielsen H N. Et liv i periferien. Levevilkår og samfundsdeltagelse blandt danskere med svære sindslidelser. Rockwool Fondens Forskningsenhed og Syddansk Universitetsforlag. 2012.
- (13) Bengtsson S, Jørgensen H E D, Grønfeldt S T. Sociale tilbud til mennesker med sindslidelser. Den første kortlægning på personniveau. København: SFI – Det nationale forskningscenter for velfærd. 2013.
- (14) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke. Mental sundhed. København: Sundhedsstyrelsen. 2012.
- (15) Buch M S. Forløbskoordination på kronikerområdet. Hvad skal der til i praksis? FOKUS 2008.
- (16) Buch M S, Holm-Petersen C and Hansen E B. Status for Region Hovedstadens forløbsprogrammer for kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og type 2- diabetes. Evaluering af programmernes implementering i udførende led. København: KORA – Det nationale institut for kommuners og regioners analyse og forskning. 2013.

- (17) Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. Implementation Research: A synthesis of the literature. Tampa, Florida: Louis de la Parte Florida Mental Health Institute Publication. 2005.
- (18) Socialstyrelsen. Implementeringsguide. Strategiske sigtepunkter for koncernens arbejde med implementeringsstøtte i en kommunal kontekst. Socialstyrelsen. 2014.
- (19) Guldbrandsson K. From News to Everyday use – The difficult art of implementation. Östersund: Swedish national institute of public health. 2008.
- (20) Durlak J, DuPre E. Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and factors affecting implementation. American Journal of Community Psychology 2008 ;41(327-350) .
- (21) Socialstyrelsen. Mennesker med psykiske vanskeligheder. Sociale indsatser der virker. Aktuel viden til udvikling og planlægning af den kommunale indsats. København: Socialstyrelsen. 2013.
- (22) Socialstyrelsen. Opsamling fra møde med praktikerpanel vedr. kvalificering af generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser. Socialstyrelsen. 2015.
- (23) Socialstyrelsen and Sundhedsstyrelsen. Koncept for systematisk inddragelse af pårørende. København: Socialstyrelsen. 2014.
- (24) Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. Cochrane Database Systematic Review 2010.
- (25) Jacobsen R H. Effekt af pårørendeinddragelse i behandlingen af mennesker med psykisk sygdom. Cost-benefit-beregning. Frederiksberg: Centre For Economic and Business Research. Copenhagen Business School. 2011.
- (26) Borg M, Karlsson B and Stenhammer A. Recoveryorienterede praksisser. : Dansk selskab for psykosocial rehabilitering. 2013.
- (27) Harrison G, Hopper K, Craig T, Laska E, Siegel C, Wanderling J, et al. Recovery from psychotic illness: a 15-year and 25-years international follow-up study. The British Journal of Psychiatry 2001 ;178(6):506-517.
- (28) Harding CM, Brooks GW, Ashikaga T, Strauss JS, Breier A. The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. American Journal of Psychiatry 1987 ;144(6):727-735.
- (29) Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal 1993 ;16():11-23.
- (30) Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet, Beskæftigelsesministeriet and Undervisningsministeriet. Vejledning om kommunal rehabilitering. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet. 2011.
- (31) Kruse M, Tybring C D. De fælles psykiatriske patienter. Beskrivelse af omfang og karakteristika for de psykiatriske patienter der har behov for både regionale og kommunale ydelser. København: KORA – Det nationale institut for kommuners og regioners analyse og forskning. 2013.
- (32) Bengtsson S, Mateu N. Beskyttet beskæftigelse – en kortlægning. København: SFI – Det nationale forskningscenter for velfærd. 2009.

