

Model for en
integreret indsats
for borgere med
sindslidelse og
misbrug
Håndbog



Indholdsfortegnelse

1. Introduktion til håndbogen	4
1.1 Læsevejledning	5
2. Indholdet i en integreret indsats	7
2.1 Praksis i forhold til målgruppen	7
2.2 Principper for en integreret indsats	8
2.3 Model for en integreret indsats	11
3. Samarbejdsmodellen	13
3.1 Ledelse	13
3.1.1 Forankring hos den overordnede ledelse	13
3.1.2 Daglig koordinering og styring	14
3.1.3 Gode råd og opmærksomhedspunkter	16
3.2 Strukturer og rammer for samarbejdet	16
3.2.1 Gode råd og opmærksomhedspunkter	17
3.3 Tværfagligt team	18
3.3.1 Gode råd og opmærksomhedspunkter	19
3.4 Opsøgende tilgang	19
3.4.1 Gode råd og opmærksomhedspunkter	20
3.5 Fælles processer og redskaber	21
3.5.1 Opsporing	21
3.5.2 Motivationsbaseret tilgang	23
3.5.3 Helhedsorienteret udredning	24
3.5.4 Handleplan og individuelle mål	25
3.5.5 Planlægning	25
3.5.6 Indsats	26
3.5.7 Opfølgning	26
3.5.8 Gode råd og opmærksomhedspunkter	27
4. Den motivationsbaserede tilgang	28
4.1 Motivationstrin	28
4.1.1 Trin 1. Engagere	31
4.1.2 Trin 2. Motivere	32
4.1.3 Trin 3. Aktiv behandling	34
4.1.4 Trin 4. Forebygge tilbagefald	35

4.2	Gode råd og opmærksomhedspunkter	36
5.	Voksenudredningsmetoden	37
5.1	Helhedsorienteret udredning	37
5.2	Handleplan	39
5.3	Opfølgning	40
5.4	Gode råd og opmærksomhedspunkter	40
6.	Behandlings- og kriseplan	42
6.1	Behandlingsplan	42
6.2	Kriseplan	43
6.3	Gode råd og opmærksomhedspunkter	44
7.	Implementering og forankring	45
7.1	Forberedelse	45
7.1.1	Forandringsledelse	45
7.1.2	Planlægning	48
7.2	Uddannelse og træning	49
7.3	Opfølgning og forankring	49
	Bilag A. Kommunikationsplan	52
	Bilag B. Samtykkeerklæring	53
	Bilag C. Oversigt over undertemaer i Voksenudredningsmetoden	54
	Bilag D. Udredningsskema	55
	Bilag E. Vejledning til udredningsskema	68
	Bilag F. Integreret handleplan	72
	Bilag G. Vejledning til handleplansskema	75
	Bilag H. Opfølgning	78
	Bilag I. Vejledning til opfølgningsskema	82
	Bilag J. Vurdering af borgerens motivationsniveau	83
	Bilag K. Behandlingsplan	85
	Bilag L. Kriseplan	87
	Bilag M. Implementeringsbarometer	88

1. Introduktion til håndbogen

Håndbogen er udviklet for at give kommuner og regioner en samlet indføring i, hvordan de kan samarbejde om at tilbyde borgere med sindslidelse og misbrug en integreret og sammenhængende indsats på tværs af sektorerne. Håndbogen beskriver en model for en integreret indsats, der er resultatet af et flerårigt udviklings- og afprøvningsprojekt i fire kommuner og to regioner.

Mennesker med svære sindslidelser og samtidigt misbrug tilhører en af de socialt mest udsatte grupper i Danmark. Det er karakteristisk for disse borgere, at deres sindslidelse og misbrug ofte går hånd i hånd med ustabile livsmønstre karakteriseret ved eksempelvis hjemløshed, kriminalitet, ensomhed, overgreb eller social isolation. Samtidig er borgerne ofte ramt af en række somatiske problemer forårsaget af deres misbrug og livsstil i det hele taget.

Disse særlige udfordringer kræver en høj grad af koordinering mellem socialpsykiatri, misbrugsbehandling og regionspsykiatri. Organisatorisk er misbrugsbehandlingen og den psykiatriske behandling imidlertid adskilt. Ansvar for misbrugsbehandlingen blev efter strukturreformen i 2007 ligesom socialpsykiatrien placeret i kommunerne, mens den psykiatriske behandling er forankret i regionerne.

De lovpligtige sundhedsaftaler skal sikre klarhed om ansvarsfordelingen mellem de regionale aktører i hospitalsvæsenet og praksissektoren og de kommunale aktører på relevante forvaltningsområder. Sundhedsaftalerne giver således en ramme for arbejdet, men implementeringen på det udførende niveau er fortsat mangelfuld. Psykiatriudvalgets fokus på behovet for et styrket tværsektorielt samarbejde har herudover medført, at der i satspuljen er afsat midler til, at kommuner og regioner kan udarbejde koordinerende indsatsplaner for den enkelte borger. De koordinerende indsatsplaner er dog endnu ikke fuldt implementeret i kommunernes og regionernes praksis.

Manglende koordinering og ansvarsplacering betyder, at nogle borgere lander mellem to stole. Borgerne vil typisk ikke selv have overskud til at koordinere mellem de involverede instanser i egen sag, og der er derfor risiko for, at de hverken får den fornødne støtte eller får behandling for sindslidelsen eller misbruget.

Modellen for en integreret indsats for sindslidende med misbrug er en model for, hvordan kommuner og regioner i praksis kan etablere et samarbejde, der understøtter en tværsektorielt koordineret og integreret indsats for denne målgruppe. Håndbogen indeholder anvisninger til, hvordan organisering, sagsbehandling og arbejdsgange indrettes, så de understøtter det tværsektorielle samarbejde, og hvordan kommuner og regioner kan sikre en effektiv implementering og forankring af modellen i praksis. Håndbogen kan anvendes både i forbindelse med etableringen af en integreret indsats og som et praktisk opslagsværk i det

daglige arbejde med modellen. Modellen for en integreret indsats kan blandt andet anvendes som inspiration for kommuner og regioner, der ønsker at udvikle indsatsen for målgruppen, eventuelt i forbindelse med udmøntningen af Socialstyrelsens og Sundhedsstyrelsens retningslinjer for koordinerende indsatsplaner.

Håndbogen er udviklet i forbindelse med projektet *Integreret indsats for borgere med sindslidelse og misbrug*. Formålet med projektet var at udvikle og afprøve en model til at integrere indsatsen for borgere med sindslidelse og misbrug på tværs af regionspsykiatri, misbrugsbehandling og socialpsykiatri. Udviklingen og afprøvningen af modellen er gennemført i samarbejde med to regioner og fire kommuner og har involveret kommunale og regionale medarbejdere fra henholdsvis behandlingspsykiatrien, misbrugsbehandlingen og socialpsykiatrien og en række faglige eksperter. Udviklingen og afprøvningen af modellen har fundet sted fra 2011 til 2014.

I samarbejde med Socialstyrelsen har Deloitte varetaget den samlede proces fra de indledende analyser og udviklingen af modellen til afprøvningen og evalueringen af modellen.

1.1 Læsevejledning

Håndbogen beskriver de enkelte dele af modellen for en integreret indsats ud fra følgende struktur.

Kapitel 2 beskriver baggrunden for modellen for en integreret indsats. Først beskrives resultaterne af den gennemførte baselinekortlægning af kommuners og regioners praksis på området, der har udgjort en del af grundlaget for udviklingen af modellen for en integreret indsats. Herefter beskrives den teoretiske baggrund for modellen, der tager udgangspunkt i Kim T. Muesers principper for en integreret indsats. Sidst beskrives den samlede model for en integreret indsats.

Kapitel 3 giver en detaljeret indføring i modellen for en integreret indsats. Kapitlet præsenterer således de enkelte elementer af modellen og beskriver, hvilken rolle de spiller i forhold til at sikre en tværsektorielt integreret indsats for målgruppen.

