

Status særlige psykiatripladser Syddanmark

Syddanmark har som den første region åbnet 15 særlige psykiatripladser 1. marts 2018. Denne henvendelse bygger på de erfaringer, vi har gjort os indtil nu.

I Syddanmark er vi enige om, at der er behov for de særlige psykiatripladser. Det er dog blevet klart for os, at antallet af pladser ikke er det korrekte. På trods af ihærdige forsøg fra kommunerne i Syddanmark er der pt. kun to borgere indskrevet på de særlige psykiatripladser og en borger som afventer behandling i Visitationsudvalget.

Det er erfaringen, at der dels ikke er så mange borgere i målgruppen og dels at de borgere, som er i målgruppen ikke ønsker en visitering til de særlige pladser.

Vi har på socialområdet en god tradition for at behov mødes med det rigtige antal pladser og at antallet af pladser reguleres via Rammeaftalerne. Det er her, vi har mulighed for at afpasse kommunernes behov for pladser på såvel kort som lang sigt. På socialområdet er der brug for stor fleksibilitet, idet behov og målgrupper ændrer sig konstant. Vi vil opfordre til, at disse gode principper om fleksibilitet også indføres på de særlige psykiatripladser.

Samtidig vil vi gøre opmærksom på, at de kommunale udgifter bliver meget høje, når der er så mange tomme pladser som vi pt. ser. De kommuner, som har indskrevet patienter har således ofte en tredobbelt udgift idet de skal betale for:

- Den visiterede særlige psykiatriplads
- Tomme pladser på de særlige psykiatripladser
- Borgerens bolig/botilbud

Der er fra central side lagt op til, at kommunerne kan opsigte borgerens botilbud. I realiteten er det ofte ikke muligt, idet indlæggelsen er frivillig og borgeren dermed kan forlade den særlige psykiatriplads, når han/hun vil, hvorved kommunen skal have en plads klar til borgeren.

Vi vil med denne henvendelse lægge op til at:

- Tilpasningen af psykiatripladserne lægges ud til kommune i de enkelte regioner – i samarbejde med Regionerne, således at behovet mødes med det rigtige antal pladser.

Dato: 11. april 2018

Sags ID: SAG-2017-05091
Dok. ID: 2517230

E-mail: BEL@kl.dk
Direkte: 2383 2028

Haderslev Kommune
Gåskærgade 26-28
6100 Haderslev

www.kl.dk/kkr-syddanmark
Side 1 af 2



Vi vil gerne invitere til yderligere dialog om vores erfaringer og refleksioner omkring de særlige psykiatripladser.

Med venlig hilsen

H P Geil
Formand
KKR Syddanmark

Johannes Lundsryd Jensen
Næstformand
KKR Syddanmark

Dato: 11. april 2018

Sags ID: SAG-2017-05091
Dok. ID: 2517230

E-mail: BEL@kl.dk
Direkte: 2383 2028

Haderslev Kommune
Gåskærgade 26-28
6100 Haderslev

www.kl.dk/kkr-syddanmark
Side 2 af 2



Dato: 24. april 2018
Kontaktperson: Camilla Fyhn Milland
Telefon: 21339184
E-mail: cfm@haderslev.dk

NOTAT

Konsekvenser ved at flytte dele af misbrugsbehandlingen

Indledning

I udspil fra Sundheds- og Ældreministeriet, "Sundhed hvor du er" (december 2017), fremgår initiativ om, at behandlingen af patienter med misbrug og samtidig psykiske lidelser skal samles i regionerne. I forlængelse af udspillet fra Sundheds- og Ældreministeriet, har Danske Regioner sammen med Lægeforeningen, Bedre Psykiatri og Dansk Psykiatrisk Selskab den 24. marts 2018 fremlagt udspil om at flytte ansvaret for rusmiddelbehandling fra kommunerne til regionerne.

I nærværende notat er beskrevet nogle af de konsekvenser, som der fra et kommunalt perspektiv ses, såfremt det besluttes at flytte dele af misbrugsbehandlingen fra kommunerne til regionerne.

Beskrivelse af konsekvenser

Kommunerne overtog ansvaret for rusmiddelbehandlingen med kommunalreformen i 2007. Kommunerne får flere i behandling end før, og succesraten er øget. Der var, i 2006, i amtsligt regi 11.500 borgere i misbrugsbehandling. I 2014 var der i kommunalt regi 16.500 borgere i behandling. Der er således tale om en stigning på 43 %. Succesraten er i samme periode steget fra 28 % til 41 %. Samtidig er behandlingstiden blevet væsentlig kortere. I amtsligt regi var et behandlingsforløb, i 2006, på 422 dage, mens det i kommunerne i gennemsnit er på 227 dage. Der er således tale om en reduktion på 46 %.

Kommunerne er bekymrede over udspillet, herunder særligt, fordi rusmiddelindsatsen spiller en vigtig rolle, hvis kommunerne skal lykkes med den helhedsorienterede og sammenhængende indsats overfor borgerne. Fra kommunal side er vi bekymrede for, at en flytning af misbrugsindsatsen til regionerne vil medføre en mere opdelt indsats, og at det vil skabe en ny snitflade til kommunen, som ikke løser borgerens samlede problemer. Mennesker med dobbeltdiagnoser har ofte udfordringer på mange områder såsom økonomi, bolig, familieproblemer, beskæftigelse, sundhed mm. Den lokale forankring i kommunerne,



vurderes vigtig, idet det muliggør en helhedsorienteret og sammenhængende indsats, hvor der på samme tid kan arbejdes med flere af de områder, der skaber udfordringer i borgerens liv.

I misbrugsbehandlingen, der finder sted i kommunerne, er der et vigtigt fokus på at bidrage til at unge får bygget bro til uddannelse og job, og misbrugsbehandlingen koordineres i dag parallelt med beskæftigelsesindsatsen. Dette ser vi, virker godt. Der kan være en bekymring for, hvordan dette fokus vil blive fastholdt i regionalt regi, og hvilke incitamenter regionen har til at sikre denne koordinering.

Såfremt dele af misbrugsbehandlingen flyttes forudses det, at antallet af borgere i behandling vil falde, og at sammenhængen med både den beskæftigelsesmæssige, sociale og familiemæssige indsats vil gå tabt. Det vil medføre store menneskelige omkostninger for borgerne og væsentlige merudgifter for kommunen. Kommunerne har således et stort økonomisk incitament til at hjælpe de borgere, der har brug for hjælp til at komme i behandling.

Kommunerne anerkender, at der fortsat er behov for at forbedre samarbejdet med behandlingspsykiatrien i forhold til borgere, der både er i misbrug og er udfordret af psykisk sygdom. Der er derfor også fokus på at udbygge dette samarbejde til gavn for borgerne. På det tværkommunale niveau samarbejdes der eksempelvis med regionen om dette i initiativet "Sammen om psykiatri", i samarbejdsaftalen i Sundhedsaftalen vedrørende borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug i Region Syddanmark samt i samarbejdet om de særlige psykiatripladser. Endvidere er der igangsat SATS-pulje projekt "Vi bygger bro", som fokuserer på fælles undervisning for medarbejdere i behandlingspsykiatrien og kommunerne med fokus på borgere med psykisk sygdom og samtidigt misbrug.

Mennesker Først

Uddannelsen i medicin, SDU

Sekretariatschef Merete Munk
Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet
Syddansk Universitet



A ER FRÅ
HJØØØRING...

AFSLAG!
FATTER IKKE
EN BJÆLDE

SPROGPROBLEM. Hvidovre Hospital nægter at fedmeoperere patienter, der ikke taler et forståeligt dansk.

KU' MAN SELV
FÅ ET ORD INDFØRT?





Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents

Melanie Neumann, PhD, Friedrich Edelhäuser, MD, Diethard Tauschel, MD,
Martin R. Fischer, MD, Markus Wirtz, PhD, Christiane Woopen, MD, PhD,
Aviad Haramati, MD, and Christian Scheffer, MD, MME

Abstract

Purpose

Empathy is a key element of patient–physician communication; it is relevant to and positively influences patients’ health. The authors systematically reviewed the literature to investigate changes in trainee empathy and reasons for those changes during medical school and residency.

Method

The authors conducted a systematic search of studies concerning trainee empathy published from January 1990 to January 2010, using manual methods and the PubMed, EMBASE, and PsycINFO databases. They independently reviewed and selected quantitative and qualitative studies for inclusion. Intervention studies,

those that evaluated psychometric properties of self-assessment tools, and those with a sample size <30 were excluded.

Results

Eighteen studies met the inclusion criteria: 11 on medical students and 7 on residents. Three longitudinal and six cross-sectional studies of medical students demonstrated a significant decrease in empathy during medical school; one cross-sectional study found a tendency toward a decrease, and another suggested stable scores. The five longitudinal and two cross-sectional studies of residents showed a decrease in empathy during residency. The studies pointed to the clinical practice phase of

training and the distress produced by aspects of the “hidden,” “formal,” and “informal” curricula as main reasons for empathy decline.

Conclusions

The results of the reviewed studies, especially those with longitudinal data, suggest that empathy decline during medical school and residency compromises striving toward professionalism and may threaten health care quality. Theory-based investigations of the factors that contribute to empathy decline among trainees and improvement of the validity of self-assessment methods are necessary for further research.

Communicating with patients is an essential medical activity.¹ Patient–physician communication not only helps capture the anamnesis and

Physician empathy is a particularly effective therapeutic element of patient–physician communication. Mercer and Reynolds^{16(p510)} widely accepted

• patients’ reduced emotional distress and increased quality of life.¹⁵

Further, in patients with the common cold, physician empathy is a significant

Det gør vi allerede...



18. APR. 2016 KL. 20.00

Medicinstuderende til eksamen i at tale med patienterne

Kommunikation er blevet et selvstændigt eksamensfag for de medicinstuderende på Syddansk Universitet. Dårlig kommunikation mellem læge og patient er nemlig et af de helt store problemer i det danske sundhedsvæsen.



KARRIERE



Showtime for medicinstuderende

På Syddansk Universitet afslutter de studerende lægestudiet med en eksamen, der inkluderer at møde 18 forskellige patienter, mens eksaminator sidder ved siden af. Det kræver stærke nerver og bred viden at klare sig igennem.

'Mennesker Først'

MENNESKER FØRST

FASE 1

- De studerende inddeles i grupper af 5-6, og hver gruppe tildeles en kontaktperson i en kommune, en patientorganisation eller lign.
- Kontaktpersonen formidler kontakt mellem de studerende og en borger med mindst én kronisk sygdom.
- De studerende møder borgeren i dennes hjem tre gange, hvor omdrejningspunktet er hhv. (1) personens livssituation, (2) personens oplevelse af egen sygdom og (3) personens kontakt til sundhedsvæsenet
- De studerende mødes gruppevis med kontaktpersonen 2 gange i forløbet med henblik på erfaringsudveksling og supervision. Disse møder finder sted på kontaktpersonens arbejdsplads – hjemmesygeplejen, Kræftens Bekæmpelse, REHPA, et ambulatorium eller lign.
- De studerende udarbejder en kort skriftlig refleksion efter hver besøg hos borgeren. Refleksionerne gøres tilgængelige for de øvrige gruppemedlemmer og kontaktpersonen, og disse refleksioner danner udgangspunkt for de studerendes møder med kontaktpersonen.
- **Støtteundervisning: Narrativ Medicin, Sundhedspsykologi og Professionsetik**

MENNESKER FØRST

FASE 2

- De studerende forsætter dialogen med og relationen til borgeren med kronisk sygdom og bistår denne i kontakten til sundhedsvæsenet.
- De studerende mødes gruppevis og kontaktpersonen ca. 4 gange i perioden med henblik på erfaringsudveksling og supervision.
- De studerende udarbejder en kort skriftlig refleksion efter hvert møde med borgeren. Refleksionerne gøres tilgængelige for de øvrige gruppemedlemmer og kontaktpersonen, og de danner udgangspunkt for gruppens refleksioner for møder med kontaktpersonen.
- Gruppen af studerende og kontaktpersonen opfordres til i fællesskab at arrangere støtteundervisning og/eller studiebesøg.

Seminar for kontaktpersoner i kommuner - en tradition?

Drøftelse:

Vi har brug for flere borgere/ kontaktpersoner –
hvem vil være med?

Forslag til konsolidering/udvikling af forløbet?

Muligt nyt initiativ:
Studerende som frivillige brobyggere
mellem borger/patient og
sundhedsvæsen?

**Bedre sammenhæng for borgerne? En
evaluering af implementeringsprocessen af et
forløbsprogram for borgere med angst og
depression relateret til beskæftigelsesområdet**



Rapportens titel:

Bedre sammenhæng for borgerne? En evaluering af implementeringsprocessen af et forløbsprogram for borgere med angst og depression relateret til beskæftigelsesområdet.

Forfatter:

Eva Ladekjær Larsen, Forskningsenheden for Sundhedsfremme, Syddansk Universitet,

Copyright: SDU og forfatteren 2018

Støttet af Region Syddanmark, Tværsektoriel Afdeling.

Forside billede: Colourbox

Rapporten kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Rapporten kan downloades fra: sdu.dk/sundhedsfremme

ISBN 978-87-91245-30-5

Indholdsfortegnelse

Sammenfatning	5
Introduktion	6
Formål	6
Forløbsprogrammets baggrund	6
Sygefravær og tilbage til arbejde	7
Tværfaglighed	9
Teoretiske perspektiver på tværfagligt samarbejde.....	10
Borgerinddragelse	13
Metode	13
Resultater	15
Forløbsprogrammets organisering og forankring.....	15
Udviklings- og implementeringsfasen	15
Ledelsens opbakning og prioritering	16
Forløbsprogrammets aktiviteter.....	17
Overvejelser vedrørende forankringen af forløbsprogrammet	18
Borgerens forslag til forbedringer af samarbejdet.....	19
Borgerens perspektiv	20
Inklusion i forløbsprogrammet på det rette tidspunkt?.....	20
Planlægningsmøder.....	21
Relationen til jobcenteret: Fra utryghed til tillid.....	22
Relationen til psykiatrien i samarbejdet: En støttende funktion.....	23
Psykiske lidelser som tabu	24
Tættere på arbejdsmarkedet?	25
Psykiatrimedarbejderes erfaring.....	26
Arbejdsdelingen ved planlægningsmøderne: Hvem er mødeleder?	26

Støttefunktion for borgere og for jobcenteret.....	27
Tilbage til arbejde: Et fælles mål?	29
Jobcentrets erfaringer	30
At samarbejde med borgere, der har en psykisk lidelse	30
Teknikaliteter ved samarbejdet	31
Rollefordeling og forventninger ved samarbejdet.....	32
At aflive myterne omkring hinanden	33
Diskussion	35
Integration på arbejdsmarkedet.....	36
Samarbejdet og rollefordeling mellem jobcenter og lokalpsykiatri.....	37
Implementering	38
Konklusion og anbefalinger	40
Bilag 1: Aktivitetsskema for implementering af forløbsprogram	42
Bilag 2: Dokumenter til planlægningsmøde.....	43
Referencer	47

Sammenfatning

Psykiatrien i Region Syddanmark og kommunerne Haderslev, Tønder, Sønderborg og Aabenraa har i 2017 implementeret et forløbsprogram for borgere med angst og depression relateret til beskæftigelsesområdet. Målgruppen er borgere, der er tilknyttet et behandlingsforløb i regionspsykiatrien på baggrund af en angst- og/eller depressionsdiagnose og som samtidig er i et sygedagpengeforløb, jobafklaringsforløb eller er aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere. Forløbsprogrammets formål er at sikre, de indsatser, der tilbydes målgruppen, opleves som sammenhængende og understøtter hinanden på tværs af sektorer og fagområder.

Formålet med denne rapport er at vurdere, om forløbsprogrammet skaber bedre sammenhæng for de inkluderede borgere og om det styrker samarbejdet mellem de involverede sektorer. Rapporten er baseret på en kvalitativ interviewundersøgelse, hvori perspektiver fra de involverede medarbejdere fra lokalpsykiatrien og jobcentre og fra de inkluderede borgere indgår.

Resultaterne viser, at forløbsprogrammet har været en succes i forhold til, at borgeren har følt sig inddraget i eget behandlingsforløb og i de planer, der vedrører beskæftigelse. De involverede medarbejdere er som udgangspunkt positivt indstillet overfor et samarbejde, men der kan med fordel tages større hensyn til lokale arbejdsgange, rutiner, normer, værdier og faglige identiteter. Her er det væsentligt, at der er en klar forventningsafstemning og rollefordeling mellem parterne, så det bliver mere acceptabelt for de involverede medarbejdere at engagere sig i samarbejdet. På baggrund af resultaternes hovedpointer foreslås der følgende anbefalinger, såfremt forløbsprogrammet skal forankres og/eller afprøves i andre kommuner:

- Bevar borgerinddragelse som kernen i forløbsprogrammet.
- Sikre at der er ledelsesmæssig opbakning og prioritering til samarbejdet gennem bl.a. tydelig kommunikation og tilstrækkelige resurser.
- Understøt en høj grad af medarbejderinddragelse i forhold til praktiske løsninger særligt vedrørende kommunikative arbejdsgange.
- Understøt en tydelig rollefordeling og enighed omkring, hvordan opgaverne fordeles og løses.
- Understøt en tydelig forventningsafstemning omkring, hvordan de forskellige fagligheder anvendes i praksis.
- Overvej en opkvalificering af medarbejdere i forhold til at arbejde tværfagligt.
- Overvej hvilken målgruppe, der skal inkluderes i forløbsprogrammet.

Introduktion

Formål

Nærværende rapport har til formål at undersøge implementeringsprocessen af *Forløbsprogrammet for borgere med angst og depression relateret til beskæftigelsesområdet – et samarbejdsprojekt om rehabilitering og recovery i Sønderjylland* med særligt blik for at vurdere om forløbsprogrammet skaber bedre sammenhæng for borgere og styrker samarbejdet mellem jobcenter og lokalpsykiatri. De specifikke undersøgelsesspørgsmål lyder:

1. Hvordan opleves samarbejdet af medarbejdere fra psykiatri og jobcenter i forhold til faglige identiteter, arbejdskulturer, borgerinddragelse og forløbsprogrammets organisering?
2. Hvordan oplever borgeren forløbsprogrammet i forhold til borgerinddragelse, håndtering af depression/angst og integration på arbejdsmarkedet?

Undersøgelsen er baseret på et kvalitativt evalueringsdesign, som integrerer kontekstuelle faktorer, der påvirker implementeringsprocessen og anerkender, at deltagere ikke er passive modtagere af en intervention men interagerer med den i forhold til værdier, sociale normer og ressourcer (Moore et al 2013).

Forløbsprogrammets baggrund

Den generiske model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser er et organisatorisk redskab udarbejdet af Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen, der understøtter kvalitet og sammenhæng i de indsatser borgere med en eller flere psykiske lidelser tilbydes af region, praksissektor og kommune. Forløbsprogrammer skal sikre, at de forskellige indsatser koordineres og at der er et samarbejde mellem de sektorer, der varetager de indsatser den enkelte borger tilbydes (Socialstyrelsen 2015). Den generiske model er et arbejdsredskab som kommuner og regioner kan anvende som skabelon til at udarbejde forløbsprogrammer tilpasset en specifik målgruppe. Det er på den baggrund, at psykiatrien i Region Syddanmark og kommunerne Haderslev, Tønder, Sønderborg og Aabenraa har udviklet og implementeret: *Forløbsprogram for borgere med angst og depression relateret til beskæftigelsesområdet: et samarbejdsprojekt om rehabilitering og recovery i Sønderjylland*¹.

Med udgangspunkt i at styrke borgerens inddragelse i eget forløb, er det overordnede formål for forløbsprogrammet at hjælpe borgere med psykiske helbredsproblemer tilbage i arbejde samt afprøve nye samarbejdsformer mellem sundhedssystemet og arbejdsmarkedssystemet (Region Syddanmark et

¹ Haderslev Kommune kom dog først med i implementeringsfasen. Udviklingsfasen foregik i 2016, mens implementeringen foregik i 2017. Der henvises til rapporten: *Forløbsprogram for borgere med angst og depression relateret til beskæftigelsesområdet: et samarbejdsprojekt om rehabilitering og recovery i Sønderjylland* for yderligere detaljer om forløbsprogrammets tilrettelæggelse og indhold.

al. 2017). Tilbagevenden til arbejdsmarkedet er nærmere præciseret som, at borgeren skal se muligheder for sig selv på arbejdsmarkedet, mens andre borgerrelaterede mål er, at borgeren bidrager til at prioritere egne mål og oplever en sammenhæng i indsatsen. De specifikke mål på det organisatoriske niveau er bl.a. medarbejderinddragelse i forhold til udarbejdelse af forløbsprogrammet, forbedret tværgående kommunikation samt ledelsesmæssig opbakning til forløbsprogrammet. Målgruppen, som er inkluderet i forløbsprogrammet, er borgere i aldersgruppen 30-65 år, der modtager behandling i lokalpsykiatrien for angst og/eller depression og er tilknyttet jobcenteret enten i et sygedagpengeforløb, jobafklaringsforløb eller er aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere.

Den centrale aktivitet, der udføres i implementeringsperioden, er at afholde et planlægningsmøde mellem borger, lokalpsykiatri og jobcenter, hvor der udarbejdes en fælles plan på tværs af behandling og beskæftigelse². Andre samarbejdsaktiviteter består af gensidige træffetider mellem lokalpsykiatri og jobcenter, hvor medarbejdere kan søge råd hos samarbejdspartneren fx vedrørende diagnose eller arbejdsmarkedslovgivning samt afholdelse af to fælles faglige workshops.

Sygefravær og tilbage til arbejde

Sygefravær forårsaget af de psykiske lidelser angst og depression er stigende i mange velfærdslande (OECD 2010). Også i Danmark ses denne tendens og det er estimeret, at angst og depression er blandt de lidelser, der giver størst produktionstab i form af fravær på arbejdsmarkedet, førtidspension og tidlig død (OECD 2013; Sundhedsstyrelsen 2016). Udover samfundsøkonomiske omkostninger har angst- og depressionsrelateret sygefravær alvorlige konsekvenser for den enkeltes fysiske, sociale og mentale helbred bl.a. fordi, deltagelse i arbejdslivet er grundlag for identitet, social status og forsørgelse (Wadell og Burton 2006).

Tilbage til arbejde (TTA) har gennem mange år været et etableret forskningsfelt og kan karakteriseres som en flerdimensionel proces, der involverer interaktioner mellem de fire systemer: arbejdspladssystemet, lovgivnings- og forsikringssystemet, sundheds- og behandlingssystemet og den sygemeldtes personlige håndteringskompetencer (Loisel et al. 2005). TTA interventioner adresserer typisk faktorer indenfor ét system fx interventioner, der vedrører behandling, mens der er et stigende behov for interventioner, der tager højde for, at borgere bevæger sig mellem flere systemer samtidigt (Loisel et al. 2014).

Interventioner, der er målrettet borgere med psykiske lidelser, er et nyere felt og det er ikke entydigt, *hvad* der virker, *hvorfor* det virker og for *hvem* det virker (Pomaki et al. 2012). Eksempelvis har delvis raskmelding vist sig at have en positiv effekt for sygemeldte med fysiske lidelser, mens det ikke gør sig gældende for sygemeldte med psykiske lidelser (Holm et al. 2012). Et Cochrane oversigtsstudie over 11

² Se bilag 1 for en aktivitetsoversigt af afholdte planlægningsmøder for samtlige kommuner.

interventionsstudier målrettet reducere af sygefraværslængden blandt borgere med depression konkluderer, at medicinsk behandling og psykologisk behandling anvendt alene eller i kombination med hinanden, ikke har nogen dokumenteret effekt (Nieuwenhuijsen et al. 2008). Imidlertid peger et andet Cochrane overblikstudie på, at beskæftigelsesrettede interventioner i kombination med behandling er lovende i forhold til at imødekomme de udfordringer, der er forbundet med TTA forløbet (Nieuwenhuijsen et al. 2014). Dette overblikstudie er også målrettet borgere med depression, hvor interventionsstudier målrettet borgere med angstlidelser er mere sparsomme (Nigatu et al. 2016).

Nyere tiltag, også i en dansk kontekst, er *Individual Placement and Support* (IPS), som integrerer et samarbejde mellem sundhedssystemet og kommunale jobcentre (Christensen et al. 2015). Imidlertid har IPS et eksklusivt fokus på alvorlige psykiatriske diagnoser som bipolare lidelser og skizofreni (Christensen et al. 2011) og der mangler endnu erfaringer, der kan fastslå en effekt for depressions- og angstramte (Poulsen et al. 2017). Af andre relevante og nye studier i en dansk sammenhæng, skal nævnes et interventionsstudie, organiseret som et samarbejde mellem tre jobcentre og en privat virksomhed, der er specialiseret i en multidisciplinær, koordineret og skræddersyet tilgang. I et opfølgingsstudie af interventionen efter to år, viste det sig, at interventionen ingen effekt havde i forhold til arbejdsmarkedstilknudning (Martin et al. 2015a). Et større samarbejdsprojekt mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation, målrettet stress, angst og depressionsramte viser, at de inkluderede patienter har flere uger på sygedagpenge og større forbrug af sundhedsydelser, sammenlignet med ikke-inkluderede patienter, der modtager et normalt forløb (KORA 2016). En igangværende intervention, som er et samarbejdsprojekt mellem Region Hovedstadens Psykiatri og fire kommuner, afprøver om Integreret Behandlings- og Beskæftigelsesindsats til Sygedagpengemodtagere med depression, angst, tilpasningsreaktion, udbrændthed og stress (IBBIS) har effekt på arbejdsmarkedstilknudningen (Poulsen et al. 2017). Det er endnu for tidligt at konkludere, om undersøgelsen har en gavnlig effekt.

Den manglende og ikke entydige dokumenterede effekt hænger sandsynligvis sammen med, at evalueringer er foretaget kort tid efter interventionen og at implementeringen af interventionen foregår usystematisk og i forskellige kontekster. Overførelse af interventioner i forskellige sammenhænge indebærer en proces, hvor viden skal oversættes og tilpasses lokalt. Det er ofte udfordrende, da det involverer flere forskellige aktører, der har variende erfaringer, perspektiver, arbejdsgange og holdninger (Martin et al. 2015b). Den kvalitative forskning kan i den sammenhæng bidrage med hvilken betydning de involverede aktører tillægger interventionen i forhold til arbejdsgange, fagidentiteter og normer.

Kvalitativ forskning indenfor TTA er sparsom og særligt vedrørende psykiske lidelser (Andersen et al. 2012). I en dansk kontekst har den kvalitative forskning bl.a. undersøgt sygemeldtes perspektiv (Andersen et al. 2014; Nielsen et al. 2013), arbejdsgivers perspektiv (Ladegaard et al. 2017) og TTA team perspektiv

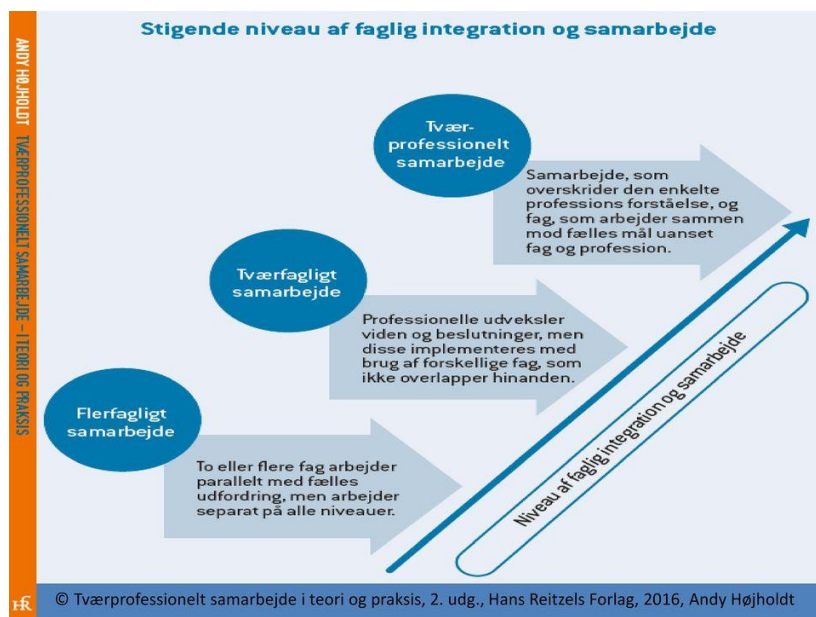
(Martin et al. 2015b), mens der er et behov for forskning, der undersøger interaktionen mellem arbejdsmarkeds- og sundhedssystemet og som integrerer et organisatorisk og kulturelt perspektiv (Ladekjær Larsen og Søgaard 2013). Særligt bør der fokuseres på tværfaglighed, koordinerende og holistiske tilgange i forhold til TTA (Sieling-Monas og Bredgaard 2015) og på borgerinddragelse og sammenhæng i de tilbudte indsatser (Folker et al. 2017). Dette projekt imødekommer det forskningsmæssige behov, som vil dokumentere og identificere de problemstillinger, der kendetegner et samarbejdsprojekt mellem lokalpsykiatri og jobcentre, målrettet beskæftigelsesindsatsen for borgere med angst og depression.

Tværfaglighed

Forløbsprogrammets formål er gennem det tværfaglige samarbejde, at parterne skal understøtte borgerens ønsker, med formålet at dennes liv og hverdag bliver meningsfuld (Psykiatrien i Region Syddanmark 2016:9). Tværfaglighed kan forstås på flere måder, som har betydning for, hvordan samarbejdet defineres af de involverede parter og dermed udmøntes i praksis. Forløbsprogrammet har ikke eksplicit bygget på en specifik teoretisk model, men er baseret på praktiske retningslinjer og skabeloner i form af dagsorden til, hvordan planlægningsmøderne skal afholdes og medarbejderes viden og erfaringer i forhold til at samarbejde tværfagligt.

I almindelighed kan der skelnes mellem tværfagligt samarbejde og flerfagligt samarbejde. Tværfagligt samarbejde er karakteriseret af, at der arbejdes mod et fælles mål, at samarbejdet giver ny viden og at de enkelte fagligheder overskrides gennem samarbejdet. Flerfagligt samarbejde henviser til, at der arbejdes med en afgrænset problemstilling ud fra flere faglige perspektiver og mål og hvor samarbejdet ikke overskrider den enkeltes faglighed. Begrebet *tværprofessionelt samarbejde* kan yderligere tilføje et perspektiv, når forskellige fagligheder skal samarbejde. Udover de forhold, der kendetegner de tværfaglige samarbejde, er der ved det tværprofessionelle samarbejde essentielt at tage højde for, at der til hver profession hører en faglig identitet, som konstrueres gennem uddannelse og erfaring. Det betyder, at professionskultur og identitet integreres og overskrides i samarbejdet og kan dermed forstås som et højere niveau af samarbejde, da det vil føre til ny viden og udvikling af egen professionsidentitet (Højholdt 2016).

Figur 1: stigende niveau af faglig integration og samarbejde.



Yderligere bør det tværsektorielle samarbejde nævnes. Strukturreformen i 2007 medførte en fordeling af sundhedsopgaver mellem kommunerne og regionerne og stiller derfor øget krav til, hvordan de forskellige sektorer samarbejder med henblik på at sikre sammenhæng i komplekse patientforløb og dermed øget patienttilfredshed, øget omkostningseffektivisering og behandlingskvalitet. En udfordring alene indenfor sundhedsvæsenet er den øgede specialisering indenfor de forskellige fagligheder, som komplicerer samarbejdet omkring et fælles mål. Det tværsektorielle samarbejde kompliceres yderligere af, at der er forskellige måder at organisere sig på, f.eks. opdelingen af myndhedsområder. Eksempelvis er deling af informationer om borgere på tværs af myndhedsområder ikke mulig, med mindre borgere giver deres samtykke dertil. Dertil kommer at IT-systemer, praktiske arbejdsgange, mødekultur m.m. kan være forskellige.

Teoretiske perspektiver på tværfagligt samarbejde

Teoretiske udgangspunkter kan bringe os et skridt nærmere i forhold til forståelsen af kompleksiteten, kontekstens indflydelse og udfordringerne ved det tværfaglige samarbejde. Der vil ikke blive redegjort for samtlige teoretiske perspektiver, da det er for omfattende til denne rapports formål og fokus. Et relevant udpluk vil derimod kunne sætte rammen for en yderligere diskussion sammenholdt med undersøgelsens resultater.

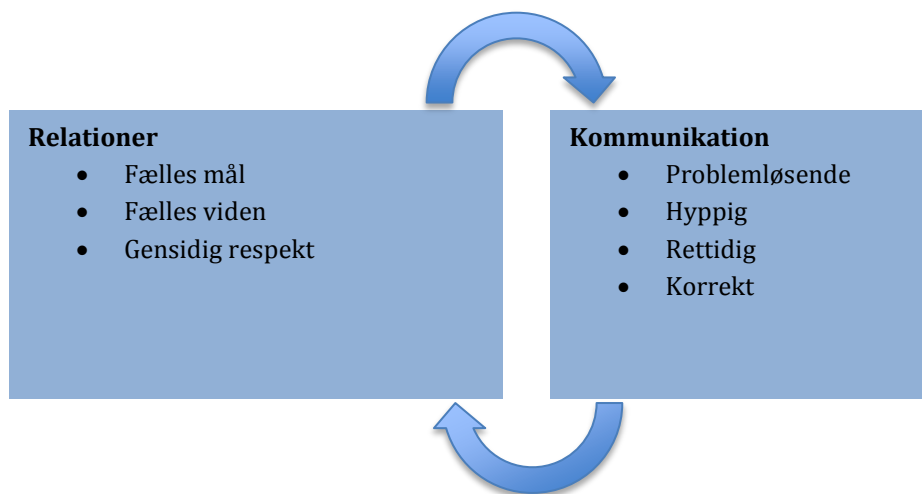
Et sociologisk perspektiv er kendetegnet ved, at der er fokus på de status og positioner, man har og forhandler sig til i samarbejdssituationen. Her kan Pierre Bourdieus termer om *habitus*, dvs. den viden som er indlejret i kroppen og *social* og *kulturel kapital*, den viden og status vi bringer ind i

samarbejdet, bidrage til at den *tavse viden*, eller den viden vi tager for givet samt hierarkiske forhold i samarbejdsrelationen tydeliggøres (Callewaert 1994). Et mikro-sociologisk perspektiv fokuserer på interaktionen i den givne situation, hvor det forstås, at det er gennem selve interaktionen at roller og positioner forhandles. Det er således ikke givet på forhånd, hvordan rollefordelingen i en konkret samarbejdssituation er, men noget man forhandler sig til sammen og er påvirket af de givne rammer, personlige indstillinger og selve arbejdsopgaven (Goffman 1959).

Et systemteoretisk perspektiv er kendetegnet af den kontekst samarbejdet befinder sig i og hvordan de involverede personer forholder sig til den. Autopoiese er det centrale begreb i Luhmans systemteoretiske univers og henviser til, at sociale systemer er selvreferentielt lukkede systemer. Mennesket betragtes som psykiske systemer, der organiserer sig i sociale systemer, hvori de danner mening. I dette system kommunikerer vi ikke med modparten, men derimod med det billede vi har og skaber af modparten. Virkeligheden konstrueres således gennem vores egen forståelse og der findes dermed lige så mange forståelser af virkeligheden, som der findes mennesker. Mennesket er et lukket, selvrefererende system, der handler ud fra egen logik. Det giver sprog og kommunikation en særlig rolle, hvor det er påkrævet at skabe forbindelse gennem sproget mellem vores egen indre logik og den ydre verden (Luhman 2000).

Et teoretisk perspektiv, hvor kommunikation spiller en central rolle dog uden eksplicit reference til systemteori, er teorien om relationel koordinering, som de senere år har fået markant indflydelse på hvordan tværfagligt samarbejde tilrettelægges bl.a. i sundhedsvæsenet (Gittel 2012). Relationel koordinering er særlig anvendelig ved et samarbejde, der er præget af gensidig afhængighed i opgaveløsningen mellem de personer, der udfører opgaven, en høj grad af uforudsigelighed og ved et stort tidspres. Relationer og kommunikation er to nøglekomponenter i relationel koordinering, som er gensidigt afhængige af hinanden. I relationerne er tre centrale forhold væsentligt at opfylde. Det gælder, at der er formuleret et fælles mål, som de forskellige fagligheder integrerer i opgaveløsningen, at opgaveløsningen bygger på en forståelse af, hvordan de enkelte fagligheder har betydning for, hvordan andre løser deres opgaver og det samlede resultat, og at samarbejdet er baseret på gensidig respekt for hinanden på tværs af status og fagligheder. Kommunikation rummer fire væsentlige forhold, der henviser til, at kommunikationen skal være problemløsende, korrekt, hyppig og rettidig.

Figur 2: Den positivt forstærkende cirkel i relationel koordinering. Kilde: Edwards og Lundstrøm 2014.



De syv kernekomponenter, illustreret i figuren ovenfor, har vist sig at øge effektiviteten, styrke kvaliteten og øge arbejdsglæden (Gittel 2012).

Det sociokulturelle læringsperspektiv betragter det tværfaglige samarbejde som noget, der skal læres gennem praksis. Tværfaglighed er ikke på forhånd noget, man kan beslutte sig for at gøre på en bestemt måde, men indebærer en kontinuerlig læringsproces, der dels finder sted ved deltagelsen i en bestemt organisation eller kultur og dels kommunikerer gennem sproget i interaktionen mellem fagpersonerne (Just og Nordentoft 2012). Her er det værd at notere, at en organisationskultur består af synlige værdisymboler, normer og grundlæggende antagelser, der af medlemmer tages for givet og derfor ofte er ubevidste, men samtidig styrende for medlemmers adfærd (Schein 1994). Løsning af nye opgaver i en kultur sker i forhold til *ekstern tilpasning* og *intern integration*. Denne tilgang gør det muligt at betragte fx et forløbsprogram som en ny opgave, hvor der både skal ske en tilpasning til nye, eksterne krav samtidig med, at programmet skal integreres i en eksisterende organisationskultur, karakteriseret bl.a. af arbejdsgange, værdier og fagidentitet.

Denne rapport trækker både på organisationskulturelle principper repræsenteret af Schein og Gittels relationelle koordinerende tilgang. Kombinationen af de tilgange gør det muligt at rette blik mod de lokale arbejdskulturer og værdier, der er indlejret i fagidentiteter samt vil kunne pege på konkrete retningslinjer for, hvordan samarbejdet kan forbedres fremover.

Borgerinddragelse

De seneste år er der i stigende grad kommet fokus på borgerinddragelse eller patientinddragelse, som det benævnes alt efter i hvilket system velfærdsydelsen tilbydes fx behandling eller en social serviceydelse. Den øgede borgerinddragelse hænger sammen med udviklingen af et nyt paradigme, hvor der er fokus på innovation og fremme af ligeværdigt samarbejde mellem offentlige og private aktører og hvor borgere betragtes som en slags medproducent af velfærdsydelser (Osborne 2006). I dette paradigme bliver det essentielt, at fagpersonale i den offentlige sektor praktiserer en tilgang, der inkluderer, at borgere sikres medbestemmelse i beslutninger, der vedrører behandling eller anden ydelse. Den teknologiske udvikling, med hurtig deling af information samt borgeres forventning til at blive inddraget, har også indflydelse på et øget behov for borgerinddragelse.

Der er imidlertid flere dilemmaer forbundet med borgerinddragelse, som vil blive berørt i diskussionsafsnittet, som bl.a. omhandler forventninger til, hvad man kan blive inddraget i. Frontpersonalets forståelse af fx livskvalitet og behov kan modsige borgerens forståelse og borgeren kan måske ikke overskue inddragelse eller ønsker måske, at beslutningerne bliver taget for hende.

Metode

Dataindsamlingen har foregået i efteråret 2017 og har således fulgt sidste halvdel af forløbsprogrammets implementeringsproces. Der er foretaget observationer af projektgruppemøder, hvor implementeringsprocessen er blevet drøftet af de involverede parter, samt observation af den sidst afholdte workshop. Deltagerne var her medarbejdere fra jobcentre i samtlige kommuner, medarbejdere fra lokalpsykiatrien samt borgerrepræsentanter. Workshopen indeholdte faglige oplæg samt gruppearbejder, hvor samarbejdserfaringer samt forankringsmuligheder blev drøftet. Der er desuden observeret to planlægningsmøder samt et møde i behandlingsøjemed mellem borger og lokalpsykiatri i Aabenraa. Observationerne har givet en unik mulighed for at identificere relevante problemstillinger, der senere er indarbejdet i interviewguiden.

De givne resurser har nødvendiggjort en prioritering i forhold til inklusionen og her er det vægtet at fokusere og gå mere intensivt til værks i to kommuner fremfor alle fire. Aabenraa og Tønder er udvalgte til at udgøre lokaliteterne for dataindsamlingen. Aabenraa og Tønder har haft flest borgere igennem forløbsprogrammet og har dermed flest erfaringer at bidrage med. Til sammenligning har Haderslev og Sønderborg haft meget få borgere igennem. Desuden har det ikke været muligt for Sønderborg Kommune at deltage i evalueringen. Der ligger naturligvis en begrænsning i forhold til denne selektion. Et lavt inkluderet antal af borgere kan hænge sammen med manglende prioritering, organisatoriske udfordringer og at borgere ikke har ønsket at deltage m.m. Det er mulige udfordringer,

der også ville have bidraget med vigtig viden i forhold til, hvordan et forløbsprogram modtages og praktiseres af frontmedarbejdere og som ville have kunnet pege på, om samarbejdet er udfordret af organisatoriske og/eller holdningsmæssige forhold.

Selektionen af informanter til interviews er foregået i samarbejde med projektgruppemedlemmer fra hhv. Tønder og Aabenraa, hvor udvælgelseskriteriet er baseret på, at de har haft mindst et planlægningsmøde. Informanterne fordeler sig således: Aabenraa Jobcenter (n3), Aabenraa Lokalpsykiatri (n3), borgere fra Aabenraa (n3), Tønder Jobcenter (n4), Tønder Lokalpsykiatri (n3) og borgere fra Tønder (n3). Seks af de udvalgte medarbejdere er desuden eller har været aktive i projektgruppen. Desuden indgår også en borgerrepræsentant (n1), der ikke selv har deltaget i planlægningsmøder, men har været med i hele forløbsprogrammet. Kønsfordelingen består af 19k og 1m. For at sikre anonymitet omtales samtlige informanter som "hun".

Deltagelsen bygger på frivillighed og der bør i den sammenhæng nævnes, at de inkluderede borgere ikke er tilfældigt udvalgt, men inkluderet baseret på en forespørgsel fra deres behandler i lokalpsykiatrien. Det kan have betydning for resultatdelen, da forespørgslen sandsynligvis er foretaget til de borgere, med hvem behandleren har en positiv relation til og derfor sandsynligvis en positiv oplevelse af forløbsprogrammet, som det også vil fremgå af resultatdelen. Det kan ikke udelukkes, at der er borgere, der har haft en negativ oplevelse af samarbejdet, ikke har øget tilliden til jobcenteret eller endda ikke har været opmærksom på, at man var inkluderet i et forløbsprogram. Det giver en begrænsning i forhold til at borgere, der potentielt har et negativt perspektiv på forløbsprogrammet, ikke er inkluderet i denne rapport.

I alt er 20 deltagere interviewet ud fra en semistruktureret interviewguide, der er tilpasset alt efter, om der er tale om medarbejdere fra lokalpsykiatrien, fra jobcentret eller er borgere. Interviewguiden indeholder spørgsmål, der vedrører samarbejdet og rollefordeling ved planlægningsmøder, borgerinddragelse, opfattelse af samarbejdspartere, forløbsprogrammets organisering, rammer og forankring. Alle interviews er fuldt transskriberet og er efterfølgende analyseret baseret på systematisk tekstkondensering (Malterud 2012) og følger kvalitets- og valideringskriterier for kvalitativ forskning (Malterud 2011).

Alle deltagere har underskrevet informeret samtykke efter at være informeret om formålet med undersøgelsen og at de er garanteret anonymitet. For at sikre anonymitet vil de udvalgte citater, der præsenteres i resultatdelen, ikke afsløre om de repræsenterer hhv. Aabenraa eller Tønder, men blot

fremstå som *borger*³, *psykiatrimedarbejder*, *projektgruppedeltager* eller *jobcentermedarbejder* afhængig af hvilket perspektiv, der præsenteres.

Resultater

Resultaterne er opdelt i fire hovedafsnit, der vedrører *Forløbsprogrammets organisering og forankring*, *Borgerens perspektiv*, *psykiatrimedarbejderes perspektiv* og *jobcentermedarbejderes perspektiv*. Hvert hovedafsnit er opdelt i yderligere undertemaer, som illustrerer essensen af de forskellige perspektiver. Afsnittet *Forløbsprogrammets organisering og forankring* rummer projektgruppedeltageres perspektiver på forløbsprogrammets faser, aktiviteter, organisering og forankring. Her indgår også borgerens forslag til, hvordan deres situation kan forbedres gennem et samarbejde. I afsnittene *Borgerens perspektiv*, *Psykiatrimedarbejderes perspektiv* og *Jobcentermedarbejderes perspektiv* indgår de respektive erfaringer med at have været en aktiv deltager i selve praktiseringen af forløbsprogrammet.

Forløbsprogrammets organisering og forankring

Udviklings- og implementeringsfasen

Projektet er som nævnt opdelt i to faser: *udviklingsfasen*, hvor forløbsprogrammet er blevet udviklet og *implementeringsfasen*, hvor forløbsprogrammet afprøves og implementeres. Én beskriver udviklingsfasen, som *"sindssyg hektisk"*, da man på trods af mange forskellige mennesker, fagligheder og dagsordener skulle nå til enighed om projektets formål, men at det samtidig har været fagligt inspirerende. Én beskriver, at projektmøder nogle gange har været karakteriseret af en anstrengt stemning, hvor mødedeltagerne var på vagt overfor hinanden, at det mange gange handlede om at forsvare sit eget fagfelt. Det gav oplevelsen af at: *"Det første halve til hele år, brugte vi rigtig meget tid på, at finde ud af, at vi ikke var der for at slå hinanden oveni hovedet"* (projektgruppedeltager). En anden beskriver udviklingsfasen som mere stabil i forhold til, at der ikke var så meget udskiftning, og oplevedes som fagligt udviklende.

Borgerinddragelsen i projektets tilblivelsesproces opleves som positivt, hvor mange har følt sig oplyst i forhold til borgerens fortællinger på workshops. Nogle beskriver det som *"en øjenåbner"* at høre om borgeres oplevelser af ikke at have følt sig hørt og at skulle kæmpe mod systemet. I implementeringsdelen er der dog forskellige overvejelser på, hvorvidt borgerinddragelsen har været tilstrækkelig: *"Altså nu borgerinddragelse, var jo sådan set mest i starten af projektet. Altså der er*

³ Her foretrækkes termen "borger" fremfor "patient". Det er imidlertid en væsentlig pointe at borger/patient anvendes forskelligt alt efter, om man befinder sig i lokalpsykiatrien eller jobcenteret. Det i sig selv kan have indflydelse på, hvordan man betragter en person: som en der skal deltage på arbejdsmarkedet eller som en, der skal hjælpes gennem behandling.

ligesom tre pinde på den her taburet, jobcenteret, psykiatrien og borgeren, men jeg kan ikke helt vurdere om taburetten balancerer her, altså om borgeren er kommet nok med" (projektgruppedeltager). Omvendt forholder man sig til, at formålet med implementeringsfasen er at få afprøvet forløbsprogrammet i praksis. Det er derfor ikke væsentligt, at borgeren er med til projektmøderne eller andre projektaktiviteter, men nærmere at borgerinddragelsen er fokuseret i selve det praktiske samarbejde. En informant gør dog opmærksom på, at en borgerrepræsentant med fordel kunne have været anvendt på jobcentrene som sparringspartner og i forbindelse med at afholde møder med sygemeldte borgere.

Selve implementeringsfasen opleves af nogen som, at glæden og engagementen har været stort sammenlignet med udviklingsfasen, mens andre beskriver den som kaotisk og kort, hvor der udtrykkes et ønske om bedre at kunne forberede sine kollegaer på projektet: "Hvor de ligesom bare fra den ene dag til den anden skulle gå i gang med mange ting". Det gør man bare ikke lige med et knips med fingrene, derfor synes jeg, det er vigtigt, at jeg sådan 100% kan stå indenfor det, jeg siger til mine kollegaer, der har rigtig travlt" (projektgruppedeltager). Der er flere, der påpeger, at der har været mange afbud til møder og meget udskiftning undervejs og at det har givet udfordringer i forhold til fremdriften og kontinuiteten.

Ledelsens opbakning og prioritering

Udover at der har været to forskellige projektledere i hhv. udviklings- og implementeringsfasen, har der også været udskiftninger i de samtlige lag: styregruppe, mellemlidergruppe og projektgruppe. Denne hierarkiske lagopdeling er ikke usædvanlig i større projektsamarbejder, men kan forsinke de forskellige arbejdsgange: "Hvorfor skal der være så mange lag, altså, at få grønt lys med det samme fremfor, at processen tager for lang tid, det kunne give god mening. Også i forhold til at projektlederen skal være budbringer og hele tiden sørge for, at vi får læst alle referater. Men egentlig synes jeg, det har været berigende at mødes en gang om måneden, men jeg kunne godt have ønsket mig at alle lag var samlet" (projektgruppedeltager).

Opdelingen i de forskellige lag gav også oplevelsen af, at medlemmerne i styregruppen ikke havde det store overblik over de aktiviteter, der foregår i praksis. I det hele taget efterspørges en tættere sammenhæng til praksis, hvor de forskellige arbejdsgange er tænkt med i projektet: "Gentagne gange har styregruppen gået imod projektgruppen, altså det afspejler ligesom bare en manglende viden om den daglige praksis" (projektgruppedeltager). Der efterspørges her en større koordinering mellem de forskellige lag. Det opleves, at styregruppens primære interesser har handlet om økonomi, at overholde tidsfrister, at være for fokuserede på at inkludere et stort antal borgere og at udfylde diverse skemaer.

Der påpeges, at man ikke har haft beføjelser til at bede medarbejdere om at prioritere projektet og at det er et spørgsmål om, der har været manglende opbakning fra ledelsen: *"Jeg kan kun vejlede mine kollegaer til, hvordan de skal gøre tingene, men jeg vil ikke kontrollere, om de gør det. Der har manglet en ledelsesmæssig opbakning, som træder frem og siger, at det her skal altså prioriteres. Og det betyder, at der også skal gives resurser til det"* (projektgruppedeltager).

Den manglende ledelsesopbakning beskrives, som at den: *"Forplanter sig nedad i systemet"*, der smitter af på frontmedarbejdere og som i sidste ende får konsekvenser for borgerens tilfredshed og oplevelse af mening og sammenhæng.

Forløbsprogrammets aktiviteter

Oprindeligt var intentionen, at der i løbet af projektperioden skulle indføres gensidige træffetider, men det viste sig hurtigt, at det ikke blev brugt og derfor betragtet som resursepild. I stedet har man forsøgt sig med temadage, hvor en medarbejder fra jobcenteret underviser medarbejdere fra psykiatrien og omvendt i relevante emner fx en specifik diagnose eller lovgivning omkring resurseforløb. Temadagene opleves positivt og kan generere, at man kommer til at kende hinanden bedre.

Særligt workshops i forløbsprogrammets udviklingsdel finder medarbejdere interessant i forbindelse med at lære om borgeres perspektiv og at have de indledende diskussioner omkring samarbejde med hinanden. Enkelte finder dog, at de har måttet forsvare deres fag overfor jobcentermedarbejdere: *"Jeg følte mig alene. Altså man havde jo meget pædagogisk valgt at blande os ved bordene. Jeg havde heldigvis en kollega med, som oplevede det samme, at jeg følte, jeg skulle forsvare, det vi gjorde"* (psykiatrimedarbejder).

Andre synes, der har været for meget mødeaktivitet, at møderne har manglet struktur, at der er blevet brugt for meget tid til at transportere sig til møderne, at det har været for omfattende og at der har været for mange mails, referater og projektbeskrivelser at sætte sig ind: *"Jeg bruger meget tid på det her projekt og føler aldrig, at jeg når helt til bunds, men det er også et stort projekt og der er mange, der skal involveres i det og det kan godt være, vi har skudt os selv lidt i foden, men jeg synes også bare, det har været vigtigt at få prøvet af, men det har taget sindssygt meget tid"* (projektgruppedeltager).

Også den løbende dokumentation opleves som tidskrævende, hvor man bl.a. har følt, at der har været for meget fokus på, hvor mange borgere man har inkluderet, at man er blevet presset til at inkludere flere og at tidsfristen har været svær at overholde. Det har bidraget til, at det har været svært at bevare motivationen til at deltage i forløbsprogrammet.

Overvejelser vedrørende forankringen af forløbsprogrammet

Grundlæggende er der bred enighed om, at et samarbejde med hinanden er positivt. Flere påpeger, at der i forvejen har eksisteret et samarbejde, om end det ikke har været systematisk og har været afhængigt af de enkelte medarbejders initiativ og borgerens behov. Én gør også opmærksom på, at projektet er *"blæst lidt op"*. Ikke fordi at samarbejdet ikke anerkendes som vigtigt, men fordi det allerede står i beskæftigelseslovgivningen, at relevante samarbejdspartere skal inddrages og det kan arrangeres på langt mere simple måder end forløbsprogrammet.

På trods af at oplevelserne omkring forløbsprogrammet varierer, er der enighed om, at projektet skal fortsætte, men i en anden form og tilpasses lokalt. Det drejer sig særligt om hvilke dokumenter, der skal anvendes, en mere tydelig rollefordeling, håndtering af tidsfrister m.m. Overvejelserne på fremtiden går også særligt på, om man skal justere i forhold til hvilke borgere, der skal inkluderes i et samarbejde. Alder og placering i ydelsesgruppe er vedkommende spørgsmål samt diagnose. Mange med angst og depression behandles ved egen læge, hvorfor et samarbejde med lokalpsykiatrien her ikke er nødvendigt, men nærmere et spørgsmål om og hvordan man kan samarbejde med lægen. Andre nævner, at der er rigtig mange borgere, som beskrives som grænsetilfælde: *"De er for syge til at passe deres arbejde, men praktiserende læger synes ikke, de kan sende dem i lokalpsykiatrien, ordinere medicin eller henvise dem til en psykolog, da de ikke opfylder betingelserne"* (jobcentermedarbejder). Der efterspørges derfor tiltag, som engagerer andre aktører som fx praktiserende læger eller parter, som kan afholde terapeutiske samtaler med borgere i et kommunalt regi.

Nogle påpegede, at en bredere diagnosegruppe ville give god mening, at forløbsprogrammet ikke kun begrænsede sig til angst og depression. Det var særligt medarbejdere fra lokalpsykiatrien, der havde tvivl derom: *"Den her type patienter, det er jo ikke dér vi har samarbejdsvanskeligheder med kommunen. Det er når en ustabil personlighedsforstyrret ung pige eller en fyr med et stofmisbrug og lidt aggressiv adfærd, altså de her mere syge personer, hvor der ikke er forståelse for deres symptomer. Det er dér samarbejdsproblemerne kan være"* (psykiatrimedarbejder).

Andre anser det ikke så væsentligt, hvilken diagnose der er tale om, både fordi flere borgere har mere end én diagnose og det er nærmere et spørgsmål om arbejdsevnen, som netop varierer indenfor hver enkelt diagnosegruppe.

Både medarbejdere fra jobcenteret og fra lokalpsykiatrien har stillet spørgsmålstejn ved nødvendigheden af at inkludere samtlige borgere indenfor en bestemt målgruppe. Der er flere, der er fortalere for, at man kan lave det som et tilbud til de borgere, der har et særligt behov for et samarbejde mellem lokalpsykiatri og jobcenter. Deltagerenes udsagn peger i retning af, at det skal vurderes i hvert enkelt tilfælde. Det vil bygge på et skønsspørgsmål fx, når kommunikationen mellem

borger og jobcenter er *"kørt i hårdknude"*, som det udtrykkes af en psykiatrimedarbejder, eller hvor der kigges på, om borgeren har haft gentagne sygemeldinger. Det vil sikre, at der ikke bruges unødige resurser, men skaber samtidig en risiko for en uens behandling af borgere og potentiel negligering af borgerens egne ønsker.

Borgerens forslag til forbedringer af samarbejdet

Ved spørgsmålet om at forløbsprogrammet kunne forbedres i den fremtidige forankring, giver borgere nogle forskellige bud, som egentlig ikke er relateret specifikt til forløbsprogrammet, men nærmere til det samlede forløb fra perioden op til sygemeldingen og frem til, hvor de befinder sig i dag. For eksempel peger flere på, at samarbejdet med de praktiserende læger bør forbedres. Det gælder i forhold til, at behandlingen hos lokalpsykiatrien ikke er kommet hurtigt nok i gang og som f.eks. har betydning i forhold til at identificere den rette medicin. Det gælder også i forhold til samarbejdet med jobcenteret, hvor en informant fortæller: *"Min læge havde skrevet til jobcenteret, at jeg skulle have fuldstændig ro i 4 måneder. Og det første møde jeg er på jobcenteret, bliver jeg foreslået det her Quick Care og hvor jeg lidt tænker, egen læge har godt nok skrevet, men ok jeg må hellere sige ja. Men det endte jo også med, at jeg måtte stoppe og gå til egen læge igen"* (borger). Hun følte sig presset ud i et tilbud, som hun ikke kunne magte eller afvise. Et samarbejde mellem lægen og jobcentret ville i hendes optik kunne have sparret hende for en ubehagelig oplevelse med endnu et nederlag og en forsinkelse af hendes samlede forløb.

Flere giver udtryk for at have brug for hjælp til at *"trykke på de rigtige knapper"* i forhold til at udfylde diverse papirer og formularer korrekt. Ikke blot for én selv, men også for at arbejdsgiveren får gjort tingene korrekt. Andre beskriver proceduren ved at sygemelde sig som *"en jungle, man let farer vild i"*. Endelig er der ønske om, at *"nogen tar' over for en"* og hjælper i forhold til at tage kontakt til de forskellige myndigheder på de rigtige tidspunkter. En forklarer for eksempel, at hun: *"Var nået til et punkt, hvor jeg ikke en gang orkede at åbne computeren. Det kunne en mentor have hjulpet mig med, når der kommer noget fra min arbejdsgiver eller pensionsselskab. Jeg kunne bare ikke overskue det, så det blev bare liggende i min e-boks"* (borger).

Endelig beskrives både arbejdsgiveren og pårørende som aktører, der kan spille en mere central rolle. Spørgsmålet om inddragelse af pårørende er tvetydigt. Det er allerede almindelig praksis, at borgeren kan invitere en bisidder med til møder i både lokalpsykiatri og ved jobcenter. For nogen er det en god idé, at pårørende både kan fungere som et ekstra sæt 'ører' og hvor de kan understøtte pågældende om at få det vigtige sagt. Særligt én informant har haft gavn af at have pårørende med som deltager i møder hos lokalpsykiatrien. Hun havde vanskeligt ved at få sagt, hvor dårligt hun havde det, og her hjalp pårørende ved at understrege, at hun faktisk havde det virkelig slemt. En anden fortælling

omhandler, at pårørende er blevet vrede i samarbejdet med jobcenteret og således har været mere til besvær end til gavn. Der kan også være et ønske om at skåne pårørende og derfor fravælges de som bisidder til møder. Et lige så broget billede er samarbejdet med arbejdsgiver. Nogle borgere beskriver, at de har følt sig støttet af både arbejdsgiver og kollegaer, mens andre beskriver, at de har følt at arbejdsgiveren gerne ville af med dem, at de ikke har samarbejdet med jobcenteret og ikke overholdt aftalerne.

Borgerens perspektiv

De seks borgere, der er inkluderet i denne interviewundersøgelse og som har været deltagere i forløbsprogrammet, gav alle positive tilbagemeldinger. Det gælder både i forhold til at føle sig inddraget og i relationerne til pågældende sagsbehandler fra jobcentret og medarbejder fra lokalpsykiatrien. Vi skal i det følgende se nærmere på hvilke kvaliteter, der har været for borgeren i samarbejdsprojektet og de udfordringer, der har været gennem deres sygemeldingsforløb.

Inklusion i forløbsprogrammet på det rette tidspunkt?

De borgere, der indgår i interviewene, er alle blevet inkluderet i forløbsprogrammet af lokalpsykiatrien, mens det har varieret, hvornår de har modtaget invitationen. I det samlede billede af inklusionsproceduren i forløbsprogrammet fremgår det dog, at invitationen kan komme enten fra jobcenteret eller lokalpsykiatrien (Bilag 1). Flere borgere gav udtryk for, at de følte, at de var blevet introduceret ordentligt til forløbsprogrammet på et tidspunkt i deres sygdomsforløb, hvor de havde følt sig parate til at tage stilling til deltagelsen. De har også følt, at kontaktpersonen fra lokalpsykiatrien har haft en god fornemmelse for, om pågældende borger var parat. Én udtrykte ønske om, at hun gerne ville være inkluderet tidligere i forløbet, da hun havde haft mange bekymringer omkring økonomi og krav: *"Det skulle måske være sådan, at man bliver tilbudt det forløbsprojekt i starten af sin sygemelding. Jeg tænker efter 3-4 gange i lokalpsykiatrien. Det vil være en god idé for sådan nogen som mig, der går og spekulerer over sygedagpenge og resurseforløb. At man allerede fra starten ved, hvad udsigten vil være"* (borger).

Mens en anden gav udtryk for, at hun mest sagde ja, fordi hun på det tidspunkt ikke havde lært at sige nej. Det var en central problemstilling for hende og mange andre, der var ramt af depression/angst, at de havde vanskeligt ved at afgrænse sig og ofte ikke var i stand til at sige fra. Det kan være et dilemma i forhold til, at det er den enkelte medarbejder, der vurderer, hvornår borgere er klar til at blive introduceret til forløbsprogrammet. På den ene side er det et professionelt skøn, som kan variere ift. hvilken medarbejder, der er tale om, men som samtidig tager individuelle hensyn til den enkelte borgers parathed. På den anden side, betyder det, at inklusionen ikke foretages stringent. I implementeringsforløbet har selve inklusionsproceduren derfor ikke været ens. Det kan have

betydning for sammenligningen af de enkelte forløb. I det samlede billede af borgerens oplevelse, kan det være en fordel, at inklusionen tager højde for borgerens parathed fremfor at følge et bestemt tidskrav. Såfremt forløbsprogrammet bliver en fast arbejdsrutine, vil det være mest naturligt, at borgeren fra starten informeres om samarbejdet mellem lokalpsykiatri og jobcenter.

Planlægningsmøder

Et tilbud, som del af forløbsprogrammet, er, at borgere selv må bestemme hvor planlægningsmøderne skal afholdes. De fleste vælger at afholde mødet i lokalpsykiatrien. Det hænger sammen med, at de føler sig trygge gennem deres nære relation til deres kontaktperson i lokalpsykiatrien og ved at stedet ikke associeres med krav. En informant påpeger dog, at hun skammer sig ved at komme på jobcenteret: *"Jeg skulle samle kræfter til at gå indover dørtrinnet. Jeg var bange for, at jeg mødte nogen jeg kendte og som ville tænke, at nu var jeg nok blevet arbejdsløs, at jeg ikke var klog nok til at klare mig selv"* (borger). Hun gør det samtidigt klart, at det er fordomme, som hun selv har.

Selve planlægningsmøderne opleves som positive og konstruktive og flere borgere har haft en forventning til, at samarbejdet vil forbedres: *"I stedet for at jobcentret trækker til højre og lokalpsykiatrien til venstre"*, som en informant formulerer det og *"Det giver en eller anden form for ro indeni, at man ved, at alle parter er enige i, hvad vi arbejder hen imod"* (borger). Yderligere er der en forventning til, at man ikke behøver gentage sig selv flere gange, som hvis man skulle have afholdt adskilte møder, hvilket opleves som tidsspilde og kilde til misforståelser.

