

Anna Paldam Folker, Mette Marie Kristensen,
Ida Nielsen Sølvhøj, Sara Flint,
Amalie Oxholm Kusier & Morten Hulvej Rod

Sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser

Analyse af personcases, oplevelser
og evalueringer

Sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser

Analyse af personcases, oplevelser og
evalueringer

Anna Paldam Folker, Mette Marie Kristensen,
Ida Nielsen Sølvhøj, Sara Flint, Amalie Oxholm
Kusier & Morten Hulvej Rod

Copyright © 2017
Statens Institut for Folkesundhed,
Syddansk Universitet

Grafisk design: Trefold

Uddrag, herunder figurer og tabeller, er tilladt
mod tydelig gengivelse. Skrifter, der omtaler,
anmelder, citerer eller henviser til nærværende
publikation, bedes sendt til
Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk
Universitet.

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-354-0

Statens Institut for Folkesundhed
Øster Farimagsgade 5A, 2. sal
1353 København K
www.si-folkesundhed.dk

Rapporten kan downloades fra
www.si-folkesundhed.dk

Forord

Denne rapport præsenterer resultaterne af tre forskellige analyser af sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Hensigten er at bidrage med et nuanceret analysegrundlag omkring sammenhæng i indsatsen for borgere med længerevarende psykiske lidelser, der både har behov for en løbende behandlingsmæssig indsats og forskellige former for kommunal støtte.

Rapporten er udgivet af Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Den er udarbejdet for Sundheds- og Ældreministeriet som en del af analysegrundlaget til Udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, der i 2016 er nedsat af Regeringen, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner.

Vi vil gerne rette en stor tak til de 15 borgere, der har deltaget i undersøgelsen og generøst har bidraget med deres egne erfaringer og oplevelser.

Derudover har vi modtaget en række kritiske og konstruktive kommentarer til tidligere udgaver af rapporten. En særlig tak til seniorforsker og leder af Kompetencecenter for Doublettdiagnoser i Region Hovedstanden Katrine Schepelern Johansen, konsulent i Kommunernes Landsforening Tina Levysohn, Social- og Tilbudschef i Esbjerg Kommune Britta Martinsen og dr.med. og overlæge i Psykiatrifonden Per Vendsborg.

Vi vil også takke vores kolleger for hjælp i forbindelse med udarbejdelsen af rapporten; specielt professor Tine Tjørnhøj-Thomsen, som har kommenteret den kvalitative analyse, seniorforsker og statistiker Michael Davidsen, som har hjulpet os med at behandle data fra Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret og kommunikationskonsulent Stig Krøger Andersen, der har læst korrektur.



Morten Grønbæk, direktør,
Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Indhold

Resume	6
--------------	---

Kapitel 1	13
-----------------	----

Formål og baggrund	14
--------------------------	----

Introduktion 14

Formål 14

Baggrund 14

Læsevejledning 16

Kapitel 2	18
-----------------	----

Analyse af personcases	19
------------------------------	----

Introduktion 19

Metode 19

Resultater 22

Afrunding 53

Kapitel 3	54
-----------------	----

Analyse af borgernes oplevelser.....	55
---	----

Introduktion 55

Metode 55

Resultater 57

Afrunding 71

Kapitel 4	75
-----------------	----

Analyse af evalueringer.....	76
------------------------------	----

Introduktion 76

Metode 76

Resultater 78

Afrunding 98

Litteratur	102
------------------	-----

Bilag 1

Bilag 2

Resume

Utilstrækkelig sammenhæng mellem sektorer og fagområder i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser er en central samfundsmæssig udfordring. Dette blev påpeget i Psykiatriudvalgets rapport fra 2013, "En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser". I rapporten fra udvalget, som bestod af en bred kreds af aktører fra forskellige sektorer inden for psykiatriområdet, blev det understreget, at sammenhæng i indsatsen er et væsentligt middel til højere kvalitet og større effektivitet for mennesker med længerevarende psykiske lidelser, som har behov for løbende behandling og kommunal støtte.

Der nævnes følgende potentialer: større patientsikkerhed, færre genindlæggelser, bedre mulighed for at bevare en tilknytning til uddannelse og arbejdsmarked, øget brugertilfredshed, bedre mulighed for at inddrage brugere og pårørende samt bedre ressourceudnyttelse (Psykiatriudvalget 2013, bilagsrapport 1). Derudover fremhæver udvalget en række barrierer for sammenhæng baseret på danske og internationale erfaringsopsamlinger:

- Øget afstand mellem kommuner og den specialiserede psykiatriske behandling, samt manglende viden om, hvem der tager sig af hvilke patientgrupper.
- Manglende integration af praksissektoren i samarbejdet mellem den regionale psykiatri og kommunerne. Og manglende samarbejde på tværs af faglige søjler i kommunerne.
- Manglende IT-understøttelse af kommunikation på tværs af almen praksis, sygehuse og kommuner.
- Manglende kendskab til andre sektorer og fagområders lovgivning, samt ydelsesstruk-

turer der ikke understøtter koordination som en aktivitet.

- Manglende ledelsesmæssig prioritering af tværgående samarbejde og kulturforskelle i opfattelsen af professionel identitet og mål med indsatsen.

Denne rapport tager tråden op fra Psykiatriudvalgets arbejde om sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Rapporten præsenterer resultaterne af tre forskellige analyser af sammenhæng på psykiatriområdet. Rapporten er udarbejdet for Sundheds- og Ældreministeriet som en del af analysegrundlaget til Udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, der i 2016 er nedsat af Regeringen, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner.

Undersøgelsesspørgsmål

Rapportens tre analyser besvarer hver et overordnet undersøgelsesspørgsmål:

1. Hvor mange forskellige kontakter, indsatser og ydelser i det psykiatriske og kommunale system har 15 udvalgte borgere med mangeårig erfaring med psykiske lidelser været i berøring med inden for de seneste tre år?

Analysen er baseret på interviews med 15 borgere over 21 år (tabel 1, kapitel 2) samt udtræk på borgernes kontakter og indsatser fra kommunale sagsakter samt Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret.

2. Hvad spiller en rolle for, om mennesker med psykiske lidelser oplever sammenhæng i deres forløb? Hvad har særlig betydning for deres oplevelse af sammenhæng eller manglende sammenhæng?

Analysen er baseret på en tematisk, kvalitativ analyse af individuelle, semistrukturerede interviews med de 15 borgere, som bliver præsenteret i den første analyse.

3. Hvilke faktorer af betydning for sammenhæng i forløbet for mennesker med psykiske lidelser kan identificeres på tværs af evalueringer af 16 udvalgte sammenhængsprojekter, som er igangsat eller gennemført på psykiatriområdet siden 2009?

Analysen er baseret på en tematisk dokumentanalyse af projekternes evalueringer. De udvalgte sammenhængsprojekter vedrører børn og unge, voksne og dobbeltbelastede. De er alle finansieret af offentlige midler.

Rapporten går ikke ud fra et foruddefineret begreb om sammenhæng. I stedet søger den at identificere, hvilke tilgange til sammenhæng der er anvendt i allerede igangsatte eller gennemførte projekter, og hvilke faktorer for sammenhæng der har været arbejdet med i projekterne. Tilsvarende er informanterne ikke blevet bedt om at forholde sig til en bestemt forståelse af sammenhæng. I stedet har det været op til dem at sætte ord på, hvordan - og om - de oplever, at sammenhæng er vigtigt, samt hvilke aspekter af sammenhæng de oplever som betydningsfulde for et godt forløb.

Resultater

Analyserne peger helt overordnet på, at informanterne oplever at have mange kontakter og indsatser i det offentlige system. Analysen af personcases tegner et billede af, at borgerne modtager mange forskellige typer af indsatser og ydelser, og er i kontakt med mange forskellige fagpersoner inden for henholdsvis region, kommune og praksissektor, hvilket skaber en stor grad af kompleksitet. Det beskrives som en stor udfordring at finde rundt i systemet, blandt andet fordi faglige skel og sektoropdelinger ikke umiddelbart giver mening i et perspektiv, der handler om at få hverdagen til at fungere og om at forme den bedst mulige tilværelse med en længerevarende psykisk lidelse i bagagen. Sammenhæng for borgerne er dermed ikke kun knyttet til kontinuitet og glidende overgange mellem sektorer og fagpersoner. Sammenhæng vedrører også integration af den psykiatriske indsats i tilværelsen mere generelt og i borgernes mulighed for at opretholde en

selvopfattelse som subjekter, der har noget relevant at bidrage med på arbejdsmarkedet og i samfundsfællesskabet.

Denne viden udgør et supplement til den læring om sammenhæng, der kan udledes fra offentlige sammenhængsprojekter. Disse har haft deres primære fokus på at skabe sammenhæng i borgerforløb via fælles faglighed, bedre kommunikation, samarbejde på tværs af sektorer og tiltag med justerede økonomiske og organisatoriske rammer, der bryder med sektoropdelingen. I det følgende beskriver vi de vigtigste resultater fra henholdsvis analysen af borgernes oplevelser af sammenhæng og analysen af evalueringer af sammenhængsprojekter.

Analysen af borgernes oplevelser af sammenhæng

Analysen identificerer, hvad der spiller en rolle for, at borgerne oplever sammenhæng i deres forløb. Det drejer sig om fire dimensioner af sammenhæng, der alle har betydning for informanternes overordnede oplevelse af et sammenhængende forløb: en systemisk dimension, en relationel dimension, en samfundsmæssig dimension og en eksistentiel dimension (figur 1, kapitel 3).

Den systemiske dimension

Den mest omfattende dimension knytter sig til muligheden for at kunne finde rundt i det regionale og kommunale system. Det dominerende tema vedrører oplevelsen af at kunne få hjælp til at navigere via én eller flere kontaktpersoner. Informanterne beskriver det som vigtigt at have én kontaktperson, fx en bostøtte, en støttekontaktperson eller en kontaktperson i distriktskykiatrien, der kan vejlede dem i at navigere i det offentlige system. Mange ser kontaktpersonen som en "forlænget arm" til systemet, der har overblik over eksisterende tilbud og kan indtage rollen som koordinator mellem indsatser og andre kontakter. Flere oplever det samtidig som en udfordring, at kontaktpersonerne primært skaber sammenhæng inden for de enkelte sektorer snarere end på tværs. Det er ikke alle informanter, der op-

lever at få den ønskede støtte fra en kontaktperson. De oplever i stedet at stå alene, og at de selv må agere bindeled mellem de forskellige sektorer, hvilket de beskriver som en uoverkommelig opgave.

Derudover er der tre områder, hvor navigationen opleves som særlig vanskelig og dermed udfordrer oplevelsen af sammenhæng i systemet. Det første er kontakten til jobcenteret, hvor mange skift af sagsbehandlere og flere sagsbehandlere på én gang medvirker til oplevelsen af forvirring. Flere beskriver, hvordan de som konsekvens distancerer sig fra beskæftigelsesindsatsen og kan have svært ved at se meningen med de beskæftigelsesrettede tilbud. Det er også en gennemgående oplevelse, at der ikke bliver taget hensyn til deres psykiske lidelse, og at sagsbehandlerne ikke har forståelse for, at de ikke har samme ressourcer og overskud som andre.

Det andet område er manglende sammenhæng ved udskrivesituationer og overgange mellem sektorer. Nogle oplever, at de ikke bliver grebet af hverken kommune eller distriktpsychiatri, når de udskrives. Flere informanter oplever, at indlæggelsestiden er blevet kortere, og at udskrivelsen sker hurtigere end tidligere, hvilket øger behovet for hjælp til at finde rundt i systemet, da de oplever at være mindre "klar til virkeligheden" ved udskrivelse.

Det tredje vanskelige område omkring sammenhæng i systemet vedrører muligheden for få hjælp, når man også lider af en somatisk sygdom. Flere informanter har dårlige oplevelser i mødet med det somatiske system, hvor de både oplever, at det kan være svært at få adgang, fordi deres fysiske symptomer bliver mistolket som psykiske, men også at der ikke bliver taget højde for deres psykiske lidelse, når de er del af et somatisk behandlingsforløb. Dette kan undertiden resultere i modstridende budskaber og i konflikter mellem den fysiske og psykiske behandling under indlæggelser og i primærsektoren, hvilket skaber usikkerhed, da informanterne ikke selv ved, hvordan de skal bygge bro mellem instanserne.

Den relationelle dimension

Den relationelle dimension af sammenhæng drejer sig om at have kontakt med en gennemgående person, som borgerne har tillid til, og som kender deres historie. For at opnå en tillidsfuld relation opleves det som afgørende, at der bliver etableret en form for gensidigt, ligeværdigt forhold. Denne gensidighed bliver beskrevet som afgørende for, at informanterne oplever at blive mødt som mennesker, hvilket både har betydning for, at de kan tage imod støtte, og for, at de bliver motiveret til selv at tage initiativ til at få det bedre.

At kontaktpersonen har indsigt i deres sag, og at de ikke gentagne gange skal fortælle deres historie til nye ansigter, spiller også en stor rolle for relationen. Informanterne beskriver, hvordan det har stor betydning, hvis de oplever, at deres kontaktpersoner over tid får opbygget et indgående kendskab til dem, fordi de derved får bedre mulighed for at få den rette vejledning og støtte, og fordi det skaber tryghed og følelsen af at have et "sikkerhedsnet". Hyppige skift af kontakter i systemet betyder omvendt, at der skal skabes nye tillidsbånd, og at en indsats eller behandling kan gå i stå eller opleves at "gå to skridt tilbage", fordi en kontakt ikke alene er ny for borgeren, men måske også er ny i borgerens indsats.

Hyppige skift af kontaktpersoner kan både ske i forbindelse med nye forløb fx i regi af jobcenteret eller i overgangen fra en sektor til en anden. Det kan også ske i forbindelse med omorganisering af medarbejdere, eller hvis kontakterne skifter job. Der er dermed mange grunde til, at størsteparten af informanterne oplever, at de ofte må genfortælle deres historie og gøre rede for, hvilke forløb de har været igennem.

Den samfundsmæssige dimension

Den tredje dimension af sammenhæng er samfundsmæssig og handler om betydningen af at kunne deltage i samfundsfællesskabet og på arbejdsmarkedet. Hovedparten af informanterne sætter lighedstegn mellem deres position på arbejdsmarkedet og deres position i samfundet. De oplever at stå uden for samfundet, hvis de

ikke kan være en del af arbejdsmarkedet. De fleste har et stort ønske om at være i arbejde. For mange handler det både om, at de gerne vil bidrage til samfundet, og om at blive inkluderet i et fællesskab via en position på arbejdsmarkedet.

Samtidig beskriver flere informanter, som arbejder, eller har været i arbejde, at de ikke har oplevet, at en plads på arbejdsmarkedet har skabt den inklusion, som de havde håbet. De har fx oplevelsen af kun at få de opgaver, som ingen andre vil have, og flere beskriver det som en udfordring at indgå i det sociale fællesskab på arbejdspladsen, hvis de fx har nedsat tid og mindre tid på arbejdspladsen end deres kolleger. Drømmen om at arbejde kan dermed vise sig at være en tornet sti, hvor borgerne skal balancere mellem samfundets og deres egen interesse i at komme i arbejde og de faktiske realiteter på arbejdspladserne.

Et andet tema inden for den samfundsmæssige dimension af sammenhæng handler om, hvorvidt borgerne har et netværk og nogle personer, de kan spejle sig i. Langt de fleste informanter fortæller, at mange af dem, de kendte inden de blev syge, i dag er forsvundet ud af deres liv, og at de dermed har mistet store dele af deres netværk. Flere beskriver ensomhed som en velkendt følelse. Mange deltager i foreningsaktiviteter eller kommer på væresteder, hvor de oplever, at det er nemmere at skabe relationer og venskaber, fordi de andre er i samme situation som dem selv. Sådanne nye netværk bliver af flere oplevet som et vendepunkt, da de får mulighed for at indgå i samfundet på en ny måde og blive en del af et fællesskab, hvor de ikke skiller sig ud. Men de påpeger samtidig, at det er problematisk, at der løbende bliver større afstand mellem folk, der er syge, og folk, der er raske. En større integration mellem folk med og uden psykiske lidelser bliver efterspurgt på tværs af informanterne.

Den eksistentielle dimension

Den sidste dimension af sammenhæng er eksistentiel og knytter sig til en mere grundlæggende oplevelse af at have betydning og værdi. At

møde accept, anerkendelse og lydhørhed fra kontakter i systemet er afgørende for informanternes oplevelse af at blive taget alvorligt. Dette skildres samtidig som en stærk motiverende faktor for selv at gøre en indsats for at få det bedre. Nogle informanter beskriver, hvordan dårlige oplevelser med manglende lydhørhed kan have en tendens til at blive transformeret til en mere generel oplevelse af svigt fra systemets side, og at summen af gode eller dårlige oplevelser har en betydning for, hvorvidt det sker.

Et andet tema inden for den eksistentielle dimension vedrører behovet for at blive inddraget i eget forløb. Det opleves som meget vigtigt på tværs af informanter, at der ikke tages beslutninger hen over hovedet på dem, at de har mulighed for at indgå i samarbejdet om deres forløb, og at de kan genkende sig selv i officielle dokumenter som fx journalen.

Sidst beskriver informanterne, hvordan de kan opleve en grænse mellem "de syges verden" og "de raskes verden", som de kan have svært ved at krydse i en mere eksistentiel forstand. Dels fordi de oplever, at der er stigma og manglende viden om psykiske lidelser i de raskes verden, og dels fordi der eksisterer et sundhedsideal, som de kan have svært ved at leve op til, blandt andet som følge af bivirkninger i form af overvægt ved den medicinske behandling. I begge tilfælde kan det afstedkomme en grundlæggende oplevelse af ikke at høre til.

Analysen af evalueringer af sammenhængsprojekter

Analysen af evalueringer af de 16 offentlige sammenhængsprojekter identificerer to forskellige tilgange til at skabe sammenhæng henholdsvis "sammenhæng i systemet" og "sammenhæng omkring borgeren". Derudover har vi i materialet identificeret fem faktorer for sammenhæng, som er de mest fremtrædende, tværgående læringspunkter omkring sammenhæng fra projekterne, henholdsvis:

- Tværgående samarbejde
- Faglighed og kompetencer
- Kommunikation
- Organisering og rammer
- Borgerinddragelse

For specifikke læringspunkter, der særligt knytter sig til børne- og ungeområdet eller til indsatsen omkring dobbeltbelastede, henviser vi til de specifikke projektevalueringer (bilag 2).

To tilgange til sammenhæng

De to identificerede tilgange til sammenhæng består i to forskellige måder, hvorpå indsatsen til at skabe sammenhæng kan være udformet og organiseret på tværs af projekterne. Den ene tilgang, "sammenhæng i systemet", søger at skabe sammenhæng på tværs af sektorer, fx i form af tværsektorielt samarbejde mellem de aktører, der findes omkring borgerne. Den anden tilgang, "sammenhæng omkring borgeren", fokuserer i højere grad på at bygge indsatsen op omkring det enkelte borgerforløb fx i form af en koordinatorfunktion, der har ansvar for at integrere de indsatser, som borgerne modtager. De to tilgange udelukker ikke nødvendigvis hinanden, men har i praksis været anvendt som forskellige tilgange i projekterne.

Projekter, der arbejder med sammenhæng i systemet, har stort fokus på det tværgående - specielt det tværsektorielle - samarbejde. Etableringen af tværfaglige teams er et illustrativt eksempel på, hvordan projekter med tilgangen "sammenhæng i systemet" har udformet indsatsen. Tværfaglige teams har i sammensætning og form varieret fra projekt til projekt, men har alle taget udgangspunkt i at etablere en struktur for samarbejdet på tværs af fagligheder, og i mange tilfælde, på tværs af sektorer.

I projekter, der har benyttet sig af tværfaglige teams, har der typisk været fokus på at samle aktører omkring borgerforløb og på at udvikle en fælles tilgang til arbejdet med borgerne.

Dette er blandt andet søgt opnået gennem udvikling af fælles redskaber, gennem afholdelse af regelmæssige teammøder, og gennem systematiske drøftelser af borgerforløb med tilstedeværelse af både samarbejdsparter og borgerne selv.

I de tværfaglige teams er indsatsen i høj grad afhængig af, at alle relevante aktører indgår i samarbejdet. De primære udfordringer er derfor at få skabt nogle rammer om indsatsen, der muliggør dette rent logistisk og organisatorisk, ligesom indsatsen er afhængig af, at der på tværs af aktørerne kan etableres et fælles fagligt ståsted og en form for fælles samarbejdskultur.

Projekter, der primært har arbejdet med tilgangen "sammenhæng omkring borgeren", har blandt andet haft fokus på at udvikle en fælles behandlingsstrategi, sådan at borgeren ikke bliver mødt med forskellige, og måske i nogle tilfælde modstridende, tilgange til behandlingen. Etableringen af en koordinatorfunktion er et illustrativt eksempel på, hvordan projekter med denne tilgang har udformet indsatsen. Det overordnede formål med koordinatorfunktionen har været at tydeliggøre og placere ansvaret for uddeling af opgaver og spredning af information til relevante samarbejdspartnere. Koordinatoren har i mange indsatser varetaget den primære kontakt med borgeren, for dermed at reducere borgerens kontakter i systemet.

De projekter, der har benyttet sig af en koordinatorfunktion, har typisk haft fokus på at få skabt en klar afgrænsning af opgaver og ansvar, således at alle aktører omkring borgeren har en defineret funktion, som spiller sammen med de øvrige funktioner. Samtidig har fokus været på at samle koordineringen af de forskellige funktioner og aktører hos koordinatoren. Det har været en udfordring at få skabt plads og rum til at mødes på tværs af aktører og dermed at få skabt det fælles grundlag for at afgrænse funktioner og ansvarsområder. Det bliver også fremhævet som en udfordring, at dét at pålægge det primære ansvar for koordi-

nation af aktører og indsatser hos en enkelt aktør kan være med til at mindske ansvarsfølelsen hos øvrige aktører, samt at det for koordinatorer kan være en uoverskuelig opgave at koordinere indsatsen.

Fem tværgående faktorer for sammenhæng

I den tværgående analyse af evalueringer af sammenhængsprojekter har vi i materialet identificeret fem overordnede faktorer, som fremstår som de mest fremtrædende læringspunkter for bestræbelsen på at skabe sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser i projekterne (figur 4, kapitel 4). Faktorerne går på tværs af de to tilgange til sammenhæng i den forstand, at de er relevante for skabelsen af sammenhæng, uanset hvilken tilgang der er valgt. Hver faktor rummer en række specifikke læringspunkter, som henviser til erfaring og viden omkring aspekter af sammenhæng i forhold til netop denne faktor.

1. Tværgående samarbejde: Tværgående samarbejde er det mest dominerende tema i materialet og udgør dermed en kernefaktor for sammenhæng i indsatsen. Der er fire væsentlige læringspunkter omkring tværgående samarbejde i projekternes evalueringer:

- Det er vigtigt at få skabt en gensidig forståelse af, hvorfor andre faggrupper (og sektorer) handler, som de gør. Det skaber et godt udgangspunkt for samarbejde.
- Det kan være vigtigt at udvikle et fælles sprog for at begrænse ”kultursammenstød” og ubalance aktørerne imellem. Det gælder om at undgå, at der er et fagligt sprog, der dominerer, som alle ikke har samme forudsætninger for at beherske.
- Udvikling og anvendelse af fælles redskaber på tværs kan sikre faglig integration (fx udredning, funktionsbeskrivelser og handleaner).
- Det er vigtigt, at der er klare rammer for det tværgående samarbejde (fx samarbejdsaftaler) og en strategi for håndtering

af fravær af relevante aktører i samarbejdet om borgeren.

2. Faglighed og kompetence: Begge dele vedrører det tværgående samarbejde. Deling af fagspecifik viden om håndtering af målgruppen samt udvikling af fælles viden herom har i projekterne været afgørende for etableringen af sammenhæng. Der er to væsentlige læringspunkter omkring faglighed og kompetence i materialet:

- Det er vigtigt at sikre en balance mellem et behov for øget faglig specialisering af medarbejderne og deres mulighed for at kunne etablere et fælles tværfagligt udgangspunkt for samarbejde på tværs af fagligheder.
- Det er vigtigt med tværgående kompetenceudvikling (fx fælles undervisning) og systematisk videndeling på tværs af sektorer.

3. Kommunikation: Tværfaglig og tværsektoriel kommunikation, såvel som videndeling omkring indsatser på tværs, har været væsentlige faktorer i samtlige projekter, idet et fokus på sammenhæng i indsatsen stiller krav til både intern og ekstern kommunikation. Flere projekter har haft god erfaring med videndeling i det tværgående samarbejde. Det erfarer dog også i projekterne, at det kan være en udfordring og en omfattende opgave at sikre en bred og koordineret kommunikation omkring indsatsen; internt til aktører involveret i indsatsen, eksternt til aktører omkring indsatsen, og til borgeren som modtager af indsatsen. Der er tre væsentlige læringspunkter omkring kommunikation i projekternes evalueringer:

- Det er vigtigt at udvikle et fælles grundlag for kommunikation på tværs af sektorer, sådan at det sikres, at koordinatorer modtager alle relevante oplysninger og viden fra andre aktører. I tværsektorielle projekter har der ofte ikke været etablerede kommunikationskanaler at bygge på.
- Ved brug af tværfaglige teams er det vigtigt med en klar formidling af teamets formål

og ansvarsområde, sådan at det bliver klart for eksterne aktører og målgruppen, hvordan de kan bruge og komme i kontakt med teamet.

- Det er vigtigt, at relevante aktører afstemmer, hvordan den direkte kommunikation med borgeren skal foregå, hvem der varetager den, samt at der er en opmærksomhed på videndeling og kommunikation omkring borgerens overgange i systemet.

4. Organisering og rammer: Det fremgår af materialet, at både fysiske, organisatoriske og lovgivningsmæssige rammer er afgørende for etablering af sammenhæng i indsatsen. Der er tre væsentlige læringspunkter omkring organisering og rammer:

- Fælles fysiske rammer understøtter samarbejde, men er ikke en forudsætning for at skabe sammenhæng omkring borgeren. Det er derimod centralt, at der skabes et "neutralt rum", hvor relevante aktører kan mødes på lige fod.
- Lovmæssige eller formelle strukturer kan være en barriere for etableringen af tværsektorielle indsatser, fordi de kan indeholde bestemmelser, der trækker i forskellige retninger, fx omkring inddragelse, kvalitetssikring og finansiering af ydelser. Det er helt centralt, at det tværsektorielle samarbejde understøttes ledelsesmæssigt, fx i form af fælles ledelse og fælles økonomi.
- Der er både fordele og ulemper ved, at den primære kontakt til borgeren har formel myndighedskompetence til at træffe beslutninger vedrørende borgerens indsatser. Det kan være en fordel, når der skal træffes hurtige beslutninger, men en ulempe, hvis myndighedskompetencen kommer i forgrunden og skaber distance i relationen til borgeren.

5. Borgerinddragelse: Den femte og sidste faktor af betydning for arbejdet med at skabe sammenhæng, som vi har identificeret i mate-

rialet, vedrører borgerinddragelse. Nogle projekter har haft fokus på inddragelse af borgerne i indsatsen og har gjort sig erfaringer med at involvere borgerne i forbindelse med skabelsen af sammenhæng. Projekterne er gået til denne inddragelse på forskellig vis. Der er to overordnede erfaringer omkring borgerinddragelse:

- Der er gode erfaringer med at inddrage borgere og pårørende i tilrettelæggelse af borgernes forløb. Men det er vigtigt at overveje, hvordan inddragelse kan tilrettelægges, så den bliver til gavn for den enkelte person.
- Der er begrænset erfaring med inddragelse af borgere i selve udviklingen af indsatser og behov for flere forsøg og erfaringer på dette område.

Samlet viser henholdsvis analysen af borgernes oplevelser af sammenhæng og analysen af evalueringer af sammenhængsprojekter, at der på tværs af oplevelser og projekter er en række fælles erfaringer omkring sammenhæng, som kommende indsatser kan bygge på. Det fremgår klart, at der et langt stykke af vejen er samklang mellem borgernes oplevelser og systemets bestræbelse på at skabe sammenhæng i indsatsen. Begge analyser peger på betydningen af få, stabile kontakter omkring borgerene og fordelen ved at undgå brudte forløb i forbindelse med sektorovergange og tværfaglige indsatser. Derudover viser den kvalitative analyse, at der er en række andre dimensioner af sammenhæng, som også er betydningsfulde for borgernes oplevelse af et sammenhængende forløb. Det vil være væsentligt i højere grad at inddrage disse dimensioner i forbindelse med udformningen af fremtidige tiltag til at skabe sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser.

Kapitel 1

Formål og baggrund

Introduktion

Utilstrækkelig sammenhæng mellem sektorer og fagområder i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser er en central samfundsmæssig udfordring. Dette blev påpeget i Psykiatriudvalgets rapport fra 2013, "En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser". I rapporten fra udvalget, som bestod af en bred kreds af aktører fra forskellige sektorer inden for psykiatriområdet, blev det understreget, at sammenhæng i indsatsen er et væsentligt middel til højere kvalitet og større effektivitet for borgere med længerevarende psykiske lidelser, som har behov for en løbende behandlingsmæssig indsats og forskellige former for kommunal støtte.¹ Der nævnes følgende potentialer: større patientsikkerhed, færre genindlæggelser, bedre mulighed for at bevare en tilknytning til uddannelse og arbejdsmarked, øget brugertilfredshed, bedre mulighed for at inddrage brugere og pårørende samt bedre ressourceudnyttelse (Psykiatriudvalget 2013, bilagsrapport 1).

Formål

Denne rapport tager tråden op fra Psykiatriudvalgets arbejde om sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Rapporten præsenterer resultaterne af tre forskellige analyser af sammenhæng i psykiatrien. Målet med analyserne er at besvare tre overordnede undersøgelsesspørgsmål:

- Hvor mange forskellige kontakter, indsatser og ydelser i det psykiatriske og kommunale system har 15 udvalgte borgere

¹ Ifølge Psykiatriudvalgets bilagsrapport 1 findes der ikke præcise opgørelser af, hvor mange borgere med psykiske lidelser der har behov for flere samtidige indsatser fx på tværs af fagområder og/eller sektorer. Der henvises til data fra Rockwool Fonden om, at 1,6 procent af befolkningen har en svær og behandlingskrævende psykisk lidelse (Greve et al. 2012).

med psykiske lidelser været i berøring med inden for de seneste tre år?

- Hvad spiller en rolle for, om borgerne oplever sammenhæng i deres forløb? Hvad har særlig betydning for borgernes oplevelse af sammenhæng eller manglende sammenhæng?
- Hvilke faktorer af betydning for sammenhæng i forløbet for borgere med psykiske lidelser kan identificeres på tværs af evalueringer af 16 udvalgte sammenhængsprojekter, som er igangsat eller gennemført på psykiatriområdet siden 2009 for offentlige midler?

I analyserne er vi ikke gået ud fra et foruddefineret begreb om sammenhæng. I stedet søger vi at identificere, hvilke tilgange til sammenhæng der er anvendt i allerede igangsatte eller gennemførte projekter, og hvilke faktorer for sammenhæng der har været arbejdet med i projekterne. Tilsvarende er borgerne ikke blevet bedt om at forholde sig til en bestemt forståelse af sammenhæng. I stedet har det været op til dem at sætte ord på, hvordan - og om - de oplever, at sammenhæng er vigtigt, samt hvilke aspekter af sammenhæng de oplever som betydningsfulde for et godt forløb.

Baggrund

Psykiatriområdet har gennemgået en stor udvikling inden for de seneste årtier. En del af denne udvikling er fælles for hele sundhedsområdet, hvor den akutte og højspecialiserede behandling bliver centraliseret i regionale supersygehuse, mens den ambulante og rehabiliterende indsats bliver decentraliseret i kommuner og praksissektorer. Psykiske lidelser bliver i dag langt overvejende behandlet ambulant, og den rehabiliterende indsats foregår i borgernes nærmiljø og i primærsektoren. Dette kan blandt andet aflæses i en betydelig afkortning af indlæggelsestiden og en stigende efterspørgsel på kapacitet i den ambulante psykiatri (Psykiatriudvalget 2013, bilagsrapport 2).

Der er samtidig sket en markant stigning i antallet af borgere med depressive og angstrelaterede lidelser, hvilket er med til at udvide psykiatriens genstandsområde og udfordre etablerede sygdomsforståelser og sundhedsbegreber (Rosenberg 2016). Derudover har stigningen mærkbare konsekvenser for livskvalitet, sundhedsadfærd, medicinforbrug, uddannelses- og arbejdsmarkedstilknytning og samfundsøkonomi (Flachs et al. 2015).

Parallelt med denne udvikling kan der spores en bevægelse i retning af mindre stigmatisering af psykiske lidelser i samfundet, hvor kendte og almindelige borgere åbent fortæller om deres erfaringer med psykiske lidelser, og hvor borgerne i højere grad stiller spørgsmål til politikerne om forskelsbehandling og skævhed i prioritering mellem det psykiatriske og somatiske sygdomsområde (Folker et al. 2014). Der kan også spores en større optimisme i den generelle opfattelse af, at mennesker med psykiske lidelser har mulighed for at komme sig eller leve et godt liv med deres sygdom (Folker et al. 2014).

Disse forskellige udviklingstræk udgør et broget bagtæppe for denne rapport's tema om sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. De er alle med til at aktualisere, hvilke muligheder og udfordringer der er for at skabe sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser.

Psykiatriudvalget pegede på "styrket sammenhæng i indsatsen" som én ud af seks hovedprioriteter for forbedring af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Derudover fremhævede udvalget en række barrierer for sammenhæng baseret på danske og internationale erfaringsopsamlinger (Psykiatriudvalget 2013, bilagsrapport 1):

- Øget afstand mellem kommuner og den specialiserede psykiatriske behandling, samt manglende viden om, hvem der tager sig af hvilke patientgrupper.

- Manglende integration af praksissektoren i samarbejdet mellem den regionale psykiatri og kommunerne², og manglende samarbejde på tværs af faglige søjler i kommunerne.
- Manglende IT-understøttelse af kommunikation på tværs af almen praksis, sygehuse og kommuner.
- Manglende kendskab til andre sektorer og fagområders lovgivning, samt ydelsesstrukturer der ikke understøtter koordination som en aktivitet.
- Manglende ledelsesmæssig prioritering af tværgående samarbejde og kulturforskelle i opfattelsen af professionel identitet og mål med indsatsen.

Som et svar på disse barrierer fremkom Psykiatriudvalget med en række specifikke anbefalinger (Psykiatriudvalget 2013):

- At der udarbejdes en generisk model for en samordnet indsats, der beskriver organisering samt opgave- og ansvarsfordelingen mellem de forskellige sektorer (fx et forløbsprogram for psykiske lidelser).
- At samarbejdet mellem almen praksis, psykiatrien og kommunerne styrkes ved hjælp af modeller for tværsektorielt samarbejde (fx Collaborative Care).
- At der igangsættes forsøg på tværs af kommuner og regioner med fælles ledelse og budgetter (fx Psykiatriens Hus).
- At kommuner og regioner prioriterer at samarbejde tværfagligt og tværsektorielt i indsatsen for børn og unge med psykiske lidelser, unge i overgangen fra børne- til voksenområdet samt borgere med psykisk

² Ifølge en evaluering foretaget for Psykiatriudvalget af kommunalreformens konsekvenser for psykiatriområdet bliver sundhedsaftaler overordnet vurderet som en god ramme for samarbejde og koordinering af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, men det bliver påpeget, at det er en udfordring at få intentionerne i sundhedsaftalerne implementeret fuldt ud på det udførende niveau (Psykiatriudvalget 2013, bilagsrapport 1).

lidelse og samtidigt misbrug (fx tværfaglige teams).

Siden 2009 er der blevet igangsat eller gennemført en række store offentlige projekter for at udvikle og afprøve forskellige tilgange og modeller til at skabe sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Projekter igangsat efter Psykiatriudvalgets rapport er eksplicit relateret til udvalgets anbefalinger. Overordnet set har disse sammenhængsprojekter været målrettet børn og unge, voksne samt mennesker med samtidigt misbrug og psykisk sygdom.³

Der blev desuden nedsat et ekspertudvalg i 2013, som særligt fik til opgave at belyse mulighederne for beskæftigelse blandt udsatte borgere – herunder mennesker med psykiske lidelser. Udvalget går under navnet Carsten Koch-udvalget og havde som præmis for sine anbefalinger, at borgere godt kan have en tilknytning til arbejdsmarkedet, selvom de har begrænset arbejdssevne. Udvalgets anbefalinger af relevans for sammenhæng i indsatsen går blandt andet på, at udsatte borgere skal have tilknyttet en koordinerende sagsbehandler, der er ansvarlig for koordineringen mellem sektorer og forvaltninger, at der udarbejdes en samlet handleplan for borgeren på tværs af forvaltninger og sektorer, og at samarbejdet og dialogen mellem den praktiserende læge og kommunen omkring beskæftigelse skal styrkes (Carsten Koch-udvalget 2015).

Carsten Koch-udvalgets anbefalinger har afstedkommet en række igangværende beskæftigelsesrelaterede satspuljeprojekter (INKLUSION, IBBIS og Lær at tackle job og sygdom). Disse er relevante i relation til sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, men da de først er færdigevalueret i 2018, har det ikke været muligt at inddrage dem i denne rapport.

Som grundlag for de to udvalgsarbejder er der udarbejdet en række baggrundsrapporter. Psy-

kiatriudvalgets baggrundsrapporter sætter fokus på kapaciteten i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser med afdækning af en række områder, heriblandt forebyggelsesområdet, den kommunale sociale indsats, den regionale psykiatri og praksissektoren, samt kortlægning af tiltag og samarbejdsmodeller for sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Med fokus på beskæftigelsesområdet kortlægger Carsten Koch-udvalgets baggrundsrapporter virksomhedsrettede indsatser, mentorordninger, tværfaglige rehabiliterende indsatser samt tværgående indsatsers organisering i relation til udsatte borgere. For alle typer baggrundsrapporter gælder det, at de kun i mindre grad eller indirekte har beskæftiget sig med, hvordan mennesker med psykiske lidelser oplever sammenhæng i indsatsen, og hvad de oplever har betydning for oplevelsen af sammenhæng. I denne rapport dykker vi ned i disse spørgsmål. Vi søger blandt andet at skabe et grundlag for at vurdere, hvordan der er samklang mellem de igangsatte sammenhængsprojekter og de sammenhængstematikker, som en række udvalgte borgere med psykiske lidelser peger på.

Læsevejledning

Rapporten består af tre hovedkapitler, som hver rummer en specifik analyse. Hvert af de tre undersøgelsesspørgsmål modsvares dermed af et kapitel. I hvert kapitel bliver datagrundlag, metoder og de specifikke analyseresultater præsenteret.

I kapitel 2 præsenterer vi, hvor mange forskellige kontakter og indsatser i det psykiatriske og kommunale system 15 udvalgte borgere har været i berøring med inden for de seneste tre år. Borgerne er over 21 år og har alle minimum tre års erfaring med at have en psykisk lidelse. Kapitlet er baseret på kvalitativ analyse af data fra individuelle, semistrukturerede interviews med de 15 borgere samt udtræk på borgernes kontakter og indsatser fra kommunale sagsakter, Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret.

³ Projekterne beskrives nærmere i kapitel 4.

Kapitel 3 er baseret på en tematisk, kvalitativ analyse af interviewene med de 15 borgere, som er blevet præsenteret i kapitel 2. Der er i kapitlet fokus på, hvad der spiller en rolle for, om borgerne oplever sammenhæng i deres forløb, og hvad der har haft særlig betydning for deres oplevelse af sammenhæng eller manglende sammenhæng. I kapitlet præsenterer vi fire forskellige dimensioner af sammenhæng, som vi har identificeret i materialet. De har alle betydning for borgernes overordnede oplevelse af et sammenhængende forløb; en systemisk dimension, en relationel dimension, en samfundsmæssig dimension og en eksistential dimension.

Kapitlet 4 er baseret på en tematisk dokumentanalyse af evalueringer af 16 udvalgte sammenhængsprojekter, som er igangsat eller gennemført på psykiatriområdet for offentlige midler. I kapitlet præsenterer vi to overordnede tilgange til at skabe sammenhæng, som projekterne har gjort brug af. Den ene søger at skabe sammenhæng i systemet på tværs af sektorer, mens den anden i højere grad fokuserer på sammenhæng inden for det enkelte borgerforløb. Derudover præsenterer kapitlet fem tværgående faktorer for sammenhæng, som vi har identificeret i materialet, som de mest fremtrædende læringspunkter for bestræbelsen på at skabe sammenhæng i indsatsen i projekterne. De handler om tværgående samarbejde, faglighed og kompetencer, kommunikation, organisering og rammer samt borgerinddragelse. For hver faktor uddrages den relevante læring om sammenhæng fra materialet illustreret med case-eksempler fra specifikke projekter.

Kapitlerne er skrevet således, at de kan læses uafhængigt af hinanden og uafhængigt af resumeet. Hovedpunkterne i resumeet bliver derfor gentaget i afslutningen af hvert kapitel.

Kapitel 2

Analyse af personcases

Introduktion

Dette kapitel indeholder en fremstilling af, hvor mange forskellige kontakter, indsatser og ydelser i det psykiatriske og kommunale system 15 udvalgte borgere med psykiske lidelser har været i berøring med inden for de seneste tre år. Fremstillingen har form af en personcase-analyse, hvor vi grafisk illustrerer antal indsatser og kontakter for hver af de 15 borgere. Målet er at formidle informanterne på nært hold og give en oversigt over deres forskellige møder med det offentlige system. På denne måde udgør dette kapitel en del af baggrunden for det næste kapitel (kapitel 3), der handler om borgerens oplevelse af sammenhæng.

I kapitlet præsenterer vi de 15 informanter én ad gangen på to forskellige måder. Først introducerer vi borgeren gennem en personcase-beskrivelse, der er et kort resume af borgerens egen fortælling om sig selv. Dernæst præsenterer vi en model, der illustrerer, hvor mange kontakter, indsatser og ydelser borgeren har haft i de seneste tre år. Oplysningerne på denne model kommer fra henholdsvis kommunale dokumenter og registertræk fra Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret. Ved både at inddrage borgerens egen fremstilling samt kommunale dokumenter og registerdata forsøger vi at fremstille borgerens situation fra forskellige vinkler.

Læsevejledning

I det følgende metodeafsnit beskriver vi først, hvordan vi metodisk har grebet arbejdet an; gennemførsel af interviews, dataindsamling i kommuner, træk fra registre og efterfølgende databehandling og analyse. I det efterfølgende afsnit præsenterer vi analysens resultater i form af 15 personcase-beskrivelser og modeller

baseret på registerdata. I kapitlets sidste afrundende afsnit viser vi en samlet oversigt over de 15 borgeres kontakter, indsatser og ydelser i det offentlige system.

Metode

Analysen er baseret på en kvalitativ analyse af data fra individuelle, semistrukturerede interviews med 15 borgere samt udtræk på borgernes kontakter og indsatser fra kommunale sagsakter samt Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret.

Undersøgelsesspørgsmål

Analysen tager afsæt i følgende overordnede undersøgelsesspørgsmål:

- Hvor mange forskellige kontakter, indsatser og ydelser i det psykiatriske og kommunale system har 15 udvalgte borgere med psykiske lidelser været i berøring med inden for de seneste tre år?

Præsentation af informanterne

Rekruttering af borgere til undersøgelsen er foregået løbende fra marts 2016 til september 2016. Rekrutteringsprocessen er beskrevet detaljeret i metodeafsnittet i kapitel 3.

Vi har i alt udført otte interviews med kvinder mellem 25-60 år og syv interviews med mænd mellem 27-53 år. Informanterne kommer fra hele landet, fordelt på 12 forskellige kommuner i tre regioner; Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Hovedstaden (tabel 1). Af de interviewede informanter er der seks, der har en psykotisk diagnose, og ni, der har en ikke-psykotisk diagnose. Otte af informanterne har en lang historie med indlæggelser i psykiatrien (heraf seks med en psykotisk diagnose). Derudover er seks informanter diagnosticeret med flere psykiske lidelser, og seks har både en psykisk og en somatisk diagnose.

Informanternes uddannelsesniveau, beskæftigelses- og socioøkonomiske situation fordeler sig således, at seks informanter har en mellem-lang videregående uddannelse, otte har en kort videregående uddannelse, erhvervs- eller ung-

domsuddannelse, og én er studerende. Ved interviewtidspunktet er fire i beskæftigelse, hvoraf to er i flexjob, tre er kontanthjælpsmodtagere, heraf er to i praktikforløb. Syv personer er førtidspensioneret, hvoraf to er eller har været i skånejob inden for de seneste tre år. Fem informanter har børn, hvoraf fire har hjemmeboende børn. Fire bor sammen med en partner og syv lever alene (uden børn).

Interviews

De 15 interviews er foretaget i perioden maj til september 2016. Hvert interview har typisk haft en varighed mellem en til to timer. Alle interviews er blevet optaget og derefter transkriberet. Af etiske grunde er alle informanter anonymiseret. I kapitel 3 har vi beskrevet metode og analyse af interviewene mere detaljeret.

Under interviewet blev informanterne opfordret til at notere deres indsatser og kontakter på en tidslinje for at skabe et visuelt overblik over deres forløb de seneste tre år. Målet har været at identificere vigtige livsbegivenheder, samt at understøtte informanternes hukommelse af, hvilke kontakter og indsatser de har haft i den periode (Thomsen et al. 2013). Tidslinjen gjorde det fx nemmere at springe tilbage i tid, hvis der var noget, de havde glemt. De oplysninger, borgerne noterede, benyttede vi som springbræt til at tale om og få uddybet specifikke oplevelser. Med udgangspunkt i borgers egen tidslinje har vi udarbejdet en tidslinjemodel over den enkelte borgers indsatser. Tidslinjerne er et supplement til de personcasebeskrivelser, som vi præsenterer i resultatafsnittet. Tidslinjerne kan ses i bilag 1.

Kommunale sagsdokumenter

For at få et kvantitativt overblik over informanternes kontakter og indsatser i det kommunale system har vi via samtykke fra borgerne fået aktindsigt i deres kommunale sager fra juni 2013 til juni 2016. Vi har herigennem fået adgang til information om, hvilke forvaltninger borgeren har været tilknyttet, og hvem de har været i kontakt med.