Kapitel 4 beskriver den motivationsbaserede tilgang, der af flere forskere vurderes at være den mest hensigtsmæssige måde at håndtere borgere med sindslidelse og samtidigt misbrug på. Kapitlet beskriver en metode til at arbejde med motivationsniveauer og beskriver sammenhængen mellem den motivationsbaserede tilgang og iværksættelse af indsatser.

Kapitel 5 beskriver de dele af Voksenudredningsmetoden, der er særlig relevante for den integrerede indsats, herunder den helhedsorienterede udredning og handleplanen. Kapitlet giver dermed indblik både i metodens velegnethed i forbindelse med den integrerede indsats og i de konkrete værktøjer, der er udviklet til at understøtte de enkelte sagsbehandlingstrin.

Kapitel 6 beskriver indholdet i behandlings- og kriseplaner, og hvordan de kan anvendes.

Kapitel 7 indeholder en vejledning i, hvordan kommuner og regioner, der ønsker at anvende modellen for en integreret indsats, kan arbejde med implementeringen og forankringen af modellen.

Kapitel 3 til 6 indeholder herudover en række gode råd og opmærksomhedspunkter i forhold til anvendelsen af modellens elementer og redskaber, der tager udgangspunkt i de erfaringer, der er tilvejebragt gennem afprøvningen af modellen i praksis. Der henvises herudover til afrapporteringen af evalueringen, der kan findes på Socialstyrelsens hjemmeside.

I tilknytning til ovenstående indgår ligeledes en række bilag, der indeholder konkrete redskaber til understøttelse af arbejdet med at integrere indsatsen. Bilagene omfatter følgende redskaber:

- Bilag A. Kommunikationsplan
- Bilag B. Samtykkeerklæring
- Bilag C. Oversigt over undertemaer i VUM
- Bilag D. Udredningsskema
- Bilag E. Vejledning til udredningsskema
- Bilag F. Handleplan
- Bilag G. Vejledning til handleplan
- Bilag H. Opfølgning
- Bilag I. Vejledning til opfølgning
- Bilag J. Vurdering af borgerens motivationsniveau
- Bilag K. Behandlingsplan
- Bilag L. Kriseplan
- Bilag M. Implementeringsbarometer

2. Indholdet i en integreret indsats

En integreret indsats for borgere med sindslidelse og samtidigt misbrug kræver som beskrevet en særlig tilgang på tværs af sektorer.

Modellen for en integreret indsats er udviklet på baggrund af viden både om behandling af målgruppen og om de udfordringer, der typisk opstår i tværsektorielt samarbejde om borgere med dobbelte diagnoser eller problemstillinger. Udviklingen af modellen baserer sig således på et praktisk såvel som teoretisk grundlag. Det praktiske grundlag udgøres af en baselinekortlægning af kommuners og regioners praksis på området. Det teoretiske grundlag stammer fra Kim T. Muesers arbejde med at udvikle tilgange til integrerede indsatser for sindslidende med misbrug.

I dette kapitel beskrives først disse to aspekter af baggrunden for udformningen af modellen for en integreret indsats. Herefter beskrives den samlede model kortfattet.

2.1 Praksis i forhold til målgruppen

Forud for udviklingen af modellen gennemførtes en baselinekortlægning, der afdækkede kommuners og regioners praksis og samarbejde i forhold til målgruppen af sindslidende med misbrug. Baselinekortlægningens resultater udgjorde en vigtig del af grundlaget for den konkrete udformning af modellen for en integreret indsats.

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

Baselinen bekræftede, at borgere med sindslidelse og misbrug er i fare for at falde igennem behandlings- og støttesystemet, idet regionerne ofte ikke kan igangsætte en psykiatrisk behandling uden en diagnose, og misbruget ofte bliver opfattet som en barriere for at stille en sådan diagnose. Ligeledes gælder det, at en ubehandlet sindslidelse kan stå i vejen for misbrugsbehandling i kommunerne.

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

Baselinekortlægningen har således identificeret nogle af de primære problemstillinger i arbejdet med målgruppen i en dansk kontekst. Modellen for en integreret indsats er udviklet for at kunne adressere disse problemstillinger og dermed bidrage til på tværs af sektorer at understøtte en højere kvalitet i den indsats, målgruppen modtager.

2.2 Principper for en integreret indsats

Forskning på området viser, at en integreret indsats kan gøre en stor forskel for borgere med både sindslidelse og misbrug. Blandt andre den amerikanske forsker Kim T. Mueser har undersøgt, hvordan indsatsen for denne målgruppe bedst muligt integreres og tilrettelægges, så den bidrager til at skabe recovery blandt modtagerne¹. I Muesers perspektiv indebærer en integreret indsats, at borgeren udredes og behandles for både sindslidelse og misbrug som del af et fælles, samtidigt forløb. Dette forudsætter, at de forskellige fagligheder og kompetencer indenfor begge borgerens lidelser i fællesskab foretager en grundig udredning, hvor der skabes en fælles forståelse af borgerens problemer og ressourcer. Den fælles problemforståelse danner grundlag for, at de indsatser, der tilrettelægges, er rettet mod begge lidelser og er tænkt sammen, så der tages højde for samspillet mellem lidelserne². Samarbejde og fælles indsats på tværs af regionspsykiatrien, misbrugsbehandlingen og socialpsykiatrien kan være med til at sikre, at der placeres et entydigt ansvar, så den enkelte borger får den fornødne støtte og behandling og ikke lander mellem to stole. Kun ved at koordinere og integrere indsatsen for den enkelte borger vil vedkommende få et sammenhængende forløb, hvor både misbruget og sindslidelsen er i fokus på samme tid.

Mueser har defineret en række principper, der kan være med til at fremme en integreret indsats. Principperne fremgår nedenfor og beskrives kort i det følgende.

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

1. Der skal være sammenhængende problemforståelse og behandlingsforløb.
2. Den helhedsorienterede tilgang skal anvendes.
3. Den assertive tilgang skal anvendes.
4. Den motivationsbaserede tilgang skal anvendes.
5. Følgevirkninger af misbruget skal minimeres.
6. Der skal anlægges et langtidsperspektiv.

Principperne indrammes af et overordnet fokus på, at beslutninger om mål, indsatser og behandlinger træffes i fællesskab, så der sikres øget inddragelse og *empowerment* af borgeren selv som en af beslutningstagerne i sit eget forløb. Borgerens aktive rolle i forløbet er en vigtig forudsætning for at opnå bedring eller *recovery* som et resultat af den integrerede indsats.

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

² For en yderligere specificering af begrebet integreret indsats henvises for eksempel til SFI's taksonomi over grader af integration: Bengtsson og Gregersen (2013). *Integrerede indsatser over for mennesker med psykiske lidelser*. En forskningsoversigt. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Principperne kan anvendes aktivt som rettesnore i indsatsen, når kommuner og regioner ønsker at etablere en integreret indsats for borgere med sindslidelse og misbrug, og udgør derfor en del af udgangspunktet for sammensætningen af elementer i modellen for en integreret indsats. De enkelte principper gennemgås i det følgende.

Sammenhængende problemforståelse og behandlingsforløb

En integreret indsats indebærer, at der på tværs af socialpsykiatri, misbrugsbehandling og regionspsykiatri gives en fælles indsats for borgeren. En integreret indsats indebærer, at forløbet for den enkelte borger skal tilrettelægges og gennemføres som et samlet forløb, så der under behandlingen tages hensyn til både sindslidelsen, misbruget og interaktionen mellem de to lidelser. Den ligelige vægtning af lidelserne er vigtig, da det ofte ikke på forhånd kan vides, hvilken lidelse der er den primære og potentielt kan være årsag til den anden. Integration mellem sektorer kan fremmes ved, at der etableres tværfaglige team, så fagfolk fra de forskellige sektorer samarbejder om borgerne og i fællesskab fastlægger et behandlingsforløb for den enkelte.

