

Koordineret udredning og indsats

Tværasektorielle samarbejder om og med borgere med psykiske vanskeligheder, hyppige indlæggelser og komplekse behov



*Koordineret udredning og indsats
– Tværsektorielle samarbejder om og med borgere med psykiske vanskeligheder,
hyppige indlæggelser og komplekse behov*

© VIVE og forfatterne, 2023

e-ISBN: 978-87-7582-203-4

Projekt: 302236

Finansiering: Social- og Boligstyrelsen

VIVE

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



Forord

Det tværgående samarbejde omkring borgere med psykiske vanskeligheder og hyppige indlæggelser rummer mange udfordringer. Både i regionalt og kommunalt regi oplever medarbejderne, at de indsatser, der iværksættes, ikke altid er koordineret på tværs og i værste fald risikerer at stå i vejen for hinanden og lede til u hensigtsmæssige genindlæggelser. På baggrund af en vidensafdækning udvikles i denne rapport en prototype, der kan styrke en koordineret udredning og indsats.

Rapporten er udarbejdet af forsker Maya C. Flensborg Jensen, seniorforsker Lars Fynbo, analytiker Sigrød Trier Grønfeldt, analytiker Louise H. Bom og studentermedhjælp Nicolai N. Hansen. Lars Fynbo har været projektleder i opstarts- og gennemførelsesfasen, mens Maya Christiane Flensborg Jensen har været projektleder i den afsluttende fase.

Vi vil gerne takke alle de borgere, medarbejdere, ledere, konsulenter og eksperter, der har bidraget med deres uvurderlige viden og refleksion i forhold til udfordringer og muligheder i tværgående udredning og indsats for målgruppen samt udvikling og input til prototypen. Vi vil også gerne takke de eksterne reviewere for værdifulde kommentarer, der har sikret et bedre produkt. Rapporten er bestilt og finansieret af Social- og Boligstyrelsen.

Kræn Blume Jensen

Forsknings- og analysechef for VIVE Social



Indholdsfortegnelse

DEL 1 Afrapportering	6
----------------------	---

Hovedresultater	7
-----------------	---

1	Indledning	15
1.1	Baggrund for rapporten: Behov for screening af koordineret udredning og indsats	15
1.2	Rapportens formål	18
1.3	Målgruppe og karakteristika ved genindlæggelser	19
1.4	Undersøgelsesdesign	30

2	Udfordringer ved tværgående udredning og indsats – Erfaringsperspektiver	33
2.1	Borgerperspektiver	33
2.2	Fagprofessionelle perspektiver	38
2.3	Opsamling	43

3	Modeller for tværsektorielle indsatser og samarbejder – En litteraturgennemgang	46
3.1	Tværgående modeller i litteraturen – En analytisk gruppering	47
3.2	Generelle samarbejdsmodeller for relationelt samarbejde	48
3.3	Indsatsspecifikke modeller	55
3.4	Opsamling	60

4	Efterspørgsel og anvendelse af tværgående løsninger – Erfaringsperspektiver	64
4.1	Borgerperspektiver	64
4.2	Fagprofessionelle perspektiver	67
4.3	Opsamling	75

5	Indkredsning af prototype for koordineret udredning og indsats	78
5.1	Fokusområde 1: Tværgående orientering og beslutningskompetence	82
5.2	Fokusområde 2: Gensidig kommunikation og vidensdeling	88
5.3	Fokusområde 3: Samarbejdskultur og psykologisk tryghed	92

DEL 2	Dokumentation	95
-------	---------------	----

6	Metode	96
6.1	Tilgang til udvikling af prototype	96
6.2	Fokuseret litteraturstudie	98
6.3	Ekspertinterviews	100
6.4	Interviews med og observationer af fagprofessionelle	101
6.5	Borgerinterviews	102
6.6	Interessentgruppe	103

7	Litteratur	104
---	------------	-----

Bilag 1	Overblik over kernekaraktistika for generelle samarbejdsmodeller	110
---------	--	-----

Bilag 2	Overblik over indsatsspecifikke modeller	112
---------	--	-----

Bilag 3	Collabri og APU	116
---------	-----------------	-----

Bilag 4	Tværasektorielle tilbud i regionerne – Et overblik	118
---------	--	-----

Bilag 5	Erfaringer fra Norge	121
---------	----------------------	-----

Bilag 6	Vurdering af prototypen – Et interessentgruppeperspektiv	129
---------	--	-----



DEL 1

Afrapportering

Hovedresultater

Socialfaglige medarbejdere i kommunerne oplever store udfordringer i det tværgående samarbejde om mennesker med psykiske vanskeligheder, der hyppigt indlægges i behandlingspsykiatrien. Mennesker med psykiske vanskeligheder, der hyppigt¹ indlægges akut, har ofte komplekse og sammensatte behandlings- og støttebehov. Det skyldes, at disse mennesker typisk ikke kun har behov for behandling af deres psykiske lidelse i regionalt regi. De har også komplekse tilstødende problemstillinger, der bevirker, at de har behov for støtte i flere regi, fx fra sundheds-, social- bolig-, afrusnings-, rets- og beskæftigelsesområdet. Hvis det tværgående samarbejde om målgruppen ikke fungerer, risikerer man, at de indsætter, der iværksættes i de forskellige regi, modarbejder eller står i vejen for hinanden og dermed ikke får den tilsigtede effekt. Blandt andet fastslår flere undersøgelser, at en række akutte genindlæggelser i psykiatrien kan betegnes som uhensigtsmæssige, fordi de kunne have været imødegået, hvis samarbejdet på tværs havde fungeret bedre.

I løbet af de senere år er der udviklet og afprøvet en lang række modeller med henblik på at understøtte tværgående indsatser til og samarbejde om borgere med komplekse og sammensatte støttebehov. Der er også kommet øget viden om målgruppen af mennesker med psykiske vanskeligheder, der genindlægges akut og/eller uhensigtsmæssigt. Med afsæt i denne viden

og på baggrund af interviews med centrale informanter på området afdækker denne rapport en række fokusområder og kerneelementer, der vil kunne understøtte en koordineret udredning og indsats for mennesker i målgruppen.

Kerneelement

Begrebet kerneelement anvendes i mange sammenhænge. I denne rapport tager vi udgangspunkt i Social- og Boligstyrelsens indkredsning af begrebet (Socialstyrelsen 2020). Her forstås kerneelementer som en række principper for praksis, der udtrykker en videnskaberet hensigt, som bør efterstræbes i en given indsats.

Øer uden broer: Eksisterende udfordringer i tværgående udredning og indsats

På baggrund af interviews med medarbejdere, der arbejder med målgruppen, illustrerer rapporten, at det aktuelt ikke kun er blandt socialfaglige medarbejdere i kommunerne, at der opleves udfordringer med udredning og indsats på

¹ I rapporten forstås hyppige indlæggelser som +4 indlæggelser på et år.

tværs af kommunalt og regionalt regi. Det opleves også blandt fagprofessionelle, der er tilknyttet behandlingspsykiatrien. I tråd med tidligere undersøgelser påpeger de interviewede fagpersoner, at særligt fragmenteringen, specialiseringen og siloopdelingen mellem de forskellige fagområder og sektorer vanskeliggør det tværgående samarbejde om borgeren. Fragmenteringen forbindes således med et fravær af tværgående lovgivning, kendskab, kommunikation, it-understøttelse, handleplaner, samarbejdsformer, økonomi og ledelse.

De interviewede borgere med psykiske vanskeligheder og hyppige indlæggelser i bagagen tegner ligeledes et billede af et fragmenteret system. En borger karakteriserer fx samarbejdet mellem psykiatrien og socialpsykiatrien som 'to øer uden broer'. Der er således en bred oplevelse blandt borgerne om, at indsatserne i det offentlige system generelt ikke kender hinandens tilbud eller taler sammen, og at systemet er svært at finde rundt i. Borgernes oplevelser vedrører ikke alene problemer i overgangene mellem psykiatrien og de kommunale tilbud. Det fragmenterede system og fagspecialiseringen giver også borgerne en oplevelse af, at der mangler en integreret udredning og indsats, der har fokus på at behandle og støtte det *hæle* menneske. Et helhedsperspektiv, som de peger på ville kunne opnås, hvis den (kliniske og diagnoseorienterede) psykiatriske udredning, behandling og udskrivning i højere grad blev koblet og integreret med et større fokus på traumer samt på adfærds-, sygdoms- og livsmestring.

Afprøvning af nye tværgående samarbejds- og indsatsmodeller genererer ny viden

På trods af, at efterspørgslen efter tværgående løsninger og samarbejder dominerer i de interviewede borgeres og fagpersoners fortællinger, har de også erfaringer med løsninger og indsatser, der peger fremad. Flere informanter, både borgere og medarbejdere, har således overvejende gode erfaringer med afprøvning af nye modeller for tværgående indsatser og samarbejder. Afprøvningen rejser dog også nye udfordringer og spørgsmål – fx spørgsmål om, hvordan ledelse og roller skal fordeles i det tværgående samarbejde.

Samme ambivalente, men dog overvejende gode, erfaringer med afprøvning af eksisterende tværgående samarbejds- og indsatsmodeller er også at spore i den litteratur, som vi afdækker i rapporten. En litteratur, der primært omfatter det, vi omtaler som *generelle samarbejdsmodeller* for borgere med komplekse problemstillinger, fx relationel koordinering og relationel kapacitet. Desuden omfatter litteraturen det, vi omtaler som *indsatsspecifikke modeller*. Disse modeller indbefatter bl.a. forløbsteams (fx ACT, F-ACT), forløbskoordinatorer (fx ICM, CTI, OPUS) og mere episodiske netværksbaserede tilgange (fx Åben Dialog).

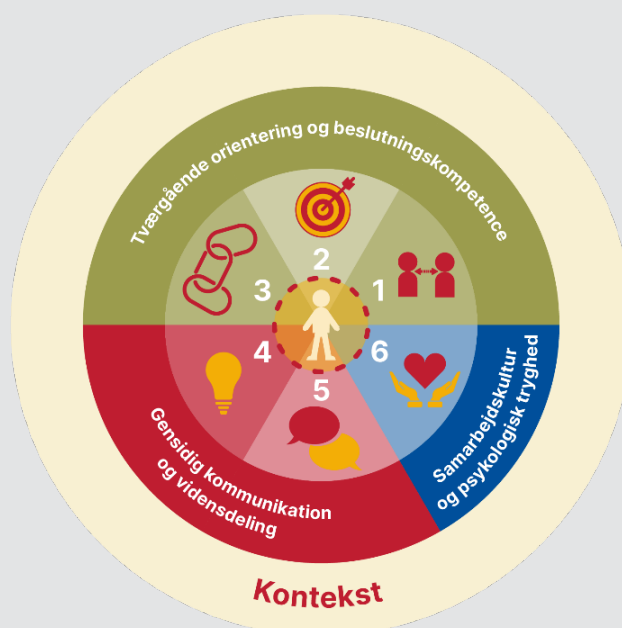
Indkredsning af prototype for koordineret udredning og indsats

Der udvikles i rapporten en prototype for en koordineret udredning og indsats for målgruppen. Prototypen består af en række fokusområder og kerneelementer, der vil kunne indgå i koordinerede udredninger og indsatser for målgruppen. Den er ikke afprøvet i sin helhed, men derimod udledt og indkredset på baggrund af litteraturstudiet, desk research og interviews.

I sin helhed forventes prototypen for en koordineret udredning og indsats, at kunne komme alle borgere i målgruppen til gode. Det vil sige alle borgere med psykiske vanskeligheder og komplekse problemstillinger, der hyppigt indlægges akut eller uhensigtsmæssigt i behandlingspsykiatrien.

Nedenfor er en grafisk illustration af prototypen. De inderste kerner i cirklen illustrerer, at borgeren eller en stedfortræder, som borgeren har udpeget, ikke kun er centrum for indsatsen, men også forstås som aktør og partner i alle dele af en koordineret udredning og indsats. Cirklerne illustrerer desuden de tre fokusområder og de tilhørende seks kernelementer, vi har identificeret som afgørende faktorer for en koordineret udredning og indsats.

Prototype for koordineret udredning og indsats



Tværgående orientering og beslutningskompetence

- 1 Bring de rigtige aktører sammen
- 2 Opsæt fælles mål, skab en plan og evaluer samarbejdet
- 3 Afklar/uddeleger beslutningskompetence og skab smidige beslutningskæder

Gensidig kommunikation og vidensdeling

- 4 Skab gensidigt kendskab
- 5 Afklar rammerne for vidensdeling og kommunikationsveje

Samarbejdskultur og psykologisk tryghed

- 6 Afstem roller og værdier for samarbejdskulturen med fokus på mangfoldighed, tryghed og respekt

Kilde: VIVE.

Tre fokusområder i en koordineret udredning og indsats for målgruppen:

■ Fokusområde 1: Tværgående orientering og beslutningskompetence

En tværgående (tværfaglig og tværsektoriel) orientering, organisering og legitimitet mellem de deltagende aktører er et afgørende fokusområde, som rapporten identificerer. Med fokusområdet understreges, at udredninger og indsatser for målgruppen ikke alene skal basere sig på fagspecifikke indsatser og journaler, men også på et helhedsorienteret og koordineret syn og orientering.

En tværgående orientering indebærer, at de rette aktører fra relevante sektorer og faggrupper er orienteret og i det omfang, det giver mening, er inkluderet i samarbejdet. Borgeren indgår desuden i identificeringen og udpegningen af de rette aktører (Kerneelement 1). Samarbejdet smidiggøres ligeledes, hvis aktørerne i fællesskab med borgeren løbende etablerer en fælles orientering mod konkrete mål og/eller delmål for, hvad der skal arbejdes hen imod og løses først. Målene bør udspringe af borgerens ønsker og afstemmes med de andre deltagende aktører i samarbejdet, som kan være både fagprofessionelle, pårørende og frivillige. Det er vigtigt, at de mål og aftaler, som indgås, kan omsættes til konkrete handlinger (Kerneelement 2). For at det kan lade sig gøre, er det afgørende, at samarbejdet har den nødvendige tværgående organisatoriske forankring og beslutningskompetence. En kompetence der bl.a. kan understøttes gennem smidige og hurtige beslutningskæder på tværs af sektorgrenser, så bl.a. kampe om mandatet mindskes eller undgås (Kerneelement 3). Selve indsatsen og samarbejdet bør desuden løbende evalueres og eventuelt justeres – sammen med borgeren (Kerneelement 2).

■ **Fokusområde 2: Gensidig kommunikation og vidensdeling**

Gensidig kommunikation og vidensdeling er et andet område, som rapporten viser er afgørende for at understøtte en koordineret indsats. Ethvert tværgående samarbejde beror på, at de aktører – borgere, pårørende, frivillige og fagprofessionelle – der indgår i samarbejdet, vil have særegne karakteristika (fx ønsker, præferencer, rytmer, lovgivninger, arbejdsgange, metoder og teknologiske hjælpemidler/it-systemer). Hvis det skal sikres, at den relevante viden og de relevante oplysninger kommer frem og bliver delt mellem disse aktører (på det rette tidspunkt), kræver det kendskab og hensyn til aktørernes særegne karakteristika. Fx et fokus på afklaring af, hvad der er relevant for de enkelte aktører at vide, og hvordan de enkelte aktører kan og ønsker at modtage information på (Kerneelement 4). Et fælles grundlag for kommunikation, der er så problemløsende, gensidigt og præcist som muligt, kræver desuden, at der sikres et fælles grundlag for kommunikation mellem aktørerne – herunder kommunikative fællesnævner samt sproglige afklaringer og præciseringer (Kerneelement 5). Det er afgørende, fordi aktørerne typisk vil anvende forskellige sprog og fagbegreber, men også fordi fx fagpersoner i forskellige regier vil kunne tillægge de samme begreber, fx recovery, forskellige betydninger.

■ **Fokusområde 3: Samarbejdskultur og psykologisk tryghed**

At skabe samarbejdskultur og værdier, der fremmer et godt og ligeværdigt samarbejde, er et tredje centralt fokusområde, som rapporten viser vigtigheden af for et tværgående samarbejde om og med borgerne. Fokusset indebærer bl.a. en afklaring af, hvad de enkelte aktører hver især bringer med ind i fællesskabet (fx i form af bestemte roller, viden og et særligt ansvar). Derudover indebærer det, at aktørerne i samarbejdet skaber fælles tværgående

værdier, der sikrer, at alle aktører føler sig forpligtede og værdsatte, så de således trygt kan fremsætte ideer, stille spørgsmål, ytre bekymringer eller påpege fejl. Tryghed er med andre ord bl.a. et vigtigt fundament for, at man har en grundlæggende tro på, at ens samarbejdspartnere har velmenende intentioner og ønsker samarbejdet (Kerneelement 6).

Prototypen skal løbende tilpasses kontekst og oversættes

Prototypens fokusområder og kerneelementer er formuleret på et højt abstraktionsniveau. Det skyldes, at prototypen er formuleret med henblik på at komme alle borgere i målgruppen til gode og derfor skal rumme en fleksibilitet og elasticitet i forhold til den kontekst og de omstændigheder, den enkelte borger befinder sig i. Erfaringer fra brugen af indsats- og samarbejdsmodeller peger på, at en sådan tilpasning til konteksten altid vil være afgørende for en vellykket implementering. Erfaringerne fra anvendelsen af relationel kapacitet understreger desuden, at denne 'abstraktion' og fleksibilitet i forhold til tilpasning er særlig vigtig i borgersager, der rummer en høj grad af kompleksitet. Arbejdet omkring disse komplekse sager skal nemlig i højere grad kunne rumme den forandring og fleksibilitet, kompleksiteten giver anledning til.

En forudsætning for at kunne anvende prototypen meningsfuldt, i forhold til en specifik borgers tværgående udredning og indsats, er derfor, at der i den specifikke kontekst arbejdes aktivt med at tilpasse fokusområder og kerneelementer til de kontekstuelle forhold og omstændigheder, der kendetegner den enkelte borger. Dette kan fx være borgerens aktuelle energiniveau, problemstilling og situation samt de relevante faggrupper/institutioner. Med andre ord forhold der forventes at være ustabile og kræve løbende tilpasning grundet målgruppens høje kompleksitet.

En meningsfuld anvendelse af prototypen kræver således, at samarbejdspartnerne selv aktivt "oversætter" og indholdsudfylder principperne om, hvad og hvordan der skal samarbejdes, og hvem der skal indgå i samarbejdet i den konkrete og lokale kontekst.

Rapporten identificerer en række bud på *praksisser og redskaber*, der vil kunne bidrage til, samt understøtte, oversættelsen og konkretiseringen, fx netværksanalyse og helhedsorienterede handleplaner. Ligesom de *forskellige screenings-, indsats- og samarbejdsmodeller*, der præsenteres i rapporten, vil kunne udgøre et grundlag for inspiration.

Kortlægningens afsæt, forudsætning og afgrænsning

Denne rapport udgør et bidrag til Social- og Boligstyrelsens initiativ *Screening af koordineret udredning og indsats for mennesker med psykiske vanskeligheder og hyppig kontakt til behandlingspsykiatrien*. Det er Social- og Boligstyrelsen, der som en del af aftalen om Udviklings- og investeringsprogrammet (UIP) for 2022 har bedt VIVE om at udvikle et foreløbigt bud på en prototype for koordineret udredning og indsats. Der er tale om et *screeningsprojekt*, hvilket indebærer, at den prototype, der præsenteres, er foreløbig. Det har desuden præget udviklingen af prototypen, at Social- og Boligstyrelsen fra start har lagt vægt på, at den prototype, der blev udviklet:

- skulle inddrage viden og erfaringer fra tværgående samarbejdsmodeller, der rummer både et strukturelt og et relationelt aspekt, herunder gerne *relationel kapacitet* (Hornstrup & Storch, 2018) og *relationel koordinering* (Albertsen et al., 2014; Vestergaard, 2018) pga. disse modellens udbredelse i en dansk kontekst.
- skulle være baseret på *recovery-orienteret rehabilitering*. Det vil sige, at borgeren ikke kun skal være centrum for en koordineret udredning og indsats, men også skal deltage som erfaringsekspert og partner i samarbejdet og således opleve at blive mødt med værdighed og at opnå en styrket handleevne.

Dette opdrag har formet udvælgelsen og screeningen af viden på området samt formuleringen og identifikationen af de kernelementer, der udgør grundlaget for prototypen.

Det er desuden vigtigt at fremhæve, at det ligger uden for rapportens formål og opdrag at beskæftige sig med fx de fysiske rammer og det konkrete lovgrundlag for en koordineret udredning og indsats.

Boks 1.1 Kortlægningen af viden – det metodiske grundlag

- Desk research vedr. karakteristika ved målgruppen og kompleksiteten i samarbejdet om målgruppen
- Fokuseret litteraturstudie vedr. tværsektorielle samarbejdsmodeller (51 inkluderede studier)
- Ekspertinterviews om tværsektorielle samarbejdsmodeller (3 stk.)
- Interviews med ledere og koordinatører i kommunalt eller regionalt regi (11 stk.) og socialfaglige medarbejdere (3 stk.)
- Interviews med fire borgere
- Observationer af tværsektorielle indsatser for målgruppen.

1 Indledning

Formålet med dette kapitel er at præsentere rapportens formål og undersøgelsesdesign. Da rapportens formål og undersøgelsesdesign i høj grad udspringer af og er formet af Social- og Boligstyrelsens initiativ *Screening af koordineret udredning og indsats for mennesker med psykiske vanskeligheder og hyppig kontakt til behandlingspsykiatrien*, introduceres kapitlet med en indføring i dette initiativ og den metodik, initiativet lægger op til.

1.1 Baggrund for rapporten: Behov for screening af koordineret udredning og indsats

Mennesker med psykiske vanskeligheder, der har hyppig kontakt til behandlingspsykiatrien, har ofte komplekse støttebehov og dermed behov for en indsats, hvor opgaveløsningen strækker sig på tværs af myndigheder og sektorer. Alene i kommunalt regi har mennesker med psykiske vanskeligheder ofte kontakt til flere forvaltninger, fx på sundheds-, social- og bolig-, misbrugs-, uddannelses- og beskæftigelsesområdet. Hvis indsatserne ikke koordineres, risikerer de at modarbejde eller stå i vejen for hinanden, hvorved der ikke opnås den tilsigtede effekt af indsatserne. Social- og Boligstyrelsens undersøgelse af kommunernes oplevede udfordringer fra 2021 viser, at der er store udfordringer i arbejdet med netop gruppen af mennesker med psykiske vanskeligheder, der har hyppig kontakt til behandlingspsykiatrien. Udfordringerne er bl.a. samarbejdet mellem de involverede sektorer og viden om tidlige og forebyggende indsatser (Socialstyrelsen, 2021d).

Målet med indsatsen

Målet med at udvikle en prototype og indsats for koordineret udredning og indsats er ifølge Social- og Boligstyrelsen, at borgeren modtager en indsats, der understøtter borgerens samlede behov, og at indsatserne ikke risikerer at være kontraproduktive i forhold til hinanden. Målet er dermed også, at borgeren gennemfører sine behandlingstilbud, og at der sikres en styrket sammenhæng mellem både parallelle tilbud og dem, som ligger i forlængelse af hinanden. Herved forventes borgere med psykiske lidelser og komplekse støttebehov at opleve øget mental trivsel og i mindre grad at have behov for akutte indlæggelser.

1.1.1 **Initiativets formål**

For at imødegå ovenstående udfordringer har Social- og Boligstyrelsen igangsat initiativet *Screening af koordineret udredning og indsats for mennesker med psykiske vanskeligheder og hyppig kontakt til behandlingspsykiatrien*. Formålet med initiativet er *at identificere og beskrive principper for et velfungerende samarbejde i kommunen og på tværs af kommune, behandlingspsykiatri og almen praksis, så der sikres en sammenhængende og koordineret udredning og indsats, som forebygger uhensigtsmæssige genindlæggelser*.

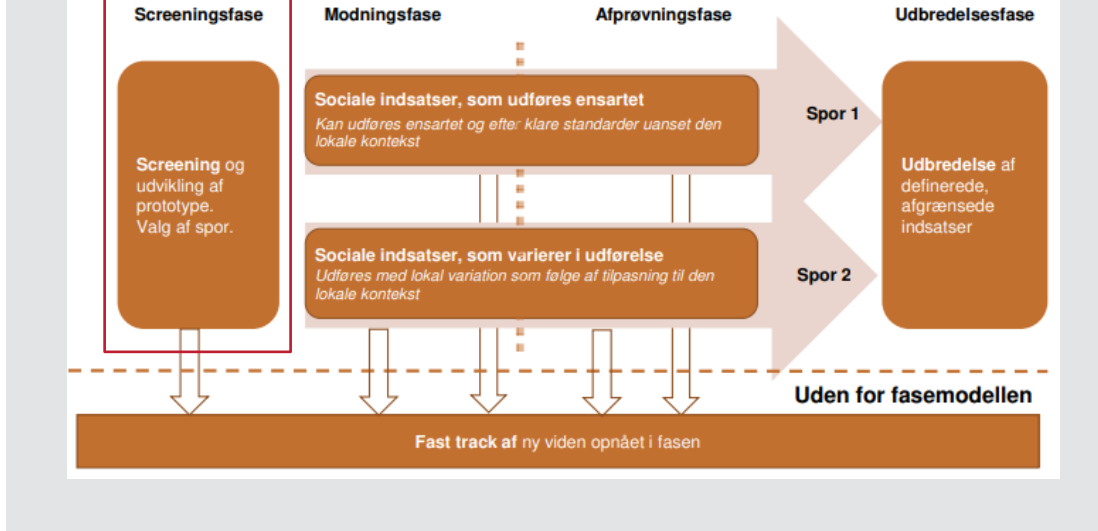
1.1.2 **Initiativets metodik: Screening, prototype og kernelementer**

Initiativet er en del af aftalen om Udviklings- og investeringsprogrammet (UIP) for 2022. Som det fremgår af Figur 1.1 (Socialstyrelsen, 2021b) udgør *screening* første led af en fasemodel, som indsats på det sociale område udvikles under. Fasemodellen skal sikre, at der *kun iværksættes initiativer, som har høj sandsynlighed for at lykkes med at udvikle og sidenhen udbrede sociale indsatser, der virker* (Socialstyrelsen, 2021b, p. 3²). Ifølge fasemodellen skal screeningsfasen danne grundlag for, om udviklingsarbejdet skal fortsætte til modningsfasen. Som det fremgår af Figur 1.1, indebærer screeningsfasen både screening og udvikling af en prototype for en indsats.

² Mere specifikt er formålet med screeningsfasen således at sikre, at der kun iværksættes videre modning af indsatser, som har realistiske forudsætninger for at kunne færdigudvikles og implementeres i et større antal eller alle kommuner.

Figur 1.1 Et screeningsprojekt

Fasemodel, som indsatser på det sociale område udvikles under.



Kilde: Social- og Boligstyrelsen (2021b), p. 5.

En prototype forstås i relation til fasemodellen som er baseret på en række kerneelementer, der af Social- og Boligstyrelsen defineres som en række principper for praksis, der udtrykker en vidensbaseret hensigt, og som bør efterstræbes i en given indsats (Socialstyrelsen, 2020).

Et kerneelement formuleres i henhold til tre parametre: 1) *Hvad*: Kort og præcis beskrivelse af kerneelementet; 2) *Hvorfor*: Den faglige begrundelse og vidensgrundlaget for kerneelementet; 3) *Hvordan*: Praksisbeskrivelse (beskrivelse af den faglige praksis) samt potentielle hjælperedskaber (metoder og værktøjer), der knytter sig til kerneelementet.

Ifølge Social-, Bolig- og Ældreministeriets drejebog for strategi for udvikling af den sociale indsats, som Social- og Boligstyrelsens initiativ følger, skal Social- og Boligstyrelsen afslutningsvis anvende undersøgelsen som afsæt til at vurdere, om prototypen på indsatsen er fagligt velbegrunderet, realistisk i modning, afprøvning og drift, efterspurgt i kommuner og accepteret blandt interessenter, og om brugerperspektivet indgår relevant. Og på baggrund af en sådan vurdering skal Social- og Boligstyrelsen træffe beslutning om, hvorvidt der er grundlag for at indstille til modning af initiativet.

1.2 Rapportens formål

Formålet med rapporten er tredobbelt:

1. At screene den aktuelt bedste viden om muligheder og begrænsninger i forhold til tværgående samarbejde og koordinerede udredninger og indsatser.
2. At indkredse og udvikle en prototype, kerneelementer, for en koordineret udredning og indsats for målgruppen.
3. At tilvejebringe viden, der kan bidrage til en vurdering af, om prototypen umiddelbart vil være efterspurgt og realistisk at modne og afprøve i drift.

Med *den aktuelt bedste viden* menes, at de principper, der identificeres og udvikles i undersøgelsen, skal være baseret på eksisterende forskning og viden om og kommunale erfaringer med koordinerende og sammenhængende indsatser. Selvom selve den prototype og indsats, der identificeres i forbindelse med undersøgelsen beskrives som principper for et velfungerende tværgående samarbejde, har der fra undersøgelsens begyndelse været et fokus på både at identificere og beskrive *gode erfaringer* og *udfordringer* i det tværgående samarbejde.

Der har også fra start fra Social- og Boligstyrelsens side været fokus på, at prototypen skulle understøtte en koordineret udredning og indsats med fokus på *recovery-orienteret rehabiliterende indsatser for borgerne*³. Desuden har undersøgelsen skullet inddrage viden og erfaringer fra tværgående samarbejdsmodeller, der rummer både et strukturelt og et relationelt aspekt, herunder gerne *relationel kapacitet* (Hornstrup & Storch, 2018) og *relationel koordinering* (Albertsen et al., 2014; Vestergaard, 2018) pga. disse modellens udbredelse i en dansk kontekst.

³ For en nærmere beskrivelse af recovery-begrebet se fx Slade (2017) samt Socialstyrelsens vejledning til praksis i recovery-orienteret tilgang (Socialstyrelsen, 2023) og Social- og Boligstyrelsens hjemmeside og vidensportal om recovery og rehabilitering (Social- og Boligstyrelsen, 2019). For en uddybning af begrebet 'rehabilitering' se fx Hvidbog om rehabilitering (Maribo et al., 2022).

Recovery-orienteret rehabilitering

Recovery:

I nyere engelsk forskning om recovery lægges der vægt på, *at recovery handler om at skabe sig et meningsfuldt og tilfredsstillende liv, sådan som personerne selv definerer det, med eller uden symptomer og problemer, som kan komme og gå* (Slade, 2017).

Rehabilitering:

En samarbejdsproces mellem en person, pårørende, professionelle og andre relevante parter. Rehabiliteringsindsatser er målrettede, sammenhængende og vidensbaserede med udgangspunkt i personens perspektiver og hele livssituation (Maribo et al., 2022).

Otte principper for recovery-orienteret rehabilitering:

1. Tag udgangspunkt i borgernes håb, ønsker og drømme.
2. Fokuser på borgernes ressourcer.
3. Inddrag borgernes netværk og de almene fællesskaber.
4. Mød borgerne med åbenhed, tillid og respekt.
5. Hjælp borgerne så tidligt som muligt.
6. Arbejd koordineret med borgernes samlede livssituation.
7. Følg op, så indsatsen altid er den rette.
8. Brug viden og metoder, der virker.

(Socialstyrelsen, 2023).

1.3 Målgruppe og karakteristika ved genindlæggelser

Social- og Boligstyrelsen havde i udgangspunktet defineret målgruppen for initiativet som borgere med psykiske vanskeligheder og hyppig kontakt til behandlingspsykiatrien. I forbindelse med undersøgelsens tilblivelse har vi dog løbende arbejdet med at præcisere denne definition. Da der eksisterer begrænsede kommunale data om karakteristika ved målgruppen, virkede det oplagt at tage udgangspunkt i regionale undersøgelser om patienter med akutte og uhensigtsmæssige psykiatriske genindlæggelser. I dette afsnit vil vi med

afsæt i denne og anden relevant viden udfolde, hvilke karakteristika og faktorer der kendetegner målgruppen af borgere, der har en høj og uhensigtsmæssig genindlæggelsesfrekvens.

Afsnittet præciserer, at målgruppen af borgere med psykiske vanskeligheder, der genindlægges akut og/eller uhensigtsmæssigt i behandlingspsykiatrien, ofte har komplekse og sammensatte problemstillinger. Kompleksiteten skyldes dels sameksistensen af flere demografiske og sygdomsrelaterede karakteristika, men kan også relateres til komplekse omstændigheder omkring målgruppens genindlæggelsesforløb.

Faktorer, der forbindes med en hyppig genindlæggelsesfrekvens

Demografiske og sygdomsrelaterede karakteristika:

- Svære psykiske lidelser, fx skizofreni eller personlighedsforstyrrelse
- Lav kognitiv funktionsevne
- Udadreagerende eller selvskadeproblematikker
- Afhængighed af rusmidler
- Lidelser i affekt, manglende sygdomserkendelse og deraf medicinsvigt
- Social isolation og ensomhed (borgeren bor alene i egen bolig, er i overgang mellem boformer eller udskrives direkte til gaden grundet hjemløshed)
- På overførselsindkomst (førtidspension/kontanthjælp).

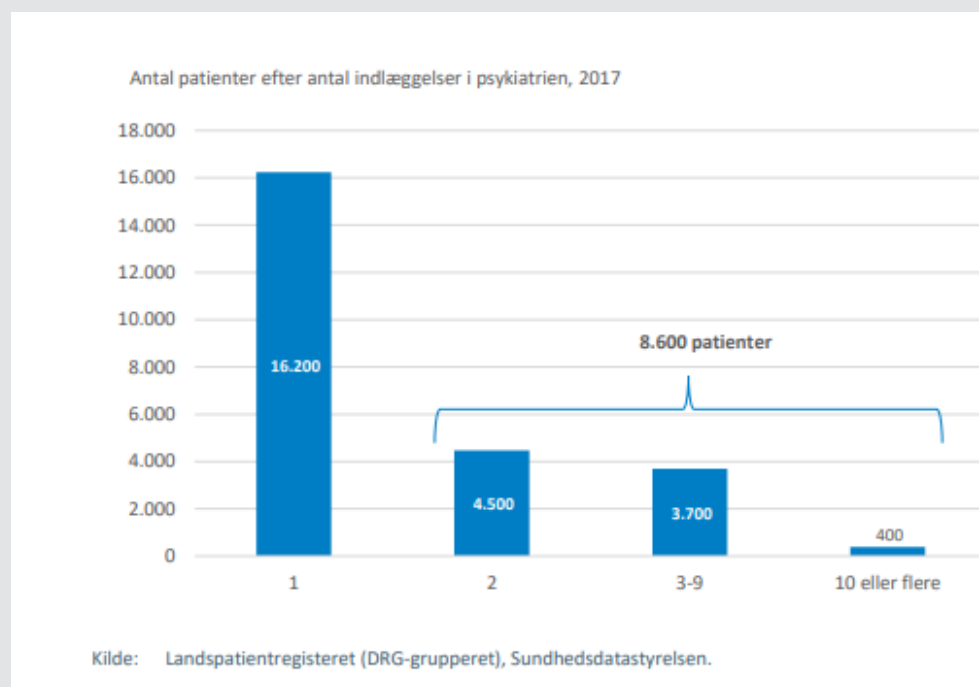
Omstændigheder omkring genindlæggelsesforløbet:

- Har behov for støtte på tværs af kommunale og regionale tilbud
- Har behov for hjælp uden for regulære åbningstider
- Har været indlagt i kort tid ved forudgående indlæggelse (korte indlæggelser fører oftere til genindlæggelser)
- Står mellem to tilbud.

1.3.1 Akutte og uhensigtsmæssige genindlæggelser: En numerisk og begrebsmæssig indkredsning

Knap 60 % af medarbejdere, der arbejder på det specialiserede område i kommunerne, oplever i høj eller meget høj grad, at der er udfordringer forbundet med at sikre et relevant og effektivt samarbejde med andre relevante sektorer om indsatser og tilbud til unge og voksne, der har svære psykiske lidelser og *hyppig kontakt til behandlingspsykiatrien* (Socialstyrelsen, 2021d). Kontakter til behandlingspsykiatrien opgøres ikke, men det gør indlæggelser og genindlæggelser derimod. Figur 1.2 illustrerer, at det i 2017 var en forholdsvis lille gruppe af borgere, der havde tre eller flere indlæggelser i psykiatrien. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at figuren viser antal indlæggelser i 2017 og derfor ikke er opgjort fra et patientperspektiv (antal indlæggelser 12 måneder efter 1 indlæggelse)⁴.

Figur 1.2 Antal patienter efter antal indlæggelser, 2017



Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen (2019).

⁴ Dette er den mest præcise illustration, vi har kunnet finde over antal patienter efter antal indlæggelser over et år. Der er dog en række vigtige begrænsninger ved denne figur i forhold til denne undersøgelse. Dels opgør den samtlige psykiatriske indlæggelser på både børne- og voksenområdet. Derudover er der tale om antal indlæggelser i 2017. Det betyder, at en person, der har sin første indlæggelse i juli 'kun' har 5 måneder til at få registreret sine indlæggelser. Billedet havde således set anderledes ud, hvis man havde opgjort antallet fra et patientperspektiv. Det vil sige, hvis man havde set på patientens indlæggelser 12 måneder efter første indlæggelse.

Af Figur 1.2 fremgår det, at der på landsplan i 2017 blev indlagt knap 24.800 borgere i psykiatrien. Heraf havde hver tredje borger, svarende til ca. 8.600 borgere, mere end 1 indlæggelse, mens 4.100 borgere havde 3 eller flere indlæggelser (Sundhedsdatastyrelsen, 2019).

Når man kigger på målgruppens størrelse, er det desuden afgørende at skelne mellem (gen)indlæggelser og *akutte (u)hensigtsmæssige* genindlæggelser (se definitionsboks). Nogle genindlæggelser, både akutte og ikke akutte, kan være nødvendige som led i patientforløb (Sundheds- og Ældreministeriet, 2017). Andre genindlæggelser har ikke en direkte sammenhæng med den primære indlæggelse og kan derfor skyldes akut opstået sygdom eller nye sociale problemstillinger og kontroltab, som forårsager et pludseligt behov for at blive indlagt (Sundhedsdatastyrelsen, 2017, p. 5). Genindlæggelser er således ikke nødvendigvis i sig selv problematiske, og en del borgere har behov for eller gavn af at blive indlagt en eller flere gange efter et tidligere indlæggelsesforløb, uden at dette skal tolkes som mangelfuld behandling eller utilstrækkelig koordinering af støttemuligheder. Omvendt kan genindlæggelser og særligt akutte genindlæggelser dog også være udtryk for *uhensigtsmæssige* forløb og kan skyldes kvalitetsproblemer ved behandling og mangelfuld støtte under og efter indlæggelsen (Sundhedsdatastyrelsen, 2017). Der findes dog ikke nogen tal på, hvor mange genindlæggelser der er uhensigtsmæssige. Desuden er det vigtigt i den resterende del af afsnit 1.3 at holde sig for øje, at de fleste data vedr. målgruppen er baseret på data om akutte genindlæggelser.