På grund af kommunernes forskellige organiseringer har der været stor variation i, hvordan vi har fået adgang til sagsakterne. Nogle kommuner (i alt 4) har indsamlet alle sager på tværs af forvaltninger på den enkelte borger, mens vi i andre kommuner (i alt 11) har kontaktet hver forvaltning for at få adgang til sagsdokumenter på borgerne. I forbindelse med sidstnævnte kan der være en risiko for, at vi ikke har fået adgang til alle sagsdokumenter på borgerne.

Registre

For at få overblik over, hvor mange indsatser og ydelser informanterne har modtaget de seneste tre år fra regionen, har vi trukket data fra Landspatientregisteret (LPR) og Sygesikringsregisteret (SSR). Datatræk fra LPR har givet indsigt i, hvor mange indsatser i form af indlæggelser, skadestuebesøg og ambulante forløb hver enkelt borger har modtaget i den treårige tidsperiode. De ambulante forløb rummer et antal ambulante besøg.

Fra SSR har vi fået data på, hvor mange indsatser og ydelser hver enkelt informant har modtaget fra praksissektoren: praktiserende speciallæge i psykiatri, anden speciallæge, praktiserende psykolog og alment praktiserende læge/vagtlæge, tandlæge samt fysioterapeut/kiropraktor. SSR rummer ikke data fra speciallæger og psykologer, der ikke er tilknyttet den offentlige sygesikring. Disse er derfor ikke en del af datamaterialet.

Det har ikke været muligt at trække antal personkontakter fra LPR og SSR, hvor indsatserne er opgjort i ydelser. Det har derfor ikke været muligt at få præcis information om, hvor mange fagpersoner, der har været involveret i de forskellige ydelser.

Vi har benyttet data fra de kommunale sagsdokumenter samt data fra registre til at udarbejde en model, der viser, hvor mange indsatser, ydelser og kontakter hver enkelt borger har modtaget i perioden 1. juni 2013 til 1. juni 2016. Proceduren er godkendt af Datatilsynet.

Tabel 1 **Oversigt over informanter**

Navn (pseudo- nym)	Alder	Region	Uddannelses- niveau	Beskæftigelse	Psykisk diagnose	Samle- ver/gift	Børn
Pia	44 år	Hovedstaden	Mellemlang vi- deregående ud- dannelse	Fuldtidsarbejde, på orlov	Anoreksi Bipolar lidelse PTSD	Nej	2
Torben	53 år	Hovedstaden	Ungdomsuddan- nelse	Fuldtidsarbejde	Bipolar lidelse	Nej	0
Henriet- te	45 år	Syddanmark	Ungdomsuddan- nelse	Førtidspension	Paranoid skizofreni Angst Bipolar lidelse	Nej	0
Søren	39 år	Midtjylland	Erhvervsuddan- nelse	Førtidspension	Paranoid skizofreni	Nej	2
Ingrid	40 år	Midtjylland	Erhvervsuddan- nelse	Førtidspension	Skizoaffektiv Bipolar lidelse Autisme	Ja	0
Susanne	60 år	Hovedstaden	Mellemlang vi- deregående ud- dannelse	Kontanthjælp	Kronisk stress	Nej	2
Malene	25 år	Syddanmark	Ungdomsuddan- nelse	Studerende	Paranoid skizofreni	Ja	0
Jytte	55 år	Syddanmark	Mellemlang vi- deregående ud- dannelse	Førtidspension	Borderline	Ja	2
Kasper	28 år	Midtjylland	Ungdomsuddan- nelse	Flexjob	Autisme Social angst	Nej	0
Sidsel	25 år	Syddanmark	Ungdomsuddan- nelse	Kontanthjælp, Praktikforløb	Depression Angst Kompleks PTSD	Ja	0
Poul	51 år	Hovedstaden	Ungdomsuddan- nelse	Førtidspension	Bipolar lidelse	Nej	0
Claus	48 år	Hovedstaden	Mellemlang vi- deregående ud- dannelse	Førtidspension, løntilskud	Depression PTSD	Nej	0
Pernille	50 år	Hovedstaden	Mellemlang vi- deregående ud- dannelse	Flexjob	Borderline	Nej	2
Bjørn	27 år	Hovedstaden	Ungdomsuddan- nelse	Kontanthjælp, Praktikforløb	Skizofreni	Nej	0
Frederik	42 år	Hovedstaden	Ungdomsuddan- nelse	Førtidspension	Skizotypisk	Nej	0

Resultater

Dette afsnit er bygget op omkring hver enkelt informant, som henholdsvis præsenteres i form af en personcase-beskrivelse og en model over kontakter og indsatser. Først giver vi en læsevejledning til modellen over kontakter og indsatser. Denne skal ses i sammenhæng med de specifikke modeller for hver borger. Dernæst præsenterer vi borgerne én ad gangen.

Hver model viser, hvilke og hvor mange indsatser, kontakter og ydelser, borgeren har modtaget fra henholdsvis kommune og region inden for de seneste tre år.

De fire første kategorier: Socialfaglig indsats, Sundhedsfaglig indsats, Uddannelse, beskæftigelse og pension samt Børn og familie er kommunale indsatser, mens Psykiatrisk behandling og Almen praksis/somatisk behandling er regionale indsatser og indsatser fra praksissektoren. Kategorierne vil kun fremgå af modellen, hvis en borger har modtaget indsatser fra dette område.

Socialfaglig indsats	
Sundhedsfaglig indsats	
Uddannelse, beskæftigelse, pension	
Børn og familie	
Psykiatrisk behandling	
Almen praksis/somatisk behandling	

Vi har valgt at gruppere almen praksis/somatisk behandling i samme gruppe, da vi ikke har mulighed for at skelne de specifikke ydelser hos almen praksis. En stor del af disse knytter sig ifølge informanterne til somatisk behandling og opfølgning, men der vil også være en andel, der knytter sig til udredning og opfølgning på psykiske symptomer og lidelser samt henvisning til psykiatrisk og psykologisk behandling.

Fra de kommunale papirer har det været muligt at få indblik i, hvor mange og hvilke fagpersoner den enkelte borger har været i kontakt med i tidsperioden. På modellen er kontakter placeret på modellens højre side og vil fremgå i samme farvekode som den kategori, de er tilknyttet. Eksempelvis er de fagpersoner røde,

som er tilknyttet kategorien; Uddannelse, beskæftigelse, pension.

Fra LPR og SSR er der trukket data fra både praksissektoren og den sekundære sundhedssektor inden for de seneste tre år. På modellen ses de indsatstyper, som borgerne er tilbudt til venstre under kategorierne; Psykiatrisk behandling og Almen praksis/somatisk behandling, mens antal ydelser kan aflæses nederst til højre på papiret. Antallet af ydelser er fremstillet med små firkanter, som er i samme farvekode som den kategori, de tilhører. Det har, som nævnt, ikke været muligt at trække antal personkontakter fra registre, hvor indsatserne er opgjort i ydelser. Derfor har vi valgt at gengive ydelserne i modellen. Dette betyder, at modellen skal læses med det forbehold, at de kommunale personkontakter ikke direkte kan sammenlignes med de regionale ydelser.

Borger 1: Pia

Pia er 44 år. Hun er uddannet sygeplejerske og har arbejdet i den kommunale psykiatri. Pia er mor til to døtre på henholdsvis 15 og 17 år, som hun bor alene med i Region Hovedstaden. Familien har begrænset kontakt til faren efter skilsmissen for otte år siden, så Pia har det fulde ansvar for pigerne.

Pia har en lang historie med psykiatrien, som hun første gang stifter bekendtskab med i 1992. Pia har diagnoserne anoreksi, bipolar lidelse og PTSD. Igennem sit sygdomsforløb har hun fået tilbudt mange indsatser; både gruppeforløb og individuel terapi fra den regionale psykiatri. Kommunalt har Pia modtaget indsatser på beskæftigelses- og familieområdet. På beskæftigelsesområdet oplever hun, at hendes arbejds-situation har været præget af brud i form af sygemelding og orlov. På familieområdet har hun været i kontakt med forskellige fagpersoner, da hendes datter også har en psykisk diagnose (se bilag 1, figur 1). Pia mindes at have været i kontakt med mange forskellige aktører både regionalt og kommunalt de seneste tre år.

Siden 2012 har Pia udelukkende haft kontakt med en psykiater fra den regionale psykiatri, hvilket er en afgørende kontakt for hende. Muligheden for altid at kunne kontakte psykiateren oplever hun som et "sikkerhedsnet", der er afgørende for, at hendes hverdag kan hænge sammen. I 2015 udvikler Pias ene datter angst og anoreksi. Dette kolliderer med, at Pias forløb hos psykiateren afsluttes, da hun har opbrugt de bevilligede samtaler. Pia bliver tilknyttet en ny psykiater og afsluttes endnu engang sideløbende med datterens anoreksibehandling. Pia er i dag tilbage hos sin gamle psykiater, men frygter fremtiden, når disse samtaler er opbrugt.

Model 1

Det fremgår af model 1, at Pia har modtaget kommunale indsatser på beskæftigelsesområdet og familieområdet. Ifølge data fra kommunen har Pia de seneste tre år været i kontakt med to personer fra beskæftigelsesområdet og seks personer fra familieafdelingen, og har

således været i berøring med otte kontakter fra kommunalt regi i forbindelse med både sin egen og sin datters psykiske sygdom. Ifølge registerdata har Pia både haft kontakt med det psykiatriske og somatiske område. I psykiatrien har hun haft et ambulant forløb, der har strakt sig over tre besøg (LPR). Derudover har hun haft 62 besøg hos en praktiserende speciallæge i psykiatri (SSR). Pia har i alt modtaget 65 psykiatriske ydelser. På almen praksis/det somatiske område har hun de seneste tre år modtaget flest indsatser fra praksissektoren, og har herunder modtaget 21 ydelser fra almen læge/vagtlæge, seks ydelser fra fysioterapeut/kiropraktor og haft otte besøg hos sin tandlæge. Hun har i alt modtaget 36 ydelser fra almen praksis/det somatiske område.

Model 1

PIA, 44 ÅR
2013-2016, REGION HOVEDSTADEN

Indsatser

Uddannelse, beskæftigelse og pension
Sygedagpenge

Børn og familie
Netværksmøder
Børneundersøgelse. Serviceloven §50
Psyologsamtaler til pårørende

Psykiatrisk behandling
Ambulant forløb
Speciallæge praksis

Almen praksis / somatisk behandling
Ambulante forløb x 2
Skadestue x 2
Almen praksis
Fysio/kiropraktor praksis
Tandlæge praksis

Antal kontakter



Antal ydelser



Borger 2: Torben

Torben er 53 år. Hans senest afsluttede uddannelse er gymnasiet. Han arbejder med IT og er fuldtidsansat i en midlertidig stilling. Torben bor alene i Region Hovedstaden og har ingen børn. Han blev skilt for 20 år siden og har ikke haft en fast partner siden.

Torben stifter første gang bekendtskab med psykiatrien i 2005, hvor han bliver indlagt med en psykose. Han får diagnosen bipolar lidelse. Torben har en lang historie med indlæggelser og kontakt med distriktskykiatrien. Ud over at han i den treårige periode har haft hyppig kontakt til jobcenteret, har Torben en længerevarende kontakt med socialfaglige indsatser i form af et værested og støtte fra en bostøtte (serviceloven § 85) (se bilag 1, figur 2). I dag er han afsluttet i distriktskykiatrien og er i fuldtidsarbejde.

Selvom Torben i dag er optimistisk omkring sit forløb, står hans første møde med psykiatrien som en dårlig oplevelse, hvor han hverken har oplevet at få information om egen sygdom eller støtte til at komme videre efter udskrivelse fra psykiatrisk hospital.

Torben giver udtryk for, at han i 2013 har haft mange sammenstød med kontanthjælpssystemet. I flere perioder er Torben ikke kontaktet af nogen kommunal instans, hvilket på den ene side har givet ro og på den anden side har betydet, at han har følt sig afkoblet fra samfundet. Han efterspørger, at den socialfaglige og den lægefaglige indsats får et bedre kendskab til hinandens områder. Torben er meget bevidst om, at han kan blive syg igen. Han er meget glad for den løbende kontakt til distriktskykiatrien og den socialfaglige indsats i kommunen.

Model 2

Det fremgår af model 2, at Torben de seneste tre år har modtaget både socialfaglige og beskæftigelsesmæssige indsatser fra sin kommune. Ifølge kommunedata er han socialfagligt tilknyttet en støttekontaktperson og en sagsbehandler, der støtter ham i at skabe sammen-

hæng i hverdagen. På beskæftigelsesområdet har han modtaget forskellige indsatser i forløbet med at blive reintegreret på arbejdsmarkedet. Han har i denne forbindelse været tilknyttet tre forskellige kontakter inden for de seneste tre år. I alt har Torben været i berøring med fem kontakter fra kommunen. Med afsæt i data fra LPR har Torben på det psykiatriske område haft et ambulans forløb bestående af 40 ambulante besøg. På det somatiske område/almen praksis har han ifølge SSR været i kontakt med egen læge og en praktiserende speciallæge. Han har i alt modtaget 13 ydelser fra praksissektoren.

Model 2

TORBEN, 53 ÅR
2013-2016, REGION HOVEDSTADEN

Indsatser

Socialfaglig indsats

Socialpædagogisk bistand. Serviceloven §85

Uddannelse, beskæftigelse og pension

Kontanthjælp
Mentorforløb x 2
Virksomhedspraktik
Løntilskud
Frivilligt arbejde

Psykiatrisk behandling

Ambulant forløb

Almen praksis / somatisk behandling

Almen praksis
Speciallæge praksis

Antal kontakter



Antal ydelser



Borger 3: Henriette

Henriette er 45 år. Hun har forsøgt at færdiggøre sygeplejerskestudiet flere gange. Henriette er førtidspensioneret, bor alene i region Syddanmark og har ingen børn. Henriette bliver tilknyttet psykiatrien i 1999. Hun har diagnosen paranoid skizofreni og er tidligere diagnosticeret med bipolar lidelse. Hun lider derudover af angst. Henriette har i forbindelse med sin psykiske sygdom haft mange kortvarige indlæggelser. Ud over at have en psykisk lidelse har Henriette også somatiske sygdomme og symptomer. Hun har haft problemer med overvægt, hjertet og blæren. Henriette har tidligere haft et misbrug, hvor hun har overdoseret sin medicin og taget den over en kortere tidsperiode end anvist.

Henriette har de sidste mange år fået tilbudt mange indsatser og kontakter fra både det psykiatriske og somatiske sundhedsvæsen. Hun har ugentligt kontakt med den socialfaglige indsats i form af kontakt til to støttekontaktpersoner (serviceloven § 99). Henriette oplever, at hun de seneste tre år har haft flere kontinuerlige indsatser i den treårige periode, fordelt på det psykiatriske, somatiske, sundhedsfaglige og socialfaglige område. Eftersom Henriette er blevet tildelt førtidspension før juni 2013, er dette den eneste aktivitet på beskæftigelsesområdet (se bilag 1, figur 3). Hun giver udtryk for, at hun de seneste år har haft gode oplevelser med psykiatrien. Hun oplever, at der er sammenhæng mellem indsatserne, hvilket hun ser som et resultat af, at der er blevet indført et elektronisk journalsystem.

Model 3

Henriette har både modtaget kommunale og regionale indsatser de seneste tre år, som det fremgår af model 3. Ifølge data fra kommunen er hun socialfagligt bevilliget en støttekontaktperson, hvor hun har været tilknyttet to forskellige personer. Derudover har Henriette i en periode kontakt til hjemmeplejen fra den kommunale sundhedsfaglige indsats, hvor seks personer på skift er kommet i hendes hjem på forskellige tidspunkter af døgnet. Hun har desuden haft kontakt til en psykolog og to sagsbe-

handlere. Henriette er førtidspensionist og har ikke kontakt til arbejdsmarkedet. I alt har hun haft kontakt med 11 personer fra kommunen. Ifølge LPR har Henriette både været indlagt og haft fire ambulante forløb bestående af 41 ambulante besøg. På modellen fremgår det yderligere, at Henriette i tidsperioden har haft forskellige forløb på det somatiske område. Hun har haft flere indlæggelser, skadestuebesøg og ambulante forløb (LPR). Herunder har hun blandt andet modtaget 192 ydelser fra alment praktiserende læge/vagtlæge, 162 ydelser fra en fysioterapeut eller kiropraktor og haft 24 tandlægebesøg (SSR). Hun har i alt modtaget 418 ydelser fra almen praksis/det somatiske område inden for de seneste tre år.

Model 3

HENRIETTE, 45 ÅR
2013-2016, REGION SYDDANMARK

Indsatser

Socialfaglig indsats

Støttekontaktperson. Serviceloven §99
Foredrag om recovery
Gruppeforløb: *Styr dit liv*

Sundhedsfaglig indsats

Hjemmeplejen
Psykolog

Uddannelse, beskæftigelse og pension

Førtidspension

Psykiatrisk behandling

Indlæggelser x 2
Ambulante forløb x 4

Almen praksis / somatisk behandling

Indlæggelser x 2
Ambulante forløb x 9
Skadestue x 3
Almen praksis
Speciallæge praksis
Fysio/kiropraktor praksis
Tandlæge praksis

Antal kontakter


Sagsbehandlere


Støttekontaktpersoner


Psykolog


Hjemmesygeplejersker

Antal ydelser


Ambulante besøg (41)


Anden speciallæge (9)


Alment praktiserende læge/
vagtlæge (192)


Ambulante besøg (31)


Fysio/kiropraktor (162)


Tandlæge (24)

Borger 4: Søren

Søren er 39 år. Han er uddannet og har arbejdet som murer til han i omkring 2006 bliver diagnosticeret og førtidspensioneret. Søren har to børn med sin tidligere kæreste, hvor børnene primært bor. Søren bor i Region Midtjylland, hvor han bruger meget af sin tid på at lave musik.

Søren har været tilknyttet psykiatrien siden 2003. Han har diagnosen paranoid skizofreni. Søren bliver i de første syv år med diagnosen indlagt omtrent en gang om året, da hans tilværelse er præget af mange psykoser. Han har de seneste tre år haft kontinuerlig kontakt til distriktskykiatrien. Han oplever det som et svigt, at han er blevet indlagt uden at få terapi, da han oplever at have behov for at blive støttet i at skelne mellem, hvad der er virkeligt, og hvad der sker i hans tanker. Det er Søren's oplevelse, at hans psykiske lidelse har betydet, at han måtte fratræde arbejdsmarkedet, da hans diagnose tidligere blev anset som en livsvarig sygdom. Han fortæller, at hans tilværelse som førtidspensionist af den grund ikke er hans eget valg, men et resultat af hans diagnose. Søren har i den treårige tidsperiode både kontinuerlige, påbegyndte og afsluttede indsatser inden for flere forskellige indsatsområder. Han har en konstant kontakt til børne- og familieafdelingen, og særligt på beskæftigelsesområdet har Søren, efter eget ønske, flere igangsatte indsatser, selvom han er førtidspensioneret (se bilag 1, figur 4).

I sin tid tilknyttet psykiatrien har Søren sjældent oplevet sammenhæng mellem de forskellige instanser. Han har følt sig alene efter udskrivelser, og først inden for de seneste år oplever han at blive lyttet til. Det er resultat af, at han har fået en bostøtte (serviceloven § 85), som taler med ham og understøtter hans ønsker og behov.

Model 4

Det fremgår af model 4, at Søren har haft forskellige typer indsatser og kontakter kommunalt. Ifølge data trukket fra hans kommune har

han på det socialfaglige område kontakt til både en bostøtte og en sagsbehandler. Han kommer derudover på et værested. Søren er førtidspensionist, men har i en periode været i skånejob. Han har i denne forbindelse haft kontakt til to sagsbehandlere og en virksomhedskonsulent. Søren har to børn og har inden for de seneste tre år haft en sag kørende i familieafdelingen i kommunen, hvilket har sat ham i kontakt med tre rådgivere, en familiebehandler og en konsulent. Han har været i berøring med 10 kommunale kontakter. Ifølge data fra LPR har Søren haft to indlæggelser og fire ambulante forløb bestående af 28 ambulante besøg i den regionale psykiatri. Inden for almen praksis/det somatiske område har Søren haft mest kontakt til egen læge/vagtlæge, men har i alt inden for de seneste tre år modtaget 30 ydelser fra praksissektoren (SSR).

Model 4

SØREN, 39 ÅR
2013-2016, REGION MIDTJYLLAND

Indsatser

Socialfaglig indsats

Socialpædagogisk bistand. Serviceloven §85
Værested

Uddannelse, beskæftigelse og pension

Førtidspension
Skånejob

Børn og familie

Familiebehandling

Psykiatrisk behandling

Indlæggelser x 2
Ambulante forløb x 4

Almen praksis / somatisk behandling

Ambulant forløb
Almen praksis
Speciallæge praksis
Tandlæge praksis

Antal kontakter



Antal ydelser



Borger 5: Ingrid

Ingrid er 40 år og bor sammen med sin kæreste i Region Midtjylland. Både Ingrid og hendes kæreste har en skizofreni-diagnose, hvilket ifølge Ingrid er en afgørende grund til, at parret har valgt ikke at få børn. Ingrid er uddannet bygningsmaler, men er i dag førtidspensioneret.

Ingrid bliver tilknyttet psykiatrien i 1997. Hun bor på forskellige botilbud, inden hun flytter sammen med sin kæreste for ti år siden. Hun har en skizoaffektiv diagnose samt autisme og bipolar lidelse. Samtidig kæmper hun med forskellige somatiske sygdomme. Ingrid får diagnosen skizofreni som 21-årig og bliver i denne forbindelse førtidspensioneret. Både kommunale og regionale instanser mente dengang, at hun ikke kunne blive rask igen, da skizofreni blev anset som en vedvarende sygdom. Ingrid har siden sin diagnosticering udelukkende været tilknyttet arbejdsmarked i forbindelse med arbejdsprøvning til skånejob.

Ifølge Ingrid består hendes sociale netværk i dag primært af andre personer, der også lider af en psykisk sygdom. Hun oplever at "raske" mennesker ikke kan håndtere de problemer, som folk med en psykisk lidelse har. Ingrid har i dag kontakt til psykiatrien både som bruger og som pårørende, hvilket hun oplever giver hende en dybere forståelse for psykiatrien. Selv har hun kontakter i distriktpsychiatrien og har gennem kommunen kontakt til en bostøtte (serviceloven § 85) og et værested (se bilag 1, figur 5).

Model 5

Som det fremgår af model 5 har Ingrid modtaget kommunale indsatser på det socialfaglige område. Ifølge kommunedata modtager hun socialpædagogisk bistand og har inden for de seneste tre år været tilknyttet to forskellige bostøtter. Hun har også haft kontakt med en rådgiver og en særlig bostøtte med seksualvejlederkompetence. I alt har Ingrid været i kontakt med fire personer fra kommunen. Ingrid er førtidspensionist og har ikke kontakt til arbejdsmarkedet. Ifølge data fra LPR har hun på

det psykiatriske område haft et ambulant forløb bestående af 70 ambulante besøg. På almen praksis/det somatiske område har Ingrid modtaget 25 ambulante forløb bestående af 30 ambulante besøg (LPR). Hendes hyppigste kontakt er egen læge/vagtlæge, hvor hun har modtaget 214 ydelser. Hun har derudover modtaget ydelser fra speciallæger, fysioterapeut eller kiropraktor og tandlæge (SSR). I alt har Ingrid modtaget 287 somatiske ydelser.

Model 5

INGRID, 40 ÅR
2013-2016, REGION MIDTJYLLAND

Indsatser

Socialfaglig indsats

Socialpædagogisk bistand. Serviceloven §85

Sundhedsfaglig indsats

Uafsluttet gruppeforløb: Fod på vægten

Uddannelse, beskæftigelse og pension

Førtidspension

Psykiatrisk behandling

Ambulant forløb

Almen praksis / somatisk behandling

Ambulante forløb x 25

Skadestue

Almen praksis

Speciallæge praksis

Fysio/kiropraktor praksis

Tandlæge praksis

Antal kontakter


Bostøtte og
seksualvejleder


Rådgiver


Bostøtter

Antal ydelser


Ambulante besøg (70)


Alment praktiserende læge/
vagtlæge (214)


Tandlæge (9)


Fysio/kiropraktor (10)


Ambulante besøg (30)


Anden speciallæge (24)

Borger 6: Susanne

Susanne er 60 år. Hun bor alene med sine to teenagedøtre i Region Hovedstaden. Døtrene er adopteret, og Susanne har altid været alene med dem. Susanne er uddannet socialrådgiver, men har været sygemeldt de sidste 10 år, og er i dag på kontanthjælp.

Susanne har været tilknyttet en psykiater i 10 år. Hun har ikke en diagnose, men egen læge har sagt, at hun har en form for kronisk stress. Susanne oplever, at terapi vil være den bedste behandlingsform for hende. Men hun har aldrig fået det tilbudt. Susanne har flere somatiske sygdomme, hvoraf den ene er en kronisk sygdom, som hun har levet med de sidste 35 år. Når hun ser tilbage på sit eget forløb, både regionalt og kommunalt, føler hun ikke, at hun har fået den rette hjælp og støtte. Begge hendes døtre har psykiske udfordringer, hvilke er en stor belastning for Susanne, da hun selv har det svært.

Igennem de seneste tre år oplever Susanne, at hun har fået igangsat mange indsatser, og at hun har været i kontakt med så mange personer, at hun ikke kan huske hvor mange. Hun har i den treårige periode både haft flere kontinuerlige, påbegyndte og afsluttede indsatser. Særligt på beskæftigelsesområdet fremkommer der flere forskellige indsatser. Hun modtager blandt andet forskellige mentorforløb, da kommunen forsøger på at hjælpe hende tilbage på arbejdsmarkedet, hvilket er et højt ønske for Susanne (se bilag 1, figur 6). Hun deltager ligeledes i kurser, men føler ikke, at hun får tilstrækkelig hjælp til at integrere værktøjerne derhjemme.

Susanne oplever ikke, at der er koordinering mellem de forskellige instanser, og hun giver udtryk for, at der er mere fokus på udredning end på reel hjælp.

Model 6

Som det fremgår af model 6 har Susanne modtaget kommunale indsatser fra det socialfaglige område, beskæftigelsesområdet og været i kon-

takt med familieafdelingen. Fra kommunetræk belyses det, at Susanne socialfagligt har været tilknyttet støttekontaktpersonsordningen, og hun har modtaget støtte til rengøring i eget hjem. Derudover har hun været tilknyttet flere forskellige socialrådgivere, en visitator og tre sagsbehandlere, hvoraf to har været koordinerende sagsbehandlere. Susanne har på beskæftigelsesområdet modtaget flere indsatser i forbindelse med sit sygdomsforløb. Efter hun kom på kontanthjælp, har hun modtaget et ressourceforløb, to mentorforløb, og har i den forbindelse været i kontakt med i alt 10 forskellige personer.

Susanne er mor til to og har haft en sag kørende i familieafdelingen, hvilket har sat hende i kontakt med yderligere tre personer. I alt har Susanne været i berøring med 22 kommunale kontakter. Ifølge data fra LPR har Susanne på det psykiatriske område haft tre ambulante forløb bestående af 17 ambulante besøg. Derudover har hun haft 34 besøg hos en praktiserende speciallæge i psykiatri (SSR). I alt har Susanne modtaget 51 psykiatriske ydelser. På almen praksis/det somatiske område har hun været i kontakt med både den primære og sekundære sektor. Hun har haft tre ambulante forløb af 30 ambulante besøg, og hun har været indlagt tre gange (LPR). Hun har derudover haft jævnlig kontakt med egen læge/vagtlæge, hvor hun har modtaget 64 ydelser (SSR). Susanne har i alt modtaget 100 ydelser fra almen praksis/det somatiske område.

Model 6

SUSANNE, 60 ÅR
2013-2016, REGION HOVEDSTADEN

Indsatser

Socialfaglig indsats

Støttekontaktperson. Serviceloven §99
Rengøring. Serviceloven §83a

Uddannelse, beskæftigelse og pension

Sygedagpenge
Kontanthjælp
2-årig ressourceforløb
Mentorforløb x 2

Børn og familie

Børneundersøgelse. Serviceloven §50
Psykologsamtaler til pårørende

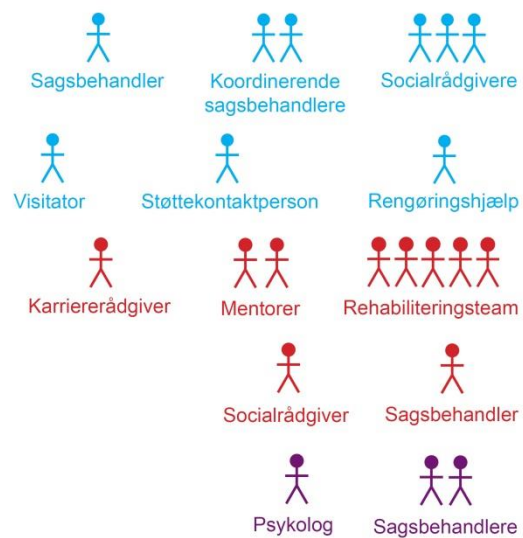
Psykiatrisk behandling

Ambulante forløb x 3
Speciallæge praksis

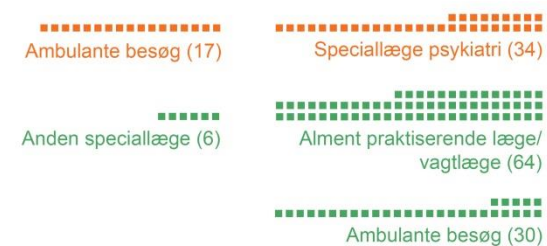
Almen praksis / somatisk behandling

Indlæggelser x 3
Ambulante forløb x 3
Almen praksis
Speciallæge praksis

Antal kontakter



Antal ydelser



Borger 7: Malene

Malene er 25 år. Hun er gift og bor i Region Syddanmark sammen med sin mand. Malene er ved at uddanne sig til socialpædagog og har søgt ind på kandidatuddannelsen i psykologi.

Malene oplever første gang psykiske udfordringer, da hun er i starten af teenageårene. På dette tidspunkt har Malene et misbrug, og det bliver af almen praksis vurderet, at hun først skal tilknyttes børnepsykiatrien, når hun har afsluttet sit forløb på et ungdomsmisbrugscenter. Ifølge Malene blev hun tabt i overgangen fra børnepsykiatri til voksenpsykiatri. Hun fortæller, at hun udeblev fra en samtale og derefter ikke blev kontaktet af voksenpsykiatrien efterfølgende. Først da hun som 19-årig forsøger at begå selvmord, får hun genetableret kontakten til psykiatrien.

De seneste tre år har Malene haft kontakt til den sundhedsfaglige indsats i kommunen i form af genoptræning. Mest kontakt har hun til den regionale psykiatri, hvor hun har haft forskellige indsatser igangsat (se bilag 1, figur 7). Malene har derudover en lang historie med indlæggelser på psykiatrisk hospital, men har aldrig oplevet koordinering og sammenhæng. Hun har erfaring med at blive henvist til forskellige hospitaler, men er aldrig blevet tilknyttet ét team under en indlæggelse eller fået mulighed for at blive tilknyttet samme læge eller sygeplejerske, når hun er blevet genindlagt.

I 2014 får Malene diagnosen paranoid skizofreni, og efter flere år tilknyttet en psykolog bliver hun tilbudt et forløb hos et Opsøgende Psykoseteam (OPT). Malene er i dag medicinfri, en beslutning hun har taget i forbindelse med hendes ønske om at stifte familie.

Model 7

Fra kommunedata kan det aflæses på model 7, at Malene kommunalt modtager en sundhedsfaglig indsats i form af genoptræning. I denne forbindelse har hun haft kontakt til to fysioterapeuter. Gennem de seneste tre år har hun været indlagt på psykiatrisk hospital 12 gange og har haft 10 ambulante forløb bestående af

54 ambulante besøg (LPR). På almen praksis/det somatiske område har hun både været indlagt, besøgt skadestuen og modtaget ambulante forløb bestående af 54 ambulante besøg (LPR). Malene har blandt andet haft kontinuerlig kontakt til egen læge/vagtlægen og haft 20 tandlægebesøg (SSR). I alt har Malene modtaget 79 ydelser fra almen praksis/det somatiske område.

MALENE, 25 ÅR
2013-2016, REGION SYDDANMARK

Indsatser

Sundhedsfaglig indsats
Genoptræning

Psykiatrisk behandling
Indlæggelser x 12
Ambulante forløb x 10

Almen praksis / somatisk behandling

Indlæggelser x 3
Ambulante forløb x 4
Skadestue x 6
Almen praksis
Speciallæge praksis
Tandlæge praksis

Antal kontakter



Fysioterapeuter

Antal ydelser



Ambulante besøg (54)

Anden speciallæge (5)



Alment praktiserende læge/
vagtlæge (49)

Ambulante besøg (5)



Tandlæge (20)

Borger 8: Jytte

Jytte er 55 år og bor sammen med sin mand i Region Syddanmark. Hun er mor til to voksne sønner, som i flere år af deres barndom og ungdom har været anbragt uden for hjemmet. Jytte er uddannet lærer, men har været førtidspensioneret i omkring 17 år.

Jytte får diagnosen borderline personlighedsforstyrrelse i forbindelse med et ophold på en alkoholafvænningsklinik i 1992. Dengang var diagnosen ikke anerkendt, hvorfor hun ikke bliver tilknyttet distriktpsychiatrien ved sin udskrivelse. I mange år er Jytte derfor udelukkende i kontakt med almen praksis.

Jytte fortæller, at hun gennem tiden har været indlagt på psykiatrisk hospital mellem 20 og 40 gange. Hun kan ikke huske det præcise antal indlæggelser. Hun fortæller, at hun altid først bliver indlagt, når hun har det så dårligt, at hun enten er på grænsen til eller forsøger at begå selvmord. Da Jyttes kommune indfører et projekt med brugerstyrede senge, får Jytte mulighed for at indlægge sig selv. Jytte forklarer, at hun benytter tilbuddet forbyggende, når hun kan mærke, at hun begynder at blive psykisk udmattet - en indsats som hun oplever, har halveret hendes indlæggelsestid. Generelt synes Jytte, at hun de seneste år har haft nogle gode forløb i psykiatrien. Kommunalt modtager Jytte indsatser fra social- og sundhedsområdet, og hun oplever, at hun har modtaget de indsatser, hun har behov for (se bilag 1, figur 8). Derudover samarbejder Jytte godt med sine kommunale og regionale kontakter, og kontaktpersonerne komplementerer hinanden godt.

Inden Jytte blev førtidspensioneret, var hun efter eget ønske i skånejob. Joboplevelserne har ifølge Jytte sjældent været succesfulde, da det altid har været en udfordring at blive socialt integreret på arbejdspladserne. I dag er Jytte stoppet i sit skånejob og arbejder som frivillig i forskellige organisationer inden for det psykiatriske område. Hun fortæller, at hun trives med denne type arbejde, fordi hun både bidrager med erfaring på området og oplever at være en del af et socialt fællesskab.

Model 8

Det fremgår af model 8, at Jytte de seneste tre år har modtaget socialfaglige, sundhedsfaglige og beskæftigelsesmæssige indsatser fra sin kommune. Kommunedata belyser, at Jytte modtager socialpædagogisk bistand fra det socialfaglige område, mens hun fra den sundhedsfaglige indsats både har modtaget besøg fra hjemmeplejen og en indsats om aktivitet og træning. Indsatserne fra disse to områder har sat hende i kontakt med seks kontakter. Jytte er på førtidspension og har i en periode været i skånejob, hvilket har sat hende i kontakt med yderligere en sagsbehandler og flexjobkonsulent. Hun har fra kommunen været i kontakt med ni personer. Data fra LPR viser, at Jytte de seneste tre år har været indlagt to gange og haft fire ambulante forløb bestående af 45 ambulante besøg i psykiatrien. På almen praksis/det somatiske område har Jytte haft 11 ambulante forløb (LPR). Hendes mest besøgte kontakt er egen læge/vagtlæge, som hun har modtaget 148 ydelser fra. Hun har ydermere modtaget 15 ydelser fra en praktiserende speciallæge (SSR). I alt har Jytte modtaget 174 ydelser fra praksissektoren.

JYTTE, 55 ÅR
2013-2016, REGION SYDDANMARK

Indsatser

Socialfaglig indsats
Socialpædagogisk bistand. Serviceloven §85

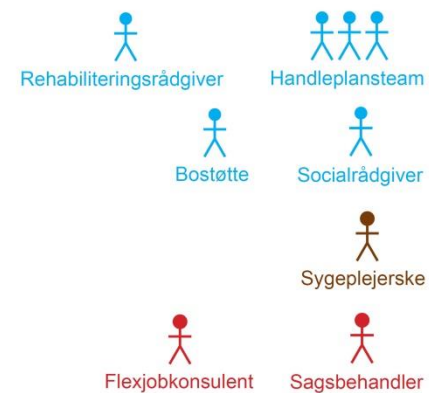
Sundhedsfaglig indsats
Hjemmeplejen
Aktivitet og træning

Uddannelse, beskæftigelse og pension
Førtidspension
Skånejob
Frivilligt arbejde

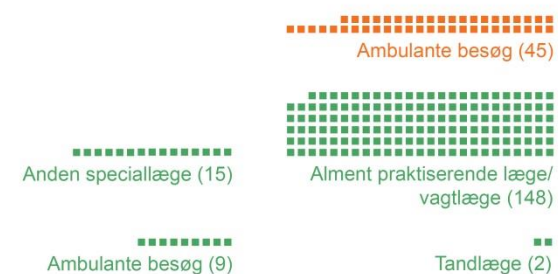
Psykiatrisk behandling
Indlæggelser x 2
Ambulante forløb x 4

Almen praksis / somatisk behandling
Indlæggelse
Ambulante forløb x 11
Almen praksis
Speciallæge praksis
Tandlæge praksis

Antal kontakter



Antal ydelser



Borger 9: Kasper

Kasper er 28 år og bor i Region Midtjylland. Inden for de seneste år har Kasper både påbegyndt laborantuddannelsen og læreruddannelsen, men hans sidste færdiggjorte uddannelse er den gymnasiale. Han arbejder i dag i et flexjob fire gang om ugen.

Kasper stifter første gang bekendtskab med psykiatrien i 2004, hvor han bliver tilknyttet børne- og ungdomspsykiatrien efter at have gjort selvskade. Han er på dette tidspunkt allerede på antidepressiv medicin og får diagnosen autisme. Kasper ønsker ikke yderligere kontakt med ungdomspsykiatrien og bliver først tilknyttet voksenpsykiatrien i en alder af 21 år.

I dag har Kasper udviklet social angst, og i mange år har han intet socialt netværk. I år 2000 får han tilbudt en bostøtte (serviceloven § 85), som både hjælper ham med praktiske gøremål i hjemmet og fremstår som koordinator mellem Kaspers kontaktpersoner. Hun hjælper ham ydermere med at blive tilknyttet et værested, hvilket både har udvidet hans netværk og givet ham større tro på sig selv. Dette beskriver Kasper som afgørende for, at han i dag er ude af sin depression (se bilag 1, figur 9).

Kasper er i dag i flexjob - en proces der har taget flere år. Han fortæller, at han har været igennem diverse individuelle- og gruppeudredningsforløb og terapiforløb som del af hans udredning. Kasper oplever, at hans mål og kommunens mål har været meget forskellige under hans udredningsforløb, og han vælger derfor selv at finansiere sine terapiforløb for herigennem at få den støtte, han selv ser som bedst egnet.

Model 9

Kasper har modtaget indsatser fra det socialfaglige område og beskæftigelsesområdet i kommunen. Det fremgår af kommunedata, at han modtager socialpædagogisk bistand og har deltaget i gruppeforløb på et dagcenter. Han har kontakt med to personer inden for det socialfaglige område. Kasper har derudover haft

mange forskellige indsatser og kontakter på beskæftigelsesområdet. Han er i dag i flexjob, men har forinden modtaget indsatser i form af blandt andet mentorordning, virksomhedspraktikker og afklaring af arbejdsevne. Dette har sat ham i kontakt med 12 kommunale personer, hvorfor Kasper inden for de seneste tre år har været i berøring med 14 personer fra kommunen. Ifølge data fra LPR har Kasper haft tre ambulante forløb bestående af 13 ambulante besøg i psykiatrien. Han har desuden haft kontakt til en praktiserende psykolog, som han har besøgt 39 gange (SSR). I alt har Kasper modtaget 52 psykiatriske ydelser. Kasper har på almen praksis/det somatiske område primært haft kontakt med egen læge/vagtlæge, hvor han har modtaget 21 ydelser (SSR). Han har i alt modtaget 30 ydelser fra almen praksis/det somatiske område.

KASPER, 28 ÅR
2013-2016, REGION MIDTJYLLAND

Indsatser

Socialfaglig indsats

Socialpædagogisk bistand. Serviceloven §85
Gruppeforløb ved Dagcenter for psykiatri x 4

Uddannelse, beskæftigelse og pension

Kontanthjælp
Ungeindsats: *Unge på vej*
Virksomhedspraktik x 3
Psykologisk vurdering:
Afklaring af arbejdsevne for flexjob
Mentorordning
Flexjob

Psykiatrisk behandling

Ambulante forløb x 3
Psykolog praksis

Almen praksis / somatisk behandling

Ambulant forløb
Almen praksis
Fysio/kiropraktor praksis

Antal kontakter



Antal ydelser



Borger 10: Sidsel

Sidsel er 25 år og bor i Region Syddanmark sammen med sin kæreste. På grund af sin psykiske sygdom har Sidsel oplevet det svært at afslutte påbegyndte uddannelser, og hun har derfor ikke færdiggjort sin gymnasiale uddannelse. I dag er Sidsel af jobcenteret kategoriseret som aktivitetsparat og er i denne forbindelse i et praktikforløb, som hun netop har fået forlænget.

Sidsel har været tilknyttet psykiatrien i omkring 10 år. Hun har diagnosen depression, og hun lider af angst. Sidsel er på interviewtidspunktet for første gang ved at blive udredt. Hun har ifølge sin psykiater symptomer på kompleks PTSD, hvilket hun mener, kan have forårsaget både hendes angst og depression.

Sidsel har levet med sin psykiske sygdom det meste af sin teenagealder. Hun er i denne periode i berøring med forskellige regionale indsatser og har tilknytning til mange forskellige kontaktpersoner. Hun oplever i dag, at dette har betydning for, at hun har svært ved at skabe en kronologisk historie over sit forløb, da det hele flyder sammen. Sidsel har aldrig oplevet at have en betydningsfuld kontaktperson. Hendes generelle oplevelse af det offentlige system er, at unge med en psykisk sygdom ikke bliver lyttet til og taget alvorligt.

Sidsel har i omkring otte år bevæget sig mellem uddannelsessystemet og kontanthjælp, og inden for de seneste tre år har hun flere afbrudte end kontinuerlige forløb inden for især beskæftigelses- og uddannelsesområdet. Hun føler ikke, at hun har fået tilstrækkelig støtte til at færdiggøre sin uddannelse. Hun har i mange år ikke kendt til kommunale tilbud så som specialpædagogisk støtte (SPS) og handicaptillæg, og hun oplever, at hun selv har måttet klare sig i et system, som hun ikke har fået hjælp til at forstå. Sidsel har derudover haft forskellige igangsatte indsatser inden for den regionale psykiatri i form af blandt andet psykoterapi, psykiater og psykoterapeutisk team (se bilag 1, figur 10).

Model 10

Ifølge data fra Sidsels kommuner har hun de seneste tre år haft indsatser inden for uddannelses- og beskæftigelsesområdet i de to kommuner, som hun har boet i. Hun har modtaget uddannelsesafklaring, været tilknyttet en mentorordning og været i virksomhedspraktik. Hun har i denne sammenhæng haft kontakt til fire sagsbehandlere. På psykiatriområdet viser data fra LPR, at Sidsel har været i to ambulante forløb, hvor hun har haft 72 ambulante besøg. Hun har derudover været tilknyttet en praktiserende speciallæge, som hun har besøgt 13 gange (SSR). I alt har Sidsel modtaget 85 psykiatriske ydelser. På almen praksis/det somatiske område har Sidsel haft kontakt til egen læge/vagtlæge og sin tandlæge. Hun har i alt modtaget 15 ydelser fra praksissektoren (SSR).

SIDSEL, 25 ÅR
2013-2016, REGION SYDDANMARK

Indsatser

Uddannelse, beskæftigelse og pension

Kontanthjælp
Uddannelsesafklaring: *Projekt Udvej*
Frivilligt arbejde
Virksomhedspraktik
Mentorordning

Psykiatrisk behandling

Ambulante forløb x 2
Speciallæge praksis

Almen praksis / somatisk behandling

Almen praksis
Tandlæge praksis

Antal kontakter



Antal ydelser



Borger 11: Poul

Poul er 51 år og bor i Region Hovedstaden. Han er uddannet civiløkonom. Poul har ikke været på arbejdsmarkedet de sidste 15 år. Han forsøgte i en periode at få bevilliget flexjob, men opgav fordi han oplevede, at processen var for lang. I dag er Poul førtidspensioneret. Poul bruger meget tid som frivillig og påpeger, at det giver ham noget at stå op til om morgenen.

Poul har i 30 år periodisk været tilknyttet psykiatrien. Han har diagnosen bipolar og har været indlagt flere gange. Han har i mange år været tilknyttet forskellige psykiatere og psykologer. Han beskriver sin sidste tilknytning til psykiatrien i 2014 som kaotisk. Her var han via distriktpsychiatrien i kontakt med en psykiater, en psykolog og et psykoterapeutisk forløb.

Poul anser sine forløb både på det somatiske og psykiatriske område som usammenhængende, da han oplever, at fagpersoner inden for det psykiske og somatiske område ikke kender til hinandens arbejde. Han påpeger, at denne manglende viden på tværs af sektorer hæmmer muligheden for koordination og samarbejde. Dette oplever Poul under et kræftforløb, hvor de somatiske læger udelukkende havde syn for hans fysiske sygdom, selvom han gik med selvmordstanker. Han har ligeledes oplevelser, hvor fagpersoner fra psykiatrien ikke tog hensyn til hans fysiske helbred. Fra kommunen bliver Poul tilbudt praktisk hjælp i hjemmet i form af rengøring og opvask fra den socialfaglige indsats (se bilag 1, figur 11).