Brugen af både dagsorden og referat har været gavnlig og særligt dagsordenen har været vigtig i forhold til, at borgeren har været forberedt på, hvad der skulle ske på mødet (bilag 2). Det opleves som særligt vigtigt, da flere giver udtryk for, at de befinder sig i en sårbar situation i forhold til, hvad de kan rumme i kraft af deres diagnose og i forhold til, at de bekymrer sig om de krav, jobcentret stiller. En enkelt beretter at hun ikke har modtaget en dagsorden. Referatet opleves ligeledes som positivt, hvor indholdet har svaret til, hvad informanten har oplevet skete på mødet og at sproglige formuleringer gjorde brug af borgerens egne ord.

Det typiske møde beskrives at foregå hos lokalpsykiatrien. Det varierer i forhold til, hvornår mødet afholdes, altså om borgeren selv har haft indflydelse på tidspunktet. Som oftest er det sagsbehandleren fra jobcenteret, der er ordstyrer ved mødet men også dette beskrives forskelligt af informanterne. Overordnet er oplevelsen ved planlægningsmøder positiv: *"Jamen, jeg synes, det er betryggende, at vi kan have den her fælles samtale, hvor vi alle tre er der og hvor man ligesom kan høre, hvordan de snakker til hinanden, hvad der bliver noteret og hvad deres planer er"* (borger). Flere gjorde som sagt opmærksomme på, at de var bekymrede over et samarbejde med jobcentret, mens de ved

planlægningsmøderne oplevede, at sagsbehandlere var hjælpsomme i forhold til at forklare lovgivningen og de muligheder man havde og i forhold til, at de også udviste empati for borgeren.

Relationen til jobcenteret: Fra utryghed til tillid

Relationen til jobcenteret beskrives meget varieret, men det overordnede er, at borgerens oplevelse af jobcenteret formes som mere tillidsfuld i kraft af forløbsprogrammet. Det typiske billede er, at borgeren inden de er blevet inkluderet i forløbsprogrammet, allerede har haft flere møder på jobcenteret og med flere forskellige sagsbehandlere. Dertil kommer at gennem medierne og gennem deres eget netværk kender borgerne til flere eksempler på, at nogle har følt sig pressede og uretfærdigt behandlet af jobcenteret. Hvorvidt, det er korrekt eller ej, er ikke vigtigt her, blot skal konstateres, at dette ry har indflydelse på, med hvilken tillid og åbenhjertighed man møder jobcenterets medarbejdere: *"Jeg har det skidt med at være ærlig overfor jobcenteret, jeg føler, at man bare hurtigt skal ud igen at arbejde"* (borger) en anden fortæller at: *"Det var mere mig selv, der sådan var bange for at møde dem, fordi jeg er jo ikke kendt i systemet på den måde. Og jeg tænker, de historier man hører, det er jo dårlige historier, og så skal man det og man bliver presset ud og jeg skal komme efter dig. Det fyldte rigtig meget for mig og det stressede mig enormt meget"* (borger).

Andre føler, at de ikke er blevet lyttet til, at de er blevet mødt med mistillid, at de har haft mange sagsbehandlerskift, har oplevet store forskelle i behandlingen i forhold til, om det var et samarbejde med en praktikkonsulent eller en sygedagpenge-sagsbehandler, eller at de er blevet presset i aktivering eller presset i antallet af timer, som de skal være i praktik i. For mange er det derfor vigtigt, at jobcenteret agerer som en positiv rollemodel, hvor: *"Kommunen starter med at være respektfuld og imødekommende, så går det også den anden vej, altså så møder borgeren også kommunen på den måde"* (borger).

Grundet disse dårlige erfaringer, har det derfor også været en stor støtte, at borgeren har kunnet afholde møder, hvor en psykiatrimedarbejder har været tilstede, og som har haft betydning for, at borgeren nu oplever jobcenteret helt anderledes og mere positivt: *"Men jeg skal være ærlig at sige, at jeg har også haft den dér, at de var skurken, det var dem, der var de hårde og ikke lyttede. Men jeg synes, det er blevet bedre i forbindelse med det her. Det er som om, de er blevet gjort mere opmærksom på det og de lytter bedre til folk. Jeg er helt sikker på, det er de her love, regler og paragraffer, der gør, at de er nødt til at være lidt hårde en gang imellem. Men for os borgere vil det hjælpe rigtig meget, hvis de var lidt mere menneskelige"* (borger).

Der er mange positive tilbagemeldinger fra borgerne, hvor de føler, de er blevet mødt med forståelse og respekt af jobcentret. En af informanterne fortæller, at hun deltager i møder med sin sagsbehandler

uden at hendes kontaktperson fra lokalpsykiatrien er tilstede. Hun fortæller: *"Jeg har været positivt overrasket, jeg tænkte, at jeg skulle ned og så ville der være én, der sad og dikterede hvad jeg skulle og ikke skulle. Men hun sagde efter 5 minutter: Jeg kan godt se på dig, at du ikke har det godt og selvom jeg kan tilbyde dig en hel masse ting, så vil jeg ikke gøre det lige nu. Hun har også sagt, at jeg bare skal ringe, når jeg føler mig klar, men at jeg først skulle have snakket med lokalpsykiatrien derom"* (borger).

Et af incitamenterne for forløbsprogrammets tilblivelse var netop at styrke, at borgeren bliver set og hørt særligt i forhold til samarbejdet med jobcenteret. I forhold til borgerens oplevelser af forløbsprogrammet, er dette blevet imødekommet. Det kan dog ikke udelukkes, at nogle borgere føler, at forløbsprogrammet ikke har styrket deres relation og tillid til jobcenteret, da ikke alle forløbsprogramsdeltagere indgår i evalueringen.

Relationen til psykiatrien i samarbejdet: En støttende funktion

Borgernes relation til deres kontaktperson i lokalpsykiatrien er baseret på tillid. Her oplever borgeren at blive mødt med respekt og hvor de trygt kan tale om familieforhold, arbejdsliv, diagnose, medicin, behandlingsforløb, jobcenteret og kontakt til andre myndigheder. Her er der frihed til at sige, hvad man vil uden at *"der er nogle love og paragraffer, der dunker dig i hovedet, hvis du siger det forkerte"* (borger). Borgernes relation til psykiatrien omfatter også en høj grad af oplevet inddragelse, hvor de selv har haft indflydelse i forskellige forhold lige fra mødetilrettelæggelse til beslutninger, om man skal sættes op eller ned i medicindosis og at man blot kan *"ringe eller skrive, hvis man har en dårlig dag eller hvis man har brug for at snakke"*. Denne grundlæggende tillid er afgørende for, at planlægningsmøderne ofte vælges at blive afholdt hos lokalpsykiatrien. Lokalpsykiatrien bliver også associeret med en mere uformel og afslappet mødestil, hvor rummets indretning har indflydelse på, at man slapper af: *"Jeg kan godt lide at være her, fordi jeg synes, det er mere uformelt. Altså nede på jobcenteret foregår møderne jo ved et skrivebord med en computer foran og det er jo de vilkår, der er. Men inde hos min kontaktperson, der sidder vi i en sofa og en stol rundt om et bord. Det føles bare sådan lidt mere imødekommende, ikk'?"* (borger).

I forhold til selve samarbejds møderne med jobcenteret, har tilstedeværelse af kontaktpersonen fra lokalpsykiatrien en støttende funktion. De repræsenterer en faglighed, som bevirker, at deres ord har tyngde i forhold til, om borgeren er rask nok til at tage imod et aktiveringstilbud og i forhold til de tanker, der kan dukke op efter et møde med en jobcentermedarbejder: *Det er min tryghed altså, hun har bare fagligheden som gør, at vi kan snakke om alle de her tanker, der kommer efter et møde"* (borger).

Psykiatriens rolle er grundlæggende at være buffer i forhold til de krav, der stilles fra jobcenterets side. Men det kan også betragtes af borgere, som at være for passiv en rolle, hvor deres psykiatriske viden ikke kommer helt i spil, særligt i forhold til, hvad diagnosen betyder for den enkeltes tilknytning til arbejdsmarkedet. Her beskrives det som, at psykiatrien har berøringsangst i forhold til arbejdsmarkedet, at man beskytter patienten for meget og ikke har forventninger til, at borgeren kan bidrage på arbejdsmarkedet eller mærke, hvad der er bedst for sig selv: *"Altså, psykiatrien har sådan en misforstået hynsyntagen, og har ikke tillid til, at mennesker med psykiske sygdomme faktisk godt kan komme sig og man kan have et arbejde, altså tage ansvar for sig selv, men der er sådan en formynderisk tilgang til, at psykiatriske patienter ikke kan vurdere egen situation"* (borger).

Det skal her understreges, at dette udsagn ikke vedrører oplevelsen af forløbsprogrammet specifikt, men nærmere er en refleksion over psykiatriens generelle rolle overfor borgere.

Psykiske lidelser som tabu

Gennem behandlingen har informanterne erfaret og erkendt, at de skulle have reageret tidligere på deres symptomer ved fx at tale med pårørende omkring det eller ved at søge lægehjælp i bedre tid, ved at være ærlige og at lære at lytte til sig selv. Deres egne refleksioner omkring dette tillægges dels deres personlighed, illustreret gennem følgende citater: *"Jeg vil hellere have, at jeg skal hjælpe andre fremfor at der er mig, der får hjælp"* (borger). *"Jeg kunne ikke selv indrømme, at jeg havde det skidt"* (borger) og *"normalt er jeg et lukket menneske, der ikke har lyst til at tale med folk"* (borger). Der kan også være omstændigheder, der gør, at man har vanskeligt ved at sige fra af hensynet overfor sine nærmeste. To af borgerne fortæller, at de i tiden op til sygdommeldingen har været presset af sygdom i den nære familie og at det har betydet at: *"Jeg er selv blevet ramt, fordi jeg har tænkt på andre før mig selv"* (borger).

Andre tilskriver arbejdspress som medvirkende årsag til depression og at man ikke har erkendt og været i stand til at sige fra overfor arbejdsgiveren i tide. Samtlige borgere påtager sig et ansvar i forhold til ikke have sagt fra i tide overfor pårørende eller arbejdsplads og ønsket er at blive bedre til det fremadrettet. Disse refleksioner kan rejse spørgsmål om ansvarsplacering, som ikke gavner den enkeltes situation, og som kan resultere i skyldfølelse over ikke at have søgt hjælp i tide. Mens det er et spørgsmål om at balancere mellem, på den ene side at styrke sin egen rolle i forhold til at magte at kunne sige fra og samtidig ikke bebrejde sig selv for manglende evne hertil. Der ligger også en samfundsmæssig opgave i forhold til at afstigmatisere psykiske lidelser. Flere af borgerne omtaler det at have en psykisk lidelse som skamfuld og et tabu, man ikke taler om. Selve det at skulle i behandling hos lokalpsykiatrien opleves som skamfuldt eller som én udtrykker det: *"At blive henvist til psykiatrien, så er man altså virkelig syg"* (borger) og man kan være *"angst for at møde nogen man kender"* (borger). Mens denne problemstilling ligger udenfor projektets formål og derfor vanskeligt lader sig behandle i

denne rapport, understreger det, at depression, angst og andre psykiske lidelser ikke kan ses som individuelle og isolerede fænomener. En succesfuld håndtering af psykiske lidelser hænger derfor også sammen med samfundsmæssige strukturer og normer, der vanskeligt lader sig integrere i individuelle tiltag.

Tættere på arbejdsmarkedet?

Et langsigtet mål ved forløbsprogrammet har været at øge tilknytningen til arbejdsmarkedet. Der har fra starten ikke været sat nogle målbare parametre herfor, hvorfor spørgsmålet må besvares med udgangspunkt i deltagernes perspektiv og refleksioner i relation til betydningen af den værdi, arbejdslivet tilskrives.

For borgere, der bliver sygemeldte med angst/depression, er sygemeldingen ikke blot et spørgsmål om at forlade arbejdsmarkedet for en stund. Af de seks deltagere er ingen kommet i ordinært arbejde igen, da flertallet stadig er i resurseforløb. Nogle af informanterne har erkendt, at de ikke kan vende tilbage til det arbejde, de forlod. Det kan f.eks. handle om et behov for struktur og rutiner, som arbejdsstedet ikke kan tilbyde pga. skiftende arbejdstider, en presset arbejdshverdag eller mange akutte arbejdsopgaver. Her er der behov for afklaring i forhold til, om man kan vende tilbage til den arbejdsplads, man blev sygemeldt fra, om man kan komme på nedsat tid, flekstid eller skal omskoles og her spiller økonomien naturligvis også en rolle.

Nogle beretter om, at deres intention var at vende tilbage til arbejdet hurtigst mulig, men at dette blev frarådet, primært af deres kontaktperson hos lokalpsykiatrien, da det fra et helbredsmæssigt synspunkt ville være u hensigtsmæssigt. Nogle har derfor et behov for, at de bliver 'holdt tilbage' og understøttet i at holde sig i ro.

De inkluderede borgere føler sig hjulpet i forhold til en afklaring om fremtiden på arbejdsmarkedet. En fortæller, at jobcenteret har været gode til at fortælle om muligheder og at hun sammen med en medarbejder fra lokalpsykiatrien har fået italesat sine ønsker for et fremtidigt job, hvilket vil indebære en omskoling. I det perspektiv anskues forløbsprogrammet som givende et mere bæredygtigt resultat på længere sigt: *"Man finder ud af, at jobcenteret ikke er så farlige igen, de vil ikke bare 1,2,3 smide dig ud i arbejde igen. Der er nogle muligheder for, at de også er med én, og vil gøre alt for, at man kommer ud på den anden side. Så kan du faktisk være dét længere på arbejdsmarkedet fremfor, at du skal ind og ud af systemet, ikk'?"* (borger).

For flere er der en angst forbundet med at vende tilbage til arbejdet igen. For nogen hænger det sammen med tvivl, om de har tilstrækkelig styrke til at kunne sige fra overfor arbejdsmarkedets krav. Andre føler sig ikke raske nok til det: *"Bare tanken om at skulle rumme et arbejde, bare det, at skulle*

sige det højt, så får jeg næsten en klump i halsen og ondt i maven" (borger). For andre handler det om tvivl, om man kan håndtere det ansvar, der følger med arbejdet og særligt hvis man arbejder indenfor omsorgsfagene, som flere af borgerne kommer fra. Her kan det også være svært at erkende, at man måske ikke kommer tilbage igen til sit fag: *"Altså et eller andet sted gør det ondt ind i hjertet, det er et job jeg har været rigtig glad for. Jeg er sådan en omsorgsperson. Det er svært at forholde sig til, at det skal jeg ikke mere (borger)"*. Her er det selve arbejdsidentiteten, der er sat i spil, hvor der i kraft af sygdommen føjes endnu en dimension til den svære proces, det er at blive klar til arbejdsmarkedet igen: At man også skal arbejde med at redefinere sig selv fra omsorgsperson til noget andet og ukendt. I den optik er processen med at komme tilbage en transformationsproces, der indebærer en omvæltende forandring for den enkelte i forhold til beskæftigelse men også i forhold til, hvordan man forstår sig selv.

Psykiatrimedarbejderes erfaring

Arbejdsdelingen ved planlægningsmøderne: Hvem er mødeleder?

Overordnet værdsættes samarbejdet og der er mange gode eksempler på, at det fungerer godt, bl.a. har det betydet at man føler sig mere tryk ved at komme på jobcenteret og at der er *"flere kendte ansigter"*. Nogen synes, de har fået mere viden om organiseringen i jobcenteret, lovgivningen og arbejdsgangene, mens andre ikke synes, samarbejdet har tilført ny viden. Flere påpeger, at samarbejdet har eksisteret forud for forløbsprogrammet; blot i en mere ustruktureret form og kun praktiseret efter borgerens behov. Hvorvidt det fungerede, blev beskrevet som afhængig af *"den gode kemi"* mellem sagsbehandler og psykiatrimedarbejder.

Medarbejdere fra psykiatrien følte sig generelt godt introduceret til projektet og at projektet blev prioriteret af ledelsen. En udfordring er dog det tidsmæssige perspektiv, hvor det opleves som vanskeligt at overholde de givne tidsfrister i forløbsprogrammet. Nogle udtrykker, at de har brugt meget krudt på at henvise patienter til forløbsprogrammet, men at jobcenteret ikke har reageret derpå og at tidsfristen dermed ikke er blevet overholdt. Tiden er også en udfordring i forhold til at finde fælles mødetidspunkter med jobcenteret og det blev foreslået, at man kunne arrangere kalenderdeling, så man hurtigt finder overblik over ledige mødetidspunkter.

Planlægningsmøderne opleves forskelligt alt efter hvilken borger, der er tale om og hvilken sagsbehandler, der samarbejdes med. Flere beskriver, at dagsordenen har været god at arbejde med, at den har sikret et konkret udgangspunkt for samtalen, som samtidig giver plads til fleksibilitet efter borgerens behov. Andre udtrykker bekymring om, at dagsordenen primært opfylder jobcenterets målsætning: *"Jeg kunne godt frygte lidt, at den her dagsorden afspejler for meget jobcenterets dagsorden,*

fordi vi har nogen, som ikke kan fungere ud fra de forventninger. Der kan ske en diagnoseændring, som gør, at forløbet forlænges og det skal jo selvfølgelig italesættes på mødet” (psykiatrimedarbejder).

En for fastlagt tidsplan kan også være vanskelig at praktisere. Her er der naturligvis et hensyn at tage til borgerens sygedagpengeforløb, hvor tidsfrister skal afholdes og det derfor kan være en fordel at mødes tidligt i forløbet. Omvendt bør der også være nogle overvejelser om, der er en vis fleksibilitet omkring dette, da nogle borgere har særlige behov, der bør tilgodeses. Inklusionen af borgere til forløbsprogrammet kan både komme fra jobcenteret og psykiatrien, mens det som udgangspunkt er jobcenteret, der indkalder til møderne og sender dagsorden og referat til borgere. Det kan give en fornemmelse af at være afventende og uden for indflydelse, da det er sagsbehandleren, der oftest fungerer som ordstyrer under mødet på trods af, at møderne ofte foregår i lokalpsykiatrien.

Det er imidlertid uklart, hvem der oprindeligt var tiltænkt ordstyrerfunktionen til møderne. Nogle gør opmærksomme på, at det er jobcentermedarbejdere, men at det ikke altid forholder sig sådan i praksis: *”Jeg synes i praksis, er det svært at holde den arbejdsdeling og det kan afspejle, at det måske i virkeligheden er en lidt kunstig forestilling” (psykiatrimedarbejder).* Andre har opfattelsen, at det er psykiatrimedarbejdere, der har ordstyrerrollen, men at de har frabedt sig den rolle, da de mener, at dagsordenen afspejler jobcentrets ønsker mere end psykiatriens: *”De sagsbehandlere jeg har holdt møder med, der har vi været enige om, at det er meget kommunens spørgsmål og for mig er det vigtigt, at jeg har en bærende relation til patienten, så jeg kan hjælpe dem videre i behandlingen. At jeg skal sidde og stille spørgsmål, der omhandler deres arbejdsmæssige fremtid, og lægge det pres på dem, som de jo ofte føler kommunen gør. Det vil jeg ikke” (psykiatrimedarbejder).* I hendes optik tjener spørgsmålene i dagsordenen kommunens dagsorden, men har ikke relevans for den behandling, hun giver patienten.

En psykiatrimedarbejder mener, at hendes rolle er lidt uvant under planlægningsmødet i forhold til formen. Hun er selv vant til at arbejde mere ustruktureret og lader ofte selve situationen afgøre, hvordan et møde med en patient skal forløbe. Hun mener også, at for patienten, kan det måske være vanskeligt at se hende i den sammenhæng, hvor hun skal forholde sig til arbejdsmarkedsspørgsmål.

Støttefunktion for borgere og for jobcenteret

Det opleves, at jobcenteret har en autoritær rolle i kraft af, at de skal følge lovgivningen og at de *”selvfølgelig har et stort fokus på, at patienten hurtigst muligt skal tilbage til arbejdet” (psykiatrimedarbejder),* men at det kan variere i forhold til, om patienten er sygemeldt eller er i ressourceforløb, hvor der typisk er bedre tid. Der er stor forståelse for, at sagsbehandlere naturligvis skal leve op til lovgivningen og der er en anerkendelse af, at det er: *”Hårdt at sidde dér med et menneske, der har det dårligt og så sige du skal ud og hvis ikke, så får du mindre penge. Bum. Altså de er jo nødt til at være kolde for at overleve. Altså, hvis de begynder at få medlidenhed, de kan jo ikke ændre*

på lovgivningen. Der er vi sådan mere bløde her. Jeg ku forestille mig, at det er hårdt at arbejde på jobcenteret.” (psykiatrimedarbejder).

Myterne om sagsbehandlere som hårde og kyniske eksisterer og nogen refererer til, at de selv har fået bekræftet disse myter, hvor sagsbehandlere har overhørt borgere og presset borgeren op i tid. Omvendt er der også en oplevelse af, at denne myte ikke holder længere, at der er masser af eksempler på empatiske sagsbehandlere, og at de har en bedre forståelse for at arbejde med psykisk syge patienter og gerne tager gode råd fra psykiatrimedarejdere. Der er med andre ord et meget nuanceret billede af, hvordan man opfatter sagsbehandlere.

Overordnet ser medarbejdere fra psykiatrien sig selv som patientens bisidder, som fagligt kan understøtte, at patienten ikke sendes i aktiveringstilbud, før hun er klar til det. Her bliver der gjort opmærksom på, at det bunder i en faglighed og at deres opgave er at få formidlet faglig viden til jobcentermedarbejderen i forhold til patientens diagnose, behandling og prognose. De er også bevidste om, at det kan være en balancegang: *”Os fra psykiatrien, vi er nogle gange for gode til at passe på vores patienter. Nogle gange, men ikke alle. Det er også svært at skubbe dem, for vi vil også gerne have, at de har det lidt bedre, inden de måske oplever et nederlag”* (psykiatrimedarbejder)”. Der er en oplevelse af, at forløbsprogrammet er godt for patienten, som får mere ro og støtte, og endda er i stand til at udvise mere mod i forhold til at ytre sine ønsker og behov til møder, hvor også jobcenteret er repræsenteret.

Der bliver fremhævet, at overfor patienten holder man nogle gange igen, hvis denne giver udtryk for gerne at ville hurtigst muligt tilbage. I nogle tilfælde er det ikke gavnligt og kan hænge sammen med, at patienten mangler erkendelse omkring sin egen formåen. I andre tilfælde kan man godt opmuntre patienten til at tage imod et tilbud, men det er et skøn og baserer sig på den relation, man har til patienten, som gør én i stand til at vurdere, hvor meget hun kan magte.

Nogen har erfaret, at deres egen rolle har ændret sig i samarbejdet, hvor man fremfor at agere støtteperson for patienten bliver en slags støtte for jobcentermedarbejdere. Gennem samarbejdet får man fremhævet overfor borgeren, at jobcenteret også har et menneskeligt ansigt og vil dem det godt. Nogen betragter den rolle som passende i forhold til, at det beroliger patienten: *”Når patienten kan se, at vi vil det samme, at vi har samme dagsorden, så giver det dem ro, når vi sidder og siger det samme, altså det er ikke godt for dig at sidde hjemme i sofaen og du skal ikke i praktik i 37 timer, vi tager det stille og roligt. Det giver ro, altså”* (psykiatrimedarbejder).

Andre opponerer imod, at *”skulle gøre kommunens arbejde”* (psykiatrimedarbejder). Her henvises der særligt til, at siden jobcenteret har et dårligt ry og at de har indflydelse på, hvordan et samarbejde

forløber med borgeren, betragtes det som kommunens eget ansvar og opgave at fremme tilliden mellem borger og jobcenter.

Tilbage til arbejde: Et fælles mål?

Det udfordrende ved samarbejdet hænger sammen med det skarpe fokus på arbejdsmarkedet og for nogen er det en ny retning at arbejde med. Tidligere har man betragtet det at komme tilbage til arbejde som noget, der automatisk fulgte med, når patienten var velbehandlet. Derfor tager samarbejdet for nogen ikke udgangspunkt i, at der er et fælles mål: *"Men generelt er det sjældent, altså, jeg tænker på behandlingsmålene herfra, det er jo sjældent, at patienterne siger, at jeg har det godt, når jeg kan arbejde igen."* (psykiatrimedarbejder). På den anden side anerkendes det, at kommunen og psykiatrien ønsker det samme for borgeren: *"Vi ønsker, at den her patient er velbehandlet, har det godt og kan komme ud at leve sit liv. Og det indebærer også et arbejde. Men mit fokus er jo, at behandle patientens psykiske lidelse og ikke nødvendigvis et arbejde, for det ved jeg, at patienten måske ikke lige magter her og nu. Vi skal selvfølgelig arbejde i samme retning, men med hvert vores udgangspunkt. De skal holde sig til deres paragraffer og aktivering og jeg skal støtte patienten og holde fokus på, hvad patienten kan"* (psykiatrimedarbejder).

Tesen om, at man skal indgå samarbejdet, som om man var et team, kan være uforenelig med den måde, hvorpå man anskuer sin egen fagidentitet og det primære mål, man ser som sit arbejde, nemlig at behandle patienten: *"Jeg synes også, det kan være lidt blåøjet at sige, nå, ja så sørger jeg for, at patienten kommer i arbejde. Og så bliver det sådan en flad snak, synes jeg i stedet for at tage en reel diskussion om, hvordan det er, at vi når derhen og hvad er det udover, at folk skal komme ud i arbejde. Og det er ikke fordi, jeg ikke vil det. Jeg kan godt lide nye ting, men jeg kan godt lide, når jeg forstår meningen med det. Jeg synes, vi bruger alt for meget krudt på det ift., hvad får jeg ud af det. og det er selvfølgelig patienten, der skal have noget ud af det. Det kan jeg bare ikke helt få øje på. Sådan altid"* (psykiatrimedarbejder).

En enkelt beskriver det som, at parterne har *"vidt forskellige kulturer"* og én kæder vanskeligheden ved samarbejdet sammen med, at der er tale om to forskellige typer af mennesker: Om man vælger at blive socialrådgiver og skal håndhæve en lovgivning eller om man vælger at arbejde indenfor psykiatrien.

Omvendt beskrives samarbejdet som, at man nu samarbejder om et fælles mål modsat tidligere: *"Fokus er nok bare blevet lidt andet nu, det er et fælles mål, hvor man før måske har samarbejdet lidt sådan, nu skal du høre, det her er en depressiv lidelse, vi forventer, at den her patient skal have medicin x antal morgener og får det godt om så og så lang tid. Hvor vi nu mere lytter til patienten og hører om mål og ønsker fremadrettet i forhold til samarbejdet med kommunen også"* (psykiatrimedarbejder).

Her betragtes den fælles målsætning som værende borgerinddragelse, at borgeren skal føle sig set og hørt i samarbejdet, hvor borgeren betragtes som et helt menneske med berøringsflader i forskellige systemer. Der er konsensus omkring, at borgerne oplever at være blevet inddraget og at samarbejdet har været positivt for borgerne. Samtidig er psykiatrimedarbejdere bevidste om, at nogle borgere skal hjælpes og motiveres til at tage beslutninger, særligt i begyndelsen af behandling, hvorimod nogen ikke er i stand til at tage en beslutning om, *"de gider have æg til morgenmad eller ej"*. Her er det væsentligt, at psykiatrien bliver patientens advokat og informerer patienterne grundigt, så de på den baggrund kan træffe beslutninger.

Jobcentrets erfaringer

At samarbejde med borgere, der har en psykisk lidelse

Jobcentermedarbejdere oplever, at der i stigende grad er sygemeldinger med årsag i psykiske lidelser. De har derfor en god erfaring med at håndtere borgere med psykiske lidelser. Deres syn på dette samarbejde varierer. Jobcentermedarbejderes primære opgave er at få borgeren i beskæftigelse igen og den opgave, der ligger i at få dem afklaret, er meget forskellig. Her er det ikke den egentlige diagnose, der er afgørende, men nærmere hvad lidelsen betyder for funktionsevnen og hvordan borgeren mestrer at have lidelsen. Det opleves, at det for nogle borgere kan være særdeles grænseoverskridende, at skulle ud i arbejdslivet igen og nogle jobcentermedarbejdere er i sådanne tilfælde tøvende i forhold til at presse på, da de ikke kan se et formål med at presse borgeren i retning af et nederlag: *"Det kan godt give bagslag. Jeg har hørt mange fortælle om, at de været til en eller anden familiesammenkomst og det har bare været så forfærdeligt for dem, de får kvalme, de får hovedpine og de kan slet ikke overskue noget. Så det er meget et skridt frem og to tilbage"* (jobcentermedarbejder).

Der er grundlæggende en anerkendelse af, at borgere befinder sig i en svær situation, at det kan være udfordrende for borgere blot at møde op på jobcenteret og at de måske har ligget søvnløse hele natten. Det hænger både sammen med, at borgeren har en angstdiagnose, men det hænger også sammen med at jobcenteret har et dårligt ry og gennem medier ofte præsenteres som skurk. Her er jobcentermedarbejderens rolle at berolige borgeren og udvise empati: *"Jeg kan godt forstå, det kan være frustrerende og betyder noget for din økonomi, men jeg kan hjælpe dig. Jeg kan ikke gøre for, at lovgivningen er sådan her, men jeg kan hjælpe dig med, at du kommer bedst muligt igennem det"* (jobcentermedarbejder).

I situationer, hvor borgeren er bekymret og bevidste om den myndighedsrolle sagsbehandleren har, er det væsentligt at vurdere om: *"Borgeren taler mig efter munden for så, siger jeg, at borgeren skal mærke efter, altså jeg slår aldrig over i sådan noget terapi-noget"* (jobcentermedarbejder). Her fremhæves det, at man skal holde en professionel distance: *"Der er mange ting, der er overflødige for mig i forhold til*

min vurdering af sagen. Jeg lytter selvfølgelig, men jeg vejleder dem også til at tale med en professionel. Og så gør jeg det klart, at vi er i et jobcenter og det er ikke nogen hemmelighed, at vores mål er at få borgeren i arbejde” (jobcentermedarbejder).

I selve arbejdet med borgerinddragelse handler det om, at møde borgeren med anerkendelse og respekt, som kan bidrage til, at man får en god relation og at borgeren føler sig tryk til at tale: *”For mig handler det om at finde ud af, hvad borgeren har været igennem og hvad borgeren selv tænker er vejen frem” (jobcentermedarbejder).* Der er en indstilling til, at borgeren føler sig bedre inddraget, når samarbejdet mellem jobcentret og lokalpsykiatrien fungerer godt, men at der også er nogle begrænsninger i forhold til, hvornår borgeren skal inddrages. Det kan fx være, når borgeren ikke er velbehandlet og dermed ikke er i stand til at håndtere samarbejds møderne. Jobcentermedarbejdere har også naturlige begrænsninger i forhold til, hvor meget man kan lade borgeren bestemme: *”Vi kan jo ikke efterleve alle krav” (jobcentermedarbejder).* Nogle gange er de også nødt til at træffe beslutninger, der kan være med til at bringe lys over borgerens arbejdsevne: *”Nu sidder vi jo med myndighedsrolle, så nogle gange er vi forpligtiget til at tage en beslutning, så vi kan bede borgeren om at gå til egen læge” (jobcentermedarbejder).*

Med inddragelsen følger også et ansvar i forhold til at følge behandlingen, tage sin medicin, møde op til aftalerne og at være åben og ærlig: *”Borgeren har jo et ansvar for selv at åbne munden og sige, hvordan de har det, men der er jo nogen, der har svært ved at være ærlige, når de møder os” (jobcentermedarbejder).* Borgere opleves som autoritetstro overfor læger og sundhedsfagligt personale og at deres ord, dermed har mere gyldighed end en sagsbehandlers. Det står desuden klart for jobcentermedarbejdere, at borgere er tættere knyttet til deres kontaktperson i lokalpsykiatrien og har nemmere ved at betro sig dem, netop fordi det ingen konsekvenser har for deres økonomi.

Teknikaliteter ved samarbejdet

Det er vigtigt at få fremhævet, at også jobcentermedarbejdere vil samarbejdet. Samarbejdet vurderes generelt som positivt og har genereret, at jobcentermedarbejdere har fået mere viden om behandlingsmuligheder og de vilkår, der arbejdes under i psykiatrien og ikke mindst at have fået sat ansigt på hinanden. Men der er også en fornemmelse af, at man ikke er blevet forberedt ordentligt til samarbejdet. Nogle erkender, at det hænger sammen med selve det, at skulle lave om på rutiner, altså at alle begyndelser er svære. Andre, at de ikke selv har haft tilstrækkelig mange borgere igennem forløbet, så de ikke har opnået den nødvendige erfaring.

Der har været stor usikkerhed omkring, hvorvidt man gjorde tingene rigtigt i forhold til at bruge de forskellige skabeloner og dokumenter. Særligt skemaet, hvor borgeren skal vurdere mødet på en skala

fra 1-10, blev vurderet som "underligt" og blev derfor ikke anvendt systematisk. Andre synes, at dagsordenen er "frygtelig kunstig" og at rækkefølgen af spørgsmålene er for rigide, og derfor ikke fulgt. Referater af planlægningsmøder anses også af nogen som et tidsspilde og betragtes som et dobbeltarbejde: *"Vi laver referatet under alle omstændigheder til vores eget system, da vi har pligt til at journalisere alt"* (jobcentermedarbejder).

Jobcentermedarbejdere oplever, at der har været udskyldelse af møderne pga., at borgere har haft det for dårligt. Forsinkelse i behandling fx ved opstart i gruppeterapi opleves også som et problem. Ind imellem har der også været forsinkelser i kommunikationen, hvor jobcentermedarbejdere ikke har modtaget de nødvendige informationer fra lokalpsykiatrien eller, at det kan ikke lade sig gøre at finde et mødetidspunkt i en overskuelig fremtid. I sidste ende kan det have konsekvenser for borgeren, som det understreges: *"I forvejen befinder sig i en sårbar situation"* og ventetiden derfor opsluger sygedagpengeperioden. Besværligheden ved at overholde tidsfrister hænger for nogle sammen med, at der er tale om to vidt forskellige arbejdskulturer og verdener. Her beskrives det, at kommunen er meget resultatorienteret, svarer lynhurtigt på mails, da de ofte skal forholde sig til tidsfrister, mens de i psykiatrien beskrives som procesorienteret.

Rollefordeling og forventninger ved samarbejdet

Som ovenfor beskrevet var det psykiatrimedarbejderes erfaring, at planlægningsmøderne blev styret af jobcentermedarbejdere. Der var ikke konsensus om, det var den oprindelige plan at rollefordelingen skulle være på den måde, men i praksis blev det sådan og i nogle tilfælde fordi, det ikke gav mening, at psykiatrimedarbejdere skulle styre mødet. Jobcentermedarbejdere fortæller, at der har været en del forvirring omkring, hvem der skulle lede møderne: *"Sådan som jeg havde forstået det, var det jo dem fra lokalpsykiatrien, som var ordfører og som ligesom vidste, hvad vi skulle snakke om. Det var så ikke min oplevelse af det, altså hun var lige så uvidende som mig og det endte faktisk med, at det var mig, der var tovholder"* (jobcentermedarbejder).

En anden fortæller, at hun møder op i lokalpsykiatrien og: *"Så kigger vi lidt på hinanden og jeg siger, jeg havde forstået det sådan, at jeg skulle være mødeleder og jeg skulle sende referatet ud. De siger så, ja, vi ved egentlig ikke helt, hvad det her går ud på. Så jeg prøvede virkelig at være rolig, for jeg synes ikke at man kan være det bekendt overfor borgeren"* (jobcentermedarbejder).

For nogen hænger ordstyrerfunktionen sammen med, at jobcentermedarbejdere er mere rutinerede i at arbejde tværfagligt, mens psykiatrimedarbejdere udelukkende har fokus på behandlingen. Der er her et ønske om, at psykiatrimedarbejdere kommer mere på banen ved møderne, hvor de kan fortælle mere om behandlingen, tidsperspektivet og hvilken betydning behandlingen har for arbejdsevnen:

"Det handlede om, at jeg skulle informere borgeren om hendes ret og pligter og der ville jeg ønske, at det handlede mere om behandlingen, hvad borgeren kan tåle og hvad man kan forvente ift. diagnosen" (jobcentermedarbejder). For jobcentermedarbejdere er det vigtigt at inkludere behandlingsperspektivet, da de som udgangspunkt skal arbejde helhedsorienteret. Omvendt kan det også betragtes som en fordel for borgerens vedkommende, at der er så stort fokus på rettigheder og pligter, da det er med til at berolige borgeren og afmystificere, hvad der skal ske i fx sygedagpengeforløbet.

Om psykiatrimedarbejdere siges der, at de primært har en bisidderfunktion, men at den også inkluderer en mere aktiv og endda forpligtigende rolle i forhold til tidligere, hvor samarbejdet opstod efter borgerens forespørgsel. Der er desuden en klar forventning om, at de ikke skal blande sig i forhold til forlængelse af sygedagpenge eller andet, der vedrører pligter og rettigheder både fordi, de ikke har fagligheden og beføjelserne til det, men også fordi det kan forvirre borgere.

Det ses som en styrke at bruge to fagligheder fremfor én i samarbejdet, hvor der kan komme klarhed omkring arbejdsdygtighed, sanktioner, adfærd ved depression osv. Det bliver også fremhævet at egen faglighed styrkes i samarbejdet. At man bliver klogere på egne kompetencer og arbejdsgange. I forlængelse heraf er der også diskussionen om, hvorvidt samarbejdet foregår omkring et fælles mål: *"Jamen, når man arbejder tværfagligt, arbejder man jo hen imod et fælles mål, hvor hver enkeltes viden bringes i spil, hvor man ikke sidder og har mere magt end den anden"* (jobcentermedarbejder).

Andre der imod er af den opfattelse, at man ikke behøver have et fælles mål: *Det at skulle samarbejde handler i min optik om at have en fælles ting at samles om og her har vi borgeren i centrum. Det nytter ikke noget at have et fælles mål, når vi kommer fra to forskellige verdener, det forvirrer jo bare borgeren"* (jobcentermedarbejder).

I den optik er det fælles udgangspunkt, at det er borgeren, der sættes i centrum for hhv. behandlingsmål og beskæftigelsesmål. Forskellene udmønter sig også i, hvordan de forskellige kulturer betragter borgeren, hvor jobcenteret er resurseorienteret og psykiatrien orienteret mod, hvordan borgeren er begrænset af sin lidelse.

At aflive myterne omkring hinanden

Samarbejdet handler ikke udelukkende om, at borgeren skal føle sig inddraget, men også om at få aflivet myterne omkring hinanden. Anerkendelse og respekt for hinanden vil bidrage til at rette op på eventuelle misforståelser mellem borgere og jobcentermedarbejdere: *"Altså, hvis en borger kommer og siger noget negativt om en sagsbehandler til én fra psykiatrien, så vil det være nemmere for*

psykiatrimedarbejderen at sige: Ej det kan jeg ikke forestille mig, der må være tale om en misforståelse, skal vi ikke lige tjekke det ud?" (jobcentermedarbejder).

I det perspektiv vil psykiatrimedarbejdere fungere som én, der bidrager til, at borgeren kan genvinde tilliden til jobcenteret. Et perspektiv, som også er genkendeligt hos psykiatrimedarbejdere. Imidlertid kan der være en oplevelse af, at myterne stadig eksisterer og fastholdes på trods af samarbejdet: *"Mange kan måske godt synes, at når man sidder som myndighedsperson, så vil vi bare have dem hurtigst muligt igennem systemet. Og hvor man også godt kan tænke om lokalpsykiatrien, at de bare fastholder borgeren"* (jobcentermedarbejder).

De negative forestillinger smitter også af på borgerens adfærd overfor parterne: *"En ting er jo, hvad borgere siger ude i psykiatrien en anden ting er, hvad de siger her"*. Her er indstillingen, at der skal skabes et tillidsfuldt miljø, hvor borgeren kan ytre sig frit ligegyldigt, hvor hun befinder sig.

En udfordring, som nogle oplever, er, at man skal være opmærksom på, at hele forløbet ikke bliver trukket i langdrag, hvor behandleren gentagne gange holder borgeren tilbage i forhold til at starte i et aktiveringstilbud. Det opfattes som en attitude, der primært eksisterede i psykiatrien i fortiden, men at man stadig møder nogle psykiatrimedarbejdere med holdningen, at arbejdsmarkedet ikke er vigtigt og udelukkende har fokus på behandlingen. *"Jeg har set nogle udtrykke med sit kropssprog, at samarbejdsprojektet forbindes med noget negativt og hørt én sige: "Jeg kan da være ligeglad med, om borgeren kommer i arbejde, jeg skal kun koncentrere mig om behandling. Hvis alle medarbejdere er sådan, så er det lidt op ad bakke"* (jobcentermedarbejder).

Nogle beskriver, at dette syn bunder i en sygdomsopfattelse, hvor man skal ligge på sofaen, før man bliver helt rask, men at denne holdning er under afvikling. Jobcentermedarbejdere oplever, at det i stigende grad er blevet mere acceptabelt at tale om, at aktiveringstilbud kan gavne den enkeltes behandlingsforløb og ruste borgere til at møde arbejdsmarkedet igen.

Diskussion

Hovedpointerne fra resultaterne er opsummeret og fremgår af følgende tabel:

Tabel 1: fordele og ulemper ved forløbsprogrammets indhold og implementering

	Fordele	Mangler/barrierer
Borgerens oplevelse af samarbejdet	Føler sig trykke i mødet med jobcenteret, føler sig medinddraget både ift behandling og aktivering, er optimistiske ift fremtiden på arbejdsmarkedet	Mangler inddragelse af andre aktører i forløbet: praktiserende læge og evt. arbejdsgiver.
Psykiatrimedarbejderes oplevelse af samarbejdet	Ønsker og er motiveret for at samarbejde med jobcentret, opbakning lokalt fra ledelsen, succes med borgerinddragelse, at man kender samarbejdspartneren bedre.	Mangler fokus på behandling i planlægningsmøder. Oplevelse af at gå jobcenterets ærinde og understøtte jobcenterets rolle.
Jobcentermedarbejderes oplevelse af samarbejdet	Ønsker og er motiveret for samarbejde med psykiatrien, succes med borgerinddragelse, at man kender samarbejdspartneren bedre	Ønsker omsætning af psykiatrifaglig viden i en arbejdsmarkeds-sammenhæng. Ønsker smidigere arbejdsgang ift. mødetidspunkter og informationsdeling.
Forløbsprogrammets indhold og organisering	Vilje til at samarbejde, Workshops og dialogmøder fungerede godt.	Mangler ledelsesopbakning og prioritering. Større samarbejde mellem de forskellige organisatoriske lag. Bedre tid og forberedelse til implementering. Gensidige træffetider fungerer ikke, målgruppe bør genovervejes.

De interviewede deltagere synes, at det som udgangspunkt er en god idé at samarbejde. Det gælder alle de involverede parter: Psykiatri- og jobcentermedarbejdere, der har afholdt planlægningsmøder, borgere og projektgruppemedlemmer. Det fremgår, at borgere har den største tilfredshed i forhold til at føle sig hørt og medinddraget i forløbet og i forhold til samarbejdet med jobcentret. I det samarbejde er myten om, at jobcenteret presser borgere hurtigst muligt ud på arbejdsmarkedet blevet afkræftet. Borgerinddragelse kan antage mange former alt efter situation og de involverede aktørers forventninger, dagsordner, faglighed og personlige perspektiver. Både medarbejdere fra psykiatrien og jobcentret fremhævede, at deres udgangspunkt i samarbejdet var borgerinddragelsen og at det også var deres erfaring, at borgere følte sig hørt i samarbejdet. Der blev imidlertid italesat nogle begrænsninger ved borgerinddragelse. Lovgivningsmæssigt er der nogle rammer, som man ikke kan

fravige. I det tilfælde handler det om at omgå reglerne, så de passer bedst muligt til borgerens behov og resurser. Det blev påpeget, at borgere muligvis burde inddrages i forhold til mødetider, da det ikke var opfattelsen, at de blev inddraget konsekvent i dette. Medarbejdere fra psykikatrien påpegede desuden, at borgere kunne være 'for dårlige' til at tage stilling til deres arbejdsmæssige fremtid. Borgerinddragelse i den optik kræver derfor, at man i nogen grad har modtaget behandling forud for stillingtagen til et aktiveringstilbud. Det er dog ikke ensbetydende med, at borgeren skal erklæres helt rask før aktivering kommer på tale. Medarbejdere fra psykikatrien anerkender, at parallelforløb kan iværksættes, da deltagelse i arbejdslivet er en menings- og identitetsgivende aktivitet.

Borgerinddragelse er dermed ikke en fast størrelse, men varierer i praksis alt efter, hvordan ledelse og personale fortolker inddragelse, ansvarliggørelse og helhed i indsatsen samt alt efter borgerens forventninger og resurser (Bjerge og Selmer 2007). Man kan derfor med fordel skelne mellem forskellige deltagelsesniveauer i et samlet forløb, da alle ikke kan være lige deltagende i alting.

Integration på arbejdsmarkedet

Formålet med evalueringen har ikke været, at vurdere om borgere kommer hurtigere tilbage til arbejdsmarkedet. Det ville have krævet et andet tilrettelagt design bl.a. ift inklusion, kontrolgruppe, og stringent monitorering af implementeringen. Som nævnt i indledningen er det ikke entydigt, hvilke tiltag, der er effektive i forhold til at vende hurtigere tilbage til arbejdsmarkedet. Der er for nyligt afprøvet tværfaglige forløb målrettet borgere med angst og depression, men disse har vist sig ikke at have nogen effekt på TTA. Det er sandsynligt, at der her er en sammenhæng ift, at effektevalueringerne er foretaget forholdsvist kort tid efter interventionen er afsluttet (KORA 2016). Det er også muligt, at implementeringen har mødt mange organisatoriske udfordringer undervejs (Martin et al. 2015). Der kan derfor ikke laves den konklusion, at en tværfaglig koordineret indsats i sig selv, ikke gavner eller forsinket et TTA forløb, men nærmere at implementeringsprocessen ikke har taget tilstrækkelig højde for lokale arbejds gange, holdninger og organisatoriske forhold.

Emnet om borgerens tilknytning til arbejdsmarkedet har indgået i samtlige interviews. Jobcentermedarbejderen og psykiatrimedarbejderen perspektiver på, om borgeren øger tilknytningen til arbejdsmarkedet, er relateret til erfaringer med målgruppen generelt. På en ene side vurderes angst/depression som tilhørende de milde diagnosegrupper, der er lettest at behandle og som har størst succes i forhold til TTA. Andre påpegede, at mange med angst og depression behandles i primærsektoren og at de patienter, der behandles i lokalpsykiatrien, ofte er de tunge sager og derfor er vejen tilbage til arbejdsmarkedet ofte længere. I deres optik er de inkluderede borgere i forløbsprogrammet langt fra arbejdsmarkedet, nogle er blevet fyret undervejs, nogle må omskoles pga. af et øget behov for struktur og forudsigelighed og mange er i langstrakte resurseforløb.

I forhold til borgerens perspektiver på arbejdsmarkedsintegration er de inkluderede deltagere i denne undersøgelse stadig langt fra arbejdsmarkedet. De befinder sig i en fase, hvor de overvejer deres muligheder for et karriereskifte og føler sig endnu ikke klar til at vende tilbage. Sygdomsforløbet for dem er ikke blot et spørgsmål om et ophold i arbejdsmarkedstilknytning, men er en langvaring proces, hvori de med hjælp fra lokalpsykiatrien lærer at håndtere deres psykiske lidelse i forhold til at kunne fungere i deres hverdag. For dem er sygdomsforløbet et væsentligt brud med deres hverdagsliv og hvad det omfatter af roller ift familiemedlemmer, på arbejdsmarkedet og ift, hvordan man opfatter sig selv (Riessman 2008). Det er derfor ikke relevant at tale om, hvorvidt forløbsprogrammet har øget tilknytningen til arbejdsmarkedet, men nærmere om borgeren kommer styrket tilbage igen og rustet i forhold til at starte en tilværelse med en ny identitet bl.a. på arbejdsmarkedet.

Samarbejdet og rollefordeling mellem jobcenter og lokalpsykiatri

Holdningen til samarbejdet er, at alle som udgangspunkt er positivt indstillet overfor at samarbejde med hinanden. Men der var uenigheder, der dels vedrører, hvordan samarbejdet fungerer i praksis i forhold til mødetidspunkter og kommunikation, og dels vedrørende opfattelsen af, om man arbejder mod et fælles mål. For nogle har det fælles mål bestået af, at samarbejdet er baseret på borgerinddragelse, at man i fællesskab har støttet borgeren i at formulere ønsker i forhold til behandling og aktiveringstilbud. Samarbejdet i den optik er baseret på en fælles værdi og metode, hvor borgeren står i centrum for de beslutninger, der træffes i et tredelt, ligeværdigt samarbejde. Her bliver relationen og respekten for hinandens fagligheder sat i centrum, mens planlægningsmøderne udgør den platform, hvor de egentlige beslutninger træffes gennem samhandling, baseret på borgerens ønsker og helbredsstatus i forhold til aktiveringsmuligheder.

Andre forstår samarbejdet som baseret på forskellige mål. At jobcentermedarbejderen træder ind i samarbejdet med øje for beskæftigelse og psykiatrimedarbejderen med øje for behandling. I den forståelse repræsenterer samarbejdet en ulighed. Nogle jobcentermedarbejdere havde oplevelsen af, at den psykiatrifaglige viden har størst autoritet, at det var psykiatrimedarbejderen, der satte dagsorden i forhold til, om der skulle bremses op eller køres på omkring aktivering. På den anden side var oplevelsen blandt nogle psykiatrimedarbejdere, at rollefordelingen var lige, dvs at der var lige meget fokus på behandling og beskæftigelse, men at deres rolle i samarbejdet, alene var at støtte borgeren og fungere som buffer i forhold til jobcenteret og samtidig bidrage til at tegne et mere positivt billede af jobcenteret. Den pointe blev understøttet af nogle jobcentermedarbejdere, der havde større forventninger til, at psykiatrifaglige kompetencer blev sat i spil under samarbejdet. Her kan der stilles spørgstegn ved, om der er tale om et tværfagligt, tredelt samarbejde, når den psykiatrifaglige part ikke bruges optimalt.

I Gittels teori om relationel koordinering, er der syv egenskaber, som tilsammen er afgørende for ydelsens produktivitet, kvalitet og medarbejderglæde. De tre egenskaber ved relationer er, at der skal være a) et fælles mål, hvor de ansatte praktiserer deres egen opgaveløsning ind i et fælles mål, b) fælles viden, hvor ansatte ser, at deres egen opgaveløsning har betydning for de øvrige ansattes opgaveløsning, c) gensidig respekt for hinandens fagligheder, som motiverer til et samarbejde på tværs af statusforskelle.

Medarbejdernes oplevelser af samarbejdet i forløbsprogrammet bygger på gensidig respekt, mens det ikke fremgår entydigt af resultaterne, at der er tale om et fælles mål eller en kontinuitet i opgaveløsningen af de forskellige parter. De fire kommunikative egenskaber a) problemløsende kommunikation, b) hyppig kommunikation, c) rettidig kommunikation og d) korrekt/præcis kommunikation kan med fordel forbedres. Fx oplevede jobcentermedarbejdere, at det var vanskeligt at indhente relevante helbredsoplysninger rettidig, hvilket har betydning for deres sagsbehandling. Omvendt oplevede psykiatrimedarbejdere, at det var vanskeligt at træffe den rette samarbejdspartner i jobcenteret. Det er konkrete kommunikative veje, der kan forbedres via lokalt tilpassede løsninger. Til gengæld tyder resultaterne på, at der var kvalitet i forhold til det, der vedrører den problemløsende kommunikation. Her var oplevelsen at samarbejdspartneren tilgår evt. opståede problemer konstruktivt og uden at bebrejde hinanden.

Implementering

Implementering af en ny arbejdsopgave eller en ny arbejdsmetode foregår ikke i et tomrum, men i en eksisterende kontekst, med egne værdier, normer og arbejdsgange og hvor medarbejdere er aktive medspillere fremfor passive modtagere (Moore et al. 2013). Betragtes implementeringen af forløbsprogrammet med Scheins teori om organisationskultur, hvor der både skal ske en ekstern tilpasning til nye, eksterne krav og intern integration i den eksisterende organisationskultur, belyses konteksten, motivationen og fagidentiteten hos de involverede medarbejdere. I Scheins univers, består en kultur af de tre niveauer: Artefakter, værdier og grundlæggende antagelser, hvor artefakterne består af synlige værdier og kan billedliggøres med toppen af et isbjerg:

Figur 3: Schein: Det organisatoriske isbjerg. Kilde: Heidi Hansen , Kommunikation skaber din organisation. Hans Reitzels Forlag, 2. Udg. 2014.



Oversættes denne model til jobcentre og lokalpsykiatrien ses der store forskelle mellem de to parter. Lokalteterne er forskelligt indrettet både i modtagelseslokalerne og hvordan kontorene er indrettet, fx beskriver en borger lokalpsykiatrien som hyggelig og uformel sammenlignet med jobcentret. Der bruges forskellige IT-systemer, fleksibiliteten er forskellig i forhold til bookningen af mødetider og mødehyppigheden og interaktionen med borgere adskiller sig fra hinanden m.m. Værdierne er også synligt forskellige fra hinanden, hvor jobcentre opererer med beskæftigelsesrettede formål og lokalpsykiatrien med behandlingsmæssige formål. Endelig er der de grundlæggende antagelser, som repræsenterer de perspektiver og følelser, som vi tager for givet. Her er der tale om faglige identiteter, hvor man bliver skolet til at tænke og handle på bestemte måder, hvilket gør, at man kan løse de opgaver, som fagligheden kræver. De hænger sammen med de synlige værdier, men er indlejret i den enkelte medarbejder, og består af *tavs viden*, eller den viden man tager for givet.

Et samarbejde mellem to forskellige organisationer giver udfordringer på samtlige af de kulturelle niveauer. Man konfronteres med uvante fysiske omgivelser, jobcentermedarbejderen er fx ikke på hjemmebane, da mødet ofte afholdes i lokalpsykiatrien, mens medarbejderen fra lokalpsykiatrien nok befinder sig i vante omgivelser, men ikke er ordstyrer under planlægningsmødet. Værdierne adskiller sig i hhv. behandling og beskæftigelse, mens man kan have borgerinddragelse som fælles metode. Endeligt er de faglige identiteter markant anderledes, hvilket spiller sammen med de synlige værdier og personlige følelser. Eksempelvis udmøntes det i den måde man er skolet på i forhold til at betragte borgeren som en, der skal hjælpes via behandling eller en, der skal aktiveres på arbejdsmarkedet.

Forløbsprogrammets implementering sker i forhold til tilpasning til eksterne forhold og intern integration af forløbsprogrammet i den eksisterende kultur. De eksterne forhold kan her forstås som modpartens tre forskellige kulturniveauer, som man tilpasser sig til og som integreres i eksisterende arbejdsgange og værdier. Selvom der er enighed i blandt psykiatrimedarbejdere og jobcentermedarbejdere, at borgerinddragelse er det, som skal stå i centrum og drive samarbejdet, er der ikke konsensus omkring, hvad endemålet er. Det behøver der nødvendigvis heller ikke at være for, at et samarbejde kan eksistere, men det kan afhjælpe, at det gøres mere eksplicit, hvad man kan forvente af hinanden i samarbejdet og hvilke værdier og mål man arbejder henimod.

Rogers (2003) har fremført teorien om, hvad der afgør om, at en ny idé, metode eller teknologi spredes og implementeres og bliver en succes. Der er tre forhold, der skal være tilstede: a) at den nye tilgang har en fordel i forhold til eksisterende tilgange, b) at den nye tilgang er forenelig med eksisterende værdier og behov hos brugerne og c) at den nye tilgang ikke er for kompleks og krævende, hvilket forudsætter, at nye kompetencer må læres.

Det kan diskuteres, hvorvidt forløbsprogrammet rummer ovenstående tre karakteristika. På den ene side påpeger nogle medarbejdere at samarbejdet er forbedret, da man nu har fået sat ansigt på hinanden, og derfor er det nemmere at tage kontakt til modparten. Andre medarbejdere er af den opfattelse, at forløbsprogrammet ikke har ændret på det eksisterende samarbejde, men blot tilført nye arbejdsgange, som ikke altid opleves som meningsfulde. Foreneligheden med eksisterende værdier er også til diskussion, da man er fælles om at ville borgerinddragelsen og hjælpe borgeren på vej, men uenige om endemålet. Endeligt er der spørgsmålet om, at sam-arbejdsgangene er for komplekse. Her gælder igen, at en forventningsafstemning kunne være en fordel og at de praktiske spørgsmål vedrørende dagsorden, referatskrivning m.m. bør tilrettelægges, så det passer bedst muligt ind i eksisterende arbejdsgange. De beskrevne udfordringer, der opleves af medarbejdergrupperne kan med fordel imødekommes og løses med en højere grad af lokalt forankret medarbejderinddragelse, såfremt forløbsprogrammet skal blive en del af den arbejdsmæssige rutine.

Konklusion og anbefalinger

At implementere nye arbejdsgange er altid en udfordring, hvor der må tages højde for, at alle begyndelser er svære. Resultaterne viser, at forløbsprogrammet har været en succes i forhold til, at borgeren har følt sig inddraget i eget behandlingsforløb og i de planer, der vedrører beskæftigelse. De involverede medarbejdere er som udgangspunkt positivt indstillet overfor et samarbejde, men der kan med fordel tages større hensyn til lokale arbejdsgange, rutiner, normer, værdier og faglige identiteter. Her er det væsentligt, at der er en klar forventningsafstemning og rollefordeling mellem parterne, så

det bliver mere acceptabelt for de involverede medarbejdere at engagere sig i samarbejdet. På baggrund af resultaternes hovedpointer foreslås der følgende anbefalinger, såfremt forløbsprogrammet skal forankres og/eller afprøves i andre kommuner:

- Bevar borgerinddragelse som kernen i forløbsprogrammet.
- Sikre at der er ledelsesmæssig opbakning og prioritering til samarbejdet gennem bl.a. tydelig kommunikation og tilstrækkelige resurser.
- Understøt en høj grad af medarbejderinddragelse i forhold til praktiske løsninger særligt vedrørende kommunikative arbejdsgange.
- Understøt en tydelig rollefordeling og enighed omkring, hvordan opgaverne fordeles og løses.
- Understøt en tydelig forventningsafstemning omkring, hvordan de forskellige fagligheder anvendes i praksis.
- Overvej en opkvalificering af medarbejdere i forhold til at arbejde tværfagligt.
- Overvej hvilken målgruppe, der skal inkluderes i forløbsprogrammet.

Bilag 1: Aktivitetsskema for implementering af forløbsprogram

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1	Aktivitetsskema for implementering af forløbsprogram										
2	Periode 1. januar 2017 - 30. november 2017										
3	Aktivitet	Haderslev kommune	Lokalpsykiatri Haderslev	Sønderborg Kommune	Lokalpsykiatri Sønderborg	Aabenraa Kommune	Lokalpsykiatri Aabenraa	Tønder Kommune	Lokalpsykiatri Tønder	I alt	
4	Antal borgere / patienter som er rekruteret til projektet	11	4	0	15	26	25	1	31	113	
5	Antal borgere/ patienter som har sagt Nej til deltagelse	0	1	0	3	0	2	0	0	6	
6	Antal forespørgsler foretaget til anden part (til jobcentret hhv lokalpsykiatri)	4	9	0	15	11	18	1	32	90	
7	Antal afholdte planlægningsmøder i jobcenter eller psykiatri	8	0	25	0	9	23	8	10	83	
8	heraf antal møder, hvor fristen på 4 uger overholdes.	2	0	11	0	6	15	3	4	41	
9	heraf antal gange hvor videoudstyr er anvendt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
10	Antal afholdte planlægningsmøder andet sted (typisk i eget hjem)	3	1	0	0	0	0	0	0	4	
11	Antal gange, hvor der er afholdt "gensidige besøg"	4	1	7	7	5	5	5	5	39	
12	Antal afsluttede borgere / patienter	2			4				1	12	
13	Antal borgere / patienter som deltager i projektet ultimo måneden	13			11		46		31	101	
14	Organisatoriske målsætninger										
15	Antal afholdte projektdeltagermøder										10
16	Antal afholdte styregruppemøder										5
17	Antal afholdte mellemlidergruppemøder										4
18	Antal dialogmøder										4
19	Afholdte workshops										2
20											

Bilag 2: Dokumenter til planlægningsmøde

Beslutningsreferat fra planlægningsmøde

Dato: Deltagere:

Sted: Jobcenter.

	Emner	Hvad er aftalt	Hvem gør hvad (fx sagsbehandleren, medarbejder fra LPC, borger, mentor er ansvarlig)	Evaluering (Ændringer siden sidst?)
1.	Hvilke ønsker har du for fremtiden? (Fx hvad vil du gerne der skal ske de næste 3 mdr.?, Hvad tænker du selv du kan bidrage med for at få det bedre, Dine mål, ønsker, tanker, bekymringer, spørgsmål eller andre særlige behov vi skal være opmærksomme på?)			
2.	Hvordan fungerer din hverdag? (fx familieliv, bolig, økonomi, netværk, fritid)			
3.	Sundhed (fx hvilke skånehensyn har du? Ses behov for behandlingsstøttende tilbud for bedre trivsel fx kost, motion, vejledning i søvn, fysiske gener, smerter, fysiske træning, afspænding, mestrings eller andet)			
4.	Hvilken støtte forventer du fra Lokalpsykiatrien? (fx medicin, behandlingsforløb, behandlingsmuligheder)			
5.	Hvilken støtte forventer du fra Jobcenteret? (fx hjælp til at fastholde sit arbejde, praktik, hjælp til at se muligheder på arbejdsmarkedet, uddannelse, viden om ret og pligt, muligheder i lovgivningen)			

Dit slutmål for din arbejdssituation eller uddannelse:	Evaluering (Ændringer siden sidst?)

På vej mod målet kan der arbejdes med:

	Delmål	Hvad ønsker du at opnå?	Evaluering (Ændringer siden sidst?)
1			
2			
3			

Den konkrete plan for de næste 3 måneder:

	Aktivitet og tidsplan	Hvem gør hvad/ansvarlig	Evaluering (Ændringer siden sidst?)
1			
2			
3			

En evt. mentorens rolle:	Ændringer siden sidst?

En evt. støttekontaktpersons rolle:	Ændringer siden sidst?