- (33) Sundhedsstyrelsen. Kvalitetssikring af patientuddannelse. København: Sundhedsstyrelsen. 2012.
- (34) McFarlane W R, Lukens E, Link B, Dushay R, Deakins SA, Newmark M, et al. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. Archives of general Psychiatry 1995 ;52(8):679-687.
- (35) Xia J, Merinder L B, Belgamwar M R. Psychoeducation for schizophrenia (Review). Wiley. 2013.
- (36) Malm U, Ivarsson B, Allebeck P, Falloon IR. Integrated care in schizophrenia: a 2-year randomized controlled study of two community-based treatment programs. Acta Psychiatrica Scandinavica 2003 ;107(6):415-23.
- (37) Coop JA, Copeland ME, Floyd CB, Jonikas JA, Hamilton MM, Razzano L, et al. A Randomized Controlled Trial of Effects of Wellness Recovery Action Planning on Depression, Anxiety and Recovery. Psychiatric Services 2012 ;63(6).
- (38) Miller SD. Psychometrics of the ORS and SRS. Results from RCT's and meta-analyses of routine outcome monitoring and feedback: The available evidence.
Adresse: <http://www.scottdmiller.com/?q=blog/1&page=2>. Besøgt d.27/01, 2014.
- (39) Clausen S, Djurhuus M, Kyvsgaard B. Udredning til brug for Kommissionen vedrørende ungdomskriminalitet. København: Justisministeriets forskningskontor. 2009.
- (40) Glintborg C, Svejstrup O. Koordinering og rehabilitering. Social Kritik 2014 ;137.
- (41) Rambøll. Evaluering og erfaringsopsamling. Projekter med tilskud fra puljen 19M 2009-2012. København: Rambøll. 2012.
- (42) Bengtsson S, Knudsen S G. Integration af behandling og social indsats over for personer med sindslidelse. Evaluering af seks forsøg. København: SFI – Det nationale forskningscenter for velfærd. 2013.
- (43) Socialstyrelsen. Hvad er netværksmøder?
Adresse: <http://www.inddrag.nu/netvaerksmoder/hvad-er-netvaerksmoder>. Besøgt d.27/01, 2014.
- (44) Mølholt A, Stage S, Pejtersen J H and Thomsen P. Efterværn for tidligere anbragte unge. En videns- og erfaringsopsamling. København: SFI – Det nationale forskningscenter for velfærd. 2012.
- (45) Region Syddanmark. Forløbskoordination – løftestang for det tværsektorielle arbejde. Erfaringer fra et rammeprojekt. Region Syddanmark. 2013.
- (46) Nielsen SB, Hunter DEK. Performance Management and Evaluation. Wiley. 2013.
- (47) Johansen K S, Larsen J, Nielsen A. Tværsektorielt samarbejde i psykiatrien. Videns- og erfaringsopsamling. København: KORA – Det nationale institut for kommuners og regioners analyse og forskning. 2012.
- (48) Vinge S, Mogensen T. Det usammenhængende sygehusvæsen under behandling. In: Weiss K, editor. Sund ledelse - 19 bud på god sygehusledelse. ed. København: Djøf Forlag. 2012.
- (49) Socialstyrelsen. Vidensdeklaration. Socialstyrelsens vidensdeklaration af sociale indsatser og metoder. København: Socialstyrelsen. 2012.
- (50) Region Sjælland and KKR Sjælland. Forløbsprogram for skizofreni. Et sammenhængende sundhedsvæsen med borgeren i centrum. 2012.
- (51) Region Midtjylland. Forløbsprogram for depression. 2013.

- (52) Mølholm A, Maintz J. Hvad er meningen med patientens team? 2014.
- (53) Dansk Sundhedsinstitut, Center for Kvalitet and Danske Regioner. Introduktion til kliniske mikrosystemer. 2010.
- (54) Region Hovedstadens Psykiatriske Hospital. Projekt: Undervisning om ADHD på tværs af psykiatri og kommune – til forældre (BUC Bispebjerg).
Adresse: <https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/Psykiatriske-centre/Boerne-og-Ungdomspsykiatrisk-Center/Gruppetilbud-for-patienter-og-paaroerende/Sider/Projekt-Undervisning-om-ADHD-p%C3%A5-tv%C3%A6rs-af-psykiatri-og-kommune.aspx>.
- (55) Johansen K S, Wiuff M B. Samarbejde mellem kommunerne og OPUS, Psykiatrien i Region Sjælland. En evaluering. København: KORA - Det nationale institut for kommuners og regioners analyse og forskning. 2014.
- (56) Luckow S T, Jørgensen T. Bedre overgange for udsatte unge. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. 2013.
- (57) Psykiatriens Hus. Psykiatriens hus i Silkeborg. Samarbejde giver bedre indsats. 2014.
- (58) Benjaminsen L. Intensive Case Management (ICM). København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. 2013.
- (59) Sundhedskoordinationsudvalget i Region Syddanmark. Sundhedsaftalen 2015-2018. 2015.
- (60) Christensen T, Nordentoft M. Review om effekter af beskæftigelsesindsatser til personer med svær psykisk sygdom. København: Arbejdsmarkedsstyrelsen. 2011.
- (61) Eplov L F. Et liv i bevægelse. En helhedsorienteret psykiatri-indsats med den sindslidende i centrum. Besvarelse af Helsefondens prisopgave. 2011.



Socialstyrelsen
Edisonsvej 18, 1.
5000 Odense C
Telefon: 72 42 37 00
www.socialstyrelsen.dk



Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S
Telefon: 72 22 74 00
www.sundhedsstyrelsen.dk