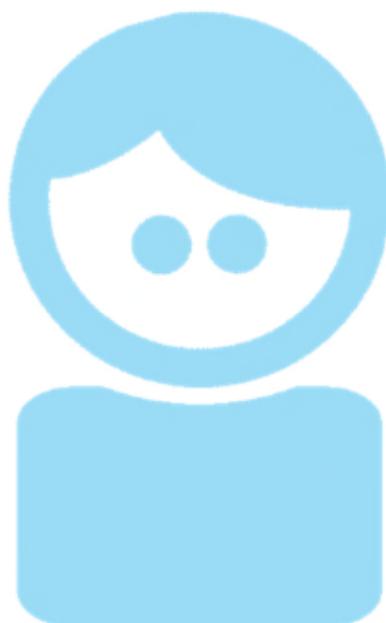


Integreret indsats for borgere med sindslidelse og misbrug. Evalueringsrapport



Indholdsfortegnelse

Resume	4
1. Indledning	9
1.1. Formål og projektbeskrivelse	10
1.2. Evalueringsdesign	12
1.3. Evalueringens grundlag	16
1.4. Rapportens struktur	19
2. Modellen for en integreret indsats	20
2.1. Baggrund for modellen	20
2.1.1. Baseline	20
2.1.2. Principper for en integreret indsats	21
2.2. Model for en integreret indsats for sindslidende med misbrug	22
2.2.1. Ledelse	23
2.2.2. Struktur for samarbejdet og fysiske rammer	23
2.2.3. Tværfagligt team	23
2.2.4. Opsøgende tilgang	24
2.2.5. Fælles processer og redskaber	24
3. Implementering af modellen for en integreret indsats	29
3.1.1. Ledelse	29
3.1.2. Struktur for samarbejdet og fysiske rammer	34
3.1.3. Tværfagligt team	37
3.1.4. Opsøgende tilgang	43
3.1.5. Fælles processer og redskaber	48
3.2. Samlet vurdering af projekternes implementering af modellen	74
4. Resultater af en integreret indsats	77
4.1. Organisatoriske resultater	77
4.1.1. Tværsektorielt samarbejde om borgerforløb	78
4.1.2. Tværfaglig integration i sagerne	80
4.1.3. Integration af støtte- og behandlingsindsatser	81
4.1.4. Vilkår for den integrerede indsats i en driftskontekst	84
4.2. Virkninger for borgerne	85
4.2.1. Motivationsniveau	86
4.2.2. Funktionsniveau	90

4.2.3. Sundhed og selvstændighed	94
4.3. Samlet vurdering af resultaterne af en integreret indsats	96
5. Konklusioner og anbefalinger	98
Bilag 1: Implementeringsbarometer – kriterier for skalapunkter	103
Bilag 2: Metodebeskrivelse for resultatevaluering	105
Bilag 3: Målgruppebeskrivelse	110

Resume

Projekt integreret indsats har udviklet, afprøvet og evalueret en model for, hvordan kommuner og regioner kan samarbejde tværsektorielt om at integrere indsatsen over for borgere med sindslidelse og misbrug. Fire kommuner og to regioner har henover to år implementeret og afprøvet modellen. Anvendelsen af modellen har medført et styrket samarbejde mellem sektorerne om borgernes forløb, og der er tidlige indikationer på, at den integrerede indsats ligeledes medfører positive resultater for borgerne.

Mennesker med sindslidelse og samtidigt misbrug har ofte behov for støtte- og behandlingsindsatser fra både kommuner og regioner, idet misbrugsbehandlingen og socialpsykiatrien er placeret i kommunerne, mens behandlingspsykiatrien er forankret i regionerne. I praksis ses der dog en række barrierer for et effektivt og smidigt samarbejde om borgerne på tværs af systemerne, hvilket i nogle tilfælde resulterer i, at borgere ikke modtager den rette behandling eller kun får et begrænset udbytte af forløbene.

Projekt integreret indsats for sindslidende med misbrug har derfor haft til formål at udvikle, afprøve og evaluere en model til at integrere indsatsen på tværs af behandlingspsykiatrien, misbrugsbehandlingen og socialpsykiatrien. Modellen har til formål både at understøtte en øget integration mellem sektorernes støtte- og behandlingsindsatser, og at bidrage til at borgerne modtager et forløb, som hjælper dem til at opnå en positiv udvikling.

Projekt integreret indsats er gennemført i perioden fra medio 2011 til primo 2015.

Modellen for en integreret indsats

Modellen er blevet udviklet på basis af både viden om eksisterende praksis i projektkommuner og -regioner og forskning i behandlingstilgange for målgruppen. På dette grundlag er der udviklet en model for, hvordan kommuner og regioner kan arbejde tværsektorielt og integreret om og med borgere med sindslidelse og misbrug.

En integreret indsats indebærer, at der på tværs af socialpsykiatri, misbrugsbehandling og regionspsykiatri ydes en fælles – og fuldt integreret – indsats for borgeren, på basis af en fælles forståelse af borgerens problemer og ressourcer. Det handler blandt andet om at udarbejde en tværgående udredning med fokus på borgerens samlede situation som grundlag for at tilrettelægge sammenhængende indsatser og behandlinger, der understøtter borgerens recovery. Det indebærer også, at forløbet for den enkelte borger skal tilrettelægges og gennemføres som

et samlet forløb, så der under behandlingen tages hensyn til både sindslidelsen, misbruget og interaktionen mellem de to lidelser. Modellen har altså til formål at skabe grundlaget for, at sektorerne kan levere en indsats, der er sammenhængende i både proces og indhold.

Modellen indeholder anvisninger til kommuner og regioners tværgående organisering og samarbejde, som omfatter fem elementer:

- **Ledelse.** En integreret indsats involverer stabil forankring hos en beslutningsdygtig tværsektoriel styregruppe, samt en daglig tovholder med et klart mandat for den daglige koordinering af det tværsektorielle samarbejde.
- **Strukturer og rammer.** Det tværsektorielle samarbejde skal finde sted inden for klare mødestrukturer og fysiske rammer, som understøtter et smidigt og effektivt tværsektorielt samarbejde samt dannelsen af en fælles tværfaglig problemforståelse i relation til den enkelte borger.
- **Tværfagligt team.** Det tværfaglige team sammensættes på tværs af sektorer således, at teamet til sammen kan varetage alle dele af den integrerede indsats, fra udredning til støtte- og behandlingsindsatser.
- **Opsøgende tilgang.** Indsatsen skal kunne ydes dér, hvor borgeren befinder sig, og skal være aktivt opsøgende og vedvarende, også i perioder med begrænset motivation fra borgerens side.
- **Fælles processer og redskaber.** Den integrerede indsats finder sted efter en fast forløbsbeskrivelse med seks faser, som sætter rammen for det enkelte borgerforløb. Til faserne hører en række konkrete redskaber til det tværfaglige arbejde med udredning, handleplaner, indsatser og opfølgning.

Der er udviklet en håndbog for modellen til brug for kommuner og regioner, som ønsker at arbejde med den integrerede indsats, eksempelvis i forbindelse med udmøntningen af de koordinerende indsatsplaner. Håndbogen indeholder ud over en grundig indføring i modellen en række praksisorienterede læringspunkter fra evalueringen, som kommuner og regioner, der ønsker at arbejde med modellen med fordel kan være særligt opmærksomme på. Håndbogen kan findes på Socialstyrelsens hjemmeside.

Modellen er blevet implementeret i fire lokale projekter, som involverer i alt fire kommuner og to regioner. Implementeringen efterprøver forventningen om, at anvendelsen af disse elementer kan bidrage til at sikre, at borgerne modtager en indsats, der i højere grad er integreret på tværs af sektorer.

Implementering af modellen

Implementeringen af modellen har krævet etablering af helt nye samarbejdsformer på tværs af sektorer og nye metoder for arbejdet med borgerne. Implementerings-evalueringen har undersøgt, om den opstillede model for en integreret indsats i praksis har været i anvendelse i projekterne, og med hvilke lokale variationer og tilpasninger.

Projekterne har i vidt omfang implementeret modellens elementer i praksis. Der er i alle projekter etableret en styregruppe og en daglig projektledelse og et tværfagligt team med en fast mødekadence. De tværfaglige teams har i alle projekterne arbejdet med en opsøgende tilgang over for borgerne og har anvendt forløbsbeskrivelsen og de tilhørende redskaber som ramme for arbejdet. Især har der været en stærk implementering af den opsøgende tilgang, som er blevet anvendt igennem hele forløbet med borgeren, fra opsporing over udredning og til selve indsatsen for borgeren. Også implementeringen af det tværfaglige team har i høj grad levet op til modellens anvisninger, idet alle teams enten selv har besiddet eller har haft adgang til de faglige kompetencer, som skal til for at yde en integreret indsats. Nogle projekter har endvidere understøttet teamets arbejde ved at arbejde aktivt med at bygge bro mellem de involverede fagkulturer.

Den største implementeringsmæssige udfordring for projektet har været at sikre den nødvendige ledelsesforankring. Især i nogle projekter har dette betydet vanskeligheder med at sikre de fornødne medarbejderressourcer fra enhederne i kommuner og regioner til den integrerede indsats. Projekterne har ligeledes oplevet det som vanskeligt, men samtidig meget vigtigt, at sikre prioriteringen af den daglige tovholderfunktion.

De fælles processer og redskaber i forløbsbeskrivelsen har i vidt omfang været i brug i projekterne. Eksempelvis har de tværfaglige teams i vidt omfang formået at bruge udredninger og handleplaner som ramme for på tværs af sektorer at arbejde med både sindslidelsen og misbruget hos borgerne. Der er dog kun i mindre omfang skabt en tværfaglig forståelse af samspillet mellem lidelserne og en integreret plan for støtte- og behandlingsforløbet. Således er der i højere grad skabt grundlag for en koordination mellem sektorerne end for en egentlig integration i proces og indhold i borgernes forløb.

Endelig har projekterne sikret faste rammer for samarbejdet igennem en faste mødekadencer og dagsordner, men har i mindre grad etableret fælles rammer for arbejdet som sikrer en mere uformel daglig sparring imellem de involverede fagligheder.

Organisatoriske resultater af den integrerede indsats

Implementeringen af modellen for en integreret indsats har ført til en tydelig positiv udvikling i indholdet og kvaliteten af den indsats, som kommuner og regioner kan tilbyde borgere med både sindslidelse og misbrug.

Sammenlignes der med den praksis, som gjorde sig gældende forud for implementeringen af modellen, kan det konstateres, at der ses et styrket tværsektorielt samarbejde, som kan overkomme nogle af de barrierer for opsporing, videndeling, behandling og fastholdelse, som ofte gør sig gældende i det tværsektorielle samarbejde om målgruppen.

De kommuner og regioner, som har anvendt modellen for en integreret indsats, formår tillige i højere grad end før at sikre tværfagligheden i arbejdet med borgernes forløb. Dette sker blandt andet igennem fælles udredninger og handleplaner,

som i vidt omfang forholder sig til begge de to lidelser, og som i nogle tilfælde foretager en analyse af samspillet imellem lidelserne og opstiller mål for arbejdet med begge problemstillinger. Denne koordinerede indsats udgør i sig selv en væsentlig udvikling i kvaliteten af de forløb, som tilbydes borgerne.

Endelig oplever både borgerne, som har modtaget indsatsen, og de samarbejdspartnere, som har været i kontakt med de tværfaglige teams, overvejende, at de støtte- og behandlingsindsatser, som igangsættes af de tværfaglige teams, er sammenhængende.

Resultater for borgerne

De organisatoriske resultater er betydningsfulde i sig selv, men er også vigtige, fordi de i sidste ende er et middel til målet om at opnå en højere grad af recovery i målgruppen. Afprøvningen af modellen har varet i to år, og kun ganske få borgere har modtaget den integrerede indsats igennem hele denne periode. Den udvikling, som kan ses hos borgerne, er derfor en tidlig indikation på, hvilke resultater den integrerede indsats kan medføre for borgerne.

Evalueringen viser, at omkring halvdelen af de borgere, som har modtaget en integreret indsats i perioden, har fået et højere motivationsniveau. Motivationsniveauet udtrykker borgernes vilje og evne til at indgå i behandling for deres lidelser. Det øgede motivationsniveau hos omkring halvdelen borgerne er således et tegn på, at den integrerede indsats formår at skabe et vigtigt grundlag for bedring hos en del af en målgruppe med meget komplekse problemstillinger.

Den overordnet positive udvikling med hensyn til borgerne motivationsniveau udmønter sig også i en positiv udvikling med hensyn til funktionsniveau, dog i lidt mindre omfang. Lidt under en tredjedel af borgerne har her oplevet en positiv udvikling. Funktionsniveauet er en indikator på, om borgerne bliver mere velfungerende og i højere grad i stand til at begå sig i deres eget liv og i samfundet. Der kan således på det korte sigt konstateres en overvejende positiv udvikling, om end denne udvikling er mindre tydelig end udviklingen med hensyn til motivationsniveau. At dette er et positivt resultat, givet målgruppens komplekse problemer og den korte afprøvningsperiode underbygges af norske erfaringer med at afprøve en lignende tværfaglig indsats, som også har opnået positive, om end relativt begrænsede, forbedringer i funktionsniveau hos borgerne over en toårig periode.

Endelig angiver mere end to tredjedele af borgerne selv, at de i høj grad eller i nogen grad oplever, at de har fået mere styr på deres livssituation i kraft af støtten fra det tværfaglige team.

Konklusion

Modellen for en integreret indsats er i vidt omfang blevet implementeret i projektkommuner og -regioner, og har medført en betydelig udvikling i kommuner og regioners samarbejde om borgere med sindslidelse og misbrug. Det styrkede samarbejde fører til en langt mere koordineret indsats for borgerne, og der er tidlige indikationer på, at dette også medfører en positiv udvikling hos de borgere, som modtager støtte fra det tværfaglige team. Der er dog stadig potentiale for en mere

integreret indsats for målgruppen. Analysen fører derfor frem til en række anbefalinger til, hvordan kommuner og regioner, som ønsker at arbejde integreret for målgruppen, kan styrke implementeringen og anvendelsen af modellen, samt anbefalinger vedrørende videreudvikling af modellen.

1. Indledning

På basis af et flerårigt udviklings- og afprøvningsforløb har Deloitte for Socialstyrelsen gennemført en evaluering af en model til en integreret indsats for borgere med sindslidelse og misbrug. Formålet med evalueringen er at analysere implementeringen af modellen i praksis og at afdække organisatoriske og borgerrettede resultater af at arbejde integreret ud fra modellen.

Mennesker med svære sindslidelser og samtidigt misbrug udgør en af de socialt mest udsatte grupper i Danmark. Sindslidelse og samtidigt misbrug går ofte hånd i hånd med ustabile livsmønstre karakteriseret ved eksempelvis hjemløshed, kriminalitet, ensomhed, overgreb eller social isolation. Samtidig bliver disse borgere ofte ramt af en række somatiske problemer forårsaget af deres misbrug og livsstil.

Disse særlige udfordringer kræver en høj grad af koordination mellem socialpsykiatri, misbrugsbehandling og behandlingspsykiatri. I Danmark er misbrugsbehandlingen og den psykiatriske behandling imidlertid organisatorisk adskilt. Misbrugsbehandlingen er efter strukturreformen i 2007 placeret i kommunalt regi ligesom socialpsykiatrien, mens behandlingspsykiatrien er forankret i regionerne.

Der er i de senere år iværksat en række tiltag for at sikre den tværsektorielle koordination om borgerne, blandt andet i form af sundhedsaftalerne mellem kommuner og regioner og etableringen af sundhedskoordinationsudvalg med blandt andet kommunale og regionale repræsentanter. I praksis ses der imidlertid fortsat organisatoriske og administrative barrierer for et effektivt og smidigt samarbejde om borgeren på tværs af behandlingssystemerne. Det hænger blandt andet sammen med, at kendskabet på tværs ofte er begrænset, at ansvarsområderne er uklare, og at forskellige fagkulturer er fremherskende. Samtidig har der ikke været tradition for at samarbejde på tværs af faggrænserne mellem socialpsykiatri, behandlingspsykiatri og misbrugsbehandling.

Det begrænsede samarbejde kan i nogle tilfælde resultere i, at borgeren ikke bliver behandlet for misbrug, fordi behandlingens effektivitet minimeres på grund af en ubehandlet sindslidelse, men heller ikke udredes psykiatrisk, fordi udredningen vanskeliggøres på grund af det ubehandlede misbrug. For borgere, der faktisk kommer i behandling for begge problematikker, er indsatsen typisk ikke sammenhængende, og der er ikke taget højde for samspillet mellem lidelserne. De organisatoriske og administrative barrierer og den

manglende tradition for tværfaglig tænkning og forståelse betyder i et vist omfang, at borgeren ofte selv har en stor del af koordinationsbyrden, hvorved vedkommendes egen viden om og evne til at bygge bro mellem behandlingssystemerne bliver altafgørende. For mennesker med svære sindslidelser og misbrug kan dette være en uoverkommelig opgave. Resultatet er, at denne gruppe stadig ofte havner mellem to stole og ikke får den fornødne behandling og indsats.

Set med samfundsøkonomiske briller kunne ressourcerne på dette område anvendes med større virkning, hvis indsatsen overfor sindslidende med misbrug i højere grad blev tænkt sammen på tværs af sektorer. Det er netop dette, der er formålet med en integreret indsats.

En integreret indsats indebærer, at der på tværs af socialpsykiatri, misbrugsbehandling og regionspsykiatri ydes en fælles – og fuldt integreret – indsats for borgeren, på basis af en fælles forståelse af borgerens problemer og ressourcer. Det handler blandt andet om at udarbejde en tværgående udredning med fokus på borgerens samlede situation som grundlag for at tilrettelægge sammenhængende indsatser og behandlinger, der understøtter borgerens recovery. Det indebærer altså også, at forløbet for den enkelte borger skal tilrettelægges og gennemføres som et samlet forløb, så der under behandlingen tages hensyn til både sindslidelsen, misbruget og interaktionen mellem de to lidelser.¹

En integreret indsats indebærer altså ikke alene en øget koordinering mellem de involverede sektorer, men at der sker en egentlig integration mellem sektorerne både organisatorisk og i arbejdet med borgerne. Tværsektoriel koordinering kan primært bidrage til at sikre, at de igangsatte støtte- og behandlingsindsatser i de to sektorer ikke modarbejder hinanden, idet de involverede sektorer er informeret om hinandens arbejde og forholder sig gensidigt til dette. Integrationen mellem sektorerne kan derimod understøtte, at både sindslidelse og misbrug behandles i et sammenhængende forløb, og dermed at støtte- og behandlingsindsatser i forhold til de to lidelser tilrettelægges på en måde, så de arbejder mod et fælles mål for borgeren, håndterer gensidige påvirkninger mellem lidelserne, udnytter eventuelle synergier imellem handlingerne.

1.1. Formål og projektbeskrivelse

Formålet med Projekt integreret indsats har således været at udvikle, implementere, afprøve og evaluere en model for et tværsektorielt samarbejde om borgere med sindslidelse og misbrug. Med projektet har Socialstyrelsen ønsket at udbygge indsatsen for disse borgere ved at udvikle metoder til at integrere indsatsen på tværs af regionspsykiatri, misbrugsbehandling og socialpsykiatri.

¹ Mueser et al. (2003). Integrated Treatment for Dual Disorders. The Guilford Press.

Projektet har et dobbelt formål. Organisatorisk er der udviklet en model til at understøtte integrerede indsatser på tværs af behandlingspsykiatri, misbrugsbehandling og socialpsykiatri. For borgerne er det langsigtede formål, at indsatsen skal understøtte den enkeltes mulighed for at tage ansvar for og øve indflydelse på eget liv og leve selvstændigt på egne præmisser.

Organisatorisk niveau	Borgerniveau
Sikre og videreudvikle indsatsen for borgere med sindslidelse og misbrug ved at udvikle metoder til at integrere indsatsen på tværs af regionspsykiatrien, misbrugsbehandling og socialpsykiatrien.	Understøtte den enkeltes mulighed for at tage ansvar for og øve indflydelse på eget liv og leve selvstændigt på egne præmisser med mulighed for familie, job og netværk.

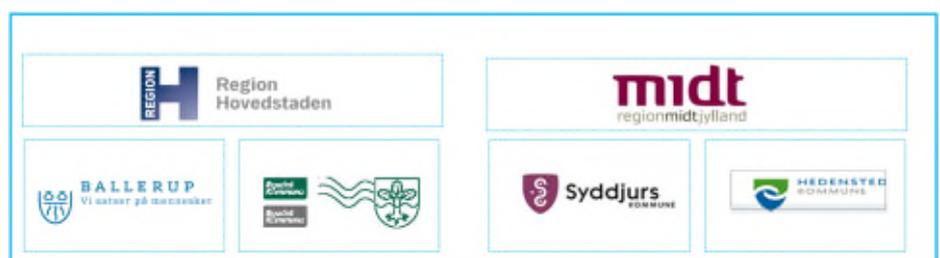
Der fokuseres på integration på begge disse niveauer, idet etableringen af en egentligt integreret indsats forudsætter ændringer i organiseringen af samarbejdet mellem de to sektorer, således at der skabes hensigtsmæssige organisatoriske rammer for integrationen af fagligheder i forløbet med den enkelte borger. Den udviklede model for en integreret indsats rummer således anvisninger til integration på begge disse niveauer, og i evalueringen af resultaterne af den integrerede indsats er dette todelte fokus også gennemgående.

Integration mellem sektorer fremmes ved, at der etableres tværfaglige team, så fagfolk fra de forskellige sektorer samarbejder om borgerne og i fællesskab opnår en tværfaglig forståelse af borgerens problematikker og behov og fastlægger et tværgående behandlingsforløb for den enkelte.

Målgruppen for den integrerede indsats er borgere med sindslidelse og samtidigt misbrug, der blandt andet som følge heraf har svære eller massive problemstillinger. Målgruppeafgrænsningen beskrives nærmere i bilag 3.

Fire kommuner og to regioner har deltaget i projektet, jf. boksen herunder.

- Ballerup Kommune i samarbejde med Region Hovedstaden
- Egedal Kommune i samarbejde med Region Hovedstaden
- Hedensted Kommune i samarbejde med Region Midtjylland
- Syddjurs Kommune i samarbejde med Region Midtjylland.



Kommunerne og regionerne har deltaget i udviklingsfasen af Projekt integreret indsats fra 2011 til primo 2013. I perioden fra projektets begyndelse til udgangen af 2012 blev der udviklet en model for en integreret indsats med en række tilhørende redskaber og metoder, og der blev etableret en monitorings- og dokumentationsproces. I perioden fra februar 2013 til ultimo 2014 har de fire projekter afprøvet den nye model med tilhørende metoder og redskaber i indsatsen for målgruppen. Projekternes metode- og modelafprøvning er således udgangspunktet for evalueringen af modellen for en integreret indsats, der beskrives i denne rapport.

Figur 1. Projektforløb for Projekt integreret indsats

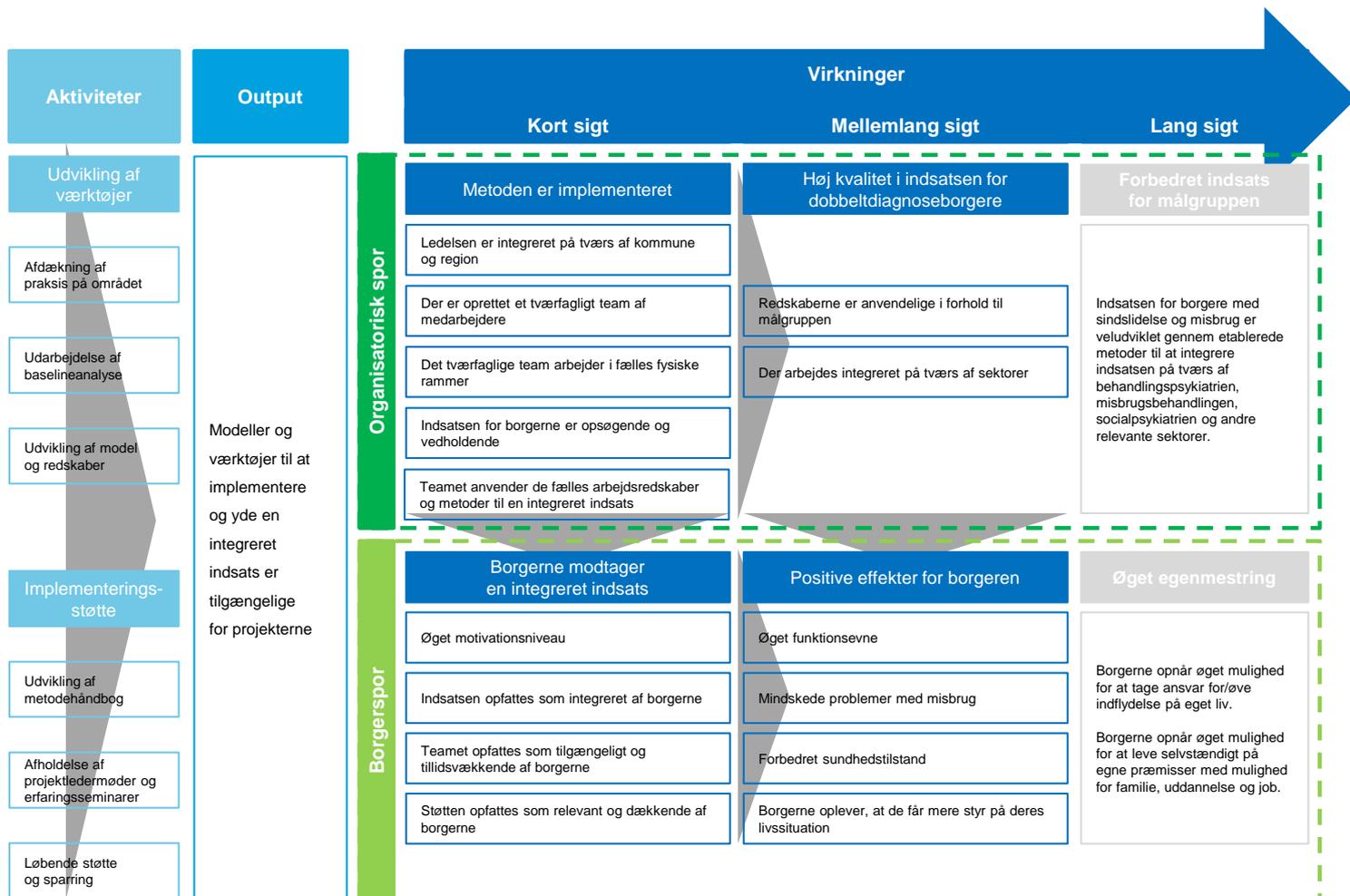


Deloitte har understøttet projekterne i udviklings- og afprøvningsprocessen og sikret en systematisk monitorering og erfaringsopsamling, der dokumenterer den opnåede viden om resultaterne af arbejdet med modellen for en integreret indsats. Til at understøtte ledelsens og medarbejdernes arbejde i kommuner og regioner er der udarbejdet en håndbog, hvori modellens baggrund, dens elementer og de faglige redskaber, der skal understøtte den i praksis, er beskrevet. Håndbogen findes på Socialstyrelsens hjemmeside.

1.2. Evalueringsdesign

Denne rapport beskriver den endelige evaluering af modellen for en integreret indsats på basis af erfaringerne fra de fire projekter og den løbende dataindsamling i forbindelse med afprøvningen. Formålet med evalueringen er at undersøge, hvordan projekterne har arbejdet med modellen for en integreret indsats i praksis, og hvilke resultater anvendelsen af modellen har haft, både på det organisatoriske plan og for borgerne. Disse overordnede formål illustreres i figur 2, der viser den styrende forandringsteori for evalueringen.

Figur 2. Evalueringens styrende forandringsteori



Forandringsteorien opsummerer, hvordan de aktiviteter, der er gennemført i projektet, forventes at føre til en række resultater på kort, mellemlang og lang sigt. Evalueringens mål er at teste disse hypoteser, og den er således tilrettelagt om følgende tre overordnede spørgsmål:

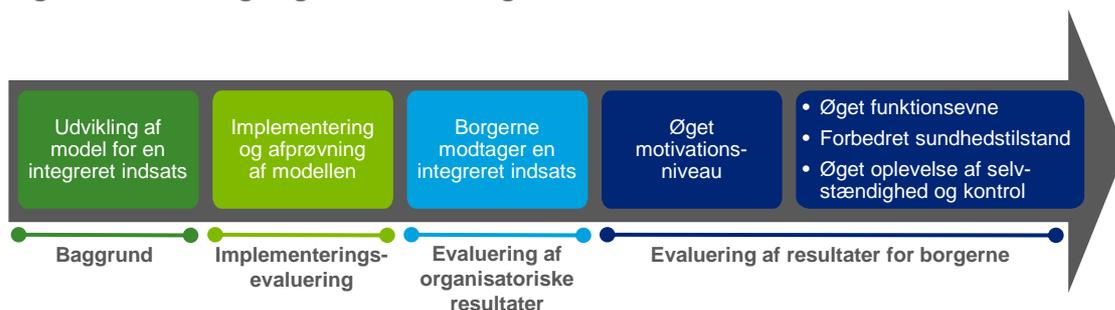
1. I hvilket omfang er modellen for en integreret indsats implementeret i de fire projekter og med hvilke eventuelle lokale tilpasninger?
2. I hvilket omfang har implementeringen af modellen og de nye samarbejdsformer, den involverer, ført til udvikling af de organisatoriske rammer for arbejdet med målgruppen på tværs af sektorer, der skaber en mere sammenhængende indsats for borgerne?
3. I hvilket omfang har de borgere, der har fået støtte gennem den integrerede indsats, fået det bedre?

Som det ses af forandringsteorien, er der i udgangspunktet en forventning om en bestemt sammenhæng mellem disse tre elementer. Modellen for den integrerede indsats er udviklet ud fra en forventning om, at dens implementering i praksis vil medføre en mere sammenhængende indsats på tværs af sektorer og enheder, og at denne højere grad af integration af indsatsen vil

føre til fremskridt for borgerne med hensyn til blandt andet motivation, funktionsevne, sundhedstilstand og oplevelsen af kontrol over eget liv. Viden om implementeringen er således nødvendig for at sætte opnåelsen af resultaterne på mellemlang sigt i kontekst og dermed vurdere, i hvor høj grad en positiv udvikling i de organisatoriske rammer og en positiv udvikling for borgerne skyldes anvendelsen af modellen.

Denne forandringslogik for evalueringen matcher opbygningen af forandringsteorien og illustreres samlet i figur 3 nedenfor.

Figur 3. Forandringslogik for evalueringen



I forandringsteorien indgår indsatsens resultater for borgerne med hensyn til misbrugsomfang. Dette udgør dog ikke en del af resultatevalueringen, idet datagrundlaget ikke udgør et tilstrækkeligt validt grundlag for en sådan vurdering. I bilag 2 findes en beskrivelse af de begrænsninger i de indsamlede misbrugsdata, som ligger til grund for udeladelsen af dette resultataspækt for borgerne.

Logikken i figur 3 er således også styrende for rapportens struktur som vist i den nederste del af figuren. Strukturen for rapporten beskrives nærmere i afsnit 1.4.

Implementeringsevaluering

Formålet med implementeringsevalueringen er at afdække, om den lokale implementering er foregået i overensstemmelse med principperne for modellen, og om projekternes arbejde i afprøvningsperioden stemmer overens med den udviklede model for en integreret indsats. Konkret foregår dette ved at afprøve, om projekternes faktiske praksis igennem afprøvningsperioden har levet op til det indhold og det formål, der indgår i modellen. Modellen beskrives nærmere i kapitel 2.

Implementeringsevalueringen analyserer således projekternes konkrete udmøntning af modellens elementer for at vurdere, om denne stemmer overens med indholdet og formålet i modellen. I denne del af evalueringen måles altså fidelitet i forhold til det metodiske grundlag for projekterne.

Som del af denne analyse samles op på lokale tilpasninger af modellen og konkrete erfaringer med at anvende dens elementer i praksis. Hermed kan

implementeringsevalueringen også tjene som erfaringsopsamling for de kommuner og regioner, der har deltaget i projektet, og for andre kommuner og regioner, der ønsker at arbejde med at udvikle deres indsats for målgruppen, for eksempel i forbindelse med implementeringen af de koordinerende indsatsplaner.²

Resultatevaluering

Implementeringsevalueringen danner udgangspunkt for at vurdere resultaterne af at implementere modellen for en integreret indsats i projektkommuner og projektregioner. Evalueringen afdækker som beskrevet både de organisatoriske resultater af den integrerede indsats og resultaterne for de borgere, der har modtaget støtte gennem projektet.

Evalueringen af de organisatoriske resultater analyserer, om der igennem implementeringen af modellen opnås en integreret indsats i praksis. Denne del af evalueringen afdækker konkret:

- Om der gennem den integrerede indsats er etableret solide rammer for tværsektorielt samarbejde om borgernes forløb.
- Om der ses en større integration i dette arbejde med borgeren.
- Om dette resulterer i, at borgerne modtager et sammenhængende støtte- og behandlingsforløb.

Evalueringen af resultaterne for borgerne analyserer den udvikling, der har fundet sted for de enkelte borgere, der er indgået i den integrerede indsats. Ud fra monitoreringen af den enkelte borgers udvikling med hensyn til motivationsniveau og funktionsniveau foretages en analyse af, i hvor høj grad borgerne har set en positiv udvikling i den periode, de har modtaget en integreret indsats.

To forhold indikerer, at den udvikling, der eventuelt kan konstateres i borgerforløbene, vil kunne tilskrives den integrerede indsats. For det første er der tale om en målgruppe med komplekse problemer fordi de to lidelser typisk har påvirket hinanden i negativ retning. Disse borgere vil typisk ikke opnå en betydelig grad af bedring ved fravær af støtte eller behandling³. Det vil sige, at den eventuelle positive udvikling, borgerne ser, sandsynligvis skyldes den støtte, de har fået. For det andet indgår borgernes primære støtte- og behandlingsindsatser typisk som del af den integrerede indsats, som således udgør de samlede behandlingstilbud, som borgeren modtager. Der er således ikke nogen eksterne behandlinger, der påvirker borgernes udvikling.

² Kommuner og regioner skal jævnfør sundhedsaftalerne for 2014 udarbejde koordinerende indsatsplaner for målgruppen. Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen har udarbejdet retningslinjer for udarbejdelsen af indsatsplanerne, der blandt andet kan findes på <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2014/~media/2659FA01D99643F3B42CBB6B96A9928C.ashx>.

³ Mueser et al. (2003). Integrated Treatment for Dual Disorders. The Guilford Press.

Formålet med resultatevalueringen har herudover været at afdække udviklingen i borgernes misbrugsomfang. Den faglige følgegruppe og projekternes medarbejdere har dog vurderet, at de indsamlede data ikke giver et retvisende billede af målgruppens misbrug. En analyse af dette aspekt af resultaterne af indsatsen for borgerne er derfor udeladt. Grundlaget for denne vurdering beskrives i bilag 2.

1.3. Evalueringens grundlag

Evalueringen af den integrerede indsats bygger på en lang række forskellige datakilder, kvalitative såvel som kvantitative, der er indsamlet igennem hele projektforsøget. Formålet med dataindsamlingen har været at belyse alle de elementer, der indgår i den styrende forandringsteori i figur 2. Data er løbende blevet valideret sammen med projekterne og den faglige følgegruppe for Projekt integreret indsats.⁴

Nedenfor beskrives alle datakilder og deres anvendelse i evalueringen.

Lokale forandringsteorier: I begyndelsen af projektperioden har projekterne opstillet lokale forandringsteorier for arbejdet med den integrerede indsats. Forandringsteorierne har udpeget lokale målsætninger for den integrerede indsats og har identificeret de aktiviteter, det forventelig ville kræve at nå målsætningerne. Projekterne har tre gange i afprøvningsperioden fulgt op på gennemførelsen af disse aktiviteter og på opnåelsen af målene på kort, mellem- og lang sigt. Projekternes opfølgning på de lokale forandringsteorier udgør en del af grundlaget for at afdække de lokale variationer i implementeringen af modellen.

Implementeringsbarometer: Implementeringsbarometret består af ni indikatorer på implementeringsgraden af en række centrale elementer af den borgerrettede del af modellen for en integreret indsats. Hvert element scores på en skala fra 1 (ikke implementeret) til 5 (fuldt implementeret). Hvert trin på skalaen (1 til 5) er defineret ved en række konkrete betingelser, der skal være opfyldt, for at projektet kan angive denne grad af implementering. De konkrete kriterier kan ses i oversigten i bilag 1. Scoringerne er blevet foretaget af projektledere og medarbejdere i de fire projekter, og der er således tale om en selvrapportering af implementeringsgrad. Data fra implementeringsbarometret indgår i implementeringsevalueringen. Barometret er udformet i begyndelsen af projektperioden til at tjene et dobbelt formål. For det første har det fungeret som et implementeringsstøtteredskab for projekterne, der gennem barometret løbende har fulgt op på deres arbejde med at forankre den integrerede indsats i praksis. For det andet har barometret gennem de løbende indberetninger sikret indsamlingen af data om projekternes implementering af modellen undervejs og ved projektets afslutning.

⁴ Projektet har haft en faglig følgegruppe tilknyttet, der blandt andet har bidraget med input til udviklingen af modellen og perspektiver på projektets resultater. Følgegruppen har bestået af repræsentanter fra relevante aktører på området for sindslidende med misbrug, herunder faglige organisationer og brugerorganisationer.

Nøgletal: Projekterne har månedligt indberettet en række nøgletal for antallet af borgere i projektet, anvendelsen af redskaberne i modellen samt borgernes forbrug af sundhedsydelser. Disse tal anvendes til at supplere implementeringsbarometret i evalueringen af, om elementerne af forløbsbeskrivelsen er blevet implementeret i praksis, og til at afdække udviklingen i borgernes sundhedstilstand.

Progressionsmonitorering: Projekterne har igennem hele afprøvningsperioden med tre måneders mellemrum gennemført opfølgninger med den enkelte borger, hvor de har foretaget en vurdering af borgerens situation på en række dimensioner. I tabel 1 ses antallet af borgere, som har indgået i de fire projekter, og dermed udgør grundlaget for progressionsmålingen.

Tabel 1. Borgere som har modtaget den integrerede indsats

Status	Antal borgere
Fastholdt til projektafslutning	57
Udgået	44
I alt	101

Der er gennemført løbende registrering af borgerens motivationsniveau med hensyn til henholdsvis misbruget og sindslidelsen samt en vurdering af borgerens funktionsniveau gennem dimensionerne fra Voksenudredningsmetoden. I tabel 2 nedenfor ses antallet af borgere, der indgår i datagrundlaget for måling af progression på disse tre parametre.