Næste gang vi ses følger vi op på planen. (Hvornår, hvor, hvem skal med).		
Hvornår	Hvor	Hvem

Opsamling (1 meget – 5 slet ikke)

I hvilken grad oplever du, at du har overblik over din situation og det videre forløb?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

I hvilken grad oplever du, at du har haft indflydelse på det møde vi har haft i dag?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

I hvilken grad oplever du, at du har haft indflydelse på det vi har aftalt?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

I hvilken grad tænker du positivt om dit videre forløb?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Mine kontakter

Jobcenter – sagsbehandler	Tlf.:	Træffetider:
Navn:	Mail:	

LPC – kontaktperson	Tlf.:	Træffetider:
Navn:	Mail:	

<i>Kontaktperson mentor</i>	Tlf.:	Træffetider:
Navn:	Mail:	

Kontaktperson UU-vejledning	Tlf.:	Træffetider:
Navn:	Mail:	

Kontaktperson <i>fagforening</i>	Tlf.:	Træffetider:
Navn:	Mail:	

Kontaktperson <i>læge</i>	Tlf.:	Træffetider:
Navn:	Mail:	



Referencer

- Andersen MF, Nielsen K, Brinkmann S (2014) How do workers with common mental disorders experience a multidisciplinary return-to-work intervention? A qualitative study. *Journal of Occupational Rehabilitation* 24:709-724.
- Bjerge B og Selmer B (2007). *Det sociale arbejdes daglige praksis. Perspektiver på brugerinddragelse og retssikkerhed*. Aarhus Universitetsforlag.
- Callewaert, S. (red.) (1994): *Pierre Bourdieu. Centrale tekster inden for sociologi og kulturteori*. København: Frydenlund
- Christensen TN, Nielsen IG, Stenager E, Morthorst BR, Lindschou J, Nordentoft M, et al (2015). Individual Placement and support supplemented with cognitive remediation and work-related social skills training in Denmark: a study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16:280-015-0792-0.
- Christensen TN, Nordentoft M (2011). *Review om effekter af beskæftigelsesindsatser til personer med svær psykisk sygdom*. <http://www.bedrepsykiatri.dk/media/37888/reviewams6-10-2-pdf.pdf>
- Edwards K og Lundstrøm SL (2014). Relational koordinering – kan ændringer i samarbejde og relationer måles? *Tidsskrift for Arbejdsliv* 16(4): 50-68.
- Folker AP, Kristensen MM, Sølvhøj IN, Flint S, Kusier AO, Rod MH (2017). *Sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Gittel Jody (2012). *Effektivitet i sundhedsvæsenet*. Munksgaard.
- Goffman E. (1959): *The Presentation of Self in Everyday Life*. University of Edinburgh Social Sciences Research Centre. Anchor Books edition
- Holm, A, Høgelund, J & Epløv, LF (2012). The Effect of Part-time Sick Leave for Employees with Mental Disorders. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 15:157-170.
- Højholdt Andy (2016). *Tværfagligt samarbejde i teori og praksis*. Hans Reitzels Forlag, 2. Udg. 1. oplag.
- Just Eva og Nordentoft Helle Merete (2012). *Tværfaglig praksis*. Hans Reitzels Forlag, 1. udg. 1. Oplag.
- KORA (2016). *Integrated Care Modellen – indsatsen målrettet stress, angst og depressionssramte. Et samarbejde mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation*. www.kora.dk
- Ladegaard Y, Skakon J, Elrond AF, Netterstrøm B (2017). How do line managers experience and handle the return to work of employees on sick leave due to work-related stress? A one-year follow up study. *Disability and Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1370733>
- Ladekjær Larsen E og Søgaaard HJ (2013). Screening for Psykiske lidelser – Udfordringer i sygedagpengesystemet. *Tidsskrift for Arbejdsliv* 15(2):43-57.
- Loisel P, Anema JR (eds) (2014). *Handbook of work disability. Prevention and management*. Springer-Verlag, New York.
- Loisel P, Buchbinder R, Hazard R, Keller R, Schell I, van der Tulder M et al. (2005) Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: the challenges of implementing evidence. *Journal of Occupational Rehabilitation* 15(4):507-24.
- Luhman N (2000). *Sociale systemer. Grundris til en almen teori*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Martin MHT, Nielsen MBD, Pedersen J, Rugulies R (2015a). Stability of return to work after a coordinated and tailored intervention for sickness absence compensation beneficiaries with mental health problems: results from a two year follow-up study. *Disability and Rehabilitation*, 37:22, 2107-2113.

- Martin MHT, Moefelt L, Nielsen MBD, Rugulies R (2015b) Barriers and facilitators for implementation of a return-to-work intervention for sickness absence beneficiaries with mental health problems: Results from three Danish municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health* 43:423-431.
- Maltherud Kirsti (2012) Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health* 40:795-805.
- Malterud Kirsti (2001) Qualitative research: standards, challenges and guidelines. *Lancet* 358:483-88.
- Moore G, Audrey S, Barker M, et al. (2013) Process evaluation in complex public health intervention studies: the need for guidance. *Journal of Epidemiology and Community Health* 68(2):101-102.
- Nielsen MBD, rugulies R, Hjortfaer C, Bültman U, Christentensen U (2013). Healing a vulnerable self: exploring return to work for women with mental health problems. *Qualitative Health Research*; 23(3):303-12.
- Nieuwenhuijsen K, Bültman U, Neumeyer-Gromen A., et al. (2008). Interventions to improve occupational health in depressed people. *Cochrane Database System. Rev.* 2008; CD006237.
- Nieuwenhuijsen K, Faber B, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Hees HL, Verhoeven AC, van der Feltz-Cornelis CM, Bültman U (2014). Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Systematic Review*;12:CD00637.
- Nigatu YT, Liu Y, Uppal M, McKinney S, Rao S, Gillis K et al. (2016). Interventions for enhancing return to work in individuals with a common mental illness: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological Medicine* 2016; 46:3263-74. Doi:10.1017/S0033291716002269.
- OECD (2013). *Mental health and work: Denmark*. Paris, France. OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264188631-en>
- OECD (2010). *Sickness, disability and work: breaking the barriers. A synthesis of findings across OECD countries*. Paris, France: OECD Publishing.
- Osborne S (2006). The New Public Governance? *Public Management Review*;8(3):377-87.
- Pomaki G, Franche ReL, Murray E, Khushrushahi N, Lampinen T (2012). Workplace-based work disability prevention interventions for workers with common mental health conditions: a review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22: 182-95.
- Poulsen R, Hoff A, Fisker J, Hjorthøj C, Eplov LF (2017) Integrated mental health care and vocational rehabilitation to improve return to work rates for people on sick leave because of depression and anxiety (The Danish IBBIS trial): a study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*;18:578.
- Psykiatrien i Region Syddanmark (2016). *Rehabilitering og recovery i Sønderjylland – et samarbejdsprojekt om et nyt forløbsprogram for borgere med angst og/eller depression i relation til beskæftigelsesområdet*. November 2016.
- Riessman CK (2008). *Narrative Methods for the Human Sciences*. Sage Publications.
- Rogers EM (2003). *Diffusion of Innovation*. 5th ed. New York: Free Press.
- Schein, EH (1994). *Organisationskultur og ledelse*. København: Forlaget Valmuen.
- Sieling-Monas SM, Bredgaard T (2015) Er der evidens for antagelserne i beskæftigelsesindsatsen for sygedagpengemodtagere? *Tidsskrift for Arbejdsliv* 17(1):28-43.
- Socialstyrelsen (2015) *Generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser. Socialstyrelsen i samarbejde med Sundhedsstyrelsen*. Downloadet fra <http://shop.socialstyrelsen.dk>
- Sundhedsstyrelsen (2016). *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer*. Downloadet fra: www.sst.dk
- Wadell G og Burton AK (2006). *Is work good for your health and wellbeing?* London, UK: The Stationary Office.



**Forløbsprogram
for borgere med angst
og depression relateret til
beskæftigelsesområdet**

Et samarbejdsprojekt om
rehabilitering og recovery
i Sønderjylland

Titel

Rehabilitering og recovery i Sønderjylland
– et samarbejdsprojekt om et nyt forløbsprogram for borgere
med angst og/eller depression i relation til beskæftigelsesområdet

© Psykiatrien i Region Syddanmark og de 4 kommuner;
Haderslev, Tønder, Sønderborg og Aabenraa 2017
Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Psykiatrien i Region Syddanmark
Teglårdsparken 26
5500 Middelfart

www.psykiatriensyddanmark.dk

Version 1.0
November 2016

Dansk sprog
Udgivelse i PDF-format

Grafisk tilrettelæggelse:
Lisette Lund, Grafisk Service, Region Syddanmark

Udgivet af:
Psykiatrien i Region Syddanmark

Elektronisk ISBN 978-87-92217-56-1

Indholdsfortegnelse

1	Introduktion	4
	Baggrund for forløbsprogrammet	4
	Borgerperspektivet	5
	Udviklingsprocessen bag forløbsprogrammet	6
	Implementering	6
	Sundhedsaftalen 2015-2018.	7
2	Faglig viden på området	8
3	Målgruppe	10
4	Fælles mål og fælles forståelse.	11
	Fælles mål på brugerniveau på kort sigt	11
	Fælles mål på brugerniveau på lang sigt	11
	Fælles mål på organisatorisk niveau på kort sigt	11
	Fælles mål på organisatorisk niveau på lang sigt	11
	Fælles mål som retningsgivende for forløbsprogrammet og understøttende omkring fælles forståelse	12
	Fælles viden og gensidig respekt	13
	RETNINGSLINJER FOR SAMARBEJDE OG KOMMUNIKATION	
5	Indhold i forløbsprogram	14
	Nuværende tilbud til borgere med angst og/eller depression i relation til beskæftigelsesområdet	14
	Udvikling af en fælles samarbejdsmodel – processen med dialogmøder og workshops	15
	Fælles planlægningsmøder på tværs – mødeindkaldelse og mødeledelse	15
	Gensidige træffetider	18
	Møder på mellemliderniveau	18
6	Implementering	19
	Forandringsteori	19
	Bedre sammenhæng og koordinering i indsatsen	19
	Bevidst brug af telepsykiatri kan være et middel til bedre sammenhæng	20
7	Litteratur.	21
8	Bilag 1-8	22

1 | Introduktion

Baggrund for forløbsprogrammet

I vores samfund er vi udfordret i forhold til at tage vare på vores mentale sundhed og trivsel – både individuelt, på arbejdspladsen og i samfundet generelt, og WHO anslår, at allerede i 2020 forventes psykiske lidelser at udgøre den største sygdomsbyrde på verdensplan.

Sundhedsstyrelsen har for nylig udgivet publikationen "Sygdomsbyrden i Danmark" (Sundhedsstyrelsen 2016). I rapporten fremgår det, at angstlidelse er den sygdom, der er årsag til det største produktionstab, og at depression er den femtestørste årsag til produktionstab blandt de 20 undersøgte sygdomme. Produktionstab opgøres i rapporten som omkostninger til fravær på arbejdsmarkedet ved sygedage, førtidspensioner og tidlig død (ibid).

De direkte omkostninger til behandling udgør kun ca. 10%. Hovedparten af omkostningerne skyldes førtidspensionering. Langvarigt sygefravær og nedsat individuel arbejdssevne. Psykiske problemer er årsag til 50% af alle langtidssygemeldinger og 48% af alle førtidspensioner (Borg, 2010).

Udfordringerne med et stigende antal mennesker der rammes af angst og/eller depression og i den sammenhæng i kortere eller længere

perioder mister tilknytningen til arbejdsmarkedet, kræver en fælles løsning på tværs af det sundheds-, social- og beskæftigelsesfaglige områder.

Som et led i udmøntningen af satspuljeaftalen for 2014-2017 på psykiatriområdet blev det politisk besluttet, at Socialstyrelsen og sundhedsstyrelsen skulle udarbejde en model for et sådant koordineret samarbejde på tværs. Modellen "Generisk model for forløbsprogram for mennesker med psykiske lidelser" (Socialstyrelsen 2015) har dannet grundlag og udgangspunkt for det forløbsprogram som præsenteres i de følgende kapitler.

Region Syddanmark og kommunerne Sønderborg, Tønder og Aabenraa har i en fælles ansøgning valgt at udarbejde og implementere et forløbsprogram for en specifik målgruppe af mennesker med psykiske lidelser med afsæt i den generiske model. Målgruppen er afgrænset til borgere mellem 30-65 år, som tidligere har haft en mere varig tilknytning til arbejdsmarkedet, og som er i sygedagpengeforløb, jobafklaringsforløb eller er aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere. Samtidig er borgeren tilknyttet et behandlingsforløb i regionspsykiatrien med baggrund i en angst og/eller depressionsdiagnose.



Samfundsmæssige konsekvenser omkring angst og depression i relation til beskæftigelsesområdet

Forekomsten af angstlidelser og depression hos voksne i Danmark:

ANGSTLIDELSER **400.000** & DEPRESSION **300.000**

Erhvervsaktive personer med depression har årligt **1,7 mio. flere sygedage** end erhvervsaktive personer uden depression. Det svarer til 6% af alle sygedage. Andelen af borgere med en psykisk sygdom blandt kontanthjælpsmodtagere og sygedagpengemodtagere er **20%**.



Målet med forløbsprogrammet er helt overordnet at sikre, at de forskellige aktiviteter og indsatser der tilbydes borgeren understøtter hinanden og opleves sammenhængende på tværs af fagområder.

Forløbsprogrammets formål er således:

- At borgere med psykiske lidelser hurtigere opnår det bedst tænkelige funktionsniveau i hverdagslivet og en større grad af arbejdsfastholdelse.
- At der implementeres et forløbsprogram for borgere med psykiske lidelser, der sikrer en koordineret og helhedsorienteret indsats på tværs af det behandlende sundhedsteam og én eller flere kommunale forvaltninger.
- At der afprøves og implementeres et forløbsprogram der er baseret på retningsgivende mål og handleplaner for borgere med psykiske lidelser på tværs af fagområderne i kommunerne og Regionen
- At borgerne inddrages aktivt i hele processen omkring sit forløbsprogram, og er med til at træffe beslutningerne.

Fokus i de forskellige aktørers indsats er derfor samarbejde, koordinering og kommunikation samt fælles borgerinvolvering. Selv om det lovgivningsmæssige grundlag er forskelligt skal de enkelte myndigheder målrettet indrette sig på en fælles koordineret indsats frem for en mere traditionel sektorindsats.

De daglige rutiner og arbejdsmæssige logikker hos de forskellige aktører er ofte præget af store forskelle. Derfor er et vigtigt element i forløbsprogrammet en øget grad af gensidigt kendskab til hinanden, herunder hvilke mål og metoder der arbejdes efter, og hvilken kultur der præger de forskellige arbejdspladser.

Borgerperspektivet

Inddragelse af borgerens viden og ressourcer, både i udvikling af sundheds- og socialfaglige overordnet og i de individuelle konkrete forløb, kan medvirke til at øge kvalitet i behandling og støtte og bidrage til større tilfredshed (Freil et al. 2009).

“

Når vi snakker sammen er der meget større forståelse for hinandens arbejde. Vi vil jo alle at borgeren får det bedre.

Medarbejder fra lokalpsykiatri, workshop 2

”

I hele forløbet med udarbejdelsen af forløbsprogrammet har der deltaget en borgerrepræsentant i projektgruppen, som en gennemgående deltager. Borgerens perspektiv har været på i konkrete dialoger på projektmøder, i planlægning og afholdelse af workshops og dialogmøder samt i den konkrete udformning af forløbsprogrammet.

“

Der hvor det for borgeren gør en forskel, er der hvor borgeren oplever at den enkelte fagperson tør sprænge rammerne for, hvad systemerne dikterer, der er muligt.

Borgerrepræsentant i projektgruppe,
Mette Hartmann Nielsen

”

Udviklingsprocessen bag forløbsprogrammet

Forløbsprogrammet er udviklet i en løbende proces startende med opstartsmøder i styregruppe og projektgruppe ultimo marts 2016 og frem til oktober 2016. I denne periode på ca. et halv år har der pågået i intensiv proces i projektgruppen med møder 2-3 gange månedlig suppleret med møder mellem enkelte deltagere samt ikke mindst koordinering i de enkelte kommuner og regionale indsatser hvor mange nøglemedarbejdere og ledere er inddraget løbende.

Der har været afholdt to større heldags workshops med deltagelse af ca. 120 deltagere hver gang hvoraf 12-20 var borgerrepræsentanter. Opsamlingen af den viden og de ønsker til et fremtidigt samarbejde omkring forløbsprogrammet, som er fremkommet på de to workshops, har været den egentlige ledetråd i selve designet af forløbsprogrammet.

Endelig har der været tre dialogmøder i hver af de deltagende kommuner med del-

“

Det betyder meget at vide, at der er mennesker bagved systemerne, som har et fælles ønske om at jeg får det bedre.

Borger fra dialogmøde

”

tagelse af såvel borgere, jobcentre samt lokalpsykiatri. Deltagerkredsen har været tilpasset møderne således, at borgerne i samtale med de konkrete og kendte medarbejdere, har kunnet bidrage med hvordan koordineringen mellem de forskellige indsatser har kunnet bedres, og hvordan indsatsen samlet set kan opleves mere samordnet og meningsgivende.

Implementering af forløbsprogrammet

Forløbsprogrammet implementeres i de tre kommuner og regionens lokalpsykiatri i Sønderjylland, som tog aktivt del i udarbejdelsen af forløbsprogrammet. Endvidere vil programmet også implementeres i Haderslev Kommune. Dermed bliver forløbsprogrammet implementeret i de 4 kommuner, som tilhører Psykiatrisk Afdeling Aabenraas optageområde. Haderslev kommune har ikke været med i udarbejdelsen af forløbsprogrammet, men ønsker at deltage i processen omkring implementeringen.

Fra starten af et borgerforløb udarbejdes en fælles overordnet og langsigtet plan på tværs af behandling og beskæftigelse. Dette sker ved, at der i et samarbejde med borgeren inden 4 uger holdes et planlægningsmøde mellem borger, lokalpsykiatri og jobcentret.

Endvidere vil samarbejdet på tværs blive formaliseret i en samarbejdsmodel med gensidige træffetider, hvor psykiatrifaglige kompetencer kan inddrages i jobcenterregi og sagsbehandlerkompetencer kan inddrages i lokalpsykiatrien. Formålet med de gensidige træffetider er at dele viden og drage nytte af hinandens erfaringer, så samarbejdet på tværs styrkes og borgeren oplever sammenhæng i sit forløb.

Endvidere vil implementeringen af forløbsprogrammet ske ved, at det gensidige kendskab til hinanden styrkes på tværs af medarbejdere/ledelse ansat i regionens psykiatri og i de fire kommuners arbejdsmarkedsafdelinger og socialpsykiatrier.



Kort oversigt over indhold i forløbsprogrammet:

- Planlægningsmøder
- Lokalpsykiatrisk sygeplejerske i jobcentrene
- Beskæftigelsesrådgiver i lokalpsykiatrien
- Faglige temadage
- Møder på ledelsesniveau

Dette gøres ved at afholde 2 fælles workshops på tværs i 2017 for medarbejdere, ledelser, praktiserende læger og borgere. Der bliver et fagligt tema på hver workshop med henblik på fælles læring.

Sundhedsaftalen 2015-2018

Forløbsprogrammet er blevet udviklet med et formelt afsæt i Sundhedsaftalen 2015-2018, som Region Syddanmark og de 22 kommuner har indgået, og hvor de tre politiske hovedmål er sundhed gennem et rehabiliterende samarbejde med borgeren, sundhed for alle og sundhed med sammenhæng. Hertil kommer, at der er et særligt tema i udviklingsaftaledelen af sundhedsaftalen, der retter sig mod fastholdelse i job og uddannelse, herunder lægges der op til udvikling af fælles retningsgivende mål og handleplaner for borgere i kontakt med bl.a. psykiatri og beskæftigelsesområdet.

Som et bilag til Sundhedsaftalen 2015-2018 er der en regional samarbejdsaftale for det psykiatriske område, som omfatter alle psykiatriske patienter, hvor de grundlæggende præmisser for samarbejdet er aftalt. Herunder udpegning af kontaktperson og koordinerende kontaktperson, gensidig information og inddragelse af patient og pårørende.

I Sundhedsaftalen pointeres det at det er forbundet med store menneskelige og økonomiske omkostninger, når mennesker på grund af psykisk eller somatisk sygdom mister tilknytningen til arbejdsmarkedet og uddannelsessystemet. Her understreges også behovet for at møde det enkelte menneske med en målrettet, tidlig, helhedsorienteret, rettidig og sammenhængende indsats, hvor de kommunale forvaltninger, de somatiske og psykiatriske behandlingstilbud og egen læger samarbejder og koordinerer indsatsen.

Sundhedsaftalerne har som fælles mål for parterne, at borgerne så hurtigt som muligt opnår det bedst tænkelige funktionsniveau i sit hverdagsliv. Der lægges således op til udvikling af fælles retningsgivende mål og handleplaner for borgere i kontakt med bl.a. psykiatri og beskæftigelsesområdet.

Det her udviklede forløbsprogram vil være et kvalificeret redskab til at understøtte den ønskede udvikling og kan derfor også ses som en integreret del af arbejdet med implementeringen af de seneste års beskæftigelsesreformer. Det skal også ses i sammenhæng med, at den regionale psykiatri i de senere år har gennemgået en række forandringer, herunder indførelsen af udrednings- og behandlingsretten, etablering af nye lokalpsykiatrier og udrulning af pakkeforløb for udredning og behandling. Ligeledes afprøves der i disse år nye telepsykiatriske behandlinger i forhold til netop borgere med angst og depression regi af Telepsykiatrisk Center i Region Syddanmark, og de erfaringer der er oparbejdet her inddrages i arbejdet med forløbsprogrammet.

Alle kommuner har i dag et tværfagligt rehabiliteringsteam, der behandler sager om ressourceforløb, fleksjob eller førtidspension. Intentionerne bag etablering af rehabiliteringsteam har det formål at sikre samarbejde på tværs af de forskellige offentlige myndigheder samt sikre en koordineret og sammenhængende indsats for den enkelte. Den tværfaglige sammensætning som er velkendt fra rehabiliteringsteamet, er derfor naturligvis også indtænkt i forløbsprogrammet, da indsatser jo netop ofte er på tværs af beskæftigelses-, social-, uddannelses- og sundhedsområdet.

2 | Faglig viden på området

Mentale helbredsproblemer, særligt angst og depression, udgør i dag en betydelig del af det samlede sygefravær i Danmark. Eftersom dette sygefravær er forbundet med store samfundsmæssige og personlige omkostninger og konsekvenser (NFA 2010), vil der være et potentiale i at øge graden af arbejdsfastholdelse.

Ifølge OECD (2015) foreligger der stor viden om, hvad der virker i forhold til behandling af mennesker med mentale helbredsproblemer, men i forhold til arbejdsmarkedsrettede indsatser, er området i en afprøvningsfase og manglende entydig evidens. Dette suppleres af et Ph.D.-projekt (2016) af forsker Pernille Steen Pedersen, som har fundet, at der er sparsom viden på området, og den viden, der findes, er af mere generel karakter.

Indenfor de sidste ti år har der dog været et øget forskningsmæssigt fokus på sygefravær grundet mentale helbredsproblemer. Hvidbogen om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde (NFA 2010) gennemgår nyeste viden og opstiller på baggrund heraf 9 anbefalinger om tilbagevenden til arbejde og arbejdsfastholdelse af personer med mentale helbredsproblemer.

Særligt anbefalingerne 'Koordineret indsats ved inddragelse af relevante aktører' (anbefaling 4), 'Vejledning og samarbejde' (anbefaling 5) og 'Social reintegration på arbejdspladsen' (anbefaling 6) (NFA 2010) danner grundlag for udformningen af nærværende forløbsprogram.

Overordnet peger forskning på, at samarbejde mellem relevante aktører og en integreret indsats er altafgørende i forhold til at forbedre mulighederne for en sikker og varig tilbagevenden til arbejde for mennesker med mentale helbredsproblemer. Den integrerede indsats foregår mellem sundhedssystemet, jobcentrene og arbejdspladserne (NFA 2010, OECD 2015).

Forløbsprogrammet 'Rehabilitering og recovery i Sønderjylland' giver et konkret bud på, hvori et samarbejde og en koordineret integreret indsats kan bestå med henblik på, at borgere i de 4 sønderjyske kommuner får så optimale vilkår som muligt for at kunne bevare tilknytning til arbejdsmarkedet og for at vende tilbage til arbejde efter behandlingsforløb.



"Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde"

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA), 2010

Med baggrund i rapportens anbefalinger gives der 9 anbefalinger på området

1. Tidlig opsporing og behandling
2. Undersøgelse af den sygemeldtes funktionsnedsættelse i relation til forskellige typer af arbejdsopgaver
3. Modifikation af arbejdsopgaver
4. Koordineret indsats ved inddragelse af relevante aktører
5. Vejledning og samarbejde
6. Social integration på arbejdspladsen
7. Virksomhedspolitik om sygefravær og tilbagevenden til arbejde generelt
8. Skabelse af en god kultur på arbejdspladsen
9. Indsatser på arbejdspladsen



Som projektets titel siger, så spiller rehabiliterings- og recoverytanken en afgørende rolle i forløbsprogrammet, hvorfor der refereres til teori i relation til disse begreber:

Rehabilitering defineres som en række indsatser, der støtter det enkelte menneske, som har eller er i risiko for at få nedsat funktionsevne, i at opnå og vedligeholde bedst mulig funktionsevne, herunder at fungere i samspil med det omgivende samfund (WHO 2011).

Recovery betyder 'at komme sig'. Det er en personlig og individuel proces, som tager udgangspunkt i den enkelte persons oplevelse og fokuserer på håb, mening og selvbestemmelse med henblik på at få et meningsfuldt liv, selv med de begrænsninger, der følger med psykisk sygdom (Topor 2002).

En udbredt og anerkendt definition på personlig recovery er følgende: "en dybt personlig, unik proces, der handler om at ændre sine holdninger, værdier, følelser, mål, færdigheder og roller. Det er en måde, hvorpå man kan leve et tilfredsstillende, håbefuldt og bidragende liv selv med de begrænsninger, der følger sygdommen.

Recovery indebærer skabelsen af ny mening og nyt formål i livet, efterhånden som man overkommer de katastrofale konsekvenser af psykisk sygdom." (ibid).

Recovery er ikke nødvendigvis ensbetydende med, at patienten bliver symptomfri og vender tilbage til en hverdag, som den var før sygdommen, men snarere at patienten kommer videre i livet og genfinder ny mening (ibid).

Ifølge Topor spiller ord en vigtig rolle, men det er handlingerne, der er de afgørende ift., om recoveryprocessen lykkes på tilfredsstillende vis for borger (ibid).

Vi bliver konsulenter ind i borgerens rehabiliterings- og recoveryproces, hvor ord og hensigter skal omsættes til praksis. Netop dette er projektets ærinde:

Gennem kommunikation, tydelighed og tværfagligt samarbejde skal de involverede parter bidrage til, at det er borgerens dagsorden, der arbejdes efter med det formål, at dennes liv og hverdag igen bliver meningsfuld. Borgeren skal hjælpes til opnå en så god funktionsevne som mulig, så de samfundsmæssige og ikke mindst personlige omkostninger minimeres.

“

En diagnose er ikke det samme som ikke at kunne noget overhovedet.

Borger fra dialogmøde

”

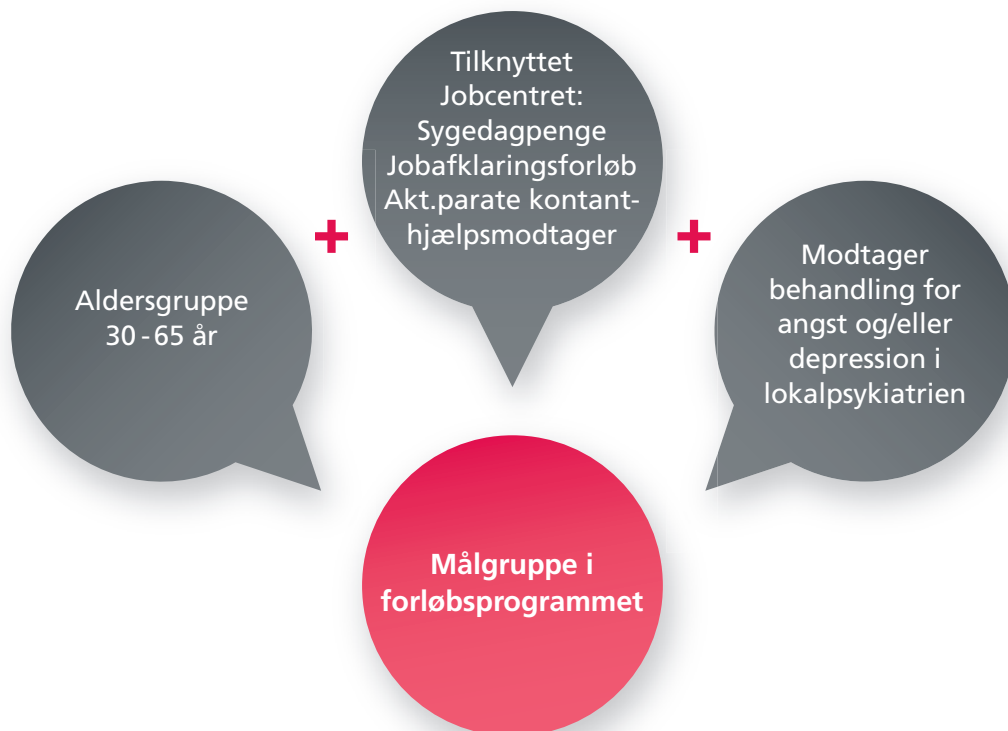
3 | Målgruppe

Projektets målgruppe er valgt med baggrund i de særlige udfordringer der er samfundsmæssigt i forhold til, at mennesker med psykiske sygdomme i stadig større grad mister kontakten til arbejdsmarkedet i kortere eller længere tid. I rapporten "Sygdomsbyrden i Danmark" (Sundhedsstyrelsen 2016) fremgår der, at angstlidelse er den sygdom, der er årsag til det største produktionstab. Depression er den femtestørste årsag til produktionstab blandt de 20 undersøgte sygdomme. Produktionstab opgøres i rapporten som omkostninger til fravær på arbejdsmarkedet ved sygedage, førtidspensioner og tidlig død.

Projektets mål er arbejdsmarkedsfastholdelse, og dette forløbsprogram retter sig specifikt mod borgere i aldersgruppen 30-65 år, som tidligere har haft en mere varig tilknytning til arbejdsmarkedet.

Borgere skal være i sygedagpengeforløb, jobafklaringsforløb eller være aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere.

Borgere er samtidig i målgruppen for behandling for angst og/eller depression i den regionale psykiatri. Ved tilknytning til Psykiatrien i Region Syddanmark forstås, at borgeren som minimum har haft den første samtale i lokalpsykiatrien, og at det efterfølgende er bekræftet at borgeren tilbydes et behandlingsforløb i lokalpsykiatrien eller psykiatrisk sengeafsnit.



4 | Fælles mål og fælles forståelse

Forløbsprogrammet har til formål, at hjælpe borgere med psykiske helbredsproblemer tilbage i arbejde ved at styrke borgerens inddragelse i eget forløb samt udvikle og afprøve nye samarbejdsformer mellem sundhedssystemet og arbejdsmarkedssystemet.



Det at vende tilbage til et arbejdsmarked er ikke en rejse tilbage til før sygdommen/sygemeldingen indtrådte. Det at genvinde en arbejdsidentitet er ikke en proces, som kan planlægges i detaljer – men udforskes.

Kilde: Ph.D. Pernille Steen Pedersen



Som en hjælp til at gøre det overordnede formål konkret og retningsgivende har Psykiatrien i Region Syddanmark sammen med Aabenraa, Tønder og Sønderborg kommune opstillet kort- og langsigtede mål på brugerniveau og organisatorisk niveau. Målene er både retningsgivende for arbejdet med forløbsprogrammet, og samtidig er de centrale indikatorer for, om parterne opnår det de gerne vil med forløbsprogrammet.

Fælles mål på brugerniveau på kort sigt

I udarbejdelsen af forløbsprogrammet er målet at borgerne inddrages ved:

- At være repræsenteret i projektgruppen
- At deltage i afholdelse af fælles workshops og dialogmøder

Fælles mål på brugerniveau på lang sigt

Gennem implementering af forløbsprogrammet er målet på lang sigt at skabe en øget grad af borgertilfredshed, herunder:

- At borgeren er med til at prioritere mål og tage ejerskab til den fælles plan.
- At borgeren har oplevet sammenhæng i indsatsen.
- At borgeren ser muligheder for sig selv på arbejdsmarkedet.

Fælles mål på organisatorisk niveau på kort sigt

I udarbejdelsen af forløbsprogrammet er der fokus på:

- At medarbejdere i kommune og region har været inddraget i udarbejdelse af det nye forløbsprogram.
- At der skal være en fælles handleplan for borgeren.
- At der er politisk og ledelsesmæssig opbakning til det nye forløbsprogram.

Fælles mål på organisatorisk niveau på lang sigt

Gennem implementering af forløbsprogrammet er målet:

- At borgerne opnår øget tilknytning til arbejdsmarkedet.
- At forbedre af overgange på tværs af fagområder, herunder fokus på forbedret tværgående kommunikation.
- At afdække muligheder for at IT-understøtte samarbejdet på tværs
- At forløbsprogrammet formidles til og implementeres i andre kommuner i regionen.
- At der laves en plan for at forløbsprogrammet umiddelbart kan fortsætte efter projektperioden indenfor rammerne af den eksisterende drift.

Fælles mål som retningsgivende for forløbsprogrammet og understøttende omkring fælles forståelse

Brugerrepræsentationen i projektgruppen har været meget vigtig i forhold til at borgerens perspektiv er repræsenteret under hele processen, således at fokus bibeholdes på det overordnede formål om at styrke borgerens tilbagevenden til arbejde. Projektgruppen har i udarbejdelsen af forløbsprogrammet draget stor nytte af brugerrepræsentationen i gruppen, da det faglige og brugeroplevede perspektiv herved kan kunnet udfordre og understøtte hinanden, og der i et respektfuldt samarbejde sammen er sat fokus på at udvikle det fælles overordnede formål.

I processen med at udarbejde forløbsprogrammet har der været afholdt 2 workshops for borgere, medarbejdere og ledelse på tværs af Aabenraa, Tønder og Sønderborg kommuner og Psykiatrien i Region Syddanmark. Endvidere har været afholdt 3 dialogmøder med deltagere fra lokalpsykiatri, jobcenter m.fl. og borgere fra de 3 kommuner.

I alt 52 brugerrepræsentanter har deltaget i disse workshops og dialogmøder og har herved bidraget ved at dele egne erfaringer omkring oplevelser i sundheds- og arbejdsmarkedssystemet samt bidraget med ideer til, hvordan borgeren i højere grad kan inddrages i eget forløb.

Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS) har været inddraget som konsulenter omkring planlægning af workshops og dialogmøder med henblik på at skabe de

bedst mulige rammer for at borgerens perspektiv inddrages på lige fod med det faglige og organisatoriske perspektiv.

I udarbejdelsen af forløbsprogrammet har medarbejdere fra både region og kommune været inddraget – både som repræsentanter i projektgruppen samt som deltagere ved workshops og dialogmøder.

Arbejdet med i fællesskab at finde frem til de repræsentanter i projektgruppen, som i praksis skal udarbejde og implementere forløbsprogrammet, har styrket den fælles viden omkring hinanden og bidraget til den gensidige respekt på tværs – både på tværs af region og kommune og på tværs af de forskellige afdelinger i de pågældende kommuner. Medarbejdere har endvidere delt erfaringer på tværs af afdelinger og sektorer og har inspireret hinanden til at se nye muligheder i egen organisation.

Både i projektgruppen, på workshops og på dialogmøder har det fælles fokus været at undersøge, hvad der fungerer godt i samarbejdet på tværs og på hvilke områder, der er behov for at udvikle samarbejdet – altid med det fælles formål at inddrage borgeren i en fælles handleplan på tværs.

I alt har der deltaget ca. 100 medarbejdere og ledere ved hver af de 2 workshops – de fleste gengangere – og på dialogmøderne deltog ca. 4- 5 medarbejdere fra lokalpsykiatri/jobcenter i hver af de 3 kommuner. Den praktiske planlægning af dialogmøderne med invitation af borgere med tilknytning til lokalpsykiatri og jobcenter samt booking af lokaler m.m. har medarbejdere fra praksis stået for, hvilket har styrket det konkrete kendskab til hinanden på tværs af sektorer.





Projektets styregruppe har løbende inspireret projektet ved, samlet på tværs af sektorer, at udtrykke fælles visioner – især omkring brugerinddragelse, at styrke borgerens sammenhængende forløb på tværs og bruge de samlede ressourcer hensigtsmæssigt (bilag 1: Deltagere i styregruppe og projektgruppe).

Fælles viden og gensidig respekt

Udarbejdelsen af forløbsprogrammet har bidraget til at øge gensidig respekt på tværs – mellem fagpersoner og borgere og mellem medarbejdere ansat i region og kommune. Samtidig har projektmøder, workshops og dialogmøder samlet bidraget til at øge fælles viden på tværs, hvilket også har bidraget i retning af et mere fælles sprog. Et fælles sprog forstås som et sprog der bygger på gensidig respekt og inklusion i retning mod en fælles forståelse, da fagtermer og ”paragraf-sprog” virker ekskluderende.

Den tværsektorielle dialog har taget eller tager udgangspunkt i, at vi vil:

- styrke fælles viden på tværs (sundhedsfaglig og socialfaglig)
- styrke respekten for hinandens viden og
- stole på hinandens fagligheder og vurderinger

Der har været fokus på tværfaglighedens vigtighed – at vi bevæger os væk fra en holdningsbaseret behandling og sagsbehandling i retning af forløb med baggrund i dokumenterede indsatser og metoder. Dette kræver faglig bevidsthed og kendskab til hinandens opgaver, ramme og roller.

“

Interessant at høre at sagsbehandlerne også har udfordringer og kunne have gavn af at vide mere om hinanden.

Borger fra workshop 1

”

5 | Indhold i forløbsprogram

RETNINGSLINIER FOR SAMARBEJDE OG KOMMUNIKATION

Nuværende tilbud til borgere med angst og/eller depression i relation til beskæftigelsesområdet

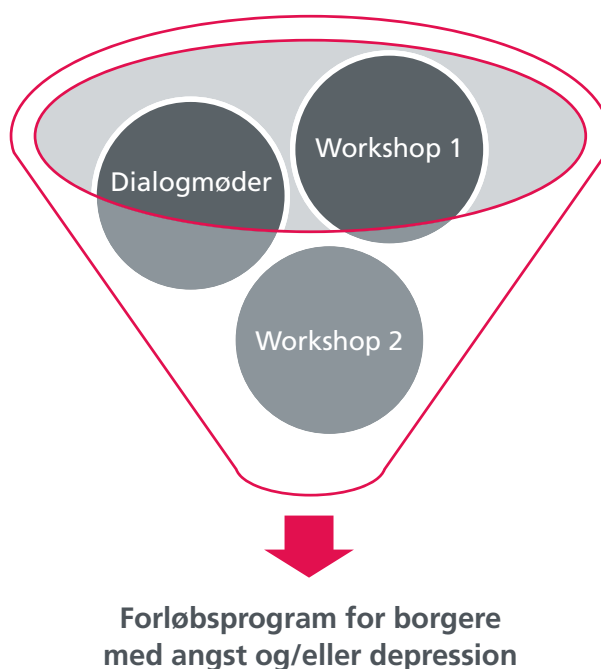
I Psykiatrien i Region Syddanmark er 3 lokalpsykiatrier i de 3 kommuner samt 3 psykiatriske sengeafsnit en del af forløbsprogrammet. De nuværende behandlingstilbud tager udgangspunkt i Nationale Kliniske Retningslinjer på området, og i lokalpsykiatrierne tilbydes kognitiv adfærdsterapeutisk behandling samt fokus på tilbagefaldsforebyggelse, som en del af de nationale behandlingspakker på området. Der er nuanceforskelle i forhold til behandlingstilbud i de 3 lokalpsykiatrier og sengeafsnit ligesom der er forskel på de samarbejdsfora der er etableret med henblik på at kæde behandling og beskæftigelsesindsatsen sammen.

I Sønderborg, Tønder og Aabenraa Kommuner er der ligeledes nuanceforskelle i forhold til de tilbud, borgere med angst og/eller depression tilbydes.



Alle kommuner arbejder målrettet i forhold til **fastholdelse på arbejdsmarkedet og praktikforløb i virksomheder**. Endvidere er det fælles, at alle kommuner tilbyder **socialmentor § 85** med henblik på at støtte borgerens mestringsevner og tilbagevenden til arbejde.

Herudover har kommunerne forskellige tilbud rettet mod målgruppen, hvor der overordnet tilbydes støtte og vejledning rettet mod mestring af den psykiske lidelse samt de funktionstab og problemer i forhold til sundhed og relationer, som lidelsen medfører.



Disse tilbud er f.eks. gruppeforløb omkring "Lær at tackle angst og depression", stresshåndtering, "Trivsel i hverdagen", Mindfulness m.m. Disse tilbud kan være forankret under kommunes jobcenter, sundhedscenter eller socialpsykiatri.

Udvikling af en fælles samarbejdsmodel – processen med dialogmøder og workshops

Med udgangspunkt i de nuværende tilbud i region og kommuner til borgerne i målgruppen har været afholdt 2 store workshops og 3 mindre dialogmøder (se bilag 2 og 3 – workshops og dialogmøder).

De 2 workshops havde begge ca. 120 deltagere – borgere samt medarbejdere og ledere fra de 3 kommuner og psykiatrien i Region Syddanmark. Ved første workshop var formålet at mødes på tværs og gennem dialog afdække den nuværende praksis med særligt fokus på det borgeroplevede perspektiv. Gennem dialog på tværs af medarbejdere, borgere og ledere fra både region og kommuner fandt man frem til 2 store gennemgående temaer:

KOMMUNIKATION OG SAMARBEJDE.

Efterfølgende blev afholdt dialogmøde mellem hver lokalpsykiatri og jobcenter i den pågældende kommune, hvor der deltog både borgere og medarbejdere.

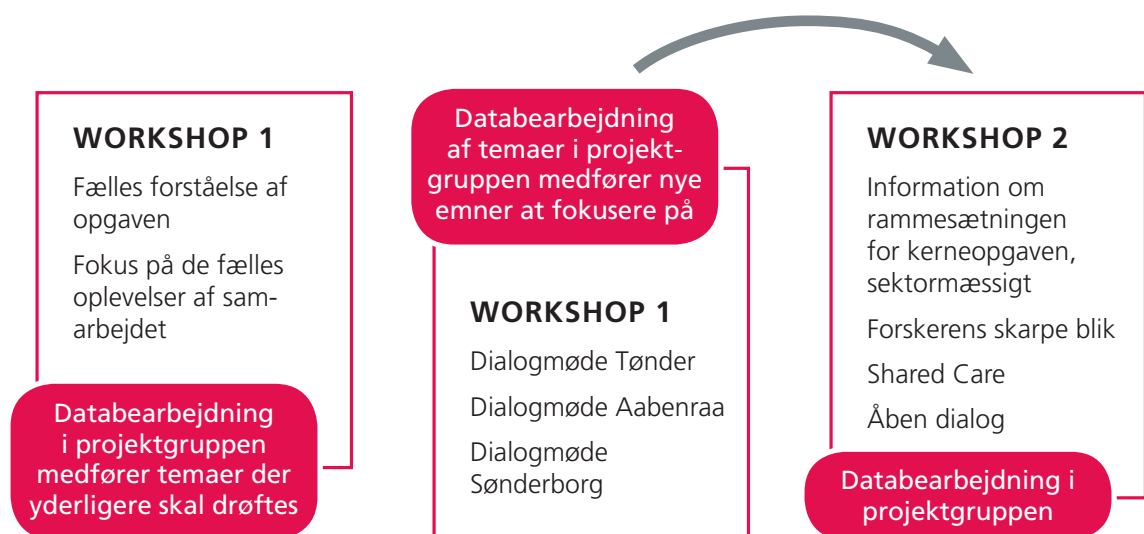
Temaerne på dialogmøderne var opfølgning på workshoppen, hvor man gik mere i dybden i forhold til at undersøge både problemstillinger og muligheder i forhold til KOMMUNIKATION OG SAMARBEJDE. Afslutningsvis samledes alle til endnu en workshop, hvor oplæg fra fagpersoner bidrog til fælles inspiration omkring hvordan KOMMUNIKATION OG SAMARBEJDE kan udvikles sammen på tværs.

Temadrøftelser fra workshops og dialogmøder samt faglig viden på området danner således baggrund for udvikling af en fælles samarbejdsmodel i forløbsprogrammet.

Fælles planlægningsmøder på tværs

For at sikre, at der fra starten af et borgerforløb udarbejdes en fælles overordnet og langsigtet plan på tværs af behandling og beskæftigelse i samarbejde med borgeren holdes der fælles planlægningsmøder mellem lokalpsykiatrien, jobcentret og socialpsykiatrien og borgeren.

Så snart borgeren er tilknyttet den fælles målgruppe er beskæftigelsesrådgiveren i Jobcenter i den enkelte kommune ansvarlig for, at der indkaldes til et planlægningsmøde (ordet planlægningsmøde er valgt, da man ønsker at signalere, at mødet har et tydeligt formål jævnfør ovenstående, har en tydelig dagsorden, at der er tydelige beslutningsprocesser og der følges op på indgåede aftaler).



Proces på dataindsamling samt databearbejdning i forløbsprogrammet

Planlægningsmødet holdes inden for 4 uger fra borgeren er indvisiteret i målgruppen for projektet. Der anvendes en fast skabelon for mødeindkaldelse og dagsorden for planlægningsmøde.

Denne skabelon er udarbejdet i et samarbejde mellem medarbejder fra jobcenter og en borger med egne erfaringer omkring behandling og beskæftigelsesindsats.

MØDEINDKALDELSE

Før mødeindkaldelsen afklarer sagsbehandler i samarbejde med borgeren:

Hvor ønsker borgeren mødet afholdt: (i Jobcenter, Lokalpsykiatri, hjemme, videomøde). Udgangspunktet er, at mødet afholdes et sted hvor borgeren så vidt mulig oplever sig tryk. Medarbejdere i lokalpsykiatri og jobcenter har et fælles ansvar for at dette ønske så vidt muligt kan efterkommes ved at mødelokaler bookes der hvor borgeren ønsker det. Hvis der er behov for at mødet afholdes som et videomøde, skal der altid være ligeså mange medarbejdere sammen med borgeren, som der er på videoskærmen. Det tilstræbes at det første fællesmøde ikke afholdes som videomøde, men hvor alle parter kan sidde sammen.

Hvem ønsker borgeren at der indkaldes til mødet: (som minimum deltager altid en repræsentant fra jobcenter og en repræsentant fra lokalpsykiatri). Der skal være opmærksomhed i forhold til at vejlede borgeren omkring deltagelse af pårørende (forstås bredt ift familie, veninde, nabo m.m.) samt en bisidder. Ved bevidst at bruge faglige viden omkring, at angst og depression kan give problemer omkring hukommelse og overblik, så borgeren derfor kan have gavn af at invitere en pårørende med til mødet, viser fagpersonen respekt for borgers situation og styrker kvaliteten af mødet.

Rammer for mødes indhold og afholdelse: Hvilke punkter ønsker borgeren at der drøftes på mødet og hvilke punkter ønsker sagsbehandler og distriktssygeplejerske at drøfte på mødet? Sagsbehandler forbereder sammen med borgeren mødet ud fra det overordnede formål. Dagsorden skal være alle deltagere i hænde senest 1 uge før mødeafholdelse. Udover aftalte dagsordenspunkter kan der på selve mødet aftales at drøfte særlige punkter ved behov. Der afsættes i alt 1 time til mødet.

Med hensyn til beskæftigelseslovgivningen vil der være emner som sagsbehandler skal informere om ift. rettigheder og lovgivning. Disse emner ses som en del af fællesmødet i projektperioden, da de bidrager til at f.eks. medarbejder i lokalpsykiatri hører det samme som borgeren og herved kan understøtte, hvad det præcist var der blev sagt. Endvidere understøtter det kendskabet på tværs af lovgivninger i region og kommune, således at begge parter samlet kan understøtte borgers forløb.

Det foreslås, at medarbejdere i lokalpsykiatrien/distriktssygeplejersker har afsat faste tider i kalenderen hver måned, som er reserveret til tværsektorielle møder, så det er muligt at afholde møderne inden 4 uger fra borgers opstart i projektet. Fællesmøde kan senest bookes 1 uge før afholdelsen, dvs at ubenyttede afsatte tider kan anvendes af medarbejderen 1 uge før den afsatte tid (bilag 4: mødeindkaldelse + invitation til planlægningsmøde).

“

Det vælter mig med mange skift. Min sårbarhed forværres, fordi det blandt andet er hårdt at udlevere sig selv igen og igen. Det giver tryghed og ro med de samme ansigter.

Borger fra workshop 1

”



MØDELEDELSE

Medarbejder fra lokalpsykiatri har ansvar for mødeledelse.

Mødelederen har ansvar for, at mødet afholdes med fokus på borgerens behov, hvilket bl.a. vil sige at alle er ansvarlige for at bidrage til at der er en tryk stemning og at alle bruger et sprog, som er genkendeligt for alle deltagere. Det kan evt. være hensigtsmæssigt at indtænke elementer fra metoden "Åben Dialog" (Seikkula 2008). Det kan endvidere være hensigtsmæssigt, at mødelederen får sparring på mødeledelse fra deltagere på mødet og/eller egne kollegaer mhp at styrke egne kompetencer ift mødeledelse.

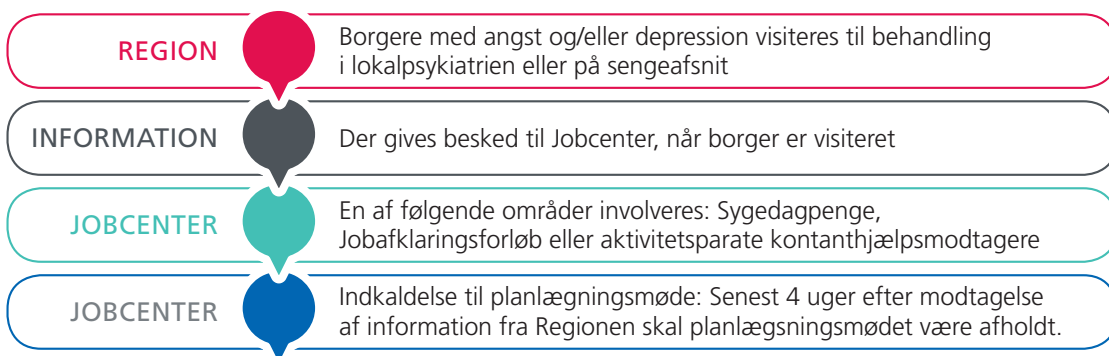
Selve dagsordenen for mødet tager udgangspunkt i borgerens mål, behov og ønsker mhp at lave en fælles langsigtet plan på tværs af behandling og beskæftigelse.

Ved mødets afslutning formuleres et beslutningsreferat for at sikre, at alle har samme forståelse af aftaler indgået på mødet. Sagsbehandler fra Jobcenter formulerer dette referat, og ved mødets afslutning gennemgås referatet, så det sikres, at der er enighed omkring, hvem der gør hvad og hvornår. Det sikres, at borgeren får et kopi af referat, før han/hun går hjem fra mødet.

Det korte beslutningsreferat skrives ud fra en fast skabelon, og indeholder samtidig en beslutning omkring næste mødedato.

Skriftligt materiale til borgeren formuleres i et genkendeligt sprog og med en tydelighed, så borgeren nemt kan forstå f.eks. formålet med en mødeindkaldelse.

(Bilag 5: dagsorden og beslutningsreferat og mine kontakter)



Arbejdsgangsbeskrivelse – ansvar og roller mellem lokalpsykiatrien og jobcentrene

“

Giv et kort overskueligt brugbart referat eller noter med hjem fra et møde – kopi af den fælles plan og aftaler. Hovedet er ofte overfyldt og man er kognitivt påvirket. Det er vigtigt for mig at vide, hvor i forløbet jeg er. Har svært ved at overskue at læse mails, ringe til sagsbehandler/ behandler og åbne post i e-boks.

Borger fra dialogmøde

”

Gensidige træffetider

Vidensdeling handler om at udnytte den viden og de ressourcer, der allerede eksisterer, bedst muligt. Det vil sige at få medarbejderne til at udveksle vigtige informationer, refleksioner og faglige metodeovervejelser med fokus på, at opgaver løses bedre og hurtigere (Lynge 2015).

På den baggrund er valgt, at udlåne medarbejder på tværs af lokalpsykiatrien og jobcentre, og dermed oprettelse af gensidige træffetider:

- En medarbejder fra lokalpsykiatrien har faste træffetider i Jobcenter, hvor medarbejdere i jobcenter har mulighed for sparring evt sammen med en borger.
- Én medarbejder fra Jobcenter har faste træffetider i Lokalpsykiatrien, hvor medarbejdere i Lokalpsykiatrien har mulighed for sparring evt sammen med en patient.

i

I oversigtsform indeholder forløbsprogrammet følgende:

- Fælles planlægningsmøder mellem lokalpsykiatri, jobcenter, socialpsykiatri og borgeren inden 4 uger.
- Gensidige træffetider, hvor en medarbejder fra lokalpsykiatri har faste træffetider i jobcenter og tilsvarende har en medarbejder fra jobcenter faste træffetider i lokalpsykiatri.
- Møder på mellemliderniveau afholdes en gang i hvert kvartal.
- 2 fælles workshops i 2017 på tværs af medarbejdere, ledelse, praktiserende læger og borgere med et fagligt tema med henblik på fælles læring.
- Dialogmøder ved afslutningen af projektperioden i 2017 i hver af de 4 kommuner med involverede fagfolk, borger, pårørende og evt. øvrige samarbejdspartner.
- Et fokusgruppeinterview for ledere ved afslutningen af projektperioden 2017.

Formålet med de gensidige træffetider er;

- Skabe en aktivitet, der styrker en god relation mellem de parter, der skal dele viden og drage nytte af hinandens erfaringer.
- Prioritere og afsætte tid til vidensdeling, da det er en vigtig aktivitet for at nytænke og udvikle tværsektorielle forløb til gavn for målgruppen.
- At øge deling af personers faglige viden eller erfaringer, så kvaliteten i de faglige grundlag højnes.
- At synliggøre sammenhæng imellem sektorerne, så forløbsprogrammet bliver overskueligt for borgeren.

Møder på mellemliderniveau

Den ledelsesmæssige forankring af de fælles planlægningsmøder og de gensidige træffetider er central for forløbsprogrammet, og derfor er aftalt at mellemlidere på tværs af region og kommune mødes én gang i hvert kvartal. Projektleder er ansvarlig for indkaldelse til mødet de første 4 gange med henblik på at skabe en ramme og struktur for, at møderne forsætter løbende efter projektets afslutning.

Formålet med mødet er:

- sikre kommunikation og samarbejde på tværs
- at synliggøre og sikre ledelsesopbakning til forløbsprogrammet
- at medarbejdere sikres en kommunikationsvej i forhold til opståede problemer i forhold til samarbejdet

Deltagerne er mellemlidere i lokalpsykiatri, jobcenter og socialpsykiatri/voksen-handicap. Deltagerne har alle både ansvar for personale- og faglig ledelse. **Alle deltagere bidrager med punkter til dagsorden.**

6 | Implementering

Formålet med implementeringsfasen er at gennemføre projektets aktiviteter og realisere projektets mål. Projektorganisationen arbejder med at indfri milepælene, sikre kommunikationen og sikre inddragelse af interessenter. Styregruppen bliver løbende præsenteret for delresultater.

Det er vigtigt, at projektlederen og projektets tovholdere holder fokus på opgaven og sikrer fremdrift i projektet (bilag 6: tovholderfunktionen). På den baggrund finder vi det relevant at beskrive noget om forandringsteori, da implementeringen handler om at ændre praksis, især for medarbejderne i lokalpsykiatrien samt medarbejderne på jobcentrene.

Forandringsteori

For at have succes med at gennemføre projektet og realisere projektets mål, er det nødvendigt at være bevidst om behovet for forandring.

Det nye forløbsprogram betinger at de involverede parter er indstillet på:

- At skabe innovative og helhedsorienterede løsninger
- At arbejde tværgående og høste synergieffekten af viden- og erfaringsdeling
- At give plads til kreativitet og nye idéer, metoder og tanker
- At fastholde fokus og opmærksomhed på fastlagte mål – både på kort og lang sigt

Ifølge Anderson et al. (2016) handler ledelse af forandring om, hvordan man mestrer forandringer, og beskriver den dybere sammenhæng mellem ledelse, personlig udvikling og organisatorisk transformation.

Konkret i forløbsprogrammet har der været stor fokus på at medinddrage borgere, pårørende og fagprofessionelle i at udvikle forløbsprogrammet, idet involvering er afgørende for at minimere modstanden mod forandringer (ibid s. 48).

Da forløbsprogrammet er et samarbejde på tværs af det behandelende sundhedssystem og en eller flere forvaltninger i kommunerne, har det vist sig at være nødvendigt med bred ledelsesopbakning. Aktiviteten med de gensidige træffetider kan også udfordre planlægningen i den daglige drift. Derfor er der i implementeringsfasen planlagt mødeaktivitet på mellemlerniveau.

Bedre sammenhæng og koordinering i indsatsen

Forløbsprogrammet skal understøtte bedre sammenhæng og koordination i indsatsen. Derfor er det også vigtigt, at implementeringsfasen har aktiviteter, der understøtter dette. Som en del af implementeringen af forløbsprogrammet kræver det, at det gensidige kendskab til hinanden styrkes på tværs af medarbejdere/ledelse ansat i regionens psykiatri og i de fire kommuners arbejdsmarkedsafdeling og socialpsykiatri.

“

*Viden om hinandens arbejde kan styrke samarbejdet.
Jeg glæder mig til den planlagte temadag med jobcenter.*

Medarbejder fra lokalpsykiatri, workshop 2

”



Dette gøres ved at afholde 2 fælles workshops på tværs i 2017 for medarbejdere, ledelser, praktiserende læger og borgere. Der bliver et fagligt tema på hver workshop med henblik på fælles læring.

Med fokus på evaluering og læring i projektet holdes der ved afslutningen af projektet dialogmøder i hver af de 4 kommuner med involverede fagfolk, borger, pårørende og evt. øvrige samarbejdsparter. Ligeledes holdes et fokusgruppeinterview for ledere for at belyse projektet fra et lederspærpektiv.

“

“Jeg ved ikke om der har været samarbejde mellem jobcenter og lokalpsykiatri.”

Borger fra dialogmøde

”

Bevidst brug af telepsykiatri kan være et middel til bedre sammenhæng

På tværs af regioner og kommunerne er der i stigende grad fokus på, hvordan fremtidens sociale og sundhedsmæssige indsatser kan understøttes af forskellige former for telepsykiatri.

Telepsykiatri dækker over mange slags teknologier, som kan anvendes på mange forskellige måder. Forventning er, at telepsykiatri blandt andet kan understøtte, at borgerne bliver mere selvhjulpne samt sikre tidlige, forebyggende og sammenhængende indsatser på tværs af sektorer og fagområder på det sociale og sundhedsmæssige område. I udarbejdelsen af forløbsprogrammet har der været sparring med Telepsykiatrisk Center, Psykiatrien i Region Syddanmark.

Formålet med at inddrage telepsykiatri i implementeringsfasen skyldes en forventning om;

- at et samarbejde bliver nemmere, når man ser hinanden under dialogen
- at fremmøde fra relevante samarbejdsparter til planlægningsmøderne kan øges
- at planlægningsmøder nemmere kan planlægges, når der ikke skal afsættes tid til transport

På den baggrund er der i implementeringsfasen ét af mål, der omhandler brug af telepsykiatri; At videokonferencer anvendes ved afholdelse af netværksmøder i minimum 15% af tilfældene.

7 | Litteratur

Anderson, D., Anderson, L. og Ackerman L. (2016). *Nøglen til ledelse af forandring – Strategier for bevidst forandringslederskab*. Gyldendal Business.

Borg, V., Andersen, M.N, Kolte, I.V et al. (2010). *Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde*. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, København.

Freil, M. og Knudsen, J.L. (2009). *Brugerinddragelse i sundhedsvæsenet*. Ugeskrift for læger vol. 171, no. 20, pp. 1694-

Lynge, S. (2015). *Spil hinanden gode med videndeling*. <http://netvaerksakademiet.dk/wp-content/uploads/2015/09/Videndeling-NetvaerksAkademiet.pdf>

OECD (2015). *Fit Mind, Fit Job; From Evidence to Practice in Mental Health and Work*

Pedersen P.S. (2016). *Udkast til et nyt coping-begreb – en kvalifikation af ledelsesmuligheder for at forebygge sygefravær ved psykiske problemer*. Copenhagen Business School.

Seikkula J. (2008). *Åben Dialog og Netværksarbejde. Laplandsmodellen i Psykiatri og Socialt Arbejde*. Hans Reitzels Forlag.

Socialstyrelsen (2015). *Generisk model for forløbsprogram for mennesker med psykiske lidelser*. www.bedrepsykiatri.dk

Sundhedsstyrelsen (2016). *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer*. www.sst.dk.

Baggrundslitteratur

Arendt, M. (2012). *Kognitiv terapi – nyeste udvikling*

Netterstrøm, B. (2014). *Stress og arbejde – nyeste viden om årsager, konsekvenser, forebyggelse og behandling*

Landsdækkende kliniske retningslinjer for angstlidelser. <http://infonet.regionsyddanmark.dk/?FlowID=7309&BookID=41#DokID=304657>

Pakkeforløb for angst og social fobi. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/for-faggrupper/almen-praksis/faglige-vejledninger/visitation-retningslinjer/psykiatripakker/angst-social-fobi/>

Pakkeforløb for depressiv enkeltepisode. https://www.sundhed.dk/content/cms/83/16283_pakkeforløb-depressiv-enkelt.pdf

Pakkeforløb for periodisk depression. https://www.sundhed.dk/content/cms/79/16279_pakkeforløb-for-periodisk-depression.pdf

Referenceprogram for angstlidelser hos voksne. <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2007/referenceprogram-for-angstlidelser-hos-voksne>

Referenceprogram for unipolar depression hos voksne. http://infonet.regionsyddanmark.dk/d4doc/formularer/Upload/2014/05/SST_Dep.rapport.pdf?DokIDFrom=367735

Unipolar depression – klinisk retningslinje for udredning og behandling. <http://infonet.regionsyddanmark.dk/?FlowID=7309&BookID=41#DokID=367735>

8 | Bilag 1-8

Bilagsoversigt

1. Deltagere i styregruppe og projektgruppe
2. Formål og ramme for workshops
3. Formål og ramme for dialogmøder
4. Mødeindkaldelse + invitation til planlægningsmøde (skabeloner/skemaer)
5. Dagsorden
6. Beslutningsreferat og mine kontakter (skabeloner/skemaer)
7. Huskeliste til planlægningsmøde
8. Tovholderfunktionen

BILAG 1: Deltagere i styregruppe og projektgruppe

Styregruppens deltagere

Aabenraa Kommune:

Afdelingschef Handicap og Psykiatri
Per Petersen og Jobcenterchef
Henrik Kærgaard Sahl

Tønder kommune:

Fagchef for Sundhed og Arbejdsmarked
Anne-Mette Dalgaard

Sønderborg Kommune:

Teamleder Jobcenter Sygedagpengeafdelingen
Henrik Hjortkjær og distriktsleder i social-
psykiatrien Anne L. Eisenhardt

Psykiatrien i Regions Syddanmark:

Oversygeplejerske Kirsten Christensen
(formandskab)
Berit Matzen, Økonomi- og planlægningschef

Projektgruppens deltagere

Projektleder:

Bente Pedersen, Region Syddanmark

Brugerrepræsentant:

Mette Hartmann Nielsen

Kommunale repræsentanter:

Hans Henrik Meulengracht, Henning Iversen,
Vibeke Lind Podgorski (Aabenraa kommune),
Anette Schmidt, Kirsten Paysen, Lars Pedersen
(Tønder kommune), Mette Bruun Pedersen
(Sønderborg kommune)

Regionale repræsentanter:

Jette Dalsgård Andersen – er sparringspartner
til projektleder, Vivian L. Rasmussen
(Region Syddanmark)
Lisbeth Jensen Witte og Tina R. Lassen
(Lokalpsykiatri Aabenraa)
Lena Bonde (Lokalpsykiatri Tønder)
Lene Møller (Lokalpsykiatri Augustenborg)

BILAG 2: Formål og ramme for workshops

Der afholdes 2 Workshops som en del af det fælles udviklingsprojekt:

“Rehabilitering og recovery i Sønderjylland – et samarbejdsprojekt om et nyt forløbsprogram for borgere med angst og depression i relation til beskæftigelsesområdet”.