Definitioner

Genindlæggelse er i sagens natur en indlæggelse, der følger efter en anden indlæggelse. Denne kaldes primærindlæggelsen (Sundhedsdatastyrelsen, 2017). Der er stor variation i, hvor lang tid der går mellem primærindlæggelsen og genindlæggelsen, og ligeledes hvor mange genindlæggelser der efterfølgende finder sted. Ligeledes er der stor variation i årsagerne til, at en genindlæggelse i psykiatrien finder sted.

Den akutte genindlæggelse er kendetegnet ved, at den finder sted senest 30 dage efter udskrivning (fra primærindlæggelsen), starter akut og anses som akut, medmindre indlæggelsen starter med en kræft- eller ulykkesdiagnose.

(Sundhedsdatastyrelsen, 2017).

Endelig er det afgørende at bemærke, at selvom målgruppen er forholdsvis lille, er det ikke ensbetydende med, at der ikke anvendes mange ressourcer (tid og penge) på at understøtte denne målgruppe. For eksempel kortlagde et engelsk projekt om tværsektorielt samarbejde kaldet South Somerset Symphony

Vanguard med hjælp fra forskere fra York Universitet, at en lille kompleks patientgruppe på 4 % af populationen med flere samtidige problemstillinger brugte 50 % af de samlede sundhedsudgifter (Buch et al., 2018, p. 45 ff).

Der er ikke lavet en lignende vurdering i forhold til målgruppen for denne undersøgelse, men i næste afsnit illustreres det, hvordan målgruppen netop er karakteriseret ved komplekse og samtidige problemstillinger.

Boks 1.1 Genindlæggelser i tal

Der er forskellige undersøgelser, der i forskellige årstal og med forskellige snit har forsøgt at kortlægge andelen af genindlæggelser

- En opgørelse fra Sundheds- og Ældreministeriet (2017) viser, at ud af samtlige genindlæggelser i psykiatrien udgøres knap en fjerdedel af dem genindlæggelser, som finder sted inden for 30 dage efter den forrige indlæggelse. Det vil sige akutte genindlæggelser. Samme rapport konkluderer, at genindlæggelsesfrekvensen på voksenområdet fra 2010 til 2016 er steget fra 22 % til 24 %. (Sundheds- og Ældreministeriet, 2017)
- En rapport fra Sundhedsdatastyrelsen (2017) viser, at der i 2015 var 46.000 indlæggelser (i psykiatrien), hvoraf 25.000 var genindlæggelser. Dette svarer til, at 19,2 % af borgerne genindlægges. 23 % af alle psykiatriske indlæggelser efterfølges af en genindlæggelse. Samme rapport viser, at 25 % af genindlæggelserne finder sted inden for de første 3 dage efter den forrige genindlæggelse. (Sundhedsdatastyrelsen, 2017)
- En analyse af genindlæggelser og tværsektorielt samarbejde i psykiatrien i Region Midtjylland af data fra 2017 viser, at en forholdsvis lille gruppe patienter havde mange og gentagne indlæggelser. Af en gruppe på 4.673 unikke patienter havde 70 unikke patienter 11 eller flere indlæggelsesforløb i 2017. Analysen viste endvidere, at halvdelen af de akutte indlæggelser og en endnu større del af de indlæggelser, som skete inden for 30 dage efter den forudgående indlæggelse (og dermed kan defineres som en akut genindlæggelse), var korte indlæggelser af 0-3 dages varighed. (Balleby & Overgaard, 2019)

1.3.2 Demografiske, sociale og sygdomsrelaterede karakteristika ved målgruppen

Baggrunden for, at en borger bliver genindlagt, kan som beskrevet inddeles i både indsats-specifikke eller demografiske og sygdomsrelaterede faktorer. Boks 1.2 giver et overblik over de demografiske og sygdomsrelaterede karakteristika, der kendetegner målgruppen af borgere, der bliver genindlagt.

Boks 1.2 Demografiske og sygdomsrelaterede karakteristika

Sundhedsdatastyrelsen har i analysen fra 2017 *Genindlæggelser i det psykiatriske sundhedsvæsen* undersøgt, hvilke patienter der hyppigst genindlægges (Sundhedsdatastyrelsen, 2017). Analysens resultater peger på, at patienter, som har større risiko for at blive genindlagt er:

- Patienter, der udskrives med diagnosen skizofreni og beslægtede lidelser.
- Yngre patienter.
- Patienter, der bor alene i eget hjem (dvs. ikke med andre voksne).
- Patienter med bopæl i en bykommune.
- Patienter, der er på førtidspension.
- Patienter, der tidligere har haft kontakt til det somatiske eller det psykiatriske sygehusvæsen.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen (2017).

Som det fremgår af Boks 1.2, ses der både aldersmæssige, bopælmæssige, geografiske, socioøkonomiske og diagnosespecifikke forhold, der hænger sammen med en høj genindlæggelsesfrekvens. Hvis borgeren udskrives med diagnosen skizofreni eller beslægtede lidelser, er der større sandsynlighed for en akut genindlæggelse. Ligesom sandsynligheden for at blive genindlagt mere end en gang om året er størst blandt mennesker, der er unge, bor alene, bor i en by eller er på førtidspension eller kontanthjælp. De nationale data viser desuden, at der ikke kun er store kommunale, men også regionale forskelle på antallet af genindlæggelser. Der ses flest genindlæggelser i Region Midt

(27 %) og færrest genindlæggelser i Region Nordjylland (16 %) (Sundheds- og Ældreministeriet, 2017).

Netop med henblik på at sætte fokus på de *uhensigtsmæssige genindlæggelser* har Region Midtjylland med hjælp fra DEFACTUM kortlagt, hvilke typer hyppige og gentagne akutte indlæggelser der potentielt ville kunne reduceres via et styrket samarbejde mellem region, kommune og almen praksis (Balleby & Overgaard, 2019). I tråd med de nationale registerdata peger Balleby og Overgaards analyse (2019) på, at det er borgere med alvorlig psykisk sygdom, herunder en skizofrenidiagnose og diagnosen personlighedsforstyrrelse, der har flest gentagne indlæggelser. Desuden blev et panel af fagpersoner fra både den kommunale og den regionale sektor i forbindelse med undersøgelsen bedt om at identificere de undergrupper af borgere, der oftest kan relateres til *uhensigtsmæssige* indlæggelser, og som de mente ville kunne forebygges med et bedre tværsektorielt samarbejde. Resultatet fremgår af Boks 1.3.

Boks 1.3 Borgerkarakteristika i uhensigtsmæssige forløb

Et tværfagligt panel har som led i et projekt om genindlæggelser i psykiatrien i Region Midtjylland udpeget grupper eller typer af patienter, der kan opleve uhensigtsmæssige indlæggelser, som vil kunne forebygges med et bedre tværsektorielt samarbejde:

- Lav kognitiv funktionsevne
- Selvskadeproblematikker
- Alkohol- og/eller stofmisbrug
- Bipolar lidelse uden sygdomserkendelse og deraf følgende medicinsvigt
- Autisme, som er i affekt
- Angste ældre patienter med medicinsvigt, hvor netværket er faldet bort
- Borgere, som indlægges med social indikation eller overgang mellem boformer

Kilde: Balleby & Overgaard (2019).

Som Boks 1.3 illustrerer, pegede det faglige panel på, at de uhensigtsmæssige genindlæggelser ofte kan opstå i relation til indlagte borgere, der ikke alene kæmper med en svær psykisk lidelse, men også med komorbiditet af psykiske og sociale problemstillinger, herunder stofmisbrug, sociale konsekvenser af at leve med lav kognitiv funktionsevne (inkl. manglende sygdomserkendelse), forskellige former for selvskade, ensomhed og social isolation.

Et notat fra Region Midtjylland (2020) vedr. målgruppen fremhæver også, at de borgere, der genindlægges, er borgere med selvskadende adfærd og lav kognitiv funktionsevne. Desuden fremhæver notatet borgere, der ikke har en bolig at opholde sig i, når de udskrives, fx grundet lang sagsbehandlingstid, beboere på botilbud (udgør 38 % af genindlagte borgere mellem 2017 og 2019) samt borgere med tilknytning til retspsykiatrien (Region Midtjylland, 2020).

Figur 1.3 illustrerer, at de indlagte borgere, der har øget risiko for uhensigtsmæssige (og dermed flere) genindlæggelser, er de borgere, der befinder sig i et eller flere af de mørkegrønne felter i figuren.



Kilde: VIVE.

Figur 1.3 viser, at målgruppen af borgere, der risikerer en uhensigtsmæssig genindlæggelse som beskrevet, ofte kæmper med flere psykiske, sociale og/eller adfærdsmæssige problemstillinger og derfor ofte betegnes som borgere med komplekse og samtidige problemstillinger. Figuren er desuden forsimplet ved kun at anskueliggøre komorbiditet af psykisk lidelse og hver enkelt af andre psykiske og sociale problemstillinger. Virkeligheden er, at komorbiditet ofte vil omhandle psykisk lidelse og *flere* af de (grønne) illustrerede områder, og at målgruppens kompleksitet derfor empirisk set er endnu højere, end figuren antyder.

Målgruppen af borgere, der risikerer en uhensigtsmæssig genindlæggelse, har således ofte komplekse problemstillinger, der samtidig skal håndteres. Godt og vel halvdelen af sagsbehandlerne i kommunerne oplever høje eller meget høje udfordringer med målgruppen af borgere med komplekse problemer, der samtidig skal håndteres, i forhold til at sikre et effektivt og relevant samarbejde med andre relevante sektorer (Socialstyrelsen, 2021d). Tre ud af fire kommuner peger således også i en undersøgelse (Iversen et al., 2018) på, at de oplever meget eller ret store udfordringer på området for borgere med netop komorbiditet af psykiske lidelser og sociale problemstillinger, som fordrer samtidige indsatser på tværs af sektorer.

1.3.3 Indsatsspecifikke omstændigheder

Baggrunden for, at en borger bliver genindlagt, er ikke kun relateret til demografiske og sygdomsrelaterede faktorer, men også til indsatsspecifikke omstændigheder. Boks 1.4 giver et overblik over de forløbs- og indlæggelsesmæssige omstændigheder, der er kendetegnende for målgruppen af borgere, der bliver akut genindlagt.

Boks 1.4 Forløbsmæssige omstændigheder, der karakteriserer genindlæggelser

Sundhedsdatastyrelsen har i analysen fra 2017 *Genindlæggelser i det psykiatriske sundhedsvæsen* undersøgt, om der er forhold vedr. forudgående indlæggelse, som kan have indflydelse på, om der sker en genindlæggelse (Sundhedsdatastyrelsen, 2017). Analysens resultater peger på følgende kendetegn vedr. forudgående indlæggelser, der kan føre til genindlæggelse:

- Indlæggelser, der er korte (jo kortere indlæggelsestid, desto større risiko).
- Indlæggelser, hvor udskrivning finder sted uden for dagstid.
- Indlæggelser, hvor udskrivning finder sted i weekenden.
- Indlæggelse i overgangen mellem boformer/indsatser.
- Patienter, som genindlægges, har i mindre grad kontakt til almen praksis end patienter, der ikke bliver genindlagt.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen (2017).

Undersøgelserne på området viser, at genindlæggelser typisk finder sted tæt på udskrivningstidspunktet for forudgående indlæggelse. Ca. 25 % af alle genindlæggelser finder sted inden for de første 3 dage efter en udskrivning (Sundhedsdatastyrelsen, 2017). Desuden viser undersøgelserne, at der er større risiko for at blive genindlagt, hvis indlæggelse eller udskrivning finder sted uden for dagstid eller i weekenden, hvor det fx er vanskeligere at få kontakt til relevante sociale aktører end i dagtimerne i hverdagene.

Flere undersøgelser (Benjaminsen et al., 2018; Iversen et al., 2018) peger således også på, at kernen i forhold til vanskeligheder i det tværgående samarbejde om borgeren set fra et kommunalt perspektiv er funderet i manglende tværsektoriel koordinering med psykiatrien og i særdeleshed omkring borgernes *udskrivning*. Benjaminsen et al. (2018) belyser fx, hvordan kommunale medarbejdere oplever uenighed om, hvornår en borger er færdigbehandlet og parat til at blive udskrevet fra psykiatrisk behandling, og uenighed om ansvarsfordelingen i forbindelse med opfølgning ved udskrivning. Disse uenigheder i samarbejdet opleves i særlig grad for borgere med udadreagerende adfærd (Benjaminsen et al., 2018: 75 ff.). Geografiske forhold, fx afstand mellem

sociale tilbud og behandlingspsykiatrien, kan ligeledes være en barriere for samarbejdet (Benjaminsen et al., 2018). I rapporten af Iversen et al. (2018) udfoldes det, at særligt udskrivninger efter relativt korte indlæggelser (en eller et par dages indlæggelse), der fra et kommunalt perspektiv kan virke som for korte og for tidlige, udfordrer kommunernes muligheder for at tilbyde helhedsorienterede indsatser på tværs af social-, sundheds- og beskæftigelsesområdet⁵ (Iversen et al., 2018).

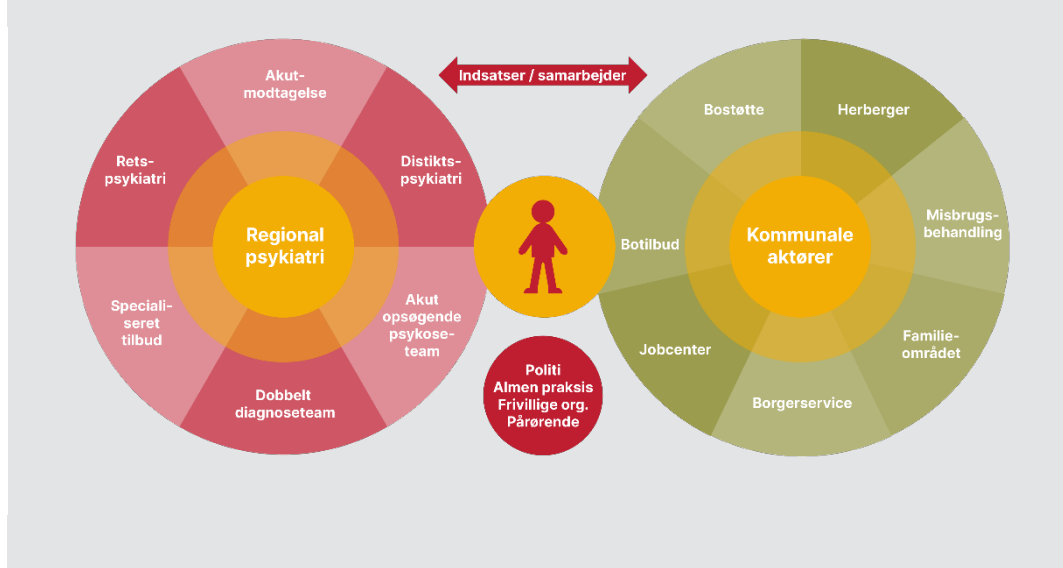
1.3.4 Komplex institutionel forankring

Tages der højde for kendetegnene ved målgruppen (se afsnit 1.3.2), er det tydeligt, at denne målgruppe vil bevæge sig i et komplekst institutionelt landskab. Som Figur 1.4 illustrerer, er det afgørende at holde sig for øje, at målgruppen samtidig vil kunne have brug for støtte og behandling fra forskellige aktører i den regionale psykiatri (den røde cirkel) og forskellige aktører i kommunalt regi (den grønne cirkel). Samtidig er frivillige organisationer, almen praksis, pårørende og politiet også eksempler på en række andre aktører, der vil kunne få en vigtig rolle afhængigt af borgerens problemstillinger. Hvilke aktører, der er vigtige, vil afhænge af den enkelte borgers konkrete problematik, ligesom der kan være regionale og kommunale forskelle på de tilbud, der gives, og de navne, tilbuddene har. Samtidig er det vigtigt at understrege, at borgeren ikke nødvendigvis har kontakt til alle de aktører, der *er* relevante, eller ønsker at have det.

⁵ Rapporten fremhæver desuden særligt manglende koordinering mellem psykiatrien og beskæftigelsesområdet i forhold til psykisk sårbare unge og mellem psykiatrien og den sociale stofmisbrugsbehandling for borgere med samtidig psykisk lidelse og stofmisbrug.

Figur 1.4 Komplekse institutionelle landskaber

Dette er en illustration over nogle af de (mest centrale) plurale aktører, der kan eller bør være inde over målgruppens udredning og indsats. Modellen er dog ikke komplet.

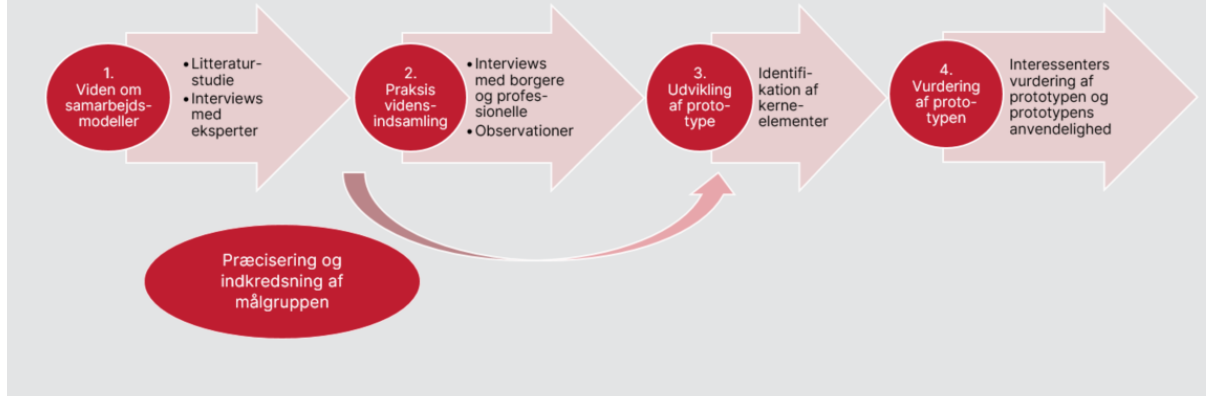


Kilde: VIVE.

1.4 Undersøgellesdesign

For at imødekomme formålet med initiativet og rapporten (se afsnit 1.1 og 1.2) har forfatterne i samarbejde med Social- og Boligstyrelsen bestræbt sig på at skabe et undersøgelsesdesign, hvor vidensindsamling og udvikling blev ind-delt i fire faser.

Figur 1.5 Undersøgelsesfaser



Kilde: VIVE.

Fase 1 – Viden om samarbejdsmodeller: Litteraturstudie og ekspertinterviews

Første fase af undersøgelsen var at afsøge dansk og nordisk litteratur om eksisterende modeller for tværgående samarbejde samt erfaringer hermed. En kerneantagelse var, at disse modeller og erfaringerne med at anvende dem ville rumme viden om, hvilke relationelle og strukturelle elementer der er afgørende for et velfungerende tværsektorielt samarbejde. Da en række af de centrale samarbejdsmodeller, fx relationel koordinering og relationel kapacitet, har en generisk karakter, udførte vi desuden en række ekspertinterviews for at forsøge at belyse modellerne i relation til den specifikke målgruppe for undersøgelsen. Resultaterne af dette studie præsenteres i kapitel 3 samt bilag 1-5.

Sideløbende med undersøgelsen af samarbejdsmodeller begyndte vi på baggrund af desk research at forsøge at præcisere målgruppen for indsatsen (se afsnit 1.3), da denne præcisering virkede mere og mere afgørende for at kunne identificere, hvilke indsatser, borgere og fagpersoner det var nødvendigt at fokusere på.

Fase 2 – Praksisviden om udfordringer og muligheder i tværgående indsats: Interviews med borgere, medarbejdere og ledere samt observationer

Med udgangspunkt i den indsamlede viden om samarbejdsmodeller og indkredsningen af målgruppen er der i fase 2 indsamlet praksisviden om både de udfordringer og de muligheder, der ligger i at skabe tværgående samarbejder og indsatser. Praksisviden er indsamlet gennem hhv. interviews med borgere i målgruppen og observationer af og interviews med medarbejdere og ledere på

relevante institutioner, der er i hyppig kontakt med og samarbejder om målgruppen. Resultaterne fra denne praksisviden indsamling præsenteres i kapitel 2 og 3.

Fase 3 – Udvikling af prototype

På baggrund af viden om både målgruppen og samarbejdsmodellerne og den indsamlede praksisviden udviklede vi i fase 3 en prototype for en koordineret tværgående udredning og indsats. Prototypen blev konstrueret med tanke på at udgøre en overskuelig beskrivelse af de relevante kerneelementer omkring samarbejdet om målgruppen og i henhold til Social- og Boligstyrelsens guides (se afsnit 1.1.2). I afsnit 6.1 er der en mere udførlig beskrivelse af, hvordan vi gennem forskellige processer og ved hjælp af forskellige typer empiri har udviklet prototypen. Selve prototypen beskrives i kapitel 5.

Fase 4 – Vurdering af prototype: Interessentinterviews

Da det første udkast til prototypen forelå, blev prototypen præsenteret for en interessentgruppe (bestående af en praktiker, en forsker, aktører fra Sundhedsstyrelsen, en socialchef og to borgere). Denne gruppe blev sat til at vurdere, om prototypen var umiddelbart forståelig, og om den virkede fagligt velbegrundet, relevant og realistisk (se resultaterne fra gruppens feedback i Bilag 6). Herefter skal Social- og Boligstyrelsen vurdere, om indsatsen kan indstilles til modning (se afsnit 1.1.2).

Få yderligere viden om undersøgelsens metodiske grundlag i kapitel 6.

2 Udfordringer ved tværgående udredning og indsats – Erfaringsperspektiver

Formålet med dette kapitel er at beskrive de problemstillinger omkring en koordineret udredning og indsats, som fylder blandt borgere, der har erfaring med at være en del af målgruppen, og fagprofessionelle medarbejdere og ledere, der arbejder med målgruppen.

Som illustreret i afsnit 1.3.4 kan målgruppen have behov for udredning og indsats, der spænder over et komplekst institutionelt landskab, der involverer både forskellige aktører i kommunen og forskellige aktører i den regionale psykiatri (afhængigt af den enkelte borgers problemstilling). I dette kapitel er fokus dog på informanternes erfaringer med koordineret udredning og indsats på tværs af socialpsykiatri og behandlingspsykiatrien. Det er nemlig koordineringen og samarbejdet på tværs af disse aktører, som både de interviewede borgere og de fagprofessionelle, der primært stammer fra akutmodtagelser, botilbud og afrusningsområdet, fokuserer på som værende særlig udfordret.

Blandt de fagprofessionelle ledere og medarbejdere og de interviewede borgere er der stor enighed om, at kerneudfordringen i systemet ligger i den eksisterende fragmentering og specialisering i det danske social- og sundhedsvæsen. De fire interviewede borgere forholder sig til, hvordan fragmenteringen skaber udfordringer i forhold til at imødekomme *deres personlige behov*. De fagprofessionelle forholder sig derimod i højere grad til de *organisatoriske* kerneudfordringer, der er knyttet til fragmenteringen og silodannelsen. Kapitellet introduceres i afsnit 2.1 med borgernes personlige fortællinger, mens de fagprofessionelle medarbejders og lederes perspektiver udfoldes i afsnit 2.2.

2.1 Borgerperspektiver

I afsnit 1.3 har vi belyst nogle af de mere generelle karakteristika, der kendetegner målgruppen, og de indsatsspecifikke omstændigheder, der kan føre til genindlæggelser. I afsnittet afdækkes, hvordan målgruppen af borgere, der oplever gentagne akutte eller u hensigtsmæssige genindlæggelser, generelt er karakteriseret ved komplekse demografiske, sociale og sygdomsrelaterede karakteristika, der kræver flere samtidige indsatser. Det beskrives også, at der

er omstændigheder omkring målgruppens forløb, der øger genindlæggelsesfrekvensen, fx at indlæggelsen er kortvarig, hvilket bl.a. relateres til en øget risiko for en ukoordineret udskrivning, eller at indlæggelse eller udskrivning finder sted uden for dagstid eller i weekenden, hvor det fx er vanskeligere at få kontakt til relevante sociale aktører end i dagtimerne i hverdagene.

I dette afsnit er fokus på fire borgeres personlige erfaringer med tværgående samarbejde og indsatser. De har alle haft erfaring med svære psykiske lidelser og perioder med hyppige uhensigtsmæssige og/eller akutte genindlæggelser. Deres fortællinger understreger, at der er tale om en heterogen målgruppe, i den forstand at borgernes forløb og kompleksiteten i deres problemstilling varierer. Samtidig tydeliggør afsnittet, at de fire borgeres oplevelser af de indsatser og det system, de har mødt, rummer mange af de samme iagttagelser og problematiseringer. Helt centralt står, at borgerne oplever:

- at en specialiseret (psykiatrisk) udredning og indsats risikerer at overse det hele menneske
- at manglende broer mellem indsatserne efterlader ansvaret for at bygge bro i borgernes egne hænder.

Disse to forhold udfoldes i dette afsnittet, der introduceres med en kort beskrivelse af de fire borgere og deres forløb.

2.1.1 De fire borgeres historik

De fire borgere er alle voksne og bevidst udvalgt, fordi de er tilknyttet forskellige kommuner og har levede erfaringer med forskellige problemstillinger, der repræsenterer forskellige aspekter af de samlede problemstillinger, der karakteriserer målgruppen.

Henrik⁶ røg hash første gang som 12-årig, hvor han med egne ord røg ind i det forkerte slæng. Han blev smidt ud hjemmefra og anbragt som 15-årig. Siden er han røget ind og ud af alle mulige indsatser og institutioner, herunder psykiatrien. Han betegner derfor sig selv som svingdørspatient i psykiatrien og er stadig afhængig af rusmidler.

Elin har ligesom Henrik været anbragt, siden hun var 16 år, og er siden hun var ganske ung røget ind og ud af psykiatrien. Hun har som barn været udsat for overgreb og kæmper med selvskadende adfærd og selvmordstanker. Desuden har lægerne været i tvivl, om hun har borderline eller lider af PTSD.

⁶ De navne, vi bruger om borgerne, er opdigtede.

Karen fortæller, at hun altid har kæmpet med angst, men at det først er for relativt nylig, at hun ad adskillige omgange er blevet indlagt i behandlingspsykiatrien. Det er således også først for relativt nylig, at hun er blevet bevidst om, at mange af de ting, hun har kæmpet med i sit liv, udspringer af, at hun ligesom Elin i sin barndom har været udsat for seksuelle overgreb.

Tove har ligesom Karen først været gennem adskillige genindlæggelser som voksen. For hende blev indlæggelserne aktuelle, fordi en række forskellige livsændrende episoder pludselig faldt sammen: stressende arbejde, vold, sygdom og uventet død i nærmeste familie, skilsmisse, flytning og alvorlig madforgiftning, hvilket resulterede i selvmordstanker og hukommelsesproblemer.

Som det fremgår af ovenstående beskrivelser, er der forskel på, hvor længe de fire borgere har været tilknyttet psykiatrien, og hvad der har udløst deres kontakt til psykiatrien. De fortæller dog alle, at de kæmper med og bærer på nogle traumer, dårligt selvværd og/eller dæmoner. Det er også interessant, at de alle beskriver, at deres liv har båret præg af mange flytninger både inden for og mellem kommuner, og at de alle kæmper med mareridt og søvnproblemer.

2.1.2 Fokus på diagnose og medicinering frem for (udredning og behandling af) det hele menneske

Når borgerne skal fortælle om deres oplevelse af de udfordringer, de har mødt i forbindelse med deres udredning og indsats, starter deres fortælling ved den regionale psykiatri. Alle fire borgere fremhæver i enslydende fortællinger, hvordan de til trods for deres forskellige problemstillinger og forløb har en fælles oplevelse af, at voksenpsykiatrien har fokus på diagnosticering og medicinering frem for at snakke med patienterne og foretage en helhedsorienteret og tværgående udredning og indsats, der bygger bro mellem hhv. deres indlæggelse og hverdagsliv, deres psykiske sygdom og deres historik og adfærd.

**Fokus på diagnosticering og medicinering frem for det hele menneske:
'Jeg har brug for en at snakke med'.**

Karen: Jeg blev indlagt igen, fordi jeg ikke var klar over sygdommens omfang: Hvad gør man, når man ikke selv er klar over, hvad man fejler [fx har et traume]. Der mangler distriktskykiatrien mere specialiserede medarbejdere, der kan varetage udredningen, fx en taskforce. Den psykolog, der var, havde meget fokus på udredning af psykiatriske diagnoser og generelle spørgsmål [der ikke i første omgang identificerede hendes traume, hvilket resulterede i, at hun ikke blev indlagt ved første henvendelse]. [Da jeg blev indlagt i hospitalspsykiatrien efter en psykose] brugte jeg en del tid på at få psykofarmaka i stedet for behandling (...). Jeg følte lidt: Hvis jeg ikke ville tage medicin, så

var der intet håb for mig [fordi personalet så, ifølge Karen, ikke ville tilbyde deres hjælp]. (...) Men medicinen er lidt ligesom en trykkoger. Der bliver lagt låg på, men det [traumet] venter bare på at eksplodere igen.

Elin: Min oplevelse er, at man i voksenpsykiatrien mere bliver kigget på diagnosemæssigt end ud fra det, man har med sig i rygsækken. (...) Når jeg fx har haft det meget dårligt, haft selvmordstanker og -forsøg, så kigger man mere på handlingen end på, hvad der egentlig ligger bag handlingen (...), og det handler jo ikke om selve handlingen, men om flugt (...). Der bliver kigget rigtig meget på diagnoser i stedet for mennesket (...). Jeg følte ikke, at jeg blev lyttet på. Og ligegyldigt hvad jeg sagde, følte jeg ikke, at det var rigtigt. Jeg følte, at de lyttede efter nogle bestemte svar.

Henrik: Mig og psykiatrien er ikke altid fans af hinanden. (...) Til sidst måtte jeg skære armene op på mig selv for at få dem til at forstå, at jeg ikke kun kom for stoffer, men for at få psykisk hjælp. For at blive hørt. (...) præparaterne virker bare osteklokkeagtige, og så tager man på og skal også kæmpe med det (...). Jeg har aldrig hørt en psykiater snakke om fx livsstilsændring. (...) Man skal vente meget længe på at komme til at tale med en psykiater, og terapi får man ikke meget af. Du er heldig, hvis der måske kommer en sygeplejerske og snakker lidt med dig.

Tove: Det var meget grænseoverskridende. Det oplevede jeg sådan, da jeg i første omgang kom ind på den lukkede afdeling, at jeg bare gik rundt om mig selv. Der var ingen behandling. Der var ingen, der snakkede med mig. Faktisk blev jeg overhovedet ikke talt med (...).

Borgerne problematiserer bl.a. alle fokuset på medicinering og diagnosticering, fordi de alle forbinder de problemer, de har i dag og i deres hverdagsliv generelt, med (ubevidste og ubearbejdede) traumatiserende episoder, de har været udsat for i deres liv. Traumer og det, de betegner som bagvedliggende årsager til negativ adfærd (fx selvskade), som de ikke selv mener, at medicinen eller diagnosen kan afhjælpe alene, og som de gennemgående ikke oplever, at de eksisterende udredningsmetoder og indsatser, de har mødt i behandlingspsykiatrien, er sensitiv over for eller afsætter tid til at udrede eller behandle. Borgerne oplever således, at de samtaler, der tilbydes i behandlingspsykiatrien, primært vedrører symptombehandling og prædefinerede diagnostiske kasser, som de ikke har oplevet, at hverken de selv – eller deres svar – tilsyneladende passede ind i.

De fire borgere fremhæver også, at der under indlæggelsen er et manglende fokus på at få skabt en plan for, hvordan de kan trives efter udskrivningen, og

når de vender tilbage til hverdagslivet, fx hvordan de skal håndtere bivirkningerne fra medicinen, hvordan de får styr på deres lejlighed, og hvordan de får iværksat livsstilsændringer m.m.

Det er desuden interessant, at borgerne således fremhæver, at de ikke oplever at have fået reel behandling (kun symptombehandling) i behandlingspsykiatrien, fordi de selv forbinder behandling med en indsats, der kan bidrage til langsigtet personlig recovery og trivsel i hverdagen, og som bygger bro mellem indlæggelsen og deres historik.

2.1.3 Øer uden broer: Borgeren ansvarliggøres for brobygning

Som vi vil vende tilbage til i kapitel 4, fremhæver flere af borgerne, at de har haft stor gavn af (i perioder) at være tilknyttet bl.a. socialpsykiatrien. Særlig Henrik, Tove og Karen fortæller, at de i perioder har modtaget den støtte og behandling, de havde brug for i form af samtaler om deres traumer, psykoedukation, adfærdsterapi og livsstilsændringer gennem socialpsykiatriens tilbud, herunder recovery-skoler, bostøtte, botilbud, flexteams og/eller væresteder. Samtidig forklarer borgerne, at de i høj grad har oplevet, at det har været deres eget ansvar at bygge bro mellem den regionale psykiatri og kommunen både ved indlæggelsen og ved udskrivningen.

Øer uden broer

Karen: Der er for mange små øer [i systemet] – Der mangler viden og samarbejde. De små broer imellem. Ellers har jeg kun mødt et fantastisk system. De kan redde hver især, men de har ikke de broer, man kan bruge for at komme videre (...). På den lukkede afdeling må de ikke henvise udadtil. Kun hvis det er fysisk genoptræning. De informerede heller ikke om [nævner tilbud i socialpsykiatrien]. Jeg spurgte, om jeg måtte dele nogle flyers ud og fortælle de andre patienter om det. Det måtte jeg godt. Men de [personalet] måtte ikke formidle det selv. Jeg fik det indtryk, at 'Det må vi ikke sige noget om'. Lægen vidste heller ikke, at der var stemmehøregrupper, men han var sådan: 'Godt, du går til det' (...). Efter indlæggelsen [på den lukkede afdeling] fik jeg tilbudt en psykolog, men efter 3-4 gange konstaterede hun: 'Du ser glad ud' [afsluttede forløbet]. Men havde det ikke været for [nævner gruppetilbud i socialpsykiatrien], var jeg helt sikkert røget ind igen.

Elin: Nogle gange er det bare svært, at man er både i psykiatrien og i kommunen. Det bliver meget mit ansvar, at de skal tale sammen. Eller det bliver mit ansvar at skulle sige, at 'nu vil jeg gerne mødes' (...). Efter at jeg havde været indlagt i [nævner by], havde jeg lidt en oplevelse af at starte forfra [i en anden by]. I starten havde jeg fx et flexteam, men jeg vidste ikke, at de

måtte komme og besøge mig, så jeg spurgte dem ikke, selvom de gerne ville være kommet for at besøge mig (...). Jeg blev udskrevet, men uden at have en samtale om, hvad der skulle ske (...). Det kan godt være, man bliver udskrevet, men man kan jo godt være sårbar alligevel.

Som citaterne illustrerer, har borgerne oplevet, at de selv skulle agere brobyggere, fordi psykiatere i den regionale psykiatri hverken havde kendskab til eller måtte henvise til socialpsykiatriske tilbud og aktivitetssteder, og/eller fordi de selv har oplevet at stå med ansvaret for at gennemskue og tage teten i forhold til at sætte sig ind i, hvad de forskellige indsatser i socialpsykiatrien (i forskellige kommuner) tilbyder, og tage ansvar for at anvende og aktivere dem. Sidstnævnte har ikke kun været vanskeligt, fordi borgerne har været i en sårbar situation med manglende energi, men også fordi de alle har en historik med mange flytninger. Det er desuden interessant, at flere borgere har oplevet, at kendskabet er skabt via information fra andre borgere snarere end fra professionelle.

Boks 2.1 Integration og overgange mellem psykiatriske indsatser og hverdagslivet

At de faglige skel og sektoropdelingen er svær at finde rundt i og ikke umiddelbart giver mening i et perspektiv, der handler om at forme en tålelig tilværelse og få hverdagen til at fungere med en længerevarende psykisk bagage, falder i tråd med tidligere undersøgelser. For eksempel påpeger Folker og kollegers (2017) undersøgelse af 15 borgere tilknyttet psykiatrien, at de udfordringer, borgerne oplever i forhold til sammenhæng, ikke kun handler om at etablere *glidende overgange* fra en indsats til en anden. Oplevelsen af manglende sammenhæng kalder også på et ønske om *integration* af psykiatriske udredninger og indsatser i hverdagslivet, herunder socialpsykiatrien.

2.2 Fagprofessionelle perspektiver

De interviewede fagprofessionelle medarbejdere og ledere fremhæver, at specialiseringen og silodannelsen rummer faglige fordele i forhold til at akkumulere fagspecifik viden og redskaber til at løse en specifik problemstilling (så personalet ikke skal fokusere på og løse alle problemstillinger på en gang). Overordnet er de dog enige med borgerne i, at silodannelsen aktuelt skaber store udfordringer. Silodannelsen, der her forstås som specialisering inden for en institution, er nemlig særlig udfordret i forhold til de borgere, der har komplekse problemstillinger, der ikke kan varetages af en institution alene.

I dette afsnit illustreres det, hvordan fagpersonerne især forbinder kerneudfordringerne i den tværgående udredning og indsats med

- fagspecifikke medarbejdere med funktionsrettede mål og specialiseret viden
- områdespecifikke teknologier/databaser
- områdespecifikke handleplaner/forløbsbeskrivelser, rettigheder, indsatser og screeningsværktøjer
- områdespecifik organisering, ledelse og økonomi, rammer/incitament m.m.

2.2.1 Fagspecifikke og funktionsrettede mål og viden: Manglende kendskab og individbåret samarbejde

Tidligere undersøgelser (se fx Benjaminsen et al., 2018) har illustreret, hvordan der i forskellige offentlige institutioner hersker forskellige bagvedliggende måder at forstå borgeren og dennes situation på. For eksempel er der forskel på, om borgeren anskues som en patient, arbejdsløs, boligsøgende eller lignende. Fokus for udredning af borgerens situation og problemstilling adskiller sig også ved enten at være rettet mod diagnosticering (fx af den psykiske sygdom), behandling af misbrug/afrusning, afklaring i forhold til beskæftigelse eller at skabe et velfungerende hverdagsliv. En kerneudfordring, de interviewede fagprofessionelle påpeger, er i denne forbindelse, at der pga. indad-orientering og specialiserede funktionsmål i de enkelte institutioner mangler *kendskab* til hinandens områder, hvilket bl.a. giver anledning til fragmenterede indsatser og misforståelser i forhold til hinandens rolle i tværgående samarbejder.

Manglende kendskab og mistro: Hvad laver du? Hvad laver jeg? Hvad laver vi?

Medarbejder i regionen: *Vi kan have tendens til at lave noget, der ukoordineret går på tværs af hinanden. Og vi kan også have tendens til at tro, at de andre ikke gør det godt nok. Eller også tænker vi, at de skal gøre det sindssygt godt, så vi kan gøre vores arbejde bagefter.*

Interviewer: *I sidste ende er det vel altid et spørgsmål om at samarbejde?*

Medarbejder i regionen: *Det handler jo om at finde ud af: Hvad laver du? Hvad laver jeg? Og hvordan får vi det til at hænge godt sammen?*

En central problemstilling, de fagprofessionelle påpeger, er, at en tværgående indsats og udredning i høj grad i dag er baseret på de enkelte medarbejders ekstraordinære indsats og deres specifikke kendskab til Lars og Bente i de andre organisationer, hvilket indebærer risiko for, at alle borgere ikke tilbydes lige muligheder for en tværgående indsats.