Tabel 2. Datagrundlag for resultatevaluering

	Antal borgere
Motivationsniveau i forhold til misbrug	68
Motivationsniveau: sindslidelse	70
Samlet funktionsvurdering	59

Progressionsmonitoreringen udgør kernen i evalueringen af resultater for borgerne og datagrundlaget såvel som metoden bag progressionsmålingen beskrives yderligere i bilag 2.

Survey blandt medarbejdere: Tre gange i afprøvningsperioden er der gennemført en survey blandt de medarbejdere, der udfører den integrerede indsats i de fire projekter. Imellem 26 og 30 medarbejdere har besvaret spørgsmålene i de tre surveys. Medarbejderne er blevet bedt om at vurdere kompetencerne i teamet samt redskaberne, der anvendes i den integrerede indsats. Disse surveys har undervejs i projektet støttet den løbende opfølgning på behovet for kompetenceudvikling i projekterne og anvendes i implementeringsevalueringen til opsamling af erfaringer med modellen i praksis. Ved den sidste survey er medarbejderne endvidere blevet bedt om at vurdere organisatoriske og borgerrettede resultater af den integrerede indsats. Disse resultater indgår i resultatevalueringen i kapitel 4.

Survey blandt borgere: Tre gange i afprøvningsperioden er borgere, der modtager støtte gennem den integrerede indsats, blevet interviewet af medarbejderne i de fire projekter ud fra et kort spørgeskema. Der er gennemført

interviews med mellem 28 og 36 borgere ved hver af de tre spørgeskemarunder. Borgerne har her angivet deres opfattelse af og tilfredshed med den integrerede indsats. Besvarelsene må formodes at være påvirket for det første af svingninger i borgernes tilstand og for det andet af, at de i mange tilfælde har udfyldt spørgeskemaet sammen med deres kontaktperson. Dette sidste kan have påvirket besvarelsene i positiv retning, da en central del af den integrerede indsats involverer opbygningen af et personligt tillidsforhold mellem borger og kontaktperson. Borgernes besvarelser indgår i resultatevalueringen i kapitel 4.

Survey blandt samarbejdspartnere: To gange i afprøvningsperioden er der gennemført en survey blandt de vigtigste samarbejdspartnere i den integrerede indsats, for eksempel andre steder i kommune og region eller blandt politi og praktiserende læger. Henholdsvis 156 og 107 samarbejdspartnere har besvaret spørgsmålene i de to surveys. Samarbejdspartnere er blevet spurgt om deres kendskab til og vurdering af den integrerede indsats. Indenfor en overordnet ramme har projekterne selv identificeret samarbejdspartnere til surveyen. Dette kan give en vis bias i besvarelsene, som den fastlagte ramme dog skulle modvirke. Samarbejdspartnernes besvarelser indgår både i implementeringsevalueringen og i resultatevalueringen.

Sagsgennemgang: Deloitte har foretaget en systematisk læsning af 37 borgersager. Disse sager indeholder 34 udredninger og 35 handleplaner, der er udarbejdet i borgerforløbene i den integrerede indsats. For hver sag er det registreret, hvordan og om det er dokumenteret, at principperne og metoderne i den integrerede indsats er anvendt i praksis. Sagsgennemgangen indgår i vurderingen af, om og hvordan projekterne har implementeret modellen, og der trækkes på disse resultater i vurderingen af de organisatoriske resultater af modellen.

Borgerinterview: Efter afslutningen af afprøvningsforløbet er der gennemført interview med fire borgere, der har modtaget støtte gennem den integrerede indsats. Projekterne har foretaget en faglig vurdering af, hvilke borgere det har været forsvarligt at interviewe, og har identificeret de fire borgere ud fra dette hensyn. De interviewede borgere er altså ikke repræsentative, men indgår snarere i den del af målgruppen, der har set den største positive udvikling og har opnået den højeste grad af stabilitet. Borgerinterviewene er gennemført af Deloitte og anvendes til perspektivering og illustration af pointer og resultater i evalueringen.

Selvevaluering og evalueringsseminar: I forbindelse med afslutningen af afprøvningsperioden har projekterne udfyldt et selvevalueringsskema, der blandt andet omhandler deres arbejde med de organisatoriske elementer i samarbejdsmodellen. Der er herunder afholdt et afsluttende evalueringsseminar, hvor projektledere og projektdeltagere på tværs af de fire projekter samlede op på deres erfaringer med at arbejde med modellens elementer. Projekternes tilbagemeldinger på seminaret udgør således en del af grundlaget for vurdering af modellens implementering og erfaringerne med dens anvendelse i praksis.

1.4. Rapportens struktur

Rapporten er overordnet struktureret efter forandringslogikken i figur 3 og indeholder således udover denne indledning følgende kapitler.

Kapitel 2 beskriver først det analytiske og teoretiske udgangspunkt for udviklingen af **modellen for en integreret indsats** og introducerer herefter modellens formål, elementer og redskaber.

Kapitel 3 indeholder **implementeringsevalueringen** af modellen i praksis. I dette kapitel vurderes det således element for element, om projekterne har implementeret og anvendt modellen som tænkt og under hvilke lokale tilpasninger. Kapitlet inddrager løbende konkrete erfaringer fra arbejdet med at implementere og anvende modellen og afsluttes med en samlet vurdering af implementeringen i praksis.

Kapitel 4 indeholder **resultatevalueringen** af både organisatoriske og borgerrettede resultater. Først vurderes, hvilke resultater der ses på det organisatoriske plan som resultat af implementeringen af den integrerede indsats. Herefter analyseres resultaterne for borgerne på basis af de indsamlede progressionsdata og nøgletal om borgernes forbrug af sundhedsydelser.

I **kapitel 5** samles de gennemførte analyser i en **samlet konklusion** på evalueringen af den integrerede indsats. Konklusionerne suppleres med en række anbefalinger til, hvordan der fremadrettet kan arbejdes på at styrke den integrerede indsats i projektkommuner og projektregioner, og anbefalinger til muligheder for tilpasning af modellen for en integreret indsats.



For at hjælpe læseren undervejs er de enkelte afsnit markeret med en række ikoner, som angiver hvilket element af modellen for en integreret indsats, som afsnittet beskæftiger sig med. Derudover markeres opsummeringer af de enkelte afsnit med et udråbstegn, som vist til venstre.

2. Modellen for en integreret indsats

Modellen for en integreret indsats er udviklet på baggrund af en baselinekortlægning af kommuners og regioners praksis på området samt den amerikanske forsker Kim T. Muesers principper for, hvordan man sikrer en integreret indsats for borgere med både sindslidelse og misbrug.

Udviklingen af modellen for en integreret indsats har taget udgangspunkt i både teoretiske og praktiske perspektiver på de udfordringer, der kan være i at sikre den bedst mulige støtte til sindslidende med misbrug. I dette kapitel beskrives først de to primære aspekter af baggrunden for modellens udformning, og herefter gives en samlet indføring i modellens opbygning og elementer.

2.1. Baggrund for modellen

Modellen for en integreret indsats er udviklet på baggrund af viden både om behandling af målgruppen og om de udfordringer, der typisk opstår i tværsektorielt samarbejde om borgere med både sindslidelse og misbrug. Udviklingen af modellen baserer sig således på et praktisk såvel som et teoretisk grundlag. Det praktiske grundlag udgøres af en kortlægning af eksisterende praksis, der blev foretaget i projektkommuner og projektregioner i begyndelsen af projektet. Det teoretiske og forskningsbaserede grundlag stammer fra Kim T. Muesers arbejde med at udvikle tilgange til integrerede indsatser for sindslidende med misbrug.

2.1.1. Baseline

Baselinekortlægningens resultater udgjorde en vigtig del af grundlaget for den konkrete udformning af modellen for en integreret indsats.

Baselinen viste overordnet, at der ikke blev arbejdet integreret mellem kommunerne og regionerne om de borgere, der havde både sindslidelse og misbrug. Kommuner og regioner koordinerede i nogen grad arbejdet i forhold til målgruppen, men manglede en fælles problemforståelse, fælles begreber og fælles redskaber til at understøtte samarbejdet. Der var altså ingen integrerede tilbud med tværfaglig udredning og behandling.

Baselinen bekræftede, at borgere med sindslidelse og misbrug er i fare for at falde igennem behandlings- og støttesystemet, idet regionerne ofte ikke kan

igangsætte en psykiatrisk behandling uden en diagnose, og misbruget ofte bliver opfattet som en barriere for at stille en sådan diagnose. Ligeledes gælder det, at en ubehandlet sindslidelse kan stå i vejen for misbrugsbehandling i kommunerne.

Sidst viste baselineanalysen, at der manglede videndeling og kommunikation på tværs af de involverede enheder, således at grundlaget for at samtænke en borgers indsats ligeledes var mangelfuldt.

Modellen for en integreret indsats er således udviklet for at kunne adressere disse problemstillinger og dermed bidrage til på tværs af sektorer at understøtte en højere kvalitet i den indsats, målgruppen modtager.

2.1.2. Principper for en integreret indsats

Kim T. Mueser har forsket i tilgange til at behandle sindslidende med misbrug med udgangspunkt i et overordnet perspektiv om empowerment og recovery. Herudfra har han defineret en række principper, der kan være med til at fremme en integreret indsats for målgruppen.

En integreret indsats kan fremmes gennem efterlevelse af de følgende principper⁵:

- **Sammenhængende problemforståelse og behandlingsforløb:** På tværs af de involverede fagligheder skal der dannes en fælles forståelse af borgerens behov, og der skal tilrettelægges et samlet behandlingsforløb, der adresserer behovene med hensyn til både sindslidelsen og misbruget.
- **En helhedsorienteret tilgang:** Ud fra en ambition om hel eller delvist recovery for borgeren bør der anlægges et helhedsorienteret perspektiv, der også adresserer borgerens bredere livsstil på områder, der ikke er direkte relateret til sindslidelsen eller misbruget.
- **Assertiv tilgang:** Den assertive tilgang indebærer en aktiv indsats for at opsøge og motivere borgerne til behandling, idet borgere med dobbeltdiagnoser ellers ofte falder fra i løbet af et behandlingsforløb.
- **Motivationsbaseret tilgang:** Forløbet og de tilrettelagte indsatser skal baseres på borgerens egen motivation for ændringer, så indsatserne med størst sandsynlighed vil føre til bedring.
- **Minimering af følgevirkninger:** De negative virkninger, der følger af lidelserne, skal aktivt mindskes eller forebygges, for eksempel ved at forebygge hjemløshed eller negative sundhedseffekter ved eksempelvis at uddele sterile nåle eller vitaminer.
- **Langtidsperspektiv:** Erfaringerne med borgere med sindslidelse og misbrug viser, at der kun sker fremskridt gradvis og med forskellig hastighed for forskellige borgere. Indsatsen bør derfor være tidsubegrænset.

⁵ Mueser et al. (2003). Integrated Treatment for Dual Disorders. The Guilford Press, New York.

Kim T. Muesers principper er, blandt andet ud fra videngrundlaget fra baselinekortlægningen, tilpasset til de særlige udfordringer i den danske kontekst og udmøntet i modellen for en integreret indsats. Modellen er altså udformet til bedst muligt at understøtte efterlevelsen af principperne i projekternes arbejde med borgerne.

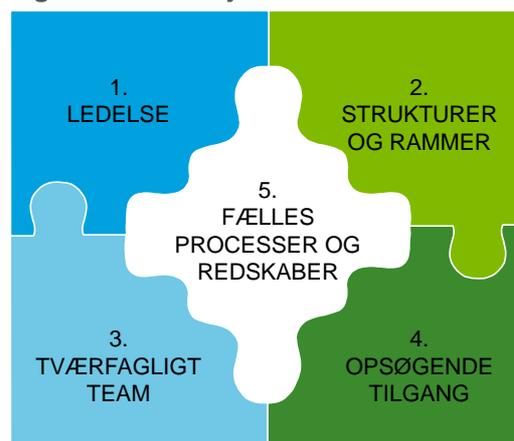
2.2. Model for en integreret indsats for sindslidende med misbrug

En integreret indsats indebærer i en dansk kontekst, at socialpsykiatri, misbrugsbehandling og behandlingspsykiatri i fællesskab udreder og behandler borgere med sindslidelse og misbrug i et samlet forløb, der fokuserer på en fælles problemforståelse med udgangspunkt i borgerens motivation og recovery. Dette afsnit beskriver den model, der er udviklet i projektet til at understøtte dette.

Modellen for en integreret indsats er altså en samarbejdsmodel og udgør en organisatorisk ramme, der skal sikre, at socialpsykiatri, misbrugsbehandling og behandlingspsykiatri etablerer en integreret indsats. Formålet med samarbejdsmodellen er at sikre, at sektorerne kan levere en indsats, der er sammenhængende i både proces og indhold. Derudover skal samarbejdsmodellen sikre, at der er en entydig ansvars- og rollefordeling mellem de involverede aktører og personer. Endelig skal modellen sikre en fælles ledelsesstruktur, der understøtter, at alle arbejder i samme retning.

Samarbejdsmodellen består af fem overordnede elementer, der alle bør være en del af overvejelserne i forbindelse med etablering af en fælles integreret indsats. De fem elementer er (1) ledelse, (2) strukturer og rammer, (3) tværfagligt team, (4) opsøgende tilgang og (5) fælles processer og redskaber, jf. figuren nedenfor.

Figur 4. Samarbejdsmodellen



Nedenfor beskrives de fem elementer nærmere. Der henvises herudover til Håndbog for en integreret indsats for yderligere information om modellen og de tilhørende værktøjer.

2.2.1. Ledelse

Givet de forskellige tilgange, rammebetingelser og fagligheder blandt de aktører, der indgår i en integreret indsats, er det afgørende, at der er en tværgående ledelsesstruktur, der sikrer, at der arbejdes mod de samme mål, og som har beføjelse til at allokere ressourcer til tværgående og koordinerende arbejde.

Som i alle gennemgribende forandringer handler det dels om at sikre forankring hos den overordnede ledelse, dels om at sikre den nødvendige koordination af den integrerede indsats gennem en daglig ledelse. Den overordnede ledelse kan for eksempel sikres gennem en tværsektoriel styregruppe, der har det overordnede ansvar for implementering, ressourceallokering og resultater i forhold til den integrerede indsats. Det er ligeledes mest hensigtsmæssigt, at den daglige ledelse går på tværs af sektorer, hvad angår drift, opfølgning og udvikling i forhold til indsatsen. Den daglige leder har således en vigtig rolle i forhold til koordination og kommunikation om mål og rammer på tværs af de involverede aktører.

2.2.2. Struktur for samarbejdet og fysiske rammer

Medarbejderne, der indgår i det tværfaglige team, er typisk tilknyttet forskellige organisatoriske enheder på tværs af kommune og region. Den integrerede indsats understøttes derfor bedst ved, at det tværsektorielle samarbejde foregår under faste rammer, der sikrer, at medarbejderne fra alle enheder indgår i en løbende faglig dialog om de enkelte borgerforløb og om det tværsektorielle samarbejde som sådan. Rammerne for samarbejdet kan understøttes både gennem arbejdsgange og processer, der sikrer et kontinuerligt samarbejde, og gennem en tilpasning af fysiske rammer, der gør løbende uformel sparring lettere for medarbejderne.

Det bør således fastlægges, hvordan teamet skal arbejde med borgerforløb, tværfaglig sparring og løbende koordination ved at etablere arbejdsgange for de aktiviteter, der indgår i teamets arbejde. De fysiske rammer kan udnyttes til at understøtte teamets samarbejde, for eksempel ved at etablere fælles arbejdspladser for hele teamet på tværs af sektorer. Samles indsatsen på én lokation, vil det samtidig give borgerne en fælles indgang til de forskellige systemer, de modtager støtte fra, og dermed understrege sammenhængen i indsatsen. Det er dog ikke altid muligt at etablere fælles rammer, og i disse tilfælde er det vigtigt at tilrettelægge samarbejdet, så teamet har mulighed for at mødes. Under alle omstændigheder bør de fysiske rammer indgå i de indledende overvejelser.

2.2.3. Tværfagligt team

Selve den integrerede indsats varetages af et tværfagligt team, der skal kunne foretage en helhedsorienteret udredning, udforme en integreret plan for indsatsen samt støtte og behandle personer med sindslidelse og misbrug. Teamet skal således favne en bred palet af fagligheder og have fagpersoner

tilknyttet, der arbejder med både misbrugsbehandling og behandlingspsykiatri. Herudover kan det være relevant at inkludere personer fra andre centrale indsats, for eksempel bostøtter og speciallæger. Udover teamets faste medlemmer vil det være en fordel at etablere samarbejder med eksempelvis jobcenter og eventuelt også relevante botilbud.

Hele det tværfaglige team skal have kendskab til borgerens problemstillinger, idet dette er en forudsætning for, at der kan opnås en fælles problemforståelse, og at indsatsen kan integreres på tværs af fagligheder og sektorer. Det anbefales dog samtidig, at den enkelte borger får en fast kontaktperson i teamet, der fungerer som casemanager med ansvar for, at indsatsen for den konkrete borger bliver integreret, og at alle relevante faglige perspektiver indgår i forløbet omkring borgeren.

2.2.4. Opsøgende tilgang

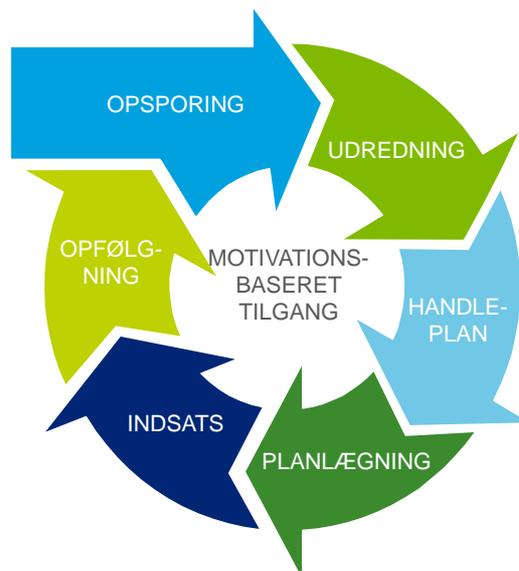
Den opsøgende indsats bygger på princippet om, at indsatsen kan ydes dér, hvor borgeren befinder sig, for eksempel på gaden, i egen bolig eller i et botilbud. Herudover er det et grundelement i tilgangen, at indsatsen er vedholdende. Det betyder blandt andet, at hvis borgerne ikke overholder aftaler, op-søges de af kontaktpersonen der, hvor de er. Den opsøgende og vedholdende tilgang er dermed med til at mindske andelen af borgere med dobbeltdiagnose, der falder fra i løbet af et forløb. I den forbindelse er det vigtigt at understrege, at borgeren ikke må presses til noget, som vedkommende ikke er motiveret for, jf. kapitel 5 om den motivationsbaserede tilgang. Det tværfaglige team bør arbejde ud fra deisen om, at teamet i udgangspunktet altid skal kunne rumme alle dobbeltdiagnoseborgere.

2.2.5. Fælles processer og redskaber

De foregående fire elementer af samarbejdsmodellen giver anvisninger til, hvordan det tværsektorielle samarbejde organiseres og tilrettelægges. En lige så vigtig del af en integreret indsats er dog, at der er en integration af fagligheder i det faglige arbejde om og med borgeren. Dette sikres ved, at der etableres fælles processer og anvendes fælles redskaber i borgerens forløb.

Det sidste element af samarbejdsmodellen udmøntes derfor i en faseinddelt forløbsbeskrivelse med en række tilhørende redskaber, der skal anvendes i det enkelte borgerforløb på tværs af sektorer.

Figur 5. Forløbsbeskrivelsen



Forløbsbeskrivelsen udgør den faglige køreplan for et integreret borgerforløb og indeholder et katalog over værktøjer, der understøtter, at processen såvel som indsatsen bliver både helhedsorienteret, tværfaglig og integreret.

I det følgende beskrives fokus og indhold i de enkelte faser.

Opsporing



Borgere med sindslidelse og samtidigt misbrug kan være vanskelige at identificere, idet de involverede sektorer ofte kun er opmærksomme på tilstedeværelsen af den ene af de to lidelser. Derfor indeholder denne fase et fokus på at systematisere screening af både kendte og nye borgere på tværs af sektorer.

Kommuner og regioner er forskelligt organiseret, og derfor er det vigtigt, at der lokalt tages stilling til, hvordan opsporingen understøttes, herunder hvordan screening af kendte borgere sikres, og hvordan der skal arbejdes med opsporing af ukendte borgere med både sindslidelse og misbrug. Opsporing af ukendte borgere kan for eksempel understøttes ved at informere andre aktører med adgang til målgruppen om den integrerede indsats og ved at samarbejde med udgående funktioner i kommunen og akutmodtagelser i regionen.

Motivation



Når en borger er opsporet, er næste skridt at finde ud af, om den pågældende borger er motiveret for at komme i behandling. Dette er ikke altid tilfældet, idet en del borgere i målgruppen er ofte kendetegnet ved at have mistillid til det offentlige system og ringe sygdomsindsigt. I sådanne tilfælde kan der være behov for med små skridt og med brug af den motivationsbaserede tilgang at få borgeren til at se, at den ene lidelse kan medvirke til at forværre

den anden lidelse, og reducerer muligheden for at få udbytte af støtte- og behandlingsindsatser i forhold til den anden lidelse.

Hvis borgeren formelt skal tilknyttes det tværfaglige team, følger det af retsikkerhedslovens § 11, forvaltningslovens § 28 og persondatalovens § 6, at der skal indhentes et samtykke fra borgeren. Forud for indhentning af samtykket kan det tværfaglige team kun drøfte borgeren ud fra anonyme oplysninger. Det motiverende arbejde kan således blandt andet fokusere på at skabe en tillidsrelation mellem borgeren og kontaktpersonen, der muliggør indhentning af samtykke og dermed direkte inddragelse af resten af teamet.

Udredning



En integreret indsats for borgere med både sindslidelse og misbrug forudsætter, at der på tværs af det tværfaglige team opnås en fælles forståelse af borgerens problematikker og deres gensidige påvirkninger og betydninger for udbyttet af mulige behandlingsindsatser. En helhedsorienteret udredning danner grundlag for en sådan fælles forståelse på to måder. For det første ved at den helhedsorienterede udredning kommer omkring alle de væsentlige aspekter af en borgers liv, altså både sundhedsproblematikker (herunder sindslidelse), sociale problematikker (herunder misbrug) og familie, netværk og andre centrale faktorer, der kan have betydning for borgerens muligheder for bedring. For det andet understøtter udredningen en fælles forståelse, idet den udformes med inddragelse af de relevante fagligheder i teamet, så der foretages en tværfaglig og tværsektoriel problemudredning og analyse. Voksenudredningsmetoden indeholder et konkret udredningsredskab, der sikrer, at teamet kommer rundt om de væsentlige aspekter af borgerens situation og kan arbejde tematisk på tværs af fagligheder. Derfor er denne metode valgt som ramme for den fælles udredning.

Udredningen bør tage udgangspunkt i al tilgængelig viden om den enkelte borger, herunder tidligere udredninger i kommune og region samt information fra borgerens læge, psykiater, støtteperson, familie/netværk mv. Herudover indgår den motivationsbaserede tilgang som en integreret del af udredningen, idet det er væsentligt for det videre arbejde med borgeren, at vedkommendes motivation for ændringer analyseres.

Handleplan



På baggrund af udredningen af borgeren udarbejdes en samlet handleplan, der beskriver målene med indsatsen og indsatsens indhold, omfang og varighed. Mål og formål med indsatserne formuleres i samarbejde med borgeren selv og tager udgangspunkt i vedkommendes motivationsniveau.

Handleplanen fungerer som et samarbejdsredskab mellem borgeren, vedkommendes kontaktperson og de andre parter involveret i indsatsen og danner udgangspunkt for både tilrettelæggelsen af indsatser og opfølgningen på dem, jf. de næste afsnit.



Planlægning

Med udgangspunkt i udredningen af borgerens behov og motivationsniveau og de mål og indsatser, der er beskrevet i handleplanen, planlægger det tværfaglige team et samlet behandlings- og støtteforløb, der er specifikt målrettet den enkelte borger, og hvor de enkelte aktiviteter finder sted koordineret og under hensyntagen til samspillet mellem lidelserne.

Herudover udarbejdes der en kriseplan sammen med borgeren. Kriseplanen bruges til at afdække borgerens krisetegn i forhold til både sindslidelse og misbrug. Herigennem afdækkes og angives mestringsstrategier for borgeren, som vedkommende selv kan anvende til at forebygge kriser, samt en række kontaktinformationer til relevante personer i borgerens personlige eller faglige netværk, som borgeren kan henvende sig til for at få hjælp i en krisesituation.



Indsats

Det tværfaglige teams arbejde med borgerens forløb udmøntes selvsagt i, at borgeren modtager den planlagte integrerede støtte- og behandlingsindsats. De konkrete metoder og tilgange, der indgår i den enkelte borgers indsats, varierer naturligvis efter borgerens behov og sammensættes af det tværfaglige team, der skal sikre sammenhæng og relevans. Valget af indsatser er dog tæt forbundet med borgerens motivationsniveau, og i håndbogen om modellen angives derfor forslag til en række indsats- og behandlingstyper, der kan være relevante afhængigt af borgerens motivationsniveau.

Det er vigtigt at understrege, at indsatserne i de fire projekter er tilrettelagt i overensstemmelse med de lokale serviceniveauer og tilbudsvifter.



Opfølgning

Tilbagevendende opfølgning på mål og indsats indgår som en integreret del af forløbsbeskrivelsen. Denne tilgang gør det muligt kontinuerligt at følge op på og aktivt tage stilling til relevans og resultater af de valgte indsatser med udgangspunkt i borgerens aktuelle behov.

Nedenfor fremgår en oversigt over de enkelte metoder og redskaber i forløbsbeskrivelsen.

Redskaber og metoder til forløbsbeskrivelsen

Opsporing og motivation

- Samtykkeerklæring (håndbogens kapitel 3 og bilag B)
- Motivationstrappen (håndbogens kapitel 4 og bilag J)

Udredning

- Voksenudredningsmetoden (håndbogens kapitel 5 og bilag C)
- Udredning (håndbogens bilag E og bilag D)

Handleplan

- Voksenudredningsmetoden (håndbogens kapitel 5)
- Handleplan (håndbogens bilag F og bilag G)

Planlægning

- Behandlingsplan (håndbogens bilag K)
- Kriseplan (håndbogens bilag L)

Indsats

- Forslag til relevante indsatser under de enkelte motivationstrin (håndbogens kapitel 4)

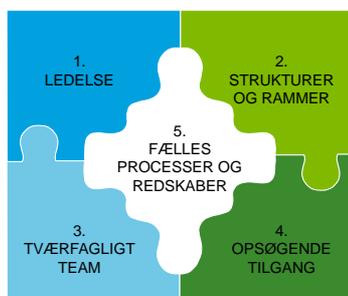
Opfølgning

- Opfølgningsskema (håndbogens bilag H og bilag I)

Den samlede model for en integreret indsats udgøres altså af samarbejdsmodellen, der indeholder fem elementer med en række principper og retningslinjer for organisering og samarbejde. Som en udmøntning af samarbejdsmodellens sidste element indgår forløbsbeskrivelsen, der består af seks faser for arbejdet med borgerforløbet. Det er forventningen, at implementeringen af disse elementer i kommuners og regioners fælles arbejde med målgruppen kan sikre, at borgerne modtager en indsats, der i højere grad er integreret på tværs af sektorer. Det er denne overordnede forventning, der er udgangspunktet for evalueringen af modellen i resten af rapporten.

3. Implementering af modellen for en integreret indsats

Projekterne har generelt implementeret modellen, dog med en række lokale variationer i den konkrete udmøntning af de enkelte elementer. Samtidig ses det, at det har været en langvarig proces at implementere og forankre modellens elementer i daglig praksis.



De fire projektkommuner og de to projektregioner har i omkring to år arbejdet med at implementere og anvende den model for samarbejdet om en integreret indsats, der blev beskrevet i kapitel 3. Implementeringen af modellen har krævet etablering af helt nye samarbejdsformer på tværs af sektorer og nye metoder for arbejdet med borgerne. I dette kapitel foretages derfor en analyse af, om og hvordan projekterne har implementeret modellen i deres daglige praksis i forhold til borgere med sindslidelse og misbrug. Analysen danner udgangspunkt for vurderingen af implementeringen af modellen og for den efterfølgende evaluering af de organisatoriske resultater og resultaterne for borgerne, der udgør kapitel 4.

Formålet med implementeringsevalueringen er at undersøge, om den opstillede model for en integreret indsats i praksis har været i anvendelse i projekterne og med hvilke lokale variationer og tilpasninger. Kapitlet vurderer altså element for element, i hvilken grad projekterne har udmøntet modellens principper i deres praksis på en måde, der understøtter formålet om at levere en integreret indsats til borgerne. Vurderingen af projekternes implementering foretages således ud fra en sammenligning mellem projekternes praksis med hensyn til hvert af de fem elementer og beskrivelsen af modellen i forrige kapitel.

I det følgende beskrives implementeringen af modellens elementer og de lokale erfaringer med dem hver for sig.



3.1.1. Ledelse

Ledelsesforankring er centralt for at sikre, at de enheder, der er involveret i den integrerede indsats på tværs af sektorer, arbejder ud fra fælles mål, og at de nødvendige prioriteringer og forandringer i enhedernes praksis kan

gennemføres. Dette afsnit afdækker derfor, om projekterne i praksis har opnået en ledelsesforankring, der har kunnet sikre prioritering, koordination og beslutningstagning på tværs af sektorer.

De fire projekter har implementeret samarbejdsmodellens principper om tværgående og daglig ledelse på forskellige måder, men alle fire projekters erfaringer understreger vigtigheden af solid ledelsesmæssig forankring af den integrerede indsats.

Afprøvningen viser tydeligt, at en fungerende integreret indsats i høj grad afhænger af ledelsesmæssig evne og villighed til at sikre ressourcer til den integrerede indsats i alle involverede enheder, selvom disse ressourcer også ofte efterspørges i den almindelige drift. Ligeledes viser erfaringerne, at den integrerede indsats i kraft af sin tværsektorielle natur fordrer nye prioriteringer og ændrede arbejdsgange i begge sektorer. Derfor kræver det tværsektorielle samarbejde til tider, at der træffes beslutninger, der gælder på tværs af sektorer, hvilket forudsætter ledelsesmæssig forankring og beslutningskraft på relativt højt niveau.

Tværsektoriel styregruppe

Da en integreret indsats kræver fokus og prioritering på tværs af de involverede enheder, er det afgørende, at der etableres en beslutningsdygtig ledelse på tværs af de to sektorer, for eksempel i form af en tværsektoriel styregruppe. Selve udmøntningen af modellen i lokal praksis kræver, at der allerede fra starten kan tages grundlæggende beslutninger. Implementeringen af modellen forudsætter derfor, at der fra begyndelsen etableres en tværfaglig styregruppe, foretages en klar forventningsafstemning om styregruppens rolle og ansvar og fastlægges en klar mødestruktur.

Alle fire projekter har etableret en tværsektoriel styregruppe, der har haft det overordnede ledelsesmæssige ansvar i forhold til projektet. De to sjællandske projekter (Ballerup/Region H og Egedal/Region H) har haft en fælles styregruppe, idet regionsdelen af begge projekter har været forankret i Psykiatrisk Center Ballerup. Styregruppen for de sjællandske projekter har således været både tværsektoriel og tværkommunal.

To forskellige afdelinger i Region Midtjylland er indgået i de jyske projekter. Regionspsykiatrien i Horsens har samarbejdet med Hedensted Kommune i det ene projekt, mens regionspsykiatrien i Randers har samarbejdet med Syddjurs Kommune i det andet projekt. En fælles tværsektoriel styregruppe har således ikke været relevant i de to jyske projekter.

Selvom alle projekterne har haft tværsektorielle styregrupper, har der samtidig været stor forskel på deres nærhed til projekternes daglige arbejde. I de to sjællandske projekter har den tværsektorielle styregruppe været relativt tæt på projekterne, idet der er afholdt faste styregruppemøder hver tredje måned, der blandt andet er blevet brugt til orientering, sparring og erfaringsudveksling på tværs. Her har det været oplevelsen, at der har været en større grad af velvilje fra ledelsesside overfor de forandringer, som projektet har

”Det er rigtig, rigtig vigtigt at få opbakning til projektet for at kunne gennemføre det. Der er mange prioriteringer og valg, som skal foretages lokalt indenfor modellens ramme.”

medført, herunder i forhold til arbejdsgange og ressourcefordeling, end i de projekter, der har haft mere distancerede styregrupper. I projektet i Hedensted/Region Midtjylland har styregruppen for eksempel kun mødtes sporadisk, og har været præget af personudskiftning, hvilket har medført udfordringer i forhold til den løbende styring og prioritering af projektet.

Oplevelsen blandt de fire projekter er generelt, at forankringen af den integrerede indsats blandt de ledere, der er autoriseret til at tage beslutninger om prioritering af ressourcer og arbejdsfordeling mellem sektorerne, er helt central for den integrerede indsats i praksis. Styregruppen skal sikre, at den integrerede indsats kan drage nytte af faglige ressourcer fra relevante afdelinger og enheder – også fra dem, der ikke direkte indgår i den integrerede indsats. Det betyder, at styregruppen skal afstemme forventninger og ønsker til ressourcetrækket med disse afdelingers ledere, så den daglige projektledelse har mulighed for at involvere de relevante fagpersoner i den integrerede indsats, for eksempel på behandlingskonferencer eller som en del af den opsøgende indsats.

Det er erfaringen især i de sjællandske projekter, at ligeværdigheden mellem de to sektorer, med fælles ansvar og økonomi, er en vigtig medvirkende faktor i den tværsektorielle forankring af den integrerede indsats. Ofte tages initiativer til projekter af den ene sektor, hvorfor den anden sektor bliver en slags gæst i samarbejdet og dermed opnår mindre ejerskab til initiativerne.

Derudover viser erfaringen fra de sjællandske projekter, hvor den tværsektorielle styregruppe har været tættest på projektets gennemførelse, at forankringen ligeledes kan styrkes ved at inddrage gruppens medlemmer i de brobyggende aktiviteter, der understøtter gensidig forståelse sektorerne imellem, eksempelvis tværgående kompetenceforløb om vilkårene i de involverede sektorer og enheder. På denne måde skabes forståelse for, hvorfor eksempelvis ressourcer og arbejdsgange må prioriteres og tilrettelægges på nye måder for at få den integrerede indsats til at fungere bedst muligt. Dette behandles yderligere nedenfor i afsnit 3.1.3 om det tværfaglige team.

Styregruppen er en organiseringsstype, der typisk forbindes med projektarbejde. Idet der typisk ikke på forhånd eksisterer et tværsektorielt forankringspunkt for den integrerede indsats på ledelsesniveau, vurderes en sådan gruppe dog at være af lige så stor vigtighed i en driftskontekst med henblik på at sikre fokus og en beslutningsdygtig ledelsesenhed på tværs af de aktører i kommune og region, der nødvendigvis må indgå i den integrerede indsats. I en driftskontekst vil styregruppens opgaver dog delvist ændre fokus. Hvor styregruppen i projektfasen typisk har haft fokus på at sikre fremdrift i forhold til projektplanen og -målene, vil der i driftsfasen ofte være større fokus på at sikre fortsatte ressourcer til den integrerede indsats samt den løbende kvalitetssikring og opfølgning.

Daglig projektledelse

Den daglige projektledelse er i alle tilfælde helt central for at opnå en reel integration af indsatsen, men især i de projekter, hvor den tværsektorielle styregruppe har haft en mere tilbagetrukket rolle, har en stor del af ledelsesbyrden ligget på den daglige projektledelse.

Den daglige projektledelse har typisk varetaget to forskellige roller. På den ene side har den haft en klassisk projektledelsesfunktion med fokus på at sikre ressourcer og fremdrift og udbredelse af kendskabet til den integrerede indsats. På den anden side har projektlederne typisk også fungeret som tværsektorielle tovholdere for den integrerede indsats med fokus på koordinationen mellem sektorerne. Først beskrives projektledelsesfunktionen, og efterfølgende behandles tovholderfunktionen.

Projektledelesfunktionen

I alle fire projekter er der indgået en projektledelsesfunktion på både regionsiden og kommunesiden, der i samarbejde har stået for koordinationen mellem sektorerne. Mens alle projekterne har haft et relativt fast samarbejde mellem de to daglige projektledere (fra henholdsvis kommune og region), har nogle af projekterne oplevet personudskiftning på projektlederniveau, der i nogle tilfælde har medført betydelige udfordringer med koordination og integration af indsatsen.

Projektledere og projektmedarbejdere oplever selv, at regelmæssige og hyppige møder mellem projektlederne fra de to sektorer er en forudsætning for ledelsesintegration på tværs af sektorer. I det omfang den integrerede indsats trækker på kompetencer og ressourcer fra den daglige drift i andre enheder, hvilket typisk har været tilfældet, er det ligeledes centralt med løbende møder med disse afdelingsledere, så der sikres en klar arbejdsdeling, koordination og enighed om ressourcetrækket i disse enheder til den integrerede indsats.

Tovholderfunktionen

I deres funktion som tværsektorielle tovholdere har projektlederne også stået for at drive den fælles proces i forhold til borgerne ved at indkalde til møder, udarbejde dagsordener og referater, følge op på aftaler og sikre, at elementerne i samarbejdsmodellen blev anvendt i praksis. I nogle projekter har tovholderfunktionen ligget indholdsmæssigt tæt på den koordinatorfunktion, som kommune og region skal udpege i forbindelse med implementeringen af de koordinerende indsatsplaner, der udmøntes i sundhedsaftalerne i 2014, det vil sige primært på det organisatoriske niveau. I andre projekter har den tværsektorielle koordination primært fundet sted i det enkelte borgerforløb, og tovholderfunktionen har således været varetaget af de medarbejdere, der fungerer som kontaktperson for de enkelte borgere.