Gennem projektet ønsker Aabenraa, Tønder og Sønderborg Kommune sammen med Psykiatrien i Region Syddanmark at sætte fokus på kvalitet og sammenhæng i indsatsen for borgere med angst og/eller depression, som er tilknyttet det kommunale beskæftigelsesområde

Formål med workshops

Undersøge et borger- og medarbejderperspektiv i Aabenraa, Tønder og Sønderborg kommune jævnfør mål i projektet.

Mål på brugerniveau 2016:

- Borgerne har været inddraget i udarbejdelsen af det nye forløbsprogram (gennem deltagelse på workshops og Dialogmøder)
- På lang sigt en øget grad af borgertilfredshed
 - at borgeren ser muligheder for sig selv på arbejdsmarkedet
 - at borgeren er med til at prioritere mål og tage ejerskab til den fælles plan
 - at borgeren har oplevet sammenhæng i indsatsen

Mål på organisatorisk niveau 2016:

- At medarbejderne vurderer at der er sammenhæng på tværs for borgeren
- Medarbejdere i kommune og region har været inddraget i udarbejdelse af det nye forløbsprogram
- På lang sigt er målet
 - At borgerne opnår øget tilknytning til arbejdsmarkedet
 - At der skal være en fælles handleplan for borgeren
 - Forbedring af overgange på tværs af fagområder, herunder fokus på forbedret

Deltagere

Regionale og kommunale medarbejdere fra projektgruppen er ansvarlige for invitation af ledere, medarbejdere og borgere til de 2 workshops.

Målgruppen i projektet er borgere i aldersgruppen 30-65 år, som tidligere har haft en mere varig tilknytning til arbejdsmarkedet (min ca 1 år). Borgeren skal være eller har været i sygedagpengeforløb, jobafklaringsforløb eller være aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere.

Målgruppe 1) Borgeren er samtidig i målgruppen for behandling for angst og/eller depression i den regionale psykiatri.

Målgruppen 2) Borgeren oplever symptomer på angst og depression, har kontakt det kommunale beskæftigelsesområde og praktiserende læge, men er ikke tilknyttet behandlingspsykiatrien.

Det vægtes at borgerne har lyst og interesse i at bidrage med erfaringer og viden omkring eget forløb i og på tværs af region/kommune.

Målgruppen af ledere og medarbejdere er alle de kommunale og regionale fagpersoner, som borgeren har mulighed for at få kontakt med i sit forløb omkring beskæftigelse og/eller behandling.

Workshop 1: Der inviteres 20 medarbejdere fra hver af de 3 kommuner/regionen samt 10 borgere fra hvert af de 4 områder.

Ramme og indhold

Der afholdes 2 workshops af hver 1 arbejdsdag (den 3.6 og den 28.9.16).

Projektgruppen er ansvarlig for ramme, indhold og proces, således at de erfaringer og drøftelser der er på workshopdagene kan danne grundlag for udarbejdelse af et fælles nyt forløbsprogram for borgere med angst og depression i relation til beskæftigelsesområdet.

Projektleder, Bente Pedersen, 24.05.16

BILAG 3: Formål og ramme for dialogmøder

Aabenraa, Tønder og Sønderborg Kommune vil gerne sammen med de 3 lokalpsykiatrier invitere til et Dialogmøde.

Møderne er en del af det fælles udviklingsprojekt:

“Rehabilitering og recovery i Sønderjylland – et samarbejdsprojekt om et nyt forløbsprogram for borgere med angst og depression i relation til beskæftigelsesområdet”.

Formål

Undersøge et borger- og medarbejderperspektiv i Aabenraa, Tønder og Sønderborg kommuner jævnfør mål i projektet.

Mål på brugerniveau 2016:

- Borgerne har været inddraget i udarbejdelsen af det nye forløbsprogram (gennem deltagelse på workshops og Dialogmøder)
- På lang sigt en øget grad af borgertilfredshed
 - at borgeren ser muligheder for sig selv på arbejdsmarkedet
 - at borgeren er med til at prioritere mål og tage ejerskab til den fælles plan
 - at borgeren har oplevet sammenhæng i indsatsen

Mål på organisatorisk niveau 2016:

- At medarbejderne vurderer at der er sammenhæng på tværs for borgeren
- Medarbejdere i kommune og region har været inddraget i udarbejdelse af det nye forløbsprogram
- På lang sigt er målet
 - At borgerne opnår øget tilknytning til arbejdsmarkedet
 - At der skal være en fælles handleplan for borgeren
 - Forbedring af overgange på tværs af fagområder, herunder fokus på forbedret

Deltagere

Regionale og kommunale medarbejdere fra projektgruppen i de 3 kommuner afklarer indbyrdes, hvilke borgere, der inviteres til mødet.

Der inviteres 5-6 borgere tilhørende målgruppen for projektet: Borgere i aldersgruppen 30-65 år, som tidligere har haft en mere varig tilknytning til arbejdsmarkedet (min ca 1 år). Borgeren skal være eller har været i sygedagpengeforløb, jobafklaringsforløb eller være aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere

Målgruppe 1) Borgeren er samtidig i målgruppen for behandling for angst og/eller depression i den regionale psykiatri

Målgruppen 2) Borgeren oplever symptomer på angst og depression, har kontakt det kommunale beskæftigelsesområde og praktiserende læge, men er ikke tilknyttet behandlingspsykiatrien.

Det vægtes at borgerne har lyst og interesse i at bidrage med erfaringer og viden omkring eget forløb i og på tværs af region/kommune. Borgeren inviterer de 2-3 fagpersoner fra det kommunale og det regionale område – dem som borgeren oplever relevante ift formålet med Dialogmødet.

Ramme og indhold

Mødet har en tidsramme på 1½ time.

Mødet holdes i de 3 kommuner: Aabenraa, Sønderborg og Tønder. Det aftales i de enkelte områder, om mødet holdes i lokaler i lokalpsykiatrien eller kommunen.

Projektleder Bente Pedersen og projektmedarbejder Mette Hartmann er ansvarlig for processen gennem mødet – at der skabes en tryk og tillidsfuld stemning og at alles bidrag mødes med respekt.

Temaer for mødet er dels afhængigt af deltagernes ønsker og dels afhængig af temaer fra workshops.

Tidspunkter

Tønder den 25/8

Aabenraa den 5/9

Sønderborg den 7/9

Projektleder, Bente Pedersen, den 13.06.16

BILAG 4: Mødeindkaldelse + invitation til planlægningsmøde, side 1/2



Velkommen til planlægningsmøde

Kære

Der er aftalt planlægningsmøde _____ dag, den _____ kl.

Mødet varer ca. 1 time

Vi mødes:

Sted og adresse

I samtalen deltager:

Navn, titel, afdeling, tlf. og mail

Navn, titel, afdeling, tlf. og mail

Navn, titel, afdeling, tlf. og mail

Navn og relation

1/2

Psykiatrien i
Region Syddanmark



Sønderborg

Aabenraa
Kommune



BILAG 4: Mødeindkaldelse + invitation til planlægningsmøde, side 2/2



Velkommen til planlægningsmøde

FORMÅL

Ideen med planlægningsmødet er, at du får mulighed for at sætte ord på, hvordan du oplever din situation, så vi sammen kan udarbejde en plan for dit videre forløb.

Du har mulighed for at give udtryk for, hvad du tænker, du har brug for i forhold til at komme videre.

Se vedlagte Dagsorden.

Såfremt du måtte være forhindret i at møde på ovennævnte tidspunkt, bedes du kontakte:

Kontaktperson og telefonnummer

Med venlig hilsen

Navn

Titel eller afdeling

2/2

Psykatrien i
Region Syddanmark



Sønderborg

Aabenraa
Kommune



Region Syddanmark

BILAG 5: Dagsorden



Dagsorden

Mødeleder:

Deltagere:

1. Skriv borgerens punkt/ønske til dagsorden:

2. Hvilke ønsker har du for fremtiden?

(Herunder din mulighed for at fortælle hvordan du ser din situation og høre om dine mål og tanker for fremtiden i forhold til arbejdsmarkedet)

3. Hvordan fungerer din hverdag?

(Er der fx udfordringer i din hverdag, vi skal være opmærksomme på?)

4. Sundhed?

(Fx brug for støtte til bedre trivsel)

5. Dine forventninger til Lokalpsykiatrien?

(Hvilken støtte vil du gerne have fra Lokalpsykiatrien – er der noget ved din behandling, vi skal tale om?)

6. Dine forventninger til fra Jobcenteret?

(Hvilken støtte vil du gerne have fra Jobcenteret – er der noget, vi skal tale om?)

7. Eventuelt

Psykiatrien i
Region Syddanmark



Sønderborg

Aabenraa
Kommune



Region Syddanmark

BILAG 6: Beslutningsreferat og mine kontakter, side 1/6



Beslutningsreferat fra planlægningsmøde

Dato:

Deltagere:

Dit slutmål for din arbejdssituation eller uddannelse:	Evaluerings (ændringer siden sidst?)

På vej mod målet kan der arbejdes med:

	Delmål	Hvad ønsker du at opnå?	Evaluerings (ændringer siden sidst?)
1			
2			
3			

1/6

Psykiatrien i
Region Syddanmark



Sønderborg

Aabenraa
Kommune



Region Syddanmark

BILAG 6: Beslutningsreferat og mine kontakter, side 2/6



Beslutningsreferat fra planlægningsmøde

Den konkrete plan for de næste 3 måneder:

	Aktivitet og tidsplan	Hvem gør hvad / ansvarlig?	Evaluering (ændringer siden sidst?)
1			
2			
3			

En evt. mentorens rolle	Ændringer siden sidst?

En evt. støttekontaktpersons rolle	Ændringer siden sidst?

2/6

BILAG 6: Beslutningsreferat og mine kontakter, side 3/6



Beslutningsreferat fra planlægningsmøde

Næste gang vi ses, følger vi op på planen (hvornår, hvor, hvem skal med)

Hvornår	Hvor	Hvem

Opsamling (1: meget – 5: slet ikke)

Sæt kryds

I hvilken grad oplever du, at du har overblik over din situation og det videre forløb?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

I hvilken grad oplever du, at du har haft indflydelse på det møde, vi har haft i dag?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

I hvilken grad oplever du, at du har haft indflydelse på det, vi har aftalt?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

I hvilken grad tænker du positivt om dit videre forløb?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3/6

BILAG 6: Beslutningsreferat og mine kontakter, side 4/6



Skema til beslutningsreferat

Emner	Hvad er aftalt	Hvem gør hvad (fx sagsbehandleren, medarbejder fra LPC, borger, mentor er ansvarlig)	Evaluering (ændringer siden sidst?)
1 Hvilke ønsker har du for fremtiden? (Fx hvad vil du gerne der skal ske de næste 3 mdr.? Hvad tænker du selv du kan bidrage med for at få det bedre. Dine mål, ønsker, tanker, bekymringer, spørgsmål eller andre særlige behov vi skal være opmærksomme på?)			
2 Hvordan fungerer din hverdag? (fx familieliv, bolig, økonomi, netværk, fritid)	(fx hjælp til gældsrådgivning, familiestøtte, støttekontaktperson)		
3 Sundhed (fx hvilke skånehensyn har du? Ses behov for behandlingsstøttende tilbud for bedre trivsel fx kost, motion, vejledning i søvn, fysiske gener, smerter, fysiske træning, afspænding, mestring eller andet)	(fx tilbud om træning, hjælp til bedring af søvn, vægtreduktion, rygestop, misbrug).		
4 Hvilken støtte forventer du fra Lokalpsykiatrien? (fx medicin, behandlingsforløb, behandlingsmuligheder)	(fx uddybning af behandling, ændringer i samtaleforløb/hyppighed, medicinering)		
5 Hvilken støtte forventer du fra Jobcenteret? (fx hjælp til at fastholde sit arbejde, praktik, hjælp til at se muligheder på arbejdsmarkedet, uddannelse, viden om ret og pligt, muligheder i lovgivningen)	(fx aftaler om mentor, start i praktik, tilknytte fastholdelseskonsulent til næste møde etc.)		

4/6

BILAG 6: Beslutningsreferat og mine kontakter, side 5/6



Beslutningsreferat fra planlægningsmøde

Mine kontakter:

Jobcenter – sagsbehandler

Navn:	Tlf.:
	Træffetider:
Mail:	

LPC – kontaktperson

Navn:	Tlf.:
	Træffetider:
Mail:	

Kontaktperson – mentor

Navn:	Tlf.:
	Træffetider:
Mail:	

5/6

BILAG 6: Beslutningsreferat og mine kontakter, side 6/6



Beslutningsreferat fra planlægningsmøde

Mine kontakter:

Kontaktperson – pårørende

Navn:	Tlf.:
	Træffetider:
Mail:	

Kontaktperson – fagforening

Navn:	Tlf.:
	Træffetider:
Mail:	

Kontaktperson – læge

Navn:	Tlf.:
	Træffetider:
Mail:	

6/6

BILAG 7: Huskeliste til planlægningsmøde



Huskeliste til jobcentermedarbejder før indkaldelse til planlægningsmøde

- Ideen med planlægningsmødet er, at borgeren får mulighed for at sætte ord på, hvordan han/hun oplever sin situation, så vi sammen kan udarbejde en plan for det videre forløb.
- Borgeren har mulighed for at give udtryk for, hvad han/hun har brug for for at 'komme videre'.
- Spørg borgeren hvem de gerne vil have med udover medarbejder fra LPC og medarbejder fra Jobcenter (fx en ven, pårørende, deres mentor, støttekontaktperson, fagforening osv.).
- Spørg borgeren hvor de ønsker mødet skal holdes (fx i hjemmet, på LPC, på Jobcenteret eller video).
- Spørg borgeren om der er noget, han/hun gerne vil drøfte/have svar på og noter dette som et punkt på dagsordenen.
- Hvis mødet holdes på Jobcenteret – book lokale eller giv besked til evt. LPC om booking af lokale.
- Send invitation til alle deltagere vedhæftet dagsorden senest en uge før mødet.

BILAG 8: Tovholderfunktionen

Beskrivelse af tovholderfunktionen

Formålet med at have tovholdere i Region Syddanmark samt Aabenraa, Haderslev, Tønder og Sønderborg Kommuner er, at have centrale personer, som kan fastholde principperne om samarbejdet og kommunikationen i det udarbejdede forløbsprogram.

De enkelte tovholdere samarbejder med egen ledelse, de andre tovholdere samt den centrale projektleder.

Tovholdernes fokus vil være:

1. At informere kollegaer og afdelinger om forløbsprogrammet
2. At hjælpe kollegaer med at have fokus på, at forløbsprogrammets målgruppe også implementeres i fase 2
3. At hjælpe kollegaer med at have fokus på at afholde planlægningsmøder med borgere og relevante samarbejdsparter
4. At være med til at planlægge rammer og indhold på de to workshops i implementeringsperioden
5. At medvirke til at de gensidige træffetider er relevante og meningsgivende – herunder at afklare hvilke faglige spørgsmål der drøftes og om træffetiden bliver brugt til sparring
6. At sikre nødvendigt datamateriale løbende i processen, så der sikres evaluering og eventuelle justeringer undervejs i implementeringsfasen
7. At opsamle og videreformidle eksempler på god praksis, herunder at bidrage til skrivearbejdet
8. At være med til at skabe gode muligheder for at drøfte anvendelsen af det lærte med ledere og kollegaer
9. At tage medansvar for projektets samlede fremdrift og succes

“

Bare det at bruge hinandens navne frem for titler fremmer samarbejdet.

Medarbejder fra jobcenter, workshop 2

”





Aftale mellem Region Syddanmark og (navn) kommune vedrørende fælles hjælperhold til (patients navn og cpr nummer).

Indledning

Folketinget vedtog den 19. december 2014 Lov nr. 1537 af 27. december 2014 om ændring af sundhedsloven, som vedrører hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens. Lovændringen betød bl.a., at regionsråd og kommunalbestyrelser er forpligtet til at indgå aftaler om fælles hjælperordninger.

Det Administrative Kontaktforum godkendte den 21. september 2016 samarbejdsaftalen om fælles hjælperordninger i Region Syddanmark. Aftalen er udarbejdet af en arbejdsgruppe nedsat af Det Administrative Kontaktforum. Aftalen benævnes herefter samarbejdsaftalen.

Samarbejdsaftalen sikrer ensartethed i ordninger, hvor der er tale om respirationshjælp efter Sundhedslovens § 79, stk. 1 og hjælp efter servicelovens §§ 83, 85, 95 eller 96 samt § 97 såfremt der samtidigt er udmålt hjælp efter § 83. Samarbejdsaftalen gælder også for ordninger, hvor børn har hjælp efter servicelovens § 83 i kraft af henvisningen i servicelovens § 44.

Der er tale om en fælles hjælperordning, når hjælpen i hjemmet til respirationsbehandling og hjælpen i hjemmet efter Serviceloven helt eller delvist kan varetages af de samme personer.

Nærværende aftale er udarbejdet i overensstemmelse med samarbejdsaftalen, idet patienten får respiratorisk overvågning og behandling efter sundhedslovens § 79, stk. 1 og hjælp efter servicelovens (§83/§85/§44, jf. §83).

Kort sygdomsbeskrivelse

(udfyldes med RCS/RCV/RCØ beskrivelse af sygehistorie).

RCS/RCV/RCØs ordination

RCS/RCV/RCØ har ordineret (faglært eller ufaglært hold, samt antal timer.) Region Syddanmark har i henhold til rammeaftalen på området indgået en samarbejdsaftale medkommune.

Levering af hjælperhold til patienten varetages afkommune/bureau

Kommunens visitation

Kommunen har visiteret hjælp efter lov om social service - jf. bilag A.

Opgaver omfattet af nærværende aftale

De respiratoriske opgaver har altid første prioritet i hjælperordningen. Herudover skal hjælperne udføre de i bilag A oplistede kommunalt visiterede opgaver. En kommunal visiteret opgave vil ikke kunne udføres af en hjælper, såfremt den findes uforenelig med den respiratoriske opgave. Skønner hjælperen i et konkret tilfælde, at en kommunal opgave og den respiratoriske opgave er uforenelig, skal dette indberettes til den instans, hvor hjælperne er ansat.

Hjælperne skal således udføre de opgaver, som er forbundet med den respiratoriske overvågning og behandling, samt udføre de opgaver, som er oplistet i bilag A. Hjælperne skal ikke udføre andre opgaver i hjemmet.

Generelle bemærkninger om ansvarsfordelingen

Respirationscenter Syd/Vest/Øst har det lægelige ansvar for den respiratoriske behandling, som er en højt specialiseret sygehusfunktion. Respirationsbehandling er en lægeforbeholdt virksomhed, som kan delegeres til en medhjælp. Uanset respirationshjælpernes ansættelsesforhold er det de ansvarlige læger på RCS/RCV/RCØ, der har det sundhedsfaglige ansvar for respirationsbehandling, der ydes i patientens hjem. Respirationscenteret har pligt til at udvælge, instruere, oplære og føre tilsyn med respirationshjælperne. Når den respiratoriske hjælper skal udføre opgaver efter servicelovens bestemmelser, skal RCS/RCV/RCØ forinden vurdere, om disse opgaver er forenelige med den respiratoriske overvågning og behandling.

Kommunerne har tilsynsforpligtelsen i forhold til, at de visiterede ydelser efter serviceloven ydes i henhold til visiteringen og med den fornødne kvalitet. Kommunerne har endvidere tilsynsforpligtelsen for de kommunale ydelser, som er visiteret efter sundhedsloven (f.eks. sondeernæring, sårpleje og medicingivning), jf. evt. bilag B.

Det er kommunen, som i det konkrete tilfælde udmåler eller visiterer opgaver efter serviceloven til den enkelte respirationsbruger. Denne udmåling eller visitation kaldes noget forskelligt i de enkelte kommuner. I denne aftale benyttes ordet "opgavebeskrivelse", således at det dækker over alle de forskellige måder, man i kommunerne beskriver de opgaver, som man har vurderet, der skal udføres efter servicelovens § 83, § 85, § 44, jf. § 83, 95 eller 96 samt § 97 såfremt der samtidigt er udmålt hjælp efter § 83, til den enkelte respirationsbruger. Dette sker typisk i form af en leverandørmeddelelse.

Opgavebeskrivelsen skal forefindes i hjemmet tilgængelig for alle hjælpere, således at både hjælperne og patienten er klar over, hvilke opgaver der forventes varetaget af den fælles hjælper. Herunder skal der i hjemmet foreligge en beskrivelse af, hvordan de enkelte opgaver skal udføres. Det er kommunens ansvar at instruere hjælperne i de kommunale opgaver. Sker der ændringer i kommunens visitering/udmåling, skal ændringerne sendes til Region Syddanmark, som hurtigst muligt foranlediger RCS/RCV/RCØs forenelighedsgodkendelse samt evt. ændring i aftalen, og kommunen sørger for at opgavebeskrivelserne i patientens hjem rettes i overensstemmelse hermed.

Kommunen skal foretage instruktion af hjælperne i disse nye opgaver/ændringer.

Der afholdes et fælles opfølgingsbesøg i hjemmet ca. 1 måned efter patientens udskrivelse fra respirationscentret.

Andre generelle bemærkninger

I de kontrakter Region Syddanmark har indgået, er det en del af aftalen, at det pågældende hjælperbureau/kommunal hjemmepleje, der er arbejdsgiver for hjælperordningen, også har forsyningsforpligtelsen, og i relation hertil skal sørge for kompetente vikarer i tilfælde af fravær af de faste hjælpere.

Såfremt der bliver brug for en vikar, som ikke er en del af hjælperholdet, skal hjælperbureau/kommunal hjemmepleje forsøge at finde en vikar fra deres eget vikarkorps, som udover at kunne de respiratoriske opgaver også er i stand og oplært til at varetage de kommunale opgaver i hjemmet.

Derudover gælder det, at såfremt det ikke er muligt for hjælperbureau/kommunal hjemmepleje at finde en sådan vikar, skal det kontakte kommunen, som herefter sender en af deres personaler til at udføre de kommunale opgaver. I sådanne tilfælde indgår udgiften til vikardækningen i den fælles finansieringsnøgle. Kommunen kan i sådanne tilfælde kontaktes på telefonnummer: xx

Udgiftsfordeling og betaling

Samarbejdsaftalen indebærer, at regionen afholder 67 % af de samlede udgifter til fælles hjælperordninger, og kommunerne afholder 33 % af de samlede udgifter.

Regionen/kommunen afholder de løbende udgifter, og sender elektronisk faktura samt fornøden dokumentation til kommunen/regionen. Afregning sker kvartalsvis bagudrettet. Der kan efterfølgende ske korrektioner f.eks. i forbindelse med længerevarende indlæggelser, ophør af behandling og flytning.

Kommunens faktureringsafdeling: xx

Kommunens EAN nummer: xx

Regionens faktureringsafdeling: xx

Regions Syddanmarks EAN nummer: 5798002230291

Kontaktoplysninger

Kommunen: Kontaktperson, Tlf. og mail

Regions Syddanmark: Kontaktperson, Tlf. og mail

Ændringer

Ændringer af indholdet (udvidelse eller indskrænkninger) i denne aftale kan kun ske skriftligt og efter drøftelse mellem kommunen og Region Syddanmark. Ændringer skal vedlægges som bilag til nærværende aftale.

Ikrafttrædelse og overgangsbestemmelser

Denne aftale træder i kraft den (dato).

Dato:

Dato:

Underskrift og stempel fra kommunen

Underskrift og stempel fra Regionen

Eksempel på Bilag A

Det er aftalt, at de respiratoriske hjælpere skal udføre følgende kommunale opgaver:

- Forflytninger
- Personlig pleje, herunder tandbørstning
- Af-og påklædning
- Bad
- Vendinger og lejringer
- Toiletbesøg
- Hjælp til brug af kolbe
- Tilberedning af mad og oprydning herefter
- Skære mad ud og hjælpe med indtagelse
- Hjælp til indtagelse af drikke
- Vaske tøj
- Ledsagelse
- Andet

Det bemærkes, at alle opgaver som udgangspunkt skal ske inden for syns- og høreafstand.

Såfremt der er undtagelser til dette (via et fornyet samtykke givet overfor **RCS/RCV/RCØ**), skal opdateret kopi af dette ligge tilgængeligt i hjemmet.

Det bemærkes for så vidt angår økonomien, at udgifter til det fælles hjælperhold alene omfatter hjælperlønninger, arbejdsgiver forsikring, oplæring, sygdom, personalemøder, og MUS samtaler. Udgifter til rejser, ferier, vaskeordning, sæbe, wc- papir, koncertbilletter og lignende indgår ikke i den fælles ordning, men afholdes alene af borgeren. Evt. ansøgning om hjælp til merudgifter rettes til kommunen.

Regionen udbetaler el-tilskud i forbindelse med behandlingsapparat i borgerens eget hjem.

Bilag B

Kommunen kan visitere opgaver efter sundhedslovens § 138, som de respiratoriske hjælpere også skal udføre. Såfremt der er visiteret hjælp efter sundhedslovens § 138 af kommunen kan denne hjælp delegeres til den enkelte respiratorhjælper.

Der skal forelægge skriftlig instruks herom i hjemmet. Kommunen er ansvarlig herfor.

I nærværende aftale **er der/ er der ikke** visiteret sådanne ydelser af kommunen, som de respiratoriske hjælpere skal lave.

Bilag C

Samtykkeerklæring

Bilag D

Andet (f.eks. tjeklisten findes dog kun for patienter tilknyttet RCS)



Bilag 1: Overblik over løsninger

Handleplan vedr. video

Kommuner:

Skype for Business

- Billund
- Vejen
- Assens
- Fredericia
- Vejle
- Odense
- Middelfart
- Esbjerg
- Kolding

Regionen:

Regionens videoanvendelse er baseret på Ciscos løsninger. Dette gælder både videoklienter på mobilt udstyr samt bestykning af møderum. Anvendte modeller kan variere i forhold til hvor gammelt/nyt udstyret er.

Almen Praksis:

Regionen stiller udstyr til rådighed for almenpraksis. Halvdelen af de praktiserende læger i Region Syddanmark, har allerede fået installeret videoudstyr, som fremadrettet baseres på MedComs videoløsning (Pexip).

Cisco (Jabber & Tandberg)

- Billund
- Varde
- Nordfyn
- Nyborg
- Aabenraa
- Vejle
- Haderslev

SCOPIA:

- Haderslev

Pexip/Medcom

- Odense
- Nordfyn
- Kolding
- Odense
- Middelfart

KMD VIVA

- Nyborg

Appinix

- Kolding
- Middelfart

LifeSize

- Fanø

V-konf

- Langeland

Bruger ikke video

- Sønderborg



Bilag 2:Hovedscenarier for anvendelse af tværsektoriel video med varianter

Handleplan vedr. video

Hovedscenarie	Varianter	Udfordringer
Sygehus <-> kommune	V0 Patient deltager ikke	
	V1 Patient deltager på sygehus eller i kommune	
	V2 Patient deltager hjemme	
	V3 Pårørende deltager	
	V4 Praksis deltager	
Sygehus <-> praksis	V0 Patient deltager fra hjemmet	
	V1 Patient deltager ikke	
	V2 Patient deltager fra Sundhedsklinik (<i>Ærø arbejder meget med dette i forhold til HIV patienter i samme med OUH</i>)	
Kommune <-> praksis	V0 Patient deltager ikke	
	V1 Patient deltager hjemme, fra sygehus eller praksis	
	V2 Patient deltager i praksis	
	V3 Inddragelse af speciallæger	
Kommune <-> kommune	V0 Intern fx kan der være flere støttepersoner i borgers eget hjem	
	V1 Eksterne (mellem kommuner) fx myndighed til behandler, eller hvis kommuner har borgere på institutioner i andre kommuner	
Tolkeservice	V0 Sygehus	
	V1 Praksis	
	V2 Kommune	
Eksterne samarbejdspartnere	V0 ved operationer fx kontakt til udlandet (bruges meget på Bornholm)	
Praksis<->praksis	V0 Flere behandlere involveret, fx speciallæger (fx hudlæge)	
Sygehus <-> sygehus	V0 Faglig sparring eller behov for specialistviden	
Sundhedshuse	V0 Borger kommer og bruger udstyr hvis de ikke selv har eller har dækning i hjemmet	

Bilag 3: Overblik over identificerede barrierer og mulige løsninger

Handleplan vedr. video

Kategori	Udfordringer	Løsninger
Udstyr	Hvem har ansvar for afklaring af om borgeren har det relevante udstyr	Meget vigtigt at have klare nedskrevne aftaler om, hvem der gør hvad. Hvem har ansvaret for at borgeren er informeret om brugen af video. Aftalerne skal knyttes til en form for forløbsskabeloner.
	Ved brug af borgers eget udstyr – ukendt udstyr skaber ofte tekniske udfordringer	Være klædt på som medarbejdere til at kunne klare mindre tekniske udfordringer. Hvis der er udfordringer – kan anvendes IT-arbejdsgruppe, der kan træde til – det er vigtigt, at medarbejderne på tværs af sektorerne kender til hinanden, hvilket skaber en bedre dialog. Oplæring af brugerne af udstyret – de bliver ført igennem en række udfordringer, der klæder dem på.
	Medarbejderne skal finde ud af hvilken hardware der skal bruges	Det skal ikke være svært for dem. Hvis der ikke er adgang til det store udstyr, så kan andre former for udstyr anvendes. Vejledning hertil.
	Størrelse på tolkeskærm (for lille)	Afklaring af mindstekrav i forhold til det udstyr, der anvendes.
	Kvalitet er vigtig, men ordentlig videokonferenceudstyr er dyrt	Ressourcespørgsmål hos de enkelte parter.
	Der mangler overblik over, hvilket udstyr der er tilgængeligt. (Eksisterende skærme fx fjernsyn kan ikke bruges til videoopkald).	Oversigt over parters mulighed for at indgå i videoløsninger.
	Kvalitet på billede og lyd	Krav til udstyr – mulighed for at man på forhånd kan tjekke udstyret, hvilket kan være med til at give en bedre oplevelse. Ex. Mit Forløb. Have en plan B.
System	Stort set alle bruger noget forskelligt	Anvendelse af virtuelle møderum, der medierer med det tekniske udstyr hos brugerne.
	Ofte ikke sammenspil i løsningerne	Virtuelt møderum – MedCom løsning. Det nationale knudepunkt.
	Manglende internetdækning (hos borgeren) i yderområder/ landdistrikter	Skabe overblik over, hvor "de sorte huller" er i yderområder/landdistrikter.
	Manglende internet adgang (på sygehusene)	Der skal være adgang til en port på de enkelte stuer/samtalerum eller lign. på sygehusene, hvis ikke der bruges trådløst internet. Dette skal så fungere og der skal være nok accespoints. LAN stik skal findes velplaceret på alle sygehusstuer.

	Brugervenlighed	Vejledning/træning i brug af udstyr.
	Login vs ikke login	
	Nr. identifikation – der mangler en opkaldsliste	Skabe overblik over mulighed for opkald til de involverede parter.
Support	Hvem supporterer hvad (Region/Kommune, fælles/lokalt)	Den der initierer opkaldet er ansvarlig. Deltagerne skal være klædt på i forhold til mindre tekniske udfordringer.
	Hotline?	Hvis der på andre områder etableres fælles borgerrettet support bør support tænkes ind i forhold til anvendelse af video.
	Hvem har ansvar for support til borger/patient	Det er den, der initierer opkaldet. Ansvaret skal indarbejdes i aftaler.
Logistik	Hvem booker og hvordan bookes	På kort sigt indgår det i aftaler omkring forløbene. Det kan være en udfordring at planlægge tværsektorielle møder.
	Hvor skal videoopkald foregå – er der lokaler til det?	Skabe overblik over de lokaliteter, der er mulige at anvende.
	Adgang til udstyr (hvor ligger videorum)	Skabe overblik over de lokaliteter, der er mulige at anvende.
Sikkerhed	Den nye persondataforordning (GDPR)	Info kan indskrives i vejledningsmateriale.
	Ikke tillid blandt medarbejderne til sikkerheden – er linjen krypteret?	Info omkring, hvilke løsninger, de er sikre at anvende til video.
	Firewall kan give problemer	Inddragelse af teknisk support.
	Installation af Exe-fil	
	Pårørende skal inviteres via e-boks – pårørendes CPR-nr. er ikke kendt = ikke muligt	Aftales med borger i forbindelse med samtykke.
Ressourcer	Tidsforbrug hos personalet (det tager lang tid)	Fokus på at se nye muligheder for samarbejde samt fokus på vejledning/information, der gør brugerne mere trygge ved anvendelse af video.
	Ressourcer til implementering undervurderes	Fokus på ledelsesopbakning, patientperspektivet og den samlede tværsektorielle ressourceoptimering.
Kompetencer	Hos borger/patient	Oplæring/vejledning.
	Hos medarbejder	Oplæring/vejledning.
	Kendskab til udstyr	Oplæring/vejledning.

	Medarbejdere skal være uddannet til videoopkald	Oplæring/vejledning.
	Hvordan agerer man under videoopkald (sidde midt i billedet, se ind i kameraet for at have øjenkontakt med borger osv.)	Oplæring/vejledning.
	Manglende videndeling – alle starter forfra i stedet for at bruge hinandens kompetencer	Fokus på tværsektorielt samarbejde, hvor der er mulighed for vidensdeling.
Kultur	Barriere mod teknik og det ukendte	Fokus på implementeringsprocessen.
	Ny måde at arbejde på	Fokus på implementeringsprocessen.
	Nogle medarbejdere vil gerne, andre vil ikke (både internt og eksternt)	Fokus på implementeringsprocessen. Der skal være ledelsesopbakning. Indgå aftaler med udgangspunkt i LEON-princippet.
Økonomi	Finansiering – hvem betaler	Regionen har stillet udstyr til rådighed i almen praksis.
	Takstlovgivningen	Der skal laves taksering på videoopkald.

Handleplan for tværsektoriel anvendelse af videokommunikation

Baggrund

På møde i Det Administrative Kontaktforum den 23. november 2016 blev der gennemført en temadrøftelse vedr. it-understøttelsen af den tværsektorielle kommunikation. På denne baggrund fik Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin i opdrag at "beskrive konkrete, faglige områder, hvor man har et ønske om eller behov for øget deling af informationer, som kan gøres lettere af IT-understøttelse".

Følgegruppen udsendte på denne baggrund et spørgeskema til besvarelse af SOF'er og PSOF'er og deres respektive implementeringsgrupper med henblik på indhentning af forslag til initiativer til en øget digitalisering. Følgegruppen modtog i den forbindelse 35 besvarelser, som dækkede over en række emner.

På baggrund heraf blev foretaget en kategorisering af besvarelserne i et samlet katalog, der efterfølgende blev behandlet på en workshop. På workshoppen deltog der repræsentanter fra både kommuner og region fra de respektive samordningsfora samt repræsentanter fra forskellige forvaltningsenheder. Deltagerne formulerede, med udgangspunkt i de fremsendte forslag, seks indsatsområder med det mål at skabe bedre digitaliseret understøttelse af sundhedssamarbejdet. De seks indsatsområder omhandlede følgende:

1. Tværsektoriel anvendelse af video
2. Tværsektoriel datadeling
3. Datadeling på telemedicinsk platform
4. Fælles standarder for deling af data mellem fagsystemer
5. Fælles standarder for borgeropsamlet data mellem fagsystemer
6. Organisatorisk implementering af videndeling

På møde i Det Administrative Kontaktforum 22. juni 2017 blev de seks indsatsområder til øget digitalisering drøftet, og det blev besluttet hvilket af de ovenstående indsatsområder, der skulle arbejdes videre med. Det drejede sig dels om indsatsområdet vedrørende anvendelse af video og dels indsatsområdet om organisatorisk implementering og videndeling. Indsatsområdet vedrørende den organisatoriske implementering blev lagt ud til de lokale samordningsfora og videndelingsdelen skulle varetages af Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin.

I forhold til de øvrige fire indsatsområder var der en forventning om, at disse kunne løses i regi af andre projekter og initiativer på nationalt plan og er derfor ikke blevet prioriteret i denne omgang. Således er Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin blevet bedt om at udarbejde et kortfattet, konkret forslag til handlingsplan til et kommende møde i Det Administrative Kontaktforum omhandlende de to udvalgte indsatsområder.

Hvad angår indsatsområdet vedrørende tværsektoriel anvendelse af video, er der indledningsvist blevet gennemført en afdækning af tilgængelige tekniske løsninger i kommunerne (bilag 1). Afdækningen viser, at der i 16 ud af regionens 22 kommuner anvendes 8 forskellige tekniske videoløsninger. Med afsæt heri er der blevet nedsat en arbejdsgruppe, hvor videoløsningerne i størst muligt omfang er repræsenteret.

Arbejdsgruppen er således sammensat af følgende medlemmer:

Dorte Dræby Ladegaard, Sygehus Lillebælt
Trine Ungermann Fredskild, Sygehus Sønderjylland
Heidi Bjelke Bendtson, Sydvestjysk Sygehus
Hans Paulsen, Regional IT



Amalie Søgaard Nielsen, Telepsykiatrisk Center
Peder Illum, MedCom
Käte Letholm Skaarup, Kolding Kommune
Agnete Steffensen, Fanø Kommune
Anne Dyrberg, Vejle Kommune
Lenike Gilhøj Vemmelund, Praksis, Region Syddanmark
Anita Lerche, Praksis, Region Syddanmark
Cæcilie Lumby, Fælleskommunalt Sundhedssekretariat
Eva Lund, OUH
Peter Skau, Haderslev Kommune
Jesper Hollegaard, OUH, Klinisk IT
Claus Terkelsen, Syddansk Sundhedsinnovation
Tine Kongsted Eefsen, Syddansk Sundhedsinnovation
Svend Holm Henriksen, Syddansk Sundhedsinnovation
Trine Pagaard Clausen, Esbjerg Kommune

Beslutning vedrørende sammensætning af arbejdsgruppen er truffet ud fra, hvad videoløsningen bruges til. Således er der i denne arbejdsgruppe fokus på den tværsektorielle kontakt.

Arbejdsgruppen har overordnet haft til opgave at beskrive løsninger til de udfordringer, som identificeres og på den baggrund udarbejde forslag til en handleplan. Arbejdsgruppen er derfor blevet inviteret til at deltage i 3 workshops, der er gennemført i marts og april måned 2018. Dagsordener for de enkelte workshops har været som følger:

1. workshop: Identifikation af tværsektorielle brugsscenarier (bilag 2) og identifikation af udfordringer for tværsektoriel anvendelse af video.

2. workshop: Opsamling på de identificerede scenarier, gennemgang af identificerede udfordringer og identifikation af løsningsforslag/tiltag ift. udfordringerne (bilag 3).

3. workshop: Gennemgang og kvalificering af løsningsforslag og drøftelse af indhold/forslag til Handleplan for tværsektoriel anvendelse af video.

Med udgangspunkt i arbejdsgruppens drøftelser vedr. både udfordringer og løsningsforslag, er der blevet udarbejdet en handleplan, som indeholder fire forskellige spor med overskrifterne; best practice, infrastruktur og udstyr, kompetenceudvikling og vedligeholdelse og support. Herunder er indskrevet arbejdsgruppens anbefalinger og de leverancer, som følger af anbefalingerne. Endelig er udarbejdet en tidsplan for, hvornår arbejdsgruppen forventer at leverancen kan gennemføres.

Spor 1: Best practice:

Det er arbejdsgruppens anbefalinger, at organiseringen omkring et videomøde bliver gjort tydelig, specielt i forhold til ansvar og aftaler. Der kan med fordel tænkes på tværs af sektorer, så de rette ressourcer udnyttes, så alle ikke behøver starte helt forfra i processen. Opfordring til gøre brug af hinandens erfaringer, for at sikre en kollektiv erfaringsopsamling, der gør det lettere at anvende video på tværs af sektorer.

Arbejdsgruppen ligger vægt på at brugen af video fortsat bør være et tilbud og ikke et krav, parterne skal have et reelt behov for brug af video. Der skal være fokus på at anvende video i allerede eksisterende samarbejder, da det her kan være nemmere at implementere.

Leverancer:

- Beskrivelse og vejledning i forhold til ageren af mødedeltagere i et videomøde
- Beskrivelse af usecases, på baggrund af allerede definerede scenarier
- Udarbejde en grafisk og visuel vejledning over hvordan et videomøde foregår
- Udarbejde en struktur for videndeling og forslag til hvordan dette bedst foregår på tværs af sektorer

Spor 2: Infrastruktur og udstyr

Det er arbejdsgruppens anbefalinger, at der er stort fokus og opmærksomhed på infrastrukturen ved nybyggeri og renovering, så der på alle sygehusstuer er et velplaceret LAN stik som ikke kan dispatthes. Dette gælder også på plejecentre, i praksis osv. Det er vigtigt, at denne indgang altid er åben. Ved trådløst netværk, skal der være nok accesspoints tilgængeligt, så der er god dækning alle steder.

Arbejdsgruppen ligger vægt på, at man får den bedste forbindelse ved at bruge dedikeret udstyr, men opfordrer til at man bruger det man har tilgængeligt. Der er opmærksomhed på, at hvis udstyret ikke fungerer, vil medarbejderne ikke bruge video som første valg. Det skal være lettilgængeligt og virke hver gang.

Arbejdsgruppen anbefaler brugen af virtuelle møderum, også ved en-til-en samtaler.

Leverancer:

- Kortlægning af kommuners adgang til virtuelle møderum
- Kortlægning af kommunale og regionale videostrategier
- Udarbejde anbefalinger i forhold til udstyr

Spor 3: Kompetenceudvikling og vedligeholdelse

Det er arbejdsgruppens anbefalinger, at kompetenceudvikling foregår i form af færdighedstræning ud fra egne behov og egne cases. Det anbefales at denne træning sker på tværs af sektorer, for at udnytte eksisterende ressourcer.

Arbejdsgruppen ligger vægt på, at det er vigtigt at få delt den gode historie, så den kan inspirere i hele regionen. Her kan man med fordel tænke medier som "Sund i Syd" ind.

Arbejdsgruppen anbefaler også, at der på hver afdeling udnævnes ambassadører, som kan hjælpe medarbejderne lokalt. Ordet ambassadør er brugt frem for superbruger, da ambassadør fremstår mere positivt.

Leverancer:

- Udarbejde et ide- og inspirationskatalog til tværsektoriel anvendelse af video – evt. ud fra de usecases der er beskrevet under spor 1.
- Beskrivelse af en generel plan for kompetenceudvikling og vedligeholdelse
- Beskrivelse af hvordan man kan stimulere til brug af video, med udgangspunkt i den syddanske forbedringsmodel

Spor 4: Support

Det er arbejdsgruppens anbefalinger, at vejen til support skal være nem og tilgængelig. Der skal være en klar retning for, hvordan den enkelte får support, både som borger og som medarbejder. Dette bør så vidt muligt være ens i hele regionen. Arbejdsgruppen ser en fordel i, at stræbe efter en fælles supportfunktion i Region Syddanmark, evt. i klyngesamarbejder eller i regi af SOF.

Arbejdsgruppen ligger vægt på, at borgerne skal have klare support retningslinjer, så det fx ikke bliver almen praksis der skal kontaktes for support.

Leverancer:

1. Udarbejde et forslag for support til medarbejdere, borgere og patienter
2. Kortlægning af muligheder for en fælles supportfunktion, evt. i klyngesamarbejder eller i regi af SOF.

Tidsplan og videre proces

På baggrund af de opstillede leverancer, der er fremkommet under de fire spor, er der udarbejdet en tidsplan med løbende deadlines i nedenstående oversigt. Tidsplanen skal give et overblik over den videre proces for opfyldelsen af leverancerne. Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin anbefaler i forbindelse med den videre proces, at der nedsættes en arbejdsgruppe, under hvert spor, til at behandle leverancerne. Arbejdsgrupperne bør bestå af repræsentanter fra både kommune, region og almen praksis. Det er vigtigt at repræsentanterne har ideer, viden og grundlag til at byde ind til det enkelte spor.

Arbejdsgruppen, der har deltaget i det foregående arbejde forud for udarbejdelse af handleplanen, har stor viden og interesse indenfor området omkring video og er i perioden kommet med flere konkrete forslag. Flere arbejder allerede med nogle af leverancerne lokalt, og de bør derfor tænkes ind i det videre arbejde med handleplanerne vedr. video.

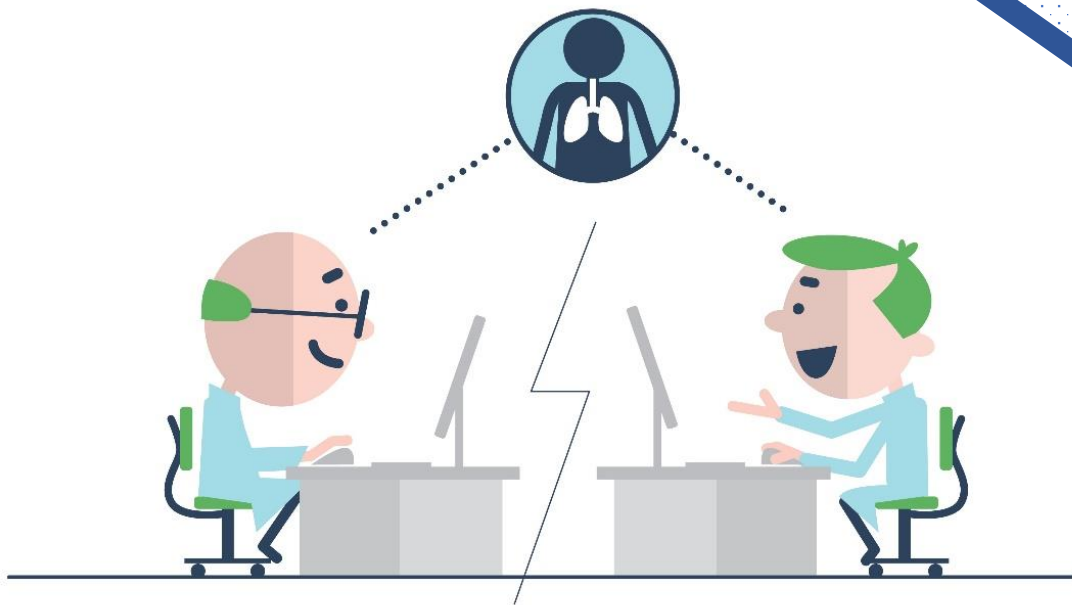
Som det fremgår af oversigten, lægges der op til at sammensætningen af de enkelte arbejdsgrupper finder sted inden sommeren 2018. Hermed forventes den videre proces med leverancerne at kunne påbegynde i anden halvdel af 2018. Arbejdsgrupperne forventes at afslutte arbejdet i 3. kvartal 2018, hvor følgegruppesekretariatet samler leverancerne, som præsenteres kort i en vejledende anbefaling i forhold til tværsektoriel anvendelse af video.

Forløb	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov
Godkendelse på DAK møde 14/5	◆						
Sammensætning af arbejdsgrupper 28/5-11/6							
Første møde i arbejdsgrupperne i uge 26							
Arbejdsgrupperne arbejder med leverancerne							
Indlevering af materiale til Følgegruppen senest 1/10						◆	
Følgegruppen behandler materiale og forbereder sagsfremstilling til DAK							
Indsendelse af dagsordenspunkter til DAK 24/10							◆
Præsentation og behandling på DAK mødet 19/11							◆



◆ *Indikerer en eksakt dato – er noteret under forløb*

FÆLLES UDBUD AF TELEMEDICIN EN PIXIBOG OM FUT



INDHOLD

Forord

s. 1-2

Hvad er FUT?

s. 3-4

Borger- og medarbejderløsninger

s. 5-6

Gevinster ved en fælles infrastruktur

s. 7-8

Gevinster ved brugervenlige løsninger

s. 9-10

Et fælles samarbejde

s. 11-12

Bestilling


s. 13-14

Tidsplan

s. 15-16

Kontakt og mere information

s. 17-18



April 2018

Illustrationer i folderen er venligst udlånt af MedCom.

ET STYKKE DIGITAL DANMARKSHISTORIE

I Danmark ønsker vi, at alle borgere med KOL kommer til at opleve en større tryghed og fleksibilitet i behandlingen, færre indlæggelser – og en øget livskvalitet. Derfor blev det i økonomiaftalen for 2016 vedtaget, at udbrede telemedicin til borgere med KOL i hele landet.

For et år siden gik alle landets kommuner og regioner sammen om at skabe fundamentet for en fælles telemedicinsk infrastruktur og it-løsninger til borgere med KOL og sundhedsfaglige medarbejdere.

I styregruppen er vi meget stolte over, at det er lykket at skabe national opbakning til projektet. Vi har taget et skridt ind i fremtiden, der er med til at placere Danmark i førerfeltet på det telemedicinske område.

Men vi starter ikke fra bunden. Vi bygger videre på de seneste 10 års erfaringer fra telemedicinske pilotprojekter. Det har givet os værdifuld viden, der gør os i stand til at udvikle fremtidens motorvejsnet for telemedicinske løsninger.

På sigt kan motorvejsnettet understøtte en hurtigere udrulning af telemedicinske løsninger indenfor andre sygdomsområder. Det vil styrke sammenhængen og samarbejdet på tværs af hele sundhedssektoren.

Vi glæder os til det videre samarbejde.

God læselyst.

Med venlig hilsen
Styregruppen for Fælles Udbud af Telemedicin (FUT)

Mette Harbo, digitaliseringschef, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune (kommunal formand), **Christian Boel**, koncerndirektør, Region Midtjylland (regional formand), **Arne Nikolajsen**, direktør, Sundhed & Omsorg, Esbjerg Kommune, **Per Buchwaldt**, it-direktør, Region Sjælland, **Anders Brahm**, afdelingschef, Sundhedsdatastyrelsen og **Niels Ulrich Holm**, næstformand, PLO

HVAD ER FUT?

Fælles Udbud af Telemedicin (FUT) er den organisation, der på vegne af landets 98 kommuner og 5 regioner gennemfører udbudsprocessen for henholdsvis telemedicinsk infrastruktur og it-løsninger.

Udbuddene skal munde ud i rammeaftaler med leverandører, som kommuner og regioner kan anvende til indkøb. FUT foretager altså ikke selve indkøbene, men skaber forudsætningerne.

TO UDBUD

FUT gennemfører to udbud, der kører parallelt. Udbud 1 dækker én fælles telemedicinsk infrastruktur, mens udbud 2 er et samlet udbud af både borgerløsninger og medarbejderløsninger til telemedicin. Begge udbud er i første omgang målrettet borgere med KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom).

I DRIFT FRA 2019

Målet er, at kommuner og regioner fra 2019 skal kunne tilbyde telemedicinsk hjemmemonitorering til udvalgte borgere med KOL i hele landet. Det er aftalt i både kommunernes og regionernes økonomiaftaler med staten for 2016.

HVAD ER EN TELEMEDICINSK INFRASTRUKTUR?

En telemedicinsk infrastruktur er en landsdækkende platform, som binder de borgerrettede og de medarbejderrettede telemedicinske løsninger sammen, så de understøtter et samlet behandlingsforløb.

Den fælles telemedicinske infrastruktur kan forstås som et motorvejsnet, der kan bruges af alle telemedicinske løsninger, på tværs af sektorer og sundhedsfaglige aktører.

GENBRUG

I første omgang skal infrastrukturen anvendes til telemedicinsk hjemmemonitorering på KOL-området.

Tanken er, at den skal kunne anvendes til telemedicinske tilbud på andre sygdomsområder fremover.

BORGERLØSNINGER

De telemedicinske borgerløsninger gør det nemmere for borgere med KOL at tage aktiv del i egen behandling. Løsningerne gør det muligt for borgeren at foretage målinger, fx af puls, vægt og iltmætning i eget hjem. Det giver mere tryghed, færre sygehusbesøg og større sygdomsindsigt.

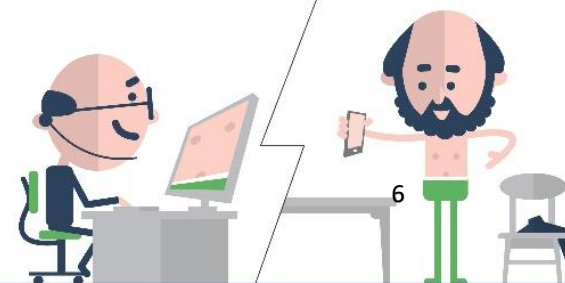
Målingerne sendes til det sundhedsfaglige personale, der løbende følger borgerens tilstand. Borgeren kan også selv følge med i sin egen tilstand via hjemmemonitorering. Det er også muligt at tilkøbe en videooption, så borgeren kan tilbydes videokonsultation med det sundhedsfaglige personale.



MEDARBEJDERLØSNINGER

De telemedicinske medarbejderløsninger gør det nemmere for sundhedsfaglige medarbejdere at monitorere borgere med KOL. Løsningerne er tilpasset de kliniske arbejdsgange og giver et samlet overblik over borgere i telemedicinsk hjemmemonitorering

Ved hjælp af it-løsningerne kan den sundhedsfaglige kommunikere med borgeren og nemt og sikkert få adgang til borgerens målinger og svar på spørgeskemaer.



GEVINSTER VED DEN FÆLLES TELEMEDICINSKE INFRASTRUKTUR

Den fælles telemedicinske infrastruktur skaber sammenhæng mellem telesundhedsløsninger både lokalt i kommunerne, regionalt og nationalt. En af de helt store fordele er, at infrastrukturen kun skal bygges én gang, hvorefter den kan anvendes til alle former for telemedicinske tilbud i hele landet.

Den telemedicinske infrastruktur understøtter mange forskellige elementer i kommunikationen på tværs af kommuner og hospitaler, så borgere oplever et sammenhængende forløb, uanset hvilken sektor der har monitorerings- og behandlingsansvaret.

FRA KOL TIL SÅRVURDERING

Infrastrukturen udvikles, så den også kan danne fundament for telemedicinske løsninger til andre sygdomsområder. Det kan fx være diabetes, gravide med komplikationer eller telemedicinsk sårvurdering.

Gevinster ved en fælles telemedicinsk infrastruktur er bl.a.:

- Den telemedicinske infrastruktur gør det lettere at sikre sammenhængen i de systemer, der bruges i behandling, pleje og omsorg. Det skaber et fundament for god kommunikation mellem sundhedspersonale og borgere
- Forskellige it-løsninger kan kobles på infrastrukturen. Fx kan der vælges mellem flere forskellige leverandører af medarbejder- og borgerløsningerne.
- Behandling og monitorering afbrydes ikke, selvom borgeren flytter kommune eller tager på ferie, hvilket sikrer stabilitet i forløbet
- Understøtter samarbejde på tværs af kommuner, regioner og sektorer. Det sikrer en sammenhængende indsats, som har borgeren i centrum
- Understøtter et nært og tæt samarbejdende sundhedsvæsen.

GEVINSTER VED DE TELEMEDICINSKE LØSNINGER

De telemedicinske it-løsninger til medarbejdere og borgere udvikles, så de bygger ovenpå den fælles telemedicinske infrastruktur. Løsningerne bliver dynamiske og fleksible, så de nemt kan tilpasses behovene hos de enkelte borgere, kommuner og regioner.

- Løsningerne kan let videreudvikles, så de kan tilpasses nye behov
- Løsningerne er designet, så de relativt enkelt og fleksibelt kan understøtte brug af nyt måleudstyr
- Løsningerne er designet, så de i samspil med infrastrukturen behandler borgernes personoplysninger og sundhedsdata sikkert
- Infrastrukturen og løsningerne tilbyder stabil drift, der er let tilgængelig og som fleksibelt kan tilpasses antallet af brugere
- Udbuddet understøtter en flerleverandørstrategi, så kommuner og regioner kan vælge den rette leverandør på rammeaftalen, som passer til netop deres behov.

EKSISTERENDE LØSNINGER KAN FORTSAT ANVENDES

Som udgangspunkt kan alle telemedicinske løsninger fremover benyttes.

Siloløsninger, hvor data ikke skal deles på tværs af sektorer eller systemer, kan fortsætte som hidtil. Det kan fx være lokale it-løsninger til selvhjælp eller forebyggelse.

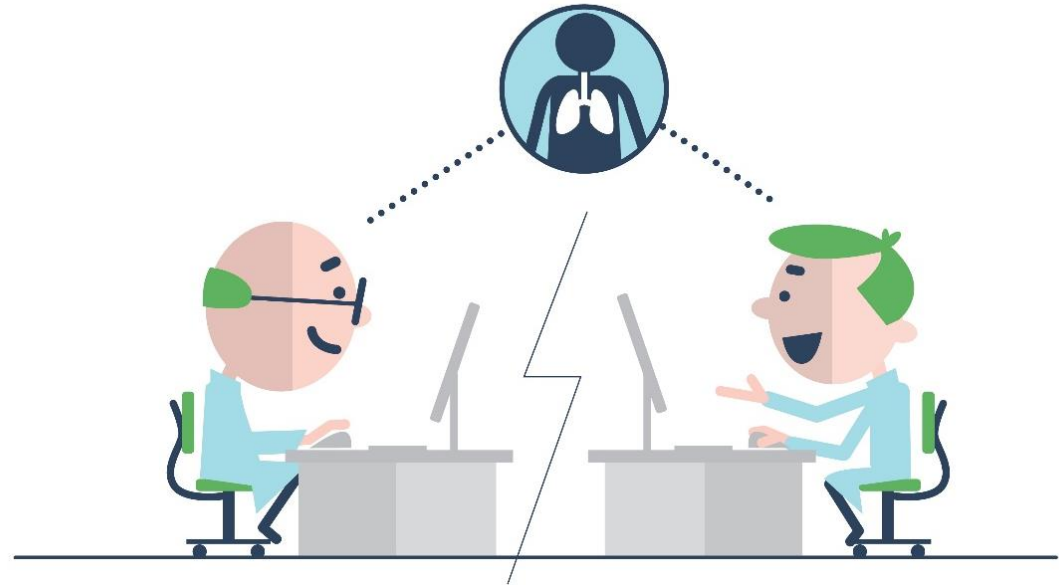
ET FÆLLES SAMARBEJDE

Et fælles udbud og indkøb af it-løsninger på vegne af 98 kommuner og 5 regioner forudsætter et rigtig godt samarbejde.

FUT er opmærksom på, at vi står over for en opgave, der har stor betydning for både den kommunale og regionale kerneopgave. For at lykkes med opgaven kræver det blandt andet, at alle landsdelsprogrammer står sammen.

Derfor er det vigtigt at:

- Vi tænker i fællesskab, på tværs af kommuner og regioner
- Vi løfter kompleksiteten, økonomien og risici i flok
- Vi er enige om værdien af at have et fælles teknisk fundament for telemedicin i Danmark.



BESTILLING

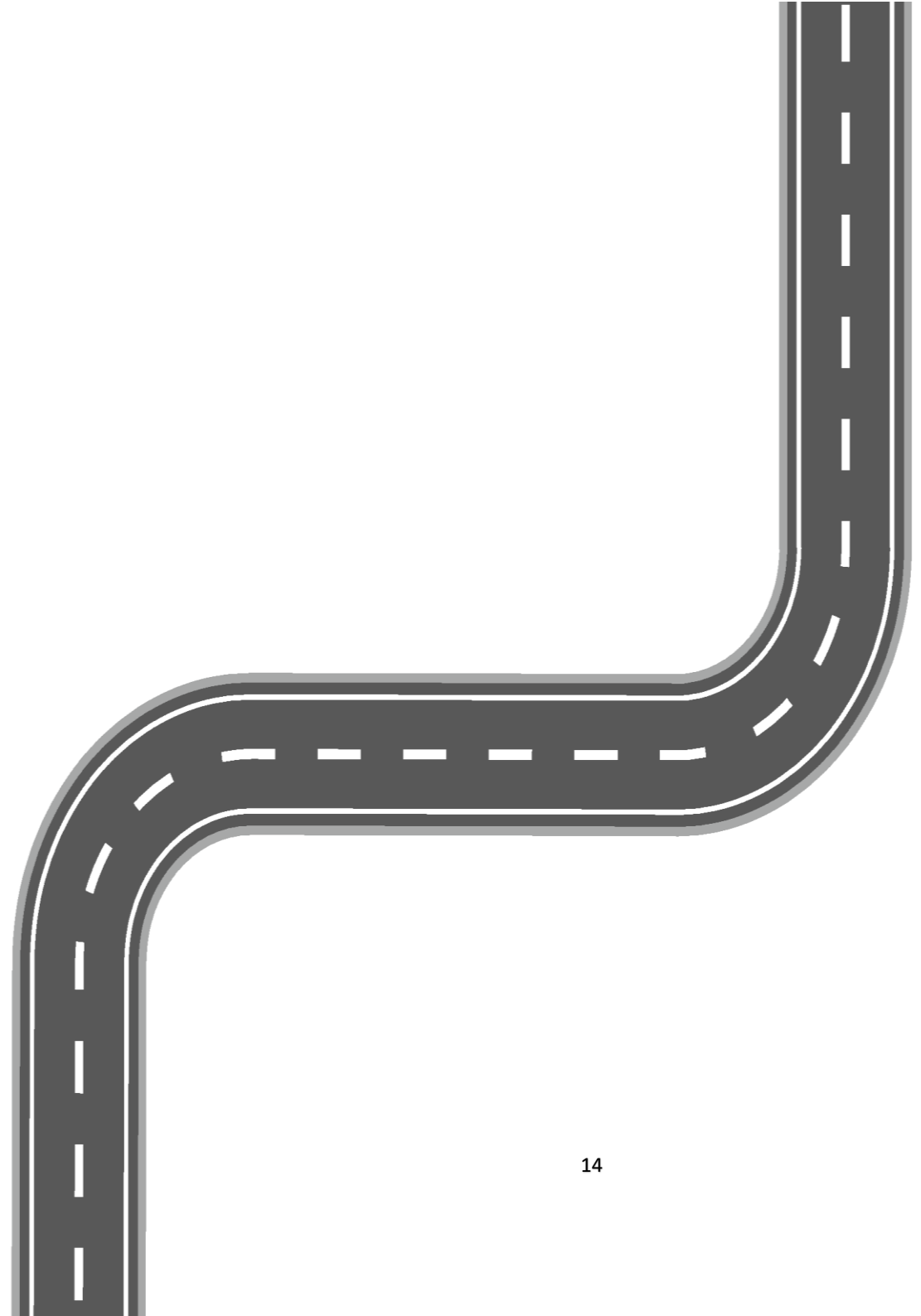
Når de to FUT-udbud er afsluttet, er det forventningen, at der er indgået rammeaftaler med:

- 5 leverandører af borgerløsninger
- 3 leverandører af medarbejderløsninger
- 1 leverandør af en telemedicinsk infrastruktur.

Kommuner og regioner kan herefter benytte rammeaftalerne til indkøb af it-løsninger. Der afgives én bestilling på en telemedicinsk infrastruktur, som koordineres af FUT.

Landsdelsprogrammerne afdækker mulighederne for at koordinere bestillingerne af borger- og medarbejderløsninger både i den enkelte landsdel og på tværs af landsdele. Koordinering af bestillinger kan være med til at mindske kompleksiteten og de økonomiske risici, som indkøbet af it-løsningerne er forbundet med.

I løbet af sommeren 2018 vil regioner og kommuner blive kontaktet af deres landsdelsprogram vedrørende bestillingsprocessen for løsningerne.