Dette princip udgør et selvstændigt element i modellen for en integreret indsats, idet samarbejdsmodellen indebærer oprettelse af et tværfagligt team på tværs af kommune og region. Der henvises til afsnit 3.3 for en nærmere gennemgang af tværfaglige team.

En helhedsorienteret tilgang

Formålet med den integrerede indsats er at reducere borgerens misbrug og få stabiliseret sindslidelsen, så vedkommendes livskvalitet øges. På sigt kan der være en ambition om recovery. For at opnå disse mål er der ofte behov for også at ændre borgerens vaner på områder, der ikke er direkte relateret til sindslidelsen og misbruget. For at kunne reducere misbruget eller blive helt afvænnet er det derfor ofte ikke nok blot at stoppe med at indtage alkohol eller stoffer. Den enkelte borger skal udvikle en livsstil, der ikke længere er centreret om misbrug. Den helhedsorienterede tilgang skal således være med til at sikre, at indsatsen for borgeren ikke kun fokuserer på vedkommendes lidelser, men at der også tages hånd om borgerens fysiske funktionsevne, sociale liv, beskæftigelsesforhold mv.

Den helhedsorienterede tilgang understøttes konkret af samarbejdsmodellens anvisninger om fælles processer og redskaber, idet modellen anbefaler anvendelsen af Voksenudredningsmetoden i den tværsektorielle sagsbehandling. For en nærmere gennemgang af den helhedsorienterede tilgang og udredning henvises til afsnit 3.5.

Assertiv tilgang

Borgere med sindslidelse og misbrug falder hyppigt fra i løbet af et behandlingsprogram, da deres liv ofte er kaotisk, da de mangler motivation, og fordi de ofte har kognitive svækkelser. En assertiv tilgang til behandlingen anerkender, at behandlerne ikke kan sidde passivt og vente på, at borgerne udviser initiativ og engagement. I stedet er det nødvendigt at gøre en aktiv indsats for at motivere borgerne til at modtage behandling og støtte. Under den assertive tilgang er det opsøgende arbejde et meget vigtigt element. Den opsøgende tilgang indebærer blandt andet, at behandlerne møder borgerne i deres eget nærmiljø, herunder i deres hjem, i en park, på en cafe eller lignende. Formålet med at tilbyde støtte og behandling i

borgerens trygge omgivelser er at opbygge en tillidsrelation og en arbejdsalliance mellem borgeren og behandleren.

I modellen for en integreret indsats indgår dette princip gennem samarbejdsmodellens anvisninger om en opsøgende tilgang. For en nærmere gennemgang af den opsøgende tilgang henvises til afsnit 3.4.

Motivationsbaseret tilgang

For at kunne behandle borgere med sindslidelse og misbrug er det afgørende, at indsatserne er baseret på borgerens motivation for ændringer. Borgerens egen motivation for at ændre sin situation og motivation for at deltage i og tage ansvar for indsatser vil således være rammesættende for de resultater, der kan opnås.

Den motivationsbaserede tilgang er central i forbindelse med behandling af målgruppen, da den giver en struktur for, hvordan borgerens motivationsniveau kan vurderes.

Anerkendelse og identificering af borgerens motivationstrin kan give behandleren værdifuld information i forhold til, hvilket mål der skal være fokus på, og dermed hvilke former for indsatser der med størst sandsynlighed vil have en positiv effekt på borgerens recovery. Den motivationsbaserede tilgang beskrives som nævnt nærmere i kapitel 0.

Minimering af følgerikninger

Et vigtigt princip i forbindelse med behandlingen af borgere med sindslidelse og misbrug er at reducere de negative virkninger, der følger af lidelserne. Dette princip er baseret på det faktum, at mange borgere med en sindslidelse og et omfattende misbrug mangler motivation for tidligt i behandlingsforløbet at blive stof- eller alkoholfri. Det fortsatte misbrug kan betyde, at borgerens fysiske og psykiske velbefindende falder. På kort sigt kan der således være behov for at fokusere på at mindske eller forebygge negative sidevirkninger af misbruget og borgerens livsstil. Dette kan for eksempel dreje sig om at understøtte en mere sikker misbrugsadfærd ved at uddele sterile nåle. Samtidig kan der arbejdes på, at der mellem borger og behandler udvikles en god relation, der i sidste ende kan være med til at motivere borgeren til at blive fri for sit misbrug.

Minimering af følgerikninger indgår som en integreret del af den motivationsbaserede tilgang, der er beskrevet i kapitel 4.

Langtidsperspektiv

Erfaringerne med borgere med sindslidelse og misbrug viser, at integrerede behandlingsprogrammer på kort sigt ikke medfører dramatiske ændringer i borgernes liv. Det er derfor vigtigt at anerkende, at borgerne kun gradvis over tid gør fremskridt.

At opnå en sundere livsstil kræver store livsændringer over måneder og år. Effektive integrerede indsatser bør derfor være tidsubegrænsede og anerkende, at recovery sker med forskellige hastigheder for forskellige borgere.

Langtidsperspektivet udgør ligesom borgerinddragelse et bagvedliggende fagligt princip for arbejdet med modellen, og udmøntes blandt andet gennem det vedholdende aspekt af den opsøgende tilgang, der beskrives i afsnit 3.4, og den motivationsbaserede tilgang i kapitel 0.

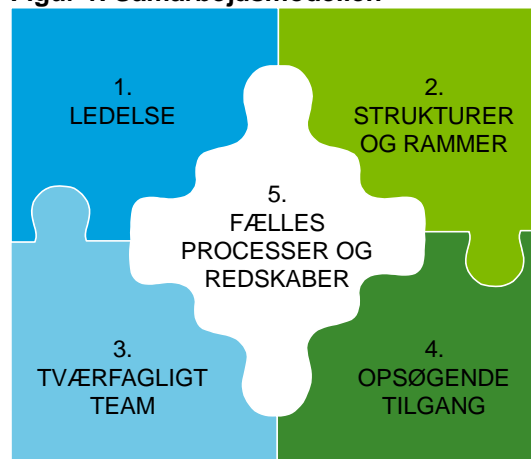
2.3 Model for en integreret indsats

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

Modellen for en integreret indsats er en model for, hvordan kommuner og regioner kan samarbejde på tværs om de fælles borgere i målgruppen, altså en samarbejdsmodel. Formålet med modellen er for det første at sikre, at de indsatser, borgeren modtager, er integreret i både indhold og proces. For det andet skal modellen sikre, at der sker en entydig ansvarsplacering og rollefordeling mellem de involverede aktører og personer. Endelig skal modellen sikre en fælles ledelsesstruktur, der understøtter, at alle arbejder i samme retning.

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

Figur 1. Samarbejdsmodellen

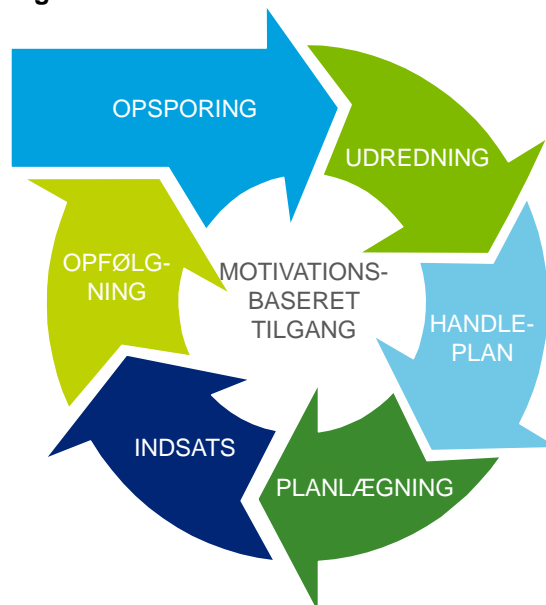


Modellen giver således anvisninger til, hvordan samarbejdet mellem kommunen og regionen kan tilrettelægges i praksis, så det understøtter en reel integration organisatorisk såvel som fagligt. Modellens anvisninger peger på samarbejdsformer og organiseringer, der typisk vil være hensigtsmæssige i de fleste kommuner og regioner. Det er samtidig vigtigt, at hver enkelt kommune og region i fællesskab tager stilling til, hvordan modellens anvisninger bedst tilpasses lokale forhold, herunder geografi, organiseringen i de to sektorer samt eksisterende samarbejdsaftaler.