Alle projekterne angiver, at varetagelsen af den tværsektorielle tovholderfunktion er essentiel for den integrerede indsats. Det er vigtigt at have en

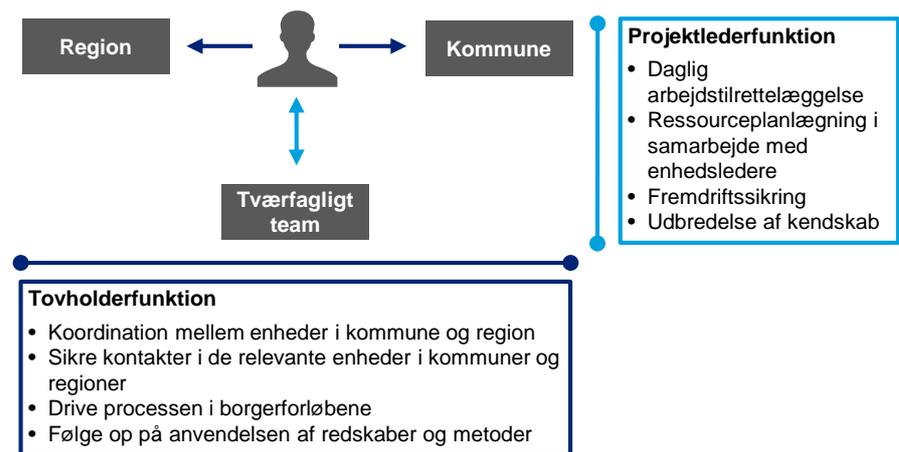
”Det er en udfordring at få forankret samarbejdet hos de andre afdelingsledere. Der er rigtig mange, der skal tage ejerskab til modellen.”

Projektleder

funktion, der kan skabe kontakterne på tværs af sektorer og koordinere og videredele med de involverede aktører. Tovholderfunktionen understøtter herigennem, at rammerne er til stede, for at indsatsen kan blive integreret i praksis. Blandt andet har tovholderfunktionen involveret opfølgning på og støtte til udarbejdelsen af fælles udredninger og handleplaner, hvilket er særligt vigtigt, fordi modellen for en integreret indsats for de fleste medarbejdere i begge sektorer indebærer, at det faglige arbejde med borgerne understøttes af nye metoder og redskaber til blandt andet udredninger og handleplaner. Projekterne vurderer, at det kræver, at der afsættes ressourcer særskilt til denne funktion, da den ellers kan have tendens til at blive oversvømmet af arbejdet med borgerne og den almindelige omgivende drift. Erfaringen fra afprøvningen indikerer, at det kan være en ulempe, hvis tovholderfunktionen varetages af en person på ledelsesniveau, da det kan være ganske vanskeligt at sikre prioriteringen af tovholderopgaverne i forhold til de løbende ledelsesopgaver.

Figur 6 opsummerer relationen mellem de to funktioner i den daglige ledelse af den integrerede indsats, og angiver eksempler på nogle af de opgaver, der er forbundet med de to funktioner.

Figur 6. Daglige ledelsesfunktioner



Den centrale erfaring med implementeringen af elementet om tværsektoriel ledelse er, at etablering af en succesfuld integreret indsats forudsætter frigørelse af ledelsesressourcer til både daglig projektledelse og overordnet ledelse gennem styregruppen i de involverede sektorer. Det er samtidig erfaringen, at det kan være vanskeligt at sikre disse ressourcer i lyset af kravene fra den almindelige drift i de involverede enheder.



Afsnittet viser, at implementeringen af en tværsektorielt integreret ledelse på styregruppe- og projektledelsesniveau er opnået i varierende grader i de fire projekter. To projekter har opnået en rimelig klar ledelsesstruktur og en relativt stabil ledelsesinvolvering på tværs af sektorer. To projekter har kun i begrænset omfang haft den fornødne tværsektorielle ledelsesopbakning fra styregruppeniveauet og har i varierende grad været udfordret af udskiftninger på projektlederniveau, der har medført begrænsninger i forhold til den tværsektorielle integration af den daglige projektledelse.

3.1.2. Struktur for samarbejdet og fysiske rammer

Medarbejderne, der indgår i det tværfaglige team, er typisk tilknyttet forskellige organisatoriske enheder på tværs af kommune og region. Samarbejdsmodellen anviser derfor, at der bør etableres strukturer og rammer for samarbejdet, der bedst muligt understøtter det daglige og kontinuerlige samarbejde om den integrerede indsats. I samarbejdsmodellen indgår der to forskellige typer strukturer og rammer, der kan understøtte dette. For det første handler det om etablering af en fast samarbejdsstruktur med klare arbejdsgange og en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af arbejdet i det tværfaglige team. For det andet bør det overvejes, hvordan de fysiske rammer for samarbejdet kan bidrage til at sikre det daglige og kontinuerlige samarbejde, for eksempel ved at teamet har faste arbejdspladser i fælles fysiske rammer eller har mulighed for at mødes regelmæssigt. Disse to elementer behandles adskilt i dette afsnit, hvor det vurderes, i hvor høj grad projekterne i praksis har formået at etablere hensigtsmæssige strukturer og rammer for samarbejdet om den integrerede indsats.

Samarbejdsstruktur

Alle projekterne har etableret mere eller mindre detaljerede arbejdsgange for det tværfaglige team. Alle fire projekter har haft en fast mødekadence for det tværfaglige team, enten ugentlig eller hver 14. dag, og møderne har typisk været af 2-3 timers varighed. I nogle projekter har der været en fast dagsorden for teammøderne, og andre steder er dagsordenen blevet fastlagt forud for det enkelte møde.

Møderne (eller konferencerne) bruges primært til at drøfte de borgere, der modtager støtte gennem det tværfaglige team, eller nylig opsporede borgere i målgruppen. På møderne foregår en stor del af det (tværfaglige) arbejde omkring borgerne, idet det er her borgernes problemstillinger og behov drøftes på tværs af sektorer. Dette udmøntes konkret i en række forskellige aktiviteter:

- Deling af information om borgerens problemstillinger.
- Drøftelse af, om borgeren er i målgruppen for indsatsen og skal optages i teamet.
- Tværfaglig sparring.
- Vurdering af borgerens motivationsniveau, misbrugsniveau og funktionsniveau.
- Drøftelse/udarbejdelse af udredninger for borgerne.
- Drøftelse/udarbejdelse af handleplanen og planlægning af det fremadrettede forløb.
- Drøftelse af relevante indsatser og deres samspil.
- Indstilling til indsatser.

- Opfølgning på indsatser.
- Orientering til teamet (kommende møder mv.).

Ovenstående udgør en bruttoliste over aktiviteter, og alle aktiviteterne har ikke været på dagsordenen i alle projekterne. Formålet med teammøderne har dog i alle projekterne været at understøtte en både koordineret og integreret indsats for den enkelte borger i alle faser af vedkommendes forløb.

”Team-arbejdet har været det vigtigste element.

Både den videndeling, sparring og planlægning af indsatsen, som finder sted på møderne, og det sociale kit, der binder os sammen”

Teammedarbejder

Alle projekterne angiver aktiviteterne på teamets møder om borgersagerne som forudsætninger for at opnå tværfaglighed i arbejdet med borgerne. Møderne sikrer, at der er tværfaglig videndeling og sparring, at man kommer hele vejen rundt om borgerens problemstillinger, og at disse ses fra flere forskellige perspektiver, både fagligt og organisatorisk. Drøftelserne om borgeren udgør altså grundlaget for at sikre en fælles forståelse af borgerens problemstillinger og en faktisk integration af indsatserne, der tildeles.

I alle projekterne har teamet udpeget en eller flere kontaktpersoner for borgeren. I tre af projekterne har teamet udpeget to kontaktpersoner for hver borger, der fungerer som et tværsektorielt miniteam omkring den enkelte borger. I et enkelt projekt har borgeren haft én tovholder, der har haft en casemanager-lignende funktion. I alle projekterne har tovholderen eller tovholderens opgave været den direkte kontakt til borgeren og at koordinere og følge op på borgerens indsatser i begge sektorer.

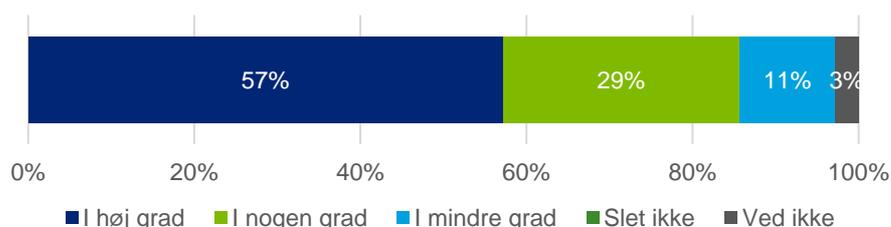
I alle projekterne har borgerne været inddraget i teamets arbejde, men på forskellig vis. I alle projekterne er borgerinddragelsen især foregået gennem den opsøgende tilgang, der indebærer, at man møder borgeren dér, hvor vedkommende er. Tilgangen beskrives i afsnit 3.1.4 nedenfor.

I nogle projekter har borgeren herudover deltaget i møder med teamet med henblik på at involvere borgeren i blandt andet udredning og opstilling af mål i handleplanen. I andre projekter indgår borgerne mest i møder med kontaktpersonen og har i mindre grad kontakt med hele teamet.

Der har været foretaget flere overvejelser om, hvordan borgeren bedst inddrages i teamets arbejde. Nogle steder har det været erfaringen, at det kan være vanskeligt at inddrage borgerne aktivt i arbejdet med udredning, handleplan og tilrettelæggelse af indsatser. Nogle oplever, at inddragelsen af borgeren på teammøderne kræver for meget af borgeren, der skal forholde sig til en større personkreds, hvilket kan være vanskeligt for en del af målgruppen. I ét projekt har man i projektperioden besluttet at forbeholde teammøderne til tværfaglig sparring og tværsektoriel koordination, mens borgeren i stedet inddrages på møder med vedkommendes to kontaktpersoner. Andre steder har der imidlertid været gode erfaringer med at inddrage borgeren på teammøder under forudsætning af grundig forberedelse af borgeren og trygge rammer. Endvidere oplever nogle medarbejdere, at det kan være vanskeligt at formidle gevinsten ved arbejdet med udredninger og planer for borgeren, og at det derfor er en udfordring at sikre den fornødne motivation hos borgeren for at deltage.

At borgerne i vidt omfang oplever at have haft mulighed for at påvirke indholdet af den støtte, de har fået, indikerer, at projekterne generelt har haft held med at implementere en struktur for samarbejdet og borgerforløbet, der sikrer inddragelse af borgeren selv. Figur 7 viser, at 20 ud af de 35 adspurgte borgere i høj grad oplever, at de har mulighed for at påvirke udfaldet af teamets arbejde i form af støtteindsatser, mens kun fire oplever, at dette i mindre grad er tilfældet.

Figur 7. "Jeg har mulighed for at påvirke, hvilken støtte jeg får"



Kilde: Survey blandt borgere, september 2014 (N=35).

Det opleves som meget vigtigt for at sikre integration af indsatsen, at der afsættes tid nok til de tværsektorielle og tværfaglige drøftelser. Samtidig har det relativt store omfang af det tværfaglige arbejde i nogle projekter udgjort en barriere for at sikre konsekvent deltagelse blandt alle faggrupper. Særligt for det sundhedsfaglige personale er det en udfordring, at det tværfaglige arbejde ikke indgår i de kerneydelser, de forventes at levere i dagligdagen. Denne problematik handler altså delvist om konsekvenserne af de enkelte fagligheders organisatoriske forankring. Fordi medarbejderne i de tværfaglige teams typisk har været helt eller delvist forankret i den almindelige drift, har rammerne for deres rolle i forhold til driften i nogle tilfælde kollideret med opgaverne i forbindelse med den integrerede indsats.

Fysiske rammer

De daglige fysiske rammer for det tværfaglige team skal i videst muligt omfang understøtte en daglig nærhed mellem de involverede fagligheder og den samarbejdsstruktur, der er beskrevet i forrige afsnit. Både samarbejdsstrukturen og de fysiske rammer skal medvirke til at gøre sparring og videndeling så smidig som muligt. Afhængigt af den lokale organisering kan det være hensigtsmæssigt at sikre fælles mødelokaler, der anvendes, når teamet mødes efter den fastlagte mødekadence. Det kan dog som tidligere nævnt være en fordel at etablere fælles lokaler for teamet.

Ingen af de tværfaglige team har i projektperioden haft faste arbejdspladser i fælles lokaler. Typisk har de tværfaglige team mødtes fast i forbindelse med teammøderne. Projektet i Syddjurs/Region Midtjylland har været tættest på i praksis at arbejde under samme tag til daglig, idet Misbrugscenter Djursland og Lokalpsykiatrisk Center Djursland har til huse dør om dør. Selvom medarbejderne i det tværfaglige team ikke har siddet i samme lokale, har organisationen betydet, at der for borgerne har været en fælles indgang til begge sektorer.

”Det styrkede samarbejdet, at den ene part ikke kom på besøg som ’gæst’. Men nogle parter kan dog ikke sidde fysisk [sammen med teamet], fx læger”

Projektleder

I projektet i Syddjurs/Region Midtjylland har oplevelsen af de fysiske rammers betydning været blandet. På den ene side har mødelogistikken været væsentlig lettere, fordi medarbejderne fra de to sektorer har siddet tæt på hinanden. Samtidig har travlhed medført, at man sjældent har drøftet sagerne ad hoc med medarbejderne fra den anden sektor, og erfaringerne fra dette projekt indikerer således ikke, at der nødvendigvis er en større grad af videndeling eller en betydelig mere smidig kommunikation, når sektorerne har til huse tæt på hinanden. Dette kan dog også hænge sammen med en række andre forhold, herunder begrænset ledelsesmæssig prioritering og fokus.

De tre andre projekter har været geografisk delt mellem henholdsvis kommunens og regionens eksisterende lokaler. Oplevelsen af de fysiske rammers betydning har også her været blandet. Nogle teammedarbejdere mener, at det ville have været bedre at have fælles lokaler, fordi det kunne have skabt en mere smidig kommunikation, for eksempel i akutte tilfælde, og fordi det ville give borgerne én fælles indgang. Andre oplever, at et fælles kontor kan medføre dannelse af en egentlig fællesfaglighed fremfor tværfaglighed, idet teammedlemmerne organisatorisk adskilles fra det specialiserede fagfællesskab, de normalt er en del af. Teammedlemmernes organisatoriske forankring i en række afdelinger i begge sektorer giver adgang til viden og til netværk, der opleves som vigtige for den integrerede indsats. Nogle projekter har endvidere afprøvet muligheden for at etablere fælles mødefaciliteter midt imellem de to sektorer, men har oplevet, at dette besværliggjorde logistikken fremfor at lette den.

Projekterne har altså generelt ikke skabt fælles fysiske rammer, men oplever heller ikke entydigt, at dette er en forudsætning for at fastholde et dagligt og kontinuerligt samarbejde om borgerne. Projekterne har i stedet søgt at sikre dette gennem en klar struktur for samarbejdet i kraft af faste teammøder og udpegning af kontaktpersoner for borgerne, hvilket bevirker en klar ansvarsfordeling i koordinationen af de enkelte borgerforløb.



Afsnittet viser således, at rammerne for indsatsen har understøttet en integreret indsats, i den forstand at der har fundet et kontinuerligt samarbejde om borgernes forløb sted primært igennem regelmæssige møder. Rammerne har dog i lidt mindre grad understøttet en daglig nærhed og uformel, løbende sparring mellem de deltagende fagligheder. Dette kan have indflydelse på muligheden for at opnå en reel integration af indsatsen.



3.1.3. Tværfagligt team

Det tværfaglige team er den organisatoriske kerne i den integrerede indsats. Det er i samarbejdet mellem teammedlemmerne, at arbejdet med målgruppen integreres i praksis, idet teammedlemmerne i fællesskab drøfter den enkelte borgers problemstillinger og derigennem opnår en fælles forståelse af støttebehovet på tværs af fagligheder og sektorperspektiver.

Samarbejdsmodellens fokus på det tværfaglige team kræver således en sammensætning af fagpersoner, der understøtter, at de kan varetage borgernes samlede forløb. Konkret kræver det:

- At teamet sammensættes således, at alle målgruppens problemstillinger kan håndteres
- At teamet har de rette faglige kompetencer til at kunne yde en kvalificeret og integreret indsats
- At teamets medlemmer har det fornødne kendskab til de andre enheders vilkår og muligheder, og derfor er i stand til at nå til en fælles forståelse på tværs af de ofte meget forskellige faglige og organisatoriske perspektiver.

Disse elementer i organiseringen af arbejdet i et tværfagligt team analyseres under overskrifterne nedenfor, og det vurderes, om projekterne har udmøntet dem i praksis på en måde, der understøtter integrationen af indsatsen.

Teamets bemanning og sammensætning

Håndbogen for den integrerede indsats angiver, at sammensætningen af teamet bør tilpasses efter den lokale organisering af området i kommune og region. Der har derfor været flere variationer i sammensætningen af det tværfaglige team på tværs af projekterne.

En af variationerne har været det faggruppemæssige snit mellem bemanningen af det faste team og den gruppe af fagpersoner, der inddrages ad hoc i borgerforløbene, når det er relevant. Nogle steder har det faste team indeholdt en større bredde af fagligheder, mens teamet andre steder har været mindre, men har inddraget flere personer på ad hoc-basis.

I alle projekterne har det faste team inkluderet repræsentanter fra regionspsykiatrien og det kommunale misbrugsområde. I tre af projekterne er der endvidere indgået repræsentanter fra socialpsykiatrien i kommunen. I projektet i Syddjurs/Region Midtjylland har der været etableret samarbejde med socialpsykiatrien på udførerniveau, men området har ikke været direkte repræsenteret i det tværfaglige team. På kommunesiden har nogle team herudover inkluderet repræsentanter fra den kommunale udfører, jobcentret eller andre relevante myndigheder. På regionsiden har akutmodtagelser og retspsykiatri i nogle tilfælde været inkluderet i det tværfaglige team. Trods deres forskellige konstellationer har de fire team altså tilfælles, at de har inkluderet en vifte af forskellige fagligheder og enheder.

I den nedenstående tabel ses projekternes egen angivelse af sammensætningen af det tværfaglige team.

Tabel 3. Sammensætning af det tværfaglige team

	Kommune	Region
Ballerup/ Region Hovedstaden	Socialpsykiatri <ul style="list-style-type: none"> • Støtte-/kontaktpersoner • Botilbudsmedarbejder Misbrugscenter	Distriktspsykiatri Retspsykiatrisk ambulatorium Akutmodtagelse Projektsygeplejerske
Egedal/ Region Hovedstaden	Myndighedsafdelingen Bostedsrepræsentant Socialpsykiatri Rusmiddelteam (udfører)	Distriktspsykiatri Retspsykiatrisk ambulatorium Akutmodtagelse Projektsygeplejerske
Hedensted/ Region Midtjylland	Myndighedspersoner fra: <ul style="list-style-type: none"> • Socialpsykiatri • Jobcenter • Handicap Repræsentant fra rusmiddelteam	Projektkoordinator Projektsygeplejerske
Syddjurs/ Region Midtjylland	Speciallæge i misbrug Psykolog Socialpædagog Leder af misbrugscenter	Psykiatrisk sygeplejerske Psykiater Ledende sygeplejerske

Snittet mellem faste teammedlemmer og ad hoc-inddragelse har således varieret, blandt andet fordi det faste teams bredde har varieret. I ét projekt har jobcentret for eksempel været en del af teamet, hvorimod jobcentret i de andre projekter er blevet inddraget på ad hoc-basis.

Nogle projekter har i deres selvevaluering og ved projektets afsluttende evalueringsseminar beskrevet det som en udfordring, at bestemte fagkompetencer ikke har været repræsenteret i samarbejdet. De projekter, der ikke har haft et tæt samarbejde med jobcentrene, angiver, at dette har været en udfordring. Reformerne på beskæftigelsesområdet betyder, at store dele af målgruppen af sindslidelse med misbrug skal have indsatser i jobcentret, hvorfor en inklusion af jobcentret i den integrerede indsats havde været en fordel.

Nogle projekter har ligeledes beskrevet, at et tættere samarbejde med de praktiserende læger ville være gavnligt. De praktiserende læger kan være vigtige for den integrerede indsats, blandt andet fordi de kan henvise borgere til psykiatrisk udredning, bidrage til den løbende opsporing af nye borgere og bidrage til opfølgning og videndeling angående borgere, der allerede får støtte af teamet.

En anden vigtig variation i sammensætningen af team har været tilstedeværelsen af beslutningskompetence til at tildele indsatser eller igangsætte behandlinger. I nogle projekter har de tildelende kommunale myndigheder siddet med ved møderne som del af teamet. Nogle har også haft en psykiater med på møderne, der kan tage beslutning om igangsættelse af behandling i psykiatrien. At have beslutningsdygtige aktører med på møderne er generelt blevet oplevet som en fordel. Hvis beslutningskompetencen mangler, oplever projekterne, at det kan vanskeliggøre processen i den integrerede indsats. Hvis de ønskede indsatser eller behandlinger ikke kan iværksættes kan det for eksempel betyde, at teamets handleplaner skal justeres.

”Man sidder og ønsker sig ting for borgerne, men man ved ikke, om det kan bevilges.”

Teammedarbejder

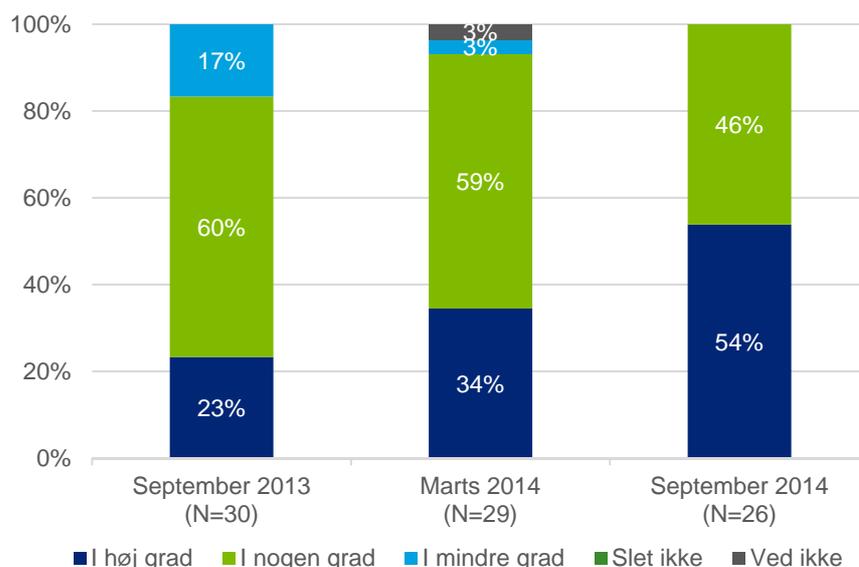
Typisk vil det dog ikke være muligt at have beslutningskompetence fra alle relevante instanser med i teamet. For eksempel skal mange kommunale indsatser godkendes af et visitationsudvalg. Repræsentanterne fra de bevillende instanser er dog alligevel vigtige ressourcer i teamet af mindst to årsager – også selvom de ikke bringer beslutningskompetencen med til bordet. For det første besidder de viden om, hvad der typisk skal til for at tildele en indsats eller igangsætte en behandling i de respektive enheder i kommuner og regioner. En sygeplejerske fra psykiatrien kan for eksempel gennem det opsøgende arbejde indsamle en del af den information, der er grundlaget for at igangsætte en behandling. For det andet kan de fungere som indgang til disse enheder og dermed sikre, at der er en hurtig afklaring af, om indsatser eller behandlinger kan iværksættes.

Teamets kompetencer

Bemandingen og sammensætningen af det tværfaglige team er ikke alene vigtig for at sikre forankringen af den integrerede indsats i de relevante enheder og sektorer, men skal også sikre, at de nødvendige kompetencer er til stede i teamet til at kunne integrere indsatsen på tværs af social-, sundheds- og misbrugsfaglige perspektiver. Tilstedeværelsen af de rette kompetencer er således et væsentligt parameter i vurderingen af, om det tværfaglige team er hensigtsmæssigt implementeret i praksis.

Den gennemførte survey blandt de tværfaglige team viser, at medarbejderne selv i høj grad oplever, at de har forudsætningerne for og kompetencerne til at yde en integreret indsats. Figur 8 viser, at langt størstedelen af medarbejderne allerede tidligt i afprøvningsperioden oplevede, at de i høj eller nogen grad besad de rette kompetencer. Denne andel er steget igennem afprøvningsperioden, og i september 2014 oplevede alle adspurgte medarbejdere i høj eller nogen grad, at de havde de rette kompetencer og forudsætninger.

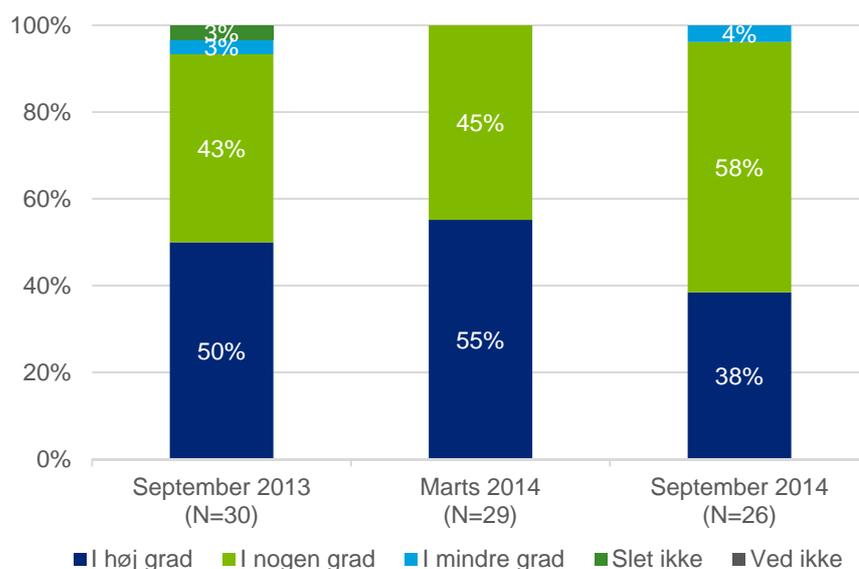
Figur 8. "Jeg oplever, at jeg har de rette forudsætninger og kompetencer til at kunne yde en integreret indsats"



Kilde: Survey blandt medarbejdere.

Selvom der kan være forskel på oplevelsen af individuelle kompetencer og de kompetencer, der er repræsenteret i teamet i fællesskab, er vurderingen af teamets samlede kompetencer også overvejende positiv. Figur 9 viser, at langt størstedelen af medarbejderne har en overvejende positiv oplevelse af teamets kompetencer igennem hele afprøvningsperioden. Sidst i projektførelset ses der dog et fald i andelen, der i høj grad oplever de samlede kompetencer som tilstrækkelige. Dette kan blandt andet have at gøre med udløbet af nogle medarbejders tidsbegrænsede projektansættelser, der medførte, at nogle på dette tidspunkt søgte videre i andre stillinger.

Figur 9. "Jeg oplever, at teamet tilsammen har de rette forudsætninger og kompetencer til at kunne yde en integreret indsats"

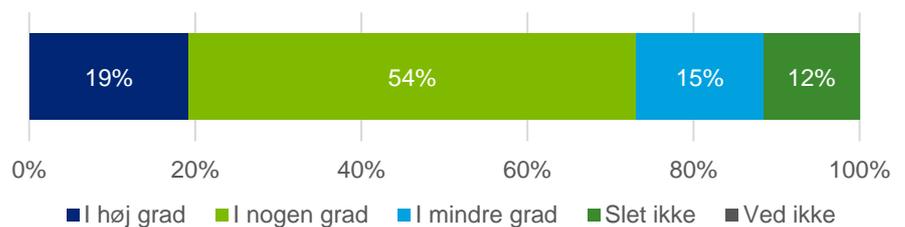


Kilde: Survey blandt medarbejdere.

At en relativt stor andel oplever, at teamets samlede kompetencer kun i nogen grad er passende, kan have at gøre med, at alle team har måttet trække på særlige fagligheder udefra som beskrevet i det foregående afsnit. Samlet er der dog en positiv vurdering af de individuelle og kollektive kompetencer, der har været repræsenteret i den integrerede indsats.

Medarbejderne er også blevet spurgt, i hvilket omfang de oplever, at de gennem projektet har opnået kompetencer i forhold til at levere en integreret indsats, jf. figur 10. Her angiver 19 procent, at de i høj grad oplever, at de er blevet klædt på i forhold til de særlige kompetencer, det kræver at levere en integreret indsats, mens 54 procent vurderer, at dette i nogen grad er tilfældet.

Figur 10. "Jeg oplever, at projektet har klædt mig bedre på til at yde en integreret indsats for borgerne"



Kilde: Survey blandt medarbejdere, september 2014 (N=26).

Flertallet oplever altså at have opnået øgede kompetencer til at yde en integreret indsats. Sammenstillingen af figur 9 og figur 10 indikerer dog, at der i højere grad har været fokus på de kompetencer, som medarbejderne allerede forud for projektet besad i kraft af deres faglige baggrund, end der har været på de særlige kompetencer, der er forbundet med at arbejde tværsektorielt, tværfagligt og integreret gennem redskaberne i den integrerede indsats. Det sås ligeledes i afsnittet om rammerne for samarbejdet, at der lægges særlig vægt på vigtigheden af medarbejdernes forankring i deres respektive faglige enheder. Dette perspektiv kan have betydning for integrationen af indsatsen, og resultaterne skal således ses i dette lys.

Kendskab og kultur

Teamets forudsætninger for at opnå en fælles problemforståelse og tilrettelægge indsatser, der er integreret på tværs af sektorer, understøttes af, at der er en tværgående forståelse af processer og regler i de deltagende enheder. Det har været oplevelsen på tværs af projekterne, at der kan være ganske store forskelle i kultur både på tværs af kommune og region og indenfor kommunerne på tværs af afdelinger. De medvirkende aktører arbejder eksempelvis under forskellige lovgrundlag og organiseringer, hvilket eksempelvis medfører forskellige faglige traditioner og samarbejds kulturer. Til tider mangler der i udgangspunktet en forståelse af, hvorfor de andre aktører handler, som de gør, hvilket kan mindske tilliden til, at man samarbejder om et fælles mål.

”Man får [igennem kultursporet] øje på, hvordan ens organisationskultur påvirker den måde, man ser borgerens behov på, og forståelse for, hvorfor man gør tingene forskelligt.”

Teammedarbejder

Gennem det tværfaglige samarbejde i teamet opnås en større forståelse af de rationaler, der er styrende for det daglige arbejde i andre sektorer og afdelinger. Dette er centralt for, at de deltagende parter oplever at samarbejde om at hjælpe borgerne til at realisere deres målsætninger.

I de to sjællandske projekter har der været arbejdet aktivt med at udvikle denne gensidige forståelse gennem det såkaldte kulturspor. Kultursporet har blandt andet bestået i kompetenceudvikling om vilkårene i de forskellige afdelinger og besøg hos de involverede parter.

I projektet i Hedensted/Region Midtjylland har man i slutningen af projektet igangsat et tværgående kompetenceudviklingsforløb, der også har haft til formål at øge kendskabet på tværs af sektorer og oplyse om de særlige problematikker i det tværsektorielle arbejde med målgruppen.

I alle projekterne har det været oplevelsen, at det gensidige kendskab er en vigtig forudsætning for at overkomme nogle af de snitfladeudfordringer, der har eksisteret i arbejdet med sindslidende med misbrug. Det gensidige kendskab og de personlige relationer på tværs gør forløbene mere smidige og sikrer en bedre kommunikation mellem fagligheder, samtidig med at det er med til at motivere medarbejderne.

Arbejdet med den fælles kultur i temaet er med til at ruste teamet til at tilrettelægge de bedst mulige forløb for borgerne på tværs af organisatoriske, faglige og kulturelle forskelle. For at opnå dette resultat er det dog centralt, at der fastholdes et fokus på, hvordan kulturarbejdet bidrager til den borgerrettede indsats.



Afsnittet viser samlet set, at samarbejdsmodellens element om et tværfagligt team helt grundlæggende er implementeret i alle projekterne. De tværfaglige team har i vidt omfang været sammensat således, at de enten selv besad eller havde adgang til de faglige ressourcer, der skal til for at udrede helhedsorienterede og tilrettelægge integrerede indsatser, enten som faste medlemmer eller ad hoc-deltagere. Nogle aktører kunne dog med fordel have haft tættere tilknytning til teamet, herunder læger og jobcentre. Arbejdet i det tværfaglige team er herudover i nogle projekter blevet understøttet af et brobyggende kulturspor.



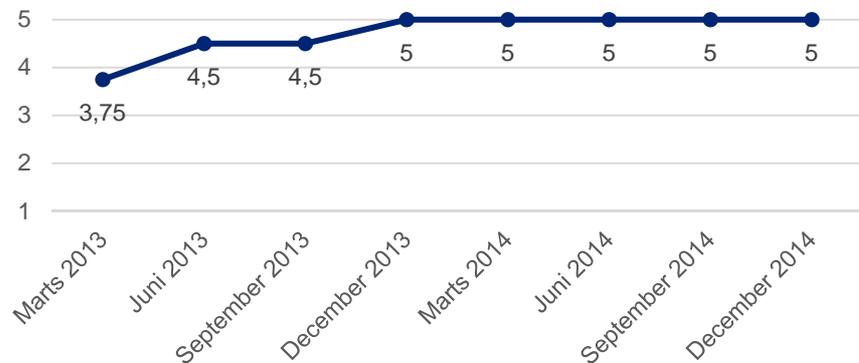
3.1.4. Opsøgende tilgang

Fastholdelse er en kendt udfordring i arbejdet med målgruppen af sindslidende med misbrug. Formålet med den opsøgende tilgang har således været at sikre, at borgerne fastholdes. Dette afsnit beskriver projekternes anvendelse af tilgangen og vurderer, om dette arbejde stemmer overens med samarbejdsmodellens anvisninger og dermed understøtter den integrerede indsats.

Den opsøgende tilgang er i høj grad implementeret i praksis. Dette illustreres i figur 11, der viser projekternes gennemsnitlige vurdering af, i hvor høj grad

den opsøgende tilgang var implementeret på de angivne tidspunkter i afprøvningsperioden. Her ses det, at projekterne vurderer tilgangen som fuldt implementeret relativt tidligt i afprøvningsperioden.

Figur 11. Opsøgende tilgang – udvikling i implementeringsgrad (gennemsnit for alle projekter)



Kilde: Implementeringsbarometer.

Note: Implementeringsgraden måles på en skala fra 1 (ikke implementeret) til 5 (fuldt implementeret). Punkterne 1 til 5 er forankret i kriterier for, hvornår det givne niveau er opnået. Disse kriterier for hver af implementeringsbarometerets dimensioner findes i bilag 1.

Den opsøgende tilgang er således blandt de elementer af den borgerrettede del af den integrerede indsats, som projekterne i højest grad oplever at have implementeret i praksis.

Projekterne har anvendt den opsøgende tilgang til at opnå tre forskellige formål rettet imod opstart og fastholdelse af borgere i den integrerede indsats.

Det første formål har været at sikre borgernes motivation for at deltage i projektet og modtage behandling og støtte. En vigtig del af dette har i alle projekterne været at opsøge borgerne dér, hvor de opholder sig, hvad enten dette er i hjemmet, i dagtilbud, under indlæggelse eller andet. I begyndelsen af forløbet har der således gennem det opsøgende arbejde været fokuseret på at skabe en tillidsbaseret relation til og arbejdsalliance med borgeren, som grundlag for at fastholde borgeren i kontakten med teamet. Delingen af oplysninger om borgeren på tværs af sektorer forudsætter et skriftligt samtykke fra borgeren. Uden dette samtykke kan sagerne kun drøftes ud fra anonymiserede oplysninger, hvilket begrænser teamets mulighed for at udnytte de deltagende fagpersoners forskellige kendskab til borgerne i den integrerede indsats. En del af målgruppen har en meget lav grad af sygdomsindsigt og erkender derfor ikke et behandlingsbehov eller har en grad af mistillid til det offentlige system, der kan blive forstærket af deres sindslidelse. Derfor vil der ofte være behov for en særlig dialog med borgeren og skabelse af en tillidsrelation for at motivere borgeren til at indgå i den integrerede indsats.

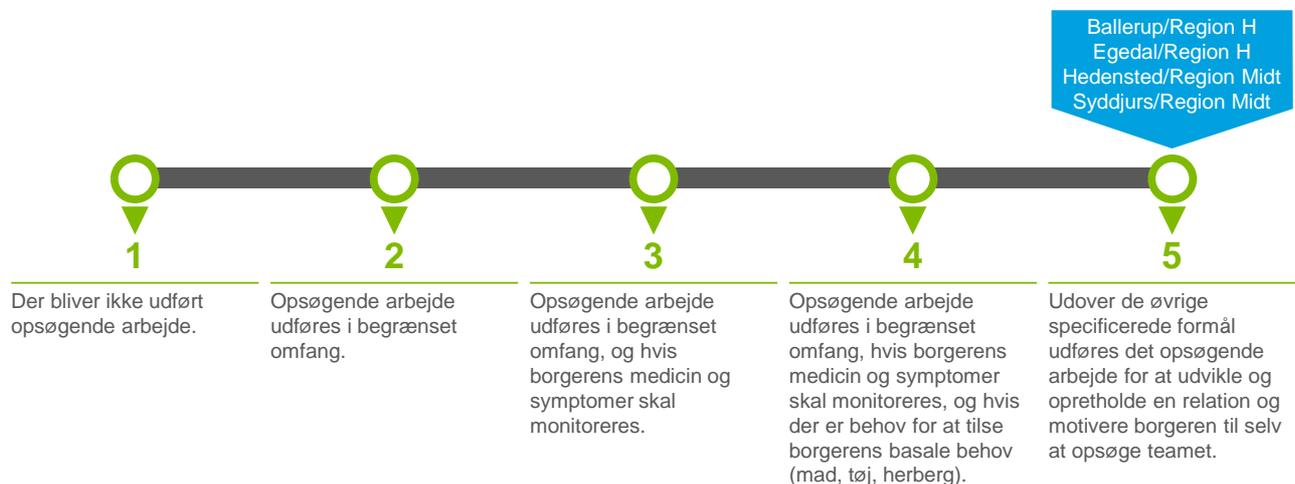
Det andet formål har været at sikre opretholdelse af relationen til borgeren og fastholdelse af borgeren i det forløb, der er igangsat, igennem en aktivt opsøgende og vedholdende kontakt, også i perioder præget af ustabilitet eller manglende motivation. Dette har indebåret at være til rådighed for borgeren,

når vedkommende tog kontakt, aktivt selv at tage kontakt til borgeren og at støtte vedkommende til at deltage i behandlingsaktiviteter.