FÆLLES

GENNEMFØRELSESPROJEKT

I løbet af sommeren 2018 overgår FUT fra at være i udbudsprocessen til at blive et gennemførelsesprojekt.

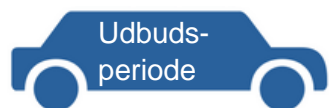
I gennemførelsesprojektet er Københavns Kommune ansvarlig for at styre udviklingen af de valgte løsninger på vegne af alle regioner og kommuner.

TIDSPLAN

Nedenfor ses de væsentligste milepæle for udbuddet og den efterfølgende gennemførelsesperiode, hvor infrastrukturen og løsninger udvikles og bliver leveret.

Du kan finde detaljerede milepæle og fremdriftsmonitoreringer på FUT's hjemmeside, under punktet 'Målsætninger og milepæle'.

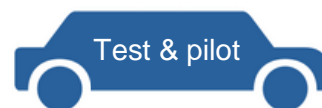
27/11-2017 – 14/9-2018



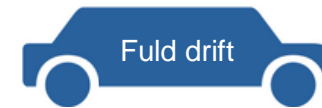
1/8-2018 – 30/4-2019



1/5-2019 – 31/8-2019



1/9-2019 –



KONTAKTINFORMATIONER

FUT-styregruppen

- Mette Harbo – kommunal formand
e84w@suf.kk.dk / 5124 0898
- Christian Boel – regional formand
christian.boel@stab.rm.dk / 7841 0050
- Arne Nikolajsen, kommunal repræsentant
arni@esbjergkommune.dk / 2347 7128
- Per Buchwaldt, regional repræsentant
pebu@regionsjaelland.dk / 2220 2608
- Anders Brahm, Sundhedsdatastyrelsen (observatør)
abra@sundhedsdata.dk / 3058 9307
- Niels Ulrich Holm, PLO (observatør)
nuh@allehelgensgade.dk / 2093 8514

Projektledelse

- Christian J. Callsen – projektleder for FUT under udbuddet
cc@OptimumIT.dk / 4126 7485
- Lone Hallgreen – projektleder for gennemførelsesprojektet efter udbuddet
qv0d@suf.kk.dk / 2165 3551

MERE INFORMATION

- FUT's hjemmeside – www.digst.dk/fut

Henvendelse om det udvidede frie valg til genoptræning

18. april 2018

Kære Ellen Trane Nørby

Vi som kommuner støtter op om, at alle borgere skal have adgang til genoptræning med henblik på hurtigst muligt at kunne vende tilbage til et aktivt hverdagsliv.

Vi bakker op om KL's høringssvar på lovforslaget, men vi ønsker med denne henvendelse at rette særligt fokus på, hvornår tidsfristen på de syv dage tæller fra, samt at udfordre tidsrammen for implementering af lovforslaget.

Hvornår gælder tidsfristen på de syv dage fra?

Kommunerne er gået i gang med at se på, hvordan arbejdsgangene kan optimeres, så langt de fleste borgere kan tilbydes genoptræning i kommunalt regi indenfor syv dage efter udskrivelse fra et sygehus, hvilket i langt de fleste tilfælde vil være målet.

Det beskrives i lovforslaget, at "en person der udskrives fra sygehus med en genoptræningsplan" har ret til opstart af genoptræning indenfor syv dage efter udskrivning. Hvis borgeren er udskrevet, og genoptræningsplanen er udarbejdet, vil det være håndterbart for kommunerne. Men der opstår problemer, hvis genoptræningsplanen ikke er udarbejdet, når borgeren udskrives. Såfremt genoptræningsplanen ikke sendes ved udskrivning, kan kommunen ikke navigere i forhold til tidsfristen. Det skal præciseres i lovforslaget, hvordan dette håndteres.

Tidsramme for implementering af lovforslaget

Der lægges i lovforslaget op til, at det er KL, som indgår aftaler med de private leverandører, som skal varetage genoptræningen, hvis kommunen ikke kan leve op til kravet om opstart på genoptræningen indenfor syv dage efter udskrivelse. Det er afgørende, at det sikres, at de private leverandører har de rette faglige kompetencer og faciliteter til at løfte borgernes genoptræningsbehov, så behandlingen af borgerne har den samme høje faglighed og kvalitet, uanset om de modtager genoptræning i kommunalt eller privat regi. Som I også beskriver i det kommenterede høringssvar, er det forventningen, at det fastsættes i bekendtgørelsen, at KL kan stille en række krav i forhold til at sikre, at de rette kompetencer m.v. er til stede hos de private leverandører.

Der venter således KL en del arbejde, der først kan løftes, når loven er vedtaget. De skal afvente, at bekendtgørelsen offentliggøres, før de kan udarbejde skabeloner for aftalerne med de private leverandører, der skal sikre, at de nødvendige kompetencer og faciliteter er til stede hos den enkelte leverandør.

Først når KL har indgået aftale med de private leverandører, kan vi etablere et samarbejde med relevante leverandører for den enkelte kommune. Frit valg på genoptræning vil vanskeliggøre planlægning af et sammenhængende forløb med borgeren, når kommunen skal koordinere med en privat leverandør, og det er derfor afgørende, at kommunerne får lavet nogle gode aftaler med de relevante leverandører fra begyndelsen.

Herudover skal der etableres systemer til afregning, dokumentation mv., før samarbejdet kan igangsættes. Det beskrives i lovforslaget, at en mulighed er at benytte allerede eksisterende portalløsninger på sundhedsområdet. Erfaringsmæssigt ved vi, at det tager lang tid at tilpasse eksisterende systemer. De private leverandører skal formentlig organiseres efter hvilke ydelser, de kan levere, og de skal indarbejde rutiner med at opdatere deres aktuelle ventetider, for at det kan dokumenteres, at de har en kortere ventetid, end kommunen har- og kun i de tilfælde kan borgerne vælge de private leverandører.

Vi vurderer derfor på grund af ovenstående udfordringer, at det ikke er muligt at være klar til implementering af ordningen den 1. juli 2018.

Det er forventningen, at der vil ske en nødvendig udvikling af de private genoptræningstilbud, når lovændringen er vedtaget, og det vil også af denne grund være uhensigtsmæssigt, at loven træder i kraft allerede den 1. juli 2018.

På vegne af de 11 nordjyske kommuner, de 17 sjællandske kommuner, 18 midtjyske kommuner, de 29 kommuner i Hovedstaden og de 22 syddanske kommuner.

Med venlig hilsen

Gitte Østergaard

Formand for Sundhedsstrategisk Forum og Direktør i Odense Kommune

Handleplan vedr. videndeling

Baggrund

På møde i Det Administrative Kontaktforum den 23. november 2016 blev der gennemført en temadrøftelse vedr. it-understøttelsen af den tværsektorielle kommunikation. På denne baggrund fik Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin i opdrag at "beskrive konkrete, faglige områder, hvor man har et ønske om eller behov for øget deling af informationer, som kan gøres lettere af it-understøttelse".

Følgegruppen udsendte på denne baggrund et spørgeskema til besvarelse af SOF'er og PSOF'er og deres respektive implementeringsgrupper med henblik på indhentning af forslag til initiativer til en øget digitalisering. Følgegruppen modtog i den forbindelse 35 besvarelser, som dækkede over en række emner.

På baggrund heraf blev foretaget en kategorisering af besvarelserne i et samlet katalog, der efterfølgende blev behandlet på en workshop. På workshoppen deltog der repræsentanter fra både kommuner og region fra de respektive samordningsfora samt repræsentanter fra forskellige forvaltningsenheder. Deltagerne formulerede, med udgangspunkt i de fremsendte forslag, seks indsatsområder med det mål at skabe bedre digitaliseret understøttelse af sundhedssamarbejdet. De seks indsatsområder omhandlede følgende:

1. Tværsektoriel anvendelse af video
2. Tværsektoriel datadeling
3. Datadeling på telemedicinsk platform
4. Fælles standarder for deling af data mellem fagsystemer
5. Fælles standarder for borgeropsamlet data mellem fagsystemer
6. Organisatorisk implementering af videndeling

På møde i Det Administrative Kontaktforum 22. juni 2017 blev de seks indsatsområder til øget digitalisering drøftet, og det blev besluttet hvilket af de ovenstående indsatsområder, der skulle arbejdes videre med. Det drejede sig dels om indsatsområdet vedrørende anvendelse af video og dels indsatsområdet om organisatorisk implementering og videndeling. Indsatsområdet vedrørende den organisatoriske implementering blev lagt ud til de lokale samordningsfora og videndelingsdelen skulle varetages af Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin.

I forhold til de øvrige fire indsatsområder var der en forventning om, at disse kunne løses i regi af andre projekter og initiativer på nationalt plan og er derfor ikke blevet prioriteret i denne omgang. Således er Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin blevet bedt om at udarbejde et kortfattet, konkret forslag til handlingsplan til et kommende møde i Det Administrative Kontaktforum omhandlende de to udvalgte indsatsområder.

I forhold til indsatsområdet vedrørende videndeling aftalte Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin at følgegruppesekretariatet skulle gennemføre en interviewrunde ved kortere møder med SOF og PSOF sekretariaterne med henblik på at få et mere nuanceret billede af behovet for videndeling. Der blev således gennemført 3 interviews med SOF/PSOF Lillebælt, SOF/PSOF Sønderjylland og PSOF Fyn.

Af hensyn til at sikre fremdriften (samt at begrænse ressourceforbruget) blev det i Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin aftalt at indhente input og kommentarer vedrørende videndeling fra de resterende SOF/PSOF (SOF Fyn, SOF Vestjylland PSOF Vestjylland) ved besvarelse af et opfølgningsskema, som er udarbejdet på baggrund af de allerede gennemførte interviews samt den oprindelige spørgeramme til interviewene.



Sammenfatning af interviewrunde og tilbagemelding på spørgeskema

På baggrund af interviewrækken, som er gennemført med repræsentanter for SOF-sekretariater for SOF/PSOF Lillebælt, PSOF FYN og SOF/PSOF Sønderjylland og den efterfølgende udsendelse af spørgeskemaer, til de resterende SOF'er og PSOF'er, er der i nedenstående udarbejdet en sammenfatning af de tilbagemeldinger, der er kommet. Tilbagemeldingerne er kategoriseret inden for en række overordnede emner, der tegner et billede af behovet for videndeling.

Tværgående deling af viden – og eksempler herpå

Vidensdeling på tværs er vigtig. De steder, hvor SOF og PSOF ikke er organiseret samlet, tages der løbende/på ad hoc basis kontakt til hinanden på tværs af SOF og PSOF i hvert enkelt område – ikke i særlig høj grad på tværs af optageområderne. Der er en oplevelse af, at man kan blive bedre til at bruge hinanden på tværs af optageområder.

Der er en tilbagemelding om, at det giver god mening, at man på tværs af SOF og PSOF kan inspirere hinanden, særligt når det er den samme opgave, der skal løses. Her understreges det dog, at der stadig skal være plads til forskellighederne.

Tilbagemeldingerne viser samtidig, at der er en række emner, hvor det er særligt oplagt, at der sker en vidensdeling på tværs. Det drejer sig om opgaveopdragelsen i forbindelse med eksempelvis blodprøvetagning. Ligeledes efterspørges der konkret til nedsættelse af en arbejdsgruppe med fokus på projekt vedrørende svangreomsorg, hvor der kan arbejdes på tværs af SOF'erne.

Som en del af vidensdelingen, opfordres der også til brugen af KL's velfærdsteknologiske landkort (<http://www.kl.dk/Kommunale-opgaver/Centerforvelfaerdsteknologi/Det-velfaerdsteknologiske-landkort1/>). Det velfærdsteknologiske landkort er et sted, hvor kommunerne kan dele erfaringer med hinanden. Landkortet er velbesøgt, da det er et lettilgængeligt sted, hvor det hurtigt er muligt at skabe sig et overblik over specifikke områder og målgrupper. Der er ligeledes mulighed for at finde kontaktoplysninger på de personer, der ligger inde med både gode og dårlige erfaringer i forbindelse med brugen af velfærdsteknologi.

Udover den løbende kontakt mellem SOF'er og PSOF'er, er det vigtigt, at der løbende foregår en drøftelse på tværs af implementeringsgrupperne, så grupperne er opmærksomme på de eventuelle snitflader, der kan være på tværs.

Temamøder

Der afholdes årligt et temamøde i en række af PSOF'erne, der er med til at understøtte vidensdelingen. Alle PSOF'er har desuden et fællessekretariat, som øger gennemskueligheden på tværs af optageområder.

I forhold til temamøder på tværs af SOF'erne efterspørges dette af en række af de involverede parter. Temamøderne kan eksempelvis have til formål at skabe et samlet overblik og samle op på det arbejde, der løbende foregår i SOF'erne og implementeringsgrupperne.

Der nævnes ligeledes et nyt tiltag i form af afholdelse af en netværksdag på tværs af SOF'er, som der er taget initiativ til på den kommunale bane.

Implementeringsplaner – forslag til fælles skabelon

Der viser sig overordnet at være en opfattelse af, at det materiale, der kommer fra følgegrupperne, er tilstrækkeligt til at kunne arbejde videre med i forhold til den lokale implementering af tiltagene.

Der udtrykkes dog hos nogle et ønske om, at de overordnede implementeringsplaner skal være lettere at gå til med en præcis beskrivelse af succeskriterier for implementeringen, og der efterspørges samtidig en mere detaljeret beskrivelse af implementeringsstrategi og –processer. Her dog fortsat med en frihed til at kunne benytte forskellige metoder i forbindelse med udførelse.

Der er kommet et konkret forslag om, at implementeringsplanerne kan gøres nemmere at gå til ved udarbejdelse af og efterfølgende brug af en fælles skabelon. De vil stadig forankres lokalt og der vil derfor altid vil være lokale forskelligheder. Succeskriterier afhænger her af den enkelte implementeringsplan.

Udarbejdelse af pixiudgaver/oversigtsbeskrivelser

I forhold til udarbejdelse af pixiudgaver/oversigtsbeskrivelser, er der et forslag til, at disse kan udarbejdes på en række områder, hvor det kan være med til at skabe det nødvendige overblik over de ofte komplekse initiativer, der skal implementeres. Der gøres dog i denne sammenhæng opmærksom på, at disse kun er nødvendige i de tilfælde, hvor implementeringsopgaven ikke er beskrevet udførligt.

Referater fra SOF og PSOF

Der er en tilbagemelding om, at Regionens hjemmeside bruges af flere som et redskab til vidensdeling på tværs af SOF områderne, men der gives udtryk for, at den vidensdeling, der gør sig gældende på hjemmesiden på nuværende tidspunkt kan forekomme begrænset og i nogle tilfælde ukoordineret.

Det er meningen at alle referater fra møder i SOF og PSOF skal lægges ind på Regionens hjemmeside, så der også her skabes mulighed for vidensdeling på tværs. Der er blevet spurgt ind til, hvorvidt der fremadrettet kan ske en bedre opfølgning herpå, så de nyeste referater også er tilgængelige. Det Fælleskommunale Sundhedssekretariat (<http://faelleskommunalsundhed.dk/>) bruges her som det gode eksempel på en hjemmeside, der er overskuelig og fungerer.

Der gives samtidig udtryk for, at hjemmesiden hele tiden skal opdateres, hvis den skal kunne bruges aktivt og skal synes relevant for de involverede parter. Der ønskes en brugervenlig side, hvor det ikke er nødvendigt at benytte mange klik, for at nå frem til den relevante information.

Digital understøttelse

Anvendelse af videokonference i forbindelse med mødeafholdelse efterlyses som værktøj i det daglige arbejde. Samtidig efterlyses videndeling omkring anvendelse af video – herunder fokus på inddragelse af praksisområdet.

Bortset fra bedre udnyttelse af de eksisterende muligheder på hjemmesiden, efterspørges ikke yderligere digitale initiativer til vidensdeling.

Smallere organisering af følgegrupperne

Den smallere organisering af følgegrupperne har generelt medført en vis form for videnstab, da følgegrupperne er kommet længere væk fra SOF'erne. Der nydes i den sammenhæng godt af, når det er den samme medarbejder, som sidder repræsenteret både i følgegruppen og implementeringsgruppen. Implementeringsgruppen er ofte repræsenteret ved velfærdsteknologikonsulenter. Samtidig tegner sig et billede af, at mange kommuner og sygehuse ikke har repræsentanter i følgegrupperne, hvilket ligeledes medfører et videnstab.

Generelt er det oplevelsen, at den nye organisering har taget meget lang tid at få på plads og dels at processerne (med behandling i arbejdsgrupper og godkendelse i følgegrupper) ofte tager meget lang tid.



Der er fra nogle et ønske om, at der skal skabes en mere smidig og effektiv organisation, hvor informationerne hurtigere flyder, og hvor beslutninger lægges ud til de enkelte SOF'er for herefter at blive gennemført.

Medarbejderkompetencer ift. anvendelse af velfærdsteknologiske løsninger

Det velfærdsteknologiske område kan være meget komplekst, som kan gøre det vanskeligt at sikre medarbejdernes kompetencer til at anvende velfærdsteknologiske løsninger. Der efterlyses et særligt fokus på simulering, som giver mulighed for at anvende løsningerne med jævne mellemrum, og dermed kan være med til at gøre medarbejderne mere trygge, og nedbryde de barrierer, der ses hos personalet i dag i forbindelse med anvendelsen af løsningerne.

Handleplan for indsatsområdet vidensdeling

Sammenfatningen af de tilbagemeldinger, der er kommet fra SOF'erne og PSOF'erne viser, at der findes en række behov for vidensdeling, der ikke i dag ikke dækkes i den grad, som ønskes. Behovene er forsøgt skitseret i nedenstående oversigt – og vil således udgøre et kortfattet, konkret forslag til en handleplan med anbefalinger til, hvordan der fremadrettet kan arbejdes henimod en større vidensdeling på tværs.

Vedligeholdelse af hjemmeside

Tilbage meldingen er, at Regionens hjemmeside bruges som et redskab til vidensdeling på tværs af SOF områderne og det anbefales derfor, at der igangsættes en proces vedrørende vedligeholdelse af hjemmesiden og dermed også en nærmere undersøgelse af, hvordan hjemmesiden kan gøres mere brugervenlig i forhold til, hvordan den fremstår i dag.

Det anbefales, at der tages udgangspunkt i de tilbagemeldinger, der er kommet. Det vil eksempelvis sige en opmærksomhed på en løbende opdatering af hjemmesiden, herunder sørge for at dagsordener og referater ligger tilgængelige, at der skabes en nem adgang til relevant information for SOF'er, PSOF'er og implementeringsgrupperne, uden brug af for mange klik og at den information, der ligger på hjemmesiden er relevant og ikke forekommer begrænset, som det er tilfældet i dag. Ligeledes anbefales det, at der på hjemmesiden linkes til allerede eksisterende hjemmesider, hvor der kan søges uddybende oplysninger om eksempelvis velfærdsteknologiske løsninger, herunder nævnes specifikt KL's velfærdsteknologiske landkort.

Det kan i den forbindelse overvejes, hvorvidt hjemmesiden for det fælleskommunale sundhedssekretariat kan anvendes som en indgang til ovenfor nævnte oplysninger.

Proces

I forhold til den videre proces anbefaler Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin, at der nedsættes en stående arbejdsgruppe med en række medlemmer, der kan varetage en form for redaktørrolle i forhold til vedligeholdelse af hjemmesiden. De udvalgte medlemmer vil, i samarbejde med sekretærene for følgegruppen, sørge for, at hjemmesiden er opdateret og at det er den relevante information, der er at finde på hjemmesiden. Gruppens arbejde forventes igangsat i løbet af 2. halvår 2018 – og vil eksisterer fremadrettet.

Derudover kan det overvejes, om der som opfølgning på denne proces skal gennemføres en temadag med fokus på videndeling.

Medarbejderkompetencer ift. anvendelse af velfærdsteknologiske løsninger

Det velfærdsteknologiske område kan være meget komplekst. Dette kan vanskeliggøre en sikring af medarbejdernes kompetencer i forhold til anvendelse af velfærdsteknologiske løsninger. Tilbage meldingen

er, at der i den forbindelse skal rettes et særligt fokus på simulering, der giver mulighed for anvendelse af løsninger med jævne mellemrum. Dette er samtidig med at skabe større tryghed hos medarbejderne og være med til at nedbryde de barrierer, der i dag ses hos personalet i forbindelse med anvendelsen af løsninger.

Det anbefales, at der sker en afdækning af, hvor stor efterspørgslen er fra medarbejderne i forhold til ønsker om opkvalificering vedrørende anvendelse af de velfærdsteknologiske løsninger. På den baggrund kan der arbejdes videre med en nærmere planlægning af et løft i medarbejdernes kompetencer i forhold til anvendelse af velfærdsteknologiske løsninger, hvis behovet er til stede.

Proces

I forhold til den videre proces anbefaler Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin, at det videre arbejde med afdækning af medarbejdernes efterspørgsel på opkvalificering sker i et fælles initiativ med den arbejdsgruppe, der nedsættes som opfølgning på spor 3 under Handleplan vedr. video. Dette omhandler "kompetenceudvikling og vedligeholdelse", hvor en af leverancerne er en "beskrivelse af en generel plan for kompetenceudvikling og vedligeholdelse". Gruppens arbejde forventes igangsat i løbet af 2. halvår 2018.

Der er her en formodning om, at en del af det ovenstående arbejde løftes i forbindelse med KOL-programmet.

April 2018

Samarbejdsaftale mellem Region Syddanmark og kommunerne i forbindelse med peritonealdialyse (PD) i eget hjem. Godkendt af Det Administrative Kontaktforum den XXXXX.

1. Målgruppe

Målgruppen for denne aftale er dialysepatienter i Region Syddanmark, der behandles med PD i eget hjem, og som ikke selv kan varetage denne behandling.

Behandlingen er en sygehusopgave, men for patienter i målgruppen kan sygehuset indgå aftale med patientens hjemkommune om, at personale fra den kommunale hjemmesygepleje yder indsatser til patienten.

2. Om behandlingen, aftalens formål og referenceramme

PD indebærer, at blodet bliver rensed gennem bughulen. I princippet fungerer bughinden som en slags filter, idet affaldsstofferne passerer fra et blodkar i bughindens væg til en dialysevæske, som bliver indhældt i bughulen gennem et kateter. Peritonealdialyse foregår enten ved manuelt at fylde og tømme bughulen for væske (poseskift / CAPD) eller ved hjælp af en maskine (natmaskine / APD), der fylder og tømmer bughulen flere gange i løbet af natten

Regionen og de 22 kommuner i Syddanmark har siden 2012 haft en samarbejdsaftale om PD i eget hjem. Erfaringerne hermed har været positive, og nærværende aftale er derfor en ajourførende revision af den hidtidige aftale. I den forbindelse udvides aftalen fra alene at omfatte APD til også at omfatte CAPD.

Aftalen skal fortsat sikre klare retningslinjer om oplæring af hjemmesygeplejersker, opstart af nye patienter, gennemførelse af selve behandlingen samt honorering af kommunen.

Den overordnede referenceramme for samarbejdsaftale om hjemmebehandling er sundhedsaftalerne, herunder SAM:BO – *SAMarbejdsaftale om BORger/patientforløb*. SAM:BO findes på regionens hjemmeside: <https://regionsyddanmark.dk/wm258038> .

3. Kompetencemæssige forudsætninger

PD er som udgangspunkt defineret som en sygeplejerskeopgave, men kan videredelegeres til anden relevant fagperson.

Nefrologisk Afdeling på det lokale sygehus er ansvarlig for, at en kontaktsygeplejerske herfra giver det personale fra den kommunale hjemmesygepleje, som skal varetage PD i patientens hjem, den fornødne oplæring. Denne oplæring sker i form af et fastlagt program indeholdende teori og praktisk demonstration samt hjemmebesøg sammen med hjemmesygeplejen på startdagen. Program for oplæringen kan findes her:[indsæt link].

Nyansat personale i den kommunale hjemmesygepleje sættes ind i arbejdet ved hjælp af sidemandsoplæring. Såfremt der sker sidemandsoplæring, skal denne foretages af en sygeplejerske.

Som udgangspunkt afholder Nefrologisk Afdeling et årligt genopfriskningskursus, hvor nøglepersoner i arbejdet med PD i kommunens hjemmesygepleje kan få opdateret deres viden og få afklaret eventuelle tvivlsspørgsmål.

Kommunen er ansvarlig for den løbende vedligeholdelse af dens medarbejders kompetencer vedrørende PD. Dette sker enten gennem deltagelse i genopfriskningskurser på Nefrologisk Afdeling eller sidemandsoplæring fra én, som har deltaget i et sådant kursus.

4. Regionens ansvar og opgaver i den enkelte patients forløb

Nefrologisk Afdeling tager kontakt til hjemmesygeplejen i kommunen, såfremt assisteret PD i patientens hjem vurderes at være en mulighed. Det forudsættes i givet fald, at patienten er motiveret og skønnes egnet til PD i hjemmet.

PD skal ske under trygge forhold og høj faglig kvalitet. Nefrologisk Afdeling bidrager derfor i samarbejde med hjemmesygeplejen til en vurdering af, om de grundlæggende forudsætninger for behandlingen i patientens hjem er til stede.

Såfremt patienten og hjemmet er egnet til PD, udarbejder Nefrologisk Afdeling en konkret aftale for den enkelte patient indeholdende relevante kontaktoplysninger m.v.

Det behandlingsmæssige ansvar for patienten påhviler altid Nefrologisk Afdeling. Behandlingen er dækket af patientforsikringen. Såfremt der opstår problemer af faglig karakter i forbindelse med behandlingen i hjemmet, kontaktes Nefrologisk Afdeling. Dette kan ske hele døgnet.

Det er Nefrologisk Afdelings ansvar, at de relevante dialysevæsker og utensilier til enhver tid er til stede i boligen, og det skal fremgå tydeligt, hvor yderligere materiale kan rekvireres. Det er Nefrologisk Afdelings ansvar at sikre, at kommunen er gjort bekendt med procedureerne for bestilling.

5. Kommunens ansvar og opgaver i den enkelte patients forløb

Efter initiativ fra Nefrologisk Afdeling deltager hjemmesygeplejen i en vurdering af, om de grundlæggende forudsætninger for behandlingen i patientens hjem er til stede. Hjemmesygeplejen sørger i den forbindelse for udarbejdelse af en APV, idet hjemmesygeplejen, såfremt aftalen indgås, har arbejds giveransvaret.

Alt efter dialysemetoden består opgaven hos PD-patienten i klargøring af dialysemaskinen, til- og frakobling af patienten eller poseskift/APD, og oprydning efter dialysen, herunder bestilling af remedier til dialysen. Derudover skal patienten observeres med hensyn til bl.a. vægt og blodtryk, og forbindelsen ved p-kateteret skal skiftes.

Der er typisk tre ordinære besøg dagligt. Herudover kan der være behov for ekstra besøg under dialysen om natten eller ved akut opståede problemer.

Hjemmesygeplejen må ikke påbegynde hjælp til PD i hjemmet, medmindre der er indgået en standardkontrakt med Nefrologisk Afdeling herom.

6. Økonomi og afregning

PD er en sygehusopgave, og udgifterne hertil skal derfor afholdes af sygehuset/regionen. Takster er beregnet ved fremskrivning af de takster, som fremgår af den hidtidige samarbejdsaftale

Assistancen i hjemmet

Region Syddanmark afregner 110.217 kr. (2018- niveau) pr. PD-forløb pr. år, hvortil der er behov for indsats fra kommunens hjemmesygepleje.

Deltagelse i grundkursus

Ved oplæring af kompetencer i hjemmesygeplejen afregnes med en fast takst på 267,19 kroner pr. time (2018-niveau) plus kørsel.

Genopfriskningskursus

Der sker ingen mellemregning for deltagelse i genopfriskningskursus.

Øvrige udgifter

Øvrige udgifter forbundet med behandlingen – dialysevæske, utensilier, el-udgifter, mv. samt evt. merudgifter til rengøring og bortskaffelse af affald dækkes særskilt af sygehuset.

For at gøre administrationen så simpel som muligt, afregnes med en fast takst på en fjerdedel af årstaksten. pr. kvartal. Denne takst dækker tre daglige besøg samt transport til og fra borgeren/patienten. Derudover er ekstraordinære besøg som resultat af pludseligt opståede problemer medregnet, og der kan træffes lokal aftale, hvis særlige forhold gør sig gældende.

Afregning sker kvartalsvis bagudrettet. Der sker korrektion i forbindelse med længerevarende indlæggelser, ophør af behandling eller andre ekstraordinære forhold. I disse situationer er det kommunen der, efter forudgående dialog med sygehuset, har ansvaret for at regulere i afregningen. Korte indlæggelsesforløb (3 dage eller derunder) modregnes ikke, idet disse antages at modsvare eventuelle ekstraordinære besøg for hjemmeplejen jævnfør ovenfor.

Regning sendes elektronisk til det sygehus, der har ansvaret for patienten. For hvert sygehus oplyses et EAN-nummer.

¹ Taksten i 2010 var 100.000 / 241,31 kr. og den er blevet fremskrevet med den generelle fremskrivningsprocent for de følgende år. Fremskrivning sker i januar måned.

Kommunen kan kun fremsende regninger på patienter, hvor der er indgået standardkontrakt med sygehuset.

7. Opgaver vedrørende fremtidig opfølgning

Af hensyn til den fremtidige opfølgning på samarbejdsaftalen er det en regional opgave at registrere, hvor mange patienter, der indgås kontrakt om, og hvor mange hjemmesygeplejersker, der deltager i genopfriskningskurser.

8. Godkendelse og revision

Nærværende reviderede samarbejdsaftale mellem Region Syddanmark og kommunerne i forbindelse med (PD) i eget hjem er godkendt af Det Administrative Kontaktforum den XXX.

Aftalen revideres i løbet af den kommende sundhedsaftaleperiode.

Standardkontrakt vedrørende assistance i forbindelse med peritonealdialyse (PD) i eget hjem

Nærværende aftale er indgået indenfor rammerne af ”Samarbejdsaftale mellem Region Syddanmark og kommunerne i forbindelse med peritonealdialyse i eget hjem”.

1. Aftaleparter

Aftalen indgås mellem:

Sygehus: _____ og Kommune: _____

2. Patientoplysninger

CPR-nr.: _____
Patientens navn: _____
Adresse (vej) og nr. _____
Postnummer: _____
Patientens telefonnummer _____
Pårørende navn: _____
Pårørende telefonnummer _____

3. Ansvarlig stamafdeling - kontaktoplysninger

Ansvarlig stamafdeling _____
Kontaktperson: _____
Telefonnummer (dagtid): _____
Akutnummer: _____

4. Udførende sygeplejeområde – kontaktoplysninger

Udførende sygeplejeområde _____
Kontaktperson: _____
Telefonnummer (dagtid): _____
Akutnummer: _____

5. Spørgsmål vedr. eller bestilling af remedier

Kontaktperson: _____
Telefonnummer (dagtid): _____
Mail mail _____

6. Aftalens omfang

Alt efter dialysemetoden består opgaven hos PD-patienten i klargøring af dialysemaskinen, til- og frakobling af patienten eller poseskift/APD, og oprydning efter dialysen, herunder bestilling af remedier til dialysen. Derudover skal patienten observeres med hensyn til bl.a. vægt og blodtryk, og forbindingen ved p-katederet skal skiftes.

Der er typisk tre ordinære besøg dagligt. Herudover kan der være behov for ekstra besøg under dialysen om natten eller ved akut opståede problemer.

Såfremt der opstår problemer af faglig karakter i forbindelse med behandlingen i hjemmet, kontaktes den nefrologiske afdeling. Dette kan ske hele døgnet til kontaktoplysningerne under punkt 3.

Alle hjemmesygeplejerspersonaler, som skal deltage i behandlingen, skal uddannes i opgaven. Kommunen melder navnene på de pågældende personer ind til stamafdelingen, som er ansvarlig for uddannelsen.

Uddannelsen er aftalt til at foregå på følgende dato'er:

Dato for påbegyndelse af behandlingen: _____

7. Ansvar

Ansvarsfordelingen er beskrevet i ”Samarbejdsaftale mellem Region Syddanmark og kommunerne i forbindelse med peritonealdialyse i eget hjem”.

8. Økonomi¹

Sygehuset afholder udgifterne forbundet med behandlingen i hjemmet.

Sygehuset betaler kommunen XXXX kr./år (2018- niveau) for assistancen i hjemmet i henhold til ”Samarbejdsaftale mellem Region Syddanmark og kommunerne i forbindelse med peritonealdialyse i eget hjem”.

¹ Taksten i 2010 var 100.000 / 241,31 kr. og den er blevet fremskrevet med den generelle fremskrivningsprocent for de følgende år. Fremskrivning sker i januar måned.

Der kan ske modregning for indlæggelse (såfremt indlæggelsen strækker sig udover 3 dage) i perioden eller såfremt patienten ophører med hjemmebehandlingen. I disse situationer er det kommunen der, efter forudgående dialog med sygehuset, har ansvaret for at regulere i afregningen.

Afregningen sker kvartalsvis bagudrettet – senest den 20. i den efterfølgende måned.

Derudover sender kommunen en regning det første år for udgifterne til oplæring af kompetencer i den kommunale hjemmepleje. For at gøre administrationen så enkel og smidig som muligt, afregnes med en fast takst på XXXXX kroner pr. time (2018- niveau) plus kørsel.

Regninger sendes elektronisk til sygehusets EAN-nr. og evt. personreference.

Indbetalinger mærkes med teksten ”Peritonealdialyse i hjemmet” samt patientens navn og cpr-nr.

Øvrige udgifter forbundet med behandlingen – dialysevæske, utensilier, el-udgifter, mv. samt evt. merudgifter til rengøring og bortskaffelse af affald dækkes særskilt af sygehuset.

Taksterne reguleres med Danske Regioners fremskrivningsats for løn på sundhedsområdet.

2. Særlige forhold

10. Aftalens ophør

Aftalen ophører med umiddelbar virkning, såfremt patienten ikke vurderes egnet til hjemmebehandlingen eller såfremt en af parterne opsiger aftalen.

11. Underskrifter

For sygehuset:

For kommunen:

Dato:

Dato:



Model til vurdering af opgaveoverdragelse

Trin – 3: Samarbejdsaftale om pasning af dræn i kommunale akutfunktioner

Baggrund

Når der er behov for at anlægge et dræn, sker det primært ved operation på sygehuset. Privatpraktiserende speciallæger varetager en stor del af opgaven med anlæggelse af luftdræn på børn og unge, men er ikke omfattet af denne samarbejdsaftale.

Dræn bruges blandt andet i forbindelse med forskellige typer af operationer og til at sikre afløb for blod, væskeansamling og luft. Dræn kan anlægges mange forskellige steder på kroppen fx 12-fingertarmen, lunger, sår, central nervesystemet, bughulen m.fl. Der findes også mange forskellige dræn typer såsom ascitesdræn, pleuradræn m.fl. Dræn anvendes på patienter i alle aldre, men principperne for pasning af dræn er ens.

Patienter udskrives med dræn fra sygehuset, når de vurderes stabile og fortsat har et ikke-indlæggelseskrævende behov for behandling. Nogle patienter og pårørende kan oplæres i at passe drænet selv, men i de fleste tilfælde skal det varetages af den kommunale sygepleje.

Der eksisterer allerede i dag et velfungerende tværsektorielt samarbejde om pasning af dræn, med denne aftale formaliseres samarbejdet i en samarbejdsaftale.

Formål med samarbejdsaftalen

Formålet med samarbejdsaftalen er at formalisere og styrke samarbejdet mellem de kommunale akutfunktioner og sygehusene i Syddanmark om pasning af dræn.

Målgruppen for samarbejdsaftalen

Patienter, som har fået anlagt et dræn og som har ikke-indlæggelseskrævende behov for behandling, er stabile, og som lægefagligt vurderes egnet til videre behandling i eget hjem.

Patientens hjem skal ligeledes være egnet. Denne vurdering beror på en samtale med patienten og den kommunale sygepleje.

Forankring og ikrafttræden

Samarbejdsaftalen er godkendt af Det Administrative Kontaktforum den XX.XX 2018 og er forankret i Sundhedsaftalen 2015-18. Samarbejdsaftalen træder i kraft den 1. juli 2018.

Grundprincipper for samarbejdet, herunder beskrivelse af det lægefaglige behandlingsansvar

Enkelte patienter og pårørende kan før udskrivelsen oplæres i selv at passe et dræn, men de fleste patienter forventes at have brug for hjælp fra den kommunale sygepleje. Den kommunale akutfunktion skal jf. Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder kunne varetage pasning af dræn.

Dræn anlægges primært ved operation på sygehuset. Samarbejdsaftalen gælder for dræn anlagt på sygehuset for at sikre afløb for blod og væsker. Nedenfor beskrives det tværsektorielles samarbejde om pasning af dræn ved ordination/anlæggelse på sygehus.

Hvis drænet anlægges på sygehuset, er sygehuset ansvarlig for, at patienten udskrives med et velfungerende dræn, og at der medsendes remedier til pasningen af drænet i eget hjem. Den kommunale sygepleje stiller med almene remedier, såsom værnemidler, skiftesæt osv. Dette er uddybet i et følgende afsnit.

Derudover er sygehuset ansvarlig for:

- At patienten er informeret mundtlig og skriftligt om udskrivelsen og behandlingen
- At udskrivelsen sker i overensstemmelse med SAM:BO aftalen
- At medsende oplysninger om behandlingsansvarlig afdeling og være tilgængelig per telefon for den kommunale sygepleje ved spørgsmål relateret til pasning af dræn
- At medsende eller henvise til de instrukser, der skal anvendes ifm. behandlingen

Kommunen har ansvaret for, at det er kommunale sygeplejersker med de fornødne kompetencer, der har ansvaret for at administrere den videre pasning af drænet i borgerens nærmiljø. Samt at den kommunale sygepleje administrerer behandlingen ud fra den lægeordnede behandlingsplan og regional instruks samt en kommunal instruks om pasning af dræn.

I særlige tilfælde, hvor behandling med dræn forløber uproblematisk, kan den kommunale sygepleje anmodes om at fjerne ikke-fikserede dræn på delegation fra sygehuslægen.

Opgaven med at passe dræn må ikke delegeres til andre end sygeplejersker.

I nogle tilfælde vil patienter få ordineret og anlagt dræn på et andet sygehus end det i deres lokalområde. I de tilfælde er det en del af det lægefaglige behandlingsansvar at sikre, at sygehuset i lokalområdet kan hjælpe med at genanlægge drænet.

Det lægefaglige behandlingsansvar er præciseret i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner samt i Bekendtgørelse nr. 1219 af 11. december 2009 om sundhedsprofessionelles benyttelse af medhjælp.

Information forud for overdragelse

Når en patient har fået anlagt et velfungerende dræn på sygehuset, vil personalet hos den behandlingsansvarlige sygehusafdeling kontakte visitationen/den kommunale akutfunktion i patientens bopælskommune for at aftale nærmere om varetagelse af opgaven.

Iht. SAM:BO-aftalen skal der fra sygehuset sendes en plejeforløbsplan indeholdende information om patient og behandlingsforløb med reference til samarbejdsaftalen. Der skal medsendes kontaktoplysninger på den behandlingsansvarlige afdeling, herunder et telefonnummer, som er tilgængeligt døg-

net rundt. Ligeledes skal der i den lokale instruks være et link til informationsmateriale målrettet den kommunale akutfunktion, i form af pjecer, der beskriver opgaverne forbundet pasning af dræn. Sygehuset er ansvarlig for, at informationsmaterialet er opdateret.

Sygehuset skal endvidere sikre, at patienten er informeret mundtligt og skriftligt om udskrivelsen med dræn og den videre behandlingsplan.

Beskrivelse af remedier og ressourcer

Jf. "Casekatalog – Behandlingsredskaber og hjælpemidler i Region Syddanmark – Regionens og kommunernes vejledning om ansvarsfordeling", leverer regionen de nødvendige remedier til pasning af drænet i eget hjem. Remedierne varierer afhængigt af typen af dræn, men omfatter selve tapningsmateriet og fiksering af drænet.

Kommunen leverer almene hjælpemidler til varetagelse af hygiejnisk pasning af drænet, såsom værnemidler, skiftesæt mm.

Kompetenceudvikling

Når en patient udskrives med dræn er sygehuset for hver enkelt patient kontakt med den kommunale akutfunktion ift. at koordinere pasningen af drænet. Sygehuset står til rådighed ved spørgsmål hele døgnet, også for akut henvendelse. Kontaktinformation formidles i plejeforløbsplanen, som udleveres til den kommunale sygepleje.

For at passe et dræn skal den kommunale sygeplejerske have kompetencer inden for følgende områder:

- Viden om infektionstegn
- Viden om hygiejne og anvendelsen af aspektisk teknik
- Viden om pasning af dræn, herunder tømning af drænagesystem, forbindingsskift mm.

Der kan være behov for oplæring og vedligeholdelse af kompetencer og viden om pasning af dræn – denne oplæring foregår ved intern oplæring i kommunerne, evt. med bistand fra Region Syddanmarks sygehusenheder. Hvis der implementeres nye drænsystemer kan Region Syddanmarks sygehusenheder bidrage til kompetenceudviklingen.

Plan for kvalitetssikring og monitorering

Følgegruppen for opgaveoverdragelse har ansvar for løbende at følge op på anvendelsen af samarbejdsaftalen. Samarbejdsaftalen evalueres to år efter aftalens godkendelse.

Evalueringen skal blandt andet belyse:

- Det tværsektorielle samarbejde, herunder kvalitet og kompetenceudvikling
- Utsigtede hændelser

Fortolkning af samarbejdsaftalen

Fortolkningsspørgsmål af elementer i samarbejdsaftalen kan bringes til behandling i de lokale samordningsfora. Hvis fortolkningsspørgsmålet omhandler fordeling af udgifter til behandlingsredskaber og hjælpemidler, og der ikke kan opnås enighed i det lokale samordningsfora, så kan sagen bringes videre til Arbejdsgruppen vedr. Behandlingsredskaber og Hjælpemidler.

Regler for opsigelse og genforhandling af samarbejdsaftalen

Samarbejdet om pasning af dræn aftales og koordineres lokalt mellem kommuner og sygehusenheder med udgangspunkt i nærværende samarbejdsaftale.

Samarbejdsaftalen kan opsiges med passende varsel efter forudgående drøftelser i Det Administrative Kontaktforum.

Samarbejdsaftalen revideres og genforhandles, når der kommer afgørende ændrede vilkår for opgave, eksempelvis nye kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner.



Model til vurdering af opgaveoverdragelse

Trin – 3: Samarbejdsaftale om kateteranlæggelse og -pleje

Baggrund

Urinblæren er et ballonlignende organ, som lagrer urinen. Urin består af vand og affaldsstoffer, som er filtreret fra blodet i nyrerne. Nogle patienter kan ikke tømme urinblæren og har i en periode eller varigt brug for hjælp hertil. Dette gøres ved at anlægge et kateter.

Der findes forskellige former for katetre, men de oftest anvendte, er blærekateter (kateter à demeure – KAD), engangskateterisation og topkateter (suprapubiskkateter). Alle tre katetre anlægges og plejes efter lægelig ordination som en delegeret opgave. Blærekateteret anlægges igennem urinvejen, og det er en opgave, som i dag varetages af de fleste syddanske kommuner – dog kan anlæggelse af blærekateter hos mænd være en udfordring og kræve ekstra oplæring. Topkateteret anlægges på sygehuset ved operation, men de fleste kommuner har praksis for at skifte topkateter. Dog foretages de første skift almindeligvis på sygehuset.

Pleje af alle tre former for katetre varetages allerede af de syddanske kommuner, men nogle patienter og pårørende kan oplæres i at pleje kateteret selv.

Der eksisterer allerede i dag et velfungerende tværsektorielt samarbejde om anlæggelse og pleje af katetre, med denne aftale formaliseres samarbejdet i en samarbejdsaftale.

Formål med samarbejdsaftalen

Formålet med samarbejdsaftalen er at formalisere og styrke samarbejdet mellem kommunale akutfunktioner, almen praksis og sygehusene om kateteranlæggelse og -pleje.

Målgruppen for samarbejdsaftalen

Målgruppen for samarbejdsaftalen er patienter, som behandles med blærekateter, engangskateterisation eller topkateter.

Patientens hjem skal ligeledes være egnet. Denne vurdering beror på en samtale med patienten og den kommunale sygepleje.

Forankring og ikrafttræden

Samarbejdsaftalen er godkendt af Det Administrative Kontaktforum den XX.XX 2018 og er forankret i Sundhedsaftalen 2015-18. Samarbejdsaftalen træder i kraft den 1. juli 2018.

Grundprincipper for samarbejdet, herunder beskrivelse af det lægefaglige behandlingsansvar

Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder definerer, at de kommunale akutfunktioner skal kunne varetage kateteranlæggelse og -pleje.

Samarbejdsaftalen er gældende for blærekateter, engangskateterisation og topkateter. Blærekateteret kan anlægges, skiftes og plejes af den kommunale sygepleje, mens topkateteret skal anlægges under operation på sygehuset men kan skiftes og plejes af den kommunale sygepleje.

Nedenfor beskrives det tværsektorielles samarbejde om kateteranlæggelse ved ordination af hhv. praktiserende læge og læge på sygehus:

Hvis kateteret anlægges af patientens praktiserende læge, er lægen ansvarlig for, at patienten har et velfungerende kateter. Kommunen er ansvarlig for, at de nødvendige remedier er til rådighed. Derudover er den praktiserende læge ansvarlig for, at patienten er informeret om behandlingen.

Hvis kateteret anlægges på sygehuset, er sygehuset ansvarlig for, at patienten sendes hjem med et velfungerende kateter, og at der medsendes remedier til opstart, hvis ikke den kommunale sygepleje har disse til rådighed.

Derudover er sygehuset ansvarlig for:

- At patienten er informeret om udskrivelsen og behandlingen
- At udskrivelsen sker i overensstemmelse med SAM:BO aftalen
- At medsende eller henvise til de instrukser, der skal anvendes ifm. behandlingen

Hvis kateteret anlægges af den kommunale sygepleje efter lægelig ordination, er sygeplejen ansvarlig for, at kateteret er velfungerende, og hvis dette ikke er tilfældet at tage kontakt til ordinerende læge.

I alle tilfælde gælder det, at kommunen har ansvaret for, at det er kommunale sygeplejersker med de fornødne kompetencer, der har ansvaret for at administrere den videre kateteranlæggelse (skift) og -pleje i borgerens nærmiljø. Ligeledes at den kommunale sygepleje administrerer behandlingen ud fra den lægeordnede behandlingsplan og regional instruks samt en kommunal instruks om kateteranlæggelse og -pleje.

Opgaven med at anlægge, skifte og pleje katetre kan udføres af autoriserede sundhedspersoner med de fornødne kompetencer, jf. lokale instrukser.

I nogle tilfælde vil patienter få ordineret og anlagt kateter på et andet sygehus end det i deres lokalområde. I de tilfælde er det en del af det lægefaglige behandlingsansvar at sikre, at sygehuset i lokalområdet kan hjælpe med at genanlægge kateteret mm., hvis det volder problemer for den kommunale akutfunktion.

Det lægefaglige behandlingsansvar er præciseret i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner samt i Bekendtgørelse nr. 1219 af 11. december 2009 om sundhedsprofessionelles benyttelse af medhjælp.

Information forud for overdragelse

Anlæggelse af kateter sker på ordination fra en læge, men blærekateter og engangskateterisation kan

ih. denne aftale foretages på delegation af autoriserede sundhedspersoner i den kommunale sygepleje. Topkateter anlægges altid på sygehuset.

Anlægges kateteret på sygehuset vil personalet på den behandlingsansvarlige afdeling kontakte visitationen/den kommunale akutfunktion i patientens bopælskommune for at aftale nærmere om den videre varetagelse af opgaven.

Iht. SAM:BO aftalen skal der fra sygehuset sendes en plejeforløbsplan indeholdende information om patienten og den videre behandlingsplan med reference til denne samarbejdsaftale. Der skal medsendes kontaktoplysninger på den behandlingsansvarlige afdeling. Ligeledes skal der medsendes link til hjemmeside eller informationsmateriale målrettet den kommunale akutfunktioner, der beskriver opgaverne forbundet med kateteranlæggelse og -pleje. Sygehuset er ansvarlig for at informationsmaterialet er opdateret.

Sygehuset skal endvidere sikre, at patienten er informeret om behandlingsplanen.

Region Syddanmarks sygehusenheder har udarbejdet instrukser for kateter à demeure, engangskateterisation og topkateter, som findes på <http://ekstern.infonet.regionsyddanmark.dk/>

Beskrivelse af remedier og ressourcer

Jf. kvalitetstandarderne skal kommunerne købe katetre og udstyr til anlæggelse og pleje af disse.

Hvis kateteret anlægges på sygehuset som en del af et udredningsforløb, er det iht. afgrænsningscirkulæret sygehuset, der afholder udgiften til katetre og udstyr, indtil patienten er udredt og færdigbehandlet. Det kan dreje sig om:

- Katetre
- Færdigpakket kateterisationssæt med sterile handsker, afdækningsstykke, kapsel, vattamponer til afvaskning og engangspincet, katetersmøremiddel og saltvand til afvaskning samt glycerinopløsning 10 % i sprøjte til ballonfyldning.
- Eventuelt kateterventil
- Drænagesystem
- Urinposer
- Urinposeholder
- Urinfiksering
- Fikseringsbånd
- Fikseringstape

Kompetenceudvikling

Sygehuset eller den praktiserende læge er for hver enkelt patient, som man har behandlingsansvaret for, i kontakt med den kommunale akutfunktion iht. at koordinere kateteranlæggelsen og den efterfølgende pleje. Sygehuset står til rådighed ved spørgsmål, også for akut henvendelse. Det samme gør de praktiserende læger inden for den gældende overenskomst.

Den kommunale sygepleje skal besidde grundlæggende viden og kompetencer relateret til kateteranlæggelse og -pleje. Det drejer sig mere specifikt om følgende kompetencer:

- Anlæggelse af engangskateter og blærekateter
- Skift af blærekateter og topkateter
- Pleje af blærekateter og topkateter
- Forebyggelse af komplikationer

Der kan være behov for oplæring og vedligeholdelse af kompetencer og viden om kateteranlæggelse – denne oplæring kan foregå ved intern oplæring i kommunerne eller i regi af de lokale samarbejdsfora i samarbejde med Region Syddanmarks sygehusenheder. Region Syddanmarks sygehusenheder skal bistå med kompetenceudvikling og oplæring af sygeplejersker i kateteranlæggelse på mænd. Samarbejdet om kompetenceudvikling koordineres lokalt i regi af de lokale samordningsfora.

Plan for kvalitetssikring og monitorering

Følgegruppen for opgaveoverdragelse har ansvar for løbende følge op på anvendelsen af samarbejdsaftalen. Samarbejdsaftalen evalueres to år efter aftalens godkendelse.

Evalueringen skal blandt andet belyse:

- Det tværsektorielle samarbejde, herunder kvalitet og kompetenceudvikling
- Utilsigtede hændelser

Fortolkning af samarbejdsaftalen

Fortolkningsspørgsmål af elementer i samarbejdsaftalen kan bringes til behandling i de lokale samordningsfora. Hvis fortolkningsspørgsmålet omhandler fordeling af udgifter til behandlingsredskaber og hjælpemidler, og der ikke kan opnås enighed i det lokale samordningsfora, så kan sagen bringes videre til Arbejdsgruppen vedr. Behandlingsredskaber og Hjælpemidler.

Regler for opsigelse og genforhandling af samarbejdsaftalen

Samarbejdet om kateteranlæggelse og -pleje aftales og koordineres lokalt mellem kommuner, sygehusenheder og praktiserende læger med udgangspunkt i nærværende samarbejdsaftale.

Samarbejdsaftalen kan opsiges med passende varsel efter forudgående drøftelser i Det Administrative Kontaktforum.

Samarbejdsaftalen revideres og genforhandles, når der kommer afgørende ændrede vilkår for opgave, eksempelvis nye kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner.

LIVSSTILSGUIDE I PRAKSIS

Sundhedspædagogisk
samarbejde mellem
professionelle og voksne
med psykisk sygdom

KOMPETENCER, TILGANG
OG VÆRKTØJER

Indholdsfortegnelse

1. BAGGRUND OG FORMÅL	3
1.2 ET PARTNERSKAB OM AT UDVIKLE OG AFPRØVE ET SUNDHEDSPÆDAGOGISK KONCEPT	4
2. FINANSIERING	4
3. MÅLGRUPPER	5
4. METODE.....	5
4.1 KONCEPTUDVIKLING	5
4.2 DET SUNDHEDSPÆDAGOGISKE KONCEPT.....	7
4.3 DATAGRUNDLAG	9
4.4 KOMPETENCEUDVIKLINGSFORLØB OG KARAKTERISTIK AF PROFESSIONELLE.....	11
4.5 KARAKTERISTIK AF BRUGERE	13
5. RESULTATER.....	15
5.1 PROFESSIONELLES OPLEVELSE AF KOMPETENCEUDVIKLINGSFORLØBET.....	15
5.2 PROFESSIONELLES OPLEVELSE AF DET SUNDHEDSPÆDAGOGISKE KONCEPT	19
5.2.1 Skabe fælles vidensrum	20
5.2.2 Fremme fælles refleksion om forandring.....	21
5.2.3 Sætte rammer sammen.....	23
5.2.4 Opsummering – professionelles oplevelse af det sundhedspædagogiske koncept.....	24
5.3 BRUGERES OPLEVELSE AF DET SUNDHEDSPÆDAGOGISKE KONCEPT	24
5.3.1 Skabe fælles vidensrum	25
5.3.2 Fremme fælles refleksion om forandring.....	27
5.3.3 Sætte rammer sammen.....	28
5.3.4 Kritikpunkter	29
5.3.5 Opsummering – brugernes oplevelse af det sundhedspædagogiske koncept	29
5.4 BARRIERER OG FACILITATORER FOR VIRKNINGEN AF DET SUNDHEDSPÆDAGOGISKE KONCEPT	30
5.4.1 Facilitatorer for afprøvning og virkning af værktøjerne i praksis	33
5.4.2 Barrierer for afprøvning og virkning af værktøjerne i praksis	36
5.4.3 Opsummering – facilitatorer for virkningen af det sundhedspædagogiske koncept.....	38
5.4.4 Opsummering – barrierer for virkningen af det sundhedspædagogiske koncept	38
6. ERFARINGER OG ANBEFALINGER UDLEDT FRA PROJEKTPERIODEN 2015-2017	40
7. TAK TIL SAMARBEJDSPARTNERE	43
8. EVALUERINGENS UDARBEJDELSE	44
BILAG 1: SPØRGESKEMA TIL PROFESSIONELLE – UDFYLDT VED FORLØBETS START	45
BILAG 2: SPØRGESKEMA TIL PROFESSIONELLE UDFYLDT VED FORLØBETS AFSLUTNING.....	45
BILAG 3: SPØRGESKEMA TIL BRUGERE	45
BILAG 4: OBSERVATIONSGUIDE	45

1. Baggrund og formål

Mennesker med psykisk sygdom har en markant overdødelighed sammenlignet med den øvrige del af befolkningen. Forskning viser, at den forventede levetid er ca. 20 år kortere for mænd og ca. 15 år kortere for kvinder med psykisk sygdom (Wahlbeck et al. 2011). Forskningen peger tilmed på, at ca. 60 % af overdødeligheden skyldes fysisk sygdom, herunder livsstilssygdomme som diabetes, hjertekarsygdomme og luftvejsinfektioner (Laursen 2011). Forekomsten af livsstilssygdomme skyldes blandt andet, at mennesker med psykisk sygdom typisk har en mere usund livstil end den generelle befolkning, og at indtag af psykofarmaka er forbundet med vægtøgning. Endvidere bliver symptomer på fysisk sygdom hos mennesker med psykisk sygdom ofte overset eller negligeret i sundhedsvæsenet (Nordentoft et al. 2012).

Ovenstående billede genfindes i den syddanske Sundhedsprofilundersøgelse – *Hvordan har du det?* fra 2010, hvor 80 % af alle adspurgte mennesker med psykisk sygdom svarede, at de har en eller flere fysiske sygdomme, og ofte er der tale om livsstilssygdomme. Denne andel var 60 % for den øvrige del af den adspurgte befolkning. Øvrige tal fra Sundhedsprofilundersøgelsen viser samme tendens, nemlig at andelen der ryger, lever af usund kost, er inaktive og/eller svært overvægtige er væsentligt større end blandt mennesker med psykisk sygdom end blandt den øvrige befolkning.

Med henblik på at reducere ulighed i sundhed har Region Syddanmark udarbejdet *Strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme for mennesker med en sindslidelse* (2013). Strategien indeholder fem indsatsområder, der tilsammen skal styrke den tværsektorielle indsats målrettet fysisk sundhed hos mennesker med psykisk sygdom. Styrket viden og uddannelse samt fastholdelse af mennesker med psykisk sygdom i forebyggelses- og behandlingsforløb udgør to af Strategiens indsatsområder og danner grundlag for nærværende projekt: "Livsstilsguide i praksis". Projektet sætter fokus på at styrke professionelles kompetencer i at understøtte mennesker med psykisk sygdom til at leve et sundere hverdagsliv og/eller blive klar til sundhedsfremmende forandring. Selve indsatsen består i at udvikle og afprøve et sundhedspædagogisk koncept.

Forskning viser, at mennesker med psykisk sygdom, trods den høje sygdomsforekomst, er underrepræsenterede, når det gælder behandling. Kun halvt så mange mennesker med psykisk sygdom opereres for deres hjertekarsygdomme sammenlignet med mennesker uden psykisk sygdom (Laursen 2009). Endvidere viser forskning, at mennesker med psykisk sygdom ofte føler sig dårligt behandlet, når de har en fysisk sygdom og møder mistro i sundhedsvæsenet, når de beretter om fysiske symptomer. Sundhedsprofessionelle er i den forbindelse tilbøjelige til at tilskrive de fysiske symptomer den psykiske lidelse (Jacobsen et al. 2010).

Forskning viser også, at mennesker med psykisk sygdom er ligeså motiverede for at ændre livsstil som den øvrige befolkning, men at de oplever flere barrierer for forandring såsom bivirkninger fra medicin, manglende energi og struktur samt en nedsat evne til at tage initiativ (Nordentoft 2012). Ovennævnte barrierer kan gøre det vanskeligt at rekruttere og fastholde mennesker med psykisk sygdom i traditionelle forebyggelses- og behandlingstilbud. Derfor er individuelle hensyn og støtte fra professionelle og personlige netværk særlig vigtigt i tilrettelæggelsen og gennemførelsen af sundhedsrelaterede aktiviteter målrettet denne gruppe. Professionelles holdninger og forventninger til livsstilsændringer hos målgruppen spiller i den forbindelse en central rolle. Forskning viser, at det er af stor betydning, at professionelle anerkender livsstilsrelaterede udfordringer hos mennesker med psykisk sygdom som en seriøs problemstilling, og



samtidig anser det som vrende realistisk, at målgruppen er i stand til at foretage positive livsstilsændringer, hvis de får den nødvendige hjælp og støtte (Nordentoft et al. 2012).

1.2 Et partnerskab om at udvikle og afprøve et sundhedspædagogisk koncept

Region Syddanmark, de 22 syddanske kommuner og Steno Diabetes Center Copenhagen har indgået partnerskab om det treårige projekt "Livsstilsguide i praksis" (2015-2017). Projektet har gennem aktiv involvering af især voksne med psykisk sygdom udviklet et sundhedspædagogisk koncept. Konceptet har dannet afsæt for et kompetenceudviklingsforløb målrettet professionelle i kommunalt og regionalt regi, som arbejder med sundhedsrelaterede aktiviteter målrettet voksne med psykisk sygdom. Kompetenceudviklingsforløbet er udviklet til at give professionelle øgede kompetencer samt konkrete værktøjer til at forbedre det sundhedspædagogiske samarbejde med voksne med psykisk sygdom. Formålet er at gøre de professionelle i stand til at understøtte voksne med psykisk sygdom til at leve et sundere hverdagsliv.

Region Syddanmark har varetaget projektledelsen, herunder administration af og rekruttering til kompetenceudviklingsforløb. Ligeledes har Region Syddanmark sikret projektets planmæssige fremdrift og forestået evaluering af projektet. Region Syddanmark har deslige bidraget til udvikling af det sundhedspædagogiske koncept.

De 22 syddanske kommuner har forpligtet sig til at bakke op om projektet, herunder at prioritere kompetenceudvikling af relevante medarbejdere og afprøve det sundhedspædagogiske koncept i egen praksis.

Steno diabetes Center Copenhagen (SDCC) har været tovholder på udvikling, afprøvning feasibility test og justering af det sundhedspædagogiske koncept. SDCC har leveret kvantitative og kvalitative data til nærværende evaluering.

University College Syd har varetaget tilrettelæggelsen af projektets kompetenceudviklingsforløb og forestået undervisningen på forløbene. University College Syd har endvidere bidraget som sparringspartner gennem projektperioden og til indeværende projektevurering.

2. Finansiering

Projektet er og støttet med 2.9 millioner kroner fra Partnerskabspuljen 2014, som er udmøntet af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Projektet er tillige finansieret af egenfinansiering fra alle parter side. Puljebevillingen er betinget af, at projektet understøtter opfyldelsen af følgende nationale mål for danskernes sundhedstilstand:

- Den sociale ulighed i sundhed skal mindskes (mål 1)
- Flere skal vælge et røgfrit liv (mål 4)
- Færre skal have et skadeligt alkoholforbrug (mål 5)
- Flere skal bevæge sig mere i dagligdagen (mål 7)

3. Målgrupper

Projektets primære målgruppe er voksne mennesker med psykisk sygdom. Målgruppen er ikke afgrænset til bestemte psykiatriske diagnoser, men omfatter voksne med psykisk sygdom (brugere) der samtidig har eller er i risiko for livsstilsrelaterede sygdomme som diabetes og hjertekarsygdom. Brugere er inkluderet i både udvikling, afprøvning og evaluering af det sundhedspædagogiske koncept.

Målgruppen for projektets kompetenceudviklingsforløb er professionelle, der arbejder med sundhedsaktiviteter målrettet voksne med psykisk sygdom. Professionelle er rekrutteret fra den regionale lokalpsykiatri og den kommunale socialpsykiatri. I kompetenceudviklingsforløbene har enkelte professionelle fra blandt andet beskæftigelsesområdet også deltaget.

Pårørende til brugere har deltaget i forbindelse med udvikling af det sundhedspædagogiske koncept. Det blev dog tidligt i projektet tydeligt, at denne målgruppe skulle træde i baggrunden til fordel for brugere. Pårørende er dermed ikke inkluderet i forbindelse med afprøvning og evaluering af det sundhedspædagogiske koncept.

4. Metode

4.1 Konceptudvikling

Udviklingen af det sundhedspædagogiske koncept bygger på brugerdrevet innovation, hvor brugere dels har været aktivt involverede i at definere behov og udfordringer og dels været med til at udvikle, prioritere og teste ideer i relation til det sundhedspædagogiske koncept. Professionelle og pårørende har ligeledes været aktivt involverede og bidraget til at definere behov og udfordringer samt kommentere på ideer fra brugere. Endvidere har en tværfaglig projektgruppe deltaget i en prætest af konceptet. Projektgruppen består hovedsageligt af repræsentanter, der arbejder med udvikling og ledelse på sundheds- og psykiatriområdet i de syddanske kommuner og af personer, der arbejder inden for somatik- og psykiatriområdet i Region Syddanmark. Derudover er der to repræsentanter fra patient- og pårørendeforeninger (Bedre Psykiatri og Landsforeningen SIND) samt forskere fra Steno Diabetes Center Copenhagen.