I dag er Poul medicinfri. Han fortæller, at han benytter alternativ behandling i sin hverdag. Han er både i nær kontakt med en psykoterapeut og gør selv brug af forskellige urter.

Model 11

Af model 11 fremgår det, ifølge kommunedata, at Poul har få kontakter i kommunalt regi. Poul er førtidspensionist og har ikke kontakt til arbejdsmarkedet. På det socialfaglige område modtager han indsatser i form af rengøring og opvask i hjemmet. Poul har inden for de seneste tre år haft kontakt til én person fra kommu-

nen⁴. Ifølge data fra LPR har Poul på det psykiatriske område haft to ambulante forløb bestående af 23 ambulante besøg. Han har derudover haft kontakt med en praktiserende psykolog fem gange (SSR). Poul har i alt modtaget 28 psykiatriske ydelser. Fra almen praksis/det somatiske område har Poul primært haft kontakt til egen læge/vagtlæge, som han har været i kontakt med 51 gange (SSR). Han har derudover modtaget to ambulante forløb (LPR), haft kontakt til en praktiserende speciallæge og en tandlæge (SSR). I løbet af de tre år har Poul modtaget 77 ydelser fra almen praksis/det somatiske område.

⁴ Det er usikkert, hvorvidt Poul har haft flere kontaktpersoner tilknyttet i forbindelse med indsatserne rengøring og opvask de seneste tre år, da disse indsatser er udbudt af anden aktør, hvorfor hans kommune derfor ikke har adgang til disse oplysninger.

Model 11

POUL, 51 ÅR
2013-2016, REGION HOVEDSTADEN

Indsatser

Socialfaglig indsats
Rengøring. Serviceloven §83a
Opvask. Serviceloven §83a

Uddannelse, beskæftigelse og pension
Førtidspension
Frivilligt arbejde

Psykiatrisk behandling
Ambulante forløb x 2
Psykolog praksis

Almen praksis / somatisk behandling
Ambulante forløb x 2
Almen praksis
Speciallæge praksis
Tandlæge praksis

Antal kontakter


Social- og sundhedshjælper

Antal ydelser

Psykolog (5)	Ambulante besøg (23)
Ambulante besøg (4)	Alment praktiserende læge/ vagtlæge (51)
Anden speciallæge (8)	Tandlæge (14)

Borger 12: Claus

Claus er 48 år og bor i Region Hovedstaden. Han påbegyndte i sin ungdom pædagoguddannelsen og er i dag uddannet psykoterapeut. Claus er førtidspensionist, men er i skånejob inden for det socialfaglige område, hvor han arbejder med mennesker med psykiske lidelser.

Claus har diagnoserne depression og PTSD. Han bliver tilknyttet psykiatrien i 1986 og har i de første otte år mange og længerevarende indlæggelser. Claus fortæller, at han derefter i mange år ikke har kontakt til psykiatrien, men i 2011 oplever han et traumatisk overfald og udvikler en langvarig depression, hvor han forsøger at begå selvmord. Efterfølgende igangsættes flere kortvarige indsatser på psykiatriområdet, der omfatter en genindlæggelse, kontakt til akutteam, til en læge og specialpsykolog inden for distriktspsykiatrien.

Claus har kontakt til beskæftigelsesområdet i sin kommune, da han er i skånejob. Derudover arbejder han som frivillig. I den regionale psykiatri oplever Claus, at han har udviklet sig i en positiv retning siden hans første indlæggelse. Han oplever sig i dag ikke som et objekt på et samlebånd, men som en person, der tages hånd om, lyttes til og respekteres (se bilag 1, figur 12). Denne positive udvikling begrundes Claus blandt andet med personalets dygtige relationsarbejde. Men Claus oplever samtidig, at han ikke får tilstrækkelig sindsro ved indlæggelserne, da de er blevet meget korte. Han giver ligeledes udtryk for, at han ikke har fået støtte til at vende hjem til sin hverdag og et arbejdsliv, når han er blevet udskrevet.

For Claus er der god sammenhæng mellem indsatserne inden for psykiatrien. Dog oplever han, at sammenhængen er fraværende i krydsfeltet mellem det somatiske og psykiatriske område, hvilket han har oplevet på egen krop som både hjertepatient og bruger af psykiatrien. Han oplever derfor, at han selv har måttet navigere og søge hjælp på egen hånd.

Model 12

Model 12 illustrerer, at Claus i kommunalt regi har kontakt til beskæftigelsesområdet. Fra kommunedata fremgår det, at han er førtidspensionist, men i skånejob. Han har i den forbindelse kontakt til to virksomhedskonsulenter og en sagsbehandler, og er således i berøring med tre kontakter fra kommunen. På det psykiatriske område viser data fra LPR, at Claus har haft ni indlæggelser og været tilbudt 12 ambulante forløb bestående af 20 ambulante besøg. Han har derudover haft syv besøg hos en praktiserende speciallæge i psykiatri (SSR). I alt har Claus modtaget 27 psykiatriske ydelser. Claus har været indlagt 10 gang inden for det somatiske område og har haft syv ambulante forløb (LPR). Han har derudover haft 28 besøg ved alment praktiserende læge/vagtlæge, 14 besøg hos en praktiserende speciallæge og 25 ved en tandlæge (SSR). I alt har Claus modtaget 80 ydelser fra praksissektoren.

Indsatser

Uddannelse, beskæftigelse og pension

Førtidspension
Skånejob

Psykiatrisk behandling

Indlæggelser x 9
Ambulante forløb x 12
Skadestue
Speciallæge praksis

Almen praksis / somatisk behandling

Indlæggelser x 10
Ambulante forløb x 7
Skadestue x 10
Almen praksis
Speciallæge praksis
Tandlæge praksis

CLAUS, 48 ÅR
2013-2016, REGION HOVEDSTADEN

Antal kontakter


Sagsbehandler


Virksomhedskonsulenter

Antal ydelser

Speciallæge psykiatri (7)

Ambulante besøg (13)

Anden speciallæge (14)

Ambulante besøg (20)

Alment praktiserende læge/
vagtlæge (28)

Tandlæge (25)

Borger 13: Pernille

Pernille er 50 år og bor i Region Hovedstaden. Hun er mor til to børn midt i tyverne, hvor den yngste stadig bor hjemme. Pernille har en bachelorgrad og er uddannet pædagog. Hun er i dag tilknyttet arbejdsmarkedet i form af et flexjob, hvor hun arbejder 16 timer om ugen.

Pernille blev tilknyttet psykiatrien for syv år siden. Hun fortæller, at hun i mange år har haft depressive perioder, men først ved sin datters psykiatriske diagnosticering bliver tilbudt kommunale og regionale indsatser. Pernille bliver herefter udredt for personlighedsforstyrrelse og får diagnosen borderline. Hun har igennem de seneste tre år fået igangsat forskellige typer terapiforløb i den regionale psykiatri. Hun har siden diagnosticering meldt sig ind i foreninger, der kan støtte hende både som syg og som pårørende. I dag er Pernille tilknyttet den socialfaglige indsats via sin støttekontaktperson (serviceloven § 99), som hjælper hende med praktiske gøremål i hjemmet. Tidligere har hun også været i kontakt med distriktpsykiatrien.

Efter sin datters indlæggelse på psykiatrisk hospital har Pernille været på sygedagpenge, kontanthjælp, for nu at være i flexjob. Hun beskriver sin kontakt til jobcenteret som en lang og sej kamp med meget modstand. Hun har som kontanthjælpsmodtager deltaget i et opkvalificerings- og beskæftigelsesprojekt, der havde til formål at hjælpe langtidsledige i job eller uddannelse. Hun har været i forskellige arbejdsprøvningsforløb, før hun i 2013 kom i flexjob. Pernille fortæller, at hun igennem dette forløb er blevet støttet af et tværsektorielt partnerskabsprojekt, der har til formål at sikre sociale- og beskæftigelsesfremmende indsatser. Hun oplever, at tilbuddet har stor betydning, da hun både kan være frivillig og hermed hjælpe andre borgere og samtidig kan henvende sig som borger, der har behov for støtte og hjælp.

Model 13

Kommunedata viser, at Pernille fra kommunalt regi har modtaget indsatser på socialområdet og beskæftigelsesområdet. Hun er tilknyttet

støttekontaktpersonsordningen og benytter derudover et medborgercenter. Hun er i kontakt med tre personer på det socialfaglige område. Pernille er i dag i flexjob, men har forinden været tilbudt et kort uddannelsesforløb og en mentorordning, hvilket har sat hende i kontakt til to vejledere og en sagsbehandler. I alt er Pernille i kontakt med seks personer fra kommunen. Pernille har ifølge data fra SSR haft et psykologforløb bestående af 23 samtaler, hun har også været i kontakt med en praktiserende speciallæge i psykiatri. Hun har derudover været indlagt en enkelt gang (LPR). I alt har Pernille modtaget 32 psykiatriske ydelser. På almen praksis/det somatiske område har Pernille modtaget flest ydelser fra egen læge/vagtlæge, som hun har besøgt 44 gange (SSR). Hun har derudover været i et ambulant forløb (LPR) og haft kontakt til sin tandlæge (SSR). Pernille har i alt modtaget 52 ydelser fra praksissektoren.

Model 13

PERNILLE, 50 ÅR
2013-2016, REGION HOVEDSTADEN

Indsatser

Socialfaglig indsats

Støttekontaktperson. Serviceloven §99
Medborgercenter

Uddannelse, beskæftigelse og pension

Flexjob
6-ugers selvvalgt uddannelse
Mentorordning

Psykiatrisk behandling

Indlæggelse
Ambulante forløb x 3
Skadestue
Speciallæge praksis
Psykolog praksis

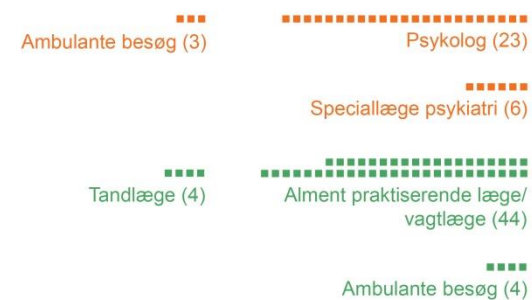
Almen praksis / somatisk behandling

Ambulant forløb
Almen praksis
Tandlæge praksis

Antal kontakter



Antal ydelser



Borger 14: Bjørn

Bjørn er 27 år og bor i Region Hovedstaden. Han har færdiggjort sin gymnasiale uddannelse og er siden påbegyndt fire forskellige videregående uddannelser. Bjørn har i de seneste år skiftevis været på SU og kontanthjælp. I dag er han kategoriseret som aktivitetsparat, og han er startet i et praktikforløb 16 timer om ugen. Sideløbende følger Bjørn et basisforløb på et beskæftigelsescenter for aktivitetsparate unge under 30 år.

Bjørn har været tilknyttet psykiatrien siden 2013, hvor han selv vælger at henvende sig på en akut psykiatrisk skadestue. Da han ikke ønsker indlæggelse, bliver han henvist til distriktskykiatrien, hvor han får et udredningsforløb og bliver diagnosticeret med skizofreni. Efterfølgende bliver Bjørn tilbudt et toårigt forløb i OPUS, hvor han deltager i forskellige indsatser og får tilknyttet en kontaktperson. Ved afslutningen af dette forløb bliver Bjørn igen henvist til distriktskykiatrien, hvor han også er tilknyttet i dag (se bilag 1, figur 14).

Når Bjørn husker tilbage på sit forløb, mindes han god kvalitet. Han har oplevet gode overleveringer mellem de forskellige instanser og har fået tilbudt forskellige indsatser, som han har kunnet til- og fravælge efter behov. Mange af de tilbud, som Bjørn får tilbudt i denne periode, er gruppeforløb. Han er aldrig blevet tilbudt et individuelt terapiforløb hos en psykolog, hvilket han giver udtryk for at have efterspurgt flere gange.

Bjørn har i den treårige periode haft løbende kontakt med sit jobcenter. Herigennem bliver han tilknyttet et mentorforløb og der skabes kontakt til hans nuværende beskæftigelsescenter. Hans kontakt til beskæftigelsescenteret bliver brudt af et kortvarigt uddannelsesforløb, hvorefter han påbegynder sin kontakt til beskæftigelsescenteret igen (jf. bilag 1, figur 14). Bjørn giver udtryk for, at han ved hver samtale møder en ny jobkonsulent. Han oplever, at forløbet på jobcenteret har været rodet, og han føler, at der mangler viden om og sammenhæng til det psykiatriske område.

Model 14

Af model 14 fremgår det, at Bjørn fra sin kommune har modtaget indsatser fra det socialfaglige- og sundhedsfaglige område og fra uddannelses- og beskæftigelsesområdet. På det socialfaglige område er Bjørn tilknyttet et værested, mens han på det sundhedsfaglige område har modtaget tre træningsforløb. På uddannelses- og beskæftigelsesområdet har han været tilbudt flere forskellige indsatser i form af en uddannelsespakke, mentorforløb og gruppevejledning, og han følger et forløb på et beskæftigelsescenter for unge aktivitetsparate. I dag er han i virksomhedspraktik. Disse indsatser har sat Bjørn i kontakt med forskellige sagsbehandlere, vejledere, undervisere, mentorer og en sundhedsguide. Bjørn har i alt været i kontakt med 16 personer fra kommunen. Ifølge data fra LPR har han på det psykiatriske område modtaget fire ambulante forløb bestående af 85 ambulante besøg. På almen praksis/det somatiske område har Bjørn blandt andet haft kontakt til alment praktiserende læge/vagtlæge 28 gange og praktiserende speciallæge tre gange (SSR). I alt har han modtaget 47 ydelser fra praksissektoren.

BJØRN, 27 ÅR
2013-2016, REGION HOVEDSTADEN

Indsatser

Socialfaglig indsats
Værested

Sundhedsfaglig indsats
Træningsforløb x 3

Uddannelse, beskæftigelse og pension
Kontanthjælp
Uddannelsespakke: Afklaring og beskæftigelse
Mentorordning x 3
Forløb hos beskæftigelsescenter for aktivitetsparate x 2
Gruppevejledning
Virksomhedspraktik

Psykiatrisk behandling
Ambulante forløb x 4

Almen praksis / somatisk behandling
Ambulante forløb x 8
Skadestue
Almen praksis
Speciallæge praksis
Fysio/kiropraktor praksis
Tandlæge praksis

Antal kontakter

 
Mentorer Sagsbehandlere

  
Sundhedsguide Undervisere Vejledere

Antal ydelser


Ambulante besøg (85)

 
Anden speciallæge (3) Alment praktiserende læge/
vagt-læge (28)

 
Ambulante besøg (6) Tandlæge (8)


Fysio/kiropraktor (2)

Borger 15: Frederik

Frederik er 42 år og bor i Region Hovedstaden. Inden Frederik bliver førtidspensioneret i 2008, har han i mange år været på kontanthjælp. Frederik bor alene og har ingen børn.

Omkring år 2002 tager Frederik første gang kontakt til psykiatrien. Han har i dag diagnosen skizotypisk sindslidelse, men har gennem tiden stiftet bekendtskab med flere forskellige diagnoser. Frederik oplever, at hans psykiske lidelse har været påvirket af hans tidligere dobbeltdiagnose som hashmisbruger. Et misbrug, han fortæller, han kom ud af i 2014.

Frederik fortæller, at han har en historik med mange indlæggelser. Han vælger i mange år at holde sit misbrug hemmelig for den regionale psykiatri, da han frygter, at de sundhedsprofessionelle vil anse ham som narkoman. Retrospektivt giver Frederik udtryk for, at han oplever et markant skift i sit møde med psykiatrien, efter hans hashmisbrug bliver kendt af hospitalspersonalet. Han føler sig ikke længere velkommen. Frederik oplever, at personalet giver udtryk for, at de først kan hjælpe ham, når han har været igennem et afvænningsforløb. Frederik giver udtryk for, at ingen i mange år tilbyder ham et sådant forløb. Han bliver derimod overladt til sig selv, hver gang han udskrives efter få dages indlæggelse og stabilisering. Sideløbende med sine kortvarige indlæggelser er Frederik tilknyttet distriktskykiatrien. I 2014 kommer Frederik i afvænningscenter på et rådgivningscenter for misbrugere og indlægges efterfølgende på en psykiatrisk afdeling for personer med dobbeltdiagnose (se bilag 1, figur 15).

Gennem den psykiatriske skadestue får Frederik kendskab til et samværs- og aktivitetstilbud for personer, der har eller har haft psykiske problemer. Her er han i dag både bruger og frivillig.

Model 15

Af model 15 kan det aflæses, at Frederik har modtaget indsatser fra socialområdet, hvor han har været tilknyttet et rådgivningscenter og et samværs- og aktivitetstilbud. Frederik er før-

tidspensionist og har ikke kontakt til arbejdsmarkedet. I kommunalt regi er Frederik tilknyttet to kontaktpersoner. Ifølge data fra LPR har Frederik været indlagt tre gange, og han har været igennem syv ambulante forløb bestående af 14 ambulante besøg i psykiatrien. Frederik har derudover en tilknytning til det somatiske område, hvor han blandt andet har haft kontakt til almen læge/vagtlæge 11 gange, en praktiserende speciallæge og en tandlæge (SSR). Han har i alt modtaget 22 ydelser på det somatiske område.

Socialfaglig indsats
Rådgivningscenter
Samværs- og aktivitetstilbud

Førtidspension

Indlæggelser x 3
Ambulante forløb x 7

- Ambulant forløb
- Skadestue x 2
- Almen praksis
- Speciallæge praksis
- Tandlæge praksis

FREDERIK, 42 ÅR
2013-2016, REGION HOVEDSTADEN

Rådgiver Socialrådgiver

Spørgsmål	Antal besøg
Ambulante besøg	14
Alment praktiserende læge/ vagtlæge	11
Tandlæge	7

Afrunding

Vi har i dette kapitel præsenteret en personcase-analyse af de 15 borgere, som vi har interviewet til rapporten. Hver borger er blevet præsenteret via en lille fortælling baseret på borgers interview og en model over antal registrerede kontakter, indsatser og ydelser inden for de seneste tre år.

Analysen af personcases tegner et overordnet billede af, at borgerne modtager mange forskellige typer af indsatser og ydelser, og er i kontakt med mange forskellige fagpersoner inden for henholdsvis region, kommune og praksissektor, hvilket skaber en stor grad af kompleksitet.

Kapitel 3

Analyse af borgernes oplevelser

Introduktion

Dette kapitel indeholder en analyse på tværs af de 15 interviews med borgere, som er præsenteret i kapitel 2. Udgangspunktet for analysen er en undersøgelse af, hvad borgerne oplever som vigtigt i behandlingen og rehabiliteringen af psykiske lidelser. Målet med analysen er at identificere, hvad der spiller en rolle for, at borgerne oplever sammenhæng i deres forløb. Vi er ikke gået ud fra et foruddefineret begreb om sammenhæng og har heller ikke bedt borgerne om at forholde sig til en bestemt forståelse af sammenhæng. Det har i stedet været op til borgerne at sætte ord på, hvad sammenhæng er for dem, hvordan, og om, de oplever, at sammenhæng er vigtigt, samt hvilke aspekter af sammenhæng de oplever som betydningsfulde for et godt forløb.

I kapitlet præsenterer vi analysens resultater bestående af fire forskellige dimensioner af sammenhæng, som har betydning for borgernes overordnede oplevelse af et sammenhængende forløb. Den første dimension er systemisk og knytter sig til muligheden for at kunne finde rundt i det regionale og kommunale system. Den anden dimension er relationel og knytter sig til at have kontakt med en gennemgående person, som borgeren har tillid til, og som kender borgerens historie. Den tredje dimension drejer sig om samfundet og handler om betydningen af at kunne deltage i samfundsfællesskabet og på arbejdsmarkedet. Den fjerde dimension er eksistentiel og knytter sig til oplevelsen af at blive lyttet til og taget alvorligt. Analysen viser hermed, at sammenhæng for borgerne ikke kun knytter sig til kontinuitet og glidende overgange mellem sektorer og fag-

personer. Som vi vil komme ind på i kapitlet, vedrører sammenhæng også integration af den psykiatriske indsats i tilværelsen mere generelt, og i borgernes mulighed for at opretholde en selvopfattelse som subjekter, der har noget relevant at bidrage med.

Læsevejledning

I det følgende beskriver vi først, hvordan vi metodisk har grebet arbejdet an; fra de første skridt med at rekruttere undersøgelsens informanter til at gennemføre interviews og efterfølgende databehandling og analyse. I det efterfølgende afsnit præsenterer vi analysens resultater i form af de fire forskellige dimensioner af sammenhæng, som vi har identificeret på tværs af interviewene; den systemiske dimension, den relationelle dimension, den samfundsmæssige dimension og den eksistentielle dimension. For hver dimension beskriver vi den overordnede betydning samt de mere specifikke nuancer og aspekter, som er identificeret i materialet. I kapitlets sidste afsnit opsummerer vi analysens hovedpunkter.

Metode

Analysen er baseret på 15 individuelle, semi-strukturerede interviews med borgere tilknyttet psykiatrien.

Undersøgelsesspørgsmål

Analysen tager afsæt i følgende overordnede undersøgelsesspørgsmål:

- Hvad spiller en rolle for, at borgerne oplever sammenhæng i deres forløb?

Derudover har vi anvendt en række mere specifikke undersøgelsesspørgsmål:

- Hvad forbinder borgerne med sammenhæng?
- Hvordan er deres oplevelser af sammenhæng i deres forløb?
- Hvordan oplever de deres muligheder for at finde rundt blandt deres forskellige kontakter og indsatser?

- Hvad har særlig betydning for deres oplevelse af sammenhæng eller manglende sammenhæng?

Rekruttering af borgere

Rekruttering af borgere tilknyttet psykiatrien er foregået løbende over syv måneder, fra marts 2016 til september 2016. Rekrutteringsperioden har strakt sig over en længere tidsperiode end først planlagt. Det skyldtes primært, at der kun var et lille antal borgere, der fra start viste interesse for at deltage i undersøgelsen.

Inklusionskriterierne for at deltage i undersøgelsen var, at det skulle være borgere over 21 år, som inden for de seneste tre år har været i berøring med både den regionale psykiatri og det kommunale system. Derudover skulle de være fordelt på minimum tre kommuner spredt over flere regioner. Det var også et kriterie at tilstræbe inklusion af borgere med en bred variation af diagnoser inden for både ikke-psykotiske og psykotiske lidelser og at sikre spredning i forhold til uddannelse, beskæftigelse, børn og misbrug.

Vi har i tidsperioden rekrutteret 27 informanter, hvoraf 12 faldt fra. For nogle skyldtes det mangel på overskud, for andre at de ikke ønskede at videregive oplysninger fra personregistre eller fra kommunen. Sidst var der syv personer, der tilmeldte sig undersøgelsen, men som ikke blev inkluderet, da de ikke levede op til de opstillede inklusionskriterier.

I rekrutteringsprocessen benyttede vi forskellige rekrutteringsstrategier. Først udarbejdede vi et opslag til de to åbne Facebookgrupper; Bedre Psykiatri, Landsforeningen for pårørende⁵ og SIND, Landsforeningen for psykisk sundhed⁶, for herigennem at rekruttere personer med interesse i at deltage i projektet, fordi de selv kunne tilmelde sig.⁷ Denne metode resulterede i otte henvendelser, hvoraf fem faldt fra, eller blev sorteret fra, da de ikke opfyldte inklusi-

onskriterierne. Samme metode blev benyttet på EN-AF-OS-Kampagnen og Socialstyrelsens Peer-netværks lukkede Facebookgrupper⁸, hvilket gav yderligere otte henvendelser. Fire faldt dog efterfølgende fra.

Eftersom vi kun rekrutterede otte informanter via de sociale medier, kontaktede vi derefter Sherpa, en konsulentvirksomhed, der hjælper ledige med psykisk sygdom i arbejde eller uddannelse. Her assisterede et lille antal mentorer med at rekruttere tre egnede informanter ud fra de opstillede kriterier. Kun én af de tre endte med at deltage i undersøgelsen. Dernæst har vi haft kontakt til henholdsvis PIO Psyk Info Odense, der tilbyder åben anonym rådgivning til borgere med psykiske lidelser, LAP, Landsforeningen af nuværende og tidligere Psykiatribrugere, Pinta, et samværs- og aktivitetstilbud for personer berørt af psykiske lidelser samt CKB, Kompetence og Brobygning, som er et beskæftigelsescenter for aktivitetsparate unge under 30 år. Disse organisationer har bidraget til rekrutteringen med i alt syv deltagere. De sidste syv informanter er dermed "håndplukket" af forenings- og institutionsmedarbejdere. Vi har ikke rekrutteret informanter fra botilbud. I stedet henviser vi til en ny rapport fra SFI, som blandt andet behandler sammenhængsproblematikker på botilbud (Liversage 2017).

Vi kan ikke udelukke, at de valgte rekrutteringsstrategier kan have indflydelse på data. Fx kan de "håndplukkede" informanter være udvalgt af specifikke grunde. Vi har dog ikke oplevet, at informanternes eventuelle tilknytning til en organisation har påvirket deres oplevelser og fortællinger, da de ikke tydeligt adskiller sig fra de øvrige informanter. Det kan heller ikke udelukkes, at gruppen af informanter, der selv har henvendt sig, skiller sig ud fra den generelle målgruppe. Deltagelse i en patientforening eller en Facebookgruppe kan indebære en form for selektion, til trods for at den ikke har fremstået markant i interviewsituationen. Det gælder for alle informanter, at de har haft lyst til at fortæl-

⁵ Denne gruppe har ca. 32.000 medlemmer.

⁶ Denne gruppe har ca. 7.000 medlemmer.

⁷ Opslagene blev lagt på Facebookgrupper med assistance fra henholdsvis SIND og Bedre Psykiatri.

⁸ Opslagene blev lagt på Facebookgrupper med assistance fra henholdsvis EN-AF-OS og Socialstyrelsen.

le deres historier og oplevelser med at bevæge sig rundt i det offentlige system. De har alle udtrykt et håb om, at deres erfaringer kan komme andre til gavn.

Præsentation af informanterne

Vi har udført otte interviews med kvinder mellem 25-60 år og syv interviews med mænd mellem 27-53 år. Informanterne kommer fra hele landet, fordelt på 12 kommuner i tre regioner; Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Hovedstaden. Informanterne er beskrevet nærmere i metodeafsnittet i kapitel 2.

Interviews

De 15 interviews er foretaget i perioden maj til september 2016.⁹ Hvert interview har typisk haft en varighed mellem en til to timer. Alle interviews er blevet optaget og derefter transkriberet. Af etiske grunde er alle informanter anonymiseret. Brug af navne i rapporten er pseudonymer. Interviewene er typisk afholdt i lokaler på Statens Institut for Folkesundhed, SDU, eller i informanternes hjem afhængigt af, hvad informanterne har foretrukket.

De individuelle interviews er blevet gennemført som semistrukturerede interviews, hvor vi ved hvert interview har taget udgangspunkt i samme interviewguide. Interviewene er guidede af undersøgelsesspørgsmålene. Under interviewene er vi som nævnt ikke gået ud fra et foruddefineret begreb om sammenhæng. Vi bad heller ikke informanterne om at forholde sig til en bestemt forståelse af sammenhæng. Det var i stedet op til informanterne at sætte ord på, hvad sammenhæng er for dem, hvordan, og om, de oplever, at sammenhæng er vigtigt, samt hvilke aspekter af sammenhæng de oplever som betydningsfulde for et godt forløb. Interviewene har primært bevæget sig inden for det afgrænsede analysefelt, men vi har samtidig tilstræbt en åbenhed over for, de problemstillinger interviewpersonerne selv har

bragt på banen (Kvale og Brinkmann 2009, Brinkmann og Tanggaard 2015).

Behandling af interviewdata

Analysen af interviews er udarbejdet på baggrund af undersøgelsens undersøgelsesspørgsmål. Først gennemførtes en pilotanalyse, som havde til formål at identificere relevante temaer på tværs af tre udvalgte interviews. Temaerne blev dernæst sammenholdt med undersøgelsesspørgsmålene. Dette gav anledning til syv temaer om informanternes oplevelse af forskellige aspekter af sammenhæng. De 15 interviews, som i transkriberet form udgjorde i alt 400 sider, blev derefter kodet i det kvalitative databehandlingsprogram Nvivo. I den efterfølgende analyseproces blev de syv temaer reduceret yderligere til i alt fire hoveddimensioner af sammenhæng, som samlet indeholdt de syv temaer henholdsvis en systemisk, en relationel, en samfundsmæssig og en eksistentiel dimension.

I rapporteringen af projektet er der taget hensyn til informanternes anonymitet. Fortrolige oplysninger fra interviews og registre, som er fremkommet i forbindelse med projektet, er opbevaret efter reglerne om behandling af personoplysninger. Der er indhentet skriftlig informeret samtykke fra de 15 interviewpersoner. Projektet er godkendt af Datatilsynet og er blevet forelagt for den Videnskabsetiske Komité.

Resultater

I dette afsnit præsenterer vi analysens resultater, gennem fire forskellige dimensioner af sammenhæng, som har betydning for borgerenes overordnede oplevelse af et sammenhængende forløb (figur 1):

- Den systemiske dimension
- Den relationelle dimension
- Den samfundsmæssige dimension
- Den eksistentielle dimension

⁹ Ida Nielsen Sølvhøj har gennemført alle interviews (n=15) sammen med enten Anna Paldam Folker (n=7), Mette Marie Kristensen (n=2), Amalie Oxholm Kusier (n=5) eller Sara Flint (n=1). Ida Nielsen Sølvhøj og Anna Paldam Folker har hovedansvaret for analyse og afrapportering af interviews.

Figur 1 **Oversigt over dimensioner**



I forbindelse med præsentationen af hver dimension anfører vi først et illustrativt citat, som slår temaet an. Dernæst giver vi et kort sam-mendrag af, hvilke aspekter af dimensionen vi har fået belyst i vores materiale. Vi har valgt en opbygning, sådan at vi for hvert aspekt først giver en fremstilling af, hvordan aspektet spiller en rolle for sammenhæng i positiv forstand. Dernæst beskriver vi, hvordan informanterne har oplevet, at aspektet kan bidrage til mang-lende sammenhæng, hvis det fx ikke er adres-seret eller håndteret.

Den systemiske dimension

Den første og mest omfattende dimension af sammenhæng i materialet knytter sig til mulig-heden for at kunne finde rundt i det regionale og kommunale system:

Altså, jeg er meget trist og nede og sådan no-get... jeg forstår egentlig ikke så meget på det tidspunkt, og der får jeg så en god bostøtte. Hvis der er nogle ønsker, jeg har om noget, jeg gerne vil i fremtiden og sådan noget, så har han alle kontakterne i kommunen. Det sidder han jo og er herre over, hvad man kan i de forskellige tilbud... Havde det ikke været for ham, så havde jeg stadig siddet og kigget ud i luften (Søren, 39 år).

Fælles for alle informanterne er, at de finder det udfordrende at finde rundt i det offentlige system. Mange har svært ved at skabe overblik over, hvilke tilbud der eksisterer i henholdsvis kommune og region, og hvad der er målrettet dem. Flere beskriver, hvordan udskrivelse fra hospital kan være en udfordring, hvis de ikke oplever at blive grebet og ikke selv føler sig parat til at etablere og opretholde kontakter til kommunen og distriktpsychiatrien. Blandt in-formanterne eksisterer der en bred forståelse af, hvilke forhold der er afgørende for, at de oplever sammenhæng ud fra en systemisk di-mension.

I det følgende beskriver vi først informanternes oplevelser af at få hjælp til at navigere via én eller flere kontaktpersoner. Dernæst beskriver vi tre områder, hvor det ifølge informanterne er særlig svært at finde rundt. Det drejer sig om kontakten til jobcenteret i kommunen. Dernæst om udskrivelsessituationen og dermed over-gangene mellem det regionale og det kommu-nale system. Det sidste aspekt vedrører infor-manternes oplevelser af deres adgang og kon-takt til somatisk behandling.

Kontaktpersoners hjælp til navigation

For mange af borgerne er det en stor støtte, hvis de har en kontaktperson, der kan hjælpe dem med at skabe overblik over, hvilke tilbud der eksisterer, og hvordan de får adgang til dem. En tredjedel af informanterne får denne støtte gennem en støttekontaktperson (service-loven § 99) eller socialpædagogisk bistand (ser-viceloven § 85), hvor en støttekontaktperson eller en bostøtte kommer i deres hjem én til to gange om ugen. Deres arbejdsopgaver spænder bredt. De understøtter blandt andet ved prakti-ske gøremål, indgår som samtalepartnere, og har indsigt i kommunale tilbud. Det fremgår af materialet, at informanterne, alt efter overskud, får støtte på forskellige niveauer. Nogle har svært ved at overskue at holde hjemmet pænt, mens andre synes, det er svært at finde energi til at tage kontakt til andre kommunale eller regionale kontakter. Andre har behov for, at deres kontaktpersoner indtager rollen som bisidder ved møder eller tager med til samtaler hos en psykiater eller på hospitalet. En infor-mant beskriver støtten fra sin støttekontaktperson i kommunen således:

Det er min støttekontaktperson, som har hjulpet mig med at finde rundt i systemet. For det første ved hun meget om de forskellige indsatser, hun ved, hvordan tingene fungerer, og hun kan komme på ideer, som jeg ikke selv har haft... og også bare at hun har konkret overskud til det. Nogle gange så er det lidt motivationen, det handler om. [...] Det føles som stor hjælp, fordi

der er altså meget af det, der er meget uoverskueligt for os dødelige (Kasper, 28 år).

Flere informanter fortæller blandt andet, at de har fået kendskab til væresteder for personer med en psykisk lidelse gennem deres støttekontaktperson eller bostøtte. Adgangen til et fællesskab med andre, der forstår deres situation, fordi de selv er i en lignende, har for flere haft stor betydning.

Ifølge flere informanter har en kontaktperson ikke alene overblik over kommunens tilbud, men spiller også en vigtig rolle i forhold til koordinering mellem kommunale indsatser og andre kontakter. Kontaktpersonen er for borgerne en afgørende aktør, da de understøtter adgang til det omgivende samfund via deres position og netværk i kommunen. Informanter oplever dem som en form for "forlænget arm" til resten af kommunen, hvilket er afgørende for oplevelsen af sammenhæng:

Jeg føler faktisk, at kontaktpersonerne er ret gode til at være inde over hinandens arbejde. Min oplevelse det er, at de forstår hinandens arbejde godt nok til, at de ved, hvad det betyder, at jeg har en hjemmevejleder, at de ved, hvad det betyder, at jeg er i ungeindsatsen og så videre. Og også bare at hver af dem har en bred nok portefølje, eller hvad det hedder, til at de godt kan overlappe hinanden lidt. Det har også meget at gøre med, at hjemmevejlederen har sådan lidt, fokus på koordinering, og hun er meget konstant. Der har jeg også været heldig, at jeg har den samme person (Kasper, 28 år).

Det er ikke kun kontaktpersoner i kommunalt regi, som kan indtage den koordinerende rolle. En tredjedel af informanterne giver udtryk for at få lignende støtte fra en kontaktperson i distriktpsychiatrien¹⁰. En informant fortæller blandt andet, at han gennem sin kontaktperson har fået information om, hvilke mulige indsatser der eksisterer regionalt, hvorefter han selv har kunnet navigere mellem tilbuddene, alt

¹⁰ Nogle af informanterne har både en kontakt i kommunen og i distriktpsychiatrien. Førstnævnte giver primært adgang til kommunale tilbud, den anden primært til regionale tilbud.

efter, hvad han syntes passede til ham. Kun få informanter har oplevet, at en støttekontaktperson kan være en støtte på tværs af sektorer.

Udover at få støtte til at navigere mellem forskellige indsatser og kontaktpersoner inden for regionalt og kommunalt regi, fortæller flere informanter, hvordan deres kontaktperson støtter dem i, hvordan de skal bære sig i sociale situationer og i parforhold. Dette opleves ikke alene at give god sammenhæng mellem de forskellige tilbud, men også en større sammenhæng i privatlivet og i hverdagen.

Ud fra udsagnene fra flere informanter tegner der sig et billede af, at kontaktpersoner kan være centrale støtter, når det for borgeren handler om at navigere i et system, de ikke altid selv forstår. Kontaktpersoner kan derfor spille en afgørende rolle i borgernes oplevelse af sammenhæng.

Det bliver dog ligeledes synligt i materialet, at denne sammenhæng primært er inden for de forskellige sektorer snarere end på tværs af sektorer – støttekontaktpersoner og bostøtter fra kommunen kan primært hjælpe med navigation inden for kommunalt regi, mens kontaktpersoner fra fx distriktpsychiatrien primært kan støtte borgerne i regionalt regi. Borgerens støtte til at finde rundt i systemet sker derfor sjældent på tværs af sektorer.

Vanskelig navigation

Ikke alle informanter har en positiv oplevelse med at få støtte til at finde rundt i systemet fra en kontaktperson. Mange fortæller, at de føler, at de har stået alene og ikke har fået vejledning i, hvilke tilbud der eksisterer og dermed heller ikke støtte til at navigere mellem kommunale og regionale tilbud:

Tit føles det, som om man er blevet smidt ind i en mørk bil og så bare er kørt et eller andet sted. Og så er du blevet smidt af, og du har ikke GPS, du har ikke noget som helst, så må du bare se, om du kan finde vej. Sådan har det virkelig føltes. [...] Jeg synes virkelig, det er en jungle (Sidsel, 25 år).

Følelsen af selv at stå til ansvar for at få den støtte og hjælp, der er behov for, er et forhold, som bliver beskrevet af flere. Det fremhæves, at det er svært at vide, hvad man kan forvente og har ret til fra systemet, og der peges på, at det grundlæggende problem er manglende kommunikation fra systemets side. En informant fortæller, at oplevelsen med at få en diagnose og blive tilknyttet psykiatrien er en *"helt ny virkelighed, som man skal forholde sig til"*, og flere giver udtryk for, at der er mangel på formidling omkring, hvad det vil sige at blive del af en hverdag med en diagnose, indlæggelser, indsatser, behandlere etc. Mange oplever, at de selv har måttet lære at navigere i denne "nye virkelighed" og imellem de muligheder, der eksisterer kommunalt og regionalt. Denne oplevelse udfordres yderligere af det sprog, der kommunikeres i:

Jeg fatter ikke en brik... Når man går ind på kommunens hjemmesider og læser om psykiatri og sådan noget... det er jo fandeme skrevet i et akademisk sprog. Så har almindelige mennesker altså ikke mulighed for at finde ud af, hvad de har mulighed for. Det er ikke skrevet for almindelige mennesker (Ingrid, 40 år).

Et andet forhold, der vanskeliggør mulighed for navigation for informanterne, er oplevelsen af, at koordinering på tværs af sektorerne halter. Flere beskriver, at overgange fra en sektor til en anden er problematisk, blandt andet fordi fagpersonerne ikke har tilstrækkelig kendskab til hinandens områder. Det er i materialet tydeligt, at flere informanter *ikke* oplever, at deres kontaktpersoner agerer bindeled, men at de selv må udfylde rollen som bindeled mellem deres kontakter i de forskellige sektorer. Flere giver udtryk for, at de ufrivilligt får en form for koordinerende rolle, fordi de forskellige instanser ikke samarbejder og kommunikerer på tværs:

Hvorfor er det mig, der skal være bindeled, jeg har jo meget kort tid med dem i forvejen, ikke, så hvorfor skal jeg sidde og forklare, hvad den anden laver af arbejde? (Ingrid, 40 år).

Flere informanter, som oplever ikke at få tilstrækkelig støtte i hverdagen, giver udtryk for, at deres pårørende har taget en stor del af ansvaret for, at de bliver introduceret til forskellige tilbud eller har fået anden form for støtte, som de har behov for. Det kan dog være svært at inddrage sin familie i sygdomsforløbet. Flere oplever, at de i perioder slider meget på deres familie, og at de pårørendes store involvering betyder, at sygdom kommer til at stå i forgrunden i familierelationen. Dette kan resultere i, at den psykiske sygdom kommer til at fylde meget i alle borgernes relationer. De informanter, der vælger at inddrage deres familie, giver trods disse forhold udtryk for, at familiens hjælp til at finde rundt i systemet er et afgørende element for, at deres hverdag hænger sammen.

Jobcenteret

Et centralt aspekt af den systemiske dimension af sammenhæng vedrører kontakten med kommunens jobcenter. Mange informanter oplever jobcenteret som den enhed, det er sværest at navigere i forhold til, hvilket for flere hænger sammen med, at det er her, de oplever flest skift i kontakter. Ikke en eneste informant, der har været tilknyttet jobcenteret de seneste tre år fortæller, at de har haft en stabil sagsbehandler i denne periode. Dette påvirker deres oplevelse af sammenhæng. Nogle peger ligeledes på, at de oplever det problematisk, at de er tilknyttet flere sagsbehandlere på samme tid (fx en primær sagsbehandler, en økonomisk sagsbehandler, en sagsbehandler fra ungeindsatsen etc.), da det er svært at finde rundt i, hvem der har hvilket ansvar, og hvordan de kan være understøttende.

For mange informanter betyder de mange kontakter og skift, at de oplever sig distanceret til både jobcenter og beskæftigelsesrelaterede sagsbehandlere. Dette resulterer i, at flere informanter har svært ved at se meningen ved de beskæftigelsesmæssige forløb, de får tilbudt. De oplever, at indsatser ikke er målrettet, hvorfor

de får følelsen af, at de blot er endnu en borger i rækken:

Jeg ønskede at komme på nogle kurser, hvor de hjalp folk ind på arbejdsmarkedet igen.

Jeg tænkte, at jeg hurtigt kunne komme i arbejdsprøvning. Så viste det sig så, nej det er ikke sådan det fungerer. "Du tager det her forløb på et år færdigt, og så kommer du i arbejdsprøvning". Så sad jeg der et år (Pernille, 50 år).

Flere informanter giver udtryk for, at oplevelser som disse medvirker til, at de opbygger mistillid til jobcenteret som institution. En anden afgørende faktor er, at mange ikke mener, at der bliver taget hensyn til deres psykiske lidelse. Flere har erfaring med, at sagsbehandlere tilknyttet jobcentrene ikke har forståelse for, at de ikke har samme ressourcer og overskud som personer, der ikke lider af en psykisk sygdom. De oplever, at mangel på samarbejde mellem jobcenteret og psykiatrien gør det vanskeligt at navigere mellem de forskellige indsatser.

Overgang

Et andet aspekt af den systemiske dimension af sammenhæng drejer sig om overgangen fra en sektor til en anden. Det bliver af flere informanter påpeget, at de oplever, at der er mangel på sammenhæng ved udskrivelsesforløb fra hospitalet til egen bolig. De oplever, at hverken kommune eller distriktpsychiatri griber dem efter udskrivelse. Manglende overlevering bliver af flere informanter oplevet som et svigt fra systemet, da de ikke får støtte til at navigere mellem de to sektorer:

Og så, ja så kommer jeg ud igen [fra den lukkede afdeling], og så ved jeg overhovedet ikke mit levende råd, hvad jeg skal gøre eller give mig til eller noget som helst. Så jeg hjælper lidt venner en gang i mellem [...] og så begynder jeg at prøve... jeg har drømt om at lave musik og skrive tekst og sådan noget, så det begynder jeg på. Men jeg bliver ikke sat til noget fra nogen instans, der er ikke nogen samtaler eller... intet (Søren, 39 år).

Andre informanter giver udtryk for, at der er manglende overensstemmelse mellem, hvad de har behov for af tilbud ved udskrivelse, og hvad der reelt er af rehabiliterende tilbud i deres nærområde.

Flere af de informanter, der har været tilknyttet psykiatrien længe, oplever, at ændringer i indlæggelsestiden har betydning for deres mulighed for navigation. Tidligere var de indlagt i mange måneder, mens indlæggelsestiden i dag opleves som væsentligt kortere. Korte indlæggelser og tidlige udskrivelser er noget, informanterne oplever som problematisk, da de ikke føler sig klar til "virkeligheden" igen:

Alle personaler inden for psykiatrien løber hurtigere, fordi de får flere opgaver. [...] Altså, man kommer ind, og man kommer ud. Og så bliver man indlagt igen dagen efter, og kommer ud dagen efter, og indlagt igen dagen efter, og ud igen dagen efter. Det er svingdørspatienter i dag. [...] [Tidligere] kom man ud, når man var klar til samfundet igen. Det gør man ikke længere. Du bliver smidt ud, når der kommer én, der har det dårligere end dig, for der er ikke pladser nok (Ingrid, 40 år).

At blive udskrevet uden at føle sig mentalt parat, og udskrevet uden, at der er etableret indsatser enten kommunalt eller regionalt, er at blive sat i en vanskelig situation, fortæller flere informanter.

En informant har dog en noget anden og mere positiv oplevelse med korte indlæggelser, efter hun blev del af et projekt med brugerstyrede senge. Hun har indlagt sig selv efter behov og har oplevet selv at have mulighed for at navigere og tage styring over eget sygdomsforløb, da hun selv har afgjort, hvornår hun har følt behov for indlæggelse. Hun oplever, at de brugerstyrede senge har givet hende færre og kortere indlæggelser, fordi hun selv aktivt har kunnet handle på sine symptomer, inden hun er blevet meget syg. Hun ser derfor tilbuddet som forebyggende i tillæg til at være et led i behandlingen.

Somatisk behandling

Et sidste aspekt af den systemiske dimension af sammenhæng, som vi har identificeret i materialet, handler om muligheden for at finde rundt i systemet, hvis man både lider af en psykisk og en somatisk sygdom. Dette har en tredjedel af informanterne erfaring med.

Flere fortæller, at de har erfaring med, at der eksisterer konflikter mellem deres fysiske og psykiske behandling. Det bliver blandt andet påpeget, at speciallæger fra henholdsvis det psykiatriske og somatiske område kan være uenige om, hvorvidt informanternes smerter er fysisk eller psykisk funderet. En informant forklarer fx, hvordan hun har oplevet sammenhængsproblematikker, fordi hendes psykiater fortæller, at de smerter, som hun oplever, er fysiske, mens neurologen hævder, at de er psykiske, og hendes egen læge er i tvivl.