Endelig har det tredje formål været at understøtte fastholdelsen ved at gøre selve udredningen, behandlingen eller indsatsen opsøgende. Det vil sige, at der i flere projekter er etableret udgående behandling og støtte til borgere, der ikke magter at møde op og derfor i stedet kan modtage indsatsen for eksempel hjemme hos dem selv. Den opsøgende tilgang understøttes således af vedholdenhed og understøtter anvendelsen af den motivationsbaserede tilgang, der behandles nedenfor i afsnit 3.1.5 sammen med en beskrivelse af frafaldet af borgere i projektet.

Projekternes tilgang til det opsøgende arbejde har således i høj grad været fokuseret på de elementer, der indgår på det øverste niveau i implementeringsbarometret som vist i figur 12.

Figur 12. Opsøgende tilgang – implementeringsgrad december 2014

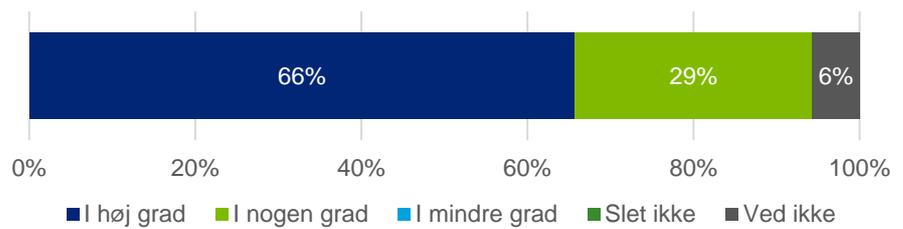


Kilde: Implementeringsbarometer.

Borgernes besvarelser af den gennemførte survey indikerer ligeledes, at de tværfaglige team i vidt omfang har formået at implementere disse elementer af den opsøgende tilgang. Borgerne oplever i vidt omfang, både at de har en tillidsrelation til medarbejderne i det tværfaglige team, og at deres kontaktperson er tilgængelig, når de har brug for det. Dette ses i figur 13 og figur 14 nedenfor.

Figur 13 viser, at 23 ud af de 35 borgere, der er indgået i undersøgelsen, i høj grad har tillid til medarbejderne i det tværfaglige team. Ingen borgere angiver, at de i mindre grad eller slet ikke har denne oplevelse af tillid.

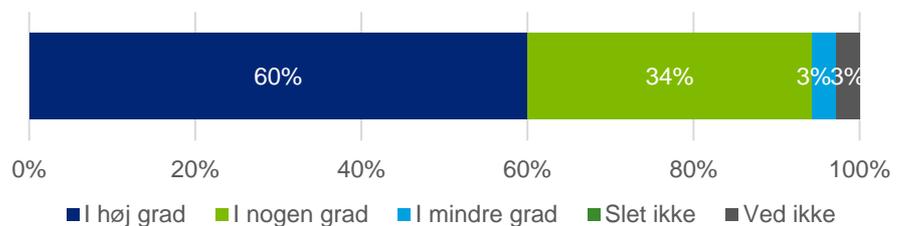
Figur 13. "Jeg har tillid til de personer, jeg får støtte fra"



Kilde: Survey blandt borgere, september 2014 (N=35).

Figur 14 illustrerer, at den del af den opsøgende tilgang, der handler om at sikre tilgængelighed til støttepersonerne i teamet, når borgeren oplever behov for det, også i høj grad er implementeret. 21 af borgerne oplever i høj grad at kunne komme i kontakt med kontaktpersonen efter behov, og kun en enkelt borger oplever, at dette kun i mindre grad er tilfældet.

Figur 14. "Jeg kan komme i kontakt med min kontaktperson, når jeg har behov for det"



Kilde: Survey blandt borgere, september 2014 (N=35).

”Min kontaktperson har opsøgt mig aktivt, og det har været en stor fordel. Det har været rart, at der har været lidt ekstra omsorg omkring mig.”

Borger

Alle projekterne har oplevet, at den opsøgende, vedholdende og opsøgende indsats har været en vigtig årsag til, at borgere har kunnet fastholdes i projektet og i behandling i et omfang, som det opleves ikke var muligt forud for den integrerede indsats. Projektdeltagerne vurderer, at en del af de borgere, der er indgået i projektet, ville være faldet fra, hvis de havde modtaget en normal indsats, fordi de ville have haft for få personlige ressourcer og netværksressourcer til at sikre egen fastholdelse. Dertil kommer, at teammedlemmerne oplever, at behandlere i de tilstødende systemer har udvist en større fleksibilitet og tålmodighed ved manglende fremmøde og manglende motivation, fordi borgerne har været en del af projektet. Den opsøgende tilgang opleves generelt som et kerneelement i det arbejde, det tværfaglige team leverer.

Det fremhæves, at en forudsætning for succes med den opsøgende, vedholdende og opsøgende tilgang er, at der er mulighed for at tilrettelægge forløbet individuelt for den enkelte borger. Hvis en forudsætning for borgerens videre forløb for eksempel er en psykiatrisk udredning, og borgeren ikke magter at komme til psykiatrien, så kommer psykiatrien til borgeren. Hvis borgeren for eksempel ikke er klar til misbrugsbehandling, så fastholdes og udbygges tillidsrelationen, mens der arbejdes på andre problematikker, indtil borgerens motivationsniveau øges. Med en vedholdende indsats er det nogle projekters erfaring, at selv borgere med meget komplekse problemstillinger kan

flytte sig. Alle projekterne har deres egne positive historier om borgere, som de normalt ikke ville have forventet at se en positiv udvikling hos. Selvom disse markante solstrålehistorier naturligvis ikke er repræsentative for hele målgruppen, udgør de som illustrative eksempler en vigtig motivationsfaktor for medarbejderne.

Det fremhæves dog samtidig, at dette arbejde er både ressourcekrævende og udfordrende. Den opsøgende, vedholdende og udgående indsats kræver, at der afsættes en del ressourcer i begge sektorer. En del af disse ressourcer vil typisk komme fra eksisterende indsatser og enheder. I kommunerne samarbejdes der typisk med støttekontaktpersonerne (efter servicelovens § 99) eller bostøtterne (efter servicelovens § 85). I behandlingspsykiatrien er der typisk mulighed for at udføre opsøgende og udgående arbejde i samarbejde med distriktpsychiatrien og OPUS-team. Dette understreger igen behovet for en stærk ledelsesforankring, der kan sikre, at de rette ressourcer fra den øvrige drift er til rådighed for den integrerede indsats.

”Man kan ikke forestille sig teamet uden den opsøgende indsats – også i samarbejde med distriktpsychiatrien.”

Projektleder

Ressourcebehovet understreges af, at målgruppen som nævnt kan være ganske vanskelig at fastholde og motivere. Projekterne oplever for eksempel, at det kan være vanskeligt at finde ressourcer til en opsøgende indsats for udadreagerende borgere, idet dette ofte vil kræve, at flere medarbejdere tager på hjemmebesøg sammen. Borgere uden fast bolig eller telefon kan ligeledes være vanskelige og ressourcekrævende at fastholde. Endelig kræver det for mange borgere lang tids relationsopbyggende og motiverende arbejde, inden en udredning eller støtte og behandling kan igangsættes.



Afsnittet viser, at projekterne igennem størstedelen af afprøvningsperioden i høj grad har anvendt den opsøgende tilgang aktivt til at motivere, fastholde, støtte og behandle borgerne. Det vurderes således, at den opsøgende tilgang i stort omfang er udmøntet i praksis i projekterne. Vurderingen af projekternes udmøntning af den opsøgende tilgang hænger derudover nøje sammen med implementeringen af den motivationsbaserede tilgang, der vurderes i afsnit 3.1.5.

Figur 15. Borgercase

En opsøgende og vedholdende tilgang

John er en 50-årig mand, der modtager førtidspension og er tilknyttet både distriktspsykiatrien og misbrugscentret i kommunen. Han er diagnosticeret med paranoid skizofreni og afhængighedssyndrom.

Efter en længere indlæggelse henvises John til Projekt integreret indsats og ved udskrivelsen til distriktspsykiatrien. Forud for udskrivelsen har muligheden for botilbud været drøftet, men John er ikke selv motiveret for dette. Han udskrives, og kort efter tilbydes han en ny bolig i kommunen.

John tilbydes en opsøgende kontaktperson fra misbrugscentret, der støtter i forbindelse med flytning og i forbindelse med fastholdelse af den psykiatriske behandling. Misbrugscentret varetager substitutionsbehandling og forsøger med benzodiazepinbehandling.

Gennem vedholdende kontakt fra både misbrugscentret og distriktspsykiatrien lykkes det for John at blive mere stabil og måske udvikle et begyndende ønske om at reducere amfetaminmisbruget, da han erkender en sammenhæng mellem dette og hans paranoide tanker.

Der søges nu støtte via § 85, og det vurderes, at der ved hjælp af intensiv støtte fra socialpsykiatri, misbrugsbehandling og distriktspsykiatri kan opnås et reduceret misbrug og en stabilisering af Johns sindslidelse, således at han kan blive boende i egen bolig, som han ønsker.

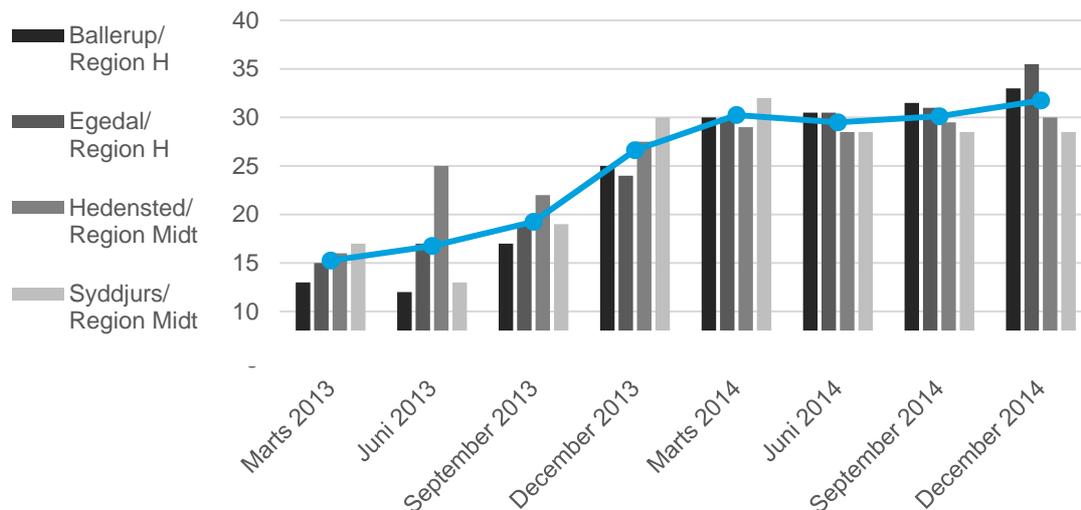
3.1.5. Fælles processer og redskaber

Som beskrevet i afsnit 2.2 er samarbejdsmodellens element om etablering af fælles processer udmøntet i en mere detaljeret forløbsbeskrivelse, der udgør en overordnet køreplan for de enkelte borgerforløb. Formålet med at anvende forløbsbeskrivelsen og de tilhørende redskaber er at sikre en tværfaglig problemforståelse og en tværsektoriel integration i de enkelte faser af en borgers forløb. Dette afsnit undersøger således, i hvor høj grad projekterne har formået at anvende anvisningerne og redskaberne i de enkelte faser til at sikre et tværfagligt og integreret forløb for borgerne.

Implementeringsbarometret, der er beskrevet i afsnit 1.3 og i bilag 1, er udviklet for at give et billede af, i hvor høj grad de borgerrettede elementer af den integrerede indsats er implementeret i praksis. De enkelte elementer i barometret vises nedenfor og uddybes i kapitlets resterende afsnit. Figur 16 viser helt overordnet projekternes samlede vurdering af, i hvor høj grad de har implementeret alle elementerne i forløbsbeskrivelsen. Som det ses i figur 16 har projekterne som forventeligt i stigende grad igennem afprøvningsperioden anvendt forløbsbeskrivelsens anvisninger og redskaber i praksis.



Figur 16. Udvikling i implementeringsgrad igennem afprøvningsperioden



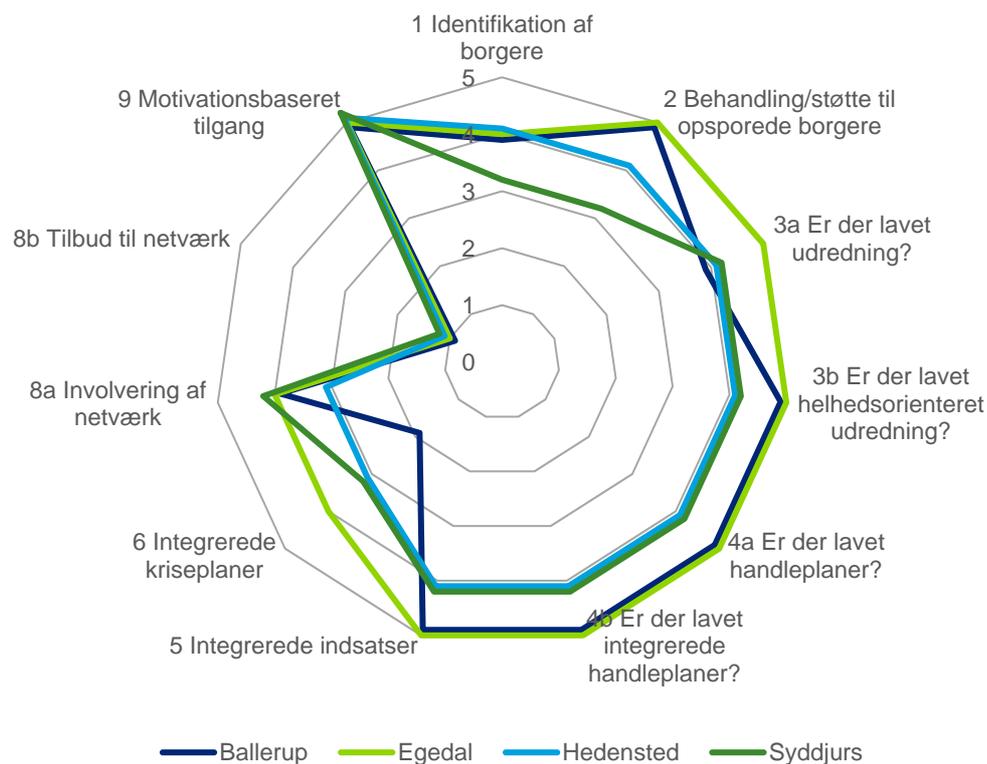
Kilde: Implementeringsbarometer.

Note: I implementeringsbarometret er der otte dimensioner, der måler implementeringen af elementer af forløbsbeskrivelsen. D Hver dimension kan vurderes fra 1 (ikke implementeret) til 5 (fuldt implementeret). Derfor går skalaen for den samlede implementering fra 8 til 40. Implementeringsbarometret er blevet tilpasset undervejs i afprøvningsperioden for bedre at reflektere projekternes løbende monitoreringsbehov. Figuren viser et standardiseret mål for implementeringsgrad, der sikrer sammenlignelighed igennem hele perioden.

Det fremgår dog samtidig af figuren, at det har taget relativt lang tid at forankre de borgerrettede elementer af den integrerede indsats i praksis. Etableringen af en rutine med at gennemføre udredninger og udarbejde handleplaner i fællesskab har været en stor forandring for medarbejderne i begge sektorer, og det har taget tid at opnå fortrolighed med redskaberne. Erfaringerne med anvendelsen af redskaberne i praksis behandles i afsnittene om udredning og handleplan nedenfor.

Figur 16 viser også, at projekterne ikke har opnået en fuldstændig implementering af de borgerrettede elementer af den integrerede indsats, som de er defineret i implementeringsbarometret. Forklaringen findes i figur 17, der giver en grafisk fremstilling af projekternes implementering af de enkelte elementer af den direkte borgerrettede del af den integrerede indsats ved afslutningen af projektet i december 2014.

Figur 17. Implementeringsgrad december 2014



Kilde: Implementeringsbarometer.

Note: Implementeringsbarometret udgøres af ni dimensioner, hvoraf tre måles ved to adskilte underdimensioner. Nr. 7, den opsøgende tilgang, er behandlet ovenfor og indgår derfor ikke her. Hvert skalpunkt fra 1 til 5 på hver af dimensionerne er forankret i en konkret beskrivelse af, hvad der skal til for at opnå denne grad af implementering. Disse beskrivelser findes i bilag 1.

Figuren viser de fire projekters vurdering af deres implementering af elementerne i forløbsbeskrivelsen ved afslutningen af afprøvningsperioden. Hver dimension er vurderet på en skala, hvor 1 angiver, at det givne element ikke er implementeret, og 5 angiver, at elementet er fuldt implementeret. Her ses det, at mens langt de fleste elementer er tæt på fuldt implementeret, er der enkelte elementer, der i mere begrænset omfang er blevet forankret i projekternes daglige praksis og derfor bidrager til at reducere den samlede implementeringsgrad. Dette gælder især de integrerede kriseplaner og tilbud til netværk. Implementeringen af disse to elementer uddybes i afsnittene om planlægning og indsatser. Projekterne vurderer, at der delvist er faglige eller strukturelle årsager til, at disse elementer ikke kan realiseres fuldt ud i det daglige arbejde med den integrerede indsats, og mener således ikke, at en længere afprøvningsperiode ville have medført en betydelig højere implementeringsgrad.

I de følgende afsnit vurderes projekternes implementering af elementerne i forløbsbeskrivelsens faser enkeltvis. For hver fase beskrives projekternes erfaringer med arbejdet, og det vurderes, om projekterne i praksis har arbejdet i overensstemmelse med forløbsbeskrivelsens anvisninger og formål.



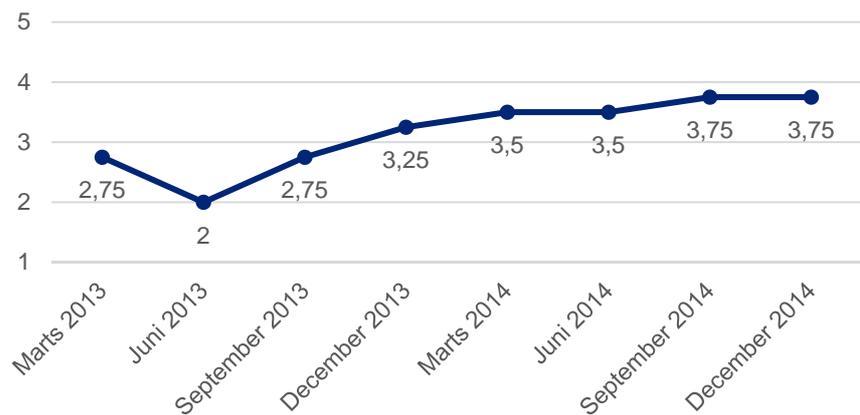
Opsporing

Systematiske metoder til identifikation af borgere og tidlig opsporing er vigtige elementer i forløbet med borgerne. En del af målgruppen er typisk kendt i den ene eller den anden sektor, men er ikke altid identificeret som borgere med dobbeltdiagnoseproblematikker. Det er derfor afgørende, at de tværfaglige team har kontakt til de aktører, der kan have berøring med målgruppen. Opsporingen afhænger således i høj grad af, at det tværfaglige team systematisk sikrer, at disse relevante samarbejdspartnere er opmærksomme på at screene for dobbeltdiagnosediagnoseproblematikker og henvise borgere, der potentielt er i målgruppen, til det tværfaglige team.

Da de enkelte kommuner og regioner har organiseret sig forskelligt, varierer de konkrete fremgangsmåder til identifikation og opsporing af borgere i målgruppen. Projektet i Syddjurs/Region Midtjylland adskiller sig for eksempel ved, at teamet deler en fælles indgang til misbrugscentret og lokalpsykiatrien, hvorfor langt de fleste borgere kommer ind i projektet gennem denne kanal. Borgerne bliver altså henvist til enten misbrugscentret eller lokalpsykiatrien fra eksempelvis myndigheder, læger og støttekontaktpersoner og bliver herfra visiteret til det tværfaglige team. Den direkte indgang til teamet er altså ikke samarbejdspartnerne i dette projekt. I de sjællandske projekter bliver stort set alle borgere derimod henvist direkte fra eksterne samarbejdspartnere, for eksempel medarbejdere andre steder i kommunen. Endelig har for eksempel teamet i projektet i Hedensted/Region Midtjylland også selv foretaget opsporingsarbejde blandt andet på de relevante sengeafsnit i behandlingspsykiatrien. Der er herudover forskel på, hvilke kommunikationskanaler projekterne har anvendt til at sikre samarbejdspartneres opmærksomhed på målgruppen. Eksempler herpå er pjecer til bl.a. de praktiserende læger, en beskrivelse af den integrerede indsats i tilbudsoversigten hos relevante kommunale teams, nyhedsbreve, hjemmesider og løbende møder med relevante parter.

Figur 18 viser, at projekterne igennem afprøvningsperioden har opnået en stigende grad af systematisk screening og henvisning af borgere med dobbeltdiagnoseproblematikker til de tværfaglige team. En af årsagerne til, at projekterne ikke mener fuldt ud at have implementeret dette element af modellen, er, at ikke alle projekterne har iværksat procedurer til at opspore borgere, der ikke allerede er kendt i mindst én sektor.

Figur 18. Opsøgende tilgang – udvikling i implementeringsgrad (gennemsnit for alle projekter)

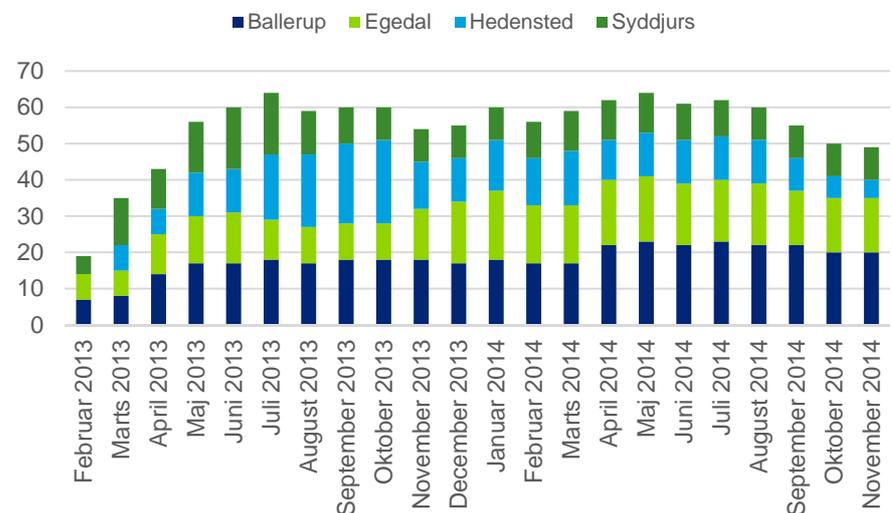


Kilde: Implementeringsbarometer.

Note: Implementeringsgraden af den opsøgende tilgang er i implementeringsbarometeret defineret ved en angivelse af, i hvor høj grad der er en systematisk screening for dobbelt-diagnoseproblematikker og konsekvent henvisning til det tværfaglige team. Se bilag 1.

Projekterne melder dog samtidig, at de ikke har haft tid og ressourcer til at tage mange flere borgere ind. Dette understøttes af, at antallet af borgere, der har modtaget behandling i de tværfaglige team, har ligget relativt stabilt igennem den sidste del af afprøvningen, som det ses i figur 19. Dette tyder altså på, at projekterne har haft succes med at opspore borgere i det nødvendige omfang.

Figur 19. Udvikling i antal borgere, der modtager støtte eller behandling af teamet



Kilde: Nøgletal.

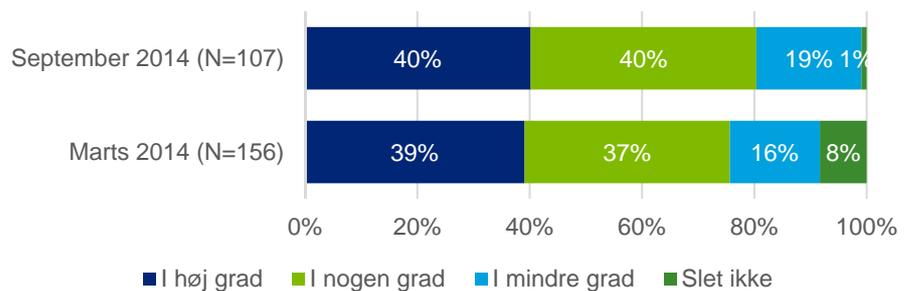
Note: I flere projekter er antallet af borgere faldet sidst i forløbet, da nye borgere ikke længere er blevet taget ind i teamet, og nogle borgere er blevet udsluset til andre indsatser.

I alt 101 borgere har i løbet af afprøvningsperioden modtaget støtte og behandling af teamet, men det samlede antal opsporede kan være større end som så, da opsporingen af borgere udenfor målgruppen kan have ført til en

direkte henvisning til et mere relevant tilbud. Også nogle af de borgere, der har modtaget støtte af teamet, har gennem teamets udredningsaktiviteter vist sig at være udenfor målgruppen og er derfor blevet henvist til andre indsatser. Projekterne oplever således, at en positiv bivirkning ved opsporingsindsatsen er, at også borgere, der har vist sig at være udenfor målgruppen, faktisk har opnået at få den rette støtte andre steder end i den integrerede indsats.

Projekterne har søgt at understøtte opsporingen gennem aktiv formidling af kendskab til og viden om den integrerede indsats til relevante samarbejdspartnere i og udenfor de to involverede sektorer. Dette er blandt andet foregået gennem informationsmøder, pjecer, hjemmesider og anden formidlingsaktivitet. Surveyen gennemført blandt projekternes samarbejdspartnere indikerer, at projekterne i tilstrækkelig grad har sikret samarbejdspartneres kendskab til indsatsen og dermed deres mulighed for at bidrage til identifikation og opsporing af relevante borgere til projektet. Figur 20 viser, at langt størstedelen af de adspurgte samarbejdspartnere angiver at have kendskab til den integrerede indsats, og at denne andel samtidig er steget en smule igennem afprøvningsperioden.

Figur 20. ”Jeg har kendskab til team integreret indsats/dobbeltdiagnoseteamet og de ydelser, teamet tilbyder borgere med misbrug og sindslidelse”



Kilde: Survey blandt samarbejdspartnere.

Dette store kendskab til projektet blandt samarbejdspartnerne medvirker til at sikre, at borgere i målgruppen, der har kontakt til andre dele af systemet, bliver henvist til den integrerede indsats. I det ikke alle relevante samarbejdspartnere for den integrerede indsats indgår i undersøgelsen, kan figuren overestimere kendskabet til indsatsen i en bredere samarbejdspartnerkreds. Figuren viser dog, at de samarbejdspartnere, som projekterne konkret har fokuseret på at informere, i vidt omfang kender til indsatsen. I besvarelserne indgår respondenter fra Kriminalforsorgen, de praktiserende læger og en række aktører i kommuner og regioner, hvilket indikerer, at opsporingen af borgere har involveret en stor bredde af samarbejdspartnere.



Afsnittet giver således anledning til samlet at vurdere, at projekterne har implementeret en relativt systematisk tilgang til opsporing af borgere i målgruppen. Samtidig ses det af besvarelserne, at visse relevante samarbejdspartnere, herunder praktiserende læger og Kriminalforsorgen, er mindre talstærkt repræsenteret, hvilket indikerer, at der med fordel kan arbejdes i højere grad

på at sikre kendskabet til den integrerede indsats udenfor psykiatrien og kommunerne. Som beskrevet i bilag 3 er det imidlertid meget vanskeligt at estimere målgruppens samlede omfang, hvorfor det ikke er muligt at vurdere, hvor stor en andel af målgruppen projekterne har opsporet og behandlet.

Figur 21. Borgercase

Udredning og behandling igennem en integreret indsats

Harry er en mand på 33 år, der har været udsat for negative hændelser i barndommen med en alkoholisk og voldelig far, og som er diagnosticeret med ADHD, skizofreni og samtidig har et misbrug af både alkohol og stoffer.

Harry begyndte at tage stoffer som 15-årig, og dette udviklede sig til afhængighed og et hårdt misbrug af heroin, hash, amfetamin, benzo og kokain samt alkohol. Harry har igennem sin ungdom været ude og inde af fængsel både i Danmark og i udlandet. Under alt dette havde Harry et ønske om at komme ud af sit misbrug og have et almindeligt liv med et ordentligt arbejde.

Hans læge henviste ham til psykoseteamet i regionen grundet paranoid psykose. På trods af, at han havde haft svære psykiske symptomer de seneste 12 år, var han aldrig tidligere blevet psykiatrisk udredt. Grundet hans mange forskellige problematikker blev han henvist til Projekt integreret indsats af regionspsykiatrien.

Harry startede misbrugsbehandling op i sommeren 2012, og i marts 2013 overgik han til Projekt integreret indsats. Her er han blevet fulgt tæt i forløbet med ugentlige samtaler og tæt opfølgning fra jobcentret for at sikre, at de rette arbejdsbetingelser er til stede.

På baggrund af den tværfaglige indsats og Harrys egen motivation til forandringer er han nu helt ude af sit misbrug og har været misbrugsfri i 10 måneder. Han får efter eget ønske medicinsk behandling for tankemylder. Harry er på kontanthjælp og arbejder på nedsat tid i aktivcentret. Han har et ønske om at få en uddannelse som maskinsnedker eller tømrer, hvilket udgør næste arbejds punkt i indsatsen.



Motivationsbaseret tilgang

Den motivationsbaserede tilgang udgør ikke en selvstændig fase i forløbsbeskrivelsen, fordi den indgår i arbejdet i alle faserne. Tilgangen udgør således et helt centralt fagligt bagtæppe for den borgerrettede del af den integrerede indsats og behandles derfor her i et selvstændigt afsnit.

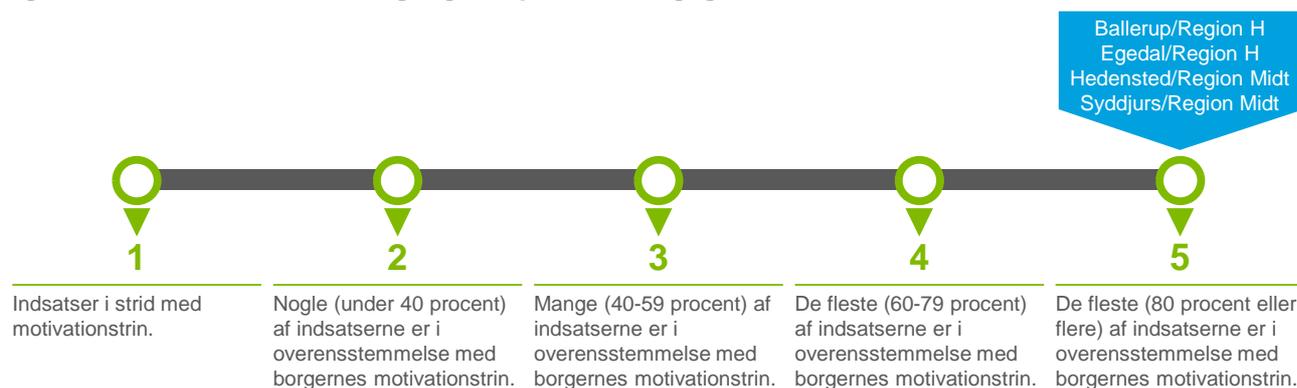
Den motivationsbaserede tilgang handler om at understøtte fastholdelse ved at sikre, at de aktiviteter og indsatser, der igangsættes, er afstemt med borgerens motivationsniveau, og at borgeren dermed har større chance for at gennemføre støtte- og behandlingsforløbet og opnå bedring.

Den motivationsbaserede tilgang er et af de elementer af den borgerrettede del af den integrerede indsats, som projekterne har haft stort fokus på og har oplevet som meget givtigt at arbejde med. Som beskrevet ovenfor i afsnit 3.1.4 om den opsøgende tilgang opleves motivationsarbejdet som meget virkningsfuldt i sammenhæng med den opsøgende og vedholdende tilgang.

Projekterne vurderer, at der i 98 procent af deres borgerforløb har været fokus på motiverende samtaler og relationsopbygning. Dette arbejde har typisk været centreret om den første del af forløbet, hvor borgerens kontaktperson(er) har arbejdet på at etablere en arbejdsalliance og motivere borgeren

for at modtage støtte eller behandling for en eller begge lidelser. Projekterne vurderer endvidere, at det motiverende arbejde i forhold til borgerne i høj grad har udmøntet sig i tilrettelæggelsen af de konkrete indsatser, som det ses i figur 22. Projekterne vurderer, at mindst 80 procent af indsatserne har været i overensstemmelse med borgerens motivationstrin, som er et udtryk for borgerens lyst og evne til at ændre sin situation. Alle projekterne vurderer således ved afslutningen af afprøvningsperioden at have opnået fuld implementering af den motivationsbaserede tilgang.

Figur 22. Motivationsbaseret tilgang – implementeringsgrad december 2014



Kilde: Implementeringsbarometer.

Som det bliver beskrevet i kapitel 4, ses der blandt en del af borgerne en positiv udvikling i motivationen igennem forløbet af den integrerede indsats, hvilket understøtter, at den motivationsbaserede tilgang har været i anvendelse i projekterne og har båret frugt.

Fastholdelsen af borgerne i projektet indikerer også, at den motivationsbaserede tilgang har været i fokus og i sammenhæng med det opsøgende og vedholdende arbejde har haft betydning for borgernes forløb. Selvom der har været et relativt stort frafald af borgere, bunder det kun i 14 tilfælde i, at borgeren ikke kunne motiveres til at blive i projektet. En del af disse 14 borgere har selv meldt sig ud af projektet.

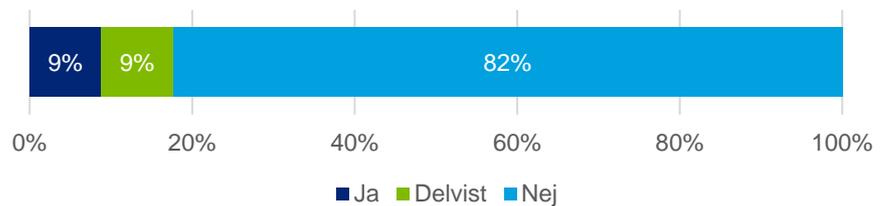
Tabel 4. Omfang af og årsager til borgerfrafald

	Antal borgere
Fastholdt til projektafslutning	57
Udgået	44
<i>Heraf:</i>	<i>Heraf:</i>
Afgået ved døden	4
Fraflyttet kommunen	5
Udenfor målgruppen	7
Kunne ikke motiveres	14
Velplaceret i andre indsatser	12
Andet	2
I alt	101

Der er således en række indikationer på, at den motivationsbaserede tilgang er blevet implementeret i projekternes praksis, og projekterne angiver enstemmigt, at dette er tilfældet både i det indledende relationsopbyggende arbejde og i den konkrete tilrettelæggelse af indsatser.

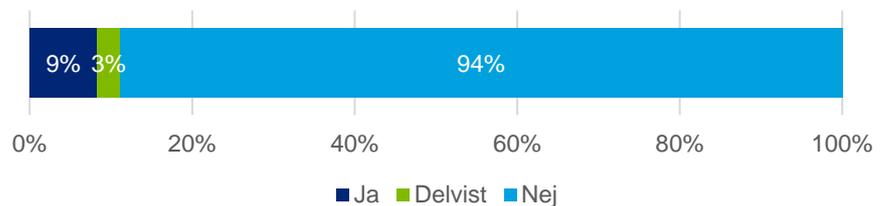
Gennemgangen af udredninger og handleplaner viser dog samtidig, at det kun i få tilfælde er dokumenteret, hvordan borgerens motivationsniveau har haft indflydelse på vurderingen af borgerens behov eller på tilrettelæggelsen af det fremadrettede forløb. Figur 23 og figur 24 viser, at overvejelser om borgerens motivation for at indgå i støtte- og behandlingsforløb er inddraget i udredningerne i lidt flere tilfælde end i handleplanerne, men i begge tilfælde er der tale om få sager.

Figur 23. Fremgår det af udredningen, hvordan borgerens motivationsniveau påvirker behandlingsmulighederne?



Kilde: Sagsgennemgang (N=34).

Figur 24. Fremgår det klart, hvordan handleplanen er tilpasset borgerens motivationsniveau?



Kilde: Sagsgennemgang (N=36).

Idet udredninger og handleplaner fungerer som teamets fælles arbejds- og dokumentationsredskaber, kan manglende dokumentation og anvendelse af motivationsniveauet medføre, at dette perspektiv ikke indgår med tilstrækkelig vægt i tilrettelæggelsen af handleplaner og indsatser. Der kan således med fordel fokuseres på at sikre, at implementeringen og anvendelsen af den motivationsbaserede tilgang også bliver dokumenteret i sagerne.



Afsnittet viser, at der har været arbejdet aktivt med den motivationsbaserede tilgang med gode resultater, og at projekterne vurderer, at tilgangen er fuldt implementeret. Det er dog ikke i tilstrækkeligt omfang lykkedes at dokumentere og nyttiggøre denne viden om borgerens motivationsniveau i udarbejdelsen af udredninger og handleplaner.

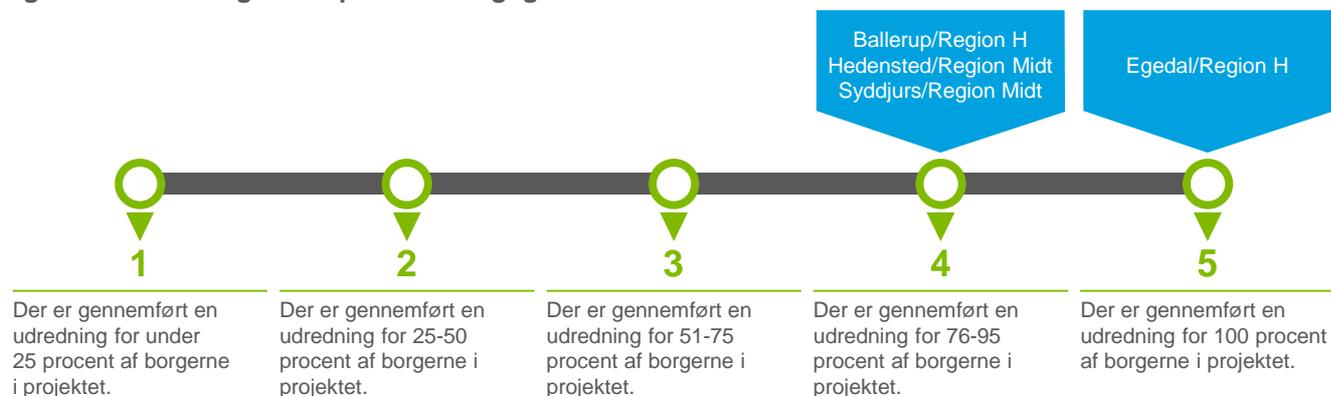


Helhedsorienteret udredning

Udredningsarbejdet i den integrerede indsats har som dets vigtigste formål at sikre, at der skabes en fælles forståelse af borgerens ressourcer og problemstillinger på tværs af de involverede fagligheder. Den fælles problemforståelse er en central forudsætning for, at der kan tilrettelægges integrerede indsatser, der kan håndtere bredden af borgerens problemstillinger. Udredningen skal være helhedsorienteret, så den opfanger ressourcer og udfordringer hele vejen rundt om borgerens situation og inddrager dem i den faglige analyse. Fokus er altså ikke alene på sindslidelsen eller misbruget, men på begge lidelser og deres bredere konsekvenser for borgerens liv. I dette afsnit vurderes det således, om udredningsværktøjet er taget i anvendelse i projekterne på en måde, der skaber det fornødne helhedsorienterede grundlag for at fastlægge integrerede indsatser.