2.2.2 Databehandling, teknologi og GDPR: Barrierer for relevant og rettidig vidensdeling

En anden kerneudfordring, de fagprofessionelle påpeger, siloinddelingen giver anledning til er, at de teknologier og databehandlingsystemer, der udvikles i én silo, ikke nødvendigvis kan tilgås eller forstås af medarbejdere, der arbejder i en anden silo. Det betyder, at medarbejdere i forskellige siloer ikke har adgang til den samme information, hvis ikke borgeren giver samtykke. Udfordringen er særlig udtalt på tværs af sektorer (region og kommune, sundhed og social), men kan også være udtalt på tværs af fx kommuner. Det kan fx dreje sig om, at de medarbejdere, der arbejder på det socialfaglige område, ikke altid ved, at en borger er indlagt [i det regionale sundhedsvæsen], eller at de kommunale misbrugscentre ikke har adgang til Sundhedsportalen og dermed ikke har adgang til borgerens journaler i regionen. For eksempel fortæller en områdeleder i socialafdelingen i en kommune, at noget af det vigtigste for hendes arbejde særligt med borgere med komplekse problemstillinger er, at hun kan få adgang til borgerens regionale sundhedsdata.

GDPR: Manglende adgang til hinandens databaser

Interviewer: *Etablere vidensdeling. Det må være meget vigtigt? Hvordan kan I udveksle, hvad I hver især ved om det her menneske?*

Områdeleder i socialafdeling: *Ja, og hvad er lovligt? GDPR? Jeg kan ikke få noget at vide om, hvad der fx sker på den anden side af regionsgrænsen, hvis ikke borgeren giver mig samtykke til det.*

Interviewer: *Så det er altså ret vigtigt?*

Områdeleder i socialafdeling: *Det er faktisk nummer 1!*

De fagprofessionelle peger også på, at en relateret problemstilling er, at der anvendes forskellige databehandlingsystemer på tværs af kommuner og regioner og også internt på tværs af kommuner. Det kan gøre det yderligere vanskeligt at finde information om fx medicinering pga. tekniske udfordringer, og fordi informationerne ikke automatisk videresendes.

Manglende kendskab til databasernes funktioner og virke

Medarbejder i regionen: *Hvorfor slår kommunerne sig ikke sammen? Jeg tror, der opstår nogle problematikker, i og med at der ikke er noget krav om, at kommunerne skal have det samme dokumentationssystem. Jeg dokumenterer i Domus. Jeg ved ikke, om [nævner kommune 1] dokumenterer i CSC, og [nævner kommune 2] dokumenterer i noget helt tredje. Og så kan jeg jo ikke komme ind og se, hvilke personer og hvilke tilbud jeg har brug for, som jeg kan kontakte i de forskellige kommuner.*

Samtidig med at teknologien påpeges som en barriere for vidensdelingen, peger medarbejderne også på, at der ikke altid er tid til at gøre brug af den viden, der faktisk er tilgængelig, særligt hvis der fx er tale om patienter, der indlægges akut.

2.2.3 Forløbsbeskrivelser, indsatser og rettigheder: Når borgerne må vente og ikke passer ind i en kasse

En anden central problemstilling vedr. siloerne, som medarbejderne påpeger, er, at siloerne ikke er særlig hensigtsmæssige, hvis borgerne ikke passer ind i de eksisterende kasser og indsatser.

Når borgerne ikke passer ind i kasserne: For syg til det ene og for rask til det andet

Leder i regionen: *Det er ikke supernemt, det der med at der er en regional og en kommunal del (...). En gang imellem kæmper vi med nogle enkelte patienter, som er for sindssyge til at kunne være i det kommunale, og vi kan heller ikke holde dem i tilstrækkelig lang tid her på sengeafsnittene. (...) De falder altså mellem to stole (...). Og så ender de ude i misbrug igen, ikke? Her kan der være nogle snitfladeproblemer a la hvem gør hvad hvornår?*

Flere fagprofessionelle peger også på, at sammenhængende indsatser vanskeliggøres af, at der er forskellige rettigheder hhv. tidsfrister i de forskellige systemer. For eksempel er der nogle patientrettigheder i psykiatrien og nogle tidsfrister for sagsbehandlingen i den kommunale socialpsykiatri, der ikke nødvendigvis er kendskab til eller forståelse for på tværs af siloer. En ansat i psykiatrien udtrykker fx frustration over sagsbehandlingstiden i forhold til at få tildelt en botilbudsplads i kommunalt regi, som ikke nødvendigvis harmonerer

med et behandlingssystem, hvor borgerne gerne skulle videre i systemet, når deres behandling er afsluttet.

At åbningstiden de fleste steder i socialpsykiatrien er på hverdage kl. 9-16 adresserer en leder i socialpsykiatrien også som et enormt dilemma i forhold til at sikre tværgående og koordineret samarbejde.

2.2.4 Organisation, ledelse og økonomi: Fravær af ressourcer og ansvar

Flere fagprofessionelle fremhæver, at en af kerneudfordringerne ved siloopdelingen ligeledes er, at det kan føles, som om der i forvejen ikke er nok ressourcer til at løfte opgaverne inden for siloen, og der dermed slet ikke er ressourcer til at løfte opgaver på tværs og skabe den ekstraordinære fleksible og koordinerede udredning og indsats.

Råderummet for samarbejdet mindskes, når der mangler ressourcer

Kommunalt ansat, afrusningsområdet: Det er det, der sker, når man tager alle ressourcerne to the max, som man gør lige nu. Så fjerner man råderummet til at være fleksibel omkring de akut opståede behov omkring de her mennesker, som alle godt ved kommer til at opstå dagligt.

De manglende ressourcer kan dermed betyde, at man ikke har tid til at foretage det akutte opsøgende arbejde, hvis man ser tegn på noget, der kunne være alarmerende, eller at sagsbehandlingen forlænges.

At der mangler ressourcer hos samarbejdspartnerne, fx i almen praksis og hos politiet, kan også betyde, at det tværgående samarbejde om at løse opgaven vanskeliggøres.

Råderummet for samarbejde mindskes, når der mangler ressourcer i kollegernes siloer

Leder på afrusningsområdet: *Nej. Der bliver brugt enorme ressourcer dagligt på at ringe til diverse instanser og sidde i telefonkø. Så kan man ringe til vagtlægen, så til egen læge og så prøve politiet. Og så dagen efter igen.*

Leder på botilbud: *Og de ved jo godt, at hvis vi ikke kommer igennem, så har vi at gøre med en borger, der måske om lidt smadrer en bolig eller rent faktisk truer personalet. Så koster det sygemeldinger. Og hvis man samler op på det her, så er der nogle andre borgere, der må vente til i morgen. Og hvis det så også tager 2 timer at komme igennem til lægen (...). Prøv og hør her, det er bare meget frustrerende.*

Leder på afrusningsområdet: *Det hele er jo i knæ. Egen læge har heller ikke tid til at komme. De er overbooket med 300 patienter om dagen.*

Leder på botilbud: *Vi havde en situation, hvor vi ringede til lægen, og så siger de på vagtcentralen: 'Har I prøvet at sige til ham, at han selv skal tage afsted?'. 'Prøv og hør, han har barrikaderet sig med et jagtgevær i sin bolig. Nej, jeg har brug for en læge.'*

'Nå, men måske I lige kunne starte med at motivere ham til at lægge geværet?'. 'Det har vi prøvet. Jeg ringer, fordi jeg har brug for en læge, så han kan blive indlagt på røde papirer. Vi ringer fra et bosted, der faktisk har rigtig meget erfaring med det her.'

2.3 Opsamling

Dette kapitel viser, at de interviewede fagprofessionelle og borgere oplever, at den specialisering og siloopdeling der kendetegner det offentlige social- og sundhedsvæsen udgør en væsentlig barriere for tværgående udredninger og indsats. En oplevelse, der falder i tråd med tidligere undersøgelser på området (Folker et al., 2017; Regeringens udvalg om psykiatri, 2013; Sundhedsstyrelsen, 2022).

De interviewede borgere er trods meget forskellige problemstillinger og forløb enige om, at en kort og fagspecifik indlæggelse af flere årsager har været problematisk i forhold til deres personlige recovery. Først og fremmest fremhæver borgerne, at den specialiserede psykiatriske udredning og indsats, som behandlingspsykiatrien tilbyder, risikerer at overse det hele menneske, fordi den opleves som havende et snævert fokus på medicinering, diagnosticering

og symptombehandling. De fire interviewede borgere oplever således ikke, at de er blevet mødt af det helhedsorienterede fokus, de havde forventet og følte, de havde behov for. Særligt har de oplevet et manglende fokus på det, som de selv definerer som deres bagvedliggende (hoved)problem (deres traumer), samt dysfunktionelle mønstre i hverdagslivet.

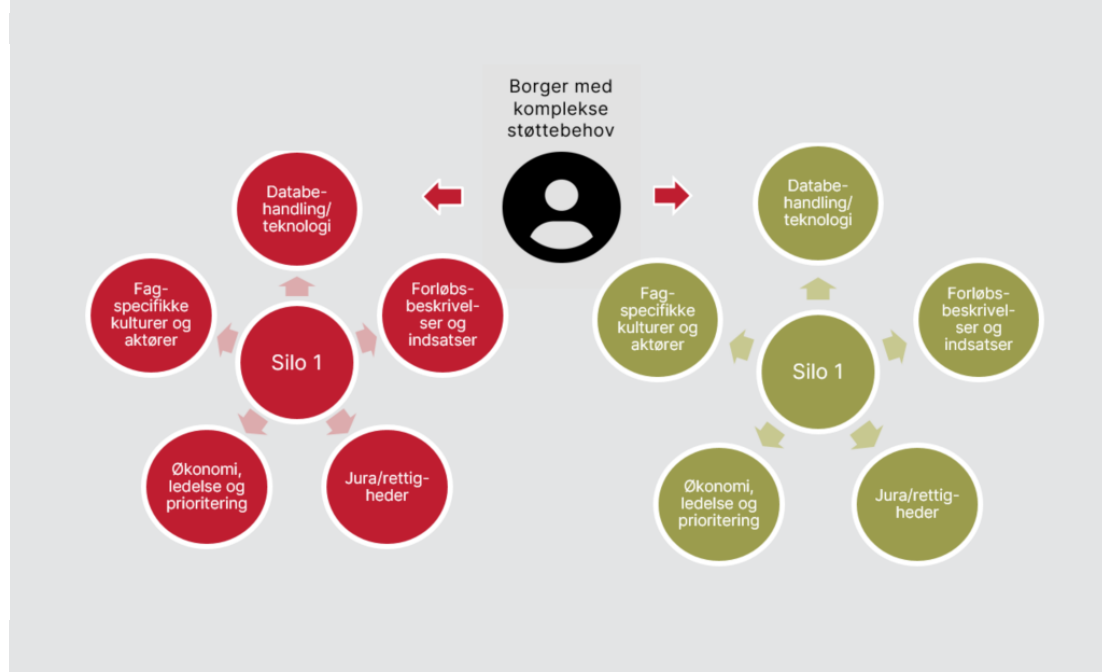
Borgerne peger selv på, at en mere helhedsorienteret psykiatrisk udredning og indsats med fordel kunne kobles tættere til et fokus på traumer samt på adfærds-, sygdoms- og livsmestring, hvis målet er personlig recovery. I den forbindelse er det interessant, at borgerne netop fremhæver socialpsykiatrien som en indsats, der tilbyder fokus på mestring. Borgerne beskriver dog, at specialiseringen og siloopdelingen mellem psykiatrien og socialpsykiatrien indebærer, at det er borgeren, der ofte ansvarliggøres ift. at bygge broer og finde rundt i systemet og de forskellige tilbud. Borgerne efterspørger således ikke kun en mere glidende overgang fra en indsats i behandlingspsykiatrien til en indsats i socialpsykiatrien, men også at indsatserne i højere grad integreres.

De fagprofessionelle medarbejdere og ledere zoomer ind på de organisatoriske forhold, der p.t. står i vejen for eller skærper udfordringerne omkring tværgående samarbejde om borgere i målgruppen. De fremhæver, at udfordringerne omkring en tværgående udredning og indsats bl.a. skærpes:

- når der ikke er placeret et klart institutionelt ansvar for borgerne (fx når borgerne falder mellem to stole og to typer lovgivning)
- når der på tværs af siloer mangler kendskab til hinandens forskellige lovgivning, syn på og tilgange til borgernes problemstillinger (fx fokus på hhv. diagnosticering eller sociale problemstillinger),
- når de institutioner, der skal samarbejde om borgerne, ikke har adgang til hinandens data, og
- når der ikke er afsat økonomi eller lavet handleplaner for det tværgående samarbejde vedr. disse borgere.

De interviewede fagpersoner beskriver således, at det ofte er op til dem selv (dvs. ikke indlejret organisatorisk) at udvikle samarbejder og kendskab på tværs og at udveksle information og udvikle forløbsbeskrivelser og indsatser på tværs. Figur 2.1 illustrerer, hvordan borgere i målgruppen risikerer at falde mellem to stole, fordi de har en relation til to eller flere siloer, som er underlagt hvert sit regelsæt, kulturer, it, økonomi og planer.

Figur 2.1 Borger, der falder mellem to 'siloer'



Kilde: VIVE.

3 Modeller for tværsektorielle indsatser og samarbejder – En litteraturgennemgang

Formålet med dette kapitel er at præsentere en række indsats- og samarbejdsmodeller, der enten direkte eller indirekte beskriver tværgående samarbejdsstrukturer og relationelle setupper, der vil kunne understøtte en tværgående udredning og indsats. Modellerne giver indsigt i, hvilke elementer og principper der kan være centrale at medtænke i en koordineret udredning og indsats, ligesom erfaringerne med modellerne peger på fordele og begrænsninger ved modellerne.

Kapitlet viser de centrale fund fra en fokuseret litteratursøgning (se afsnit 6.2). I kapitlets indledende afsnit argumenteres der for, at litteraturen kan inddeles i det, vi betegner som generelle samarbejdsmodeller og indsatsspecifikke modeller. I det resterende afsnit gennemgås først de generelle samarbejdsmodeller og derefter de indsatsspecifikke modeller.

Boks 3.1 Typen af samarbejdsmodeller, der beskrives i kapitlet

- **Generelle samarbejdsmodeller** specificerer, hvilke generelle elementer i tværfagligt og sektorielt samarbejde der skal være til stede, for at samarbejde på tværs af sektorer og fagligheder kan lykkes.
- **Indsatsspecifikke modeller** specificerer, hvilke elementer der skal være til stede i forhold til samarbejdet om en specifik målgruppe (fx hjemløse, patienter med gentagne indlæggelser, unge med dobbeltdiagnose) og i nogle tilfælde i forhold til en specifik problemstilling og snitflade (fx overgang fra botilbud til egen bolig).

3.1 Tværgående modeller i litteraturen – En analytisk gruppering

Interessen for modeller, der understøtter en integreret og sammenhængende indsats for borgere med bl.a. psykiske lidelser, tog fart allerede i slutningen af 1970'erne. Litteraturen på området illustrerer, at man kan arbejde med at styrke det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde gennem forskellige typer modeller. Samtidig understreger litteraturen, at forudsætningen for implementering af succesfulde modeller er, at de tilpasses den lokale kontekst og de specifikke problemer, der er i spil (Buch et al., 2018, p. 18; Shaw et al., 2011). I forbindelse med litteraturstudiet har vi som omtalt identificeret to hovedmodeller: generelle samarbejdsmodeller og indsatsspecifikke samarbejdsmodeller.

Helt overordnet kan man sige, at de to typer modeller afspejler, at udviklingen af modeller for tværgående indsatser og samarbejder ofte beskrives som noget, der sker i spændingsfeltet mellem ønsket om at koordinere den konkrete borgerrettede indsats og behovet for koordinering på tværs af organisationer (Buch et al., 2018; Nørgaard & Vestergaard, 2014). Det vi betegner, som *de generelle samarbejdsmodeller* har til formål at sikre og udvikle et godt samarbejde i og på tværs af organisationer og fag. De har derfor ofte hele populationen (eller en større delmængde) af borgere med komplekse problemstillinger som målgruppe. *De indsatsspecifikke modeller* forsøger derimod at give svar på, hvordan man helt lavpraktisk og operationelt kan designe, organisere og gennemføre en konkret indsats og et konkret behandlingsforløb omkring en specifik borger eller en specifik borgerrettet indsats til en afgrænset del af populationen, og herunder mere indirekte, hvilken samarbejdsform dette involverer.

I den resterende del af kapitlet beskrives og sammenlignes de centrale faktorer, der kendetegner de forskellige typer af generelle og indsatsrelaterede samarbejdsmodeller, der er identificeret i forbindelse med litteraturstudiet, og de erfaringer, der er genereret om anvendelsen af dem.

- **Erfaringer fra Norge:** Dette kapitel tager udgangspunkt i vores viden fra en dansk kontekst. I Bilag 5 kan læseren dog finde mere viden om erfaringer med samarbejdsmodeller i Norge, herunder ACT og F-ACT, Romerikesprojektet, Bærum-modellen, SPoR-Vestfold, Brobyggermodellen og Øyane-modellen.
- **Overblik over igangværende samarbejdsprojekter forankret i regionerne:** I Bilag 4 tilbydes en oversigt over en række igangværende projekter, der p.t. sætter fokus på tværsektorielt samarbejde.

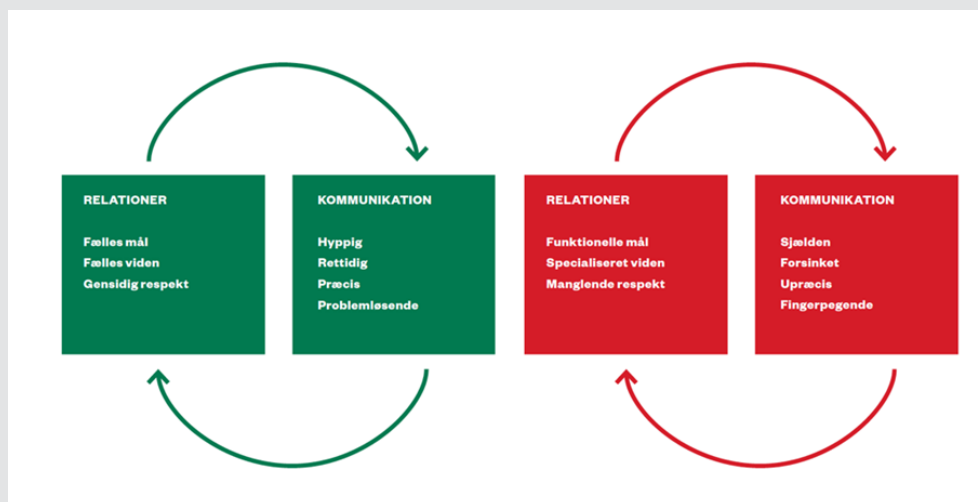
3.2 Generelle samarbejdsmodeller for relationelt samarbejde

I litteratursøgningen har vi jf. opdraget haft særligt fokus på to forskellige typer generelle samarbejdsmodeller, der har vundet indpas i en dansk kontekst: relationel koordinering og relationel kapacitet. Modellerne gennemgås nedenfor suppleret med to eksperter erfaring med implementering af modellerne i forhold til målgrupper med høj kompleksitet. I Bilag 1 er en samlet model, der opsummerer en række kernekaraktistika på tværs af modellerne. I bilaget gennemgås også koblingskompetencemodellen, som er en anden relevant generel samarbejdsmodel, der er udviklet i en dansk kontekst.

3.2.1 Relationel koordinering

Relationel koordinering (Albertsen et al., 2014; Gittel, 2009, 2012; Væksthus for Ledelse, 2016) sætter fokus på, hvordan man bedst muligt kan udvikle en arbejdskultur, der understøtter et tværfagligt eller tværsektorielt koordinerende samarbejde om en fælles opgave. Samtidig beskriver relationel koordinering nogle af de barrierer, der er for at skabe koordinerende samarbejde om en fælles opgave. Relationel koordinering skildres ofte billedligt gennem to såkaldte positive og negative spiraler som illustreret i Figur 3.1.

Figur 3.1 Centrale faktorer og dynamikker i relationel koordinering



Kilde: Albertsen & Wiegman (2014) og Væksthus for Ledelse (2016).

Kernen i relationel koordinering handler om at understøtte fundamentet og udviklingen af de positive grønne spiraler. Det gøres ved, at de aktører, som samarbejder om et givet forløb, har en tilstrækkelig grad af fælles mål, fælles viden og gensidig respekt blandt de involverede aktører, og at der er en hensigtsmæssig kommunikation mellem aktørerne (Albertsen et al., 2014). Et sådant fundament for samarbejdet vil ifølge modellen sikre, at aktørerne ikke lukker sig om sig selv (og egne ressortområder), og at kommunikationen ikke bliver fx forsinket eller fingerpegende.

3.2.1.1 Måling af relationel koordinering som centralt værktøj

Graden af relationel koordinering kan måles ved, at samtlige involverede samarbejdspartnere, fx psykiatrien, kommunen og almen praksis, besvarer syv spørgsmål i et spørgeskema om, hvordan de oplever, samarbejdet fungerer i forhold til en specifik prædefineret opgave. Der er tale om et standardiseret skema (hvor der spørges ind til dimensionerne i relationel koordinering) men hvor selve opgaven der samarbejdes om, skal udfyldes i den specifikke kontekst. I den oprindelige udformning af tilgangen var tanken, at det var opgaven (frem for fx en individuel borgers behov), der var centrum for udviklingsarbejdet, og de fagprofessionelle aktører, der var inde over opgaven (og ikke borgerne). Det skyldes et fokus på at udvikle hele kulturen/systematikken omkring opgaveløsningen mere generelt frem for uformelle og personbårne løsninger (Albertsen et al., 2014; Buch et al., 2018).

Ifølge den interviewede ekspert, der har arbejdet med relationel koordinering i bl.a. ældreplejen og i byggebranchen, spørger man i spørgeskemaet til samarbejdet omkring en central opgave, som kan være ret overordnet eller meget specifik. Eksperten forklarer i forhold til ældreplejen:

Man kan for så vidt godt definere den fælles opgave fx som at understøtte frøken Jensens gangfunktion, men ofte vil det jo være defineret mere generelt fx som at understøtte en borgers funktionsniveau.

3.2.1.2 Konkretisering og simplificering

Eksperten fremhæver, at arbejdet med modellen typisk kræver en kontekstualisering og simplificering. Hendes erfaring er, at det kan være omfattende og komplekst at arbejde med modeller og spørgeskemaer i den originale form, og at der er nogle elementer i relationel koordinering, der er mere afgørende for samarbejdet end andre. Først og fremmest handler det om at få aktørerne sammen. Men for at man kan vide, hvem de rette aktører er (hvilket også kan ændre sig over tid), er det afgørende at have defineret, hvori barriererne for samarbejdet ligger og et fælles mål for samarbejdet. Det er således ifølge eksperten afklaringen af, hvor problemerne ligger og definitionen af et fælles mål, der er fundamentet for arbejdet med relationel koordinering, fordi det bidrager til at etablere en fælles forståelse af målet med samarbejdet: Hvor vi skal hen? og Hvad skal koordineres bedre – og hvorfor?

Eksperten mener, at det er vigtigt at holde fast i kernefaktorerne i relationel koordinering (jf. Figur 4.1), men hun har selv god erfaring i at bruge eksperter og lægfolk inden for en given branche til at være med til at simplificere og definere, hvilke dimensioner, fx rettidighed i relation koordinering, der er relevante at fokusere på, og hvordan de kan defineres i en given kontekst.

3.2.1.3 Fastholdelse og forankring

I tråd med forskning på området (Albertsen et al., 2014; Edwards & Lundstrøm, 2014) påpeger eksperten desuden, at det er vigtigt at holde fast i, at der ikke skal måles bare for at måle, og at før- og efter-målinger ikke kan stå alene i forandringsarbejdet, bl.a. fordi fastholdelse og forankring af det gode samarbejde er en af de helt store udfordringer.

Baggrunden for at måle bør først og fremmest være at bidrage til at skabe et fælles billede og udgangspunkt: Hvor er problemerne, hvor er vi nu, og hvor vil vi gerne hen? Det kan give et fælles billede, som man kan få folk til at acceptere som et fælles udgangspunkt. Men

det kan man godt gøre på forskellige måder. Den traditionelle mapping er meget omstændelig og tung, fordi man skal forholde sig til så mange spørgsmål. Men vi ser også eksempler på, at man har udviklet forenkede praksisnære evalueringsredskaber, der er relevante. (Ekspert i relationel koordinering)

Et andet vigtigt led i at sikre forankring er ifølge eksperten at få relationel koordinering synliggjort og indarbejdet i arbejdsgange, informationssystemer, dagsordener på møder og belønningsstrukturer (så man belønnes for at arbejde på tværs).

3.2.1.4 Borgerinddragelse

Adspurgt om, i hvilket omfang og hvordan man i højere grad vil kunne inddrage borgerne i både afklarings-, udviklings og afviklingsfasen, understreger eksperten, at det er vigtigt at overveje, hvem der har behov for inddragelse og hvornår, og hvordan borgerne er i stand til at blive inddraget i processen.

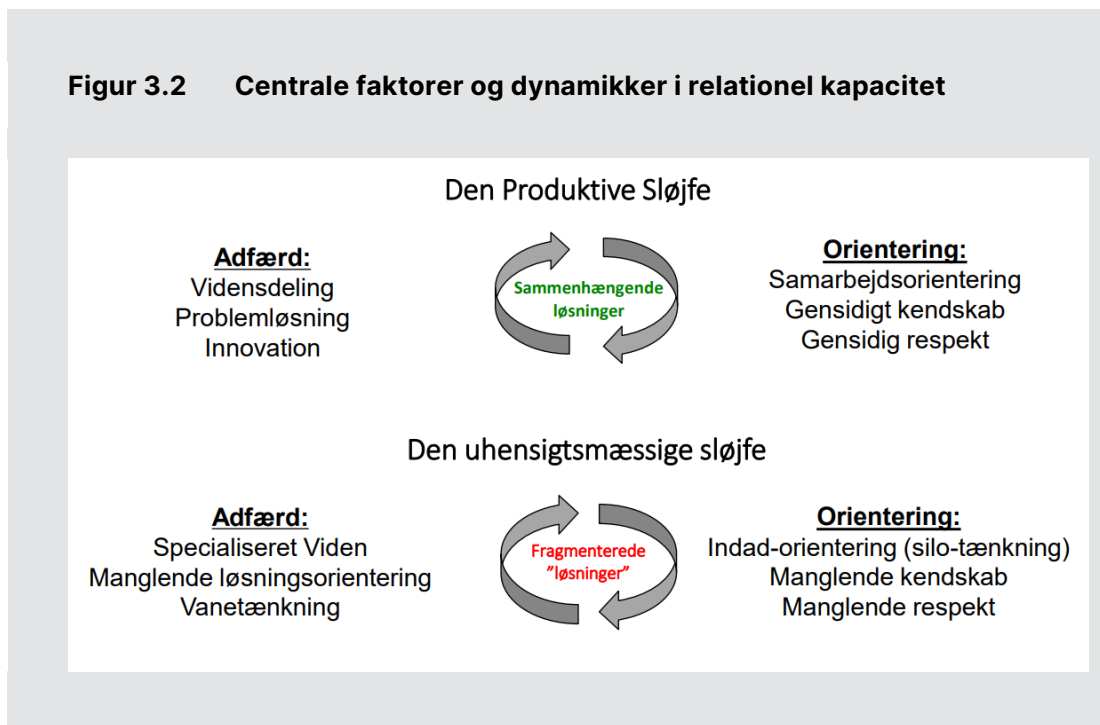
Jeg tror igen, det handler om, hvilken opgave der skal løses (i forhold til hvornår og hvordan borgeren skal inddrages) (...) Men man kunne godt forestille sig, at man kunne lave en måling på borgerens oplevelse af relationer og koordinering – hvordan oplever borgeren kommunikationen med psykiatrien, jobcentrene m.m., hvem (hvilke faggrupper) taler et sprog, de forstår osv.? (Ekspert i relationel koordinering)

Afslutningsvis påpeger eksperten, at man teknisk set ikke *implementerer* relationel koordinering: *Den er der allerede i forvejen, men man kan undersøge relationel koordinering og vælge at understøtte den gennem forskellige indsatser, organisering og redskaber.*

3.2.2 Relationel kapacitet

Ligesom relationel koordinering fremhæver modellen for *relationel kapacitet* (Hornstrup & Storch, 2018, 2021), at der eksisterer både produktive og uhenigtsmæssige sløjfer af hhv. sammenhængende eller fragmenterede indsatser og løsninger. Figur 3.2 fremhæver således nogle af de faktorer, der kan hhv. understøtte (den produktive sløjfe) eller nedbryde (den uhenigtsmæssige sløjfe) det tværgående samarbejde.

Figur 3.2 Centrale faktorer og dynamikker i relationel kapacitet



Kilde: Hornstrup & Storch (2018).

Relationel kapacitet tager desuden afsæt i individuelle borgeres behov og fokuserer på antallet og kvaliteten af relationer mellem relevante professionelle og andre aktører i borgernes netværk. Modellen er orienteret mod at styrke relationerne i borgernes netværk for herigennem at understøtte borgernes recovery. Modellen lægger op til løbende indsamling af viden om relationernes brug og styrke og anvender således i udgangspunktet en form for empirisk analyse som et iboende redskab. Helt overordnet er filosofien bag relationel kapacitet ifølge den interviewede ekspert, dels at borgeren skal være i centrum for sin egen recovery, dels at aktiviteten mellem relevante aktører udgør netværkets *relationelle kapacitet*. Der er også udviklet et analyseværktøj i forhold til relationel kapacitet. Organisationer og aktører på tværs af faglige og organisatoriske skel kan anvende værktøjet til at afdække den relationelle kapacitet i et givet netværk. Værktøjet består af en kort survey med en række spørgsmål til relationerne mellem netværkets aktører. Spørgsmålene handler bl.a. om, hvor bidragende en samarbejdsrelation er til den samlede problemløsning, hvor godt vidensdelingen fungerer, niveauet af gensidigt kendskab til de deltagende aktørers arbejde og ansvarsområder, gensidig respekt m.m.

På baggrund af spørgsmålene kan analyseværktøjet i tråd med analyseværktøjet i relationel koordinering anvendes til at kvantificere og opgøre netværkets relationelle kapacitet på specifikke områder (fx bidrag, vidensdeling, gensidigt kendskab, respekt m.m.) og mellem de deltagende aktører. Herved bliver det overskueligt, om bestemte relationer er relativt stærke og potentielt

vigtige for den fælles opgave i netværket, eller om et område kræver særlig opmærksomhed.

Det praktiske arbejde med opbygning af relationel kapacitet er først og fremmest funderet på en målrettet ledelsesindsats, som kaldes for relationel ledelse (Hornstrup & Storch, 2023/forthcoming). Opbygning af relationel kapacitet kræver således en aktiv og årvågen ledelse, som afklarer rammerne for samarbejdet omkring borgerne, engagerer sig i at understøtte den ønskede udvikling og involverer relevante mellemledere og medarbejdere i at udvikle de rigtige løsninger. Relationel ledelse handler om, at lederne står fast på en kollektivt funderet opgaveløsning, hvor det samme fælles mål skal efterfølges af alle aktører, og hvor lederne tager ansvar for at håndtere netværkets udvikling på baggrund af de gennemførte analyser af netværkets relationelle kapacitet.

Relationel kapacitet dækker således over både et analytisk niveau, som handler om løbende at registrere netværkets relationelle kapacitet, og et processuel niveau, hvor ledelsen understøtter netværket i en forandringsproces, hvis formål er at styrke evnen til at håndtere komplekse opgaver i fællesskab (Hornstrup & Storch, 2021).

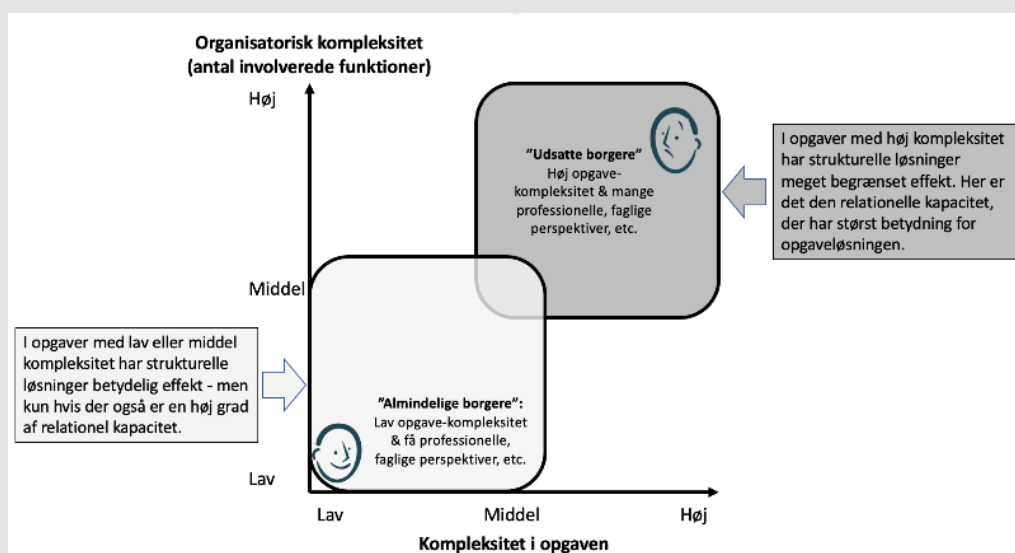
3.2.2.1 Erfaringer fra borgere med sammensatte og komplekse problemstillinger

Af særlig relevans for denne rapport er, at afprøvning af relationel kapacitet i forskellige kontekster viser, at målgruppen af borgere, der arbejdes med på tværs, spiller en rolle for relevansen af relationel kapacitet. Samarbejdet om den målgruppe, der betegnes som "almindelige borgere" (med lav kompleksitet i deres problemstillinger) adskiller sig fra samarbejdet om det, der betegnes som "udsatte borgere". Udsatte borgere forstås her som borgere, hvis problemstillinger er karakteriseret ved høj kompleksitet (dvs. mange samtidige problemer) og dermed også giver anledning til en høj grad af kompleksitet i både opgaveløsningen og organiseringen af samarbejdet (da det bl.a. vil kræve involvering af flere aktører) (Hornstrup & Storch, 2023/forthcoming).

Som det fremgår af Figur 3.3, kan samarbejdet om almindelige borgeres forløb klares gennem det, der betegnes strukturelle løsninger, hvilket ifølge den interviewede ekspert i relationel kapacitet er alle de forhold omkring samarbejdet, der kan skrives ned på papir, fælles it-systemer, forløbsplaner m.m. Når der derimod er tale om komplekse sager, fx familiesager, har de strukturelle løsninger begrænset effekt. Den interviewede ekspert påpeger således, hvordan resultater vedr. relationel kapacitet bl.a. viser, at jo større kompleksitet og uforudsigelighed, des højere grad af relationel kapacitet er der behov for til at generere en effektiv opgaveløsning. Det vil sige evnen til produktivt samar-

bejde omkring fælles opgaver. Denne konklusion støttes af forskning i tværsektorielt samarbejde på sundhedsområdet. Heri konkluderes det, at strukturelle løsninger har størst relevans på lav- eller middelkomplekse opgaver, og at alle former for strukturelle løsninger kun har effekt, hvis der samtidig er en høj kvalitet i den relationelle koordinering mellem aktørerne (Jacobsen et al., 2021).

Figur 3.3 Sammenhæng mellem kompleksitet i opgaveløsningen og betydning af relationel kapacitet



Kilde: Jacobsen et al. (2021) og Hornstrup & Storch (2023/forthcoming).

I de teams, hvor evnen til produktivt samarbejde er højt omkring komplekse opgaver, er teamene ifølge eksperterne kendetegnende ved, at ledelsen er i stand til at sikre:

- at alle deltager aktivt
- at der er en klar og afstemt fælles retning
- at problemer løses i fællesskab
- at konflikter med andre afdelinger støttes og tages op på lederniveau
- at lederne skaber rum til, at det tværfaglige samarbejde kan prioriteres
- at lederne bygger bro på tværs ved hjælp af oplæg, møder, workshops, kurser mv.

Samtidig understreger den interviewede ekspert også, at det ufravigelige centrum for ethvert samarbejde med og omkring borgere med komplekse støttebehov altid er borgeren selv. Det er således væsentligt for modellens anvendelse, at borgerens oplevelser og behov fra begyndelsen indgår som omdrejningspunkt for samarbejdet. Ifølge eksperten er det borgeren, som bedst kender sine egne behov, og det er ifølge eksperten borgerens oplevelser af og erfaringer med eventuelle sociale og sundhedsindsatser, som bør danne udgangspunkt for at prioritere udfordringer og løsninger. Desuden har borgeren også selv det bedste blik for, hvordan sammensætningen af netværket omkring opgaven bør være.

3.3 Indsatsspecifikke modeller

Litteratursøgningen viste, at der ud over generelle samarbejdsmodeller for tværgående samarbejde eksisterer en række indsatspecifikke modeller. Vi kalder dem indsatsmodeller, fordi de i kontrast til relationel koordinering og relationel kapacitet først og fremmest er konstrueret med henblik på at sikre en specifik type indsats og/eller behandling. Mere implicit rummer de dog også en model for, hvilket samarbejde en sådan indsats eller behandling kræver. Derfor anser vi dem som udtryk for forskellige former for samarbejdsmodeller, som vi grupperer i følgende tre typer:

- Forløbsteams (ACT, F-ACT)
- Forløbskoordinator (ICM, CTI, OPUS)
- Episodisk samarbejdsmodel (Åben Dialog).

Modellerne gennemgås nedenfor, mens læseren i Bilag 2 kan finde en samlet tabel, der opsummerer en række kernekaraktistika på tværs af modellerne.

3.3.1 Forløbsteams

I både ACT- og F-ACT-forløb er indsatsen baseret på etablering af teams på tværs af fagligheder og/eller sektorer, hvilket vil sige, at indsatsen udføres af et tværfagligt indsatsteam, der i sammensætning og form kan variere. Nedsættelse af et team stiller særlige krav til samarbejdet, og vi vil her skitsere nogle af de forudsætninger, litteraturen beskriver skal være til stede, for at samarbejdet kan lykkes.

Fælles mål

For det første er det blevet fremhævet, at det er væsentligt, at der er enighed om de fælles mål, der fastlægges og aftales sammen med borgeren (Benjaminsen, 2021). Den enkelte fagperson kan godt arbejde med forskellige delmål, så længe de alle understøtter de fælles og langsigtede mål, der er fastsat i teamet. Dette er med til at sikre, at borgeren oplever sammenhæng på tværs af indsatsen, uanset hvilken fagperson der samarbejdes med (Benjaminsen, 2021).

Teamånd og ejerskab

For det andet er det afgørende for teamets samarbejde, at der bliver skabt en teamånd, og at fagpersonerne tager ejerskab i teamet. Her har evalueringer af implementeringen af ACT-teams imidlertid vist, at dette kan udfordres, hvis ikke der sammensættes et fuldt team (Rambøll & SFI, 2013), eller hvis medarbejderne kun arbejder deltid som ACT-medarbejdere og dermed er todelt forankret (Amilon et al., 2017).