Flere informanter har oplevet, at det kan være svært at blive behandlet for somatisk sygdom, når de er indlagt på psykiatrisk hospital. Og omvendt at det kan være vanskeligt for lægerne at tage højde for deres psykiske sygdom, når det er indlagt på somatisk sygehus. Informanterne oplever, at den enkelte behandler ofte ser deres specialviden og behandling som vigtigst, hvorfor de ikke altid tager hensyn til andre speciallægers behandling.

Nogle giver udtryk for, at speciallægerne tager beslutninger hen over hovedet på hinanden, hvilket de oplever skaber mangel på sammenhæng i deres behandlingsforløb. Det bliver i denne sammenhæng fortalt, at modstridende budskaber fra behandlere sætter dem i en usikker position, da de ikke ved, hvordan de skal navigere i dette spændingsfelt.

En del informanter påpeger, at adgang til behandling hos almen praksis kan være en udfordring, da de har erfaring med, at deres fysiske smerte ofte bliver anset som psykisk:

Når man først har en psykiatrisk diagnose, og man fejler noget, som de ikke kan finde ud af, hvad er, så er det jo bare psykisk (Henriette, 45 år).

Mange informanter har oplevelsen af, at når behandlere fra det somatiske område noterer sig, at de har en psykisk sygdom, bliver deres fysiske helbred taget mindre alvorligt. Flere giver udtryk for, at deres behandlere ikke umiddelbart tager deres symptomer og smerter for gode varer:

Altså [personer med en psykisk lidelse] er virkelig svære at rumme i almen praksis. De er svære at rumme i somatikken. Det gør... der sker en ekstrem stigmatisering, for der er ikke rigtig nogen, der vil dem (Pia, 44 år).

Kun få informanter beretter om, at egen læge både har fokus på deres psykiske og fysiske helbred. De fleste benytter udelukkende egen læge til fysiske symptomer. Nogle anser det ikke som en mulighed at konsultere egen læge med deres psykiske sygdom, mens andre har fået direkte besked fra deres læge om, at de skal henvende sig på det psykiatriske område, hvis de har det dårligt psykisk. Eksemplerne fra materialet tegner et billede af, at flere informanter har dårlige oplevelser i mødet med det somatiske område og samarbejdet mellem det somatiske og psykiatriske område. Dette skaber for flere en usikkerhed om, hvordan de skal navigere inden for sundhedsvæsenet som helhed, og om sundhedssystemet vil hjælpe dem.

Den relationelle dimension

Ovenfor har vi synliggjort en dimension af sammenhæng, som handler om muligheden for at kunne finde rundt i systemet. Vi har vist, at det er centralt for mange informanter, at de har én eller flere kontaktpersoner, som hjælper dem med at navigere og skabe forbindelseslinjer mellem forskellige indsatser.

I dette afsnit beskriver vi en relationel dimension af sammenhæng, som knytter sig til be-

tydningen af at have kontakt med en gennemgående person, som borgeren har tillid til, og som kender borgerens historie. Den relationelle dimension kan ses som en nuancering af, hvorfor det kan være vigtigt at have en kontakt, som hjælper med at finde rundt i systemet og holde sammen på dagligdagen:

De sidste fire år har jeg gået hos en psykiater... Så det har sådan set... det har været rigtig godt. Han kendte mig, og jeg havde bare brug for, at han var der [...] Altså, det betyder bare enormt meget, at der er noget kontinuitet og noget stabilitet, at der er én der kender én, så man ikke skal starte forfra med at fortælle alt muligt, fordi man starter rigtig mange gange forfra, når man er i det psykiatriske system (Pia 44 år).

Dette afsnit sætter fokus på, hvilken betydning relationen til borgernes kontakter har for borgernes oplevelse af sammenhæng. I det følgende beskriver vi tre temaer, som på tværs af informanterne bliver fremhævet som betydningsfulde for relationen til deres kontakter. Det drejer sig om, at der er gensidig tillid, at kontakten har indsigt i borgerens sag, og om at det ikke er nødvendigt at "starte forfra hver gang".

Gensidig tillid

Tillid mellem en borger og en kontaktperson har i datamaterialet vist sig som afgørende for, om et forløb er givtigt for borgerne, og om de oplever sammenhæng. Flere påpeger, at tillid er vigtigt for, at de kan indgå et godt samarbejde, og mange fortæller, at en væsentlig faktor for tillid er, at både borger og kontaktperson giver lidt af sig selv:

[Et godt forløb] det er, når jeg har været i hænder på folk, jeg synes, at jeg var tryk ved. Folk, der tager lidt mere af sig selv med på arbejde end bare et arbejde, ikke. Man kan ikke føle sig tryk ved en facade. Det kan man ikke, altså det, er fysisk umuligt. Og det er også derfor jeg klinger så godt med hende [bostøtte], fordi jeg ved nogle ting om hende, som man ved om almindelige mennesker. [...] Det drejer sig om, at hun giver lidt af sig selv, og så kan jeg give det hele.

Men at sidde over for én, der bare ikke vil udtale sig om sig selv. Så er det svært. Fordi det er mit liv. De forventer, jeg udleverer alt. Det kan man jo ikke til én, man ikke kan komme igennem til (Ingrid, 40 år).

En god relation bygger på tillid og gensidig respekt. Tillid skabes ifølge flere gennem en form for gensidigt og ligeværdigt forhold. Der tegner sig i materialet et billede af, at de informanter, der har tillid og en god relation til deres kontakter, også er dem, der selv forsøger at tage initiativ til at få det bedre. Dette synes at hænge sammen med, at de får større tro på, at de kan få det bedre. De oplever at have kontakt til nogle mennesker, der motiverer dem og henvender sig til dem som mennesker fremfor som syge, hvilket opleves som en betydningsfuld faktor for, at de selv bliver åbne for at tage imod den støtte og hjælp, de får tilbudt.

Tillid er noget, der opbygges over tid. Det er for flere informanter afgørende, at der ikke er for mange skift i deres kontaktpersoner, da dette kan skabe uro, mistillid og et mere usammenhængende forløb. Et godt tillidsforhold er ifølge informanterne bygget op omkring et godt kendskab til hinanden og borgerens oplevelse af, at kontakten har indsigt i deres forløb.

Kontakters indsigt i borgerens sag

Stabilitet er fundamentet for et godt forløb for en overvejende del af informanterne. En afgørende faktor for stabilitet er ifølge informanterne en gennemgående kontakt i systemet, som har indsigt i deres sag og kender dem som mennesker. Dette opleves som essentielt for at få den rette støtte og rådgivning til at handle på de udfordringer, som informanterne oplever i hverdagen:

Jeg har tit ringet og sparret med hende [psykiatrisk sygeplejerske], om jeg er skør, eller om jeg er rask, eller hvad jeg er, ikke også? Hun siger "det er da vist meget normalt det der" og sådan noget, "at du har det skidt over det, og sådan noget ikke. Og det har hjulpet (Søren, 39 år).

Når kontakterne har et indgående kendskab til borgerne, har de også et bedre udgangspunkt for at give den rette vejledning og støtte. Tid spiller derfor en central rolle, eftersom kontaktpersoner over tid får større kendskab til, hvem de sidder over for, og der bliver skabt et tillidsbånd, hvor borgere føler sig trygge, taget alvorligt, lyttet til og forstået.

Skift i kontaktpersoner, når fx bevilligede samtaler afsluttes, kan af nogle informanter opleves som et brud på både et trygt og stabilt rum og en relation:

Det jo trygheden bare at vide... jeg skulle bare vide, at han var der, og at jeg kunne ringe til ham, hvis det var... det var mit sikkerhedsnet, som jeg havde brug for. Så blev han nødt til at afslutte mig. Og der falder min verden næsten sammen for mig, fordi det var som at rive gulvtæppet væk under mig, simpelthen fordi det var det, der gjorde, at jeg ligesom syntes, at jeg kunne fungere (Pia, 44 år)

Kontaktpersoners kendskab til informanternes sag skaber som beskrevet ovenfor tryghed og bliver af nogen oplevet som et afgørende sikkerhedsnet for, at hverdagen kan hænge sammen. For at undgå opbrugte bevilliger i samtalerapi og dermed opleve et relationelt brud har en informant valgt at gå en lidt atypisk vej, idet han har henvendt sig til kommunens ungdomspræst, selvom han anser sig selv som ateist:

Præsten er sådan set et alternativ, en kontaktperson man kan ha' ... på en mærkelig måde er han det. For det første er det gratis, og man kan holde kontakten med en præst, når man ikke kan det med en terapeut. Og jeg føler måske, at man kan være ven med en præst på en måde, man ikke kan være ven med en terapeut. Og det er... det er sådan mere uformelt... Ja det er sjovt, at der findes sådan en kategori inden for kirken, som ikke rigtig findes i psykiatrien, er min oplevelse (Kasper, 28 år).

Ikke at skulle starte forfra hver gang

Et sidste aspekt af den relationelle dimension af sammenhæng, som vi har identificeret i materialet, handler om ikke at skulle starte forfra ved hver kontakt med systemet. Alle informanterne har i løbet af den periode, de har været tilknyttet psykiatrien, haft perioder, hvor de har oplevet hyppige skift i kontakter, og hvor de har skullet forholde sig til mange nye ansigter. For flere informanter betyder dette møde med "nye ansigter", at de endnu engang skal fortælle deres historie, og at de skal skabe nye tillidsbånd.

Mødet med nye kontakter i systemet sker for informanterne, både når de opstarter nye forløb, når de rykker fra en sektor til en anden, når der sker omorganisering af medarbejdere, eller når deres kontaktpersoner skifter job. Der er derfor mange grunde til, at størsteparten af informanter oplever, at de ofte må genfortælle deres historie og gøre rede for, hvilke forløb de for nylig har været igennem. Resultatet af mange skift er oplevelsen af at gå "to skridt tilbage", fordi nye kontakter ikke alene er nye for informanten, men også ofte er nye i det indsats-team, som har med borgeren at gøre.

Flere informanter giver udtryk for, at de især oplever skift i kontaktpersoner på jobcenteret og ved indlæggelser. På jobcenteret fordi der opleves at være en stor udskiftning i personalegruppen, og ved indlæggelser når de ikke bliver tilknyttet et specifikt behandlerteam eller kontaktperson, hvorved de kan stifte bekendtskab med nye læger og sygeplejersker på daglig basis. Skift i kontakter ved indlæggelser bliver yderligere påvirket af, at informanterne ikke altid sendes til samme hospital. Disse løbende skift af indlæggelsessteder og i behandlingsteams giver, ifølge informanterne, en usammenhængende oplevelse, da de gentagne gange må fortælle deres historie for nye personer.

Det handler for mange af informanterne om, at nye ansigter symboliserer en form for usikker og ukendt grund. Flere af informanterne fortæller, at de mange skift dræner deres energi, og at de skal bruge mange kræfter på at genfor-

tælle deres historie. Samtidig bliver det pointeret, at skift i kontakter og nye ansigter medvirker til en oplevelse af, at de føler sig ubetydelige, og at deres sygdomsforløb ikke fortjener at blive taget alvorligt.

Den samfundsmæssige dimension

Vi har i det foregående beskrevet forskellige aspekter af sammenhæng, som relaterer sig til henholdsvis en systemisk dimension om at kunne finde rundt i det offentlige system samt en relationel dimension om betydningen af at have en god relation til centrale og gennemgående kontakter i systemet. Dette afsnit handler om en tredje mere samfundsmæssig dimension af sammenhæng, som knytter sig til betydningen af at kunne deltage i samfundsfællesskabet og på arbejdsmarkedet:

Jeg tror et eller andet sted... at alle har lysten til at lave noget. Fordi du bliver mere syg, hvis du bare sidder derhjemme. Det går kun én vej og lige pludselig så ... så begynder dine fantasier at lege, og dit hoved begynder at tænke, og du begynder og høre noget, der ikke er der. Eller også så hører du naboen, ligesom her, for her kan man kraftedeme høre hinanden lige så tydeligt [...] Og så begynder man at lege med alt det der, ikke, og så bliver man skør. Men hvor imod, hvis man er ude, og man bliver brugt, og man får brændt sin energi og alt muligt, så har man sgu ikke overskud til at tænke over sådan noget fis vel (Søren, 39 år).

Dette afsnit sætter fokus på, hvordan informanterne oplever deres position og deltagelse i samfundet. Første del belyser informanternes relation til arbejdsmarkedet, og hvad dette betyder for deres generelle oplevelse af sammenhæng. Informanternes plads på arbejdsmarkedet er ikke den eneste faktor, der påvirker deres oplevelse af at stå inden for eller uden for samfundet. Faktorer som fællesskab, netværk og andre former for samfundsdeltagelse er også væsentlige aspekter for oplevelsen af en sammenhængende tilværelse.

Behov for at være i beskæftigelse

Det er i materialet tydeligt, at flere af informanterne forbinder deres position inden for eller uden for arbejdsmarkedet med deres position i samfundet. Flere informanter udtrykker et behov for at tage del i arbejdsmarkedet, ud fra de ressourcer, de hver især er i stand til at bidrage med, da de oplever det som meningsgivende. Kun to af informanterne er på interviewtidspunktet i fuldtidsarbejde. Begge har inden for de seneste tre år været sygemeldt, og den ene fortæller, at han i denne periode gradvist mistede sin tro på, at han kunne komme tilbage, hvilket dog ikke ændrede hans holdning om ikke at søge førtidspension:

Man kunne godt sige, at det måske var game over [...] Men jeg mener stadigvæk, at jeg... at jeg ville kunne have noget at bidrage med på arbejdsmarkedet (Torben, 53 år).

Ud over at bidrage til samfundet har flere informanter uden for arbejdsmarkedet et ønske om at blive stimuleret i hverdagen og om at indgå i et kollegialt fællesskab:

Det har betydet alverden for mig at komme tilbage på arbejdsmarkedet. Altså [...] det er sådan noget, man egentlig først fatter, når man er tilbage, og man har kollegaer og sådan nogle ting, altså hvor meget det egentlig betyder. Fordi det betyder meget i det danske samfund, det er jo også diskursen i samfundet [...] Så der er jo også en masse, masse stress [på arbejdsmarkedet], men altså det, det er i hvert fald stressende at være uden for hele tiden (Torben, 53 år).

To andre informanter er i dag i flexjob. Selvom begge er glade for den stabilitet, deres flexjob har givet dem, mener begge, at processen med arbejdsprøvninger og udredningsforløb har været lang.

Det forventes lidt, at man sætter sit liv på pause i sådan halvandet år eller to år, eller tre eller fire år, og det er lidt meget at bede nogle mennesker om (Kasper, 28 år).

Følelsen af at blive sat på standby i sit eget liv er noget, flere informanter giver udtryk for, især dem, der enten har forsøgt at komme i flexjob eller skånejob. Mange vælger at gå igennem disse prøveforløb, fordi de forbinder deres position på arbejdsmarkedet med deres position i samfundet. Gældende for flere informanter har deres position som henholdsvis flexjobber eller skånejobber dog ikke medført den inkluderende position på arbejdsmarkedet, som de havde håbet på. En informant forklarer, at hun i sit flexjob føler sig som en "underhund", fordi hun bliver sat til at lave de ting, som andre ikke gider. Samtidig giver hun udtryk for, at det er svært at blive integreret i fællesskabet på arbejdspladsen, fordi hun føler, at de andre skæver til hende.

Flere informanter, der enten er eller har været i flexjob eller skånejob, giver udtryk for, at de aldrig har følt, at arbejdsmarkedet har kunnet rumme dem og deres behov. Drømmen om at være i arbejde er for nogle informanter blevet transformeret til et nederlag og en følelse af at være ekskluderet fra arbejdsfællesskabet:

Jeg synes ikke, jeg har lyst til at få et nederlag mere. Altså der er nok nederlag i forhold til mine problematikker med det psykiske og autismen og sådan noget. Så jeg har ikke lyst til at blive ved med at få et nederlag. Nej. Så det har ikke været en succes, og det irriterer mig lidt fordi, at jeg ville egentlig gerne have et arbejde. Men det skal jo passe til mine behov. Da jeg ikke lige passer ind i en bestemt kasse, kan det være svært lige at lave en plads til mig (Ingrid, 40 år).

Omkring halvdelen af informanterne i undersøgelsen er på førtidspension. Heraf er der to, som ikke udtrykker de andres ønske om at få foden inden for på arbejdsmarkedet. For dem handler det om at finde sammenhæng i en hverdag, der er præget af misbrug, store mængder medicin, mange indsatser og kontaktpersoner. At arbejde synes ikke at være en mulighed i deres livsverden. De giver samtidig udtryk for en ubehagelig oplevelse af at være uden for samfundet:

Jeg har sådan en fornemmelse nogle gange af, at hvis man er på førtidspension, så har man ikke rigtig nogen betydning for samfundet. Så er det også egentlig lige meget, om du nu bliver rask eller ej, eller om du nu får den hjælp, du har behov for (Henriette, 45 år).

Som det er blevet belyst i dette afsnit, så har et flertal af informanterne et ønske om at komme i arbejde. Men håbet om at blive inkluderet i samfundet via en position på arbejdsmarkedet lykkes ikke for alle. En del har oplevet, at arbejdspladser ikke skaber plads til personer med mindre arbejdsevne, og at deres kollegaer ikke ved, hvordan de skal tage imod dem og omgås dem, fordi de måske skiller sig ud og er tilknyttet arbejdspladsen på andre vilkår. Drømmen om at arbejde kan dermed vise sig at være en tornet sti, hvor borgerne skal balancere mellem samfundets og deres egen interesse i at komme i arbejde og de faktiske realiteter på arbejdspladserne. En plads på arbejdsmarkedet betyder for undersøgelsens målgruppe ikke nødvendigvis en plads i arbejdsfællesskabet.

Netværk og fællesskab

Hvorvidt informanterne føler sig inkluderet eller ekskluderet i samfundet, handler ikke kun om deres position på arbejdsmarkedet. Et andet aspekt af den samfundsmæssige dimension af sammenhæng, som vi har identificeret i materialet, handler om, hvorvidt de har et netværk og nogle personer, de kan spejle sig i. Nye udfordringer i livet opstår, når et individ skal lære at leve med en psykisk sygdom. Dette er et klart budskab blandt flere informanter. Men det er ikke kun mennesket med lidelsen, der skal lære sig selv at kende på ny, det er også familie, venner, kollegaer og andre bekendtskaber. Hovedparten af informanter fortæller, hvordan mange af de mennesker, som de kendte, inden de blev syge, i dag er forsvundet ud af deres liv. De har mistet store dele af deres netværk:

Dér i starten da det hele ramlede, så ringede folk jo hele tiden "ej hvordan har du det", men det stopper jo på et eller andet tidspunkt. [...] På et tidspunkt blev de jo virkelig trætte af, at man ikke havde fået det bedre. Så ja, det er en del af

også at blive fastholdt i ikke at have godt, at jeg er rigtig, rigtig ensom. Det er jeg blevet af det her (Pernille, 50 år).

En mulig følge af et psykiatrisk sygdomsforløb er ensomhed, hvilket en stor andel af informanterne giver udtryk for. Dette er en af grundene til, at flere af informanterne deltager i foreningsaktiviteter for mennesker med psykiske lidelser eller bruger væresteder for folk med en psykisk sygdom.

Flere informanter giver udtryk for, at det er nemmere at skabe venskaber med personer, der står i mere eller mindre samme situation som dem selv. Nogle der kan forstå, hvad det vil sige at have op- og nedture, at have et mindsket overskud, at have bivirkninger af medicin, at være på kontanthjælp eller i arbejdsprøvning etc. En involvering i foreningslivet eller væresteder har for mange været et vendepunkt i deres sygdomsforløb, idet de her oplever at have fået mulighed for at indgå i samfundet på en ny måde, hvor de ikke føler sig uden for fællesskabet. En informant oplever fx at det nye netværk var en afgørende faktor for, at han kom ud af sin depression. Han giver udtryk for, at de nye venskaber gør, at han igen føler, at han betyder noget for nogen, og at han har noget at leve for. De fleste informanter har en omgangskreds som primært består af andre mennesker med psykiske lidelser:

Mine veninder og venner og sådan noget, de er inden for psykiatrien. Jeg har ikke raske venner. [...] Der er altså ikke mange raske, der kan håndtere, at vi har de problemer, vi har, så vi holder os til vores egne (Ingrid, 40 år).

Det er svært at skabe netværk med personer uden en psykisk lidelse, fortæller flere, og selv om de nye fællesskaber er vigtige, er det også tydeligt i materialet, at informanter, der fx har benyttet væresteder, mens de har haft det meget dårligt, finder det svært at komme der, når de har fået det bedre, fordi de nu ikke på samme måde som tidligere kan sparre med de andre brugere af værestederne. Dette er ikke ensbetydende med, at disse informanter ikke har

et behov for at være sammen med andre og at deltage i et tilbud der støtter i at skabe nye netværk og sociale relationer. Mange oplever, at sådanne tilbud ikke findes.

Generelt oplever flere informanter, at der er en for stor splittelse mellem folk, der er syge, og folk, der er raske. De informanter, der i dag oplever at være et godt sted i deres liv, har også et ønske om at omgås andre, som er raske eller på vej til at blive det. De vil gerne modtage tilbud, som ikke udelukkende er målrettet mennesker med psykiske lidelser - tilbud der fx er for borgere i nærmiljøet. Flere beskriver, at de gerne vil lidt mere ud i det "normale" i fremtiden, men at det kan være svært at tage dette skridt alene. En større integration mellem folk med og uden en psykisk sygdom bliver efterspurgt på tværs af informanter.

Den eksistentielle dimension

I afsnittet ovenover om den samfundsmæssige dimension af sammenhæng har vi blandt andet set, at deltagelse på arbejdsmarkedet og i andre former for netværk og fællesskaber både opleves som centralt for sammenhæng i den rehabiliterende indsats for mennesker med psykiske lidelser og for oplevelsen af sammenhæng i tilværelsen i en mere generel forstand.

Den fjerde og sidste dimension af sammenhæng, som vi har identificeret på tværs af informanterne, har en mere eksistentiel karakter. Den knytter sig først og fremmest til oplevelsen af at blive lyttet til og taget alvorligt, samt betydningen af dette for en mere grundlæggende oplevelse af at have betydning og værdi:

Det, der er værst ved at have sådan en diagnose, det er hvor få, der sådan lytter til, hvad man fortæller. Man skal virkelig kæmpe og kæmpe og kæmpe og kæmpe og kæmpe og blive ved med at fortælle og fortælle og fortælle. Det kunne da være rart, hvis folk de altså... Ja jeg siger sgu som regel altid sandheden altså. Selvfølgelig som jeg oplever den, men det er sgu da sandt, hvad jeg siger (Søren, 39 år).

I dette afsnit beskriver vi forskellige aspekter af den mere eksistentielle dimension af sammenhæng. I det følgende kommer vi først ind på informanternes oplevelser af at blive lyttet til og taget alvorligt samt at få mulighed for at fortælle deres historie. Dernæst ser vi på oplevelsen af at spille en rolle i tilrettelæggelsen af eget forløb og af at kunne genkende sig selv i journaler og officielle dokumenter. Til sidst i afsnittet kommer vi ind på betydningen af informanternes oplevelse af at befinde sig i kategorien syg i et samfund fuld af raske.

Afsnittet kan blandt andet ses som en nuancering af den relationelle dimension, eftersom en tillidsfuld relation til en gennemgående kontakt i systemet er en vigtig faktor for oplevelsen af at blive lyttet til og taget alvorligt, og fordi det skaber tillid at opleve lydhørhed og tid til at kunne fortælle sin historie. At vi alligevel har valgt at gruppere det som en dimension for sig skyldes, at der i dette afsnit er fokus på en mere grundlæggende betydning for informanternes selvforståelse, identitet og oplevelse af at være værdifuld.

At blive lyttet til og taget alvorligt

Oplevelse af at blive lyttet til og taget alvorligt af behandlere og kontaktpersoner er et afgørende aspekt af den eksistentielle dimension af sammenhæng. Materialet peger på, at accept, anerkendelse og inddragelse i eget behandlingsforløb er afgørende for, at borgerne føler sig accepteret, hvilke i mange tilfælde medvirker til, at borgerne motiveres til selv at gøre en indsats for at få det bedre. Kontaktpersoners synlige interesse i borgeres behov, ønsker og mål opleves som vigtig:

Hun [støttekontaktperson] er meget reel. Hun hører på mig i forhold til, hvad jeg synes, jeg har brug for, så hun er egentlig okay... Hun skriver ned, hvad behov hun synes, jeg har, og så skal jeg godkende, strege noget eller lægge noget til, hvis jeg synes, der er nogle andre ting, så det laver vi sådan i fællesskab. [...] Hun lytter til mig. Så det er ikke sådan, at der kommer til at stå noget, jeg føler er overgreb eller sådan noget (Ingrid, 40 år).

Informanterne giver udtryk for, at kontaktpersoners anerkendende og lydhøre tilgang er afgørende for et godt forløb. Det har stor betydning, at der lyttes til, hvilke behov de selv mener, at de har. Flere fortæller, at de godt kender deres egne behov, da de har levet med deres respektive sygdom i mange år. Men ikke alle informanter oplever at blive lyttet til og møder ikke denne anerkendelse og forståelse:

Ved et af møderne sad jeg over for to, jeg ved ikke, om det har været terapeuter, eller hvad det har været, som sagde til mig, at jamen jeg kunne ikke være så syg, som jeg sagde, jeg var, når jeg havde været i bad, og jeg var velformuleret, og jeg havde make-up på og alle de her ting. Jeg prøvede at forklare dem, at jamen sådan er det faktisk. Og at når jeg er derhjemme, i de perioder jeg havde det så skidt, jamen der gik jeg stort set ikke i bad, jeg tog ikke make-up på, tullede rundt i nattøj hele dagen, men når jeg skulle ud i verden, så gjorde jeg det selvfølgelig. Og at jeg var velformuleret, det havde ikke en skid at gøre med, om jeg var syg eller ej, og det blev jeg ved med at sige, og det troede de ikke på. Så til sidst måtte jeg simpelthen flå mit ærme op og vise mit snitsår hele vejen op "prov at se her, der er noget galt med mig". Så sagde de "at det kunne de da godt se" (Sidsel, 25 år).

For en del informanter kan specifikke oplevelser med behandlere eller kontaktpersoner afgøre, hvorvidt de mere generelt oplever anerkendelse og inddragelse eller svigt. Det er tydeligt i materialet, at et oplevet svigt ofte først bliver rettet mod den pågældende kontakt, for derefter i nogle tilfælde at blive transformeret til følelsen af et mere generelt svigt fra systemets side og en mere grundlæggende oplevelse af at være mindre værdifuld end andre.

Flere udtrykker samtidig, at det ikke kun handler om at blive lyttet til, men også om at få lov til at fortælle deres historie. Flere informanter bruger deres kontaktperson til at udfylde denne rolle. De fortæller, at de med deres kontaktperson kan skabe et intimt rum, hvor de ikke skal forholde sig til andre historier end deres egen. Blandt de informanter, der har kontakt

med en terapeut, fortæller nogle, at de i dette forum også finder det udfordrende at fortælle deres historie i sammenhæng, da behandlere ofte sætter fokus på nedslagspunkter i deres liv. Det syntes for flere informanter betydningsfuldt at få lov til at fortælle deres historie ud fra, hvad de selv finder vigtigt.

Ja altså... jeg kunne næsten ikke sove i nat, jeg har glædet mig sådan til at fortælle det hele og sådan for første gang, sådan i en sammenhæng. Det har jeg ikke haft mulighed for før. Jeg har i hvert fald ikke vidst, hvor jeg skulle fortælle det i en sammenhæng, min historie og fra min side. Det er jeg ikke blevet bedt om før (Søren, 39 år).

Inddragelse og genkendelse

Et andet aspekt af den eksistentielle dimension af sammenhæng vedrører behovet for at blive inddraget i eget forløb og muligheden for at kunne genkende sig selv i officielle dokumenter. Det opleves som meget vigtigt på tværs af informanter at blive inddraget i tilrettelæggelsen af eget forløb. Mangel på inddragelse kan medvirke til et dårligt forhold og samarbejde mellem borger og system. Nogle informanter giver udtryk for, at de i løbet af deres forløb har forsøgt at få en anden støttekontaktperson, fordi de ikke har fungeret sammen, men at de ikke er blevet lyttet til fra kommunens side. Flere oplever, at beslutninger bliver taget over hovedet på dem.

En beslægtet udfordring, flere oplever, er den ikke at kunne genkende sig selv i, hvad der bliver skrevet i deres journaler. En informant fortæller, at hans papirer slet ikke matcher hans opfattelse, mens en anden oplever, at meget af det, der står i hendes journal, er baseret på behandlerens fortolkninger, og at hun ikke selv er inddraget i, hvad der er skrevet.

Et andet forhold, der bekymrer flere informanter, er, at nye behandlere kan få et forkert indtryk af dem, efter de har læst deres journal, idet dette ikke stemmer overens med informantens egen forståelse. Relationen til en ny kontaktperson kan derfor afhænge af, i hvor høj eller hvor lav grad, der sættes fokus på borgerens

journal. Hertil har det også betydning, hvorvidt informanterne oplever, at kontaktpersonen finder journalen vigtigere end informantens egen fortælling. Samtidig er der flere informanter, der har oplevelsen af, at deres journal ikke er læst, når de møder en ny kontakt i systemet, hvilket forstærker følelsen af at skulle "starte forfra".

Syg i et samfund af raske

At have en psykisk sygdom betyder for nogle informanter, at de oplever at stå uden for samfundet, som vi også har været inde på tidligere. Dette knytter an til et tredje aspekt af den eksistentielle dimension af sammenhæng, som drejer sig om en splittelse, flere informanter oplever mellem "de raskes verden" og "de syges verden". Det er tydeligt i materialet, at de unge under 30 år kæmper med nogle andre udfordringer i deres tilværelse end de lidt ældre informanter, selvom der på mange områder også synes overlap. Flere nævner, at de forstår det at være ung som værende dér, hvor man lever: fester med venner, har det sjovt og begynder at få styr på livet, fordi der har været plads til at afprøve ting og dumme sig. Flere af de unge informanter giver udtryk for, at de *ikke* har været igennem denne livsfase, hvilket påvirker dem på forskellige måder.

Der er den her scene i Det Forsømte Forår, altså i bogen, hvor de sidder og kigger ud af vinduet og ser på folk, der leger eller går rundt sammen. Hvor der er en cafe eller et eller andet i billedet og sådan. Det er i hvert fald dét, jeg forestiller mig, folk der lever deres liv. Og det gør man ikke selv, og man føler sig meget fremmedgjort. Man føler, at, ja at det eneste, der betyder noget, det er at være ligesom alle andre, men det er det eneste, man overhovedet ikke er. Ja. Det er sådan, jeg karakteriserer min oplevelse af verden, det er, at jeg er fremmedgjort. Altså, det har altid været en stor kilde til frustration det med, at man ikke føler, man kan være normal... Ja det er også lidt snæversynet, man føler, at normale mennesker, de er gladere, men man ved, at normale mennesker, det er folk, der rent faktisk lever deres liv, som det er meningen, at

man skal... Det er svært at leve uden for samfundet (Kasper, 28 år).

Når informanterne beskriver den værdi, de tillægger deres sociale position i samfundet, er det ofte ud fra forskellige dikotomier: normal og unormal, sund og usund, rig og fattig, underklasse og overklasse samt glad og ked af det. Den rigtige måde at leve på, er den måde, de "normale" lever på. Flere forklarer, hvordan de i hverdagen forsøger at navigere mellem "de syges" og "de raskes verden". Flere informanter beskriver, at denne navigation på mange måder udfordres af, at deres sygdom ikke er synlig. Udadtil kan offentligheden ikke se, at de er syge, mens de indadtil kan opleve forskellig former for kaos. Dette stiller dem i en sårbar situation, da sygdommens usynlighed kan være svært at begribe for mennesker omkring dem:

Jeg holder den der studenterfest, og jeg har slået mit ben, så jeg har meget, meget svært ved at gå. Og der er ikke grænser for, hvor meget folk de spørger til den fod her. Og de er kommet med sådan nogle køledimser. Det har jeg faktisk tænkt over her i weekenden. Det er konkret, når jeg har slået min fod, og jeg går mærkeligt [...] Men når jeg skal fortælle, hvordan jeg er træt og ikke kan overskue noget og ikke kan planlægge og sådan noget, så er det bare... så hader de mig, de er irriteret, og jeg er dum, og jeg kommer for sent og... (Susanne, 60 år).

Flere informanter har samtidig oplevet en form for markant synlighed af deres sygdom via den overvægt, som for flere har været en bivirkning af deres medicinske behandling. De informanter, der har oplevet en betydelig øget vægt, oplever, at det medvirker til en følelse af yderligere stigmatisering fra majoriteten:

Det er svært at leve synligt adskilt fra resten af omverden. Og altså det med overvægten, det jo, det gør sjovt nok, at man føler sig mere psykisk syg, man føler sig mere adskilt. Alle dem, man kender inden for den psykiatriske boble, de er overvægtige, og så er der alle de rigtige mennesker, der er sunde. Altså, det er nærmest sådan en underklasse, føler jeg, at man er i. Og vi er

også alle sammen fattige. Jeg er den rigeste i min sociale cirkel for de der 200 kroner ekstra, jeg har om måneden (Kasper, 28 år).

Flere informanter beskriver, at deres overvægt påvirker deres selvværd, hvilket blandt andet hænger sammen med, at de føler sig yderligere ekskluderet fra "de raskes samfund". Der bliver udtrykt et stort ønske fra informanterne om, at der sættes fokus på overvægt blandt mennesker med psykiske lidelser tidligere i deres sygdomsforløb, inden de pludselig vejer mere end 20 kilo for meget.

Afrunding

Vi har i dette kapitel præsenteret en analyse på tværs af 15 borgere med psykiske lidelser. Analysen identificerer, hvad der spiller en rolle for, at borgerne oplever sammenhæng i deres forløb. I dette afsluttende afsnit giver vi et kort sammendrag af analysens hovedpunkter om, at vi har identificeret fire dimensioner af sammenhæng af betydning for informanternes overordnede oplevelse af et sammenhængende forløb: en systemisk dimension, en relationel dimension, en samfundsmæssig dimension og en eksistentiel dimension.

Den systemiske dimension

Den mest omfattende dimension knytter sig til muligheden for at kunne finde rundt i det regionale og kommunale system. Det dominerende tema vedrører oplevelsen af at kunne få hjælp til at navigere via én eller flere kontaktpersoner. Derudover er der tre undertemaer, som handler om områder, hvor det er særlig svært for informanterne at finde rundt, henholdsvis kontakten til jobcenteret i kommunen, udskrivelsessituationen og dermed overgangen mellem det regionale og kommunale system samt adgangen til somatisk behandling.

Informanterne beskriver det som vigtigt at have én kontaktperson, fx en bostøtte, en støttekontaktperson eller en kontaktperson i distriktspsykiatrien, der kan vejlede dem i at finde rundt i det offentlige system. Mange ser kontaktpersonen som en "forlænget arm" til systemet, der har overblik over eksisterende tilbud

og kan indtage rollen som koordinator mellem indsats og andre kontakter. Flere oplever det samtidig som en udfordring, at kontaktpersonerne primært skaber sammenhæng inden for de enkelte sektorer snarere end på tværs. Det er ikke alle informanter, der oplever at få den ønskede støtte fra en kontaktperson. De oplever i stedet at stå alene, og at de selv må agere bindeled mellem de forskellige sektorer, hvilket de beskriver som en uoverkommelig opgave.

Derudover er der tre områder, hvor navigationen opleves som særlig vanskelig og dermed udfordrer oplevelsen af sammenhæng i systemet. Det første er kontakten til jobcenteret, hvor mange skift af sagsbehandlere og flere sagsbehandlere på én gang medvirker til oplevelsen af forvirring. Flere beskriver, hvordan de som konsekvens distancerer sig fra beskæftigelsesindsatsen og kan have svært ved at se meningen med de beskæftigelsesrettede tilbud. Det er også en gennemgående oplevelse, at der ikke bliver taget hensyn til deres psykiske lidelse, og at sagsbehandlerne ikke har forståelse for, at de ikke har samme ressourcer og overskud som andre.

Det andet område er manglende sammenhæng ved udskrivelsessituationer og overgange mellem sektorer. Nogle oplever, at de ikke bliver grebet af hverken kommune eller distriktpsykiatri, når de udskrives. Flere informanter oplever, at indlæggelsestiden er blevet kortere, og at udskrivelsen sker hurtigere end tidligere, hvilket øger behovet for hjælp til at finde rundt i systemet, da de oplever at være mindre "klar til virkeligheden" ved udskrivelse.

Det tredje vanskelige område omkring sammenhæng i systemet vedrører muligheden for få hjælp, når man også lider af en somatisk sygdom. Flere informanter har dårlige oplevelser i mødet med det somatiske system, hvor de både oplever, at det kan være svært at få adgang, fordi deres fysiske symptomer bliver mistolket som psykiske, men også at der ikke bliver taget højde for deres psykiske lidelse, når de er del af et somatisk behandlingsforløb.

Dette kan undertiden resultere i modstridende budskaber og i konflikter mellem den fysiske og psykiske behandling under indlæggelser og i primærsektoren, hvilket skaber usikkerhed, da informanterne ikke selv ved, hvordan de skal bygge bro mellem instanserne.

Den relationelle dimension

Den relationelle dimension af sammenhæng drejer sig om at have kontakt med en gennemgående person, som borgerne har tillid til, og som kender deres historie. Der er tre temaer, som på tværs af informanterne bliver fremhævet som betydningsfulde for relationen til kontakten; gensidig tillid, at kontakten har indsigt i deres sag, og at det ikke er nødvendigt at skulle "starte forfra hver gang" og genfortælle sin historie.

For at opnå en tillidsfuld relation opleves det som afgørende, at der bliver etableret et gensidigt, ligeværdigt forhold. Denne gensidighed bliver beskrevet som afgørende for, at informanterne oplever at blive mødt som mennesker, hvilket både har betydning for, at de kan tage imod støtte, og for at de bliver motiveret til selv at tage initiativ til at få det bedre.

At deres kontaktperson har indsigt i deres sag, og at de ikke gentagne gange skal fortælle deres historie til nye ansigter, spiller også en stor rolle for relationen. Informanterne beskriver, hvordan det har stor betydning, når de oplever, at deres kontaktpersoner over tid får opbygget et indgående kendskab til dem, fordi de derved får bedre mulighed for at få den rette vejledning og støtte, og fordi det skaber tryghed og følelsen af at have et "sikkerhedsnet". Hyppige skift af kontakter i systemet betyder omvendt, at der skal skabes nye tillidsbånd, og at en indsats eller behandling kan gå i stå eller opleves at "gå to skridt tilbage", fordi en kontakt ikke alene er ny for borgeren, men måske også er ny i borgerens indsats.

Hyppige skift af kontakter kan både ske i forbindelse med nye forløb fx i regi af jobcenteret eller i overgangen fra en sektor til en anden. Det kan også ske i forbindelse med omorgani-

sering af medarbejdere, eller hvis kontakterne skifter job. Der er dermed mange grunde til, at størsteparten af informanterne oplever, at de ofte må genfortælle deres historie og gøre rede for, hvilke forløb de har været igennem.

Den samfundsmæssige dimension

Den tredje dimension af sammenhæng er samfundsmæssig og handler om betydningen af at kunne deltage i samfundsfællesskabet og på arbejdsmarkedet. Hovedparten af informanterne sætter lighedstegn mellem deres position på arbejdsmarkedet og deres position i samfundet. De oplever at stå uden for samfundet, hvis de ikke kan være en del af arbejdsmarkedet. De fleste har et stort ønske om at være i arbejde. For mange handler det både om, at de gerne vil bidrage til samfundet, og om at blive inkluderet i et fællesskab via en position på arbejdsmarkedet.

Samtidig beskriver flere informanter, som arbejder eller har været i arbejde, at de har oplevet, at en plads på arbejdsmarkedet ikke har skabt den inklusion, som de havde håbet. De har oplevelsen af kun at få de opgaver, som ingen andre vil have, og flere beskriver det som en udfordring at indgå i det sociale fællesskab på arbejdspladsen, hvis de fx har nedsat tid og er på arbejdspladsen mindre end deres kolleger. Drømmen om at arbejde kan dermed vise sig at være en tornet sti, hvor borgerne skal balancere mellem samfundets og deres egen interesse i at komme i arbejde og de faktiske realiteter på arbejdspladserne.

Et andet tema inden for den samfundsmæssige dimension af sammenhæng handler om, hvorvidt borgerne har et netværk og nogle personer, de kan spejle sig i. Langt de fleste informanter fortæller, at mange af dem, de kendte inden de blev syge, i dag er forsvundet ud af deres liv, og at de dermed har mistet store dele af deres netværk. Flere beskriver ensomhed som en velkendt følelse. Mange deltager i foreningsaktiviteter eller kommer på væresteder, hvor de oplever, at det er nemmere at skabe relationer og venskaber, fordi de andre er i samme situation som dem selv. Sådanne nye netværk bliver

af flere oplevet som et vendepunkt, da de får mulighed for at indgå i samfundet på en ny måde og blive en del af et fællesskab, hvor de ikke skiller sig ud. Men de påpeger samtidig, at det kan være problematisk, hvis der løbende bliver større afstand mellem folk, der er syge, og folk, der er raske. En større integration mellem folk med og uden psykiske lidelser bliver efterspurgt på tværs af informanterne.

Den eksistentielle dimension

Den sidste dimension af sammenhæng er eksistentiel. Der er tre temaer, som på tværs af informanterne bliver fremhævet som betydningsfulde for en mere grundlæggende oplevelse af at have betydning og værdi; at blive lyttet til og taget alvorligt, inddragelse og at kunne genkende sig selv i officielle dokumenter, samt oplevelsen af at være syg i et samfund af raske.

At møde accept, anerkendelse og lydhørhed fra kontakter i systemet er afgørende for informanternes oplevelse af at blive taget alvorligt. Dette skildres samtidig som en stærk motiverende faktor for selv at gøre en indsats for at få det bedre. Nogle informanter beskriver, hvordan dårlige oplevelser med manglende lydhørhed kan have en tendens til at blive transformeret til en mere generel oplevelse af svigt fra systemets side, og at summen af gode eller dårlige oplevelser har en betydning for, hvorvidt det sker.

Et andet tema inden for den eksistentielle dimension vedrører behovet for at blive inddraget i eget forløb. Det opleves på tværs af informanterne som meget vigtigt, at der ikke tages beslutninger hen over hovedet på dem, at de har mulighed for at indgå i samarbejdet om deres forløb, og at de kan genkende sig selv i officielle dokumenter som fx journalen.

Som et sidste tema beskriver informanterne, hvordan de kan opleve en grænse mellem "de syges verden" og "de raskes verden", som de kan have svært ved at krydse i en mere eksistentiel forstand. Dels fordi de oplever, at der er stigma og manglende viden om psykiske

lidelser i de raskes verden, og dels fordi der eksisterer et sundhedsideal, som de kan have svært ved at leve op til, blandt andet som følge af bivirkninger i form af overvægt ved den medicinske behandling. I begge tilfælde kan det afstedkomme en grundlæggende oplevelse af ikke at høre til.

Som kapitlet illustrerer, er sammenhæng for borgerne ikke kun knyttet til kontinuitet og glidende overgange mellem sektorer og fagpersoner. På tværs af dimensionerne fremgår det, at sammenhæng også vedrører integration af den psykiatriske indsats i tilværelsen mere generelt og i borgernes mulighed for at opretholde en selvopfattelse som subjekter, der har noget relevant at bidrage med på arbejdsmarkedet og i samfundsfællesskabet.

Kapitel 4

Analyse af evalueringer

Introduktion

Dette kapitel indeholder en tematisk dokumentanalyse på tværs af foreliggende evalueringer af 16 udvalgte sammenhængsprojekter på psykiatriområdet. De udvalgte sammenhængsprojekter vedrører børn og unge, voksne og dobbeltbelastede. De er alle igangsat eller gennemført siden 2009 for offentlige midler. Målet med analysen er at identificere, hvilke overordnede faktorer af betydning for sammenhæng i forløbet for borgere med psykiske lidelser der kan udledes på tværs af projekterne.

I kapitlet præsenterer vi to overordnede tilgange til at skabe sammenhæng i forløbet for borgere med psykiske lidelser, som projekterne har gjort brug af. Den ene, som vi kalder "sammenhæng i systemet", søger at skabe sammenhæng i indsatsen på tværs af aktører, fx i form af tværsektorielt samarbejde. Den anden, som vi kalder "sammenhæng omkring borgeren" fokuserer i højere grad på sammenhæng inden for det enkelte borgerforløb, fx i form af en koordinatorfunktion, der har ansvar for at integrere de indsatser, som borgerene modtager. De to tilgange udelukker ikke nødvendigvis hinanden, men har i praksis været anvendt som forskellige tilgange i projekterne. Derudover præsenterer kapitlet fem overordnede faktorer, der på tværs af materialet fremstår som de mest fremtrædende læringspunkter for bestræbelsen på at skabe sammenhæng i indsatsen i projekterne. Det drejer sig om tværgående samarbejde, faglighed og kompetencer, kommunikation, organisering og rammer samt borgerinddragelse.

Læsevejledning

I det følgende beskriver vi først i metodeafsnittet, hvordan vi metodisk har grebet arbejdet an; fra det første arbejde med at indsamle evalueringer og afgrænse, hvilke evalueringer der skulle danne grundlag for analysen, til at foretage supplerende interviews, kode materialet og den efterfølgende dataanalyse. I det næste afsnit præsenterer vi analysens resultater i form af de to overordnede tilgange til at skabe sammenhæng i forløbet for borgere med psykiske lidelser samt de fem overordnede faktorer, der på tværs af materialet fremstår som centrale i arbejdet med at skabe sammenhæng for borgere med psykiske lidelser. Disse faktorer bliver beskrevet efter tur med henblik på at redegøre for sammenhængsrelaterede erfaringer og udfordringer på tværs af de 16 projekter. Særligt illustrative erfaringer og udfordringer fra de 16 projekter bliver fremhævet som cases under hver faktor. I kapitlets sidste afsnit opsummerer vi analysens hovedpunkter.

Metode

Analysen er baseret på en tematisk dokumentanalyse af evalueringer af 16 udvalgte sammenhængsprojekter. Materialet er blevet suppleret med midtvejsevalueringer og enkelte interviews med projektledere, hvor der ikke har været gennemført slutevalueringer.