Den helhedsorienterede udredning fra Voksenudredningsmetoden har været i anvendelse i alle projekterne som en fælles ramme for og redskab i udredningsarbejdet i det tværfaglige team. En del af medarbejderne fra både kommune og region havde ikke forudgående kendskab til redskabet eller den systematiske tilgang til arbejdet med borgeren, som metoden fordrer. Det har således taget tid at blive fortrolige med tilgangen, særligt udredningsredskabet. Ved afslutningen af afprøvningsperioden angiver alle projekterne at have foretaget udredninger af næsten alle de borgere, der har været inde i projektet, som det ses i figur 25.

Figur 25. Udredninger – implementeringsgrad december 2014



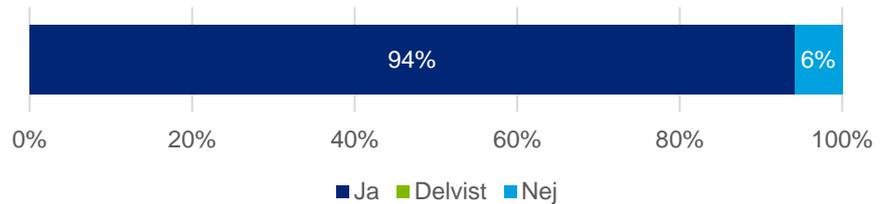
Kilde: Implementeringsbarometer.

Anvendelsen af fælles systematik og fælles udredningsredskab i de tværfaglige team har for det første tilvejebragt en systematik for arbejdet og en fælles ramme for tværfaglige drøftelser. Temaerne i udredningen betyder, at teamet i fællesskab kommer hele vejen rundt om borgeren, og at alle fagligheder kan byde ind der, hvor det er relevant. Derudover sikrer det fælles redskab, at al viden om borgeren på tværs af sektorer bliver samlet i ét dokument.

Gennemgangen af 34 udredninger udarbejdet for borgerne i forbindelse med den integrerede indsats giver et billede af, hvordan projekterne konkret har arbejdet med udredningen, og i hvilket omfang de har udnyttet redskabet til at understøtte en integreret indsats for borgerne.

Først og fremmest viser sagsgennemgangen, at det grundlæggende formål om at få samlet oplysninger og faglige overvejelser om begge borgernes lidelser det samme sted i meget høj grad er lykkedes. 94 procent af de gennemgåede udredninger forholder sig til både sindslidelsen og misbruget hos borgeren, som det ses i figur 26.

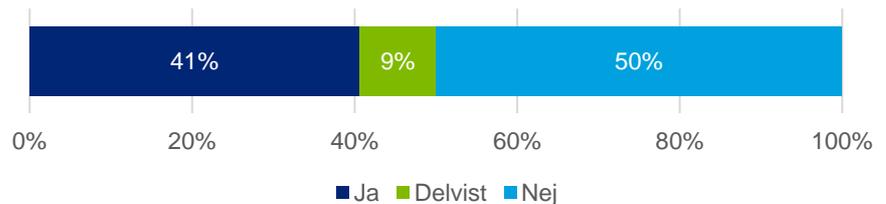
Figur 26. "Beskriver udredningen både borgerens sindslidelse og misbrug?"



Kilde: Sagsgennemgang (N=34).

Halvdelen af udredningerne går et skridt videre mod en egentlig integration og analyserer også den gensidige påvirkning mellem de to lidelser, som det ses i figur 27.

Figur 27. "Analyseres samspillet mellem de to lidelser i udredningen?"



Kilde: Sagsgennemgang (N=34).

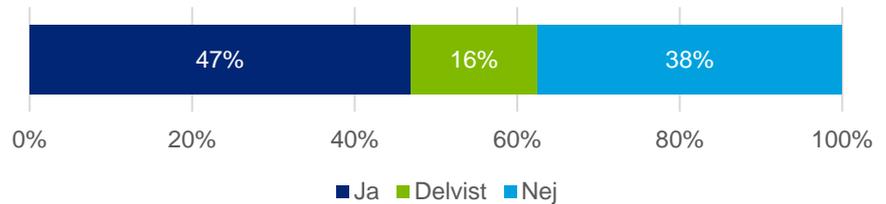
Note: To udredninger forholder sig kun til den ene lidelse, hvorfor N=32.

En sådan analyse er vigtig for at sikre en reel integration af indsatser og behandlinger og dermed undgå, at forskellige indsatser og behandlinger kommer på tværs af hinanden eller arbejder i forskellige retninger. Uden en sådan analyse vil indsatsen blive koordineret fremfor integreret. Det vil sige, at de involverede sektorer er informeret om hinandens arbejde og forholder sig gensidigt til dette, dog uden at der skabes et samlet integreret forløb for borgeren, der udnytter synergi og håndterer gensidige påvirkninger mellem indsatser og behandlinger. At halvdelen af udredningerne helt eller delvist skaber det analytiske grundlag for at integrere indsatsen er således et vigtigt skridt på vejen mod integrerede indsatser for borgerne, selvom målet naturligvis er, at denne analyse foreligger i alle udredninger.

Udredningens brødtekst er indeholdt i en række forskellige temaer, der omhandler forskellige dimensioner af borgerens liv, herunder psykiske, fysiske og sociale problemer. Det vil sige, at det er centralt for skabelsen af en fælles problemforståelse, at der samles op på informationerne om borgeren på tværs af de to lidelser og foretages en samlet vurdering af borgerens behov.

Som det ses i figur 28, indgår en faglig vurdering af begge lidelser i 47 procent af sagerne og en delvis vurdering i yderligere 16 procent. Idet den faglige vurdering udgør udredningens konklusion, er dette med til at sikre, at der igangsættes indsatser med tilstrækkelig hensyntagen til begge lidelser og deres samspil.

Figur 28. "Samler den faglige vurdering op på begge lidelserne?"

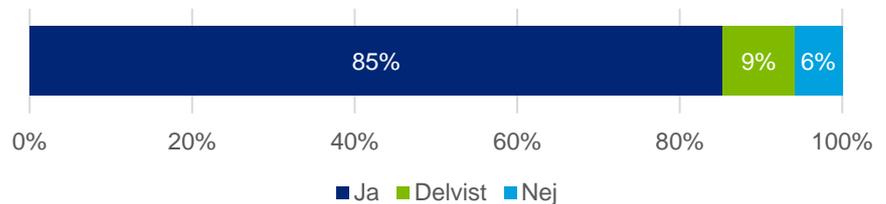


Kilde: Sags gennemgang (N=34).

I 38 procent af udredningerne indgår der ikke en faglig vurdering af begge lidelser. I disse udredninger er der typisk fokus på misbruget. Når begge lidelser ikke indgår i konklusionen på udredningen, kan det betyde, at der ikke er tilstrækkeligt fokus på begge lidelser, når borgerens indsatser tilrettelægges.

Sags gennemgangen viser også, at projekterne i høj grad har formået at fastholde fokus på borgernes inddragelse i udredningen og på deres egen problemforståelse og ønsker. Som det ses i figur 29, indgår borgerens perspektiv tydeligt i 85 procent af de gennemgåede udredninger.

Figur 29. "Fremgår borgerens perspektiv klart af udredningen?"



Kilde: Sags gennemgang (N=34).

"Jeg har fået lov til at fortælle på møderne, og min kontaktperson har hjulpet mig, hvis jeg havde svært ved at få tingene sagt."

Borger

Dette indikerer, at projekternes tilgange til at involvere borgerne i udredningsarbejdet både på teammøder, gennem den opsøgende indsats og via det motiverende arbejde har båret frugt. Dette er en meget væsentlig succes for arbejdet med den integrerede indsats, idet borgerens inddragelse i og følelse af ejerskab til processen er en vigtig forudsætning for recovery.

I arbejdet med den integrerede indsats har projekterne gjort sig en række konkrete erfaringer med anvendelsen af udredningsredskabet i praksis.

For det første fremhæver projekterne, at det er centralt at bruge udredningsværktøjet (såvel som handleplanen) dynamisk i arbejdet med borgerne. En del af borgerne i målgruppen har et akut behov for indsatser. Det vil sige, at det kan være nødvendigt at iværksætte indsatser eller igangsætte behandlin-

ger på det forhåndenværende videngrundlag uden at gennemføre en fuldstændig og helhedsorienteret udredning af borgerens situation. I disse tilfælde bruges udredningsredskabet som altid til at samle de oplysninger, der danner grundlaget for beslutninger om indsatser og behandlinger. Det er altså vigtigt at se udredningen som et levende dokument, der videreudvikles med ny viden og analyse igennem hele borgerens forløb. Dette kræver samtidig et særligt fokus på at sikre, at midlertidige eller akutte udredninger (og handleplaner) udbygges og opdateres, så det sikres, at indsatsen tager udgangspunkt i en fælles problemforståelse og fælles mål.

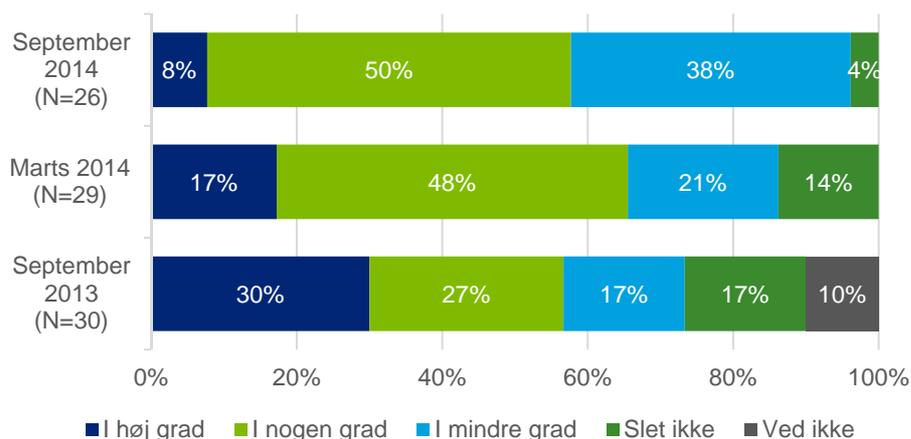
For det andet har projekternes faglige arbejde med udredningen vist, at det tager tid at opnå fortrolighed med det systematiske udredningsskema, hvilket de generelle erfaringer med Voksenudredningsmetoden bekræfter. Nogle har oplevet, at redskabets helhedsorienterede tematiske opbygning gør udredningen til et omfattende redskab, og at den tematiske opdeling kan gøre det vanskeligt at samle oplysningerne om borgernes dobbelte problematik.

Samtidig er den fælles udredning dog afgørende for at opnå en fælles problemforståelse på tværs af sektorer og fagpersoner. Redskabet kan understøtte arbejdet med at skabe en integreret indsats for borgerne, hvis der er fokus på at anvende det som ramme for at samle den eksisterende viden om borgeren, både fra teamets eget kendskab til borgeren og fra eksisterende udredninger og materialer fra sektorerne. En hensigtsmæssig anvendelse af udredningsredskabet kræver således, at man fastholder fokus på, at redskabet skal understøtte dannelsen af en fælles problemforståelse og understøtte snarere end styre det faglige arbejde om borgerne.

I sagerne ses en positiv udvikling over tid, idet der sidst i afprøvningsperioden kan konstateres en bedre udnyttelse af udredningsredskabet til at skabe en tværgående analyse og problemforståelse. Som beskrevet ovenfor viser sagsgennemgangen, at der kommer et betydeligt mere koordineret og i en del tilfælde også mere integreret produkt ud af at anvende redskabet i udredningsarbejdet.

Surveyen blandt medarbejderne viser imidlertid, at medarbejdernes øgede fortrolighed med redskabet over tid ikke er blevet omsat i en stigende oplevelse af, at værktøjet er nyttigt. Figur 30 viser, at oplevelsen af udredningsredskabet igennem afprøvningsperioden er blevet mindre polariseret, men ikke synligt mere positiv.

Figur 30. "Det helhedsorienterede udredningsredskab er et nyttigt redskab, når der arbejdes med borgere med sindslidelse og misbrug"



Kilde: Survey blandt medarbejdere.

Dette understreger vigtigheden af at sikre, at værdien af at anvende værktøjerne og de resultater, der skabes gennem arbejdet, formidles til medarbejderne. Det er centralt, at der skabes opbakning om vigtigheden af den fælles faglige problemforståelse, og at der skabes rammer for, at medarbejdere på tværs af fagligheder kan engagere sig i den tværfaglige analyse, som udredningsredskabet bidrager til at understøtte. Der er altså et særligt ledelsesmæssigt ansvar forbundet med at forankre de værktøjer, der anvendes, blandt medarbejderne og formidle udbyttet af at anvende dem.

For det tredje har afprøvningen vist, at det med fordel kan afsøges, hvordan parallel udarbejdelse af flere udredninger for den samme borger undgås. Hvis myndigheden i kommunen for eksempel ikke tidligere har udredt borgeren, kan det med fordel sikres, at den helhedsorienterede udredning, der gennemføres i det tværsektorielle team, efterfølgende kan anvendes direkte i myndighedens visitationsproces. Dette understreger vigtigheden af, at der på ledelsesniveau allerede fra etableringen af en integreret indsats tages stilling til, hvordan de redskaber, der anvendes i det tværfaglige team, kan integreres og anvendes i de involverede sektors normale processer i forhold til borgerne.

Endelig har det været en væsentlig erfaring, at manglende systemunderstøttelse udgør en betydelig barriere for det daglige arbejde. Projekterne har ikke haft adgang til it-understøttelse af redskaberne, som kan tilgås fra alle involverede sektorer. Medarbejderne oplever, at manglen på fælles it-understøttelse gør arbejdet mere tidskrævende og mindsker smidigheden i samarbejdet.



Afsnittet viser samlet set, at projekterne i vidt omfang har implementeret de helhedsorienterede udredninger i arbejdet med borgerne, både idet næsten alle borgere er blevet udredt, og idet borgerne i høj grad er blevet inddraget og har fået en stemme i udredningerne. Samtidig ses det, at det fokus på dannelsen af en tværfaglig problemforståelse, der skal sikre grundlaget for

integrationen af indsatser, i lidt mindre omfang er blevet udmøntet i den daglige praksis i projekterne.

Figur 31. Borgercase

Betydningen af en tværsektoriel udredning

Anders er en mand på 46 år, der er diagnosticeret med paranoid skizofreni, og som henvises til Projekt integreret indsats efter at have været indlagt i 8 måneder.

I kommunen er Anders kendt som svært misbrugende og med udadreagerende adfærd. Han har fået opsagt sin lejlighed på grund af hærværk, og ingen andre boligselskaber i kommunen ønsker at tilbyde ham bolig. Kommunen skønner i første fase ikke at kunne rumme borgeren i kommunale botilbud og henviser til herberg efter udskrivelse.

Da Anders blev indlagt på lukket afsnit, havde han fået en dom til behandling, da han i psykotisk tilstand havde begået hærværk på sin egen og naboens lejlighed og havde været stærkt truende. Under indlæggelsen er Anders afholdende fra blandt andet et mangeårigt amfetaminmisbrug, og der er derfor ikke opmærksomhed på hans samtidige misbrug og sindslidelse, før kommunen tager dette op.

Da Anders bliver henvist til Projekt integreret indsats, bliver han i første omgang afvist, da man ikke kender til misbruget i psykiatrien. Efterfølgende bliver der tværsektorielt foretaget en ny og mere fyldestgørende VUM-udredning, hvor både sindslidelsen og misbruget beskrives. Der indledes på denne baggrund et tværsektorielt samarbejde.

Anders tilbydes efter tæt samarbejde mellem hans kontaktpersoner i region og kommune ophold i et midlertidigt botilbud til nærmere vurdering af funktionsniveau. Det bliver her tydeligt, at Anders har behov for støtte i hverdagen, og at han oplever det at fungere i socialt samvær som positivt. Han ønsker nu selv et længere ophold i botilbud.

Anders' historie viser, hvordan et tværsektorielt samarbejde omkring en borger har flere positive følger. For det første bliver det synligt for begge sektorer, at der er tale om en borger med et alvorligt misbrug og en alvorlig psykiatrisk lidelse. Dernæst bliver der banet vej for en foranstaltning i et midlertidigt botilbud, hvor han får trygge rammer og støtte fremfor at blive udskrevet til et herberg, hvor han for eksempel kunne falde tilbage i misbrug eller kriminalitet. Sidst har sagen vist, hvordan en grundig tværsektoriel udredning, hvor borgerens situation og behov beskrives fra flere sektorer, viser en ny vej i indsatsen: Der blev skabt nye muligheder i kommunalt regi og en mere helhedsorienteret forståelse af borgerens problematikker i regionalt regi.

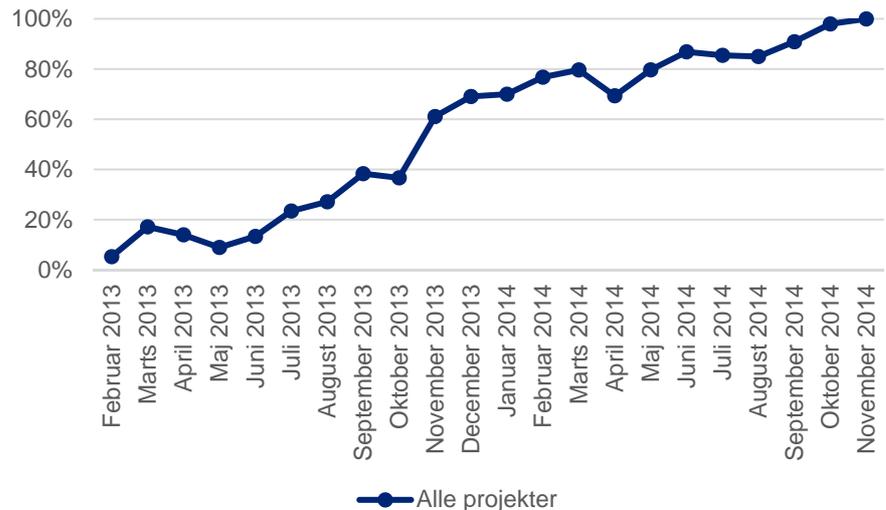


Integreret handleplan

Den integrerede handleplan skal sikre grundlaget for en målrettet og integreret tilrettelæggelse af indsatser og behandlinger for begge lidelser på tværs af kommune og region. Den skal således fungere som et fælles samarbejdsredskab både mellem de involverede enheder og for borgeren. I dette afsnit vurderes det, om projekternes implementering af de integrerede handleplaner sikrer, at begge lidelser adresseres med de planlagte indsatser, og at der er den fornødne integration mellem dem.

Ligesom udredningen har handleplanen været i anvendelse i alle projekterne og har fungeret som en ramme for tilrettelæggelsen af indsatser og behandlinger fra alle involverede sektorer. I lighed med udredningsarbejdet har det taget tid at få implementeret handleplanerne i den daglige praksis. Som det ses i figur 32, har størstedelen af borgerne i det sidste år af afprøvningsperioden fået udarbejdet en helhedsorienteret handleplan.

Figur 32. Andel borgere, der har modtaget en helhedsorienteret handleplan



Kilde: Nøgletal.

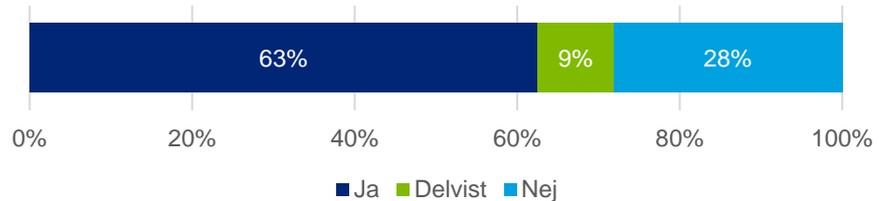
Figuren viser, hvor stor en andel af de borgere, der i en given måned har modtaget støtte fra teamet, der er udarbejdet handleplan for. Det ses, at projekterne løbende er blevet bedre til at sikre, at alle borgere modtager en handleplan. At det først er til sidst i projektet, at alle borgere har modtaget en handleplan, er således forventeligt, idet der løbende har været optag af nye borgere, der først lidt hende i forløbet har fået udarbejdet handleplan.

En af årsagerne til, at ikke alle borgere har modtaget handleplan med det samme, er, at det ofte har taget tid for projekterne at nå frem til handleplanen i det enkelte forløb. Forud for handleplanen er der typisk blevet udarbejdet udredning og afholdt en række møder med teamet og med borgeren. Det har som beskrevet i det foregående afsnit også i nogle tilfælde været vanskeligt for projekterne at arbejde dynamisk med forløbsbeskrivelsen. Forsøget på at gennemføre en færdig udredning forud for fastlæggelsen af en handleplan kan føre til en u hensigtsmæssig proces med lang ventetid, før indsatser og behandlinger kan igangsættes. Her er det altså også en central erfaring, at en smidig proces for arbejdet med borgeren forudsætter en dynamisk tilgang, så arbejdet tilrettelægges ud fra behovene på det givne tidspunkt i det enkelte borgerforløb. Ligesom med udredninger kræver den dynamiske tilgang, at der systematisk følges op på, om de akutte handleplaner tager afsæt i en fælles problemforståelse og indeholder de rigtige mål og indsatser for borgeren på længere sigt.

En optælling blandt projekterne viser, at 64 procent af alle de borgere, der har været en del af den integrerede indsats, har fået udarbejdet en handleplan. En del af forklaringen på, at de resterende 36 procent ikke har modtaget handleplan, kan være frafald, for eksempel når borgere har vist sig at være udenfor målgruppen for den integrerede indsats og derfor er blevet henvist til et andet tilbud. Tallet indikerer imidlertid stadig, at der ikke er udarbejdet integreret handleplan for alle de borgere, der har modtaget indsatser gennem den integrerede indsats.

Ses der på de udarbejdede handleplaner, viser sagsgennemgangen, at flertallet af handleplanerne har fokus på både sindslidelsen og misbruget. Figur 33 viser, at 72 procent af handleplanerne helt eller delvist udpeger indsatser for borgerne, der retter sig mod behandlingen, både misbrugsproblematikken og sindslidelsen.

Figur 33. "Indeholder handleplanen indsatser rettet mod både sindslidelse og misbrug?"

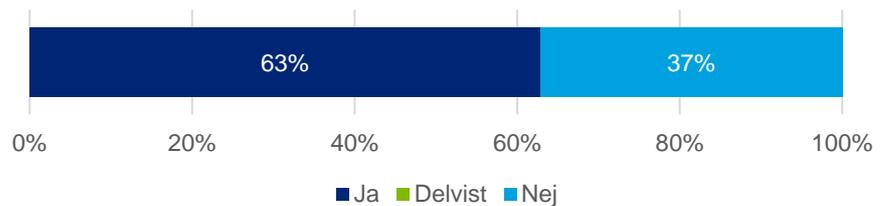


Kilde: Sagsgennemgang (N=32).

Note: Fire handleplaner indeholder ingen angivelse af indsatser, derfor er N=32.

63 procent af handleplanerne indeholder samtidig indsatsmål rettet mod begge lidelser som vist i figur 34.

Figur 34. "Indeholder handleplanen indsatsmål rettet mod begge lidelser?"



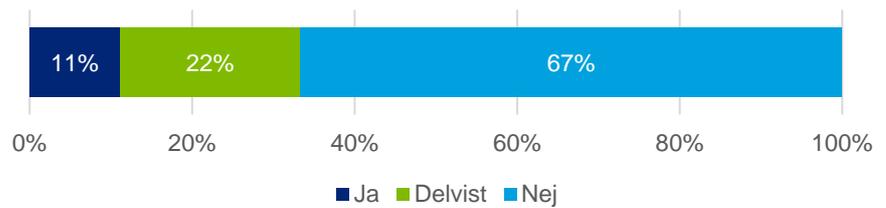
Kilde: Sagsgennemgang (N=35).

Note: Én handleplan indeholder ingen indsatsmål, derfor er N=35.

Der er altså i flertallet af sagerne et helhedsorienteret og tværfagligt fokus på tværs af borgernes lidelser.

Samtidig viser sagsgennemgangen også, at der kun i mindre grad opnås integration mellem de indsatser, der retter sig mod de to lidelser. Figur 35 viser, at der i en tredjedel af sagerne har været arbejdet med et samlande formål med indsatserne for borgeren, der går på tværs af lidelser og fagligheder. I 67 procent af sagerne indgår der ikke et sådant formål.

Figur 35. "Er der opstillet et samlet formål med indsatsen?"

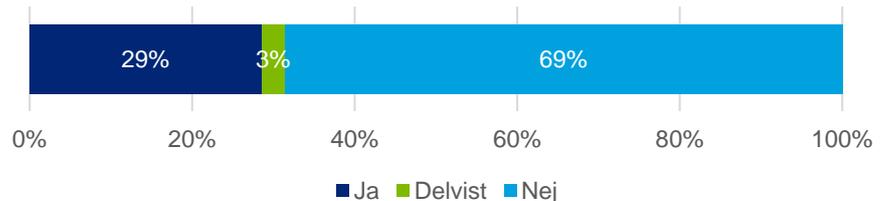


Kilde: Sags gennemgang (N=36).

Et samlet overordnet formål med de enkelte indsatser bidrager til at sikre integration af indsatserne og angive en samlet retning for hjælpen til borgeren.

Endelig viser sags gennemgangen, at mange af de opstillede mål ikke er rettet mod borgeren, men snarere mod de fagpersoner, der skal udføre indsatsen/behandlingen, jf. figur 36. Med borgerrettede mål forstås mål, der fokuserer på den udvikling og de resultater, som borgeren skal opnå, fremfor den behandling og støtte, borgerne skal have for at nå dertil.

Figur 36. "Er indsatsmålene borgerrettede?"



Kilde: Sags gennemgang (N=35).

Note: Én handleplan indeholder ingen indsatsmål, derfor er N=35.

I godt to tredjedele af handleplanerne angiver indsatsmålene således ikke den udvikling, der ønskes for borgeren, men fokuserer i stedet på den støtte, borgeren skal modtage. Analysen af anvendelsen af udredninger viste, at borgeren i høj grad inddrages, og projekterne har også aktivt forsøgt at inddrage borgerne i arbejdet med handleplanen. Der er alligevel en risiko for, at målsætninger, der ikke angiver mål for borgeren selv, kan mindske fokus på borgerens eget ejerskab til handleplanen og forløbet.

Samlet viser sags gennemgangen således, at flertallet af handleplanerne har fokus på begge lidelser og herigennem skaber grundlaget for, at sektorerne kan foretage en koordination af de igangsatte indsatser og behandlinger. Få-tallet sikrer imidlertid en egentlig integration af det fremadrettede forløb.

Ved projektets afsluttende evalueringsseminar bekræftede både projektledere og projektmedarbejdere, at de oplever, at handleplanerne er koordineret snarere end integreret. Projekterne oplever koordinationen af handleplanerne som en vigtig succes i sig selv, idet de løbende kan sikre en fleksibel indsats på tværs af sektorer og en løbende tilpasning til borgerens motivationsniveau og ønsker.

"I en perfekt verden vil det være super med en integreret plan. Men i den virkelige verden er en koordineret plan også godt"

Projektleder

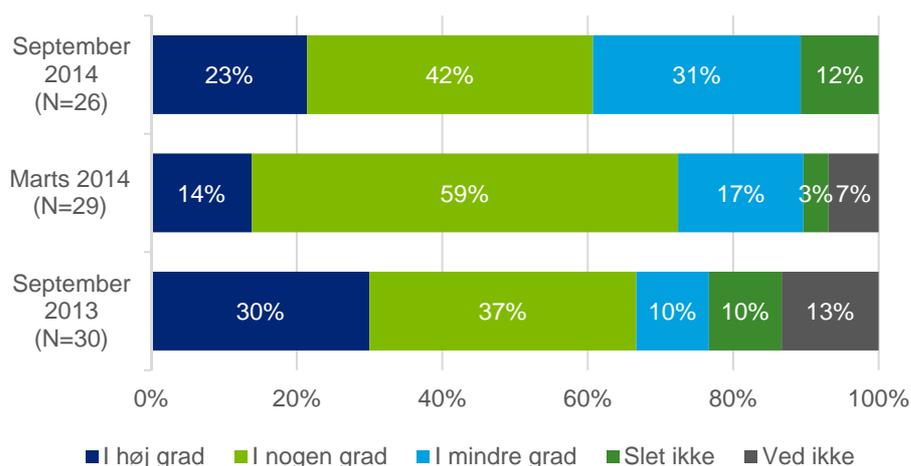
”Udfordringen er, at vores planer ikke har erstattet noget. De har ikke engang erstattet en § 140-handleplan”

Projektleder

Erfaringerne med at bruge handleplanen i praksis viser således, at det fortsat kan være vanskeligt at opnå en egentlig integration af handleplanerne på tværs af de involverede sektorer. Det skyldes blandt andet, at det tværfaglige team som beskrevet i afsnit 3.1.3 typisk ikke har selvstændig kompetence til at tildele og igangsætte indsatser og behandlinger. Det tværfaglige team har således ikke altid mulighed for frit at udvælge og tilpasse indsatser gensidigt, så de for alvor skræddersyr et integreret forløb til borgeren. Samtidig har den manglende fælles it-understøttelse også her vanskeliggjort det tværsektorielle arbejde med at integrere indsatsen.

Disse vanskeligheder og en oplevelse af, at handleplanerne udgør et ekstra niveau af dokumentation i tillæg til de planer, der allerede eksisterer eller bliver udarbejdet udenfor teamet, bidrager til at forklare, at medarbejderne ikke over tid har fået en betydelig mere positiv oplevelse af handleplansredskabet, som figur 37 indikerer. Igennem hele forløbet har over 60 procent af medarbejderne i høj eller nogen grad oplevet handleplanen som nyttig, men der er også en betydelig andel, der kun i mindre grad eller slet ikke er af denne opfattelse.

Figur 37. "Den integrerede handleplan er et nyttigt redskab, når der arbejdes med borgere med sindslidelse og misbrug"



Kilde: Survey blandt medarbejdere.

Ligesom med udredningen understreger dette behovet for ledelsesfokus på forankring af redskaberne. Det er vigtigt at formidle, hvilken faglig gevinst der kan ses ved at udarbejde tværsektorielle handleplaner, selv når disse ikke erstatter sektorernes individuelle planer. Også her ses det i sagerne, at den tværsektorielle handleplan skaber grundlag for en koordination – og i nogle tilfælde også en egentlig integration – af indsatserne, der ellers ville være vanskelig at opnå på tværs af sektorerne. Også i forhold til handleplanerne er det centralt at fastholde fokus på det overordnede formål om at sikre en mere integreret indsats fremfor alene at fokusere på processen og redskaberne.



Afsnittet viser altså samlet set, at selvom selve handleplansværktøjet i rimelig vidt omfang er blevet implementeret i projekternes praksis og danner ramme

for arbejdet med begge lidelser, så er det kun i mindre grad lykkedes at anvende det til at understøtte en reel integration af indsatser og behandlinger.



Planlægning

Den praktiske integration af de indsatser og behandlinger, som borgeren modtager, indrammes af handleplanen, men udmøntes af den helt konkrete planlægning af indsatsernes og behandlingernes indhold og sammenhæng. Der anvendes forskellige terminologier for dette i de forskellige enheder i kommune og region, og disse planer kaldes for eksempel behandlingsplaner, rehabiliteringsplaner eller pædagogiske planer.

Af to primære årsager har dette niveau af den integrerede planlægning ikke været i fokus i projektet.

For det første har de konkrete psykiatriske, sundhedsfaglige og misbrugsfaglige indsatser afspejlet de lokale organiseringer og serviceniveauer. Selve tilrettelæggelsen og udførelsen af indsatserne har altså sjældent været varetaget af det tværfaglige team alene. De enkelte afdelinger eller sektorer har således typisk haft hver deres plan for deres del af indsatsen for borgeren.

For det andet har det som beskrevet i de foregående afsnit primært været muligt at opnå koordination fremfor integration i udredninger og handleplaner, hvorfor der typisk ikke har været et tilstrækkeligt grundlag for at sikre en integration med hensyn til det konkrete indhold og samspillet mellem handlingerne.

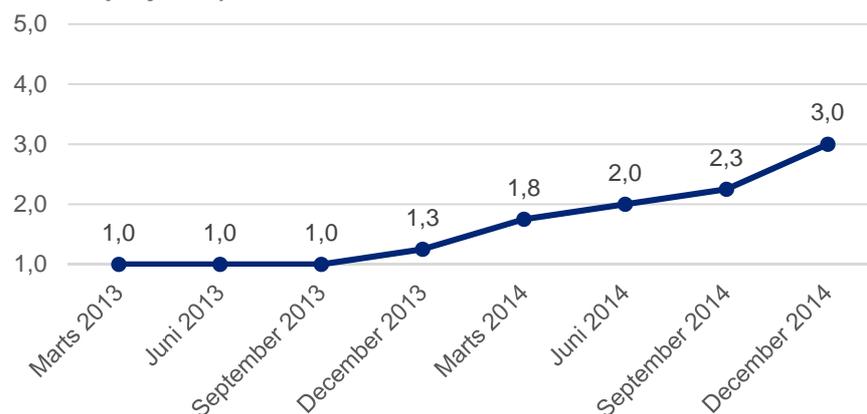
Også på dette niveau har de tværfaglige team arbejdet på at sikre koordination, for eksempel ved at søge at gøre den udgående behandlingsindsats tværsektoriel eller ved at sikre, at borgerens mødetidspunkter i de to sektorer koordineres.

Kriseplaner indgår også som del af planlægningen og gennemførelsen af de konkrete indsatser i modellen for en integreret indsats, og dette har der især til sidst i afprøvningsperioden i højere grad været fokus på i projekternes arbejde.

Kriseplanerne er en vigtig del af planlægningen af den integrerede indsats, fordi de udgør et borgerrettet redskab til at øge fokus på konstruktiv adfærd i en krise- eller tilbagefaldssituation. Dermed kan kriseplanerne understøtte både empowerment, fastholdelse og recovery.

De fleste projekter er kommet i gang med kriseplansarbejdet relativt sent i afprøvningsperioden, som det ses i figur 38. Dette skyldes primært, at implementeringen af udrednings- og handleplansredskaber har været i fokus i en stor del af perioden.

Figur 38. Udviklingen i implementeringsgrad af kriseplaner (gennemsnit for alle projekter)



Kilde: Implementeringsbarometer.

”Jeg har oplevet, at det har været nemmere for dem [borgerne] at forholde sig til deres egne ord og deres egen plan.”

Projektleder

I de sager, hvor projekterne har udarbejdet kriseplaner, har oplevelsen været overvejende positiv. At få italesat livlinier, tidlige krisetegn og mestringsstrategier kan være givende for borgeren og for forløbet. I nogle tilfælde har projekterne oplevet, at borgerne i højere grad har ejerskab til kriseplanen end til de andre planer. I flere tilfælde er det borgerne selv, der har udfyldt kriseplanskemaet.

Projekternes erfaring har været, at det kræver en individuel vurdering, om det er relevant at udarbejde en kriseplan med den enkelte borger. I forhold til nogle borgere kan det være vanskeligt at time udarbejdelsen af kriseplanen, idet borgerne ofte har lettest ved at reflektere over krisetegn og mestringsstrategier i mere stabile perioder. I forhold til nogle borgere kan det endvidere være vanskeligt at formidle formålet med kriseplanen, og endelig vil nogle borgere ikke have det fornødne overskud til faktisk at anvende planen, når den bliver relevant. Det centrale er således ikke, hvor mange kriseplaner der udarbejdes, men at der tages en aktiv beslutning om en kriseplan i hvert borgerforløb. Endelig påpeges det, at det er vigtigt at overveje, hvilke handlemuligheder teamet har for at reagere på tidlige krisetegn hos borgerne.



De to elementer i planlægningsfasen – behandlingsplaner og kriseplaner – er altså kun i begrænset omfang implementeret i praksis. Dette skyldes blandt andet, at implementeringen af de andre elementer i modellen først relativt sent i forløbet er kommet langt nok til at understøtte arbejdet med den konkrete planlægning af det resterende forløb for borgeren.

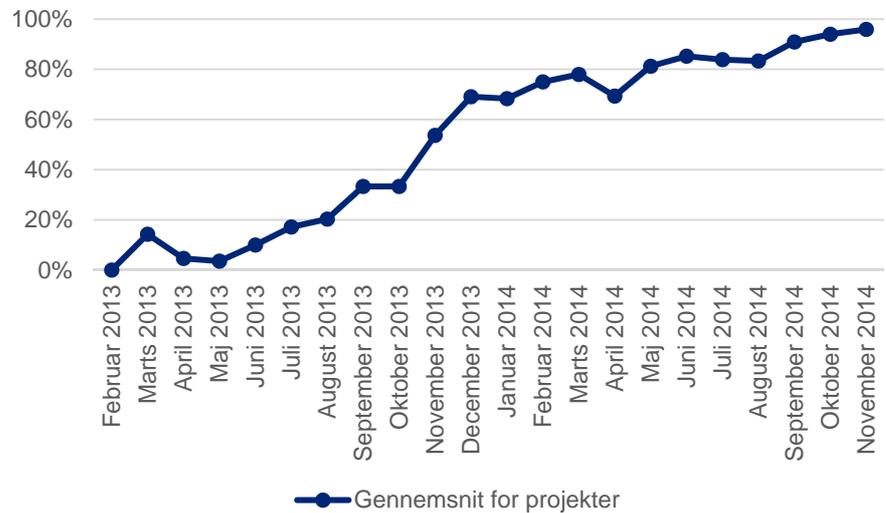


Indsats

Formålet med forløbsbeskrivelsens foregående faser er i sidste ende at sikre, at de indsatser og behandlinger, som borgeren modtager, udgør et samlet og integreret forløb, der sikrer, at begge borgerens lidelser, givet deres gensidige påvirkninger, adresseres på den mest hensigtsmæssige måde.