For at understøtte etableringen af fælles arbejdsmetoder på tværs af afdelinger og sektorer er samarbejdsmodellens femte element udmøntet i en konkret forløbsbeskrivelse, der giver

anvisninger til de aktiviteter, der bør gennemføres i de enkelte faser af en borgers forløb, jf. figuren nedenfor.

Figur 2. Forløbsbeskrivelsen



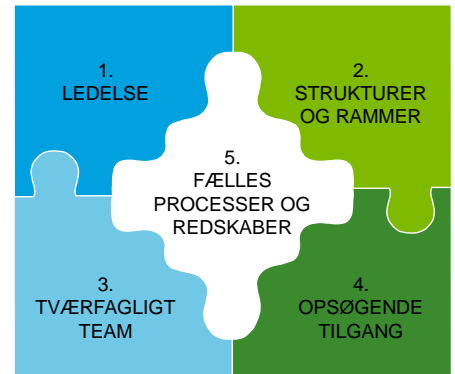
Forløbsbeskrivelsen udgør således den faglige køreplan for et integreret borgerforløb og indeholder et katalog over værktøjer, der understøtter, at processen såvel som indsatsen bliver både helhedsorienteret, tværfaglig og integreret.

Med henblik på at klæde ledere og medarbejdere i kommuner og regioner på til at anvende modellen for en integreret indsats indeholder resten af håndbogen beskrivelser af de enkelte elementer i modellen samt de metoder og værktøjer, der understøtter arbejdet med den integrerede indsats.

Beskrivelserne suppleres med en række gode råd og opmærksomhedspunkter i forhold til den praktiske anvendelse af de enkelte elementer og metoder, der tager udgangspunkt i de erfaringer med modellen, som afprøvningen og evalueringen har tilvejebragt. Endelig indeholder håndbogen en vejledning til at sikre et velfungerende implementeringsforløb og en solid forankring af modellen i praksis.

3. Samarbejdsmodellen

Dette kapitel beskriver, hvordan kommuner og regioner får etableret det organisatoriske fundament, der skal være med til at sikre en integreret indsats for borgere med sindslidelse og misbrug. Gennem en beskrivelse af samarbejdsmodellen anviser kapitlet således en række elementer, som kommune og region skal forholde sig til i etableringen af en integreret indsats. Samarbejdsmodellen kan anvendes som ramme for et samarbejde enten mellem en region og en enkelt kommune eller mellem en region og flere eller alle kommuner i regionen.



3.1 Ledelse



Integration af indsatsen på tværs af kommune og region er ikke en let opgave. Organiseringen, ledelsesstrukturer, procedurer, redskaber og kulturer varierer på tværs af regionspsykiatri, misbrugsbehandling og socialpsykiatri, og der er således en vigtig ledelsesmæssig opgave forbundet med at få sektorerne til at arbejde ud fra fælles normer og mod fælles mål.

Som i alle nye gennemgribende forandringer handler det dels om at sikre forankring hos den overordnede ledelse, dels om at sikre den nødvendige daglige ledelse af medarbejderne, der skal gennemføre den integrerede indsats.

Nedenfor beskrives de centrale overvejelser i forhold til henholdsvis topledelsesforankring og daglig koordinering.

3.1.1 Forankring hos den overordnede ledelse

Både Mueser og erfaringerne fra afprøvningen af modellen peger på vigtigheden af en stærk ledelsesforankring. Det er derfor vigtigt at sikre forankring hos den overordnede ledelse i de involverede enheder/sektorer i forhold til både selve etableringen af en integreret indsats og den løbende drift med henblik på at sikre opbakningen til og prioriteringen af indsatsen.

Fordi der typisk ikke på forhånd eksisterer en tværsektoriel forankring kan en tværsektoriel styregruppe være en god måde at sikre den ledelsesmæssige opbakning og forankring på. Styregruppen har det overordnede ansvar for den integrerede indsats, og den skal godkende mål og rammer, tage tværsektorielle beslutninger, understøtte og sikre de rette beslutningskompetencer hos medarbejderne og håndtere eventuelle udfordringer, der kan opstå i samarbejdet på tværs.

Eksempel fra afprøvningen

I et af projekterne mødtes medlemmerne af den tværsektorielle styregruppe med cirka tre måneders mellemrum lige fra projektets begyndelse. Det har betydet, at styregruppen har kunnet indgå i den løbende planlægning af projektet og tilrettelæggelsen af indsatsen, og at den allerede tidligt i processen kunne tage højde for, hvordan den integrerede indsats kunne forankres i den daglige drift, når projektet sluttede.

Styregruppen skal bestå af repræsentanter fra den overordnede ledelse fra både regionspsykiatri, misbrugsbehandling og socialpsykiatri, og et medlem udpeges som formand. En af erfaringerne fra afprøvningen af modellen har været, at ligeværdigheden mellem de to sektorer, med fælles ansvar og økonomi, er en vigtig medvirkende faktor i den tværsektorielle forankring af den integrerede indsats. Derudover kan det være en fordel at inddrage styregruppens medlemmer i brobyggende aktiviteter, som øger den gensidige forståelse af vilkårene i de to sektorer.

Styregruppen bør mødes jævnligt med en fast kadence og følge op på status på den integrerede indsats og de mål, der er fastsat for denne. Endvidere bør styregruppen være ansvarlig for at sikre enighed om den integrerede indsats' ressourceforbrug med lederne i regionspsykiatri, misbrugsbehandling og socialpsykiatri, men også med lederne i andre enheder, hvis medarbejdere er i kontakt med målgruppen, for eksempel udførerenheden i kommunen eller udgående team i psykiatrien.

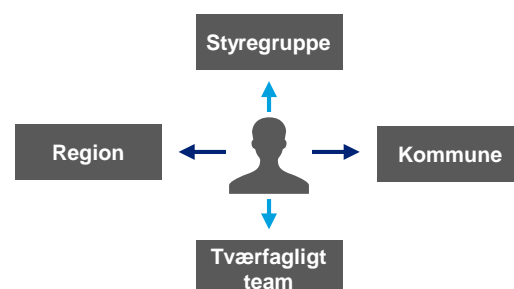
3.1.2 Daglig koordinering og styring

Den daglige koordinering og styring af den integrerede indsats er naturligvis en vigtig forudsætning for den daglige implementering, styring og drift. For at sikre en entydig struktur vil det være hensigtsmæssigt at udpege en ansvarlig tovholder/koordinator for det samlede tværfaglige team på tværs af sektorer. Det er muligt at lade et team bestående af en person fra henholdsvis kommune og region varetage den daglige koordinering og styring, men dette kræver tæt koordinering mellem de to tovholdere/koordinatore. Det er vigtigt, at tovholderne/koordinatorene har et klart fastlagt mandat eller beslutningsrum, som den overordnede ledelse er indforstået med.

Tovholder-/koordinatorfunktionen skal bidrage til at sikre, både at de processer og redskaber, der skal anvendes i indsatsen, forankres og anvendes i praksis, at der løbende følges op på indsatser og resultater, samt at der sker en løbende daglig koordinering på tværs af de to sektorer. Herudover har tovholderen/koordinatoren en vigtig rolle i forhold til at sikre synergi og fælles forståelse af mål og rammer, og at der etableres en fælles tilgang til samarbejdet og indsatsen.

Overordnet set har tovholderen/koordinatoren således opgaver inden for to forskellige dimensioner.

