

INTEGRATION AF BEHANDLING OG SOCIAL INDSATS OVER FOR PERSONER MED SINDSLIDELSE

EVALUERING AF SEKS FORSØG



13:42

STEEN BENGTTSSON
SINE GRØNBORG KNUDSEN

13:42

INTEGRATION AF BEHANDLING OG SOCIAL INDSATS OVER FOR PERSONER MED SINDSLIDELSE

EVALUERING AF SEKS FORSØG

STEEN BENGTSSON
SINE GRØNBORG KNUDSEN

KØBENHAVN 2013
SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

INTEGRATION AF BEHANDLING OG SOCIAL INDSATS OVER FOR PERSONER MED
SINDSLIDELSE. EVALUERING AF SEKS FORSØG.

Afdelingsleder: Kræn Blume Jensen

Afdelingen for socialpolitik og velfærdsydelser

Undersøgelsens styregruppe:

Anna Jin Rolfgaard, Social-, Børne- og Integrationsministeriets departement

Brith Alleslev, Socialstyrelsen

Louise Avnstrøm, Sundhedsministeriets departement

Anders Bildsøe Lassen, Implement Consulting Group

ISSN: 1396-1810

ISBN: 978-87-7119-220-9

e-ISBN: 978-87-7119- 221-6

Layout: Hedda Bank

Forsidefoto: Colourbox

Oplag: 300

Tryk: Rosendahls – Schultz Grafisk A/S

© 2013 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

Tlf. 33 48 08 00

sfi@sfi.dk

www.sfi.dk

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden.

INDHOLD

	FORORD	5
	RESUMÉ	7
1	INTEGRATION	13
	Definition af integration	13
	Evidens for effekten af integration	17
2	DE ENKELTE FORSØG	21
	Fælles på Tværs	22
	Den Trygge Vej	31
	Psykiatriens Hus	38
	Effektiv indsats for de unge voksne	44
	Psynergi	53
	På Sporet af en Løsning	61

3	RESULTATER UNDER ÉT	71
	Integrationen lykkes	71
	Borgerne får det bedre	77
	Hvad ændrer integrationen i indsatsen?	83
	Opsummering	84
4	IMPLEMENTERING AF EN INTEGRERET INDSATS	87
	Forankring i organisationen	87
	Forankring i medarbejdergruppen	88
	Udfordringer for integrationsprocessen	91
	Opsummering	95
5	ØKONOMIEN I INTEGRATION	97
	Indsatser over for børn	97
	Indsatser over for voksne	98
	Forebyggende indsats	100
	Opsamling	100
6	METODE OG EMPIRI I EVALUERINGEN	103
	Spørgeskeskemaundersøgelser	104
	Kvalitative materialer	108
	Metodeovervejelser	108
	Fidelitet og økonomi	110
	LITTERATUR	115
	SFI-RAPPORTER SIDEN 2012	117

FORORD

Denne rapport evaluerer på opdrag af Socialstyrelsen et forsøg med integration af behandling af og social indsats over for mennesker med sindslidelse. Evalueringen er gennemført af de videnskabelige assistenter Rikke Nøhr Brünner, Maria Røgeskov, Winnie Alim, Anna Lanken Rasmussen og Sine Grønborg Knudsen, mens Signe Ørkeby Gregersen, Sine Kirkegaard Nielsen, Maj Bjerre, Line Mehlsen, Asuvini Selladurai og Sigrød Trier Grønfeldt har medvirket som studentermedarbejdere, og seniorforsker Steen Bengtsson har ledet evalueringen. Kommunikationschef Ulla Haahr og kommunikationsmedarbejder Trine Jørgensen, har stået for såvel intern som ekstern kommunikation.

Implement Consulting Group har varetaget procesvejledningen i projektet. Seniorkonsulent Anders Bildsøe Lassen, Michael Daugbjerg, Anne-Mette Bang Termansen og Sidsel-Marie Winther Prag har fungeret som proceskonsulenter for de lokale forsøg. Seniorkonsulent Anders Bildsøe Lassen har været leder af det samlede projekt, mens SFI har haft ansvaret for undersøgelserne og evalueringen af forsøget.

Projektet er finansieret af satspuljemidler. Der har været nedsat en styregruppe med repræsentanter for Social-, Børne- og Integrationsministeriets departement, Socialstyrelsen og Sundhedsministeriets departement og en større faglig følgegruppe, som har repræsenteret fagkendskab såvel inden for psykiatri og psykosocial indsats som inden for

kommunale og regionale forhold. Rapporten har været læst i udkast og kommenteret af tidligere vicedirektør i region Sjællands psykiatri Per Vendsborg, som vi takker for værdifulde kommentarer.

København, december 2013

AGI CSONKA

RESUMÉ

Integrerede Forløb består af seks forsøg med integration af kommunens og regionens indsats i forhold til mennesker med sindslidelser. Forsøgsprogrammet har været meldt bredt ud, og der er etableret meget forskellige forsøg. De seks forsøg spænder over tre områder: børn, voksne og forebyggelse.

En integreret indsats forstås her som en indsats, der er planlagt i fællesskab af region og kommune. Den kan indeholde mere eller mindre konkret samarbejde og støtte sig på en form for fælles ledelse, fx en leder fra regionen og en fra kommunen.

På børneområdet ligger det meste af indsatsen hos kommunen, og kommunen og regionen har klart adskilte roller. Regionen kommer især ind i udredningsforløbet, og det er her, integrationen i de to forsøg på børneområdet primært finder sted. De to forsøg ligner i øvrigt hinanden meget.

Integration af indsatserne over for voksne er en mere kompliceret sag. Her kan der være mange langvarige indsatser fra begge sider. Der er en mindre klar rollefordeling, ligesom mange typer indsatser foretages både af region og kommune, og de samme faggrupper findes begge steder. Forsøg med integration af indsatser kan skrues sammen på mange måder. Tre af forsøgene er på dette område. Et forsøg integrerer især bostøtten og et opsøgende team, et andet tager sit udgangspunkt i meto-

den Åben Dialog og integrerer indsatser for personer, der er i kontakt med både psykiatri og jobcenter, mens det tredje tager sit udgangspunkt i et fælles team, som tilrettelægger et integreret forløb, som kan kombinere regional og kommunal indsats også i tilfælde, hvor borgeren som udgangspunkt kun har kontakt med én af disse instanser.

Det sjette forsøg i Integrerede Forløb er et forsøg på at standse en mulig udvikling af psykisk lidelse gennem samtaler, som en regional og en kommunal medarbejder sammen står for.

Fire af forsøgene kombinerer således indsatser, som region og kommune allerede står for i forhold til borgeren, og gør disse indsatser til en helhed, mens to af forsøgene også samarbejder om borgere, som kun en eller ingen af disse instanser har at gøre med, og i den forbindelse åbner mulighed for, at også den anden instans kommer ind i billedet.

RESULTATER

Alt i alt viser de tre forsøg med integration af indsatser over for voksne, at der er mening med at integrere indsatser, og de finder tre måder at integrere på, som alle fungerer. Integration betyder, at parterne kan arbejde efter samme plan og benytte hinandens iagttagelser, og på den måde kan man tilrettelægge en mere hensigtsmæssig samlet indsats. Hvis integrationsmodellen åbner mulighed for det, kan integration også betyde, at begge instanser oftere inddrages i samarbejdet.

I de to forsøg på børneområdet oplever medarbejderne, at der sker en integration, idet de i højere grad oplever indsatsen i forsøget som planlagt i fællesskab, sammenlignet med tidligere. De oplever også indsatsen som mere sammenhængende og i højere grad under samme ledelse. Forældrene giver udtryk for, at de bliver meget bedre til at forstå deres barn og klare konflikter med barnet, og de er mindre frustrerede efter forløbet. I det ene af forsøgene bliver forældrene mindre bekymrede og ser mere positivt på deres barns situation efter forløbet, mens det andet forsøg ser ud til at have givet forældrene større erkendelse af, at deres barn fejler noget.

De to forsøg viser, at integration af kommunens og regionens indsats omkring udredningsforløb for børn fungerer godt. Undersøgelser kan foretages sammen, information udveksles og møder holdes sammen med bedre resultat. Noget dobbeltarbejde undgås, og økonomiberegninger peger da også på, at det ikke bliver dyrere.

Forsøgene på voksenområdet spænder fra det ganske snævre – opsøgende team og bostøtte – til det helt brede, der ikke blot omfatter afdelinger, som i udgangspunktet har med en borger at gøre, men også åbner for inddragelsen af andre instanser. De tre forsøg er forløbet forskelligt. Det førstnævnte kom fx først rigtig i gang ret sent i perioden, bl.a. fordi også det opsøgende team var et forsøg, som medarbejderne skulle orientere sig i.

I forsøgene på voksenområdet oplever medarbejderne ligeledes, at der sker en integration, idet indsatsen i højere grad er planlagt i fællesskab af region og kommune. De oplever også i højere grad, at indsatserne hænger sammen, og at de er forankret i en fælles ledelse. Også i det forsøg, der kom sent i gang, har medarbejderne denne oplevelse. Et andet af forsøgene viser dog kun en lille forandring i medarbejdernes vurderinger, men det er, fordi de her har oplevet stor sammenhæng og integration i forvejen. Her har man også en tradition for samarbejde mellem kommune og region.

Borgerne i forsøgene på voksenområdet får det meget bedre ved at deltage. Før og efter forsøget de stilling til en række spørgsmål, som handler om, at de har mod på livet, er tilfreds med det og finder hverdagen meningsfuld, at de tror på deres ressourcer og kan håndtere deres problemer, og at de kan klare sociale sammenhænge og har et godt socialt netværk. Deres svar på alle disse spørgsmål er langt oftere positivt efter forsøget, sammenlignet med hvad de var før forsøget.

En integreret indsats ser ikke ud til at blive dyrere end den indsats, der ellers ville være ydet. Tværtimod tyder beregning af omkostninger på, at den snævre integration kan gøre omkostningerne lidt mindre, mens den brede kan gøre dem en del mindre, sammenlignet med den indsats, der ville være sket uden integration.

Det forebyggende forsøg er det, som borgerne mener, de har fået mest gavn af. Det hænger formentlig sammen med, at dette forsøg sætter ind over for borgere, der er udsat for et stort pres i øjeblikket, men som relativt let kan hjælpes til at få overblik over deres situation. De andre forsøg har at gøre med borgere, som har en psykiatrisk diagnose og dermed er i en mere alvorlig situation.

Det er svært at vurdere en forebyggende indsats, fordi der ikke var nogen indsats før at sammenligne den med. Omkostningsberegningen viser, at omkostningerne i de fleste tilfælde er ganske lave, så alt tyder på, at man også her har fundet en fornuftig model.

Når integreret indsats skal implementeres, er opbakning fra et højt niveau af ledelse både i region og kommune vigtig. Engagement fra de to medarbejdergrupper er ligeledes vigtig. Projektet fik etableret dette engagement ved at medarbejdergrupperne til indledning samarbejdede om kortlægning af den borgergruppe, som var udset til målgruppe for forsøget. Det gav samtidig et borgerfokus fra starten.

Blandt udfordringerne for integration af indsatser er, at medarbejdergrupper kan have forskellig kultur og menneskesyn, og at der er store forskelle på strukturen i de to instanser. Erfaringen fra projektet viser, at forskellene i kultur og menneskesyn ikke betyder så meget, når medarbejderne først kommer ind i et samarbejde. Derimod bliver forskelle i struktur ved med at være barrierer. Det gælder fx vanskeligheder med at dele information, forskellig grad af specialisering og anvendelse af behandlingspakker, og forskellige konteringsregler.

BOKS 1

De vigtigste resultater om integration af regionens og kommunens indsats over for mennesker med sindslidelse.

- Der er evidens for, at en integreret indsats er bedre for borgeren end en opdelt, og forsøgene tyder på, at den ikke er dyrere (Bengtsson & Gregersen, 2013).
 - Integration af PPR's og børnepsykiatriens udredning af børn giver mere sammenhæng for forældrene og vurderes som bedre af medarbejderne, og den gør ikke udgifterne større.
 - Integration af indsatser over for borgere, der modtager ydelser fra både kommune og region, giver en indsats som hjælper på borgernes situation, som de selv vurderer den, vurderes som bedre af medarbejderne og synes ikke at gøre udgifterne større. Denne form for integration giver mulighed for at spare dobbeltfunktioner og skabe større sammenhæng for borgeren.
 - Integration af kommunens og regionens indsats også i tilfælde, hvor de ikke begge er aktive, giver en indsats, som hjælper på borgernes situation, som de selv vurderer den, og som også vurderes som bedre af medarbejderne. Den kan være meget anderledes sammensat end den sædvanlige indsats og koste en del mindre. Denne form for integration giver mulighed for at bruge indsatserne på en ny måde og synes at være mere lovende end den førnævnte.
 - Forløbskoordinatoren har haft en vigtig funktion med at skabe sammenhæng i forløbene.
 - Forsøgene har ofte været foretaget, hvor man har arbejdet med integration i forvejen.
 - Forsøgene i Integrerede Forløb er startet op med, at medarbejdergrupperne sammen har foretaget en kortlægning af målgruppen for forsøget. Dette har givet et borgerfokus fra starten af forsøget og har desuden betydet, at der er blevet lagt grund til et godt samarbejde. De positive resultater i forsøgene kan til dels have deres baggrund i dette forhold.
-

DATAGRUNDLAG

Datagrundlaget for evalueringen består af en række undersøgelser, som der er redegjort nærmere for i kapitel 6.

Der er foretaget spørgeskemaundersøgelser før og efter forløbet blandt borgere og medarbejdere, der har deltaget i forsøgene. Der er endvidere udarbejdet forløbs- og omkostningsskemaer for borgere, der har deltaget. Hvor det har været muligt for projektlederne at definere kontrolgrupper, er der endvidere udarbejdet forløbs- og omkostningsskemaer for dem. Der er ligeledes indsamlet et kvalitativt materiale ved interview med medarbejdere og projektledere i forsøgene og gennem deltagelse i møder i forsøgene, ligesom der indgår forskellige skriftlige materialer fra forsøgene.

Svarprocenterne har desværre ikke været så høje som forventet. Det har været vanskeligt for medarbejderne at få indsamlet de nødvendige data. Det har samtidig vist sig vanskeligt for medarbejderne at foretage de nødvendige økonomiske registreringer for forløbene, og især på forløbene i kontrolgrupperne.

RAPPORTEN

Rapportens kapitel 1 indeholder en definition af begrebet ”integration”. Evalueringen af hvert enkelt af de seks forsøg sker i kapitel 2. Først de to forsøg med integration af udredningsforløb på børneområdet, så de tre, der integrerer regionens og kommunens indsats over for voksne og til sidst forsøget inden for det forebyggende område.

For hvert af de seks forsøg redegøres for dets baggrund, indhold, forløb og resultater for borgerne. Endvidere gengives medarbejdernes vurdering af forsøget, og en vurdering af, om intentionerne med forsøget er nået samt en omkostningsberegning.

Derefter ser rapporten på de seks forsøg samlet. Kapitel 3 trækker de generelle resultater fra medarbejdernes vurdering af forsøgene og integrationens betydning for borgerne op. Kapitel 4 tager problematikken om implementering af integration op, mens kapitel 5 ser generelt på omkostningsberegningerne. Endelig redegør kapitel 6 for den række undersøgelser, som danner grundlag for evalueringen.

INTEGRATION

DEFINITION AF INTEGRATION

Indsatsen over for mennesker med sindslidelse indeholder mange dele, som benytter forskellige typer medarbejdere, og som derfor må organiseres hver for sig. De angår imidlertid den samme borger, og derfor må der en koordinering til. Undertiden må der mere end koordinering og samarbejde til, da medarbejderne fra flere indsatser må arbejde mere direkte sammen om en fælles indsats – en integreret indsats. Integration sker ikke af sig selv, blot fordi der er behov for det. Tværtimod er der centrifugale kræfter, der trækker den anden vej (boks 1.1).

Forskningslitteraturen om integration definerer kun sjældent begrebet. Nogle af de få definitioner betoner, at integration både omfatter den indholdsmæssige og organisationsmæssige side af indsatser, og at formålet er at skabe sammenhæng og samarbejde mellem sektorerne med det mål at skabe bedre kvalitet af indsatsen og mere tilfredshed hos borgerne (Kodner & Spreeuwenberg, 2002). ”Integration” er i denne sammenhæng et relativt begreb, som står for, at de pågældende indsatser i forsøget er *planlagt mere samlet*, end de hidtil har været, og i højere grad er *gjort til en enhed*.

BOKS 1.1

De centrifugale kræfter – et bud på de mekanismer, der kan gøre integration nødvendig.

- En indsats udvikler praksis efter sine udfordringer
 - En specialindsats i specialomgivelser kan udvikle en specialviden og gøre denne til målestok for kvalitet
 - En indsats med mange kontrolopgaver kan nemt komme til at udvikle en indsats præget af kontrol
 - Medarbejdergrupper kan nemt komme til at udvikle karikaturbilleder af hinanden
 - Borgeren har imidlertid brug for indsatser fra dem begge
-

Kavanagh & Connolly (2009) skelner mellem tre måder at samordne behandlinger på: sekventiel, parallel eller integreret behandling. Sekventiel behandling (i Danmark ofte kaldet ”stafetmetoden”) vil sige, at behandlinger efterfølger hinanden, mens parallel behandling vil sige, at de foregår samtidigt. Integreret behandling betyder, at indsatsen ikke blot er en kombination af indsatser, men i stedet er tilrettelagt som én behandling, der rummer elementer fra de indsatser, der skal smelte sammen. Det er dog uklart i artiklen, om der efter forfatterens mening behøver ske mere end samlet planlægning af indsatsen. Integreret behandling betyder ikke nødvendigvis, at de integrerede indsatser foregår på samme tid.

Det sekventielle princip betegner Kavanagh & Connolly som farligt, hvis forskellige instanser står for behandlingerne, for så kan den ene instans forlange, at den andens behandling er foretaget først, og den anden instans forlange, at den ens indsats er foretaget først med det resultat, at intet kan komme i gang. Parallel behandling af forskellige instanser har den risiko, at instanserne gennemfører tiltag, der modarbejder hinanden, eller at de to behandlinger tilsammen kræver for stor en indsats af borgeren. De nævnte ræsonnementer gør det tydeligt, at Kavanagh & Connolly (2009) med integration først og fremmest tænker på, at de to indsatser er *planlagt* til at udgøre en helhed, mens udførelsen af dem i praksis kan foregå på mange måder.

I øvrigt indeholder den internationale litteratur om integration af behandling af og sociale indsatser over for mennesker med sindslidelser ikke meget, der bidrager til definition af begrebet ”integration” i denne sammenhæng. De fleste af de udførte forsøg handler om betydningen af at kombinere konkrete indsatser af den ene og den anden art, men forholder sig ikke til begrebet integration som sådant. Litteraturen benytter

udtryk som ”integrated treatment” (Jeppesen m.fl., 2005) og beskriver, hvad det vil sige i de enkelte, konkrete forsøg uden at forsøge at indkredse et generelt begreb om integration.

Der kan skelnes mellem funktionel, tidsmæssig og organisatorisk integration. Funktionel integration vil sige, at instanserne arbejder med samme indsats efter en fælles plan. Tidsmæssig integration betyder hertil, at dette arbejde sker på samme tidspunkt, således at personalet begge steder ser borgerne sammen. Organisatorisk integration betyder, at der endvidere er tale om en samling af de to organisationer i én fælles organisatorisk form. Funktionel integration svarer således til Kavanagh & Connollys definition, mens de næste to begreber betegner stærkere former for integration.

Integration er imidlertid ikke blot integration, det er også integration af *specifikke indsatser*. Som udgangspunkt handler Integrerede Forløb om integration af *behandling* og *social indsats* over for mennesker med sindslidelser. Der er imidlertid flere former for behandling, flere former for social indsats og flere former for sindslidelser, hvilket betyder, at integration af behandling og social indsats i praksis kan være rigtig mange forskellige ting. Dertil kommer, at Integrerede Forløb har udviklet sig i forsøgsperioden, således at det også er kommet til at handle om andre former for integration. Det har således vist sig, at integration af indsatsen fra flere kommunale afdelinger internt i en kommune kan være lige så nødvendig som integration af indsatser fra region og kommune.

Integration mellem sociale indsatser er et problem, der kendes fra mange især kontinentale lande i Europa, hvor indsatserne kommer fra forskellige organisationer og derved danner et fragmenteret system (Leichsenring, 2004). Leichsenring vurderer, at Danmark har den højeste grad af integration, idet de sociale indsatser her for størstedelens vedkommende er samlet i kommunen. Men der er alligevel et integrationsproblem, fordi indsatserne er organiseret med forskellige administrationer. Løsning af det kræver et nært samarbejde mellem udførere og ikke blot den samordning på højere ledelsesplan, som den fælles placering i kommunen giver, og dette samarbejde må sikres gennem en form for formelle strukturer.

Integration kan ske på to forskellige niveauer: et kommunikationsmæssigt og et indholdsmæssigt niveau: Der er tale om et *kommunikationsmæssigt problem*, hvis instanserne, fordi de ved for lidt om hinanden og hinandens område, og fordi de ikke har undersøgt det konkrete problem

i fællesskab, afgiver signaler, der går i hver sin retning, og som derfor gør borgeren usikker. Der er tale om et *indholdsmæssigt problem*, hvis den konkrete borger har behov for en indsats, der både består i behandling, der bygger på en diagnose og i rehabilitering, der bygger på kendskab til den sociale situation.

Kommunikationsmæssige problemer kan overvindes ved at skabe rammer for den nødvendige kommunikation mellem medarbejdergrupperne, men hvis dette ikke sker, skaber det både usikkerhed og utilfredshed hos borgeren, som nemt efterlades med det indtryk, at hun eller han ikke har fået den bedste behandling. Løsning af kommunikationsmæssige problemer foregår ved, at instanserne, der integrerer deres indsatser, udveksler information indbyrdes, således at de har samme grundlag for at tage stilling, inden de møder borgeren.

De indholdsmæssige problemer handler ikke om, hvad instanserne siger, men i højere grad om, hvad de gør. De handler fx om det, der kan vindes ved, at behandlerens behandlingsplan og bostøttens pædagogiske plan forenes i en fælles plan, eller at jobcentret får støtte til at finde en indsats, borgeren har brug for og kan få glæde af i stedet for at stille borgeren bagest i køen på grund af sindslidelsen eller ved, at socialafdelingen har et kvalificeret grundlag for at afgøre, om en speciel ydelse skal fortsætte.

Integration kan ske i to dimensioner. Der kan være tale om mere eller mindre konkret samarbejde mellem medarbejdergrupper. Eller der kan være tale om, at integrationen også omfatter organisationernes ledelsesstrukturer. Det første vil sige, at integration sker ved et samarbejde mellem dele af forskellige organisationer, som ikke er formaliseret. Det sidste vil sige, at der dannes en eller anden form for fælles organisatorisk struktur. En fælles struktur vil være en mere stabil form for integration end et samarbejde, der blot er etableret på lavere plan mellem dele af forskellige organisationer. Uden fælles struktur vil integrationen være truet, så snart de deltagende organisationer skal restrukturere.

Den *højeste* grad af integration forekommer, når to funktioner bliver udført af samme person og er blevet gjort til en del af samme fag. En *høj* grad af integration er til stede, når to funktioner udføres af personer, der er medlemmer af samme team. Men selv i et overskueligt team optræder problemet med integration. Det fremgår af Tom Burns' begreb "ægte tværfaglighed" (Burns m.fl., 2007). Selvom et team er tværfagligt, udfolder det ikke nødvendigvis alle potentialerne i tværfaglighed.

Ægte tværfaglighed vil sige, at det teammedlem, der har hovedansvaret for en behandling, mindst en gang om ugen vender sagen med et teammedlem, som har en anden faglighed. På den måde sker der en aktivering af teamets tværfaglighed og dermed integration af fagligheder. På tilsvarende vis er det nødvendigt at være opmærksom på, at integration ikke er et træk, der kan indbygges i en formel struktur, men at den kun kan fungere, hvis personalet regelmæssigt aktiverer den.

OPSUMMERING

Som opsummering af det integrationsbegreb, som Integrerede Forløb har arbejdet med, kan følgende syv punkter anføres:

- Integration er mange ting, afhængigt af hvilke indsatser der er tale om at integrere.
- Integration omfatter typisk behandling og social indsats. Men integration af andre indsatser kan også være aktuel, fx af udredningsaktiviteter eller af flere former for social indsats.
- Integration er et relativt begreb: Så længe der er tale om indsatser fra flere personer og fagligheder, kan man tale om mere eller mindre integration af disse.
- Et minimumskrav, for at der er tale om integration, er, at indsatserne er planlagt som en helhed.
- Integration kan ske i to dimensioner: Indsatserne kan flettes sammen på udførerplan, og der kan etableres organisationsstrukturer, der støtter en integreret indsats.
- Integration må blive en del af organisationerne for at være holdbar, og personalet må løbende aktivere den, for at den kan forblive levende.
- Idet indsatser over for mennesker med sindslidelse kun har mening, hvis borgerne selv aktivt medvirker i disse, er det et centralt forhold ved integration, om indsatserne kommer til at hænge sammen for borgerne.

EVIDENS FOR EFFEKTEN AF INTEGRATION

Indsatsen over for mennesker med psykiske lidelser bliver i stigende grad socialt orienteret (Priebe m.fl., 2013) både i den forstand, at den omfatter

elementer som netværksarbejde og psykoedukation, og at forhold som bolig og beskæftigelse indgår. Sammenhængen mellem den sociale og den behandlingsmæssige indsats får derfor også voksende opmærksomhed. Et par reviews vurderer integration mellem sundhedsindsats og social indsats i almindelighed (Cameron & Lart, 2003; Brown m.fl., 2003). De når frem til nogenlunde de samme resultater.

Begge konstaterer, at selvom det er almindelig anerkendt, at integration har gode virkninger, er der kun lidt evidens herfor. De når frem til, at integreret indsats betyder, at borgeren hurtigere får visiteret den rigtige hjælp. Indsatsen bliver forbedret gennem bedre udveksling af kommunikation og bedre forståelse af hinandens meddelelser. Servicen bliver mere tilgængelig, kvaliteten bedre, borgeren mere tilfreds og omkostningerne mindre. Litteraturen indeholder dog også advarsler mod at integrere. Dette er kun hensigtsmæssigt for nogle typer indsats, ikke for alle (Leutz, 1999).

Forskningsoversigten, som er udarbejdet i forbindelse med Integrerede Forløb (Bengtsson & Gregersen, 2013), viser ganske entydigt, at en integreret indsats over for mennesker med sindslidelser frembringer flere af de ønskede effekter end en opdelt indsats. Oversigten ser bl.a. på indsatser med medikamentel behandling, kognitiv-behavioristisk terapi, opøgende team, bostøtte, botilbud og supported employment og finder i alle disse tilfælde, at integration af indsatserne er en klar fordel. Når det gælder behandling mod stofmisbrug, er der imidlertid kun fundet evidens for, at denne behandling skal ske sideløbende med andre indsatser over for mennesket med sindslidelse og ikke for, at indsatserne nødvendigvis behøver at være mere integrerede end dette.

Noget af den stærkeste evidens findes på området opøgende team, hvor Tom Burns m.fl. (2007) endvidere har belyst vigtigheden af de enkelte elementer i disse teams funktion. Burns m.fl. viser ved hjælp af en meta-regression, at de to vigtigste elementer i de opøgende team er, at en socialarbejder med kompetence til at bevilge er del af teamet, og at teamet er opøgende og udfører den største del af sit arbejde uden for kliniske omgivelser og i borgerens eget miljø. Tre andre elementer har også påviselig betydning: at en psykiater er en del af teamet, at arbejdsformen er ægte tværfaglig, og at personalenormeringen er således, at antal borgere per behandler højst er 20.

Selvom struktur og arbejdsform hos de danske opøgende team (OP-team) adskiller sig en del fra de netop nævnte punkter, har Aagaard

& Müller-Nielsen (2011) også fundet evidens for effekten af dem. For eksempel kan det nævnes, at de danske OP-team ikke hidtil har omfattet den sociale indsats, undtagen i få specielle tilfælde som fx team, der arbejder med hjemløse (Benjaminsen, 2013).

I de skandinaviske lande har der gennem en årrække været stor interesse for metoden Åben Dialog, som egentlig er udviklet til behandling af psykoser, men som også kan være et godt udgangspunkt for integration af behandling og social indsats. Der er imidlertid kun svag evidens for effekten af denne metode (Seikkula m.fl., 2006).

DE ENKELTE FORSØG

Under projektet Integrerede Forløb er der udført seks forsøg, som alle handler om integration af regionale og kommunale indsatser i forhold til sindslidelse, men som ud over dette er meget forskellige. Konklusioner om integration som sådan kan drages på tværs af alle forsøgene, men i andre henseender kan det være hensigtsmæssigt at dele forsøgene op i tre grupper:

- Integration af indsatser over for børn
- Integration af indsatser over for voksne
- Integreret forebyggelse for voksne

Der er tale om tre forskellige områder med forskellige indsatser fra region og kommune, hvor mulighederne for at integrere indsatser er forskellige. For børn og unge sker behandlingen mest i kommunen, og samarbejdet mellem region og kommune er derfor i hovedsagen afgrænset til den relativt kortvarige udredningsfase, som foregår i den regionale psykiatri. De to første forsøg, der skal omtales – Fælles på Tværs og Den Trygge Vej – er begge på børneområdet.

De tre næste forsøg – Psykiatriens Hus, Effektiv indsats for de unge voksne og Psynergi – integrerer indsatser på voksenområdet. På dette felt er der ofte tale om mere kontinuerede indsatser såvel fra region

som fra kommune. Regionen og kommune yder på nogle punkter de samme former for indsatser, fx samtaler, terapi, social træning, social rådgivning og Åben Dialog. Det kan gøre det lettere for medarbejderne at arbejde sammen, mens vanskeligheden kun ligger i systemerne.

Endelig er der tale om en helt tredje situation, når der etableres en ny indsats af forebyggende karakter. Her er der ikke noget samarbejde i forvejen, så spørgsmålet er kun, om indsatsen fungerer godt, og om de to myndigheder er villige til at samarbejde om den. Det sidste forsøg i Integrerede Forløb, vi beskriver her – På Sporet af en Løsning – repræsenterer en helt ny indsats, som region og kommune iværksætter sammen. Her er således ikke tale om integration af indsatser, men om en ny, integreret indsats.

Afsnittene om de seks forsøg starter med et afsnit om forsøget, dets baggrund, den fornyelse det repræsenterer, dets målgruppe og dets indhold, praksis før forsøget og dets forløb. I den forbindelse bemærkes det, hvis praksis i forsøget kommer til at afvige fra den beskrivelse, man går ud fra. Dernæst fortsættes med resultater for borgere, medarbejdernes vurdering, om forsøget lever op til intentionerne, og resultatet for økonomiberegningen. Der kommer samtidig med denne rapport mere detaljerede metodebeskrivelser for det enkelte forsøg, som er udarbejdet af Implement.

Forsøgene blev fra starten af projektet opfordret til ikke at benytte de særlige forsøgsmidler til ordinær drift, men lade dem gå til de særlige aktiviteter, der var forbundet med at starte forsøget, som fx udarbejdelse af forsøgsprojektet, uddannelse til medarbejdere, kick-off seminar og lignende ting.

FÆLLES PÅ TVÆRS

Fælles på Tværs er et samarbejdsprojekt mellem Region Midtjylland og Randers Kommune.

FORSØGET

Baggrund: Udgangspunktet for Integrerede Forløb-samarbejdsprojektet mellem Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center (BUC) i Risskov og Randers Kommune var en situation omkring udredning og rådgivning om børn med psykiske vanskeligheder, hvor kommunens Pædagogisk Psyko-

logiske Rådgivning (PPR) og BUC havde hver deres roller, ligesom de fleste andre steder i landet, men et særligt samarbejde var ikke indledt. Det betød, at region og kommune undersøgte og stillede spørgsmål om de samme ting, og forældrene oplevede en mangel på sammenhæng i indsatsen.

Det nye: Forsøget går ud på, at PPR og BUC samarbejder mere integreret undervejs om udredning af barnet, at PPR er med under hele forløbet, og derfor kan påtage sig en mere specifik vejledende og koordinerende funktion, samt at kommune og region i højere grad deler deres viden, således at den specialiserede BUC-viden også bliver et aktiv i PPR's forebyggende og inkluderende ramme. I enkelte tilfælde kommer henvisningen dog fra en anden kommunal medarbejder, fx en sagsbehandler, som så indtager den rolle, PPR ellers har. Hovedmetoden er "Udredning på Tværs". Derudover indeholder forsøget også "Konsultation på Tværs", en rådgivningsfunktion, som sigter på tidlig identifikation og kvalificering af henvisninger til BUC. Forsøget har i sit sidste år ansat en børnepsykiatrisk konsulent med stor sygehuserfaring i kommunen. Mindre elementer i forsøget er "Temamøder på Tværs" og "Forældregrupper på Tværs".