Projekternes indberetning af nøgletal viser, at borgerne i stigende grad igennem afprøvningsperioden har modtaget de indsatser, der indgår i deres handleplan, jf. figur 39.

Figur 39. Andel borgere, der modtager de indsatser, der er aftalt i handleplanen

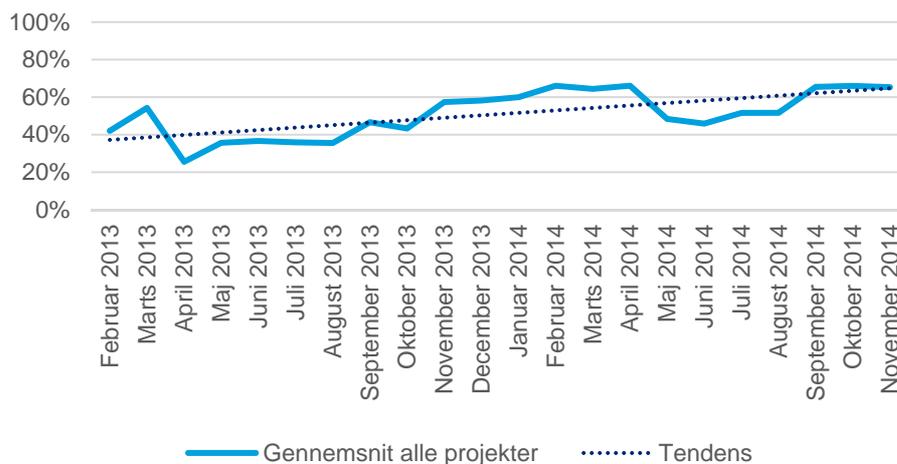


Kilde: Nøgletal.

I det omfang tilrettelæggelsen af støtte- og behandlingsindsatser i handleplanen har været koordineret og integreret, er dette altså også i stigende grad blevet udmøntet i de indsatser, der rent faktisk igangsættes for borgerne. Projekternes sammentælling viser, at 64 procent af de borgere, der er indgået i projektet igennem hele afprøvningsperioden, har modtaget de aftalte indsatser. At ikke alle har modtaget de aftalte indsatser kan formodentlig delvist forklares ved frafald inden igangsættelse af indsatser. Dette indikerer altså, at en stor del af borgerne har modtaget støtte og behandling, der er koordineret og i nogle tilfælde egentlig integreret.

Som en indikator på, om borgerne modtager relevante behandlingsindsatser, har projekterne løbende indberettet nøgletal angående antallet af borgere, der modtager ambulans behandling i psykiatrien. Som det ses i figur 40, har der igennem afprøvningsperioden været en stigende andel borgere, der har modtaget ambulans behandling i psykiatrien.

Figur 40. Andel borgere, der indenfor den seneste måned har modtaget ambulans behandling i psykiatrien



Kilde: Nøgletal.

Dette indikerer, at den integrerede indsats i hvert fald med hensyn til borgerens sindslidelse i stigende omfang har formået at sikre tildeling af og borgerens deltagelse i relevant behandling. Projekterne oplever det således som et positivt resultat, at de har fået et større antal borgere i behandling for deres sindslidelse.

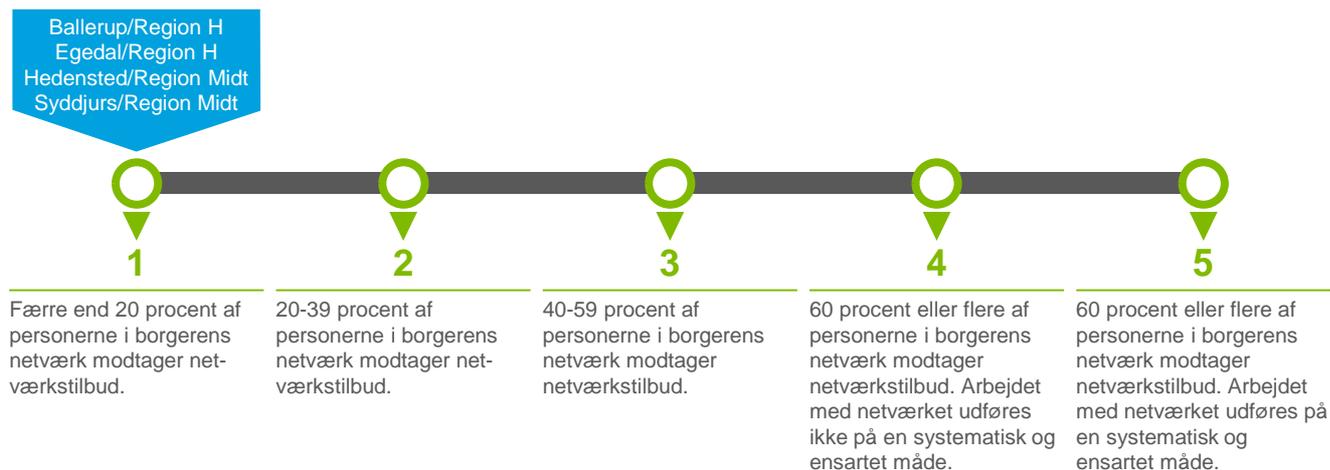
Som beskrevet ovenfor har valget af de konkrete indsatser for borgerne været styret af de lokale serviceniveauer i kommune og region og er derfor ikke indgået som et særskilt fokus i projektet. Det er derfor ikke indenfor rammerne af evalueringen at vurdere, om borgerne har modtaget de rette indsatser i forhold til deres behov og deres motivationsniveau.

De eksisterende støtte- og behandlingstilbud i kommune og region har overordnet sat rammerne for tildelingen af indsatser og behandlinger. De involverede kommuner og regioner har ikke etableret nye støtte- eller behandlingstilbud i forbindelse med implementeringen af den integrerede indsats. Afprøvningsresultaterne viser dog, at det tværfaglige team i sig selv kan siges at udgøre et nyt støttetilbud. Den opsøgende og vedholdende tilgang igennem hele borgerens forløb kan siges at udgøre et særligt tilbud, hvor borgeren modtager en individuelt tilrettelagt og håndholdt støtteindsats fra en eller flere faste kontaktpersoner, der indeholder blandt andet motiverende samtaler og praktisk hjælp til at tilrettelægge forløbet.

Udover de støttebehov, som det tværfaglige team således selv varetager, har det været oplevelsen, at den eksisterende vifte af støtte- og behandlingstilbud i de fleste tilfælde har været tilstrækkelig til at tilrettelægge de rigtige forløb for borgerne.

Ingen af projekterne angiver imidlertid at have implementeret specialiserede dobbeltdiagnosetilbud til borgernes netværk, som det ses i implementeringsbarometret i figur 41.

Figur 41. Tilbud til netværk – implementeringsgrad december 2014



Kilde: Implementeringsbarometer.

Generelt har projekterne kunnet tilbyde borgernes netværk uddannelse og rådgivning separat i forhold til henholdsvis sindslidelse og misbrug. Projekterne har ikke haft et støttetilbud særligt målrettet mod pårørende til borgere med både sindslidelse og misbrug. Projekterne oplever dog ikke generelt, at der har manglet relevante behandlings- og støttemuligheder til borgerne.



Afsnittet indikerer, at borgerne i rimeligt omfang har modtaget de indsatser, der var aftalt i handleplanerne, og at indsatserne for en stor dels vedkommende har været koordineret og i nogle tilfælde integreret. Selvom det ikke er indenfor rammerne af evalueringen at afdække, om de leverede støtte- og behandlingsindsatser er tilstrækkelige, melder projekterne ikke om at have oplevet betydelige begrænsninger i forhold til valg af indsatser.



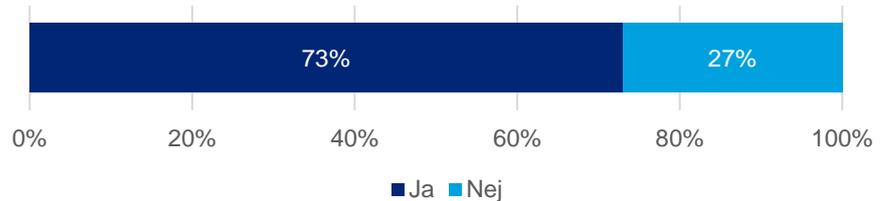
Opfølgning

Opfølgning er uanset målgruppe helt afgørende for successen af behandlings- og støtteindsatser. I forbindelse med den integrerede indsats er en hyppig og systematisk opfølgning dog særlig vigtig, idet målgruppen typisk oplever store udsving i deres sygdomsforløb og pludselige ændringer i deres sociale situation og derfor kan have brug for ændringer i behandling og støtte på både kort og lang sigt.

Alle projekterne har implementeret en systematisk opfølgning på borgerne gennem en række af de elementer, der indgår i den integrerede indsats. Den opsøgende og vedholdende tilgang har været implementeret med godt udbytte i alle projekterne og har dermed bidraget til at sikre den løbende opfølgning på den enkelte borger. Den motivationsbaserede tilgang har ligeledes involveret jævnlig kontakt med borgerne og løbende vurdering af deres situation. Endvidere har projekterne som beskrevet i afsnit 1.3 foretaget en række løbende indrapporteringer af oplysninger om borgernes udvikling, der har krævet en kvartalsvis opfølgning på den enkelte borger.

De forholdsvis omfattende opfølgingskrav i forbindelse med projektet og den løbende monitorering reflekteres i sagsgennemgangen, hvor en opfølgning indenfor det seneste halve år er dokumenteret i næsten tre fjerdedele (73 %) af sagerne. Dette vidner om en høj grad af konsekvens i opfølgingsarbejdet hos de tværfaglige team.

Figur 42. "Er der fulgt op på udredning og/eller handleplan indenfor det seneste halve år?"



Kilde: Sagsgennemgang (N=37).

Når det er sagt, viser figur 42 imidlertid også, at der i de resterende 27 procent af sagerne ikke er dokumenteret en opfølgning indenfor det seneste halve år. Givet målgruppens kompleksitet og ofte meget svingende forløb kan det være uhensigtsmæssigt for fastholdelsen af de fremskridt, der opnås, hvis der ikke løbende følges op på sagerne, og i mange tilfælde kan der være behov for en høj opfølgingsfrekvens. For en del af de 27 procent vedkommende kan der imidlertid være tale om manglende dokumentation snarere end manglende opfølgning.



Afsnittet viser samlet set, at projekterne overvejende har implementeret opfølgningselementet i forløbsbeskrivelsen i deres praksis. Der er dog indikationer på, at dette ikke altid medfører en systematisk revision af udredninger og handleplaner, der understøtter tilpasningen af mål, indsatser og behandlinger.

Vurdering af den samlede implementering af forløbsbeskrivelsen

I de foregående afsnit er der foretaget en vurdering af, om projekterne på en hensigtsmæssig måde har implementeret de syv elementer af den borgerrettede del af den integrerede indsats, der er samlet i forløbsbeskrivelsen.

I figur 43 nedenfor er konklusionerne fra hvert af de syv afsnit samlet for at give et overblik over implementeringen af indhold og redskaber under hver fase og hvert element.

Figur 43. Opsummering af implementeringen af forløbsbeskrivelsens elementer



De foregående afsnit og figuren viser, at implementeringen af forløbsbeskrivelsen er nået langt i afprøvningsperioden, og at projekterne er nået frem til en implementeringsgrad, der betyder, at de kan siges at have arbejdet med forløbsbeskrivelsen i praksis, dog under en række tilpasninger til lokale forhold. Projekterne har i vidt omfang sikret opsporing af borgerne, en motivationsbaseret tilgang til arbejdet med dem, en helhedsorienteret udredning af deres problematikker, handleplaner rettet mod begge lidelser og en systematisk opfølgning. Således kan man sige, at der er opnået en relativt høj grad af implementering af indholdet i modellen. Projekterne har i vidt omfang formået at skabe koordination og sammenhæng i forløbene med en fleksibel og individuelt tilrettelagt indsats, men formålet om at levere en egentlig integreret støtte- og behandlingsindsats til borgerne er kun realiseret i et mindre omfang.

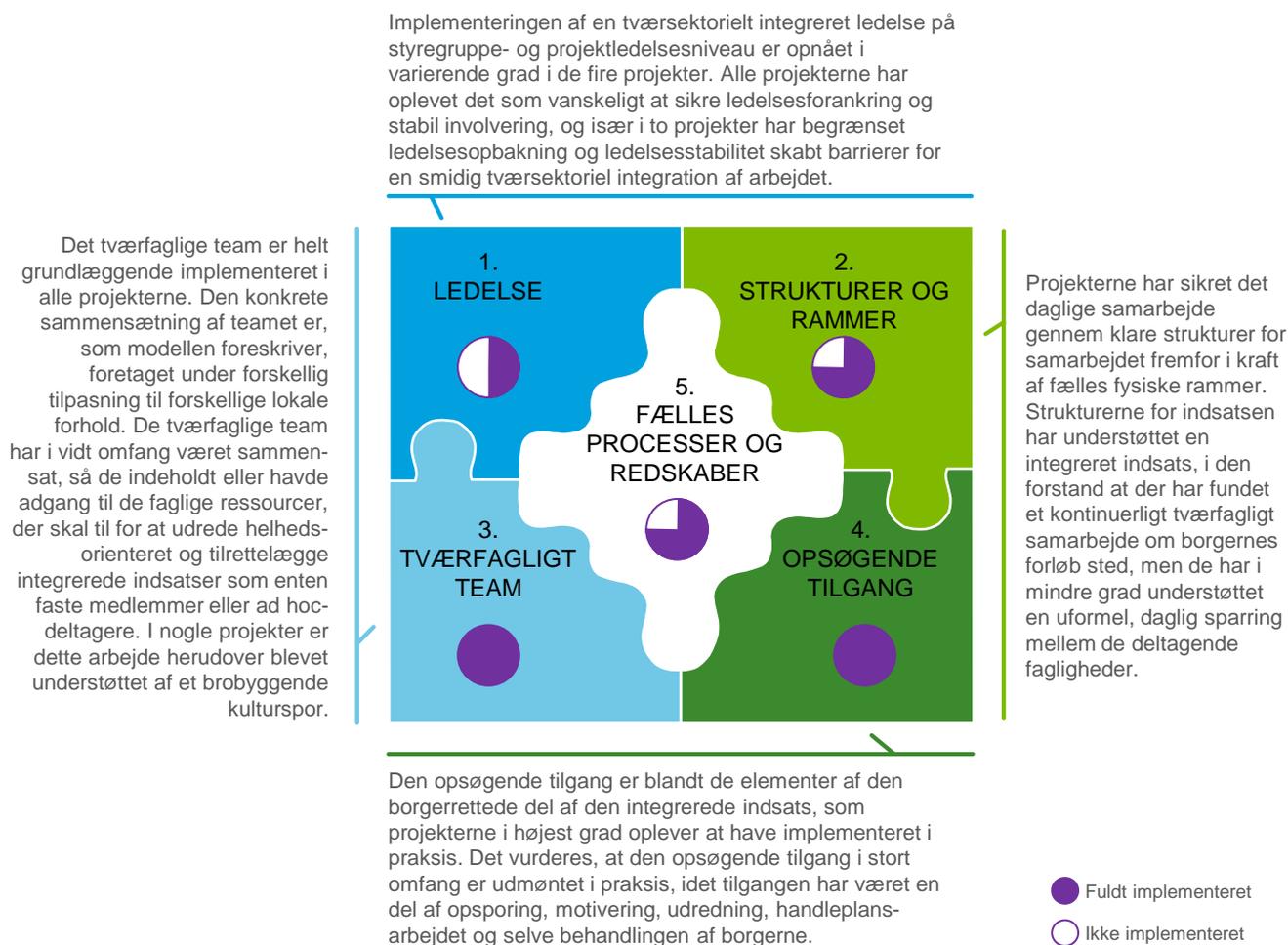
3.2. Samlet vurdering af projekternes implementering af modellen

Dette kapitel har – komponent for komponent – analyseret de fire projekters anvendelse af modellen for en integreret indsats og vurderet, om udmøntningen i praksis har svaret til modellens indhold og formål. Her samles op på disse delkonklusioner som grundlag for en samlet vurdering af, om der i projekterne er implementeret en reelt integreret indsats for borgerne.

Helt overordnet kan det konkluderes, at der gennem projekternes arbejde med at implementere den integrerede indsats er sikret en høj grad af samarbejde mellem de involverede enheder i arbejdet med den enkelte borger. Teammedlemmerne har kommunikeret på tværs af sektorer og fagligheder og har således opnået forståelse af handlemulighederne i de andre enheder. Dermed er der skabt grundlag for en sammenhængende og meget borgerfokuseret indsats på tværs af faglige og organisatoriske skel. Dette er en meget vigtig succes for arbejdet med den integrerede indsats.

Figur 44 samler kapitlets delkonklusioner og giver et samlet overblik over vurderingen af projekternes implementering af modellen for en integreret indsats. Alle projekterne har etableret et tværfagligt team med de fornødne faglige kompetencer og har i tiltrækkelig grad sikret faste strukturer og rammer om teamets arbejde. Ligeledes har alle projekterne arbejdet målrettet med den opsøgende tilgang igennem hele borgerens forløb. Projekterne har endvidere formået at implementere indholdet af de fælles processer og redskaber i det borgerrettede arbejde og sikret en høj grad af samarbejde og koordination på tværs af sektorer.

Figur 44. Opsummering af implementeringen af modellen for en integreret indsats



Som figuren viser, er modellen altså i vidt omfang implementeret i projekternes praksis, hvilket må betragtes som positivt givet de store organisatoriske, faglige og kulturelle forskelle i de involverede sektorer og den relativt korte implementeringsperiode.

Samtidig må det medgives, at modellen for en integreret indsats ikke på alle områder er blevet fuldt implementeret. De vigtigste begrænsninger i implementeringen af modellen drejer sig for det første om den tværsektorielle ledelsesforankring og for det andet om skabelsen af et grundlag for en reelt integreret indsats i det enkelte borgerforløb.

Manglende ledelsesmæssig opbakning til og forankring af den integrerede indsats har i flere projekter udgjort en væsentlig begrænsning for teamets evne til at levere en reelt integreret indsats. Manglende beslutningskraft har blandt andet skabt barrierer for at sikre det fornødne input fra alle relevante fagligheder og enheder i og udenfor det tværfaglige team. Manglende kompetencer til at tage beslutninger, der gælder på tværs af sektorer, har således medført et mindre smidigt samarbejde og i sidste ende en mindre integreret indsats.

Selvom projekterne i vidt omfang har implementeret elementerne og redskaberne i forløbsbeskrivelsen og har sikret en koordineret indsats for langt de fleste borgere, er det i anvendelsen i forhold til det enkelte borgerforløb ikke fuldt ud lykkedes de tværfaglige team at skabe grundlag for, at indsatser og behandlinger kan tilrettelægges som egentlig integrerede forløb for borgerne. Dette skyldes blandt andet blivende forskelle mellem sektorerne, fortsatte organisatoriske adskillelser og en afprøvningsperiode af begrænset varighed og illustrerer således vanskeligheden ved at overkomme disse strukturelle barrierer for tværsektorielt samarbejde. At den integrerede indsats alligevel er kommet langt med hensyn til at overkomme udfordringerne ved den sektoriel opdeling og sikre koordinering på tværs ses af analysen i kapitel 4.

Analysen af implementeringen af modellen for en integreret indsats viser samlet set, at der er skabt et robust grundlag for en betydelig forbedring af kvalitet og indhold i den indsats, som kommuner og regioner kan tilbyde borgere med både sindslidelse og misbrug, selvom implementeringen ikke nødvendigvis i praksis understøtter en fuldt integreret indsats. Det følgende kapitel tager udgangspunkt i denne konklusion og analyserer resultaterne af den integrerede indsats både på det organisatoriske niveau i kommuner og regioner og for de borgere, der er indgået i projektet.

4. Resultater af en integreret indsats

Implementeringen af modellen for en integreret indsats har styrket tværfagligheden i arbejdet med borgernes forløb og skabt en mere robust koordination af indsatsen. Der er ikke sket en fuld integration af indsatsen, men der ses en positiv udvikling med hensyn til borgernes motivationsniveau og i lidt mindre omfang deres funktionsniveau.

Som beskrevet i indledningen har der været et todelt formål med at udvikle og implementere modellen til en integreret indsats.

Organisatorisk niveau	Borgerniveau
Sikre og videreudvikle indsatsen for borgere med sindslidelse og misbrug ved at udvikle metoder til at integrere indsatsen på tværs af regionspsykiatrien, misbrugsbehandling og socialpsykiatrien.	Understøtte den enkeltes mulighed for at tage ansvar for og øve indflydelse på eget liv og leve selvstændigt på egne præmisser med mulighed for familie, job og netværk.

Formålet med evalueringen af modellen for en integreret indsats er at afdække resultaterne af at implementere og arbejde med en integreret indsats på begge disse niveauer. Først analyseres det, om implementeringen af den integrerede indsats har medført en udvikling i de organisatoriske rammer for arbejdet med målgruppen på tværs af sektorer. Herefter analyseres det, om der kan konstateres positive resultater på borgerniveau af den integrerede indsats med udgangspunkt i den løbende progressionsmåling, der er blevet foretaget i projekterne.

4.1. Organisatoriske resultater

Vurderingen af de organisatoriske resultater skal afdække, i hvilket omfang implementeringen af den integrerede indsats har ført til udvikling i arbejdet med målgruppen på tværs af sektorerne. Konkret vurderes det, om den integrerede indsats fremmer tre forskellige aspekter af de organisatoriske rammer:

- Det tværsektorielle samarbejde om borgernes forløb.
- Den tværfaglige integration i arbejdet med borgernes problemstillinger og ønsker.

- Integrationen mellem indsats rettet mod henholdsvis sindslidelse og misbrug på tværs af sektorer og enheder.

Disse tre temaer analyseres særskilt nedenfor.

Vurderingen af de organisatoriske resultater trækker på analysen af projekternes implementering af modellens elementer i det foregående kapitel samt en række andre kilder, herunder oplevelsen af den integrerede indsats blandt borgere, medarbejdere og samarbejdspartnere. Kommuners og regioners organisatoriske udgangspunkt, der er belyst i baselineanalysen, anvendes i af-dækningen af, om de organisatoriske resultater mindsker nogle af de udfordringer, der tidligere karakteriserede arbejdet om målgruppen på tværs af sektorer.

De organisatoriske resultater, som kapitlet analyserer, er fremkommet under de særlige vilkår, der gør sig gældende i en projektkontekst. Derfor angives afslutningsvis en række særlige opmærksomhedspunkter forbundet med tilrettelæggelsen af indsatsen som del af den almindelige drift. Disse kan bidrage til, at lignende resultater vil kunne realiseres udenfor projektkonteksten.

4.1.1. Tværsektorielt samarbejde om borgerforløb

Den mest grundlæggende udfordring for samarbejdet om borgere med sindslidelse og misbrug er, at de to lidelser behandles i to forskellige sektorer. Baselinekortlægningen viste, at adskillelsen for det første gør det vanskeligt at identificere fælles borgere, idet hver sektor i udgangspunktet har fokus på den del af borgerens problematik, der hører under deres fagkompetence. Adskillelsen betyder til tider, at borgere lander mellem to stole, fordi en ubehandlet sindslidelse udgør en barriere for misbrugsbehandling, og et ubehandlet misbrug udgør en barriere for psykiatrisk udredning. Selv når de to sektorer er bevidste om deres fælles borgeres komplekse problematikker, viser kortlægningen, at det kan være en udfordring at videndele og koordinere blandt andet på grund af manglende kendskab og begrænsninger i muligheden for at udveksle oplysninger.

Opdelingen mellem de to sektorer er et grundvilkår, men implementerings-evalueringen viser, at den integrerede indsats gennem oprettelse af et tværsektorielt team af medarbejdere har bidraget til at bygge bro mellem sektorerne. Indsatsen har herigennem bidraget til at udvikle det tværsektorielle samarbejde om borgerne på måder, der minimerer disse udfordringer.

Evalueringen af implementeringen af modellen viser som beskrevet i kapitel 3, at projekterne blandt andet har sikret en vidtrækkende opsporing af borgere i målgruppen ved at udbrede kendskabet til målgruppen og den integrerede indsats på tværs af en lang række enheder i både kommuner og regioner.

”Det handler om at få det samlede system til at være vedholdende og udholdende, og at få folk til at åbne op for en mere fleksibel tilgang i stedet for at holde fast i de normale fremgangsmåder”

Projektleder

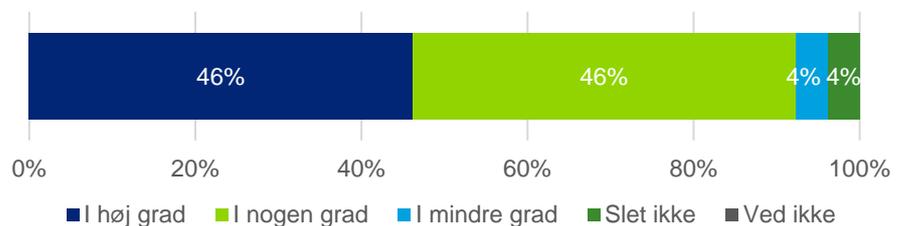
Gennem den tværsektorielle organisering i et tværfagligt team med netværk og kontakter, der rækker ind i begge sektorer, er der sikret en øget videndeling om de enkelte borgere og om målgruppen som sådan. Borgersamtykke til udveksling af oplysninger har herudover understøttet en fælles drøftelse af borgerens behov ud fra alle tilgængelige oplysninger og har dermed øget tværfagligheden i tilrettelæggelsen af borgernes forløb.

Endelig viser implementeringsevalueringen, at indsatsen samtidig har sikret en høj grad af fastholdelse igennem forløbet, blandt andet gennem en opsøgende tilgang, og ved at koordinationsbyrden har ligget hos tovholderne fremfor hos borgeren selv.

Den øgede videndeling mellem sektorerne, det øgede gensidige kendskab til rationaler og arbejdsgange i de andre enheder og den høje grad af tværsektoriel koordinering i det enkelte borgerforløb indikerer tilsammen, at projekternes implementering af modellen har bidraget til at mindske eller helt lukke nogle af de huller i systemet, som borgerne tidligere risikerede at falde ud igennem.

Blandt medarbejderne i begge sektorer vurderes det, at der er sket en positiv udvikling i rammerne for at samarbejde på tværs. 24 ud af 26 medarbejdere angiver således, at projektet i høj eller nogen grad har lettet det tværsektorielle samarbejde om borgerne.

Figur 45. "Jeg oplever, at projektet har gjort det lettere for mig at samarbejde på tværs af kommune og region om indsatsen for borgerne"



Kilde: Survey blandt medarbejdere, september 2014 (N=26).

Der opstår dog stadig udfordringer i det tværsektorielle samarbejde. Teammedarbejdernes fortsatte forankring i sektorenes daglige drift kan udgøre en barriere for samarbejdet, ligesom forskellige arbejdsprocesser og it-systemer fortsat vanskeliggør den løbende koordinering. Den integrerede indsats har dog reduceret nogle af de udfordringer, som den sektorielle opdeling af psykiatri, socialpsykiatri og misbrugsbehandling tidligere udgjorde for det tværfaglige samarbejde.



Afsnittet viser således, at evalueringen peger på, at den integrerede indsats igennem en række mekanismer bidrager til at øge samarbejdet om borgerforløbene på tværs af de involverede enheder i kommuner og regioner.

4.1.2. Tværfaglig integration i sagerne

Det styrkede samarbejde mellem sektorerne om borgerne udgør en væsentlig udvikling i kommuners og regioners arbejde med borgere i målgruppen. En egentlig integreret indsats kræver imidlertid også, at det faglige indhold i forløbet udvikles, så der ligger et tværfagligt perspektiv til grund for både udredning, tilrettelæggelse af handleplan og igangsat støtte og behandling.

Baselinekortlægningen viste, at der forud for implementeringen af modellen fandt en grad af koordination sted i forhold til det enkelte borgerforløb, men at der ikke var nogen integrerede tilbud med tværfaglig udredning og behandling. Selv hvis sektorerne havde kendskab til fælles borgere og var opmærksomme på behovet for samarbejde, havde de ingen fælles redskaber eller metoder til rådighed for samarbejdet.

Som vist i afsnit 3.1.5 har projekterne implementeret faste strukturer og rammer for det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, der tilgodeser, at der kan arbejdes med borgerne i fællesskab. Der er gennemført tværfaglige konferencer om borgernes behov med faste intervaller og med deltagelse af en række forskellige fagligheder. Alle fire tværfaglige team har gennemført fælles udredninger og udarbejdet handleplaner. De tværfaglige team har oplevet at opnå en øget gensidig forståelse af de involverede faglige perspektiver og en fælles forståelsesramme og terminologi. Selvom der fortsat er udfordringer forbundet med at anvende disse fælles metoder og redskaber på tværs af sektorer, er der også her sket en vigtig udvikling, der gør en positiv forskel for den indsats, der leveres til borgerne.

Selvom implementeringsevalueringen indikerer, at indsatsen ikke er fuldt integreret, betyder det tværsektorielle samarbejde om det enkelte borgerforløb og udarbejdelsen af tværfaglige udredninger og handleplaner, at indsatsen er langt mere robust koordineret, end den var forud for implementeringen. Afsnit 3.1.5 viste, at 94 procent af udredningerne og 73 procent af handleplanerne forholder sig til begge borgerens lidelser. Dette viser, at der i meget høj grad foretages et fælles arbejde om borgerens forløb på tværs af fagligheder.

Der er en del af udredningerne og handleplanerne, der ikke fuldt integrerer de faglige perspektiver til en samlet problemforståelse og et integreret formål med de indsatser, der skal sættes i gang, som det sås i implementeringsevalueringens afsnit 3.1.5. Alligevel analyseres samspillet mellem lidelserne i mere end 40 procent af udredningerne, og der opstilles mål for begge lidelser i 63 procent af handleplanerne. Dette viser, at kommuners og regioners håndtering af forløbet for borgere med sindslidelse med misbrug er markant tættere på en egentlig integration, end det tidligere har været tilfældet. Den koordinerede – omend ikke fuldt integrerede – indsats, som implementeringen af modellen har medvirket til, udgør i sig selv en stor udvikling i kvaliteten af det forløb, der tilbydes borgerne.

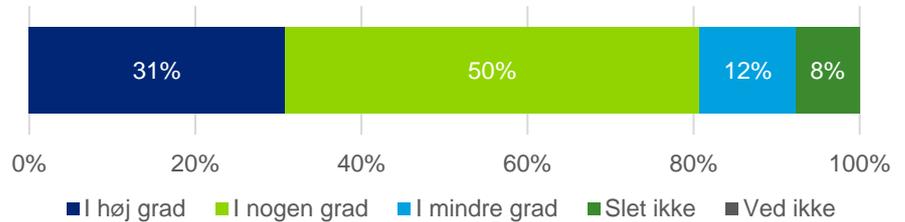
Spørger man medarbejderne i de tværfaglige team, oplever en stor del af dem, at den integrerede indsats har medført en udvikling af indsatsen for borgerne. 21 ud af 26 teammedarbejdere oplever i høj eller nogen grad, at den

”En fælles handleplan er rigtig nyttig, fordi man drager fælles konklusioner ud fra de informationer, han har fra de forskellige sektorer”

Teammedarbejder

indsats, som teamet har leveret til borgerne, har været bedre end det, de normalt ville være blevet tilbudt, jf. figur 46.

Figur 46. ”Efter din vurdering har det da haft en positiv betydning for borgerne, at deres sag er blevet behandlet gennem den integrerede indsats fremfor den normale indsats for målgruppen?”



Kilde: Survey blandt medarbejdere, september 2014 (N=26).

Figuren viser således, at en stor del af fagpersonerne med særligt kendskab til målgruppen og den integrerede indsats vurderer, at de tværfaglige team har gjort en forskel for borgerne. Den opsøgende indsats er noget af det, der i projekterne opleves som særligt udbytterigt for borgerne, såvel som oplevelsen af, at sektorerne snakker sammen og har et fælles fokus. Det opleves, at nogle borgere har fået adgang til en hjælp på tværs af systemer, som de ellers ikke ville have fået. Igennem det tværfaglige arbejde er der sikret en højere grad af fleksibilitet i de eksisterende systemer, som er kommet borgerne til gavn. Projekterne oplever endvidere, at borgerne i mange tilfælde er blevet udredt og behandlet hurtigere igennem den integrerede indsats.



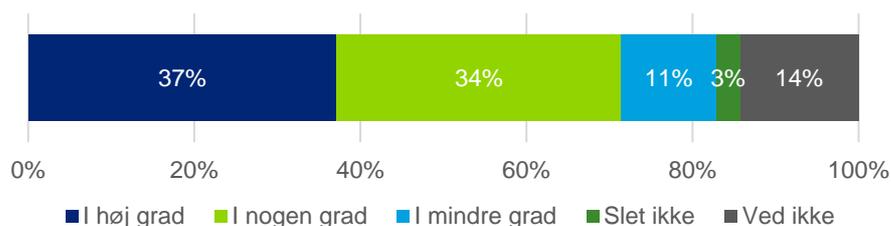
Afsnittet viser, at den integrerede indsats har tilvejebragt en fælles ramme for integrationen af de faglige perspektiver, som er nødvendige for at levere et integreret støtte- og behandlingsforløb for borgere med sindslidelse og misbrug. Modellen medfører en positiv udvikling i kvaliteten af det forløb, som tilbydes borgerne, selvom det faglige potentiale i denne fælles ramme ikke fuldt er blevet udnyttet i praksis til at sikre egentlig tværfaglig integration.

4.1.3. Integration af støtte- og behandlingsindsatser

At kommuner og regioner har opnået en robust koordination og øget grad af tværfaglighed i deres arbejde med borgernes forløb øger sandsynligheden for, at de støtte- og behandlingsindsatser, der i sidste ende leveres til borgerne, er integreret. Det vil sige, at borgernes indsatser på tværs af de to sektorer udgør et fælles forløb og understøtter hinanden i at skabe bedring hos borgeren. Dette afsnit analyserer således, om indsatserne er sammenhængende og opfylder borgernes komplekse behov.

Den gennemførte survey viser, at borgerne i projekterne i relativt høj grad oplever indsatsen som sammenhængende. 71 procent af borgerne oplever i høj eller nogen grad, at der er sammenhæng i den støtte, de får, som det ses i figur 48.

Figur 47. ”Der er sammenhæng i den støtte, jeg får”

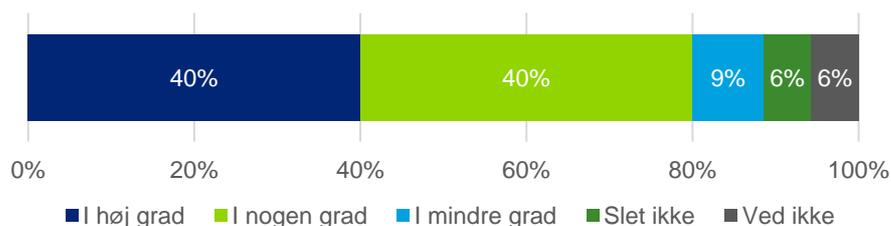


Kilde: Survey blandt borgerne, september 2014 (N=35).

Kun en relativt lille andel borgere oplever i mindre grad eller slet ikke, at der er sammenhæng i støtten. Dette indikerer, at den leverede indsats har en tilstrækkelig grad af koordination og integration, til at den fra et borgerperspektiv opleves som sammenhængende.

Figur 48 viser endvidere, at 14 af de 35 borgere, der har besvaret spørgsmålet, oplever, at den integrerede indsats i høj grad giver dem den støtte, de har behov for, mens yderligere 14 borgere i nogen grad oplever, at støtten er dækkende.

Figur 48. ”Den støtte, jeg får, dækker mine behov”



Kilde: Survey blandt borgerne, september 2014 (N=35).

Også her er det en lille andel, der ikke har en positiv oplevelse af indsatsen, idet kun 15 procent af borgerne i mindre grad eller slet ikke oplever at få dækket deres behov. Borgerne oplever altså i vidt omfang, at den støtte, de modtager, er koordineret og helhedsorienteret. Det er naturligvis et meget vigtigt resultat for den integrerede indsats, at borgerne overvejende oplever at have glæde af den hjælp, de får.

For ikke at belaste en sårbar gruppe borgere unødigt er der ikke systematisk indsamlet kvalitative uddybninger af besvarelsene. Der er i stedet gennemført telefoninterview med fire udvalgte borgere, der har uddybet deres oplevelse af den integrerede indsats. Disse fire borgere har gennem projektet opnået en positiv udvikling og en stabil situation, og de er dermed ikke repræsentative for hele målgruppen. Deres besvarelser giver imidlertid indblik i, hvad det er borgerne hæfter sig særligt ved i forhold til den hjælp og støtte, de har modtaget. Alle fire borgere oplever at være blevet hjulpet rigtig godt af det tværfaglige team, og at det er positivt, at kontaktpersonerne har mødt dem i deres hjem. Borgerne oplever, at der er blevet taget hånd om deres

”Det har været en god hjælp lige fra dag ét. Det har været rart, at der har været ekstra omsorg omkring mig.”

Borger

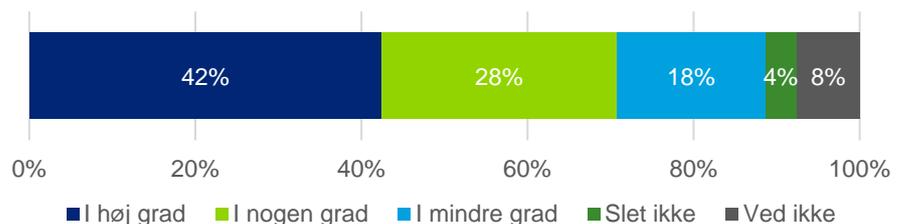
”Jeg har været tryk ved, at de snakkede med hinanden. Det har været for at hjælpe mig og i min egen interesse.”

Borger

behov i forhold til begge lidelser og beskriver det som en fordel, at der i forløbet har været en dialog mellem sektorerne. Flere af de adspurgte fremhæver, at de har haft en tillidsfuld relation til deres kontaktperson og har oplevet, at kontaktpersonen har hjulpet dem med at formidle deres behov og tale deres sag i de forskellige dele af systemet. Som eksempel nævner en borger, at teamet har sikret sammenfald mellem samtalerne i henholdsvis behandlingspsykiatri og misbrugsbehandling, så han havde nemmere ved at møde op til alle aftaler. Dette er et konkret eksempel på, at de tværfaglige teams koordination af indsatserne har formået at sikre en lidt større grad af fleksibilitet i de involverede enheder, end det nok ellers ville have været tilfældet, og dermed i højere grad har kunnet tilpasse forløbene til den enkelte borgers behov. Eksemplet illustrerer, at øget koordination af forløbet er noget af det, borgerne hæfter sig ved.