Undersøgelsesspørgsmål

Analysen tager afsæt i følgende overordnede undersøgelsesspørgsmål:

- Hvilke faktorer af betydning for sammenhæng i forløbet for borgere med psykiske lidelser kan identificeres på tværs af evalueringer af 16 udvalgte sammenhængsprojekter, som er igangsat eller gennemført på psykiatriområdet siden 2009 for offentlige midler?

Derudover har vi undersøgt, hvilke tilgange til sammenhæng der er anvendt i projekterne, og hvordan de forskellige tilgange er blevet operationaliseret i forskellige indsatser. Vi fokuserer i denne analyse på læringspunkter på tværs af de udvalgte projekter. For specifikke effekter

og resultater af de enkelte projekter henviser vi til projekternes særskilte evalueringer (bilag 2).

Udvælgelse af projekter og evalueringer

Der er blevet udvalgt 16 projekter til den tværgående analyse af evalueringer (tabel 2). Samlet dækker projekterne 80-90 delprojekter. Projekterne er for størstedelens vedkommende satspuljep projekter, som er igangsat eller gennemført fra 2009 og frem. Projekterne har forskellige udgangspunkter og formål, men omfatter alle et fokus på sammenhæng i psykiatrien; enten på tværs af region og kommune eller inden for region eller kommune. De fordeler sig på forskellige målgrupper:

Målgruppe	Antal projekter
Børn og unge	3
Voksne	4
Dobbeltbelastede	5
Alle	4

Projekterne er udvalgt i samarbejde med Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsstyrelsen, Socialministeriet, Socialstyrelsen og Beskæftigelsesministeriet. I forbindelse med udvælgelsen af projekter er Psykiatriudvalgets kortlægning af sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser blevet inddraget (Psykiatriudvalget 2013, bilagsrapport 1). Projekterne er nærmere udvalgt på baggrund af følgende kriterier:

- Projekter finansieret af offentlige midler, som er igangsat efter kommunalreformen i 2007, og som fokuserer på sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser.
- Projekter af en vis størrelse (typisk tocifrede millionbeløb), som har bestået af et større antal delprojekter i regioner og/eller kommuner.
- Projekter, som er evalueret enten i form af en samlet tværgående evaluering, slutevalueringer eller midtvejsevalueringer.

De udvalgte projekter bliver præsenteret nærmere i resultatafsnittet. Der er ikke medtaget projekter omkring sammenhæng med fokus på retspsykiatri og transkulturel psykiatri. Det skyldes, at der ikke siden 2007 har været igangsat øremærkede satspuljep projekter omkring sammenhæng i indsatsen inden for disse områder. De udvalgte projekter har heller ikke direkte fokus på sammenhæng i den beskæftigelsesrettede indsats for mennesker med psykiske lidelser, selvom der er en række store igangværende satspuljep projekter på dette område. Da disse projekter først er færdigevalueret i 2018, har det ikke været muligt at inddrage dem i denne rapport.

En detaljeret oversigt over projekterne og deres evalueringer findes i bilag 2. Indsamlingen af evalueringer startede med en søgning på styrelsernes og ministeriernes hjemmesider. Her var særligt de tværgående evalueringer tilgængelige. Herefter blev en del evalueringer, herunder særligt midt- og slutevalueringer, fremsendt af den pågældende styrelse eller ministerium, som står for at udmønte projektet. Efter en undersøgelse af hvor mange delprojekter hvert projekt havde, og en sammenligning med det antal evalueringer, vi havde, efterspurgte vi manglende evalueringer på konkrete projekter. Disse er efterfølgende blevet fremsendt, medmindre de endnu ikke er blevet afsluttet eller ikke har været tilgængelige. Samtlige delprojekter er derfor ikke repræsenteret i den samlede datamængde.

11 af de 16 projekter er blevet slutevalueret på tværs af samtlige delprojekter. 3 projekter har en midtvejsevaluering, og 2 projekter har ikke en planlagt evaluering. I disse tilfælde har vi foretaget supplerende interviews med projektledere henholdsvis fra projekterne Forløbsprogrammer og Koordinerende indsatsplaner. Interviewene er gennemført som semistrukturerede telefoninterviews med projektlederne, struktureret omkring de for analysen udvalgte temaer, som vi beskriver i næste afsnit.

Vi har ikke foretaget en metodisk rangordning af evalueringernes kvalitet. De fleste er udar-

bejdet af anerkendte konsulenthuse efter alment accepterede metoder for dataindsamling, databearbejdning og analyse.

Analyse

Analysen af evalueringer og interviews er udarbejdet på baggrund af undersøgelsesspørgsmålet og med inspiration fra principper for kvalitativ metasyntese (Downe & Walsh, 2005). Først gennemførtes en pilotanalyse af fire udvalgte projekter. Den havde til formål at identificere relevante tværgående analysetemaer. De fire projekter var forskellige i målgruppe og type af indsats. I en læsning og analyse af pilotprojekterne blev der identificeret relevante temaer, som gik igen på tværs af de fire projekter. Dette resulterede i 12 kodningstemaer, som dannede grundlag for den efterfølgende kodning af hele datamaterialet (i alt ca. 1.000 sider) i det kvalitative databehandlingsprogram

Nvivo. Efter kodningen blev hver enkelt kode analyseret enkeltvis og på tværs, hvilket resulterede i en kondensering af de 12 koder til i alt syv temaer. Det er disse temaer, der danner grundlag for den tværgående analyse, som udgør resultatafsnittet.

Resultater

I dette afsnit præsenterer vi analysens resultater. Allerførst introducerer vi de 16 projekter, hvis evalueringer danner grundlag for analysen (tabel 2). Dernæst beskriver vi de to hovedresultater af dokumentanalysen; først to overordnede tilgange til at skabe sammenhæng i forløbet for borgere med psykiske lidelser, og dernæst fem overordnede faktorer, der på tværs af materialet fremstår som centrale i arbejdet med at skabe sammenhæng for borgere med psykiske lidelser.

Tabel 2 **Oversigt over projekter**

Projekt og målgruppe	Satspuljeaftaler	Hvor satspuljen er udmøntet
BØRN OG UNGE		
Tværfaglige udgående teams i børne- og ungdomspsykiatrien	Psykiatriområdet 2014-2017 + 2015-18	Sundhedsstyrelsen
Hurtigere hjælp til børn og unge med psykiske sygdomme	Sundhedsområdet 2012-2015	Sundheds- og Ældreministeriet
Unge med psykiske vanskeligheder - overgang fra barn til voksen	Psykiatraftalen 2011-2014	Socialstyrelsen
VOKSNE		
19M puljen 2013-2016 ¹¹		Socialstyrelsen
Styrkelse af den nære psykiatri	Sundhedsområdet 2012-15	Sundheds- og Ældreministeriet
Styrket samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og almen praksis	Sundhedsområdet 2012-15	Sundheds- og Ældreministeriet
Udvikling af modelafdelinger: den gode psykiatriske afdeling	Sundhedsområdet 2010-2013	Sundhedsstyrelsen
DOBBELTBELASTEDE		
Styrkelse af den kommunale alkoholbehandling af dobbeltbelastede	Sundhedsområdet 2012-2015 + 2016-19	Sundheds- og Ældreministeriet
Koordinerende indsatsplaner	Psykiatriområdet 2014-2017	Socialstyrelsen
Afprøvning af ACT (Assertive Community Treatment)	Fremrykningspuljen 2014-2017	Socialstyrelsen
Styrket psykiatrisk indsats for dobbeltdiagnosticerede	Sundhedsområdet 2012-2015	Sundheds- og Ældreministeriet

¹¹ Ikke satspuljefinansieret. Finansieret af 19M puljen 2013-2016.

Integreret indsats for borgere med sindslidelse og misbrug	Psykiatriaftalen 2011-2014	Socialstyrelsen
ALLE		
Forløbsprogrammer	Psykiatrimrådet 2014-17	Socialstyrelsen
Integrerede forløb	Satspuljeaftalen 2010-2013	Socialstyrelsen
19M puljen 2009-2012 ¹²	19M puljen 2009-2012	Socialstyrelsen
Psykiatri på tværs ¹³		Kommunernes Landsforening, Danske Regioner, Sundhedskartellet, FOA, Socialpædagogernes Landsforbund

¹² Ikke satspuljefinansieret. Finansieret af 19M puljen 2009-2012.

¹³ Ikke satspuljefinansieret. Finansieret af Kommunernes Landsforening, Danske Regioner, Sundhedskartellet, FOA, Socialpædagogernes Landsforbund, 2011.

Projekter og målgrupper

Den overordnede målgruppe for alle projekter er mennesker med psykiske lidelser. Som det fremgår af tabel 1, er der tre mere specifikke målgrupper i materialet: børn og unge, voksne og mennesker med samtidigt misbrug og psykiske lidelser (dobbelbelastede). Derudover er nogle af projekterne mere generiske og dermed målrettet alle.

Projekter målrettet børn og unge

3 af de 16 projekter har børn og unge som målgruppe. Det fremgår af materialet, at indsatsen for børn og unge med psykiske lidelser kræver en høj grad af inddragelse af pårørende, da børn og unge i et vist omfang er strukturelt og socialt afhængige af deres forældre. Det fremgår også, at det er en væsentlig udfordring i behandlingen af unge, at der er risiko for, at de falder ud af systemet i overgangen fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien. Derfor kræver arbejdet med unge en særlig opmærksomhed på denne overgang, hvilket flere af projekterne bærer præg af. De tre projekter omkring børn og unge er følgende:

- Tværfaglige udgående teams i børne- og ungdomspsykiatrien: I projektet er udviklet et tværfagligt mobilt team forankret i børne- og ungdomspsykiatrien, der har til formål at yde hjælp og rådgivning til kommunerne i forbindelse med afklaring af behandlingsbehov, støtte, skole- og uddannelsessituation til børn og unge med psykiske lidelser. Alle regioner deltager i projektet, og tilbuddet omfatter alle kommuner.
- Hurtigere hjælp til børn og unge med psykiske sygdomme: Det overordnede formål med projektet har været at nedbringe ventetider på behandling i børne- og ungdomspsykiatrien, samt at styrke samarbejdet mellem psykiatrien, praksissektoren og kommunerne om udredning, behandling og støtte til børn og unge med psykiske lidelser. Dette blandt andet via etablering af mobile teams. Fire regioner har deltaget i projektet. Det samlede antal deltagende kommuner fremgår ikke af materialet.

- Unge med psykiske vanskeligheder - overgang fra barn til voksen: Projektet har haft til formål at lette overgange fra barn til voksen og skabe en tidlig og sammenhængende indsats, sådan at unge med psykiske lidelser i højere grad påbegynder og fastholdes i uddannelse eller beskæftigelse. Dette har projektet blandt andet søgt at gøre ved at skabe sammenhæng mellem regionale og kommunale indsatser, via etablering af guidefunktioner. Fire kommuner har deltaget i projektet.

Projekter målrettet voksne

4 af de 16 projekter har særlig fokus på voksne. Målgruppen for projekterne har generelt længevarende forløb med en kompleks historik. De modtager ofte en række ydelser og indsatser med involvering af mange aktører på tværs af sektorer og fagområder. De fire projekter omkring voksne er følgende:

- 19M-puljen 2013-2016: Puljen har til formål at løfte kvaliteten i den kommunale sociale indsats over for borgere med svære psykiske lidelser. Dette søges opnået via afprøvning og implementering af evidensbaserede metoder, der integrerer den rehabiliterende og recovery-orienterede tilgang i arbejdet med mennesker med psykiske lidelser. I delprojekter arbejdes der blandt andet med social færdighedstræning (SFT) og netværksmøder (Åben Dialog). Puljen består af 14 kommunale delprojekter.
- Styrkelse af den nære psykiatri: Projektet har haft til formål at øge den akutte tilgængelighed i psykiatrien. Dette er blandt andet forsøgt opnået gennem styrkelsen af sammenhæng mellem region og kommune, blandt andet via etableringen af mobile teams. Projektet har bestået af fire delprojekter, udført i samarbejde mellem regioner og kommuner.
- Styrket samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og almen praksis: Formålet med projektet har været at styrke samarbejdet mellem psykiatrien og praksissekto-

ren om behandling af patienter med psykiske lidelser med udgangspunkt i Shared Care. Fire regioner har deltaget i projektet. Det samlede antal deltagende kommuner fremgår ikke af materialet.

- **Udvikling af modelafdelinger:** den gode Psykiatriske afdeling: Projektet har haft til formål at styrke og udvikle kvaliteten af den psykiatriske undersøgelse, behandling og opfølgning via støtte til fem regionale modelafdelinger. De indhøstede erfaringer og opnåede resultater har dannet anvendelsesmæssigt grundlag for andre psykiatriske afdelinger i hele landet.

Projekter målrettet dobbeltbelastede

Mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug er den største af de tre målgrupper i materialet, idet 5 af de 16 projekter har et særligt fokus på denne gruppe. Dobbeltbelastede borgere har ofte komplicerede behandlingsforløb, som varetages af flere aktører (typisk psykiatri og misbrugscentre). Denne kompleksitet skaber ofte svære problemstillinger i behandlingen. Derudover kan psykiske lidelser og misbrug have en negativ indflydelse på hinanden, hvilket bidrager til at komplicere behandlingen – både for borgeren og for behandleren.

Den mest grundlæggende udfordring for samarbejdet om borgere med dobbeltbelastning er, ifølge projekterne, at borgerens lidelser behandles i forskellige sektorer. Dette betyder ofte, at hver sektor i udgangspunktet har fokus på den del af borgerens problematik, der hører under deres fagkompetence. Den behandlingsmæssige adskillelse kan betyde, at borgere lander mellem to stole, fordi en ubehandlet psykisk lidelse kan udgøre en barriere for misbrugsbehandling, og et ubehandlet misbrug kan udgøre en barriere for psykiatrisk udredning og behandling. De fem projekter omkring dobbeltbelastede er følgende:

- **Styrkelse af den kommunale alkoholbehandling af dobbeltbelastede:** Formålet med projektet er at styrke den kommunale døgnbehandling af personer med alkohol-

misbrug og samtidig psykisk lidelse, samt at styrke samarbejdet mellem kommuner og den regionale psykiatriske behandling. Delprojekter udføres i 22 kommuner fordelt på de fem regioner.

- **Koordinerende indsatsplaner:** Projektets formål er at støtte op om de enkelte regioner og kommuners generelle forpligtigelse til at sikre, at alle borgere kan modtage psykiatrisk behandling samt behandling for alkoholafhængighed og stofmisbrug. De koordinerende indsatsplaner skal medvirke til at forbedre indsatsen for borgere ved at skabe bedre sammenhæng i den enkelte borgers forløb. Projekterne tager udgangspunkt i en vejledning til anvendelse af de koordinerende indsatsplaner, udarbejdet af Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen i 2014. Der arbejdes med de koordinerende indsatsplaner i alle regioner.
- **Afprøvning af ACT (Assertive Community Treatment):** Formålet med projektet er at undersøge, hvorvidt en intensiv, helhedsorienteret og tværfaglig støtte og behandlingsindsats kan skabe bedring i forhold til psykisk trivsel og misbrug, herunder særligt om indsatsen kan være gavnlig i forhold til at støtte målgruppen i at komme i beskæftigelse eller uddannelse. ACT-metoden bliver afprøvet i to kommuner.
- **Styrket psykiatrisk indsats for dobbelt diagnosticerede:** Projektets overordnede formål har været at styrke den regionale og den kommunale indsats over for dobbeltbelastede borgere samt at styrke samarbejdet mellem sektorer. Delprojekter har til dette formål blandt andet etableret koordinerede funktioner og udarbejdet udskrivningsaftaler. Alle regioner har deltaget i projektet.
- **Integreret indsats for borgere med sindslidelse og misbrug:** Projektets formål har været at udvikle, afprøve, evaluere og implementere en model for et tværsektorielt samarbejde om borgere med psykiske li-

delser og misbrug, blandt andet via etableringen af tværfaglige teams. For borgerne har det langsigtede formål været, at indsatsen skulle understøtte den enkeltes mulighed for at tage ansvar for og øve indflydelse på eget liv og leve selvstændigt på egne præmisser. Projektet har haft fire delprojekter, som hver har bestået af et samarbejde mellem en kommune og en region. Fire kommuner og to regioner har deltaget.

Projekter målrettet alle

Der er en gruppe af projekter i materialet, som har en så generisk karakter, at de må siges at gå på tværs af de tre specifikke målgrupper. Det drejer sig om i alt fire projekter:

- **Forløbsprogrammer:** Formålet med projektet er at sikre sammenhængende og koordinerede forløb for mennesker med psykiske lidelser på tværs af sektorer og forvaltningsområde, høj faglig kvalitet i den samlede indsats, hensigtsmæssig ressourceudnyttelse og inddragelse af borgere og pårørende. Til dette formål har Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen i 2015 udviklet en generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser. Tre projekter er iværksat med henblik på udmøntning af forløbsprogrammer for borgere med psykiske lidelser. tre regioner og 28 kommuner deltager.
- **Integrerede forløb:** Projektets formål har været at udbygge den ambulante psykiatri og samarbejdet mellem de socialfaglige indsatser i kommunerne, som skulle være med til at minimere antallet af indlæggelser. I initiativet udvikledes metoder og samarbejdsmodeller til brug i psykiatrisk behandling og psykosociale tilbud. Metoder og modeller er blevet udviklet med udgangspunkt i en fremskudt social indsats, fælles visitation, mobile behandlingsteams og koordinerede handle- og behandlingsplaner. Der er gennemført delprojekter i 6 kommuner.
- **19M puljen 2009-2012:** Puljen har haft til formål at styrke koordineringen og samarbejdet i sager omkring mennesker med psykiske lidelser. Med koordinering og tværfaglige teams som udgangspunkt har projekterne arbejdet med metodeudvikling på et eller flere af følgende områder: bedre udredning og koordinering af indsatsen for mennesker med dobbeltdiagnoser og/eller forebyggelse samt tidlig indsats i forhold til unge med sindslidelser. 16 kommuner har gennemført delprojekter under puljen.
- **Psykiatri på tværs:** Projektets formål har været at styrke samarbejdet i regioner og kommuner på tværs af fag og sektorer, og derigennem at skabe bedre og mere attraktive arbejdspladser for mennesker med psykiske lidelser. Der har været 33 delprojekter i dette projekt, fordelt på kommuner fra alle fem regioner.

Tilgange til sammenhæng

Efter ovenstående præsentation af de 16 projekter, hvis evalueringer har dannet grundlag for analysen, går vi nu over til at præsentere resultaterne af den tværgående analyse af evalueringerne. Det første resultat vedrører projekternes tilgange til at skabe sammenhæng for borgerne.

I denne del af analysen har vi blandt andet været informeret af Psykiatriudvalgets kortlægning af sammenhæng i indsatser for mennesker med psykiske lidelser (Psykiatriudvalget 2013, bilagsrapport 1). I kortlægningen anvendes en række teoretiske samarbejdsmodeller som begrebsramme til kategorisering af samarbejdet i de kortlagte projekter. I denne analyse har vi i stedet lavet en kategorisering, der tager udgangspunkt i projekternes praksis og de former for samarbejde, som bliver beskrevet i projekternes evalueringer.

I dokumentanalysen har vi sorteret materialet efter forskellige tilgange til sammenhæng, og ud fra hvordan disse har vejledt udformningen af indsatserne. Vi har i materialet identificeret to overordnede tilgange. Den ene, som vi kal-

der "sammenhæng i systemet", søger at skabe sammenhæng i indsatsen på tværs af aktører fx i form af tværsektorielt samarbejde. Den anden, som vi kalder "sammenhæng omkring borgeren" fokuserer i højere grad på sammenhæng inden for det enkelte borgerforløb fx i form af en koordinatorfunktion, der har ansvar for at integrere de indsatser, som borgerne modtager. De to tilgange udelukker ikke nødvendigvis hinanden, men har i praksis været anvendt forskelligt i projekterne.

Sammenhæng i systemet

Denne tilgang har sit primære fokus på at skabe sammenhæng i det tværgående samarbejde omkring borgeren, således at fagprofessionelle har et bedre udgangspunkt for at imødekomme

borgerens behov. Udformning af indsatsen bliver derfor bygget op om de aktører, der findes omkring borgeren.

Projekter, der arbejder med sammenhæng i systemet, har stort fokus på det tværgående - specielt det tværsektorielle - samarbejde. De har fokus på behovet for fælles og øget viden om målgruppen samt fleksibel adgang til hinandens viden, tilbud og kompetencer via kommunikation og videndeling på tværs af faglige og organisatoriske skel. Det er også et mål for projekterne at skabe nemmere adgang og forbindelsesveje mellem regioner og kommuner, fx omkring information, udveksling og eventuelt samling af data på borgerne (figur 2).

Figur 2 **Fokuspunkter for tilgangen "sammenhæng i systemet"**



Etableringen af tværfaglige teams er et illustrativt eksempel på, hvordan projekter med tilgangen "sammenhæng i systemet" har udformet indsatsen. Denne tilgang er valgt i mange delprojekter. Tværfaglige teams har i sammensætning og form varieret fra projekt til projekt, men har alle taget udgangspunkt i at etablere et formaliseret samarbejde på tværs af fagligheder, og i mange tilfælde, på tværs af sektorer.

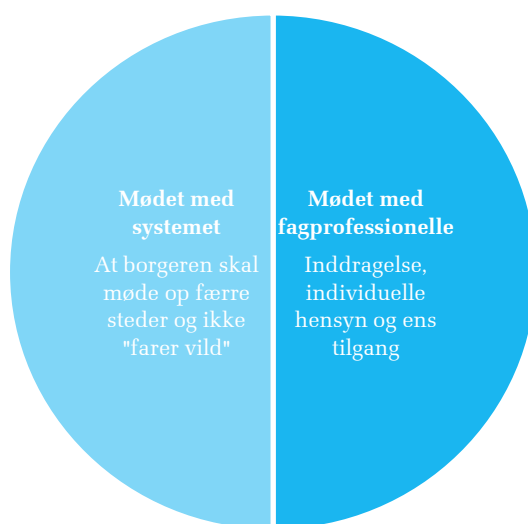
I projekter, der har benyttet sig af tværfaglige teams, har der typisk været fokus på at samle aktører omkring borgerforløb og på at udvikle en fælles tilgang til arbejdet med borgeren. Dette er blandt andet søgt opnået gennem udvikling af fælles redskaber, gennem afholdelse af regelmæssige teammøder, og gennem systematiske drøftelser af borgerforløbet med tilstedeværelse af både samarbejdsparter og borgeren selv. I de tværfaglige teams er indsatsen i

høj grad afhængig af, at alle relevante aktører indgår i samarbejdet. De primære udfordringer er derfor at få skabt nogle rammer om indsatsen, der muliggør dette rent logistisk og organisatorisk, ligesom indsatsen er afhængig af, at der på tværs af aktørerne kan etableres et fælles fagligt ståsted og en form for fælles samarbejdskultur. I præsentationen af de fem faktorer af betydning for sammenhæng i indsatsen vil disse erfaringer blive uddybet nærmere.

Sammenhæng omkring borgeren

Tilgangen "sammenhæng omkring borgeren" søger at bygge indsatsen op omkring det konkrete borgerforløb og dermed at strukturere indsatsen, sådan at den vejledes af borgeren som det primære omdrejningspunkt i mødet med systemet og mødet med de fagprofessionelle (figur 3).

Figur 3 **Fokuspunkter for tilgangen "sammenhæng omkring borgeren"**



Det fremgår af evalueringerne af de projekter, der har anvendt denne tilgang, at borgerne giver udtryk for, at det har haft en positiv betydning, når indsatsen er nemt tilgængelig og er placeret i deres nærområde. Det fremhæves også som positivt, hvis indsatsen er så fleksibel, at der er mulighed for, at de professionelle kontakter kan opsøge borgere i deres eget hjem, når der er behov for det. Derudover peger borgerne på den positive betydning af, at de professionelle kontakter inddrager den enkelte borger og dennes ønsker og behov i behandlingen.

Projekter, der primært har arbejdet inden for tilgangen "sammenhæng omkring borgeren", har blandt andet haft fokus på at udvikle en fælles behandlingsstrategi, sådan at borgeren

ikke bliver mødt med forskellige, og måske i nogle tilfælde modstridende, tilgange til behandlingen. Etableringen af en koordinatorfunktion er et illustrativt eksempel på, hvordan projekter med denne tilgang har udformet indsatsen. Det overordnede formål med koordinatorfunktionen har været at tydeliggøre og placere ansvaret for uddeling af opgaver og spredning af information til relevante samarbejdspartnere. Koordinatoren har i mange indsatser varetaget den primære kontakt med borgeren, for dermed at reducere borgerens antal af kontakter i systemet.

De projekter, der har benyttet sig af en koordinatorfunktion, har typisk haft fokus på at få skabt en klar afgrænsning af opgaver og ansvar, således at alle aktører omkring borgeren

har en defineret funktion, som spiller sammen med de øvrige funktioner. Samtidig har fokus været på at samle koordineringen af de forskellige funktioner og aktører hos koordinatoren. Det har været en udfordring for denne tilgang til at skabe sammenhæng, at få skabt plads og rum til at mødes på tværs af aktører for at få skabt det fælles grundlag for at afgrænse funktioner og ansvarsområder. Det bliver også fremhævet som en udfordring, at det at pålægge det primære ansvar for koordination af aktører og indsatser hos en enkelt aktør kan være med til at mindske ansvarsfølelsen hos øvrige

aktører, samt at det for koordinatorene kan være en uoverskuelig opgave at koordinere indsatsen. I præsentationen af de fem faktorer af betydning for sammenhæng i indsatsen vil disse erfaringer blive uddybet nærmere.

I tabel 3 har vi opsummeret fordele og ulemper ved de to eksempler på forskellige tilgange til sammenhæng, som vi har identificeret på tværs af de 16 projekter. De to eksempler skal ikke betragtes som væsensforskellige men som gradsforskellige, idet de begge søger at skabe sammenhæng med borgeren i centrum.

Tabel 3 **Eksempler på forskellige tilgange til sammenhæng**

Tværfaglige teams	Koordinatorfunktion
Bidraget til fælles forståelse og tilgang til de enkelte borgerforløb.	Tovholder med det primære ansvar for at koordinere borgerens forløb.
Understøtter en helhedsorienteret, tværgående indsats.	Understøtter borgeren på tværs af overgange og snitflader.
Bidraget til at identificere relevante behandlingsmæssige muligheder eller mangler.	Bidraget til at afklare og beskrive ansvarsområder og skabe overblik, både for fagprofessionelle og borgere.
MEN...	MEN...
For at skabe en helhedsorienteret indsats for borgeren skal relevante aktører inddrages i de tværfaglige teams.	Koordinering, kortlægning og formidling af viden, samt fordeling af ansvar og opgaver på tværs af organisationer kan være en uoverskuelig opgave.
Logistiske og organisatoriske faktorer kan være en barriere for det tværgående møde (tid, transport, geografi).	Oplevet tendens til, at aktører lægger for mange opgaver over på koordinatoren og dermed fralægger sig ansvar.
Behandlingskulturer og specifikke fagforståelser kan være en barriere for det tværgående samarbejde.	Manglende helhedsforståelse af borgerforløb blandt øvrige aktører.

Faktorer med relevans for sammenhæng

Vi går nu over til at præsentere det andet hovedresultat af dokumentanalysen i form af fem overordnede faktorer, som i materialet fremstår

som særligt vigtige i arbejdet med at skabe sammenhæng for borgere med psykiske lidelser. Faktorerne er generelle for psykiatriområdet og går på tværs af de to tilgange til

sammenhæng, som vi netop har beskrevet, i den forstand at de er relevante for skabelsen af sammenhæng, uanset om man vælger den ene eller den anden (eller en tredje) tilgang.¹⁴ De relevante faktorer for sammenhæng er:

- Tværgående samarbejde
- Faglighed og kompetence
- Kommunikation
- Organisering og rammer
- Borgerinddragelse

En oversigt over de fem ovennævnte faktorer samt de læringspunkter, der af materialet fremgår som væsentlige for hver faktor, findes i figur 4 neden for. En uddybelse af hver faktor og de hertil knyttede læringspunkter vil følge figuren. For hvert læringspunkt giver vi først en kort opsummering af, hvad der er kernen i netop dette læringspunkt. Som det vil fremgå, er der mange sammenfald med de af Psykiatriudvalget identificerede barrierer for sammenhæng, som er nævnt i indledningen til denne rapport. Disse barrierer har i vidt omfang været fokusområder i projekterne.

¹⁴ For specifikke læringspunkter, der særligt knytter sig til børne- og ungeområdet eller til indsatsen omkring dobbeltbelastede, henviser vi til de specifikke projektevalueringer (bilag 2).

Figur 4 **Oversigt over faktorer med relevans for sammenhæng**

Sammenhæng i indsatser for borgere med psykiske lidelser	Tværgående samarbejde	• Gensidig forståelse af, hvorfor andre aktører handler, som de gør. • Fælles sprog for at begrænse "kultursammenstød" og faglig dominans. • Fælles redskaber for at opnå faglig integration (fx af udredning, funktionsbeskrivelser og handleplaner). • Klare rammer for samarbejdet (fx samarbejdsaftaler og strategi for håndtering, hvis relevante parter udebliver).
	Faglighed og kompetence	• Balance mellem et behov for specialisering og mulighed for at etablere et fælles tværfagligt ståsted. • Tværgående kompetenceudvikling (fx fælles undervisning) og systematisk videndeling på tværs.
	Kommunikation	• Fælles grundlag for kommunikation på tværs af sektorer. • Klar ekstern kommunikation af formål og ansvarsområde ved brug af tværfaglige teams. • Afstemning af hvordan den direkte kommunikation med borgeren skal foregå.
	Organisering og rammer	• Fælles fysiske rammer understøtter samarbejde, men det vigtigste er et "neutralt rum", hvor relevante aktører kan mødes på lige fod. • Lovmæssige strukturer kan være en barriere for etableringen af tværsektorielle indsatser. Det er afgørende, at det tværsektorielle samarbejde understøttes ledelsesmæssigt fx i form af fælles ledelse og fælles økonomi. • Fordele og ulemper ved at den primære kontakt til borgeren har formel myndighedskompetence.
	Borgerinddragelse	• Inddragelse af borgere og pårørende i tilrettelæggelse af borgernes forløb. • Brug for mere erfaring med at inddrage borgere i udvikling af indsatser.

Disse faktorer bliver beskrevet efter tur med henblik på at redegøre mere detaljeret for sammenhængsrelaterede erfaringer og udfordringer på tværs af de 16 projekter. Særligt relevante erfaringer og udfordringer fra de specifikke projekter bliver fremhævet som cases under hver faktor.

Tværgående samarbejde

Tværgående samarbejde er det mest dominerende tema i materialet og udgør dermed en kernefaktor for sammenhæng i indsatsen. Der er fire væsentlige læringspunkter omkring tværgående samarbejde, som bliver uddybet i dette afsnit.

Gensidig forståelse

Det er vigtigt at få skabt en gensidig forståelse af, hvorfor andre faggrupper (og sektorer) handler, som de gør. Det skaber et godt udgangspunkt for samarbejde.

Kulturforskelle på tværs af sektorer, fagligheder og afdelinger har vist sig som en central udfordring for det tværgående samarbejde i en stor del af projekterne. Dette skyldes ifølge materialet forskellige tilgange, udgangspunkter, lovgrundlag og organiseringer, hvilket eksempelvis medfører forskellige faglige traditioner og samarbejdskulturer. I nogle tilfælde har dette resulteret i en manglende forståelse af, hvorfor andre aktører handler, som de gør - en faktor der har vanskeliggjort etableringen af fælles fodslag i projekterne.

Denne problematik har flere nuancer. Først og fremmest er det en sektoriel problematik, altså én, som går på tværs af region og kommune. Fagkulturer har vist sig at være dybt forankret på flere niveauer i de respektive sektorer, og dette har i flere projekter været medvirkende til, at der er opstået "kultursammenstød".

Især i projekter, hvor omdrejningspunktet for samarbejde har været konkrete borgerforløb, har de forskellige sektorielle og faglige udgangspunkter givet anledning til konflikt. Forskellige perspektiver på borgerens problematikker fremhæves som en udfordring i mødet

mellem forskellige faglige og sektorielle traditioner. Casen i figur 5 illustrerer, hvordan et projekt har håndteret kulturforskelle.

Figur 5 **Case: Projekter under 19M puljen 2009-2012**¹⁵

Udgangspunktet for projekterne under 19M-puljen har været metodeudvikling for samarbejde og arbejdsdeling mellem kommunernes socialfaglige indsats og den psykiatriske behandling i regionerne. Projekterne har alle arbejdet med koordinering og samarbejde som det centrale fokuspunkt.

Evalueringen af puljen peger på kulturforskelle (primært faglige) som en gennemgående udfordring i projekterne. Ifølge evaluatoren vil det kræve en mere gennemgribende og længerevarende indsats end det, projekterne under puljen har haft mulighed for at byde ind med. Det fremhæves blandt andet, at projekternes koordineringsaktiviteter, som har fokuseret på at bringe relevante medarbejdere sammen og/eller gøre relevant information tilgængelig for medarbejderne, har betydet en styrkelse og en formalisering af samarbejdet i relevante enkeltsager, men ikke nødvendigvis er slået igennem på strukturelt niveau i de forskellige enheder.

Det vurderes dog i evalueringen, at projekterne under puljen er lykkedes med at styrke samarbejdsrelationer og forståelse for hinandens fagområder på tværs af afdelinger på det mere sagsnære niveau, blandt andet via udviklingen af konkrete redskaber til bedre koordination (blandt andet afholdelse af netværksmøder og udarbejdelse af forløbsbeskrivelser), og at det vil være oplagt at arbejde videre med disse erfaringer. Der er med andre ord skabt et fælles afsæt for på længere sigt at udvikle en mere fælles kultur og et fælles sprog.

Som det beskrives i casen, kræver en gennemgribende kulturændring, der går på tværs af fagligheder og sektorer, en tidsramme, ressour-

¹⁵ 19M 19M puljepuljen 2009-2012, Socialstyrelsen, 19M puljen 2009-2012, Rambøll.

cer og strukturændringer, der ofte overstiger projekternes formåen. Dog er det via etablering og videreudvikling af samarbejdsrelationer på tværs muligt i projekterne at danne grundlag for sådanne fælles kulturer.

Fælles sprog

Det kan være vigtigt at udvikle et fælles sprog for at begrænse "kultursammenstød" og ubalance aktørerne imellem. Det gælder om at undgå, at der er et fagligt sprog, der dominerer, som alle ikke har samme forudsætninger for at beherske.

En anden form for udfordring for det tværgående samarbejde er, når medarbejderne oplever en ubalance mellem de samarbejdende aktører. Denne ubalance har i særdeleshed været en udfordring i det tværsektorielle samarbejde, hvor kommunale medarbejdere i en række projekter har oplevet det som vanskeligt at slå igennem rent fagligt, blandt andet fordi de har oplevet at blive mødt af en sprogbrug, som primært handler om diagnoser og dosering af medicin.

I materialet findes eksempler på projekter, der, for at imødekomme denne udfordring, har arbejdet på udvikling af et fælles, tværsektorielt sprog som udgangspunkt for samarbejde. Det fremhæves også i flere projekter, at en systematisk brug af fælles redskaber i projekterne har været med til at imødekomme denne udfordring. Casen i figur 6 er et eksempel på brugen af sådanne systematiske redskaber, og på hvordan de potentielt kan være med til at sikre et fælles udgangspunkt.

Figur 6 **Case: Integreret indsats for borgere med sindslidelse og misbrug**¹⁶

I projektet *Integreret indsats for borgere med sindslidelse og misbrug* har man søgt at udvikle en gensidig forståelse blandt medarbejdere gennem et såkaldt "kulturspor". Kultursporet har blandt andet bestået i kompetenceudvikling om vilkårene i de forskellige afdelinger og

besøg hos de involverede parter, og man har i et delprojekt igangsat et tværgående kompetenceudviklingsforløb med det formål at øge kendskabet på tværs af sektorer og oplyse om de særlige problematikker i det tværsektorielle arbejde med målgruppen.

Ifølge evalueringen oplever medarbejderne, at det gensidige kendskab er en vigtig forudsætning for at overkomme 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 bidrager dermed til at ruste teamet til at tilrettelægge de bedst mulige forløb for borgerne på tværs af organisatoriske, faglige og kulturelle forskelle.

Fælles redskaber

Udvikling og anvendelse af fælles redskaber på tværs kan sikre faglig integration (fx udredning, funktionsbeskrivelser og handleplaner).

På tværs af projekterne er der særligt gode erfaringer med udarbejdelse eller inddragelse af fælles redskaber med direkte udgangspunkt i borgeren og dennes forløb. Fælles handleplaner, udredninger og funktionsbeskrivelser har i flere projekter været med til at sikre, at alle fagligheder har haft mulighed for at byde ind med fag- eller sektorspecifik viden i planlægning og drøftelser af borgerforløb, ligesom de har medvirket til et bredere kendskab til andre aktører involveret i borgerens forløb. Et eksempel på brugen af et sådant redskab kan findes i casen i figur 7.

Figur 7 **Case: Projekter under 19M puljen**¹⁷

Et projekt under *19M-puljen 2009-2012* har haft fokus på borgere, som har været indlagt til

¹⁶ Integreret indsats for borgere med sindslidelse og misbrug, Socialstyrelsen, Psykiatritræfalten 2011-2014, Deloitte.

¹⁷ 19M-puljen 2009-2012, Socialstyrelsen, 19M puljen 2009-2012, Rambøll.

psykiatrisk behandling, og som har stået over for en udskrivning. Projektets aktører har i fællesskab udført en funktionsbeskrivelse, mens borgeren har været indlagt, med henblik på afklaring af borgerens funktionsniveau – dette for i tide at kunne tilrettelægge de nødvendige indsatser til udskrivelsen. Funktionsbeskrivelsen har taget udgangspunkt i:

- Borgerens nuværende situation og ønsker
- Ressourcer og sårbarhed
- Dagligdag og socialt netværk

Funktionsbeskrivelsen indebærer, ifølge evalueringen, at både borgeren og de involverede aktører får et grundlag for et fælles sprog og fælles mål. Den indebærer også, at de professionelle samarbejdspartnere får en samlet viden om borgeren, som de måske ellers ikke ville have fået. Det opleves blandt medarbejderne, at funktionsbeskrivelserne i betydelig grad har styrket mulighederne for at samarbejde, både i relation til den enkelte borger og i relation til øvrige aktører.

Klare rammer

Det er vigtigt, at der er klare rammer for det tværgående samarbejde (fx samarbejdsaftaler) og en strategi for håndtering af fravær af relevante aktører i samarbejdet om borgeren.

Et fjerde aspekt af det tværgående samarbejde, som i de fleste projekter beskrives som væsentligt, er klare opgave- og ansvarsbeskrivelser, herunder aftaler om, hvilke opgaver der foreligger i forbindelse med indsatsen, og hvem der er ansvarlig herfor. I flere projekter er dette helt eller delvist imødekommet ved udarbejdelse af formaliserede samarbejdsaftaler, der har haft til formål at beskrive aktørernes respektive roller i samarbejdsrelationen. Vi har her samlet de punkter, som i projekterne bliver fremhævet som vigtige at inddrage i en formaliseret samarbejdsaftale:

- En overordnet forventningsafstemning i forhold til det konkrete samarbejde.
- Beskrivelse af funktioner og opgaver for hver samarbejdspartner.

- Beskrivelse af, hvordan, hvornår og af hvem orientering skal foretages.
- Beskrivelse af, hvem der er ansvarlig for hvilke opgaver, og hvornår de skal udføres.
- Beskrivelse af, hvordan parterne skal agere i forskellige scenarier (fx ved afbrudt behandling).

Der er i projekterne en bred enighed om, at et tværgående samarbejde optimalt set kræver tilstedeværelse af alle relevante aktører. Der er dog forskellige holdninger til, hvilken indflydelse et fravær af relevante aktører har på samarbejdsprocessen, og hvordan denne situation bedst gribes an.

Nogle projekter argumenterer for, at en tilstedeværelse af samtlige samarbejdspartnere er nødvendig for at kunne gennemføre et tværgående samarbejde. Det understreges blandt andet, at en aktiv involvering af samtlige aktører i alle trin af processen omkring udvikling af samarbejdsrelationer og konkrete værktøjer, såvel som i udveksling af viden omkring målgruppen, er afgørende for at skabe en sammenhængende indsats. Derfor prioriteres det i nogle projekter, at alle aktører skal indgå aktivt i eksempelvis møder.

Dette har dog været en logistisk udfordring for flere. I et enkelt projekt¹⁸, hvor en bærende aktør var fraværende, er flere delprojekter blevet afsluttet før planlagt, grundet udfordringer i forbindelse med etablering af samarbejdet.

Et andet projekt¹⁹ har erfaret, at en målsætning om, at alle relevante aktører skal være repræsenteret i samarbejdet, i sig selv kan være en barriere for samarbejdet. Det beskrives som meget vanskeligt at samle alle aktører, og at dette kan forsinke processen omkring samarbejdet. I stedet har man i projektet gjort det til praksis, at rammen for samarbejdet er fastlagt med aktiv involvering af alle relevante aktører, men at det konkrete samarbejde ikke er af-

¹⁸ Styrket samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og almen praksis, Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsområdet 2012-2015.

¹⁹ Integreret indsats for borgere med sindslidelse og misbrug, Socialstyrelsen, Psykiatraftalen 2011-2014.

hængigt af fuldt fremmøde. Således har man opnået en større fleksibilitet i samarbejdet.

Faglighed og kompetence

Faglighed og kompetence er den anden af de fem overordnede faktorer for sammenhæng, som vi har identificeret i materialet. Faglighed og kompetencer vedrører, som vi netop har set, det tværgående samarbejde. Vi har valgt at beskrive det som en faktor for sig, da projekterne rummer forskellige tilgange til og forskellige erfaringer med faglighed og kompetence, som vi gerne vil synliggøre. Deling af fagspecifik viden om håndtering af målgruppen samt udvikling af fælles viden herom har i projekterne været afgørende for etableringen af sammenhæng og har dermed også været et grundlæggende element i indsatserne. Der er to væsentlige læringspunkter omkring faglighed og kompetence, som bliver beskrevet i det følgende.

Specialisering vs. fælles udgangspunkt

Det er vigtigt at sikre en balance mellem et behov for øget faglig specialisering af medarbejderne og deres mulighed for at kunne etablere et fælles tværfagligt udgangspunkt for samarbejde på tværs af fagligheder.

Det første aspekt af faglighed og kompetence, som vi har identificeret på tværs af projekternes evalueringer, handler om øget viden om målgrupperne for projekterne. Øget viden om målgrupperne har været et eksplicit succeskriterie i mange af projekterne.

Nogle projekter har til dette formål iværksat kompetenceudviklingsforløb for at opkvalificere viden og kompetencer omkring målgruppespecifikke problemstillinger, der rækker ud over medarbejdernes faglige viden. Til dette formål har nogle projekter gjort brug af eksterne undervisere, mens andre har trukket på ressourcer inden for organisationen.

Specialisering af faglig viden beskrives på tværs af projekterne som både en fordel og en ulempe i forhold til at skabe sammenhæng. I et

projekt²⁰ beskrives, hvordan specialisering har gjort det nødvendigt med en øget dialog på tværs for at bygge bro mellem specialviden.

I et andet projekt²¹ beskrives specialisering som et vigtigt udgangspunkt for det tværfaglige møde, men samtidig beskrives det som en potentiel konsekvens af specialisering af medarbejdere, at relationer mellem primærsektor og sekundærsektor bliver mere "atomiserede og diagnosebestemte", idet en øget faglig forankring gør det sværere for medarbejdere at finde en fælles forståelse i det tværfaglige møde. I evalueringen af projektet foreslås det, at man derfor har fokus på at sikre en balance mellem specialisering og samspil på tværs af enheder.

Fælles kompetenceudvikling og videndeling

Det er vigtigt med tværgående kompetenceudvikling (fx fælles undervisning) og systematisk videndeling på tværs af sektorer.

Det andet aspekt af faglighed og kompetence i materialet vedrører adgangen til andre faggruppers viden om indsatsernes målgrupper. En overvægt af projekterne har i kompetenceudviklingen prioriteret tilegnelse af viden om samarbejdspartenerne og mulighed for at drøfte den fælles indsats højere end ny faglig viden. I kraft af mange af projekternes tværgående karakter har videndeling og kompetenceudvikling på tværs været anvendt i de fleste projekter.

Flere projekter har som led i kompetenceudvikling af medarbejdere gjort brug af fælles undervisning, faciliteret af enten interne eller eksterne fageksperter. Andre projekter har gjort brug af gensidig supervision af konkrete sager i tværfaglige projektteams, og endnu andre har haft fokus på indsamling og videreformidling af projektspecifik viden. Sidstnævnte er i et projekt²² blevet gennemført som en vidensbank, hvor viden omkring håndtering af målgruppen systematisk er blevet opsamlet af et tværgående team (etableret af projektet) og

²⁰ 19M puljen 2009-2012, Socialstyrelsen, 19M puljen 2009-2012.

²¹ Den gode psykiatriske afdeling, Sundhedsstyrelsen, Sundhedsområdet 2010-2013.

²² 19M puljen 2009-2012, Socialstyrelsen, 19M puljen 2009-2012.

videreformidlet til relevante aktører i form af specialiseret rådgivning og undervisning.

I andre projekter har man afholdt temadage med henblik på videndeling på tværs. Dette har givet anledning til, at medarbejdere har kunnet drøfte hinandens tilgange til arbejdet med målgruppen og de rammebetingelser, hver aktør har haft herfor, samt skabt mulighed for et øget kendskab til øvrige aktørers konkrete indsatser.

Det tværsektorielle samarbejde har dog også været en udfordring for flere af projekterne. Dette i særdeleshed i form af faglige uenigheder og konkurrerende behandlingskulturer internt i projekterne.

Nogle projekter peger på, at det dobbelte fokus på tværfagligt samarbejde og fagspecifik kompetenceudvikling, som er indbygget i flere af indsatserne, er svært forenelige, idet medarbejdere som følge af specialiseringen vægter egen faglighed højest. Det fremgår dog også af materialet, at man på tværs af projekterne har gode erfaringer med tværgående og fælles kompetenceudvikling, og at dette har bidraget til et styrket tværgående samarbejde, bedre overgange i patientforløbene og en fælles referenceramme for arbejdet med målgruppen.