Tovholderens/koordinatorens opgaver med hensyn til den daglige ledelse af teamet og indsatsen (altså den lodrette dimension) kan blandt andet omfatte:



1. Kommunikation til den overordnede ledelse (styregruppen) i henholdsvis regionspsykiatrien, misbrugsbehandlingen og socialpsykiatrien.
2. Understøtte at der opstilles mål og indikatorer for indsatsen (fx mål for progression hos borgerne eller ressourcforbrug) og løbende opfølgning på disse.
3. Sikring af, at relevante parter har viden om det tværfaglige team, og vedligeholdelse af kontakter og samarbejdsrelationer til samarbejdspartnere. Relevante samarbejdspartnere kan for eksempel være andre kommunale myndigheder (fx jobcentret), udførerenheder i kommunen (støttekontaktpersoner, bostøtte team mv.), læger og politiet.
4. Fokus på at sikre de fornødne kompetencer i teamet i en kombination af faste teammedlemmer og ad hoc-deltagere med specialiserede fagkompetencer.

Tovholderen/koordinatorens opgaver med hensyn til den tværsektorielle koordination (den vandrette dimension) kan blandt andet omfatte:

5. Skabe kontakter i de involverede enheder i kommune og region,
6. Sikre den daglige koordination imellem de involverede enheder i kommune og region.
7. Kvalitetssikring af anvendelsen af de fælles metoder og redskaber i praksis.
8. Bidrag til at udvikle en fælles tilgang i det tværfaglige team.

Afprøvningen har vist, at prioritering af ressourcer til at varetage den daglige koordination mellem sektorerne, både i forhold til proces og fagligt indhold, gør en stor forskel i forhold til at sikre, at indsatsen kan blive integreret i praksis.

Den interne kommunikation i teamet er særdeles vigtig, når medarbejdere, der normalt ikke arbejder tæt sammen, pludselig skal sidde sammen og arbejde ud fra fælles mål. Ærlighed, respekt og tillid er fundamentalt for tværfaglige team. Medarbejdere fra henholdsvis regionspsykiatrien, misbrugsbehandlingen og socialpsykiatrien arbejder ofte ud fra forskellige tilgange og analyserer og løser udfordringer forskelligt. Dette kan være en stor styrke, men det fordrer, at der kan tales åbent om, hvordan tilgangen til en given borger bør være. Tovholderen/koordinatoren kan således også med fordel søge at understøtte samarbejdsrelationer og dannelsen af en fælles kultur i teamet.

Herudover har tovholderen/koordinatoren et ansvar i forhold til at sikre, at de rette kompetencer er til stede i teamet, herunder at eventuelle kompetencekrav i forbindelse med anvendelsen af konkrete metoder og redskaber opfyldes. Dette kan foregå gennem egentlig kompetenceudvikling, teammøder, seminarer m.m.

Eksempel fra afprøvningen

Flere af projekterne har oplevet, at det har været en stor fordel at have en tværsektoriel tovholder. Den tværsektorielle tovholder fungerer som et anker for den integrerede indsats i hverdagen, der blandt andet skaber kontakter i de to sektorer og formidler formålet med den integrerede indsats, arrangerer teammøder og sikrer, at nye teammedlemmer bliver introduceret til redskaberne i den integrerede indsats.

Den eksterne kommunikation er ligeledes vigtig, så relevante parter bliver opmærksomme på, at det tværfaglige team findes, og kan henvise og samarbejde. Her er det en fordel at

have en kommunikationsplan, og det bør overvejes, om kommunikationen skal understøttes med eksempelvis nyhedsbreve og møder. En ramme for udarbejdelsen af kommunikationsplanen kan findes i bilag A.

3.1.3 Gode råd og opmærksomhedspunkter

Afprøvningen af modellen for en integreret indsats har ført til en række erfaringer med implementering og anvendelse af samarbejdsmodellen i praksis. I tabellen nedenfor opsummeres de mest centrale erfaringer i relation til elementet om ledelse i form af en række gode råd og særlige opmærksomhedspunkter.

Gode råd og opmærksomhedspunkter i forhold til ledelse

- Det er meget vigtigt at sikre en stærk ledelsesforankring, da prioritering af ressourcer til det tværsektorielle arbejde i begge sektorer er en forudsætning for den integrerede indsats.
 - Det er centralt for det brede ejerskab i styregruppen at sikre, at kommune(r) og region indgår på lige vilkår – det vil sige med fælles ansvar, fælles økonomi og fælles planlægning.
 - Det er en fordel, hvis styregruppen har beslutningskompetence til at sikre ressourcer til den integrerede indsats på tværs af de relevante enheder.
 - En fast mødekadence, for eksempel hver tredje måned, klare dagsordner og god mødedisciplin understøtter ledelsesforankringen af den integrerede indsats.
 - Tovholderen/koordinatoren skal kunne oversætte mellem de forskellige sprog og kulturer i de involverede sektorer.
 - Det er vigtigt, at tovholderen/koordinatoren jævnligt følger op på anvendelsen af metoder og redskaber i den integrerede indsats i praksis.
 - Ressourceforbruget forbundet med indsatsen. kan med fordel afdækkes og sammenholdes med det normale ressourceforbrug til indsatser i forhold til borgere i samme målgruppe, og med de resultater, som indsatsen tilvejebringer for borgerne, samt for samarbejdet på tværs af sektorer.
-

3.2 Strukturer og rammer for samarbejdet

En integreret indsats på tværs af sektorer forudsætter, at der dagligt og kontinuerligt samarbejdes om en fælles indsats for borgerne. Da regionspsykiatri, misbrugsbehandling og socialpsykiatri typisk er organisatorisk og fysisk adskilt, bør faste samarbejdsstrukturer og fysiske rammer indgå i de indledende overvejelser.

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



Ved at etablere arbejdsgange for de aktiviteter, der indgår i teamets arbejde, bør det således fastlægges, hvordan teamet skal arbejde med borgerforløb, tværfaglig sparring og løbende koordinering. Konkret bør der skabes enighed om en fast mødekadence for teamet og om tidsforbruget på henholdsvis de tværfaglige drøftelser om konkrete borgere og den mere generelle koordinering af arbejdet. Afprøvningen viser, at hyppige møder i det tværfaglige team med fokus på de enkelte borgerforløb er en helt central forudsætning for, at indsatsen kan blive tværfagligt integreret i praksis. Møderne sikrer, at der er tværfaglig vinding og sparring, at man kommer hele vejen rundt om borgerens problemstillinger, og at disse ses fra flere forskellige perspektiver, både fagligt og organisatorisk.

Eksempel fra afprøvningen

Et af afprøvningsprojekterne har lagt særlig vægt på at have et vedholdende og kontinuerligt samarbejde i det tværfaglige team ved at blive enige om en helt fast kadence med et møde af tre timers varighed hver anden uge og en fast dagsorden for alle møderne. Det har hjulpet med at sørge for, at teamet blev ved med at mødes fast igennem hele projektet, og at der var genkendelighed i samarbejdet og møderne igennem hele forløbet.

Som en del af fastlæggelsen af rammerne for det tværfaglige teams arbejde bør der ligeledes foretages overvejelser om, hvordan borgerne bedst muligt inddrages i teamets arbejde med blandt andet udredninger, fastlæggelse af indsatser og handleplaner, således at borgeren får mulighed for at påvirke forløbet. Dette kan gøres på flere måder. Hvilken tilgang, der er bedst, afhænger blandt andet af borgerens ønsker, og en individuel vurdering af, hvad der er mest hensigtsmæssigt. Borgeren kan eksempelvis indgå på et eller flere teammøder, for at drøfte sin situation og det fremadrettede forløb med hele teamet. Kontaktpersonerne fra de to sektorer kan også mødes med borgeren alene, eksempelvis hvis det vil være for overvældende for borgeren at skulle forholde sig til hele teamet.