Den positive oplevelse af sammenhængen i den leverede indsats ses også hos størstedelen af samarbejdspartnerne. 42 procent angiver, at de i høj grad oplever, at teamet medvirker til en sammenhængende indsats for borgerne, jf. figur 49. 28 procent oplever, at dette i nogen grad er tilfældet, mens 4 procent slet ikke oplever, at teamet bidrager til at sikre en sammenhængende indsats.

Figur 49. ”Jeg oplever, at teamet er med til at sikre, at der leveres en integreret/sammenhængende indsats”



Kilde: Survey blandt samarbejdspartnerne, september 2014 (N=106).

Det er dog ikke alle samarbejdspartnerne, der oplever, at den integrerede indsats har dette resultat. En del af de 22 procent, der i mindre grad eller slet ikke oplever sammenhæng i indsatsen, angiver i deres kommentarer usikkerhed angående indholdet og resultaterne af den integrerede indsats. Disse tilbagemeldinger kan imidlertid også være et udtryk for, at samarbejdspartnerne mangler viden om projekterne og indsatsen.

”Givet strukturerne med en opdeling mellem kommune og region er det nok kun realistisk at få koordinering – men det er også godt!”

Projektleder



Afsnittet viser således, at både borgere og samarbejdspartnerne overvejende oplever, at den integrerede indsats har været med til at sikre en øget sammenhæng i de igangsatte støtte- og behandlingsindsatser overfor målgruppen.



Samlet set viser analysen af de organisatoriske resultater, at når den integrerede indsats sammenlignes med den praksis, der gjorde sig gældende forud for implementeringen, ses en markant positiv udvikling i indholdet og kvaliteten af den hjælp, kommuner og regioner kan tilbyde borgere med både

sindslidelse og misbrug. Evalueringen viser, at samarbejdet mellem sektorerne er styrket betydeligt, at arbejdet med borgerforløbene i langt højere grad finder sted på basis af drøftelser mellem tværfaglige perspektiver på de to lidelser, og at både borgere, samarbejdspartnere og medarbejdere har en overvejende positiv oplevelse af den indsats, der er blevet leveret. Selvom indsatsen sandsynligvis er koordineret mere end egentlig integreret, har denne koordination altså medført betydelige organisatoriske resultater.

4.1.4. Vilkår for den integrerede indsats i en driftskontekst

Givet de positive organisatoriske resultater af implementeringen af modellen i de fire projekter kan det for kommuner og regioner være relevant at anvende erfaringerne fra den integrerede indsats som inspiration til at udvikle indsatsen for målgruppen, eventuelt i forbindelse med udmøntningen af Socialstyrelsens og Sundhedsstyrelsens retningslinjer for koordinerende indsatsplaner. I en driftskontekst vil modellen for en integreret indsats kunne understøtte udviklingen af samarbejdsprocedurer og konkrete redskaber for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner.

Afprøvningen af modellen for en integreret indsats har fundet sted i en projektkontekst, hvilket indebærer en række særlige vilkår, der kan have betydning for de organisatoriske resultater, der er afdækket. I dette afsnit peges derfor på en række opmærksomhedspunkter for anvendelsen af modellen i en driftskontekst, for eksempel i forbindelse med arbejdet med de koordinerende indsatsplaner.

- **Samarbejdet har delvist været håndholdt:** Det har været oplevelsen blandt en del af projektmedarbejderne, at individuelle relationer på tværs af sektorer og de særlige omstændigheder omkring projektet i høj grad har båret den integrerede indsats i projektperioden. Personlige relationer har medvirket til at skabe ekstra goodwill og villighed i de samarbejdende enheder til at strække sig lidt længere. I en almindelig driftskontekst kan det være vanskeligt at sikre, at denne oplevelse af særlige omstændigheder og personlige relationer kan opretholdes over tid.
- **Løbende opfølgning:** I projektet har der i kraft af de omfattende monitoringskrav været en mekanisme til at sikre kvartalsvis opfølgning både på det enkelte borgerforløb og på anvendelsen af modellen i praksis. Med tilstrækkeligt ledelsesfokus bør en tilsvarende opfølgning på anvendelsen af modellens elementer kunne sikres i drift, eventuelt under anvendelse af implementeringsbarometret, men projekternes oplevelse er, at en kvartalsvis opfølgning på alle borgerforløb vil være vanskelig at opnå i en driftskontekst. Der bør derfor være opmærksomhed på at fastlægge en realistisk kadence for opfølgningen på borgerne og ledelsesmæssigt fokus på at sikre, at den besluttede opfølgningsskandence realiseres.
- **Balancen mellem tværsektorielt arbejde og drift:** I de fire projekter har der været allokeret øremærkede ressourcer til implementeringen og afprøvningen af den integrerede indsats. Alligevel er det blevet oplevet som vanskeligt at sikre tilgængelighed i tilstrækkeligt omfang af alle de fagligheder, som den integrerede indsats kræver. Implementeres modellen i den almindelige drift uden klar allokering af dedikerede ressourcer, er der

”Personligt kendskab og personlige relationer åbner døre i de forskellige systemer”

Teammedarbejder

risiko for, at den ekstra indsats, som projektmedarbejderne har haft mulighed for at yde for borgerne, ikke længere kan rummes. Det bør derfor overvejes, hvordan balancen mellem hensynet til den tværfaglige koordination og hensynet til den normale drift i de involverede sektorer sikres, og hvordan denne balance sikres gennem klare rammer og samarbejdsprocedurer. Dette er med stor sandsynlighed en forudsætning for, at de organisatoriske resultater kan realiseres i en driftskontekst.

På disse tre områder adskiller arbejdet med den integrerede indsats i en driftskontekst sig fra projektkonteksten, og der bør derfor være opmærksomhed på disse punkter for at understøtte, at modellen i drift kan bidrage til at realisere de samme organisatoriske resultater, som den har gjort i projektkonteksten. Herudover er der i forbindelse med projektet udarbejdet en håndbog for den integrerede indsats, der indeholder en række andre gode råd til implementering og anvendelse af modellen fremadrettet.

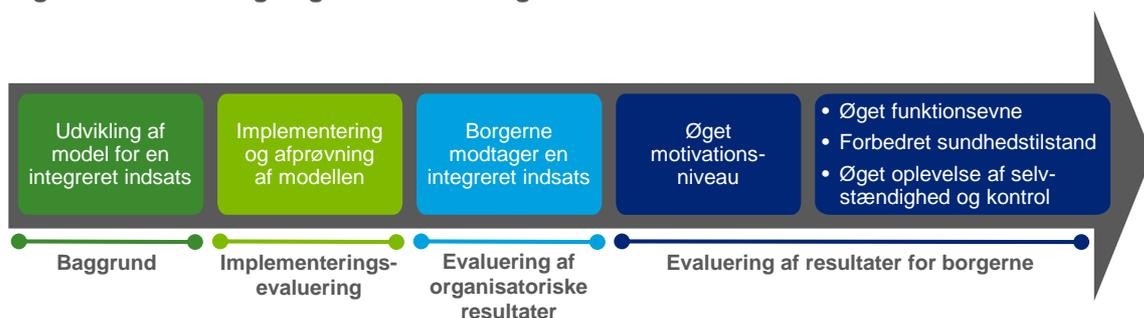
4.2. Virkninger for borgerne

De positive organisatoriske resultater, som evalueringen viser, at implementeringen af modellen for en integreret indsats har medvirket til at skabe, er i sig selv meget vigtige resultater, fordi de identificerer muligheder for at tilpasse det eksisterende system og arbejde på tværs på måder, der ikke tidligere var tilgængelige. Som vi har set, er det med til at skabe en positiv oplevelse hos borgerne af, at der bliver taget individuelt hånd om deres behov.

De organisatoriske resultater er dog også vigtige, fordi de i sidste ende er et middel til målet om at opnå en højere grad af recovery i målgruppen. Dette giver mening ud fra både menneskelige og samfundsøkonomiske perspektiver. I dette afsnit afdækkes derfor, om de borgere, der modtager støtte og behandling gennem den integrerede indsats, også får det bedre.

Udgangspunktet for analysen er ligesom for resten af evalueringen den forandringsteori, der blev præsenteret i afsnit 1.2. Den overordnede logik i forandringsteorien vises igen nedenfor i figur 50. Kapitel 3 viste, at modellen for en integreret indsats i vidt omfang er blevet implementeret i projekterne i praksis og således afdækkede den lysegrønne del af figuren. Afsnit 4.1 viste, er der efter implementeringen af modellen kan konstateres en række positive organisatoriske resultater og en række blivende udfordringer, når der sammenlignes med udgangspunktet beskrevet i baselineanalysen. Dette afsnit afdækkede således den lyseblå del af figuren.

Figur 50. Forandringslogik for evalueringen



Dette afsnit beskæftiger sig med de sidste to elementer i figuren ved at undersøge, om implementeringen af modellen og realiseringen af de organisatoriske resultater efterfølges af en positiv udvikling for de borgere, der har modtaget en integreret indsats. De tre resultatstyper, som evalueringen analyserer, er borgernes motivationsniveau, deres funktionsniveau og deres forbrug af sundhedsydelse. Motivationsniveauet er en indikator på borgerens deltagelse i behandlings- og støtteforløb, og funktionsniveauet indikerer borgerens funktionsevne og egenmestring, altså en række af de faktorer, som behandling og støtte søger at øge. En udvikling i motivationsniveauet kommer typisk forud for en udvikling med hensyn til funktionsevne, og de to resultatstyper behandles derfor i denne rækkefølge nedenfor.

Analysen identificerer således resultater for de borgere, der har modtaget en integreret indsats. Analysen afdækker ikke borgernes udvikling med hensyn til misbrugsomfang, da der ikke foreligger et tilstrækkeligt validt og solidt datagrundlag. Det betyder desværre, at analysen ikke kan belyse en af de væsentlige hypoteser angående indsatsens resultater. Det har endvidere ikke været en del af evalueringdesignet i dette projekt at gennemføre kontrolgruppeforsøg. I bilag 2 findes en beskrivelse af datagrundlaget og metoden bag analysen af resultaterne for borgerne.

I de følgende to afsnit analyseres borgernes udvikling med hensyn til henholdsvis motivationsniveau og funktionsniveau. Herefter afdækkes indikatorer på borgernes udvikling med hensyn til de mere langsigtede mål om en forbedret sundhedstilstand og borgernes oplevelse af selvstændighed.

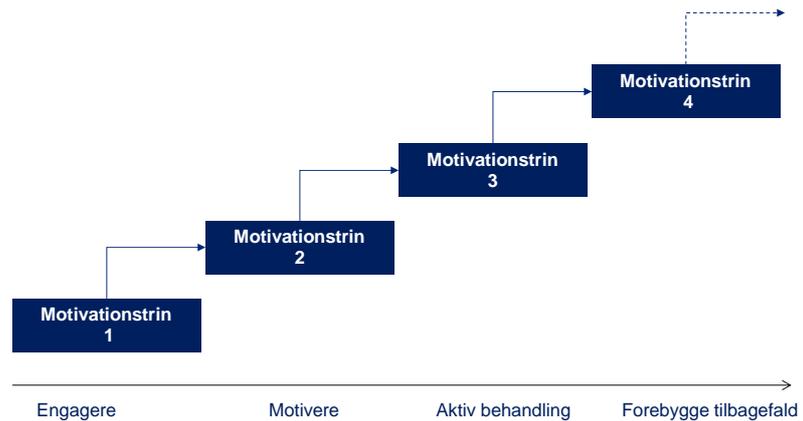
4.2.1. Motivationsniveau

Målet med den integrerede indsats er i den sidste ende, at borgerne skal opnå en øget selvstændighed og øget indflydelse på eget liv. Dette langsigtede formål understøttes i det allerførste trin af, at borgerne opnår motivation for at komme i behandling og blive i behandling.

Som beskrevet i afsnit 3.1.5 har projekterne arbejdet aktivt med borgernes motivationsniveau gennem den motivationsbaserede tilgang, der fokuserer på at afdække borgerens eget perspektiv på sindslidelsen og misbruget, at styrke borgerens motivation og endelig at sikre, at igangsatte indsatser tilpasses borgerens motivation for bedring. Formålet i dette afsnit er at belyse, om dette arbejde har båret frugt i form af en stigning i motivationsniveau blandt de borgere, der er indgået i projekterne.

Projekterne har gennemført vurderinger af borgernes motivationsniveau på basis af den såkaldte motivationstrappe, som udgør rammen for den motivationsbaserede tilgang hos Mueser.

Figur 51. Motivationstrappen



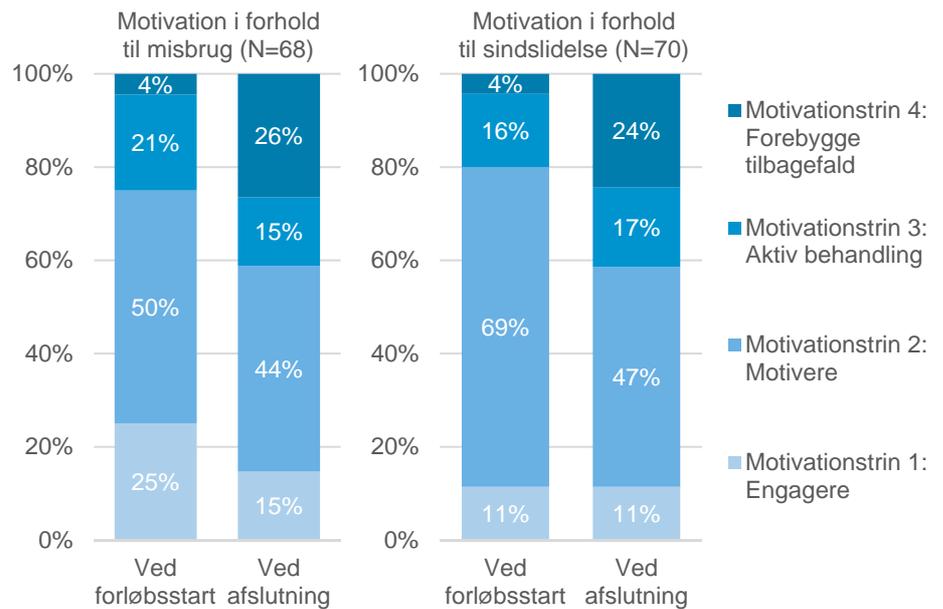
Motivationstrappen udgøres af fire stigende grader af motivation igennem den samlede recovery-proces for borgere med både sindslidelse og misbrug. De enkelte trin beskriver, i hvor høj grad borgeren ønsker og evner at ændre sin situation, og vurderes på basis af både udsagn og adfærd. Den progression med hensyn til motivationsniveau, som analyseres i det følgende, kan altså give indikationer på, i hvor høj grad borgerne har opnået en øget vilje til behandling, og i højere grad evner og har ressourcer til at indgå i denne behandling.

Der er blevet foretaget en vurdering af borgernes motivation i forhold til både deres misbrugsproblematik og deres sindslidelse. Borgere i målgruppen har ikke nødvendigvis lige stort fokus på begge lidelser, og er ikke nødvendigvis motiveret for at arbejde for bedring på begge fronter. De faglige medarbejdere har derfor foretaget separate vurderinger af borgernes motivationsniveau med hensyn til misbrug og sindslidelse. Begge aspekter af borgernes motivationsniveau indgår i analysen nedenfor. Vurderingen er foretaget på basis af en under-opdeling af motivationstrappen i 8 trin, for at sikre, at også mindre ændringer i borgernes motivationsniveau opfanges. Yderligere beskrivelse af den motivationsbaserede tilgang og motivationstrappen kan findes i håndbogen for modellen for en integreret indsats på socialstyrelsens hjemmeside.

Figur 52 viser en opgørelse af borgernes motivationsniveau ved henholdsvis begyndelsen af borgernes forløb hos det tværfaglige team og ved afslutningen af disse forløb, uanset det enkelte forløbs varighed.

Det ses overordnet, at der er sket en forskydning af borgere fra de lavere motivationsniveauer til de højere niveauer.

Figur 52. Motivationsniveau ved begyndelse og afslutning af borgerforløb



Note: Vurderingen af motivationsniveau er foretaget på et mere detaljeret niveau, idet hvert motivationstrin har været opdelt i to undertrin. For overblikkets skyld er antallet af kategorier her begrænset til fire, men de efterfølgende beregninger baserer sig på alle otte motivationsniveauer for at kunne opfange den fulde variation.

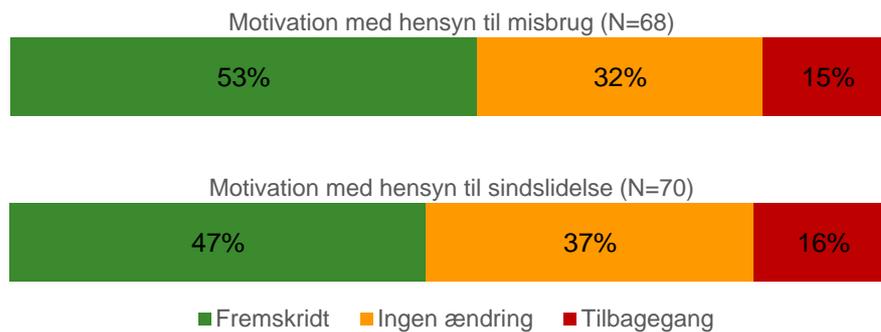
Ved afslutningen af deres forløb er 41 procent af borgerne således på et af de to højeste motivationstrin, mens det ved begyndelsen af forløbene kun var henholdsvis 25 og 20 procent, der havde et tilsvarende højt motivationsniveau. Med hensyn til misbrug er der herudover sket en reduktion på ti procentpoint i andelen af borgere, der ligger på det laveste motivationstrin. Der er endvidere 21 procent af borgerene, der har bevæget sig fra trin 2 til et af de højere motivationstrin i forhold til deres sindslidelse. Figur 52 viser altså, at der samlet set er sket en bevægelse mod de højere motivationstrin.

I figur 53 ses, hvor mange borgere der har set et fremskridt, en tilbagegang eller ingen udvikling. Denne opgørelse er udarbejdet på basis af den udvidede skala for motivationsniveau, der vises i boksen til venstre. Det betyder, at også mindre bevægelser i motivationsniveau indgår. Figur 53 viser, at 53 procent af borgerne har set en positiv udvikling i motivationsniveau med hensyn til misbrug, mens 47 procent har haft en positiv motivationsudvikling med hensyn til sindslidelse.

Udvidet skala for motivationsniveau

- 1) Præengagere
- 2) Engagere
- 3) Tidlig motivation
- 4) Sen motivation
- 5) Tidlig aktiv behandling
- 6) Sen aktiv behandling
- 7) Undgå tilbagefald
- 8) I bedring eller fuld recovery

Figur 53. Udvikling i borgernes motivationsniveau

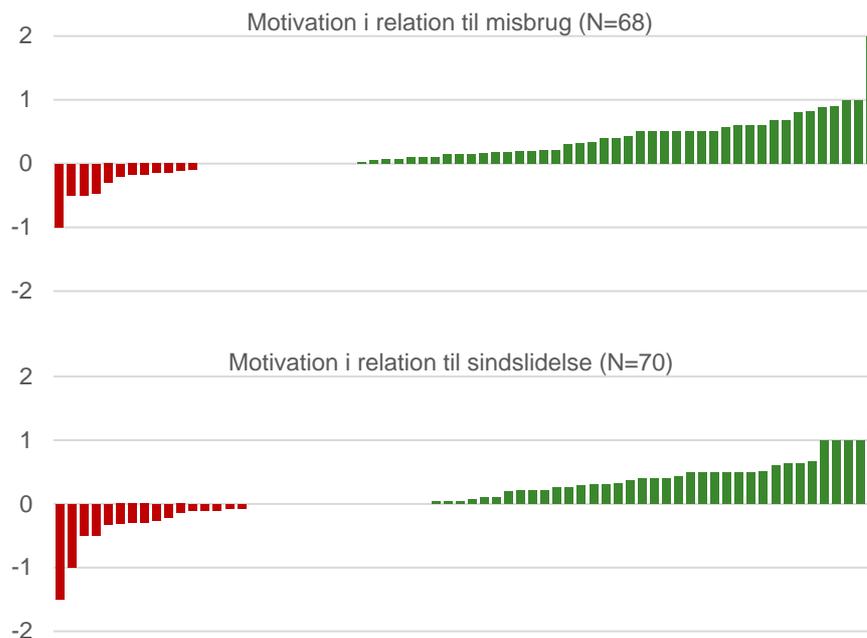


Note: Borgerne er kategoriseret på basis af hældningen af den lige linje, der bedst beskriver udviklingen i deres individuelle forløb. Beregningen er foretaget på basis af den udvidede motivationsskala på otte trin og under anvendelse af det kriterie for udviklingens størrelse, der er beskrevet i bilag 2.

Figuren reflekterer således det overordnet positive billede, der sås i figur 52 ovenfor. Figur 53 viser dog samtidig, at der også er en ikke uvæsentlig andel af borgerne, der har oplevet et fald i motivationsniveau under forløbet med det tværfaglige team. Dette kan reflektere, at nogle borgere har oplevet udfordringer i deres situation, mens de har modtaget støtte af det tværfaglige team, men kan formodentlig også indikere, at der er nogle borgere i målgruppen, der har så komplekse problemer, at heller ikke den integrerede indsats kan motivere dem for behandling.

Figur 54 nedenfor viser størrelsen af den udvikling, der ses i det enkelte borgerforløb. Hver søjle angiver udviklingen for en enkelt borger. De grønne søjler angiver således de borgere, der har udviklet sig positivt i forløbet – de 53 og 47 procent i figuren ovenfor. De røde søjler angiver omvendt de borgere, der har oplevet tilbagegang, altså de 15 og 16 procent i figur 53. Søjlernes højde angiver, hvor stor en udvikling borgerne har oplevet, opgjort i trin på motivationsskalaen som ses i boksen til venstre. Hvis en søjle er 0,5 høj betyder det, at borgeren hver tredje måned er steget et halvt point på motivationsskalaen. Er søjlen -0,5 høj er borgerens motivation omvendt faldet med et halvt point på skalaen per tre måneder.

Figur 54. Udviklingen over tre måneder i det enkelte borgerforløb



Note: Figuren viser hældningerne på den lige linje, der bedst beskriver udviklingen i det enkelte borgerforløb. Hver søjle er således standardiserede udtryk for, hvor mange trin på den udvidede motivationsskala (otte trin) borgerne har udviklet sig per tre måneder i det tværfaglige team.

Figuren indgår for at undersøge, om der bag ved det overordnede billede i figur 53 skjuler sig store forskelle på de borgere, der har opnået højere motivationsniveau og dem, der har haft et faldende motivationsniveau. Figuren viser, at dette ikke er tilfældet. De grønne søjler en generelt en smule højere end de røde, hvilket viser, at borgere, der har set et fremskridt, generelt har udviklet sig lidt mere end de borgere, der har haft en tilbagegang. Der er dog ikke er en markant forskel på størrelsen af udviklingen hos de borgere, der har fået det bedre, og hos dem, der har fået det værre. Dette understøtter således det overordnet positive billede af borgernes udvikling med hensyn til motivation, der sås i figur 53.



Samlet set viser afsnittet således, at der er sket en positiv udvikling for omkring halvdelen af borgerne med hensyn til motivation, mens omkring 15 procent har oplevet et faldende motivationsniveau. I lyset af den komplekse målgruppe er dette ikke overraskende. At motivationsniveauet hos tæt på halvdelen af borgerne har flyttet sig i en positiv retning er således et tegn på, at den integrerede indsats formår at skabe et vigtigt grundlag for bedring hos en målgruppe med meget komplekse problemstillinger.

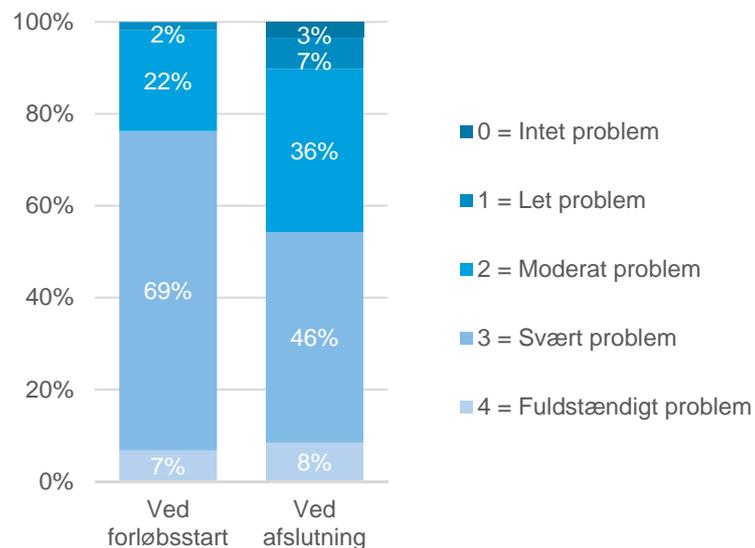
4.2.2. Funktionsniveau

Arbejdet med at motivere borgerne for at blive behandlet for deres lidelser og herigennem opnå bedring sigter i sidste ende mod, at de i højere grad bliver i stand til at klare sig selv og begå sig i deres eget liv og i samfundet. Evalueringen anvender borgernes funktionsniveau som indikator på denne udvik-

ling. Der er gennemført en helhedsorienteret udredning for borgerne i projektet, og som del af udredningsarbejdet har det tværfaglige team foretaget funktionsvurderinger for hver enkelt borger. Rammen er Voksenudredningens temaer, der afdækker borgerens funktionsniveau på alle de væsentligste områder af deres liv, herunder psykisk funktionsevne, socialt liv og sundhedsforhold. Dette afsnit analyserer således, om borgerne har opnået en forbedret funktionsevne i løbet af den periode, hvor de har modtaget støtte fra det tværfaglige team.

Figur 55 viser den overordnede fordeling af borgerne på funktionsniveauer ved begyndelsen af deres forløb og ved afslutningen. Ligesom det var tilfældet for motivationsniveauet, viser figuren, at den største bevægelse sker væk fra kategorien svært problem, idet denne kategori indeholder 23 procentpoint færre borgere ved afslutningen af forløbene end ved begyndelsen. Den integrerede indsats formår altså at flytte nogle af de borgere, der i udgangspunktet har det allermost begrænsede funktionsniveau.

Figur 55. Samlet funktionsniveau ved begyndelse og afslutning af forløb (N=59)



46 procent af borgerne har således ved afslutningen af deres forløb kun moderate, lette eller ingen problemer. At 10 procent af borgerne kun har lette eller ingen problemer er positivt, givet at der er tale om en målgruppe med meget komplekse problemer, der har stor betydning for deres funktionsevne i deres daglige liv.

Figur 56 reflekterer dette overordnede billede ved at vise, at den andel af borgerne, der har oplevet fremskridt med hensyn til funktionsniveau, er betydelig større end den del, der har oplevet tilbagegang.

Figur 56. Udvikling i borgernes samlede funktionsniveau (N=59)



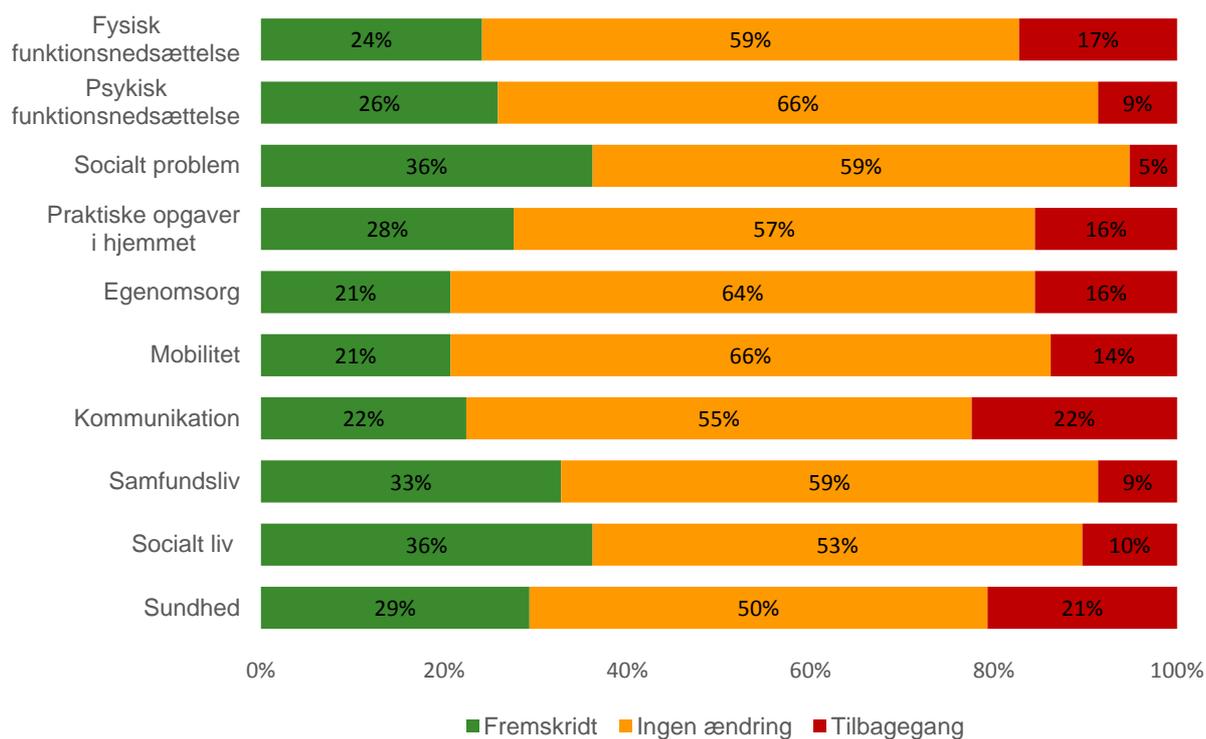
Note: Borgerne er kategoriseret på basis af hældningen af den lige linje, der bedst beskriver udviklingen i deres individuelle forløb. Beregningen er foretaget på basis af skalaen for funktionsvurdering i Voksenedretningsmetoden (0-4) og under anvendelse af det kriterie for udviklingens størrelse, der er beskrevet i afsnit **Error! Reference source not found.**

Samtidig ses det, at en mindre andel af borgerne har rykket sig med hensyn til samlet funktionsniveau, end det var tilfældet med hensyn til motivationsniveau, hvor henholdsvis 53 og 47 procent havde set et fremskridt.

Der er flere forklaringer på dette. For det første vil en forandring i samlet funktionsniveau typisk opstå som et langsigtet resultat af både øget motivation og et succesfuldt behandlingsforløb. Det kan være en langvarig proces at skabe varige og målbare forandringer i målgruppens funktionsniveau, hvilket betyder, at nogle af resultaterne af den integrerede indsats på borgernes funktionsniveau endnu ikke er synlige. For det andet kan der i målgruppen være en tendens til et funktionsfald over tid, efterhånden som effekterne af misbrug og sindslidelse bygges op, for eksempel somatiske problemer som resultat af langvarigt misbrug. For det tredje kan det kræve væsentlig mere at skabe en forbedring i det samlede funktionsniveau, idet dette reflekterer en positiv forandring i borgerens mestringsevne hele vejen rundt om vedkommendes liv, altså ikke alene i forhold til eksempelvis misbruget eller sindslidelsen, men også blandt andet sociale relationer, job- og boligsituation.

I figur 57 ses det, at der ikke er sket en lige stor udvikling på alle disse dimensioner af borgernes funktionsevne. De øverste tre dimensioner angiver tre kategorier af kerneproblematikker og reflekterer således udviklingen i selve borgernes funktionsnedsættelse, henholdsvis fysisk, psykisk og socialt. Den mest positive udvikling ses på dimensionen socialt problem, hvor 36 procent har set en positiv udvikling, mens kun 5 procent har oplevet tilbagegang. Det er ikke overraskende, at den største udvikling ses på denne dimension, da det er her misbruget bliver reflekteret. Der er en lidt mindre positiv udvikling på dimensionen psykisk funktionsnedsættelse, hvor sindslidelsen indgår, hvilket kan indikere, at der opnås en udvikling i forhold til misbrugsproblematikken tidligere i forløbet, end det er tilfældet i forhold til sindslidelsen. Denne rækkefølge opleves som forventelig af fagpersonerne i de tværfaglige teams, idet de oplever, at det ofte er endnu vanskeligere at skabe progression i forhold til sindslidelsen end i forhold til misbruget.

Figur 57. Borgernes udvikling på funktionsdimensioner (N=58)



Kilde: Progressionsmonitorering (N=58).

De resterende syv dimensioner angiver en række domæner i borgernes liv, der typisk bliver påvirket af kerneproblematikkerne. Her ses altså de afledte resultater af udviklingen i forhold til sindslidelsen og misbruget.

Her ses den største fremgang blandt borgerne med hensyn til socialt liv og samfundsliv, hvor henholdsvis 33 og 36 procent af borgerne har oplevet fremskridt under deres forløb i den integrerede indsats, mens mindre andele har oplevet tilbagegang. Den positive udvikling i forhold til socialt liv dækker blandt andet over forbedrede personlige relationer og styrket netværk. Samfundsliv dækker blandt andet over borgernes job- og boligsituation. De fremskridt, der kan konstateres hos borgerne, finder altså sted på dimensioner, der i høj grad påvirkes af sindslidelses- og misbrugsproblematikker, og hvor fremskridt samtidig kan understøtte recovery. Projektets faglige følgegruppe beskriver det som en forventelig sekventiel logik i recovery-processen, at der først ses en bedring i forhold til sociale og psykiske problemer, mens forbedringen på andre dimensioner ofte først ses senere hen i forløbet, når der opnås overskud til at håndtere andre problemer end selve sindslidelsen og misbruget.

Figur 58 viser igen størrelsen af den udvikling, der ses i det enkelte borgerforløb. Ligesom ovenfor angiver hver søjle udviklingen for en enkelt borger, og søjlens højde angiver, hvor stor en udvikling denne borger har oplevet. Antallet af grønne søjler angiver antallet af borgere, der har oplevet fremskridt med hensyn til samlet funktionsniveau som vist i figur 56, og antallet af røde søjler reflekterer antallet af borgere med tilbagegang. Heller ikke her er

der nogen markant forskel på størrelsen af udviklingen hos de borgere, der har fået det bedre, og dem, der har fået det værre, bortset fra et enkelt borgerforløb, hvor der er sket et stort fremskridt.

Figur 58. Udviklingen i samlet funktionsniveau over tre måneder i det enkelte borgerforløb (N=59)



Note: Figuren viser hældningerne på den lige linje, der bedst beskriver udviklingen i det enkelte borgerforløb. Hver søjle er således standardiserede udtryk for, hvor mange trin på funktionskalaen borgerne har udviklet sig per tre måneder i det tværfaglige team. Bemærk, at en negativ udvikling angiver fremskridt, idet skalaen går fra 0 (intet problem) til 4 (fuldstændigt problem).

Igen er de grønne søjler en smule højere end de røde, hvilket viser, at borgere, der har set et fremskridt, generelt har udviklet sig lidt mere end de borgere, der har haft en tilbagegang. Dette understøtter yderligere det overordnede positive billede af borgernes udvikling med hensyn til samlet funktionsniveau, der sås i figur 56. Foretager man en tilsvarende analyse af de ti funktionsdimensioner i figur 57, ses et tilsvarende billede.



Samlet set viser analysen, at der er sket en positiv udvikling med hensyn til funktionsniveau, der imidlertid er mindre markant end udviklingen med hensyn til motivation. Da det kan være en langvarig proces at opnå forandringer hos borgerne, der er tydelige nok, til at de reflekteres i funktionsniveauet, er det positivt, at der selv på det forholdsvis korte sigt ses fremskridt hos mange af borgerne på dette område.

4.2.3. Sundhed og selvstændighed

Udover en langsigtet forbedring i funktionsevne har der været en hypotese om, at den integrerede indsats på længere sigt kan medvirke til at forbedre borgernes generelle sundhedstilstand og oplevelse af selvstændighed og kontrol over eget liv.

Som vist i figur 59 er der lidt flere borgere, der har opnået sundhedsmæssige fremskridt end der er borgere, som har set tilbagegang, mens de har fået hjælp af det tværfaglige team.

Figur 59. Borgernes udvikling med hensyn til sundhed



Kilde: Progressionsmonitorering (N=58).

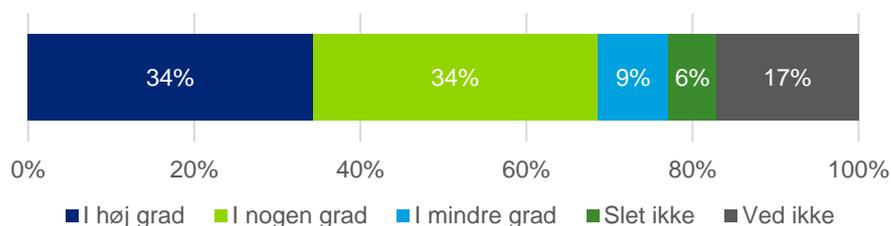
Selvom der er en lille overvægt af forløb med en positiv udvikling fremfor en negativ, indikerer figuren samtidig, at der ikke er sket en markant udvikling for borgerne med hensyn til sundhed.

Dette bekræftes af de nøgletal angående borgernes forbrug af sundhedsydelser, som projekterne har indberettet månedlig. I den periode, borgerne har været tilknyttet den integrerede indsats, kan der således ikke konstateres nogen tydelig udvikling med hensyn til antallet af indlæggelser blandt borgerne eller indlæggelsernes varighed. Der ses heller ikke nogen klar tendens til, at borgernes behov for akut hjælp gennem besøg på akutmodtagelserne er mindsket. Hypotesen om, at den integrerede indsats kan bidrage til at forebygge borgernes behov for akut behandling eller indlæggelse, kan således ikke bekræftes på det foreliggende grundlag. Både de faglige medarbejdere i projekterne og den faglige følgegruppe angiver, at en del af årsagen til den begrænsede udvikling med hensyn til sundhed kan være, at eventuelle sundhedsmæssige resultater af den integrerede indsats først viser sig på længere sigt.

I den gennemførte survey er borgerne blevet spurgt om deres oplevelse af støttens bidrag til, at de har fået mere styr på deres livssituation. En stor del af borgerne oplever, at den integrerede indsats har bidraget til at realisere dette andet langsigtede mål med indsatsen.