Målgruppe: Målgruppen for Fælles på Tværs er samtlige børn mellem 7 og 13 år, som Randers Kommune overvejer at henvise (Konsultation på Tværs) eller faktisk henviser til BUC, og som afsnit C på BUC udreder ambulant (Udredning på Tværs). Muligvis vil forsøget udvide målgruppen til også at omhandle børn, som andre afsnit udreder.

Forsøgets indhold: Metoden "Udredning på Tværs" udpeger først en forløbskoordinator, i de fleste tilfælde PPR-psykologen. Denne går sammen med en BUC-medarbejder på hjemmebesøg, og de afholder derefter sammen et indledende netværksmøde med forældrene samt socialrådgiver og pædagogisk personale på barnets skole. Formålet er at signalere, at det er en fælles opgave med et fælles tværsektorielt ansvar, at danne et fælles vidensgrundlag og at udarbejde en fælles handleplan for forløbet, indtil resultatet af udredningen foreligger. I denne periode udreder BUC som sædvanligt barnet efter behov, og kommunen iværksætter et eventuelt tiltag med baggrund i handleplanen. Når BUC's udredning er klar, giver de tilbagemelding til forældrene, og derefter holder de medvirkende

fagfolk fra BUC og kommunen et fagligt dialogmøde, hvor de orienterer hinanden om konklusionerne samt drøfter forskellige muligheder for at imødekomme de pædagogiske, psykologiske og sociale behov, som BUC's udredning måtte afdække. Dermed er de klædt på til det afsluttende handleplansmøde, hvor de i fællesskab med forældrene formulerer en plan for, hvad de herefter vil gøre.

Samarbejdsmodellen er udviklet med afsæt i en praksis, der var gældende i et ganske lille delafsnit på et af skolebarnsafsnittene i BUC og med kun én kommune. BUC betjener samtlige kommuner i Region Midtjylland. Selvom andre afsnit har en anden praksis, vil det dog være relevant at uddrage de bærende ideer og metodeelementer, der kan bidrage til at kvalificere de kommende sundhedsaftaler.

De bærende ideer i forsøget har været: 1) Den specialiserede viden er gjort anvendelig i det kommunale arbejde med barnet; 2) den specialiserede viden er anvendt både forebyggende, diagnosticerende, behandlende og opfølgende, ligesom PPR's viden er anvendt af regionen; 3) forløbskoordinator og tydeligt fælles ansvar i hele forløbet skaber sammenhængskraft; 4) øget tilgængelighed og forventning om vidensdeling mellem sektorerne og 5) region og kommune etablerer et reelt og ligeværdigt arbejdsfællesskab om den fælles arbejdsopgave.

Praksis før forsøget: Sædvanlig praksis inden forsøget var en sekventiel model, hvor PPR henviste til BUC. BUC foretog besøg hjemme hos familien, BUC indhentede oplysninger fra de forskellige kommunale instanser, og BUC drog en konklusion. Det hele sluttede med et fælles møde mellem BUC, kommunen og forældrene. Problemet med dette sidste møde var, at det kunne have som resultat, at forældre blev utilfredse og utrygge. Da BUC på den ene side var de eneste, der var forberedte til mødet, men på den anden side ofte vidste for lidt om de kommunale tilbud, kunne det nemt komme til at se ud, som om BUC anbefalede noget, som kommunen ikke var villig til at leve op til. Det virkede uprofessionelt og var utryghedsskabende, at parterne diskuterede og havde forskellige synspunkter på, hvad der var den bedste løsning, mens forældrene hørte på det.

Forløb: I forbindelse med forsøget har Fælles på Tværs afdækket et andet centralt område, der handler om, at børnepsykiatrien kan virke, som om den ikke har viden om de kompetencer og tiltag, der ligger bag en hen-

visning til børnepsykiatrien. Kvaliteten af kommunens undersøgelser risikerer derfor at blive undervurderet. En anden problematik er den uklare afgrænsning af, hvad der tilhører børnepsykiatrien, og hvad der ikke gør.

Fidelitet: Fælles på Tværs har en hoveddel kaldet ”Udredning på Tværs”, som er bygget op af otte dele: 1) Udpegning af forløbskoordinator; 2) Hjemmebesøg på Tværs; 3) Indledende Møde på Tværs; 4) Intern BUC-konference; 5) Aktiv Ventetid; 6) Intern Udredning på BUC; 7) Fagligt Dialogmøde på Tværs og 8) Handleplansmøde på Tværs.

I alle forløb i forsøget er der (1) udpeget en forløbskoordinator, ligesom der (2) er gennemført hjemmebesøg på tværs i starten af forløbet. Alle forløbene indbefatter ligeledes (3) indledende møde på tværs, som er et netværksmøde i team V, visitationsteamet. Til sammenligning har kun 9 af de 22 børn i kontrolgruppen haft et sådant møde, så det er altså anvendt betydelig mere i forsøget end i den sædvanlige indsats.

Også (4), den interne BUC konference, hvor det afgøres, om et barn skal udredes yderligere er taget med for alle børnene i forsøget. De samme 9 børn i kontrolgruppen, som har fået hjemmebesøg og indledende møde, har også fået den interne BUC-konference. Derimod kan der ikke siges noget om punkt 5, som jo blot udtrykker, at forsøget søger at udnytte ventetiden. Punkt 6, som er selve BUC-udredningen, får alle børn, men den kan være mere eller mindre omfattende – undertiden består den kun i telefonisk tilbagemelding til forældre eller kommune.

For to af punkterne på forsøgsplanen, punkt 7 og 8, som er Fagligt Dialogmøde på Tværs og Handleplansmøde på Tværs, ses klare afvigelser fra den foreskrevne forsøgsplan for to af børnene i forsøgsgruppens vedkommende. For disse to børn er de nævnte punkter ikke blevet afviklet – det er kun sket for de øvrige 20 af børn. Disse punkter findes ikke for den sædvanlige indsats, så her kan der ikke sammenlignes med deres anvendelse for børn i kontrolgruppen.

Alt i alt giver gennemgangen af de forløbsskemaer, som evalueringen har benyttet til at beskrive de enkelte borgerforløb, et indtryk af, at forsøget er forløbet i overensstemmelse med sit program.

RESULTATER

Resultater for borgerne: Forældrene er før og efter forløbet i Fælles på Tværs blevet spurgt om, hvordan de vurderer deres relation til barnet. Der er

endvidere med individuelt match defineret en kontrolgruppe af forældre, hvis barn har fået den traditionelle behandling. Denne gruppe er kun spurgt efter barnets forløb.

Før forløbet var næsten alle forældrene (94 pct.) bekymrede for deres barns udvikling, og ingen var ikke bekymrede. Efter forløbet var 50 pct. stadig bekymrede, men nu gav 42 pct. af forældrene udtryk for, at de ikke var bekymrede. Ligeledes er forældrene i mindre grad frustrerede over deres barns situation. Det var langt den største del (88 pct.) før, men kun en tredjedel (33 pct.) efter forløbet. I kontrolgruppen efter det traditionelle forløb er 83 pct. bekymrede for deres barns udvikling, og 82 pct. er frustrerede. Disse tal er signifikant forskellige fra de tilsvarende i forsøgsgruppen på henholdsvis 6 pct.- og 2 pct.-niveauet.

Forældrene er endvidere blevet spurgt om, hvordan de vurderer deres egne evner til at håndtere barnets psykiske problemstilling. Her findes stor forskel på forældrenes vurdering før og efter forløbet i Fælles på Tværs. Et flertal af forældrene mente allerede før forløbet at have en god forståelse for deres barn og dets adfærd, men efter forløbet mener næsten alle forældrene, at de har det. En stor gruppe forældre (41 pct.) mente før forløbet at vide, hvordan de skulle håndtere konflikter med deres barn. Efter forløbet ved mere end fire femtedele det (82 pct.). De tilsvarende tal for kontrolgruppen efter forløbet adskiller sig kun lidt fra tallene i forsøgsgruppen.

Der er også sket en udvikling i positiv retning, hvad angår barnets helbred. Barnets psykiske helbred blev vurderet som meget dårligt eller dårligt af 62 pct. af forældrene før forløbet, men efter forløbet vurderer kun 11 pct. det således. Også barnets fysiske helbred vurderer forældrene som betydelig bedre efter forløbet. Og i overensstemmelse med alle de nævnte ting vurderes barnets overordnede trivsel som rigtig god eller god i langt flere tilfælde, og som dårlig i langt færre tilfælde end før forløbet.

Det er også lykkedes ganske godt at inddrage forældrene i forløbet, så de ikke har en oplevelse af, at udredning og behandling af deres barn er sket hen over hovedet på dem. 64 pct. har oplevet, at de er blevet inddraget og haft medindflydelse i forhold til deres barns udredningsforløb, og 73 pct. at de er blevet inddraget og haft medindflydelse i forhold til deres barns børnepsykiatriske behandling.

De professionelle vurdering: Medarbejderne vurderer, at forsøget betyder langt mere integration. Indsatsen er i højere grad planlagt i fællesskab – dette mener 52 procentpoint mere i forsøget, sammenlignet med før. Indsatsen foregår i højere grad samme sted (+ 59 procentpoint), men i mindre grad samtidig. Den er oftere forankret under samme ledelse (+ 39 procentpoint), og alt i alt er det medarbejdernes vurdering, at den generelle sammenhæng i indsatserne er god i betydelig flere tilfælde i forsøget, sammenlignet med situationen før (+ 40 procentpoint).

Så godt som alle medarbejderne mener sidst i forsøget, at samarbejdet med den anden gruppe fungerer godt (+ 60 procentpoint). Langt de fleste mener også, at den anden gruppe har et godt indblik i deres arbejdsgange (+ 58 procentpoint). Der sker ikke nær den samme fremgang i eget indblik i den anden gruppes arbejdsgange, men det er kun fordi, indblikket i forvejen blev vurderet som godt. Endelig sker der en stor fremgang i andelen af medarbejdere, der udtrykker, at udvekslingen af information og koordination fungerer godt (+ 41 procentpoint).

Næsten alle medarbejdere (83 pct.) giver udtryk for, at forsøgets forløbskoordinator fungerer godt. Medarbejderne giver ligeledes udtryk for, at de forskellige møder fungerer godt. Alt i alt tilkendegiver medarbejderne således, at der med forsøget er tale om en langt højere grad af integration, og at denne giver et sammenhængende forløb.

Lever forsøget op til sine succeskriterier? Fælles på Tværs' succeskriterier er at styrke samarbejdet mellem Randers Kommune og BUC og skabe glidende overgange. Samarbejdet skal resultere i, at forældre og børn i højere grad oplever udredningsforløb og indsatser mellem kommune og region som sammenhængende og mere overskuelige. Fælles på Tværs skal sikre en hurtig og koordineret indsats for barnet og skabe en oplevelse af et minimum af passiv ventetid samt flere forebyggende indsatser. Samarbejdet i Fælles på Tværs skal også spille en rolle i udviklingen af tilbud på special- og normalskoleområdet og inkluderende nærmiljøer.

Medarbejderne i Fælles på Tværs oplever i stor udstrækning, at forsøget lever op til formålet om at skabe en indsats og et udredningsforløb, der har en høj grad af sammenhæng og samarbejde mellem Randers Kommune og BUC. Medarbejderne mener, at forsøget har været med til at skabe mere effektive og målrettede forløb med en bedre koordinering mellem undersøgelser og indsatser. De medarbejdere, der har været en del af Fælles på Tværs, har fået en større gensidig faglig tillid. Dette sam-

arbejde betyder, at 76 pct. af medarbejderne vurderer, at Randers Kommune og BUC iværksætter gode forløb for børn med børnepsykiatriske problemstillinger.

Forældrene oplever, at forløbet i Fælles på Tværs er overskueligt og sammenhængende. De mener således alle, at de i høj eller nogen grad ved, hvilke medarbejdere de skal kontakte i deres barns sag. I kontrolgruppen efter forløbet er den tilsvarende andel 56 pct. – en forskel der er signifikant på 1-procents-niveau. Ligeledes mener 73 pct., at der sjældent sker unødvendige overlap mellem udredninger, undersøgelse og observationer. De fleste forældre vurderer, at ventetiden fra henvisningen til BUC og til det tidspunkt, hvor undersøgelsen gik i gang, var passende. Medarbejderne har udtrykt bekymring for, om det formøde, som de professionelle holder om barnets sag inden mødet med forældrene, var et problem for den åbne dialog og den gennemsigtige indsats. Forældrene er dog positive over for formødet. Alle forældrene (100 pct.) mener i den forbindelse, at det professionelle formøde er nyttigt.

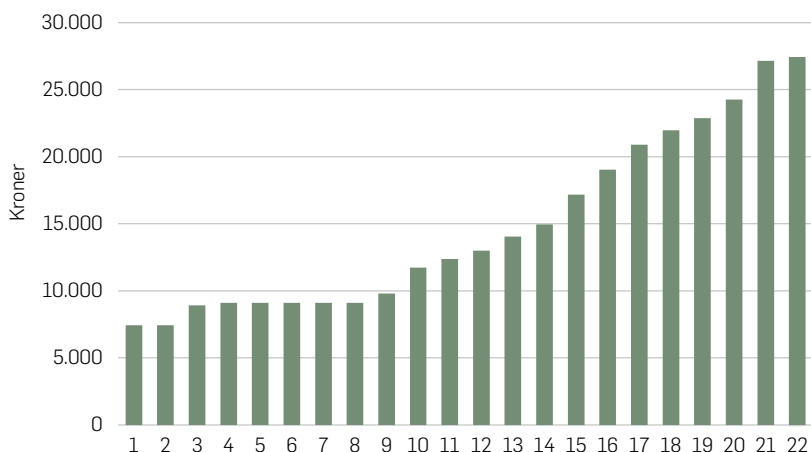
Både forældre og medarbejdere oplever, som allerede vist, at Fælles på Tværs er med til at forebygge en række psykiatriske problemstillinger hos børnene.

Medarbejderne i Fælles på Tværs vurderer samlet set, at samarbejdet med det pædagogiske område er bedre i forsøget, end det var før forsøget. PPR i Randers Kommune har ansat en børnepsykiatrisk konsulent, der skal hjælpe personalet i skolerne med at udvikle og skabe inkluderende læringsmiljøer samt udbrede specialviden om børnepsykiatri i praksis på skolerne i kommunen. Samarbejdet med den børnepsykiatriske konsulent vurderes positivt af medarbejdere såvel som forældre.

Besvarelsene peger på, at ambitionerne om et forbedret samarbejde og inklusion af det pædagogiske område i den sociale og behandlingsmæssige indsats over for børnene, som det er formuleret i succeskriterierne, er succesfuld. Randers Kommune og BUC's samarbejde bliver et aktiv i forhold til at udvikle specialtilbud og inkluderende normalskole- og fritidstilbud.

FIGUR 2.1

Omkostninger for de 22 forsøgsforløb i Fælles på Tværs. Kroner.



Kilde: Omkostningsskema, Fælles på Tværs.

Økonomien i forsøget: De følgende oplysninger om omkostningerne ved Fælles på Tværs bygger på 22 børn i forsøgsgruppen og 22 børn i kontrolgruppen, som projektlederne har matchet individuelt til børnene i forsøgsgruppen på grundlag af køn, alder og diagnose.

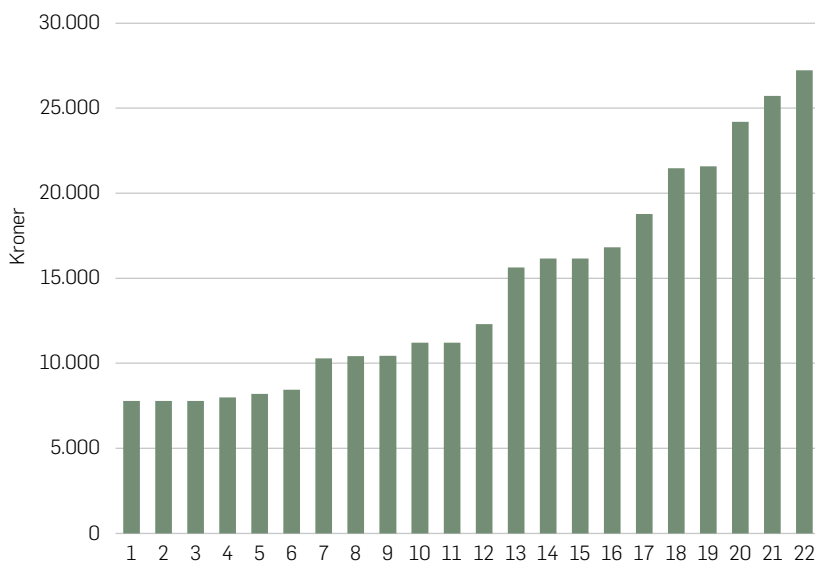
Figur 2.1 viser priserne i kroner på de 22 forløb for børnene i forsøget. De 9 af forløbene har omkostninger under 10.000 kr., mens de øvrige 13 fordeler sig jævnt mellem omkostninger på 12.000 og 27.000 kr. Den gennemsnitlige pris for et forsøgsforløb er 13.592 kr.

Figur 2.2 viser tilsvarende priserne i kroner på de 22 forløb for børnene i kontrolgruppen. Her er omkostningerne kun ved seks forløb under 10.000 kr., mens de ved de næste seks er 10-12.000 kr. Endelig fordeler 10 forløb sig jævnt fra 15.000 til 27.000 kr. For kontrolgruppen er den gennemsnitlige pris for et forløb på 15.882 kr. Omkostningerne har således været større i kontrolgruppen, end de har været i forsøgsgruppen.

De dyrere forløb er kendetegnet ved, at der har været mange udredende aktiviteter. I de dyreste forløb har BUC's udredning været meget omfattende og gjort brug af flere forskellige undersøgelser, og man har inddraget flere forskellige led (skole, psykolog, anamnese). Der har været givet pædagogisk vejledning til både skole, forældre og internt i BUC.

FIGUR 2.2

Omkostninger for de 22 kontrolforløb i Fælles på Tværs. Kroner.



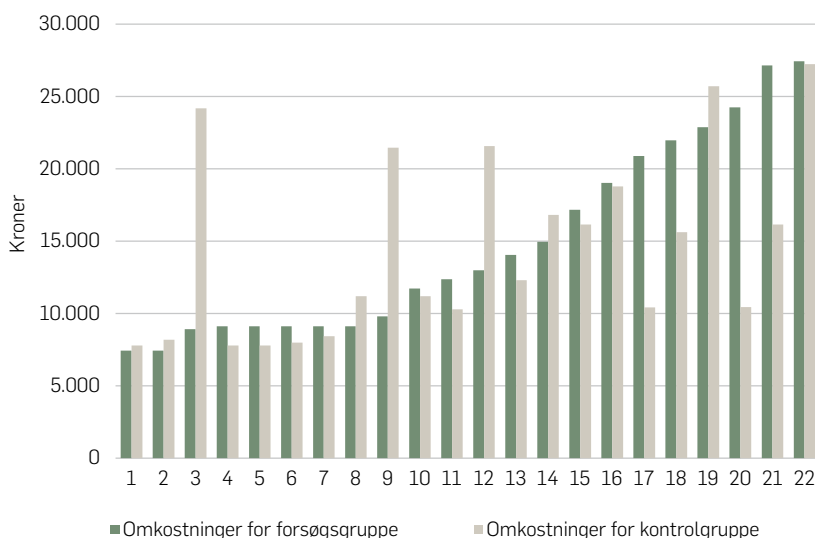
Kilde: Omkostningsskema, Fælles på Tværs.

Idet der er foretaget individuel matchning af kontrolgruppe til forsøgsgruppe, er det her muligt at sammenligne det enkelte forløb i forsøget med det tilsvarende forløb i kontrollen. Det illustrerer figur 2.3. I tre tilfælde har forløbet for børn i forsøgsgruppen resulteret i langt større omkostninger end i forbindelse med børnene i kontrolgruppen, og i tre tilfælde har forløb for børn i kontrolgruppen omvendt givet langt større omkostninger end børnene i forsøgsgruppen. I de øvrige 16 tilfælde er forskellen i omkostninger relativt lille. Den store forskel i omkostninger har at gøre med, at der i det dyre forløb har været flere udredningsaktiviteter.

Fælles på Tværs fulgte ikke helt rådet om at finansiere forsøget inden for de eksisterende budgetter. Fælles på Tværs benyttede ikke alene forsøgsmidler til de to projektledere, men også til at afprøve ansættelse af en børnepsykiatrisk konsulent på halv tid for forsøgsmidler og halv tid for kommunens midler. Omkostningsberegningen viser imidlertid, at forløbene alligevel er mindre omkostningskrævende.

FIGUR 2.3

Omkostninger for forløbene i Fælles på Tværs, særskilt for forsøgsgruppen og kontrolgruppen. Kroner.



Kilde: Omkostningsskema, Fælles på Tværs

DEN TRYGGE VEJ

Den Trygge Vej er et samarbejdsprojekt mellem Region Syddanmark og Kolding Kommune.

FORSØGET

Baggrund: Baggrunden for Den Trygge Vejs integration af indsatsen i forhold til børn med psykiske problemer er, at børnepsykiatrien og kommunen i Kolding allerede i en årrække har haft et intensivt samarbejde. Der er således lavet en samarbejdsaftale, hvor børnepsykiatri og PPR i forbindelse med udredningen af det enkelte barn afholder en samarbejdskonference. De to parter er dermed langt i et samarbejde, allerede inden forsøget starter.

Ligesom i Fælles på Tværs var der imidlertid den problematik, at region og kommune undersøgte og stillede spørgsmål om de samme ting, og forældrene oplevede en mangel på sammenhæng i indsatsen.

Det nye: Det nye, som Integrerede Forløb tilfører samarbejdet, er, at forsøget etablerer et Barnets Team for hvert barn, og giver det en rolle i koordinering af indsatsen. Barnets Team består af alle de fagprofessionelle, der er relevante for barnet for at sikre en fælles koordineret indsats i børnehave, skole og hjem. Desuden formaliserer forsøget samarbejdet ved hjælp af 24 metodebeskrivelser. De betyder blandt andet, at der er en fælles samtykkeerklæring, så PPR, Handicapafdeling og Børne- og Ungdomspsykiatri Kolding (BUPA) må udveksle oplysninger, og forældrene ikke skal opleve, at flere afdelinger stiller dem de samme spørgsmål, samt at stamoplysninger og anamnese bliver fælles (dog kun på papir, da it-systemerne ikke taler sammen). Endvidere holdes der et formøde mellem BUPA og PPR og eventuelt andre kommunale afdelinger, uden forældrene og inden den fælles samarbejdskonference. Kolding-forsøget repræsenterer et bredt samarbejde mellem region og kommune om børn med psykiske problemer, og det har fået navnet ”Den Trygge Vej”.

Målgruppe: Målgruppen for Den Trygge Vej er børn fra 5 til 13 år, der har trivselsproblemer, der er i kontakt med en eller flere kommunale instanser eller egen læge, og hvor der derudover er en mistanke om, at der er en psykiatrisk problemstilling. Den Trygge Vej har ingen afgrænsning i forhold til diagnose – det afgørende er, at der er en indsats fra kommunen, og at der er mistanke om en psykiatrisk problemstilling, der betyder, at regionen også bør medvirke.

Forsøgets indhold: Den Trygge Vej-forsøget starter, når barnet er blevet henvist, i overgangen mellem PPR og BUPA. Der har været et godt samarbejde gennem mange år, så PPR er opmærksomme på, hvad der skal til af test og undersøgelser inden en henvisning. BUPA og kommunen koordinerer derefter de videre undersøgelser i størst muligt omfang. Forsøgsforløbet slutter med, at BUPA giver forældrene en tilbagemelding med eventuel diagnose. Dernæst afholder Barnets Team et formøde uden forældre, hvor teamets medlemmer får orientering om resultatet af udredningen og deler den viden, de har om barnets og familiens behov. De drøfter endvidere, hvilke indsatser på tværs af instanser der er mulige over for dette barn og dets familie. Endelig lægger Barnets Team, børnehave, skole, SFO og familiens læge på et møde med familien en plan for behandling og fremadrettet indsats i forhold til barnet.

De bærende ideer i forsøget har været de samme som i Fælles på Tværs: 1) Den specialiserede viden er gjort anvendelig i det kommunale arbejde med barnet; 2) den specialiserede viden er anvendt både forebyggende, diagnosticerende, behandlende og opfølgende, ligesom PPR's viden er anvendt af regionen; 3) forløbskoordinator og tydeligt fælles ansvar i hele forløbet skaber sammenhængskraft og en mere glidende overgang mellem kommune og region; 4) øget tilgængelighed og forventning om vidensdeling mellem sektorerne og 5) region og kommune etablerer et reelt og ligeværdigt arbejdsfællesskab om den fælles arbejdsopgave.

Praksis før forsøget: Praksis inden forsøget var allerede præget af et udbygget samarbejde mellem BUPA og Kolding Kommune, der var allerede tale om et tilløb til integration. Kolding har benyttet forsøget Integrerede Forløb til at gennemgå og forfine elementerne i denne koordinerede indsats. Der er dermed skabt nogle fælles materialer, som kan benyttes af BUPA og de kommunale afdelinger. Endvidere er der indført et møde, hvor kommune og BUPA udveksler oplysninger. BUPA havde imidlertid forventet at kunne bygge mere på PPR's undersøgelser. Dette har vist sig vanskeligt, fordi BUPA-medarbejderne er nødt til selv at opleve barnet i situationen for at kunne lave en kvalificeret udredning.

Forløb af forsøget. Den Trygge Vej gennemgår alle henvisninger med ledelsen i PPR, inden børnene endelig henvises til børne- og ungdomspsykiatrien. Det har bevirket, at man henviser færre børn til udredning, og at børne- og ungdomspsykiatrien stort set ikke afviser nogen som grundløse. En fælles visitation mellem PPR, socialforvaltningen og BUPA inden forsøget får hurtigst muligt visiteret barnet derhen, hvor det skal have hjælp – fx PPR, familieafdelingen eller BUPA. Det sikrer en fælles koordineret indsats over for familien.

Fidelitet: Den Trygge Vej ændrede sit forsøg efter at have arbejdet et par måneder, idet et møde i Barnets Team blev flyttet frem i starten af forløbet. Mødet i Barnets Team er dog, både før og efter denne ændring, en central del af metoden. De første 8 af de 62 forløb har fulgt den første model.

Der er registreret 62 borgerforløb i Den Trygge Vej. Et centralt element i Den Trygge Vejs metode er tilbagemeldingen til forældrene – et af børnene har ikke fået denne, men ellers har alle børn fået tilbage-

melding. Samarbejdskonference og formøde har mange af børnene i forsøget ikke fået, men disse elementer er heller ikke obligatoriske. Alt i alt er det indtrykket, at forløbene i Den Trygge Vej er foregået, som det var hensigten.

RESULTATER

Forældrene er før og efter forløbet i Den Trygge Vej blevet spurgt om, hvordan de vurderer deres relation til barnet.

Før forløbet var næsten alle forældrene (86 pct.) bekymrede for deres barns udvikling. Kun 3 pct. af forældrene var ikke bekymrede. Efter forløbet var alle forældrene (100 pct.) imidlertid bekymrede. Derimod er forældrene i mindre grad frustrerede over deres barns situation. Før forløbet var 83 pct. af forældrene frustrerede over deres barns situation, og 6 pct. var ikke frustrerede. Efter forløbet var 63 pct. af forældrene frustrerede over deres barns situation, mens 19 pct. ikke var. Indsatsen har således ikke gjort forældrene mindre bekymrede, men den ser ud til at have givet dem en oplevelse af, at de kan komme videre.

Forældrene er endvidere blevet spurgt om, hvordan de vurderer deres egne evner til at håndtere barnets psykiske problemstilling. Der er stor forskel på forældrenes vurdering før og efter forløbet i Den Trygge Vej. Et flertal af forældrene (71 pct.) mente allerede før forløbet at have en god forståelse for deres barn og dets adfærd, men efter forløbet mener 82 pct. forældrene, at de har det. En stor gruppe forældre (44 pct.) mente før forløbet at vide, hvordan de skulle håndtere konflikter med deres barn. Efter forløbet mener næsten to tredjedele at vide det (63 pct.).

Der er også sket en udvikling i positiv retning, hvad angår barnets fysiske helbred. Dette blev vurderet som godt eller meget godt af 75 pct. af forældrene før forsøget, men af 88 pct. efter. Forældrenes vurdering af barnets psykiske helbred ser derimod mere kompliceret ud. Før forløbet vurderede 40 pct. dette som meget dårligt eller dårligt, og efter forløbet har 38 pct. den samme vurdering. Men andelen, der vurderer barnets psykiske helbred som godt, er faldet stærkt, fra 36 pct. før til 19 pct. efter. Flere forældre ser således ud til at være blevet gjort bevidste om, at deres barn har en form for psykisk lidelse.

Forældrene til børn i forsøget Den Trygge Vej oplever, at de er blevet hørt og inddraget i barnets forløb – for en stor dels vedkommende dog kun i nogen grad. 40 pct. oplever, at de er blevet hørt og mødt af personalet i Kolding Kommune og BUPA i høj eller meget høj grad og

lige så mange i nogen grad. 44 pct. oplever, at de er blevet inddraget og har haft medindflydelse i undersøgelsen af og indsatsen over for deres barn i høj eller meget høj grad, og igen er der lige så mange, der mener dette i nogen grad.

De professionelle vurdering af den nye indsats: Medarbejderne giver udtryk for, at indsatsen i forsøget er mere integreret end indsatsen før. Betydeligt flere medarbejdere mener, at indsatsen er planlagt i fællesskab i forsøget, sammenlignet med før (+ 39 procentpoint). Det er især, fordi indsatsen er forankret under samme ledelse (+ 57 procentpoint). I forsøget er der i meget højere grad tale om, at indsatserne foregår samtidigt (+ 57 procentpoint), men de foregår ikke samme sted. Der er i højere grad tale om, at de foregår parallelt. Det betyder, at der i langt flere tilfælde end før er generel sammenhæng i indsatsen (+ 58 pct. points).

Medarbejderne fra henholdsvis region og kommune vurderer i langt flere tilfælde i forsøget, sammenlignet med før forsøget, at samarbejdet med den anden gruppe er godt (+ 56 procentpoint). Ligeledes vurderer de i langt flere tilfælde end før, at den anden gruppe har et godt indblik i deres arbejdsgange (+ 52 procentpoint). Her er medarbejderne ikke før forsøget spurgt, om de mener, at de selv har et godt indblik i den anden gruppes arbejdsgange, men i forsøget mener næsten alle, at de har det. Endelig ses der stor fremgang i andelen af medarbejdere, der finder udvekslingen af information og koordinationen i indsatsen god (+ 43 procentpoint).

Medarbejderne i Den Trygge Vej finder generelt, at møderne i forsøget fungerer godt. Derimod er det kun næsten et flertal (46 pct.), der mener, at den faste kontaktperson i forsøget fungerer godt.

Lever forsøget op til sine succeskriterier? Succeskriterierne for Den Trygge Vej er, at medarbejderne skal opleve, at de bygger oven på hinandens viden og udviser faglig tillid, at der er god koordinering og effektivitet i forløbene, samt at medarbejderne selv oplever faglig tilfredshed og arbejdsglæde. Forældrene skal opleve en høj grad af sammenhæng og gennemsigthed i indsatsen mellem henholdsvis PPR, familierådgivningen og BUPA. Den Trygge Vej har valgt at konkretisere succeskriterierne således, at de skal opfylde et vist procentmål¹.

1. Den Trygge Vej har fast et procentmål på, at 90 pct.- og i et spørgsmål 80 pct. - af medarbejderne og forældrene skal opleve de forskellige aspekter i succeskriterierne.

De fleste medarbejdere (92 pct.) er positive over for Den Trygge Vejs evne til at iværksætte behandlingsforløb, der kan opleves som mere sammenhængende for familierne. Medarbejderne i Den Trygge Vej vurderer i overvejende grad, at der er gensidig faglig tillid (75 pct.), god koordinering mellem sektorerne (69 pct.), og at medarbejderne undgår dobbeltarbejde og dermed sparer tid (64 pct.). Den Trygge Vej har således vurderet, at forsøget har skabt fremgang på en del af de temaer, som var problematiske i den tidligere praksis.

Både i den kvalitative og kvantitative undersøgelse kommer det derudover frem, at de regionale medarbejdere oplever, at der i Den Trygge Vej er problemer i samarbejdet med dele af Kolding Kommune. Det handler især om Handicapafdelingen og Familieafdelingen. Ifølge projektledelsen skyldes det negative resultat på dette punkt dog, at medarbejderne har misforstået forsøget og troet, at det var meningen at involvere disse afdelinger undervejs. De skal imidlertid først ind i billedet, når barnet er udredt.

30 pct. af medarbejderne mener, at den faglige tilfredshed og arbejdsglæde har bevæget sig i den positive retning. 65 pct. mener, at arbejdsglæden og tilfredsheden er den samme som før. Det skal dog bemærkes, at 83 pct. af medarbejderne allerede i førmålingen gav udtryk for, at de i nogen grad eller i høj grad trivedes og var tilfreds med arbejdspladsen. Arbejdsglæden og tilfredsheden var altså høj i forvejen, og det er grunden til, at den ikke kan vokse så meget.