Eksempel fra afprøvningen

Et af projekterne har haft gode erfaringer med, at borgerne har deltaget i nogle af de møder, hvor hele teamet var til stede. Borgerne deltog i mødet den første halvdel til hele time, hvor de kunne forklare deres situation og deres ønsker til teamet og stille spørgsmål til fagpersonerne. Borgerne sad altid tæt ved døren, så de havde mulighed for at gå fra mødet, hvis det blev for meget for

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

3.2.1 Gode råd og opmærksomhedspunkter

Afprøvningen af modellen for en integreret indsats har vist, at der er fordele forbundet med at etablere fælles strukturer og rammer for det tværfaglige team i forhold til både samarbejde og tværfaglighed. I tabellen nedenfor opsummeres de mest centrale erfaringer i form af en række gode råd og særlige opmærksomhedspunkter i forhold til dette element.

Gode råd og opmærksomhedspunkter i forhold til strukturer og rammer

- Der kan med fordel udvikles en fast mødeplan for medarbejderne i den integrerede indsats på tværs af sektorer – det kan også være en fordel af have en fast dagsorden for møderne.
 - Det er vigtigt, at der afsættes tid nok til de tværfaglige drøftelser – gerne 2-3 timer hver eller hver anden uge.
 - Hvis det tværfaglige team deler lokaler, kan det lette både den løbende sparring og mødelogistikken.
 - Hvis det ikke er muligt at etablere fælles fysiske rammer for medarbejderne, bør det afklares, hvordan den uformelle daglige sparring mellem faglighederne kan sikres på andre måder. For eksempel kan der etableres faciliteter til videomøder mellem medarbejderne på tværs af fysiske lokationer eller let adgang til daglig afklaring af mindre spørgsmål medarbejderne imellem gennem digitale løsninger.
-

3.3 Tværfagligt team



Et kernelement i en integreret indsats er det tværfaglige team, der kan sikre organisatorisk integration af indsatsen. Teamet skal kunne både udrede, støtte og behandle personer med sindslidelse og misbrug. Teamet skal således favne en bred palet af fagligheder og have fagpersoner tilknyttet, der arbejder med både misbrugsbehandling, behandlingspsykiatri og socialpsykiatri. Herudover vil det være relevant at etablere samarbejder med eksempelvis jobcenter, praktiserende læger og botilbud.

Teamets sammensætning bør generelt tilpasses den lokale organisering af området. Fordelingen af roller og ansvar i det tværfaglige team kan variere, da snitfladerne til de øvrige forvaltninger og enheder i de enkelte kommuner og regioner kan være forskellige. Det er vigtigt, at den konkrete sammensætning af teamet fastlægges med udgangspunkt i overvejelser om:

- Hvilke faggrupper der bør indgå fast i teamet, og hvilke faggrupper der med fordel kan inddrages ad hoc i relevante sager.
- I hvilken grad teamet selv skal være beslutningsdygtigt i forhold til igangsættelse af støtte- og behandlingsindsatser. Dette kan eksempelvis afhænge af, om der indgår en læge fra psykiatrien, og hvorvidt medlemmerne i teamet selv har kompetence til at iværksætte indsatser eller eksempelvis skal indstille til et visitationsudvalg.
- I hvilken grad teamet selv skal kunne levere støtte- og behandlingsindsatser eller i stedet skal henvise til eksisterende tilbud i kommune og region.

Disse beslutninger vil have betydning for, hvor integreret samarbejdsprocessen og de tilrettelagte forløb for borgerne kan blive, og det er derfor vigtigt, at der allerede i etableringsfasen foretages relevante afvejsninger og tages ledelsesmæssig beslutning om sammensætningen af teamet. I afprøvningen blev det generelt oplevet som en fordel at have beslutningsdygtige aktører med på møderne, selvom dette ikke altid har været muligt i praksis. Flere teams erfarede også, at en tæt tilknytning af jobcenter og praktiserende læger til teamet var vigtigt for muligheden for at tilrettelægge de rette indsatser for borgerne.

Det anbefales, at hver borger får en fast kontaktperson i teamet, da relationen mellem borger og medarbejder er vigtig for forløbet for borgere med sindslidelse og misbrug. Denne relation er særlig vigtig i starten af et forløb med en borger. Når borgerens motivation for ændringer styrkes, vil det være muligt – hvis der er behov herfor – at præsentere borgeren for nogle af teamets øvrige medlemmer. Kontaktpersonen fungerer som borgerens faste holdpunkt i den integrerede indsats. Det vil derfor typisk være kontaktpersonen, som opsøger borgeren og taler med borgeren om motivationen for at indgå i et behandlingsforløb. Samtidig vil kontaktpersonen også være dén person, som borgeren typisk henvender sig til, hvis denne har behov for støtte. Kontaktpersonen fungerer således som en casemanager og er i forhold til i teamet ansvarlig for at skabe overblik over borgerens samlede situation og sikre fremdrift og sammenhæng i borgerens forløb. Det er således casemanagers ansvar, at indsatsen bliver integreret. Det er dog afgørende, at alle involverede personer i teamet kender til borgernes problemstillinger, da hele grundlaget for at kunne yde en integreret indsats er, at alle fagvinkler fra henholdsvis misbrugs-, psykiatri- og socialområdet inddrages kontinuerligt og i hele forløbet.

3.3.1 Gode råd og opmærksomhedspunkter

Afprøvningen af modellen for en integreret indsats har ført til en række erfaringer med sammensætningen af det tværfaglige team i praksis, der opsummeres i tabellen nedenfor.

Gode råd og opmærksomhedspunkter i forhold til det tværfaglige team

- Det er en mulighed at tilknytte to kontaktpersoner (en fra hver sektor) til den enkelte borger, der danner et miniteam omkring borgerens forløb. Dette indebærer dog øgede krav til koordinering og kommunikation mellem de to kontaktpersoner.
 - Det er i de fleste tilfælde en fordel af have et bredt sammensat team, hvor også jobcentre og praktiserende læger indgår.
 - En tværsektoriel tovholder kan bidrage til den generelle og praktiske koordinering mellem sektorerne uafhængigt af det enkelte borgerforløb. Den tværsektorielle tovholderfunktion understøtter således den fælles proces med mødeindkaldelser, dagsordner mv. og sikrer en smidigere dialog og koordinering mellem sektorer.
 - Der kan med fordel gennemføres et kulturudvekslingsspor, hvor igennem teamet opnår kendskab til arbejdsgange, handlemuligheder og vaner i de deltagende sektorer og afdelinger. Dette er medvirkende til at sikre oplevelsen af, at man på trods af forskellige tilgang arbejder sammen med et fælles formål.
-



3.4 Opsøgende tilgang

Den opsøgende tilgang bygger på et udgangspunkt om, at indsatsen kan ydes dér, hvor borgeren befinder sig, for eksempel på gaden, i egen bolig, på hospitalet under indlæggelse eller i et botilbud. Herudover er det et grundelement i tilgangen, at indsatsen er vedholdende. Det betyder blandt andet, at hvis borgeren ikke overholder aftaler, opsøges vedkommende aktivt af kontaktpersonen. Den opsøgende og vedholdende tilgang er dermed med til at mindske andelen af borgere med sindslidelse og misbrug, der falder fra i løbet af et forløb, og understøtter arbejdet med den motiverende tilgang. I den forbindelse er det vigtigt at understrege, at borgeren ikke må presses til noget, som vedkommende ikke er motiveret for, jf. kapitel 4 om den motivationsbaserede tilgang.

Den opsøgende tilgang bør, sammen med den motivationsbaserede tilgang, anvendes til at sikre fastholdelse af borgerne igennem hele forløbet. Det opsøgende arbejde anvendes således både i forbindelse med den indledende relationsdannelse til aktivt at fastholde borgeren i perioder af ustabilitet og i forbindelse med egentlige støtte- og behandlingsindsatser, hvis borgeren ikke selv magter at møde op i psykiatrien eller kommunen.