Afklaring af roller og ansvar

For det tredje peger erfaringer fra evalueringer af ACT og F-ACT på, at det er nødvendigt at sikre en klar og tilstrækkelig afklaring af roller og ansvar i teamet (Amilon et al., 2017; Nielsen, Hjorthøj, Nordentoft, et al., 2021). Denne afklaring bør ske, inden indsatsforløbet startes op, og erfaringer peger på, at det kan være givtigt at udarbejde konkrete funktionsbeskrivelser for de enkelte medarbejdere i ACT-teams, som tydeliggør rollefordelingen i indsatsen for borgeren (Amilon et al., 2017, p. 61). Desuden er det afgørende for et godt samarbejde i teamet, at medarbejderne løbende udnytter og respekterer hinandens fagligheder og roller bl.a. ved kun at bringe egen faglighed i spil, når det er relevant (Amilon et al., 2017). Her har evalueringen af implementeringen af F-ACT-teams peget på, at daglige møder i teamet var med til at skabe bevidsthed om, hvordan de forskellige fagligheder og kompetencer kan bidrage ind i indsatsen for borgeren.

Endelig har implementeringsevalueringer vist, at der kan være udfordringer ved at have fælles caseload, dvs. at det er teamet og ikke én medarbejder, der har ansvar for borgerens forløb (Nielsen, Hjorthøj, Nordentoft, et al., 2021). Dette kan skyldes modstand blandt medarbejderne, herunder at nogle medarbejdere ønsker at bevare en terapeutisk alliance til borgeren, hvis vedkommende er bekymrede for, at borgeren ikke engagerer sig i indsatsen, medmindre der er en stærk relation til en enkelt medarbejder. For at fælles caseload skal lykkes, anses det imidlertid som nødvendigt, at borgeren danner relationer til mere end én medarbejder også for at beskytte imod medarbejderfrafald. Desuden viser implementeringsevalueringen, at de fleste borgere

accepterede at mødes med flere i teamet, hvilket også højnede de fagprofessionelles motivation for at dele borgeren/patienten med flere i teamet (Nielsen, Hjorthøj, Nordentoft, et al., 2021).

3.3.2 Forløbskoordinator

I både ICM, CTI og OPUS står en forløbskoordinator (hhv. case manager, CTI-medarbejder, og kontaktperson) for at koordinere borgerens forløb og samarbejde tværprofessionelt og/eller på tværs af sektorer og/eller fagligheder. Således er der i disse tilgange mere vægt på, at omdrejningspunktet for det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde er den individuelle relation mellem borgeren og én specifik medarbejder/koordinator. Fælles for de tre tilgange er, at indsatsen er intensiv, og at forløbskoordinatoren har ansvar for at koordinere borgerens kontakt med øvrige kommunale og regionale tilbud og myndighedspersoner. I alle tre tilgange skal forløbskoordinatoren skabe sammenhæng i borgerens forløb og sikre kontinuitet i indsatsen på tværs af sektorer.

I evalueringer og metodemanualer for de tre tilgange er der blevet fremhævet nogle grundlæggende elementer eller forudsætninger, der er afgørende for, at der skabes sammenhæng og en koordineret indsats. Det er ikke muligt at komme med en samlet eller komplet liste for de forskellige tilgange, fordi modellerne har vidt forskellige formål og forskellige målgrupper, men vi vil alligevel fremhæve nogle enkelte punkter, der er afgørende for at lykkes med den koordinerende rolle:

- **Et bredt kendskab til tilbud:** Det er afgørende, at koordinatoren har et godt kendskab til eksisterende tilbud både i kommunalt, i regionalt og i civilsamfundsregi (Socialstyrelsen, 2021c).
- **Fokus på borgerens netværk:** Det er hele tiden relevant at afsøge og afprøve nye muligheder i forhold til, hvordan der kan skabes netværk omkring borgerne, også uden for kommunale og regionale tilbud, fx i civilsamfundet (Mehlsen & Amilon, 2018).
 - Det er vigtigt, at koordinatoren løbende arbejder med at etablere eller genetablere kontakt til borgerens familie eller venner, hvis borgeren ønsker det (Socialstyrelsen, 2021c).
- **Samarbejdsrelationer skal næres:** Det er vigtigt, at samarbejdsrelationer ikke tages for givet, og at de holdes ved lige (Mehlsen & Amilon, 2018).
- **Sammenhæng til andre indsatser/mål:** Det er vigtigt at sikre koordinering til eventuelle andre handleplaner, der er nedsat om og med borgeren (Socialstyrelsen, 2021c).

- **Fokus på opbygning af tillid:** Hvis borgeren har dårlige erfaringer med kontakten til offentlige myndigheder, kan det være relevant at arbejde med at genetablere tillid til systemet bl.a. ved at skabe og understøtte dialogen mellem borgeren og de forskellige andre aktører (Socialstyrelsen, 2021c).

3.3.3 Episodisk netværksmodel

Åben Dialog er et eksempel på en netværksbaseret tilgang, der kan anvendes episodisk til at løse kriser, der opstår i en igangværende indsats, men kan også i sig selv udgøre en netværksorienteret indsats. Indsats teorien bag Åben Dialog definerer dialog og samarbejde med relevante samarbejdspartnere som en central aktivitet i indsatsen.

De centrale faktorer i modellen består af syv grundprincipper:

- Hurtig indsats
- Inddragelse af netværk (borgeren inddrages i udvælgelse af repræsentanter til netværket, fx gennem mapping)
- Fleksibel indsats (korrigeres efter behov)
- Kontinuitet (fokus på sammenhæng)
- Tolerance (borgeren anses som ekspert på eget liv, og de fagprofessionelle antager en undersøgende position)
- Dialogorientering (der er særlige regler for kommunikation mellem mødedeltagerne)
- Nedsættelse af et netværksteam, der planlægger og afholder netværksmøder. (Social- og Boligstyrelsen, 2023/forthcoming).

Et netværksteam består typisk af følgende roller: en tovholder (der tager den første kontakt til borgeren), en mødeleder (der faciliterer og sætter rammerne for mødet, og som bl.a. sikrer, at alle kommer til orde) og en reflektant (der først og fremmest skal sikre, at der bliver lyttet og tager referat) (Social- og Boligstyrelsen, 2023/forthcoming).

Overordnet set konkluderer den danske litteratur om Åben Dialog, at netværksmøderne skaber gode rammer for dialog og samarbejde mellem borgere, pårørende og professionelle. Selvom netværksmødeformen kræver tilvænnelse for de forskellige parter, er det en gennemgående erfaring hos deltagerne, at

elementerne i netværksmøderne er meningsfulde (Lægsgaard et al., 2017; Socialstyrelsen, 2017a).

Litteraturen peger dog også på nogle centrale udfordringer i forhold til at etablere gode samarbejder i forbindelse med anvendelsen af Åben Dialog-netværksmøder:

- **Mangel på tid, rum og ressourcer** (Social- og Boligstyrelsen, 2023/forthcoming).
- **Svært at få behandlingspsykiatrien med:** Blandt andet viste det sig vanskeligt at få repræsentanter fra behandlingspsykiatrien til at deltage i netværksmøderne og hermed skabe samarbejder på tværs af sektorskel (Socialstyrelsen, 2017b).
- **Organisatoriske benspænd:** Samarbejdet på tværs af sektorer blev også udfordret af manglende koordinering, svag ledelsesopbakning og forskellige pengekasser (Socialstyrelsen, 2017b).
- **Begrænsede ønsker om professionel deltagelse hos borgerne:** Desuden kunne en hindring være, at borgerne ønskede, at kun de nærmeste samarbejdspartnere i socialpsykiatrien (fx bostøtte eller støttekontaktperson) skulle deltage som professionelt netværk (Lægsgaard et al., 2017).
- **Fordomme om målgruppen hos nogle professionelle:** Dertil kommer, at der kunne være en forestilling i den regionale behandlingspsykiatri om, at borgerne er for sårbare til at deltage i netværksmøder, hvor borgeren har en stor del af ansvaret for mødets form og indhold, hvilket de ikke kan holde til. Dog beskriver evalueringen, at repræsentanter fra den regionale behandlingspsykiatri løbende blev mere positive over for konceptet (Lægsgaard et al., 2017).
- **Uklar tovholderrolle og manglende bemyndigelse/autoritet til opfølgning:** Dernæst påpeger evalueringen en udfordring med tilstrækkelig opfølgning efter netværksmøderne (Lægsgaard et al., 2017). Her var der eksempler på, at borgeres ønske om at inddrage andre professionelle ikke blev imødekommet, og at tovholderne oplevede udfordringer med at følge op, fordi tovholderne oplevede ikke at have kompetence til imellem møderne at tjekke op på andre professionelle (Lægsgaard et al., 2017). Dette hænger også sammen med, at tovholderens rolle bliver beskrevet som noget uklar.

Et væsentligt læringspunkt fra evalueringerne er, at netværksmødet i sig selv ikke altid kan skabe sammenhæng i indsatsen og en større grad af ansvarsdeling, og at det derfor er vigtigt at italesætte spørgsmål om ansvar mere tydeligt, fx i afrundingen af et netværksmøde (Lægsgaard et al., 2017).

Boks 3.3 Find mere viden: Collabri og APU

I Bilag 1 udfoldes projekterne *Collabri* og *APU*. Projekt *Collabri* kan betegnes som en samarbejdsmodel baseret på en *forløbskoordinator*, hvor en care manager udfører behandlingen i samspil med den praktiserende læge. Derimod kan det tværsektorielle behandlingstilbud *APU* betegnes som et *forløbsteam*, da fagpersoner på tværs af sektorerne inddrages i behandlingen og på lige fod. Disse modeller er ikke med i afsnittet, fordi de er målrettet målgrupper med ikke-psykotiske lidelser (hhv. mennesker med depression og angst og unge med dobbeltdiagnose) og dermed ikke er relevante tilbud for denne kortlægnings målgruppe. Dog er der erfaringer fra de to projekter, som alligevel er væsentlige at fremhæve og drage inspiration fra.

3.4 Opsamling

I dette kapitel har vi præsenteret en række indsats- og samarbejdsmodeller, der enten direkte eller indirekte beskriver tværgående samarbejdsstrukturer og relationelle setupper, der vil kunne understøtte en tværgående koordineret udredning og indsats. Tabel 3.1 opsummerer vores fund.

Tabel 3.1 Modeller for tværfaglige og tværsektorielle samarbejder og indsatser

	Definition	Subgruppe	Eksempel
Generelle samarbejdsmodeller	Disse modeller har typisk fokus på at specificere, hvilke generelle faktorer og elementer der skal være til stede, for at et samarbejde på tværs af sektorer og fagligheder kan lykkes (og hvorfor de mislykkes). Typisk skeles der ikke til, hvilken population/målgruppe der er tale om, eller hvilken opgave der skal løses.		Relationel koordinering, Relationel kapacitet, koblingskompetence
Indsatspecifikke modeller	Disse modeller tilbyder typisk en konkret indsatsbeskrivelse ofte i forhold til en specifik målgruppe (fx hjemløse, patienter med gentagne indlæggelser, unge med dobbeltdiagnose) og i nogle tilfælde i forhold til bestemte snitflader og patienter med en specifik problemstilling (fx overgang fra botilbud til egen bolig). Samtidig rummer indsatsbeskrivelsen mere implicit en beskrivelse af et specifikt organisatorisk og relationelt setup (hvilke aktører, der bør inkluderes i samarbejdet og hvordan) og/eller en procesbeskrivelse (hvor lang tid forløbet skal vare, hvordan dialogen bør foregå m.m.). Mere implicit repræsenterer de således også en model for et samarbejde.	Forløbsteams , hvor borgeren har tilknyttet et fast tværfagligt team.	ACT, F-ACT
		Forløbskoordinator , hvor borgeren tilknyttes en medarbejder, der får ansvar for at varetage en koordinerende rolle.	ICM, CTI, OPUS
		Episodisk netværksmodel	Åben Dialog

Kilde: VIVE.

Afsættet for de generelle samarbejdsmodeller relationel koordinering og relationel kapacitet udgør dynamiske modeller, der bl.a. beskriver, hvordan og hvorfor tværgående samarbejde kan være karakteriseret ved hhv. negative og positive spiraler. Helt overordnet beskriver disse to modeller, hvordan manglende respekt, manglende kendskab og indad-orientering (specialiseret viden og silotænkning) og uhensigtsmæssig kommunikation (forsinket, upræcis, fingerpegende og sjælden) bliver kimen til en fraværende eller negativ samarbejdskultur (og spiraler). Udfordringer som de interviewede fagprofessionelle også har erfaret i forhold til samarbejdet om målgruppen (se afsnit 2.2). Samtidig fremhæver modellerne faktorer, der kan understøtte opbygningen af positive tværgående samarbejds kulturer. Ifølge modellerne er samarbejde om fælles mål betinget af gensidig forpligtelse, respekt, gensidigt kendskab og et fælles vidensgrundlag. Opnåelse af fælles mål kræver ligeledes, at kommunikationen skal være præcis og rettidig, ligesom de beslutninger, som træffes, skal være afstemt først og fremmest med borgeren, men også med alle deltagende aktører. I nogle samarbejder kan det desuden være nødvendigt at tænke ud af boksen og agere innovativt.

Mens tværgående samarbejde er selve målet i de generelle samarbejdsmodeller, er udgangspunktet for de indsatspecifikke modeller forløbsteams, forløbskoordinatorer og episodiske netværksstilgange i højere grad et mål om at iværksætte eller udvikle en tværgående ydelse, indsats- eller behandlingsstrategi.

Mere implicit beskriver de indsats-specifikke modeller dog også, hvilke elementer der kan sikre, at det tværgående samarbejde omkring leveringen af ydelsen kan sikres. Som det fremgår af Tabel 3.1, giver modellerne forskellige bud på, hvordan der kan samarbejdes i forskellige snitflader og/eller former (fx i faste teams eller netværksbaseret) om borgeren. Kigges der på tværs af disse modeller, fremhæves det, at de faktorer, der kan bidrage til et styrket samarbejde om indsatser, bl.a. er teamånd, fælles ejerskab, opbygning af tillid, løbende næring af relationer, rolle- og ansvarsafklaring, gensidigt kendskab/relationsobygning, rettidigt fremmøde/kommunikation, orientering mod fælles mål og arbejdsdeling om disse mål samt borgerinddragelse og deltagelse.

En vigtig pointe, der kan drages på baggrund af kapitlet, er, at en vellykket implementering af både indsats- og samarbejdsmodeller kræver, at modellerne tilpasses den specifikke kontekst, de skal implementeres i (borgerens problemstilling, snitflader, relevante aktører m.m.). Desuden er en vigtig erfaring på tværs, at selvom erfaringerne med de tværgående indsatser og samarbejder er lovende, så løser de ikke alle problemer, men genererer derimod (nye) spørgsmål og problemstillinger. Endelig er det af særlig relevans, at afprøvnin-ger af relationel kapacitet, viser, at standardiserede strukturelle og nedskrevne løsninger (fx fælles it-systemer, forløbsplaner m.m.) har begrænset effekt i forhold til at understøtte samarbejdet omkring meget komplekse målgrupper. Meget komplekse borgere kalder derimod på mere overordnede principper, der kan opbygge den relationelle kapacitet mellem aktørerne og sikre fleksibilitet og elasticitet i forhold til løbende justeringer og tilpasninger.

På baggrund af kapitlet forsøger vi nedenfor at indkredse en række overordnede faktorer for tværgående samarbejder og indsatser. Det er faktorer, der er identificeret på tværs af en eller flere af samarbejds- og indsatsmodellerne, og som dermed kan ses som et kvalificeret bud på faktorer eller elementer, der med en vis sandsynlighed vil kunne understøtte tværgående samarbejder om borgere med komplekse og samtidige problemstillinger. Vi har opsummeret disse elementer og faktorer i Tabel 3.2, ligesom vi i tabellen er påbegyndt med en tematisering og gruppering af faktorerne i forhold til tre specifikke fokusområder.

Tabel 3.2 Tematisering af faktorer i samarbejds- og indsatsmodellerne

Overordnet fokusområde	Centrale faktorer, der er fremhævet i litteraturen om samarbejdsmodeller	Elementets modelspecifikke tilhørsforhold
Samarbejdskultur og psykologisk tryghed	Gensidig respekt	Relationel koordinering, relationel kapacitet
	Gensidig forpligtelse	Koblingskompetence
	Teamånd og ejerskab	Forløbsteams
	Opbygning af tillid, løbende næring af relationer	Forløbskoordination, Åben Dialog
	Rolle- og ansvarsafklaring	Forløbsteams, Åben Dialog
Gensidigt kendskab, kommunikation og vidensdeling	Bringe aktørerne sammen og skabe gensidigt kendskab	Relationel kapacitet, forløbskoordinator, koblingskompetence
	Vidensdeling/fælles viden	Relationel kapacitet, relationel koordinering
	Præcis kommunikation: nuancere sprogbrug, forståelser og fagudtryk	Relationel koordinering, koblingskompetence
	Rettidig og/eller hyppig kommunikation	Relationel koordinering, forløbskoordinator, Åben Dialog
	Innovativ og/eller problemløsende kommunikation	Relationel kapacitet, relationel koordinering
Orientering, ledelse og beslutninger	Fælles mål	Relationel koordinering, koblingskompetence, forløbsteams, forløbskoordination
	Samarbejdsorientering	Relationel kapacitet
	Evaluering	Relationel kapacitet, relationel koordinering
	Tværasektoriel ledelsesopbakning og koordinering	Åben Dialog, Relationel kapacitet, Relationel koordinering
	Rolle- og ansvarsafklaring ⁷	Forløbsteams, Åben Dialog

Kilde: VIVE.

⁷ Dette element er placeret to steder i tabellen. Det skyldes, at der kan være tale om en rolleafklaring i forhold til roller og funktioner i samarbejdet med og om borgerne, men også at der kan være tale om en mere formel afklaring af det mandat, de enkelte aktører bringer ind i samarbejdet.

4 Efterspørgsel og anvendelse af tværgående løsninger – Erfaringsperspektiver

I kapitel 2 har vi præsenteret en række samarbejds- og indsatsmodeller, der er beskrevet i litteraturen. Målgruppen for disse modeller er typisk borgere med komplekse og samtidige problemstillinger, hvilket ligeledes kendetegner målgruppen for denne undersøgelse (se afsnit 1.3). Formålet med dette kapitel er at zoomere yderligere ind på de samarbejds løsninger, der aktuelt anvendes og efterspørges i forhold til målgruppen af borgere med psykiske vanskeligheder, komplekse støttebehov og hyppig kontakt til behandlingspsykiatrien.

Kapitlet er primært baseret på interviews med både borgere og fagprofessionelle, men trækker også tråde til relevante kvalitative undersøgelser på området. Kapitlet indledes i afsnit 4.1 med en introduktion til de fire interviewede borgeres oplevelse af, hvilke typer indsatser og fora der kunne understøtte en koordineret udredning og indsats. Derefter udfoldes de samarbejds løsninger, der aktuelt anvendes og efterspørges blandt de fagprofessionelle i afsnit 4.2.

4.1 Borgerperspektiver

I afsnit 2.1 har vi introduceret de fire borgere, vi har interviewet i forbindelse med undersøgelsen. I interviewene med disse borgere lagde de mest vægt på de udfordringer, der er og har været knyttet til deres indsatser. Flere af borgerne havde imidlertid også vigtige inputs til, hvilke tværgående indsatser og samarbejder der vil kunne bidrage til personlig recovery, bl.a. baseret på deres egne erfaringer med nye lovende initiativer. Nedenfor har vi opstillet borgernes centrale ønsker i forhold til fremtidige tiltag:

- **Individuelle tilbud, der kan 'holde mig på sporet og skabe mindre kaos' i overgangen fra udskrivelse til hverdagsliv.** Det kunne fx være en bostøtte eller et botilbud, men som Tove understreger, kræver det, at man har en bostøtte, allerede inden man bliver udskrevet.
 - Flere borgere, særligt Tove og Henrik, efterspørger indsatser, der kan hjælpe til en, som de selv siger, sundere hverdag: samtaler, motion,

struktur på hverdag og bolig, herunder også beskæftigelse og kreative udfoldelsesmuligheder. Som Henrik forklarer: *Immervæk er jeg lidt for ung til førtidspension. Det er også drønvigtigt for mig for at kunne holde mig stoffri. Hvis jeg bare skal gå i min egen trummerum hele dagen, så er der stor risiko for, at jeg falder i igen, at jeg kommer til at romantisere min gamle adfærd.*

■ **Større fokus på integration: Diagnoser og problemstillinger hænger sammen og skal behandles samtidigt.**

- Henrik oplever, at det har værdi for ham, at der er kommet en større accept af, at psykiatri og misbrugsbehandling spiller sammen: *Jeg får opfattelsen af, at man inden for psykiatrien begynder at tage mere højde for dobbeltdiagnosticerede. Og bare det er bestemt et skridt i den rigtige retning. For det er måske også lidt meget at forlange, at folk efter mange års misbrug skal kunne være helt afholdende for at kunne komme ind i systemet. At psykiatri og misbrugsbehandling spiller lidt mere sammen, det kunne jeg have haft gavn af noget før, for jeg er tit faldet mellem de der to stole: Den ene kan ikke tage sig af det andet, og den anden kan ikke tage sig af det ene.*

■ **Netværks- og udskrivningsgrupper, der kan bidrage til at finde den rette indsats, og en større sygdomsforståelse og (peer)støtte.**

- Både Tove og Elin har gode erfaringer med hhv. en netværksgruppe og en udskrivningsgruppe, der har udgjort en stor værdi og forskel for dem og deres forløb.

Stormøder og netværksgruppe omkring udskrivning

Elin: *Noget, der også fungerede godt, er, at vi holdt sådan nogle stormøder med psykiatrien, kommunen og politiet. Vi snakkede om, hvad vi kunne gøre for at skabe den bedste støtte. (...) Det var ret overvældende, fordi der sad så mange mennesker, men det virkede godt. (...) Jeg var hjemløs, og vi skulle finde ud af, hvor og hvordan jeg skulle bo. Vi undersøgte, om jeg kunne få lov til at få egen lejlighed og så sove på et værelse på et bosted. Det ønskede jeg, og det anbefalede psykiatrien også, men det kunne ikke lade sig gøre kommunalt. Lige den del virkede ikke godt lige med det samme, men jeg synes, at det der med, at vi blev samlet og kunne snakke om det på samme tid, fungerede godt. Nogle gange, når man har så mange forskellige instanser inde over, så er det lidt svært (...). Men hvis man så kan sige: Vi holder et møde og laver en eller anden plan, så vi allesammen kan gå den samme vej og hjælpe mig bedst med at finde ud af, hvad jeg godt kunne tænke mig, og hvordan vi så kan få det ud i verden. Hvad er mine drømme? (...) Mit liv har måske også været lidt kaotisk, kan man sige. Jeg tror også, det er derfor, jeg har haft så meget at gøre med kommunen og psykiatrien. Der har ikke rigtig været noget stabilt, som der så er nu. Og det kan man så se, kan betale sig, for jeg har ikke været indlagt i et halvt år, og jeg har det bedre, og der er kommet den rette støtte. Jeg er flyttet på bosted, fordi jeg havde brug for nogen, der kunne være der i aften- og nattetimerne.*

Tove: *Et andet tilbud, som jeg har haft stor glæde af, og som bliver mere og mere udbredt, det er, at jeg kom i en udskrivningsgruppe, som er baseret på åben dialog og styret af medarbejdere med forskellig faglighed, fx sygeplejersker og en kreativ. Og dem, der er med i gruppen [de andre borgere], har selv været der [i hendes situation] (...). Det giver stor værdi. Det er, fordi man hører. Altså man sidder med en masse spørgsmål og bebrejdelser. Sådan er der meget. Plus selvmordstanker og tanker om, at man bare er til besvær. Det får man vendt, og man hører, at andre har det på samme måde. Vi fejler ikke det samme, vi er kommet ind af forskellige årsager [i psykiatrien], men det er gengangere. Det er godt at høre. Og frustrationer omkring hvorfor og angsten for, hvornår det tipper igen, og man falder ned igen. Man glemmer nogle gange at leve, fordi man er bange for, at det går galt igen. Det er en god måde at behandle folk på, uden det er behandling (...). Vi sidder ved et rundt bord. Vi er nogle stykker, som har fulgt det i nogle år, og vi kan se, hvordan vi udvikler os. Vi er inde omkring forskellige samtaler. Man sidder ved rundbordet, og så fortæller man om, hvordan det går, så lytter man til hinanden, så skriver de ned, så næste gang bliver der reflekteret over det, vi sagde gangen før. Man hører sine egne ord om, hvordan det var den dag.*

Boks 4.1 Dimensioner, der har betydning for oplevelsen af sammenhæng – et borgerperspektiv

En tidligere undersøgelse af 15 mennesker, der var tilknyttet psykiatrien, har også afdækket hvilke dimensioner, der spiller en rolle for borgernes oplevelse af sammenhæng (Folker et al., 2017). Undersøgelsen peger på, at følgende dimensioner spiller en rolle for borgerens oplevelse af sammenhæng:

- en systemisk dimension (bl.a. at kunne finde rundt i og på tværs af systemer)
- en relationel dimension (bl.a. interessevaretagelse og opbyggelsen af tillid til aktører),
- en samfundsmæssig dimension (bl.a. oplevelsen af, at man er en integreret del af samfundet og dets fællesskaber)
- en eksistentiel dimension (oplevelsen af at blive anerkendt og have værdi).

4.2 Fagprofessionelle perspektiver

I kapitel 2 beskrives nogle af de centrale problemstillinger omkring specialisering og siloopdelingen, som de fagprofessionelle ser som en af de væsentligste årsager til vanskelighederne i samarbejdet omkring koordinerede indsatser. Flere af de fagpersoner, vi har interviewet, er dog allerede i gang med at afprøve forskellige tiltag, der er sat i verden for at imødegå nogle af disse udfordringer. Disse tiltag og erfaringen med dem udfoldes i dette afsnit, ligesom afsnittet påpeger nogle af de nye risici, barrierer og afvejninger, der opstår, når man udvikler koordinerede tværgående udredninger og indsatser. Efterspørgslen i forhold til det tværgående samarbejde vedrører særligt:

- Hvordan opsporer og identificerer man borgere, der er i målgruppen?
- Hvordan skaber man kendskab og åbenhed på tværs?
- Hvem har ansvar for at initiere, lede og sikre kontinuitet?
- Hvordan skaber man en struktur, der også er tilpas fleksibel?
- Hvordan skaber man et bæredygtigt og beslutningsdygtigt samarbejde?

4.2.1 Opsporing af og koordinerede indsatser for målgruppen – nye løsningsmodeller

Fagpersoner i både region og kommune er enige om, at det kunne være værdifuldt, hvis man var bedre til at danne sig et overblik over, hvem borgere med komplekse problemstillinger og hyppige indlæggelser er, så der kan skabes en større bevidsthed om, hvem det er ekstra vigtigt at samarbejde om bl.a. for at undgå uhensigtsmæssige genindlæggelser. Afsnit 1.3 kan ses som et foreløbigt og overordnet bidrag til en sådan en indkredsning af målgruppen. Men hvis der skal ske en opsporing lokalt, er et generelt overblik over målgruppen ikke nok.

En mulig løsning, som nogle af de interviewede fagprofessionelle anvender, er, at psykiatrien bliver bedre til at screene, hvem svingdørspatienterne er. Som det beskrives nedenfor, har man i en region etableret et analyseudvalg, der netop sætter fokus på at opspore og intensivere samarbejdet om de patienter, der har flest årlige indlæggelser.

Erfaringer med analyse- og screeningsudvalg i psykiatrien

Formål og målgruppe: Analyseudvalget blev initieret af en cheflæge, en ledende socialrådgiver og en tværfaglig konsulent. Analyseudvalget arbejder med de 20 patienter i regionens psykiatri, der har flest årlige genindlæggelser. Analyseudvalget initierer løbende analysemøder, der har til formål at lave en kvalitativ vurdering af hver enkelt af de 20 patienter. Fokus i analysemøderne er, hvorfor patienten blev indlagt sidste gang, hvordan man eventuelt kan undgå fremtidige indlæggelser, eller hvordan man gør eventuelt fremtidige indlæggelser mere behagelige for patienten. Formålet er således enten helt at undgå fremtidige indlæggelser eller at nedskalere dem, der eventuelt måtte komme. Den tværsektorielle konsulent er som oftest mødeleder.

Analysemøder og aktører: På analysemøderne deltager en række aktører. Analyserne tager afsæt i patienten som den vigtigste person og fokuserer på patientens ønsker og behov, herunder hvad der fungerer og ikke fungerer i patientens hverdag. Foruden analyseudvalget og patienten deltager pårørende til patienten og fagprofessionelle fra både region (fx personale fra sengeafsnit, hvor patienten tidligere har været indlagt) og kommune (fx ansatte ved botilbud, socialrådgivere, rusmiddel- og jobkonsulenter). På analysemøderne bygges et resume op, der følger et på forhånd fastlagt skema. Resumeet lægges ind i patientens journal, der findes på Sundhedsplatformen, som er det regionale sundhedsvæsens elektroniske journalsystem. Det kommunale personale får adgang til resumeet, men ikke borgers oplysninger i Sundhedsportalen.

Udbytte i forhold til samarbejdet: På baggrund af analysen er fastlagt og koordineres en række indsatser, der forsøger at forebygge eller forbedre fremtidige genindlæggelser, og som kan involvere aktører fra både region, kommune og eventuelt borgerens omgangskreds. Indsatserne fokuserer i særlig grad på at skabe sammenhæng i borgerens hverdag, hvilket kan understøttes af både kommunale aktører (fx SKP'er, hjemmehjælpere) og ansatte i regionen (fx støttekontraktperson fra psykiatrien). Erfaringen er, at det er vigtigt, at en masse af forebyggelsen foregår i kommunalt regi, for det er jo ikke behandlingspsykiatriens opgave, især ikke når det kommer til børn og unge. Overordnet set vurderes det, at analysen fungerer godt og bidrager til at skabe bedre sammenhæng på tværs af siloer for de borgere, der har de mest komplekse problemstillinger.

Patienternes reaktion: Erfaringen er, at patienterne reagerer lidt forskelligt på analysen. De fleste vil gerne fortælle om deres oplevelser, men der er nogle, der melder afbud eller ikke trives på møderne, hvilket bl.a. kan hænge sammen med, at de har en lang, negativ historik med psykiatrien.

Cheflæge i psykiatrien: Der er masser af vores patienter, der har dårlige oplevelser med at sidde i mange møder med os. Man har tidligere været exceptionelt dårlige til det. Så hvis du har en lang historik i psykiatrien, kan du meget vel have oplevet nogle møder, hvor der slet ikke er blevet lyttet til dig. Og så kan du måske finde dig lidt ubehageligt til mode, når psykiatriens ansatte pludselig opfører sig anderledes. Det er et kæmpe dogmeskift, at patientens mening og personlige recovery og empowerment er blevet så vigtige i vores system. Det er jo en udvikling, der først for alvor er kommet til Danmark de seneste 10-15 år. Selvfølgelig, hvad borgeren siger, er nyt og giver anledning til nogle nye samtaler og løsninger.

I afsnit 1.3 er det beskrevet, hvordan et karakteristisk ved genindlæggelser er, at de ofte foregår uden for normal åbningstid. Ligeledes er udskrivninger uden for åbningstiden forbundet med en høj genindlæggelsesfrekvens. At skabe indsatser og tilbud, der er åbne uden for normale ordinære åbningstider, er imidlertid en løsning, der bl.a. eksperimenteres med flere steder i socialpsykiatrien i bl.a. Rudersdal, Esbjerg og Herning (Jensen, Bom, et al., 2021, p. 80ff). Sociolancen er et andet eksempel. Det er en udekørende tjeneste, der drives tværsektorielt af både Region H og Københavns Kommunes Socialforvaltning. Tjenesten opleves som havende et stort potentiale for at forebygge fx en tendens til at køre borgere på en akutmodtagelse, fordi fagpersonerne ellers ikke ved, hvor de skal placere borgerne i systemet, fx fordi de får det dårligt uden for kommunens åbningstider.

Lokal akut opsporing hver dag og både dag, aften og nat: Sociolancen

Leder, Sociolancen: *Vi sparer rigtig mange sengepladser både i somatikken og i psykiatrien, hvis vi kan hjælpe dem, der vurderes til ikke at skulle i psykiatrien, med at få nogle tilbud, som kan være noget, de kan gøre fredag, lørdag og søndag nat, indtil de får en kontaktperson, der kan få en relation til dem og måske hjælpe dem videre. Det gør vi jo så ofte på vagterne. Så siger vi: Er du interesseret i, at der kommer en her og ringer på hos dig og kan tale med dig om dine problematikker? Og det er der jo faktisk rigtig mange, der er interesseret i (...). Mange af dem, vi kommer ud til, skal faktisk ikke ind på en akutmodtagelse. Problemet har været, at ambulancerne har kørt dem frem og tilbage, for det er det, de må, og det er det, de skal. Men vi har jo den fordel, at vi må tænke ud af boksen i nuet og i stedet gøre det, som er bedst for borgeren. Indimellem når man ikke længst ved at køre dem til en akutmodtagelse, medmindre det selvfølgelig er nødvendigt, men det bliver der jo også lavet en sundhedsfaglig vurdering af i bilen, når vi er der.*

Sociolancen drives af Region H's akutberedskab i samarbejde med Københavns Kommunes Socialforvaltning.

4.2.2 Efterspørgsel efter tværgående kendskab og synliggørelse af multiple agendaer

Som beskrevet i afsnit 2.1 påpeger flere fagprofessionelle, at en af de eksisterende kerneudfordringer i det tværgående samarbejde er en indad-orientering omkring specialiserede funktionsmål. Det indebærer bl.a., at aktører, der arbejder med borgere med komplekse problemstillinger, har begrænset kendskab til hinanden på tværs. Nogle medarbejdere lægger således vægt på, at øget kendskab på tværs ville kunne skabe et bedre samarbejds-klima.

Bedre kendskab til hinandens arbejde vil skabe færre misforståelser og mindre mistro

Koordinator ansat i socialpsykiatrien: Ja, men det er måske også mere forståelsen af, hvordan den anden lejr fungerer, der ligger i det relationelle. Mere end at det handler om, at nu kan du og jeg fungere, fordi vi kender hinanden. Når man har en eller anden forståelse af, hvad den anden lejr laver. Når man ved, at de er ikke bare dumme oppe på [botilbud], de laver også bare deres arbejde. Når man kan begynde at have en forståelse af de rammer, vi arbejder under (...). Der er ikke nogen, der ikke handler ud fra, at de vil borgerne det bedste, men alle handler ud fra de rammer, de har. Og den kobling er helt essentiel og vigtig. Når vi er mega oppe at skændes og er fanget mellem apoteket og egen læge, fordi FMK ikke ser ens ud på vores skærme, så kræver det, at vi ved, at FMK ikke ser ens ud på vores skærme, før vi begynder at tro på, at den anden ikke bare er en idiot, der ikke gider hjælpe.

En anden fagperson peger på, at det vil kunne forbedre samarbejdsklimaet, hvis man var mere ærlige over for hinanden bl.a. om, hvilke agendaer man hver især bringer med.

Åbenhed vil gavne samarbejdet på tværs

Områdeleder i socialafdeling: Ja, helt ægte ja. Jeg har sådan en gammel kæphest: agendaer. Hvad er det for agendaer, vi to går ind i mødet med? Hvis din agenda er at bruge færrest mulige penge, så kan det være en agenda, der står i vejen for, at vi kan udvikle noget, der er positivt for borgeren. Hvad er det for en kasket, du går ind i rummet med? Hvorfor er det, vi sidder her? Hvad er det for en agenda, vi har med herind? Hvis vi skal lave en løsning, kan vi så være helt åbne og ærlige over for hinanden? Så for mig er kontekstafklaring og afstemning meget vigtigt. Nogle vil aldrig sige det, men det kommer altid til syne (...). Hvis ikke man kontekstafstemmer, så er det pseudo, at vi sidder her. Man skal ikke lave et drømmescenarie for borgeren, man ikke kan realisere.

4.2.3 Gode erfaringer med tværgående koordinerede indsatser – men hvad med ansvar, kontinuitet og fleksibilitet?

Interviewene med fagpersonerne viser, at der er stor efterspørgsel efter at skabe nye rammer for det tværgående samarbejde. Flere af de fagpersoner, vi

har interviewet, har således også kendskab til og erfaringer med det, vi i afsnit 3.3 omtaler som indsats-specifikke modeller. De interviewede fagpersoner anser dem som gode løsningsmodeller i forhold til målgruppen. Samtidig viser interviewene, at der er uklarhed om særligt tre konkrete aspekter, der vil blive udfoldet nedenfor.

4.2.3.1 Hvem skal initiere og/eller lede samarbejdet?

Modellerne i sig selv giver ikke nødvendigvis svar på, hvem der skal initiere og/eller lede samarbejdet. Det behøver ikke nødvendigvis at være den samme aktør. Nogle fagpersoner peger på, at det vil være mest oplagt, at det var psykiatrien, der initierede og ledede samarbejdet, bl.a. fordi, "vi [i det kommunale] jo ikke altid ved, at borgeren er indlagt". Omvendt peger andre kommunale medarbejdere på, at det netop burde være kommunerne, fordi "det jo er i kommunen, at borgernes dagligdag og liv foregår", og det derfor ofte er de kommunale medarbejdere, der kender borgeren bedst (og over en længere kontinuerlig årrække). Endelig er der fagpersoner, der peger på, at der er behov for en koordinerende person eller et koordinerende team, der er institutionelt uafhængig af alle kommunens søjler, for ellers ender det med, at "det, vi har fokus på, er det, vi får mere af".

Boks 4.2 Socialpsykiatriens rolle som ankerpunkt i samarbejdet

Undersøgelser af god kvalitet på botilbud (Jensen, Neidel, et al., 2021; Socialstyrelsen, 2021a) og bostøtteområdet (Jensen, Bom, et al., 2021; Jensen, Neidel, et al., 2021) viser, at der på begge områder er kommet øget fokus på vigtigheden af et velfungerende tværgående samarbejde og helhedsorientering, herunder den aktive rolle, som medarbejdere på hhv. botilbuds- og bostøtteområdet kan spille for at sikre tværgående udredninger og indsatser for borgere med komplekse problemstillinger. Konkret handler det om, at tilbuddene gennem fx ansættelse af en sygeplejerske eller afholdelse af fx Åben Dialog-netværksmøder bygger bro og oversætter på tværs af forskellige aktører (fx borgere, kommunale og regionale fagprofessionelle samt pårørende og bekendte) og domæner (fx boligformer). Det handler ligeledes om at skabe fælles tværgående møder mellem psykiatrien og socialpsykiatrien ved indlæggelse og udskrivning eller bibeholde, at medarbejdere fra socialpsykiatrien besøger borgeren ved indlæggelse. Erfaringen er, at en bedre koordinering sikrer, at borgerens adgang til sundhedsvæsenet styrkes, og at der skabes bedre kontinuitet i borgernes forløb. Erfaringerne er dog også, at det kan være svært at få særligt psykiatrien til at deltage.

4.2.3.2 Hvordan sikres kontinuitet?

Flere fagpersoner peger på, at særligt forløbskoordinatormodeller, men også i en vis udstrækning forløbsteams kan rumme en sårbarhed, fordi de netop ikke er en del af den daglige drift, men er bundet op på en koordinator og et udvalgt team af særlige medarbejdere (som kan være svære at erstatte).