Halvdelen (50 pct.) af forældrene oplever, at der i meget høj eller høj grad er sammenhæng mellem de forskellige undersøgelser og indsatser, som iværksættes af PPR, BUPA, Familierådgivningen og Handicapafdelingen, og 38 pct. oplever, at der i nogen grad er det. Forældrene er positive over for gennemsigtigheden i forløbet, idet alle (100 pct.) mener at vide, hvilken fagprofessionel, dvs. barnets kontaktperson, de skal kontakte vedrørende deres barn. Under halvdelen (46 pct.) mener dog, at de fagprofessionelle i meget høj eller høj grad taler samme sprog, dog er der også her en stor del (39 pct.), der mener, at de i nogen grad gør det.

Succeskriterierne er i det store og hele opfyldt. Vurderingerne kan ikke helt leve op til de fastsatte procentmål af fagprofessionelle, men er alligevel et godt resultat.

Økonomien i forsøget: Økonomioplysningerne fra Den Trygge Vej bygger på forløbsskemaer for 62 børn. Gennemsnitsprisen for et forløb er 7.646

kr. Det ser ved første øjekast ud til at være en del mindre end beløbet for Fælles på Tværs, men beløbene er ikke sammenlignelige, for grundlaget for beregningerne er ikke harmoniseret. Det har heller ikke været formålet at sammenligne forskellige forsøg. Det mindst omkostningstunge forløb i Den Trygge Vej har været på 3.083 kr., det mest omkostningstunge forløb har været på 12.121 kr. Figur 2.4 viser omkostningerne for de 62 forløb. Der er ikke beregnet omkostninger for en referencegruppe i Den Trygge Vej.

De mindst omkostningstunge forløb er karakteriseret ved, at barnet kun har fået en del af indsatserne førstegangssamtale med læge, førstegangssamtale med psykolog, tilbagemelding til forældrene ved psykolog, stamanamnese med psykolog, intern konference med affektivt team og stamanamnese med sygeplejerske. Det skal dog bemærkes, at forældrene altid har fået en tilbagemelding.

FIGUR 2.4

Omkostningerne for de 62 forsøgsforløb i Den Trygge Vej. Kroner.



Kilde: Omkostningsskema, Den Trygge Vej.

De mest omkostningstunge forløb er karakteriseret ved, at barnet har fået flere indsatser blandt følgende: psykologisk test ved læge, fysioterapeut-undersøgelse, telefonkontakt med læge, telefonkontakt med syge-

plejerske, telefonkontakt med psykolog, tilbagemelding til forældre ved læge, tilbagemelding til forældre ved psykolog, formøde, samarbejdskonference og møde i Barnets Team.

Den Trygge Vej holdt sig tæt på idealet om at finansiere forsøget inden for de eksisterende budgetter. Derfor kan det uden at se nærmere på den enkelte borger siges, at forsøget Den Trygge Vej ikke betyder nogen fordyrelse set i forhold til de procedurer, som PPR Kolding og Region Syddanmark fulgte på området inden forsøget.

PSYKIATRIENS HUS

Psykiatriens Hus er et samarbejdsprojekt mellem Region Midtjylland og Silkeborg Kommune. Det er det eneste af forsøgene, der ikke har antaget et navn, idet det blot har kaldt sig Projekt Integreerede Forløb, Psykiatriens Hus. Her vil det blot blive omtalt som Psykiatriens Hus.

FORSØGET

Baggrund: Silkeborg blev kontaktet med henblik på et forsøg under Integreerede Forløb, fordi kommune og region her allerede var i gang med at etablere Psykiatriens Hus, som blev indviet kort tid efter, at Integreerede Forløb startede. Psykiatriens Hus er et hus, hvor både den regionale psykiatri og kommunens socialpsykiatri holder til. Baggrunden for Psykiatriens Hus var lokal: Planer om at nedlægge de psykiatriske sengepladser i Silkeborg, så patienterne skulle til Aarhus, havde vakt modstand og fremkaldt et ønske om at etablere en enhed på tværs, hvor der også kunne være midlertidige døgnpladser. Det var kommunen villig til at lægge ekstra økonomi i. Håbet var, at udbygningen af den ambulante psykiatri og samarbejdet mellem lokal- og socialpsykiatri kunne være med til at minimere antallet af indlæggelser i Aarhus, som ligger 40 km vestpå.

Det nye: Psykiatriens Hus er imidlertid også på andre måder en naturlig ramme for samarbejde. Forsøget kom dermed på et tidspunkt, hvor rammerne for at arbejde efter nye metoder var etableret, og personale derfor var på udkig efter måder, psykiatrien og den sociale indsats kunne samarbejde på, samtidig med at de skulle til at fungere under nye rammer. Projektledelsen, der blev dannet til at forestå forsøget, valgte som udgangspunkt, at det som målgruppe skulle have borgere, som var brugere

både af psykiatri og jobcenter. På en konference i København i efteråret 2011 hørte projektledelsen om Åben Dialog, og den var med det samme overbevist om, at det skulle være tilgangen.

Målgruppe: Målgruppen for forsøget er defineret som voksne, der bliver brugere af både regionale og kommunale tilbud. De kan i forvejen være brugere af et af stederne, men bliver en del af målgruppen for forsøget ved at blive brugere også af et andet, således at de får et sammensat eller komplekst tilbud. Diagnosen kan være psykotisk eller ikke-psykotisk – det går man ikke op i. Kun typen af indsats – ikke typen af sindslidelse – bestemmer, om en borger hører til målgruppen eller ej. Det afgørende er, om indsatsen er kompleks set i forhold til indsatssystemet, og ikke hvor kompliceret lidelsen er.

Forsøgets indhold: Indholdet i forsøget er Åben Dialog-møder. Deri ligger, at indsatsen for borgeren tager form af et netværksmøde med borgeren, nærmeste familie, venner, arbejdskolleger eller andre relevante personer samt med de personer fra region og kommune, der har med borgeren at gøre – eller kommer til at få det. Netværksmødet har en Åben Dialog-tilgang, hvilket betyder, at det skal åbne for en dialog om det, borgeren finder væsentligt, at der bliver talt om på det pågældende tidspunkt og afklare, hvem der skal medvirke ved en løsning. Medlemmerne af netværket bidrager med, hvad de kan gøre for at medvirke til en løsning. Region og kommune beslutter, hvad de så skal sætte ind med i fællesskab med borgeren og de pårørende. Hvis det bliver nødvendigt, kan forsøget holde et netværksmøde mere på et senere tidspunkt om de problemer, der så er aktuelle.

De bærende elementer i Projekt Integrerede Forløb, Psykiatriens hus, er et integreret samarbejde mellem regionspsykiatri, socialpsykiatri, jobcenter og socialsektion for borgere med en psykiatrisk problemstilling, som har behov for en beskæftigelsesrettet indsats og er eller har behov for tilknytning til enten social- eller regionspsykiatri. Åben Dialog bruges som samarbejdsform på netværksmøder, hvor pårørende og andet fagligt netværk deltager med borgeren i centrum til at sætte dagsordenen og italesætte egne mål og problematikker. Desuden er der ved Åben Dialog-møder fokus på det tværsektorielle samarbejde og skabelse af sammenhæng og fælles indsats for borgeren.

Praksis før forsøget: Praksis inden forsøget var, at kommune og region indtog hinanden omkring den enkelte borger langt henne i et forløb, og der var stor risiko for, at der blev arbejdet i forskellig retning fra de forskellige instanser, eller at samme indsats blev givet af forskellige parter. Instanserne kom med hver deres tilbud i stedet for at bidrage til ét samlet. Indsatsen skete endvidere, såvel i region som i kommune, uden særligt høj grad af medvirken af borgerens netværk. Det blev derfor ikke belyst, hvad netværket eventuelt kunne klare, ligesom det ofte var begrænset, hvor meget netværket i det hele taget blev inddraget. I forsøget medvirker netværket mere aktivt, og det bliver en aktiv medspiller i den enkelte borgers forløb.

Forløb. Praktiseringen af Åben Dialog kræver, at medarbejdere fra regionspsykiatrien, socialpsykiatrien, jobcentret og eventuelt andre kommunale afdelinger samt borgere og pårørende skal kunne mødes på samme tid, hvilket planlægningsmæssigt kan udgøre et problem. Forsøget har i nogle tilfælde oplevet udfordringer i at få de pårørende til at deltage i netværksmøderne. Forsøget oplever dog positive tilbagemeldinger fra både deltagende pårørende og borgere og strækker sig langt for at få alle til at mødes på samme tid til hvert netværksmøde, selvom det kan være svært at passe ind i den daglige praksis. Medarbejderne i jobcentret har oplevet netværksmøderne som utroligt tidskrævende og har haft svært ved at passe dem ned i en travl hverdag.

Psykiatriens Hus har fra begyndelsen bredt forsøget ud til at vedrøre regionspsykiatri, socialpsykiatri og jobcenter. Forsøget vil fortsætte med at praktisere Åben Dialog og er derfor opmærksomme på at udbrede Åben Dialog til en større del af både den regionale og kommunale organisation, således at de erfaringer, Psykiatriens Hus har gjort sig, kan være en del af implementeringen af forsøget. I Psykiatriens Hus har de haft en god ledelsesmæssig opbakning hele vejen, hvilket har betydet, at det er lykkedes at få inddraget jobcentret.

Fidelitet: I Psykiatriens Hus har vi registreret 41 borgerforløb. Et kriterium for borgerne i målgruppen har været, at de er brugere af såvel kommunale som regionale tilbud, altså at indsatsen er kompleks. Det er dog ikke alle borgere, der har fået indsatser fra både region og kommune. 36 borgerne har fået indsatser fra både kommune og region – for en del af disse borgers vedkommende kommer kommunens indsats fra jobcen-

tret. Fire borgere har kun fået indsats fra kommunen (tre af dem kon-
tanthjælp sammen med en anden kommunal indsats og en kun kontant-
hjælp), og en borger har kun fået indsats i regionalt regi i form af ambu-
lante ydelser.

Psykiatriens Hus afholder netværksmøder, der tager *udgangspunkt*
i tilgangen Åben Dialog. Forsøget benytter sig således af en tillempet
model af Åben Dialogs grundprincipper, og det er altså ikke en ren Åben
Dialog-tilgang. Psykiatriens Hus benytter sig af en reflekteret samtaletek-
nik på netværksmøderne og bestræber sig på at yde hurtig hjælp, dvs. at
de indkalder til netværksmøder så hurtigt som muligt og inden for 10
dage efter, at borgeren har sagt ja til at deltage i forsøget. Første net-
værksmøde med borgeren skal være afholdt inden for tre uger efter, at
borgeren har valgt at deltage. Det viste sig, at det i praksis ikke var muligt
at holde netværksmøde så hurtigt, som man oprindeligt ville (inden for en
frist på maksimalt 10 dage). I virkeligheden er ventetiden blevet over tre
uger i en del tilfælde.

RESULTATER

Borgerne, der har været gennem forløbet, har før og efter dette fået 11
spørgsmål om, hvordan de selv oplever deres psykiske tilstand. Før for-
løbet erklærer 50 pct. af borgerne sig meget enige i, at de kan håndtere
deres problemer på egen hånd eller ved, hvor de skal gå hen for at få
hjælp, men for ingen af de andre udsagns vedkommende er der mere end
40 pct., der er meget enige. Efter forløbet har alle udsagn flere meget
enige, bortset fra udsagnet ”jeg har ingen problemer med at indgå på ar-
bejdsmarkedet”.

Størst fremgang er der i ”jeg har et godt socialt netværk”, der går
fra 40 pct. til 75 pct. meget enige. Herefter kommer ”jeg kan overskue
mit liv”, der går fra 17 pct. til 50 pct., ”jeg tror på mine egne ressourcer”,
der går fra 30 pct. til 58 pct., ”jeg er tilfreds med mit liv”, der går fra 15
pct. til 42 pct., ”jeg har en meningsfuld hverdag at stå op til”, der går fra
15 pct. til 42 pct., og ”jeg har ingen problemer med at klare dagligdagen
selv”, der går fra 20 pct. til 46 pct. Andelen, der mener at kunne håndtere
sine problemer selv, er derimod kun øget fra 50 pct. til 58 pct.

Alt i alt giver borgernes udsagn et indtryk af, at de har fået hold
på nogle konkrete problemer med deres sociale netværk og hverdag, har
fået større tro på sig selv og finder større mening i tingene. Det er også
forventeligt i betragtning af, at forsøget benytter netværksmetoder. Men

selvom det også inddrager jobcentret i en central rolle, opnår det ikke, at borgerne mener, de er kommet nærmere på et arbejde.

De professionelle vurdering af den nye indsats: Selvom Psykiatriens Hus i sig selv er udtryk for en samling af regionens og kommunens indsats, vurderer medarbejderne, at forsøget betyder en styrkelse af integrationen. En langt større del af medarbejderne mener nu, at indsatserne planlægges i fællesskab (+ 44 procentpoint). Ikke overraskende betyder Psykiatriens Hus, at flere oplever, at indsatserne foregår samme sted (+ 45 procentpoint). Den valgte model – Åben Dialog – betyder, at indsatserne i flere tilfælde foregår samtidig (+39 procentpoint). En langt større del af medarbejderne oplever indsatserne i forsøget som forankret under samme ledelse (+ 31 procentpoint). Andelen, der oplever generel sammenhæng i indsatserne, er ikke steget så meget (+ 22 procentpoint), men det er kun, fordi den i forvejen var høj.

Medarbejderne i Psykiatriens Hus oplever i højere grad en udveksling af information og koordinering af viden om den enkelte borger (+31 procentpoint). Der er også en større andel, som i forsøget oplever, at den anden gruppe har indblik i deres arbejdsgange og indsatsmuligheder, til trods for at denne andel i forvejen var høj (+ 28 procentpoint). Noget tilsvarende gælder for medarbejdernes indblik i den anden gruppes arbejdsgange og indsatsmuligheder samt for spørgsmålet om samarbejde med den anden gruppe.

Medarbejderne har en positiv vurdering af Åben Dialog-møderne. En stor gruppe medarbejdere mener ikke, at de er i stand til at vurdere funktionen som tovholder, men mange af dem har heller ikke prøvet det. Derfor er det kun 44 pct., der vurderer, at rollen som tovholder fungerer godt.

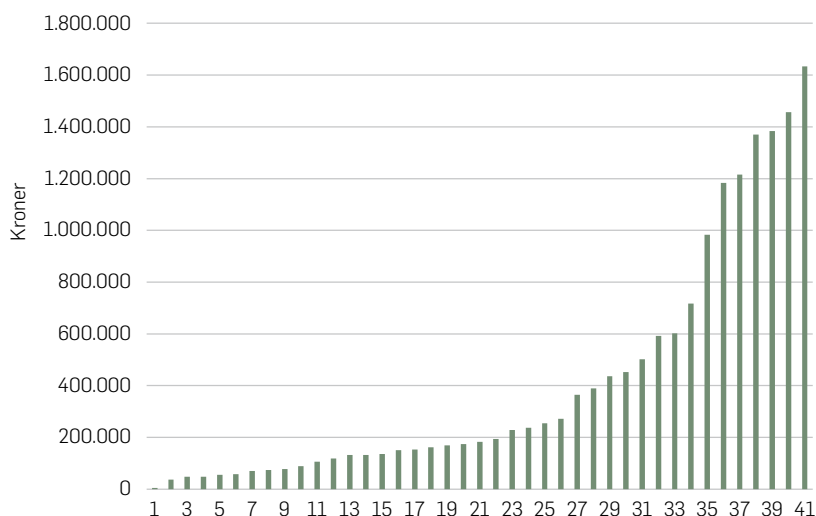
Lever forsøget op til sine succeskriterier? Psykiatriens Hus har valgt at måle successen ved at spørge borgerne, idet forsøgets grundtanke hviler på en ide om, at borgeren skal inddrages mest muligt.

Ifølge Psykiatriens Hus' indledende kortlægning af de borgeroplevede problemer, oplevede borgerne før forsøget at skulle fortælle deres historie mange gange til forskellige fagpersoner. Borgerne oplevede, at der var manglende viden om og forståelse for deres situation blandt fagpersonerne på tværs af afdelinger og sektorer. Det gjorde sig specielt gældende i forhold til arbejdsmarkedsdelen i psykiatrien og også om-

vendt i forhold til psykiatri i arbejdsmarkedsdelen. Til slut oplevede borgerne en ukoordineret indsats og manglende kommunikation mellem fagpersonerne. Borgerne oplevede det især som frustrerende, når fagpersonerne havde modsatrettede oplevelser af, hvad den enkelte borgers behov var.

FIGUR 2.5

Omkostningerne for de 41 forsøgsforløb i Psykiatriens Hus. Kroner.



Kilde: Omkostningsskema, Psykiatriens Hus.

Succeskriterierne i Psykiatriens Hus drejer sig dermed om, hvilke virkninger borgerne oplever. Psykiatriens Hus skriver i deres metodebeskrivelse, at de har bygget succeskriterierne op omkring spørgsmål i SFI's spørgeskema og borgerens vurdering af enkelte spørgsmål. Succeskriterierne inddrager følgende seks aspekter: 1) borgerens sociale netværk og tilfredshed med eget liv; 2) borgerens vurdering af eget psykiske helbred; 3) borgerens selvrespekt; 4) borgerens indflydelse på eget liv; 5) borgerens livsglæde og 6) om borgeren kommer tættere på job og uddannelse.

Borgerne oplever som nævnt en fremgang på de fleste punkter, og dermed kan man sige, at succeskriterierne er opfyldt. Medarbejderne mener ligeledes, at borgerne har oplevet klar fremgang i forhold til sociale relationer og livskvalitet igennem forsøget. Endvidere mener både

borgere og medarbejdere, at borgerne bliver hørt og mødt på netværks-møderne med Åben Dialog. Der er dog ikke helt den store fremgang at spore, når det kommer til, om borgerne er kommet tættere på uddannelse eller arbejdsmarkedet.

Økonomien i forsøget. Der er beregnet omkostninger for 41 borgere. De 25 fordeler sig jævnt mellem 0 og godt 200.000 kr., de næste 9 mellem 200.000 og 700.000 kr., mens de dyreste syv varierer mellem 1 og godt 1,6 mio. kr. Den gennemsnitlige omkostning har været 405.939 kr., og omkostningerne varierer mellem 5.064 kr. og 1.633.910 kr. De seks dyreste forløb tegner sig tilsammen for mere end halvdelen af udgifterne. For de billigste forløb har der kun været ambulante ydelser, og for de dyre har der været ydet botilbud, dagtilbud og kontanthjælp.

Ved vurderingen af omkostningerne må man imidlertid tage i betragtning, at Silkeborg Kommune allerede ved etableringen af selve Psykiatriens Hus – som skete nogenlunde samtidig med forsøgsstarten for Integrerede Forløb – havde accepteret væsentlig højere udgifter på området sindslidelse for til gengæld at opnå, at kommunens borgere kunne blive behandlet lokalt og ikke skulle sendes til Aarhus for en indlæggelse. Idet det sædvanlige udgiftsniveau således var sat ud af spillet allerede ved forsøgets start, er det ikke på samme måde, som ved de andre forsøg, muligt at sammenligne det samlede forbrug i forsøget med det samlede forbrug inden eller uden for forsøget.

EFFEKTIV INDSATS FOR DE UNGE VOKSNE

Effektiv indsats for de unge voksne er et samarbejdsprojekt mellem Region Midtjylland og Holstebro Kommune.

FORSØGET

Baggrund: Holstebro har siden 1980'erne været hjemsted for en socialt orienteret psykiatri, og der er derfor tradition for et nært samarbejde hvis ikke ligefrem integration mellem psykiatri og socialpsykiatri. Forsøget tager udgangspunkt i det gode samarbejde, der har været mellem kommunen og regionspsykiatrien, men som har ændret sig i takt med, at der er sket organisatoriske ændringer. Der var et ønske om at forny samarbejdet og løfte det til et højere niveau.

Det nye: Integrerede Forløb bringer jobcentret, den sociale myndighed og familieafdelingen med i en integration, og det samarbejde, der tidligere har været mellem regionspsykiatrien og kommunen inden kommunal-reformen, genopstår. Jobcentret har ikke tidligere været en integreret del af indsatsen i forhold til mennesker med sindslidelse i Holstebro, så det er den mest afgørende fornyelse, der er sket med Integrerede Forløb. En anden væsentlig fornyelse er afklaringsteamet, som består af ledere fra forskellige dele af region og kommune. Afklaringsteamet giver en struktureret organisering af mødehyppighed og tid. Afklaringsteamet udpeger en forløbskoordinator og udarbejder en foreløbig handleplan. Forløbskoordinatoren følger og støtter derefter borgeren rundt i systemet og koordinerer på tværs af sektorer. Et sidste element er en vandrejournal på en USB-nøgle, som gør, at borgeren ikke skal fortælle den samme historie igen og igen.

Målgruppe: Målgruppen er unge sindslidende mellem 18-25 år med bopæl i kommunen, der modtager kontanthjælp, eller som forventes at være på vej ind i et kontanthjælpsforløb. Der er ikke nogen afgrænsning med hensyn til diagnose – det kan være unge, der får en psykose eller unge der går i stå og ikke kommer videre i deres tilværelse.

Forsøgets indhold: Samarbejdsmodellen skal overordnet ses som en tværfaglig indsats, hvor fokus er borgeren, hvis ønsker og behov er styrende for indsatsen. Det tværfaglige og tværsektorielle team skal levere den samlede indsats, så borgeren har færrest mulig kontakter på tværs af sektorerne. Forsøgets overordnede mål er at skabe konsensus i det samlede tilbud til den enkelte borger samt at skabe et integreret forløb og koordinere indsatsen på tværs og mellem region og kommune og dermed sikre udgangspunktet i den enkelte borgers behov og potentialer. Samarbejdsmodellen samler instanser i kommunen og regionen i et afklaringsteam, der har til opgave at finde ud af, hvad de konkrete behov er hos den enkelte unge borger. Inden Integrerede Forløb blev etableret, var det ikke unormalt, at en afklaring kunne tage 3-4 år.

Offentlige myndighedspersoner og egen læge, som har kontakt med den unge, kan med samtykke fra den unge, og hvis de vurderer det relevant, bringe en sag op til fælles afklaring. Afklaringsteamet vil så tage sagen op på et møde. Det består af: teamleder fra jobcenteret, sektionsleder fra visitation og rådgivning, overlæge fra regionspsykiatrien samt

sektionsleder fra familieafdelingen. Da teamet består af ledere, kan det med det samme træffe beslutning om en koordineret indsats og en indledende plan. Teamet vælger blandt deres medarbejdere en forløbskoordinator. Hvem det bliver, afhænger af, hvilken indsats teamet tilbyder.

Forløbskoordinatoren støtter borgeren i at følge den handleplan, som afklaringsteammet i samarbejde med borgeren har udarbejdet. Handleplanen bliver en del af borgerens vandrejournal. En anden del af indsatsen er at forebygge og opdage de unges problematikker tidligt. I forbindelse med forsøget har medarbejderne spurgt de unge voksne og deres familier om, hvilke udfordringer de har oplevet i behandlingssystemet, socialsystemet og arbejdsmarkedssystemet. De svarede, at de skulle meget langt ud, før de blev hørt, og før systemet tog hånd om dem.

Et bærende element i Effektiv indsats er afklaringsteamet, som starter et forløb med at tage stilling til, hvilke former for indsatser borgeren skal modtage, hvordan kommune og region kommer ind i billedet til at yde disse indsatser, og hvem der som forløbskoordinator skal skabe sammenhæng for borgeren. Et andet bærende element er forløbskoordinatoren, som binder de efterfølgende indsatser sammen, mens det tværfaglige og tværsektorielle team er det tredje. Endelig er det afgørende, at der hurtigt kan træffes beslutning om indsatsen. Modellen forudsætter, at region og kommune ønsker et samarbejde, og at borgerens ønsker og behov styrer indsatsen.

Praksis før forsøget: Indholdet i den anvendte praksis inden forsøget var, at visitationen til tilbud i regionen altid foregik via den praktiserende læge. Den unge blev sammen med den nærmeste familie, venner eller andre relevante personer indkaldt til en forsamtale med to behandlere fra regionspsykiatrien. De udarbejdede en behandlingsplan med udgangspunkt i den psykiatriske problemstilling. Forsamtalen foregik imidlertid uden medvirken af den kommunale myndighed og jobcentret, selvom den unge i reglen også benyttede dem. Ligeledes foregik visitationen til tilbud i kommunen uden medvirken af de regionale fagpersoner, der eventuelt allerede ydede en indsats til den pågældende borger.

Forløb: Forløbet i Effektiv indsats for de unge voksne har været præget af, at der også før forsøget har været tradition for samarbejde mellem hospital og kommune. Før forsøget har de kommunale afdelinger haft tendens til at skubbe ansvaret for borgerne rundt mellem sig, fordi ingen grundet

knappe ressourcer ønskede at påtage sig det. Derfor har forløbskoordinatoren i dette forsøg spillet en meget stor rolle i at samle de forskellige indsatser, som borgerne får fra Holstebro Kommune. Forsøget har således arbejdet med at udvikle koordinatorens kontaktflade og relation til andre medarbejdere gennem temadage og kurser.

Ud over arbejdet med den tværsektorielle og internt-kommunale integration har forsøget arbejdet med at udvikle integration mellem ungdoms- og voksenpsykiatrien. Det lykkedes dog ikke fra begyndelsen at få ungdomspsykiatrien med i forsøget, men man har gennem forsøgsfasen forsøgt at få det til at ske. Misbrugsenheden har ikke været med i projektgruppen fra starten, men den er i løbet af forsøget kommet med i afklaringsteamet, således at den er med, når det handler om en borger med misbrugsproblemer.

Regionspsykiatrien Vest, som ledelsesmæssigt er blevet en samlet enhed i Herning og Holstebro, har gennem det sidste år af forsøgsperioden været igennem store organisatoriske forandringer. Det har derfor ikke været muligt at lave egentlig integration med team for misbrug og psykiatri og ungdomspsykiatrien. Begge afdelinger har været deltagere ad hoc i afklaringsteam-mødet, når der har været borgere inden for deres målgruppe. Forandringerne har i det hele taget givet uro og formentlig også påvirket efter-besvarelserne i forsøget.

I Effektiv indsats for de unge voksne har det været centralt fra starten, at der har været beslutningskompetence i afklaringsteamet, således at man med det samme kan tage stilling til og beslutte næste skridt i forløbet. I løbet af forsøget har de arbejdet med at uddelegere beslutningskompetencen, hvis der eksempelvis har været sygdom eller afbud, således at processen med borgeren ikke går i stå. Dette aspekt er tæt forbundet med, at der i forsøget har været en høj grad af ledelsesopbakning hele vejen igennem.

I forsøgets forløb har især Holstebro Kommune påpeget, at det sommetider har været svært at samle alle fagpersoner omkring en sag. Det efterlyses, at afklaringsteamet tilpasses den enkelte borgers kompleksitetsgrad, så teamets arbejde bliver mindre tidskrævende, hvis problematikken er mindre kompleks. Afklaringsteamet er dog gennem forsøget blevet bedre og hurtigere til at afklare borgerens sag, især hvis borgerens sag udelukkende er social og ikke psykiatrisk.

Fidelitet: Vi har registreret 43 borgerforløb i Effektiv indsats for de unge voksne, som i alle tilfælde er startet med et møde i afklaringsteamet. 2 af borgerene i forsøget har kun fået regional indsats, mens 14 borgere kun har fået en kommunal indsats. Dette er netop et resultat af, at disse borgere ikke har haft brug for den ene type indsats, men at man har målrettet indsatsen efter afklaringssteammødet.

På den halve times afklaringsmøde har man på tværs af kommune- og regionspsykiatrien sammen fundet frem til den type koordinerede indsats, som er bedst for borgeren med henblik på, at borgeren har færrest mulige kontakter i systemet. Derfor er det forhold, at der er borgere, som kun får indsatser fra et af systemerne i det integrerede forløb ikke et udtryk for manglende integration, men tværtimod det modsatte – at det indledende afklaringsmøde mellem de to systemer, regionen og kommunen, har medført, at den enkelte borger har fået et mere målrettet forløb med baggrund i en fælles plan.

I forløbet i Effektiv indsats for de unge voksne er mentorordningen (lov om en aktiv beskæftigelsesindsats § 78-81) brugt i forbindelse med mange led i forløbet. Den er fx brugt sammen med alkohol- eller stofmisbrugsbehandling, job og aktivering. I nogle tilfælde har personale fra psykiatrien støttet mentorerne. Der kan således være gjort brug af mentorordningen i forbindelse med job og aktivering af borgeren. Der er ligeledes gjort brug af lov om en aktiv beskæftigelsesindsats § 32.1.2 særlige tilrettelagte projekter i forløbene. Disse kan også være knyttet til forskellige behandlingsformer og benyttes sammen med en form for behandling.

RESULTATER

Borgerne, der har været gennem forløbet, er før og efter dette blevet stillet 11 spørgsmål om, hvordan de selv oplever deres psykiske tilstand. Før forløbet var 43 pct. meget enige i, at de ikke har nogen problemer med at indgå i sociale relationer med venner og familie, mens de øvrige positive udsagn havde mindre tilslutning.

Efter forløbet er der størst fremgang for udsagnet ”jeg er tilfreds med mit liv”, fra 21 pct. til 75 pct. er meget enige. Dernæst kommer ”jeg har mod på livet”, der er gået fra 43 pct. til 86 pct. meget enige, ”jeg har en meningsfuld hverdag at stå op til”, der er gået fra 14 pct. til 50 pct. meget enige, ”jeg kan håndtere mine problemer på egen hånd, eller ved hvor jeg skal gå hen for at få hjælp”, der er gået fra 36 pct. til 67 pct. me-

get enige, og ”jeg har et godt socialt netværk”, der er gået fra 36 pct. til 62 pct. meget enige.

Borgerne i Effektiv indsats for de unge voksne mener også, at de er kommet lidt nærmere på at komme i arbejde, idet udsagnet ”jeg har ingen problemer med at indgå på arbejdsmarkedet” rykker fra 15 pct. til 23 pct. meget enige. Derimod kan en del flere overskue deres liv og har tro på egne ressourcer. Andelene, der erklærer sig enige i de 11 positive udsagn efter forløbet, og fremgangene i disse andele fra den tilsvarende måling før forløbet, er markant større i Effektiv indsats for de unge voksne, end de er i de øvrige to forsøg med integration af indsatser for voksne.

De professionelle vurdering af den nye indsats: Medarbejderne i Effektiv indsats for de unge voksne vurderer, at der allerede inden forsøget var tale om høj grad af integration mellem den regionale og den kommunale indsats. Således vurderer præcis samme andel af medarbejderne, 67 pct., før og efter forsøget, at indsatserne planlægges i fællesskab. Det er ligeledes ret lille forskel i andelen af medarbejdere, som før og efter forsøget mener, at indsatsen er forankret i samme ledelse, og at indsatserne foregår samtidigt. Alt i alt vurderer en større andel af medarbejderne i Effektiv indsats for de unge voksne imidlertid efter forsøget, at der er generel sammenhæng i indsatser (+10 procentpoint). Sammenlignet med de øvrige forsøg er denne udvikling lille, men det er primært, fordi medarbejderne lægger ud med ret høje vurderinger.

Tilsvarende ses der heller ikke nogen videre udvikling i det indblik, medarbejderne har i den anden gruppes arbejdsgange og indsatsmuligheder. Der er faktisk tale om en svag negativ udvikling i disse tal. Omvendt er der en svag positiv udvikling i andelen, der giver udtryk for, at der sker en god udveksling af information og koordinering af viden mellem grupperne. Igen er det primært, fordi vurderingerne fra starten var høje, således at Effektiv indsats for de unge voksne i slutvurderinger kun ligger marginalt under de andre forsøg. De fleste medarbejdere (62 pct.) vurderer, at forsøgets forløbskoordinator har fungeret godt.

Lever forsøget op til sine succeskriterier? Succeskriterierne i Effektiv indsats for de unge voksne er opdelt i fire punkter, der omhandler: 1) reduktion i ydelser og indlæggelser, 2) øget effektivisering af borgerforløb, 3) øget

medindflydelse og livskvalitet for borgeren og 4) konkrete tiltag, der skal fremme fælles samarbejde og sprog sektorerne i mellem.

80 pct. af medarbejderne vurderer, at borgerne gennem deltagelse i forsøget har mindre brug for kommunale støtteforanstaltninger, hvilket peger i retning af, at der er sket en reduktion i ydelser for den enkelte borger. Økonomiberegningen viser ligeledes, at forsøgsgruppen får færre af de udgiftskrævende foranstaltninger, hvilket peger på, at der er sket en reduktion i både ydelser og indlæggelser for gruppen.

Medarbejderne vurderer i overensstemmelse med succeskriteriet i punkt 2 om øget effektivisering, at forsøget betyder en hurtigere og mere kvalificeret afklaring af borgerens sag og fremadrettet handlingsforløb samt mulighed for en klar og hurtig beslutningsproces fra forskellige fagligheder.