Eksempel fra afprøvningen

Den opsøgende tilgang har gjort en stor forskel for borgerne i projektet. Én af borgerne fortæller for eksempel, at han er mødt med medlemmer af teamet hjemme hos sig selv. Det har været en stor fordel, at de har besøgt ham derhjemme, fordi det nogle gange kan være svært for ham at komme ud ad døren.

Det tværfaglige team bør arbejde ud fra devisen om, at teamet altid skal kunne rumme alle borgere med sindslidelse og misbrug. Det tværfaglige team skal derfor være opsøgende i forhold til at engagere og opspore borgere, der ikke tidligere har været i et behandlingsforløb, og i forhold til at engagere/re-engagere borgere, der er ved at falde fra et behandlingsforløb.

Erfaringen fra afprøvningen af den integrerede indsats har været, at den opsøgende tilgang, sammen med den motivationsbaserede tilgang, er en helt afgørende del af den integrerede indsats, og i høj grad er med til at sikre, at borgere med komplekse problemer kan fastholdes i indsatsen. Samtidig er det også erfaringen, at den opsøgende tilgang er både udfordrende og ressourcekrævende i praksis, blandt andet fordi nogle i målgruppen har komplekse problemer med bl.a. udadreagerende adfærd.

3.4.1 Gode råd og opmærksomhedspunkter

Også i forhold til den praktiske anvendelse af den opsøgende og vedholdende indsats er der i afprøvningsperioden opnået en række erfaringer, der er anvendelige for kommuner og regioner i det fremadrettede arbejde med modellen for en integreret indsats. I det nedenstående opsummeres de væsentligste erfaringer i form af gode råd og særlige opmærksomhedspunkter.

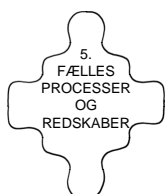
Gode råd og opmærksomhedspunkter i forhold til den opsøgende og vedholdende tilgang

- Kernen i den opsøgende og vedholdende tilgang er fleksibilitet og tilpasning til borgernes ønsker og behov. Det vigtigste er ikke, at teamet møder borgeren et bestemt sted, men at teamet møder borgeren under de forhold, der bedst muligt understøtter borgernes fastholdelse og motivation.
 - De udgående aktiviteter behøver ikke i alle tilfælde at involvere alle medlemmer af det tværfaglige team, da dette kan gøre den opsøgende indsats uflexibel. Teamet bør dog bestræbe sig på at sikre, at den opsøgende indsats bliver gennemført af medarbejdere fra begge sektorer med kompetencer til at foretage de undersøgelser og samtaler, der er forudsætninger for en tilstrækkelig tværfaglig udredning.
 - Fastholdelse af kontakten foregår naturligvis ved at ringe og opsøge borgeren i hjemmet. Men det er også vigtigt, at borgeren oplever, at kontaktpersonen altid er tilgængelig via flere kanaler (telefon, sms og mail), når borgeren selv ønsker at tage kontakt.
-

Gode råd og opmærksomhedspunkter i forhold til den opsøgende og vedholdende tilgang

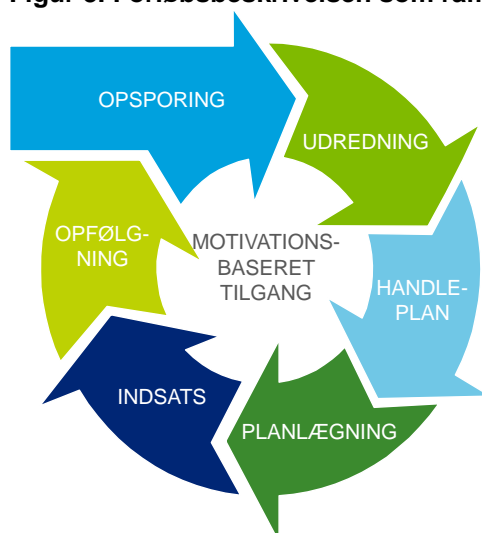
- Borgerens tilknytning til den integrerede indsats og det opsøgende og vedholdende arbejde i denne kontekst kan betyde, at behandlingssystemerne udenfor teamet er mere villige til at acceptere ustabile perioder uden at afslutte borgerens indsats.
-

3.5 Fælles processer og redskaber



De foregående afsnit har givet anvisninger til, hvordan samarbejdet på tværs af kommune og region kan etableres med henblik på at sikre en integreret indsats. Den integrerede indsats sikres dog også i høj grad ved, at der etableres fælles processer og anvendes fælles redskaber, da det tværfaglige team herigennem får fælles arbejdsmetoder og tilgange til arbejdet med borgerne. De fælles processer og redskaber operationaliseres som beskrevet i forløbsbeskrivelsen, der udgør køreplanen for det enkelte borgerforløb.

Figur 3. Forløbsbeskrivelsen som ramme for en integreret indsats



Forløbsbeskrivelsens seks faser beskrives i det følgende.

3.5.1 Opsporing

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

Da de enkelte kommuner og regioner er forskelligt organiseret, vil de konkrete fremgangsmåder til opsporing variere på tværs. Det er derfor vigtigt, at der lokalt tages stilling til, hvordan det sikres, at borgere systematisk bliver screenet i forhold til relevansen af den integrerede indsats.

Dette kan foregå gennem det tværfaglige teams eget opsøgende arbejde, men typisk vil opsporingen med fordel kunne finde sted i samarbejde med de aktører, der normalt er i kon-

takt med målgruppen. Der er en lang række aktører, der kan være relevante i denne sammenhæng. Det drejer sig især om de udførende og udgående led i kommuner og regioner, men også om en lang række andre aktører som for eksempel akutmodtagelser, praktiserende læger, politiet og eventuelle frivillige tilbud for målgruppen. Herudover viser afprøvnin-gen, at det kan være en udfordring at sikre kendskabet til indsatsen blandt aktører uden for kommune og regionpsykiatri, herunder praktiserende læger og kriminalforsorgen, hvorfor der med fordel kan rettes ekstra fokus mod disse aktører i formidlingsarbejdet.

Eksempel fra afprøvningen

Projekterne har gjort brug af mange forskellige metoder til at oplyse samarbejdspartnerne om målgruppen og om den integrerede indsats. Projekter har for eksempel sendt pjecer rundt til alle læger i kommunen, udarbejdet hjemmesider, visitkort og nyhedsbreve, præsenteret projektet på møder, hvor ledere fra eksempelvis støttekontaktpersonteamet og bostøtteteamet har deltaget, og afholdt årlige informationsmøder for en bredere skare.

Et vigtigt element i det opsporende arbejde er altså at informere disse aktører om målgruppen og den integrerede indsats, så de ved, hvor borgere i målgruppen skal henvises til. Samtidig kan man med fordel søge at klæde disse aktører på til at identificere borgere i målgruppen ved at fastlægge en simpel metode til en indledende screening, som de kan anvende i forhold til både kendte og nye borgere. På den måde sikres det, at borgere med sindslidelse og misbrug, der kommer i kontakt med det offentlige system, også henvises til det tværfaglige team. I bilag A findes en ramme for en kommunikationsplan, der kan understøtte arbejdet med at informere og inddrage samarbejdspartnere.

Når nye borgere i målgruppen er opsporet og henvist til det tværfaglige team, kan der i teamet foretages en yderligere vurdering af, om borgeren bør tilknyttes teamet.

Indhentning af samtykke

Medarbejderne i det tværfaglige team besidder forskellige faglige perspektiver på borgernes problemstillinger og har måske hver især kendskab til den konkrete borgers forhold, der kan være til gavn i den tværfaglige drøftelse af problemstillingerne og det fremadrettede forløb. Medarbejderne må dog ikke udveksle oplysninger om borgerne uden gennem samtykke at have fået tilladelse hertil af borgerne. Hvis borgerne formelt skal tilknyttes det tværfaglige team, følger det af retssikkerhedslovens § 11, forvaltningslovens § 28 og persondatalovens § 6, at der skal indhentes samtykke fra borgerne.

Skabelonen er vist nedenfor og findes herudover i bilag B.