Forløbskoordination kan også blive sårbart

Kommunalt ansat leder: *Vores medarbejdere kaldte netop på et koordinerende team, der kan arbejde med de allermest komplekse. Hvor mange har vi egentlig af de allermest komplekse? Der har vi måske ti. Der skulle vi have et koordinerende team og ikke kun én ansat [forløbskoordinator], for det gør systemet sårbart. Hvad nu hvis den ene bliver syg eller rejser? Det tager lang tid at opspore sådan noget igen. I stedet for en fuldtidsstilling skulle man sige okay, du har 10 timer om ugen på det her. Og så er det også vigtigt at kunne sparre. Man er ikke klog alene, man er kun klog sammen (...).*

4.2.3.3 Hvordan balanceres struktur og fleksibilitet?

I en fokusgruppe med ledere fra forskellige områder i kommunen drøftes det, om man skal gå så langt som at lave noget a la kræftpakkerne for at sikre, at samarbejdet omkring borgere med komplekse problemstillinger ikke er op til den enkelte medarbejder, men ligger i handleplansbeskrivelser. Det mener andre medarbejdere dog ikke vil give mening i forhold til borgere med så komplekse problemstillinger, fordi denne kompleksitet netop kræver fleksibilitet og ikke prædefinerede og mekaniserede forløb.

Kræftpakkerne: Kan man marginalisere det relationelle kendskabs betydning?

Leder på botilbud: *Det handler også rigtig meget om at kunne sætte ansigt på. Nu ved jeg, hvordan du ser ud, og så næste gang jeg skal ringe til nogle ... (afbrydes).*

Leder på afrusningsområdet: *Men der må jeg bare sige, at kræftpakken jo ikke er relationel. Den kører jo bare.*

Koordinator ansat i socialpsykiatrien: *Den er fuldstændig mekaniseret, men det ville vores borgere jo ikke kunne leve op til.*

Leder på afrusningsområdet: *Nej, men det skal jo ikke være det relationelle, der afgør, om en borger kan få behandling eller ej. Det skal bare spille, hvis du spørger mig. Jeg siger ikke, vi skal gøre ligesom i kræftpakken, men lave noget, der tager højde for vores borgere. Min anke er bare, at det sgu ikke kan være rigtigt, at det skal være det relationelle. Så mister vi altid nogen mellem to stole.*

Et dansk studie (Weigelt et al., 2016) af mennesker, der modtager bostøtte, viser således også bl.a. baseret på international forskning, at fleksibilitet er et af nøgleelementerne for brugernes recovery-proces, herunder bl.a. muligheden for at skru op eller ned for støtten alt efter borgerens aktuelle situation og behov. Det er afgørende for den kvalitet, der opleves, at støtten er fleksibel i forhold til både omfang og indhold.

4.2.4 Efterspørgsel efter langsigtet frem for kortsigtet tværsektorielt ledelses- og udgiftsfokus

Fravær af fælles juridisk grundlag, teknologi, organisering, økonomi, ansvar og ledelse forbinder de fagprofessionelle i afsnit 2.2.2 og 2.2.4 med kerneudfordringer i forhold til at skabe en koordineret udredning og indsats for målgruppen. Tværgående ledelse og smidige beslutningskæder er således noget, som en lang række af fagpersonerne efterspørger. Efterspørgslen går som beskrevet i afsnit 4.2.3 på ledelse af selve den tværgående indsats. Men fordi medarbejderne skal samarbejde på tværs af budgetter og siloer, går efterspørgslen også på, at den øverste ledelse involveres og understøtter det overordnede samarbejde på tværs.

Flere af de interviewede fagpersoner efterspørger desuden, at deres ledelse tør tænke mere langsigtet frem for kortsigtet. De vurderer således, at det er dyrt at skabe tværfaglige løsninger og skræddersyede indsatser til borgere med komplekse problemstillinger, men at det på sigt kan betale sig, dels fordi det bliver dyrere, desto længere tid man venter, dels fordi det ifølge interviewpersonerne er endnu mere omkostningstungt at undlade at koordinere indsatserne.

Det vil skabe bedre samarbejdsløsninger, hvis man tænkte langt – og ikke kortsigtet

Områdeleder i socialafdeling: *Vores medarbejdere kaldte netop på et koordinerende team for de allermest komplekse, hvor der kunne sidde forskellige repræsentanter (...). I teamet kunne der sidde en myndighedssagsbehandler. Der kunne sidde to udførere, der er vant til at have med målgruppen at gøre. Vi kunne også tænke, om den skal ind i vores modtagelse, men nej, for så er den allerede inde i en myndighedsafdeling. Det skulle være før det. Og så skal teamet også kunne gå ud og opsøge personen, banke på døren og sige hey, vi havde lige lyst til at kigge forbi.*

Interviewer: *Og så skal teamet kunne sammensætte en gruppe, der sørger for, at der bliver gjort, hvad der skal gøres? Og måske også selv være en del af gruppen?*

Områdeleder i socialafdeling: *Ja.*

Interviewer: *Spændende, men det bliver dyrt, og det er jo en bekymring.*

Områdeleder i socialafdeling: *Det vil de aldrig gå med til, men i virkeligheden kan man jo nok sige, at måske bliver det dyrt her og nu, men det vil formentlig spare penge i den lange ende (...). Hver er sin egen lykkes smed. Hver afdeling tænker på sin egen økonomi og ikke på den enkelte borger. Vi er heller ikke villige til at flytte penge, hvis der er behov for det (...). Det behøvede ikke at koste noget, for det kunne bare handle om, at de forskellige teams var villige til at allokere nogle timer til det. Hvorfor laver vi ikke noget mere tværsektorielt? Selv i vores socialområde er vi jo opdelt i søjler, og det kan betyde, at der er noget potentielt relevant viden, der ikke kommer rundt. Men jeg kunne sagtens sige, at jeg ikke gider bruge tid og penge på at sparre med de andre, hvis det er uden for mit ressortområde.*

4.3 Opsamling

I dette kapitel har vi beskrevet nye tværgående samarbejder og løsninger, der aktuelt efterspørges og/eller anvendes af de interviewede borgere og fagprofessionelle i forhold til målgruppen. Kapitlet peger på en række konkrete redskaber, metoder og tilbud, der fx kan anvendes specifikt i forhold til at forebygge hyppige u hensigtsmæssige genindlæggelser, fx metoder og tilbud, der understøtter identifikation og opsporing af målgruppen samt iværksættelse af koordinerede udredninger og indsatser for målgruppen.

Kapitlet peger også på, at en række af de modeller og centrale faktorer, der omtales i kapitel 3 og opsummeres i Tabel 3.1, er efterspurgt i forhold til det tværgående samarbejde om målgruppen. Tabel 4.1 fremhæver de faktorer og elementer, der særlig tydeligt efterspørges af de interviewede faggrupper og borgere.

Tabel 4.1 Tematisering i forhold til efterspørgsel af faktorer i interviews

Overordnet fokusområde	Centrale faktorer, der er fremhævet i litteraturen om samarbejdsmodeller	Efterspørgsel blandt fagprofessionelle
Samarbejdskultur og psykologisk tryghed	Gensidig respekt	I afsnit 4.2.1, 4.2.2 og 2.2.1 påpeges det, at der p.t. hersker en del mistro på tværs af fagligheder og instanser bl.a. baseret på misforståelser og uvidenhed. Det peger indirekte på, at der er efterspørgsel efter og behov for at opbygge gensidig tryghed og respekt på tværs af aktører.
	Gensidig forpligtelse	
	Teamånd og ejerskab	
	Opbygning af tillid, løbende næring af relationer	
Gensidigt kendskab, kommunikation og vidensdeling	Rolle- og ansvarsafklaring	Øget kendskab efterspørges jf. afsnit 4.2.2 og 4.1 af både fagprofessionelle og borgere, der mener, at der ikke er viden nok om hinanden og de indsatser, der tilbydes.
	Bringe aktørerne sammen og skabe gensidigt kendskab	
	Vidensdeling/fælles viden	
	Præcis kommunikation: nuancere sprogbrug, forståelser og fagudtryk	
Orientering, ledelse og beslutninger	Rettidig og/eller hyppig kommunikation	Øget kendskab efterspørges jf. afsnit 4.2.2 med henblik på at undgå misforståelser og skabe en mere præcis og rettidig kommunikation, fælles vidensdeling samt brobygning (se også afsnit 2.2.2 og 2.2.3).
	Innovativ og/eller problemløsende kommunikation	
	Fælles mål	
	Samarbejdsorientering	
	Evaluering	
Tværsektoriel ledelsesopbakning og koordinering	Evaluering	Der efterspørges bl.a. identifikation og opsporing af målgruppen samt løbende tilpasning af indsatsen, jf. afsnit 4.2.1 og 4.2.3. Dette vil kræve løbende evalueringer af forløbene.
	Tværsektoriel ledelsesopbakning og koordinering	Tværgående ledelse og smidige beslutningskæder, der kan gå på tværs af budgetter og siloer efterspørges, jf. afsnit 4.2.4.
	Rolle- og ansvarsafklaring	Det efterspørges bl.a., at forskellige aktørers agendaer/beslutningskompetence bliver mere synliggjort i samarbejdet, jf. afsnit 4.2.2.

Kilde: VIVE.

Endelig viser kapitlet også, at tværgående indsatsmodeller ikke nødvendigvis løser alle problemer. Som det omtales af bl.a. eksperterne i tværgående samarbejdsmodeller i afsnit 3.2, er det afgørende, at modellerne tilpasses og løbende justeres i forhold til den individuelle borger og det aktuelle samarbejde. Desuden udestår særligt tre forhold vedr. samarbejdet om målgruppen. Det drejer sig om:

- *hvordan ledelsesansvaret skal fordeles, og hvilke ansvarsposter regionale og/eller kommunale aktører skal have i forhold til samarbejdet om målgruppen, herunder hvordan fx ansvaret løbende og meningsfuldt kan fordeles på forskellige poster og ændres over tid afhængigt af den problemstilling, der er i fokus for samarbejdet*
- *hvordan der balanceres mellem struktur/kontinuitet og fleksibilitet for indsatserne omkring målgruppen*
- *hvordan man undgår, at samarbejdet bliver for personbåret, så kontinuiteten i samarbejdet nedbrydes, hvis fx en medarbejder stopper.*

5 Indkredsning af prototype for koordineret udredning og indsats

Formålet med dette kapitel er at indkredse og beskrive en prototype⁸ i form af seks kerneelementer, der bør medtænkes i en koordineret indsats for borgere i målgruppen.

Vidensgrundlag for prototypen

Prototypen er udviklet på baggrund af et litteraturstudie, desk research og ekspertinterviews om indsats- og samarbejdsmodeller for tværfaglige og tværsektorielle indsatser (jf. kapitel 3), hvor fokus særligt har været på relationel koordinering, relationel kapacitet, forløbsteams, forløbskoordinatorer og Åben Dialog. Prototypen er desuden udviklet på baggrund af interviews med borgere i målgruppen samt fagprofessionelle, der arbejder med målgruppen både i behandlingspsykiatrien og kommunalt (jf. kapitel 2 og 4). Endelig er prototypen blevet justeret og tilrettet på baggrund af tilbagemeldinger fra en interessegruppe (se Bilag 6). De seks kerneelementer, der udgør prototypen, er således også udviklet med afsæt i og bearbejdning af denne viden.

Prototypens formål

Formålet med prototypen er at beskrive principper for tværgående samarbejde i kommunen og på tværs af kommune, behandlingspsykiatri og almen praksis i forhold til borgere i målgruppen. Samtidig er formålet med prototypen, at den kan fungere som en foreløbig udgave af en indsatsbeskrivelse for en sammenhængende og koordineret udredning og indsats i forhold til målgruppen.

Prototypens målgruppe

Prototypen er udviklet med henblik på at komme alle borgere i målgruppen til gode. I rapportens afsnit 1.3 er målgruppen for indsatsen bredt præciseret som borgere med psykiske vanskeligheder og komplekse støttebehov, der hyppigt indlægges akut og/eller uhensigtsmæssigt i behandlingspsykiatrien. Borgerne har komplekse behov, da de lider af en kombination af svær psykisk lidelse og sammensatte problemstillinger fx relateret til deres boligsituation, beskæftigelsesituation, afhængighed, medicinsvigt, kognitive funktionsevne og/eller en

⁸ Ved prototype forstås en foreløbig udgave eller et udkast til en indsats, der endnu ikke er afprøvet, men bygger på faktorer, der er udledt af den aktuelt bedste viden på området.

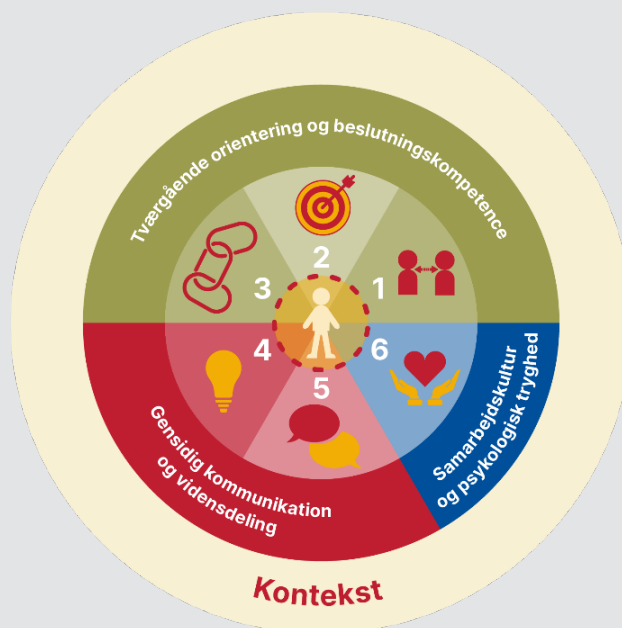
udadreagerende/selvskadende adfærd. Målgruppen består dermed også af flere undermålgrupper, hvilket er væsentligt at holde sig for øje.

Prototypen – Borgeren som omdrejningspunktet

Figur 5.1 er en grafisk fremstilling af prototypen. I midten af prototypen og indsatsbeskrivelsen er en figur, der repræsenterer en borger eller en stedfortræder, borgeren har udvalgt⁹. Den stiplede linje omkring borgeren symboliserer, at borgeren ikke kun er centrum (og objekt) for indsatsen, men også anses som aktør og deltager i designet og realiseringen af alle fokusområder og kernelementer for en kordineret udredning og indsats i den udstrækning, borgeren ønsker og magter det.

⁹ Prototypen er konstrueret, så den tager højde for også at kunne inkludere borgere, som ikke ønsker at deltage i al mødeaktivitet, og borgere, som foretrækker at blive repræsenteret ved pårørende eller særlige medarbejdere fra sociale eller sundhedstilbud, hvilket naturligvis skal imødekommes.

Figur 5.1 **Prototype for koordineret udredning og indsats**



Tværgående orientering og beslutningskompetence

- 1** Bring de rigtige aktører sammen
- 2** Opsæt fælles mål, skab en plan og evaluer samarbejdet
- 3** Afklar/uddeleger beslutningskompetence og skab smidige beslutningskæder

Gensidig kommunikation og vidensdeling

- 4** Skab gensidigt kendskab
- 5** Afklar rammerne for vidensdeling og kommunikationsveje

Samarbejdskultur og psykologisk tryghed

- 6** Afstem roller og værdier for samarbejdskulturen med fokus på mangfoldighed, tryghed og respekt

Kilde: VIVE.

Den faglige tilgang

At borgeren udgør kernen i prototypen, er tæt knyttet til den faglige tilgang, der er lagt til grund for prototypen. Prototypen bygger således på, at den faglige tilgang ikke er vilkårlig. Derimod har Social- og Boligstyrelsen ønsket, at den faglige tilgang, der danner fundamentet for prototypen og indsatsen, skulle være baseret på *recovery-orienteret rehabilitering* (se definition i afsnit 1.2). Borgerne deltager som eksperter i deres eget liv i samarbejdet, og der tages afsæt i deres drømme, mål og ønsker til prioritering i forhold til samarbejdet, så borgerne oplever sig selv som medejere og at blive mødt værdigt,

samtidig med at det respekteres, at borgernes ønsker til deltagelse og medejerskab kan svinge og foregå på mange måder og deltagelsesniveauer¹⁰.

Indsatsens fokusområder og kerneelementer

Figur 5.1 illustrerer ligeledes, at prototypen består af seks kerneelementer, og at disse kerneelementer knytter sig til tre overordnede fokusområder, der bør medtænkes, når koordinerede udredninger og indsatser for målgruppen skal iværksættes. I den resterende del af kapitel 5 vil vi systematisk beskrive disse fokusområders og kerneelementers karakter.

Kerneelement

Begrebet kerneelement anvendes i mange sammenhænge. I denne rapport tager vi udgangspunkt i Social- og Boligstyrelsens krav til opstilling af et kerneelement (Socialstyrelsen, 2020). Her forstås et kerneelement som et princip, der formidles på tre niveauer: *Hvad*: Kort og præcis beskrivelse af kerneelementet; *Hvorfor*: Faglig begrundelse for kerneelementet; *Hvordan*: Praksisbeskrivelse samt potentielle hjælperedskaber, der knytter sig til kerneelementet.

Kontekstualisering og oversættelse er en forudsætning

De prototypiske fokusområder og kerneelementer er formuleret på et højt abstraktionsniveau. Det skyldes, at prototypen er formuleret med henblik på at skulle komme alle borgere i målgruppen til gode og derfor skal rumme en fleksibilitet og elasticitet i forhold til den kontekst og de omstændigheder, den enkelte borger befinder sig i. Forudsætningen for, at den kan komme alle borgere til gode, er dog reelt, at der i praksis tages højde for, at områder og kerneelementer tilpasses de kontekstuelle forhold og omstændigheder, der kendetegner de enkelte borgere (fx deres aktuelle energiniveau, problemstillinger og situation og de relevante faggrupper/institutioner/snitflader). Forhold, der forventes at være ustabile og kræve løbende afklaring og tilpasning grundet målgruppens høje kompleksitet.

En meningsfuld anvendelse af prototypen kræver med andre ord, at samarbejdspartnerne selv aktivt oversætter (og tilpasser) principperne vedr., hvad og hvordan der skal samarbejdes, og hvem der skal indgå i samarbejdet i den konkrete og lokale kontekst, herunder også en aktiv stillingtagen til, hvilken organiseringsform i kraft af fx et fast team, en koordinator eller en netværks-

¹⁰ Det er dog vigtigt at understrege, at nogle af de samarbejdsmodeller og metoder, som prototypen udvikles med afsæt i, ikke udspringer af en recovery-orienteret tilgang. Særligt er der en tendens til, at borgeren ikke fremstilles som en aktiv aktør og medejer. I udarbejdelsen af prototypen har vi således forsøgt at justere nogle af elementerne, der indgår, i forhold til at de i højere grad understøtter en recovery-orienteret rehabiliterende tankegang og tilgang. Men det er op til de fagprofessionelle, der skal implementere den koordinerede indsats i praksis, løbende at sikre det faglige fundament, herunder særligt at borgeren er aktør og partner i samarbejdet frem for objekt for indsatsen.

form der vil gavne den enkelte borgers forløb bedst (se afsnit 3.3). Alle kernelementer forventes dog at være relevante uafhængigt af denne kontekst. Håbet er også, at de praksisbeskrivelser og redskaber, der præsenteres i kapitlet under de enkelte kernelementer, kan bidrage til oversættelsen.

5.1 Fokusområde 1: Tværgående orientering og beslutningskompetence

Beskrivelse af fokusområde: Hvis udredninger og indsatser for målgruppen ikke kun skal basere sig på fagspecifikke indsatser og journaler, men derimod på en koordineret og helhedsorienteret udredning og indsats, er det afgørende, at der etableres indsatser med en tværgående (tværfaglig og tværsektoriel) orientering, organisering og legitimitet. En tværgående orientering indebærer, at de rette aktører fra relevante sektorer og faggrupper er orienteret og i det omfang, det giver mening, er inkluderet i samarbejdet. Borgeren indgår desuden i identificeringen og udpegningen af de rette aktører (Kerneelement 1). Samarbejdet smidiggøres ligeledes, hvis aktørerne i fællesskab med borgeren løbende etablerer en fælles orientering mod konkrete mål og/eller delmål for, hvad der skal arbejdes hen imod og løses først. Målene bør udspringe af borgerens ønsker og afstemmes med de andre deltagende aktører i samarbejdet, som kan være både fagprofessionelle, pårørende og frivillige. Det er vigtigt, at de mål og aftaler, som indgås, kan omsættes til konkrete handlinger (Kerneelement 2). For at det kan lade sig gøre, er det afgørende, at samarbejdet har den nødvendige tværgående organisatoriske forankring og beslutningskompetence. En kompetence der bl.a. kan understøttes gennem smidige og hurtige beslutningskæder på tværs af sektorgrænser, så bl.a. kampe om mandatet mindskes eller undgås (Kerneelement 3). Selve indsatsen og samarbejdet bør desuden løbende evalueres og eventuelt justeres – sammen med borgeren (Kerneelement 2).

Der er defineret tre kernelementer i relation til dette fokusområde:

K #1: Bring de rette aktører sammen.

K #2: Opsæt fælles mål, skab en plan og evaluer samarbejdet.

K #3: Afklar/uddeleger beslutningskompetence og skab smidige beslutningskæder.

5.1.1 Kerneelement 1: Bring de rette aktører sammen

5.1.1.1 Hvorfor: Faglig begrundelse

Ud fra et recovery-orienteret perspektiv (Socialstyrelsen, 2021a) er det afgørende, at borgeren inddrages og lyttes til allerede i forbindelse med sammensætningen af de personer, som skal inviteres til at deltage i samarbejdet. Det er ud fra borgerens ønsker og behov, at sammensætningen af de rette aktører bestemmes. Har borgeren udpeget en stedfortræder, er det vigtigt, at det respekteres, at denne person taler på vegne af borgeren.

Litteraturen om både generelle og indsats-specifikke samarbejdsmodeller peger på, at det selvfølgelig er en naturlig forudsætning for et effektivt samarbejde, at de rette aktører (pårørende, professionelle og ngo'er) bringes ind i samarbejdet. Med udgangspunkt i borgerens ønsker og borgerens tilknytning til relevante mennesker og indsatser skal samarbejdet således indledes med at samle personer med forskellige perspektiver og løsningsmodeller på borgerens komplekse situation i den samme koordinerede indsats.

Det at få et konkret kendskab til og orientere sig mod hinanden understøtter oplevelsen af og fundamentet for, at indsatser kan koordineres i forhold til hinanden.

Samtidig understreger litteraturen om borgere med komplekse problemstillinger, at borgerens støttebehov ofte vil forandre sig over tid, hvorfor det er nødvendigt løbende at genoverveje, om der skal ændres på sammensætningen af de rette aktører.

5.1.1.2 Hvordan: Praksisbeskrivelse

Medarbejderne skal støtte borgeren i fra et processuelt perspektiv at identificere de rette aktører for samarbejdet. Dette skal altid gøres i samspil med borgeren; også i de situationer, hvor professionelle finder det relevant at foreslå konkrete deltagere til et samarbejde.

Der kan være forskellige opfattelser af, hvem de rette aktører for et samarbejde kan være. For eksempel kan fagprofessionelle og borgere have forskellige opfattelser af, hvem det er væsentligt at bringe sammen. Derfor er det vigtigt, at medarbejderne arbejder aktivt med at forholde sig åbne i processen. Det er desuden vigtigt, at medarbejderne ikke kun er opmærksomme på fagprofessionelle fra forskellige kommunale og regionale institutioner, men også på pårørende, venner og fx frivillige aktører fra civilsamfundet (Navne & Frøslev-Thomsen, 2022).

En opmærksomhed på omfanget af aktører, der inviteres ind i samarbejdet og særligt til fx netværksmøder, hvor også borgeren deltager, kan være vigtig. Borgerens udsagn og flere studier peger på, at det kan være overvældende for nogle borgere at deltage i tværgående møder, hvorfor det er vigtigt ikke kun at overveje, hvem der er relevante, men også hvor stor en forsamling den enkelte borger kan magte (i den aktuelle situation). De rette aktører er med andre ord ikke nødvendigvis det samme som *alle* aktører.

5.1.1.3 **Hvordan: Hjælpemidler/metoder/værktøjer**

Netværkskort: Sammen med borgeren at lave et netværkskort eller mappe de aktører, der er i borgerens netværk, beskrives ofte som et godt udgangspunkt for at finde de rette aktører til det tværgående samarbejde (Socialstyrelsen, 2021a). Tilsvarende beskriver **Åben Dialog** metoder til at identificere relevante deltagere i netværksmøder.

5.1.2 **Kerneelement 2: Opsæt fælles mål, skab en plan og evaluer samarbejdet**

5.1.2.1 **Hvorfor: Faglig begrundelse**

Både litteraturstudiet og de kvalitative interviews fremhæver, at kvaliteten i det tværfaglige samarbejde forbedres, hvis der er et fælles mål for samarbejdet, som aktørerne kan orientere sig mod, hvis målet operationaliseres i nogle delmål og handleplaner, der kan gøre det nemmere at omsætte målene i praksis, og hvis samarbejdet/indsatsen løbende evalueres og koordineres på tværs. Samarbejde med borgere med komplekse problemstillinger stiller desuden særlige krav til fleksibilitet, da der kan opstå nye og uforudsete hændelser og behov, som kræver løbende tilpasning og justering af samarbejdet. Selv i de samarbejder, hvor der ikke opstår nye behov, kan der være behov for at evaluere, om samarbejdet fungerer i overensstemmelse med alle parter forventninger, så eventuelle misforståelser og uoverensstemmelser kan håndteres.

Det er vigtigt at understrege, at både studier og interessenter, herunder borgere, understreger, at processen omkring målarbejdet ikke må få karakter af mål- eller udviklingstvang. Borgeren vil i forskellige faser af sin sygdom råde over forskellige kapaciteter og forudsætninger for at opstille mål og kan have forskellige ønsker til og behov for forskellige metoder og forskellig inddragelse.

5.1.2.2 Hvordan: Praksisbeskrivelse

Forberedende dialog om borgerens mål/problemstilling: Det er svært at opstille mål på kommando, og derfor kan det være en fordel, at en medarbejder, som borgeren er tryk ved, allerede forud for fx et opstartsmøde har klædt borgeren på til at overveje sine mål og ønsker til samarbejdet, og hvordan borgeren vil præsentere sig selv og sine behov og ønsker.

Opsætte fælles mål: Samarbejdspartnerne skal sammen med borgeren udarbejde fælles mål for samarbejdet. Det handler om først at tage udgangspunkt i borgerens ønsker, behov og mål, og hvordan man med udgangspunkt i det kan etablere et fælles mål for samarbejdet. Målet bør også være innovativt forstået på den måde, at det skal være et fælles mål, der går på tværs af den baggrund/det mandat, de enkelte aktører bringer med ind i samarbejdet.

Handleplan/ansvarsdeling: Medarbejderne har ansvaret for at sikre, at der i samarbejde med borgeren bliver skabt en plan for, hvordan borgerens mål kan nås evt. ved at definere delmål i en sammenhængende handleplan, og fordele ansvarsområder for de enkelte samarbejdspartnere.

Evaluer samarbejdet: Medarbejderne har et løbende ansvar for at sikre, at samarbejdet fungerer, og at borgeren oplever, at indsatsen bidrager til dennes recovery-proces. Det kan kræve, at både det borgernære samarbejde og samarbejdet på ledelsesniveau evalueres.

5.1.2.3 Hvordan: Hjælpemidler/metoder/værktøjer

Metoder til at identificere borgerens mål og klæde borgeren på til at præsentere sig selv og egne ønsker: For eksempel Motiverende Interviews (MI) (Jensen, Bom, et al., 2021) og personlige statements (Peer-Partnerskabet, 2023).

Metoder til at identificere fælles mål: For eksempel Åben Dialog (se afsnit 3.3.3 og Bilag 2). I Åben Dialog er der fokus på, at mødelederen fralægger sig et prædefineret mål for, hvad man vil opnå med mødet, og skaber plads til, at alle kommer til orde.

Metode til at identificere det fælles rum/forskellige mandater: I et forskningsprojekt om relationel kapacitet i sundhedsvæsenet fandt man også følgende model givtig i forhold til at definere den fælles opgave og de fælles mål på tværs.

Figur 5.2 Etablering af fælles rum



Kilde: Jacobsen et al. (2021), p. 8

I forbindelse med målgruppen for denne rapport vil der typisk være langt flere enheder i spil.

Tværgående/helhedsorienterede handleplaner: Flere af de professionelle, som deltager i undersøgelser, oplever, at handleplaner ofte kun forholder sig til bestemte områder frem for at have et mere tværgående sigte på tværs af fagområder (og fagsiloer). De påpeger, at det er centralt, at der udarbejdes tværgående handleplaner, der inkorporerer forskellige områder og delmål i en fortløbende proces og gerne prioriterer en særlig rækkefølge for delmålene (se fx Bilag 3 vedr. Collabri-projektet). Samtidig understreges det, at handleplaner grundet målgruppens komplekse problemstillinger ikke alene kan sikre tværgående indsatser (se fx afsnit 3.2.2.1).

Møder: En måde, der kan sikres løbende evaluering på, er ved at have en vekselvirkning mellem møder, der planlægges fx kvartalsvis (faste møder), og møder, der opstår ved akutte behov. Erfaringerne viser, at der er en iboende risiko for, at netværksmøder kun bliver et professionelt redskab, frem for at borgerne inddrages, tager ejerskab og finder mening med møderne, hvorfor dette bør være et centralt fokus. Det er derfor væsentligt, at borgerne altid bliver hørt og involveret (Kirkegaard, 2022, se Bilag 3 om erfaringer fra APU).

Tovholder: Der er gode erfaringer med at udpege en koordinator, der er tovholder for den løbende evaluering og koordinering i samarbejdet. Det er dog vigtigt, at den, der har tovholderrollen, også har mulighed for – og autoritet til – at indkalde de andre samarbejdspartnere.

Evaluering af samarbejds kvaliteten: Her kan fx spørgeskema, der knytter sig til relationel koordinering eller relationel kapacitet anvendes. En mindre ressourcekrævende metode, som ifølge nogle af de interviewpersoner, der er tilknyttet behandlingspsykiatrien, kan anvendes og handler om at afslutte ethvert analyseteammøde med en fælles forståelse af, hvilke aftaler der er indgået, og tilsvarende indlede førstkommande møde med en gennemgang af, hvad der er sket i perioden fra forrige møde.

Evaluering af borgerens progression: For eksempel kan FIT (Jensen, Bom, et al., 2021) og INSPIRE anvendes.

Evalueringsmodeller, der understøtter innovative indsatser: Se fx Øyane-modellen for innovation (StimuLab, 2021a), Bilag 5.

5.1.3 Kerneelement 3: Afklar/uddeleger beslutningskompetence og skab smidige beslutningskæder

5.1.3.1 Hvorfor: Faglig begrundelse

Det vanskeliggør samarbejdet på tværs af sektorer og faggrænser, at jura (herunder fx tidsfrister), ressourcer og mål typisk er knyttet til den enkelte forvaltning. Litteraturen og vores empiriske undersøgelser peger på, at det tværsektorielle samarbejde derfor er stærkt afhængigt af tværgående ledelsesmæssig opbakning og styring. Det kræver tid og ressourcer at samarbejde, og ofte er det tværgående samarbejde ikke en klart defineret del af de professionelle kerneopgave (i deres respektive indsatsområde). Derfor kræver det kompetent ledelsesmæssig opmærksomhed at legitimere fælles platforme og mandat for samarbejdet. Samtidig er det vigtigt at være opmærksom på, at de enkelte aktører, som deltager i samarbejdet, har forskellige mandater med sig fra deres respektive organisationer. Det er vigtigt at afklare dette på forhånd, så det er tydeligt, at samarbejdet har et fælles mandat, som teknisk set bygger på de deltagende parteres respektive mandater, og at de enkelte aktører hver især har særlige kompetencer, men en fælles forpligtelse til at få samarbejdet til at fungere.

5.1.3.2 Hvordan: Praksisbeskrivelse

Samarbejdsaftaler på ledelsesniveau: Både i sundhedssektoren og på det sociale område er aktiv ledelse en væsentlig forudsætning for at sikre frugtbare tværsektorielle samarbejder. Aktiv ledelse indebærer bl.a. løbende kontakt med både egne medarbejdere og relevante ledere fra andre relevante tilbud i både regioner, kommuner og civilsamfundet.

De mest effektive samarbejder er ifølge litteraturen karakteriseret ved at have en aktiv og dynamisk ledelseskonstellation som baggrund, og da kommunerne har relativt meget autonomi, er det sandsynligt, at effektive samarbejder fordrer et vist niveau af forudgående ledelsesnetværk, som er tilpasset den konkrete kommunale kontekst.

Et klart mandat: Ledelsen skal bidrage til at give selve samarbejdet og de enkelte deltagere et klart mandat ved at sikre rammerne for, at der kan afsættes ressourcer til samarbejdet på tværs af fagområder og sektorer, og at der bliver udarbejdet retningslinjer for, hvornår samarbejde på tværs er påkrævet. Desuden er det vigtigt, at ledelsen sikrer, at der er reel beslutningskompetence i netværket, at beslutningskæderne forløber så smidigt som muligt, og at de deltagende professionelle anvender deres fagligheder til at understøtte mål/løsninger, som er begrundet i samarbejdets samlede viden og forskellige faglige tilgange.

5.1.3.3 Hvordan: Hjælpemidler/metoder/værktøjer

Formelle samarbejdsaftaler og forløbsbeskrivelser: Både i sundhedssektoren og på det sociale område eksperimenteres allerede med at etablere samarbejdsaftaler på tværs af sektorer med og omkring nogle af de borgere, der kræver tværgående indsatser. Det er imidlertid et væsentligt opmærksomhedspunkt, at borgere med komplekse problemstillinger og mange psykiatriske indlæggelser er vanskelige at lave forløbsbeskrivelser for, fordi deres sager netop er komplekse og svære at have prædefinerede beskrivelser af, ligesom der er store kommunale forskelle i form og hyppighed af tværgående samarbejder.

Denne undersøgelse lægger op til, at det bliver et kommunalt ansvar at sikre, at der etableres samarbejder for og med borgere med de mest komplekse sociale problemstillinger og mange psykiatriske indlæggelser, og at samarbejder altid involverer borgerne som en aktiv deltager ud fra et recovery-orienteret perspektiv.

5.2 Fokusområde 2: Gensidig kommunikation og vidensdeling

Beskrivelse af fokusområde: Gensidig kommunikation og vidensdeling er et andet område, som er afgørende for at understøtte en koordineret indsats. Ethvert tværgående samarbejde beror på, at de aktører – borgere, pårørende,

frivillige og fagprofessionelle – der indgår i samarbejdet, vil have særegne karakteristika (fx ønsker, præferencer, rytmer, lovgivninger, arbejdsgange, metoder og teknologiske hjælpemidler/it-systemer). Hvis det skal sikres, at den relevante viden og de relevante oplysninger kommer frem og bliver delt mellem disse aktører (på det rette tidspunkt), kræver det kendskab og hensyn til aktørernes særegne karakteristika. Fx et fokus på afklaring af, hvad der er relevant for de enkelte aktører at vide, og hvordan de enkelte aktører kan og ønsker at modtage information på (Kerneelement 4). Et fælles grundlag for kommunikation, der er så problemløsende, gensidigt og præcist som muligt, kræver desuden, at der sikres et fælles grundlag for kommunikation mellem aktørerne – herunder kommunikative fællesnævner samt sproglige afklaringer og præciseringer (Kerneelement 5). Det er afgørende, fordi aktørerne typisk vil anvende forskellige sprog og fagbegreber, men også fordi fx fagpersoner i forskellige regier vil kunne tillægge de samme begreber, fx recovery, forskellige betydninger.

Der er defineret to kernelementer i relation til dette fokusområde:

K #4: Skab gensidigt kendskab

K #5: Afklar rammerne for vidensdeling og kommunikationsveje

5.2.1 Kerneelement 4: Skab gensidigt kendskab

5.2.1.1 Hvorfor: Faglig begrundelse

Gensidigt kendskab mellem aktørerne beskrives som en vigtig kerne til at skabe et godt tværfagligt samarbejde. Litteraturen og den empiriske afdækning viser dog, at man ikke kan tage det for givet, at de forskellige aktører, der samarbejder om borgerne med komplekse problemstillinger, har kendskab til hinandens faglige ressort, lovgivning, arbejdsgange eller mandat hverken internt i regionerne eller kommunerne eller på tværs af regionale og kommunale skel. Det kan give anledning til misforståelser og fingerpegning internt i det faglige system. Borgeren og aktørerne fra civilsamfundet er andre typer aktører i samarbejdet, der ligeledes kan mangle kendskab til de forskellige faglige aktører og visa versa.

5.2.1.2 Hvordan: Praksisbeskrivelse

Gensidigt kendskab på institutionelt niveau: Medarbejderne og ledelsen skal sikre, at der etableres et godt overordnet kendskab til de faglige ressorter,

lovgivning, arbejdsgange og mandater på tværs af centrale samarbejdspartnere, og at dette kan formidles til borgerne/civilsamfundet.

Et vigtigt fundament for at have et velfungerende tværfagligt samarbejde er således at etablere et gensidigt kendskab tidligt i samarbejdsprocessen – ikke kun på individniveau mellem borger, medarbejdere, netværk og ngo'er (når der samarbejdes konkret med en borger), men også på tilbuds niveau (fx både internt mellem forskellige offentlige tilbud og mellem offentlige og private organisationer).

Gensidigt kendskab på indsatsniveau: Medarbejderne bør sikre, at der er et gensidigt kendskab blandt de aktører, der indgår i en indsats, herunder et godt kendskab til borgerens historie og netværk, bl.a. så der er fælles bevidsthed og kendskab til fx, hvilke situationer der kan være særlig sårbare eller empowering for borgeren.

5.2.1.3 **Hvordan: Hjælpemidler/metoder/værktøjer**

Kurser/webinarer: Forskellige samarbejdspartnere inden for mange kommuner eksperimenterer p.t. med at skabe bedre kendskab mellem aktører på tværs af institutionelle skel ved fx at afholde fælles kurser eller webinarer, hvor institutionerne præsenterer sig for og/eller møder hinanden (PwC, 2023) og har oplæg om fælles temaer, fx recovery-orienteret rehabilitering. Blandt de professionelle interviewpersoner bakkes der især op om kursusaktivitet, som også formår at skabe en konstruktiv ramme for udveksling af understøttende funktioner mellem aktører med forskellige fagligheder.