I forhold til punkt 3 oplever borgerne i Effektiv indsats for de unge voksne en øget medindflydelse og øget livskvalitet i eget forløb i forsøget, hvilket er vist i borgernes vurdering af egen psykiske tilstand. Tre fjerdedele af borgerne oplever, at deres ønsker og behov er blevet hørt gennem deltagelsen i forsøget. Effektiv indsats for de unge voksne har også haft succes med at skabe en oplevelse hos borgerne af, at der er sammenhæng i indsatsen. 64 pct. af borgerne mente før forsøget, at de for mange gange er blevet bedt om at fortælle deres historie til forskellige medarbejdere. Det tal er faldet til 27 pct. i eftermålingen. Denne udvikling findes også i besvarelsene fra medarbejderne, der oplever, at Effektiv indsats for de unge voksne har haft en positiv betydning for borgernes livskvalitet.

Punkt 4 handler om tiltag, som er iværksat i forsøget. Medarbejderne vurderer blandt andet, at afklaringsmødet og kompetenceudviklingen fungerer godt, idet de begge er med til at fremme det fælles samarbejde og fælles sprog sektorerne imellem i overensstemmelse med succeskriterierne.

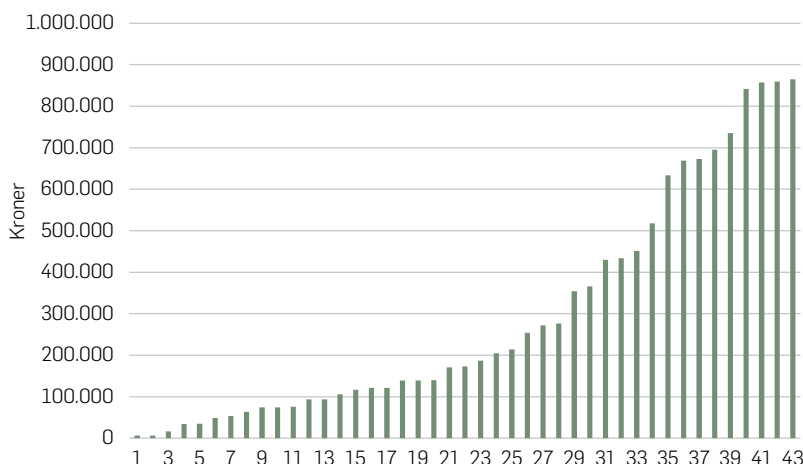
Økonomien i forsøget. Omkostningerne ved Effektiv indsats for de unge voksne er beregnet på baggrund af oplysninger om 43 borgeres forløb. Indsatserne består af ydelser fra regionen og ydelser fra kommunen. 14 borgere har kun fået kommunale indsatser, og 2 borgere har kun fået regionale indsatser og ingen indsatser i kommunen – her har indsatsen ikke været integreret, men dette har netop været et resultat af, at afkla-

ringsmødet har vist, at disse borgere kun har haft brug for den ene eller den anden indsats.

Figur 2.6 viser omkostningerne for de 43 forsøgsforløb i Effektiv indsats for de unge voksne. De 25 fordeler sig jævnt med omkostninger mellem 0 og 200.000 kr., mens de andre 18 fordeler sig jævnt med omkostninger mellem 200.000 og knap 900.000 kr. Gennemsnitsomkostningen er på 295.110 kr., mindste omkostning er 6.378 kr. og største er på 864.610 kr.

FIGUR 2.6

Omkostninger for de 43 forsøgsforløb i Effektiv indsats for de unge voksne. Kroner.



Kilde: Omkostningsskema, Effekt indsats for de unge voksne.

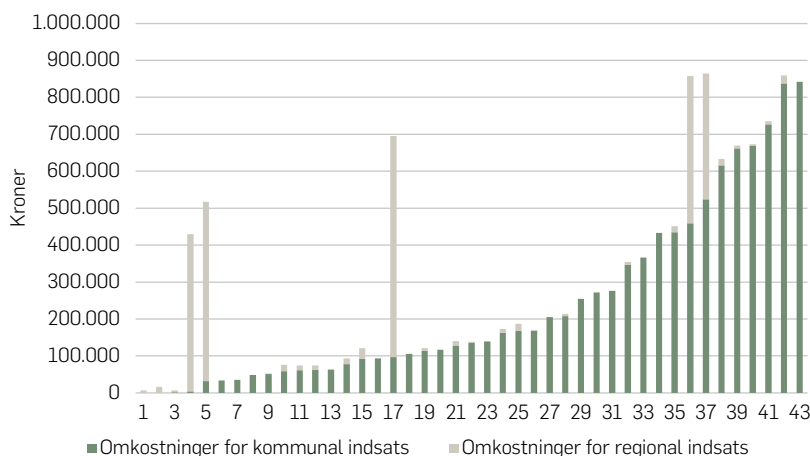
I figur 2.7 er de samme omkostninger ordnet efter den kommunale del af omkostningen og delt op, således at den kommunale del fremtræder nederst og den regionale del ovenpå i to forskellige nuancer. To borgere har fået rent regionale forløb, og de er blandt de mindste udgifter. Andre 14 borgere har fået rent kommunale forløb, de fordeler sig over hele skalaen. For 27 borgere har der således været tale om forløb, der både indeholder en kommunal og en regional del.

Der er imidlertid et karakteristisk mønster i disse 27 forløb. For de tre er den regionale del af udgifterne helt dominerende og mange gan-

ge større end den kommunale. For yderligere to er den regionale del stor, større end en tredjedel af de samlede omkostninger. For de sidste 22 forløb er den regionale del en lille del af de samlede udgifter.

FIGUR 2.7

Omkostninger for de kommunale og regionale indsatser i Effektiv indsats for de unge voksne, særskilt for de 43 forsøgsforløb. Kroner.



Kilde: Omkostningsskema, Effektiv indsats for de unge voksne.

Figur 2.8 viser omkostningerne for 60 kontrolforløb i Effektiv indsats for de unge voksne. De første 25 har relativt lave omkostninger, de næste 20 fordeler sig jævnt med omkostninger mellem 0 og 500.000 kr., mens de 9 dyreste fordeler sig jævnt med omkostninger mellem 1 mio. og 7 mio. kr. Gennemsnitsomkostningen er på 772.260 kr., mindste omkostning er 2.191 kr., og største er på 7. 111.260 kr. Kun 14 af disse borgere har fået indsatser i både region og kommune, hvilket tyder på, at integrationen har været betydelig lavere uden for forsøget.

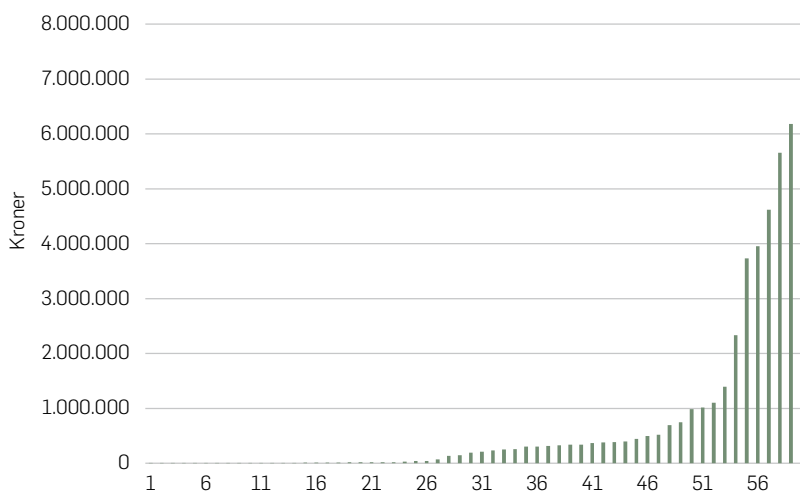
Projektlederne i Effektiv indsats for de unge voksne har sammensat kontrolgruppen ved for hver forsøgsperson at finde en eller to personer uden for forsøget, der har mest muligt til fælles med denne, hvad angår køn, indsatstype og funktion. Kontrolgruppen indeholdt egentlig lidt flere personer, men forløb på over 1.000 dage er taget ud. Under alle omstændigheder vil forsøgsforløbet være langt mindre om-

kostningsfuldt end kontrollen. Der er således tale om en væsentlig reduktion i udgifter.

Effektiv indsats for de unge voksne har holdt sig ret tæt på princippet om at benytte midlertidige penge til midlertidige formål. Den eneste ekstra udgift, der har været afholdt af forsøgsmidler, er et par ugentlige timer til en psykiater.

FIGUR 2.8

Omkostninger for de 60 kontrolforløb i Effektiv indsats for de unge voksne. Kroner.



Kilde: Omkostningsskema, Effektiv indsats for de unge voksne.

PSYNERGI

Psynergi er et samarbejdsprojekt mellem Region Syddanmark og Fredericia Kommune.

FORSØGET

Baggrund: I Fredericia kom forsøget Integrerede Forløb samtidig med to andre begivenheder, der fik stor betydning for psykiatrien i byen. Den ene var, at der blev et hus ledigt i byen, hvor først socialpsykiatrien, og

derefter lokalpsykiatrien flyttede ind, hvormed den regionale og den kommunale indsats over for mennesker med psykiske lidelser blev samlet på ét sted. Den anden var, at der et lille år efter starten af Integrerede Forløb blev oprettet et opsøgende team (OP-team). Forsøget Integrerede Forløb blev dermed en del af en mere omfattende integration af psykiatrisk behandling og social rehabilitering. Navnet Psynergi henviser til den synergi, der kommer af samarbejde i projektet.

Det nye: Det, som Psynergi-forsøget fjøede til det nye opsøgende teams virksomhed, var, at denne blev koordineret med socialpsykiatriens bostøtte-indsats. Hvor medicindosering og reduktion af bivirkninger tidligere blev betragtet som et område, kun behandlerne tog sig af, mens borgerens funktion i hverdagen var bostøtternes kerneområde, og de to parter arbejdede efter hver deres planer og kun lejlighedsvis og lidt tilfældigt fik med hinanden at gøre, arbejder Psynergi-forsøget med en fælles plan for OP-team og socialpsykiatri.

Målgruppe: Målgruppen for Psynergi-forsøget er mennesker med diagnoser inden for skizofreni-spektret eller med svær personlighedsforstyrrelse, som behandles af OP-teamet, og som desuden modtager støtte fra en af de tre bostøtter, der deltager i forsøget. Der findes således også en gruppe borgere, som med hensyn til diagnose og behandling hører til målgruppen, men som modtager bostøtte af en af kommunens øvrige bostøtter, og derfor ikke indgår i forsøget. I forsøget indgår socialpsykiatriens visitation og socialpsykiatriens døgntilbud. Derimod indgår de øvrige kommunale afdelinger, fx socialafdeling og jobcenter, ikke i forsøget. Hvis borgeren har kontakt med nogle af disse afdelinger, kan det foregå helt uafhængigt af bostøtte og OP-team, men bostøtten kan i nogle tilfælde tage initiativ til, at kontakten går gennem denne. Der er etableret en tværgående visitation med deltagelse af socialpsykiatriens visitation, en speciallæge fra lokalpsykiatrien samt lederen af bostøtten. Den gennemgår potentielle borgere i forsøgets målgruppe og tildeler to kontaktpersoner, en fra hver sektor.

Forsøgets indhold: Indholdet i forsøget er, at borgeren, som får en indsats fra OP-team og bostøtte, får en fælles plan, som de to parter udarbejder i samarbejde med borgeren. Medarbejdere fra begge sider tager på fælles hjemmebesøg, taler problemstillingen igennem med borgeren og bliver

enige med denne om, hvad der skal arbejdes med. Det sker i reglen gennem to samtaler, hvor man også bliver enige om, hvem af de to medarbejdere, der skal være primær, og hvem der skal være sekundær kontaktperson. Den fælles plan forener OP-teamets behandlingsplan og bestillingen af bostøtte. Region og kommune har en fælles samtykkeerklæring, som borgeren må underskrive for at kunne blive en del af forsøget. Denne fælles samtykkeerklæring gør det muligt for OP-team og bostøtter at udveksle dokumenter. Derefter arbejder OP-team og bostøtter efter den fælles plan.

OP-teamets medlemmer koncentrerer sig om optimal medicinering samt psykoedukation, mens bostøtterne koncentrerer sig om borgerens funktionsevne i hverdagen. Begge sektorer møder borgeren med et holistisk inspireret menneskesyn, begge sektorer er dog præget af hver sin kultur og historie, der også tager udgangspunkt i forskellige lovgivninger. Alle kontaktpersoner mødes en gang i ugen på konferencer, hvor de enkelte kontaktpersoner kan søge sparring hos andre kontaktpersoner. Alle kontaktpersoner har fælles månedlig supervision.

De bærende elementer i Psynergi er samarbejdet mellem bostøtte og det opsøgende team, den fælles plan, den fælles samtykkeerklæring og den udveksling af information, den er basis for samt de ugentlige konferencer mellem kontaktpersoner. Disse elementer tilsammen gør en samlet indsats fra bostøtte og opsøgende team mulig. En tværgående visitation sikrer, at integrationen sker, hvor der er behov for den. En fælles samtykkeerklæring gør det muligt at udveksle information.

Praksis før forsøget: Idet OP-teamet blev etableret omtrent samtidig med Integrerede Forløb-forsøget, er det ikke muligt at tale om praksis før forsøget her. Det giver i stedet mening at se på indsatsen for de borgere, der modtager behandling fra OP-teamet og har en bostøtte, som ikke er med i forsøget, som ikke er integreret. I de tilfælde udformer OP-teamet sin egen behandlingsplan, og kommunens voksteam sender en bestilling til kommunens socialpsykiatri om bostøtte. Kommunen yder derpå en bostøtte. Samarbejdet mellem bostøtten og OP-team er mere uformelt og ustruktureret, men man forsøger næsten altid at etablere et samarbejde. OP-teamet yder også hjemmebesøg og går også ind i samtaler om hverdagen, psykisk trivsel og funktionsniveau, hvilket gør, at det til tider er svært at adskille indsatserne.

Forløb: Personalemæssige udfordringer og omstruktureringer i kommunen har præget forløbet her. Derudover er to forsøg startet på samme tid, OP-team og Psynergi, hvilket har givet forsøgstræthed i medarbejdergruppen. Det betyder også, at projektgrupperne har bestået af nye medarbejdere, der har skullet forhandle om egen rolle og position i gruppen. Målgruppen i dette forsøg er en gruppe, hvor diagnosticering og medicineri-
ning spiller en stor rolle. Der er dermed en dominerende psykiatrisk diskurs i forsøget, der kan have betydning for magtrelationen mellem medarbejdere fra kommune og region. I hvert fald har det haft en betydning for sprogbruget, som konstant har været til forhandling gennem forsøget. Disse aspekter er grunden til, at der i Psynergi – mere end i de andre forsøg – har været ”kultursammenstød” mellem den regionale psykiatri og socialpsykiatrien. På styregruppeniveau har man forsøgt at tale sig frem til, at man kommer fra to forskellige verdener og skal forhandle sig frem til et fælles tredje. Her er både betegnelser og menneskesyn også til forhandling.

Fidelitet: Vi har registreret 17 borgerforløb i Psynergi. De har alle fået en fælles plan, alle har fået en konference, og der har været supervision, lige som alle modtager bostøtte, hvilket er en betingelse for at høre til målgruppen. Der er endvidere i alle forløb koordination med kontaktpersonen.

Der er derimod en variation i det omfang, hvori pårørende er blevet inddraget, og det ser ikke ud til, at forsøget har inddraget pårørende mere, end det allerede var tilfældet i forvejen. Tværtimod er pårørende kun inddraget i 7 af de 17 forsøgsforløb, mens de er inddraget i 8 af de 10 kontrolforløb.

RESULTATER

Borgerne, der har været gennem forløbet, er før og efter dette blevet stillet 11 spørgsmål om, hvordan de selv oplever deres psykiske tilstand. Både før og efter er dét positive udsagn, som flest kan være meget enig i, ”jeg kan håndtere mine problemer på egen hånd, eller ved hvor jeg skal gå hen for at få hjælp”. Det er 54 pct. i førmålingen og 79 pct. i eftermålingen meget enige i. Et tilsvarende ryk på lidt lavere niveau ses i ”jeg tror på mine egne ressourcer”, der går fra 23 pct. meget enige i førmålingen til 50 pct. efter.

Stor udvikling i positiv retning finder man for ”jeg kan overskue mit liv”, som 8 pct. før og 46 pct. efter erklærer sig meget enig i, og ”jeg er tilfreds med mit liv”, som 23 pct. før og 57 pct. efter erklærer sig meget enig i. Næsten lige så stor forskel ses for udsagnene ”jeg har mod på livet”, som 33 pct. før og 64 pct. efter erklærer sig meget enig i, og ”jeg har en meningsfuld hverdag at stå op til”, som 8 pct. før og 39 pct. efter erklærer sig meget enig i.

Kun for et enkelt af de 11 positive udsagn er der ingen udvikling fra borgernes før-svar til deres efter-svar. Det er udsagnet ”jeg har ingen problemer med at indgå på arbejdsmarkedet”, som ingen borgere erklærer sig meget enige i hverken før eller efter forsøget.

De professionelle vurdering af den nye indsats: Selvom medarbejderne, da vi interviewede dem, gav udtryk for, at Psynergi ikke rigtigt kom i gang før sidst i forløbet, giver de ved forsøgsperiodens afslutning udtryk for, at der er tale om en langt højere grad af integration end før forsøget. Alle medarbejderne udtrykker ved forsøgets slutning, at indsatserne nu planlægges i fællesskab (+ 78 procentpoint). To tredjedele tilkendegiver, at indsatserne nu er forankret under samme ledelse (+57 procentpoint). Der er ligeledes stor tilvækst i andelen af medarbejdere, der mener, at indsatsen fysisk foregår det samme sted (+ 50 procentpoint), og alle medarbejdere mener ved forsøgets slutning, at der er tale om en generel sammenhæng i indsatser (+ 44 procentpoint).

Alle medarbejderne i Psynergi giver ved forsøgets slutning udtryk for, at de har indblik i arbejdsgange og indsatsmuligheder hos den anden gruppe (+ 56 procentpoint), og alle medarbejderne mener ligeledes, at den anden gruppe har indblik i arbejdsgange og indsatsmuligheder hos dem (+ 67 procentpoint). Alle medarbejderne mener ligeledes, at udvekslingen af information og koordinering af viden om den enkelte borger fungerer godt (+ 75 procentpoint). Alt i alt mener langt de fleste af medarbejderne, at samarbejdet med den anden gruppe fungerer godt (+43 procentpoint). Halvdelen af medarbejderne mener, at forsøgets kontaktperson fungerer godt.

Lever forsøget op til sine succeskriterier? Psynergis fem succeskriterier er hovedsagligt baseret på, at medarbejderne og i forbindelse med to af succeskriterierne også borgerne oplever, at de nye metoder er med til at sikre en forbedring i indsatsen. Psynergi har procentangivelser som mål for

succes. 70 pct. af medarbejderne skal i forhold til alle fem succeskriterier således opleve dem som en forbedring i forhold til koordinering, samarbejde og kommunikation mellem medarbejderne i de forskellige borgerforløb. Borgerne skal ud over en bedre koordinering og samordning af medarbejdernes indsats ligeledes opleve større gennemsigtighed og overskuelighed i behandlingsforløbet.

Hvis man forholder sig til, at 70 pct. af de adspurgte medarbejdere skal vurdere de enkelte nye metoder som en forbedring, lever forsøget ikke helt op til sine succeskriterier. Dog mener over halvdelen af medarbejderne, at hver enkelt metode fungerer godt, ligesom medarbejderne oplever, at familierne og borgerne oplever forløbet i Psynergi som sammenhængende. Alle medarbejderne vurderer, at den kommunale og behandlingspsykiatriske indsats, der modtages i Psynergi nu virker efter hensigten.

Succeskriterierne, der omhandler borgernes oplevelse, drejer sig om, at borgerne skal opleve, at det fælles kontaktpersonssystem medvirker til større gennemsigtighed og overskuelighed i behandlingsforløbet, samt at udarbejdelsen af den fællesplan skal bidrage til en øget koordinering i de enkelte forløb mellem bostøtten i Fredericia Kommune og OP-team i Region Syddanmark. Næsten alle borgerne giver i eftermålingen udtryk for, at de oplever et samarbejde mellem sig selv og kontaktpersonerne. Borgerne oplever, at de er blevet inddraget og har haft medindflydelse på de beslutninger, som er truffet i forløbet, ligesom borgerne også oplever, at de er blevet løbende orienteret om, hvad der skal ske i forløbet. Borgerne er ligeledes positive over for fællesplanen, hvor næsten alle oplever, at den bidrager til en øget koordinering mellem de to sektorer. I modsætning til medarbejderbesvarelsene når besvarelsene fra borgerne over de 70 pct.

Psynergi har ligeledes oplistet nogle effektmål, der går på forbedringer i borgers situation i forhold til oplevelse af øget livskvalitet, udvidelse af netværk, øget evne til egen omsorg og udvidelse af funktions- og aktivitetsniveau. Disse effektmål er belyst i de ovenstående resultater fra borgere og medarbejdere og er i stort udstrækning opfyldt i forsøget Psynergi.

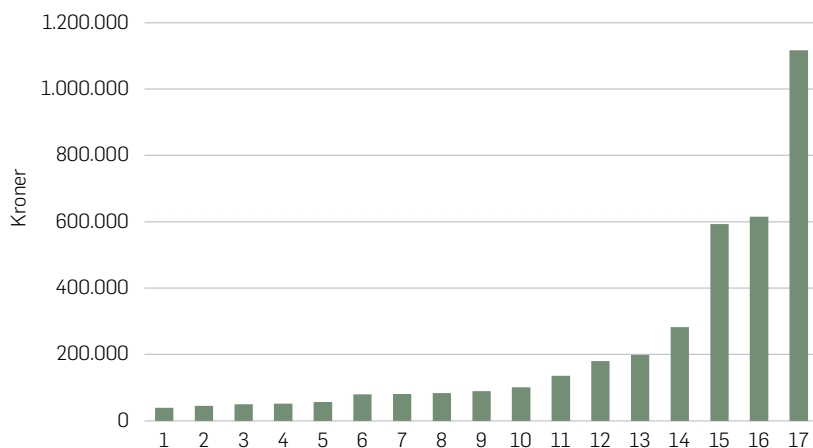
Økonomien i forsøget Psynergi er beregnet på grundlag af skemaer for 17 borgere, der har været gennem forsøget og 10 borgere, der har haft til-

svarende tilbud i Fredericia fra opsøgende team og bostøtte, men med en bostøtte, der ikke var omfattet af forsøget.

Omkostningerne er beregnet ud fra de indsatser, der indgår for denne gruppe borgere. Det drejer sig om psykiatersamtaler, psykologsamtaler, behandlersamtaler, indlæggelse, konference, supervision, anden behandling, Kriminalforsorgen, medicinudlevering, bostøtte i forskelligt omfang, botilbud af forskellig type, dagtilbud, visitation, afklaring, fællesplan, konference, supervision, koordination, statusmøde og pårørendearbejde.

FIGUR 2.9

Omkostninger for de 17 borgerforløb i Psynergi-forsøget. Kroner.



Kilde: Omkostningsskema, Psynergi.

Figur 2.9 viser omkostninger for de 17 borgere i forsøget. De 10 har omkostninger mellem 40.000 og godt 100.000 kr., de fire fordeler sig jævnt mellem 150.000 og 300.000 kr., de to ligger omkring 600.000 kr., og en er på 1,1 mio. kr. Gennemsnitsprisen for et forsøgsforløb er på 223.476 kr. De tre dyreste forløb udgør mere end halvdelen af de samlede omkostninger.

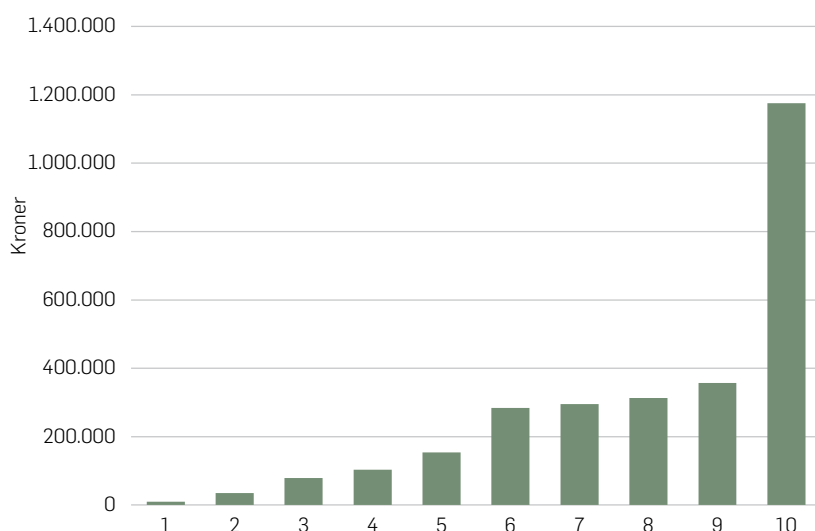
Figur 2.10 viser tilsvarende omkostninger for de 10 borgere i kontrolgruppen. Her er fem forløb fordelt mellem 0 og 150.000 kr., fire er på omkring 300.000 kr., mens et enkelt er helt oppe på 1,2 mio. kr. Gennemsnitsprisen for et kontrolforløb er på 283.308 kr. Gennemsnits-

prisen er således større for kontrolgruppen, end den er for forsøgsgruppen.

De to særlig dyre forløb er karakteriseret ved mange dage, hvor borgeren er indlagt (256 dage for borgeren i forsøget, 169 dage for borgeren i kontrolgruppen), ved plads i botilbud, ved fuldstændig bostøtte, ved dagtilbud, ved pårørendearbejde og i øvrigt ved, at der benyttes flere af tilbuddene i Psynergi.

FIGUR 2.10

Omkostninger for de 10 kontrolforløb i Psynergi-forsøget. Kroner.



Kilde: Omkostningsskema, Psynergi

Det er vanskeligt at bedømme økonomien i Psynergi, fordi to forsøg begyndte næsten samtidigt. Det ene er de opsøgende team, som blev etableret nogle måneder inden Integrerede Forløb. De opsøgende team var dermed stadig et forsøg, da Integrerede Forløb kom ind i forhold til arbejdet i samme team. Al denne foreløbighed har givet et behov for styring, som ikke er blevet imødekommet. Selve arbejdet for bostøtter og teammedarbejdere er imidlertid ikke blevet større med forsøget, men blot anderledes. Koordinering af arbejdet mellem bostøtter og opsøgende team burde give en besparelse, og det ser beregningen af forsøgsgruppe og kontrolgruppe ud til at bekræfte.

PÅ SPORET AF EN LØSNING

På Sporet af en Løsning er et samarbejdsprojekt mellem Region Syddanmark og Faaborg-Midtfyn Kommune.

FORSØGET

Baggrund: Faaborg-Midtfyn Kommune har allerede i nogle år arbejdet med at forebygge indlæggelser i psykiatrien. Således har man gjort en indsats for at nedbringe antallet af borgere, der indlægges i den lokale psykiatri i Svendborg, bl.a. ved at oprette et par akutpladser på botilbuddet Toften i Kværndrup. Integrerede Forløb-forsøget er i samklang med dette arbejde og har også sit geografiske hjemsted samme sted. Her går kommunen og regionen sammen om en forenet indsats for at forebygge, at psykiske lidelser uden grund bliver så alvorlige, at de kræver indlæggelse. Det er endvidere et formål med forsøget, at de to sektorer får større kendskab til hinandens arbejde og vilkår, således at de bedre kan fungere sammen til gavn for borgerne. Forsøget kom til at hedde ”På Sporet af en Løsning”.

Det nye: Det nye, som På Sporet af en Løsning tilføjer til forebyggelsen af psykiatriske indlæggelser i Faaborg-Midtfyn, er et intensivt samarbejde mellem kommunen og psykiatrien. Dette samarbejde har to ben: Det ene ben er, at psykiatrien kommer ud i kommunen. Det gøres ved, at to medarbejdere fra psykiatrien har været hver 10 timer ugentligt ude på bostedet i Kværndrup for at arbejde sammen med to kommunale medarbejdere med samme timetal. Det andet ben er, at kommunen kommer ud i psykiatrien. Det andet ben er først kommet i gang sent i perioden. Det første bens succes har i første omgang skubbet det andet ben lidt i baggrunden.

Målgruppe: Målgruppen for forsøget er defineret som mennesker med en relativt nyopstået belastning, som kan svare til let til moderat depression og belastningsreaktion, som praktiserende læge, jobcenter, misbrugsbehandling, sundhedsplejerske eller andre medarbejdere i kommunen eller på psykiatrisk afdeling har vurderet, der kan være en psykiatrisk problematik i. De fleste af borgerne har været henvist af deres praktiserende læge, ofte i forbindelse med en sygemelding, mens en lidt mindre del var henvist af jobcentret. 21 af kommunens 35 praktiserende læger er kom-

met i gang med at henvise, men en halv snes står for de fleste henvisninger. Projektgruppen har opfattet det som en betingelse i forsøget, at målgruppen skulle defineres gennem diagnose.

Forsøgets indhold: Indholdet i forsøget udspiller sig på tirsdage og torsdage på botilbuddet i Kværndrup, hvor de fire medarbejdere i forsøget har hver 10 timer til rådighed. Denne tid benyttes til, at en medarbejder fra psykiatrien og en medarbejder fra kommunen sammen holder en optagesamtale med hver ny borger, der starter i forsøget. Her danner de to medarbejdere sig en opfattelse af borgerens situation og finder sammen med borgeren ud af, hvad det egentlig er, der fylder mest og forsøger at udrede, hvordan problemerne kan løses, og hvilke tiltag der eventuelt skal til fra henholdsvis region og kommune. De har dog ikke myndighed, men må som forløbskoordinatorer gå til de relevante myndigheder med deres ønsker. Endvidere gennemfører en af de to medarbejdere samtaler med borgeren, enten alene, med familie eller med andet relevant netværk.

Det bærende element i På Sporet af en Løsning er den frem-skudte indsats med sigte på at møde borgere med psykosociale problemer, som praktiserende læger, kommunale medarbejdere eller andre kommer i kontakt med, inden problemet når at udvikle sig. Der er tale om samtaler med henblik på, at borgeren får overblik over situationen. Denne indsats har både kommunal og regional forankring, således at borgeren i de relativt få tilfælde, hvor det er nødvendigt, hurtigt kan få det rette tilbud.

Praksis før forsøget: Indholdet i den sædvanlige praksis inden forsøget var en af to ting. Enten havde den praktiserende læge, hvis det var denne, der havde henvist, ikke noget at henvise til, og borgeren var måske fortsat sygemeldt, fik det dårligere psykisk, og det kunne eventuelt blive til en langvarig sygemelding, en social sag og måske en psykisk lidelse, men det hele kunne også gå i sig selv efter nogle måneder. Eller også henvendte borgeren sig i kommunen, som så ville arbejde med at finde en løsning uden kontakt med psykiatrien. Der ville gå lang tid, før den psykiske og sociale problemstilling blev betragtet under ét, hvis det overhovedet skete.

Forløb: På Sporet af en Løsning bestod, som nævnt, egentlig af to ben, hvor det første ben bestod i, at psykiatrien kom ud i kommunen og det

andet i, at kommunen kom ind i psykiatrien. Forsøget er imidlertid først til sidst kommet i gang med det andet ben, selvom forsøgslederne tidligere satte sig for, at det også skulle i gang. Der er derfor ikke erfaringer med funktionen af det andet ben.

Meningen i det andet ben er, at den kommunale medarbejder skal være med på den psykiatriske afdeling, når en borger fra kommunen er indlagt og sikre, at der bliver en velforberedt overgang fra indlæggelse til tilværelse i eget hjem med de hjælpeforanstaltninger, der så vil være nødvendige. Det er vanskeligt at give nogen egentlig grund til, at det andet ben er kommet så sent i gang. Projektlederne mener, at det første ben har fjernet målgruppen fra psykiatrisk afdeling, så det var svært at finde en model for det andet ben.

På Sporet af en Løsning indledte forsøget med at komme rundt til de forskellige instanser i kommunen og præsentere dem for forsøget. På grund af de praktiserende lægers rolle i designet tog man en læge med i styregruppen, som gjorde en engageret indsats for at udbrede det til sine kolleger, idet det var hendes opfattelse, at forsøget dækkede et stort hul i deres indsatsmuligheder.

Fidelitet: Det første ben i På Sporet af en løsning indledes med, at den borger, som (i de fleste tilfælde) den praktiserende læge henviser, tilbydes en samtale med en psykiatrisk sygeplejerske fra regionen og en social sagsbehandler fra kommunen. Det har forsøget også gjort for 25 af de 39 borgere, der har været gennem det i forsøgsperioden, dvs. for 64 pct. For seks borgere er forsøget startet med en samtale med den sociale sagsbehandler, fordi medarbejderne på forhånd har vurderet, at der kun var behov for indsats fra den side. For otte borgere er forsøget startet med en samtale alene med den psykiatriske sygeplejerske. Baggrunden for det er, at den sociale sagsbehandler har haft en sygdomsperiode.