Figur 1 viser antal deltagere i de forskellige faser af udviklingen:

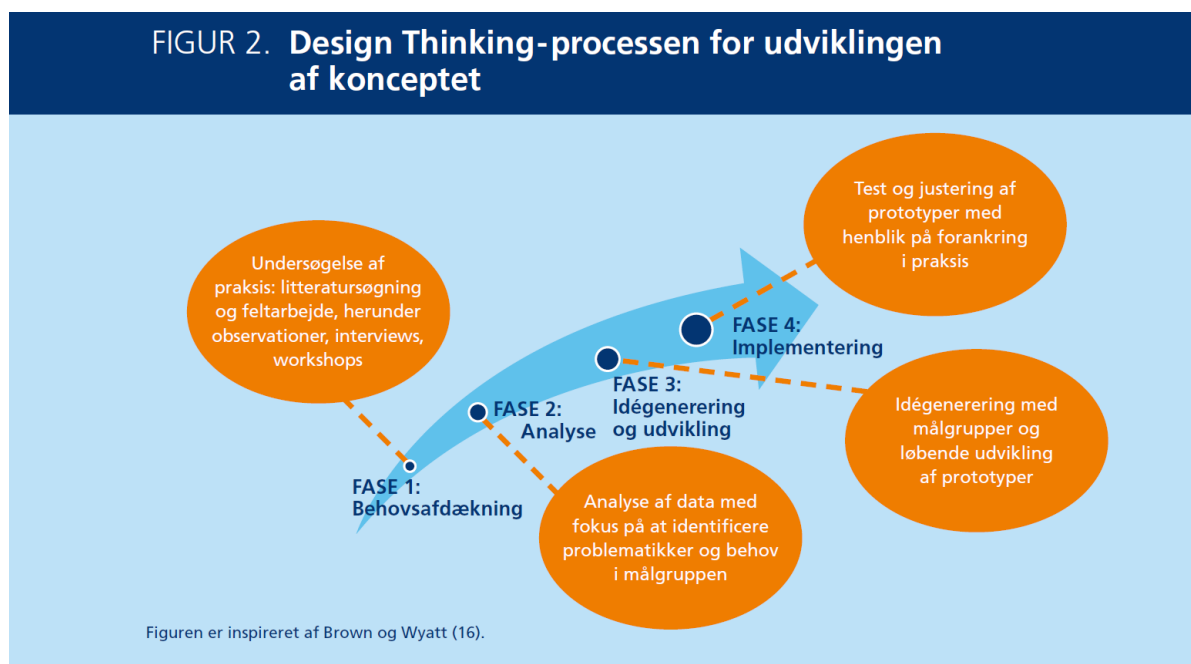
Deltagere	Behovsafdækning	Idégenerering	Prætest	Total
Voksne med psykisk sygdom	Observationer (n=27) Interviews (n=4) Workshop (n=6)	Workshop (n=5) Workshop (n=8)	Workshop (n=10)	46 voksne med psykisk sygdom*
Professionelle	Observationer (n=16) Interviews (n=12)	Workshop (n=21)**	Workshop (n=4)	45 professionelle*
Familiemedlemmer til voksne med psykisk sygdom	Workshop (n=12)			12 familiemedlemmer til voksne med psykisk sygdom

* Nogle personer deltog i flere aktiviteter under udviklingen af konceptet.

** Workshopen havde fokus på at kommentere på ideer og perspektiver fra voksne med psykisk sygdom.

Udviklingsprocessen tager afsæt i Design Thinking, hvor empati og forståelse for mennesker sættes i centrum, når problemer skal løses, og brugere involveres i at skabe brugbare løsninger i fællesskab. Design Thinking-processen har i dette projekt fire faser, herunder behovsafdækning, analyse, idégenerering og udvikling samt Implementering.

Figur 2 viser et overblik over projektets Design Thinking-proces:



4.2 Det sundhedspædagogiske koncept

Behovsafdækningen og idéudviklingen i projektet har givet anledning til udvikling af teorimodellerne 'Den psykisk sårbare bruger' og 'Samarbejdsmodel for bruger og professionel'. Sidstnævnte udgør det centrale grundlag for konceptet. I konceptudviklingen blev det klart, at samarbejdet mellem bruger og professionel er helt afgørende for at skabe sundhedsfremmende forandring hos brugeren. 'Samarbejdsmodel for bruger og professionel' har derfor fokus på et samarbejds perspektiv, hvor den enkelte bruger i samarbejde med den professionelle afgør, hvad der er godt for vedkommende. Modellen beskriver tre elementer, som samarbejdet om sundhedsfremme indebærer:

Skabe fælles vidensrum

Bruger og professionel udveksler viden om ressourcer, sociale relationer, livsstil, erfaringer og værdier med udgangspunkt i det brede positive sundhedsbegreb.

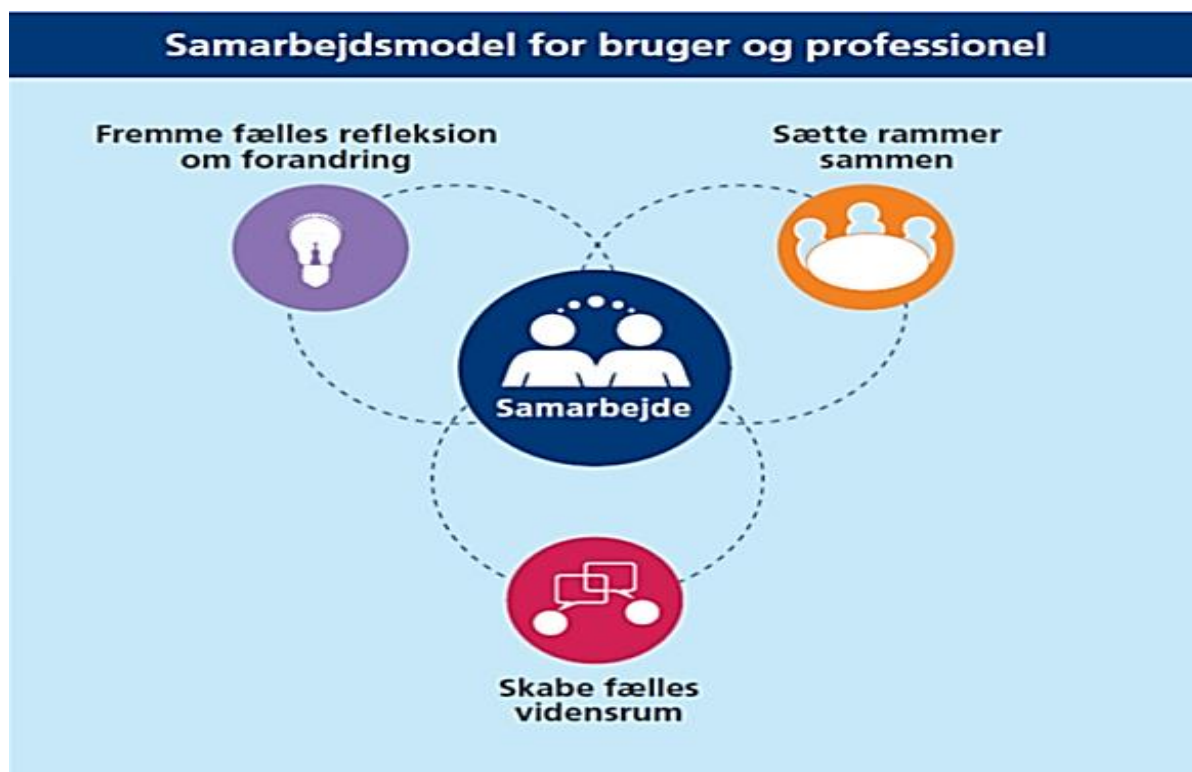
Fremme fælles refleksion om forandring

Bruger og professionel drøfter brugerens motivation for forandring med udgangspunkt i det brede positive sundhedsbegreb.

Sætte rammer sammen

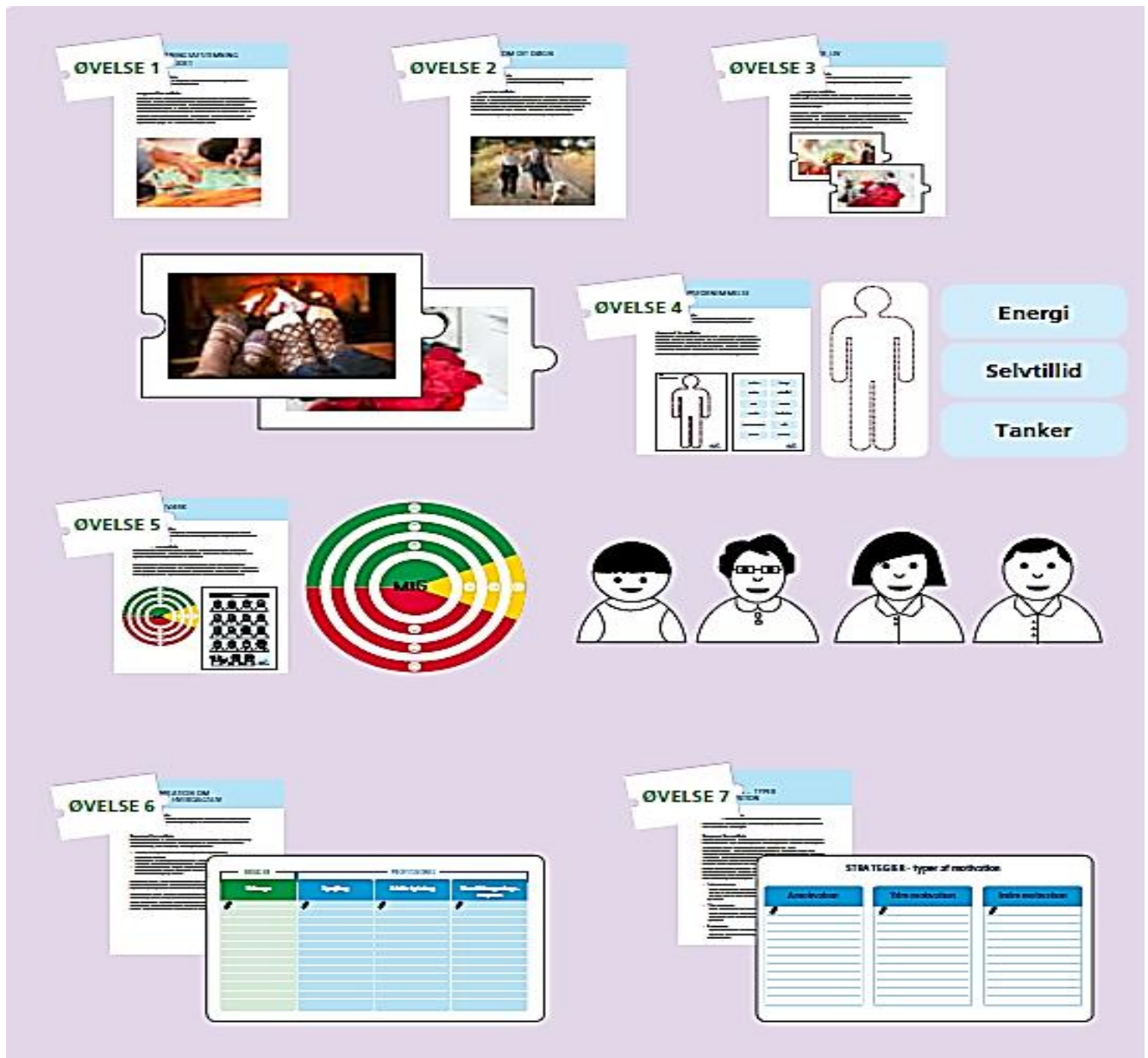
Bruger og professionel er fælles om at beslutte de fysiske og indholdsmæssige rammer for den sundhedsrelaterede aktivitet.

Figur 3 viser de tre elementer i 'Samarbejdsmodel for bruger og professionel':



Til at understøtte den professionelle i at samarbejde med brugeren ud fra samarbejdsmodellens forståelsesramme er der udviklet syv sundhedspædagogiske dialogværktøjer, som fremgår af figur 4.

Figur 4: Konceptets dialogværktøjer

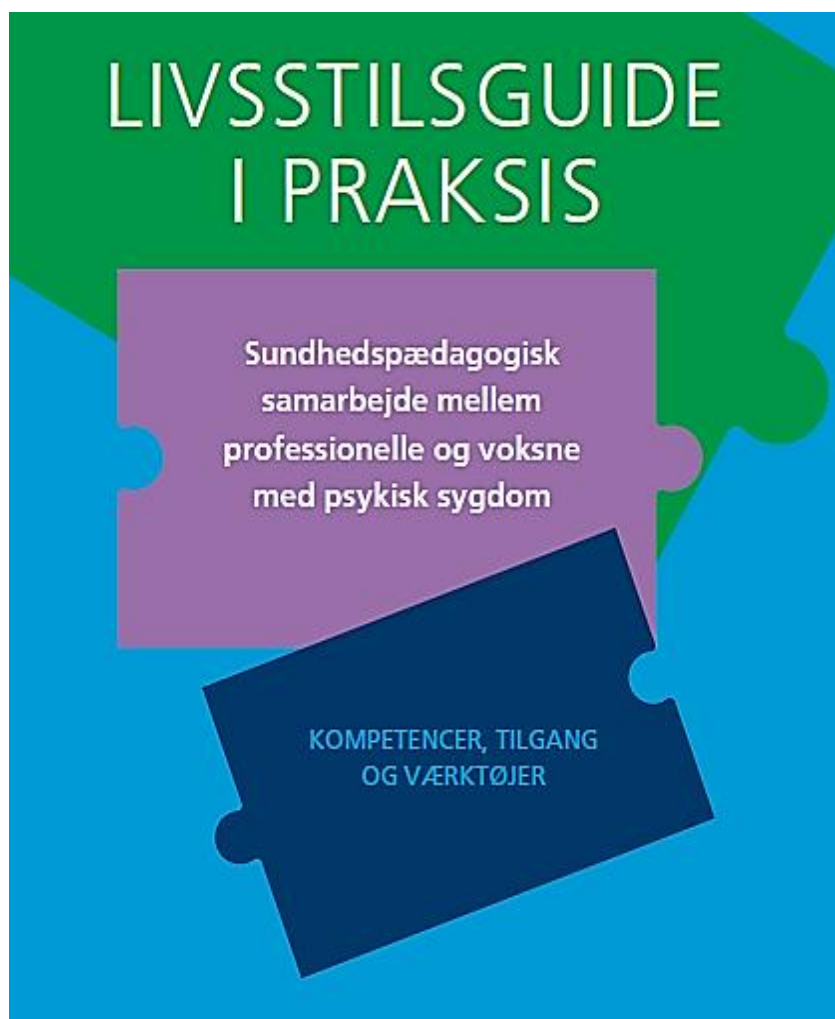


Oversigt over dialogværktøjerne:

Øvelse 1	Forventningsafstemning i samarbejdet
Øvelse 2	Fortæl om dit døgn
Øvelse 3	Det gode liv
Øvelse 4	Min kropsfornemmelse
Øvelse 5	Mit netværk

Øvelse 6	Kommunikation om det sunde hverdagsliv
Øvelse 7	Strategier – typer af motivation

Foruden to teorimodeller og syv dialogværktøjer er nedenstående guide blevet udarbejdet. Guiden indeholder en beskrivelse af det teoretiske og metodiske grundlag for udviklingen af det sundhedspædagogiske koncept. Guiden beskriver desuden formål og baggrund for hvert enkelt dialogværktøj, samt hvordan det enkelte værktøj kan anvendes i praksis trin for trin.



4.3 Datagrundlag

Det sundhedspædagogiske koncept er afprøvet med brugere i praksis. Afprøvningen indgår som led i kompetenceudvikling af professionelle med henblik på at forbedre samarbejdet om sundhed mellem brugere og professionelle. Til at belyse konceptets virkning i praksis, herunder brugere og professionelles oplevelse af konceptets virkning samt barrierer og facilitatorer for konceptets virkning, er der foretaget en omfattende dataindsamling.

Datamaterialet udgøres af fem datakilder:

Spørgeskemabesvarelser fra professionelle

158 professionelle har udfyldt to spørgeskemaer i forbindelse med deres deltagelse i projektets kompetenceudviklingsforløb (bilag 1 og 2). Det første er udfyldt ved forløbets start og afdækker professionelles baggrundsoplysninger og deres udgangspunkt for at deltage i forløbet. Ved kompetenceudviklingsforløbets afslutning har de professionelle udfyldt et andet spørgeskema, som afdækker hvilke værktøjer, de har afprøvet, hvordan værktøjerne har fungeret i praksis og de professionelles overvejelser om fremtidigt brug af værktøjerne.

Interviews med professionelle

Der er i 2016 foretaget ti semistrukturerede telefoninterviews med professionelle. Interviewene har haft fokus på de professionelles oplevelse af konceptets virkning i praksis og professionelles eventuelle forslag til justering af de sundhedspædagogiske dialogværktøjer.

Spørgeskemabesvarelser fra brugere

154 brugere har udfyldt et spørgeskema i umiddelbar forlængelse af, de har deltaget i at afprøve værktøjerne med en professionel (bilag 3). Spørgeskemaet afdækker brugerens oplevelse af dialogværktøjerne, måden den professionelle tager værktøjerne i brug og værktøjernes virkning i praksis. Spørgeskemaet til brugere er opbygget omkring 'Samarbejdsmodel for bruger og professionel' med anvendelse af smileys og er udarbejdet med involvering af brugere.

Observation af praksis

Der er i forbindelse med afprøvning af det sundhedspædagogiske koncept foretaget observationer i 10 settings/15 sundhedsaktiviteter i 2016 og i 15 settings/22 sundhedsaktiviteter i 2017. Observationerne er foretaget med anvendelse af en observationsguide (bilag 4), som er bygget op omkring 'Samarbejdsmodel for bruger og professionel'. Fokus for observation af praksis har været at opnå indblik i, hvordan det sundhedspædagogiske koncept, herunder den samarbejdsorienterede tilgang og dialogværktøjerne, anvendes, og hvilken betydning det har i praksis.

Interviews med brugere

Der er i 2017 foretaget 14 semistrukturerede telefoninterviews med brugere, som er blevet observeret i forbindelse med afprøvning af et eller flere dialogværktøjer med en professionel. Interviewene har fokuseret på brugernes oplevelse af konceptets virkning, herunder dialogværktøjernes evne til at understøtte et samarbejde med den professionelle.

Observation af kompetenceudviklingsforløbenes afvikling

Samtlige otte kompetenceudviklingsforløb er blevet observeret med henblik på at afdække de professionelles reaktioner på og erfaringer med det sundhedspædagogiske koncept. Observationerne har i



2017 desuden haft fokus på professionelles perspektiver omkring forankring af konceptet og på professionelles udfordringer i det sundhedsfremmende samarbejde med brugere.

4.4 Kompetenceudviklingsforløb og karakteristik af professionelle

Projektets kompetenceudviklingsforløb er bygget op omkring det sundhedspædagogiske koncept og er tilrettelagt i et samarbejde mellem University College Syd og brugere. Kompetenceudviklingsforløbet består af to sammenhængende uddannelsesdage, en praktisk afprøvningsperiode på fire uger hjemme i egen praksis og en opfølgingsdag. Ved de to sammenhængende uddannelsesdage er de professionelle dels blevet præsenteret for sundhedspædagogisk teori og det sundhedspædagogiske koncept og dels blevet udfordret i at træne anvendelsen af dialogværktøjerne med hinanden. På opfølgingsdagen har de professionelle udvekslet erfaringer og modtaget feedback fra underviserne relateret til deres individuelle afprøvninger.

Der er i alt afholdt otte kompetenceudviklingsforløb. Fordelingen af kompetenceudviklingsforløbene i forhold til årstal og geografi kan ses i tabel 1:

Tabel 1: Antal professionelle fordelt på de otte kompetenceudviklingsforløb

Kompetenceudviklingsforløb	Antal professionelle
2016	
1 Trekantsområdet	19
2 Sønderjylland	16
3 Vestjylland	20
2017	
4 Fyn	24
5 Vestjylland	20
6 Sønderjylland	17
7 Trekantsområdet	19
8 Fyn	23
Sum	158

Af de 158 deltagere er 26 fra regionalt regi og 132 fra kommunalt regi.

Tabel 2: Kønsfordeling

Køn	Antal	Frekvens
Mand	19	12 %
Kvinde	139	88 %
Sum	158	100 %

Der er en overrepræsentation af kvinder ved kompetenceudviklingsforløbene.

Tabel 3: Aldersspredning og gennemsnitsalder

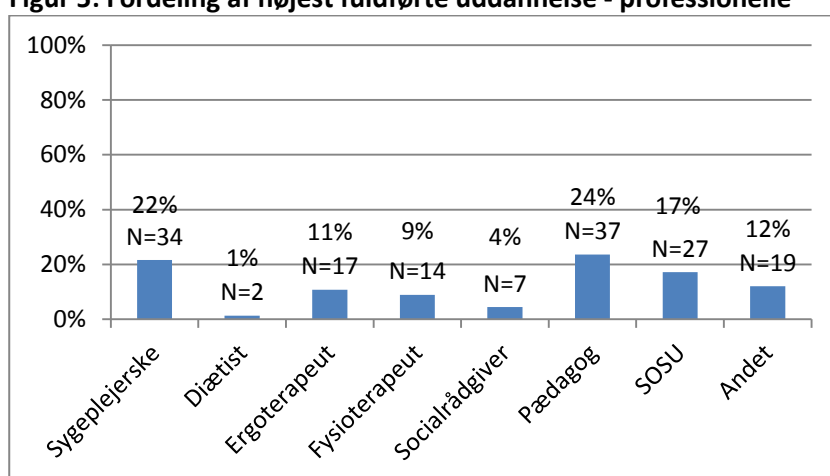


Alder	Antal	Frekvens
21-30	18	11 %
31-40	38	24 %
41-50	51	32 %
51-60	44	29 %
61-70	6	4 %
Sum	157	100 %
Gennemsnitsalder	44	

* Missing = 1

Alderskategorien 41-50 år er størst repræsenteret blandt professionelle.

Figur 5: Fordeling af højest fuldførte uddannelse - professionelle



* Missing = 1

Ved kompetenceudviklingsforløbene har der været deltagelse af flest pædagoger og sygeplejersker. Herefter følger social- og sundhedsassistenter, ergoterapeuter og fysioterapeuter. 12 % af de professionelle er registreret under kategorien 'Andet', hvilken særligt omfatter mentorer og sundhedsfaglige konsulenter.

Hovedparten af deltagende professionelle (69 %) angiver at have noget viden om sundhedspædagogik forud for kompetenceudviklingsforløbet, og 8 % af de professionelle angiver at have rigtig meget viden på feltet. 20 % af de professionelle angiver, at de næsten ingen viden havde inden forløbets start, og 3 % ingenting.

Størstedelen af de professionelle rapporterer forud for kompetenceudviklingsforløbet ligeledes at have noget erfaring med at arbejde med sundhedspædagogik (63 %), mens 11 % angiver at have rigtig meget erfaring. 21 % rapporterer at have næsten ingen erfaring med feltet, og 5 % af de professionelle angiver ingen erfaring med sundhedspædagogik.

Næsten samtlige professionelle (90 %) angiver i høj grad at have interesse i at få ny inspiration til arbejdet med at fremme sundheden hos brugere. De resterende (10 %) rapporterer i nogen grad at have interesse, mens en enkelt professionel angiver i mindre grad at have interesse.

De professionelle angiver at opleve forskellige udfordringer i arbejdet med at fremme sundheden hos brugere. Oversigten nedenfor viser nogle af de udfordringer, som professionelle beretter om.

Brugerne mangler ofte motivation, overskud og optimisme og kan have vanskeligt ved at møde stabilt op til og fastholdes i sundhedsaktiviteter.
Professionelle oplever at mangle viden og evner til at motivere brugere til sundhedsfremmende forandring.
Manglende politisk og ledelsesmæssig prioritering af fysisk sundhed hos brugere, herunder manglende organisatoriske rammer til at kunne prioritere tid til feltet.

Professionelles udfordringer i det sundhedsfremmende arbejde med brugere afspejles i de professionelles motivation for at deltage i kompetenceudviklingsforløbet. Professionelle fremhæver forskellige årsager til deres motivation for at deltage, hvilke fremgår nedenfor.

Professionelle ønsker nye værktøjer til at motivere brugere til at tale om og arbejde med livsstil og fysisk sundhed.
Professionelle ønsker nytænkning af deres tilgang til brugere med henblik på at kunne fastholde brugere i sundhedsfremmende aktiviteter.
Kompetenceudviklingsforløbet er relevant i forhold til professionelles daglige praksis, og det sundhedspædagogiske koncept er et godt supplement til eksisterende praksis.

I evalueringsrapportens resultat afsnit belyses, hvorvidt de professionelle oplever, at kompetenceudviklingsforløbet forbedrer deres kompetencer til at samarbejde med brugere om sundhedsfremme og hermed imødekommer nogle af de udfordringer, som de professionelle oplever.

Nedenfor følger en karakteristik af brugere, som har medvirket til afprøvning af det sundhedspædagogiske koncept i praksis.

4.5 Karakteristik af brugere

Involvering af brugere er gennemgående for hele projektperioden (2015-2017) og udgør et af projektets bærende elementer. Brugere har været involveret i såvel udvikling som afprøvning af det sundhedspædagogiske koncept, ligesom fire brugere har deltaget ved kompetenceudviklingsforløbene som sparringspartnere for de professionelle.

Det sundhedspædagogiske koncept er afprøvet på minimum 655 brugere i 2016 og 2017, hvoraf 154 har udfyldt et spørgeskema i direkte forlængelse af, de har medvirket i afprøvningen¹. Nedenstående karakteristik er baseret på spørgeskemabesvarelser fra de 154 brugere.

Tabel 4: Kønsfordeling

Køn	Antal	Frekvens
Mand	62	42 %

¹ De professionelle har i 2017 fået til opgave at udleve et spørgeskema til de brugere, som de har afprøvet konceptet med i praksis. De 154 brugere er udtryk for det antal brugere, som har fået udleveret og udfyldt et spørgeskema. Undersøgelsen af brugerperspektivet blev ikke foretaget i 2016.

Kvinde	87	58 %
Sum	149	100 %

* Missing = 5

Der er en lille overrepræsentation af kvinder blandt de adspurgte brugere.

Tabel 5: Aldersspredning og gennemsnitsalder

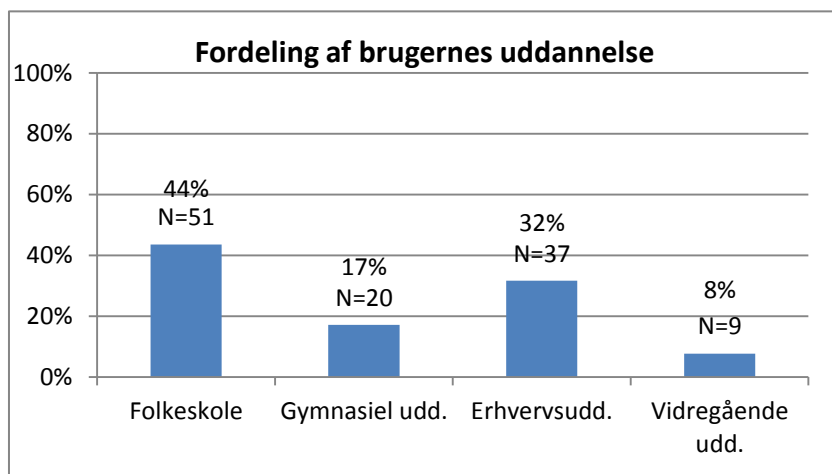
Alder	Antal	Frekvens
19-29	36	24 %
30-39	23	15 %
40-49	32	21 %
50-59	40	26 %
60-69	15	10 %
70-79	5	3 %
Sum	151	100 %

Gennemsnit	44
-------------------	----

* Missing = 3

Der er flest brugere i alderen 50-59 år, som har besvaret spørgeskemaet. (26 %). Herefter følger alderskategorierne 19-29 år (24 %) og 40-49 år (21 %). Den samlede gennemsnitlige alder er 44 år.

Figur 6: Fordeling af højest fuldførte uddannelse - brugere

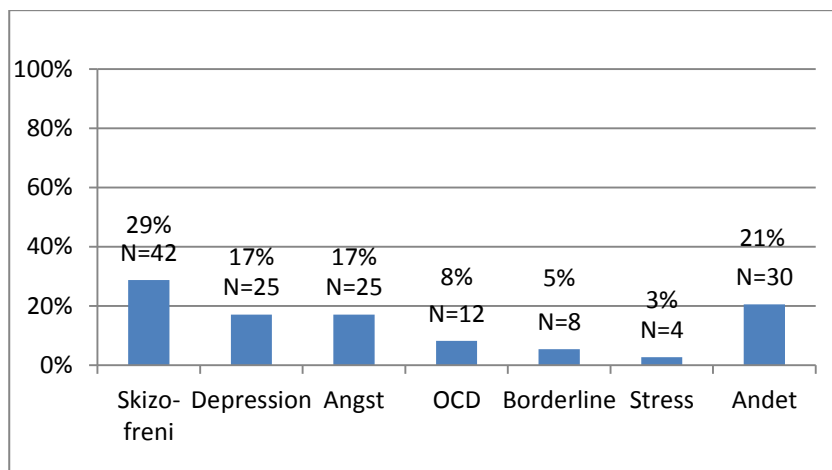


* Missing = 37

117 af de adspurgte brugere har oplyst deres uddannelsesmæssige baggrund. For mange brugeres vedkommende er folkeskole den højest fuldførte uddannelse (44 %).

Hovedparten af brugerne, som har udfyldt spørgeskemaet, er ikke i arbejde (86 %). 60 % af de adspurgte brugere er tilkendt en alders- eller førtidspension eller modtager kontanthjælp.

Figur 7: Fordeling af psykiske diagnoser blandt brugere



* Missing 8

Der er flest af de adspurgte brugere, som angiver at have diagnosen skizofreni (29%). 21% af de brugere, som har udfyldt spørgeskemaet, rapporterer at have en anden diagnose end ovennævnte. En stor del af brugerne angiver endvidere at have flere psykiske diagnoser.

5. Resultater

I det følgende præsenteres professionelles vurdering af kompetenceudviklingsforløbet samt brugere og professionelles oplevelse af det sundhedspædagogiske koncept. Skildringen er baseret på professionelles og brugeres spørgeskemabesvarelser og udtalelser i interviews. Ligeledes inddrages observationer foretaget i praksis og i forbindelse med kompetenceudviklingsforløbenes afvikling

5.1 Professionelles oplevelse af kompetenceudviklingsforløbet

På baggrund af professionelles udtalelser om kompetenceudviklingsforløbet og det sundhedspædagogiske koncept, synes deres ønske om og interesse for at få ny inspiration til at arbejde med sundhed blandt brugere at være blevet indfriet. De professionelle giver udtryk for at være meget positive overfor både konceptet og kompetenceudviklingsforløbet, herunder det sundhedspædagogiske materiale, forløbets organisering, underviserne og deltagelse af brugere ved forløbene.

I nedenstående oversigt fremgår nogle af de forhold, som professionelle fremhæver i forbindelse med deres deltagelse ved kompetenceudviklingsforløbet.

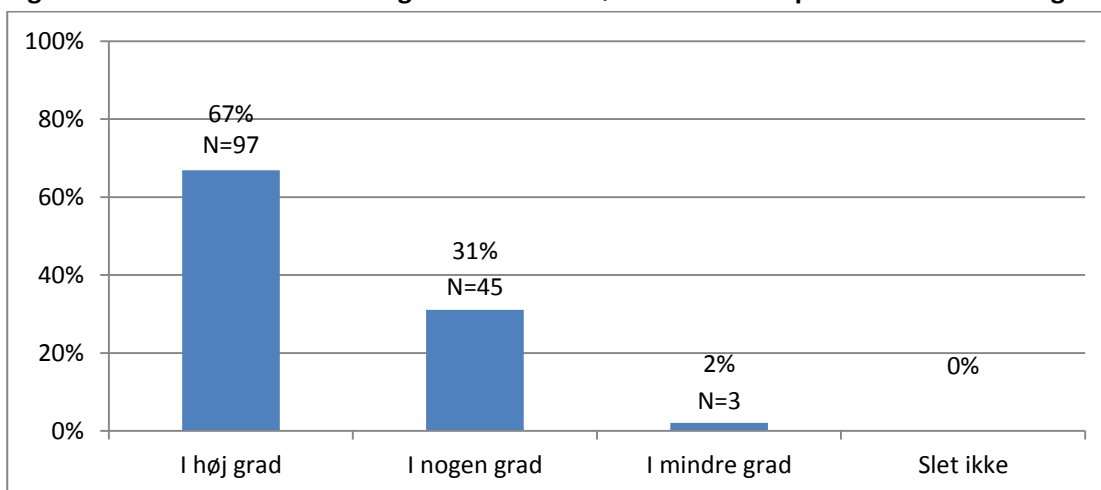
- ✓ *Rigtig godt kursus, veltilrettelagt mht. form og indhold. God balance mellem oplæg/fælles øvelser. Oplagte undervisere/god stemning.*
- ✓ *Nemt at forstå. Konkret ift. at bruge det [sundhedspædagogiske koncept] i arbejdet med borgeren. Rigtig god formidling.*
- ✓ *Det har været lærerigt og givende - nye metoder som jeg glæder mig til at vise mine brugere. Jeg er sikker på, at mange vil synes, det styrker samtalen og relationen.*
- ✓ *Godt at der er brugere med til kurset, som bidrager godt til at få et indblik set fra brugerens side.*

Citater fra professionelle

<p>Det sundhedspædagogiske materiale²:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gode konkrete, praktiske, fleksible og visuelle værktøjer ○ Positivt at få udleveret materiale. Det øger sandsynligheden for at materialet integreres i praksis ○ Godt håndgribeligt materiale som nemt kan tages frem i den daglige praksis
<p>Kompetenceudviklingsforløbets organisering:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ God kobling mellem teori og praksis ○ Godt med gruppearbejde og erfaringsudveksling med andre deltagere og brugere ○ Forløbet var lidt tidspresset, særligt i forhold til at nå at afprøve øvelserne tilstrækkeligt i praksis.
<p>Underviserne:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gode og engagerede ○ Gode til at skabe struktur og varieret undervisning ○ Empatiske og god praksisforståelse
<p>Deltagelse af psykiatribrugere ved kompetenceudviklingsforløbene:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Berigende og ekstraordinært med deltagelse af brugere ○ Vigtigt at inddrage brugernes erfaringer ○ Rigtig godt at der er brugere med ved samtlige undervisningsdage

I spørgeskemaet, som professionelle har besvaret ved kompetenceudviklingsforløbets afslutning, er de professionelle vurderinger af kompetenceudviklingsforløbet ligeledes positive. De professionelle vurderinger er vist i figur 8, 9 og 10.

Figur 8: Professionelles vurdering af hvorvidt forløbet har levet op til deres forventninger

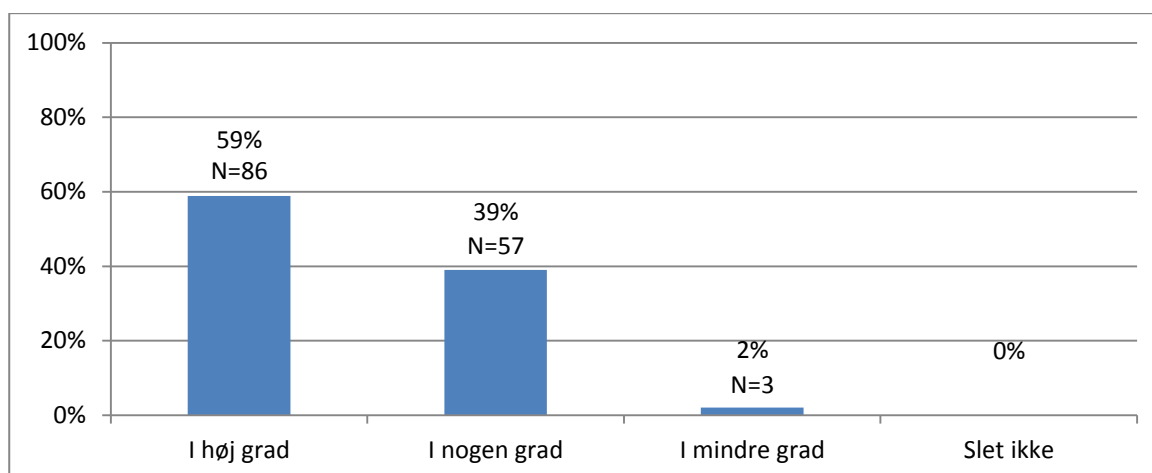


* Missing = 13

Hovedparten af de professionelle vurderer, at kompetenceudviklingsforløbet i høj eller nogen grad har levet op til deres forventninger.

Figur 9: Professionelles vurdering af hvorvidt forløbet har givet ny inspiration

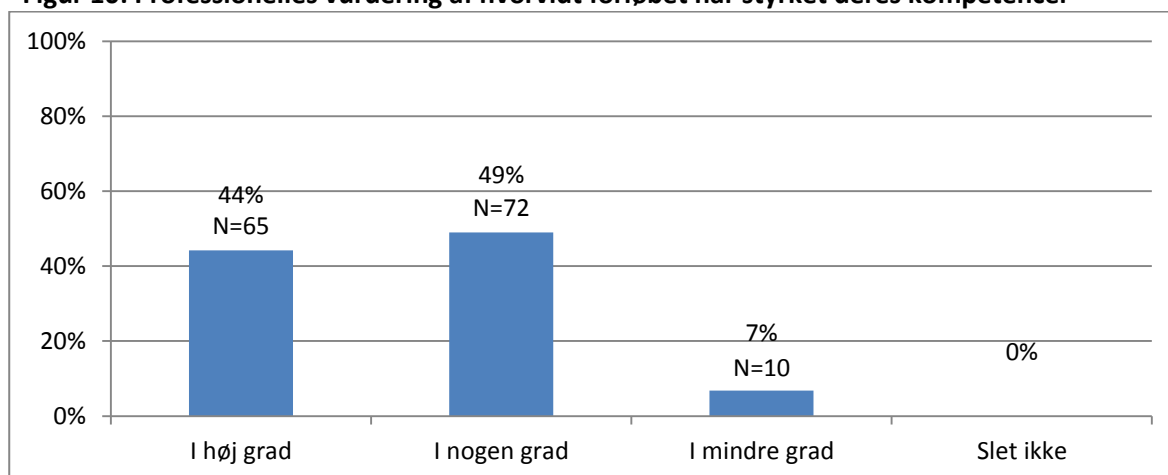
² Ved kompetenceudviklingsforløbet får de professionelle udleveret en kasse med de syv sundhedspædagogiske dialogværktøjer og en guide, som beskriver det sundhedspædagogiske koncept, herunder formålet med og anvendelsen af værktøjerne.



* Missing = 12

Størstedelen af de professionelle vurderer, at de i høj eller nogen grad har fået ny inspiration til arbejdet med at fremme sundheden blandt brugere.

Figur 10: Professionelles vurdering af hvorvidt forløbet har styrket deres kompetencer

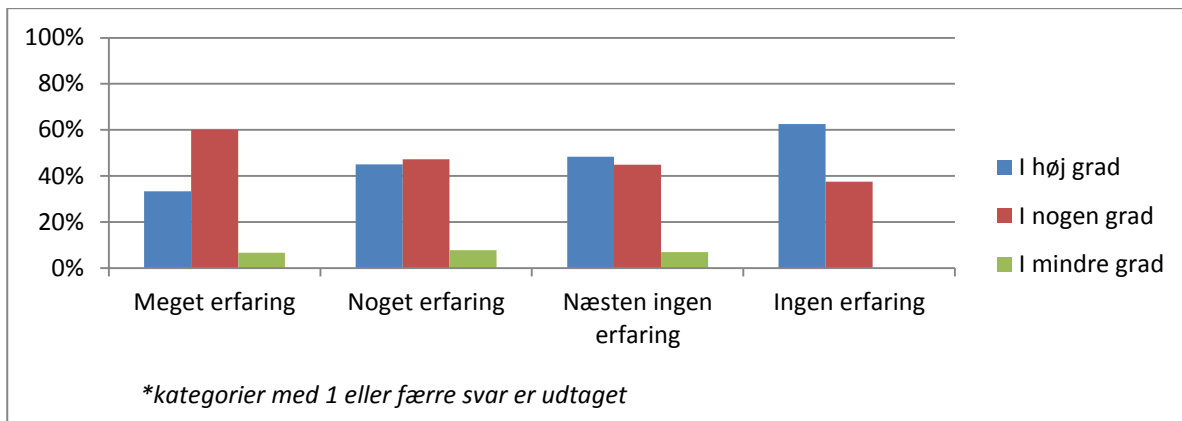


* Missing = 11

Hovedparten af de professionelle vurderer, at deres kompetencer er blevet styrket i høj eller i nogen grad.

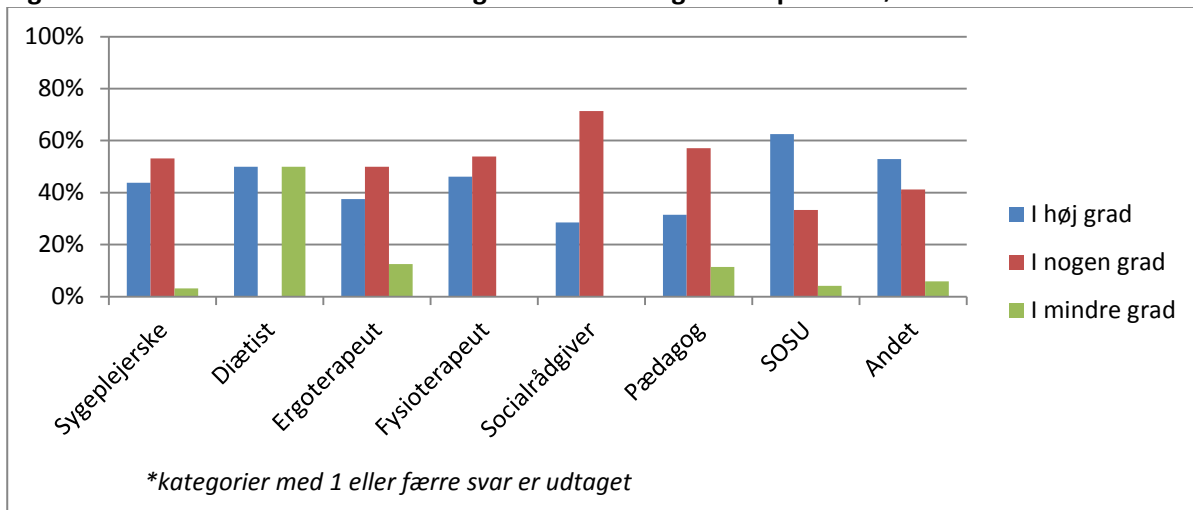
Til at belyse kompetenceudviklingsforløbets anvendelighed til professionelle med både begrænset og meget erfaring med sundhedspædagogik, er professionelles besvarelser i forhold til erfaring og vurdering af kompetenceløft sammenholdt i figur 11.

Figur 11: Professionelles erfaring med sundhedspædagogik og deres vurdering af kompetenceløft



Hovedparten af professionelle vurderer, uanset grad af erfaring med sundhedspædagogik inden kompetenceudviklingsforløbet, at have fået styrket deres kompetencer. Dette betragtes som et udtryk for, at kompetenceudviklingsforløbet favner bredt og er i stand til at bidrage til kompetenceløft uanset professionelles forudgående erfaring med sundhedspædagogik.

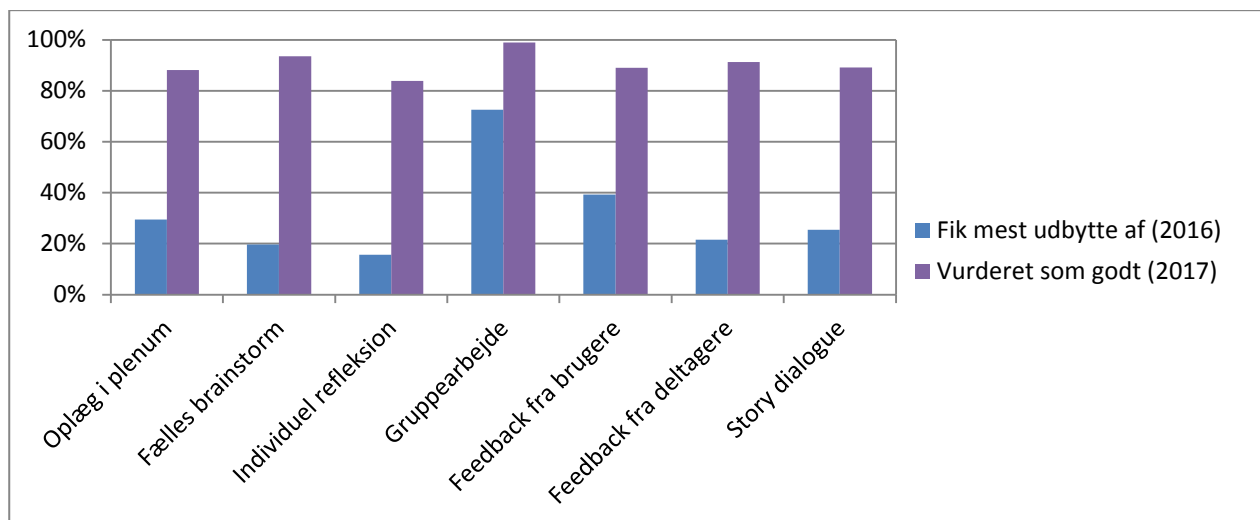
Figur 12: Professionelles uddannelse og deres vurdering af kompetenceløft



Med undtagelse af diætister oplever størstedelen i de enkelte faggrupper ligeledes et kompetenceløft i høj eller nogen grad. Det er dog vigtigt at bemærke, at der kun er to respondenter i diætistgruppen. Særligt social- og sundhedsassistenter og kategorien 'Andet', som hovedsageligt dækker over sundhedsfaglige konsulenter og mentorer, vurderer i høj grad at have fået styrket deres kompetencer.

Kompetenceudviklingsforløbet indeholder forskellige undervisningsformer. De professionelle er derfor endvidere blevet adspurgt om deres oplevelse af kompetenceudviklingsforløbets enkelte undervisningsformer. Spørgsmålet er formuleret forskelligt i spørgeskemaerne fra henholdsvis 2016 og 2017, hvorfor fordelingen af de professionelle svar er angivet i to søjler i figur 13.

Figur 13: Fordelingen af professionelles oplevelse af kompetenceudviklingsforløbets undervisningsformer



Samtlige af kompetenceudviklingsforløbets facetter vurderes af over 80 % af de professionelle i 2017 som værende godt, ligesom elementerne 'Gruppearbejde' og 'Feedback fra brugere' i 2016 vurderes af de professionelle at give mest udbytte. Den positive vurdering af gruppearbejde er gennemgående, og de professionelle giver udtryk for, at afprøvning af værktøjerne i forbindelse med gruppearbejde er betydningsfuldt for deres læring og forståelse for det sundhedspædagogiske koncept.

Kompetenceudviklingsforløbet synes, på baggrund af ovenstående, at være konstrueret på en hensigtsmæssig måde og have potentiale til at bidrage positivt til de professionelle arbejde med at fremme sundheden blandt brugere. Det sundhedspædagogiske koncept er kompetenceudviklingsforløbets omdrejningspunkt. Nedenfor belyses de professionelle oplevelse af konceptet, når det anvendes i praksis.

5.2 Professionelles oplevelse af det sundhedspædagogiske koncept

De professionelle har gennemgået kompetenceudvikling med henblik på at anvende en samarbejdsorienteret tilgang i deres arbejde med at fremme sundheden blandt brugere. Dialogværktøjerne skal støtte de professionelle i dette. 'Samarbejdsmodel for bruger og professionel' er et gennemgående element i både udvikling og afprøvning af det sundhedspædagogiske koncept. Derfor præsenteres de professionelle oplevelse af det sundhedspædagogiske koncept med afsæt i modellens tre elementer: skabe fælles vidensrum, fremme fælles refleksion om forandring og sætte rammer sammen.

De professionelle overordnede oplevelser med det sundhedspædagogiske koncept er meget positive. Figur 6 viser, at hovedparten af de professionelle oplever, at det sundhedspædagogiske koncept i høj eller nogen grad har positiv indflydelse på deres samarbejde med brugere.

Tabel 6: Professionelles oplevelse af konceptets virkning på samarbejdet med brugere (angivet i %)

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	I alt
Skaber gode rammer	63	34	3	0	100
Fremmer refleksion	66	31	3	0	100



Fremmer deltagelse og dialog	72	25	3	0	100
Fremmer fokus på behov	57	39	3	1	100
Fremmer vidensudveksling	43	47	5	5	100
Bidraget til at drøfte motivation	45	41	13	1	100

5.2.1 Skabe fælles vidensrum

De professionelle oplever, at det sundhedspædagogiske koncept bidrager til vidensudveksling med brugeren, og at dialogværktøjerne understøtter de professionelle i at få indblik i brugernes behov og ønsker. Tabel 7 viser, at hovedparten af de professionelle vurderer samtlige syv dialogværktøjer velegnede til at skabe indblik i brugerens behov og ønsker.

Tabel 7: Dialogværktøjernes evne til at skabe Indblik i brugerens behov og ønsker (angivet i %)

	Ja	Nej	I alt
Forventningsafstemning	91	9	100
Fortæl om dit døgn	89	11	100
Det gode liv	97	3	100
Min kropsfornemmelse	97	3	100
Mit netværk	81	19	100
Sundt hverdagsliv	90	10	100
Typer af motivation	86	14	100

Særligt værktøjerne 'Det gode liv' og 'Min kropsfornemmelse' vurderes velegnede.

Professionelle udtrykker en række måder, hvorpå konceptet bidrager til at skabe et fælles vidensrum med brugeren, hvilke fremgår af oversigten nedenfor og uddybes i forlængelse heraf.

Konceptet kan øge vidensudveksling og give mulighed for sundhedsaktiviteter på brugerens præmisser
Konceptet kan bryde professionelles forforståelse
Konceptet kan fremme relationen mellem bruger og professionel

Konceptet kan øge vidensudveksling og give mulighed for sundhedsaktiviteter på brugerens præmisser

Konceptet kan åbne op for dialog mellem bruger og professionel og for ny viden, med relevans for brugerens sundhed, eksempelvis om brugerens netværk, interesser, drømme, værdier og motivation:

'Øvelserne gav mening for brugerne og gav anledning til at snakke om følelser, tanker og motivation'; 'En borger fortalte om en oplevelse, der havde stor betydning for hans mentale sundhed, jeg ikke kendte, selvom jeg har kendt ham i 3½ år med samtale hver 14. dag'; '[Jeg] fik mere information om [brugerens] spisevaner, end jeg har fået de foregående 3 år.'

Professionelle oplever også, at brugere bliver overraskede over indsigter om sig selv. Flere professionelle beskriver endvidere, at de oplever, at brugerne åbner sig mere op og fortæller om svære og personlige emner i forbindelse med afprøvningen:



'Borgeren fortalte om en meget personlig oplevelse angående sensualitet.'

Konceptet synes således at efterlade plads til nye områder og vinkler i samtalen, som giver den professionelle indblik i brugerens liv og hverdag. På denne måde kan sundhedsaktiviteter i højere grad blive på brugernes præmisser. Der sker således en større vidensudveksling mellem bruger og professionel, når konceptet anvendes, hvilket kan give mulighed for, at sundhedsaktiviteter i højere grad bliver målrettet og på brugernes præmisser.

Konceptet kan bryde professionelles forforståelse

Brug af konceptet kan vise sig at bryde med professionelles forforståelse om brugere:

'Jeg blev bevidst om, at borgeren var mere reflekterende omkring egen sundhed, end jeg vidste'; 'Borgerens ønsker for livsstilsændring var helt anderledes, end jeg havde forestillet mig.'

Den samarbejdsorienterede tilgang lægger op til, at professionelle ikke lader egne forståelsesmønstre og holdninger omkring brugeren være styrende for samtalen. Herved opnås en skærpet lydhørhed overfor brugerens perspektiver og tanker.

Konceptet kan fremme relationen mellem bruger og professionel

Hovedparten af de professionelle finder konceptet velegnet til både at opbygge og forbedre relationen med brugere. De giver i den forbindelse udtryk for, at dialogværktøjerne kan være anvendelige ved første møde med en bruger blandt andet til at skabe en god kontakt. Samtidig kan dialogværktøjerne inddrages i eksisterende forløb til at forbedre og udbygge etablerede relationer med brugere:

'[Jeg] kan opbygge tillid og lægge en plan med borgeren, hvor værktøjerne kan integreres'; 'Værktøjerne skaber nye muligheder og vinkler på borgers udfordringer.'

Enkelte professionelle angiver, at de hovedsageligt finder værktøjerne anvendelige til brugere, som de har en forudgående relation med:

'Det var svært at bruge dem [værktøjerne], hvis jeg ikke havde et godt kendskab til og samarbejde med brugerne på forhånd.'

Nogle professionelle oplever, at der kan være en distance mellem dem og brugerne og udtrykker, at konceptet kan medvirke til at bløde op for denne distance.

5.2.2 Fremme fælles refleksion om forandring

Professionelle oplever, at det sundhedspædagogiske koncept kan medvirke til at fremme refleksion om forandring mellem bruger og professionel. Dette udtrykker professionelle på forskellig vis, hvilket fremgår nedenfor.

Konceptet kan give anledning til dialog om positive emner
Konceptet kan skærpe brugerens motivation og handlekompetence for sundhedsfremme

Konceptet kan skabe erfaringsudveksling og styrker socialt sammenhold i gruppeaktiviteter

Konceptet giver anledning til dialog om positive emner

Professionelle giver udtryk for, at konceptet kan give anledning til, at brugere kan fokusere på det gode i livet frem for sygdom/diagnose:

'Øvelserne kan bidrage til en snak om det gode liv, drømme og håb hos brugerne'; 'Jeg har et undervisningsforløb i efteråret og vil bruge billedkort (et af de syv værktøjer) for at gr. viser hinanden andet end sygdom.'

Professionelle kan herved anvende dialogværktøjerne til at understøtte samtaler om positive og udviklingsorienterede emner med brugerne. Ligeledes fremhæver professionelle, at konceptet kan bidrage til at skabe god stemning:

'At patienten og jeg sammen kom til at grine, hvilket var godt for relationen, da hun troede, at jeg havde et andet syn på hende og hendes sundhed'.

Konceptet synes således at kunne tilføre positivitet til både samtaleemner og til dialogen i sin helhed.

Konceptet skærper brugerens motivation og handlekompetence for sundhedsfremme

Professionelle oplever, at konceptet kan gøre brugeren i stand til dels at tage mere styring og dels at tale mere end hidtil:

'Man fik borgeren mere på banen'; 'Borgeren tog et stort ansvar og viste nye sider af sig selv.'

Konceptet synes således at animere til, at brugerne tager aktiv part i samtalen. Ydermere beskriver professionelle, at brug af dialogværktøjerne kan medføre engagement blandt brugere:

'Deltagerne blev mere grebet af indholdet. De ville mere'; 'Der kom nye motivationer frem, som ikke på forhånd var kendte.'

I tråd hermed beskriver flere professionelle, at brug af dialogværktøjerne gav anledning til videreudvikling og nye måder at anvende værktøjerne på:

'Øvelsen ledte videre til at formulere huskekort til brug for borgeren'; 'Beboeren ville gerne have et foto af de billeder, hun havde valgt.'

Derudover angiver professionelle, at det sundhedspædagogiske koncept kan danne afsæt for konkret sundhedsfremmende forandring hos brugeren:

'Jeg og borgeren fik tilsammen (på borgerens egen opfordring) lagt en plan for en ny indsats'; 'Øvelserne kan være udgangspunkt for nogle andre samtaleemner og udvikling af nogle konkrete handlinger for den enkelte borger'; 'Borgerne kan via redskaberne opnå og se muligheder, som de kan handle på.'

Adskillige professionelle fremhæver i den forbindelse også, at de ser dialogværktøjerne som en håndsrækning i situationer, hvor de tidligere har haft vanskeligt ved at yde en reel indflydelse i forhold til at arbejde med brugeres motivation for sundhedsfremmende forandring.

Konceptet skaber erfaringsudveksling og styrker socialt sammenhold i gruppeaktiviteter

Observationer viser, at konceptet er anvendeligt i gruppesammenhæng, hvilket genfindes i kommentarer fra professionelle:

'Øvelserne kan være gode i gruppesammenhæng, fordi alle kan være med.'

Dialogværktøjernes fysiske og visuelle elementer synes i den forbindelse at spille en rolle. Professionelle oplever endvidere, at dialogværktøjerne kan understøtte erfaringsudveksling brugere imellem – også når der er brugere til stede, som har det særligt svært:

'De andre brugere løftede (prøvede at løfte) en 3. bruger som var depressiv og spurgte ind til den 3. brugers kort.'

Flere professionelle finder ligeledes dialogværktøjerne velegnede til at styrke det sociale sammenhold i gruppen og giver udtryk for at kunne se værktøjerne ind som en sammenhængende tråd i gruppeforløb.

5.2.3 Sætte rammer sammen

Professionelle oplever, at det sundhedspædagogiske koncept er anvendeligt til at rammesætte samarbejdet med brugeren, samtidig med det hjælper til at tydeliggøre en retning for samarbejdet. Dette uddybes nedenfor.

Konceptet skaber dialog og retning for samarbejdet mellem bruger og professionel

Professionelle giver udtryk for, at dialogværktøjerne er lette at gå til og passer godt ind i deres arbejde og forløb med brugere

'Det [værktøjet] var lige til at gå til og kunne startes op "uformelt" i værestedet'; 'Øvelsen bidrager til at skabe dialog om et uforpligtende samtaleemne, som alligevel sætter en retning for samarbejdet.'

Endvidere beskriver professionelle, at værktøjerne, via sine fysiske og visuelle udformninger, åbner op for naturlig dialog, hvor brugeren føler tryghed og dermed kan tale mere frit om sig selv. De professionelle beskriver flere gange dialogværktøjerne som 'et fælles tredje' mellem dem og brugerne. De giver i den forbindelse udtryk for, at samtalen løftes til et mere objektive niveau, hvor form og indhold bliver lettere at håndtere, fordi samtalen bliver ufarlig og mindre konfronterende for begge parter. Professionelle fremhæver tillige, at værktøjerne gør det nemmere at spørge nysgerrigt ind til brugerens tanker og perspektiver:

'Jeg har en borger med mange psykosomatiske klager – øvelsen gjorde det nemmere at være nysgerrig.'

I tråd hermed viser observationer, at værktøjerne kan åbne op for en dialog om brugernes behov og tanker i forhold til sundhed. Dette skaber en form for autensitet og ligeværdighed mellem bruger og professionel, samtidig med der sættes en retning for samarbejdet og forløbet.

5.2.4 Opsummering – professionelles oplevelse af det sundhedspædagogiske koncept

Professionelle oplever på flere måder, at konceptet kan bidrage til at skabe et fælles vidensrum, fremme refleksion om forandring og sætte rammer sammen med brugeren.

De professionelle finder konceptet anvendeligt til at øge graden af vidensudveksling med brugere. I den forbindelse oplever professionelle at få øget indblik i brugeres behov og ønsker, hvorved sundhedsaktiviteter i højere grad kan tilrettelægges på brugeres præmisser.

Den samarbejdsorienterede tilgang, som er central ved anvendelse af konceptet, kan vise sig at give anledning til brud på professionelles forforståelse, idet professionelle oplever at få overraskende ny viden om brugere, når konceptet anvendes. En anden gren af denne tendens er konceptets evne til at gøre brugere i stand til dels at tage mere styring i sundhedsaktiviteten og dels at deltage med et øget engagement. Konceptet synes som følge heraf at styrke brugeres handlekompetencer og motivation for sundhedsfremmende forandring.

I kraft af øget deltagelse hos brugere og skærpet lydhørhed hos de professionelle, synes konceptet at bidrage positivt både til at etablere nye relationer mellem brugere og professionelle samt til at forbedre og udbygge eksisterende relationer. En af årsagerne til konceptets relationsskabende kvaliteter kan muligvis findes i dets evne til at påvirke dialogen mellem bruger og professionel i en åben og uformel retning. Konceptet synes således at kunne tilføre samarbejdet mellem bruger og professionel ligeværdighed og autensitet, ligesom det hjælper til at skabe retning for samarbejdet og forløbet.

Slutteligt oplever professionelle, at konceptet kan være anvendeligt til at styrke erfaringsudveksling og sammenhold i forbindelse med gruppeaktiviteter samt til at understøtte samtaler om positive og udviklingsorienterede emner.

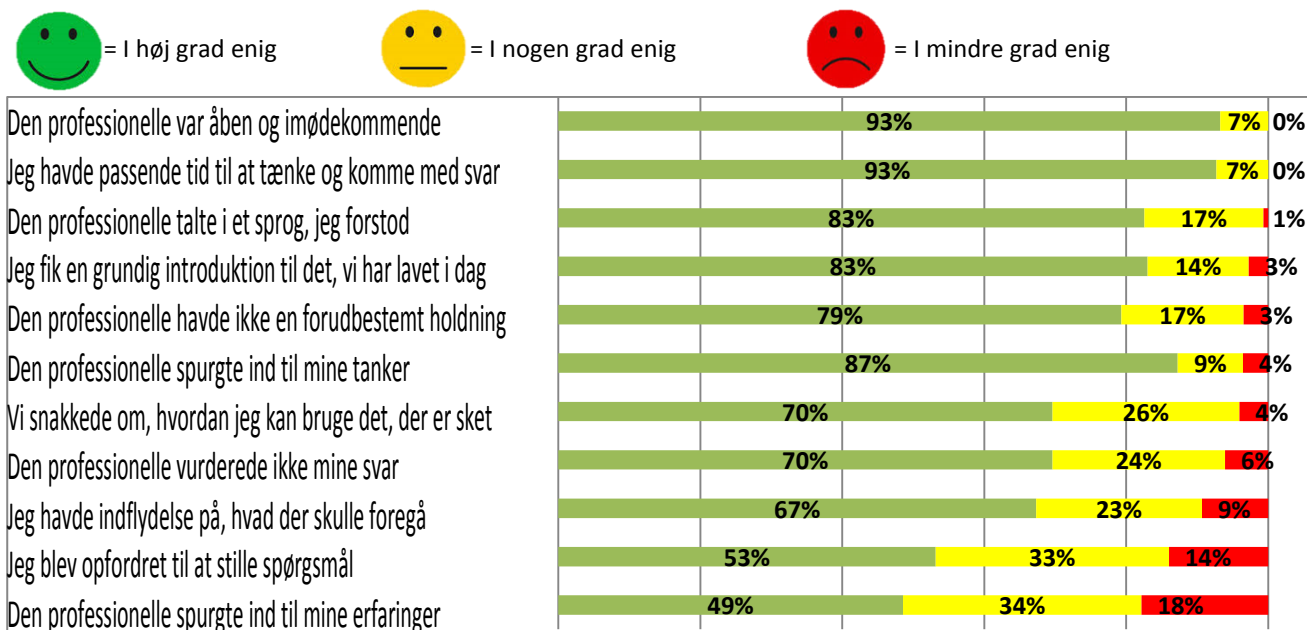
5.3 Brugeres oplevelse af det sundhedspædagogiske koncept

Ligesom professionelles oplevelser er der også spurgt ind til brugeres oplevelse af det sundhedspædagogiske koncept med afsæt i de tre elementer i 'Samarbejdsmodel for bruger og professionel': skabe fælles vidensrum, fremme fælles refleksion om forandring og sætte rammer sammen.