Figur 60 viser således, at 34 procent angiver, at støtten i høj grad har hjulpet dem til at få styr på deres livssituation, og en tilsvarende andel oplever i nogen grad, at dette er tilfældet.

Figur 60. "Støtten fra det tværfaglige team har medvirket til, at jeg har fået mere styr på min livssituation"



Kilde: Survey blandt borgere, september 2014 (N=35).

Samlet set oplever mere end to tredjedele af borgerne således, at støtten fra det tværfaglige team har hjulpet dem til øget kontrol og en bedre livssituation, mens 15 procent i mindre grad eller slet ikke har oplevet dette som et resultat af støtten.

"Jeg har fået lov til at fortælle om mine egne ønsker hele vejen igennem, og jeg har fået rigtig meget indflydelse på, hvad der er sket."

Borger



Afsnittet indikerer altså, at borgerne overvejende oplever en positiv betydning af den integrerede indsats på deres livssituation, men at det er for tidligt til at vurdere betydningen af indsatsen for borgernes sundhedstilstand.

4.3. Samlet vurdering af resultaterne af en integreret indsats

Evalueringen viser, at implementeringen af samarbejdsmodellen har ført til betydelige organisatoriske resultater i kommuner og regioner. Når den integrerede indsats sammenlignes med den praksis, der gjorde sig gældende forud for implementeringen, ses en markant positiv udvikling i indholdet og kvaliteten af den hjælp, kommuner og regioner kan tilbyde borgere med både sindslidelse og misbrug. Samarbejdet mellem sektorerne er styrket betydeligt, arbejdet med borgerforløbene finder i langt højere grad sted på basis af drøftelser mellem tværfaglige perspektiver på de to lidelser, og både borgere, samarbejdspartnere og medarbejdere har en overvejende positiv oplevelse af den indsats, der er blevet leveret.

De organisatoriske resultater, som implementeringen af modellen for en integreret indsats har haft i praksis, har bidraget til at skabe en langt mere koordineret indsats om de fælles borgere, der er væsentlig tættere på målet om integration, end det var tilfældet forud for projektet. Kommuner og regioner har dog ikke opnået fuld integration af indsatsen på tværs af sektorer og borgernes problematikker.

På borgersiden kan der spores en positiv udvikling med hensyn til nogle af de forhold, som den integrerede indsats sigter mod at påvirke direkte. Fremskridt hos borgerne ses således først og fremmest med hensyn til motivationsniveau, men der spores også en positiv udvikling med hensyn til borgernes funktionsniveau og oplevelse af at have kontrol over eget liv. I lyset af målgruppens komplekse problemer og ofte langvarige behandlingsbehov er det positivt, at der allerede på det relativt korte sigt kan konstateres positive forandringer.

Flere af disse resultater reflekterer erfaringerne fra afprøvningen af Assertive Community Treatment-modellen (ACT-modellen) i Norge⁶. ACT-modellen har mange lighedspunkter med modellen for en integreret indsats, idet den også er rettet imod borgere med svære psykiske problemer og lavt funktionsniveau, og via et fast tværfagligt team og en aktivt opsøgende indsats søger at sikre en integration af tjenester på tværs af blandt andet social-, sundheds- og misbrugsområderne.

På det organisatoriske plan viste afprøvningen i Norge, at ACT-teamenes evne til at bygge bro imellem forskellige forvaltningsgrene har medvirket til at skabe en mere smidig behandling og opfølgning, end det ellers er tilfældet, blandt andet i kraft af teamenes organisatoriske forankring i begge sektorer.

⁶ Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (2014). Utprøving av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene?

Dette understreger således, at den tværsektorielle koordination, som er opnået i den integrerede indsats, er et positivt resultat for den integrerede indsats.

På borgersiden viser det norske forsøg, ligesom det har været erfaringen med den integrerede indsats, at denne type tilgang til borgerne betyder, at man er i stand til at opspore og fastholde en målgruppe, som det ordinære system har vanskeligt ved at hjælpe. Erfaringen i det norske forsøg har endvidere været, at fastholdelsen af de borgere i målgruppen, som har et misbrug i tillæg til deres sindslidelse, har været endnu vanskeligere. Endvidere bekræfter den norske undersøgelse, at to år er ganske kort tid for en målgruppe med så komplekse problemer, og at man derfor skal se udviklingen hos borgerne i dette lys. Borgerne i den norske undersøgelse havde, ligesom borgerne i den integrerede indsats, en forbedring i funktionsniveau, men udviklingen var samtidig relativt lille⁷. Dette understreger altså, at den begyndende positive udvikling, som kan konstateres blandt borgerne, der har modtaget en integreret indsats, skal ses som et positivt resultat på den korte bane.

⁷ På Global Assessment of Functioning-skalaen (GAF) havde borgerne med hensyn til funktion gennemsnitligt flyttet sig fra en score på 41 til en score på 43 over perioden på 24 måneder. Skalaen går fra 0 til 100, hvor 0 er den laveste score.

5. Konklusioner og anbefalinger

Modellen for en integreret indsats er i vidt omfang blevet implementeret i projektkommuner og -regioner, og har medført en betydelig udvikling i kommuner og regioners samarbejde om borgere med sindslidelse og misbrug. Det styrkede samarbejde fører til en langt mere koordineret indsats for borgerne, og der er tidlige indikationer på, at dette også medfører en positiv udvikling hos de borgere, som modtager støtte fra det tværfaglige team. Der er dog stadig potentiale for en mere integreret indsats for målgruppen.

Dette kapitel opsummerer evalueringens samlede resultater, og peger på en række udviklingsmuligheder i forhold til modellen for en integreret indsats og kommuner og regioners fremadrettede arbejde med den integrerede indsats.

Evalueringen har analyseret, om kommunerne og regionerne har opnået en integreret og virkningsfuld tilgang til borgere med sindslidelse og misbrug ved at anvende den samarbejdsmodel, som er udviklet i projektet. Samlet set viser evalueringen, at kommunerne og regionerne har etableret en tilgang til arbejdet med borgere i målgruppen, som medfører en tydelig positiv udvikling på organisatorisk plan, og en række indikationer på bedring hos borgerne. Samtidig er tilgangen dog overvejende koordineret på nuværende tidspunkt – og kan altså ikke siges at være egentligt integreret.

Som beskrevet i indledningen, er dette afdækket igennem tre delspørgsmål, som også er udgangspunktet for konklusionen i dette kapitel. Spørgsmålene behandles og besvares særskilt nedenfor. Konklusionerne ledsages af en række fremadrettede anbefalinger.

I hvilket omfang er modellen for en integreret indsats implementeret i de fire projekter og med hvilke eventuelle lokale tilpasninger?

På basis af implementeringsevalueringen kan det helt overordnet konkluderes, at projekterne i vidt omfang har formået at udmønte modellen for en integreret indsats i deres praksis i forhold til målgruppen for sindslidende med misbrug.

Projekterne har sikret en høj grad af samarbejde imellem de involverede enheder i arbejdet med den enkelte borger. Teammedlemmerne har kommunikeret på tværs af sektorer og fagligheder, og har opnået en forståelse for de faglige perspektiver og handlemulighederne i de andre enheder. Dermed er

der skabt grundlag for en koordineret og meget borgerfokuseret indsats på tværs af faglige og organisatoriske skel. Dette er en meget vigtig succes for arbejdet med den integrerede indsats.

Projekterne har i implementeringen af modellen tilpasset nogle elementer til de lokale forhold. Denne tilpasning har i høj grad vist sig i sammensætningen af de tværfaglige teams, som har varieret blandt andet med hensyn til størrelse, beslutningskompetence og bredden af deltagende fagligheder og enheder. De lokale forhold har også afspejlet sig i den fysiske organisering af samarbejdet og den ledelsesmæssige forankring i projektet.

Samlet set viser evalueringen, at modellen for en integreret indsats ikke er blevet fuldt implementeret på alle områder. De vigtigste begrænsninger i implementeringen af modellen drejer sig for det første om, at der i nogle projekter har været en svag tværsektoriel ledelsesforankring af den integrerede indsats og for det andet om, at der ikke fuldt ud er skabt et organisatorisk og fagligt grundlag for en reel integration af de indsatser, som leveres til den enkelte borger.

Konklusionerne og erfaringerne fra implementeringsevalueringen giver anledning til en række anbefalinger i forhold til at styrke kommunernes og regionernes fremadrettede arbejde med at implementere modellen:

- Kommuner og regioner kan med fordel **følge op** på anvendelsen af redskaberne i forløbsbeskrivelsen ved jævnlige gennemgange og kvalitetssikre fælles sager. Gennemgangen giver grundlag for læring i det tværfaglige team, og bidrager til at afdække, om de tværfaglige potentialer, som redskaberne rummer, udnyttes i praksis.
- Kommuner og regioner kan med fordel arbejde mere strategisk med **implementeringsbarometeret**. Udover at give et kvantitativt mål for implementeringsgrad kan det med fordel anvendes som et redskab til at skabe refleksion over implementeringen af modellen i praksis, og prioriteringen af særlige indsatsområder.
- Kommuner og regioner som har indgået i projektet, såvel som nye kommuner og regioner, der ønsker at anvende modellen for en integreret indsats, kan med fordel **anvende håndbogen** aktivt i arbejdet med at implementere modellen og følge op på dens udmøntning i praksis.

I hvilket omfang har implementeringen af modellen og de nye samarbejdsformer, den involverer, ført til en udvikling af de organisatoriske rammer for arbejdet med målgruppen på tværs af sektorer, som skaber en mere sammenhængende indsats for borgerne?

Evalueringen viser, at implementeringen af samarbejdsmodellen har ført til betydelige organisatoriske resultater i kommuner og regioner. Når den integrerede indsats sammenlignes med den praksis, der gjorde sig gældende forud for implementeringen, ses en positiv udvikling i indholdet og kvaliteten af den indsats, regionerne og kommunerne kan tilbyde borgere med både

sindslidelse og misbrug. Samarbejdet mellem sektorerne er styrket, arbejdet med borgerforløbene finder i højere grad sted på basis af drøftelser mellem forskellige faglige perspektiver på de to lidelser, og både borgere, samarbejdspartnere og medarbejdere i de tværfaglige teams har en overvejende positiv oplevelse af den indsats, som er blevet leveret.

I forlængelse af implementeringsevalueringen må det samtidig konkluderes, de organisatoriske resultater i højere grad indikerer en koordineret, tværsektoriel indsats end egentligt integrerede forløb, som leveres i fællesskab med blik for samspillet mellem borgernes lidelser og for de gensidige afhængigheder og synergier imellem støtte- og behandlingsindsatser. Projektet har således i høj grad formået at bygge bro mellem sektorerne, men der er fortsat tale om adskilte organisatoriske enheder, som teammedarbejderne skal navigere i og forsøge at få til at arbejde sammen. I dette lys er det dog vigtigt at understrege, at den koordination og fleksibilitet, som projekterne har formået at skabe i de to sektorer, er udtryk for en særdeles vigtig udvikling i tilgangen til målgruppen, som kommer en særligt udsat gruppe borgere til gavn.

Konklusionerne og erfaringerne fra evalueringen af modellens organisatoriske resultater giver anledning til en række anbefalinger i forhold til kommunernes og regionernes fremadrettede arbejde med at anvende modellen for en integreret indsats:

- Evalueringen indikerer, at der kan være potentiale for at opnå en højere grad af integration, hvis der arbejdes på at **forankre redskaberne** endnu dybere i praksis. Kommuner og regioner anvender i vid udstrækning redskaberne som en ramme for det tværsektorielle arbejde, men evalueringen indikerer, at der i mindre grad er fokus på at anvende principperne i modellen, og dermed sikre fokus på opnåelse af en tværfaglig problemforståelse og en integreret tilrettelæggelse af indsatser.
- Der kan ligeledes være potentiale forbundet med i højere grad at sikre en fast fælles forankring af teamet, som understøtter en uformel **daglig sparring** på tværs af fagligheder og sektorer.
- Evalueringen viser, at der med fordel fremadrettet kan være fokus på at sikre, at ansvaret for **tovholderfunktionen** er klart placeret og prioriteret. Det er afgørende for smidigheden og kontinuiteten i det tværsektorielle samarbejde, at der i den integrerede indsats indgår en særlig funktion med særligt ansvar for at sikre integrationen af teamets arbejde samt for at sikre den tværfaglige refleksion og løbende opfølgning på det tværfaglige arbejde i teamet.
- For i endnu højere grad at realisere de organisatoriske resultater anbefales det, at kommuner og regioner i højere grad prioriterer forankringen af den integrerede indsats hos en **tværsektoriel ledelse**. Dette for at sikre, at ledelsen kan påtage sig en mere aktiv rolle i styringen og opfølgningen på indsatsen. Konkret kan ledelsen med fordel anvende

de lokale forandringsteorier som styringsredskab og til løbende justering af indsatsen.

I hvilket omfang har de borgere, som har fået støtte igennem den integrerede indsats, fået det bedre?

Evalueringen viser tidlige indikationer på, at den integrerede indsats bidrager til at skabe en positiv udvikling hos borgerne. Den mest tydelige udvikling ses i forhold til motivationsniveau, som er en af de mest umiddelbare resultater af den indsats, borgerne modtager. Den positive udvikling blandt borgerne med hensyn til motivationsniveau er vigtig, fordi borgerens motivation for behandling er helt afgørende for udsigten til bedring. Der er i forlængelse heraf positivt, at der også kan konstateres en begyndende udvikling blandt borgerne med hensyn til en af de mere langsigtede resultater af indsatsen, nemlig borgernes funktionsniveau. Endelig oplever borgerne også, at indsatsen har bidraget til at realisere evalueringens mest langsigtede målsætninger om at hjælpe borgerne til kontrol og selvstændighed.

I lyset af målgruppens komplekse problemer, og ofte langvarige behandlingsbehov er det positivt, at der allerede på det relativt korte sigt kan konstateres positive forandringer. Dette underbygges yderligere af norske erfaringer med at afprøve en lignende tværfaglig indsats for målgruppen, idet de norske borgere over 24 måneder opnåede en positiv, men relativt begrænset, udvikling med hensyn til funktionsniveau.⁸

Konklusionerne og erfaringerne fra evalueringen af modellens resultater for borgerne giver anledning til en række fremadrettede anbefalinger i forhold til det fremadrettede arbejde med og udvikling af modellen:

- For i endnu højere grad at understøtte den integrerede indsats bidrag til borgernes recovery kan der med fordel ske en mere tydelig og **strategisk anvendelse af den motivationsbaserede tilgang**, både i vurderingen af borgernes behov og i valget af faktiske indsatser.
- Det har ikke været indenfor rammerne af evalueringen at udarbejde en **business case** for anvendelsen af en integreret indsats. En sådan business case er dog blevet efterspurgt på styregruppeniveau i nogle projekter. Den integrerede indsats vil sandsynligvis på kort sigt medføre øgede omkostninger, idet nye støttekrævende borgere opspores på kort sigt, mens bedring hos borgerne først ses på længere sigt. En analyse af omkostninger og gevinster på længere sigt vil således kunne indikere, om den integrerede indsats er en god investering, sammenlignet med andre indsatser for målgruppen. For at foretage denne analyse kræves det dog, at det eksisterende datagrundlag suppleres på en række punkter:

⁸ Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (2014). Uprøvning av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene?

- En forudsætning for udarbejdelsen af en business case for den integrerede indsats vil være en opgørelse af omkostningerne forbundet med at levere en integreret indsats for borgerne. Der kan med fordel udvikles en model for, hvordan en sådan opgørelse kan foretages ensartet på tværs af kommuner og regioner.
- Eksisterende viden om resultaterne for borgerne kan suppleres ved fortsatte registreringer af motivationsniveau og funktionsniveau. Dette vil give mulighed for at identificere de mere langsigtede gevinster for borgerne ved den integrerede indsats.
- Der kan med fordel sikres et styrket grundlag for den faglige vurdering af borgernes misbrugsomfang, både metodisk og i praksis for herigennem at generere pålidelige og valide data angående udviklingen i borgernes misbrug.
- Registrering af, hvilke indsatser borgerne modtager, og omfanget af disse indsatser, vil give grundlag for at vurdere, hvilke indsatser eller kombinationer af indsatser som bedst sikrer, at den integrerede indsats skaber bedring hos borgerne.
- Endelig vil indsamling af viden om omkostninger ved og resultater af de indsatser, som andre borgere i målgruppen typisk modtager, muliggøre en vurdering af, om den integrerede indsats er en god investering, fra et økonomisk såvel som et recovery-orienteret perspektiv.

Bilag 1: Implementeringsbarometer – kriterier for skalapunkter

I tabellen vises kriterierne for projekternes vurdering af implementeringsgrad på implementeringsbarometerets dimensioner.

	1 (ikke implementeret)	2	3	4	5 (fuldt implementeret)
1. Identifikation af borgere med dobbeltdiagnose	Ingen systematisk tilgang til at identificere borgere med dobbeltdiagnose.	Borgere bliver vurderet for dobbeltdiagnoseproblemer, når der er mistanke om misbrug/sindslidelse. Vurderingen er dog ikke systematisk.	Borgere bliver vurderet for dobbeltdiagnoseproblemer, når der er mistanke om misbrug/sindslidelse. Vurderingen er systematisk.	Borgere bliver systematisk vurderet for dobbeltdiagnoseproblemer, når der er mistanke om misbrug/sindslidelse. Borgerne henvises dog ikke systematisk til det tværfaglige team.	Borgere bliver systematisk vurderet for dobbeltdiagnoseproblemer, når der er mistanke om misbrug/sindslidelse. Borgerne henvises systematisk til det tværfaglige team.
2. Behandling/støtte til opsporede borgere	Medarbejderne i det tværfaglige team behandler/giver støtte til færre end 25 procent af de opsporede borgere.	Medarbejderne i det tværfaglige team behandler/giver støtte til 25-49 procent af de opsporede borgere.	Medarbejderne i det tværfaglige team behandler/giver støtte til 50-69 procent af de opsporede borgere.	Medarbejderne i det tværfaglige team behandler/giver støtte til 70-89 procent af de opsporede borgere.	Medarbejderne i det tværfaglige team behandler/giver støtte til 90 procent eller flere af de opsporede borgere.
3a. Er der lavet udredning?	Der er gennemført en udredning for under 25 procent af borgerne i projektet.	Der er gennemført en udredning for 25-50 procent af borgerne i projektet.	Der er gennemført en udredning for 51-75 procent af borgerne i projektet.	Der er gennemført en udredning for 76-95 procent af borgerne i projektet.	Der er gennemført en udredning for 100 procent af borgerne i projektet.
3b. Er der lavet helhedsorienteret udredning?	Under 25 procent af udredningerne er helhedsorienterede.	25-50 procent af udredningerne er helhedsorienterede.	51-75 procent af udredningerne er helhedsorienterede.	76-95 procent af udredningerne er helhedsorienterede.	Over 95 procent af udredningerne er helhedsorienterede.
4a. Er der lavet handleplaner?	Der er lavet handleplaner for under 25 procent af borgerne i projektet.	Der er lavet handleplaner for 25-50 procent af borgerne i projektet.	Der er lavet handleplaner for 50-75 procent af borgerne i projektet.	Der er lavet handleplaner for 75-90 procent af borgerne i projektet.	Der er lavet handleplaner for alle borgere.
4b. Er der lavet integrerede handleplaner?	Under 25 procent af handleplanerne er integrerede.	25-50 procent af handleplanerne er integrerede.	51-75 procent af handleplanerne er integrerede.	76-95 procent af handleplanerne er integrerede.	Over 95 procent af handleplanerne er integrerede.
5. Integrerede indsatser	Der er for under 25 procent af borgerne i projektet iværksat indsatser med fokus på kun den ene lidelse.	Der er for 25-75 procent af borgerne i projektet iværksat indsatser rettet mod både sindslidelse og misbrug. Overvejende er der dog ingen integration mellem indsatserne.	Der er for 25-75 procent af borgerne i projektet iværksat indsatser rettet mod både sindslidelse og misbrug. Der er overvejende integration mellem indsatserne.	Der er for over 75 procent af borgerne i projektet iværksat indsatser rettet mod både sindslidelse og misbrug. Overvejende er der dog ingen integration mellem indsatserne.	Der er for over 75 procent af borgerne i projekterne iværksat en integreret indsats rettet mod både sindslidelse og misbrug.
6. Integrerede kriseplaner	Færre end 25 procent af borgerne i projektet har en nedskrevet kriseplan for begge lidelser.	25-79 procent af borgerne i projektet har en nedskrevet kriseplan for mindst den ene lidelse.	Der forefindes kriseplaner for 80 procent af borgerne i projektet, men planerne fokuserer i under 25 procent af tilfældene på begge lidelser.	Der forefindes kriseplaner for 80 procent af borgerne i projektet, og i 25-70 procent af tilfældene fokuserer planerne på begge lidelser.	Der forefindes kriseplaner for mindst 80 procent af borgerne i projektet, og i mindst 70 procent af tilfældene fokuserer planerne på begge lidelser.

	1 (ikke implementeret)	2	3	4	5 (fuldt implementeret)
7. Opsøgende tilgang (dvs. besøg dér, hvor borgeren opholder sig)	Der bliver ikke udført opsøgende arbejde.	Opsøgende arbejde udføres i begrænset omfang.	Opsøgende arbejde udføres i begrænset omfang, og hvis borgers medicin og symptomer skal monitoreres.	Opsøgende arbejde udføres i begrænset omfang, hvis borgerens medicin og symptomer skal monitoreres, og hvis der er behov for at tilse borgerens basale behov (mad, tøj, herberg).	Udover de øvrige specificerede formål udføres det opsøgende arbejde for at udvikle og opretholde en relation og motivere borgeren til selv at opsøge teamet.
8a. Involvering af netværk	Færre end 20 procent af personerne i borgers netværk involveres i arbejdet med borgeren.	20-39 procent af personerne i borgers netværk involveres i arbejdet med borgeren.	40-59 procent af personerne i borgers netværk involveres i arbejdet med borgeren.	60 procent eller flere af personerne i borgers netværk involveres i arbejdet med borgeren. Involveringen af netværket udføres ikke på en systematisk og ensartet måde.	60 procent eller flere af personerne i borgers netværk involveres i arbejdet med borgeren. Involveringen af netværket udføres på en systematisk og ensartet måde.
8b. Tilbud til netværk	Færre end 20 procent af personerne i borgers netværk modtager netværkstilbud.	20-39 procent af personerne i borgers netværk modtager netværkstilbud.	40-59 procent af personerne i borgers netværk modtager netværkstilbud.	60 procent eller flere af personerne i borgers netværk modtager netværkstilbud. Arbejdet med netværket udføres ikke på en systematisk og ensartet måde.	60 procent eller flere af personerne i borgers netværk modtager netværkstilbud. Arbejdet med netværket udføres på en systematisk og ensartet måde.
9. Motivationsbaseret tilgang	Indsatser i strid med motivationstrin.	Nogle (under 40 procent) af indsatserne er i overensstemmelse med borgernes motivationstrin.	Mange (40-59 procent) af indsatserne er i overensstemmelse med borgernes motivationstrin.	De fleste (60-79 procent) af indsatserne er i overensstemmelse med borgernes motivationstrin.	De fleste (80 procent eller flere) af indsatserne er i overensstemmelse med borgernes motivationstrin.

Bilag 2: Metodebeskrivelse for resultatevaluering

I dette bilag beskrives en række metodiske forhold bag evalueringen.

I bilaget indgår beskrivelse og drøftelse af følgende metodiske forhold:

- Det anvendte design for vurdering af resultater for borgerne.
- Datagrundlaget for progressionsanalysen.
- Beregningsmetode for progressionsanalysen.
- Svarprocenter i de gennemførte surveys.

Metodedesign for evaluering af resultater for borgerne

Evalueringen af resultaterne for borgerne i den integrerede indsats baserer sig på tidsseriedata for det enkelte borgerforløb, der anvendes til at beregne den enkelte borgers udvikling igennem forløbet. Evalueringen af resultaterne for borgerne er altså ikke tilrettelagt som et kontrolleret kontrolgrupperforsøg og indebærer således ikke en statistisk effektmåling. Det betyder, at evalueringen ikke kan udgøre et grundlag for at vurdere, om den integrerede indsats skaber bedre resultater for borgerne end andre tiltag overfor målgruppen, og ikke kan påvise, om tilsvarende resultater ville gøre sig gældende for andre borgere i målgruppen, hvis de modtog en integreret indsats.

Det anvendte design kan dog anvendes til at vurdere, i hvilket omfang de borgere, der faktisk har modtaget en integreret indsats, har opnået en forbedring som følge heraf. Evalueringen baserer sig på tidsseriedata indsamlet over en toårig periode for de borgere, der er indgået i projektet. Der er med tre måneders mellemrum indsamlet data angående henholdsvis motivationsniveau, misbrugsomfang og funktionsniveau for disse borgere. Registreringerne er foretaget ud fra anerkendte og afprøvede faglige metoder og er gennemført af medarbejdere, der er uddannet til at foretage disse faglige vurderinger.

At den udvikling, der kan konstateres i borgernes forløb, kan tilskrives den integrerede indsats bunder i tre forhold:

- Der er tale om en målgruppe, der grundet dens meget komplekse problemstillinger ofte ikke vil udvikle sig positivt uden støtte og behandling.

Det vil således være mindre sandsynligt, at en positiv udvikling blandt borgerne, der modtager en integrerede indsats, ville være opstået uden indsatsen.

- De fleste af borgernes primære støtte- og behandlingsindsatser vil indgå som del af projektet, idet den integrerede indsats netop har til formål at samle indsatserne på tværs af sektorer. Dette minimerer risikoen for, at borgerens udvikling påvirkes af andre behandlingsforløb end dem, der indgår i projektet.
- Beregningsmetoden for borgernes progression tager højde for svingningerne i borgernes sygdomstilstand ved at analysere den generelle tendens i det enkelte forløb. Dette minimerer risikoen for, at en forbedring er udtryk for en tilfældig variation i borgernes sygdomsforløb.

Selvom denne progressionsanalyse således ikke kan påvise en direkte sammenhæng mellem den integrerede indsats og den identificerede udvikling hos borgerne, er den af disse årsager et rimeligt grundlag for at vurdere indsatsens resultat for borgerne.

Resten af bilaget giver et indblik i metoden og beregningen bag de resultater, der præsenteres i kapitel 4.

Datagrundlag for progressionsmåling

Evalueringen af resultaterne for borgerne i den integrerede indsats baseres primært på projekternes løbende monitorering af borgernes udvikling. Projekterne har hver tredje måned foretaget en række registreringer for den enkelte borger, herunder af:

- Borgerens motivationsniveau med hensyn til misbrug.
- Borgerens motivationsniveau med hensyn til sindslidelse.
- Borgerens funktionsniveau med hensyn til:
 - Fysisk funktionsnedsættelse
 - Psykisk funktionsnedsættelse
 - Socialt problem
 - Praktiske opgaver i hjemmet
 - Egenomsorg
 - Mobilitet
 - Kommunikation
 - Samfundsliv
 - Socialt liv
 - Sundhed.
- Borgerens samlede funktionsniveau

Projekterne har i videst muligt omfang registreret data for alle borgere på alle disse parametre med tremåneders intervaller i afprøvningsperioden. Omfanget af det datagrundlag, som projekternes registreringer har tilvejebragt, vises i tabel 5.

Tabel 5. Datagrundlag for resultatevaluering

	Antal borgere
Motivationsniveau: misbrug	68
Motivationsniveau: sindslidelse	70
Samlet funktionsvurdering	59

Tabellen viser for det første, at resultatevalueringen baserer sig på et udsnit af de 101 borgere, der er indgået i projektet. Dette skyldes, at det for dette udsnits vedkommende er muligt at følge deres udvikling, idet der er foretaget mindst to dataregistreringer under deres forløb. Derudover ses det af tabellen, at der er indsamlet data på udviklingen i flere borgeres motivationsniveau end i deres funktionsniveau. Dette skyldes, at motivationen typisk er blevet vurderet allerede i første fase af arbejdet med borgerne, mens funktionsvurderingen ofte først har kunnet foretages længere henne i forløbet. Herudover har det til tider været vanskeligt at foretage registreringer for alle borgere på alle parametre, blandt andet fordi det ikke har været muligt at få kontakt til enkelte borgere i forbindelse med monitoreringen.

Disse variationer i registreringerne for det enkelte mål og de enkelte borgere betyder, at N varierer gennem analysen.

Der er i forbindelse med evalueringen indsamlet data om borgernes misbrugsomfang, idet reduktion af misbruget er et vigtigt formål med det motiverende arbejde og en af de faktorer, der kan bidrage til et stigende funktionsniveau. Borgernes egen vurdering af deres misbrugsomfang har dog haft stor indflydelse på vurderingen, hvilket reflekteres i datagrundlaget, ved at omkring halvdelen af borgerne er blevet vurderet som misbrugsfri. Projekterne selv og den faglige følgegruppe for Projekt integreret indsats vurderer ikke, at dette giver et retvisende billede af målgruppen, hvorfor en analyse af udviklingen i borgernes misbrugsomfang ikke indgår i analysen. Det betyder, at analysen ikke kan afdække en af de væsentlige hypoteser angående indsatsens resultater.

Beregning af progression

En væsentlig del af resultatevalueringen udgøres af en analyse af borgernes udvikling på basis af de data angående motivationsniveau og funktionsniveau, der blev præsenteret ovenfor. I dette afsnit beskrives, hvordan der ud fra datagrundlaget er foretaget en progressionsberegning.

Som beskrevet har der været udskiftning af borgere igennem afprøvningsperioden. Der er altså tale om forskudte borgerforløb med individuelle start- og sluttidspunkter og forskellige varigheder. Af disse årsager kan udviklingen

hos borgerne ikke vurderes ud fra en simpel status ved begyndelsen og afslutningen af afprøvningsperioden.

Et indledende overblik over, hvordan borgerne har udviklet sig, gives i stedet ved en fordeling af borgerne ved begyndelsen og slutningen af deres individuelle forløb.

På grund af målgruppens tendens til meget svingende sygdomsforløb er en sådan simpel sammenligning mellem start- og slutmålinger ikke nok i sig selv. En af eller begge disse målinger kan være udtryk for, at registreringen er foretaget på en særlig god eller særlig dårlig dag for borgeren. For at undgå, at enkelte datapunkter uforholdsmæssigt påvirker vurderingen af progression, foretages der i stedet en beregning af den samlede tendens i det enkelte borgerforløb.

Udviklingen i det enkelte borgerforløb udtrykkes således ved hældningen på den lige linje, der bedst beskriver variationen i forløbet, jf. figur 61. I det viste eksempel er linjens hældning 0,33, hvilket betyder, at borgerens udvikling kan siges at have svaret til 0,33 trin på skalaen (her for motivationsniveau fra 1 til 8) over en periode på tre måneder.

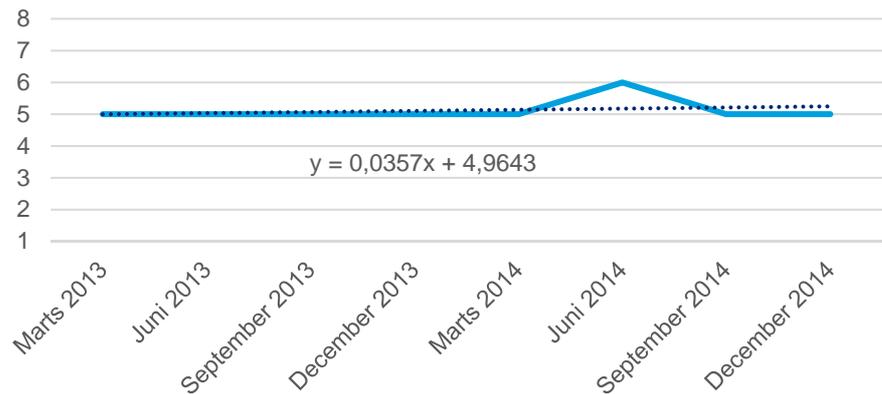
Figur 61. Eksempel på borgerforløb og tendens



Hældningen giver således et standardiseret mål for progression på tværs af borgere, der er uafhængigt af varigheden af det enkelte forløb.

Med dette mål for progression må der imidlertid tages højde for, at ikke alle positive eller negative hældninger udtrykker en egentlig udvikling. I figur 62 ses et eksempel på et borgerforløb, hvor der ikke er tale om en egentlig positiv udvikling, selvom hældningen på tendenslinjen er positiv.

Figur 62. Eksempel på borgerforløb uden udvikling



For at sikre, at forløb af denne type analyseres som forløb uden udvikling, tilføjes et kriterie for, hvor stor en positiv eller negativ udvikling skal være for at blive klassificeret som sådan. For at indgå som en egentlig udvikling skal hældningen angive en forandring, der svarer til, at borgeren over en toårig periode (svarende til afprøvningsperioden) udvikler sig mindst ét trin på den givne skala. Da der er foretaget målinger med tre måneders mellemrum, svarer to år til otte datapunkter, hvilket vil sige, at ét trin på skalaen over to år svarer til en ottendedel, altså 0,125. Et borgerforløb har således en positiv udvikling, hvis hældningen er større end 0,125, og en negativ udvikling, hvis hældningen er lavere end -0,125. Dette kriterie er valgt for fortsat at kunne opfange den relativt langsomme udvikling, der må forventes hos målgruppen.

Svarprocenter i surveys

Survey blandt medarbejdere	Antal respondenter	Antal besvarelser	Svarprocent
September 2013	37	30	81 %
Marts 2014	37	29	78 %
September 2014	26	26	100 %
Survey blandt borgere	Antal respondenter ⁹	Antal besvarelser	Svarprocent
September 2013	60	28	47 %
Marts 2014	59	34	58 %
September 2014	55	36	65 %
Survey blandt samarbejdspartnere	Antal respondenter	Antal besvarelser	Svarprocent
Marts 2014	224	156	70 %
September 2014	151	107	71 %

⁹ Idet projekterne selv har administreret uddelingen af spørgeskemaet, eksisterer der ikke tal på, hvor mange borgere der er blevet opfordret til at deltage. Antallet af respondenter er derfor opgjøret som det samlede antal borgere, der fik behandling af de tværfaglige team på det pågældende tidspunkt, jf. projekternes nøgletalsindberetninger.

Bilag 3: Målgruppebeskrivelse

Bilaget beskriver en række forhold angående målgruppen for den integrerede indsats, herunder målgruppens omfang, afgrænsning af projektets målgruppe og variation i målgruppen i de fire projekter.

Målgruppens omfang

Omfanget i Danmark af målgruppen af sindslidende med misbrug er vanskelig at afdække, blandt andet fordi der er store mørketal med hensyn til både sindslidelse og misbrug, fordi hverken kommuner eller regioner i nogle tilfælde kender begge lidelser, og fordi der er begrænsninger på muligheden for at samkøre oplysninger om borgerne fra de to sektorer.

Selvom der på landsplan findes en række mere eller mindre sikre estimater af målgruppens omfang, har det ikke i projektet været muligt at estimere omfanget af målgruppen i de fire projektkommuner, der varierer betydeligt med hensyn til både geografi og demografi.

Der er derfor ikke grundlag i evalueringen for at vurdere, hvor stor en del af den samlede målgruppe den integrerede indsats er nået ud til i løbet af afprøvningsperioden.

Afgrænsning af projektets målgruppe

Den helt overordnede målgruppe, der er defineret af Socialstyrelsen som ramme for projektet, er borgere med dobbeltdiagnose, der som følge heraf har svære problemer. Målgruppen defineres altså overordnet ved to sæt inklusionskriterier som vist i figur 63.

Figur 63. Overordnede inklusionskriterier



Borgere i målgruppen har således først og fremmest en psykisk lidelse og et samtidigt misbrug. Kriteriet om en psykisk lidelse er ikke forankret i et foruddefineret sæt diagnoser. Dette skyldes for det første, at en vigtig del af formålet med arbejdet i den integrerede indsats er at opspore og behandle borgere, der ikke tidligere er diagnosticeret. For det andet skyldes det, at typen af psykisk lidelse i nogle tilfælde er mindre afgørende for behovet for en integreret indsats end graden af funktionsnedsættelsen.

Det andet inklusionskriterie specificerer altså kriteriet om den dobbelte problematik ved at inkludere borgere, der har svære eller massive problemstillinger. Dette er i projekterne operationaliseret ved brug af funktionsvurderingen gennem Voksenudredningsmetoden. Dette kriterie betyder, at selvom der har været fokus på skizofreni, psykoser og tilsvarende svære sindslidelser, har en borger med eksempelvis angst, depression eller OCD kunnet indgå i projektet, hvis lidelsen medfører et meget lavt funktionsniveau.

De to inklusionskriterier har således efterladt rum for, at projekterne kunne foretage en konkret vurdering af, hvilke borgere der forventelig vil kunne have gavn af støtte fra det tværfaglige team.

Variation i målgruppen i de fire projekter

Den konkrete udmøntning af denne målgruppeafgrænsning har været anderledes i projektet i Hedensted/Region Midtjylland. Det skyldes, at Hedensted Kommune er en lille kommune med et relativt lille antal borgere i målgruppen. Samtidig var der forud for projektet iværksat foranstaltninger for at sikre den tværsektorielle koordination i forhold til allerede diagnosticerede borgere.

For at sikre det fornødne indtag af borgere i projektet blev målgruppen derfor udvidet til at fokusere på borgere, der i kraft af en dobbelt belastning har en massiv funktionsnedsættelse. Det betyder, at borgere i Hedensted, der modtager støtte af det tværfaglige team, kan have lidt mindre omfattende psykiske problemer end borgere i de andre projekter.

Om Deloitte

Deloitte leverer ydelser indenfor revision, skat, consulting og financial advisory til både offentlige og private virksomheder i en lang række brancher. Vores globale netværk med medlemsfirmaer i mere end 150 lande sikrer, at vi kan stille stærke kompetencer til rådighed og yde service af højeste kvalitet, når vi skal hjælpe vores kunder med at løse deres mest komplekse forretningsmæssige udfordringer. Deloitte's cirka 210.000 medarbejdere arbejder målrettet efter at sætte den højeste standard.

Deloitte Touche Tohmatsu Limited

Deloitte er en betegnelse for Deloitte Touche Tohmatsu Limited, der er et britisk selskab med begrænset ansvar, og dets netværk af medlemsfirmaer. Hvert medlemsfirma udgør en separat og uafhængig juridisk enhed. Vi henviser til www.deloitte.com/about for en udførlig beskrivelse af den juridiske struktur i Deloitte Touche Tohmatsu Limited og dets medlemsfirmaer.