Af de seks borgere, som kun har talt med en social sagsbehandler, har kun en haft 10 timer og ingen mere, mens to har haft under 5 timer. Af de otte borgere, som kun har talt med en psykiatrisk sygeplejerske, har fire haft 10-12 timers samtale, og kun en under fem. Det ser således ud til, at de, der fra starten kun har talt med den psykiatriske sygeplejerske, har fået meget længere tids støtte end dem, der fra starten kun har talt med den sociale sagsbehandler.

Et formål med forsøget var, at det skulle forebygge, at borgeren fik mere omfattende behov for bistand i det psykiatriske system, idet den

fremskudte indsats i forsøget skulle vende situationen og gøre borgeren i stand til at mestre den, evt. med social bistand. Det er vanskeligt at vide, i hvor høj grad forsøget har tjent dette formål, idet det ikke er oplyst, hvor mange af borgerne der havde haft behov for psykiatrisk indsats uden forsøget. Men hvis henvisningen kan tages som udtryk for en vis risiko for støttebehov, kan det dog siges, at dette er blevet minimalt med forsøget, idet kun én har haft en kortvarig akutplads på botilbud, mens en anden har været i ambulant psykiatrisk behandling.

RESULTATER

Borgerne, der har været gennem forløbet, er før og efter dette blevet stillet 11 spørgsmål om, hvordan de selv oplever deres psykiske tilstand. Det positive udsagn, som flest borgere er enige i såvel før som efter forsøget, er ”jeg har mod på livet”, som 40 pct. før og 67 pct. efter er meget enige i. Et andet udsagn, som rigtig mange er enige i både før og efter, er ”jeg har ingen problemer med at indgå i sociale relationer med mine venner og familie”, som 33 pct. før og 56 pct. efter er meget enige i.

Den største fremgang ses imidlertid for udsagnet ”jeg har ingen problemer med at klare dagligdagen selv”, som går fra 19 pct. meget enige før til 63 pct. efter, og ”jeg er tilfreds med mit liv”, som går fra 10 pct. meget enige før til 53 pct. efter. Andre udsagn som På Sporet af en løsning har rykket meget ved, er ”jeg kan håndtere mine problemer på egen hånd, eller ved hvor jeg skal gå hen for at få hjælp”, som 12 pct. før og 53 pct. efter er meget enige i, og ”jeg har en meningsfuld hverdag at stå op til”, som 14 pct. før og 53 pct. efter er meget enige i.

Det bemærkes, at svarene på udsagnet ”jeg har ingen problemer med at indgå på arbejdsmarkedet” ændrer sig ganske meget fra før- til eftermåling, nemlig fra 7 pct. meget enige før forsøget til 32 pct. meget enige efter. Sammenlignet med forsøgene med integration af indsatser for voksne er det sidste tal meget højt, men i betragtning af, at det her drejer sig om forebyggelse, er det mere forventeligt.

De professionelle vurdering af den nye indsats: Ifølge medarbejderne bidrager de nye metoder i forsøgene til at skabe en sammenhængende indsats, der er til gavn for borgerne. Medarbejderne giver udtryk for, at de regionale og kommunale medarbejdere i fællesskab med borgeren lægger en plan for borgernes forløb. Som oftest foregår indsatsen fysisk samme sted.

Det vurderes dog fra sag til sag, om borgeren har behov for en indsats fra begge medarbejdere eller kun den ene.

Medarbejderne oplever dog, at denne integrerede indsats og forsøgets nye metoder ikke er bredt ud i organisationerne. Det betyder ifølge medarbejderne, at de har svært ved at skabe opbakning fra andre dele af organisationen til at samarbejde om borgerens sag. Selvom medarbejderne oplever en meget høj grad af samarbejde i forsøget, oplever de således ikke at have fået lært systemerne at samarbejde.

Medarbejderne ser deres egen rolle i forsøget som den, der får de forskellige systemer til at arbejde sammen, og de oplever, at samarbejdet inden for kernegruppen i forsøget, dvs. de fire projektmedarbejdere, fungerer godt. Det har åbnet for nye muligheder i arbejdet med borgerne og givet medarbejderne viden om, hvad der skal til for at give borgerne den bedste behandling. Selvom forsøget ikke er bredt ud i organisationen, forsøger medarbejderne at udbrede hinandens kompetencer i de to systemer.

Ligeledes oplever medarbejderne, at de på tværs af sektorer har fået større indblik i hinandens arbejdsgange og indsatsmuligheder. De beskriver systemet som et puslespil, som de som forløbskoordinatorer samler for borgeren og koordinerer med andre afdelinger og personalegrupper. Inden for projektgruppen er det medarbejdernes klare oplevelse, at denne koordination er blevet optimeret både i regionalt og kommunalt regi.

Selvom medarbejderne har oplevet samarbejdsvanskeligheder med jobcentret i Faaborg-Midtfyn Kommune, har forsøget skabt større indblik på tværs af region og jobcenter. En regional medarbejder peger på, at den nye indsats har givet regionens medarbejdere en større forståelse for den lovgivning, som jobcentret arbejder ud fra. Det har ifølge medarbejderen givet indblik i, hvorfor nogle borgere føler sig presset og givet en forståelse af borgerens krisesituation. Før i tiden opfattede de regionale medarbejdere, at jobcentret kun tvang og jobcentret følte, at psykiatrien freder alle.

Medarbejderne oplever, at hensigten med at holde borgerne ude af en psykiatrisk indlæggelse samt at gøre "systemet" mere gennemsigtigt, er lykkedes godt. Medarbejderne mener, at de nye metoder medvirker til, at borgeren i højere grad føler sig hørt og set. Derudover oplever medarbejderne, at borgerne lettere kan gennemskue indsatsen, hvilket giver mindre frustration over systemet hos borgeren. Ifølge medarbejderne

bidrager dette til, at borgerne begynder at tage ansvar og vise handlingskompetence.

Lever forsøget op til sine succeskriterier? De seks succeskriterier i På Sporet af en Løsning omhandler tre temaer. Det første tema drejer sig om borgerenes oplevelse af inddragelse og sammenhæng i forløbet samt borgerens oplevelse af, at hun/han har modtaget den nødvendige hjælp. Det andet tema handler om de involverede fagpersoners oplevelse af sammenhæng i forløbet og opnåelse af gensidig viden sektorerne imellem. Det tredje tema handler om, hvorvidt henholdsvis kommunen og regionen hver især oplever, at koordineringen internt i egen sektor er blevet optimeret.

Stort set alle borgere (89 pct.) giver udtryk for, at de i høj grad er blevet inddraget i eget forløb. Borgerne oplever ligeledes en høj grad af sammenhæng på den måde, at de forskellige medarbejdere i forsøget siger det samme om forløbet. Borgerne oplever i mindre grad at skulle fortælle deres historie til forskellige medarbejdere. Mens 71 pct. skulle dette før, er det kun 20 pct. efter. En stor del af borgerne fremhæver derudover, at noget af det bedste ved indsatsen er, at der af medarbejderne bliver vist interesse og forståelse for deres situation. 79 pct. af borgerne mener, at de i høj eller nogen grad har fået den nødvendige hjælp til at komme videre med deres liv.

Som nævnt ovenfor oplever medarbejderne, at integrationen kun i begrænset omfang er udbredt til systemerne som helhed. Det var måske også meget at forvente, at to medarbejders deltagelse i et samarbejdsforsøg skulle ændre ved integrationen internt i den enkelte organisation.

Økonomien i På Sporet af en Løsning er beregnet på baggrund af priser på 39 borgeres forløb. Da forsøget består i en forebyggende indsats over for borgere, som inden forsøget ikke modtog noget tilbud, er det ikke muligt at finde en referencegruppe, som omkostningerne i forsøget kan sammenlignes med.

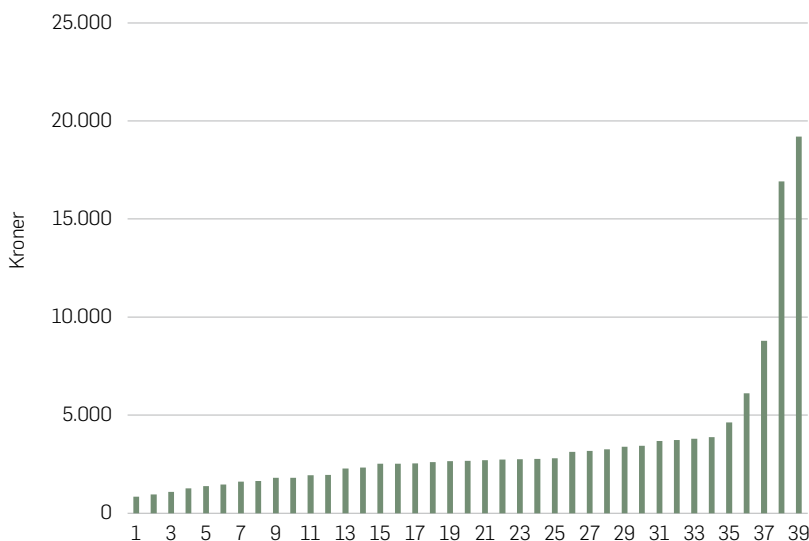
Omkostningerne ved På Sporet af en Løsning er beregnet med baggrund i de indsatser, der har været fokus på i forløbene. Den samlede pris på et enkelt forløb er således beregnet ud fra enhedspriser for følgende indsatser; antallet af timer til den psykiatriske medarbejder, antallet af timer til den socialfaglige medarbejder, timer til sags-supervisionspsykiateren, antallet af kontakter til borgerens praktiserende læge, antallet af kontakter til kommunale instanser samt antallet af dage, hvor borgeren

eventuelt har opholdt sig på akutplads på botilbuddet Toften. Om en borger har fået alle indsatser i forbindelse med det integrerede forløb, eller kun enkelte af de ovenstående er forskelligt fra borger til borger.

Figur 2.11 viser priserne i kroner på de 39 forløb fra det mindst omkostningsfulde forløb med en pris på 840 kroner til det mest omkostningsfulde forløb med en samlet pris på 19.203 kroner. Figuren viser, at de 35 af forløbene fordeler sig jævnt mellem knap 1.000 og godt 4.000 kr., mens to forløb er lidt dyrere, og to forløb er meget dyrere.

FIGUR 2.11

Omkostninger ved de 39 borgerforløb i På Sporet af en Løsning. Kroner



Kilde: Omkostningsskema, På Sporet af en Løsning.

Den samlede omkostning i På Sporet af en Løsning (prisen for alle forløb lagt sammen) er 138.751 kroner. Udregnes der en gennemsnitspris på de integrerede forløb giver dette en pris på 3.558 kroner pr. borger.

Flere faktorer kan have haft betydning for, at et forløb i På Sporet af en Løsning er blevet dyrere end de andre. For det dyreste forløbs vedkommende skyldes det, at borgeren har haft akut ophold i 7,5 dag på Toften (en dyr indsats) og for det næstdyreste forløb skyldes det, at borgeren har haft ambulante besøg i sit forløb, hvilket ligeledes er en dyr indsats.

Antallet af timer med kontakt til personale er afgørende for, hvor dyrt et forløb har været. Figur 2.12 viser sammenhængen mellem antallet af timer, som er brugt i forløbet og prisen på de samlede indsatser. Figuren viser, at jo flere timer, der er brugt på kontakt til personale i forløbet, desto mere omkostningsfuldt har forløbet været.

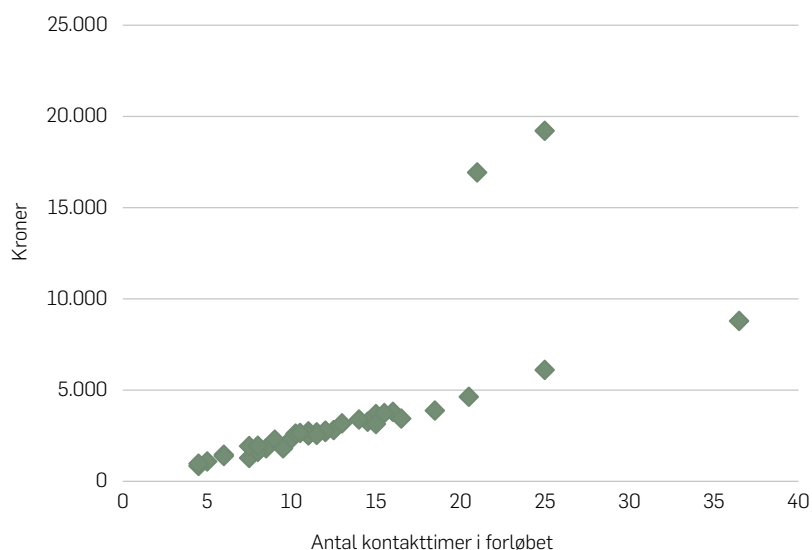
Langt de fleste borgere i På Sporet af en Løsning har ganske omkostningslette forløb, og hvis disse blot forebygger et enkelt længerevarende sygdomsforløb, har forsøget betalt sig for dem. De få borgere med dyrere forløb ville formentlig alligevel have vist sig i systemet med behov. Selvom der ikke er nogen kontrol at sammenligne med, giver omkostningsberegningen alligevel et indtryk af På Sporet af en Løsning som en god ide.

På Sporet af en Løsning har defineret en aktivitet, som helt igennem er ny, og som derfor i sig selv repræsenterer en ekstra udgift for kommune og region. På Sporet af en Løsning blev netop etableret for, at der skulle være et tilbud til en gruppe, som stod uden noget tilbud før forsøget, et sted som de praktiserende læger kunne henvise til, når de stod med en patient, som de frygtede godt kunne udvikle en psykiatrisk problematik. Den økonomiske vurdering af På Sporet af en Løsning må derfor bestå dels af en vurdering af, hvor dyrt selve forsøget er, dels af en vurdering af, hvor store omkostninger på andre områder, forsøget eventuelt sparer regionen og kommunen for. Det sidste har der ikke været mulighed for at beregne.

På Sporet af en Løsning har defineret en aktivitet, som helt igennem er ny, og som derfor i sig selv repræsenterer en ekstra udgift for kommune og region. På Sporet af en Løsning blev netop etableret for, at der skulle være et tilbud til en gruppe, som stod uden noget tilbud før forsøget, et sted som de praktiserende læger kunne henvise til, når de stod med en patient, som de frygtede godt kunne udvikle en psykiatrisk problematik. Den økonomiske vurdering af På Sporet af en Løsning må derfor bestå dels af en vurdering af, hvor dyrt selve forsøget er, dels af en vurdering af, hvor store omkostninger på andre områder forsøget eventuelt sparer regionen og kommunen for. Det sidste har der ikke været mulighed for at beregne.

FIGUR 2.12

De 39 borgerforløb i På Sporet af en Løsning, fordelt efter antal kontakttimer og omkostninger. Timer og kroner.



Kilde: Omkostningsskema, På Sporet af en Løsning.

RESULTATER UNDER ÉT

I dette kapitel ser vi på resultaterne af Integrerede Forløb som helhed. Først ser vi på, om forsøgene virkelig har skabt mere integration af regionens og kommunens indsats over for mennesker med sindslidelse, derefter på, om de har gavnet borgerne, og om personalet ser dem som en forbedring, og endelig ser vi på den vigtigste af de nye arbejdsformer, som er skabt med forsøgene, den koordinerende funktion.

INTEGRATIONEN LYKKES

Integration er mere end samarbejde eller sammenhæng i indsatsen. Kapitel 1 har præciseret begrebet således, at for at to indsatser kan betegnes som integrerede, må de som minimum være planlagt som en helhed. Graden af integration kan imidlertid variere på to måder. Den ene er, at de to indsatser kan arbejde mere eller mindre sammen. Den anden er, at de to indsatser i større eller mindre grad kan være bundet formelt sammen i organisationen. Medarbejderne i forsøgene er blevet stillet en række spørgsmål, der kan belyse disse dimensioner.

Figur 3.1 viser svarene på disse spørgsmål, før forsøgene gik i gang (betegnet: ”før”) og sidst i forsøgenes løbetid (betegnet: ”efter”). Allerede før forsøgene mener halvdelen af medarbejderne, at der er en

generel sammenhæng i indsatser, og forsøgene gør denne andel betydeligt større. Men det er jo ikke integration. Integration i definitionens forstand, at indsatser planlægges i fællesskab, finder mindre end en tredjedel af medarbejderne er til stede før forsøgene, men over to tredjedele finder, at den er til stede efter.

At medarbejderne i de to indsatser konkret arbejder sammen, siger næsten sig selv, det er jo det, forsøget går ud på. Evalueringen operationaliserer på to måder, at indsatser foregår samtidigt, og at de foregår fysisk samme sted, og på begge punkter ses der tydelig fremgang. Endelig er medarbejderne blevet spurgt om, hvorvidt indsatserne er forankret under samme ledelse. Det mente en meget lille del af medarbejderne, var tilfældet før forsøgene, men halvdelen mente, at det var tilfældet efter. Den organisatoriske dimension er dermed et af de punkter, hvor forsøget efter medarbejdernes vurdering har rykket mest. Alle forskelle her er klart signifikante.

Resultaterne går igen i den kvalitative undersøgelse, hvor medarbejderne giver udtryk for, at de nye metoder i forsøgene bidrager til at skabe en sammenhængende indsats, der er til gavn for borgerne. Især fremhæver medarbejderne, at de, når de planlægger indsatsen sammen på tværs af sektorer og sammen med borger og pårørende, skaber et rum for vidensdeling og dialog, der resulterer i bedre og mere effektive forløb.

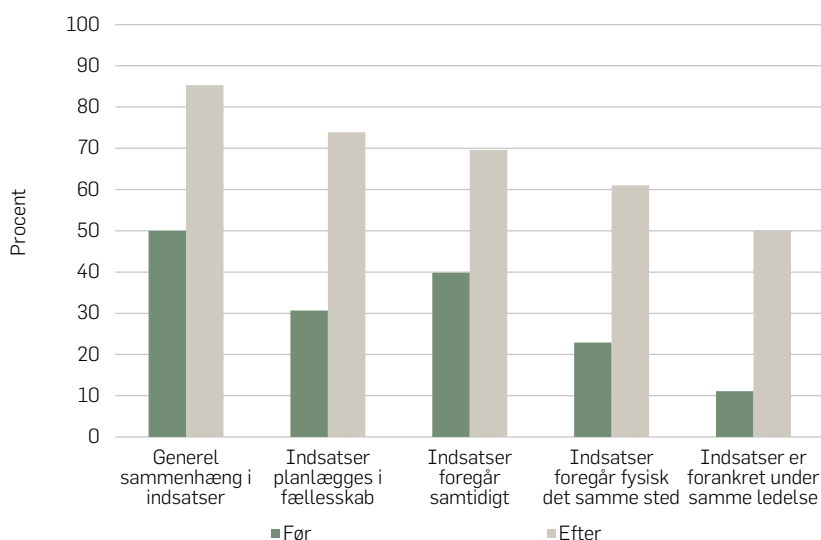
Kvalitative undersøgelser viser også, at medarbejderne oplever strukturelle barrierer i det tværsektorielle samarbejde. Problematikkerne drejer sig her om, at enkelte forsøg nok har integreret den indsats, som de yder i forsøget, men at det er teamet i forsøget, som bærer hele samarbejdet. Det betyder, at forsøgets nye metoder ikke er bredt ud i organisationerne. Medarbejderne nævner på tværs af forsøg, at den nye indsats er mere tidskrævende end den tidligere indsats. Der er en vis forståelse for, at en ny indsats nødvendigvis tager tid at implementere og derfor helt naturligt er tidskrævende. Medarbejderne har dog en klar oplevelse af, at der i den nye indsats er flere møder og dermed mere administrativt arbejde, som det ikke altid er let at finde tid til.

Der er ingen signifikant forskel mellem de kommunale og regionale medarbejders vurdering af integration og sammenhæng i indsatsen over for borgerne. De kommunale medarbejdere er lidt mere positive end de regionale, men der er tale om en minimal forskel. Omvendt var de regionale medarbejdere mere positive før forsøget end de kommunale. Det er således positivt for integrationen, at de regionale og kommunale

medarbejdere har stort set samme holdning til udviklingen. Det vidner om, at medarbejderne i forsøget har samme syn på de nye metoder, og at de fra begge sektorer er positive over for dem.

FIGUR 3.1

Andelen af medarbejdere med positiv vurdering af sammenhæng og integration i indsatser mellem region og kommune, særskilt for før- og eftermåling samt dimensioner af integration. Procent.



Anm.: Førmåling: N = 83 – N = 90. Eftermåling: N = 82 – N = 116.

1. Personalet er blevet spurgt på en skala fra 0-10, som er inddelt i positivt (6-10) og negativt (0-5). Det er den positive ende af skalaen, der er vist.

Kilde: Før- og eftermåling til personale i region og kommune.

De nye metoder i forsøgene har således, ifølge medarbejderne, bidraget til en bedre tværsektoriel og helhedsorienteret indsats mellem på den ene side psykiatriske indsatser i regionerne og på den anden side sociale og pædagogiske indsatser i kommunerne. Medarbejderne oplever, at integration oftere finder sted i arbejdet med de nye metoder, end før forsøget gik i gang. Der er stadig udfordringer i forhold til den organisatoriske integration. De nye metoder har imidlertid i de fleste forsøg skabt en bevægelse i retning af større integration mellem de kommunale og regionale indsatser.

Tabel 3.1 viser med procenter de samme forhold som figur 3.1, blot for det enkelte forsøg. På Sporet af en Løsning er dog ikke medtaget, da antallet af medarbejdere her er meget lille – der er kun fire. Tabellen viser, at medarbejderne i de to børneforsøg, Fælles på Tværs og Den Trygge Vej, i meget højere grad oplever generel sammenhæng i indsatser under forsøget ("efter"), end før det er gået i gang. I Fælles på Tværs er det koblet med, at indsatser i højere grad opleves som planlagt i fællesskab. I Den Trygge Vej er det koblet med, at indsatser i højere grad opleves som forankret under den samme ledelse.

TABEL 3.1

Andelen af medarbejdere med positiv vurdering af sammenhæng og integration i indsatser mellem region og kommune, særskilt for forsøg og dimensioner af integration, opdelt efter før- og eftermåling. Procent.

		Fælles på Tværs	Den Trygge Vej	Psykiatriens Hus	Effektiv indsats.	Psynergi
Generel sammenhæng i indsatser	Før	47	31	61	67	56
	Efter	87	89	83	77	100
Indsatser foregår samtidigt	Før	56	31	28	67	11
	Efter	78	77	67	83	0
Indsatser foregår fysisk det samme sted ¹	Før	22	10	19	50	33
	Efter	81	-	64	8	83
Indsatser er forankret under samme ledelse	Før	13	12	8	17	10
	Efter	52	69	39	36	67
Indsatser planlægges i fællesskab	Før	29	33	26	67	22
	Efter	81	72	70	67	100

Anm.: Personalet er blevet spurgt på en skala fra 0-10, som er inddelt i positivt (6-10) og negativt (0-5). Det er den positive ende af skalaen, der er vist.

1. Forsøg Den Trygge Vej i Kolding har ikke svaret på spørgsmålet om, hvorvidt indsatsen foregår fysisk det samme sted i eftermålingen, da projektlederne her vurderede, at denne integrationsform ikke gav mening i forhold til forsøgets organisering.

Kilde: Før- og eftermåling til personale i region i kommune.

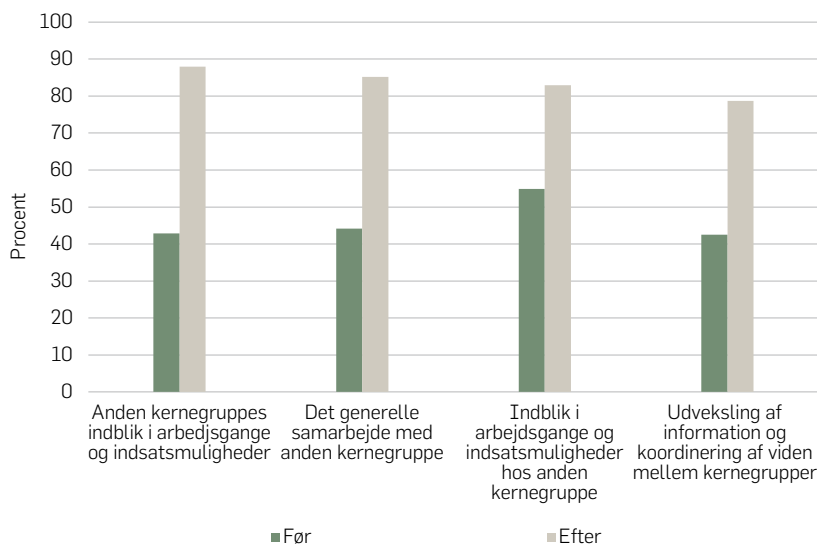
Tallene for voksenforsøgene viser en betydelig mindre udvikling for Effektiv indsats for de unge voksne end for de andre to forsøg, men det beror udelukkende på, at tallene i Effektiv indsats var høje, allerede før forsøget startede. Allerede før forsøget blev indsatserne her planlagt i fællesskab i næsten lige så høj grad, som det efter forsøgets start var tilfældet i flere af de andre forsøg.

Gennemførelsen af Integrerede Forløb har også betydet et bedre samarbejde mellem medarbejdere i region og kommune. Samarbejdet er i

de fleste af forsøgene foregået mest direkte mellem den lokale psykiatri i regionen og socialpsykiatrien i kommunen, dog for børneforsøgenes vedkommende i PPR. De betegnes som kernegrupper i integrationen. Figur 3.2 viser, at betydeligt flere medarbejdere i disse kernegrupper, efter forsøget er i gang, finder samarbejdet med den anden kernegruppe positivt. Tallet er næsten fordoblet, og forskellene klart signifikante. Billedet bekræftes af de kvalitative undersøgelser: ”Det var tilfældigt, om der var sammenhæng mellem den kommunale og den regionale indsats. Vi snakkede om hinanden, ikke med hinanden” (kommunal medarbejder i Psynergi).

FIGUR 3.2

Andelen af medarbejdere fra kernegrupper i region og kommune med positiv vurdering af samarbejdet med den anden kernegruppe, særskilt for før- og eftermåling og dimensioner af samarbejde. Procent.



Anm.: Førmåling N = 70-86. Eftermåling N =115-92.

1. For Fælles på Tværs og Den Trygge Vej gælder første, tredje og fjerde søjle hele kommunen og ikke kun PPR.

Kilde: Før- og eftermåling af personale i regioner og kommuner.

Det siger en hel del om samarbejdet før og efter, at medarbejderne *før* i betydeligt flere tilfælde mente at have indblik i arbejdsgange og indsatsmuligheder hos den anden gruppe, end de oplevede, at den anden gruppe havde indblik i arbejdsgange og indsatsmuligheder hos dem selv.

Efter forsøget er i gang oplever medarbejderne det omvendt: Nu har den anden gruppes medlemmer lidt oftere indblik i arbejdsgange og indsatsmuligheder hos dem, end de mener, de selv har hos den anden gruppe. Medarbejderne oplever sig med andre ord langt oftere forstået af den anden gruppe, mens de før forsøget ofte havde den oplevelse, at de forstod den anden gruppe, men at den anden gruppe ikke forstod dem.

TABEL 3.2

Andelen af medarbejderne fra kernegrupper i region og kommune med positiv vurdering af samarbejdet med den anden kernegruppe, særskilt for forsøg og dimensioner af samarbejde, opdelt efter før- og eftermåling. Procent.

		Fælles på Tværs	Den Trygge Vej	Psykiatriens Hus	Effektiv indsats	Psynergi
Samarbejde med anden kernegruppe	Før	31	40	52	86	40
	Efter	91	96	77	83	83
Udveksling af information og koordinering af viden mellem kernegrupper om den enkelte borger	Før	39	29	48	71	25
	Efter	80	72	79	83	100
Indblik i arbejdsgange og indsatsmuligheder hos anden kernegruppe ¹	Før	57	-	48	86	44
	Efter	95	92	69	85	100
Anden kernegruppens indblik i arbejdsgange og indsatsmuligheder	Før	24	43	54	100	33
	Efter	82	95	82	90	100

Anm.: Svarkategorier, der regnes som positive i denne opgørelse: 1 = Meget godt, godt, 2 = Meget gode, gode, 3 = I meget høj grad, i høj grad, 4 = I meget høj grad, i høj grad.

1. Den Trygge Vej har i førmålingen ikke fået spørgsmålet om indblik i arbejdsgange og indsatsmuligheder hos anden kernegruppe, og indgår derfor ikke i disse tal.

Kilde: Før- og eftermåling af personale i regioner og kommuner

Tabel 3.2 viser billedet fra figur 3.2 i procenter for de enkelte forsøg, bortset fra På Sporet af en Løsning. For børneforsøgene, Fælles på Tværs og Den Trygge Vej, er der især sket en udvikling i samarbejdet med den anden kernegruppe og i den anden kernegruppens indblik i arbejdsgange og indsatsmuligheder. For voksenforsøgene er der især sket en udvikling i udveksling af information og koordinering af viden mellem kernegrupper om den enkelte borger.

Det viser sig igen i tabel 3.2, at udviklingen i Effektiv indsats for de unge voksne har været meget lille og i nogle forhold negativ, men det beror udelukkende på, at samarbejdet allerede før forsøget blev vurderet meget højt.

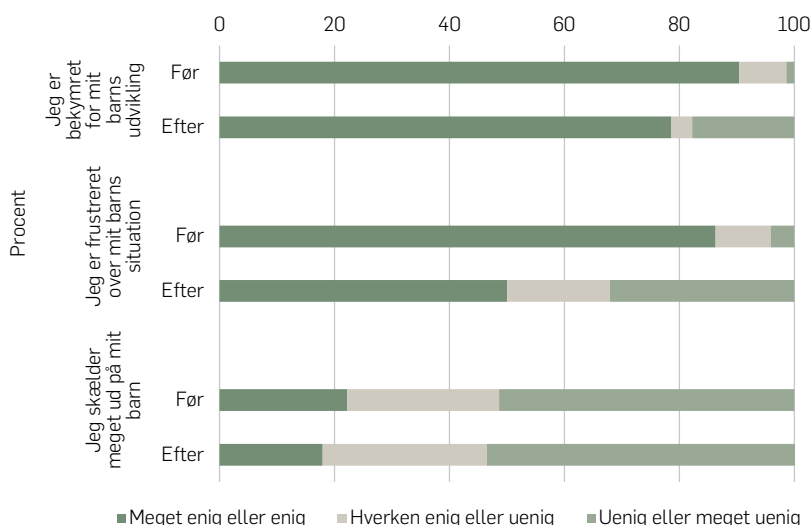
Alt i alt viser disse ting, at forsøget har fået gennemført en højere grad af integration mellem regionens og kommunens indsatser.

BORGERNE FÅR DET BEDRE

Formålet med indsatsen over for mennesker med sindslidelse og med at integrere regionens og kommunens indsatser er, at borgerne skal få det bedre. Det er belyst ved, at borgerne (eller forældrene) har fået de samme spørgsmål før og efter, de har været igennem forsøget. En sammenligning viser, at forsøget har haft en positiv betydning. En svaghed ved denne metode er, at den ikke siger noget om, hvorvidt der havde været samme positive udvikling med den sædvanlige indsats eller helt uden indsats. Derfor suppleres borgerspørgsmålene med vurderinger fra medarbejderne.

FIGUR 3.3

Forældre i børneforsøgene, fordelt efter, hvordan de vurderer deres relation til barnet, særligt for dimensioner af relationen og for før- og eftermåling. Procent.



Anm.: Førmåling: n= 72-73, eftermåling: n =28.

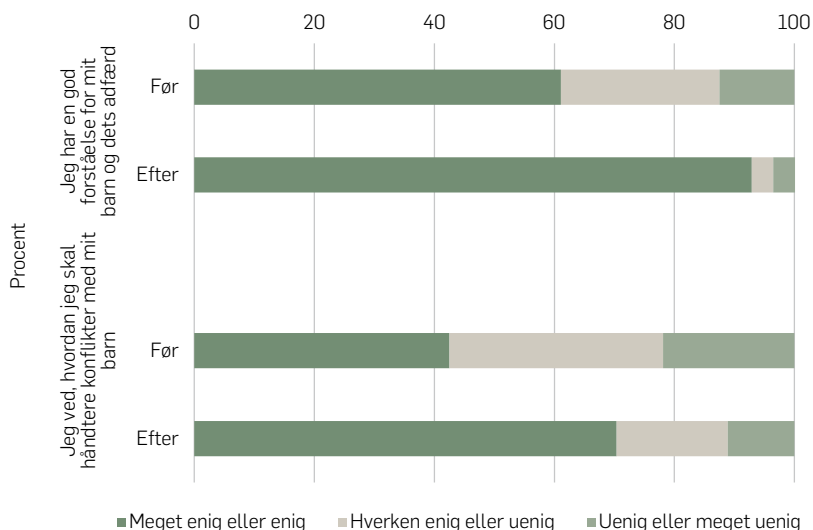
Kilde: Før- og eftermåling, forældre i Fælles på Tværs og Den Trygge Vej.