Et eksempel på, hvordan man i et projekt har grebet tværfaglig kompetenceudvikling an, fremgår af casen i figur 8.

Figur 8 **Case: Styrket psykiatrisk indsats for dobbeltdiagnosticerede**²³

I et regionalt delprojekt i Region Sjælland under projektet *Styrket psykiatrisk indsats for dobbeltdiagnosticerede* har man anvendt metoden Fælles Skolebænk, med henblik på tværgående kompetenceudvikling og videndeling.

Fælles Skolebænk består af en række større, centralt afholdte arrangementer og mindre, lokalt afholdte arrangementer med fokus på temaer, der i projektet identificeredes som

udfordrende i arbejdet med målgruppen af dobbeltdiagnosticerede. Alle arrangementerne afsluttedes med en brugerevaluering. I projektet blev der fx gennemført en dialogkonference, oplæg om psykisk sygdom og misbrug, lokale inspirationsmøder med fokus på konkrete værktøjer samt udarbejdelse af informative film.

Baggrunden for anvendelse af denne tilgang har, ifølge evalueringen, været et ønske om at skabe "tid og rum til at mødes, lære og reflektere sammen på tværs af sektorer". Dette beskrives som en afgørende faktor for et vellykket tværsektorielt samarbejde.

Kommunikation

Den tredje overordnede faktor for sammenhæng, som vi har identificeret i materialet, er kommunikation. Tværfaglig og tværsektoriel kommunikation, såvel som videndeling omkring indsatser på tværs, har været væsentlige faktorer i samtlige projekter, idet et fokus på sammenhæng i indsatsen eller for borgeren stiller krav til både intern og ekstern kommunikation.

Flere projekter har haft god erfaring med videndeling i det tværgående samarbejde. Det erfares dog også i projekterne, at det kan være en udfordring og en omfattende opgave at sikre en bred og koordineret kommunikation omkring indsatsen både internt til aktører involveret i indsatsen, eksternt til aktører omkring indsatsen, og endelig til borgeren som modtager af indsatsen. Der er tre centrale læringspunkter omkring kommunikation, som bliver beskrevet i dette afsnit.

Fælles grundlag for intern kommunikation

Det er vigtigt at udvikle et fælles grundlag for kommunikation på tværs af sektorer, sådan at det sikres, at koordinatorene modtager alle relevante oplysninger og viden fra andre aktører. I tværsektorielle projekter har der ofte ikke været etablerede kommunikationskanaler at bygge på.

²³ Styrket psykiatrisk indsats for dobbeltdiagnosticerede, Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsområdet 2012-2015, Region Sjælland.

Intern kommunikation har af flere årsager været en udfordring i mange projekter. For det første fordi man i mange af projekterne, grundet tværgående samarbejde, ikke har kunnet anvende eksisterende kommunikationskanaler. Man har derfor været nødt til at etablere nye kommunikationskanaler og strukturer omkring videndeling. For det andet har man skullet etablere rammer for tværgående drøftelser, der har kunnet rumme en potentielt stor geografisk spredning af aktører.

En overordnet erfaring er, at det er vigtigt med et højt informations- og kommunikationsniveau på tværs af sektorer for at skabe sammenhæng i indsatsen. Det har været en udfordring, at der kan være diskursive forskelle på tværs af sektorerne. Derfor har flere projekter haft fokus på at udvikle et fælles grundlag for kommunikation på tværs af sektorer. Særligt i indsatser, hvor samarbejdet er opbygget omkring en koordinerende funktion, har den interne kommunikationsopgave været en udfordring. Dette skyldes, at koordinering af kommunikation og videndeling her tilfalder en enkelt aktør eller person, som ud over kommunikationen også står for den overordnede koordinering af indsatsen. Modtager koordinatoren ikke alle relevante oplysninger og viden fra andre aktører, er denne ikke ordentligt opdateret i borgernes sag og har dermed ikke et tilstrækkeligt grundlag for videreformidling til øvrige aktører og til borgeren.

Klar ekstern kommunikation

Ved brug af tværfaglige teams er det vigtigt med en klar kommunikation af teamets formål og ansvarsområde, sådan at det bliver klart for eksterne aktører og målgruppen, hvordan de kan bruge og komme i kontakt med teamet.

Også i indsatser, hvor samarbejdet er struktureret omkring tværfaglige teams, har kommunikation været en udfordring - i særdeleshed til eksterne samarbejdspartnere. Her har det i nogle projekter været en barriere for udbredelse af indsatser, at information omkring indsatsens eksistens og/eller formål ikke er nået ud til

aktører med direkte kontakt og adgang til målgruppen.

I et projekt²⁴, der har anvendt tværfaglige mobile teams i indsatsen, har der eksempelvis blandt øvrige aktører været usikkerhed omkring procedurer for henvendelse til teamet, omkring borgerforløbenes opbygning, indhold og længde, og omkring teamets kompetencer. Her efterlyses en klar rammesætning for teamets engagement og kriterier i formidlingen udadtil, og det foreslås, at der udarbejdes og udgives pjecer til at informere relevante aktører om tilbuddets formål og indhold.

Afstemning af kommunikation med borgeren

Det er vigtigt, at relevante aktører afstemmer, hvordan den direkte kommunikation med borgeren skal foregå, hvem der varetager den, samt at der er en opmærksomhed på videndeling og kommunikation omkring borgerens overgange i systemet.

Et sidste meget vigtigt aspekt af kommunikation, som har relevans for etableringen af sammenhæng i indsatsen, vedrører borgeren. Et udgangspunkt i borgeren og dennes forløb fremhæves i flere projekter som det bedste grundlag for tværgående kommunikation og opnåelse af en fælles forståelse.

Det er vigtigt i denne henseende med en opmærksomhed på, hvordan kommunikationen til og med borgeren finder sted, sådan som det fremhæves i et projekt²⁵. Her ligger dog en potentiel udfordring i, at der er flere aktører om at varetage denne kontakt med forskellige faglige og kompetencemæssige udgangspunkter. Det fremhæves som væsentligt med en afstemning mellem relevante aktører af, hvordan den direkte kommunikation med borgeren foregår, og af hvem den varetages.

Et projekt²⁶ har oplevet, at borgere, som en konsekvens af utilstrækkelig kommunikation aktørerne imellem omkring egne og andres

²⁴ Tværfaglige udgående teams i børne- og ungdomspsykiatrien, Sundhedsstyrelsen, Psykiatrimrådet 2014-2017 + 2015-2018.

²⁵ Integrerede forløb, Socialstyrelsen, Satspuljeaftalen 2010-2013.

²⁶ Integrerede forløb, Socialstyrelsen, Satspuljeaftalen 2010-2013.

opgaver, har fået modstridende informationer omkring indsatsen og eget forløb. Projektet fremhæver dette som yderst uhensigtsmæssigt, idet det skaber usikkerhed og forvirring hos borgerne.

Det fremhæves også, at det er særligt vigtigt at være opmærksom på videndeling og kommunikation omkring borgerens overgange, det værende fra børne- til voksenpsykiatri eller fra en sektor til en anden, da der i overgange er risiko for, at relevant viden går tabt.

Organisering og rammer

Organisering og rammer er den fjerde af de fem overordnede faktorer for sammenhæng, som vi har identificeret i materialet. Det fremgår af materialet, at både fysiske og organisatoriske rammer er afgørende for etablering af sammenhæng i indsatsen. Der er tre væsentlige læringspunkter omkring organisering og rammer, som bliver uddybet i det følgende.

Betydning af fælles rammer

Fælles fysiske rammer understøtter samarbejde, men er ikke en forudsætning for at skabe sammenhæng omkring borgeren. Det er derimod centralt, at der skabes et "neutralt rum", hvor relevante aktører kan mødes på lige fod.

De fysiske rammer for indsatser har været meget forskellige. I nogle projekter har de deltagende aktører været fysisk samlet, i andre har samarbejdet foregået på tværs af større geografiske og/eller organisatoriske skel. I et projekt²⁷ (se også figur 9), som har taget udgangspunkt i en såkaldt integreret praksis, altså en organisatorisk enhed, hvor forskellige indsatser inden for psykiatrisk behandling er samlet, opleves det som en klar fordel at have fælles fysiske rammer for samarbejde og implementering af indsatsen. Her fremhæves blandt andet, at der opstår mulighed for uformel sparring og relationsudvikling på tværs af enheder.

Dét at have fælles fysiske rammer opleves dog ikke i alle projekterne som en forudsætning for

at skabe sammenhæng omkring borgeren. Det fremhæves i et projekt²⁸, at dette kan opnås gennem en klar struktur for samarbejdet, fx i kraft af faste teammøder og udpegning af kontaktpersoner for borgerne. Dog påpeges det, at sådanne rammer ikke i samme grad understøtter en uformel, løbende sparring mellem aktørerne på tværs af fagligheder.

I en stor del af projekterne er det en erfaring, at etableringen af et "neutralt rum" er fremmende for det tværgående samarbejde, det vil sige et fælles udgangspunkt for indsatsen. I nogle projekter har det været et fysisk rum, i andre projekter har det handlet om lige samarbejdsvilkår, og i atter andre har det handlet om et fælles ejerskab af indsatser.

Lovmæssige og formelle barrierer

Lovmæssige eller formelle strukturer kan være en barriere for etableringen af tværsektorielle indsatser, fordi de kan indeholde bestemmelser, der trækker i forskellige retninger, fx omkring inddragelse, kvalitetssikring og finansiering af ydelser. Det er helt centralt, at det tværsektorielle samarbejde understøttes ledelsesmæssigt, fx i form af fælles ledelse og fælles økonomi.

Et projekt²⁹ giver i evalueringen udtryk for, at det kan være en udfordring at afstemme de lovæssige retningslinjer på tværs af sektorer og fagligheder, sådan at de kan tilpasses indsatsens rammer for tværgående samarbejde. Her nævnes som eksempel, at der på tværs af sektorer findes forskellige procedurer for kvalitetssikring og patientinddragelse, som tager udgangspunkt i lovgivningen på området.

For de projekter³⁰, der omfatter et fokus på samarbejdsrelationer internt i kommuner, opleves lovkravet om, at jobcentre skal udgøre selvstændige enheder i kommunen, som en begrænsning for det tværgående samarbejde.

²⁷ Integreret indsats for borgere med sindslidelse og misbrug, Socialstyrelsen, Psykiatraføtalen 2011-2014.

²⁸ Psykiatri på tværs, Kommunernes Landsforening, Danske regioner, Sundhedskartellet, FOA, Socialpædagogernes Landsforbund.

³⁰ Integreret indsats for borgere med sindslidelse og misbrug, Socialstyrelsen, Psykiatraføtalen 2011-2014, Afprøvning af ACT, Socialstyrelsen, Fremrykningspuljen 2014-2017, Integrerede Forløb, Socialstyrelsen, Sataspuljeaftalen 2010-2013.

²⁷ Integrerede forløb, Socialstyrelsen, Sataspuljeaftalen 2010-2013

Et projekt oplever, at dette har skabt et øget behov for koordinering på tværs af forvaltninger og besværliggjort borgerens indgang til kommunen.

Flere projekter fremhæver ydelsesstrukturer som en barriere for indsatser. Metoder som fx netværksmøder, som benyttes i flere projekter, kan grundet produktionskrav komme under pres, i og med at et netværksmøde kun tæller én ydelse, selvom der er op til fem medarbejdere med. Det påpeges ligeledes som en udfordring, at ydelsessystemet ikke understøtter relations- og netværksarbejde i behandling af borgeren, på trods af at dette generelt fremhæves som centralt for indsatserne.

Også i samarbejdet mellem region/kommune og almen praksis har lovgrundlaget haft betydning for samarbejdet, idet procedurer og ydelsesstrukturer for de respektive parter har været grundlæggende forskellige. Et projekt³¹ fremhæver, at potentialet i et sådant samarbejde er stort, da praktiserende læger kan henvise borgere til psykiatrisk udredning, bidrage til den løbende opsporing af nye borgere og bidrage til den videre opfølgning og videndeling omkring borgere i indsatsen.

Casen i figur 9 er et eksempel på, hvordan man i et projekt har skabt en tværsektoriel organisering af psykiatriske indsatser og dermed etableret en helt ny organisatorisk ramme. Casen understreger betydningen af, at det tværsektorielle samarbejde understøttes ledelsesmæssigt fx i form af fælles ledelse og fælles økonomi.

Figur 9 **Case: Integrerede forløb**³²

Delprojektet *Psykiatriens Hus* under *Integrerede forløb* har haft som formål at integrere kommunale og regionale indsatser for borgere med sindslidelser. Projektet har taget fysisk og organisatorisk udgangspunkt i *Psykiatriens Hus* i Silkeborg, hvor man har samlet kommunale og regionale indsatser under ét tag.

I projektet er et samarbejde med det kommunale jobcenter også blevet etableret.

Praksis i projektet forudsatte, at medarbejdere fra region og kommunale forvaltninger samt borgere og pårørende skulle kunne mødes på samme tid. En samling af indsatserne i projektet har gjort dette muligt. Sammenlignet med tidligere oplever medarbejderne, ifølge evalueringen, at indsatserne i højere grad planlægges i fællesskab, at en højere grad af udveksling af information og koordinering af viden om den enkelte borger finder sted, og at øvrige faggrupper har indblik i deres arbejdsgange og indsatsmuligheder.

Ifølge evalueringen af projektet oplever borgerne gennem projektet en mere koordineret indsats og en forbedret kommunikation mellem fagpersoner. Det fremhæves også, at borgerne førhen oplevede det som problematisk, at fagpersoner havde modsatrettede oplevelser af deres behov.

Myndighedskompetence

Der er både fordele og ulemper ved, at den primære kontakt til borgeren har formel myndighedskompetence til at træffe beslutninger vedrørende borgerens indsatser. Det kan være en fordel, når der skal træffes hurtige beslutninger, men en ulempe, hvis myndighedskompetencen kommer i forgrunden og skaber distance i relationen til borgeren.

En række projekter har haft gode erfaringer med tilstedeværelsen af beslutningskompetence i samarbejdet omkring borgeren. Dette begrundes i et projekt med, at tildeling af indsatser eller igangsættelse af behandling kan ske i regi af projektet. Et projekt³³ har oplevet, at fravær af beslutningskompetence kan være en barriere for smidigheden af det tværsektorielle samarbejde og i næste instans integrering af indsatsen, idet det her fremhæves som væsentligt for en integreret indsats, at der kan tages

³¹ Styrket samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og almen praksis, Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsområdet 2012-2015

³² Integrerede forløb, Socialstyrelsen, Sataspuljeaftalen 2010-2013, SFI

³³ Integreret indsats for borgere med sindslidelse og misbrug, Socialstyrelsen, Psykiatrafiktalet 2011-2014.

beslutninger om borgerens forløb på tværs af sektorer.

Omvendt beskrives fraværet af beslutningskompetence i nogle projekter som en fordel – dette af flere årsager. Et projekt³⁴ fremhæver, at man ved ikke at inkludere beslutningskompetence har undgået, at en beslutningskompetent aktør, i kraft af sin beslutningsdygtighed, har taget over, og domineret samarbejdet omkring indsatsen. Herudover beskrives det, at fraværet af beslutningskompetence har skabt grundlag for en bedre relation mellem borger og medarbejder. Dette i kraft af, at relationen dermed ikke har haft bevilling af ydelser som omdrejningspunkt. Dette giver medarbejderen mulighed for at tænke ud over det enkelte myndighedsområde i sin tilgang til borgeren, og giver anledning til et øget fokus på faglighed frem for at ”tænke i systemet”, som det beskrives i projektet.

Casen i figur 10 beskriver et eksempel på oplevede fordele og ulemper ved tilstedeværelsen af beslutningskompetence i et projekt.

Figur 10 **Case: Unge med psykiske vanskeligheder**³⁵

I projektet *Unge med psykiske vanskeligheder – overgang fra barn til voksen* har man udviklet og afprøvet en guidefunktion, der på tværs af de fire delprojekter har været varetaget af både medarbejdere med myndighedskompetence i den unges sag og medarbejdere uden myndighedskompetence i den unges sag.

Evalueringen af projektet giver ikke et entydigt svar på, hvad der har størst virkning, da interviewpersonerne udtrykker både fordele og ulemper. Enkelte guider med myndighedskompetence indikerer, at de opnår et større kendskab til den unge, samt at de hurtigere kan imødekomme den unges ønsker, da de har myndighed til at iværksætte indsatser. Samtidig er samarbejdet mellem sagsbehandleren og den unge underlagt nogle lovgivningsmæssige krav

(fx udfyldelse af handleplaner og opfølgningsmøder), som nemmere kan honoreres og koordineres med øvrige indsatser til den unge, når medarbejderen er både guide og sagsbehandler.

Omvendt peger en række guider på, at det kan være svært at balancere den myndighedskompetente sagsbehandlerfunktion med rollen som guide, hvor det i højere grad handler om at guide den unge i retning af den rette støtte. Nogle guider oplever, at det kan være svært på den ene side at håndhæve rammer, og i nogle tilfælde at måtte afvise bestemte ønsker fra borgeren grundet serviceniveau eller lovgivning, samtidig med at man som guide på den anden side skal vedligeholde en god og tillidsfuld relation. Endvidere tager sagsbehandlerrollen mange af guidernes ressourcer, hvilket gør det svært at få tid til at udfylde guiderollen.

Borgerinddragelse

Den femte og sidste overordnede faktor for sammenhæng, som vi har identificeret i materialet, er borgerinddragelse. Som det bliver beskrevet i et af projekterne³⁶, kan det at flytte fokus fra system til borger være centralt i at skabe sammenhæng omkring borgeren. Nogle projekter har haft fokus på inddragelse af borgerne i indsatsen og har gjort sig flere erfaringer med at involvere borgerne som en faktor i skabelsen af sammenhæng. Projekterne er gået til denne inddragelse på forskellig vis. Der er to centrale læringspunkter omkring borgerinddragelse.

Inddragelse i tilrettelæggelse af forløb

Der er gode erfaringer med at inddrage borgere og pårørende i tilrettelæggelse af borgernes forløb. Men det er vigtigt at vurdere, i hvor høj grad den enkelte borger har gavn af inddragelse.

Flere projekter inddrager borgerne i udformning, planlægning og målsætning i forbindelse med deres forløb. I de evalueringer, hvor borgerne er blevet interviewet, fremgår det, at de

³⁴ 19M puljen 2009-2012, Socialstyrelsen, 19M puljen 2009-2012.

³⁵ Unge med psykiske vanskeligheder – overgang fra barn til voksen, Socialstyrelsen, Psykiatraftalen 2011-2014, Rambøll.

³⁶ Integrerede forløb, Socialstyrelsen, Satspuljeaftalen 2010-2013.

anser det som vigtigt at blive inddraget aktivt i udformningen af eget forløb. Det fremgår også som et vigtigt aspekt af inddragelse, at borgerne løbende bliver orienteret om ting, der relaterer sig til deres forløb.

På tværs af projekterne er der gode erfaringer med inddragelse af borgere i målsætning og tilrettelæggelse af borgerforløb. Dette har man i et projekt³⁷ blandt andet gjort via anvendelse af metoden Åben Dialog, hvis primære element er etableringen af netværksmøder omkring specifikke borgerforløb, hvor borgeren og relevante personer fra borgerens netværk deltager, fx nærmeste familie, venner eller kolleger. Derudover deltager de personer fra region og kommune, der har med borgeren at gøre.

I et andet projekt³⁸, der også har anvendt netværksmøder som metode, beskrives det som fordelene ved metoden, at den er med til at kortlægge, hvad der ligger af ressourcer omkring borgeren, og hvem der kunne være relevant at inddrage i forløbet. Dette skaber ifølge evalueringen ro og tryghed, og gør borgeren opmærksom på, hvad der er af ressourcer omkring ham eller hende. En overvejende del af de borgere, som denne indsats har omfattet, har oplevet inddragelse som positivt og føler sig "hørt og mødt", sådan som det beskrives i evalueringen. De giver udtryk for, at de har fået bedre hold på problemer med socialt netværk og hverdag, fået større tro på sig selv og finder større mening i tingene.

Casen i figur 11 beskriver, hvordan man i et projekt har grebet inddragelsen af borgere i udformning af indsatsen an med fokus på, hvad det har betydet for medarbejderne.

Figur 11 **Case: Integrerede forløb**³⁹

I projektet *Integrerede forløb* foretog medarbejdere i de enkelte delprojekter ved projektets start en kortlægning af målgruppen, primært via interviews, der skulle vejlede indsatsen. Kortlægningen var også tænkt som en måde,

hvorpå medarbejderne kunne få et indblik i borgernes egne perspektiver og ud fra dette etablere relevante samarbejder. Kortlægningen fungerede herudover som en indsatsforberedende øvelse for medarbejderne.

Flere medarbejdere giver i evalueringen udtryk for, at erfaringerne med kortlægning af målgruppen betød meget både for udformningen af indsatsen og for etableringen af samarbejdet mellem faggrupper. Således blev medarbejdere i delprojekterne *Effektiv indsats for de unge voksne* og *Psykiatriens Hus* opmærksomme på, at borgerne havde vanskeligt ved at finde rundt i systemet, herunder særligt i forbindelse med den beskæftigelsesrettede indsats i jobcenteret.

I *Effektiv indsats for de unge voksne* udarbejdede man ydermere et relationsdiagram, som illustrerede alle de mulige instanser, målgruppen skulle navigere imellem. I evalueringen beskrives arbejdet med diagrammet af medarbejderne som øjenåbnende, idet de "på egen krop" har oplevet, hvor svært det er at få overblik over de mange tilbud og sammenhængen mellem disse.

I et projekt⁴⁰ har man erfaret, at en aktiv inddragelse af borgeren også kan være en udfordring for borgere med kognitiv funktionsnedsættelse, som har svært ved at reflektere over eget liv og forstå, hvad der sker i forløbet. Det bliver på tværs af projekter påpeget som en udfordring for nogle borgere at skulle forholde sig til flere end én person ad gangen i forbindelse med tilrettelæggelsen af deres forløb. Derfor er det vigtigt at overveje, i hvilket omfang en konkret inddragelse er gavnlig for den enkelte borger.

I flere projekter er der gode erfaringer med at inddrage pårørende i indsatsen – specielt indsatser der involverer børn og unge. I evalueringen af et projekt⁴¹ fremhæves inddragelse af forældre som særligt positivt. Her beskrives

³⁷ Integrerede forløb, Socialstyrelsen, Satspuljeaftalen 2010-2013.

³⁸ 19M puljen 2009-2012, Socialstyrelsen, 19M puljen 2009-2012.

³⁹ Integrerede forløb, Socialstyrelsen, Satspuljeaftalen 2010-2013, SFI.

⁴⁰ Unge med psykiske vanskeligheder – overgang fra barn til voksen, Socialstyrelsen, Psykiatrafaltalen 2011-2014.

⁴¹ Unge med psykiske vanskeligheder – overgang fra barn til voksen, Socialstyrelsen, Psykiatrafaltalen 2011-2014.

det, hvordan forældre ved inddragelsen i forløb kan være behjælpelige med at huske barnet på de ting, der bliver talt om på mødet, ligesom at barnet ikke behøver at genfortælle, hvad der er foregået på mødet til forældrene efterfølgende. Det forekommer, ifølge evalueringen, at forældrene kommer til at tale på barnets vegne, men at de fagprofessionelle i sådanne tilfælde er gode til at fokusere på barnets egne udsagn.

Inddragelse i udvikling af indsatsen

Der er begrænset erfaring med inddragelse af borgere i selve udviklingen af indsatser og behov for flere forsøg og erfaringer på dette område.

Kun i ét projekt⁴² har man givet borgerne mulighed for at have indflydelse på selve rammerne for indholdet i de konkrete borgerforløb. I projektet har man inviteret borgere med erfaring med både psykisk sygdom og misbrug med til workshops omkring udvikling af indsatsen, hvor de har bidraget med personlige erfaringer og konkrete holdninger til indsatsens udformning. Efterfølgende er der blevet afholdt møder med borgerne for at identificere hovedtemaer for indsatsen og for at vende foreløbige elementer af indsatsen med dem. I projektet beskrives denne inddragelse som et vigtigt bidrag til udformning af indsatsen. I evalueringer af andre projekter lægges der op til en højere grad af fokus på borgerinddragelse i indsatsen. I forbindelse med et projekt⁴³ påpeges det dog, at indsatser kan være struktureret sådan, at en reel inddragelse ikke kan finde sted.

Afrunding

I dette kapitel har vi præsenteret en tematisk dokumentanalyse på tværs af evalueringer af 16 udvalgte offentlige sammenhængsprojekter på psykiatriområdet. Analysen identificerer to forskellige tilgange til at skabe sammenhæng henholdsvis "sammenhæng i systemet" og "sammenhæng omkring borgeren", samt fem tværgående faktorer for sammenhæng, som er de mest fremtrædende læringspunkter omkring

sammenhæng fra projekterne; henholdsvis tværgående samarbejde, faglighed og kompetencer, kommunikation, organisering og rammer samt borgerinddragelse. Tilgange og faktorer er identificeret med udgangspunkt i en tværlæsning af det kodede evalueringsmateriale. I dette afsluttende afsnit giver vi et kort sammendrag af analysens hovedpunkter.

To tilgange til sammenhæng

De to identificerede tilgange til sammenhæng består i to forskellige måder, hvorpå indsatser til at skabe sammenhæng kan være udformet og organiseret på tværs af projekterne. Den ene tilgang, "sammenhæng i systemet", søger at skabe sammenhæng på tværs af sektorer, fx i form af tværsektorielt samarbejde mellem de aktører, der findes omkring borgerne. Den anden tilgang, "sammenhæng omkring borgeren", fokuserer i højere grad på at bygge indsatsen op omkring det enkelte borgerforløb, fx i form af en koordinatorfunktion, der har ansvar for at integrere de indsatser, som borgerne modtager. De to tilgange udelukker ikke nødvendigvis hinanden, men har i praksis været anvendt som forskellige tilgange i projekterne.

Projekter, der arbejder med "sammenhæng i systemet", har stort fokus på det tværgående - specielt det tværsektorielle - samarbejde. Etableringen af tværfaglige teams er et illustrativt eksempel på, hvordan projekter med tilgangen "sammenhæng i systemet" har udformet indsatsen. Tværfaglige teams har i sammensætning og form varieret fra projekt til projekt, men har alle taget udgangspunkt i at etablere en struktur for samarbejdet på tværs af fagligheder, og i mange tilfælde, på tværs af sektorer.

I projekter, der har benyttet sig af tværfaglige teams, har der typisk været fokus på at samle aktører omkring borgerforløb og på at udvikle en fælles tilgang til arbejdet med borgerne. Dette er blandt andet søgt opnået gennem udvikling af fælles redskaber, gennem systematiske drøftelser af borgerforløb med tilstedeværelse af både samarbejdsparter og borgerne selv.

⁴² Forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser, Socialstyrelsen, Psykiatriområdet 2014-2017.

⁴³ 19M puljen 2009-2012, Socialstyrelsen, 19M puljen 2009-2012.

I de tværfaglige teams er indsatsen i høj grad afhængig af, at alle relevante aktører indgår i samarbejdet. De primære udfordringer er derfor at få skabt nogle rammer om indsatsen, der muliggør dette rent logistisk og organisatorisk, ligesom indsatsen er afhængig af, at der på tværs af aktørerne kan etableres et fælles fagligt ståsted og en form for fælles samarbejdskultur.

Projekter, der primært har arbejdet med tilgangen "sammenhæng omkring borgeren", har blandt andet haft fokus på at udvikle en fælles behandlingsstrategi, sådan at borgeren ikke bliver mødt med forskellige, og måske i nogle tilfælde modstridende, tilgange til behandlingen. Etableringen af en koordinatorfunktion er et illustrativt eksempel på, hvordan projekter med denne tilgang har udformet indsatsen. Det overordnede formål med koordinatorfunktionen har været at tydeliggøre og placere ansvaret for uddeling af opgaver og spredning af information til relevante samarbejdspartnere. Koordinatoren har i mange indsatser varetaget den primære kontakt med borgeren, for dermed at reducere borgerens kontakter i systemet.

De projekter, der har benyttet sig af en koordinatorfunktion, har typisk haft fokus på at få skabt en klar afgrænsning af opgaver og ansvar, således at alle aktører omkring borgeren har en defineret funktion, som spiller sammen med de øvrige funktioner. Samtidig har fokus været på at samle koordineringen af de forskellige funktioner og aktører hos koordinatoren. For denne tilgang til at skabe sammenhæng har det været en udfordring at få skabt plads og rum til at mødes på tværs af aktører for at få skabt det fælles grundlag for at afgrænse funktioner og ansvarsområder. Det bliver også fremhævet som en udfordring, at det at pålægge det primære ansvar for koordination af aktører og indsatser hos en enkelt aktør kan være med til at mindske ansvarsfølelsen hos øvrige aktører, samt at det for koordinatorene kan være en uoverskuelig opgave at koordinere indsatsen.

Fem tværgående faktorer for sammenhæng

I den tværgående analyse af evalueringer af sammenhængsprojekter har vi identificeret fem overordnede faktorer, som i materialet fremstår som særligt vigtige i arbejdet med at skabe sammenhæng i indsatsen for borgere med psykiske lidelser. Faktorerne går på tværs af de to tilgange til sammenhæng i den forstand, at de er relevante for skabelsen af sammenhæng, uanset hvilken tilgang der er valgt. Hver faktor rummer en række læringspunkter, som henviser til erfaring og viden omkring aspekter af sammenhæng i forhold til netop denne faktor.

1. Tværgående samarbejde

Tværgående samarbejde er det mest dominerende tema i materialet og udgør dermed en kernefaktor for sammenhæng i indsatsen. Der er fire væsentlige læringspunkter omkring tværgående samarbejde i projekternes evalueringer.

- Det er vigtigt at få skabt en gensidig forståelse af, hvorfor andre faggrupper (og sektorer) handler, som de gør. Det skaber et godt udgangspunkt for samarbejde.
- Det kan være vigtigt at udvikle et fælles sprog for at begrænse "kultursammenstød" og ubalance aktørerne imellem. Det gælder om at undgå, at der er et fagligt sprog, der dominerer, som alle ikke har samme forudsætninger for at beherske.
- Udvikling og anvendelse af fælles redskaber på tværs kan sikre faglig integration (fx udredning, funktionsbeskrivelser og handleaner).
- Det er vigtigt, at der er klare rammer for det tværgående samarbejde (fx samarbejdsaftaler) og en strategi for håndtering af fravær af relevante aktører i samarbejdet om borgeren.

2. Faglighed og kompetence

Faglighed og kompetence vedrører det tværgående samarbejde. Deling af fagspecifik viden om håndtering af målgruppen samt udvikling

af fælles viden herom har i projekterne været afgørende for etableringen af sammenhæng. Der er to væsentlige læringspunkter omkring faglighed og kompetence i materialet.

- Det er vigtigt at sikre en balance mellem et behov for øget faglig specialisering af medarbejderne og deres mulighed for at kunne etablere et fælles tværfagligt udgangspunkt for samarbejde på tværs af fagligheder.
- Det er vigtigt med tværgående kompetenceudvikling (fx fælles undervisning) og systematisk videndeling på tværs af sektorer.

3. Kommunikation

Tværfaglig og tværsektoriel kommunikation, såvel som videndeling omkring indsats på tværs, har været væsentlige faktorer i samtlige projekter, idet et fokus på sammenhæng i indsatsen stiller krav til både intern og ekstern kommunikation. Flere projekter har haft god erfaring med videndeling i det tværgående samarbejde. Det erfares dog også i projekterne, at det kan være en udfordring og en omfattende opgave at sikre en bred og koordineret kommunikation omkring indsatsen; både internt til aktører involveret i indsatsen, eksternt til aktører omkring indsatsen, og endelig til borgeren som modtager af indsatsen. Der er tre væsentlige læringspunkter omkring kommunikation i projekternes evalueringer.

- Det er vigtigt at udvikle et fælles grundlag for kommunikation på tværs af sektorer, sådan at det sikres, at koordinatorene modtager alle relevante oplysninger og viden fra andre aktører. I tværsektorielle projekter har der ofte ikke været etablerede kommunikationskanaler at bygge på.
- Ved brug af tværfaglige teams er det vigtigt med en klar kommunikation af teamets formål og ansvarsområde, sådan at det bliver klart for eksterne aktører og målgruppen, hvordan de kan bruge og komme i kontakt med teamet.
- Det er vigtigt, at relevante aktører afstemmer, hvordan den direkte kommunikation med borgeren skal foregå, hvem der varetager den, samt at der er en opmærksom-

hed på videndeling og kommunikation omkring borgerens overgange i systemet.

4. Organisering og rammer

Det fremgår af materialet, at både fysiske, organisatoriske og lovgivningsmæssige rammer er afgørende for etablering af sammenhæng i indsatsen. Der er tre væsentlige læringspunkter omkring organisering og rammer.

- Fælles fysiske rammer understøtter samarbejde, men er ikke en forudsætning for at skabe sammenhæng omkring borgeren. Det er derimod centralt, at der skabes et "neutralt rum", hvor relevante aktører kan mødes på lige fod.
- Lovmæssige eller formelle strukturer kan være en barriere for etableringen af tværsektorielle indsats, fordi de kan indeholde bestemmelser, der trækker i forskellige retninger, fx omkring inddragelse, kvalitetssikring og finansiering af ydelser. Det er helt centralt, at det tværsektorielle samarbejde understøttes ledelsesmæssigt, fx i form af fælles ledelse og fælles økonomi.
- Der er både fordele og ulemper ved, at den primære kontakt til borgeren har formel myndighedskompetence til at træffe beslutninger vedrørende borgerens indsats. Det kan være en fordel, når der skal træffes hurtige beslutninger, men en ulempe, hvis myndighedskompetencen kommer i forgrunden og skaber distance i relationen til borgeren.

5. Borgerinddragelse

Den femte og sidste faktor af betydning for arbejdet med at skabe sammenhæng, som vi har identificeret i materialet, vedrører borgerinddragelse. Nogle projekter har haft fokus på inddragelse af borgerne i indsatsen og har gjort sig erfaringer med at involvere borgerne som en faktor i skabelsen af sammenhæng. Projekterne er gået til denne inddragelse på forskellig vis. Der er to overordnede erfaringer omkring borgerinddragelse.

- Der er gode erfaringer med at inddrage borgere og pårørende i tilrettelæggelse af

borgernes forløb. Men det er vigtigt at overveje, hvordan inddragelse kan tilrettelægges, så den bliver til gavn for den enkelte person.

- Der er begrænset erfaring med inddragelse af borgere i selve udviklingen af indsatser og behov for flere forsøg og erfaringer på dette område.

Om end projekterne, og de indsatser, der er iværksat i forbindelse med dem, har haft forskellige udgangspunkter for de erfaringer og udfordringer, de har gjort sig, har denne analyse vist, at der på tværs af projekterne findes en række fælles erfaringer omkring sammenhæng, som kommende indsatser kan drage nytte af. De to tilgange samt fem faktorer og tilhørende læringspunkter vil være væsentlige at inddrage i forbindelse med udformningen af fremtidige tiltag til at skabe sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser.

Litteratur

Bagnoli, A. (2009). *Beyond the standard interview: the use of graphic elicitation and arts-based methods*. Qualitative Research. SAGE Publication. Vol 9(5).

Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2015). *Kvalitative Metoder – en grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag.

Carsten Koch-udvalget (2015). *Ekspertgruppen om udredning af den aktive beskæftigelsesindsats. Nye veje mod job – for borgere i udkanten af arbejdsmarkedet*.

COWI (2010). *Bedre Koordination mellem sundheds og beskæftigelsesområdet – en analyse fra syv kommuner*.

DAMVAD (2015). *Analyse af drivkræfter og barrierer for den virksomhedsrettede indsats for ikke-arbejdsmarkedssparate borgere*.

Deloitte (2015). *Barrierer og udfordringer for tværgående indsats, styring og organisering*.

Deloitte (2012). *Analysen af kapaciteten i psykiatrien*.

Flachs, EM., Eriksen, L., Koch, MB., Ryd, JT., Dibba, E., Skov-Ettrup, L., Juel, K. (2015). *Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. København. Sundhedsstyrelsen.

Folker, AP., Heidi, WJ., Nielsen, MBD. & Nørsgaard, O. (2014). *Forskning til gavn for mennesker med psykiske lidelser*. COWI. Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen.

Greve, J., Clausen, J., Ebsen, F., Nielsen, L.H. (2012). *Et liv i periferien. Levevilkår og sundhedsdeltagelse blandt danskere med svære*

sindslidelser. Rockwool Fondens Forskningsenhed og Syddansk Universitetsforlag.

Hyett, N., Kenny, A., Dickson-Swift, V. (2014). *Methodology or method? A critical review of qualitative case study reports*. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being. 9: 23606.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Interview. Introduktion til et håndværk*. København: Hans Reitzels Forlag.

Liversage, A. (2017): *Voldsforebyggelse på botilbud og forsorgshjem*. København: SFI - det nationale forskningscenter for velfærd.

Thomsen, R., Ravn, S., Østergaard, J. (2013). *Tidslinjer som metodisk greb i studiet af vendepunkter i unges livsforløb*. I: Visuelle tilgange og metoder i tværfaglige pædagogiske studier. Rasmussen, K. (red.). Roskilde Universitet Forlag.

Psykiatriudvalget (2013). *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser*.

Psykiatriudvalget (2013). *Bilagsrapport 1: Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – kapacitet, sammenhæng og struktur*.

Psykiatriudvalget (2013). *Bilagsrapport 2: Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udvikling i diagnoser og behandling*.

Rambøll (2015). *Analyse af den tværfaglige rehabiliterende indsats*.

Rambøll (2008). *Henvisningsprojektet i børne- og ungdomspsykiatrien*.

Rosenberg, R. (2016). *Psykiatriens grundlag – historie, filosofi og videnskab*. Aarhus Universitetsforlag.

Albæk, K., Bach, HB., Bille, R., Graversen BK., Holt H., Jensen S. & Jonassen AB. (2015). *Eva-*

luering af mentorordningen. SFI – Det nationale forskningscenter for velfærd.

Walsh, D. & Downe, S. (2005). *Meta-synthesis method for qualitative research: A literature review*. Journal of Advanced Nursing. 50(2): 204-211.

Bilag 1

Tidslinjer

I dette bilag vil tidslinjer for hver af undersøgelsens 15 informanter præsenteres og beskrives. For at identificere vigtige livsbegivenheder og understøtte borgernes hukommelse i forhold til kontakter og indsatser, blev de i forbindelse med de i undersøgelsen gennemførte interviews, opfordret til at notere deres indsatser og kontakter på en tidslinje for at skabe et visuelt overblik over deres forløb de sidste tre år. Med udgangspunkt i borgerens egen tidslinje, har vi udarbejdet en tidslinjemodel over den enkelte borgers indsatser, som vil blive gennemgået i dette bilag.

Læsning af tidslinjerne

Tidslinjerne illustrerer borgernes indsatser indenfor en treårige periode baseret på interviews med borgerne. I interviewene har borgerne ofte givet udtryk for, at det kan være svært at placere indsatserne tidsligt, hvorfor det i interviewet ikke altid fremstår klart, hvor lang en tidsperiode indsatsen har strakt sig over. Hvis der er usikkerhed om indsatsens varighed, påbegyndelses- eller afslutningstidspunkt, er dette markeret med en stiplet streg.

Tidslinjerne er baseret på følgende farvekoder: De blå streger indikerer en socialfaglig indsats, de brune streger indikerer sundhedsfaglige indsatser, de røde streger indikerer indsatser på beskæftigelses- og uddannelsesområdet, de lilla streger indikerer børne- og familiefaglige indsatser, de orange streger indikerer psykiatriske indsatser, mens de grønne indikerer almen praksis og somatiske indsatser.

Socialfaglige indsatser	
Sundhedsfaglige indsatser	
Uddannelse- beskæftigelse- og pensionsrelaterede indsatser	
Børne- og familierelaterede indsatser	
Somatiske indsatser/almen praksis	
Psykiatriske indsatser	

Ud over farvekodningen er hver indsats navngivet. Hvis der på en tidslinje er flere indsatser med samme navn (fx flexjob på forskellige arbejdspladser), vil dette være markeret i forlængelse af indsatsens navn (fx flexjob (a), flexjob (b)). Dette er således en markering af, at der er tale om forskellige indsatser.

I nogle tilfælde kan det fremstå uklart i interviewet, hvad borgerens indsatser indebærer eller hvem der udbyder dem. Dette kan skyldes, at borgeren ikke har ønsket at gå i detaljer om indsatsen, eller ikke har kunnet huske detaljerne om indsatsen. Da tidslinjerne, som nævnt, tager udgangspunkt i borgernes egen fortælling, kan det derfor variere, hvor meget information om en indsats der er angivet på tidslinjen.

I tidslinjerne skelnes der mellem afsluttede og igangværende indsatser. Afsluttede indsatser er placeret over tidslinjen, mens igangværende indsatser er placeret under tidslinjen. Hver streg under tidslinjen repræsenterer således en indsats, der ved dataindsamlingens afslutning (juni 2016) endnu ikke var afsluttet. Der skelnes på tidslinjen ikke mellem afbrudte og afsluttede indsatser, dette vil fremgå af tidslinjebeskrivelserne.

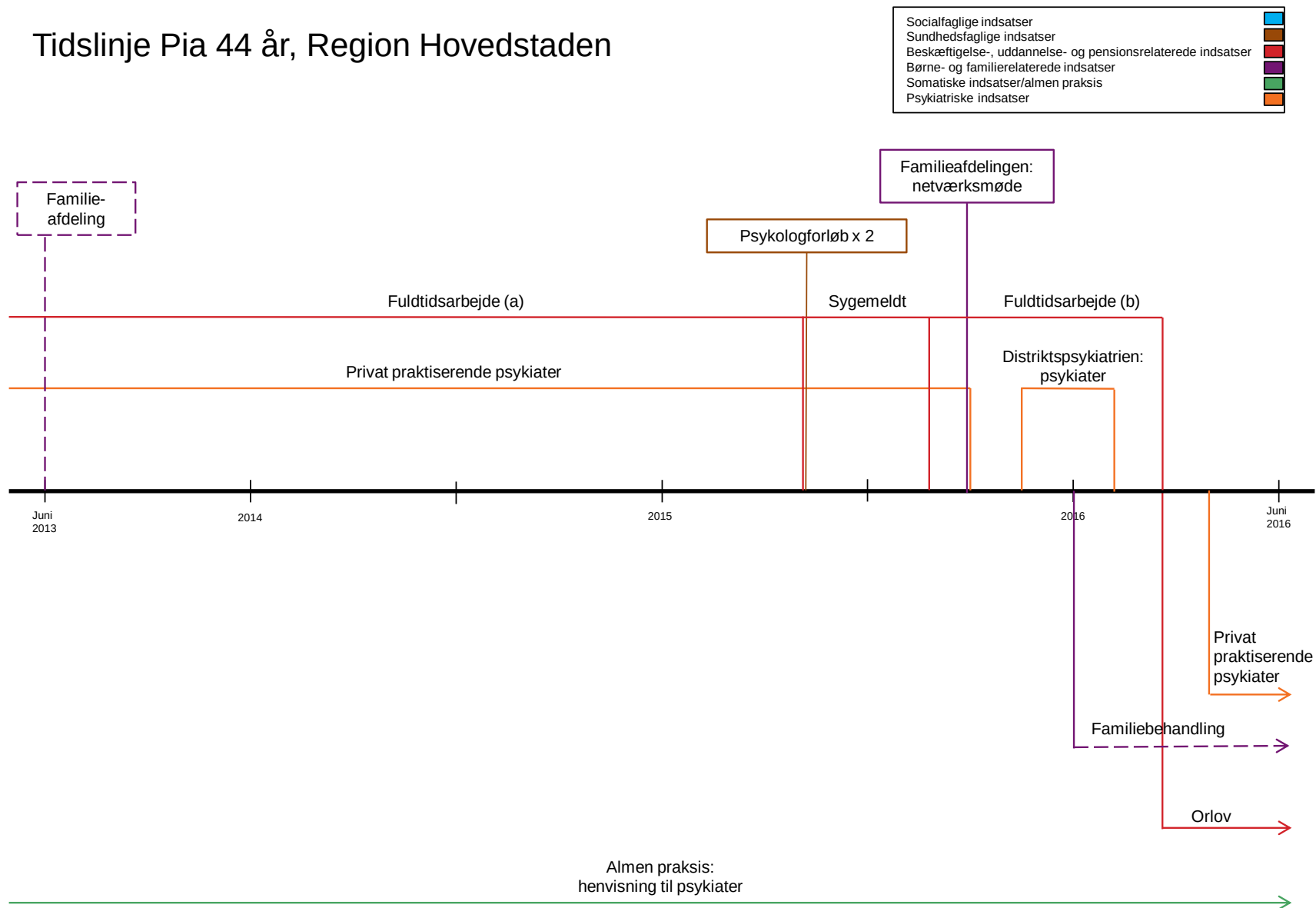
En indsats begyndelse eller afslutning er i figurerne markeret ved en fastgørelse af indsatsen til den sorte midterlinje der markerer tidslinjen. Hvis strengen ikke er fastgjort tidslinjen, er indsatsen igangsat før tidslinjens start i juni 2013. Kortvarige indsatser markeres i figuren som en boks på tidslinjens øvre halvdel, mens længerevarende indsatser markeres med start og sluttidspunkt. Hvis indsatsen er påbegyndt før juni 2013, er det kun indsatsens sluttidspunkt der er markeret i tidslinjen.

Om Pias tidslinje

Det fremgår af tidslinjen (figur 1), at Pia har haft flere afbrudte indsatser. Den eneste indsats, der har været kontinuerlig for Pia, i den treårige periode som denne analyse fokuserer på, er almen praksis, som markeret med grønt. Særligt i forbindelse med det psykiatriske område har Pia oplevet brud i sine indsatser, som det kan ses på tidslinjens orange streger. Hun oplever ligeledes, at hendes beskæftigelsessituation har været præget af brud i form af sygemelding og orlov, som markeret med rødt. Det sundhedsfaglige område er også repræsenteret på Pias tidslinje i form af en brun boks, da hun fortæller at hun har været kortvarigt tilknyttet to psykologforløb. Det fremgår også af tidslinjen, at Pia flere gange i den treårige periode har haft kontakt med børne- og familieområdet. Eftersom Pias datter også er i det psykiatriske system, har flere af de tilbudte indsatser været i forbindelse med kommunal støtte til familien. Dette bliver på tidslinjen illustreret med lilla. Det fremgår af tidslinjen at familien har været tilbudt to afsluttede forløb og på nuværende tidspunkt er i et igangværende forløb.