5.2.2 **Kerneelement 5: Afklar rammerne for vidensdeling og kommunikationsveje**

5.2.2.1 **Hvorfor: Faglig begrundelse**

Det er også afgørende for et godt samarbejde, at vidensdelingen og kommunikationen mellem de forskellige aktører, der indgår i samarbejdet, løbende er problemløsende, rettidig, relevant og præcis (Gittell, 2009, 2012). En problemstilling, der ofte nævnes, er imidlertid, at vigtig og afgørende viden om borgeren ofte ikke bliver delt mellem de professionelle aktører, som især har kontakt til borgeren. Denne manglende vidensdeling kan tolkes som tegn på manglende vilje til at samarbejde, men reelt er der ofte tale om travlhed, tekniske systemer, der ikke taler sammen, og/eller GDPR-hensyn. Netop pga. denne travlhed er det helt afgørende at skabe kommunikative fællesnævne og

præciseringer mellem samarbejdspartnerne og borgeren om, hvad der er relevant at dele viden om. Desuden er det afgørende at overveje og forholde sig til, hvordan deltagerne i et samarbejde undgår at hænge sig ved, dele og repetere viden, som borgeren måske ikke længere føler er relevant, eller eventuelle historiske uenigheder. I de tilfælde, hvor borgeren tidligere kan have haft negative oplevelser med konkrete aktører, kan det ydermere være nødvendigt for den samlede gruppe af deltagere i samarbejdet at sikre, at borgeren ikke føler sig intimideret.

5.2.2.2 Hvordan: Praksisbeskrivelse

Gensidige præciseringer af relevant vidensdeling: Samarbejdspartnerne præcisering af relevant viden at bringe med i samarbejdet udgør sammen med borgerens kompetencer, interesser og ønsker et væsentligt udgangspunkt for selve målretningen på samarbejdet. I de indsats-specifikke modeller er der fx et klart fokus på, at samarbejdet omhandler overgangen fra en situation til en anden. Men borgerens mål for samarbejdet kunne også fungere som en ledetråd i forhold til at definere, hvad der er relevant at kommunikere om.

Relevant vidensdeling indebærer også, at observationer (uden for selve samarbejdet) af eventuelle ændringer hos borgeren, som kan være relevante at kende for andre professionelle, bliver delt. Det vil sige, at de deltagende aktører arbejder ud fra en fundamental bevidsthed om, at andre fagligheder også kan bidrage til at løse udfordringer for borgeren.

Gensidige kommunikationsveje: De medarbejdere, der indgår i konkrete samarbejder med borgerne, skal sammen med borgerne afklare, hvordan kommunikationen kan foregå i praksis, så løbende vidensdeling kan sikres. Hvem har behov for hvilken viden, hvilken viden er der adgang til, og hvordan sikres det, at kommunikationen når frem i tide, så også GDPR-hensyn er afklaret i dialog med borgerne gerne på et ikke akut tidspunkt, fx hvilken viden vil borgerne acceptere, at samarbejdspartnerne deler og under hvilke omstændigheder (fx ved indlæggelse)?

Vidensdeling i øjenhøjde med borgeren: Det er vigtigt, at der skabes plads til, at borgeren, hvis vedkommende ønsker det, får en platform i samarbejdet til både at ytre sig og stille spørgsmål på lige fod med de andre aktører.

5.2.2.3 Hvordan: Hjælpemidler/metoder/værktøjer

Åben Dialog (se afsnit 3.3.3 og Bilag 2): En helheds- og netværksorienteret tilgang, der bl.a. kan anvendes til at sikre en platform til, at borgeren får mulighed for at ytre sig om sin sag på tværfaglige møder. Selvom der er forskel på,

hvor positivt forskellige borgere oplever de rammer, som de professionelle sætter for dem, viser erfaringer fra bl.a. Norge, at når man med Åben Dialog tager en borger alvorligt, selv under psykoser, så forbedres borgerens situation. Dette er ikke ensbetydende med, at man skal være enig i, hvad en borger mener, men at man skal lytte og tage borgerens oplevelser alvorligt.

Samsnakk/understøttende teknologi til vidensdeling: Et fælles appbaseret kommunikationssystem med en chatkanal. Appen er udviklet i Norge i forbindelse med Øyane-modellen, hvor personale på tværs af organisationer kan kommunikere med borgeren (StimuLab, 2021a, Bilag 5).

5.3 Fokusområde 3: Samarbejdskultur og psykologisk tryghed

Beskrivelse af fokusområde: At skabe en samarbejdskultur og værdier, der fremmer et godt og ligeværdigt samarbejde, er afgørende for etableringen af et tværgående samarbejde om og med borgerne. Fokuset indebærer bl.a. en afklaring af, hvad de enkelte aktører hver især bringer med ind i fællesskabet (fx i form af bestemte roller, viden og et særligt ansvar). Derudover indebærer det, at aktørerne i samarbejdet skaber fælles tværgående værdier, der sikrer, at alle aktører føler sig forpligtede og værdsatte, så de således trygt kan fremsætte ideer, stille spørgsmål, ytre bekymringer eller påpege fejl. Tryghed er med andre ord bl.a. et vigtigt fundament for, at man har en grundlæggende tro på, at ens samarbejdspartnere har velmenende intentioner og ønsker samarbejdet (Kerneelement 6).

Der er defineret et enkelt kerneelement i relation til dette fokusområde:

K #6: Afstem roller og værdier for samarbejdskulturen med fokus på tryghed, tillid, respekt og ligeværd.

5.3.1 Kerneelement 6: Afstem roller og værdier for samarbejdskulturen med fokus på mangfoldighed, tryghed og respekt

Hvorfor: Faglig begrundelse

Ifølge litteraturen er det en barriere for meget tværfagligt samarbejde, at der mangler gensidig respekt og forståelse for hinandens fagligheder og bidrag blandt de respektive aktører, der indgår i tværfagligt og sektorielt samarbejde,

bl.a. fordi der igennem mange år kan være opbygget fordomme om andre fagpersoners (og/eller indsatsers) manglende vilje eller evne til at samarbejde.

Denne barriere kan forekomme mellem borgere og professionelle, mellem ngo'er og professionelle og indbyrdes mellem professionelle med forskellige uddannelser og faglige positioner.

Kvaliteten af tværfagligt samarbejde afhænger ifølge litteraturen (jf. fx relationel koordinering – Gittell, 2009, 2012) således af, at der opbygges og skabes gensidig respekt og forståelse for hinandens fagligheder og forpligtelse mellem de aktører (både ledere, medarbejdere og borgere), der skal indgå i samarbejdet.

For at de aktører, der indgår i samarbejdet, løbende tager et fælles ejerskab, som udnytter deres forskellige fagligheder, kan der således være behov for at skabe og opbygge teamånd, tillid og tryghed i fællesskabet (hvilket fx er centralt for forløbsteams, se afsnit 3.2.1). En ånd, der har øje for både mangfoldigheden i samarbejdet og det fælles tredje, der knytter samarbejdspartnerne sammen, ligesom det kan give borgerne en fornemmelse af, hvem de skal gå til.

Hvordan: Praksisbeskrivelse

Afklar, hvilke ønsker der er til samarbejdskulturen: Medarbejderne på tværs af samarbejdet skal møde samarbejdet med åbenhed over for både samarbejdets potentielle målsætninger og dets sammensætning. Gennem åbenhed forpligter de deltagende aktører sig dernæst til at tale om, hvordan man opbygger en god samarbejdskultur, hvor man kan ytre sig og stille spørgsmål til ting uden at skulle opleve at blive negligeret, belært eller talt ned til. Samtidig fremhæver mange af de medarbejdere, vi har interviewet, at der, hvor det tværsektorielle samarbejde fungerer, er der, hvor der er etableret personlige relationer mellem forskellige tilbud (og mellem ledere og konkrete medarbejdere).

At opbygge gensidig respekt og forståelse for, hvad de forskellige aktører kan bidrage med, kræver altså dels et kendskab til hinandens områder, dels aktive relationer mellem konkrete deltagere i samarbejdet, fordi dette kan bidrage til at forstå, hvorfor de andre handler, som de gør.

Afstem mangfoldige roller og ansvar: Ved opstarten af et samarbejde er det væsentligt at sikre, at der vil være hyppig kontakt mellem de deltagende aktører, og at det afklares, hvilken faglighed og historik og hvilke perspektiver de enkelte aktører bringer med ind i fællesskabet, og hvad de hver især kan/ønsker at bidrage med og kan tage ansvar for i forhold til at sikre samarbejdet med og omkring borgeren.

Særligt litteraturen om de indsatsrettede modeller, hvor medarbejderne samarbejder om et afgrænset mål, lægger vægt på, hvor vigtigt det er helt fra begyndelsen at skabe en realistisk rolle- og ansvarsafklaring og afstemme roller og ansvar undervejs i samarbejdet. Dette er vigtigt, for at de enkelte medarbejdere forpligter sig og bidrager til at tage et fælles ejerskab for progression i forhold til samarbejdet med og om borgeren.

Tydelig rolle- og ansvarsfordeling gør det samtidig klart for borgeren, hvem vedkommende skal orientere sig mod (og om hvad). Dele af litteraturen peger på, at det at opbygge en særlig teamånd omkring at skulle løse et fælles projekt kan være centralt for et velfungerende og effektivt samarbejde. Dermed lægges der også vægt på, at rollefordelingen skal understøttes af en fælles norm om, at man varetager forskellige opgaver, men samtidig er orienteret mod en fælles opgave.

5.3.1.1 **Hvordan: Hjælpemidler/metoder/værktøjer**

Udpeg en værdiunderstøttende koordinator: En tværsektoriel koordinator, der har særligt fokus på at få aktørerne til at forpligte sig og investere i fællesskabet, beskrives som en vigtig funktion, der kan etableres for at understøtte en samarbejdskultur (Jørgensen et al., 2016a, 2016b). Nogle regioner arbejder allerede med tværsektorielle koordinators, der ikke er sundhedsuddannet, og som bl.a. har ansvar for at indkalde til samarbejds møder, styre møderne og sikre, at der bliver fulgt op på de ting, som aftales på møderne.

Evaluer samarbejds kulturen: Både relationel koordinering og relationel kapacitet er instrumenter, der kan bistå med at måle temperaturen på samarbejdet, så der løbende holdes fokus på, om samarbejdet opleves godt og trygt for alle parter. Men evaluering kan – og bør – også foregå på mikroniveau ved undervejs i en samarbejdsproces at forholde sig reflektivt til møder og aftaler (hvilket er nærmere beskrevet i kerneelement 2).



DEL 2

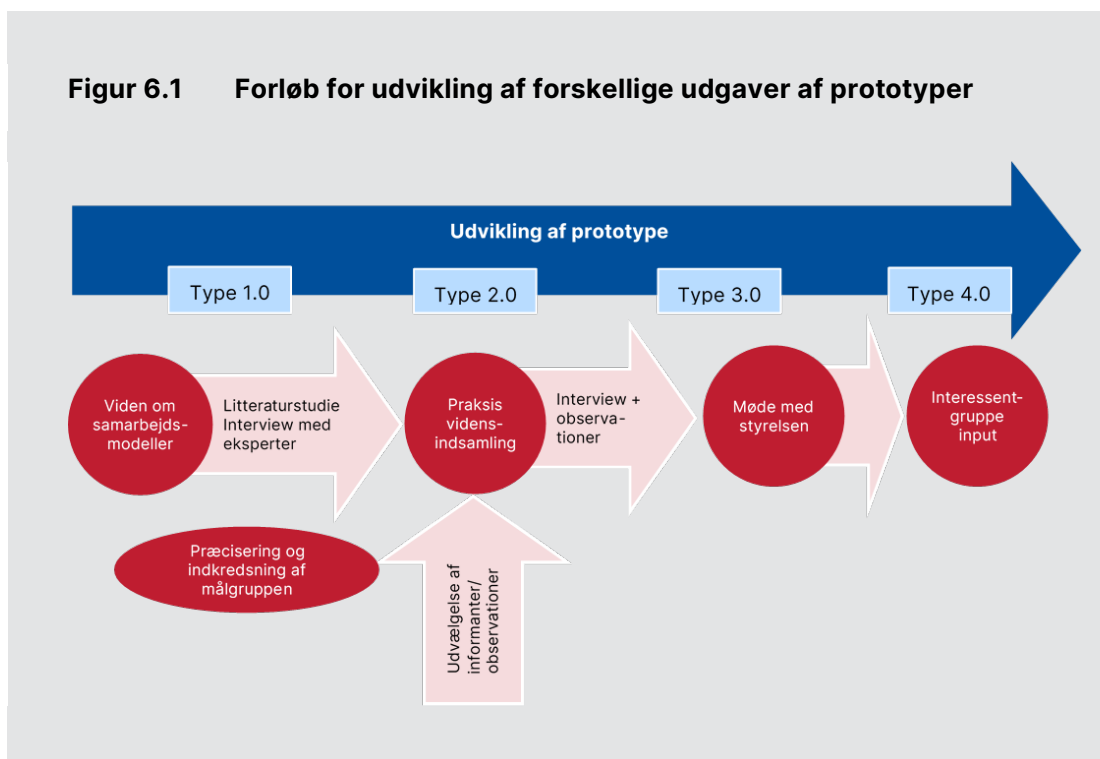
Dokumentation

6 Metode

I dette kapitel præsenteres de forskellige former for metodikker, som denne undersøgelse er baseret på. Først beskrives, hvordan de forskellige metodikker samlet har bidraget til at forme den prototype, der præsenteres i kapitel 5. Herefter gennemgås de metoder, vi har anvendt til indsamlingen af de forskellige typer data.

6.1 Tilgang til udvikling af prototype

Kerneelementerne i prototypen er som beskrevet i afsnit 1.4 udviklet løbende igennem de forskellige faser af dataindsamlingen. I Figur 6.1 har vi tydeliggjort, hvordan prototypen er blevet udviklet i fire forskellige typer i forbindelse med processen.

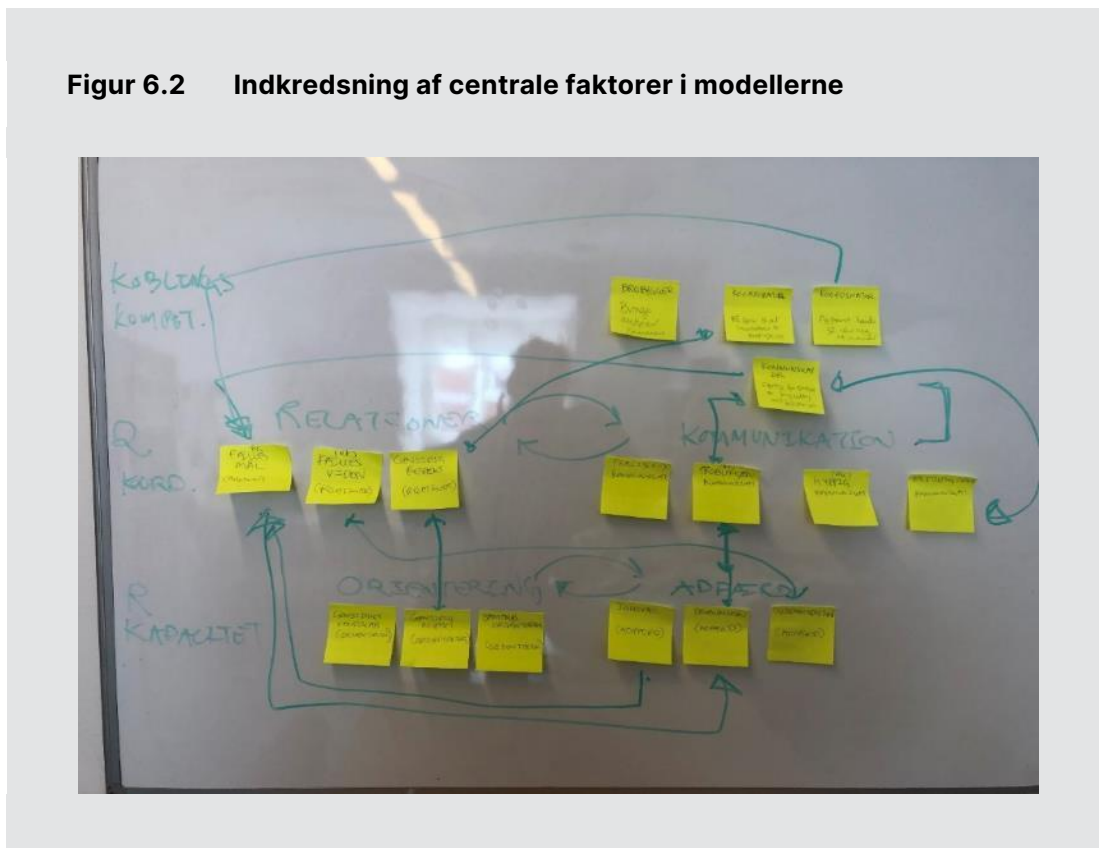


Kilde: VIVE.

Type 0.1: I første fase udviklede vi første udkast til de faktorer, der kunne indgå i en prototype. Indkredsningen af disse faktorer blev baseret på litteraturstudiet og ekspertinterviews (der beskrives i detaljer i afsnit 6.2 og 6.3). Resultaterne af denne første indkredsning er opsummeret i Tabel 3.2 i afsnit

3.4. Figur 6.2 illustrerer bl.a., hvordan vi arbejdede med at uddrage relevante faktorer på tværs af samarbejdsmodellerne.

Figur 6.2 Indkredsning af centrale faktorer i modellerne



Kilde: VIVE

Ud over at identificere centrale faktorer igangsatte vi en proces med at dokumentere den faglige begrundelse, praksisimplikationer og redskaber, der var knyttet til hver af de faktorer, vi identificerede.

Type 0.2: Praksisvidensindsamlingen (der beskrives i afsnit 6.4 og 6.5) bidrog til at validere, sortere, fremhæve og gruppere nogle af de faktorer, vi havde identificeret i forbindelse med type 0.1, og til at udbygge vores beskrivelser af faglige begrundelse, praksisimplikationer og redskaber. Dette resulterede i en ny grafisk type 0.2, som vi præsenterede for og drøftede med Social- og Boligstyrelsen. Styrelsen præciserede bl.a., at det var vigtigt, at der ikke måtte være for meget overlap mellem kernelementerne.

Type 0.3 og 0.4: På baggrund af bl.a. dialogen med styrelsen blev antallet og formuleringen af faktorer reduceret og præciseret i en version 0.3. Prototype 0.3 blev præsenteret for en interessentgruppe (se Bilag 6). Den version, der præsenteres i kapitel 5, er således resultatet af en version 0.4.

6.2 Fokuseret litteraturstudie

Litteratursøgningen består af både systematiske søgninger i danske og nordiske databaser og en søgning efter grå litteratur på relevante myndigheders hjemmesider. Søgningen bærer præg af et såkaldt scoping review, da der lægges vægt på at skabe en bred oversigt over et emne, nemlig tværsektorielle samarbejdsmodeller. Til forskel fra systematiske reviews kan der i denne form for review arbejdes med mere åbne problemstillinger, ligesom der undervejs i litteratursøgningsarbejdet kan udvikles inklusionskriterier. Det har ikke været formålet med litteraturgennemgangen at gennemgå de enkelte studiers videnskabelige kvalitet eller rangere studierne i et evidenshierarki.

Søgningen var bygget op om en række søgeord på både dansk, svensk og norsk. Søgeordene udgør kernen i den overordnede søgestrategi og blev løbende tilpasset de forskellige søgedatabaser. Vi brugte en række synonymer for hhv. tværfaglig og samarbejde, og i nogle søgninger tilføjede vi et tredje søgeord, nemlig at studiet skulle omhandle samarbejder med psykiatrien eller omhandle samarbejdet om borgere med psykiske lidelser. Søgeordene, der blev anvendt i forskellige kombinationer, kan ses i Tabel 6.1.

Tabel 6.1 Søgeord der er blevet anvendt i litteratursøgningen

Sprog	Søgeord 1	Søgeord 2	Søgeord 3
Dansk	Tværfaglig* Tværsektoriel* Koordinator* Cross-sector* Interdisciplinary*	Samarbejd* Samarbejdsmodel* Indsats* Collaboration* AND Denmark	Psykiatri* Psykisk*
Svensk	Tvärvetenskapligt* Multiprofessionellt*	Samverkan* Samarbete* Samarbetsmodell*	Psykiatri* Psykisk*
Norsk	Tverrfaglig* Tverrprofesjonellt*	Samarbeid* Samarbeidsmodell* Samhandling*	'Psykisk helse' 'Psykisk helsearbeid' Psykisk*

Søgeordene blev anvendt i forskellige nordiske og danske databaser. Den danske forskningsdatabase er lukket ned og erstattet af betaversionen NORA, som kun indeholder udvalgte danske studier fra 2011 til 2020. Derfor var det nødvendigt at supplere søgninger i danske forskningsdatabaser med mere håndholdte søgninger både på Google Scholar og på de enkelte universiteters hjemmesider.

Vi har også foretaget en kvalitativ søgning efter grå litteratur på relevante hjemmesider og via udvalgte forskeres publikationer (fx om relationel koordinering og relationel kapacitet). Vedrørende svenske og norske publikationer har vi udelukkende søgt i databaserne, da de også inkluderer rapporter og myndighedsudgivelser. Både databaserne og hjemmesiderne er listet i Tabel 6.2.

Tabel 6.2 Databaser

Databaser		Hjemmesider
Danske	Google Scholar The National Open Research Analytics (NORA) - vedr. publikationer 2011-2020: https://nora.adm.dtu.dk/login Bibliotek.dk	Regionernes hjemmesider Universiteters hjemmesider Social- og Boligstyrelsen Rambøll VIA University College UCviden.dk VIVE
Svenske	SOU-sök – Statens Offentliga Utredningar (SOU), Sverige 1922- SwePub – poster fra svenske universiteter og forskningsinstitutioner	
Norske	Cristin – Current Research Information System in Norway	

I søgningerne i de forskellige databaser og hjemmesider har vi inkluderet studier ud fra studierne titel og evt. abstract og opbygget en lokal database af studier, der potentielt kunne være relevante, bestående af 129 studier og 5 bøger. Heraf omhandlede 37 studier nordiske lande, primært Sverige og Norge. Dernæst har vi foretaget en screening af studierne relevans ved at gennemlæse artiklerne og skimme bøgerne og hermed vurderet studierne ud fra følgende inklusions- og eksklusionskriterier.

Tabel 6.3 Inklusions- og eksklusionskriterier

	Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Udgivelsesdato	2012-2022	Før 2012
Sprog	Dansk, norsk, svensk eller engelsk	Andre sprog
Geografi	Omhandler nordiske lande (Danmark, Norge, Sverige eller Finland)	Omhandler lande uden for Norden
Emne	Omhandler tværfagligt eller tværsektorielt samarbejde eller samarbejdsmodeller	Omhandler <i>ikke</i> tværfagligt eller tværsektorielt samarbejde eller samarbejdsmodeller om borgere med komplekse problemer
Målgruppe	Omhandler samarbejde om voksne borgere (+18 år) med komplekse problemer, herunder psykiske lidelser	Omhandler børn eller unge under 18 år Omhandler <i>ikke</i> borgere med komplekse problemer
Typer af studier	Både peer-reviewed studier og grå litteratur (myndighedsudgivelser, rapporter af analyseinstitutter, pågående projekter, faglitteratur, rapporter fra udviklingsprojekter)	Opgaver/afhandlinger på bachelor- eller masterniveau

I alt har vi inkluderet 51 studier, der omhandler tværfagligt eller tværsektorielt samarbejde om borgere med komplekse problemer. I søgningen har vi identificeret både samarbejdsmodeller for selve det relationelle samarbejde mellem fagpersoner, samarbejdsmodeller for borgerens forløb og endelig samarbejdsmodeller om tilstødende målgrupper. I gennemgangen vil vi have fokus på den danske viden, mens den nordiske viden vil blive præsenteret i et afsnit for sig.

6.3 Ekspertinterviews

Formålet med ekspertinterviewene var at supplere de generelle samarbejdsmodeller med ekspertviden om operationalisering og implementering af disse modeller både generelt og mere specifikt i forhold til projektets målgruppe.

Vi har interviewet tre eksperter i forbindelse med projektet. De tre forskere har en forskningsbaseret viden og har bidraget til udviklingen af hhv. relationel koordinering og relationel kapacitet i en dansk kontekst.

Interviewene blev understøttet af en semistruktureret interviewguide, som havde følgende overordnede temaer:

- Samarbejdsmodellernes kerneelementer
- Operationalisering og opsættelse af elementerne i forskellige kontekster og i forhold til forskellige målgrupper.

Herunder: Kendskab til projektets målgruppe og evt. nationale og internationale projekter om tværsektorielt samarbejde i forhold til målgruppen

- Mulighederne for at arbejde recovery-orienteret med modellerne
- Erfaringer med udbytte/drift/økonomi
- Interviewene blev optaget på diktafon.

6.4 Interviews med og observationer af fagprofessionelle

Der er i forbindelse med projektet udført interviews og observationer med medarbejdere og ledere på institutioner inden for behandlingspsykiatrien og det sociale område. Det er gjort med henblik på at få redegjort for forskellige opfattelser af, hvad en recovery-orienteret koordineret udredning og indsats indebærer i forhold til målgruppen, og for eventuelle barrierer og potentialer ved fortsat/yderligere koordinering.

Institutionerne er udvalgt med afsæt i målgruppebeskrivelsen samt vidensindsamlingen om samarbejdsmodellerne og på baggrund af Social- og Boligstyrelsens anbefalinger.

Interviews

Interviewene blev understøttet af en semistruktureret interviewguide, som havde følgende overordnede temaer:

- Samarbejdet mellem socialområdet og behandlingspsykiatrien i forhold til målgruppen
- Barrierer og muligheder i forhold til inddragelse (recovery)
- Erfaringer med at styrke det interne og tværgående samarbejde
- Ledelsens betydning
- Økonomiske omkostninger forbundet med samarbejde.

De informanter, der indgik i interviewene, fremgår af Tabel 6.4.

Tabel 6.4 Informanter i interviewene

Informanttype	Antal interviews
Centerchefer og afdelingsledere på socialområdet Tilknyttet følgende områder: dagcenter, botilbud og afhængighed	4
Medarbejdere på det socialfaglige voksenområde i kommunen	4
Leder af Sociolancen	1
Socialfaglig medarbejder, Sociolancen	1
Tværasektoriel koordinator	1
Cheflæge/psykiatrisk overlæge i psykiatrien	1

Observationer og uformelle interviews

Observationerne blev udført over fire dage (af mellem 9-12 timers varighed) på en psykiatrisk akutmodtagelse og som passager i Sociolancen.

Desuden gennemførte vi i forbindelse med observationerne to uformelle interviews:

- 2 samtaler med psykiatriske overlæger
- 1 samtale med psykiatrisk læge.

6.5 Borgerinterviews

Der er gennemført fire interviews med borgere i målgruppen. Borgerne er blevet rekrutteret gennem et peer-to-peer-netværk og med venlig hjælp fra en kommunal leder med ansvar for bostøtteområdet.

Interviewene blev understøttet af en semistruktureret interviewguide, som havde følgende overordnede temaer:

- Sygdomshistorie
- Oplevelse af samarbejdet mellem socialområdet og psykiatrien
- Erfaring med internt samarbejde på socialområdet
- Oplevelse af involvering i eget sygdomsforløb
- Anbefalinger.

6.6 Interessentgruppe

Da et udkast 0.3 af prototypen lå klar (se afsnit 6.1), dvs. den prototype, der også præsenteres i kapitel 5, interviewede vi en række interessenter på området om modellen. Disse interessenters baggrund var udvalgt i samarbejde med Social- og Boligstyrelsen.

Vi interviewede mere specifikt:

- En forsker
- To personer fra Sundhedsstyrelsen
- En socialchef fra en kommune
- En socialfaglig medarbejder tilknyttet socialpsykiatrien
- To borgere i målgruppen (som vi også havde interviewet om deres forløb).

Interessenterne havde forud for interviewene modtaget en version af det daværende kapitel 5. Dog ikke borgerne, som vi i stedet præsenterede principperne og den grafiske model for i forbindelse med interviewet. Borgerinterviewene og interviewet med personerne fra Sundhedsstyrelsen foregik ansigt til ansigt, og resten foregik virtuelt.

Alle interviewene koncentrerede sig om tre temaer, som alle blev formuleret med henblik på bl.a. at styrke Social- og Boligstyrelsens mulighed for at vurdere og kvalificere prototypen (se afsnit 1.1.2):

- Er prototypen, herunder temaer og kerneelementer, forståelige og klart formuleret?
- Er prototypen fagligt velbegrundet, herunder bl.a. forståelig problemstilling og velbeskrevne rammer?
- Er prototypen relevant og realistisk?

Interviewene varede fra 30 minutter til 1 time.

7 Litteratur

- Akre, A.-G. D., Egeland, K., Garpe, K. D., Jørgensen, A. W., & Vaskinn, H. S. (2015). Å ville hverandre vel: Forpliktende samhandling om psykisk helse på Romerike - Romeriksprosjektet (2010-2015). *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 12(3), 261-264.
- Albertsen, K., & Wiegman, I.-M. (2014). Relationel Koordinering - om tværfaglighed samarbejde og kommunikation. *Karnov HR-Guide*, 1-5.
- Albertsen, K., Wiegman, I.-M., & Limborg, H.-J. (2014). *Hverdagsrehabilitering og relationel koordinering: Afsluttende rapport fra ReKoHveR-projektet*. TeamArbejdsliv.
- Amilon, A., Birkelund, J. F., Bojesen, A. B., Nielsen, I. K., & Møller, M. S. (2017). *Evaluering af "Afprøvning af ACT-metoden over for borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug."* VIVE.
- Amilon, A., Mehlsen, L., Bengtsson, S., Nielsen, K., & Lauridsen, J. B. (2018). *Dokumenterede metoder i bostøtteindsatsen over for mennesker med psykiske lidelser*. VIVE.
- Andersen, B. J. (2013). Samhandlingsteamet i Bærum – S-Flex-modellen. Praksis og effektevaluering. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 10(4), 317-327.
- Balleby, M. S., & Overgaard, K. (2019). *Analyse af genindlæggelser i psykiatrien og tværsektorielt samarbejde: Afsluttende rapport*. DEFACTUM.
- Benjaminsen, L. (2021). *Assertive Community Treatment (ACT) Manual*. Socialstyrelsen.
- Benjaminsen, L., Christensen, R. A., & Hundahl, M. S. (2020). *Udbredelsen af Housing First: Muligheder og barrierer i implementeringen af Housing First på hjemløshedsområdet i Danmark*. VIVE.
- Benjaminsen, L., Dyrby, T. M., Enemark, M. H., Thomsen, M. T., Dalum, H. S., & Lerbech, U. V. (2017). *Housing First i Danmark: Evaluering af implementerings- og forankringsprojekt i 24 kommuner*. SFI.
- Benjaminsen, L., Grønfeldt, S. T., & Jensen, M. C. F. (2018). *Kompleksitet i borgersager og opgaveløsning i socialpsykiatrien: En kvalitativ undersøgelse i fire kommuner*. VIVE.
- Bjørn, V. (2014). *Psykososial rehabilitering av RoP-pasienter: - Hva er 'e vi driver med?* SPoR Vestfold.
- Brinck-Claussen, U. Ø., Curth, N. K., & Eplov, L. F. (2014). *COLLABRI-modellen*. Region Hovedstadens Psykiatri.

- Buch, M. S., Jakobsen, M., Kolodziejczyk, C., & Ladekjlr, E. (2016). *Evaluering af indsats for forløbskoordination: Erfaringer med fremskudt visitation i fire kommuner*. KORA.
- Buch, M. S., Jensen, M. C. F., & Brorholt, G. (2018). *Sammenhæng i patientforløb: Hvilke modeller og anbefalinger er der, og hvordan kan de bruges i praksis?* VIVE.
- Buus, N., Jacobsen, E. K., Bojesen, A. B., Bikic, A., Müller-Nielsen, K., Aagaard, J., & Erlangsen, A. (2019). The association between Open Dialogue to young Danes in acute psychiatric crisis and their use of health care and social services: A retrospective register-based cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 91, 119–127.
- Christensen, T. M., & Eplov, L. F. (2018). *Inklusion - Resultater fra IPS projektet: Individuelt Planlagt Job med Støtte (IPS) og træning i sociale og kognitive færdigheder til personer med en alvorlig sindslidelse*. Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering.
- Edwards, K., & Lundstrøm, S. (2014). Relationel koordinering - kan ændringer i samarbejde og relationer måles? *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 16(4), 50–68.
- Eplov, L. F., Curth, N. K., Poulsen, C. H., & Vinding, R. (2018). *Evaluering af Collaborative Care i Danmark: Samlet national evalueringsrapport*. Region Hovedstadens Psykiatri.
- Eplov, L. F., Curth, N. K., Rosenberg, N., & Nordentoft, M. (2022). Collaborative care ved angst og depression. *Ugeskrift for Læger*, 184(V10210814), 1–6.
- Folker, A. P., Kristensen, M. M., Sølvhøj, I. N., Flint, S., Kusier, A. O., & Rod, M. H. (2017). *Sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser: Analyse af personcases, oplevelser og evalueringer*. Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Fredwall, T. E. (2018). *En oppsummering av kunnskap: Pasientforløp for personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse*. Senter for omsorgsforskning.
- Gittell, J. H. (2009). *High performance healthcare: Using the power of relationships to achieve quality, efficiency and resilience*. McGraw-Hill.
- Gittell, J. H. (2012). *Effektivitet i sundhedsvæsenet: Samarbejde, fleksibilitet og kvalitet*. Munksgaard.
- Grimsmo, A. (2015). Samhandlingsreformen - hva nå? *Tidsskrift for Legeforeningen*, 17, 135.
- Hansen, G. V., & Ramsdal, H. (2015). *Forpliktende samhandling om psykisk helse på Romerike («Romeriksprosjektet») - Sluttevaluering*. Høgskolen i Østfold.
- Helse Bergen. (2022). *Svingdørsprosjektet: Bedre tjenestetilbud for personer med alvorlig psykisk lidelse som har hyppige akuttinnleggelses*. Helse Bergen.

- Høgsbro, K., Eskelinen, L., Andersen, M. L., & Berger, N. P. (2013). *ADHD-problematikkens sociale aspekter: Sammenfattende analyse af resultaterne fra undersøgelserne af den sociale indsats overfor familier og voksne med ADHD*. Aalborg Universitetsforlag.
- Holm-Petersen, C., & Buch, M. S. (2014). *Ledelse over grænser: Erfaringer med tværsektoriel ledelse i sundhedsvæsenet*. Væksthus for Ledelse.
- Hornstrup, C., & Storch, J. (2018). *Relationel kapacitet: Sammenhæng i offentlige organisationer*. Mindspace.
- Hornstrup, C., & Storch, J. (2021). *Sammenhængende ledelse, indsatser og løsninger: Relationel kapacitet i praksis i arbejdet med børn og unge*. Dafolo.
- Hornstrup, C., & Storch, J. (2023, Forthcoming). *Ledelse på tværs: Relationel kapacitet i teori og praksis*. Dansk Psykologisk Forlag.
- Iversen, K., Jensen, D. C., Ruge, M., & Thau, M. (2018). *Sammenfatning: Kommunernes perspektiver på centrale udfordringer på voksesocialområdet*. VIVE.
- Jacobsen, C. B., Ingerslev, K., Hvilsted, L., Vestergaard, S., Andersen, B. S., & Krusell, A. (2021). *Ledelse af organisatorisk sammenhæng: Viden og redskaber til det tværgående ledelses(sam)arbejde*. Kronprins Frederiks Center for Offentlig Ledelse & Region Midtjylland.
- Jensen, M. C. F., Bom, L. H., Tauby-Theill, C., Emkjær, L. D., Nicolajsen, J. S., & Olsen, L. (2021). *Kortlægning af god kvalitet i praksis i bostøtten: En kvalitativ undersøgelse af kvalitet i bostøtte for mennesker med psykiske vanskeligheder, der bor i egen bolig*. VIVE.
- Jensen, M. C. F., Neidel, A., Maack, S., Røgeskov, M., Lausten, S. K., Nicolajsen, J. S., & Olsen, L. (2021). *Kortlægning af god kvalitet i praksis på botilbud: En kvalitativ undersøgelse af kvalitet på botilbud for mennesker med psykiske vanskeligheder*. VIVE.
- Jørgensen, H., Lassen, M., & Baadsgaard, K. (2016a). *Hvad er koblingskompetencer?* CARMA, Aalborg Universitet.
- Jørgensen, H., Lassen, M., & Baadsgaard, K. (2016b). *Koblingskompetencer: Et begrebsligt indkredsningforsøg*. CARMA, Aalborg Universitet.
- Jørgensen, O. (2014). *Brobyggerne: Erfaringer fra ti projekter om ledelse af fremtidens velfærd*. Videnscenter for Velfærdsledelse.
- Kirkegaard, S. (2022). *Ung i Ambulatorie for Psykoterapeutisk Udvikling: En undersøgelse af tværsektorielt behandlingstilbud til unge med dobbeltdiagnose*. VIVE.
- Klausen, R. K. (2016). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbejd: En opsummering av kunnskap*. Senter for omsorgsforskning.