Figur 3.3 og 3.4 viser de svar, som forældrene i Fælles på Tværs og Den Trygge Vej har givet på fem spørgsmål, før og efter deres børn har fulgt et forløb. Forløbet gør forældrene meget mindre frustrerede, giver dem en meget bedre forståelse for deres barn og dets adfærd og giver langt

flere af dem viden om, hvordan de skal håndtere konflikter med deres barn. Den midterste forskel i figur 3.3 og begge forskelle i figur 3.4 er signifikante på 1-pct.-niveau.

FIGUR 3.4

Forældre i børneforsøgene fordelt efter, hvordan de vurderer egne evner til at håndtere barnets psykiske problemstilling, særsomt for dimensioner af evner til håndtering og før- og eftermåling. Procent.



Anm.: Førmåling: n = 72, 73, eftermåling: n = 27, 28.

Kilde: Før- og eftermåling, forældre i Fælles på Tværs og Den Trygge Vej.

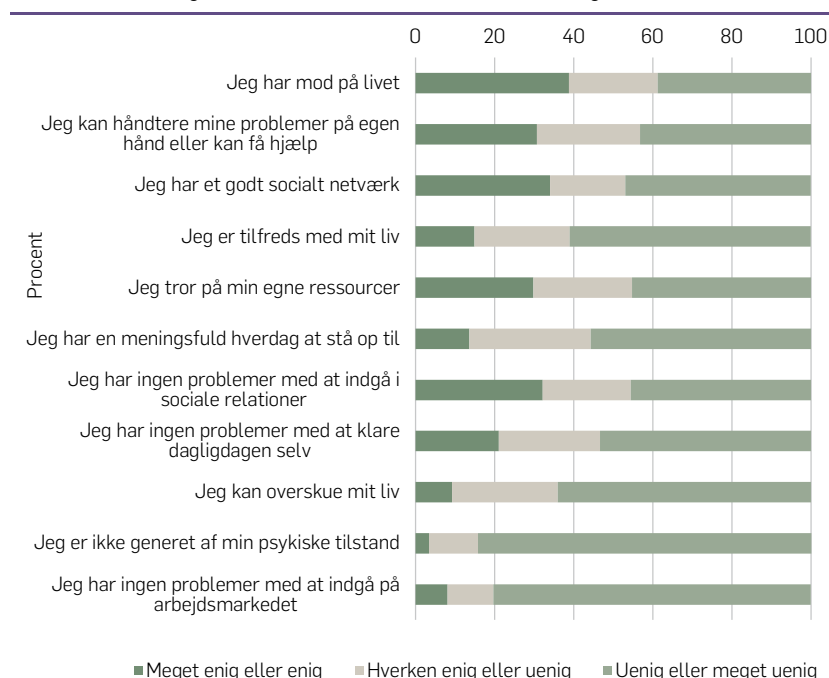
Figur 3.5 og 3.6 giver borgernes svar på 11 spørgsmål før og efter et forløb i Integrerede Forløb. Udsagnene er ordnet efter, hvor mange der har kunnet erklære sig enige efter forløbet. Efter et forløb er der fremgang på alle punkter. Forskellene er næsten alle klart signifikante. De største og mest signifikante udviklinger ses i forhold til ”jeg kan overskue mit liv”, ”jeg er tilfreds med mit liv”, og ”jeg har en meningsfuld hverdag at stå op til”. Men også ”jeg har mod på livet”, ”jeg kan håndtere mine problemer på egen hånd”, og ”jeg har ingen problemer med at klare dagligdagen selv” viser en udvikling, der er signifikant på 0,1-pct.-niveau.

Det gælder i øvrigt for alle de 11 punkter, der spørges om, at der har været en stor positiv udvikling. Men til trods for en stor forbedring

også på de vanskeligste punkter er langt de fleste stadig efter forløbet generet af deres psykiske tilstand. Den mindste udvikling ses med hensyn til problemer med at indgå på arbejdsmarkedet. De problemer opleves som mindre, men signifikanstesten giver en p-værdi på 0,08. Dette problem kan formentlig ikke løses gennem behandling, det løser man nok kun ved at etablere et arbejdsforhold med støtte, som gør, at personen får mulighed for at lære det direkte.

FIGUR 3.5

Borgerne i voksenforsøgene fordelt efter, hvordan de vurderer egne evner og livskvalitet i førmålingen, særskilt for dimensioner af evner og livskvalitet. Procent.



Anm.: N = 79-90. Figuren er sorteret efter rækkefølgen i eftermålingen (jf. figur 4.6). Spørgsmålet "Jeg har et godt socialt netværk" har På Sporet af en Løsning ikke fået dette spørgsmål, n derfor kun 79, mens n er 90 for de øvrige spørgsmål.

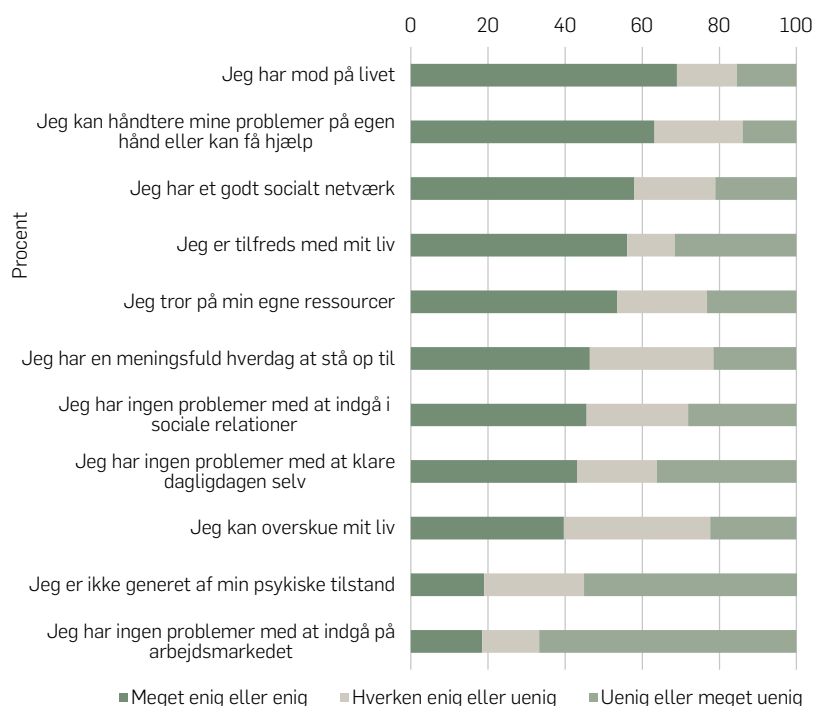
Kilde: Førmåling i Psykiatriens Hus, Effektiv indsats for de unge voksne, Psynergi, På sporet af en Løsning.

I gennemsnit går borgerne i Psykiatriens Hus 20 procentpoint frem i andelen af meget enige i de 11 positive udsagn, borgerne i Psynergi går 21 procentpoint frem, borgerne i Effektiv indsats for de voksne går 24 procentpoint frem, mens borgerne i På Sporet af en Løsning går 32 pro-

centpoint frem. Fremgangen fra før- til eftermåling er størst for de forebyggende forsøg, og et niveau lavere for forsøgene med integration af indsatser på voksenområdet. På det sidste område er der en forskel mellem Effektiv indsats for de unge voksne og de to andre forsøg.

FIGUR 3.6

Borgere i voksenforsøgene fordelt efter, hvordan de vurderer egne evner og livskvalitet i eftermålingen, særskilt for dimensioner af evner og livskvalitet. Procent.



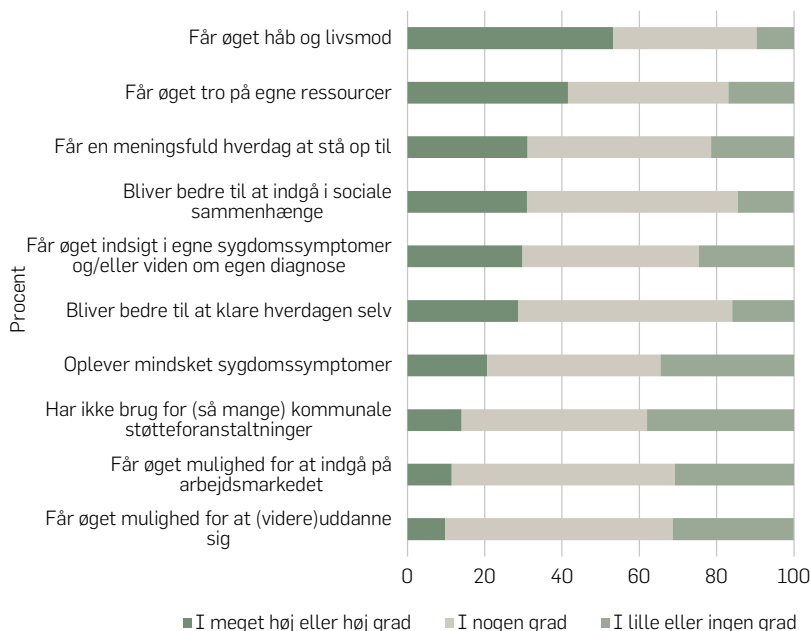
Anm.: N = 38-58. Spørgsmålet som socialt netværk har På Sporet af en Løsning ikke fået, derfor er n = 38.

Kilde: Eftermåling i Psykiatriens Hus, Effektiv indsats for de unge voksne, Psynergi, På Sporet af en Løsning.

Medarbejdernes vurdering af indsatsens betydning svarer fuldstændig til borgernes, som figur 3.7 viser. De vurderer, at indsatsen især ser ud til at give borgeren et bedre liv med håb, tro, meningsfuldhed og sociale relationer, men at den betyder mindre for evnen til at klare sig uden støtte, eller til at indgå i uddannelse eller arbejde.

FIGUR 3.7

Medarbejderne i voksenforsøgene fordelt efter, hvordan de vurderer indsatsens virkning for borgerens recovery i eftermålingen, særligt for dimensioner af virkning. Procent.



Anm.: N = 50-62. Mange medarbejdere har svaret "ved ikke". Psynergi har ikke fået spørgsmålet om øget tro på egne ressourcer.

Kilde: Eftermåling af personale i region og kommune i Psykiatriens Hus, Effektiv indsats for de unge voksne og Psynergi.

EN KOORDINERENDE FUNKTION

Fælles for de seks forsøg er en medarbejderfunktion, der er borgers primære kontakt til systemet. Denne medarbejder har som opgave at sikre borgeren en sammenhængende tværsektoriel indsats og koordinere de forskellige indsatser, der indgår i den integrerede helhed. Funktionen kaldes enten en forløbskoordinator, kontaktperson eller tovholder (boks 3.1). Funktionen kan sammenlignes med en *case-manager*, som er kendt fra Madison-modellen (Bengtsson & Gregersen, 2013).

En central opgave for denne medarbejder er at koordinere de tværsektorelle og interne indsatser fra henholdsvis region og kommune og sikre, at borgerne og forældrene oplever forløbet i forsøget som sammenhængende og entydigt. Det betyder, at medarbejderen fungerer

som en guide, der skal vejlede borgeren eller familien gennem forløbet og sørge for at oplyse borgeren og familien om tid og sted for næste skridt i forløbet samt hjælpe borgeren og familien med nye tilbud. Dernæst skal medarbejderen ofte udforme det skriftlige materiale, fx et beslutningsreferat, efter diverse møder. Der bliver ligeledes lagt vægt på, at medarbejderen skal inddrage familien og/eller borgere og eventuelle pårørende i planlægningen af indsatsen. I mange af forsøgene er denne funktion besat af en kommunal medarbejder.

BOKS 3.1

Forsøgenes betegnelse af den koordinerende medarbejderfunktion.

- Fælles på Tværs (Randers): Forløbskoordinator
 - Den Trygge Vej (Kolding): Fast kontaktperson
 - Psykiatriens Hus (Silkeborg): Tovholder
 - Effektiv indsats for de unge voksne (Holstebro): Forløbskoordinator
 - Psynergi (Fredericia): Kontaktperson (primær og sekundær)
 - På Sporet af en Løsning (Faaborg-Midtfyn): Forløbskoordinator
-

Over halvdelen (54 pct.) af medarbejderne fra de fem forsøg vurderer samlet set, at den koordinerende medarbejderfunktion fungerer rigtig godt eller godt. Lidt over en femtedel (22 pct.) mener, at den nye funktion fungerer rimeligt eller dårligt. Lidt under en fjerdedel (24 pct.) har dog svaret ”ved ikke” til dette spørgsmål – især er denne svarmulighed benyttet i Psykiatriens Hus og Den Trygge Vej. I Psykiatriens Hus er det imidlertid de medarbejdere, der kun har deltaget i et enkelt eller ingen netværksmøder, der ikke kan svare på dette spørgsmål. I Den Trygge Vej er det i høj grad de regionale medarbejdere, der ikke har kunnet svare på spørgsmålet, hvilket skal ses i sammenhæng med, at funktionen oftest er hos psykologen fra PPR.

Medarbejderne i Fælles på Tværs er mest positive over for forløbskoordinatorfunktionen i deres forsøg. 83 pct. af medarbejderne vurderer, at denne funktion fungerer meget godt eller godt. Også i den kvalitative undersøgelse bliver forløbskoordinatorrollen fremhævet. Herefter følger Effektiv indsats for de unge voksne, hvor 62 pct. svarer, at deres forløbskoordinatorfunktion fungerer godt. På trods af at størstedelen af medarbejderne i spørgeskemaet vurderer, at forløbskoordinatorfunktionen i forsøget fungerer godt, så bliver det klart i den kvalitative spørgeskemaundersøgelse her, at medarbejderne oplever betydelige udfordrin-

ger ved denne funktion. Det er de regionale medarbejdere både i den kvantitative og kvalitative undersøgelse, der er mindst positive over for forløbskoordinatorrollen.

De regionale medarbejdere nævner i den kvalitative undersøgelse, at det hænder, at forløbskoordinatoren ikke har fået de relevante oplysninger og den relevante viden fra andre afdelinger i kommunen eller fra psykiatrien og derfor ikke er ordentligt opdateret i borgerens sag. I afsnittet om samarbejdet mellem kernegrupperne i forsøgene ser vi dog, at medarbejderne i forsøget er meget positive over for samarbejdet og videndeling mellem region og kommune. Det tyder på, at det mest er i forhold til forløbskoordinatorfunktionen, at koordineringen af viden er problematisk. Medarbejderne oplever, at forløbskoordinatoren ofte sidder med et for stort ansvar i forhold til at koordinere og at opdatere alle om borgeren forløb.

I På Sporet af en Løsning er medarbejderne meget positive over for denne medarbejderfunktion. Medarbejderne har en oplevelse af, at funktionen får systemerne til at arbejde sammen. Borgerens kontakthaver med systemet bliver af medarbejderne sammenlignet med et puslespil, som medarbejderne sætter sammen, og dermed guider borgeren videre fra. I de tre resterende forsøg har under halvdelen af medarbejderne vurderet, at funktionen er god.

Alt i alt giver de seks forsøg indtryk af, at en case manager er en god og nyttig funktion, når indsatser fra region og kommune skal integreres.

HVAD ÆNDRER INTEGRATIONEN I INDSATSEN?

Integration omfatter en fælles planlægning af en samlet indsats fra region og kommune med henblik på at producere et mere samlet og bedre forløb. Men hvordan ændrer integrationen selve indsatsen?

På børneområdet kommer kommunen på et tidspunkt i et forløb til et punkt, hvor den har brug for en udredning af barnet, som kun regionen kan foretage. Med integrationen bliver denne udredning et fælles forsøg. Det sparer dobbeltfunktioner, information kan bruges af begge parter, og indsatsen fremtræder samlet og mere meningsfuld for forældrene. De to forsøg på børneområdet viser nogenlunde de samme ændringer set i forhold til sædvanlig praksis.

På feltet integration af indsatser for voksne har vi derimod at gøre med tre meget forskellige forsøg. Psynergi er et øget samarbejde mellem bostøtter og teammedlemmer. De bruger hinandens iagttagelser, sparer dobbeltfunktioner, og arbejder på den samme plan. I Psykiatriens Hus samarbejder region og kommune om borgere, der får en indsats fra begge sider, hvis arbejde derved kommer til at hænge bedre sammen. Netværksmøderne giver yderligere sammenhæng, som både borgere og pårørende oplever.

Effektiv indsats for de unge voksne starter med et afklarings-team, som planlægger en indsats, som kan omfatte både kommunale og regionale dele. Med den model er der et potentiale for, at indsatsen bliver meget anderledes, end den ville have været uden denne afklaring. Det viser sig da også, at indsatsen i forløbene i Effektiv indsats for de unge voksne bliver meget anderledes end indsatsen i de tilsvarende kontrolforløb. Med Effektiv indsats for de unge voksne kommer kommunen meget oftere ind i billedet, idet indsatsen bliver mere rehabiliterende. Alle forsøgene har rehabilitering som mål, men Effektiv indsats for de unge voksne synes at have fundet en model, der lettere bringer den ind i forløbet.

Den forebyggende indsats i På Sporet af en Løsning tager fat i borgeren i krise med en type kombineret samtaleterapi og afklarings-team. I reglen er det allerede efter en samtale klart, hvem der skal tage resten af forløbet, som oftest er ganske kort. I en forebyggelse er den vigtigste ændring af indsatsen, i forhold til, hvad der ellers ville være sket, at man standser udviklingen af et behov og dermed ikke kommer til at yde en langt mere omfattende indsats senere. Også i dette forsøg er der mulighed for, at indsatsen fra region og kommune bliver meget anderledes, end hvis forsøget ikke havde været der.

OPSUMMERING

Evalueringen viser, at medarbejderne oplever, at der sker en integration. De vurderer, at indsatsen i forsøget er planlagt i fællesskab, og de arbejder mere sammen med hinanden. De oplever også, at indsatsen i højere grad sker under samme ledelse. Det sidste må ses som et tegn på, at den fælles projektledelse har fungeret godt.

Forældrene i de to forsøg på børneområdet bliver mindre frustreret og oplever at de forstår deres barn bedre og bedre kan håndtere konflikter. Borgerne i forsøgene på voksenområdet bliver mere tilfredse, finder mere mening og kan bedre overskue deres liv. De kan fungere bedre i sociale relationer og bedre klare dagligdagens udfordringer. Medarbejderne har samme vurderinger af, hvordan forsøgene virker for borgerne.

Kapitlet har desuden set på betydningen af en koordinerende medarbejder, som kan få forløbet til at hænge sammen for borgeren til trods for, at flere instanser er involveret. Endvidere har det set på de forskellige typer af møder, med og uden borgerdeltagelse og med forskellige formål, som forsøgene benytter sig af. Endelig har det behandlet det væsentlige forhold, hvor meget der er åbnet for, at integrationen griber ind i den indsats, der bliver givet. De fleste af forsøgene samler indsatser fra region og kommune, men to af forsøgene planlægger en indsats, der kan komme til at blive anderledes sammensat, end hvis forsøgene ikke havde været der. Det sidste kan der være et stort potentiale i.

IMPLEMENTERING AF EN INTEGRERET INDSATS

Integration er mere end samarbejde, men mindre end sammenslutning. En integreret indsats ændrer ikke ved det forhold, at der er tale om to selvstændige organisationer, region og kommune. Med mindre lovgivning stiller sig i vejen, kan organisationerne opløse en integreret indsats når som helst. En vellykket integration forudsætter imidlertid, at de involverede medarbejdere går positivt ind i det. De må have et ønske om at gennemføre den, og der må ikke være for mange ting, der stiller sig i vejen. Disse forhold danner rammen om de vilkår, der er for integration af indsatser fra region og kommune. I dette kapitel ser vi nærmere på, hvordan disse rammer er etableret i Integrerede Forløb.

FORANKRING I ORGANISATIONEN

Organisationens proces med at forpligte sig og danne de nødvendige strukturer er en vigtig forudsætning for, at forsøget kan have opbakning fra ledelserne i kommune og region (Cameron & Lart, 2003). Først og fremmest er det vigtigt at have en styregruppe, som ikke blot med ord, men også med engagement bakker forsøget op. Integrerede Forløb har lagt stor vægt på at danne styregrupper, hvor region og kommune er re-

præsenteret på så højt et niveau som muligt og på at engagere disse styregrupper aktivt i udviklingen af forsøget.

I de fleste tilfælde har styregrupperne i de enkelte forsøg gjort et engageret og seriøst stykke arbejde for at sikre opbakning til deres forsøg i de to myndigheders ledelser. Ledelsens opbakning har været helt central i forhold til, hvordan forandringsprocessen er forløbet i de seks forsøg. Generelt kan man sige, at det har haft betydning, hvor højt ledelsen (både afdelingsledere i de enkelte enheder og ledelsen i styregruppen) har prioriteret, at medarbejderne bruger deres tid i forsøget. Et eksempel er fra Den Trygge Vej, hvor en medarbejder fra kommunen beskriver ledelsens opbakning som ”vældig stor” og fortsætter:

Man melder ikke afbud til nogle møder, medmindre man er syg eller sådan, og (den faglige leder) har nogen gange deltaget for én, hvis der har været et eller andet, at man har skullet til, noget andet som også havde høj prioritet. Så på den måde bliver det prioriteret meget højt.

Prioriteringen har dog mange steder varieret i forsøgenes forskellige faser. I Den Trygge Vej oplevede regionens personale fx stor opbakning i starten, bl.a. ved at alt personalet på hele børnesiden deltog i fælles temadage. Senere var det kun nøglepersonerne i forsøget, der fik mulighed for at deltage, selvom det var et stort ønske blandt også de øvrige medarbejdere at være med. Men der er også andre eksempler på, at personale og samarbejdspartner har størst interesse for forsøget i første fase. Forsøgene er startet med store orienteringsmøder, kick-off-møder og lignende, der har været stor interesse for. Senere har det været mere vanskeligt at samle så mange som forventet til evaluering, fx i På Sporet af en Løsning.

FORANKRING I MEDARBEJDERGRUPPEN

Engagement fra medarbejdernes side er også en vigtig forudsætning for, at et integrationsforsøg lykkes (Henwood m.fl., 1997). Det indgik i oplægget, at medarbejderne i det enkelte forsøg skulle starte med at foretage en kortlægning af deres målgruppe – for det første for at udrydde myter, for det andet for mere generelt at inspirere personalerne til at være nysgerrige og have en åben tilgang og for det tredje for at give personalerne fra de to myndigheder lejlighed til en fælles aktivitet og indlede det sam-

arbejde, som forsøget senere ville fordr. Styregrupperne fik ansvar for og ejerskab til denne kortlægning, mens projektmedarbejderne skulle udføre den i praksis og dermed forberede sig på at indgå i forsøget.

Da projektgrupperne kom i gang med at interviewe deres målgruppe, var det også tydeligt, at disse fælles aktiviteter havde stor betydning. De var ikke blot et brud på hverdagen og en lejlighed til at lære den anden personalegruppe bedre at kende, men – og det gælder specielt for kortlægningen af målgruppen – også en måde at få personalegrupperne til i højere grad at se tingene fra borgernes synsvinkel på. Mens disse aktiviteter stod på, kom der fra flere af forsøgene tilbagemeldinger om deres betydning som øjenåbnere, og personalemedlemmerne har også efterfølgende givet udtryk for, at erfaringerne med kortlægning af målgruppe betød meget både for udformningen af forsøget og for etableringen af samarbejdet mellem personalegrupper.

Således fandt projektgrupperne i Effektiv indsats for de unge voksne og Psykiatriens Hus begge frem til, at borgerne ikke kunne finde rundt i systemet. De interviewede borgere gav især udtryk for vanskeligheder med at finde sig tilrette med jobcenteret, hvor de syntes, det hele handlede om job og handleplaner, som de ikke syntes, de kunne sætte i forbindelse med den situation, de selv stod i. Den indledende kortlægning af målgruppen var derfor vigtig i forhold til at give projektgrupperne en erkendelse af vigtigheden af, at integrationen også kom til at omfatte jobcentrets indsats.

I Effektiv indsats for de unge voksne udarbejdede man et ”relationsdiagram”, hvor man illustrerede alle de mulige instanser, som målgruppen skulle navigere imellem. Arbejdet med diagrammet beskrives af medarbejderne som øjenåbnende, idet de ”på egen krop” oplevede, hvor svært det var at få overblik over de mange tilbud og tilbuddenes indbyrdes relation.

Medarbejderne i de fleste af forsøgene beskriver en udvikling hen imod et øget kendskab til og respekt for hinanden på tværs af sektorer. Fra at forholdet var præget af gensidige fordomme, har medarbejderne i region og kommune fundet fælles grund. Denne fælles grund findes i ambitionen om at hjælpe borgerne bedst muligt. Det har været en målsætning i Integrerede Forløb at skabe større helhed i borgernes forløb. Bedre sammenhæng, øget gennemsigtighed og fokus på brugerinddragelse er gennemgående målsætninger i de seks forsøg.

Der eksisterer en forståelse blandt praktikerne på tværs af sektorer af, at disse målsætninger medfører, at borgerne, lige som medarbejderne selv, bedre kan gennemskue og derved agere i systemet. Det handler ikke om, at systemet skal løse problemet for borgeren, men om at borgeren skal hjælpes på vej mod selv at løse problemet. Det betyder også, at det er vigtigt at finde frem til borgerens opfattelse af, hvad problemerne er eller støtte borgeren i at finde frem til dette. Som en medarbejder fra På Sporet af en Løsning udtrykker det: ”Vi interesserer os ikke for, hvilken paragraf de kan få, men for deres historie”.

Fælles for forsøgene er erfaringen med, at borgerne tidligere ”for vild” i systemet, og at mange borgere dermed mistede deres handlekompetence. De seks forsøg har derfor med forskellige tiltag fokuseret på at gøre det lettere for borgerne at blive kompetente brugere af det psykiatriske system. I Effektiv indsats for de unge voksne beskriver en medarbejder, hvordan samarbejdet har udviklet sig fra et spørgsmål om, hvem der havde og ikke havde ansvar for indsatser i et givet forløb, til hvad man hver især kan bidrage med i et samlet forløb. Man kan derfor tale om, at arbejdet med at skabe integrerede forløb også har været et arbejde med at flytte fokus fra system til borger, og at dette fokusskift har givet medarbejderne på tværs af sektorer og på tværs af kommunale afdelinger et fælles udgangspunkt.

Den aktive rolle med kortlægning af målgruppe og udformning af forsøget i detaljer, som Integrerede Forløb har givet de lokale projektmedarbejdere, har således betydet meget for, at medarbejderne havde borgerne i tankerne, da de udformede forsøgene. Kortlægningen har endvidere betydet meget for etableringen af et positivt samarbejde mellem regionens og kommunens medarbejdere og dermed for et godt resultat af forsøget. Indsatsen skulle ikke blot hænge sammen, men også opleves som en helhed af borgerne. Sammen med vægten på at etablere lokalt ejerskab til forsøgene er disse elementer lagt ind i Integrerede Forløb, for at det kunne afføde bedre forsøg.

Samtidig med at disse egenskaber har styrket Integrerede Forløb, er de imidlertid også blevet til svagheder ved evalueringen af integration som sådan, idet det er uklart, om en kopiering af forsøget alene kan frembringe de samme resultater. Den indledende projektudviklingsfase med en ”vitaminindsprøjtning” til projektmedarbejderne i form af fælles aktiviteter og kortlægning af målgruppen gør det nemlig uvist, i hvilket omfang resultaterne i det enkelte forsøg har at gøre med det konkrete

forsøg, som gruppen fik udarbejdet, og i hvilket omfang de har at gøre med den indledende proces med dens etablering af et positivt samarbejde og med dens styrkelse af forsøgets borgersigte og påvirkning af dets menneskesyn. Erfaringer fra de seks forsøg peger dermed i retning af, at sådanne aktiviteter i projektudviklingsfasen har afgørende betydning, når der skal etableres et tværsektorielt samarbejde i et lignende regi. Den positive betydning af kortlægningen af målgruppe kunne derfor inspirere til, at dette element bliver indbygget i modeller for arbejdet fremover.

BOKS 4.1

Betydningen af, at medarbejderne i de to sektorer indledte deres samarbejde med en fælles kortlægning af målgrupperne.

- Gav en åben og lyttende holdning
 - Erstattede myter om borgere med realiteter
 - Erstattede myter om anden gruppe med realiteter
 - Satte automatisk borger i centrum
 - Rystede personalegrupperne sammen
-

UDFORDRINGER FOR INTEGRATIONSPROCESSEN

Det er velkendt, at der er forskelle i kulturer mellem medarbejdere i region og kommune og mellem medarbejdere med forskellige fagligheder og ligeledes, at der er forskelle mellem organisationsprincipperne i de to myndigheder, som forsøgene skulle overvinde. Endvidere er der den åbenlyse kløft, der består i, at der er tale om to myndigheder med hver deres budget og bundlinje. Det vigtigste resultat vedrørende kultur er imidlertid, at kulturforskellene inden for den enkelte myndighed betyder mindst lige så meget som kulturforskellene mellem myndigheder, og at der, når samarbejdet først bliver sat i gang, opstår en forståelse af den andens gruppes faglighed og kultur.

I interviewene med ledere og personale i de seks forsøg er spurgt en del om kulturforskelle: Hvordan har projektdeltagerne fra de to myndigheder oplevet kulturerne? Har de oplevet, at parterne har talt hvert sit sprog? Har forsøget betydet en udvikling i retning af, at de nu i højere grad taler samme sprog og bedre forstår hinanden? Et symbol på kulturforskellen er de ord, der benyttes til at betegne ”kunderne” i systemet:

regionen anvender betegnelsen ”patient”, og kommunen siger ”borger”. Men der er mange andre forskelle: Skal man fx kalde et nyt møde, hvor parterne sammen kommer rundt om problematikken for et ”360-graders-sagsmøde” eller en ”360-graders klinik”?

Der er imidlertid ikke blot tale om organisations-*kulturelle* udfordringer, når social indsats og behandling af sindslidende skal integreres. *Strukturelle* barrierer i og mellem sektorerne har vist sig at betyde mindst ligeså meget (Cameron & Lart, 2003). Der har på tværs af de seks forsøg været en række strukturelle barrierer, som har udgjort ”bump” på vejen mod integration. Der er fx tale om forskellige lovmæssige forpligtelser i de to sektorer.

Regionen arbejder i højere grad end kommunen ud fra krav om kontering af ydelser og tariffer som styringsinstrument. Disse arbejdsbetingelser forbinder mange af de regionale medarbejdere med oplevelsen af den nye praksis i forsøgene som tidskrævende. En regional medarbejder fra Fælles på Tværs påpeger fx, at vedkommende i den nye praksis oplever en mere presset hverdag, selvom det øgede tidsforbrug kan være positivt kvalitetsmæssigt. Medarbejderen påpeger, at dette hænger sammen med arbejdsbetingelserne i regionen, hvor der arbejdes ud fra ”tidsenhed pr. aktivitet”. Dette er en betingelse på tværs af forsøgene i Integrerede Forløb, hvor ventelister også har indflydelse på medarbejdernes tidsforbrug. Hertil skal dog anføres, at selvom medarbejderen oplever et øget tidsforbrug, så viser ydelsesregistreringen, at dette opvejes af, at der bruges mindre tid andre steder.

En kommunal medarbejder fra Den Trygge Vej beskriver forskellen i arbejdsbetingelser som mindre stram end kollegernes i regionen, og fortsætter:

Hver psykolog styrer jo lidt sin egen tid, og så skal vi bare passe vores opgaver, og så er der er ikke nogen som, ligesom hos [regionen], kigger os over skulderen og ser: når du også lige dét til den og den tid ... det er nogen love, I [i regionen] skal holde jer inden for, det er ikke noget, nogen kan gøre for, sådan er det jo bare.

Det er en barriere for den mest effektive forløbssammensætning, hvis der er et regionalt krav om, at alle sager skal startes op med barnets tilstedeværelse på psykiatriens matrikel. Det hindrer, at forsøgene fx kan

starte en sag op ved et netværksmøde på den lokale skole, hvilket ifølge lederne i Fælles på Tværs ville give rigtig god mening for forløbet.

Samtidig er modsætninger i sådanne interne incitamentstrukturer ikke kun relevante i forhold til forskelle mellem region og kommune. Også internt i kommunen er der forskelle i arbejdsbetingelser og krav. Der er også stor forskel i handlemuligheder mellem socialpsykiatri og jobcenter. Således fortæller nogle medarbejdere fra På Sporet af en Løsning, at de fra jobcenteret ofte får svaret: ”Du ved jo godt, hvilke rammer jeg arbejder under, her er borgeren enten rask eller sygemeldt”.