Figur 1

Tidslinje Pia 44 år, Region Hovedstaden

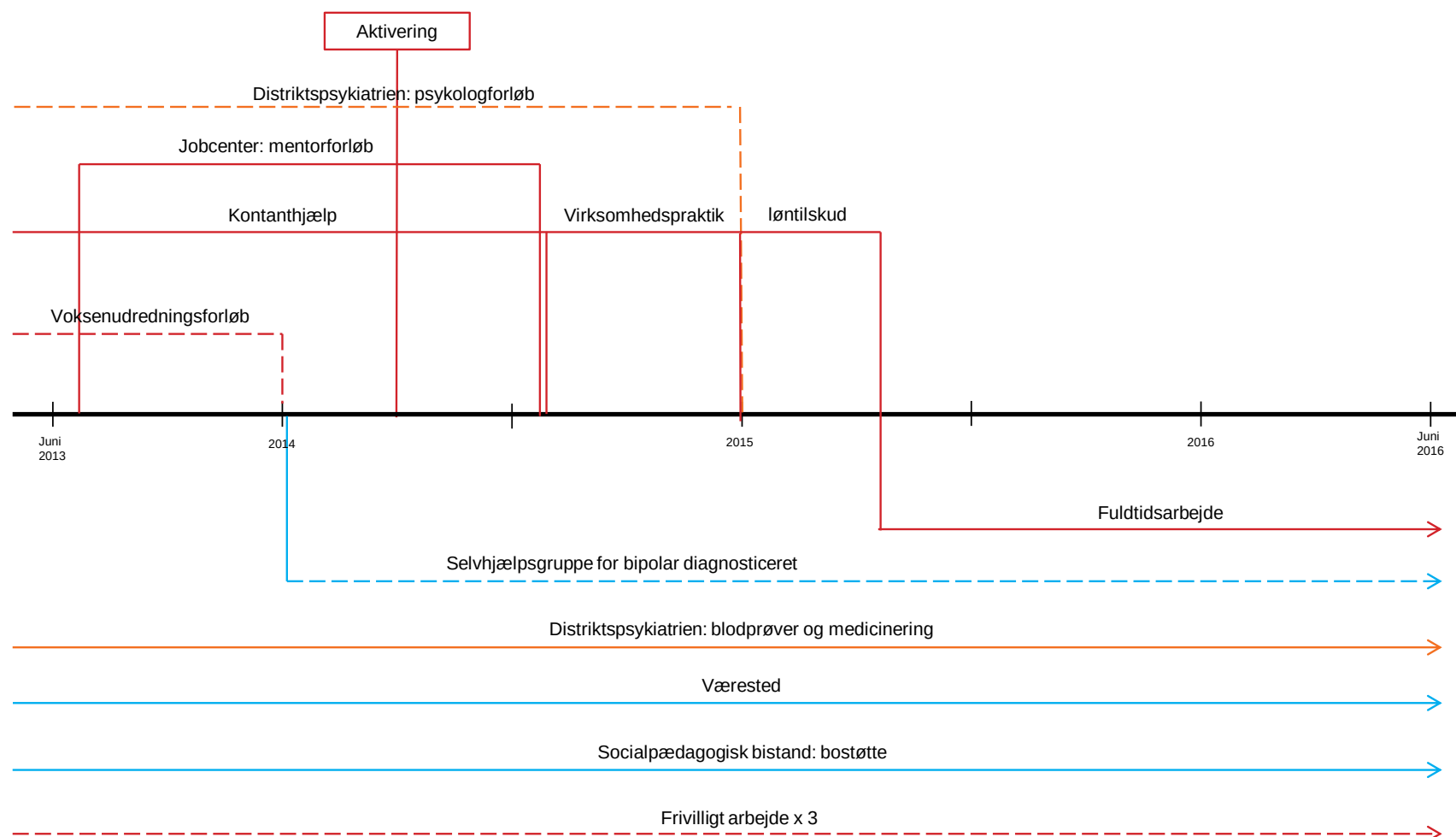


Om Torbens tidslinje

Det fremgår af tidslinjen (figur 2), at Torben i den treårige tidsperiode har mange forskellige igangværende indsatser inden for flere områder: det socialfaglige, det beskæftigelsesrelaterede, og det psykiatriske område. Flere indsatser inden for de tre områder strækker sig ud over den treårige periode. Som det fremgår af tidslinjen (markeret med rødt) har der særligt i forbindelse med Torbens beskæftigelsessituation været igangsat flere forskellige forløb. Alle disse indsatser er afsluttet, da Torben fortæller, at han kommer i beskæftigelse i foråret 2015. Ud over den hyppige kontakt med jobcenteret modtager Torben længerevarende socialfaglige indsatser i form af bl.a. et værested og en bostøtte, som markeret med blå. Hertil fremgår det af tidslinjen, at Torben i den treårige periode har en kontinuerlig kontakt med distriktpsychiatrien, som markeret med orange.

Figur 2

Tidslinje Torben 53 år, Region Hovedstaden

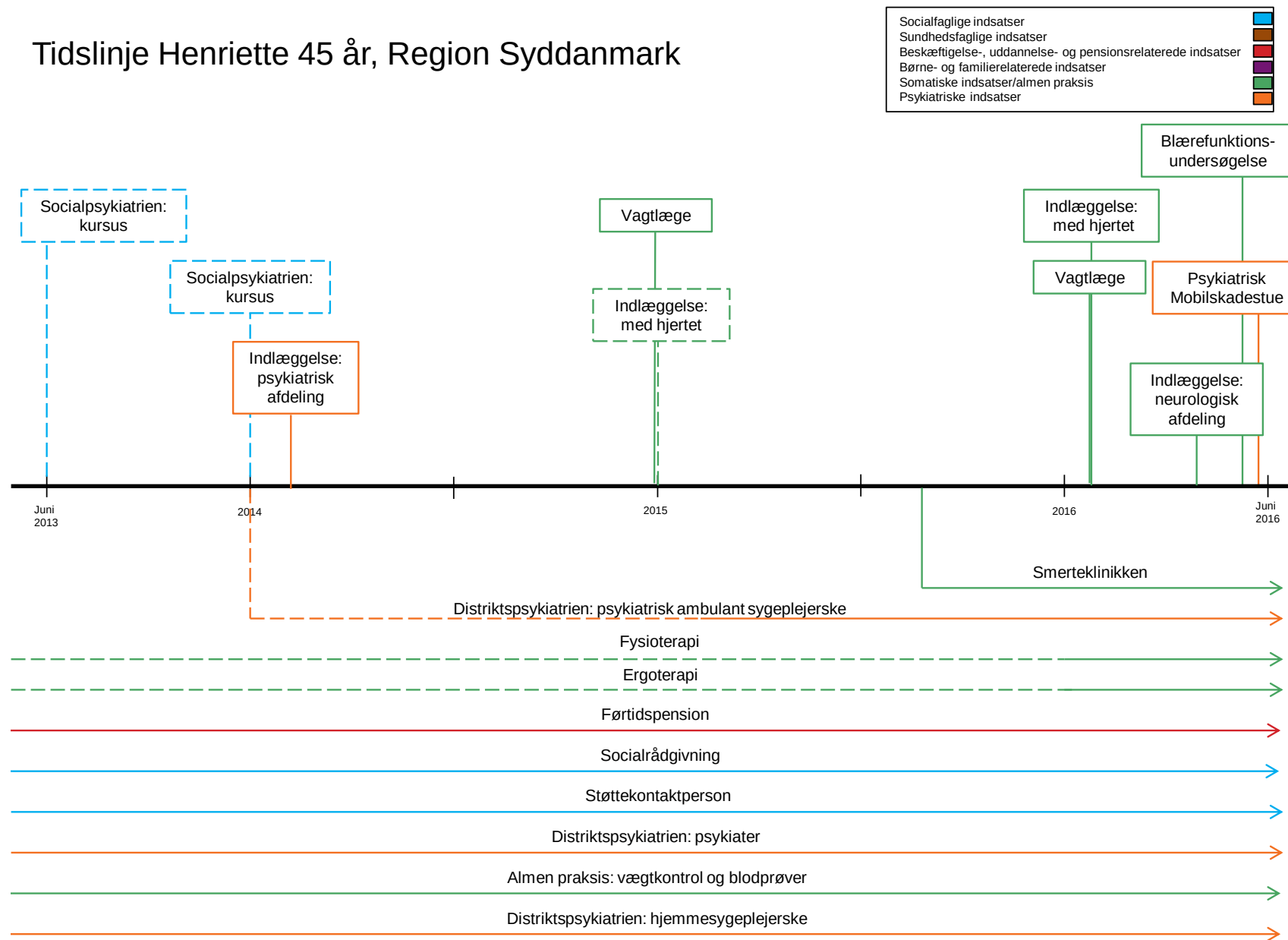


Om Henriettes tidslinje

Det fremgår af tidslinjen (figur 3), at Henriette har flere kontinuerlige indsatser i den treårige periode, fordelt på det socialfaglige- psykiatriske- og somatiske område/almen praksis. Da Henriette er blevet tildelt førtidspension før juni 2013, er dette den eneste indsats på beskæftigelsesområdet. Udover de flere længerevarende indsatser, illustreret på tidslinjens nedre halvdel, fortæller Henriette, at hun har haft mange kortvarige indlæggelser både i forbindelse med det psykiatriske område, som markeret med orange bokse, og på det somatiske område, som markeret med grønne bokse. Ydermere fortæller Henriette, at hun har benyttet sig af indsatser inden for det socialfaglige område i form af kurser udbudt af socialpsykiatrien, der fremgår af de blå bokse placeret i tidslinjens øvre halvdel.

Figur 3

Tidslinje Henriette 45 år, Region Syddanmark



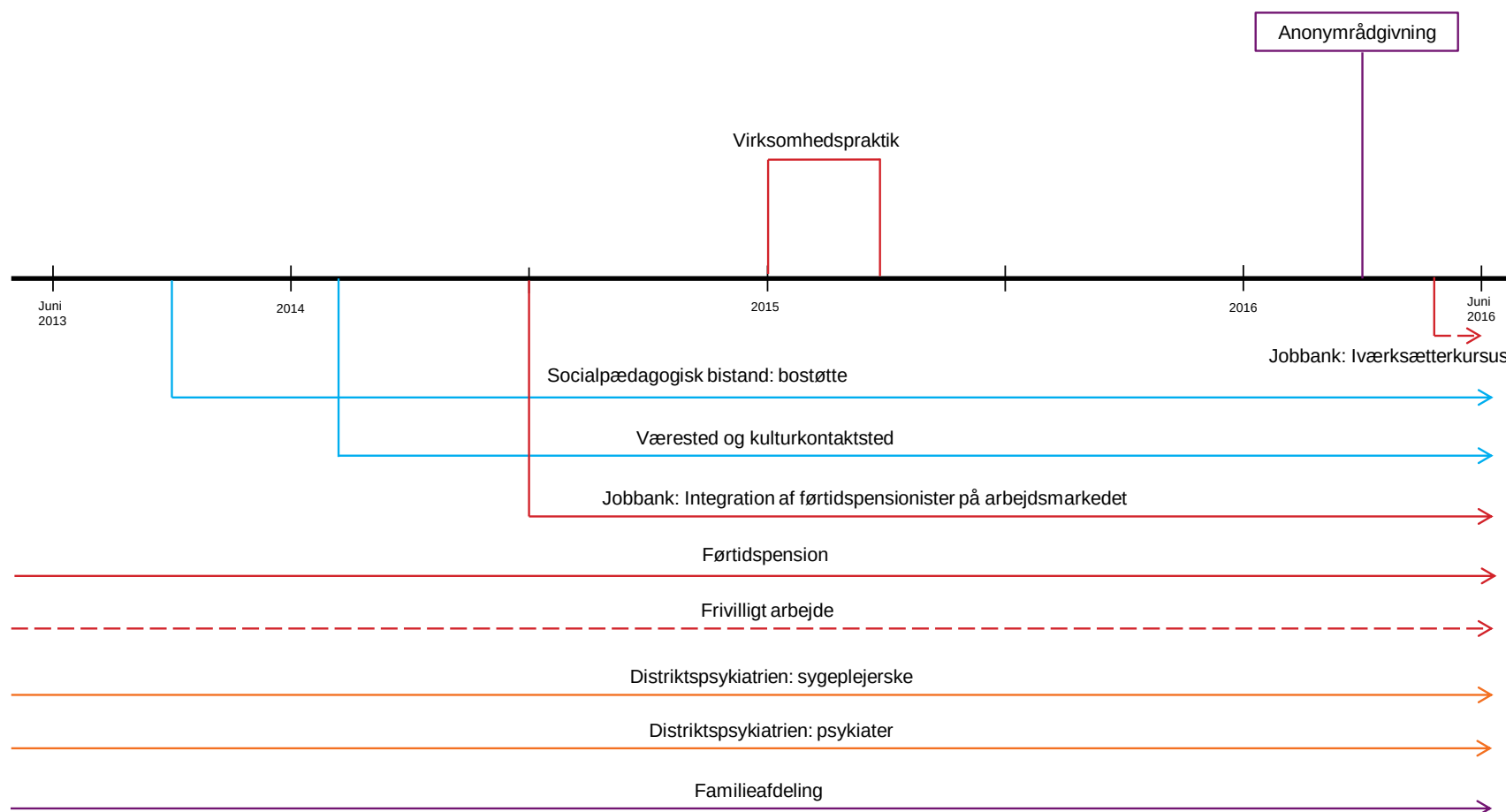
Om Søren's tidslinje

Som det fremgår af figuren (figur 4), rummer Søren's tidslinje i den treårige tidsperiode både kontinuerlige, påbegyndte og afsluttede indsatser inden for flere forskellige indsatsområder. Søren har haft en kontinuerlig tilknytning til distriktpsychiatrien i perioden, som markeret med orange på tidslinjens nedre halvdel. Han husker derudover at have haft både en kortvarig og en konstant kontakt til børne- og familieafdelingen, som markeret med lilla. Det fremgår af tidslinjen at Søren har modtaget flere indsatser på beskæftigelsesområdet (markeret med rødt). Selvom Søren har fået tildelt førtidspension, har han både haft igangværende og afsluttede aktiviteter i form af frivilligt arbejde, virksomhedspraktik og kontakt med jobbank. Ydermere er Søren på det socialfaglige område tilknyttet et værested fra 2014 og han har siden 2013 fået socialfaglig bistand. Begge indsatser er aktuelle i 2016, som markeret med blå i tidslinjen.

Figur 4

Tidslinje Søren 39 år, Region Midtjylland

Socialfaglige indsatser	■
Sundhedsfaglige indsatser	■
Beskæftigelse-, uddannelse- og pensionsrelaterede indsatser	■
Børne- og familierelaterede indsatser	■
Somatiske indsatser/almen praksis	■
Psykiatriske indsatser	■

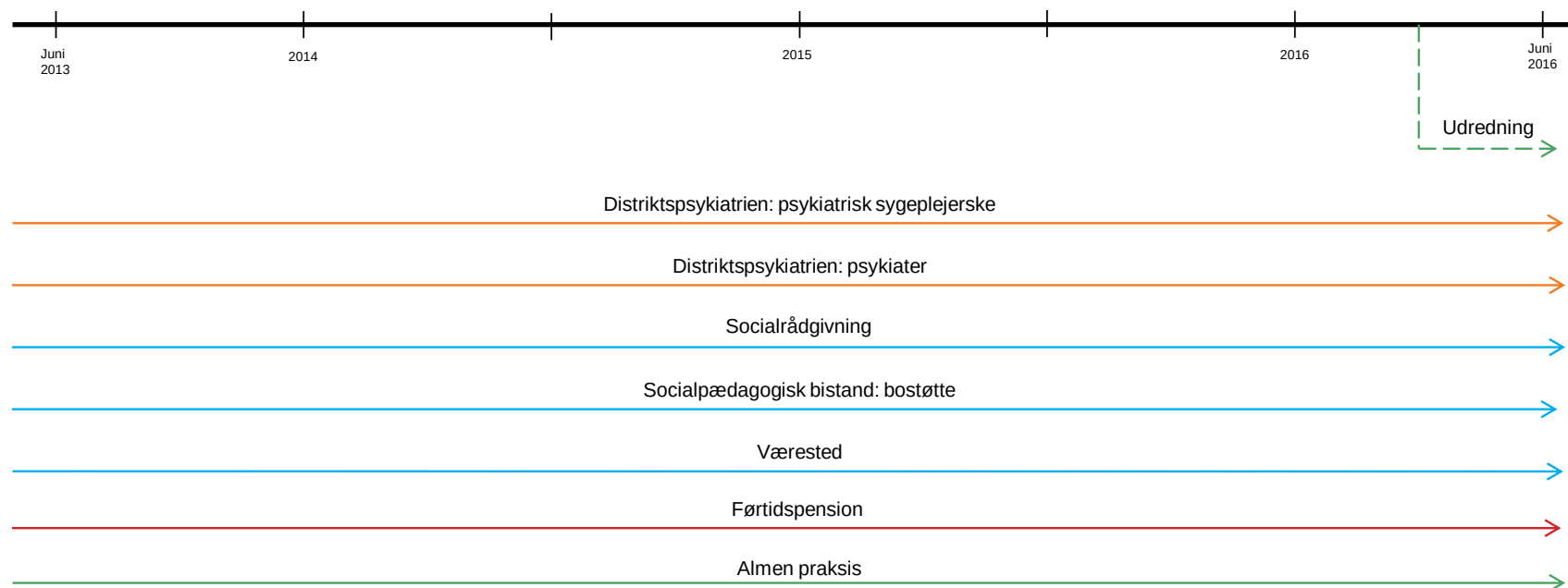
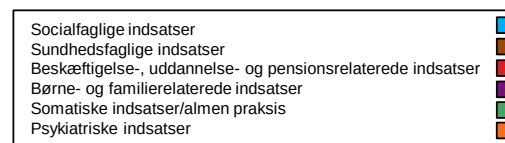


Om Ingrids tidslinje

Særligt for Ingrids tidslinje (figur 5), er at der af figuren kun fremgår kontinuerlige indsatser i den treårige periode. De seks igangværende indsatser fordeler sig ifølge Ingrid på tre områder: tre på socialområdet, markeret med blå streger, to i forbindelse med distriktpsychiatrien, markeret med orange, og én indsats på beskæftigelsesområdet, markeret med rød. Denne dækker over hendes førtidspension. Derudover fremgår det af tidslinjen (markeret med grøn), at Ingrid har kontakt til almen praksis og er påbegyndt udredning inden for det somatiske område.

Figur 5

Tidslinje Ingrid 40 år, Region Midtjylland



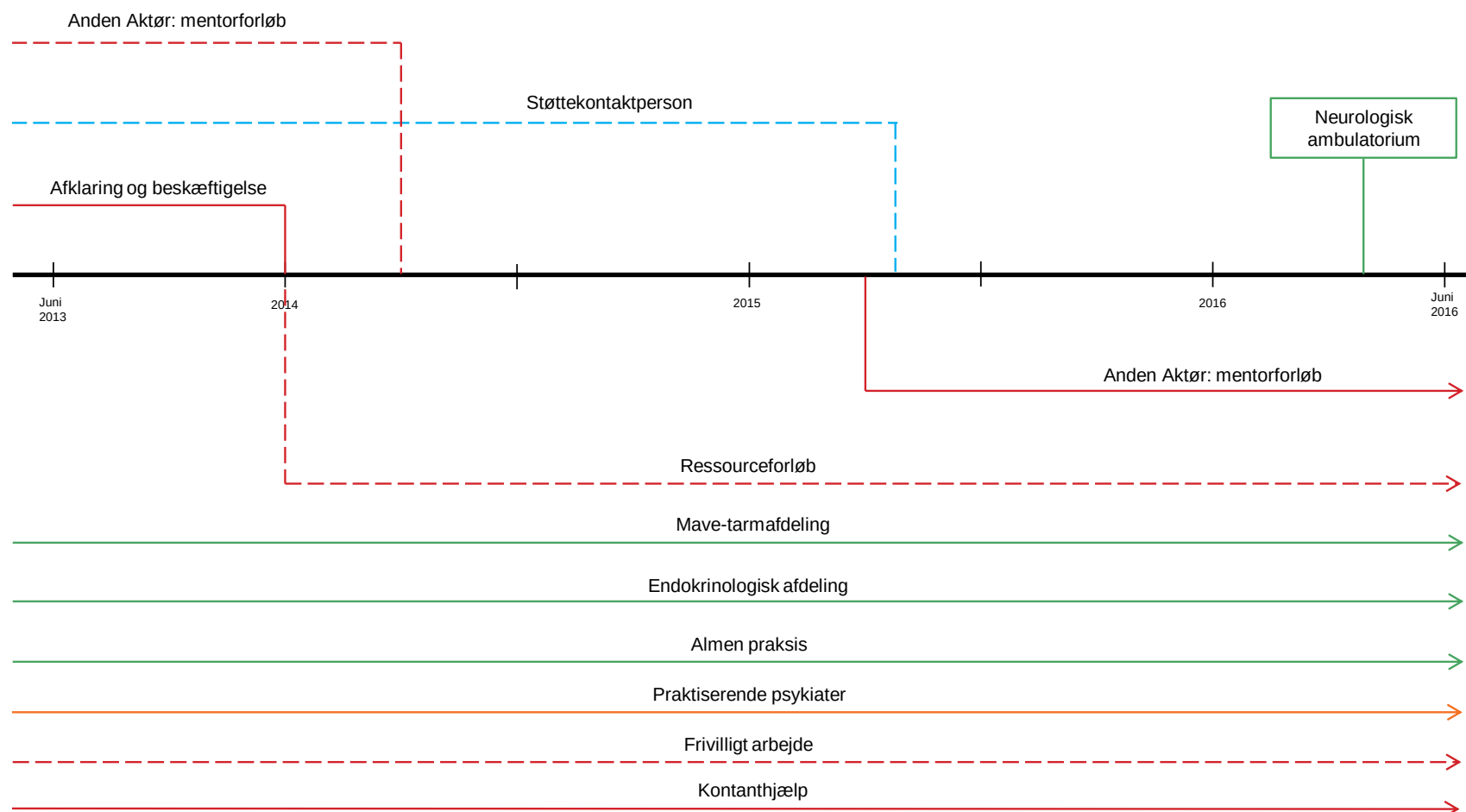
Om Susannes tidslinje

Det fremgår af Susannes tidslinje (figur 6), at hun i den treårige periode både har haft kontinuerlige, påbegyndte og afsluttede indsatser. Dette på tværs af det socialfaglige, det psykiatriske, det beskæftigelsesrelaterede og det somatiske område/almen praksis. Særligt i forbindelse med beskæftigelsesområdet, markeret med rødt, fremgår flere forskellige indsatser. Susanne pointerer at nogle strækker sig over de tre år og andre er påbegyndt og/eller afsluttet inden for tidsperioden. For flere af de beskæftigelsesrelaterede indsatser er der en usikkerhed om indsatsernes varighed, som illustreret med de stiplede linjer. På tidslinjen ses det, at Susanne har modtaget flere indsatser på det somatiske område/almen praksis, markeret med grøn. Tre af disse indsatser strækker sig over hele tidsperioden, og én indsats har haft en kort varighed, hvilket illustreres med en grøn boks i tidslinjens øvre halvdel. Derudover har Susanne haft én kontinuerlig indsats inden for det psykiatriske område, som markeret med orange, og én indsats inden for det socialfaglige område, markeret med blå, hvis varighed der er usikkerhed om.

Figur 6

Tidslinje Susanne 60 år, Region Hovedstaden

Socialfaglige indsatser	■
Sundhedsfaglige indsatser	■
Beskæftigelse-, uddannelse- og pensionsrelaterede indsatser	■
Børne- og familierelaterede indsatser	■
Somatiske indsatser/almen praksis	■
Psykiatriske indsatser	■

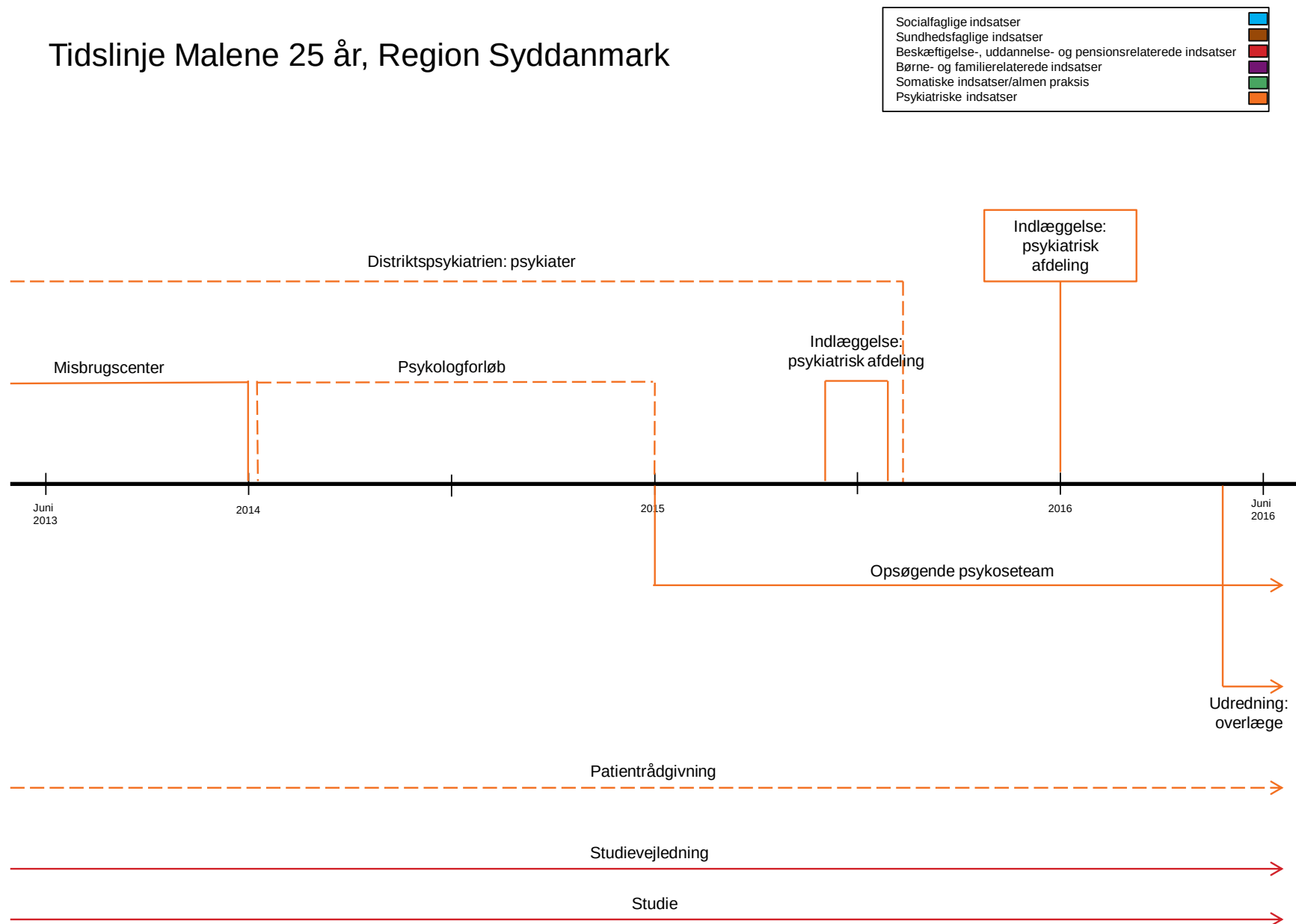


Om Malenes tidslinje

Det fremgår af Malenes tidslinje (figur 7), at Malene primært har haft kontakt med det psykiatriske område. Malene har ifølge tidslinjen modtaget 8 forskellige indsatser, markeret med orange, i den treårige periode. Fem af de otte indsatser på psykiatriområdet er afsluttet i løbet af den treårige periode, hvilket fremgår af tidslinjens øvre halvdel. De resterende tre indsatser er ifølge Malene igangværende, hvorfor de er placeret på tidslinjens nedre halvdel. Der er dog usikkerhed om én af indsatsernes varighed, og den er derfor markeret med en stiplede linje. Ud over indsatser på psykiatriområdet har Malene to kontinuerlige indsatser på beskæftigelses- og uddannelsesområdet i forbindelse med hendes uddannelse, hvilket er markeret med rødt i tidslinjen.

Figur 7

Tidslinje Malene 25 år, Region Syddanmark

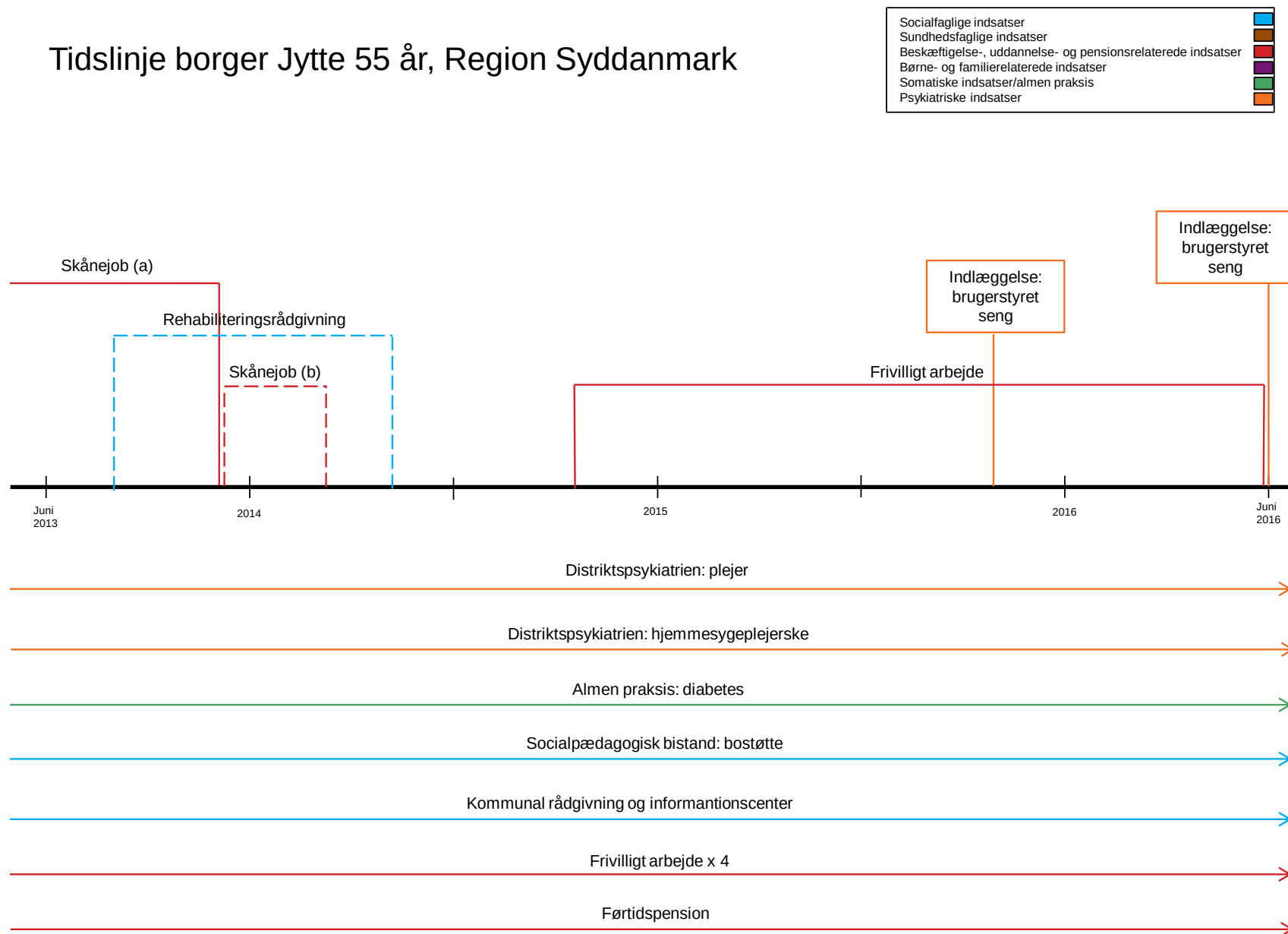


Om Jyttes tidslinje

Det fremgår af Jyttes tidslinje (figur 8), at Jytte i den treårige periode har haft flere kontinuerlige og afsluttede indsatser i forbindelse med fire forskellige områder. På psykiatriområdet, markeret med orange, ses det, at Jytte har to kontinuerlige indsatser, som vist på tidslinjens nedre halvdel. Hun har derudover afsluttet to indlæggelser, hvilket fremgår af de orange bokse på tidslinjens øvre halvdel. Jytte har derudover én kontinuerlig indsats via hendes kontakt med almen praksis, som markeret med grønt i tidslinjen. Jytte påpeger, at hendes kontakt med det socialfaglige område er to kontinuerlige indsatser i form af kontakt til et informationscenter og socialpædagogisk bistand, som i figuren er markeret med blå. Derudover har hun afsluttet indsatsen rehabiliteringsrådgivning. Varigheden af denne indsats er usikker, hvorfor boksen er markeret med en stiplet linje på tidslinjens øvre halvdel. Ydermere fremgår det af tidslinjen, at Jytte også har modtaget en række indsatser på beskæftigelsesområdet, markeret med rød. Selvom Jytte har været førtidspensionist i hele i perioden, har der været to indsatser i form af skånejob. Hun laver derudover frivilligt arbejde flere forskellige steder.

Figur 8

Tidslinje borger Jytte 55 år, Region Syddanmark

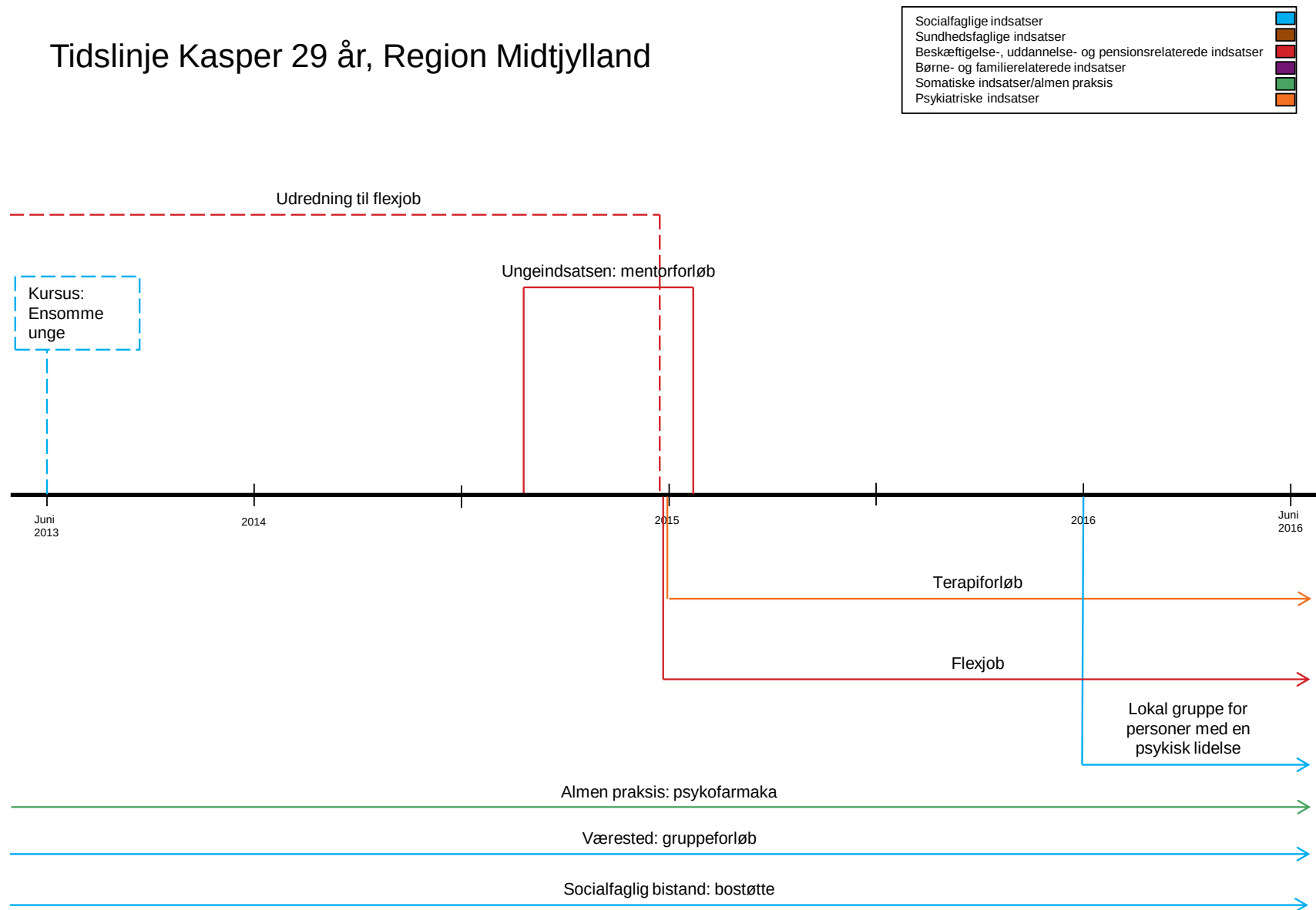


Om Kaspers tidslinje

På Kaspers tidslinje (figur 9), ses både kontinuerlige, afsluttede og påbegyndte indsatser inden for den treårige periode. Kasper har i perioden modtaget indsatser inden for det socialfaglige, det psykiatriske, det beskæftigelsesrelaterede og det somatiske område/almen praksis. Kasper husker især de indsatser han har modtaget på det socialfaglige område, markeret med blå. Han fortæller, at han igennem de sidste tre år har været tilknyttet en bostøtte og et værested. Kasper påpeger, at han har haft en kortvarig indsats i sommeren 2013, som illustreret i tidslinjens øvre halvdel. Han påpeger ligeledes, at han er påbegyndt en ny indsats på det socialfaglige område i anno 2016, hvilket fremgår af tidslinjens nedre halvdel. Derudover har Kasper haft kontakt til beskæftigelsesområdet, hvilket på tidslinjen er markeret med rødt. De to indsatser han har modtaget i dette regi; udredning og mentorforløb, har været forudgående for hans nuværende flexjob. I begyndelsen af 2015 påbegyndte Kasper et terapiforløb, der er hans eneste indsats på det psykiatriske område (markeret med orange). Igennem hele perioden har Kasper haft kontakt med almen praksis, da hans egen læge udskriver hans medicin.

Figur 9

Tidslinje Kasper 29 år, Region Midtjylland



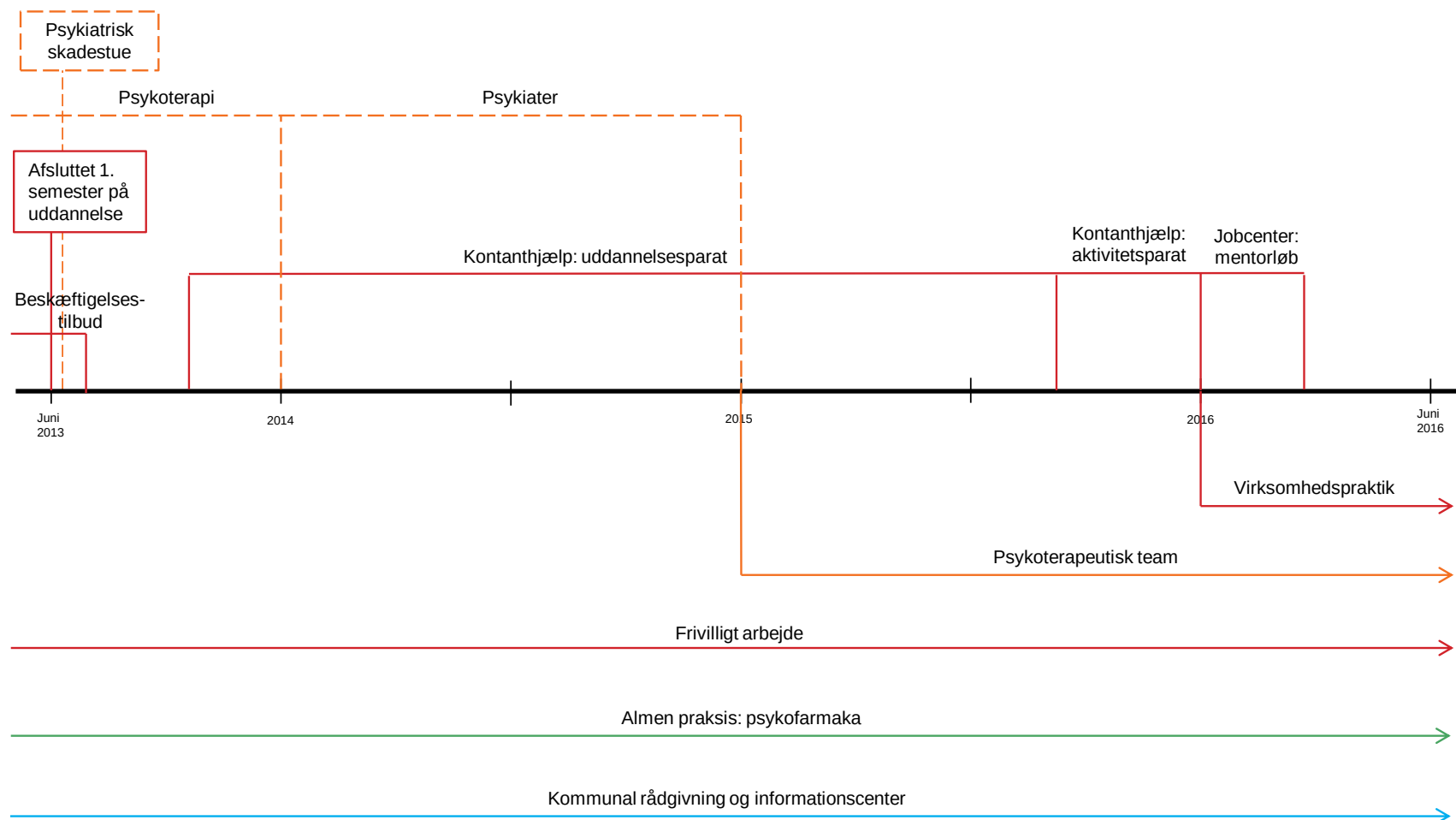
Om Sidsels tidslinje

Af Sidsels tidslinje (figur 10) fremgår det, at Sidsel oplever, at hun har haft flere afbrudte forløb end kontinuerlige. De kontinuerlige forløb er udbudt af henholdsvis det socialfaglige område og af almen praksis. Begge er markeret på tidslinjens nedre halvdel, førstnævnte med blå, den anden med grønt. Sidsel har også lavet frivilligt arbejde i hele den treårige periode, som det fremgår af tidslinjen (markeret med rødt). Ud over det frivillige arbejde, oplever Sidsel særligt mange brud i indsatser på beskæftigelses- og uddannelsesområdet. Sidsel stoppede med at studere i sommeren 2013, hvorefter hun har været i kontakt med jobcenteret i forbindelse med kontanthjælp. I start 2016 begynder Sidsel i et mentorløb samtidig med hendes opstart i virksomhedspraktik, som hun stadig er tilknyttet i juni 2016. På det psykiatriske område har Sidsel også haft flere forskellige indsatser. På tidslinjens øvre halvdel fremgår det, markeret med orange, at Sidsel har haft indsatser i form af psykoterapi, psykiater og et besøg på den psykiatriske skadestue. Det er ved alle indsatserne uklart, præcis hvornår indsatsen har fundet sted. Indsatserne er dog afsluttede, da Sidsel i start 2015 bliver tilknyttet psykoterapeutisk team, som hun stadig har som indsats i juni 2016.