- Kvalheim, A., Sørensen, G., Borg, M., & Karlsson, B. (2012). *"Du skal ikke trenge å være heldig": Evaluering av Brobyggersamarbeidet i Notodden 2007-2011 - et samarbeidsbasert forskningsprosjekt*. Fakultet for helsevitenskap, Høgskolen i Buskerud.
- Lægsgaard, M. M., Balleby, M., Nørbæk, A., & Pilegaard, K. (2017). *Kvalitet i den kommunale indsats over for borgere med svære psykiske lidelser: Åben Dialog*. Socialstyrelsen.
- Madsen, M. H., Buch, M. S., Petersen, A., Wiuff, M. B., Wulff, J., & Rasmussen, P. S. (2018). *Patienters oplevelse af Collaborative Care: Afprøvning af et tværsektorielt behandlingstilbud til behandling af angst og depression*. VIVE.
- Maribo, T., Ibsen, C., Thuesen, J., Nielsen, C. V., Johansen, J. S., & Vind, A. B. (2022). *Hvidbog om rehabilitering*. Rehabiliteringsforum Danmark.
- Mehlsen, L., & Amilon, A. (2018). *Implementeringsguide: CTI-metoden anvendt i bostøtte*. VIVE.
- NAPHA. (2023). *Tema: ACT- og FACT-team*.
<https://napha.no/content/13921/opsokende-team>
- Navne, L. E., & Frøslev-Thomsen, J. (2022). *Indsatser til voksne pårørende på socialområdet: Udvalgte eksempler fra litteraturgennemgang og interview med organisationer og kommunale tilbudsledere og medarbejdere*. VIVE.
- Nielsen, C. M., Hjorthøj, C., Killaspy, H., & Nordentoft, M. (2021). The effect of Flexible Assertive Community Treatment in Denmark: A quasi-experimental controlled study. *The Lancet Psychiatry*, *8*(1), 27–35.
- Nielsen, C. M., Hjorthøj, C., Nordentoft, M., & Christensen, U. (2021). A qualitative study on the implementation of flexible assertive community treatment - An integrated community-based treatment model for patients with severe mental illness. *International Journal of Integrated Care*, *21*(2), 1–13.
- Nordentoft, M., Melau, M., Iversen, T., Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A., Bertelsen, M., Hjorthøj, C. R., Hastrup, L. H., & Jørgensen, P. (2015). From research to practice: How OPUS treatment was accepted and implemented throughout Denmark. *Early Intervention in Psychiatry*, *9*(2), 156–162.
- Nørgaard, B., & Vestergaard, S. (2014). *Integrated Care litteraturgennemgang: Arbejdsrapport*. CAST – Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning.
- Peer-Partnerskabet. (2023). *Personlige statements*.
<https://peerpartnerskabet.dk/projekter/peers-som-recovery-guider/om-personlige-statements/>
- Posselt, C. M., Albert, N., Nordentoft, M., & Hjorthøj, C. (2021). The Danish OPUS Early Intervention Services for First-Episode Psychosis: A Phase 4 Prospective Cohort Study With Comparison of Randomized Trial and

- Real-World Data. *The American Journal of Psychiatry*, 178(10), 941–951.
- PwC. (2023). *Partnerskab om strategisk udvikling og omlægning af socialpsykiatrien: Evaluering*. PwC.
- Rambøll. (2021). *Social støtte i overgang til og fastholdelse i job: Slutevaluering*. Rambøll.
- Rambøll, & SFI. (2013). *Hjemløsestrategien: Afsluttende rapport*. Rambøll, & SFI.
- Regeringens udvalg om psykiatri. (2013). *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser*. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.
- Region Hovedstadens Psykiatri. (2020). *Samarbejde på tværs: En undersøgelse af det tværsektorielle samarbejde i behandling af mennesker med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblematik*. Region Hovedstadens Psykiatri.
- Region Midtjylland. (2020). *Notat vedrørende genindlæggelser i psykiatrien*. Sundhedsplanlægning, Regionshuset Viborg.
- Riksrevisjonen. (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester*. Riksrevisjonen.
- Rohde, T., Grut, L., Lippestad, J., & Anthun, K. S. (2020). *Samhandling mellom kommuner og sykehus*. SINTEF Digital.
- Rommetvedt, H., & Nødland, S. I. (2020). Samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner-før og etter samhandlingsreformen. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 6(3), 1–17.
- Shaw, S., Rosen, R., & Rumbold, B. (2011). *What is Integrated Planning? An overview of integrated care in the NHS*. Nuffield Trust.
- Slade, M. (2017). *100 råd som fremmer recovery: En veiledning for psykisk helsepersonell*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, NAPHA.
- Social- og Boligstyrelsen. (2019). *Recovery og psykosocial rehabilitering*. <https://sbst.dk/handicap/psykiske-vanskeligheter/rehabilitering>
- Social- og Boligstyrelsen. (2023, Forthcoming). *Implementeringen af Åben dialog: Drivkraft og barriereanalyse*. Social- og Boligstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2017a). *Metode- og implementeringsguide: Åben Dialog*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2017b). *Vidensdokument: Åben Dialog*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2020). *Systematik for beskrivelse af kerneelementer: Skriveskabelon og eksempler. Version 1.0*. Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen. (2021a). *Anbefalinger til god kvalitet på botilbud: Indsatskatalog om recovery-orienteret praksis på botilbud i socialpsykiatrien*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2021b). *Drejebog for strategi for udvikling af den sociale indsats (SUSI)*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2021c). *Intensive Case Management (ICM): Metodemanual til hjemløshedsområdet*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2021d). *Udfordringer i forhold til voksne på det specialiserede socialområde: Kommunale perspektiver*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2022). *Borgeren i centrum: Model for tillid, samarbejde og inddragelse. Version 0*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2023). *Recovery-orienteret rehabilitering. Vejledning til praksis: Koncept for strategisk udvikling og omlægning af socialpsykiatrien*. Socialstyrelsen.
- StimuLab. (2021a). *Øyane modellen: Pasientens helsetjeneste i et Helsefelleskap 2021*. Helse Bergen.
- StimuLab. (2021b). *Tjenestene sett gjennom brukernes og de pårørendes øyne: Innsiktsrapport*. Helse Bergen.
- Sundheds- og Ældreministeriet. (2017). *Indblik i psykiatrien på tværs af regioner og kommuner: Analyse*. Sundheds- og Ældreministeriet.
- Sundhedsdatastyrelsen. (2017). *Genindlæggelser i det psykiatriske sundhedsvæsen*. Sundhedsdatastyrelsen.
- Sundhedsdatastyrelsen. (2019). *En tredjedel i psykiatrien indlægges flere gange*. Sundhedsdatastyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2022). *Fagligt oplæg til en 10-årsplan: Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser*. Sundhedsstyrelsen.
- Væksthus for Ledelse. (2016). *Relationel koordinering: Ledelse af et effektivt samarbejde*. Væksthus for Ledelse.
- Vestergaard, B. (2018). *Relationel koordinering i praksis: Metoder til bedre beslutninger og samarbejde på tværs*. LEAD READ.
- Weigelt, V. S., Mamsen, E., Rytter, N., & Anker, J. (2016). *Undersøgelse af brugernes oplevelse af kvalitet i de psykosociale indsatser*. Rådet for Socialt Udsatte.

Bilag 1 Overblik over kernekaraktistika for generelle samarbejdsmodeller

Model for samarbejde	Modellens primære formål og indhold	Målgrupper, modellen er afprøvet med	Relevante aktører i samarbejdet	Danske erfaringer med modellen	Borgerinddragende elementer	Andet
Modeller for relationelt samarbejde						
<p>Relationel koordinering</p> <p>Se bl.a. (Gittell, 2009, 2012; Væksthus for Ledelse, 2016)</p>	<p>Relationel koordinering er koordineringen af arbejdsrelationer gennem fælles mål, fælles viden og gensidig respekt. Desuden defineres fire dimensioner for kommunikation: den skal være rettidig, hyppig, præcis og problemløsende. Antagelsen er, at kompleks opgaveløsning kan styrkes, ved at de involverede parter knytter tættere professionelle bånd.</p>	<p>Den amerikanske professor Jody Gittell udviklede begrebet i sin forskning af den amerikanske luftfartsindustri og hospitalssektoren. I Danmark er der arbejdet med relationel koordinering i både hospitalssektoren, psykiatrien, hjemmeplejen og luftfartssektoren.</p>	<p>Fagpersoner, der skal arbejde sammen om opgaver med en høj grad af kompleksitet og uforudsigelighed, som skal løses under tidspres, og hvor fagpersonerne er gensidigt afhængige af hinanden for at lykkes.</p>	<p>Relationel koordinering har været anvendt i flere offentlige sektorer, fx i hjemmeplejen (Albertsen et al., 2014) og til tværsektorielt samarbejde mellem regioner og kommuner (Buch et al., 2016; Holm-Petersen & Buch, 2014; Jørgensen, 2014).</p>	<p>I arbejdet med relationel koordinering kan der indgå såkaldte netværksskott, hvor borgeren eller opgaven placeres i centrum. Relationel koordinering handler imidlertid mere om samarbejdet mellem fagpersoner end om samarbejdet mellem fagperson og borger.</p>	<p>Graden af relationel koordinering kan måles ved, at samtlige involverede parter besvarer syv spørgsmål i et spørgeskema. Målingerne bør dog ikke stå alene i forandringsarbejdet (se Edwards & Lundstrøm, 2014).</p>
<p>Relationel kapacitet</p> <p>Se bl.a. (Hornstrup & Storch, 2018, 2021)</p>	<p>Relationel kapacitet er evnen til at håndtere komplekse og dynamiske udfordringer, hvilket skal sikre sammen-hængende indsatser for borgeren (relationel koordinering). Relationel kapacitet er en videreudvikling af relationel koordinering.</p>		<p>Både borgere, fagpersoner og ledere er relevante aktører. Relationen mellem borger og fagperson betegnes relationel samskabelse, og mellem fagpersoner er der tale om relationel koordinering. Endelig kan ledere udøve relationel ledelse.</p>			<p>Ud over en udviklingsproces benyttes også analyser til at understøtte arbejdet med relationel kapacitet.</p>

Model for samarbejde	Modellens primære formål og indhold	Målgrupper, modellen er afprøvet med	Relevante aktører i samarbejdet	Danske erfaringer med modellen	Borgerinddragende elementer	Andet
Koblingskompetence	Koblingskompetence (KK) er evnen og viljen til at forstå andres faglighed og arbejde med faglige og forståelsesmæssige forskelligheder for derigennem at løse komplekse problemstillinger.	Er så vidt vides endnu ikke afprøvet med konkrete målgrupper.	Offentligt ansatte og ledere, der indgår i tværgående samarbejder om borgeren. Fire funktioner/roller opridses: brobygger, kommunikator, koordinator og kooperation.	CARMA (Aalborg Universitet) undersøgte i 2016, om begrebet kunne bruges i arbejdet med tværfagligt samarbejde, og udgav i den forbindelse en inspirationspjece (Jørgensen et al., 2016a). Forskerne kalder KK et missing link mellem monofaglighed og tværfaglighed.	Omhandler mere samarbejdet på tværs af fagligheder end samarbejdet med borgeren.	Ifølge forskerne fra CARMA har koblingskompetence i modsætning til relationel koordinering afsæt i konkrete opgaver, der kræver tværfaglig opgaveløsning, hvor relationel koordinering i højere grad angiver en mere almen kommunikativ tilgang (Jørgensen et al., 2016b).

Bilag 2 Overblik over indsatssspecifikke modeller

Model for samarbejde	Modellens primære formål og indhold	Målgrupper, modellen er afprøvet med	Relevante aktører i samarbejdet	Danske erfaringer med modellen	Borgerinddragende elementer	Andet
Forløbsteam						
ACT – Assertive Community Treatment Se bl.a. (Amilon et al., 2017; Benjaminsen, 2021; Benjaminsen et al., 2020)	ACT-teams yder en intensiv, fleksibel, udgående, tidsubegrænset og direkte støtte til borgere med komplekse problemer. Støtten gives der, hvor borgeren opholder sig. ACT har tre dimensioner: social og praktisk støtte, specialiseret helbredsmæssig indsats og støtte til administrative forhold.	Oprindelig målrettet borgere med psykiske lidelser med gentagne psykiatriske indlæggelser. I en dansk kontekst er metoden afprøvet med borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug og borgere i hjemløshed.	ACT-indsatsen udføres af et tværfagligt team ofte bestående af fx bostøttemedarbejdere, psykiatere, psykologer, jobkonsulenter, sundhedsfagligt personale, misbrugsbehandlere og myndighedspersoner.	Metoden er afprøvet som led i Housing First-tilgangen, og 90 % af de borgere, der modtog ACT, havde en bolig ved afslutningen af afprøvningen. Metoden har også haft positiv virkning over for borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug bl.a. i form af reduceret misbrug og øget trivsel (Amilon et al., 2017).	Tager udgangspunkt i borgerens behov og udføres der, hvor borgeren ønsker det. Metoden er recovery-orienteret og har et målrettet fokus på områder, borgeren har valgt.	ACT adskiller sig fra ICM og CTI (se nedenfor) ved at målgruppen slet ikke eller i mindre grad kan benytte eksisterende tilbud, hvorfor de har behov for, at indsatsen leveres direkte hos dem af et tværfagligt team. Desuden er støtten teambaseret og ikke styret af en forløbskoordinator.

Model for samarbejde	Modellens primære formål og indhold	Målgrupper, modellen er afprøvet med	Relevante aktører i samarbejdet	Danske erfaringer med modellen	Borgerinddragende elementer	Andet
F-ACT – Flexible Assertive Community Treatment Se bl.a. (Nielsen, Hjorthøj, Killaspy, et al., 2021; Nielsen, Hjorthøj, Nordentoft, et al., 2021)	F-ACT-teams yder intensiv, ambulant psykiatrisk behandling. Der er hyppig kontakt til teamet i starten af forløbet og ved sygdomsforværing. Den individuelle behandling kan foregå i borgerens eget hjem.	Patienter med svær psykisk sygdom, fx skizofreni, depression, mani eller personlighedsforstyrrelse.	Patienten tilknyttes en kontaktperson og en psykiater. Ofte er det tværfaglige team sammensat af sygeplejersker, socialrådgivere, psykologer, recovery-mentorere, psykiatere samt evt. ergoterapeuter og fysioterapeuter.	F-ACT anvendes i flere regioner og er bl.a. siden 2016 afprøvet i Region Hovedstaden. Et kvasi-eksperimentelt studie viser, at F-ACT ser ud til at øge kontinuiteten i behandlingen, og at F-ACT medfører færre indlæggelser sammenlignet med ACT (Nielsen, Hjorthøj, Killaspy, et al., 2021).	Teamets arbejde tager udgangspunkt i recovery. I opstarten laves en behandlingsplan i samarbejde med borgeren. Indsatsen er fleksibel og intensiveres, når borgeren har brug for det.	F-ACT er ligesom ACT teambaseret og er en integration af Opsøgende Psykiatri (OP) og distriktskykiatrien. En implementeringsanalyse viser, at der kan være vanskeligheder ved at nå at engagere de borgere, der har de mest alvorlige psykiske problemer (Nielsen, Hjorthøj, Nordentoft, et al., 2021).
Forløbskoordinator						
ICM – Intensive Case Management Se bl.a. (Benjaminsen et al., 2017; Socialstyrelsen, 2021c)	En individuelt tilrettelagt, intensiv indsats i en ubegrænset periode målrettet fastholdelse af egen bolig fx som led i Housing First-tilgangen.	Unge og voksne med komplekse støttebehov, som har brug for intensiv støtte i forbindelse med at flytte i egen bolig.	Den tidsbegrænsede indsats gennemføres af en ICM-medarbejder, der ofte er forankret i kommunernes bostøtteordninger, som får en koordinerende rolle i forhold til øvrige kommunale og regionale tilbud, bl.a. jobcenter, § 110-boformer og myndighed.	ICM-metoden er siden 2009 afprøvet i en lang række kommuner bl.a. i forbindelse med udbredelsen af Housing First. Metoden har vist positiv effekt for borgernes dagligdagsproblemstillinger, og at flere borgere kommer i egen bolig.	ICM er funderet på recovery og empowerment, hvormed indsatsen bygger på et ligeværdigt partnerskab mellem borgeren og ICM-medarbejderen.	I Housing First-tilgangen er det op til kommunerne selv at afgøre, om de vil benytte ICM, ACT eller CTI, og det er i højere grad muligt at tilbyde en differentieret indsats i de kommuner, der tilbyder alle tre (Benjaminsen et al., 2020).

Model for samarbejde	Modellens primære formål og indhold	Målgrupper, modellen er afprøvet med	Relevante aktører i samarbejdet	Danske erfaringer med modellen	Borgerinddragende elementer	Andet
<p>CTI – Critical Time Intervention</p> <p>Se bl.a. (Amilon et al., 2018; Mehlsen & Amilon, 2018; Rambøll, 2021)</p>	<p>En intensiv, tidsafgrænset og fokuseret indsats målrettet borgere, som har behov for støtte i en kritisk overgangsfase, fx til job eller egen bolig. Indsatsen er faseopdelt over 9 måneder, hvor intensiteten løbende falder.</p>	<p>Borgere, der skal i egen bolig efter psykiatrisk indlæggelse eller ophold på botilbud, unge og voksne i hjemløshed, udsatte ledige, borgere i prostitution, kvinder efter krisecenterophold, socialt udsatte grønlandere.</p>	<p>Indsatsen gennemføres af en CTI-medarbejder, der etablerer kontakt til relevante støttepersoner (både i borgerens eget netværk og i tilbud), som sammen med borgeren gradvis overtager ansvaret for borgerens støtte.</p>	<p>I forhold til borgere med psykiske lidelser har en dansk evaluering vist, at i sammenligning med almindelig bostøtte ser CTI ud til at forbedre borgeres mentale trivsel og funktionsniveau (Amilon et al., 2018).</p>	<p>Et kerneelement i indsatsen er, at den skal være recovery-orienteret, dvs. at CTI-medarbejderen skal understøtte borgerens fokus på egne ønsker, håb og ressourcer.</p>	<p>CTI er også blevet koblet med en beskæftigelsesrettet indsats i projektet <i>Social støtte i overgang til og fastholdelse i job</i> til udsatte ledige (Rambøll, 2021).</p>
<p>IPS – Individual Placement and Support</p> <p>Se bl.a. (Christensen & Eplov, 2018)</p>	<p>Beskæftigelsesindsats, hvor personer med alvorlige sindslidelser matches med arbejds- eller uddannelsessted samtidig med intensiv støtte. Forløbet ledes af en IPS-konsulent, der er organiseret i et IPS-team. Indsatsen skal være en integreret del af en psykiatrisk behandling.</p>	<p>Har internationalt vist gode resultater i forhold til personer med alvorlig psykisk sygdom, og i Danmark er indsatsen især blevet anvendt til borgere med fx skizofreni og bipolar lidelse.</p>	<p>Typisk et samarbejde mellem borgeren, psykiatri, socialpsykiatrien og jobcenter, hvor der udpeges eller tilkaldes en IPS-konsulent. Ofte er det jobcenteret, der bevilger indsatsen.</p>	<p>Et dansk IPS-forsøg blev gennemført i 2012-2017 med 720 deltagere. Forsøget fandt, at IPS og IPS suppleret med kognitiv og social træning var farbare metoder. IPS er siden blevet udbredt og afprøvet i en lang række kommuner, bl.a. i Københavns Kommune og 13 sjællandske kommuner.</p>	<p>Valget af arbejdssted skal tage udgangspunkt i borgerens ønsker og drømme. Borgeren styrer sammen med IPS-konsulenten forløbet og i fællesskab afgør de, hvornår der ikke længere er behov for støtte på arbejdspladsen.</p>	<p>IPS består af otte principper, en IPS-manual og en fidelitetsskala.</p>

Model for samarbejde	Modellens primære formål og indhold	Målgrupper, modellen er afprøvet med	Relevante aktører i samarbejdet	Danske erfaringer med modellen	Borgerinddragende elementer	Andet
<p>OPUS</p> <p>Se bl.a. (Nordentoft et al., 2015; Posselt et al., 2021)</p>	<p>OPUS er et 2-årigt intensivt og opsøgende behandlingstilbud til unge (18-35-årige) med debuterende psykose lidelser. Behandlingen består af samtaler med både kontaktperson og evt. psykolog, gruppetilbud og pårøndeinddragelse.</p>	<p>Unge i alderen 18-35 år, der er nylig (inden for 12 måneder) diagnosticeret med skizofrenisygdomme.</p>	<p>Den unge tilknyttes en fast kontaktperson (case manager), som skal sikre kontinuitet mellem den ambulante, sociale og sygehusbase-rede indsats.</p>	<p>OPUS er blevet evalueret positivt siden udbredelsen i 2003, og de nyeste resultater viser, at der også er langtids-effekter: unge, der modtog OPUS havde tendens til lavere dødelighed, færre og kortere psykiatriske indlæggelser og sandsynligvis lavere forbrug af antipsykotisk medicin end unge, der modtog standardbehandling (før indførelsen i 2003). (Posselt et al., 2021).</p>	<p>OPUS er recovery- og helhedsorienteret.</p> <p>Den unge kan kontakte kontaktpersonen efter behov. Den unge afgør, hvilke pårørende det er relevant at inddrage.</p>	<p>OPUS startede i 1998 som et forskningsprojekt og er siden blevet udbredt til alle fem regioner. I øjeblikket evalueres OPUS YOUNG målrettet de 12-17-årige med førstegangpsykosser.</p>
Episodisk samarbejdsmodel						
<p>Åben Dialog</p> <p>Se bl.a. (Buus et al., 2019; Lægssgaard et al., 2017; Socialstyrelsen, 2017b)</p>	<p>En helheds- og netværksorienteret tilgang, hvor formålet er at understøtte dialog mellem borgeren og dennes netværk, som kan muliggøre forandring hos borgeren og/eller netværket. På netværksmøderne vægtes alle udsagn lige.</p>	<p>Unge med skizofreni og voksne med svære psykiske lidelser.</p> <p>Åben Dialog anvendes i dag i flere regioner og kommuner, bl.a. Psykiatriens Hus i Silkeborg og følgende kommuner: Aarhus, Randers, Roskilde, Odsherred, Herning og Augustenborg.</p>	<p>En ÅD-medarbejder afgør sammen med borgeren, hvilke aktører der skal indkaldes til netværksmødet. Netværket, der inddrages, kan være både privat og professionelt.</p>	<p>Åben Dialog blev afprøvet i fem kommuner i 2014-2016, hvor ca. 100 borgere indgik. Metoden bidrog positivt til borgernes recovery, og borgerne følte sig set og hørt og oplevede forbedrede sociale relationer (Lægssgaard et al., 2017). Der er også dokumenteret positive effekter for unge (Buus et al., 2019).</p>	<p>Flere af de syv grundprincipper i Åben Dialog omhandler borgerinddragende og recovery-orienterede elementer: det sociale netværksperspektiv, fleksibilitet og mobilitet, ansvar, tolerance for usikkerhed samt dialog.</p>	<p>Tilgangen indebærer et opgør med den professionelle som ekspert: Den professionelle rolle er ikke at søge løsninger, men at supplere borgerens og netværkets perspektiver med et fagligt perspektiv.</p>

Bilag 3 Collabri og APU

I dette bilag beskrives to øvrige samarbejdsmodeller, Collabri og APU, som er udviklet til tilstødende målgrupper og indeholder elementer, der søger at styrke den tværfaglige kommunikation mellem faggrupper på tværs af sektorer. Projekt Collabri kan betegnes som en samarbejdsmodel baseret på en forløbskoordinator, hvor en care manager udfører behandlingen i samspil med den praktiserende læge. Derimod kan det tværsektorielle behandlingstilbud APU betegnes som et forløbsteam, da fagpersoner på tværs af sektorerne inddrages i behandlingen og på lige fod.

Disse modeller er ikke medtaget i kapitlet over indsats-specifikke samarbejdsmodeller, fordi de er målrettet målgrupper med ikke-psykotiske lidelser (hhv. mennesker med depression og angst og unge med dobbeltdiagnose), og dermed er modellerne ikke relevante tilbud for denne kortlægnings målgruppe. Dog er der erfaringer fra de to projekter, som alligevel er væsentlige at fremhæve og drage inspiration fra.

Collaborative Care – Projekt Collabri

Collaborative Care er en behandlingsmodel, der involverer samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og almen praksis målrettet en relateret målgruppe, nemlig borgere med depression eller angst. Der er fire bærende principper i modellen: en multiprofessionel tilgang, hvor både den praktiserende læge og minimum én anden fagperson involveres i behandlingen; en struktureret behandlingsplan; struktureret opfølgning; forstærket interprofessionel kommunikation (Brinck-Claussen et al., 2014; Epløv et al., 2022). I Danmark er Collaborative Care afprøvet i regi af projekt Collabri, hvor borgere med ikke-psykotiske psykiske lidelser modtog et tidsafgrænset behandlingsforløb bestående af kognitiv terapi og medicinsk behandling, hvor behandlingen blev udført af den praktiserende læge og en såkaldt care manager ansat i behandlingspsykiatrien (Brinck-Claussen et al., 2014). Desuden blev andre fagpersoner, fx psykiatere og psykologer, inddraget til at vejlede og supervisere. Projekt Collabri blev slutevalueret i 2018, hvor konklusionerne bl.a. fremhævede, at Collaborative Care var implementerbar i Danmark, både fordi det gav mening for fagpersonerne, og fordi patienterne udtrykte tilfredshed (Epløv et al., 2018; Madsen et al., 2018). I de kommende år skal der foretages sundhedsøkonomiske evalueringer, ligesom et implementeringsstudie er iværksat af Collabri Flex, en videreudvikling af Collabri (Epløv et al., 2022).

I forhold til denne kortlægning er det relevant at kigge nærmere på udmøntningen af det fjerde princip, forstærket interprofessionel kommunikation. I Collaborative Care kan denne kommunikation bestå af en fælles patientjournal,

skriftlig kommunikation mellem behandlere, personlige møder mellem care manageren og lægen, supervision af både praktiserende læge og care manager samt samlokation. I den danske slutevaluering finder forfatterne, at den styrkede kommunikation blev implementeret forskelligt i de deltagende regioner og med forskellig mødekadence. Derudover viste det sig, at særligt en fælles patientjournal var vanskelig i praksis, ligesom det i en af de deltagende regioner ikke var muligt at etablere samlokation mellem care manager og praktiserende læge (Epløv et al., 2018). Selvom de deltagende patienter havde forskellige oplevelser af samarbejdet mellem lægen og care manageren, fremhæver den patientoplevede evaluering imidlertid, at patienterne havde positive oplevelser af det øgede samarbejde (Madsen et al., 2018).

APU – tværsektorielt behandlingstilbud til unge med dobbeltdiagnose

I 2017 opstartede et tværsektorielt behandlingstilbud for mennesker med dobbeltdiagnose i samarbejde mellem Ambulatorie for Psykoterapeutisk Udvikling (APU), som hører under Region Hovedstadens Psykiatri, og fem kommunale rusmiddelcentre (Region Hovedstadens Psykiatri, 2020). Dette blev i 2020 videreudviklet til en ung målgruppe (de 18-25-årige) og til at omfatte 10 kommunale rusmiddelcentre. Målgruppen skulle ud over en ikke-psykotisk psykisk lidelse også have en rusmiddelproblematik. Behandlingen er baseret på en adfærdsterapeutisk tilgang og indeholder en række individuelle og gruppebaserede indsatser samt samarbejdsunderstøttende aktiviteter.

I den kvalitative evaluering af det videreudviklede tværsektorielle tilbud til unge med dobbeltdiagnose konkluderes det, at de fagprofessionelle på tværs af psykiatrien og de kommunale rusmiddelcentre oplevede samarbejdet som meget meningsfuldt, og at de fik opbygget nogle gode praksisser for afgrænsningen og udførelsen af deres roller og ansvar i samarbejdet (Kirkegaard, 2022). Dette skyldtes ifølge de fagprofessionelle bl.a., at samarbejdsmodellen var velbeskrevet og fleksibel, og at der blev opbygget en god gensidig tillid og bevidsthed om grænser for egen faglighed. De deltagende unge oplevede også, at forløbet var sammenhængende og koordineret, hvilket især var vigtigt i opstarten og afslutningen af forløbet. Et konkret element i behandlingen, som skulle understøtte samarbejdet, var de faste netværksmøder, hvor en tovholder fra psykiatrien, en case manager fra rusmiddelcenteret, den unge og andre relevante aktører mødtes mindst tre gange i forløbet. Selvom samtlige deltagere beskriver disse møder som et godt forum til at tale om behandlingsforløbet, bliver det også beskrevet, hvordan netværksmøderne primært understøttede de fagprofessionelles arbejde ved bl.a. at facilitere informationsudveksling. Hermed kan der være risiko for, at netværksmøderne kun bliver et professionelt redskab, frem for at de unge inddrages, tager ejerskab og finder mening med møderne (Kirkegaard, 2022).

Bilag 4 Tværsektorielle tilbud i regionerne – Et overblik

Nedenstående tabel indeholder en oversigt over tilbud, projekter og organiseringsformer i de fem danske regioner, men som ikke vil blive beskrevet dybdegående i denne rapport. Nogle af projekterne er afsluttet, mens andre er pågående (pr. 2022).

Projekterne er fundet gennem søgninger på regionernes hjemmesider, og det er derfor muligt, at der er nogle projekter, vi ikke har fået kendskab til, hvis projektet ikke er beskrevet eller fremgår på hjemmesiderne. Det betyder også, at vi primært har fundet projekter, der er aktuelle eller afsluttet for nylig, mens projekter, der er mere end 5 år gamle, sandsynligvis ikke længere fremgår af regionernes hjemmesider og dermed heller ikke af nedenstående oversigt.

Tværsektorielle tilbud og organiseringsformer i danske regioner	Kort beskrivelse af projekt/tilbud/organisering	Link
Region Sjælland		
Integreret Psykiatri	Aktuelt samarbejde mellem Region Sjælland og Næstved Kommune, hvor borgere med psykiske lidelser kan henvende sig via én indgang til både kommunale og regionale medarbejdere. En tværsektoriel organiseringsform, hvor tilbuddene samordnes i ét dagtilbud.	https://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/psykiatrien/om-psykiatrien/integreret-psykiatri-naestved/om-integreret-psykiatri/Sider/default.aspx
Projekt RoSa (Relationer og Samarbejde på tværs)	Satspuljeprojekt i 2017-2020, der bestod af et samarbejdsprojekt mellem Psykiatrien Vest og seks sjællandske kommuner, målrettet borgere på botilbud. Erfaringerne fra projektet videreføres i F-ACT-teams på tværs af regionen.	https://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/psykiatrien/om-psykiatrien/for-fagpersoner/relationer-og-samarbejdet-paa-tvaers/Sider/default.aspx
Broen til Bedre Sundhed/Sammen om min vej	Sammen om min vej var et kvalitetsudviklingsprojekt under Broen til Bedre Sundhed i 2015-2017 målrettet borgere med hyppige indlæggelser (i somatikken) og komplekse forløb, der fik en forløbspartner tilknyttet, der kunne hjælpe med at koordinere og skabe sammenhæng på tværs af sektorer.	https://www.regionsjaelland.dk/Kampagner/broen-til-bedre-sundhed/broen-til-bedre-sundhed/Sider/default.aspx
Tværsektorielle tavlemøder	Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse har i samarbejde med Slagelse og Sorø kommuner og Region Sjællands Psykiatri udviklet en model for tværsektorielle tavlemøder, hvor medarbejdere på tværs af sektorer deltager i korte og handlingsafklarende tavlemøder, der skal være med til at forebygge akutte somatiske genindlæggelser.	https://dssnet.dk/artikler/ledelse/saadan-kan-tavlemoeder-forbedre-tvaersektorielle-patientforloeb/
Region Hovedstaden		
Collabri	Behandlingsindsats for mennesker med angst og/eller depression i almen praksis baseret på Collaborative Care. Er beskrevet i ovenstående litteraturgennemgang.	https://www.psykiatri-regi-onh.dk/om-hospitalet/udvikling/projektcollabri/Sider/default.aspx
APU	Modelcelle og tværsektorielt behandlingstilbud til voksne og unge med ikke-psykotisk psykisk sygdom og misbrug af alkohol eller stoffer. Er beskrevet i ovenstående litteraturgennemgang.	https://www.psykiatri-regi-onh.dk/centre-og-social-tilbud/Psykiatriske-centre/Psykoterapeutisk-Center-Stolpegaard/Undersoegelse-og-behandling/Ambulatorie%20for%20Psykoterapeutisk%20Udvikling/Sider/default.aspx

Tværsæktorielle tilbud og organiseringsformer i danske regioner	Kort beskrivelse af projekt/tilbud/organisering	Link
Tværsæktorielle teams	Tværsæktorielle teams med medarbejdere fra Københavns Kommune og Region Hovedstadens Psykiatri, der yder op-søgende indsats til borgere på botilbud med fokus på medicinpædagogik og misbrug. Etableret i 2015.	https://www.regionh.dk/patient-inddragelse/udgivelser/udgivelser/Documents/Tv%C3%A6rsektorielle%20teams%20og%20en%20for%20for%20s%C3%A5rbare%20borgere%20og%20personale%20i%20K%C3%B8benhavn%20Kommune.pdf
Projekt Sikker Sammenhæng	Et innovationsprojekt gennemført i samarbejde mellem Københavns Kommune, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital og Dansk Selskab for Patientsikkerhed i 2016-2019. Det tværsæktorielle samarbejde skulle være med til at reducere somatiske genindlæggelser.	https://patientsikkerhed.dk/content/uploads/2019/04/sisam_erfaringsopsamling_april2019.pdf
Tværsæktorielle netværksmøder	En fælles skabelon for tværsæktorielle netværksmøder mellem kommunerne i Region Hovedstaden og Region Hovedstadens Psykiatri. Netværksmøderne kan afholdes på ethvert tidspunkt i borgerens udrednings- og behandlingsforløb i psykiatrien.	https://www.psykiatri-regionh.dk/netv%C3%A6rksm%C3%B8der
Region Midtjylland		
Psykiatriens Hus	Psykiatriens hus i Aarhus og Psykiatriens Hus i Silkeborg er et samarbejde mellem kommunernes socialpsykiatri og rusmiddeltilbud og Region Midtjyllands behandlingspsykiatri, hvor medarbejderne er samlet under ét tag, og hvor der bl.a. er mulighed for akutte døgnophold.	https://psykiatrienshus.silkeborg.dk/Om-Psykiatriens-Hus https://psykiatrienshus.aarhus.dk/om-psykiatriens-hus/
Én borger – ét fælles forløb	Udviklingsprojekt i Aarhus- og Randersklyngen om at udvikle samarbejdet om borgerens forløb på tværs af kommuner, psykiatrien og praktiserende læger. Del af sundhedsaftalen 2019-2023 i Region Midtjylland.	https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/projekter/den-naere-psykiatri/en-borger---en-falles-losning/
Initiativer fra styregruppen for Alliancen om den nære psykiatri	Alliancen om den nære psykiatri (patientforeninger, praktiserende læger, Region Midtjylland og de 19 midtjyske kommuner) har iværksat fire initiativer for voksne borgere med svær psykisk sygdom: Én borger – ét fælles forløb (beskrevet ovenfor); et tværsæktorielt callcenter for både psykiatri og somatik; Initiativer for de mest udsatte borgere; Udgående ambulante teams.	https://www.rm.dk/api/NewES-DHBlock/DownloadFile?agendaPath=\\RMAPPS0221.onerm.dk\CMS01-EXT\ESDH%20Data\RM_Internet\Dagsordener\Psykiatri-og-social%202019\07-08-2019\Aaben_dagsorden&appendixid=241012
Region Nordjylland		
Patientens team	I 2015 blev principper for patientens team og behandlingsansvarlig læge i Region Nordjylland integreret og implementeret. Med patientens team skulle der være fokus på det samlede patientforløb og på tværs af sektorer, hvor den behandlingsansvarlige læge er med til at koordinere forløbet.	https://edocfiler.rm.dk/Psykiatri-udvalget/2015-08-19%2009.30/Dagsorden/Referat/Internet/2015-08-24%2010.21.16/Attachments/2316197-2958290-1.pdf
Min fælles vej	I 2019-2021 har Uddannelseshuset i Aalborg Kommune og Klinik Psykiatri Syd udviklet og afprøvet en ny måde at samarbejde på tværs af sektorer på inden for rammerne af patientens team (ovenstående) og ud fra IPS-metoden (beskrevet i litteraturgennemgangen).	https://psykiatri.rm.dk/for-sundhedsfaglige/samarbejde-og-projekter/min-faelles-vej
Region Syddanmark		
Sammen om psykiatri	Implementering af en samarbejdsstruktur om de mest udsatte og psykisk syge borgere over 20 år. Projektet er et samarbejde mellem 22 kommuner, 5 psykiatriske voksenafdelinger og lokalpsykiatrien og løber i 2018-2022. Via en møderække tages 10 komplekse borgersager op, og formålet er fælles og mere sammenhængende borgerforløb.	https://psykiatriensyddanmark.dk/fagpersoner/projekter-og-saerlige-indsatser/voksne-projekter-og-saerlige-indsatser/sammen-om-psykiatri-tvaer-sektoriel-samarbejdskultur

Tværasektorielle tilbud og organiseringsformer i danske regioner	Kort beskrivelse af projekt/tilbud/organisering	Link
Tværasektorielt forløbsprogram for mennesker med depression	Forløbsprogrammet skal tydeliggøre ansvar og roller for de fagprofessionelle på tværs af kommuner, sygehuse og almen praksis og skal kunne bruges som et opslagsværk og værktøj til planlægning af indsatser. Udviklet på baggrund af Sundhedsaftalen 2019-2023 og på baggrund af en proces, hvor mennesker med depression sammen med fagprofessionelle har drøftet oplevelser og erfaringer.	https://regionsyddanmark.dk/media/dpslej5p/forl%C3%B8bsprogram-for-mennesker-med-depression-2020.pdf
Tværasektorielt sundheds-samarbejde i psykiatrien	I Region Syddanmark er det tværasektorielle samarbejde mellem sygehuse, kommuner og almen praksis organiseret i fire samarbejdsfora, som kaldes psykiatriske samordningsfora, hhv. Lillebælt, Fyn, Vestjylland og Sønderjylland.	https://regionsyddanmark.dk/fagfolk/det-naere-sundhedsvaesen/sundhedsaftalen-og-organisering/ovrig-organisering-under-sundhedsaftalen/tvaersektorielt-sundhedssamarbejde-i-psykiatrien
Akutte udrykningsteams	APU (Akut Psykiatrisk Udrykningstjeneste) og FUT (Fælles Udrykningsteam på Fyn) er begge døgnbemandede psykiatriske udrykningstjenester, der tilbyder rådgivning til fagpersoner i forbindelse med akutte situationer og mulige tvangsindlæggelser af voksne med psykiske lidelser.	https://psykiatriensyddanmark.dk/fagpersoner/akut-og-udrykning-til-almen-praksis-vagtlaege-bosted-og-politi/dognbemandet-psykiatrisk-udrykningstjeneste-professionel-radgivning-til-fagpersoner
På tværs af regioner		
Tværasektorielle teams til nedbringelse af tvang	Satspuljeprojekt, hvor tre projekter i Region Midtjylland, Region Nordjylland og Region Sjælland har arbejdet med tværasektorielle teams til at forebygge indlæggelser og nedbringe brugen af tvang over for mennesker med psykiske lidelser. Blev evalueret i 2022.	https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Puljer/Evaluering-af-om-tv%C3%A6rasektorielle-teams-til-nedbringelse-af-tvang/Rapport-tvaersektorielle-teams-Implement.ashx
Ambulante akutteams	Satspuljeprojekt, hvor fem projekter (et i hver region) skulle afprøve ambulante akutteams (AAT)-behandling i borgerens hjem eller nærmiljø som et alternativ til indlæggelse af borgere med behov for akut psykiatrisk behandling. I 2014-2017.	https://sum.dk/Media/9/3/Evaluering%20af%20fors%C3%B8g%20med%20ambulante%20akutteams%20i%20den%20regionale%20psykiatri%20II.pdf

Bilag 5 Erfaringer fra Norge

I det seneste årti er der også afprøvet og udviklet forskellige samarbejdsmodeller i Norge, og der er lavet flere litteraturkortlægninger, som giver et samlet og detaljeret overblik over forskellige norske tiltag og modeller (Fredwall, 2018; Klausen, 2016). I denne gennemgang præsenterer vi et udsnit af disse, herunder ACT og F-ACT, Romeriksprojektet, Bærum-modellen, SPoR-Vestfold, Brobyggermodellen og Øyane-modellen. Øyane-modellen, som er en nylig udviklet model for innovation, vil blive beskrevet mere detaljeret end de øvrige modeller, ligesom vi også har interviewet projektlederen på dette projekt. Først introducerer vi en overordnet reform fra 2012, som er grundlaget for organiseringen af det tværsektorielle samarbejde i Norge.

Samhandlingsreform

I Norge har der i en længere årrække ligesom i Danmark været fokus på konsekvenserne af sektoropdelinger og manglen på sammenhæng i indsatser for borgere med komplekse problemer, herunder borgere med psykiske lidelser og en samtidig rusmiddelproblematik. I 2012 indførte den norske regering en samhandlingsreform, som gennem økonomiske, juridiske, organisatoriske og faglige virkemidler skulle fremme helhedsorienterede og sammenhængende patientforløb. Det betød bl.a., at specialist- og primærsektoren skulle samarbejde i større grad end før, og at kommunerne blev tildelt en større del af ansvaret for behandling (Fredwall, 2018; Grimsmo, 2015). I en oversigtsartikel fremhæver Grimsmo et al. (2015) tre centrale virkemidler i reformen: krav om samarbejdsaftaler mellem kommuner og specialhelsetjenesten (svarende til de danske regioner, herunder psykiatrien); økonomiske incitament i form af betaling for ventende udskrivningsklare patienter; krav om og tilskud til opretning af et lokalt akut døgntilbud i kommunen.