En medarbejder fra Psykiatriens Hus, hvor der arbejdes med Åben Dialog, beskriver problematikken på følgende måde: ”Åben Dialog er måske en rund bold, der skal puttes ned i jobcentrets meget firkantede kasse, og det er nogle gange lidt svært at finde tiden til at mingelere den derned”. I forbindelse med jobcenteret er én forklaring på forskelle i lovgivning og arbejdskultur, at området blev overført til kommunen fra Arbejdsformidlingen med kommunalreformen i 2007. Men det er ikke kun i forhold til jobcenteret, at interne forskelle udgør forhindringer i samarbejdet – også i forhold til fx handicap- og familieafdelinger i kommunen kan forskelle i krav og arbejds gange udgøre forhindringer i samarbejdet.

En del personale fra både region og kommune finder de nye praksisser tidskrævende. Koordination af møder (at finde tidspunkter, hvor alle relevante parter kan mødes) er fx en gennemgående udfordring. Her understreger medarbejderne især inkompatible it-systemer. Derfor har man fx anvendt en fælles samtykkeerklæring, som sikrer, at information kan deles kontinuerligt på tværs af sektorer. Ligesom man ikke har direkte adgang til hinandens planer på tværs af sektorer, har man heller ikke adgang til hinandens kalendere, hvilket gør mødebooking til en tidskrævende affære med mange afbud og frustrationer til følge.

Alligevel mener langt størstedelen af medarbejderne på tværs af sektorer dog, at den ”ekstra” tid, der anvendes til fælles møder, både med og uden borgeren, er godt givet ud i forhold til kvalitet for borgerne. Nogle medarbejdere nævner, at der ikke reelt er tale om, at der bruges mere tid end tidligere – tiden til samarbejde er blot blevet mere institutionaliseret. I den tidligere praksis optog meget ustruktureret kommunikation mere tid samlet set (telefonopkald, mailkorrespondance mv.). Det sidste støttes af målinger fra projektledere. Således anfører Fælles på

Tværs, at den regionale medarbejder tidligere brugte halvanden time på koordinering, mens det i forsøget er nedsat til en halv time.

En tidsrøver på tværs af de seks forsøg er lavpraktiske besværligheder grundet de to sektors forskellige arbejdsredskaber. Det har været et mål i flere af forsøgene at udvikle en slags fællesplan for borgeren, som skal integrere en pædagogisk plan (fra kommunen) og en behandlingsplan (fra regionen). Dette har nogle steder ikke kunne lade sig gøre, eller er blevet en meget tidskrævende proces, idet medarbejderne ikke har adgang til hinandens systemer, og derfor ikke kan gå ind og arbejde i fællesplanen på tværs af sektorer.

Derfor foreslår flere medarbejdere, bl.a. i Effektiv indsats for de unge voksne, at der oprettes et fælles system, hvor relevante medarbejdere kan opdatere hinanden og holde sig informeret om borgerens sag: ”Det bliver meget sårbart, når andre afdelinger ikke kan se, hvad jeg som forløbskoordinator noterer – særligt hvis der kommer sagsbehandlerskift; så er det ikke en gang sikkert, at sagsbehandler er vidende om, at borgeren er i forløbet”.

Systemerne er desuden sårbare over for afbud og udskiftninger i personale, fordi man de fleste steder ikke er vant til et sådant samarbejde, og systemerne ikke er gearret til vidensdeling på tværs af sektorer. Der er fx forskellige krav i region og kommune til, hvilke oplysninger der skal være i en anamnese, og derfor er de fælles planer nogen steder mere blevet et værktøj til dialog om indsatsen, både med borger og medarbejdere på tværs af region og kommune, end det er blevet et egentligt fælles arbejdsredskab.

Disse strukturelle barrierer opfatter personalet flere steder som udtryk for en udpræget ”kassetænkning” i systemerne – ”vi arbejder i kasser”, som en medarbejder fra På Sporet af en Løsning udtrykker det. Der gøres også op med denne form for tænkning i forsøgene, idet dette har været grunden til, at mange borgere kom i klemme eller ”faldt mellem to stole”. Men det kan være svært at få den mere helhedsorienterede indsats til at passe i et stringent system: ”Det er rigtig meget bløde værdier, og det er rigtig dejligt, men som en del af et meget stringent system med rigtig meget pres på kan det være svært at overskue og bruge ressourcerne på det” (medarbejder fra Psykiatriens Hus). Eller som en medarbejder fra På Sporet af en Løsning beskriver dilemmaet: ”Kun hvis vi er ulydige, tager vi fat på de virkelige problemer”.

Det har derfor været vigtigt at have beslutningskompetence centralt i forsøgene med integration af indsatser på voksenområdet blandt de aktører i praksisfeltet, som udfører forsøgene. I Effektiv indsats for de unge voksne samles ledere fra de forskellige instanser i et afklarings-team og kan træffe beslutninger om borgerens forløb på stedet. Dette har ifølge medarbejderne nedbragt sagsbehandlingstiden markant, og gjort løsningsmodellerne mere fleksible.

Alt i alt er det indtrykket i evalueringen af Integrerede Forløb, at afstanden mellem de to myndigheders interesser og principper er den største kløft, som integrationen skal over, og når den først er kommet over den, bliver det meget lettere at forstå hinandens sprog, se baggrunden for hinandens kultur og se berettigelsen af hinandens fagligheder. Langt det meste, der er kommet frem i interview og samtaler med projektmedarbejdere, har handlet om strukturelle barrierer, mens de kulturelle mere er blevet nævnt som bityng.

BOKS 4.2

Strukturelle barrierer for integration.

- To organisationer, to ledelser
 - Forskellige konteringsprincipper
 - Muligt – ikke muligt at kontere samarbejde
 - Pres mod specialisering – pres mod afspecialisering
 - Behandlingspakker – skræddersyet indsats
 - It-systemer taler ikke sammen
 - Ikke tilladt at udveksle information
-

OPSUMMERING

Ved implementering af en integreret indsats er en forankring i en styregruppe med repræsentation af ledelse på højst muligt plan en stor fordel. Integration styrkes af fælles ledelse, og en fælles ledelse står stærkere hvis den er forankret højere oppe i de deltagende organisationer. Forankring i medarbejdergruppen er ligeledes vigtig. Den fælles kortlægning af den borgergruppe, der var udset til målgruppe for forsøget, har givet medarbejderne fra region og kommune et godt grundlag for at samarbejde i forsøget, samtidig med at det har givet et borgerfokus fra starten.

Organisationer har forskellig kultur og tradition, og medarbejdergrupper som har med mennesker at gøre har ofte den opfattelse om hinanden, at de bygger på meget forskelligt menneskesyn. Det var forventet, at disse forhold ville give udfordringer for integration af indsatser fra region og kommune over for mennesker med sindslidelse. Evalueringen viser imidlertid, at disse forskelle betyder mindre og relativt let lader sig overvinde, når grupperne kommer i samarbejde.

Derimod betyder de strukturelle barrierer mellem region og kommune meget mere. Det er vanskeligt at udveksle information mellem dem, både på grund af lovgivning og fordi systemerne ikke taler sammen, og der er forskellig måde at kontere aktiviteter, som kan gøre det vanskeligt at indpasse et samarbejde om en indsats. De to sektorer har også forskellig grad af specialisering og formalisering af indsatsen i ”pakker”. Disse forskelle gør, at nogle medarbejdere opfatter de to organisationer som adskilte ”kasser”, det er svært at forene.

ØKONOMIEN I INTEGRATION

Når ressourceforbruget ved en integreret arbejdsform skal sammenlignes med ressourceforbruget ved en opdelt arbejdsform, er de konkrete arbejdsprocesser naturligt nok afgørende. I kapitel 2 indledte vi med at dele de seks forsøg op i tre grupper. Denne opdeling får især betydning, når det gælder den økonomiske side af integrationen. Det er helt forskellige opgaver at integrere indsatserne over for børn, indsatserne over for voksne og etableringen af en ny indsats.

INDSATSER OVER FOR BØRN

På børn-og-unge-området foregår det meste af behandlingen i forvejen hos PPR og i kommunen. Det arbejde, der kan integreres, er udredningen i regionens psykiatri. Det er da også her, de to forsøg på børneområdet tager fat. Fælles på Tværs og Den Trygge Vej foretager mange af de samme ting: De etablerer en funktion som forløbskoordinator eller fælles kontaktperson, de koordinerer undersøgelser eller foretager dem sammen, de udveksler information, inden de møder forældrene, og de holder fælles møder med dem.

Det betyder, at der kan vindes noget, hvis det, der tidligere var to undersøgelser, nu bliver til én undersøgelse og hvis det, der tidligere

var to samtaler med forældrene og gensidig information om dem, nu bliver ét fælles møde. På den anden side kan man risikere, at en integreret model kommer til at indeholde *for* mange fælles møder.

Som nævnt i kapitel 2 er der foretaget økonomiberegning i begge forsøgene på børneområdet. Fælles på Tværs har beregnet omkostninger for forløbet for 22 børn i forsøget og for 22 børn i en kontrolgruppe, der er fremkommet ved individuel matchning. Der er matchet med hensyn til køn, alder, og diagnose. Resultatet er, at forløbene i Fælles på Tværs gennemsnitligt koster knap 14.000 kr., hvilket er 86 pct. af gennemsnitsomkostningen i kontrolgruppen. Den Trygge Vej har foretaget en beregning for 62 forløb i forsøget. Her er gennemsnitsomkostningen knap 8.000 kr. Der er ikke nogen kontrolgruppe, idet forsøget er foretaget inden for de almindelige budgetter.

Omkostningerne for de to forsøg kan ikke sammenlignes, da de er beregnet ud fra enhedspriser med forskellig definition. De kan derimod sammenlignes for børn i samme forsøg, derunder for børn i forsøgsgruppen og børn i kontrolgruppen.

Omkostningerne for børn i Fælles på Tværs (figur 2.1) varierer ret jævnt fra den mindste til den største, og det samme er tilfældet for omkostninger for børn i Den Trygge Vej. Gennemsnitspriserne er derfor ikke primært fremkommet som resultat af nogle få dyre forløb, men er udtryk for et generelt niveau. Alt i alt tyder beregningen på, at integration af kommunens og regionens indsats over for børn ikke betyder større omkostninger end en opdelt indsats.

INDSATSER OVER FOR VOKSNE

Voksenområdet adskiller sig fra børn og unge ved, at der i meget større omfang er tale om de samme aktiviteter og de samme faggrupper i den regionale og den kommunale indsats. Det giver større muligheder for at samarbejde, fx kan den psykiater, der regulerer medicin, anvende den kommunale bostøttes iagttagelser – således lyder udmeldingen fra Psynergi.

Voksenområdet adskiller sig også fra børn-og-unge-området ved, at forløbene kan være meget forskellige, og mange af de samme behov kan opfyldes enten ved en regional eller ved en kommunal indsats.

Der er gennemført økonomiberegning for de tre forsøg på vokseområdet, for 41 forløb i Psykiatriens Hus (figur 2.5), 43 forløb i Effektiv indsats for de unge voksne (figur 2.6) og 17 forløb i Psynergi (figur 2.9). For de to sidstnævnte forsøg er der også gennemført økonomiberegning af kontrolgrupper, men de er ikke individuelt matchede. Gennemsnitsomkostningerne for disse forløb er godt 400.000 kr. for Psykiatriens Hus, knap 300.000 eller 38 pct. af gennemsnittet i kontrolgruppen for Effektiv Indsats og godt 200.000 kr. eller 79 pct. af gennemsnittet i kontrolgruppen for Psynergi. Gennemsnittet for de tre forsøg kan ikke sammenlignes, men forudsat at kontrolgrupperne er valgt rigtigt, kan hvert enkelt forsøg sammenlignes med sin kontrolgruppe.

Beregningen viser, at de integrerede forløb gennemføres med lavere omkostninger end de tidligere. I Psynergi er omkostningen sat ned med en femtedel, svarende til, at noget dobbeltarbejde kan undgås. Det rimer godt med meldinger fra personalet om, at opsøgende team og bostøtter med den integrerede arbejdsform kan få glæde af hinandens iagttagelser. Men det er i det væsentlige den samme indsats i forsøg og kontrol, som består af opsøgende team og bostøtte. Effektiv indsats for de unge voksne medfører en besparelse af en helt anden størrelse. Det hænger måske sammen med, at der er tale om meget forskellige typer indsatser i forsøg og kontrol.

I forsøgsgruppen i Effektiv indsats for de unge voksne har 63 pct. af borgerne forløb i såvel region som kommune, mens 33 pct. har rent kommunale forløb. Den tilsvarende kontrolgruppe viser imidlertid et helt andet billede. Her har kun 23 pct. forløb både i region og kommune, mens en stor gruppe har rent regionale forløb. Forudsat at der er valgt en passende kontrolgruppe, kan den store reduktion af udgifter derfor hænge sammen med, at forsøget giver en anden type af forløb end sædvanlig behandling. Det åbner integrationsformen i Effektiv Indsats mulighed for, idet den starter med et afklaringsteam, som kan tilrettelægge en helt anden indsats end den, der ville blive givet, hvis forsøget ikke havde været etableret.

Økonomiberegningen for integration af indsatser for voksne med sindslidelse har det særlige problem, at fordelingerne af omkostninger for de tre forsøg (figur 2.5, 2.6, 2.9) er meget skæve. I Psykiatriens Hus tegner 15 pct. af forløbene sig for mere end halvdelen af omkostningerne, for Effektiv indsats for de unge voksne udgør 19 pct. af forløbene halvdelen, og for Psynergi udgør de dyreste 18 pct. noget over

halvdelen (60 pct.). Den skæve fordeling betyder, at tilfældig variation for de dyreste forløb giver en særlig usikkerhed. Når 10-20 pct. af forløbene har afgørende betydning, må et udvalg gøres 5-10 gange større for at få en rimelig sikkerhed i beregningen.

FOREBYGGENDE INDSATS

På dette område er økonomien i integration helt anderledes igen. Forebyggelse betaler sig altid, hvis det er muligt at sætte ind i tide i de relevante tilfælde. For at sikre det kommer man nødvendigvis til at forebygge i et antal tilfælde, hvor der ikke er grund til det. En forebyggende indsats skal derfor være meget billig, og der skal være grund til at antage, at den tager fat i nogle problemer så tidligt, at et dyrt forløb undgås.

På Sporet af en Løsning lever op til idealet om en billig indsats, idet 90 pct. af forløbene har omkostninger under 5.000 kr. De 5 pct., der ligger mellem 15.000 og 20.000 kr., virker som forløb, der også ville være have fundet sted, uden at forsøget var etableret. Selvom det ikke er muligt at sammenligne indsatsen i På Sporet af en Løsning med, hvad der ville være sket uden dette forsøg, virker økonomien i forsøget umiddelbart sund. På Sporet af en Løsning giver, ligesom Effektiv Indsats, mulighed for at der gives en helt anden indsats til borgeren, end hvis forsøget ikke havde været etableret.

OPSAMLING

Forsøgene på børneområdet integrerer udredningen i børne- og ungdomspsykiatrien med PPR's udredning af barnet. Der er grund til at vente at det kunne spare lidt omkostninger, hvis fx nogle undersøgelser kan foretages fælles. Det ser da også i det ene af forsøgene ud til, at der bliver lidt mindre omkostninger for det enkelte barn ved den integrerede indsats. Et af forsøgene på voksenområdet integrerer på lignende vis indsatser, som kommune og region foretager, nemlig bostøtte og opsøgende team. Også her finder vi lidt mindre omkostninger.

To af forsøgene på voksenområdet foretager en integration af indsatser, der griber dybere ned i aktiviteten. De etablerer ikke blot et samarbejde mellem indsatser fra den ene og den anden side, men define-

rer en indsats, som er sammensat af indsatser fra de to sider, og som godt kan være helt anderledes sammensat end den indsats der blev givet, hvis forsøgene ikke var blevet etableret. Det ene af disse er forebyggende og det har derfor ikke kunnet vurderes, hvad det betyder for omkostningerne. For det andet viser omkostningsberegningen imidlertid meget lavere omkostninger end tilsvarende forløb efter sædvanlig praksis.

METODE OG EMPIRI I EVALUERINGEN

Designet af evalueringen af Integreerede Forløb har været præget af en række valg, som er samlet i boks 6.1.

BOKS 6.1

Styrker og svagheder ved designet.

Styrker ved designet	Svagheder ved designet
Vurdering af forskellige lokale modeller frem for vurdering af en fælles model flere steder: Flere forskellige modeller bliver belyst.	Vurdering af den enkelte lokale model bliver mindre sikker, og vurdering af enkelttræk ved modellen bliver mindre sikker.
Lokale grupper vælger problematik: Problematikken føles relevant. Der er et vist engagement for at gå i gang med forsøget.	Uklart om resultater også gælder, hvis personalerne skal implementere modellen. Uklart om metoden giver de mest relevante forsøg, eller dem de lokale ledelser helst vil arbejde med.
Lokale grupper kortlægger målgruppen, og udvikler detaljer i model og metoder: Sikrer ejerskab til forsøget.	Uklart om det, der vurderes, er selve modellen og dens metoder, eller det stimulerede engagement.

Disse valg betyder, at der afprøves flere ting, men at resultaterne bliver mindre præcise, og at det er mindre klart, hvad der er grunden til, at de fremkommer.

SPØRGESKESKEMAUNDERSØGELSER

MEDARBEJDERNE

For at afdække om medarbejderne vurderer de metoder, som er udviklet i de seks forsøg, som et fremskridt fra indsatsen før forsøgene, er der gennemført en spørgeskemaundersøgelse før og efter forsøgene. Førskemaerne blev sendt ud, da forsøgene befandt sig i metode- og modelafprøvningsfasen i foråret 2012. Efter-skemaerne blev sendt ud i sommeren 2013 i afslutningen af metode- og modelafprøvningsfasen for nogle forsøgs vedkommende og for andres vedkommende i efteråret 2013 i afslutnings-, opsamlings- og formidlingsfasen, afhængigt af hvor langt forsøgene var i deres afprøvning af metoder.

Projektlederne har været med til at give input til, hvilke spørgsmål der var relevante at stille for at belyse indsatsen såvel før som efter forsøgene. En del spørgsmål har været fælles, andre tilpasset til det enkelte forsøg. Projektlederne har udleveret spørgeskemaerne til modtagerne af både før- og efter-skemaer. I flere af forsøgene har der ikke været nogen helt klar grænse mellem medarbejdere, der deltog og medarbejdere, der ikke deltog i forsøget. En del har været potentielle eller lejlighedsvis deltagere.

Der er stor forskel på antallet af besvarelser fra de forskellige forsøg. Antallet har noget at gøre med forsøgenes organisering. I nogle af forsøgene har det ikke givet mening at sende ud til særligt mange personer, hvorimod det i andre har været relevant at sende ud til hele afdelinger, hvis medarbejdere kan have haft en rolle.

FØRMÅLINGEN

I *førmålingen* har i alt 100 medarbejdere besvaret før-skemaet. Heraf er 75 fra kommunen og 25 fra regionen.

Fra Fælles på Tværs er der 38 besvarelser, hvoraf 34 er fra Randers Kommune, herunder PPR, familie- og handicapafdelingen samt folkeskoler og specialskoler, og fire er fra BUC i regionen.

Fra Den Trygge Vej er der 17 besvarelser, hvoraf 10 er fra Kolding Kommune, herunder PPR, Familieafdelingen og Handicaprådgivningen, og syv fra BUPA i regionen.

I Psykiatriens Hus er der 28 besvarelser, hvoraf 22 er fra Silkeborg Socialpsykiatri, og seks er fra regionspsykiatrien i Silkeborg.

Effektiv indsats for de unge voksne har besvaret syv før-skemaer, hvor tre er fra Holstebro Socialpsykiatri, og fire er fra Regionspsykiatri Vest.

Psynergi har besvaret 10 før-skemaer, hvor seks er fra bostøtten i Fredericia Kommune, og fire er fra OP-team i regionen.

EFTERMÅLINGEN

I *eftermålingen* har 127 medarbejdere besvaret efter-skemaet, hvoraf 92 er fra kommunen og 35 er fra regionen.

Fælles på Tværs har besvaret 23 efter-skemaer. Fra Randers Kommune er der 18 besvarelser, og fra BUC er der fem besvarelser. I Fælles på Tværs er der 11 medarbejdere, der både har besvaret et skema før og efter. Fælles på Tværs står for 18 pct. af de samlede besvarelser i eftermålingen.

Den Trygge Vej har besvaret 26 efter-skemaer. Kolding Kommune har besvaret 17, og BUPA har besvaret ni. Heraf er der fire medarbejdere, som både har besvaret et før- og et efter-skema. Den Trygge Vej står for 20 pct. af den samlede besvarelse.

Psykiatriens Hus har besvaret 59 efter-skemaer, hvor 46 er fra Silkeborg Socialpsykiatri, og 13 er fra regionspsykiatrien. Heraf har 13 besvaret både et før- og et efter-skema. Psykiatriens Hus står for 47 pct. af de samlede besvarelser.

Effektiv indsats for de unge voksne har besvaret 13 efter-skemaer. Heraf er otte fra Holstebro Socialpsykiatri, fem er fra regionspsykiatrien. En medarbejder har besvaret både et før- og et efter-skema. Effektiv Indsats står således for 10 pct. af de samlede besvarelser.

Psynergi har besvaret seks efter-skemaer. Bostøtten i Fredericia Kommune har besvaret tre, og OP-team i regionen har besvaret tre. Alle seks medarbejdere har også besvaret et før-skema. Psynergi står dermed for 5 procent af de samlede besvarelser.

På sporet af en Løsning er ikke repræsenteret i før- og eftermålingen i evalueringen, da det på grund af forsøgets organisering ikke giver mening. Der er kun fire medarbejdere – to kommunale og to regionale –

og forsøget drejer sig ikke om integration af indsatser, men om etablering af en ny type indsats. Begrebet ”før” giver ikke samme mening, når der ikke var nogen indsats før. Det er derfor i evalueringen valgt at supplere før- og eftermålingen af de andre fem forsøg op med kvalitative interview af de fire projektmedarbejdere i På Sporet af en Løsning.

BORGERNE

Der er gennemført en spørgeskemaundersøgelse med borgerne før og efter forsøgene. Igen har projektlederne været inde over udformningen af spørgsmål i før- og efter-skemaerne. I tråd med det lokale ejerskab har det været vigtigt for os at sparre med projektlederne i forhold til spørgeskemaernes udseende, indhold og størrelse. Det har været vigtigt både for at sikre en høj svarprocent, men også for at sikre, at borgerne har en god oplevelse med at skulle besvare på spørgsmål om deres deltagelse i forsøget.

Projektlederne har været til stor hjælp i udformningen af spørgsmål. Sparringen med dem har gjort det muligt at udforme spørgsmål, som fik borgerne til at tage stilling til de forhold, det var vigtigt at få belyst. Projektlederne og projektmedarbejderne har stået for udleveringen af skemaerne, da det har været vigtigt, at borgerne fik udleveret et skema umiddelbart inden indtrædelsen i forsøget og umiddelbart efter udtrædelsen af forsøget.

Borgerforløbene har af gode grunde ikke været parallelle, da der er forskel på længden af borgerforløb, både på det individuelle plan og på forsøgsplan. Projektlederne har dermed stået for løbende at udlevere skemaer til borgerne. Den udregnede svarprocent i formålingen vil derfor være baseret på, hvor mange borgere der er blevet visiteret til et forløb i de forskellige forsøg. I eftermålingen er svarprocenten baseret på, hvor mange borgere der er afsluttet i forsøgene til en bestemt dato, hvor eftermålingen er stoppet. Der kan således godt være flere borgere i forsøget, som er afsluttet eller begyndt efter denne dato, men de er ikke en del af evalueringen.

179 borgere har i de fire voksenforsøg enten været igennem et forløb eller er stadig i gang med et forløb. I alt har 91 borgere i voksenforsøgene besvaret et før-skema, hvilket giver en samlet svarprocent på 51 i formålingen. I eftermålingen har 59 borgere besvaret et efter-skema. Det giver en samlet svarprocent i eftermålingen på 33. Dette tal er en

smule misvisende, da nogle forsøg kun har udleveret efter-skemaer til dem, som har afsluttet et forløb. Derfor er svarprocenten reelt højere.

I Psykiatriens Hus har i alt 41 borgere deltaget i forløbet, hvoraf 16 borgere, da efterundersøgelsen blev foretaget, havde afsluttet et forløb, og de øvrige var i gang. 20 borgere har besvaret et før-skema, og svarprocenten i førmålingen er således 49. I eftermålingen har 12 borgere i Psykiatriens Hus svaret på et efter-skema. Psykiatriens Hus har valgt kun at udleverer skemaer til dem, som har afsluttet et forløb, og for denne gruppe er svarprocenten i eftermålingen 75. To borgere har besvaret både før- og efter-skemaet.

I Effektiv indsats for de unge voksne er 47 borgere blevet visiteret til forsøget. 15 borgere har besvaret et før-skema, hvilket giver en svarprocent på 32. 14 borgere har besvaret et efter-skema, hvilket giver en svarprocent på 30. To borgere har svaret både på et før- og et efter-skema.

I Psynergi har i alt 23 borgere deltaget i forløbet, hvoraf otte borgere, da efterundersøgelsen blev foretaget, havde afsluttet et forløb, og 15 var i gang med et forløb. 13 borgere har besvaret et før-skema, og svarprocenten er således 57 i førmålingen. I eftermålingen har 14 borgere besvaret et efter-skema, hvilket giver en svarprocent på 61. 10 borgere har i Psynergi besvaret både før- og efter-skema.

I På Sporet af en Løsning har 77 borgere deltaget i forsøget. Heraf var 42 borgere afsluttet, da efterundersøgelsen blev foretaget, og 35 borgere var stadig i gang med et forløb. 43 borgere har besvaret et før-skema, hvilket i førmålingen giver en svarprocent på 55. I eftermålingen har 19 borgere besvaret et efter-skema, hvilket giver en svarprocent på 25. For de afsluttede borgere alene er svarprocenten i eftermålingen dog på 45 pct. 10 borgere har besvaret både før- og efter-skemaet.

I børneforsøgene har i alt 70 forældre besvaret et før-skema, og 28 forældre har besvaret et efter-skema. I de to forsøg har i alt 145 børn deltaget, hvilket giver en samlet svarprocent på 48 i førmålingen. Eftermålingsskemaerne er i begge børneforsøg kun sendt til de forældre, hvis børn har afsluttet et forløb. Det antal er 76, hvoraf 28 har besvaret et skema. Det giver en samlet svarprocent i eftermålingen på 37.

I Fælles på Tværs har 58 børn på nuværende tidspunkt deltaget i forsøget, hvoraf 29 havde afsluttet et forløb, da efterundersøgelsen blev foretaget, og 29 stadig var i gang med et forløb. I alt har 34 forældre besvaret et før-skema, hvilket i førmålingen giver en svarprocent på 59. 12

forældre har besvaret et efter-skema ud af de 29 afsluttede, hvilket i eftermålingen giver en svarprocent på 41. Fire forældre har besvaret både et før- og et efter-skema.

I Den trygge Vej har 87 børn deltaget i forsøget. Da efterundersøgelsen blev foretaget, havde 47 børn afsluttet et forløb. I alt har 36 forældre besvaret et før-skema, hvilket umiddelbart giver en svarprocent på 41. Alle 87 forældre har dog ikke modtaget skemaet. Der er sendt et efter-skema til de 47 forældre, hvis børn har afsluttet et forløb, hvoraf 16 har besvaret det, hvilket giver en svarprocent på 34.

KVALITATIVE MATERIALER

For at få et nærmere indblik i de enkelte forsøgs samarbejde, integration af indsatser og medarbejdernes vurdering af de nye metoder, er det kvantitative datamateriale suppleret med både kvalitative interview og kvalitative spørgeskemaer. Derudover har medarbejdere fra SFI været på flere besøg i forsøgene både for at tale med projektlederne, men også for at deltage i bl.a. styregruppemøder, (netværks)møder med borgere, pårørende og medarbejdere samt evalueringsmøder.

De kvalitative interview er udført med kommunale og regionale medarbejdere i Den Trygge Vej, Psykiatriens Hus, Effektiv indsats for de unge voksne, Psynergi og På Sporet af en Løsning. Fokus har i disse interview været på borgerens respons på forsøget, samarbejdet med den anden sektor, udfordringer i forsøget mm.

Derudover er der udsendt en lille spørgeskemaundersøgelse i forbindelse med, at de lokale styregrupper havde behov for viden om, hvorvidt forsøget skulle fortsætte. I skemaerne kunne medarbejderne med egne ord svare på fordele og ulemper ved den nye indsats, fordele og ulemper ved den gamle indsats, komme med forslag til justeringer og vurdere, om de synes, at forsøget skulle fortsætte.

METODEOVERVEJELSER

I en før- og eftermåling af så forskellige forsøg har det været en udfordring at stille spørgsmål, der ville give mening før og efter indsatsen. Lige sådan er det en svær øvelse at få de samme medarbejdere til at svare på

skemaerne før og efter, da der over en periode kan være udskiftning i medarbejdergruppen.

BOKS 6.2

Metoder anvendt til evaluering.

METODE	BELYSER
Før- og efter-skemaer til borgerne. Før-skemaer besvarer borgeren ved indtræden i forsøget. Efter-skema besvarer borgeren ved ophør i forsøget, eller når den periode af forsøget, som evalueringen kan dække, slutter.	Borgernes oplevelse af forsøget. En række spørgsmål relaterer sig til de succeskriterier, det enkelte forsøg har opstillet.
Før- og efter-skemaer til personale. Før-skema besvarer personale ved start af forsøget, efter-skema ved afslutning af forsøget, eller når den periode af forsøget, som evalueringen kan dække, slutter.	Personalets oplevelse af forsøget sat i forhold til personalets oplevelse af den tidligere form for indsats. En række spørgsmål relaterer sig til de succeskriterier, det enkelte forsøg har opstillet.
Omkostningsskema for hver borger i forsøget: Belyser borgerens forløb i forsøget og sætter samtidig en pris på den enkelte ydelse, som skemaet regner sammen til en samlet pris	Ideen i omkostningsskemaet bygger på et forløb, hvor der er indsatser fra såvel behandling som social service. Det har været vanskeligt at udforme for børneområdet.
Omkostningsskema for referencegruppe. Hvis det er muligt, udpeger det enkelte lokale forsøg en referencegruppe ud fra det kriterium, at denne skal bestå af borgere, hvis sindslidelse og situation så vidt muligt svarer til borgere i forsøget, men som modtager den indsats, som blev givet inden forsøget.	For referencepersoner opgøres forløbet for den behandling og sociale indsats, der svarer til det, som forsøget dækker.
Seks kvalitative spørgsmål til personalet. En lille undersøgelse foretaget på det tidspunkt, hvor lokale styregrupper havde behov for information for at tage stilling til, om forsøget skulle fortsætte.	Personalets oplevelse af forsøget set i forhold til personalets oplevelse af tidligere praksis: Hvad er fordelene og ulemperne ved henholdsvis den nye og den tidligere praksis, skal forsøget fortsætte og hvad skal eventuelt ændres?
Kvalitative interview med projektmedarbejdere.	Samarbejdet i forsøget og udfordringer heri.
Følge projektgrupper og referencepersoner i årene fremover i registre.	Vil give en viden på lidt højere evidensniveau om virkningen af integration.

I forhold til borgerne er det overvejet, hvordan det var mest hensigtsmæssig at inddrage dem i undersøgelsen. Det blev valgt at sende skriftlige spørgeskemaer ud til borgerne i stedet for fx at telefoninterviewe dem. Man kan diskutere, hvad den rigtige fremgangsmåde ville være, både i forhold til borgerens oplevelse og svarprocenten. Det blev dog vurderet,

at den bedste fremgangsmåde som udgangspunkt var at sende spørgeskemaer til projektmedarbejderne og give dem ansvaret for at dele skemaerne ud til borgerne. Som det bliver klart i det ovenstående, er svarprocenten hos borgerne relativt lav.

FIDELITET OG ØKONOMI

Fideliteten eller metodeloyaliteten er vurderet på flere måder. Kvalitative interview med ledere og medarbejdere i forsøgene spiller en rolle, men der er også udformet et særligt forløbsskema, som belyser, hvad der konkret er sket med hver enkelt borger, som har været med i forsøget. I det omfang forsøget handler om konkrete indsatser over for borgerne, kan forløbsskemaerne vise, om forsøgene har implementeret de programmer, det var tanken af implementere. Princippet i forløbsskemaet er, at forløbet for borgeren deles op ved hver ny visitation eller beslutning, og at det for alle de mellemliggende perioder angiver den vifte af tilbud, som borgeren har modtaget. Skemaet er fleksibelt på den måde, at forsøgene har forskellige vifter af tilbud. Samtidig kan det give et overblik over omkostningerne i et forløb.

Det enkelte forsøg skulle udforme sit eget forløbsskema på grundlag af en generisk form. Formen giver plads for de forskellige enkelttilbud, som kan indgå i det samlede tilbud til en borger på et givet tidspunkt. Når en borger starter i forsøget, skal fx projektlederen anføre startdato samt de enkelttilbud, som borgeren benytter. Når borgerens forløb slutter, skal slutdatoen indføres. Det betyder, at projektlederen hele tiden vil have et overblik over, hvad forsøget tilbyder og har tilbudt til den pågældende borger, og hvor længe forsøget har varet. Med denne enkle form kan et skema indeholde en hel gruppe borgere ved siden af hinanden (se øverste halvdel af figur 6.1). De fleste af forsøgene i Integrerede Forløb har været så enkle, at det simple forløbsskema har været tilstrækkeligt.