Figur 10

Tidslinje Sidsel 25 år, Region Syddanmark

Socialfaglige indsatser	■
Sundhedsfaglige indsatser	■
Beskæftigelse-, uddannelse- og pensionsrelaterede indsatser	■
Børne- og familierelaterede indsatser	■
Somatiske indsatser/almen praksis	■
Psykiatriske indsatser	■

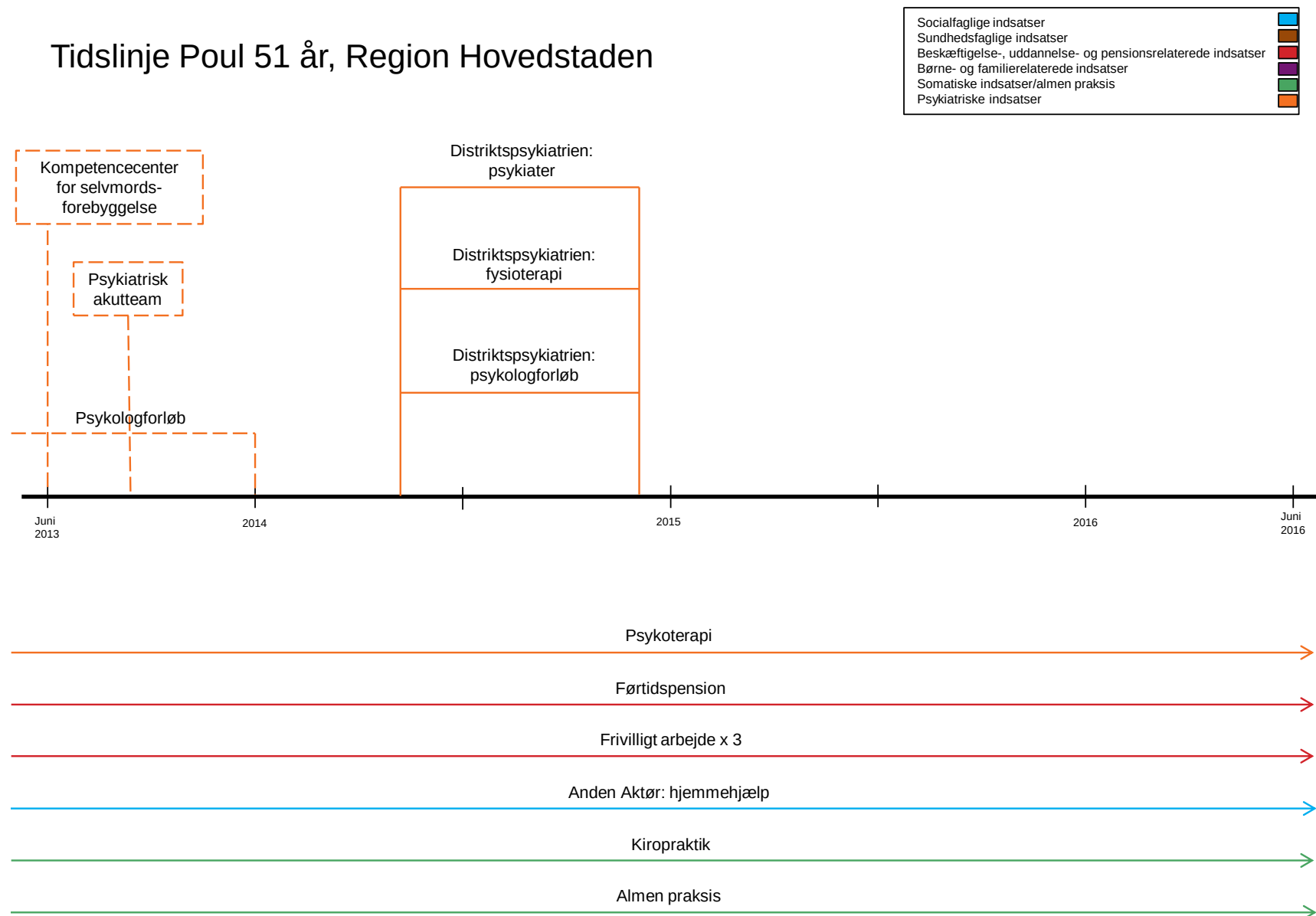


Om Pouls tidslinje

I den treårige tidsperiode tidslinjen (figur 11) dækker over, har Poul både korte afsluttede indsatser og længerevarende kontinuerlige indsatser. Særligt i forbindelse med det psykiatriske område, markeret med orange, oplever Poul at han har haft flere indsatser. Han fortæller om tre kortvarige indsatser i 2013, som på tidslinjen vises med stiplede streger, da der er usikkerhed om, hvornår de mere præcist fandt sted. I foråret 2014 får Poul tilknytning til distriktpsychiatrien i form af tre forskellige indsatser; psykiater, psykoterapi og psykologforløb. Ud over de nævnte indsatser, får Poul psykoterapi igennem hele perioden, som det fremgår af tidslinjens nedre halvdel. Det fremgår ligeledes (markeret med grøn), at Poul har to kontinuerlige indsatser på det somatiske område/almen praksis. På det socialfaglige område har Poul en kontinuerlig indsats i form af hjemmehjælp. Ydermere har han to kontinuerlige forløb på beskæftigelsesområdet, markeret med rødt, der omfatter hans førtidspension og frivillige arbejde.

Figur 11

Tidslinje Poul 51 år, Region Hovedstaden

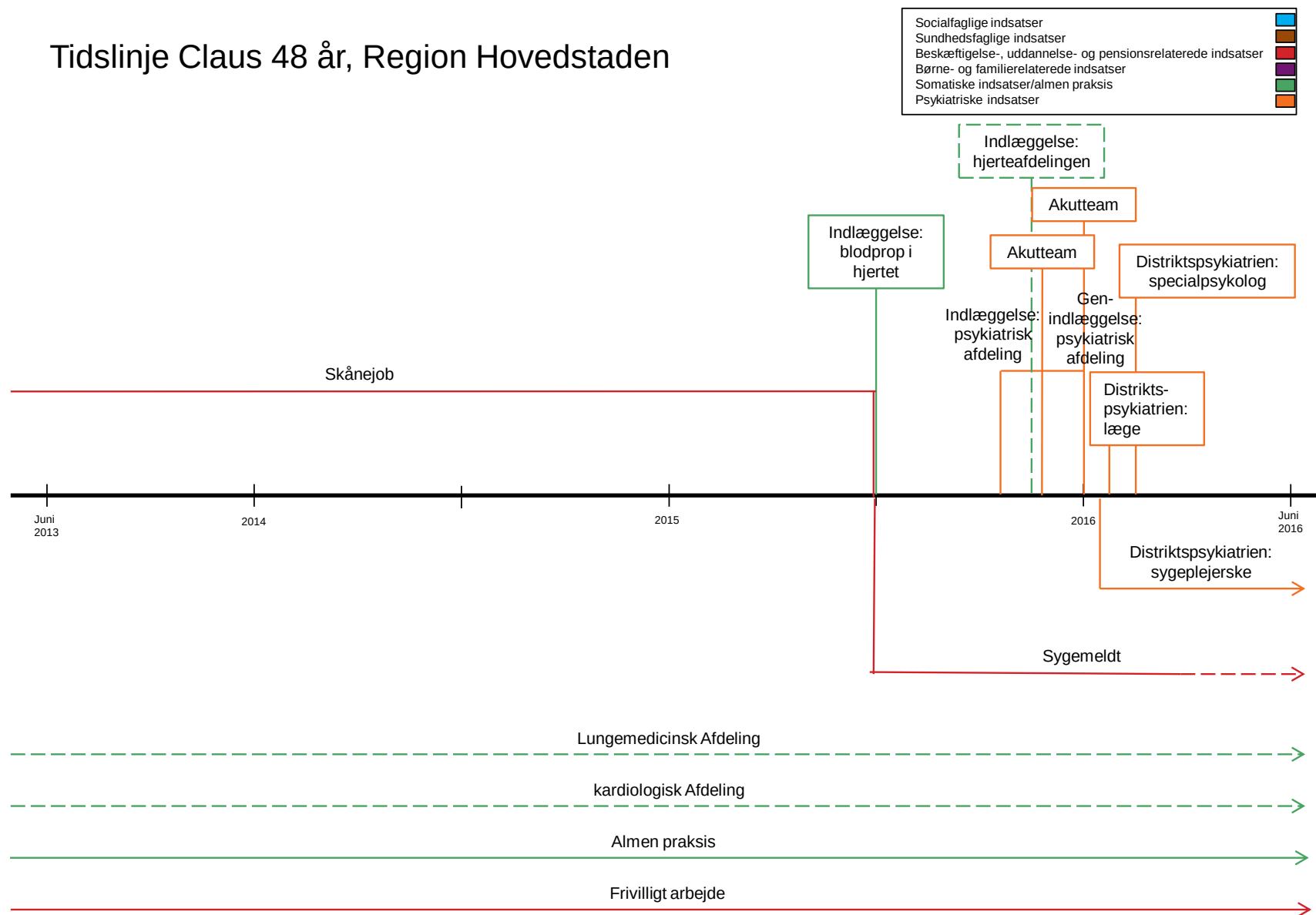


Om Claus tidslinje

På Claus' tidslinje (figur 12) fremgår det, at han har modtaget indsatser i forbindelse med det psykiatriske, det beskæftigelsesrelaterede og det somatiske område/almen praksis. I gennem hele perioden har Claus lavet frivilligt arbejde og har ind til sommeren 2015 været i skånejob, illustreret med rødt på begge sider af tidslinjen. Han fortæller, at han derefter bliver sygemeldt grundet en blodprop i hjertet. Af de orange streger på tidslinjen fremgår det, at Claus i den treårige periode ikke har kontakt til det psykiatriske område, indtil han bliver indlagt på psykiatrisk afdeling i efteråret 2015. Efterfølgende igangsættes flere kortvarige indsatser på psykiatriområdet, der omfatter en genindlæggelse, kontakt til akutteam, en læge og en specialpsykolog inden for distriktpsychiatrien, som påvist på tidslinjens øvre halvdel. I starten af 2016 får Claus yderligere én indsats i distriktpsychiatrien, der fortsætter efter juni 2016. Ud over at Claus bliver indlagt med en blodprop i hjertet, fremgår der af tidslinjen flere indsatser på det somatiske område/almen praksis, alle markeret med grønt. Claus husker, at han under sin indlæggelse på psykiatrisk afdeling også bliver indlagt på hjerteafdelingen. Ydermere fremgår det af tidslinjen, at Claus igennem hele den treårige periode har kontakt til almen praksis, og til lungemedicinsk og kardiologisk afdeling. Der er dog usikkerhed om disse indsatsers varighed.

Figur 12

Tidslinje Claus 48 år, Region Hovedstaden

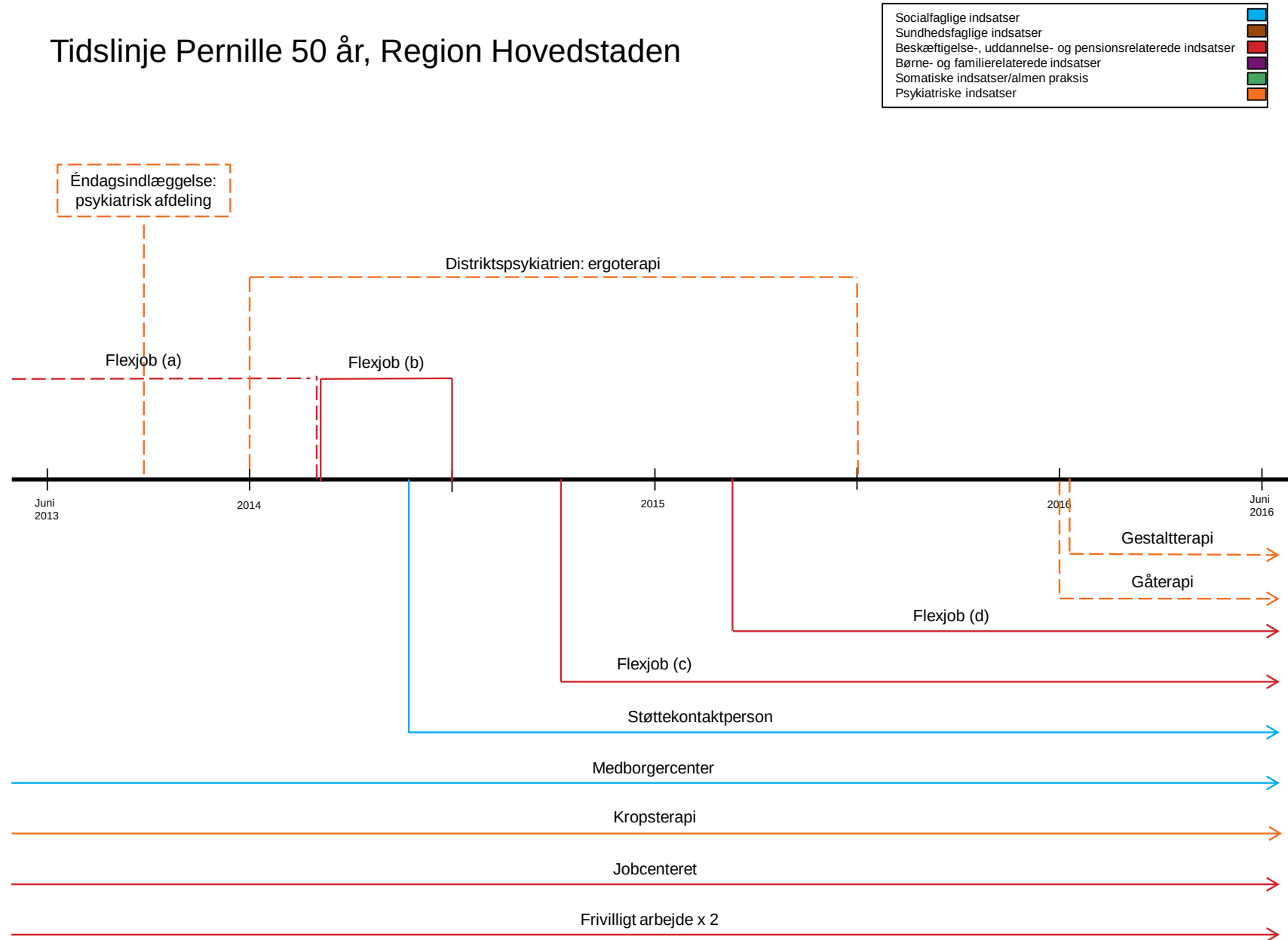


Om Pernilles tidslinje

Af Pernilles tidslinje (figur 13) fremgår det, at hun modtager en række indsatser på det socialfaglige, det psykiatriske og det beskæftigelsesrelaterede område. Nogle er kontinuerlige, andre er påbegyndt og afsluttet i perioden. Igennem de tre år har Pernille lavet frivilligt arbejde og haft kontakt til jobcenteret, hvilket er markeret med rødt på tidslinjens nedre halvdel. Ydermere omfatter Pernilles indsatser på beskæftigelsesområdet to afsluttede flexjob og to igangværende flexjob. På det psykiatriske område, markeret med orange, har Pernille også haft flere forskellige indsatser i løbet af tidsperioden. Hun har haft én kontinuerlig indsats hos en kropsterapeut igennem hele perioden, og er påbegyndt to forskellige terapiforløb omkring start 2016. Derudover fremgår der af tidslinjen to afsluttede psykiatriske indsatser, hvis start og sluttidspunkt der dog er usikkerhed om, som det illustreres med stiplede orange bokse på tidslinjens øvre halvdel. Igennem hele perioden har Pernille også været tilknyttet et medborgercenter, og fik i 2014 tildelt en støttekontaktperson hun stadig er tilknyttet i juni 2016. Begge er i tidslinjen markeret med blå.

Figur 13

Tidslinje Pernille 50 år, Region Hovedstaden

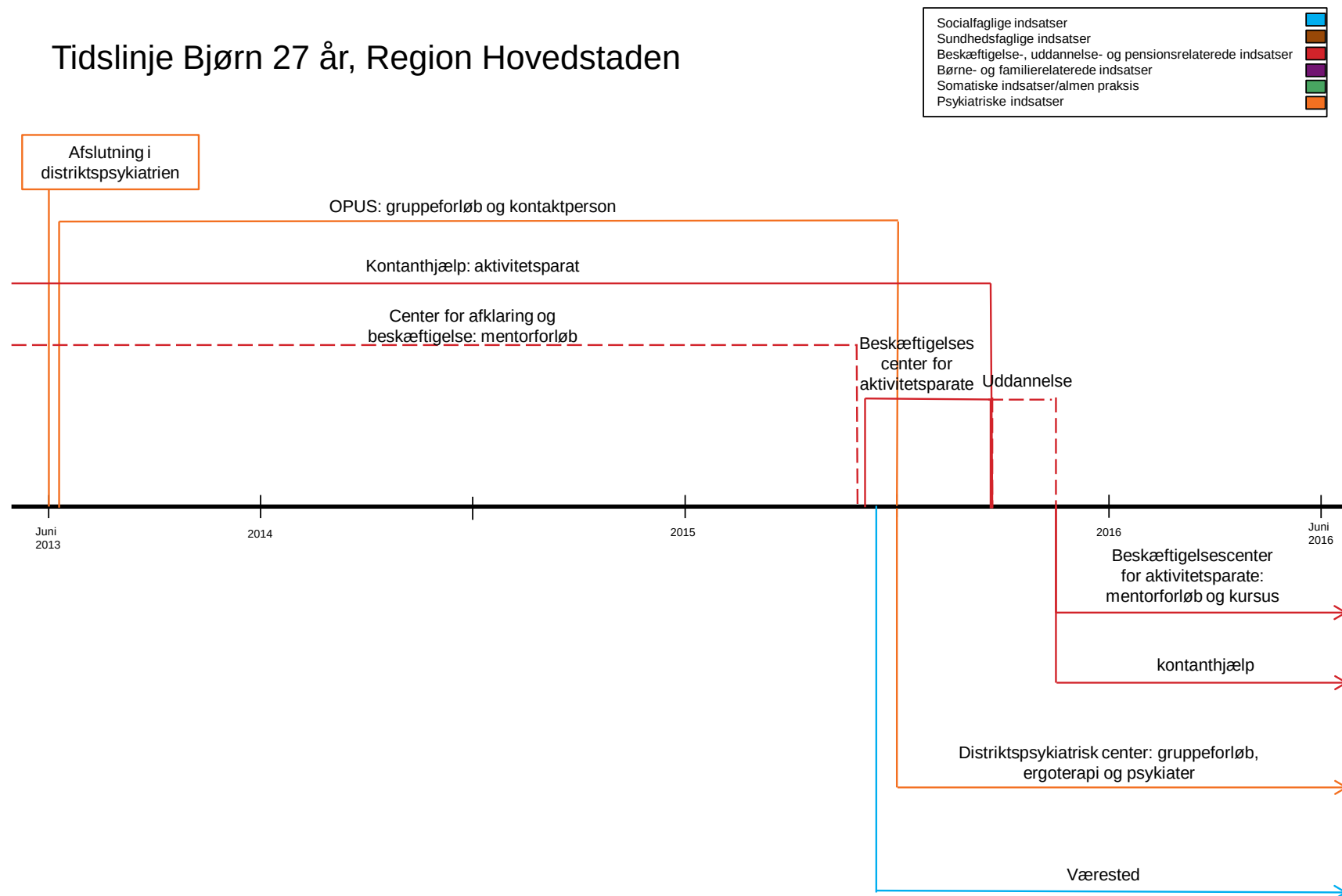


Om Bjørns tidslinje

Det fremgår af Bjørns tidslinje (figur 14), at han har indsatser på det psykiatriske, det socialfaglige og det beskæftigelsesrelaterede område. Særligt på beskæftigelsesområdet har Bjørn oplevelser med forskellige indsatser. Det fremgår af tidslinjen (markeret med rødt), at Bjørn i de perioder han har været på kontanthjælp har modtaget indsatser der omfatter et mentorforløb og kontakt til et beskæftigelsescenter for aktivitetsparate. Hans første kontakt til beskæftigelsescenteret bliver afbrudt af et kortvarigt uddannelsesforløb, som illustreret på tidslinjens øvre halvdel. Derefter begynder han igen på beskæftigelsescenteret, som illustreret på tidslinjens nedre halvdel. I forbindelse med det psykiatriske område fremgår det (markeret med orange), at Bjørn afsluttes i distriktpsychiatrien i sommeren 2013. Kort tid efter begynder han i psykosocial behandling hos OPUS, der forløber ind til midt 2015. Herefter tilknyttes han distriktpsychiatrisk center. Derudover har Bjørn haft kontakt til det socialfaglige område i form af et værested siden midt 2015, markeret med blå i tidslinjen.

Figur 14

Tidslinje Bjørn 27 år, Region Hovedstaden

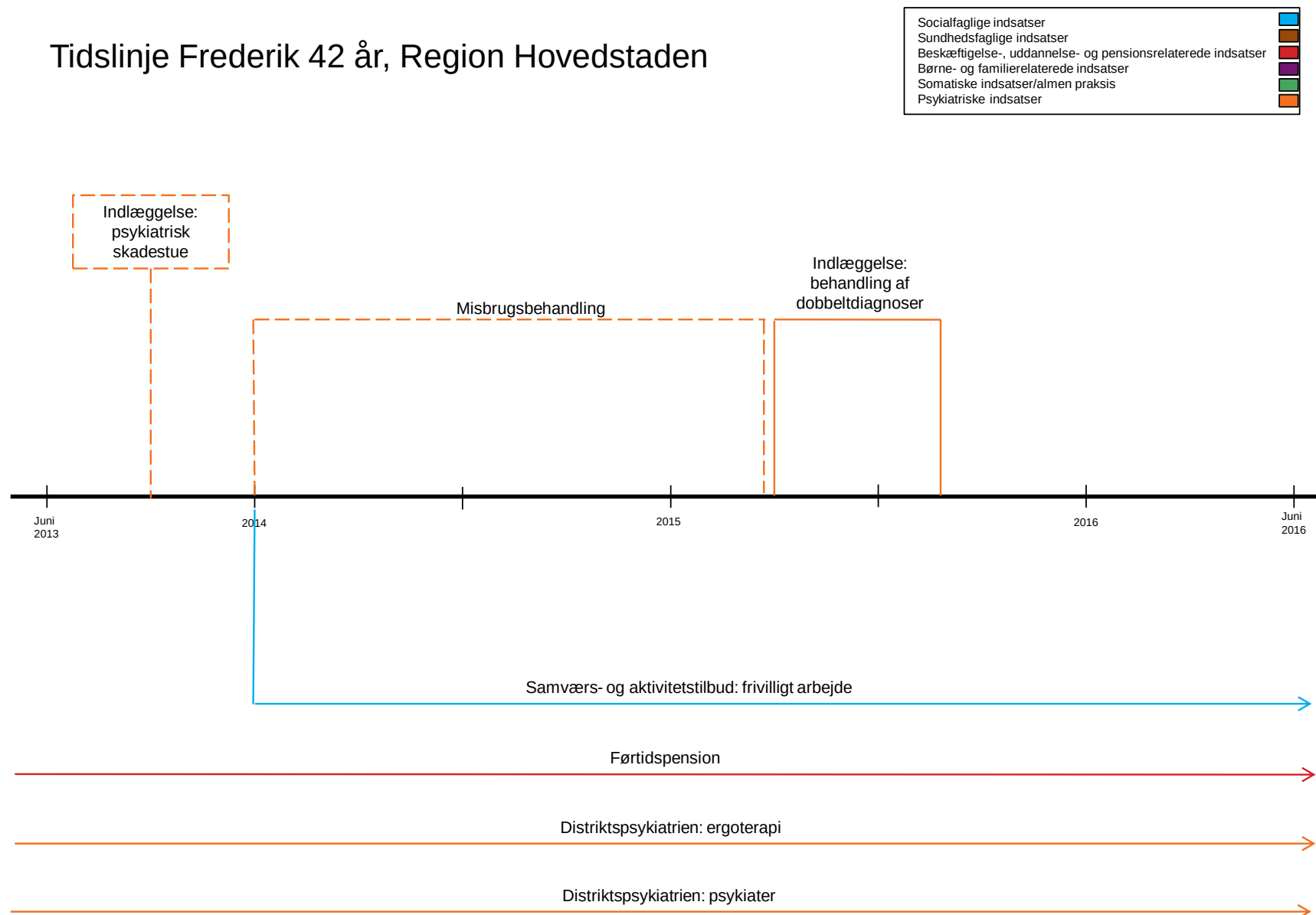


Om Frederiks tidslinje

Af Frederiks tidslinje (figur 15) fremgår det, at de fleste af hans indsatser er inden for det psykiatriske område. I den treårige periode har han haft to indlæggelser, misbrugsbehandling og to indsatser i distriktskykiatrien. De distriktskykiatriske indsatser (markeret med orange) fremgår af tidslinjen som kontinuerlige, og er derfor placeret på tidslinjens nedre halvdel, mens indlæggelserne og misbrugsbehandlingen vises som kortere forløb på tidslinjens øvre halvdel. Beskæftigelsesområdet er på tidslinjen markeret med rødt, og dækker her over Frederiks førtidspension. Pensionen har været konstant igennem hele tidsperioden. Yderligere er det socialfaglige område repræsenteret, da Frederik har benyttet sig af et samværs- og aktivitetstilbud fra 2014 og frem, hvor han i dag også er frivillig.

Figur 15

Tidslinje Frederik 42 år, Region Hovedstaden



Bilag 2

Oversigt over sammenhængsprojekter

I dette bilag findes beskrivelser af hvert af de udvalgte projekter, der behandles i rapportens kapitel 4. Bilaget er struktureret således, at hvert af projekterne beskrives i et skema for sig, som indeholder følgende informationer omkring projektet:

- Titel: Projektets navn.
- Målgruppe: Projektets målgruppe.
- Formål: Projektets formål.
- Satspulje udmøntet af: Hvilken organisation, der har udmøntet den satspulje, som projektet er en del af. Hvis projektet ikke er satspuljefinansieret, vil det fremgå her.
- Satspuljeaftale: Hvilken satspuljeaftale projektet er omfattet af.
- Satspuljens størrelse: Størrelsen på den pulje projektet er finansieret af (angivet i mio. kr.).
- Evaluering: Karakteren af den evaluering der er foretaget af det pågældende projekt, og hvem den er udført af.
- Underprojekter: Beskrivelse af eventuelle underprojekter og involverede aktører.

Projektoversigterne vil forekomme i den rækkefølge, som de er angivet i, i tabel 2, kapitel 4.

Tværfaglige udgående teams i børne- og ungdomspsykiatrien

MÅLGRUPPE:

Børn og unge

FORMÅL:

De tværfaglige teams skal yde hjælp og rådgivning til kommunerne i forbindelse med afklaring af behandlingsbehov, støtte, skole- og uddannelsessituation til børn og unge med psykosociale vanskeligheder eller psykiske lidelser. Region og kommuner skal indgå aftale om rammerne for samarbejdet.

SATSPULJE UDMØNTET AF:

Sundhedsstyrelsen

SATSPULJEAFTALE:

Psykiatriområdet, 2014-17 + 2015-18

PULJENS STØRRELSE:

73 mio. kr.

EVALUERING:

Ekstern tværgående midtvejsevaluering (COWI).

UNDERPROJEKTER:

Region Nordjylland (7.46 mio.kr.): *'Tværfagligt, udgående team i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Nordjylland'* Samarbejde mellem Rebild Kommune, Mariagerfjord Kommune og Vesthimmerlands Kommune. Kommunerne skal have mulighed for hjælp fra børne- og ungdomspsykiatrien i Region Nordjylland. Forventes implementeret i samtlige nordjyske kommuner efter 1-årig prøveperiode.

Region Midtjylland (21 mio.kr.): *'Tværfaglige, udgående teams i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Region Midtjylland'*. To delprojekter omkring hhv. spiseforstyrrelse (7-17 år) og indlæggelseskrævende børnepsykiatrisk lidelse (7-13 år)

Region Syddanmark (ca. 9 mio.kr.): *'Tværfaglig bistand til børn og unge, der efter behandling skal vende tilbage til skolegang'*. Tværgående udgående teams i hhv. Odense Kommunes børn- og ungdomspsykiatri og Esbjerg Kommunes ungdomspsykiatri. De vil sikre overgangen fra behandling til skole, via tilknytning til det tværfaglige team i op til seks måneder. De skal desuden fungere som 'inklusionsagenter', og skabe sammenhæng mellem afdelingens skoletilbud og barnets skole.

Region Sjælland (10.3 mio.kr.): *'Tværfaglige, udgående teams i børne- og ungdomspsykiatrien'*. Ungdomspsykiatrien Roskilde: De udgående teams vil besøge de unges skoler samt give rådgivning til kommunerne.

Region Hovedstaden (ca. 21 mio.kr.): *'Bedre sammenhæng i hverdagen for psykisk syge børn og unge'*.

Hurtigere hjælp til børn og unge med psykiske sygdomme

MÅLGRUPPE:

Børn og unge

FORMÅL:

At nedbringe ventetiden og styrke samarbejdet mellem behandlingspsykiatrien, praksissektoren og kommunerne om udredning af, behandling af og støtte til børn og unge med psykiske sygdomme.

SATSPULJE UDMØNTET AF:

Sundheds- og Ældreministeriet

SATSPULJEAFTALE:

Sundhedsområdet 2012-15

PULJENS STØRRELSE:

102,5 mio. kr.

EVALUERING:

3 midtvejsevalueringer og 4 slutevalueringer (evalueringer af nogle delprojekter mangler).

UNDERPROJEKTER:

Region Nordjylland:

Delprojekt 1) *Udvidelse af børne- og ungdomspsykiatrisk Friklinik* (9,073 mio. kr.). Der forefindes midtvejsevaluering og slutevaluering.

Delprojekt 2) *Etablering af Regionalt Center for børn og unge med ADHD* (3.298.435 kr.). Der forefindes midtvejsevaluering og slutevaluering

Region Midtjylland: *Børne- og Ungdomspsykiatrisk vurderings- og rådgivningsprojekt* (24.336.000 kr.). Der forefindes slutevaluering.

Region Hovedstad:

Delprojekt 1) *Mobilt spiseforstyrrelsesteam* (17.037.041 kr. samlet for delprojekt 1 og 2). Der forefindes en samlet midtvejsevaluering for delprojekterne.

Delprojekt 2) *Styrket indsats mod ADHD* (17.037.041 kr. samlet for delprojekt 1 og 2). Der forefindes en samlet midtvejsevaluering for delprojekterne.

Region Syddanmark: *Tidlig indsats i nærmiljøet ved mistanke om psykisk sygdom* (20.055.916 kr.). Der forefindes slutevaluering.

Unge med psykiske vanskeligheder – Overgang fra barn til voksen.

MÅLGRUPPE:

Børn og unge

FORMÅL:

At lette overgange fra barn til voksen og skabe en tidlig og sammenhængende indsats, så unge med psykiske vanskeligheder i højere grad påbegynder og fastholdes i uddannelse eller beskæftigelse. Socialstyrelsen har i samarbejde med Rambøll og de fire kommuner udviklet 'samarbejdsmodellen'. De fire kommuner har i projektperioden fra 2011-14 afprøvet modellens principper, koncept og konkrete redskaber.

SATSPULJE UDMØNTET AF:

Socialstyrelsen

SATSPULJEAFTALE:

Psykiatriaftalen 2011-14

PULJENS STØRRELSE:

20 mio. kr.

EVALUERING:

Ekstern tværgående evaluering (Rambøll).

UNDERPROJEKTER:

Furesø Kommune

Odsherred Kommune

Viborg Kommune

Aabenraa Kommune

(De fire kommuner har alle arbejdet med samme overordnede projekt: at afprøve samarbejdsmodellen. De har derfor ikke separate projekttitler eller finansieringer.)

19M-Puljen 2013-2016

MÅLGRUPPE:

Voksne

FORMÅL:

At løfte kvaliteten i den kommunale sociale indsats overfor borgere med svære psykiske lidelser. Dette søges opnået via afprøvning og implementering af evidensbaserede metoder, der integrerer den rehabiliterende og recovery-orienterede tilgang i arbejdet med mennesker med psykiske lidelser.

I projektet afprøver og implementerer en række kommuner to metoder i perioden 2014-2016. De to metoder er Social Færdighedstræning (SFT) og Åben Dialog.

PULJE UDMØNTET AF:

Ikke satspuljefinansieret.
Finansieret af 19M-puljen, udmøntet af Socialstyrelsen.

PULJENS STØRRELSE:

57 mio. kr.

EVALUERING:

Ekstern midtvejsevaluering (CFK).

UNDERPROJEKTER:

Region Midtjylland:

Social Færdighedstræning (SFT): 9 kommuner

Åben Dialog: 5 kommuner

Styrkelse af den nære psykiatri

MÅLGRUPPE:

Voksne

FORMÅL:

At sikre, at psykiatriske patienter hurtigt kan få støtte og opbakning i (sub)akutte situationer og dermed medvirke til at forebygge behovet for eventuel akut (gen)indlæggelse.

SATSPULJE UDMØNTET AF:

Sundheds- og Ældreministeriet

SATSPULJEAFTALE:

Sundhedsområdet 2012-15

PULJENS STØRRELSE:

80 mio. kr.

EVALUERING:

4 interne midtvejsevalueringer og 6 interne slutevalueringer.

UNDERPROJEKTER:

Region Nordjylland (3,67 mio. kr.): *Styrkelse af den nære psykiatri i Thisted.* I samarbejde med Thisted Kommune. Der forefindes midtvejsevaluering og slutevaluering.

Region Midtjylland (3.900.000 kr.): *Etablering af en subakut visitationsenhed.* I samarbejde med Regionspsykiatrien Viborg-Skive. Der forefindes midtvejsevaluering.

Region Syddanmark (13.914.018 kr.): *Styrkelse af den nære psykiatri – Mobilteam.* Etablering af mobilteam på Psykiatrisk Afdeling Odense. Der forefindes midtvejsevaluering og slutevaluering.

Region Sjælland (bevilling fremgår ikke): *Styrkelse af den nære psykiatri – Akutteam Odsherred.* I samarbejde med Odsherred Kommune. Der forefindes midtvejsevaluering og slutevaluering.

Region Hovedstaden (bevilling fremgår ikke):

OPUS – Styrkelse af den nære psykiatri (4,5 mio. kr.). Der forefindes slutevaluering.

Akutteam Nørrebro (bevilling fremgår ikke). Der forefindes slutevaluering.

Styrket samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og almen praksis

MÅLGRUPPE:

Voksne

FORMÅL:

At give patienter med ikke-psykotiske lidelser af lettere til moderat sværhedsgrad et bedre behandlingstilbud samtidig med, at der sker en bedre udnyttelse af de samlede ressourcer på området.

SATSPULJE UDMØNTET AF:

Sundheds- og Ældreministeriet

SATSPULJEAFTALE:

Sundhedsområdet 2012-15

PULJENS STØRRELSE:

100 mio. kr.

EVALUERING:

4 interne midtvejsevalueringer og 1 intern slutevaluering.

UNDERPROJEKTER:

Region Syddanmark (18.109.917 kr.): Fælles udvikling og implementering af koncept for collaborative care mellem almen praksis i Vestjylland og Psykiatrisk Afdeling Esbjerg. Der forefindes slutevaluering.

Region Nordjylland (10.019.019 kr.): Styrket samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og almenpraksis (shared care) i Region Nordjylland. Der forefindes midtvejsevaluering.

Region Midtjylland (21.110.762 kr.): Afprøvning af collaborative care-modellen i Region Midtjylland. Der forefindes midtvejsevaluering.

Region Sjælland (bevilling fremgår ikke): Styrket samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og almen praksis. Shared Care funktion Region Sjælland. Der forefindes midtvejsevaluering.

Udvikling af modelafdelinger: Den gode psykiatriske afdeling.

MÅLGRUPPE: Voksne FORMÅL: At styrke og udvikle kvaliteten af den psykiatriske undersøgelse, behandling og opfølgning via støtte til fem modelafdelinger. De indhøstede erfaringer og opnåede resultater skal danne anvendelsesmæssigt grundlag for andre psykiatriske afdelinger i landet.	SATSPULJE UDMØNTET AF: Sundhedsstyrelsen SATSPULJEAFTALE: Sundhedsområdet 2010-13 PULJENS STØRRELSE: 32 mio. kr.	EVALUERING: Ekstern tværgående evaluering (Implement).
UNDERPROJEKTER: Almenpsykiatrisk Afdeling i Odense: Seks delprojekter: 1) Kompetenceudvikling af personalet, 2) Integreret samarbejde mellem afdeling, kommune, patienter og pårørende, 3) Implementering af evidensbaseret praksis, 4) Forebyggelse af tvang, 5) Social marketing og 6) Overordnede effektmål. Regionspsykiatrien Horsens: At sikre en specialisering af indsatser gennem etablering af særlige afsnit – og senere ambulatorier – for affektive lidelser og psykoselidelser samt etablering af et intensivt (lukket) afsnit. Psykiatrisk Afdeling Syd (nu Klinik Syd) i Aalborg: Seks delprojekter: 1) Udvikling af psykiatriske patientforløbsbeskrivelser, 2) Implementering af psykiatriske patientforløbsbeskrivelser – kompetenceudvikling af afdelingens medarbejdere, 3) Udvikling af ledelsesinformationssystem til understøttelse af de psykiatriske patientforløbsbeskrivelser, 4) Implementering af ledelsesinformationssystem – kompetenceudvikling af afdelingens ledere, 5) Udvikling af information om patientforløbsbeskrivelser til patienter og pårørende og 6) Udvikling af informationsmateriale til eksterne samarbejdspartnere. Psykiatrien Øst i Region Sjælland: Psykiatrien Øst er en sammenlægning af de to tidligere distrikter Køge og Roskilde. Projektet består af tre delprojekter: 1) Kompetenceudvikling i relations- og netværksbaseret arbejde af en række medarbejdere, 2) Nyt intensivt ambulant behandlingstilbud, som kan være et alternativ til døgnindlæggelse og 3) Organisatorisk udvikling, der skal understøtte den relations- og netværksorienterede tilgang til arbejdet. Psykiatrisk Center Amager: Tre delprojekter: 1) Omorganisering af patientforløb, 2) Udvikling af tiltag til forebyggelse og kvalificering af tvang og 3) Uddannelse og kvalificering af personale.		

Styrkelse af den kommunale alkoholbehandling af dobbeltbelastede

MÅLGRUPPE:

Dobbeltbelastede

FORMÅL:

At styrke den kommunale døgnbehandling af personer med alkoholmisbrug og samtidig psykisk sygdom.

SATSPULJE UDMØNTET AF:

Sundheds- og Ældreministeriet

SATSPULJEAFTALE:

Sundhedsområdet 2012-15 + 2016-19

PULJENS STØRRELSE:

53,5 mio. kr. + 5,5 mio. kr.

EVALUERING:

22 interne midtvejsevalueringer og 16 interne slutevalueringer.

UNDERPROJEKTER:

Region Nordjylland (5.088.006 kr.): *Udvidelsen af dobbeltdiagnoseteamets tilbud til hele regionen.* Der forefindes slutevaluering.

Derudover findes 22 kommunale projekter, i kommunerne: Aarhus, Bornholm, Brøndby, Esbjerg, Fredericia, Gladsaxe, Haderslev, Halsnæs, Hedensted, København, Ringkøbing-Skjern, Roskilde, Rudersdal, Skive, Odense, Odsherred, Randers, Silkeborg, Sønderborg, Tønder-Aabenraa, Viborg og Aalborg.

Der kan derudover forekomme projekter i andre kommuner som ikke er dokumenteret.

Koordinerende indsatsplaner

MÅLGRUPPE:

Dobbeltbelastede

FORMÅL:

At støtte op om de enkelte regioner og kommuners generelle forpligtigelse til at sikre, at alle borgere kan modtage psykiatrisk behandling samt behandling for alkoholafhængighed og stofmisbrug. De koordinerende indsatsplaner skal medvirke til at forbedre indsatsen for borgere ved at skabe bedre sammenhæng i den enkelte borgers forløb.

SATSPULJE UDMØNTET AF:

Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen

SATSPULJEAFTALE:

Psykiatriområdet 2014-17

PULJENS STØRRELSE:

6 mio. kr. årligt (varige midler via bloktilskuddet)

EVALUERING:

Supplerende interview foretaget.

UNDERPROJEKTER:

Region Nordjylland

Region Midtjylland

Region Syddanmark

Region Sjælland

Region Hovedstaden: Samarbejde mellem Region Hovedstaden og Københavns Kommune: Integreret behandling udført af et sammensat team fra psykiatrien, misbrugsbehandlingen og socialpsykiatrien.

Afprøvning af ACT (Assertive Community Treatment)

MÅLGRUPPE:

Dobbeltbelastede

FORMÅL:

At undersøge hvorvidt en intensiv, helhedsorienteret og tværfaglig støtte og behandlingsindsats som ACT-indsatsen kan skabe bedring i forhold til psykisk trivsel og misbrug. Herunder særligt at undersøge om indsatsen kan være gavnlig i forhold til at støtte målgruppen i at komme i beskæftigelse eller uddannelse. Derudover forventes ACT-indsatsen at kunne støtte målgruppen i forhold til evt. fysiske og sociale problemer.

SATSPULJE UDMØNTET AF:

Socialstyrelsen

SATSPULJEAFTALE:

Fremrykningspuljen 2014-2017

PULJENS STØRRELSE:

8,5 mio. kr.

EVALUERING:

Ekstern tværgående midtvejsevaluering (Rambøll).

UNDERPROJEKTER:

Skanderborg Kommune

Københavns Kommune

Styrket psykiatrisk indsats for dobbeltdiagnosticerede

MÅLGRUPPE:

Dobbeltbelastede

FORMÅL:

At patienter med en psykisk sygdom og samtidigt misbrug kan få taget hånd om begge problemer, enten i psykiatrien alene eller i samarbejde med misbrugsbehandlingen.

SATSPULJE UDMØNTET AF:

Sundheds- og Ældreministeriet

SATSPULJEAFTALE:

Sundhedsområdet 2012-15

PULJENS STØRRELSE:

53,5 mio. kr.

EVALUERING:

3 interne midtvejsevalueringer og 2 interne slutevalueringer.

UNDERPROJEKTER:

Region Nordjylland (5.088.000 kr.): *Styrket psykiatrisk indsats for dobbeltdiagnosticerede.* Der forefindes midtvejsevaluering.

Region Midtjylland (11.955.000 kr.): *Styrket indsats overfor patienter med dobbeltdiagnose i Region Midtjylland.* Der forefindes midtvejsevaluering.

Region Syddanmark(12,5 mio.kr.): *Etablering af forløbskoordinatorer for retspsykiatriske patienter med dobbeltdiagnoser.* Der forefindes midtvejsevaluering og slutevaluering.

Region Sjælland (7.621.250 kr.): *Styrket psykiatrisk indsats for dobbeltdiagnosticerede* (satspuljefinansieret) i kombination med projektet: *Tværasektorielt samarbejde for dobbeltdiagnosticerede* (Finansieret af Regionens tværasektorielle projektpulje for 2013.). Der forefindes slutevaluering.

Region Hovedstaden (bevilling fremgår ikke): *Styrket psykiatrisk indsats for dobbeltdiagnosticerede.*

- Implementeret på 9 psykiatriske centre: Nordsjælland, Sct. Hans, Ballerup, Glostrup, København, Frederiksberg, Hvidovre, Amager, Bornholm.
- Projektet er forlænget et år og løber derfor år 2016 med. Der forefindes ingen evalueringer.

Integreret indsats for borgere med sindslidelse og misbrug

MÅLGRUPPE:

Dobbeltbelastede

FORMÅL:

At udvikle, implementere, afprøve og evaluere en model for et tværsektorielt samarbejde om borgere med sindslidelse og misbrug. 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.

SATSPULJE UDMØNTET AF:

Socialstyrelsen

SATSPULJEAFTALE:

Psykiatriaftalen 2011-14

PULJENS STØRRELSE MIO. KR.:

36

EVALUERING:

Ekstern tværgående evaluering (Deloitte).

UNDERPROJEKTER:

Region Midtjylland i samarbejde med Hedensted Kommune

Region Midtjylland i samarbejde med Syddjurs Kommune

Region Hovedstaden i samarbejde med Ballerup Kommune

Region Hovedstaden i samarbejde med Egedal Kommune

Forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser

MÅLGRUPPE:

Alle

FORMÅL:

(1) At sikre sammenhængende og koordinerede forløb for mennesker med psykiske lidelser på tværs af sektorer og forvaltningsområde, (2) høj faglig kvalitet i den samlede indsats, (3) hensigtsmæssig ressourceudnyttelse og (4) inddragelse af borgere og pårørende.

Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser.

SATSPULJE UDMØNTET AF:

Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen

SATSPULJEAFTALE:

Psykiatriområdet 2014-17

PULJENS STØRRELSE:

13 mio. kr.

EVALUERING:

Supplerende interview foretaget.

UNDERPROJEKTER:

Region Syddanmark: 3 kommuner deltager.

Region Nordjylland: 8 kommuner deltager.

Region Sjælland: 17 kommuner deltager.

Integrerede Forløb

MÅLGRUPPE:

Alle

FORMÅL:

At udbygge den ambulante psykiatri og samarbejdet mellem de socialfaglige indsatser i kommunerne, som skulle være med til at minimere antallet af indlæggelser.

Integrerede Forløb består af seks forsøg med integration af kommunens og regionens indsats i forhold til mennesker med sindslidelser.

SATSPULJE UDMØNTET AF:

Socialstyrelsen

SATSPULJEAFTALE:

Satspuljeaftalen 2010-2013

PULJENS STØRRELSE:

140 mio. kr.

EVALUERING:

Tværgående evaluering (SFI).

UNDERPROJEKTER:

Region Midtjylland og Randers Kommune: *Fælles på Tværs*

Region Midtjylland og Silkeborg Kommune: *Psykiatriens Hus*

Region Midtjylland og Holstebro Kommune: *Effektiv indsats for de unge voksne*

Region Syddanmark og Fredericia Kommune: *Psynergi*

Region Syddanmark og Faaborg-Midtfyn Kommune: *På Sporet af en Løsning*

Region Syddanmark og Kolding Kommune: *Den Trygge Vej*

19M-puljen 2009-2012

MÅLGRUPPE:

Alle

FORMÅL:

At styrke koordineringen og samarbejdet i sager omkring sindslidende borgere. Med puljen 19M har der i perioden fra april 2009 til marts 2012 været afsat midler til metodeudvikling af styrkede, koordinerende indsatser for borgere med en sindslidelse med udgangspunkt i sundhedsaftalerne. I alt 16 projekter har deltaget i metodeudvikling under puljen, og disse har i overvejende grad været forankret i kommunernes socialpsykiatri.

PULJE UDMØNTET AF:

Ikke satspuljefinansieret.
Finansieret af 19M-puljen, udmøntet af Socialstyrelsen.

PULJENS STØRRELSE:

76 mio. kr.

EVALUERING:

Tværgående ekstern evaluering (Rambøll).

UNDERPROJEKTER:

Aalborg Kommune, Aarhus Kommune, Bornholm Kommune, Esbjerg Kommune, Frederikshavn Kommune, Gladsaxe Kommune, Halsnæs Kommune, Hvidovre Kommune, København Kommune, Næstved Kommune, Odense Kommune, Odsherred Kommune, Skanderborg Kommune, Skive Kommune, Vejle Kommune og Viborg Kommune.

Psykiatri på tværs

MÅLGRUPPE:

Alle

TYPE SAMMENHÆNGSPROJEKT:

Sammenhæng mellem region og kommune

FORMÅL:

At behandlings- og socialpsykiatrien bliver endnu bedre til at samarbejde på tværs af fag og sektorer, og at der derigennem skabes bedre og mere attraktive arbejdspladser i behandlings- og socialpsykiatrien.

PULJE UDMØNTET AF:

Ikke satspuljefinansieret.
Finansieret af FOA, Sundhedskartellet,
Socialpædagogernes Landsforbund, KL og
Danske Regioner

PULJENS STØRRELSE:

3,2 mio. kr.

EVALUERING:

Intern tværgående evaluering.

UNDERPROJEKTER:

Region Nordjylland: 11 kommuner deltager

Region Midtjylland: 5 kommuner deltager

Region Syddanmark: 7 kommuner deltager

Region Sjælland: 3 kommuner deltager

Region Hovedstaden: 21 kommuner deltager