Brugerne udtrykker hovedsageligt positive oplevelser med det sundhedspædagogiske koncept og beskriver på flere måder konceptet anvendeligt til at samarbejde med professionelle om sundhed. Mange af brugernes oplevelser af konceptet er sammenfaldende med de professionelle.

Brugerne er blevet adspurgt om forhold relateret til 'Samarbejdsmodel for bruger og professionel'. Figur 15 viser brugernes vurdering.

Figur 15: Brugernes vurdering af sundhedsaktiviteten på baggrund af samarbejdsrelaterede udsagn



Brugerne er overvejende positive i deres vurderinger af samarbejdet med de professionelle, når konceptet anvendes i praksis. Dette gælder både i relation til at skabe et fælles vidensrum, fremme fælles refleksion om forandring og rammesætte samarbejdet og sundhedsaktiviteten sammen med den professionelle. Særligt professionelles evne til at skabe en åben dialog med rum til refleksion fremhæves af brugerne. Brugerne oplever også, at professionelle anvender konceptet til at udveksle viden om brugernes sundhed og til at opfordre brugerne til at stille spørgsmål. Dette opleves dog ikke i lige så høj grad som de øvrige samarbejdsrelaterede udsagn.

Flere af de positive oplevelser, som brugerne angiver via afkrydsning af smileys i spørgeskemaet, genfindes i de kommentarer, som brugerne har noteret i spørgeskemaet og i deres fortællinger i forbindelse med interviews.

5.3.1 Skabe fælles vidensrum

Brugerne finder det sundhedspædagogiske koncept anvendeligt til at skabe vidensudveksling med professionelle og oplever, at dialogværktøjerne kan skabe mulighed for, at de føler tryghed og nemmere kan åbne sig op overfor professionelle og andre brugere.

Konceptet kan skabe en god dialog med den professionelle
Konceptet kan gøre det nemmere at sætte ord på og åbne op

Konceptet kan skabe en god dialog med den professionelle

Brugerne oplever, at konceptet kan danne udgangspunkt for god dialog og vidensudveksling med den professionelle:

'Det var en god måde at lære hinanden at kende på, og gør det let at snakke om sine problemstillinger'; 'Det er godt at stille os sådanne spørgsmål. Så kan personalet finde ud af hvilke indstillinger, vi har.'

Brugerne giver endvidere udtryk for, at værktøjerne bidrager til at sætte fokus på emner, der fylder hos dem, hvilket kan danne grundlag for individuelle samtaler, der indfanger essentielle forhold hos brugeren:

"Jeg var lidt overrasket over, at det var så godt. På grund af at jeg kunne fortælle meget om, hvad der fylder i min verden... at det ikke kun var benene eller maven [jeg havde smerter]. Men at de der smerter i ansigtet, de fylder rigtig meget."

Brugere udtrykker ligeledes at konceptet kan være anvendeligt i gruppeaktiviteter, hvor det kan medvirke til at åbne dialogen og lede samtalen hen på emner og vinkler, som har betydning for dem:

"Jeg har lidt på fornemmelsen, at der var nogle af de ting, som jeg eller de andre [brugere] sagde, som vi ikke havde tænkt over, hvis vi ikke havde haft kortene... ja der snakkede vi [brugere] sådan lidt om, at kortene har givet os en anden indgangsvinkel til det, end vi ellers ville have haft".

Brugerne udtrykker således, at samtalers indhold kan påvirkes positivt af konceptet via dets evne til at bringe essentielle brugerperspektiver på banen og herved give den professionelle indsigt i den enkelte brugers oplevelser.

Konceptet kan gøre det nemmere at sætte ord på og åbne op

Brugerne giver udtryk for, at dialogværktøjerne gør det lettere at sætte ord på tanker og følelser og åbne sig op dels overfor den professionelle og dels overfor andre brugere i gruppeaktiviteter. Flere brugere fremhæver i denne sammenhæng værktøjernes visuelle elementer som betydningsfulde:

'Jeg kan have svært ved at sætte ord på, og fandt at billedkort var en god hjælp i samtalen'; 'Det er fint at have noget konkret og visuelt at forholde sig til i samtalen'; "Det kan virkelig få en person til at åbne sig selv op.'

Ligeledes pointerer mange brugere, at værktøjernes fysiske håndgribelighed gør det lettere at fastholde fokus, idet de kan tages i hænderne og flyttes rundt på forskellig vis:

"Jeg synes, det var rigtig godt at det var en figur. At man fik de der brikker, og så skulle man fortælle ud fra det og sætte dem på. Man kunne ligesom synliggøre det på den der figur.'

Værktøjernes fysiske egenskaber tjener ifølge brugerne også et andet formål, som er meget i tråd med de professionelles beretninger om dialogværktøjernes evne til at fungere som 'et fælles tredje', der gør samtalen mindre konfronterende. Brugere beskriver i den forbindelse, at værktøjerne kan skabe en positiv distance til egne problematikker, hvilket giver dem tryghed til at åbne sig mere op i samtalen:

'Billedkortene gjorde, at det blev som at tale om sig selv og dog som en anden, der lå på bordet. Mig selv – men med afstand der gør det nemmere at føle sig tryk i'; "Det flyttede ligesom også lidt fokus lige præcis fra en selv. Alle sad jo ikke og kiggede på mig – vi sad jo mere og kiggede på det her værktøj. Og det kunne godt være lidt rart i forhold til at træde lidt ud af det og se sig selv på en anden måde."

Følelsen af tryghed som følge af positiv distance til egne udfordringer oplever brugere både i forbindelse med individuelle sundhedsaktiviteter og gruppeaktiviteter.

5.3.2 Fremme fælles refleksion om forandring

Brugerne oplever, at det sundhedspædagogiske koncept kan fremme deres evne til at reflektere og skabe grundlag for positiv fælles refleksion om forandringsspektiver med professionelle.

Konceptet kan skærpe fokus på egne behov, præferencer og handlekompetence
Konceptet kan sætte fokus på det positive og det gode liv
Konceptet kan skabe selvindsigt og selvrefleksion

Konceptet kan skærpe fokus på egne behov, præferencer og handlekompetence

Det sundhedspædagogiske koncept kan ifølge brugerne facilitere, at deres behov og præferencer bliver omdrejningspunkt for dialogen med den professionelle. Brugerne oplever herved, at sundhedsaktiviteten bliver mere meningsfuld, hvilket kan styrke deres handlekompetence:

'Det er godt, fordi nu kan der komme gang i det, jeg gerne vil'; "Det var jo meget sådan åbent. For det var jo mig, der ligesom valgte nogle ord. Så på den måde var det mig, der valgte hvilken retning, det gik i.'

Brugerne oplever således, at konceptet giver plads til, at deres perspektiver kommer på banen, og at deres ønsker inddrages til at sætte retning for det videre forløb. På lignende vis fremhæver brugerne, at konceptet kan skærpe den professionelle evne til at afvige fra standardspørgsmål og til aktivt at inddrage brugerens perspektiver i sundhedsaktiviteten:

'Det synes jeg var meget rart (...) i stedet for det bare var sådan en tjekliste.'; "[Om hvad der er vigtigt for brugeren] det er nok at føle, at man ikke bliver snakket hen over hovedet, at man ligesom er en del af det. Og det synes jeg også man blev, fordi man var med til at vælge [kort] og sådan noget."

Brugerens aktive deltagelse synes at give brugeren ejerskab og hjælpe den professionelle til at føre en kommunikation, der er i øjenhøjde med brugeren. Oplevelsen af skærpet handlekompetence hos brugerne fremhæves også af de professionelle.

Konceptet kan sætte fokus på det positive og det gode liv

Brugerne oplever, at det sundhedspædagogiske koncept kan understøtte og lede dialogen med den professionelle i retning af positive emner og det gode liv for brugeren:

'Det fik mig til at tænke på, hvilke værdier jeg lægger i det gode liv'; 'Jeg så det lidt som et spil, hvor det gælder om at finde noget, der gør mig glad og så fortælle om det'; "Man kommer til at huske på nogle gode ting i stedet for alle de negative ting."

Konceptet kan herved bidrage til at vække brugerens hukommelse omkring livets positive sider og sætte gang i positive tankestrømme:

'Det fik mig til at tænke over ting, jeg længe ikke har tænkt på, og som jeg faktisk kan lide.'

Samtidig hermed synes det positive fokus at have en udviklingsorienteret virkning for brugerne, som oplever, at der etableres et fælles grundlag med den professionelle, der kan bygges videre på:

"Der blev lagt nogle sten for, at der var noget at bygge videre på (...) næste gang vi skal tale sammen... i forhold til at lave nogle af de her ting, som gør mig godt, at have fokus på det positive."

Brugerne fremhæver særligt værktøjet 'Det gode liv', der består af forskellige illustrative billedkort, som anvendeligt til at vække positive minder og give rum til positiv refleksion.

Selvindsigt og refleksion

Konceptet giver ifølge brugere anledning til øget selvindsigt og refleksion over nye perspektiver på livet:

'Det satte perspektiv for ting, jeg ønsker at ændre, og jeg fik syn på ting, jeg er god til'; 'Det er en anderledes form for terapi, som gav stof til eftertanke'.

Samtidig oplever flere brugere, at de nye perspektiver kan bidrage med skærpet selvforståelse og danne afsæt for handling i deres hverdag eller i forløbet med den professionelle:

"Man kan sige, at det [værktøjet] var en øjenåbner. For selvom det skræmte mig lidt, så var det alligevel noget, jeg tænkte over bagefter..... Ja, at der lige pludselig skulle sættes handling bag vores samtale, på den måde."

Professionelle oplever at få øget indsigt i brugernes liv og hverdag, og brugere oplever at få øget selvindsigt. Noget tyder således på, at konceptet har potentiale til at fremme fælles refleksion og hjælpe både brugere og professionelle til udvidet kendskab og forståelse.

5.3.3 Sætte rammer sammen

Brugere oplever, at det sundhedspædagogiske koncept, særligt de visuelle og fysiske elementer i dialogværktøjerne, gør sundhedsaktiviteten overskuelig. Dette uddybes nedenfor.

Konceptet kan hjælpe til at huske og skabe overblik over sundhedsaktiviteten

Flere brugere oplever, at dialogværktøjerne dels gør det nemmere at huske, hvad de har talt med den professionelle om og dels hjælper dem til at skabe overblik over samtalen:

"Det gjorde, at det blev ret tydeligt, når kortene lå på den der pige-tegning (...) det bliver nemmere at følge med, synes jeg i forhold til, hvis man sidder og bare snakker, hvor man godt kan blive sådan 'hvad var det lige, jeg sagde før' og sådan noget. Det blev meget skåret ud i pap på en eller anden måde. Som jeg synes var godt, for så er det nemmere at holde tråden og vende tilbage til nogle ting uden at få det rodet sammen."

Endvidere oplever brugerne, at konceptet kan gøre den professionelle bedre i stand til at støtte dem og stille relevante uddybende spørgsmål:



"Jeg synes, det var fantastisk, at hun sådan spurgte ind til 'jamen, hvad mener du med det her og...' og ligesom reagerede på, hvad det var, man svarede."

Af brugernes udtalelser kan udledes, at konceptet synes at hjælpe den professionelle til at støtte og give rum til, at brugeren kan sætte retning for dialogen. Denne betragtning harmonerer med professionelles oplevelse af, at værktøjerne kan hjælpe dem til at være mere lydhøre overfor brugerens perspektiver og lade egne holdninger og forståelsesmønstre træde i baggrunden.

5.3.4 Kritikpunkter

Enkelte brugere udtrykker skepsis over for dialogværktøjerne. Dette omfatter blandt andet kritik af motiverne på billedkortene i værktøjet 'Det gode liv', som opleves at være for 'pæne' eller svære at relatere til:

'Det er noget pædagogisk pjat. Der mangler billeder af følelser, og det er for konkret og opstillet'; 'Der mangler billeder af øl/stoffer. Det er for pænt'. Ligeledes finder nogle få brugere, at der er (for) mange kort at vælge imellem: 'Billedkort – svært, der var mange.'

En bruger foreslår at tilføje små emojis til øvelserne:

'Der mangler følelsesfarver (små runde dimser man kan sætte på), smileys/emoji, så man bedre kan forklare fornemmelser'.

Endvidere finder enkelte brugere, at der er (for) mange ord at vælge imellem ved værktøjet 'Min Kropsfornemmelse', men det opleves positivt, at værktøjet indeholde blanke kort, som brugeren selv kan skrive på.

En enkelt bruger fortæller om en oplevelse, hvor den professionelle på forhånd havde valgt hvilke kort, samtalen skulle tage afsæt i:

'Det var noget underligt noget med kortene. Hun [den professionelle] havde jo allerede valgt 5 ud inden'.

I den forbindelse kan man stille spørgsmålstegn ved, om den professionelle havde forstået formålet med værktøjet. Dog kan det også være udtryk for en bevidst handling fra den professionelle side i forsøget på at skabe overblik for brugeren. Hvis dette er tilfældet, synes den professionelle forforståelse af brugerens kompetencer i denne situation ikke at stemme overens med brugerens opfattelse af sig selv.

5.3.5 Opsummering – brugernes oplevelse af det sundhedspædagogiske koncept

Ligesom professionelle oplever brugere på flere måder, at konceptet kan bidrage til at skabe et fælles vidensrum, fremme refleksion om forandring og sætte rammer sammen.

Brugerne oplever, at det sundhedspædagogiske koncept kan danne udgangspunkt for en god dialog med den professionelle samt sætte en retning for samarbejdet, der tager afsæt i den enkelte. Brugerne fremhæver i den forbindelse en oplevelse af at have bedre mulighed for at bringe egne perspektiver på

banen og herigennem udveksle viden med den professionelle om essentielle forhold, som fylder hos dem. Samtidig oplever mange brugere, at værktøjerne kan facilitere, at deres egne behov og præferencer bliver omdrejningspunkt for dialogen med den professionelle. Dette bevirker ifølge brugerne, at samtalen bliver mindre standardiseret og mere meningsfuld, hvilket øger deres handlekompetence for sundhedsfremmende forandring.

Konceptet kan ifølge brugerne facilitere et positivt fokus i sundhedsaktiviteten og give dem øget selvindsigt og selvforståelse, som de, sammen med den professionelle, kan bruge aktivt i en handlingsorienteret retning.

Brugerne oplever, at værktøjernes visuelle elementer og fysiske udformning gør det nemmere for dem at åbne sig op og sætte ord på tanker og følelser. I den forbindelse fremhæver flere brugere, at værktøjerne gør det nemmere at fastholde fokus i samtalen og samtidig skaber en positiv distance til egne problematikker, som giver dem en følelse af tryghed. Ydermere finder brugerne værktøjernes visuelle elementer og fysiske udformning behjælpelige til at kunne huske, hvad de har talt med den professionelle om, samtidig med det hjælper dem til at skabe overblik over samtalen.

Slutteligt oplever brugerne, at værktøjerne gør den professionelle bedre i stand til på en og samme tid at støtte dem og give dem rum til at sætte retning for samtalen, ved at stille uddybende og afklarende spørgsmål undervejs i samtalen.

Enkelte kritikpunkter fremhæves af et fåtal af brugere. Kritikken er rettet mod motiverne på billedkortene i værktøjet 'Det gode liv', som opleves at være for 'pæne' eller svære at relatere til og mod, at der er (for) mange kort at vælge imellem i værktøjerne 'Det gode liv' og 'Min kropsfornemmelse'. En bruger foreslår desuden at tilføje små smileys/emojis til værktøjerne.

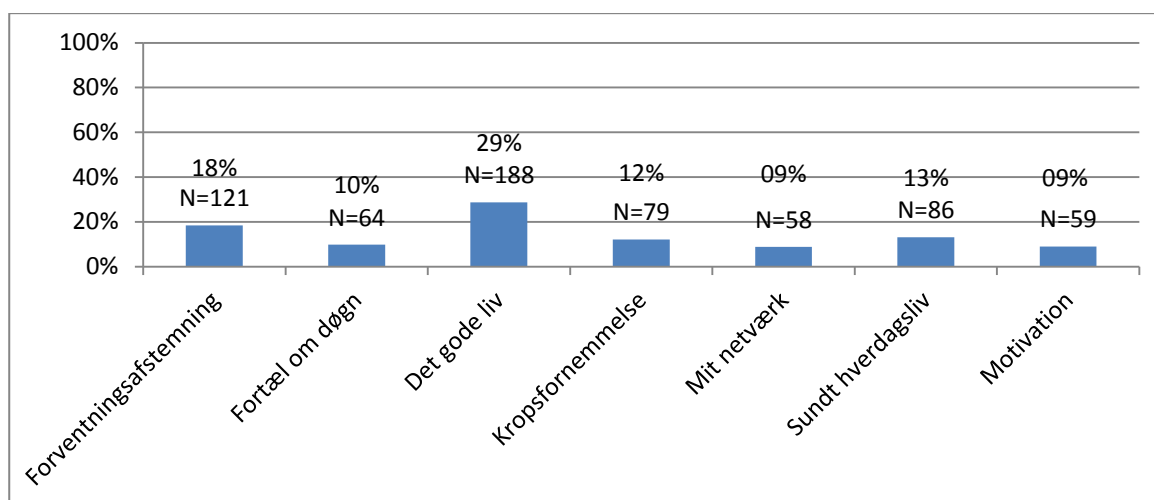
Flere af ovennævnte brugeroplevelser er sammenfaldende med de professionelles oplevelse af det sundhedspædagogiske koncept, hvorfor deres oplevelser på flere måder underbygger hinanden.

5.4 Barrierer og facilitatorer for virkningen af det sundhedspædagogiske koncept

Forskellige forhold og omstændigheder kan yde indflydelse på, hvorvidt det sundhedspædagogiske koncept kan skabe et forbedret samarbejde mellem bruger og professionel.

Først og fremmest er det en forudsætning, at de professionelle afprøver konceptet i praksis, og at brugerne er åbne for at deltage i afprøvningen. Dernæst har det betydning, hvorvidt de professionelle finder konceptet relevant i forhold til de brugere, de arbejder med. Endvidere er det forudsætning, at de professionelle har forståelse for 'Samarbejdsmodel for bruger og professionel' og er i stand til at omsætte modellens elementer som afsæt for afprøvningen. Ydermere kan det spille en rolle, om de professionelle har ledelsesmæssig opbakning, arbejder indenfor rammer som muliggør afprøvning og føler sig rustet til at afprøve konceptet i praksis.

Figur 16: Antal brugere konceptet er afprøvet på fordelt på de syv dialogværktøjer



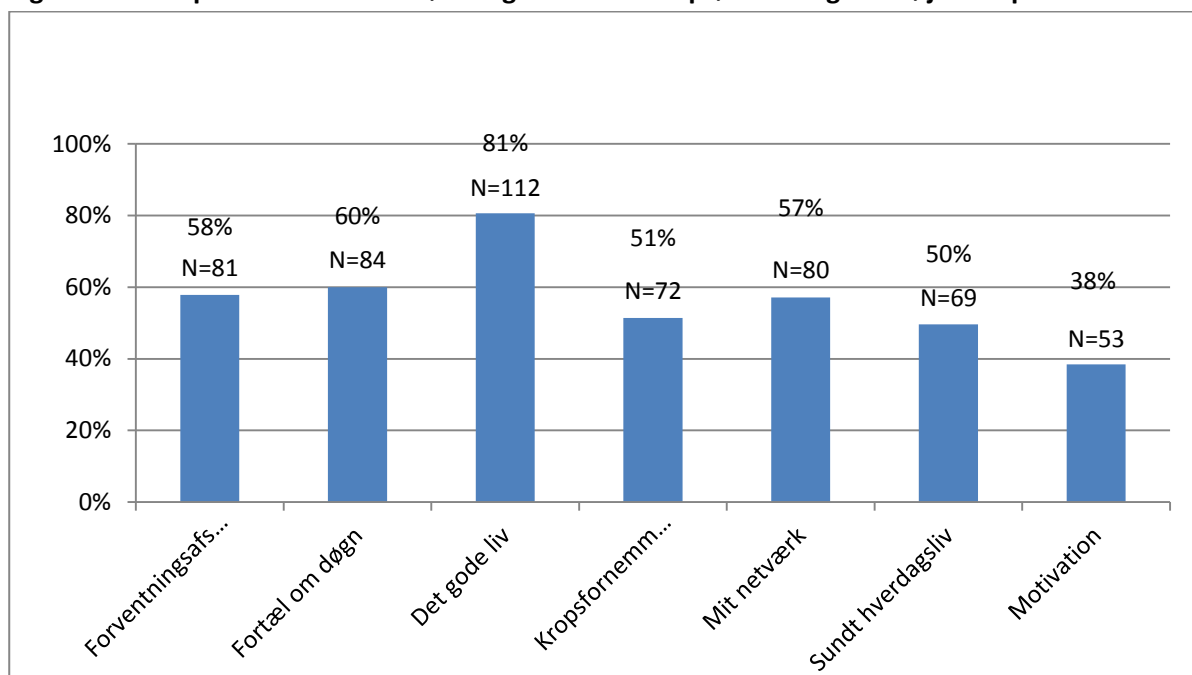
* Det bør bemærkes, at antallet 655 er udtryk for minimum antal gange værktøjerne er afprøvet.

De professionelle rapporterer sammenlagt at have afprøvet konceptet på 655 brugere, hvilket svarer til, at de professionelle i gennemsnit har foretaget fire afprøvninger i forbindelse med kompetenceudviklingsforløbet.

Hovedparten af de professionelle angiver i høj eller nogen grad (hvh. 34 % og 45 %) at finde 'Samarbejdsmodel for bruger og professionel' relevant i forhold til de målgrupper, de arbejder med i deres dagligdag.

Endvidere rapporterer størstedelen af de professionelle, at de finder dialogværktøjerne relevante at tage i brug i praksis. Særligt værktøjerne 'Forventningsafstemning' (76 %), 'Det gode liv' (88 %), 'Min krospførmelse' (71 %) og 'Mit netværk' (74 %) findes relevante blandt de professionelle. Ligeledes angiver mange professionelle at føle sig rustet til at afprøve dialogværktøjerne i praksis, hvilket vises i figur 17.

Figur 17: Antal professionelle der føler sig rustet til at afprøve dialogværktøjerne i praksis



Flest professionelle føler sig rustet til at bruge værktøjet 'Det gode liv' (81 %), hvilket stemmer overens med, at netop dette værktøj var særligt populært i forbindelse med kompetenceudviklingsforløbene. Færrest professionelle rapporterer at føle sig rustet til at bruge værktøjet 'Motivation' (38 %).

Tabel 8: Andel professionelle der har drøftet det sundhedspædagogiske koncept med deres leder

	Antal	Andel
Ja	59	41 %
Nej	84	59 %

* Missing: 15

Under halvdelen af de professionelle (41 %) har drøftet det sundhedspædagogiske koncept, herunder anvendelsen af værktøjerne i deres praksis, med deres leder.

Tabel 9: Andel professionelle der har drøftet det sundhedspædagogiske koncept med deres kolleger

	Antal	Andel
Ja	87	61 %
Nej	55	39 %

* Missing: 16

Flere professionelle (61 %) har drøftet konceptet med deres kolleger.

Som det fremgår af ovenstående, synes den første grundforudsætning for at konceptet kan skabe et forbedret samarbejde mellem bruger og professionel at være opfyldt, eftersom de professionelle har afprøvet konceptet i praksis. Ligeledes finder hovedparten af de professionelle såvel 'Samarbejdsmodel for bruger og professionel' som dialogværktøjerne relevante i forhold til de målgrupper, de arbejder med. Endvidere angiver de fleste professionelle, at de føler sig rustet til at afprøve værktøjerne i praksis. Den ledelsesmæssige involvering i de professionelles anvendelse af det sundhedspædagogiske koncept er relativt lille. Dette kan dels have en begrænsende indflydelse på de professionelles muligheder for at afprøve konceptet i egen praksis, herunder de professionelles læringsudbytte af kompetenceudviklingsforløbet, og dels udfordre den efterfølgende lokale implementering af konceptet.

Der er sideløbende med kompetenceudviklingsforløbene i 2017 arbejdet aktivt med den ledelsesmæssige involvering via afholdelse af fire orienteringsmøder målrettet de professionelles nærmeste ledere. Deslige er vigtigheden af de professionelles dialog om konceptet med nærmeste leder blevet italesat under kompetenceudviklingsforløbene. Mange professionelle fortæller, at de har planer om at introducere konceptet for ledere og kolleger, men at forhold som tid, ferie, sygdom og forskellige interesser blandt kolleger kan udfordre prioritering af formidlingen. Enkelte professionelle giver udtryk for, at de møder modstand fra nogle af deres kolleger, som ikke er interesseret i sundhedspædagogik.

Strukturelle rammer som professionelle arbejder under og de professionelles forståelsesmønstre og tilgange til brugere kan ligeledes yde indflydelse på, hvorvidt det sundhedspædagogiske koncept kan skabe et forbedret samarbejde mellem bruger og professionel. Nedenfor skildres nogle af de facilitatorer og barrierer der kan påvirke konceptets virkning.

Facilitatorer og barrierer for virkningen af det sundhedspædagogiske koncept	
Facilitatorer	Barrierer
Brugeren er åben for at afprøve konceptet og indgår i dialog	Udfordrende rammer for anvendelse af konceptet
Tilstrækkelig tid, professionelles fortrolighed med dialogværktøjerne og rammesætning på brugerens præmisser	Den professionelles forforståelse og egne barrierer
Den professionelle anvender en samarbejdsorienteret tilgang	Den professionelles rolleskift fra videns formidler til samarbejdspartner
Den professionelle finder konceptet meningsfuldt i forhold til forløb og målgruppe	Strukturelle rammer for sundhedsaktiviteter
Værktøjernes visuelle udtryk og fleksibilitet	

5.4.1 Facilitatorer for afprøvning og virkning af værktøjerne i praksis

Brugere er åbne for at afprøve konceptet og indgår i dialog

Observationer viser, at hovedparten af brugere er åbne over for at afprøve værktøjerne, oplever værktøjerne som meningsfulde og indgår i dialog med den professionelle. De professionelles aktive deltagelse i øvelser, eksempelvis at professionelle selv vælger og fortæller om billedkort, bidrager ifølge brugerne positivt til dialogen. Eksempelvis udtaler en bruger:

"Jeg synes, det var rigtig fint, at de [professionelle] også selv tog nogle af de kort. For ligesom at vise at de også var en del af det (...) også det at de skrev det ned. Alt hvad vi sagde. Det var rigtig godt."

Brugerne udtrykker endvidere, at en positiv indstilling til konceptet hos den professionelle samt tillid til og fortrolighed med den professionelle har betydning for deres åbenhed for at afprøve konceptet:

"[Om hvad der er vigtigt for brugeren] ...at jeg stoler på hende [den professionelle]. Fortrolighed. Det er nok det sådan. At jeg har en god tryghed ved hende."; "Jeg har tillid til hende [den professionelle], så jeg sagde ja [til at afprøve værktøjerne], det lyder spændende."

Sidst fremhæver brugerne den professionelles engagement og nærvær som mekanismer, der dels har indflydelse på brugerens åbenhed for at afprøve konceptet, og dels har betydning for brugerens oplevelse af aktiviteten med den professionelle:

"Engagementet er godt, og jeg lagde mærke til mange gange i samtalen for det første at hun [den professionelle] rørte en på armen... altså man føler også det er en person, der forklarer en ting og også er der. Altså, det er en person, der er fysisk tilstede og tankerne er ved en. Og havde meget øjenkontakt; det er jo en god ting."



Brugerens åbenhed for at afprøve konceptet er en væsentlig betingelse for, at afprøvningen kan finde sted, og at dialogværktøjerne kan virke efter hensigten. Meget tyder på, at en positiv indstilling hos den professionelle samt tillid og tryghed bruger og professionel imellem udgør et godt fundament for brugerens åbenhed og aktive deltagelse.

Tilstrækkelig tid, professionelles fortrolighed med dialogværktøjerne og rammesætning på brugerens præmisser

Brugere udtrykker i interviews, at de foretrækker, at den professionelle har afsat tid til at bruge konceptet, og at rammerne for aktiviteten tilpasses den enkelte bruger:

"Hvis det er, man er inde i en god samtale, så tager man lige de sidste fem minutter...."; "Jeg havde det sådan eeej, vil du [den professionelle] ikke komme ud til mig? Jo, det kan jeg sagtens [sagde den professionelle]. Og da hun så kom, så sagde jeg 'hvis det ikke gør noget for dig, så vil jeg helst mødes her i mit hjem'. Men det var ikke noget problem."

I tråd med brugerne fremhæver flere professionelle, at tilstrækkelig tid til fordybelse og refleksion i samspil med brugerne har betydning, dels for hvorvidt konceptet afprøves og dels for dets virkning i praksis. I forlængelse heraf understreger de professionelle, at øvelse i brug af dialogværktøjerne og fortrolighed med værktøjerne ligeledes indvirker på brug og valg af værktøj. De professionelle synes i høj grad at vælge de værktøjer, som de oplever at have mest erfaring med at bruge:

'[Den professionelle udsagn vedrørende årsager til øvelsesvalg] jeg er mest rustet i denne, da vi bruger den ved hver opstart af en borger'; 'Jeg har øvet den mest (på kurset).'

Manglende sikkerhed og rutine i at anvende værktøjerne kan omvendt udgøre en barriere for, hvorvidt de professionelle har mod på at bruge værktøjerne i praksis. Flere professionelle har i forlængelse heraf givet udtryk for, at de, i forbindelse med kompetenceudviklingsforløbet, manglede tid til at afprøve værktøjerne i egen praksis:

'Jeg har i denne korte afprøvningsperiode ikke nået at bruge dem, men kan godt se dem brugt i fremtiden.'

Tid synes således at udgøre et betydningsfuldt element både i relation til brugerens oplevelse af værktøjerne samt den professionelle fortrolighed med og anvendelse af værktøjerne. Foruden tid spiller rammesætning en rolle. Det kan, på baggrund af observation af praksis, udledes, at en meget åben og uforberedt tilgang/rammesætning kan skabe forvirring hos brugere, mens en meget stram agenda kan efterlade begrænset plads til dialog og refleksion. Det tyder således på, at en balance mellem en stram styring og ingen styring er fordelagtig.

Den professionelle anvender en samarbejdsorienteret tilgang

Kompetenceudviklingsforløbet giver de professionelle kompetencer til at anvende en samarbejdsorienteret tilgang i arbejdet med at fremme sundhed blandt brugere. Dialogværktøjerne er udviklet til at støtte de professionelle i at anvende tilgangen med brugere og værktøjernes virkning er derfor også betinget af, at de anvendes med afsæt i den samarbejdsorienterede tilgang. Observation viser, at hovedparten af de professionelle reflekterer over deres valg af værktøj i en samarbejdsorienteret retning:

'Jeg brugte øvelsen 'Forventningsafstemning i samarbejdet' i forbindelse med udskrivelse, fordi det virkede relevant at afdække hvilke forventninger, brugeren havde til samarbejdet og til at leve med en nyopdaget kronisk sygdom'; '(Værktøjet) Min kropsfornemmelse kan konkretisere brugerens oplevelser omkring afgrænsede områder på kroppen, hvor brugeren er meget styret af vrangforestillinger.'

Endvidere udtrykker en professionel med baggrund som fysioterapeut:

'At vi har en fælles viden om brugerens aktuelle kropsfornemmelse giver bedst udgangspunkt for målrettet genoptræning.'

De professionelle bruger værktøjerne til at øge deres indblik i brugerens opfattelser og tanker og søger herigennem at skabe et forbedret samarbejde med brugeren.

Den professionelle finder konceptet meningsfuldt i forhold til forløb og målgruppe

Hovedparten af de professionelle beretter om, at værktøjerne passer ind i og understøtter det planlagte forløb og de temaer, der arbejdes med:

'Værktøjerne bidrager fint ind i at tale om borgerens fremtid/næste skridt'; 'Det [konceptet] er relevant og ligger fint i tråd med empowerment og de fokusområder, vi har i vores arbejde'; 'Jeg mener, metoderne er overførbare til alle livsstilsændringer ift. mit arbejde i hjemmesygeplejen.'

Endvidere giver størstedelen af de professionelle udtryk for, at værktøjerne er forenelige med deres kompetencer og anvendelige til de målgrupper, som de arbejder med:

'Konceptet går godt i spænd med mine kompetencer ift. at skabe harmoni mellem sundhed og livskvalitet hos den enkelte borger'; 'Øvelserne er let tilgængelige, konkrete og passer til brugernes ressourcer.'

Værktøjerne opleves således som integrerbare i eksisterende praksis af de professionelle, hvilket vurderes at være en essentiel betingelse for, at værktøjerne kan fremme samarbejdet mellem bruger og professionel.

Dialogværktøjernes visuelle udtryk og fleksibilitet

Professionelle og brugere fremhæver dialogværktøjernes udformning og fleksible anvendelse som nogle af de største kvaliteter med betydning for værktøjernes virkning i praksis:

'Det var enkelt og forståeligt for de borgere, jeg brugte dem [værktøjerne] på'; 'Værktøjerne er perfekte, da de kan tilpasses efter den enkelte og den konkrete situation.'

Ovennævnte kvaliteter gør, ifølge de professionelle, værktøjerne let forståelige og integrerbare i praksis. Ligeledes omtales værktøjernes visuelle elementer i meget positive vendinger blandt andet i forhold til at bidrage til at brugeren deltager aktivt i dialogen. I tråd hermed betoner de professionelle, at værktøjernes visuelle elementer bidrager til at åbne samtalen og skabe et godt flow i kommunikationen. Oplevelsen blandt professionelle er endvidere, at de fleste brugere kan relatere sig til værktøjernes visuelle effekter:

'Billedkortene er noget alle mine borgere kan relatere til.'

De omtalte kvaliteter ved værktøjerne har været i fokus gennem projektets udviklingsfase, fordi brugerne har givet udtryk for, at visuelle elementer er betydningsfulde for dem.

5.4.2 Barrierer for afprøvning og virkning af værktøjerne i praksis

Udfordrende rammer for anvendelse af konceptet

De professionelle fortæller om enkelte målgrupper og settings, hvor de oplever udfordringer i forhold til at introducere konceptet, og de professionelle ser derfor behov for tilpasning af dialogværktøjerne, for at de bliver anvendelige i deres praksis:

"Det er et spændende koncept, men det kræver tilpasning for at passe ind i den misbrugsbehandling, vi udfører på min arbejdsplads."

Det omfatter eksempelvis retspsykiatrien, hvor brugere ofte er præget af svær psykisk sygdom og misbrug, hvilket kan være barrierer for både afprøvning og virkning af konceptet. Lovgivningsmæssige forhold på beskæftigelsesområdet kan også udfordre konceptets anvendelse. Flere professionelle fra beskæftigelsesområdet beretter dog om, at værktøjerne kan være anvendelige til at skabe indblik i og forståelse for brugerens aktuelle situation og hermed åbner mulighed for, at brugeren og den professionelle kan bruge dette som afsæt for at drøfte forandringsperspektiver. Det er således særligt hos brugere med et misbrug og brugere med tilknytning til retspsykiatrien, at konceptet kan have vanskelige betingelser.

Den professionelles forforståelse og egne barrierer

De professionelles erfaringer, forståelsesmønstre og syn på brugerne udgør deres forforståelse, som i varierende grad påvirker den tilgang, de møder brugerne med. Der ses en tendens til, at professionelle har en forforståelse om en lav refleksionsevne, få ressourcer og lav handlekompetence og derfor unødigt 'skåner' brugerne for dels at sætte fokus på sundhed og dels at tage nye tiltag i anvendelse. Eksempelvis udtrykker nogle professionelle utryghed omkring, at øvelserne kan åbne op for samtale om svære emner med brugeren. Dette gælder særligt værktøjerne 'Mit netværk' og 'Min kropsfornemmelse':

"Det er et svært emne, da mange har et ringe netværk, jeg har været lidt nervøs for, at sårbare brugere ville få sat noget uhensigtsmæssigt i spil."; "Kropsfornemmelse er meget pædagogisk og går meget tæt på - brugeren skal have lyst til dette."

Professionelles forforståelse, og antagelser som følge heraf, kan således udgøre en barriere for brug og virkning af konceptet.

Flere af de professionelle beskriver barrierer relateret til brugernes forudsætninger for at kunne indgå i et samarbejde om afprøvning af konceptet. Det omfatter eksempelvis manglende overskud, nedsat motivation og bivirkninger fra medicin, koncentrationsbesvær samt problemer med fremmøde og fastholdelse til sundhedsaktiviteter:

'Brugere har svært ved at holde mentalt fokus, føre intentioner ud i praksis og udtrykke deres behov (sætte ord på)'; 'Det er svært for brugerne at bevare håbet, fordi de er vant til, at forandring ikke lykkes for dem.'

Endvidere fremhæver professionelle brugeres begrænsede forståelse for og prioritering af egen sundhed som en udfordring:

'Fysisk sundhed bliver nedprioriteret blandt brugere, og fysiske udfordringer negligeres'; 'Brugernes manglende viden om og forståelse af at sundhed er noget andet end fysisk aktivitet er en udfordring.'

Det er sandsynligt, at brugerens forudsætninger kan være en barrierer for værktøjernes virkning i praksis, men det er vigtigt at have for øje, at de professionelles forforståelse dels kan skabe en barriere, som reelt ikke er til stede hos brugeren og dels kan forstærke mindre barrierer hos brugeren uhensigtsmæssigt.

De professionelle beskyttende tilgang til brugere og egne barrierer for at arbejde med noget nyt, syntes i nogle tilfælde at komme til udtryk i forbindelse med observation. Nogle professionelle beretter om, at brugere enten ikke er interesserede i eller i stand til at deltage. Det er dog uvist, hvordan den professionelle har introduceret værktøjerne for brugerne, og hvordan brugerne har responderet på introduktionen. Under nogle observationer virkede brugerne lidt skeptiske over for værktøjerne til at starte med, hvilket dog blev efterfulgt af positive oplevelser:

'Det startede med lidt skepsis og modstand fra størstedelen af holdet men endte med stor nysgerrighed og efterspørgsel på en gruppeøvelse som denne.'

I tråd hermed fortæller flere af de professionelle, at deres egen holdning til de enkelte værktøjer kan udgøre en barriere for at tage dem i anvendelse. Nogle professionelle finder, at materialet har et lidt barnligt præg. Dog beretter selv samme professionelle om situationer, hvor deres forudgående holdning til værktøjerne er blevet vendt positivt efter at have afprøvet dem:

'Jeg har det lidt svært med netværksøvelsen, da jeg synes, materialet er lidt barnligt/ lidt for pædagogisk... Men den viste sig at give super god mening for patienten.'

Der ses på baggrund af udtalelser fra professionelle, observationer af praksis og drøftelser under kompetenceudviklingsforløbene adskillige indikationer på, at professionelle med fordel kan trodse egen modstand og forforståelse og lade samarbejdet med brugeren og praktisk afprøvning afgøre konceptets anvendelighed.

De professionelle rolleskift fra videns formidler til samarbejdspartner

Den samarbejdsorienterede hensigt, der ligger til grund for dialogværktøjerne, er det bærende element for værktøjets anvendelse i praksis. Dette indebærer, at den professionelle har en rolle som samarbejdspartner frem for videns formidler i mødet med brugere. De professionelle ser en potentiel udfordring i at ændre rolle, og mange efterspørger, forud for kompetenceudviklingsforløbet, viden om og kompetencer til at arbejde med motivation blandt brugere:

'Det er udfordrende at motivere brugere uden at være vedholdende (irriterende klog)'; 'Den største udfordring er at undgå at komme til at lyde formanende – så vi kommer til at snakke forbi hinanden'.



Det er af stor betydning for dialogværktøjernes virkning i praksis, at de professionelle anvender dem med afsæt i den samarbejdsorienterede tilgang og dermed indgår i et ligeværdigt samarbejde med brugeren om brugen af værktøjerne.

Strukturelle rammer for sundhedsaktiviteter

Professionelle udtrykker, at der kan være organisatoriske barrierer for at integrere værktøjerne, herunder prædefinerede mål og emner på deres arbejdsplads:

'Der er nogle forudbestemte mål med mødet, der skal opfyldes og forventninger ovenfra i systemet.'

Organisatorisk og ledelsesmæssig opbakning synes således at have betydning for værktøjernes anvendelse og virkning i praksis. Nogle af de professionelle fremhæver manglende politisk og ledelsesmæssig prioritering af sundhed hos voksne med psykisk sygdom som en barriere og oplever begrænset villighed fra ledere til at afsætte tid og rammer til at integrere nye tilbud i eksisterende praksis:

'Der er manglende accept fra ledelsen, og emnet er ikke prioriteret særlig højt blandt ledelse og kommunalpolitikere.'

Manglende ledelsesmæssig prioritering kan således udgøre en barriere for brug af konceptet.

5.4.3 Opsummering – facilitatorer for virkningen af det sundhedspædagogiske koncept

Flere mekanismer synes at medvirke positivt til konceptets virkning i praksis, herunder udgør åbenhed fra brugerens side en forudsætning for, at værktøjerne kan afprøves og fungere efter hensigten. Tillid og tryghed samt en positiv indstilling hos den professionelle er betydningsfuldt for brugerens åbenhed og aktive deltagelse. Endvidere fremhæves tilstrækkelig tid til og afbalanceret rammesætning for afprøvningen at have indflydelse på brugerens oplevelse af konceptets virkning og den professionelle anvendelse af dialogværktøjerne i praksis.

Tillige spiller det en rolle, at de professionelle har forståelse for 'Samarbejdsmodel for bruger og professionel' og hermed kan anvende dialogværktøjerne med afsæt i den samarbejdsorienterede tilgang. At værktøjerne kan kobles til de forløb og målgrupper, som de professionelle arbejder med i dagligdagen, muliggør meningsfuld kobling til eksisterende praksis og faciliterer herved både brug og virkning af konceptet efter hensigten.

Slutteligt fremhæves dialogværktøjernes visuelle udtryk og fleksible anvendelse som væsentlige facilitatorer for deres positive virkning, idet disse kvaliteter blandt andet skærper brugerens aktive deltagelse samt letter integration af værktøjerne i praksis.

5.4.4 Opsummering – barrierer for virkningen af det sundhedspædagogiske koncept

En række mekanismer kan udgøre barrierer for konceptets virkning i praksis. Således oplever professionelle, at værktøjerne ikke umiddelbart er velegnede til brugere med misbrug og brugere med tilknytning til retspsykiatrien. De professionelle er dog åbne for at arbejde med tilpasning af værktøjerne med henblik på at øge anvendeligheden.

Ligeledes kan professionelles egne barrierer og forforståelse, herunder erfaringer, forståelsesmønstre og syn på brugere, udgøre en hindring for brug og virkning af værktøjerne. Der ses dog adskillige eksempler på, at professionelle har fået brudt deres forforståelse ved at trodse deres egne barrierer og afprøve konceptet i deres praksis.

Væsentligt er, at de professionelle ikke indtager en rolle som videns formidler og lader en begrænsende forståelse for brugeren være styrende, men i stedet lader den samarbejdsorienterede tilgang forme afprøvningen. De professionelle fremhæver eksempelvis en række manglende forudsætninger hos bruger, herunder blandt andet begrænset motivation, overskud og optimisme, som barrierer for afprøvning og virkning af konceptet. I forbindelse hermed synes det vigtigt at have for øje, at der kan være tale om barrierer hos brugerne, men at de professionelles forforståelse kan spille en rolle og dels skabe en barriere, som reelt ikke er til stede hos brugeren og dels forstærke mindre barrierer hos brugeren uhensigtsmæssigt.

Sidst kan der være forskellige organisatoriske barrierer for brug og virkning af konceptet i form af manglende ledelsesmæssig opbakning, prædefinerede mål og fastsatte rammer for arbejdet med sundhed blandt brugere.

6. Erfaringer og anbefalinger udledt fra projektperioden 2015-2017

Brugerinvolvering: Evalueringen af projektet viser, at aktiv involvering af professionelle, pårørende og særligt brugere har været afgørende for udformningen af konceptet med fokus på samarbejde mellem professionelle og brugere som en præmis for sundhedsfremme. Involveringen har foregået på forskellige niveauer, herunder:

- Udviklingen af det sundhedspædagogiske koncept eksempelvis gennem interaktive workshops og interviews med brugere, pårørende og professionelle.
- Afprøvning af det sundhedspædagogiske koncept, herunder deltagelse i praktisk afprøvning med professionelle, besvarelse af spørgeskema og deltagelse i interviews.
- Udviklingen af metoder til dataindsamling (spørgeskema til brugere).
- Træningen i anvendelse af det sundhedspædagogiske koncept eksempelvis gennem brugernes deltagelse som sparringspartnere for professionelle ved kompetenceudviklingsforløb. Brugernes rolle var at give feedback på og input til professionelles brug af konceptet samt til indholdet og formen på kompetenceudviklingsforløbet.
- Justering og evaluering af det sundhedspædagogiske koncept via spørgeskemabesvarelse samt deltagelse i interviews og observation.

Anbefaling: Det anbefales at inddrage brugere i alle faser af udvikling, justering og formidling af nye koncepter, herunder inddragelse i kompetenceudviklingsforløb.

Kompetenceudviklingsforløb for professionelle: Evalueringen viser, at professionelle fik mest udbytte af følgende elementer i kompetenceudviklingsforløbet:

- Udlevering og aktiv brug af fysisk materiale i form af en værktøjskasse med dialogværktøjer og en guide, som professionelle kunne tage med hjem efter kompetenceudviklingsforløbet.
- Gruppearbejde, herunder praktisk træning i anvendelse af materialet. Det tyder på, at praktisk træning bidrog til, at professionelle opbyggede fortrolighed med materialet.
- Afprøvning af materialet i egen praksis mellem første og sidste dag i kompetenceudviklingsforløbet. Flere professionelle ønskede mere tid end de tre uger, der var afsat til afprøvning i egen praksis.
- Fokus på erfaringsudveksling og feedback fra undervisere og brugere.
- Anvendelse af undervisere med gode didaktiske kompetencer, viden om sundhedspædagogik og evne til at koble teori og praksis.

Anbefaling: Det anbefales, at der udleveres fysisk materiale i forbindelse med kompetenceudviklingsforløb, og at forløb inkluderer træning i anvendelse af materialet/konceptet suppleret med opfølgning og feedback efter afprøvningsperiode.

Det sundhedspædagogiske koncept: Evalueringen viser, at brugere og professionelle var positive overfor følgende:

- Fleksible dialogværktøjer der kan tilpasses et enkelt møde, længere forløb samt forskellige typer af sundhedsaktiviteter.
- Visuelle og håndgribelige værktøjer, der kan støtte en samarbejdsorienteret tilgang.

Anbefaling: Det anbefales, at dialogværktøjer indeholder visuelle elementer og udarbejdes, så de kan anvendes fleksibelt.

Målgruppen for kompetenceudvikling: Evalueringen viser, at professionelle har fundet konceptet og kompetenceudviklingsforløbet anvendeligt i deres arbejde. Evalueringen har blandt andet vist at:

- Konceptet kan anvendes fleksibelt på tværs af faggrupper, herunder af sygeplejersker, pædagoger, ergoterapeuter, fysioterapeuter, social- og sundhedsassistenter i lokal- og socialpsykiatri samt af socialrådgivere, mentorer og sundhedsfaglige konsulenter fra beskæftigelsesområdet.
- Kompetenceudviklingsforløbet kan give professionelle et kompetenceløft uanset uddannelsesbaggrund samt erfaring med og viden om sundhedspædagogik.

Anbefaling: Det anbefales, at nye koncepter udarbejdes, så de kan anvendes på tværs af faggrupper og sektorer.

Forankring af det sundhedspædagogiske koncept: Erfaringer fra projektet og fund i evalueringen har givet anledning til ideer om forankringstiltag.

- På baggrund af spørgeskemabesvarelsenerne blandt professionelle i 2016, rapporterede ca. 30 % professionelle, at de havde drøftet implementeringen af det sundhedspædagogiske koncept med deres leder. Derfor blev der i 2017 sat fokus på involvering af ledelse i forbindelse med lokal implementering af konceptet, hvilket foregik via orienteringsmøder for professionelles nærmeste ledere. Dette kan have haft betydning for, at der i 2017 var ca. 50 % professionelle, som angav, at de havde drøftet implementering af konceptet med deres leder.
- For at udbrede viden om og implementere det sundhedspædagogiske koncept formidles konceptet til undervisere på University Colleges og Social- og sundhedsskoler i Region Syddanmark. I den forbindelse udleveres værktøjskassen til undervisere, ligesom der sættes fokus på, hvordan underviserne kan inddrage konceptet i deres sundhedspædagogiske undervisning af de studerende.
- Det sundhedspædagogiske koncept konverteres til et e-læringsprogram. Formålet er at give både professionelle, som har deltaget i kompetenceudvikling, og professionelle uden kendskab til konceptet en let tilgængelig adgang til viden om konceptet. Der etableres en fleksibel og interaktiv digital platform med en introduktion til konceptet og inspiration til, hvordan det kan implementeres f.eks. gennem videoklip og refleksionsøvelser.

Anbefaling: Det anbefales at involvere ledelse i implementering af nye koncepter, ligesom det anbefales at skabe grundlag for, at konceptet formidles bredt på en let tilgængelig måde.

Videreudvikling af projektet – kompetenceudvikling: Tilbagemeldinger fra brugere og professionelle har givet anledning til ideer om videreudvikling af projektets kompetenceudviklingsforløb.

- Der har deltaget enkelte professionelle, der ikke har haft brugere i psykiatrien som primær målgruppe. Det sundhedspædagogiske koncept synes på baggrund af deres tilbagemeldinger at have potentiale til at kunne anvendes af professionelle og brugere udenfor psykiatrien. Dette kunne f.eks. omfatte professionelle, som arbejder med sårbare grupper i somatikken.



- Brugere, som har ageret sparringspartnere ved kompetenceudviklingsforløbene mener, at fremtidige kompetenceudviklingsforløb med fordel kan målrettes professionelle med meget brugerkontakt f.eks. professionelle med støtte-kontakt person funktion. Dette begrundes med, at professionelle med meget brugerkontakt vurderes at have bedst tid og størst potentiale for at understøtte brugere i sundhedsfremmende forandring.

Anbefaling: Det anbefales, at fremtidige kompetenceudviklingsforløb målrettes professionelle med meget brugerkontakt fra både psykiatrien og somatikken.

Videreudvikling af projektet – forskning:

Der er på baggrund af dette projekt udviklet et forskningsbaseret koncept og kompetenceudviklingsforløb. Der er gennemført design-baseret forskning i forbindelse med udviklingen og evalueringen af konceptet. Den aktive involvering af brugere i forskningsprocessen har været central for projektet og kan med fordel bruges i fremtidige projekter.

Anbefaling: Med afsæt i evalueringen er det relevant at gennemføre en effektevaluering, der har fokus på effekterne af konceptet på brugeres sundhedsadfærd på længere sigt.

7. Tak til samarbejdspartnere

Region Syddanmark vil gerne benytte lejligheden til at takke samtlige partnere for godt samarbejde gennem projektperioden 2015-2017:

Steno Diabetes Center Copenhagen som har været et bærende element i udviklingen og afprøvningen af det sundhedspædagogiske koncept samt i projektets omfattende dataindsamling.

University College Syd som har tilrettelagt projektets kompetenceudvikling og forestået undervisningen ved kompetenceudviklingsforløbene.

Professionelle og ledere i de 22 syddanske kommuner, som har medvirket til kompetenceudvikling og afprøvning af det sundhedspædagogiske koncept i egen praksis samt deltaget i orienteringsmøder.

Brugere som har bidraget til udvikling og afprøvning af det sundhedspædagogiske koncept. En særlig tak til Rikke Hjort Laursen, Kis Rauff, Pia Nielsen og Rasmus Jørgensen som endvidere har været sparringspartnere for professionelle under kompetenceudviklingsforløbene og medvirket til kvalificering af materiale til dataindsamling.

Styregruppen som har understøttet projektets fremdrift og bidraget til koordinering og dialog på tværs af parter og sektorer.

Projektgruppen som har bidraget til udviklingen af det sundhedspædagogiske koncept.

8. Evalueringens udarbejdelse

Projekterevalueringen er udarbejdet af Tværsektorielt Samarbejde, Region Syddanmark.

Steno Diabetes Center Copenhagen (SDCC) har leveret kvantitative og kvalitative data til nærværende evaluering. SDCC har kommenteret et udkast til evalueringen men har ikke haft indflydelse på evalueringens udformning.

University College Syd har kommenteret et udkast til projekterevalueringen.

Bilag 1: Spørgeskema til professionelle – udfyldt ved forløbets start



Spørgeskema 1 til
kursusdeltagere_fær

Bilag 2: Spørgeskema til professionelle udfyldt ved forløbets afslutning



Spørgeskema 2 til
kursusdeltagere.pdf

Bilag 3: Spørgeskema til brugere



Spørgeskema til
brugere.pdf

Bilag 4: Observationsguide

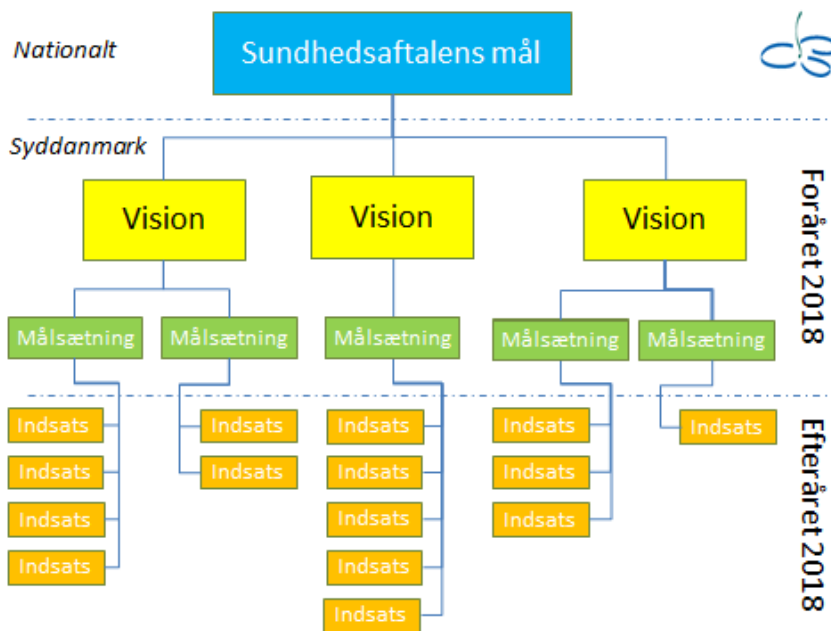


Observationsguide
19.12.pdf

Opsamling fra det politiske opstartsmøde den 24. april 2018 og rammer for visioner og målsætninger for Sundhedsaftalen 2019-2022

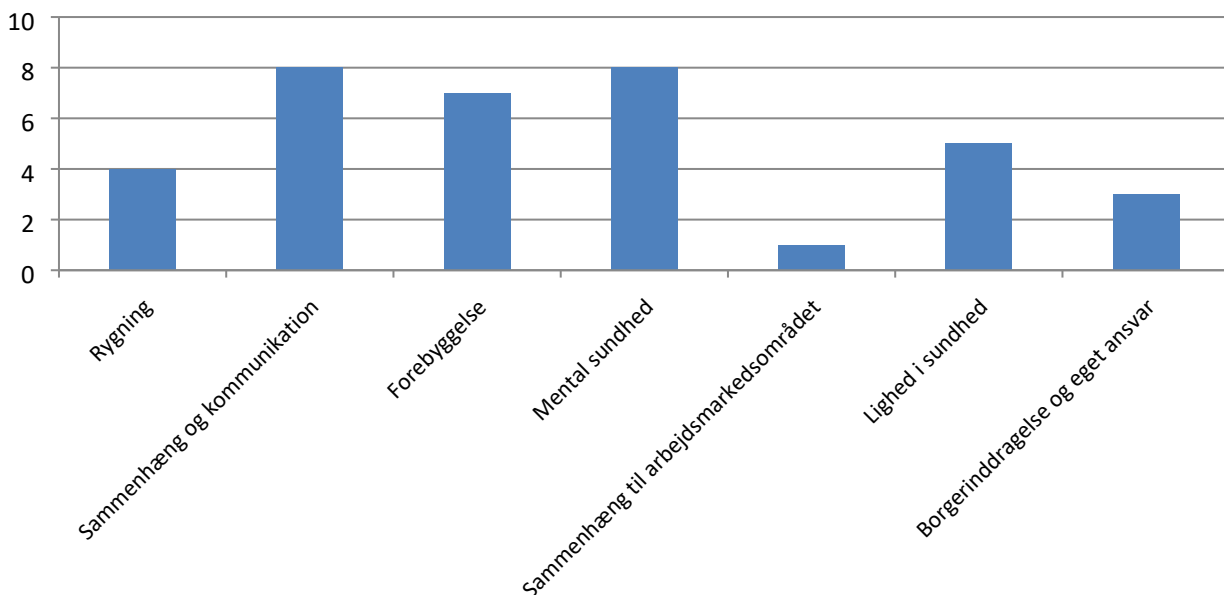
Den 24. april 2018 afholdte Sundhedskoordinationsudvalget et politisk opstartsmøde for Sundhedsaftalen 2019-2022. Knap hundrede kommunale og regionale politikere samt repræsentanter fra de Praktiserende Lægers Organisation i Syddanmark var samlet for at drøfte visioner og målsætninger for den kommende sundhedsaftale. Alle 22 syddanske kommuner var repræsenteret på mødet.

Omdrejningspunktet for mødet var en politisk drøftelse af visioner, hvor politikerne i grupper skulle prioritere tre visioner, som værende særlig vigtige sigtpejnter i den kommende sundhedsaftale. Med baggrund i de tre visioner skulle grupperne efterfølgende drøfte målsætninger for hver vision.



Prioriterede visionsområder:

Der var forholdsvis stor enighed blandt grupperne om visionsområder for Sundhedsaftalen 2019-2022 (se figuren nedenfor). Flest grupper prioriterede visioner inden for områderne sammenhæng og kommunikation, mental sundhed samt forebyggelse. Rygning blev også prioriteret af flere grupper enten som en selvstændig vision eller som en målsætning under forebyggelsesområdet.



Målsætningsområder for hvert visionsområde:

Nedenfor gives eksempler på nogle af de målsætninger/områder, som blev fremhævet under visionsområderne.

Ryging	Sammenhæng og kommunikation
<ul style="list-style-type: none"> - Vi vil gennem effektiv forebyggelse af rygestart og rygestop nedbringe andelen af rygere i Syddanmark med 25 % i 2022 - Ingen unge under 18 år ryger i 2030 - Røgfrie arbejdspladser, skoler og uddannelsessteder i 2022 	<ul style="list-style-type: none"> - Nye organisationsformer og delte stillinger - Videreudvikling af elektronisk kommunikation og deling af data - Inddragelse af nye teknologier til at give gode overdragelser - Sundhedsydelse i nærområdet - Styrke videndeling på tværs af sektorer
Mental sundhed	Forebyggelse
<ul style="list-style-type: none"> - Antallet af unge der mistrives skal halveres - Fælles ansvar og tidlig indsats - Forskning i fælles tværsektorielle temaer - Ensomhed 	<ul style="list-style-type: none"> - Fælles om forebyggelse - Øge sundhedsprofessionelles kendskab til tilbud i de to sektorer - Sygehusene skal have øget ansvar for sundhedsfremme - Knæk kurverne på livsstilssygdomme
Sammenhæng til arbejdsmarkedsområdet	
<ul style="list-style-type: none"> - Hurtigt tilbage på arbejde, tættere samarbejde mellem sundheds- og arbejdsmarkedsområdet 	
Lighed i sundhed	Borgerinddragelse og eget ansvar
<ul style="list-style-type: none"> - Geografisk lighed - Ligestilling mellem psykisk og somatisk sygdom - Én indgang for borgeren - Fælles akutfunktioner 	<ul style="list-style-type: none"> - Ansvar for egen sundhed - Mod til at gå nye veje i det tværsektorielle samarbejde - Gode vilkår for frivillige - Øget borgerinddragelse

Rammen for udvikling af Sundhedsaftalen 2019-2022:

Målsætningerne for sundhedsaftalen skal, jf. Vejledningen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, fastlægges med udgangspunkt i de otte nationale mål for sundhedsvæsenet.



Målsætningerne skal være konkrete og fungere som et redskab til en løbende opfølgning og justering af indsatsen. Sundhedskoordinationsudvalget kan derudover fastlægge mål, delmål og succeskriterier for specifikke indsatser målrettet en gruppe eller inden for et givent område, som prioriteres i Syddanmark.

Sundhedskoordinationsudvalget ønsker, at den nye sundhedsaftale skal:

- Bestå af færre målbare mål og være dynamisk
- Fokuserer på at styrke det nære sundhedsvæsen

- Skabe en tydeligere sammenhæng mellem indsatser
- Bidrage med viden om sundhedspolitiske udfordringer
- Monitorere igangsatte indsatser
- Have fokus på samarbejde og videndeling
- Have fokus på borgeren

Forslag til visioner og målsætninger for Sundhedsaftalen 2019-2022:

Med udgangspunkt i det politiske opstartsmøde foreslås følgende udkast til visioner og målsætninger for de syv identificerede visionsområder. Målsætningerne er foreløbigt formuleret på et overordnet niveau. De vil med fordel kunne konkretiseres, når det er besluttet hvilke indsatser, der skal iværksættes under hver målsætning.

Det er en politisk ambition, at der skabes et større politisk ejerskab for den kommende sundhedsaftale, og at resultaterne af det tværsektorielle sundhedssamarbejde gøres tydeligere for de syddanske borgere. En af måderne, hvorpå det kan sikres, er ved at gøre målsætningerne målbare.

Eksempel: "Antallet af daglige rygere i Syddanmark skal reduceres med 25 % i 2022"

Det er samtidigt vigtigt at have for øje, om de nødvendige data er til rådighed både ift. løbende at monitorere på de igangsatte indsatsers effekt, men også hvorvidt målsætningen er opfyldt. Der bør i den sammenhæng være fokus på at anvende eksisterende lokale og nationale datakilder i den udstrækning, det er muligt. Det gælder eksempelvis sundhedsprofilen, eksisterende registerdata og de nationale mål.

VISIONSOMRÅDE RYGNING

"Et røgfrigt Syddanmark"

Målsætning Vi vil gennem effektiv forebyggelse af rygestart og rygestop nedbringe andelen af rygere i Syddanmark.

VISIONSOMRÅDE SAMMENHÆNG OG KOMMUNIKATION

"Bedre samarbejde – bedre sammenhæng"

Målsætning Vi vil afprøve nye og mere integrerede samarbejdsformer og opgaveløsninger

Målsætning Vi vil videreudvikle den elektroniske kommunikation/videndeling og anvendelsen af telemedicinske løsninger

Målsætning Vi vil udvikle sundhedsydelse i nærområdet for at skabe sammenhæng

Målsætning Vi vil styrke samarbejdet om mennesker med psykisk sygdom

Målsætning Vi vil styrke samarbejdet om mennesker med kronisk sygdom og forbedre sammenhængen for mennesker med flere samtidige sygdomme

VISIONSOMRÅDE MENTAL SUNDHED

"Mental trivsel og sundhed i alle aldre"

Målsætning Vi vil forske i årsagerne til dårlig mentale trivsel og sundhed i Syddanmark

Målsætning Vi vil reducere antallet af mennesker i Syddanmark med dårlig mental trivsel og sundhed, blandt andet gennem tidlig indsats og forebyggelse

VISIONSOMRÅDE FOREBYGGELSE

"Sammen om forebyggelse"

Målsætning Vi vil styrke samarbejdet om tidlig indsats og reducere antallet af mennesker med livsstilsrelateret sygdom

Målsætning Vi vil samarbejde om udvikling af sunde rammer

Målsætning Vi vil udvikle samarbejdet om forebyggelsestilbud

VISIONSOMRÅDE ARBEJDSMARKEDSOMRÅDET

"Sammenhæng mellem arbejdsmarkedsområdet og sundhedsområdet"

Målsætning Vi vil sikre at flere vender hurtigt tilbage til deres arbejde efter sygdom

PRINCIPPER FOR SUNDHEDSAFTALEN 2019-2022

På det politiske opstartsmøde prioriterede flere grupper visioner inden for områderne lighed i sundhed samt borgerinddragelse og eget ansvar. En mulig løsning kan være, at disse to områder fungerer som principper, der bør følges ved planlægning og implementering af indsatser i regi af Sundhedsaftalen 2019-2022.