Hvis forsøget er mere kompliceret, således at der kan ske en forandring af indsatsen en eller flere gange i løbet af forsøgsperioden, vil der kun være plads til en borger på hvert skema. I disse tilfælde vil søjlerne blive benyttet til perioder med en bestemt indsats. Når der sker en forandring i sammensætningen i enkelttilbud, anfører projektlederen datoen og den nye kombination af enkelttilbud i skemaets næste søjle. Sidst-

nævnte dato er slutdatoen for første periode og startdatoen for anden. Således fortsætter projektlederen med at udfylde kombinationer af tilbud.

Tanken med forløbsskemaet var, at projektlederne til enhver tid skulle have overblik over, hvad der var sket for hver enkelt borger i forsøget. Forløbsskemaerne blev samtidig forsynet med formler til beregning af, hvad den samme indsats betød af omkostninger. Det skulle alt i alt give projektlederen en mulighed for at vurdere, både hvad indsatsen var, og hvad omkostningerne var ved det, forsøget gjorde for den enkelte borger. Det er sigtet, at et overblik af den art ville gøre det lettere for projektlederne at tage de rigtige beslutninger.

Forløbsskemaerne blev lanceret samtidig med, at forsøgene startede på deres implementeringsfase, efter at de havde været gennem udviklingsfasen. Det viste sig imidlertid, at tankegangen bag forløbsskemaet var så fremmed for mange af projektlederne, at det tog mange måneder at udvikle et endeligt skema. Den nævnte fremmedhed betød også, at de ikke gjorde brug af det, som det var tænkt. De fleste forløbsskemaer er derfor blevet udfyldt i forsøgets sidste måned.

Forløbsskemaet har dermed vist sig at være meget mere end et redskab til at belyse, hvad der sker med borgerne i forsøget, og dermed om forsøget i virkeligheden realiserer det program, som metodebeskrivelsen angiver. Det er også et instrument, der kan anvendes til at lære medarbejderne at tænke lidt mere analytisk over den indsats, som de yder. For at analysere indsatser og sammenligne udbyttet af den ene indsats med udbyttet af den anden er det en elementær forudsætning netop at forstå indsatsen som bygget op af elementer.

ØKONOMIBEREGNING

Figur 6.1 viser et simpelt forløbs- og omkostningsskema. Formlerne benytter sig af enhedspriser for de forskellige ydelser, fx timepris for psykiatri medarbejder, pris for konsultation hos læge, mm.

For at få indtryk af om forsøget betyder større eller mindre omkostninger i forhold til sædvanlig praksis, er der defineret referencegrupper i de forsøg, hvor dette i det hele taget har været muligt.

TABEL 6.1

Eksempel på et simpelt omkostningsskema.

Borger	Ole	Malene	Jan	Helen	Karsten
Fra dato	27-07-2012	13-01-2013	22-01-2013	30-10-2012	08-03-2013
Til dato	14-12-2012	03-02-2013	21-04-2013	15-05-2013	12-05-2013
Antal dage	140	21	89	197	65
Antal timer psykiatrimedarbejder	12	10	4	10	6,5
Antal timer socialmedarbejder	2	12	2	0	3,5
Sags-supervision psykiater				1	
Kontakt praktiserende læge		1	1	1	1
Kontakt kommunal instans	1	2	1		
Kontakt regional instans					
Psykiatri medarbejder	3.084	2.570	1.028	2.570	1.671
Social medarbejder	480	2.880	480	0	840
Sags-supervision psykiater	0	0	0	4.812	0
Kontakt praktiserende læge	0	13	13	13	13
Kontakt kommunal instans	120	168	356	0	0
Kontakt regional instans					
Pris	3.684	5.631	1.877	7.395	2.524

Definitionen af referencegrupper har imidlertid været kompliceret af, at der er tale om seks forsøg med meget forskellige problematikker og meget forskellige målgrupper. Nogle steder har det været umuligt at finde en referencegruppe, som i På Sporet af en Løsning, hvor forsøget henvender sig til en gruppe borgere, som ikke har haft noget tilbud tidligere. Andre steder er der en referencegruppe, mens der af forskellige grunde ikke er oprettet forløbs- og omkostningsskemaer om denne.

Da omkostningsskemaerne blev introduceret for projektlederne ved forsøgenes start, gav en stor del af dem udtryk for, at det var helt umuligt at opgøre indsatsen på den måde, mens en mindre del, mest fra kommunerne, mente, at det godt kunne lade sig gøre. Vi fik indtryk af, at det var en måde at tænke på indsatsen, som var meget fremmed for en stor del af medarbejderne. Vi brugte derfor flere møder på at gøre klart, hvordan omkostningsskemaerne skulle forstås og anvendes. Det tog derefter lang tid og krævede megen korrespondance at få skemaerne omsat til det enkelte forsøg. Endelig viste det sig, at projektlederne var længe om at tage omkostningsskemaerne i brug. I flere tilfælde blev de først udfyldt, efter at forsøgene var slut.

Det var endvidere ikke helt enkelt at skabe forståelse hos alle projektlederne for, at der skulle defineres en kontrolgruppe eller referencegruppe, som forsøgsgruppen kunne sammenlignes med. I flere tilfælde er omkostningsskemaer for kontrolgruppen derfor udfyldt senere end

skemaerne for forsøgsgruppen. Det betød, at de kom ind nogenlunde samtidig med at rapporten blev gjort færdig, i et tilfælde er de endda stadig kun på vej. Det har vanskeliggjort indarbejdning af erfaringerne herfra i den samlede evaluering.

Ideen med forløbs- og omkostningsskemaerne var, at ikke blot centrale medarbejdere og økonomer, men også de personer, der tager de daglige beslutninger, skulle have et overblik over aktiviteten, hvordan de tilbud, der var til rådighed, blev anvendt, samt hvad midlerne blev brugt til, idet et sådant overblik burde sikre bedre beslutninger. Dette er som nævnt ikke lykkedes. Selvom skemaerne blev introduceret nogenlunde samtidig med forsøgenes start, viste det sig, at der skulle bruges lang tid på at gøre dem færdige og anvendelige, og at de var for fremmede for de fleste medarbejdere til, at de kom i mere udbredt anvendelse.

Introduktionen af skemaerne viste i øvrigt det interessante forhold, at så godt som ingen af projektlederne havde nogen ide om, hvad de forskellige tilbud, de havde i anvendelse, medførte af omkostninger. På den baggrund er det nærliggende at forestille sig, at de daglige beslutninger kan komme op på en højere grad af omkostningseffektivitet, hvis personale og visitatorer blev mere fortrolige med at benytte redskaber som forløbs- og omkostningsskemaerne.

LITTERATUR

- Aagaard, J. & K. Müller-Nielsen (2011): "Clinical Outcome of Assertive Community Treatment (ACT) in a Rural Area in Denmark: A Case-control Study with a 2-year Follow-up". *Nordic Journal of Psychiatry*, vol. 65, No. 5, s. 299-305.
- Bengtsson, S. & S. Gregersen (2013): *Integrerede indsatser for mennesker med psykiske lidelser. En forskningsoversigt*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, *rapport 13:15*.
- Benjaminsen, L. (2013): *Rehousing Homeless Citizens with Assertive Community Treatment. Experiences from an ACT-programme in Copenhagen*. København: SFI Working Paper 07:2013.
- Burns, T., J. Catty, M. Dash, C. Roberts, A. Lockwood & M. Marshall (2007): "Use of Intensive Case Management to Reduce Time in Hospital in People With Severe Mental Illness: Systematic Review and Meta-Regression". *British Medical Journal*, 335(7615), s. 335-336.
- Cameron, A. & R. Lart (2003): "Factors Promoting and Obstacles Hindering Joint Working: A Systematic Review of the Research Evidence". *Journal of Integrated Care*, 11(2), s. 9-17.
- Jeppesen, P., L. Petersen, A. Thorup, M.B. Abel, J. Øhlenschläger, T. Christensen, G. Krarup, R. Hemmingsen, P. Jørgensen & M. Nordentoft (2005): "Integrated Treatment of First-episode Psy-

- chosis: Effect of Treatment on Family Burden: OPUS Trial". *The British Journal of Psychiatry*, 187(Suppl. 48), s. 85-89.
- Kavanagh, D.J. & J.M. Connolly (2009): "Interventions for Co-occurring Addictive and Other Mental Disorders (AMDs)". *Addictive Behaviors*, 34(10), s. 838-845.
- Kodner, D.L. & C. Spreeuwenberg (2002): "Integrated Care: Meaning, Logic, Applications, and Implications – A Discussion Paper". *International Journal of Integrated Care*, bd. 2, s. 1-6.
- Leichsenring, K. (2004): "Developing Integrated Health and Social Care Services for Older Persons in Europe." *International Journal of Integrated Care*, 4(3), s. 1-15.
- Leutz, W.N. (1999): "Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom". *The Milbank Quarterly*, 77(1), s. 77-110.
- Priebe, S.; T. Burns & T.K.J. Craig (2013): "The Future of Academic Psychiatry May Be Social". *The British Journal of Psychiatry* 2013, 202, s. 319-320.
- Psykiatriudvalget (2013a): *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser. Rapport fra regeringens udvalg om psykiatri*. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.
- Psykiatriudvalget (2013b): *Rapport om sammenhængen i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – rapport fra arbejdsgruppe 1 under psykiatriudvalget*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Seikkula, J., J. Aaltonen, B. Alakare, K. Haarakangas, J. Keränen & K. Lehtinen (2006): "Five-year Experience of First-episode Non-affective Psychosis in Open-dialogue Approach: Treatment Principles, Follow-up Outcomes, and Two Case Studies". *Psychotherapy Research*, 16(2), s. 214-228.
- Socialstyrelsen (2013): *Mennesker med psykiske vanskeligheder. Sociale indsatser der virker. Aktuel viden til udvikling og planlægning af den kommunale indsats*. Websted besøgt den 25.10.2013. <http://shop.socialstyrelsen.dk/products/mennesker-med-psykiske-vanskeligheder-sociale-indsatser-der-virker>.

SFI-RAPPORTER SIDEN 2012

SFI-rapporter kan købes eller downloades gratis fra www.sfi.dk. Enkelte rapporter er kun udkommet som netpublikationer, hvilket vil fremgå af listen nedenfor.

- 12:01 Lyk-Jensen, S.V., A. Glad, J. Heidemann & M. Damgaard: *Soldater efter udsendelse. En spørgeskemaundersøgelse*. 117 sider. e-ISBN: 978-87-7119-075-5. Netpublikation.
- 12:02 Lausten, M., H. Hansen, A.-K. Mølholt, K.S. Vammen & A.-C. Legendre: *Forebyggende foranstaltninger 14-17 år. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 5*. 235 sider. ISBN: 978-87-7119-078-6. e-ISBN: 978-87-7119- 079-3. Vejledende pris: 230,00 kr.
- 12:03 Rostgaard, T., T.N. Brunner & T. Fridberg: *Omsorg og livskvalitet i plejeboligen*. 150 sider. ISBN: 978-87-7119-080-9. e-ISBN: 978-87-7119-081-6. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 12:04 Mølholt, A.-K., S. Stage, J.H. Pejtersen & P. Thomsen: *Efterværn for tidligere anbragte unge. En videns- og erfaringsopsamling*. 222 sider. ISBN: 978-87-7119-082-3. e-ISBN: 978-87-7119-083-0. Vejledende pris: 220,00 kr.
- 12:05 Ellerbæk, L.S. & A.K. Høst: *Udlejningsredskaber i almene boliger. En analyse af brugen og effekterne af udlejningsredskaber i almene boligområder*.

- 258 sider. ISBN: 978-87-7119-084-7. e-ISBN: 978-87-7119- 085-4. Vejledende pris: 250,00 kr.
- 12:06 Høgelund, J.: *Effekter af den beskæftigelsesrettede indsats for sygemeldte. En litteraturoversigt*. 112 sider. e-ISBN: 978-87-7119-086-1. Netpublikation.
- 12:07 Rasmussen, P.S. & P.S. Olsen: *Positiv adfærd i læring og samspil (PALS). En evaluering af en skoleomfattende intervention på 11 pilot-skoler*. 159 sider. ISBN: 978-87-7119-087-8. e-ISBN: 978-87-7119-088-5. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 12:08 Fridberg, T. & M. Damgaard: *Frivillige i hjemmeværnet 2011*. 120 sider. ISBN: 978-87-7119-089-2. e-ISBN: 978-87-7119-090-8. Vejledende pris: 120,00 kr.
- 12:09 Lyk-Jensen, S.V., J. Heidemann & A. Glad: *Soldater – før og efter udsendelse. En analyse af motivation, økonomiske forhold og kriminalitet*. 164 sider. e-ISBN: 978-87-7119-091-5. Netpublikation.
- 12:10 Bengtsson, S.: *Vækstfaktorer på det specialiserede socialområde*. 120 sider. ISBN: 978-87-7119-092-2. e-ISBN: 978-87-7119-093-9. Vejledende pris: 120,00 kr.
- 12:11 Andersen, D., V. Jakobsen, V.M. Jensen, S.S. Nielsen, K.C.Z. Pedersen, D.S. Petersen & K.M. Thorsen: *Indsatser for tosprogede elever. Kortlægning og analyse*. 162 sider. e-ISBN: 978-87-7119-094-6. Netpublikation.
- 12:12 Christensen, E.: *Nakuusa – vi vil og vi kan. En opfølgning på Youth Forum i Ilulissat 2011*. 48 sider. e-ISBN: 978-87-7119-096-0. Netpublikation.
- 12:13 Christensen, E.: *Nakuusa – piumavugut saperatalu. 2011-mi ilulissani Youth Forum pillugu nangitsineq*. 50 sider. e-ISBN: 978-87-7119-097-7. Netpublikation.
- 12:14 Larsen, M. & L.S. Ellerbæk: *Evaluering af jobplanen. Nuværende og kommende pensionisters kendskab til og betydning af reglerne for at arbejde*. 111 sider. ISBN: 978-87-7119-100-4. e-ISBN: 978-87-7119-101-1. Vejledende pris: 110,00 kr.
- 12:15 Larsen, M., H.B. Bach & A. Liversage: *Pensionisters og efterlønsmodtageres arbejdskraftpotentiale. Fokus på genindtræden*. 181 sider. ISBN: 978-87-7119-102-8. e-ISBN: 978-87-7119-103-5. Vejledende pris: 180,00 kr.
- 12:16 Ottosen, M.H. & S. Stage: *Deleborn i tal. En analyse af skilsmissebørns samvær baseret på SFT's børneforløbsundersøgelse*. 111 sider. ISBN:

- 978-87-7119-104-2. e-ISBN: 978-87-7119-105-9. Vejledende pris: 110,00 kr.
- 12:17 Nilsson, K. & H. Holt: *En vurdering af arbejdsskadestyrelsens fastholdelsecenter. Kommuners, fagforeningers, arbejdsgivers og forsikringselskabers erfaringer med fastholdelsescentret*. 89 sider. ISBN: 978-87-7119-106-6. e-ISBN: 978-87-7119-107-3. Vejledende pris: 80,00 kr.
- 12:18 Holt, H.: *Lokal løn på kommunale arbejdspladser. Forskelle i kvinders og mænds løn*. 82 sider. e-ISBN: 978-87-7119-108-0. Netpublikation.
- 12:19 Bengtsson, S. & M. Røgeskov: *Et liv i egen bolig. Analyse af bostøtte til borgere med sindslidelser*. 145 sider. ISBN: 978-87-7119-109-7. e-ISBN: 978-87-7119-110-3. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 12:20 Graversen, B.: *Effekter af virksomhedsrettet aktivering for udsatte ledige. En litteraturoversigt*. 72 sider. e-ISBN: 978-87-7119-112-7. Netpublikation.
- 12:21 Albæk, K., H.B. Bach & S. Jensen: *Effekter af mentorstøtte for udsatte ledige. En litteraturoversigt*. 68 sider. e-ISBN: 978-87-7119-114-1. Netpublikation.
- 12:22 Jensen, T.G., K. Weibel, M.K. Tørslev, L.L. Knudsen & S.J. Jacobsen: *Måling af diskrimination på baggrund af etnisk oprindelse*. 134 sider. ISBN: 978-87-7119-115-8, e-ISBN: 978-87-7119-116-5. Vejledende pris: 130,00 kr.
- 12:23 Madsen, M.B. & K. Weibel: *Delt viden. Aktiveringsindsatsen for ikke-arbejdsmarkedssparate kontanthjælpsmodtagere*. 152 sider. ISBN: 978-87-7119-117-2. e-ISBN: 978-87-7119-118-9. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 12:24 Lyk-Jensen, S.V., J. Heidemann, A. Glad & C.D. Weatherall: *Danske hjemvendte soldater. Soldaternes psykiske sundhedsprofil før og efter udsendelse*. 210 sider. e-ISBN: 978-87-7119-119-6. Netpublikation.
- 12:25 Lausten, M., H. Hansen, K.S. Vammen & K. Vasegaard: *Forebyggende foranstaltninger 18-22 år. Dialoggruppe – Om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 6*. 164 sider. ISBN: 978-87-7119-121-9. e-ISBN: 978-87-7119-122-6. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 12:26 Lauritzen, H.H., R.N. Brünner, P. Thomsen & M. Wüst: *Ældres ressourcer og behov. Status og udvikling på baggrund af Ældredatabasen*. 180 sider. ISBN: 978-87-7119-123-3. e-ISBN: 978-87-7119-124-0. Vejledende pris: 180,00 kr.

- 12:27 Høst, A.K., T. Fridberg, D.L. Stigaard & B. Boje-Kovacs: *Når føgeden banker på. Føgedsager og effektive udsættelser af lejere*. 422 sider. ISBN: 978-87-7119-125-7. e-ISBN: 978-87-7119-126-4. Vejledende pris 420,00 kr.
- 12:28 Nielsen, H., A. Mølgaard & L. Dybdal: *Procesevaluering af boligsociale indsatser. Delrapport 2. Kvalitativ kortlægning af Landsbyggefondens 2006-2010-pulje med fokus på projektorganisering og samarbejde*. 118 sider. e-ISBN: 978-87-7119-127-1. Netpublikation.
- 12:29 Andrade, S.B.: *Levekår i danske landbrug. Analyse af sammenhænge mellem risikofaktorer og dyrvernssager i landbruget fra 2000 til 2008*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-128-8. e-ISBN: 978-87-7119-129-5. Vejledende pris: 170,00 kr.
- 12:30 Ottosen, M.H. (red.): *15-åriges hverdagsliv og udfordringer. Rapport fra femte dataindsamling af forløbsundersøgelsen af børn født i 1995*. 348 sider. ISBN: 978-87-7119-130-1. e-ISBN: 978-87-7119-131-8. Vejledende pris: 340,00 kr.
- 12:31 Bach, H.B.: *Arbejdsmarkedssparathed og selvforsørgelse*. 36 sider. e-ISBN: 978-87-7119-133-2. Netpublikation.
- 12:32 Christensen, E. & A.P. Langhede: *Evaluering af psykologhjælp til børn på krisecentre*. 61 sider. ISBN: 978-87-7811-197-5. Netpublikation. Udgivet af Ankestyrelsen og SFI.
- 12:33 Termansen, T. & C.S. Sonne-Schmidt: *Forebyggende fysisk træning til ældre. En undersøgelse af effekten af en kort træningsindsats på aldres fysiske funktionsevne*. 64 sider. ISBN: 978-87-7119-135-6. e-ISBN: 978-87-7119-136-3. Vejledende pris: 60,00 kr.
- 12:34 Hansen, H., P.R. Skov & K.M. Sørensen: *Støtte til udsatte børnefamilier. En effektmåling af familiebehandling og praktisk pædagogiske støtte*. 112 sider. e-ISBN: 978-87-7119-137-0. Netpublikation
- 12:35 Ellerbæk, L.S., V. Jakobsen, S. Jensen & H. Holt: *Virksomheders sociale engagement. Årbog 2012*. 182 sider. ISBN: 978-87-7119-138-7. e-ISBN: 978-87-7119-139-4. Vejledende pris: 180,00 kr.
- 12:36 Jakobsen, T.B., S.V. Lyk-Jensen & D.L. Stigaard: *Lige muligheder – metodisk grundlag for en effektevaluering. Evalueringsrapport 2*. 82 sider. e-ISBN: 978-87-7487-140-0. Netpublikation.
- 13:01 Kjeldsen, M.M., H.S. Houlberg & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse. Udviklingen mellem 2002 og 2012*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-141-7. e-ISBN: 978-87-7119-142-4. Vejledende pris: 170,00 kr.

- 13:02 Liversage, A., R. Bille & V. Jakobsen: *Den danske au pair-ordning*. 281 sider. ISBN: ISBN 978-87-7119-143-1. e-ISBN: 978-87-7119-144-8. Vejledende pris 280,00 kr.
- 13:03 Oldrup, H., A.K. Høst, A.A. Nielsen & B. Boje-Kovacs: *Når børnefamilier sættes ud af deres lejebolig*. 222 sider. ISBN: 978-87-7119-145-5. e-ISBN: 978-87-7119-146-2. Vejledende pris: 220,00 kr.
- 13:04 Lausten, M., H. Hansen & V.M. Jensen: *God praksis i forebyggende arbejde – samlet evaluering af dialogprojektet. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse*. 173 sider. ISBN: 978-87-7119-147-9. e-ISBN: 978-87-7119-148-6. Vejledende pris: 170,00 kr.
- 13:05 Christensen, E.: *Ilasiasq. Evaluering af en bo-enhed for udsatte børn*. 75 sider. ISBN: 978-87-7119-149-3. e-ISBN: 978-87-7119-150-9. Vejledende pris: 70,00 kr.
- 13:06 Christensen, E.: *Ilasiasq. Meeqqanut aarlerinartorsiortunut najugaatigiiffimmik nalilersuineq*. 88 sider. ISBN: 978-87-7119-151-6. e-ISBN: 978-87-7119-152-3. Vejledende pris: 70,00 kr.
- 13:07 Lausten, M., D. Andersen, P.R. Skov & A.A. Nielsen: *Anbragte 15-åriges hverdagsliv og udfordringer. Rapport fra tredje dataindsamling af forløbsundersøgelsen af anbragte børn født i 1995*. 153 sider. ISBN: 978-87-7119-153-0. e-ISBN: 978-87-7119-154-7. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 13:08 Luckow, S.T. & V.L. Nielsen: *Evaluering af ressource- og risikoskema. Tidlig identifikation af kriminalitetstruede børn og unge*. 90 sider. e-ISBN: 978-87-7119-156-1. Netpublikation.
- 13:09 Winter, S.C. & V.L. Nielsen (red.): *Lærere, undervisning og elevpræstationer i folkeskolen*. 265 sider. e-ISBN: 978-87-7119-158-5. Netpublikation.
- 13:10 Kjeldsen, M.M. & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse i 2012. Regionale forskelle*. 59 sider. ISBN: 978-87-7119-159-2. e-ISBN: 978-87-7119-160-8. Vejledende pris: 60,00 kr.
- 13:11 Manuel, C. & A.K. Jørgensen: *Systematic review of youth crime prevention intervention – published 2008-2012*. 309 sider. e-ISBN: 978-87-7119-161-5. Netpublikation.
- 13:12 Nilsson, K. & H. Holt: *Halvering af dagpengeperioden og akutpakken. Erfaringer i jobcentre og A-kasser*. 80 sider. e-ISBN: 978-87-7119-162-2. Netpublikation.

- 13:13 Nielsen, A.A. & V.L. Nielsen: *Evaluering af projekt SAMSPIL. En udvidet modregruppe til unge udsatte mødre*. 66 sider. e-ISBN: 978-87-7119-163-9. Netpublikation.
- 13:14 Graversen, B.K., M. Larsen & J.N. Arendt: *Kommunernes rammevilkår for beskæftigelsesindsatsen*. 146 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 168-4. Netpublikation
- 13:15 Bengtsson, S. & S.Ø. Gregersen: *Integrerede indsatser over for mennesker med psykiske lidelser. En forskningsoversigt*. 106 sider. ISBN: 978-87-7119-169-1. e-ISBN: 978-87-7119-170-7. Vejledende pris: 100,00 kr.
- 13:16 Christensen, E.: *Ung i det grønlandske samfund. Unges holdning til og viden om sociale problemer og muligheder*. 58 sider. e-ISBN: 978-87-7119-171-4. Netpublikation.
- 13:17 Christensen, E.: *Kalaallit inniaqatigiivini inuusuttuaqqat. Inuusuttuaqqat inoqatigiinnermi ajornartorsiutit periarfissallu pillugit ilisimasaat isummertariaasaallu*. 66 sider. e-ISBN: 978-87-7117-172-1. Netpublikation.
- 13:18 Vammen, K.S. & M.N. Christoffersen: *Unge selvskeade og spiseforstyrrelser. Kan social støtte gøre en forskel?* 156 sider. ISBN: 978-87-7119-173-8. e-ISBN: 978-87-7119-174-5. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 13:19 Fridberg, T. & M. Damgaard: *Volunteers in the Danish Home Guard 2011*. 120 sider. ISBN: 978-87-7119-175-2. e-ISBN: 978-87-7119-176-9.
- 13:20 Luckow, S.T., T.B. Jakobsen, A.P. Langhede & J.H. Pejtersen: *Bedre overgange for udsatte unge. Midtvejsevaluering af efterværnsinitiativet 'Vejen til uddannelse og beskæftigelse'*. 98 sider. ISBN: 978-87-7119-177-6. e-ISBN: 978-87-7119-178-3. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 13:21 Benjaminsen, L. & H.H. Lauritzen: *Hjemløshed i Danmark 2013. National kortlægning*. 182 sider. ISBN: 978-87-7119-179-0. e-ISBN: 978-87-7119-180-6. Vejledende pris: 180,00 kr.
- 13:22 Jacobsen, S.J., A.H. Klynge & H. Holt: *Øremærkning af barsel til fædre. Et litteraturstudie*. 82 sider. ISBN: 978-87-7119-181-3. e-ISBN: 978-87-7119-182-0. Vejledende pris: 80,00 kr.
- 13:23 Thuesen, F., H.B. Bach, K. Albæk, S. Jensen, N.L. Hansen & K. Weibel: *Socialøkonomiske virksomheder i Danmark. Når udsatte bliver ansatte*. 216 sider. ISBN: 978-87-7119-183-7. e-ISBN: 978-87-7119-184-4. Vejledende pris: 210,00 kr.

- 13:24 Larsen, M. & H.S.B. Houllberg: Lønforskelle mellem mænd og kvinder 2007-2011. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-185-1. e-ISBN: 978-87-7119- 186-8. Vejledende pris: 170,00 kr.
- 13:25 Larsen, M. & H.S.B. Houllberg: *Mere uddannelse, mere i løn?* 50 sider. e-ISBN: 978-87-7117-188-2. Netpublikation.
- 13:26 Damgaard, M., Steffensen, T. & S. Bengtsson: *Hverdagsliv og levevilkår for mennesker med funktionsnedsættelse. En analyse af sammenhænge mellem hverdagsliv, samliv, udsathed og type og grad af funktionsnedsættelse.* 193 sider. ISBN: 978-87-7119-189-9. e-ISBN: 978-87-7119-190-5. Vejledende pris: 190,00 kr.
- 13:27 Holt, H. & K. Nilsson: *Arbejdsfastholdelse af skadelidte medarbejdere. Virksomhedernes rolle og erfaringer.* 100 sider. ISBN: 978-87-7119-191-2. e-ISBN: 978-87-7119-192-9. Vejledende pris: 100,00 kr.
- 13:28 Rosdahl, A., T. Fridberg, V. Jakobsen & M. Jørgensen: *Færdigheder i læsning, regning og problemløsning med IT i Danmark.* 410 sider. ISBN: 978-87-7119-193-6. e-ISBN: 978-87-7119-194-3. Vejledende pris: 400,00 kr.
- 13:29 Rosdahl, A., T. Fridberg, V. Jakobsen & M. Jørgensen: *Færdigheder i læsning, regning og problemløsning med IT i Danmark. Sammenfatning af resultater fra PLAAC.* 62 sider. ISBN: 978-87-7119-195-0. e-ISBN: 978-87-7119-196-7. Vejledende pris: 60,00 kr.
- 13:30 Christensen, E.: *Børn i Mælkebøtten. Fra socialt udsat til mønsterbryder?* 125 sider. ISBN: 978-87-7119-197-4. e-ISBN: 978-87-7119- 198. Vejledende pris: 120,00 kr.
- 13:31 Christensen, E.: *Meeqqat Mælkebøttenimiittut. Isumaginninnikkut aarlerinartorsioortumiit ileqqunik allanngortitsisumut?* 149 sider. ISBN: 978-87-7119-199-8. e-ISBN: 978-87-7119- 200-1. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 13:32 Bengtsson, S., H.E.D. Jørgensen & S.T. Grønfeldt: *Sociale tilbud til mennesker med sindslidelse. Den første kortlægning på personniveau.* 130 sider. ISBN: 978-87-7119-201-8. e-ISBN: 978-87-7119- 202-5. Vejledende pris: 130,00 kr.
- 13:33 Benjaminsen, L., J.F. Birkelund & M.H. Enemark: *Hjemløse borgers sygdom og brug af sundhedsydelser.* 206 sider. ISBN: 978-87-7119-203-2. e-ISBN: 978-87-7119-204-9. Vejledende pris: 200,00 kr.
- 13:34 Larsen, L.B. & S. Bengtsson: *Talblindhed. En forskningsoversigt.* 175 sider. ISBN: 978-87-7119-205-6. e-ISBN: 978-87-7119- 206-3. Vejledende pris: 170,00 kr.

- 13:35 Larsen, M.: *Lønforskelle mellem mænd og kvinder i industrien. Medarbejdere med håndværkspræget arbejde eller operatør- og monteringsarbejde*. 978-87-7119-207-0. Netpublikation.
- 13:36 Bille, R., M.R. Larsen, J. Høgelund & H. Holt: *Falcks partnerskabsmodel på sygedagpengeområdet. Evaluering af et offentligt-privat samarbejde*. 234 sider. ISBN: 978-87-7119-208-7. e-ISBN: 978-87-7119-209-4. Vejledende pris: 230,00 kr.
- 13:37 Kjeldsen, M.M. & J. Høgelund: *Effektmåling af Forebyggelsesfondens projekter*. 96 sider. ISBN: 978-87-7119-210-0. e-ISBN: 978-87-7119-211-7. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 13:38 Björnberg, U. & M.H. Ottosen (red.): *Challenges for Future Family Policies in the Nordic Countries*. 260 sider. ISBN: 978-87-7119-212-4. e-ISBN: 978-87-7119- 213-1. Vejledende pris: 250,00 kr.
- 13:40 Holt, H., V. Jakobsen & S. Jensen: *Virksomheders sociale engagement. Årbog 2013*. 170 sider. ISBN: 978-87-7119-216-2. e-ISBN: 978-87-7119- 217-9. Vejledende pris: 170,00 kr.
- 13:41 Aner, L.G., A. Høst, W. Alim, A. Amilon, I.K. Nielsen & C.L. Rasmussen: *Boligsociale indsatser og buslejestøtte. Midtvejsevaluering af Landsbyggefondens 2006-2010 pulje*. 220 sider. ISBN: 978-87-7119-218-6. e-ISBN: 978-87-7119- 219-3. Vejledende pris: 220,00 kr.
- 13:42 Bengtsson, S. & S. G. Knudsen: *Integration af behandling og social indsats over for personer med sindslidelse. Evaluering af seks forsøg*. 124 sider. ISBN: 978-87-7119-220-9. e-ISBN: 978-87-7119-221-6. Vejledende pris: 120,00 kr.

INTEGRATION AF BEHANDLING OG SOCIAL INDSATS OVER FOR PERSONER MED SINDSLIDELSE

EVALUERING AF SEKS FORSØG

Rapporten evaluerer projektet "Integrerede forløb for sindslidende", hvor seks forsøgsprojekter fra 2011 til 2013 har arbejdet med integration af behandling af og social indsats over for mennesker med sindslidelse. Projektet er igangsat af Socialstyrelsen med satspuljemidler.

De seks forsøgsprojekter spænder over tre områder: børn, voksne og forebyggelse. De deltagende regioner er Region Syddanmark og Region Midtjylland, og de deltagende kommuner er Holstebro, Silkeborg, Randers, Kolding, Fredericia og Faaborg-Midtfyn.

Evalueringen viser, at projekterne er meget forskellige, både i deres definition af begrebet integration og de konkrete værktøjer, der er indført. Fælles for projekterne er dog, at både borgere og fagpersonale har oplevet forløbene som positive. Borgerne oplever en positiv udvikling i deres situation, og fagpersonalet tilkendegiver, at de har fået bedre mulighed for at udveksle viden og faglige perspektiver. Omkostningsberegninger viser desuden, at den øgede integration ikke gør indsatserne dyrere.