Et nationalt netværk har fulgt implementeringen af reformen, som i 2018 har peget på, at hvis kommunerne skal overtage en større del af ansvaret, må der etableres yderligere incitament for, at kommunerne skal overtage flere opgaver for sygehusene, og at specialhelsetjenesterne bør samarbejde tættere med kommunerne (Fredwall, 2018). Desuden viser et nyere studie, at selvom kravet om samarbejdsaftaler kan have bidraget til en bedre klargøring af opgavedelingen mellem helsetjenesterne og kommunerne, har aftalerne ikke forhindre problemet med, at borgere bliver kassebolde mellem sektorer (Rommetvedt & Nødland, 2020). Dernæst har specialhelsetjenesterne fortsat større indflydelse på aftalerne end kommunerne, hvormed der ikke er opstået det ligeværdige partnerskab, som der blev lagt op til med reformen (Rommetvedt & Nødland, 2020).

ACT og F-ACT

I Norge har man ligesom i Danmark afprøvet og udbredt ACT- og F-ACT-teams, og pr. januar 2022 er der etableret 70 F-ACT- og 8 ACT-teams i Norge. De første teams blev oprettet i 2009, og siden er der gennemført adskillige evalueringer af virkningen, særligt af ACT-teams. Napha (Natsionalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid) sammenfatter de forskellige resultater og konkluderer, at begge modeller har vist gode resultater til at fremme ligeværdige, helhedsorienterede og integrerede tilbud (NAPHA, 2023). Det er i evalueringerne bl.a. blevet fremhævet, at ACT-teamene kan fungere som brobyggere og koordinatører mellem sektorer, og at der i afprøvningsperioden blev identificeret en betydelig reduktion i tvangsindlæggelser og antallet af indlæggelsesdøgn i psykiatrien (Fredwall, 2018, s. 61).

Romeriksprojektet

I Norge blev der i 2010-2015 afprøvet et tværsektorielt behandlingstilbud, Romeriksprojektet, til mennesker med alvorlige psykiske lidelser og i nogle tilfælde også samtidige rusmiddelproblemer (Akre et al., 2015; Hansen & Ramsdal, 2015). Romerike er en region i Norge i den sydøstlige del af landet. Syv kommuner, to distriktspsykiatriske centre, to såkaldte ruspoliklinikker (kommunale rusmiddelcentre) og tre brugerorganisationer deltog i projektet. Målet var at tilbyde målgruppen et bedre tilbud på tværs af tilbud og sektorer og fremme mestring i hverdagen og social inklusion og reducere psykiatriske indlæggelser og brugen af tvang. Målgruppen var den samme, som kunne modtage ACT, men i stedet for at oprette nye ACT-teams fokuserede Romeriksmodellen på at afprøve en samarbejdsmodel inden for de ressourcer, der allerede eksisterede i de forskellige tilbud. Dette skulle bestå i at indføre arenaer for forpligtende samarbejde i form af samhandlingsgrupper, etablere et fælles oplæringsprogram, fremstå som et fagligt miljø og endelig have et tilbud om netværksmøder. I slutevalueringen af projektet blev det konkluderet, at det var uhensigtsmæssigt at fortsætte Romeriksmodellen, som den havde været udformet i projektet, på trods af at forløbet havde givet spændende indsigter i udfordringerne og mulighederne ved at samarbejde på tværs af tilbud (Hansen & Ramsdal, 2015). Selvom modellen havde udviklet en billig og fleksibel samarbejdskultur, var hovedproblemet med modellen, at de formelle rammer for samarbejdsgrupperne ikke gav tilstrækkelig autoritet til beslutningstagen, hvilket medførte, at sektoropdelingen og fragmenteringen i indsatsen blev opretholdt (Hansen & Ramsdal, 2015). I en anden evaluering af projektet konkluderer forfatterne, at det tager lang tid at indarbejde nye samarbejdsrutiner og skabe kendskab til dem i de forskellige offentlige organisationer (Akre et al., 2015).

Bærum-S-Flex

I Bærum kommune i Norge blev der i 2011 etableret et samarbejdsteam, hvor både fagpersoner fra kommunen og specialhelsetjenesten blev inddraget (Andersen, 2013). Målgruppen var personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer, ligesom der også blev lagt vægt på at nå de borgere, der havde haft kaotiske sygdomsforløb, herunder gentagne og akutte indlæggelser. Samarbejdsteamet havde ikke faste kontorer, men mødtes ugentligt i såkaldte samarbejdsværksteder. Desuden var borgerkontakten primært ambulant. Centrale elementer i teamets arbejde var tidlig kortlægning og hurtig vurdering af en patients samlede situation og tilbud om individuelt tilpassede tilbud i de ordinære offentlige tjenester. Teamets deltagere var ansatte i de eksisterende tilbud og var ikke ansat på fuld tid i teamet, men beholdt deres stillinger i de forskellige tilbud. Der er ikke lavet en egentlig slutevaluering af projektet, men Fredwalls litteraturgennemgang fremhæver, at teamet overordnet set nåede deres mål bl.a. i form af en reduktion i antal indlæggelser (Fredwall, 2018).

SPoR-Vestfold

SPoR-Vestfold var et samarbejde mellem psykiatrien og rusmiddelbehandling, som foregik i perioden 2010-2013, målrettet borgere med dobbeltdiagnose, som ikke fik nytte af eksisterende tilbud. I en slutevaluering blev det konkluderet, at samarbejdet blev styrket og gik langt bedre, hvis der blev skabt forudsætninger for, at de forskellige aktører formåede at skabe fælles forståelser for hinandens arbejde og arbejdsområder (Bjørn, 2014). Derudover blev praktiserende læger fremhævet som en central samarbejdspartner, mens det også blev anbefalet, at koordinatoren (placeret i psykiatrien) burde have større autoritet til at arbejde på tværs af sektorer (Bjørn, 2014).

Brobyggermodellen

Brobyggermodellen er et samarbejdstiltag mellem psykiatrien og rusmiddelbehandling, som ikke var et konkret tilbud, men snarere en måde at samarbejde på tværs af institutioner på, som kan have forskellige formål og rammebetingelser (Fredwall, 2018, s. 67). Det sidste projekt blev afsluttet i slutningen af 2013. Aktører fra kommunen, distrikpsykiatrien, det lokale sygehus, psykiatrien, arbejdsmarkedsorganisationer, myndighedsniveau og brugerorganisationer deltog i samarbejdet. Formålet var, at borgere med komplekse behov skulle opleve mere helhedsorienterede og koordinerede tilbud.

Følgende elementer indgår i brobyggermodellen:

- Samarbejdet skal bygges på ligeværd og respekt for professionelle fagområder og kompetencer.

- Aktørerne har ansvar for at kende til og informere borgerne om hinandens tilbud.
- En lav tærskel for at tage kontakt til de andre tilbud.

I en evaluering af projektet konkluderede forfatterne, at modellen var på rette spor, men at samarbejdet om den enkelte borger fremstod som for tilfældig (Kvalheim et al., 2012). På system- og ledelsesniveau var modellen godt forankret og et eksempel på en god organisering af tværsektorielt samarbejde, men der skulle udvikles bedre modeller for informationsudveksling om borgeren.

Øyane-modellen og Samskapning i Vest

I forbindelse med litteratursøgningen fandt vi et nyligt norsk samskabelsesprojekt placeret i Bergen, som siden 2019 har arbejdet med at skabe sammenhæng og samarbejde på tværs af tjenester til borgere med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. For at supplere resultaterne fra to evalueringsrapporter har vi også interviewet projektlederen på innovationsprojektet.

På baggrund af hård kritik fra Sintef (Rohde et al., 2020) og den norske rigsrevision (Riksrevisjonen, 2021) vedr. samarbejdet mellem tjenester til mennesker, der modtager tilbud fra både kommunen og psykiatrien, blev der i 2019 etableret et samskabelsesprogram, Samskapning i Vest. Her gik de to norske kommuner Øygarden og Askøy, det lokale distriktpsychiatriske center, psykiatrisk klinik, et rusmiddelcenter og myndighedsniveauet sammen om at skabe mere sammenhængende indsatser. Ud over tre tværsektorielle netværk (ledernetværk, lægenetværk, netværk for erfaringskompetence) blev der med støtte fra Stimulab søsat et samskabelses- og innovationsprojekt som fik navnet Øyane-modellen. Innovationsprojektet blev gennemført i 2020-2021, og ud over de forskellige tjenester deltog også brugerrepræsentanter og PwC bl.a. til at evaluere projektet. Dels blev der udviklet en model for samskabende innovation (Øyane-modellen), dels et koncept for gode opstarter i et borgerpatient-forløb (StimuLab, 2021a, 2021b).

Konceptet for gode opstarter blev udviklet på baggrund af en omfattende af-dækning af borgernes, de pårørendes og de ansattes perspektiver, som bl.a. påpegede, at overgange mellem tjenester er særlig sårbare for svigt (StimuLab, 2021b). Derfor afprøvede og udviklede de tre delkoncepter:

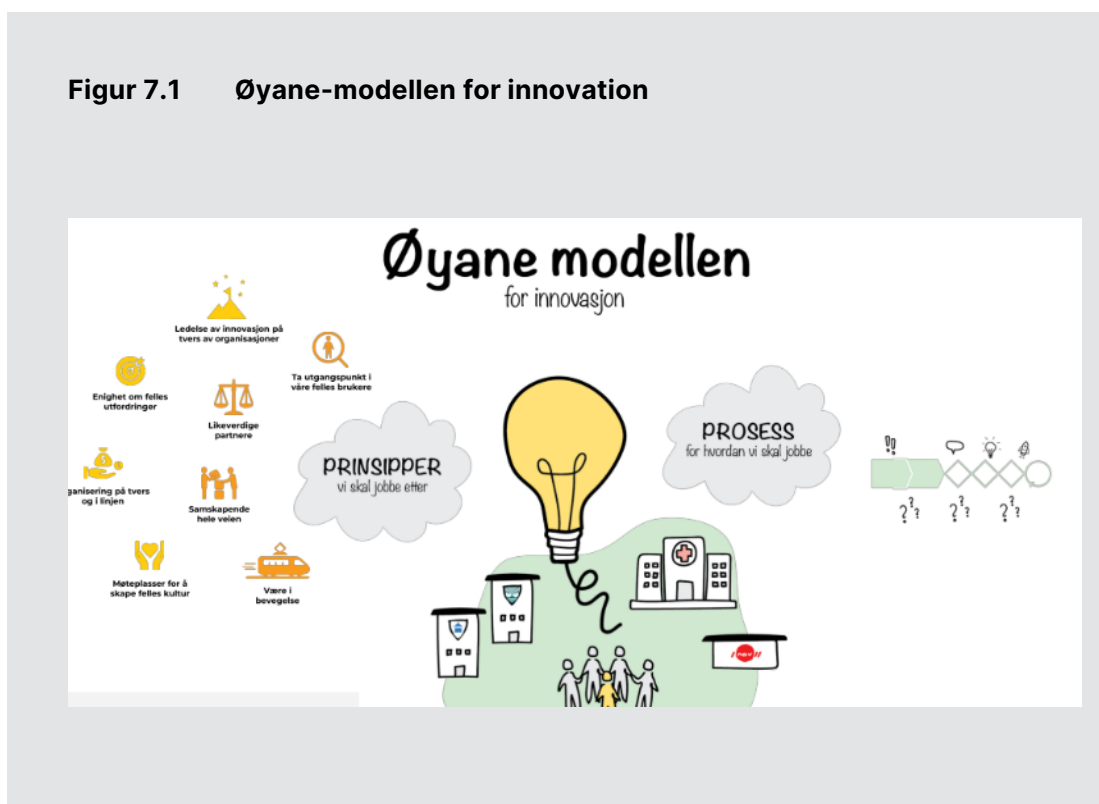
- **Tillidsbyggerne**, hvor medarbejdere mødes på tværs og opbygger kompetencer i at skabe tillid i samtalen med borgeren.
- **Det første møde**, hvor borgeren i overgange til nye tjenester mødes med både den gamle og den nye behandlingsansvarlige.

- **Samsnakk**, der er et fælles appbaseret kommunikationssystem og en chatkanal, hvor personale på tværs af organisationer kan kommunikere med borgeren (StimuLab, 2021a).

Disse delkoncepter blev pilotafprøvet, og selvom tilbagemeldingerne pegede på, at deltagerne oplevede, at koncepterne bidrog til bedre samarbejde, blev det anbefalet, at koncepterne skulle undergå endnu en pilotafprøvning, hvor der var fokus på at få koncepterne bedre forankret i de forskellige organisationskulturer (StimuLab, 2021a). Denne nye pilotafprøvning blev evalueret i august 2022.

Ud over koncepterne for den gode opstart var en central del af projektet selve innovationsprocessen, hvor koncepterne blev udviklet. Denne udviklingsproces har været samskabende mellem de forskellige aktører og organisationer og har taget udgangspunkt i nogle principper, som alle skulle arbejde efter, og en proces for, hvordan de skulle gå frem (se Figur 7.1).

Figur 7.1 Øyane-modellen for innovation

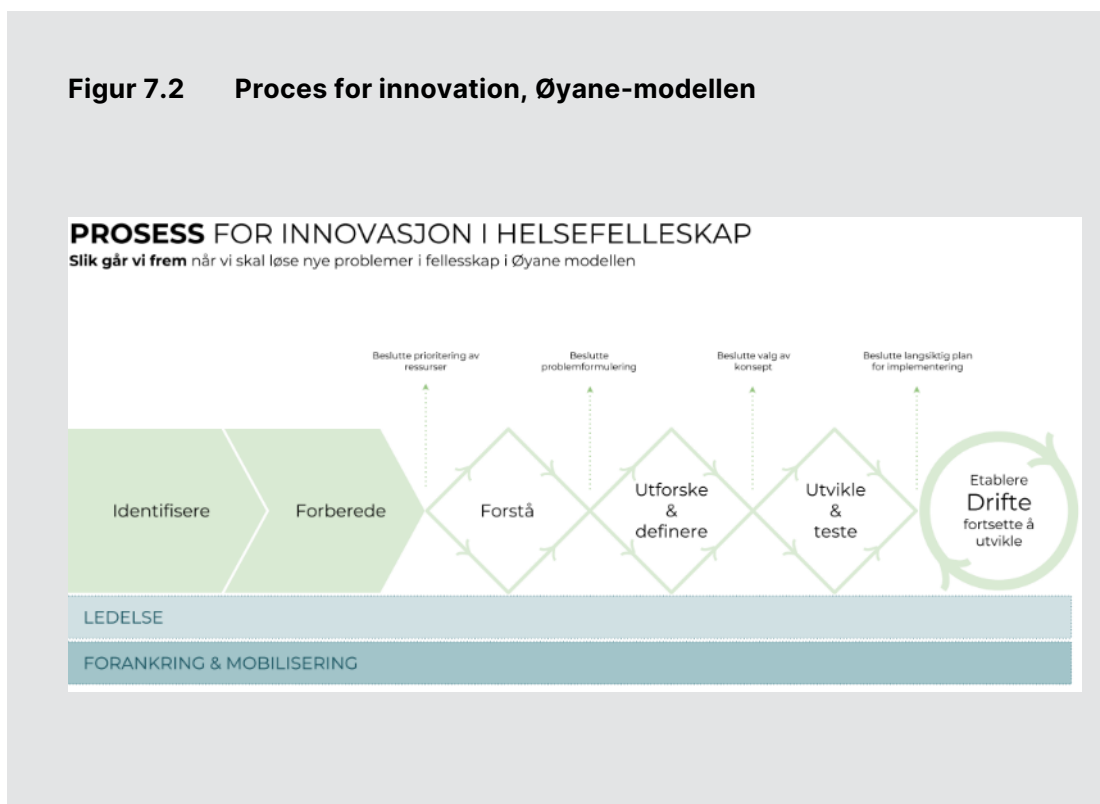


Kilde: StimuLab (2021a).

Ifølge projektlederen på Øyane-projektet har denne samskabende proces været mindst lige så gavnlig for det tværsektorielle samarbejde og kendskab på tværs som selve koncepterne for det tværsektorielle arbejde i form af den

gode opstart. Tjenstedesignprocessen og den faciliteringshjælp, der var en del af projektet, har muliggjort en tæt inddragelse af både medarbejdere, brugere og ledere, og ifølge projektlederen er det helt afgørende at have alle aktører med under hele processen, fra identifikation af problemstilling over udvikling til den endelige forankring af nye koncepter/tiltag. Figur 7.2 viser processen for innovation, som Øyane-projektet har anvendt, og som er baseret på en arbejdsmetode, der hedder den trippelte diamant.

Figur 7.2 Proces for innovation, Øyane-modellen



Kilde: StimuLab (2021a).

Dernæst påpeger projektlederen, at det er helt afgørende, at der i identifikationsfasen bliver skabt et tydeligt billede af borgernes problematikker og behov ikke mindst ved inddragelse af borgerne selv, fordi man kun ud fra en helhedsforståelse kan udvikle rammende indsatser. Det var bl.a. gennem brugerindsigter, at projektet fik defineret tillid som et afgørende tema for at styrke samarbejdet – både tillid mellem borger og fagperson og tillid på tværs af organisationer.

Som led i innovationsarbejdet arbejdede de i Bergen også med relationel kapacitet. Redskaberne fra Relationel kapacitet blev iværksat i et ledernetværk, hvor lederne af de forskellige organisationer fik medarbejdere til undervejs i udviklingsprocessen at udfylde tre spørgeskemaer.

Viden fra spørgeskemaerne var ifølge projektlederen brugbar i forhold til at blive opmærksom på, hvor mange aktører der er inde over en borger, og hvordan man ser på hinanden på tværs af organisationerne, og skabe bevidsthed og opmærksomhed om, at man er flere, der arbejder mod et fælles mål. Fundene fra spørgeskemaerne kunne tydeliggøre, hvis nogle faggrupper eller nogle fagpersoner oplever relationerne anderledes end andre, hvilket bidrager til at gøre relationerne transparente. I forhold til samarbejdet om den enkelte borger var spørgsmålene lidt for grovmaskede, hvorfor projektlederen forventer at anvende en anden tilgang til dette formål i den anden pilotafprøvning, muligvis relationel koordinering.

Ifølge projektlederen var redskaberne/spørgeskemaerne i relationel kapacitet relativt nemme at tage i brug og et håndgribeligt redskab, men det krævede, at man ville det: don't use it, if you don't mean it (citat fra projektleder). Det skal være meningsfuldt for alle parter, der udfylder spørgeskemaerne og inddrages i arbejdet med Relationel kapacitet, da det kan skabe skævhed i resultaterne, hvis nogle aktører tager lettere på svarene end andre, eller hvis nogle aktører ikke indgår i afdækningen og analysen af relationerne. I løbet af innovationsprocessen var der forskellige svarprocenter på de tre spørgeskemaer, og i de senere spørgeskemaer gjorde de derfor en stor indsats for at øge svarprocenten bl.a. gennem kommunikationsstrategier og ledelsesopbakning.

Sideløbende med at pilotafprøve delkoncepterne for anden gang har Samskaping i Vest i 2021-2022 søsat endnu et innovationsprojekt, Svingdørsprojektet, nu med fokus på bedre tjenestetilbud for personer med alvorlige psykiske lidelser, som har hyppige akutindlæggelser, dvs. samme målgruppe som i denne kortlægning. Projektet startede op i 2021 og har fået støtte af INNOMED, og projektgruppen har i juni 2022 udgivet første rapport om indsigter fra både patienter, pårørende og behandlere fra de mange forskellige organisationer, som denne borgergruppe er i kontakt med (Helse Bergen, 2022). Her optegnes bl.a. et akut-loop for et døgn i patientens liv,

hvor der identificeres kritiske punkter, som indeholder potentialer for at bryde loopet. På baggrund af indsigterne fra de forskellige aktører går projektet derfor over i den næste fase, tjenesteudvikling, som skal udvikle kontaktpunkter eller teknologier, der kan pilotafprøves (Helse Bergen, 2022).

Bilag 6 Vurdering af prototypen – Et interessentgruppeperspektiv

Dette bilag viser resultaterne af interessenternes umiddelbare feedback på prototypen for koordineret udredning og indsats, version 3.0 (se afsnit 6.1). Målet med interessentgruppen har været at efterprøve og kvalificere prototypen i forhold til fremtidig implementering. Feedbacken er blevet anvendt i udarbejdelsen af den endelige version af prototypen, som beskrives i kapitel 5. Feedbacken kan dog også aktivt anvendes som et bidrag, når Social- og Boligstyrelsen skal vurdere prototypens potentiale for modning (jf. kriterier beskrevet i afsnit 1.1.2) og som en kilde til refleksion for kommuner, der overvejer at tage prototypen i anvendelse.

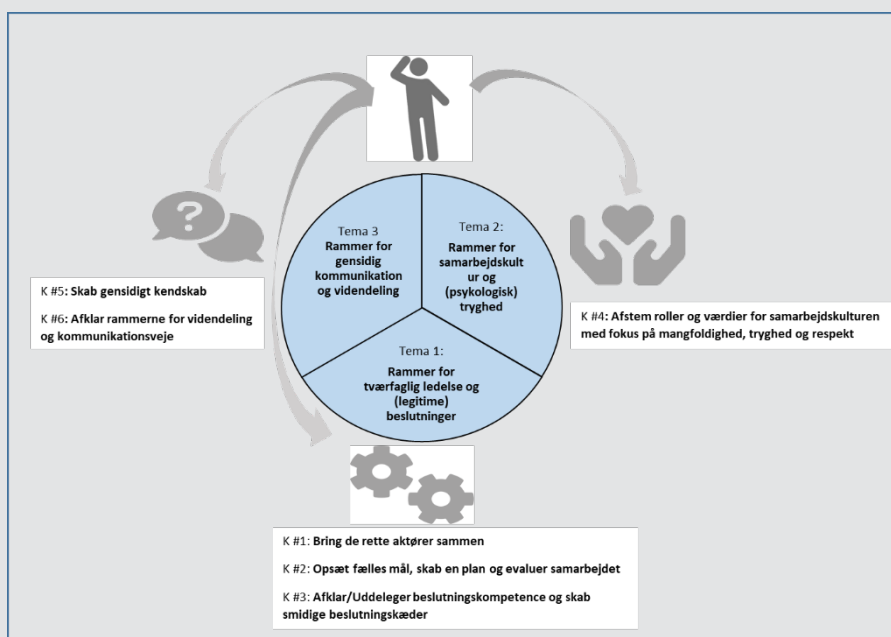
Følgende typer interessenter er blevet introduceret til prototypen: En forsker, to personer fra Sundhedsstyrelsen, en socialchef, en socialfaglig medarbejder tilknyttet socialpsykiatrien og to borgere i målgruppen.

Alle de interviewede interessenter på nær borgerne havde forud for interviewet fået tilsendt en tidlig version af kapitel 5¹¹. Det var dog ikke et krav, at informanterne skulle have læst materialet på forhånd. Interessenterne havde derfor læst materialet i forskellige detaljeringsgrader. Omdrejningspunktet for interviewene var således også en tidlig grafisk illustration af kerneelementerne¹² og fokusområderne. Denne tidlige version ses nedenfor.

¹¹ Vi havde ikke tilsendt kapitlet til borgerne, da der var tale om et kapitel fra en rapport, og vi derfor vurderede, at materialet ville risikere at kunne skabe usikkerhed og/eller forvirring.

¹² Den ene borger blev kun spurgt til nogle af elementerne i modellen, mens vi systematisk gennemgik alle kernelementerne med den anden borger. Borgerne blev dog ikke introduceret til den grafiske version.

Bilagsfigur 6.1 Grafisk illustration af kerneelementer



Anm.: Tidligere version af figuren

Kilde: VIVE

På tværs af interviewene kan følgende hovedpointer drages:

- **Den sproglige formidling af fokusområder og kerneelementer er klart formuleret og forståelig.**
- **Udvælgelsen af kerneelementerne opfattes som velvalgt, dækkende og genkendelige.** Dog gør borgere opmærksom på, at kerneelementer vedr. vidensdeling og målorientering bør tilpasses borgerens ønsker og situation.
- **Genkendeligheden gør, at nogle interessenter sætter spørgsmålstegn ved prototypens relevans** i forhold til andre samarbejds- og indsatsmodeller.
- **Forudsætninger og rammer (problem, kontekst, målgruppe og indsatstype, snitflade) kunne med fordel præciseres yderligere** og tydeliggøres i den grafiske fremstilling ifølge aktørerne fra især Sundhedsstyrelsen.
- **Flere interessenter fremhæver, at grafikken i modellen med fordel kan styrkes** særligt i forhold til kontekst, borgerens centrale placering og proces.

- **Borgerne fremhæver, at deres aktuelle situation og energiniveau bør tages i betragtning i forhold til fx involveringsgrader.**
- **Udgiftsmæssigt er der forskellige vurderinger af, om prototypen er implementerbar.** Nogle interessenter mener, at udgifterne bliver for høje, mens andre mener, at kommunerne ikke har råd til at lade være med at implementere den eller lignende indsatser.
- **Operationelt er der ligeledes forskellige perspektiver på, om prototypen er implementerbar.** Flere interessenter hæfter sig ved, at praksisbeskrivelserne bidrager til at lette implementeringen, og fx Sundhedsstyrelsen efterspørger yderligere referencer. Sidstnævnte mener også, at det er en barriere for implementeringen, at prototypen er *for* abstrakt beskrevet.

Sproglig formidling, udvælgelse og genkendelighed i forhold til temaer og elementer

Alle interessenter peger på, at den **sproglige formidling** af temaerne og kerneelementerne er klart formuleret og forståelig i selve modellen.

Udvælgelsen af temaer og kerneelementerne opfattes desuden som velvalgte, dækkende og genkendelige af alle interessenterne. Ingen af interessenterne kan umiddelbart pege på elementer, der mangler i modellen, og finder de overordnede elementer velbegrundede. Alle interessenterne er enige om, at det er relevant at sætte fokus på koordineret udredning og indsats. For eksempel fremhæver borgerne og socialchefen, at kerneelementerne er hhv. **tiltrængte og brugbare**. Socialchefen er tilknyttet en kommune, hvor man arbejder med koordinerede handleplaner på tværs af regionalt og kommunalt regi. Hun hæfter sig dog ved, at der godt kan være en tendens til, at der sker en formalisering af arbejdet, hvor de fagprofessionelle snakker om en masse indsatser frem for at have fokus på den konkrete borgers problemstilling. I den sammenhæng ser hun det som særlig brugbart, at prototypen fastholder blikket på intentioner med samtalen, og hvad det kulturelt er vigtigt at holde fast i, når man arbejder med koordinerede indsatser, så det ikke bare bliver et møde for fagprofessionelle.

Flere informanter drager desuden i interviewene paralleller til flere af de indsats- og samarbejdsmodeller, som prototypen bl.a. er konstrueret på baggrund af, fx Åben Dialog og forløbskoordination (beskrevet i kapitel 3) og egne igangværende praksisser med fx koordinerede indsatsplaner. De finder med andre ord temaer og elementer genkendelige og **relaterbare**.

Interessenterne har dog nogle konkrete forslag og nuanceringer i forhold til temaerne og kerneelementerne. Både aktører fra Sundhedsstyrelsen og socialchefen kommer med input til temaet vedr. **tværfaglig ledelse (Tema 1)**:

- Socialchefen er i tvivl, om det er den rette betegnelse. Hun mener, at en betegnelse som **organisatorisk setup** vil være mere velegnet.
- De ansatte fra Sundhedsstyrelsen opfordrer til, at kampe om jura og mandater får en større plads i beskrivelsen i forhold til Tema 1. For eksempel hvordan de **juridiske barrierer (fx tidsfrister)** i de forskellige sektorer spiller ind og sætter grænser for den faglige vurdering og samarbejdet (og herunder fx også pladsmangel på botilbud) og muligheder for at samarbejde på trods. De ønsker også bud på, hvordan modellen kan løse nogle af de uheldige situationer, der kan opstå, når der kæmpes om **mandatet**. Selv påpeger de, at det at skabe et tydeligt mandat på et tidligt tidspunkt kan være et vigtigt middel.
- Endelig fremhæver de ansatte fra Sundhedsstyrelsen, at det vil være givtigt med en udfoldelse af forståelsen af de rette aktører (**kerneelement #1**). De ønsker, at det tydeliggøres, hvorfor det er vigtigt at bringe de rette aktører sammen, fx at det er vigtigt, fordi afgørelser ikke bare skal ske med afsæt i **journaler**, men derimod også skal tage hensyn til støttebehov, som journaler eller diagnoser ikke altid giver et retvisende billede af (fx fordi borgere med spiseforstyrrelser kan have helt forskellige behov). De tilføjer desuden, at **de rette aktører ikke skal misforstås som alle aktører**. De fremhæver, at borgernes sårbare position gør, at det er vigtigt, at der er aktører med, som borgerne er trykke ved, og at for mange aktører kan medføre, at møderne bliver overvældende og voldsomme for borgerne. I forlængelse af dette foreslår de, at der udpeges gennemgående tovholdere med psykiatrisk sundhedsfaglig viden og en med socialfaglig viden, hvis samarbejderne skal være længerevarende.

Borgerne samt aktørerne fra Sundhedsstyrelsen har ligeledes et par vigtige nuanceringer i forhold til de udvalgte kernelementer #2 og/eller #6:

- **Måden, man arbejder med mål på, skal overvejes grundigt.** Ved drøftelse af **kerneelement #2** fremhæver den ene borger (med et grin), at hun hader mål. Hun anerkender, at det er vigtigt at have noget at arbejde hen imod, og at der bliver lagt en plan, men hun er bare træt af, at målorienteringen er så tæt koblet til udredningen af problemerne. Den anden borger fremhæver, at personlige statements, som er udviklet af peer-to-peer-netværket¹³, er en måde at arbejde med mål på, som har givet virkelig god mening for hende. I tråd hermed peger aktørerne fra Sundhedsstyrelsen på, at borgere, der er i deres akutte fase af deres sygdom, kan have svært ved at sætte mål, fordi der er meget (fx en psykose), der forstyrrer den person, de "normalt" er. Det gør, at de ikke nødvendigvis er i en situation, hvor de klart kan formulere, hvad de har brug for og ønsker. Her foreslår aktørerne, at det vil være

¹³ Se mere herom i Peer-Partnerskabet (2023).

mere passende at spørge ind til, hvilke problemer i forhold til deres praktiske liv det er vigtigt at få løst.

- **Vidensdeling er ikke altid en fordel.** Ved drøftelse af kerneelement #6 hæfter den ene borger sig ved, at det er svært selv at være brobygger, når ens kræfter ikke slår til, og at dette punkt derfor er vigtigt. Hun foreslår desuden, at fx en vidensbank over de tilbud, der eksisterer i den enkelte kommune (i både kommunalt og frivilligt regi), vil være brugbar fx i forbindelse med udskrivning. Den anden borger gør dog opmærksom på, at det ikke altid har værdi, at medarbejderne på forhånd har læst fx gamle journaler, hvis man fx ønsker at starte på en frisk. Som hun siger: *Der kan stå ting i journalen, som jeg kan være mega træt af, og som jeg ikke gider have frem. Jeg vil hellere have, at jeg bliver hørt hvor jeg er nu!*

Genkendeligheden af elementerne i prototypen leder imidlertid ikke kun til positiv respons i forhold til prototypen. Nogle informanter benytter også genkendeligheden som afsæt til at sætte spørgsmålstejn ved prototypens relevans. Særligt aktørerne fra Sundhedsstyrelsen og forskeren sætter således spørgsmålstejn ved modellens bidrag set i forhold til andre modeller. For eksempel siger forskeren: *Det er alt sammen meget rigtigt, næsten for rigtigt.* Med den kommentar ønsker forskeren netop at problematisere, hvad nyt modellen bidrager med i forhold til fx Åben Dialog. På samme måde siger en af aktørerne fra Sundhedsstyrelsen: *Det er alt sammen meget rigtigt, det er svært at være uenig i, men bliver man klogere?*

Fundament, forudsætninger og rammer

Som beskrevet ovenfor sætter nogle interessenter spørgsmålstejn ved modellens bidrag. Blandt aktørerne fra Sundhedsstyrelsen er denne kritik tæt knyttet til en problematisering af prototypens og indsatsens abstrakte og generiske karakter. De mener, at mange kommunale og regionale aktører har intentionerne om samarbejde, selvom det ofte ikke lykkes. I den sammenhæng efterspørger de, at prototypen kunne blive mere brugbar og operationaliserbar for aktørerne, hvis der var en klarere definition og formidling af **konteksten** for prototypen, der vil gøre den mere kagebogsagtig, som en af dem siger. De fremhæver bl.a. et ønske om at følgende parametre præciseres:

- Hvad er situationen? Hvilke typer snitflader og overgange skal indsatsen mere specifikt virke i forhold til, fx ved udskrivning, under udskrivning og ved en borger, der bor på botilbud mv.?
- Hvilke konkrete problemstillinger hos den enkelte borger skal indsatsen løse?
- Hvilke fagprofessionelle forventes at skulle indgå i udredningen, indsatsen og samarbejdet?

Disse præciseringer vil ifølge aktørerne fra Sundhedsstyrelsen kunne bidrage til at give et mere entydigt svar på, fx hvilke rammer der skal afstemmes, hvordan vidensdeling kan løses, hvem de rette aktører er osv. Men de er samtidig bevidste om, at dette vil reducere muligheden for at applicere den bredt.

Særligt borgerne samt aktørerne fra Sundhedsstyrelsen reflekterer, som omtalt ovenfor, over forudsætningen for indsatsen, dvs. den **recovery-orienterede rehabilitering og partnerskabet** med borgeren. De fremhæver, at inddragelse og partnerskab bør foregå på forskellige niveauer afhængigt af borgerens aktuelle situation og energiniveau. Begge borgere opfatter det således som positivt, at man gør borgeren til aktør og partner i samarbejdet. Samtidig understreger de dog begge, at deres tilstand og situation afgør, i hvilken grad de er i stand til at blive inddraget. Den ene borger fremhæver fx, at inddragelse og partnerskab er godt, så længe man er vågen og klar i hovedet (fx ikke har en psykose). Hun uddyber, at det altid er rart at få tilbuddet om inddragelse, men at man som borger kan være i en situation, hvor man ikke har energien eller overskuddet til at blive inddraget, og at det er afgørende, at dette bliver accepteret. I tråd hermed fremhæver den anden borger, at borgerne af samme årsag skal have lov til at møde op til fx vigtige samarbejds møder – men at det også skal være legitimt at sende andre/**stedfortrædere**, hvis der er omstændigheder, der gør, at man som borger ikke orker det. Denne borger tilføjer, at lokationen er vigtig at overveje, fx at møderne ikke skal holdes steder, hvor borgeren kan risikere at blive retraumatiseret.

Grafisk udtryk

Flere interessenter fremhæver, at grafikken i modellen med fordel kan styrkes. Informanterne kan godt lide, at der er en grafisk illustration af prototypen. Men de har også bud på forbedringer. Især socialchefen hæfter sig fx ved, at der ikke er et **processuelt aspekt** i den grafiske visualisering af modellen. Hun sætter især spørgsmålstegn ved relationen mellem de tre temaer: *Er det alle temaer, der skal være til stede samtidigt, eller hvordan?* Her henviser hun bl.a. til en anden prototype, der er udviklet på handicapområdet¹⁴, der fremhæver sagsskridtene i forhold til indsatsen.

Medarbejderen fra socialpsykiatrien hæfter sig ved, at modellen godt kan fremstå som et bureaukratisk tandhjul, hvis man kun ser på modellen uafhængigt af teksten. I den sammenhæng efterspørger hun, at recovery-orienteringen kommer tydeligere frem rent visuelt fx ved at putte **borgeren i midten**. Socialchefen kan dog godt lide, at borgeren står forrest i toppen af figuren.

¹⁴ Denne prototype findes hos Socialstyrelsen (2022).

I interviewet med aktørerne fra Sundhedsstyrelsen drøftes desuden, at den **målgruppe, problemstilling og kontekst**, der skal arbejdes med i indsatsen, med fordel også kan tydeliggøres grafisk i modellen.

Implementering i praksis

Der er forskellige holdninger til muligheden for at implementere prototypen i praksis. **Udgiftsmæssigt** fremhæver forskeren, at hans forventning er, at prototypen nok vil møde modstand i kommunerne, fordi den er for dyr at implementere. Han foreslår derfor med henvisning til rapporten om ADHD-problematikkens sociale aspekter (Høgsbro et al., 2013, p. 82 ff), at der laves en model, der graduerer implementering (i forskellige grader), så den kan tilpasses forskellige kommuners udgiftsmuligheder.

Både aktørerne fra Sundhedsstyrelsen, socialchefen og medarbejderen fra socialpsykiatrien fremhæver dog, at de tror, at kommunerne ikke har råd til at lade være [med at implementere den eller lignende modeller], da de bliver bedt om at vurdere omkostningerne ved modellen. Socialchefen forklarer, at hendes opfattelse er, at det bliver meget dyrere for systemet ikke at løse problemerne på tværs. Aktørerne fra Sundhedsstyrelsen fremhæver dog, at det med at gøre prototypen mere kagebogsagtig ville lette omkostningerne. De fremhæver også i tråd med socialchefen, at det er vigtigt at fremhæve, at nogle af de ting, der bliver udført i forbindelse med det koordinerende arbejde, kan erstatte og føde ind i andre aktiviteter, fx opfølgninger på handleplaner.

Rent operationelt fremhæver socialchefen, at det er godt med praksisbeskrivelser, da det vil lette implementeringen. Sundhedsstyrelsen er enig i, at disse er gode. De hæfter sig dog ved, at der godt kunne være endnu flere praksishenvisninger til den nyeste viden om fx de it-løsninger, der er udviklet til at skabe kommunikation på tværs. Sundhedsstyrelsen påpeger dog som allerede omtalt, at prototypen set fra deres perspektiv er for abstrakt formuleret, hvilket de vurderer vil vanskeliggøre implementeringen. I tråd hermed peger forskeren også på, at en form for indsatsstrappe eller graduering (à la den, vi ser i Høgsbro et al., 2013) netop vil kunne tilbyde kommunerne forskellige modeller til at implementere prototypen i forskellige grader.

Socialchefen og medarbejderen fra socialpsykiatrien peger på, at de har erfaringer med, at det er realistisk at **forankre** koordineret udredning og indsats på tværs. Dog fremhæver de i tråd med også forskeren og aktørerne fra Sundhedsstyrelsen, at en af de store udfordringer er at forstå hinandens fokus, sprog og mandater på tværs. For eksempel hvilket syn der lægges på borgerens situation, hvad der forstås med recovery og rehabilitering, og hvem der har beføjelse til hvad, hvornår. Alle påpeger, at forankringen bør være tværgående og fleksibel i forhold til borgerens problemstilling, ønsker og situation, fx om borge-

ren er indlagt eller ej. Flere informanter peger dog også på kommunen som vigtig i forhold til at have det koordinerende ansvar. Aktørerne fra Sundhedsstyrelsen fremhæver, at det netop også i forhold til forankring bliver afgørende at få defineret, hvilken situation der er tale om, fx om borgeren er indlagt eller udskrevet, da dette vil påvirke, hvem der bør have initiativansvaret.

VIVÉ