I forhold til **lighed i sundhed** vil sige, at der i planlægningen og tilrettelæggelsen af indsatser skal være fokus på at skabe:

- geografisk lighed
- én indgang for borgeren
- lighed mellem somatik og psykiatri

I forhold til **borgerinddragelse og eget ansvar** vil det sige, at der i planlægningen og tilrettelæggelsen af indsatser skal være fokus på at:

- inddrage borger og pårørende i deres eget forløb og udviklingen af sundhedsvæsenet
- skabe fokus på borgerens eget ansvar for sundhed

Målsætninger som ikke er indarbejdet under visionerne i dette udkast

En stor del af det input til målsætninger, som politikerne drøftede på opstartsmødet, er mere aktuelt ift. indsats og målgrupper, og viderebringes til denne drøftelse i efteråret 2018. Der er dog en række input til målsætninger, som ikke indarbejdet i dette udkast de fremgår nedenfor.

Ryging	Sammenhæng og kommunikation
<ul style="list-style-type: none"> - Incitament/belønning for at holde op/ikke starte - Forældreansvar - Inddragelse af civilsamfundet - Røgfri skoler og uddannelsessteder - Røgfri arbejdspladser - Påvirke den nationale dagsorden 	<ul style="list-style-type: none"> - Tilknyttet læge til plejecentre – sociale/psykiatriske bosteder - "Et vindue" efter udskrivelse, hvor sygehuset har ansvaret for patienten - Kommunerne klar til at modtage borgere fra supersygehuse (ingen genindlæggelser) - Særlig opmærksomhed på dem med udfordringer - Fokus på helhedsorienterede indsatser - Fokus på målrettede indsatser for socialt udsatte og sårbare
Mental sundhed	Forebyggelse
<ul style="list-style-type: none"> - Hurtig diagnostik af den enkelte - Øget kapacitet på psykiatriske modtageafsnit - Gratis psykologibistand - Begrænsning af skærmtid - Tilbud uden at blive en sag - Mobning på sociale medier 	<ul style="list-style-type: none"> - Flere skal være aktive i en forening - Undervisning i misbrug skal begynde i 1-2 klasse - Færre dødsfald blandt stofmisbrugere - Lettere adgang til det sunde valg - Fokus på at understøtte forældrene - Indsats for sårbare gravide/unge familier (børns tarv)
Arbejdsmarkedsområdet	
<ul style="list-style-type: none"> - Gratis psykologhjælp 	

Temadag i DAK den 27. september 2018 om målgrupper og indsatser i Sundhedsaftalen 2019-2022

Udvikling, tilrettelæggelse og opfølgning på sundhedsaftalen, herunder udvælgelse af målgrupper og indsatser, bør jf. Vejledningen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler baseres på viden og forskning samt så vidt det er muligt data, der kan vise, hvor der er behov for en særlig indsats i det tværsektorielle samarbejde.

Datakilderne kan eksempelvis være:

- Sundhedsprofilen
- Nationale kvalitetsmål
- Resultater fra lokale og nationale indsatser

Når Sundhedskoordinationsudvalget har fastsat visioner og målsætninger for Sundhedsaftalen 2019-2022 drøftes hvilke indsatser og målgrupper, der skal prioriteres under hver enkelt målsætning. Dette drøftes på DAKs temadag den 27. september 2018.

Sundhedskoordinationsudvalget besøger i perioden august-oktober 2018 de 22 Syddanske kommuner for at drøfte lokalpolitiske udfordringer og prioriteringer inden for sundhedsaftalesamarbejdet. Disse input vil indgå i det videre arbejde med Sundhedsaftalen 2019-2022.



**Tids- og procesplan for
sundhedsaftalen 2019-2022 i Syddanmark
- med indsendelse til Sundhedsstyrelsen den 1. juli 2019**

Nedenstående skema viser processen for udarbejdelse af Sundhedsaftalen 2019-2022, som det tidligere Sundhedskoordinationsudvalg godkendte i efteråret 2017. Den færdige sundhedsaftale skal indsendes til Sundhedsstyrelsen den 1. juli 2019, således at den nye sundhedsaftale er gældende fra 1. september 2019.

Periode	Aktivitet		Leverance
	Politisk spor	Administrativt spor	
2017			
22. september		DAK: Godkendelse af udkast til tids- og procesplan for Sundhedsaftalen 2019-22	Udkast til tids- og procesplan
31. oktober	SKU: Godkendelse af udkast til tids- og procesplan for Sundhedsaftalen 2019-22 Drøftelse af første udkast til overleveringspapir til det nye SKU		Godkendt tids- og procesplan Input til første udkast af overleveringspapir
23. november		DAK (temamøde): Drøftelse af andet udkast til overleveringspapir til det nye SKU Drøftelse af hvordan overleveringspapiret indarbejdes i kommende sundhedsaftale	Input til andet udkast til overleveringspapir
19. december	SKU: Færdiggørelse af overleveringspapir til det nye SKU		Overleveringspapir til det nye SKU
2018			
Januar	Regionsråd og KKR Syddanmark udpeger medlemmer til SKU		
25. januar		DAK: Godkende udkast til program for politisk opstartsmøde Beslutning om rammeprogram for DAKs halvdags temadag i april	Udkast til program for det politiske opstartsmøde



28. februar	<p>SKU: Godkendelse af udkast til rammepapir, inkl. tids- og procesplan for ny sundhedsaftale</p> <p>Godkendelse af rammeprogram for politisk opstartsmøde, inkl. forslag til deltagerkreds m.v.</p>		<p>Færdigt rammepapir med tids- og procesplan</p> <p>Færdigt rammeprogram for politisk opstartsmøde</p>
21. marts		<p>DAK (temamøde): Drøftelse af indhold, struktur og proces for den administrative del af sundhedsaftalen</p> <p>Drøfte høringsversion af bekendtgørelse vedr. Sundhedsaftaler, som forventes offentliggjort i marts</p>	<p>Input til udvidet disposition og procesplan for den administrative del af sundhedsaftalen</p>
11. april	<p>SKU: Ordinært møde.</p> <p>Forberedelse af politisk opstartsmøde</p> <p>Fællesmøde Patientinddragelsesudvalget om den kommende sundhedsaftale</p>		
Ultimo marts – ultimo april	<p>Lokalt: Forberedelse af kommunale og regionale politikere til det politiske opstartsmøde</p>		
24. april	<p>Politisk opstartsmøde: 1/2 dags konference, hvor politiske visioner og målgrupper/temaer for sundhedsaftalen drøftes</p>		<p>Input til visioner og målgrupper/temaer</p>
14. maj		<p>DAK: Opsamling på politisk opstartsmøde</p>	<p>Input til opsamling på politisk konference, inklusiv input til visioner og målgrupper/temaer Udvidet disposition og procesplan</p>
27. juni	<p>SKU: Opfølgning på politisk konference og godkendelse af politiske visioner for sundhedsaftalen</p>		<p>Godkendt opsamling på politisk konference</p> <p>Godkendt politisk vision</p>



Primo august – ultimo sept.	Mulighed for politiske møder mellem formandskabet for Sundhedskordinationsudvalget og de 22 syddanske kommuner samt PLO-K		
Primo august – medio sept.		Skriveproces – inkl. redaktionsgruppemøde	Første udkast til Sundhedsaftalen 2019-22
27. september		DAK: Halvdags temamøde med drøftelse af første udkast til sundhedsaftale	Input til andet udkast til sundhedsaftale
25. oktober	SKU: Status for arbejdet med Sundhedsaftalen 2019-22 Fællesmøde Patientinddragelsesudvalget om første udkast til Sundhedsaftalen 2019-2022		
Primo oktober- primo nov.		Skriveproces inkl. redaktionsgruppemøde	Andet udkast
19. november		DAK: Drøfte andet udkast til Sundhedsaftalen 2019-22 (fremsendes én uge inden mødet)	Høringsversion
6. december	SKU: Færdiggørelse af høringsversion Fællesmøde med Praksisplanudvalget		Høringsversion
11. december	Politisk møde mellem SKU og kommunale udvalgsformænd: Præsentation af høringsudkastet til den nye sundhedsaftale 2019-22		
Medio december 2018- januar 2019	Kommuner, region m.fl.: Høring af udkast til sundhedsaftale		Hørings svar
2019			
Primo februar- medio marts		Skriveproces – inkl. redaktionsgruppemøder	
Primo april		DAK: Drøftelse af udkast til færdig sundhedsaftale	Udkast til færdig sundhedsaftale
Medio april		Evt. skriveproces inkl. redaktionsgruppemøde	



Ultimo april (møde uge 18)	SKU: Godkendelse af færdig sundhedsaftale		Godkendt sundhedsaftale til politisk behandling i Kommunalbestyrelser og Regionsråd
Maj-juni (uge 19-26)	Kommunalbestyrelser og Regionsråd: Politisk godkendelse af sundhedsaftale		Godkendt sundhedsaftale
1. juli 2019		Sundhedsaftalen indsendes til Sundhedsstyrelsens godkendelse	
August		Sundhedsstyrelsen godkender sundhedsaftalen	
1. september 2019	Sundhedsaftalen træder i kraft		

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for behandling og pleje					
Prioriterede indsatser					
Videreudvikling af SAM:BO ift. socialpsykiatri	<p>DAK besluttede på møde den 15. juni 2016 at nedsætte en arbejdsgruppe, som skulle videreudvikle SAM:BO i forhold til socialpsykiatrien. DAK godkendte den 22. juni 2017 det forelagte høringsudkast til tre nye SAM:BO forløb, der omhandler kommunikation og samarbejde mellem både det somatiske og det psykiatriske sygehus og socialpsykiatrien i kommunerne.</p> <p>Forløbene var sendt i høring i perioden 1. juli 2017 til 28. august 2017. Forløbene blev endeligt godkendt i Følgegruppen for behandling og pleje på møde 12. oktober 2017 samt i Det Administrative Kontaktforum den 23. november 2017. Den 19. december 2017 godkendte SKU de tre nye forløb samt implementeringsplan.</p> <p>Der blev afholdt et indledende informationsmøde med kommunerne den 18. januar 2018.</p>	20-08-18: Følgegruppen forelægges status på implementeringsarbejdet.			Der udarbejdes et generisk dagsordenspunkt til understøttelse af implementeringsarbejdet i PSOF'erne.
Videreudvikling af SAM:BO ift. arbejdsmarkedsområdet	<p>DAK godkendte på møde den 23. november 2017, at der i videreudviklingen af SAM:BO arbejdes videre med arbejdsmarkedsområdet.</p> <p>Følgegruppen fik den 19. februar 2018 forelagt en sag om udpegning af repræsentanter til den nye arbejdsgruppe. Arbejdsgruppen inviteres til to workshops, der skal munde ud i et kommissorium samt tids- og procesplan, der forventes forelagt for Følgegruppen i august 2018.</p>	20-08-18: Godkendelse af kommissorium og procesplan vedr. videreudvikling af SAM:BO på arbejdsmarkedsområdet			
Samarbejdsaftale om FMK	DAK har på møde den 27. januar 2017 godkendt, at der ikke på nuværende tidspunkt udarbejdes en Samarbejdsaftale vedr. FMK.				DAK besluttede på møde den 27. januar 2017, at monitorering af ajourføringsprocenter for FMK samt evt. audit overgår til Følgegruppen for økonomi, effekt og kvalitet.
Tværasektoriel FMK arbejdsgruppe	<p>Det Administrative Kontaktforum har på møde den 29. januar 2016 godkendt kommissorium for den tværasektorielle FMK-gruppe under Følgegruppen for behandling og pleje.</p> <p>Arbejdsgruppen afrapporterer løbende til Følgegruppen. Arbejdsgruppen er en proaktiv arbejdsgruppe, der har fokus på tværasektorielle problemstillinger i forbindelse med implementeringen af FMK.</p> <p>Der har været afholdt FMK-netværksmøde den 29. marts 2017. Der lægges aktuelt op til en drøftelse i SOF'erne omkring håndtering af drøftelser omkring FMK i relevante lokale netværk/fora.</p>	<p>08-10-18: Status fra Tværasektoriel FMK-arbejdsgruppe.</p> <p>Der indhentes halvårlig status i april og okt.</p>			
Særlige opgaver					
Samarbejdsaftalen om patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid i Region Syddanmark	<p>Der har været nedsat en arbejdsgruppe, der har revideret aftalen. Samarbejdsaftalen er godkendt af DAK og trådte i kraft d. 1. juni 2016.</p> <p>Sundhedsstyrelsen udsendte i december 2017 reviderede anbefalinger for den palliative indsats. Følgegruppen besluttede på møde 19-02-18 at indstille til DAK, at Samarbejdsaftalen for patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og kort forventet levetid revideres med henblik på at leve op til de reviderede anbefalinger.</p> <p>Følgegruppen godkendte den 9. april 2018 kommissorium for tværasektoriel arbejdsgruppe til revidering af samarbejdsaftalen om patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid.</p> <p>Formandsskabet for DAK besluttede på formandsmøde, at kommissoriet ikke kræver godkendelse i DAK, og at arbejdet derfor kan igangsættes af Følgegruppen.</p>	<p>Der gives helårlig status til Følgegruppen for Behandling og pleje (august).</p> <p>03-12-18: Udkast til revideret samarbejdsaftale forelægges til godkendelse i Følgegruppen med henblik på efterfølgende behandling i DAK.</p>	Den reviderede samarbejdsaftale forelægges til godkendelse i DAK i januar 2019.	Udsendes til implementering i 1.kvartal 2019.	DAK formandsskabet besluttede, at sagen ikke kræver godkendelse i DAK, men at Følgegruppen kan igangsætte arbejdet.

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Elektronisk kommunikation mellem psykiatri og hjemmepleje	<p>Psykiatriområdet i Region Syddanmark arbejder ud fra SAM:BO aftalen på lige fod med det somatiske område.</p> <p>I det tværsektorielle samarbejde mellem psykiatri og hjemmepleje anvendes de MedCom-standarder, som fremgår af den reviderede SAM:BO (implementeret den 3. oktober 2017).</p> <p>Psykiatrisygehuset deltager ligeværdigt i den auditering, som fremgår af tids- og procesplanen for implementering af den reviderede SAM:BO.</p>	<p>Der gives en årlig status på implementering/data på rapporttyper (oktober).</p> <p>08-10-18: Årlig status til Følgegruppen</p>			
Revision af forløbene for SAM:BO (Somatik og psykiatri)	<p>DAK godkendte de reviderede SAM:BO forløb på møde den 30. marts 2017, og implementering er gennemført i tredje kvartal 2017.</p> <p>Den tværsektorielle SAM:BO-arbejdsgruppe, som er nedsat som underarbejdsgruppe under Følgegruppen, afholdt sit første møde den 31. oktober 2017. Arbejdsgruppen mødes efter behov.</p> <p>Arbejdsgruppens første opgave var at afklare kommunernes behov for overskrifter i korrespondancemeddelelser. Følgegruppen har på møde 19-02-18 godkendt oplæg, som er udarbejdet på baggrund af input fra kommunerne.</p>				
Handlingsplanen for den ældre medicinske patient 2016-19 samt tillæg til Sundhedsaftalen herom	<p>På møde den 23. november 2016 behandlede DAK den nye nationale handlingsplan for 2016-2019. Her var der et særligt fokus på de indsatsområder, som skal koordineres i Sundhedsaftale-regi.</p> <p>DAK besluttede den 23. november 2016, at Følgegruppen for behandling og pleje fremadrettet er ansvarlig for at udarbejde et ramme- og retningspapir for den syddanske indsats for den ældre medicinske patient i perioden 2016-2019 samt, at DAK i forbindelse med den årlige afrapportering orienteres om initiativernes samlede fremdrift og effekt.</p> <p>Der pågår i øjeblikket processer i både region og kommuner vedr. udmøntning af særligt indsatsområde 2 (akutfunktioner) og 5 (udgående funktioner og rådgivningsinitiativer). DAK besluttede den 22. juni 2017, at udarbejdelse af et ramme- og retningspapir skal afvente denne proces.</p>	<p>Udarbejdelse af ramme- og retningspapir afventer.</p> <p>Fremadrettet vil Følgegruppen for behandling og pleje fremlægge en årlig status på initiativernes fremdrift i DAK.</p>			
Audit/evaluering af SAM:BO	<p>Der er pr. 1. juni 2017 trådt en ændring af sundhedsloven i kraft, som gør det muligt for autoriserede sundhedspersoner at trække og anvende data til brug for kvalitetsudvikling og kvalitetssikring af sundhedsvæsenet.</p> <p>I den kommende periode arbejdes der på en afklaring af, hvilken betydning ændringen af sundhedsloven har ift. audit af SAM:BO.</p>	<p>20-08-18: Status på arbejdet vedr. audit/evaluering af SAM:BO jf. lovændring.</p>			
Casekataloget vedr. behandlingsredskaber og hjælpemidler	<p>Afgrænsningscirkulæret tolkes via casekataloget ift. forskellige remedier herunder, om det er et behandlingsredskab eller et hjælpemiddel. Behandlingsredskaber er et regionalt ansvar, mens hjælpemidler er et kommunalt ansvar.</p> <p>Der er nedsat en arbejdsgruppe, som har til opgave løbende at revidere og vedligeholde casekataloget.</p>	<p>Status gives helårligt (august).</p>			
Revision af samarbejdsaftalen på demensområdet	<p>Den nationale handlingsplan for demens lægger i initiativ 6 op til, at der skal ske en evaluering af de eksisterende regionale forløbsprogrammer og samarbejdsaftaler for demens.</p> <p>På baggrund af evalueringerne udarbejder Sundhedsstyrelsen faglige anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens.</p> <p>Anbefalinger til organisering herunder rolle og ansvarsfordeling skal ligeledes indgå i arbejdet.</p> <p>Sundhedsstyrelsens arbejde igangsættes i løbet af 2017 med henblik på færdiggørelse i 2018. Herefter påbegyndes arbejdet med revision af samarbejdsaftalen på demensområdet i den tværsektorielle arbejdsgruppe.</p>	<p>Løbende afrapportering fra den tværsektorielle arbejdsgruppe vedr. demens under Følgegruppen for behandling og pleje - adhoc.</p> <p>Primo 2018: Afrapportering fra arbejdet under Sundhedsstyrelsen og drøftelse vedr. videre proces.</p>			

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Undersøgelse af underrepræsentation af indvandrere på demenshederne	Den tværsektorielle arbejdsgruppe for den samlede demensindsats i Region Syddanmark har haft nedsat en underarbejdsgruppe, der har arbejdet med at afdække de udfordringer, der er i forhold til underrepræsentation af etniske minoriteter i opsporing, udredning og behandling af demens. Udfordringen omkring underrepræsentation af etniske minoriteter i forbindelse med opsporing, udredning og behandling af demens vil blive løftet ind i forbindelse med arbejdet med øvrige initiativer i demenshandlingsplanen. Bl.a. når de nationale anbefalinger for tværfaglige forløb for mennesker med demens foreligger, og der skal arbejdes med en revision af samarbejdsaftalen.				
Oplæg til kompetenceudvikling vedr. demens	Der har været udviklet og afprøvet et kompetenceudviklingsforløb, som viste sig ikke at være hensigtsmæssigt. Opgaven vedr. kompetenceudvikling er derfor skrevet ud af arbejdsgruppens kommissorium. Der vil fremadrettet være opmærksomhed på kompetenceudvikling i forbindelse med Den nationale demenshandlingsplan (Initiativ 22).				
Revision af Demenssyd.dk	Hjemmesiden er nedlagt primo 2016.				
Implementering af aftale for mennesker med et misbrug og en psykiatrisk lidelse	Opgaven er udgået af Følgegruppens opgaveportefølje på baggrund af beslutning på DAK-møde den 11. november 2015. På mødet blev der truffet beslutning om, at opgaven overgik til Følgegruppen for Genoptræning og rehabilitering.				
Aftaler					
Regional vejledning om utilsigtede hændelser i sektorovergange	DAK godkendte den 23. november 2017 Regional Vejledning om utilsigtede hændelser i sektorovergange, hvor DAK også godkendte, at der udarbejdes et oplæg om læringsinitiativer med henblik på forelæggelse for Det Administrative Kontaktforum 1. halvår af 2018. Følgegruppen godkendte oplæg til læringsinitiativer ift. UTH i sektorovergange. Sagen sendes videre til godkendelse i DAK den 14. maj 2018.	20-08-18: Status vedr. tværsektoriel UTH arbejdsgruppe og temaaftermiddag.	14-05-18: Oplæg til læringsinitiativer ift. UTH i sektorovergange forelægges til godkendelse i DAK.	1. kvartal 2018	
Samarbejdsaftale om peritonealdialyse i eget hjem	Samarbejdsaftale om peritonealdialyse i eget hjem er udarbejdet i 2012. Der tilrettelægges en revision af aftalen. Igangsættelse af arbejdet er godkendt på møde i DAK 27-01-17. Følgegruppen godkendte den 9. april 2018 udkast til den reviderede samarbejdsaftale.		14-05-18: Forelægges til godkendelse i DAK	3. kvartal 2018	
Samarbejdsaftale om borgere, der skal overvåges i eget hjem pga. respiratorisk udstyr.	Aftalen er godkendt i SKU 25-10-16 og blev godkendt af regionsrådet 28-11-16. Det er Følgegruppens opgave at monitorere samarbejdsaftalen. Data blev forelagt Følgegruppen den 9. april 2018. Monitorering blev taget til efterretning. Det er følgegruppens vurdering, at samarbejdsaftalen fungerer efter hensigten. Det forventes, at der afholdes andet møde i ERFA-gruppen på respirationsområdet i første halvår af 2018.	03-12-18: Der skal leveres en årlig status fra Erfa-gruppen til Følgegruppen (december).		Aftalen indeholder ændrede retningslinjer for fordelingsnøglen mellem region og kommuner. Der er nedsat en Erfa-gruppe med repræsentation fra kommunerne.	
Samarbejdsaftale om ledsagelse og praktisk hjælp	Samarbejdsaftale om ledsagelse og praktisk hjælp ved sygehusbehandling er udarbejdet i 2014. Der tilrettelægges en revision af aftalen. Igangsættelse af arbejdet er godkendt på møde i DAK 27-01-17. Den reviderede samarbejdsaftale skal klart beskrive finansieringsansvaret ved ledsagelse og praktisk hjælp for henh. region og kommune i henhold til Sundhedsloven og Serviceloven.	20-08-18: Forslag til revideret samarbejdsaftale forelægges til godkendelse på møde i Følgegruppen for Behandling og Pleje.	27-09-18: Forslag til revideret samarbejdsaftale forelægges til godkendelse på møde i DAK.		Arbejdet afventer aktuelt svar fra Sundhedsministeriet vedr. en opklaring på ansvarsfordelingen under indlæggelse ift. hjælp efter serviceloven.

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Samarbejdsaftale for det psykiatriske område	DAK godkendte den 22. juni 2017, at der ikke længere er behov for en særskilt samarbejdsaftale for det psykiatriske område, når SAM:BO for Socialpsykiatrien er implementeret. Godkendelsen skete med det forbehold, at underaftaler til samarbejdsaftalen kan stå alene, inden man kan udfase den overordnede samarbejdsaftale. Følgegruppen godkendte den 19. februar 2018 redaktionelle justeringer af følgende 3 underaftaler: - Samarbejdsaftale om retspsykiatriske patienter, 2015 - Samarbejdsaftalen om indsatsen for udviklingshæmmede med psykiske lidelser – oligofreniområdet, 2015 - Fælles samarbejdsaftale for borgere med psykisk lidelse og samtidigt stofmisbrug og alkoholmisbrug, 2015 Da justeringerne alene er af redaktionel karakter, forelægges de ikke DAK til godkendelse.				Med ganske få redaktionelle ændringer er ophævet til Sundhedsaftalen 2015-18 og SAM:BO-aftalen sikret. Da der er planlagt justering af de øvrige underaftaler inden udgangen af 2019, kan samarbejdsaftalen for det psykiatriske område derfor udfases, når SAM:BO indenfor socialpsykiatrien træder i kraft pr. 23-10-18.
Samarbejdsaftale for udviklingshæmmede med psykiske lidelser (oligofreni)	Aftalen er godkendt af SKU den 28. oktober 2014 og er implementeret i SOF'erne. Der er afholdt temadag i 2017.	Der afrapporteres helårligt på arbejdet (april). 20-08-18: Årlig afrapportering til Følgegruppen for behandling og pleje.			
Samarbejdsaftale på det retspsykiatriske område	Implementeringsarbejdet er gennemført via SOF'erne. Der er gennemført en evaluering af implementeringen og på den baggrund afholdt opfølgende temadrøftelser med PSOF'erne.	Der afrapporteres helårligt på arbejdet (feb.).			
Aftale om sårbare gravide	DAK godkendte samarbejdsaftale om sårbare gravide på møde den 23. november 2017. Aftalen blev derefter godkendt af SKU den 19. december 2017. Aftalen implementeres via SOF'erne i 1.kvartal af 2018.	Der afrapporteres helårligt på implementeringsarbejdet (dec.)		1. kvartal 2018	
Samarbejdsaftale om gravide med et risiko-forbrug af rusmidler og alkohol i regi af familieambulatoriet PLUS	Den reviderede samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus i Region Syddanmark blev godkendt af DAK den 25. januar 2018 med en tilføjelse om monitorering på udviklingen af antal familier i Familieambulatoriet, samt antal besøg pr. familie. Aftalen implementeres via SOF'erne i 1.kvartal af 2018.	Der afrapporteres helårligt på implementeringsarbejdet (dec.)		1. kvartal 2018	
Ammepolitikken	Politikken videreføres uændret i sundhedsaftaleperioden.				
Øvrige opgaver					
Implementering af nye sygehus-hjemmepleje-standarder	Der blev nedsat en arbejdsgruppe, til at understøtte implementeringen af de nye sygehus-hjemmepleje-standarder, som trådte i kraft den 11. maj 2016.				Det blev besluttet på møde i Følgegruppen for behandling og pleje den 17. august 2017, at monitoreringen ikke
Patientoplevelt kvalitet - pilotprojekt	Der er igangsat et pilot-projekt vedr. patientoplevelt kvalitet. Opgaven er udgået af Følgegruppens opgaveportefølje jf. beslutning på DAK på møde den 29. november 2016. Opgaven er flyttet til Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt.				

[1] Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder

Grøn = indsatsen forløber planmæssigt
Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i Følgegruppen/afventer afklaringer
Rød = indsatsen kræver handling i Følgegruppen – evt. også i DAK
Grå = indsatsen er afsluttet i Følgegruppen
Blå = Afventer igangsættelse

Indsats, som kræver handling fra SKU/DAK, vil blive sat på dagsordenen i separate sagsfremstillinger.



Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyrværktøj

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for opgaveoverdragelse					
Samtalestøtte til stressramte og langtidssygemeldte borgere	DAK har besluttet, at følgegruppen kan igangsætte et pilotprojekt med 2-3 kommuner, hvor potentialet i et ændret samarbejde kan undersøges.	M1: Modellens Trin 1 og 2 behandles i DAK på mødet den 23/11 2017. M2: Identifikation af kommuner til pilotprojekt primo 2018. M3: Pilotafprøvning i 2-3 kommuner igangsættes medio 2018. M4: Modellens Evt. Trin 3 (samarbejdsaftale) behandles i DAK medio 2019. M5: Samarbejdsaftalen behandles i SKU på mødet medio 2019.	Det forventes, at DAK kan orienteres om resultaterne fra pilotprojektet ultimo 2018.	En eventuel samarbejdsaftale afventer resultaterne af pilotprojektet.	

¹ Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder



Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Indsatser i de kommunale akutfunktioner (Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger)	<ul style="list-style-type: none"> - Intravenøs væskebehandling - Intravenøs og subcutan medicinadministration 	M1: Første monitorering af samarbejdsaftalens anvendelse, DAK møde d. 27/9 2018	Samarbejdsaftalerne er godkendt af SKU d. 31/10 2017	Samarbejdsaftalerne er primo november 2017 sendt til implementering via de lokale samordningsfora.	Samarbejdsaftalerne monitoreres halvårligt, førstegang op til mødet i DAK d. 27/9 2018.
	<ul style="list-style-type: none"> - Sondeernæring - Parenteral ernæring 	M1: Første monitorering af samarbejdsaftalens anvendelse, DAK møde d. 27/9 2018	Samarbejdsaftalerne er godkendt af SKU d. 31/10 2017	Samarbejdsaftalerne er primo 2018 sendt til implementering via de lokale samordningsfora.	Samarbejdsaftalerne monitoreres halvårligt, førstegang op til mødet i DAK d. 27/9 2018.
	<ul style="list-style-type: none"> - Akutte bed-side blodprøver - Prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser 	M1: Samarbejdsaftalen evalueres i maj 2020.	Samarbejdsaftalen er godkendt af DAK d. 25/1 2018	Samarbejdsaftalen er primo 2018 sendt til implementering i de lokale samordningsfora samt kommunal lægelige udvalg med effekt fra 1/5 2018.	Samarbejdsaftalen evalueres to år efter den er implementeret.
	<ul style="list-style-type: none"> - Pasning af dræn - Kateteranlæggelse og pleje 	M1: Modellens Trin 1 og 2 behandles i den 21/3 2018 M2: Modellens Trin 3 (samarbejdsaftale) behandles i DAK 14/5 2018	Samarbejdsaftalerne behandles på mødet i DAK d. 14/5 2018	Samarbejdsaftalerne forventes godkendt på mødet i DAK den 14. maj 2018 og sendes efterfølgende til implementering i SOF'erne med effekt fra d. 1/6 2018.	Samarbejdsaftalerne evalueres to år efter implementering.
Samarbejdsaftale for blodprøvetagning i eget hjem	Samarbejdsaftalen er godkendt af SKU d. 21/6 2016, Sundhedssamordningsudvalget d. 13/9 2016, Forretningsudvalget d. 14/9 2016 og Regions-			Region Syddanmarks sygehus og de 22 syddanske kommuner er orienteret om samarbejdsaftalens ikrafttræden d. 1/1 2017 og mulighed for at indgå den	Det er aftalt at samarbejdsaftalen skal evalueres to år efter implementering, dvs. september 2018.



Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
	rådet d. 23/9 2016.			nye aftale om blodprøvetagning i eget hjem.	
Modellen for planlagt og aftalt overdragelse	Model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse blev godkendt på DAK mødet d. 23/11 2016. Modellens anvendelse blev aftalt på baggrund af en temadrøftelse på DAK's møde d. 27/1 2017.		DAK godkendte på deres møde d. 27/1 2017 modellens anvendelse. SKU godkendte på deres møde d. 28/2 2017 modellen for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse.		
Samarbejdsaftale for patienter i behandling med lavpotent kemo-terapi i eget hjem	Samarbejdsaftalen er godkendt af DAK den 22. juni 2017.			Samarbejdsaftalen blev optil DAK's møde den 22. juni 2017 revideret og inkludere nu både Cytosar og Vidaza. Denne information er kommunikeret til de syddanske kommuner og Hæmatologisk afdeling X på OUH	Anvendelsen af samarbejdsaftalen monitoreres halvårligt. I perioden d. 1/7– 31/12 2017 har 5 patienter modtaget behandling med cytosar i eget hjem. Antallet er fortsat lavere end forventet. I hele 2017 modtog 11 patienter behandling med lavdosis cytosar i eget hjem.



Porteføljestyrværktøj, Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering

April 2018

Farvekoder:

Grøn = indsatsen forløber planmæssigt

Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i følgegruppen/afventer afklaringer

Rød = indsatsen kræver handling i følgegruppen – evt. også i DAK

Grå = indsatsen er afsluttet i følgegruppen

Indsatser, som kræver handling fra SKU/DAK, vil blive sat på dagsordenen i separate sagsfremstillinger.

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering					
Understøttelse af arbejdet med rehabilitering på specialiseret niveau, herunder udarbejdelse af hjælpemateriale: - om krav til indholdet i			Materiale til understøttelse af implementeringen af genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau blev godkendt af DAK den 23. november 2016.	December 2016.	

¹ Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
samarbejdsaftaler om lægefaglig konsulentbistand og forskningsmæssig forankring; - krav til leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau - indholdet i samt formidlingen af genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau.					
Opfølgning på indgåede aftaler med leverandører til rehabilitering på specialiseret niveau	DAK godkendte den 23. november 2017 den foreslåede model for den tværsektorielle opfølgning på indsatsen, og første fase i opfølgningen er herefter igangsat		Der sigtes imod, at resultater fra opfølgningen kan forelægges DAK på september-mødet i 2018.		
Understøttelse af arbejdet med genoptræningsplaner til psykiatriske patienter, herunder udarbejdelse af nærmere beskrivelse af målgruppen, hvor	Udarbejdelse af tværsektorielt materiale til understøttelse af indsatsen blev igangsat i september 2016.		Materialet blev godkendt i DAK den 30. marts 2017	Andet kvartal 2017.	



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
sondringen mellem behandling og genoptræning afklares.					
Opfølgning på materialet til understøttelse af arbejdet med genoptræningsplaner til psykiatriske patienter	Opfølgningsindsats planlægges i første halvår af 2018. Data til opfølgningen forventes indsamlet i andet halvår af 2018		Resultaterne af opfølgningen forventes forelagt DAK ultimo 2018/primus 2019		
Evaluering af samarbejdsaftale mellem region og kommuner om ventetid forud for genoptræning.	SKU godkendte opfølgningen den 19 december 2017.				Opfølgningen gentages i efteråret 2018
Implementering af G- GOP (ny teknisk standard for genoptræningsplaner).	Regionen og 20 af de 22 kommuner var klar til ibrugtagning af G-GOP den 2. maj 2016.				Den videre implementeringsproces varetages lokalt.
Fortsat implementering af forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation på kræftområdet.	Oprindelige tanker om kommunikation mellem de relevante parter via fælles it-plattform pauseres, ligesom arbejdet med en fælles plan for den enkelte borger.		DAK godkendte den 22. juni 2017 slutrapport med tilhørende bilag fra arbejdsgruppen vedr. implementering af forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation	Klar til implementering	



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
	<p>I stedet fokuseres der i resten af projektet levetid, (som udløber i april 2017) på at understøtte systematisk udbredelse af behovsvurdering og tilhørende korrespondancemeddelelse, bl.a. ved at:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sikre ledelsesmæssig forankring og fremdrift; - følge den lokale implementeringsindsats og bidrage til sammenhæng på tværs; - afholde to identiske kursusdage for nøglepersonale om anvendelsen af behovsvurdering og korrespondanceformatet 		<p>på kræftområdet, idet det fortsatte implementeringsarbejde herefter foregår i regi af de lokale samordningsfora</p>		
<p>Samarbejdsaftale for borgere med psykisk lidelse og samtidigt stof- eller alkoholmisbrug</p>	<p>Den fortsatte indsats retter sig primært mod udarbejdelse af flere koordinerede indsatsplaner samt øget inddragelse af kommunerne og almen</p>		<p>Afsluttende opsamling på arbejdet med samarbejdsaftalen forventes forelagt DAK på september-mødet i 2018.</p>		



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
	praksis. Indsatsen afsluttes med en konference 7. juni 2018, hvortil der er nedsat en arbejdsgruppe.				
Samarbejdsaftale om traumatiserede flygtninge og krigsveteraner	Den fortsatte indsats retter sig primært mod udbredelse af kendskabet til samarbejdsaftalen og afklaring vedr. indholdet i en koordinatorfunktion.	<p>DAK behandlede den 22. juni 2017 en opfølgning på samarbejdsaftalen og godkendte ved denne lejlighed bl.a., at følgegruppen nedsætter en arbejdsgruppe, som skal udarbejde et forslag til revision af samarbejdsaftalen, når nationale pakkeforløb og specialeplan foreligger.</p> <p>Følgegruppen drøfter på sit møde den 26. juni 2018 nedsættelsen af en sådan gruppen</p>	Forslag til revideret samarbejdsaftale forventes at foreligge primo/medio 2019.		
Oplæg til et forskningsprojekt med fokus på effekten af	Der arbejdes stadig på et specifikt oplæg til et forskningsprojekt og den	Det videre arbejde med et oplæg blev drøftet på et møde mellem VIVE,	Ikke fastlagt på nuværende tidspunkt.		



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
genoptræning	dermed forbundne økonomiske ramme.	følgegruppen og den faglige arbejdsgruppe den 9. januar 2018			



Sundhedsaftalen 2015-2018
Porteføljestyrværktøj

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for forebyggelse					

¹ Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppen vedr. nye rammer for kronisk sygdom	Arbejdet med udviklingen af de nye forløbsprogrammer forløber planmæssigt.	<p>KOL DAK behandlede den 23. november 2017 en sag om monitoreringen af indsatsen i forlængelse af patientforløbsprogrammet. DAK besluttede ved den lejlighed, at der i regi af Følgegruppen for forebyggelse skal udarbejdes et mere detaljeret monitoreringsforslag.</p> <p>Diabetes Den 4. december 2017 behandlede Følgegruppen for Forebyggelse det endelige udkast til forløbsprogram på baggrund af de indarbejdede høringssvar.</p>	<p>KOL Et mere detaljeret forslag til monitorering af indsatsen forventes forelagt DAK i første halvår 2018.</p> <p>Diabetes Den 26. januar 2018 godkendte DAK udkast til forløbsprogram med henblik på forelæggelse på førstkomende møde i SKU. D. 28. februar godkendte SKU forløbsprogrammet for diabetes.</p>	<p>Diabetes (P)SOFerne orienteres om godkendelse af forløbsprogrammet i starten af april. Der sendes en mail rundt indeholdende det godkendte forløbsprogram, kommunikationspakken samt en præsentation der kan bruges i forbindelse med at implementeringen af forløbsprogrammet drøftes i det enkelte (P)SOF.</p>	Følgegruppen for forebyggelse anmoder årligt (ultimo) Arbejdsgruppen vedr. nye rammer for kronisk sygdom om at gennemgå og evt. opdatere de udarbejdede forløbsprogrammer

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
		<p>Hjerte D. 19. marts blev der afholdt workshop med deltagelse af patienter, pårørende, sundhedsprofessionelle fra kommunerne, regionen og almen praksis.</p> <p>Kommende forløbsprogrammer</p>	<p>Hjerte Det første høringsudkast forventes at blive fremlagt Følgegruppen for forebyggelse d. 24 maj. Herefter forventes det, at formandskabet for DAK godkender den endelige høringsversion d. 22. august. Forløbsprogrammet for hjerte vil derefter kunne blive sendt i høring i perioden fra d. 27. august – 12. oktober.</p> <p>Kommende forløbsprogrammer</p>	<p>Hjerte 2. kvartal 2019</p> <p>Kommende forløbsprogrammer</p>	

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppen for sundhedsprofilen 2017	<p>Region Syddanmark har offentliggjort sundhedsprofilen den 7. marts 2018. Resultaterne viser en generel tilbagegang i trivsel, sygdom og sundhedsadfærd blandt syddanskerne. Kun på alkoholområdet er der fremgang med færre, der overskrider høj- og lavrisikogrænserne. Desuden kan der i enkelte aldersgrupper ses positive ændringer i enkelte indikatorer.</p> <p>Der har ifm. offentliggørelse af sundhedsprofilen været en del medieomtale i regionale og lokale medier. Særligt har overvægt, dårlig mental sundhed blandt unge samt den generelle forværring af sundhedstilstanden fyldt i mediebilledet.</p> <p>Regionen har afholdt to offentliggørelsesarrangementer: Et arrangement for kommunale og regionale politikere og ledende embedsmænd den 12. marts med ca. 110 tilmeldte og et administrativt arrangement den 22. marts med 90 tilmeldte.</p>	<p>April-juni 2018: Regionen står til rådighed for oplæg om sundhedsprofilens resultater i kommuner og SOF'er, yderligere analyser af data på kommuneniveau, rådgivning om anvendelse af data samt udlevering af data til videre analyser.</p> <p>Rådgivningstilbuddet gælder fortsat herefter, men behovet ebber normalt ud efter sommerferien.</p> <p>Juni 2018: Arbejdsgruppen for sundhedsprofilen foretager en mindre, intern opsamling med erfaringer fra sundhedsprofilarbejde t mhp. tilpasning i den kommende sundhedsprofilrunde.</p>	Resultater af undersøgelsen er præsenteret for DAK i marts 2018 og præsenteres for SKU den 27. juni 2018 på fælles møde med Patientinddragelsesudvalget.	Kommuner og SOF'er tilbydes oplæg mv. om sundhedsprofilen.	Sundhedsprofilen indgår i drøftelser af indsats, målgrupper mv. i sundhedsaftalen, der udarbejdes i løbet af 2018 og godkendes i 2019.

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
<p>Arbejdsgruppe: Monitorering af opgaver i regi af Følgegruppen for Forebyggelse</p>	<p>Arbejdsgruppen bistår i udarbejdelse af monitoreringsoplæg på KOL området.</p> <p>Arbejdsgruppens ønsker om ændringer i arbejdsgruppens kommissorium blev afvist af Følgegruppen for Forebyggelse d 6/2 2018. Begrundelsen for afvisningen er, at arbejdsgruppens ønsker lå for langt fra det oprindelige kommissorium. I stedet udvides arbejdsgruppen, så den får bedre mulighed for at varetage praktiske monitoreringsopgaver.</p>	<p>Forår 2018: Udarbejde monitoreringsoplæg for KOL i samarbejde med Arbejdsgruppen for nye rammer for kronisk sygdom.</p>	<p>1. halvår 2018: DAK præsenteres for forslag til monitorering af forløbsprogrammet (præsenteres af <i>arbejdsgruppen for nye rammer for kronisk sygdom</i>)</p>		

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
<p>Styre- og projektgruppe for projekt "Livsstilsguide i praksis" Jf. Strategi for forebyggelse af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse</p>	<p>Feb.-mart 2017: 4 orienteringsmøder målrettet kursisternes nærmeste ledere er afholdt. Samlet har 43 ledere deltaget i møderne.</p> <p>Feb.-maj 2017: 5 kursusforløb af hver 3 dages varighed er afholdt. Samlet har ca. 100 kursister gennemført kursus i foråret 2017.</p> <p>Maj-december 2017: Projekterevaleringen er udarbejdet og forelægges styregruppen den 29.11.17. Evalueringen blev forelagt Følgegruppen for Forebyggelse ved mødet den 04.12.17. Forankringsarbejdet er i gang, herunder planlægning af formidlingsbesøg, etablering af e-læring og videreudvikling af projektet.</p> <p>1. halvår 2018: Forankring og udvikling</p>	<p>Den oprindelige proces- og milepælsplan følges med få undtagelser, herunder tilføjelse af planlægning og afholdelse af lederorienteringsmøder.</p> <p>Forankringsarbejdet fortsætter i 2018. Det være sig primært formidling til relevante uddannelsesinstitutioner og færdiggørelse af e-læring. Endvidere arbejdes der i øjeblikket med videreudvikling af projektet. Det forventes, at projektet afsluttes med et seminar i november 2018.</p>		<p>PSOF bliver løbende orienteret om fremdriften i projekt "Livsstilsguide i praksis".</p>	<p>Projekterevaleringen er udarbejdet og forelagt styregruppen den 29.11.17 og Følgegruppen for forebyggelse den 04.12.17.</p> <p>Det sundhedspædagogiske koncept og nogle af projektets resultater er præsenteret ved Nordisk Folkesundhedskonference i august 2017.</p> <p>Der etableres e-læring målrettet professionelle. Arbejdet er i gang. Modulerne forventes tilgængelige medio 2018.</p> <p>Der foretages i øjeblikket formidlingsbesøg på relevante uddannelsesinstitutioner.</p> <p>Mulighederne for videreudvikling af projektet afdækkes i øjeblikket.</p>

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppe: Ny aftale på børne- og ungeområdet	<p>Der er nedsat en arbejdsgruppe med Koncerndirektør Kurt Espersen og Sundheds- og forebyggelseschef i Odense kommune, Sonja Seerup Hansen som formænd. Arbejdsgruppen har afholdt seks møder i perioden november 2017 til april 2018.</p> <p>Formandskabet besluttede den 6. april, at aftalen skulle bearbejdes yderligere, før et høringsudkast forelægges DAK. Det er derfor forventningen, at et høringsudkast forelægges DAK den 27. september 2018.</p> <p>D. 5. april er der indsendt en fælles ansøgning til satspuljemidler til implementering af tre forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser. Idet der er tydelige synergier i forløbsprogrammerne og aftalen på børne- og ungeområdet, har arbejdsgruppens sekretariat været hovedskribenter på den fælles ansøgning. Ansøgningen har inden afsendelse været i høring i de 22 kommuner, i børne- og ungespsykiatrien og ved alment praktiserende læger (6 indkomne svar). Ansøgningen er gennemlæst og godkendt af formandskabet for DAK og formandskabet for arbejdsgruppen</p>	<p>6. april 2018: Formandskabet besluttede, at aftalen skal udvikles yderligere, før den forelægges DAK.</p> <p>16. august 2018: Følgegruppen for Forebyggelse præsenteres for høringsudkast</p> <p>27. september 2018: Det Administrative Kontaktforum godkender høringsudkast til Aftale på børne- og ungeområdet</p>	<p>27. september 2018: Det er forventningen, at der på møde i DAK vil kunne behandles et høringsudkast til en aftale.</p>	<p>Primo 2019.</p>	<p>Det Administrative Kontaktforum besluttede på møde den 25. januar, at der kunne udformes en fælles ansøgning på tværs af regionen og de 22 kommuner om satspuljemidler til implementering af forløbsprogrammerne for børn og unge med psykiske lidelser. Der er udarbejdet en ansøgning, som er indsendt til Sundhedsstyrelsen den 5. april 2018.</p>

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Aftale om kompetenceudvikling og videndeling – vedr. "lead" model i forbindelse med implementering af nye forløbsprogrammer	Der foreligger et udkast til rammepapir for aftalen om kompetenceudvikling og videndeling. I rammeaftalen beskrives en model, hvor et SOF skal være "lead" på et kompetenceudviklingsforløb i forbindelse med implementering af nye forløbsprogrammer. SOF SVS har i første omgang været lead på kompetenceudvikling i forhold til implementeringen af forløbsprogrammet for mennesker med KOL. Deres koncept er rundsendt til alle SOF'er i regionen til videre foranstaltning. SOF Fyn er udpeget til at være på kompetenceudvikling i forbindelse med implementeringen af Forløbsprogram for mennesker med diabetes. Deres koncept og erfaringer vil ligeledes blive delt med de øvrige SOF'er, når arbejdet er tilendebragt.			Forløbsprogrammet for mennesker med diabetes sendes til implementering i starten april 2018, jf. status for Arbejdsgruppen vedr. nye rammer for kronisk sygdom.	

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppe: Syddansk børne- og ungesundhedsprofil	Arbejdsgruppen har kortlagt brugen af skolesundhed.dk i Region Syddanmark, og har på baggrund heraf udarbejdet et notat med fordele og ulemper ved en fælles regional børne- og ungesundhedsprofil. Afrapportering forelagdes DAK d. 23/11 2017. På baggrund af drøftelse i DAK d 23.11 2017, besluttede DAK, at der ikke var opbakning til at bede Følgegruppen for Forebyggelse om at udarbejde forslag til en videre proces, da tilgang og forventninger til en fælles børne- og ungeprofil var forskellige i hhv. kommuner og regionen. Sagen anses derfor som afsluttet for Følgegruppen for Forebyggelse.	Ej relevant – opgaven er afsluttet	23/11 2017: Behandlet på DAK.	Ej relevant	

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Aftale om kompetenceudvikling og videndeling – vedr. samarbejde med Sammen om Velfærd	Der foreligger et udkast til rammepapir for aftalen. Rammepapiret blev behandlet i DAK d 22/6 2017, hvor kommunerne valgte ikke at godkende aftalen, begrundet i, at man ønskede sagen drøftet i regi af Sammen om Velfærd en gang til. Efter drøftelse i Sammen om Velfærd besluttede Følgegruppen for Forebyggelse d 04.12.2017, at der ikke følges yderligere op på denne del af aftalen, da der allerede pågår en række tværsektorielle kompetenceudviklingsinitiativer lokalt, hvorfor det ikke giver mening at lave en regional aftale herom også. Denne del af aftalen anses dermed som afsluttet for Følgegruppen for Forebyggelse.	Ej relevant			

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Kommissorium til Ny aftale på børne- og ungeområdet	På baggrund af afdækning af kommunale erfaringer med indsatser for mental sundhed blandt børn og unge, har DAK d. 27/1 2017 bemærket, at der skal arbejdes videre med en ny aftale på børne- og ungeområdet, jf. Sundhedsaftalen pkt. 8.2.2. Følgegruppesekretariatet har udarbejdet et kommissorium til ny aftale på børne- og ungeområdet, som er godkendt i Sundhedskoordinationsudvalget d. 15/8 2017. Udpegning af medlemmer til arbejdsgruppen er sat i gang, og der er deadline for udpegning d 4/9 2017.	<p>22/6 2017: Kommissoriet behandlet i Det administrative kontaktforum.</p> <p>15/9 2017: Kommissorium godkendt i Sundhedskoordinationsudvalget</p> <p>Efterår 2017: Arbejdsgruppen nedsættes og opstarter arbejdet</p> <p>Forår 2018: Høringsudkast klar</p>	<p>22/6 2017: Behandlet på DAK.</p> <p>15/8 2017: Godkendt af SKU</p>	Forventes at kunne implementeres ultimo 2018	<p>Igangsættelse af arbejdet kræver en relativt stor arbejdsgruppe og evt. en mindre skrivegruppe.</p> <p>Følgegruppen for forebyggelse mødes med arbejdsgruppen, når denne er nedsat.</p>
Arbejdsgruppe: Implementering af nationale kliniske retningslinier for knæartrose	En implementeringsgruppe har udarbejdet materiale til almen praksis, som skal understøtte implementeringen. I materialet indgår bl.a. en beskrivelse af indholdet i den undervisning og træning, borgerne kan tilbydes.	<p>30. marts 2017 Materialet godkendes i Det Administrative Kontaktforum. Arbejdsgruppens opgave er dermed færdiggjort.</p>		1. kvartal 2017 Materialet er udsendt til (P)SOF'erne	

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppe: Monitorering af "Strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme for mennesker med en sindslidelse i Region Syddanmark" .	Arbejdsgruppen nedlægges, da monitoreringsopgaver fremadrettet skal varetages af arbejdsgruppen "monitorering af opgaver i regi af Følgegruppen for Forebyggelse"				
Aftale om Regionens rådgivning til kommunerne om forebyggelse	Følgegruppen følger fremadrettet efterspørgsel og behov for rådgivning og drøfter prioritering og planlægning af rådgivningsaktiviteterne. Følgegruppen modtager en årlig status fra regionen i 3. kvartal.	Ej relevant		Ej relevant	Følgegruppen udarbejder oversigt over rådgivning om forebyggelse, infektionshygiejnisk rådgivning, samt kompetenceudvikling, når sidstnævnte aftale foreligger.

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppe: Regional tværsektoriel aftale om infektionshygiejnisk rådgivning	Regional rammeaftale blev godkendt i SKU d. 20. december 2016. Arbejdsgruppen har indsendt en afsluttende evaluering af processen. Følgegruppen for Forebyggelse monitorerer aftalen fremadrettet.	Ej relevant	20. december 2016: Aftalen godkendes i SKU	Primo 2017: Rammeaftalen forventes at blive formidlet til SOF'erne.	Da det er en "kan"-aftale, forventes det ikke, at alle kommuner indgår aftale med en lokal infektionshygiejnisk enhed. Effekten er derfor også afhængig af, hvor mange kommuner og lokale infektionshygiejniske enheder, der indgår aftaler, og hvornår. Primo 2018: Første status på implementering til DAK.

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Afdækning af kommunale erfaringer med indsatser for mental sundhed blandt børn og unge.	<p>Opgaven er afsluttet. Følgegruppen har gennemført en afdækning af initiativer til fremme af mental sundhed blandt børn og unge i Region Syddanmark. Afdækningen er godkendt i DAK d 27. jan 2017 og i SKU d 28. feb. 2017.</p> <p>Følgegruppen for Forebyggelse udarbejder et kommissorium til ny aftale på børne- og ungeområdet, jf. Sundhedsaftalen pkt. 8.2.2</p>	Ej relevant – opgaven er afsluttet		Selve afdækningen implementeres ikke.	<p>Afdækningen peger på et behov for styrket samarbejde, koordination og sammenhængskraft i børne- og ungearbejdet mellem kommunalt og regionalt regi.</p> <p>Afdækningens fund er i tråd med resultaterne af en afdækning af behov for kompetenceudvikling og videndeling.</p> <p>Afdækningen giver anledning til at styrke det planlagte hhv. igangværende arbejde med</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ny aftale for børn og unge (Sundhedsaftalen pkt. 8.2.2.) 2. Aftale om kompetenceudvikling og videndeling (Sundhedsaftalen pkt. 6.1.6.)

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Kortlægning af mental sundhed (Prioriteret indsatsområde)	Opgaven er afsluttet. Arbejdsgruppen har afleveret kortlægning inkl. anbefalinger, samt procesevaluering.	Ej relevant – opgaven er afsluttet	Følgegruppens anbefalinger på baggrund af kortlægningen behandles på møde i SKU 16. august 2016	Selve kortlægningen implementeres ikke.	Følgegruppen anbefaler på baggrund af kortlægningen, at der gennemføres en erfaringsopsamling på området i RegionSyd.
Udarbejdelse af rammepapir for regional rådgivning om forebyggelse til kommuner		Godkendt i DAK d. 15. juni 2015. Dermed er opgaven afsluttet			DAK besluttede samtidig at igangsætte udarbejdelsen af 'Aftale om kompetenceudvikling og videndeling', som beskrevet i Sundhedsaftalen.
Konferencen Lige Sund? Strategi for forebyggelse af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse	Konferencen er afholdt og arbejdsgruppen har afleveret afsluttende afrapportering.				

Grøn = indsatsen forløber planmæssigt

Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i følgegruppen/afventer afklaringer

Rød = indsatsen kræver handling i følgegruppen – evt. også i DAK

Grå = indsatsen er afsluttet i følgegruppen

Indsætter, som kræver handling fra SKU/DAK, vil blive sat på dagsordenen i separate sagsfremstillinger.



Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin					
Understøttelse af de øvrige følgegruppers arbejde	Der er på nuværende tidspunkt ikke identificeret et behov for it-understøttelse.	Afventer de øvrige følgegrupper	Afventer de øvrige følgegrupper	Afventer de øvrige følgegrupper	Afventer de øvrige følgegrupper
Tværasektoriel anvendelse af video DAK besluttede på mødet d. 22/6, at der skal udarbejdes en handleplan for indsatsområdet: tværasektoriel anvendelse af video	Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin har igangsat en afdækning af tilgængelige tekniske løsninger i kommunerne. Der er nedsat en arbejdsgruppe, hvor alle tekniske løsninger er repræsenteret, som har til opgave at beskrive løsninger til identificerede udfordringer.	1. Afdækning af tekniske løsninger i kommunerne (gennemført). 2. Nedsættelse af arbejdsgruppe (gennemført) 3. Der er afholdt 3 workshops i arbejdsgruppen. 4. Forslag til handleplan	14. maj 2018		

¹ Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
	Forslag til handleplan forelægges DAK under selvstændigt punkt.	udarbejdet.			
<p>Videndeling</p> <p>DAK besluttede på mødet d. 22/6, at der skal udarbejdes en handleplan for indsatsområdet: organisatorisk implementering og videndeling. Indsatsen deles i et spor for implementering, som varetages af SOF'erne og et spor for videndeling, som varetages af Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin.</p>	<p>Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin har gennemført 3 interviews med repræsentanter for SOF'erne. Med afsæt i de gennemførte interviews udarbejdes et spørgeskema, som besvares af de resterende SOF'er.</p> <p>Forslag til handleplan udarbejdet og forelægges DAK under selvstændigt punkt</p>		14. maj 2018		
Telemedicinsk sår vurdering.	Forslag til forlængelse af projektperioden med		September 2018		



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
På mødet i Det Administrative kontaktforum 22. september 2017 blev det besluttet, at telemedicinsk sårvurdering fremadrettet forankres i Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin.	regional finansiering godkendt på mødet 25. januar 2018. Beslutningsoplæg om fælles forvaltning med virkning fra 2019 udarbejdes.				

Porteføljestyringsværktøj - Sundhedsaftalen 2015-2018

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes klar til implementering	Øvrige bemærkninger/første resultater af indsats
Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt					
Præsentation af resultater på de 8 nationale mål	Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt arbejder med at udvikle præsentationen af den kommende rapportering af de 8 nationale mål til DAK og SKU. Følgegruppen vil i rapporteringen komme med en status og vurdering for hver enkel af de fem udvalgte indikatorer.		Det forventes at Følgegruppen modtager data fra Sundhedsdatastyrelsen maj-juni mdr., og vil herefter kunne fremlægge præsentationen den 27. september 2018 til DAK og 25.oktober 2018 til SKU.		Der vil komme ny data fra sundhedsdatastyrelsen til foråret 2018. Her vil næste opdatering på de 8 nationale kvalitetsmål blive forelagt.
KOL-landsdelsprogrammet i Region Syddanmark. Beregning af lokal business case og gevinstrealisering.	Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt har udpeget en arbejdsgruppe der arbejder med lokal business case og gevinstrealisering etc. Arbejdsgruppen rapporterer direkte til programstyregruppen for KOL-landsdelsprogrammet, selvom arbejdsgruppen formelt ligger under følgegruppen. Følgegruppens sekretariat indgår i arbejdsgruppen for at holde FØKE orienteret.				Rapportering om arbejdsgruppens status og resultater sker via programstyregruppen for KOL-landsdelsprogrammet.
Levering af behovsbestemt tværsektoriel ledelsesinformation.	DAK besluttede på mødet den 27. jan. at der ikke skal arbejdes videre med udviklingen af ledelsesinformationen.				
Yderligere vurdering af KORA-rapporten om genoptræningsindsatsen	Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt har afsluttet de af DAK ønskede trin i analysen.		Analysen af forskningsdesign er overdraget til følgegruppen for genoptræning or rehabilitering		
SPOT-projektet	Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering arbejder med at integrerer SPOT spørgeskemaet i monitoreringen af KOL-forløbsprogrammet.				
Overordnet afklaring af monitoreringsopgaver	Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt har arbejdet med afklaring af rolle i forhold til monitoreringsopgaver og en afrapporteringsguide.				

Meldeprocedure sygehus-kommune ved EDI-nedbrud/planlagt nedlukning

Denne procedure er gældende ved akutte nedbrud og planlagt nedlukning alle dage mellem kl. 08.00 og 22.00

Akutte nedbrud

Ved akutte nedbrud, som ikke vurderes løst umiddelbart, sender henholdsvis kommunens EOJ systemansvarlige og Regional IT meddelelse via web-formularen

Link til formular: [EDI-nedbrud/nedlukning](#)

Der skal beskrives følgende:

- Årsag til fejl
- Berørte meddelelser
- Forventet nedetid
- Kontaktperson

I tilfælde, hvor nedbruddet også omfatter web-formularen på internettet, skal der ved udskrivelse tages kontakt til kommunen via vagttelefonen (VisInfoSyd).

Hvis formularen anvendes efter kl. 22.00, bliver den først håndteret den efterfølgende morgen kl. 08.00.

Planlagt nedlukning

Ved planlagt nedlukning på mere end 2 timer skal det meldes via

Link til formular: [EDI-nedbrud/nedlukning](#)

Det er henholdsvis kommunens EOJ systemansvarlige og Regional IT, som sender meddelelser via webformularen med oplysning om

- Årsag til fejl
- Berørte meddelelser
- Forventet nedetid
- Kontaktperson

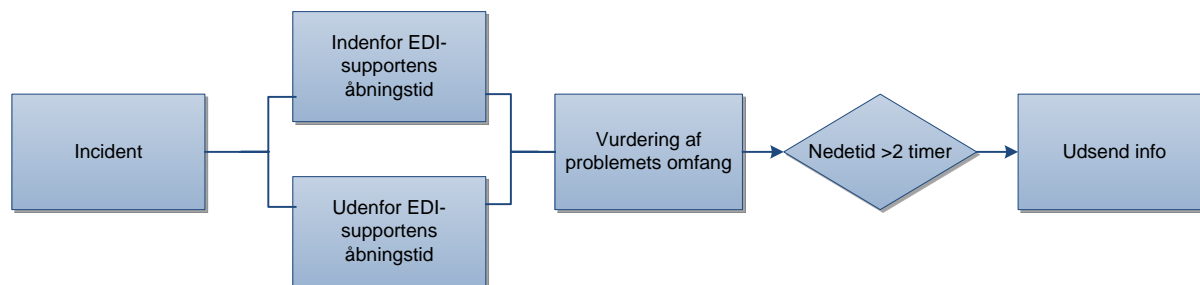
Hvis formularen anvendes efter kl. 22.00, bliver den først håndteret den efterfølgende morgen kl. 08.00.

Intern procedure for kommuner og sygehuse

Det enkelte sygehus har ansvar for at tilrettelægge intern procedure for nedlukning samt indføre arbejdsgange, der sikrer, at meddelelser om nedbrud læses på intranettet. De enkelte kommuner/sygehuse skal ligeledes sikre, at information om nedbrud informeres ud til relevante medarbejdere i egen organisation..

De enkelte kommuner/sygehuse har tillige ansvaret for at sikre, at der er en funktionspostkasse til hver organisation og til at melde ændringer i mailadresser til EDI-servicedesk: edi@rsyd.dk.

Beskrivelse af håndtering af meddelelser om nedbrud i Regional IT



Flowmodel, Regional IT.

Forklaring til indhold i flowmodel	
Incident	Kan være en hændelse internt i eksempelvis Cosmic eller Cloverleaf. Hændelsen kan også være en følge af en udefra kommende påvirkning. Det kan eksempelvis skyldes problemer hos KMD.
Indenfor EDI-supportens åbningstid	Åbningstiden er mandag – torsdag fra 8:00 til 15:45 og fredag fra 8:00 til 14:00. Tlf. til EDI-support: 24 90 87 31. Mail til EDI-support: edi@rsyd.dk .
Udenfor EDI-supportens åbningstid indtil kl. 22.00 og weekend	Drifts- og ledelsesvagten sikrer den fornødne kommunikation. Mandag – torsdag kl. 15:45 – kl. 22:00 Fredag kl. 14:00 – kl. 22.00 og weekend Tlf. 76 73 10 10
Vurdering af problemets omfang	Her finder, analyserer og udbedrer man fejlen og melder forventet nedetid tilbage til den, der har meldt fejlen ind. Dette gentages, når problemet er løst.
Nedetid	Ved nedetid <2 timer udsendes ingen information. Ved nedetid >2 timer udsender EDI-supporten information.
Udsend info	Der udsendes information på mail via distributionslister til hhv. sygehusene og kommunerne afhængig af berørte områder. Desuden lægger Regional IT information på intranettet på alle lokationer. I informationen anføres foruden problemets omfang også tidshorizont for løsning af problemet samt oplysning om, hvornår næste status udsendes. Endvidere vil der i givne tilfælde foretages opslag på sundhed.dk via VisInfoSyd. Når problemet er løst informeres igen.