Bilag B.
Samtykkeerklæring

Oplysninger om borgeren

Borgers navn: _____
Borgers op-nummer: _____

Der gives samtykke til, at følgende må indhente oplysninger:

Det hærflaple team (sontalpersone navn): _____ Telefonnummer: _____
Adresse: _____

Oplysningerne indhentes fra:
(Sæt kryds)

Socialpsykiatrien
 Rusmiddelcentret
 Jobcentret
 Regionspsykiatrien
 Egen læge
 Borgerservice

Andre: _____

Formålet med indhentning af oplysninger:

Beskrivelse af oplysningerne:

Du kan tilbagekalde et samtykke til indhentning af oplysninger, j. persondatalovers § 33.

Borgers underskrift

Dato: _____ Underskrift: _____

Musk af teamet altid har orientere sig i de gældende regler for udveklaling af oplysninger ved brug af samtykkeskemaet, herunder retningsledelsesloven, forvaltningsloven og persondatalovers.

Samtykket skal indeholde oplysninger om, fra hvem oplysningerne indhentes, formålet med at indhente oplysninger, og hvilke oplysninger der ønskes indhentet. Det er afgørende, at beskrivelsen af formålet og typen af oplysninger er så præcis som muligt, da borgeren skal være indforstået og kunne forstå konsekvenserne. Når borgeren har givet samtykke, kan indsatsen i teamet iværksættes.

3.5.2 Motivationsbaseret tilgang

Når en borger er opsporet og tilknyttet teamet, er næste skridt at finde ud af, om den pågældende borger er motiveret for at komme i behandling. Det er ikke sikkert, at en borger med sindslidelse har overskud til også at fokusere på sit alkoholmisbrug, eller måske vil borgeren ikke anerkende, at der er tale om et misbrug. På samme vis kan det være svært for en borger med misbrug at anerkende, at vedkommende også har nogle psykiske udfordringer. I sådanne tilfælde kan der være behov for med små skridt og med anvendelse af den motivationsbaserede tilgang at få borgeren til at se, at den ene lidelse kan være en medvirkende årsag til den anden, og at borgeren for på sigt at få kontrol over sit liv har behov for at fokusere på begge lidelser.

Den motivationsbaserede tilgang har således til formål at sikre, at borgeren opnår, fastholder og øger sin motivation for at blive behandlet for sine lidelser og opnå bedring. Tilgangen er derfor ikke alene relevant i de indledende faser af samarbejdet med borgeren, men igennem hele borgerens forløb i den integrerede indsats.

Eksempel fra afprøvningen

Projekterne har oplevet, at den motivationsbaserede tilgang sammen med den opsøgende tilgang har hjulpet til at skabe en positiv udvikling selv hos borgere med meget komplekse problemer. De har samtidig erfaret, at det kan være svært for mennesker med sindslidelse og samtidigt misbrug at fastholde motivationen for ændringer i længere tid. Derfor er det nødvendigt med en meget vedholdende tilgang – også over længere perioder.

Tilgangen indebærer, at der arbejdes målrettet på at øge borgerens motivationsniveau, men også på, at de støtte- og behandlingsindsatser, der igangsættes, modsvarer det motivationsniveau, som borgeren aktuelt befinder sig på, for dermed at øge chancen for, at borgeren kan fastholdes og opnå bedring.

Derfor er det også et centralt element i den motivationsbaserede tilgang, at borgeren igennem hele forløbet inddrages aktivt og har mulighed for at påvirke forløbets tilrettelæggelse og indgå i væsentlige drøftelser.

Den motivationsbaserede tilgang udgør derfor ikke en selvstændig fase i forløbsbeskrivelsen, fordi den indgår i arbejdet i alle faserne. Tilgangen udgør et helt centralt fagligt bagtæppe for den borgerrettede del af den integrerede indsats og behandles derfor særskilt i kapitel 4. Afprøvningen viser som beskrevet, at det motivationsbaserede arbejde med borgerne sammen med den opsøgende tilgang er med til at sikre både fastholdelse og udvikling blandt borgerne.

3.5.3 Helhedsorienteret udredning

For at være i stand til at yde borgerne en målrettet og integreret støtte og behandling er det afgørende, at teamet har en fælles forståelse af borgernes situation og behov. En helhedsorienteret udredning af borgeren er med til at understøtte teamets samarbejde og udgør grundlaget for den fælles indsats, der skal igangsættes for den enkelte borger. Samtidig er det vigtigt, at udredningsarbejdet understøtter inddragelsen af borgeren, så der lægges vægt på borgerens egen oplevelse af sin situation.

Udredningen bør tage udgangspunkt i al tilgængelig viden om den enkelte borger, herunder information fra borgeren selv, tidligere udredninger, information fra borgerens læge, psykiater, støtteperson, familie/netværk mv. Herudover indgår den motivationsbaserede tilgang som en integreret del af udredningen, idet det er væsentligt for det videre arbejde med borgeren, at vedkommendes motivation for ændringer analyseres. Kun herved kan der udarbejdes en målrettet handleplan og efterfølgende en konkret behandlingsplan.

Eksempel fra afprøvningen

Igennem de to år, hvor projekterne har afprøvet den integrerede indsats, er der nogle af medarbejderne i de tværfaglige team, der er stoppet, og nye, der er kommet til. Projekterne har fundet ud af, at det er vigtigt at have en plan for, hvordan nye medarbejdere bliver introduceret til udredningen og handleplanen.

Voksenudredningsmetoden indeholder et konkret udredningsredskab, der sikrer, at teamet kommer rundt om de væsentligste aspekter af borgerens situation. Udover den konkrete sindslidelse og misbruget understøtter redskabet også afdækning og drøftelse af vedkommendes økonomi, sociale liv, sundhed, kriminalitet, omgivelsernes betydning, egenomsorg,

mobilitet mv. Voksenudredningsmetodens udredning understøtter endvidere, at borgeren inddrages, og at vedkommendes egen oplevelse får en selvstændig plads i udredningen. En beskrivelse af udredningsredskabet findes i afsnit 5.1, og i bilagssektionen findes selve udredningsredskabet samt en vejledning i, hvordan det anvendes.

3.5.4 Handleplan og individuelle mål

På baggrund af udredningen af borgeren udarbejdes en samlet handleplan, der beskriver målene med indsatsen, indsatsens indhold, omfang og varighed og særlige forhold af betydning for indsatsen.

Som et centralt element beskriver handleplanen de individuelle formål med og mål for indsatsen, og disse formuleres i samarbejde med borgeren. Målene opstilles med afsæt i en fælles handleplan, der bygger på den enkeltes umiddelbare ønsker, behov og motivation for støtte og behandling. De forskellige faglige vinkler og den fælles problemforståelse i det tværfaglige team sikrer, at forløbet og indsatserne fra starten bliver integreret og sammenhængende på trods af borgerens sammensatte problemer. En beskrivelse af indholdet i en handleplan findes i afsnit 5.2, og der findes ligeledes en vejledning til anvendelsen i bilagssektionen, sammen med redskabet selv.

Eksempel fra afprøvningen

I flere af projekterne har teamet og borgeren i fællesskab udarbejdet handleplanen. De har oplevet, at dette fælles arbejde betyder, at alle parter i højere grad tager ejerskab til handleplanen – borgerne såvel som medarbejderne i de involverede sektorer.

Handleplanen fungerer i det fremadrettede arbejde med den enkelte borger som et egentligt samarbejdsredskab, som alle involverede parter, herunder borgeren selv og vedkommendes netværk, skal tage udgangspunkt i, når indsatsen igangsættes, og ikke mindst når der følges op på resultaterne.

3.5.5 Planlægning

På baggrund af udredningen af borgerens individuelle behov og de mål og indsatser, der er beskrevet i handleplanen, og den viden, der etableres i det tværfaglige team, planlægges et behandlings- og støtteforløb, der er specifikt målrettet den enkelte borger.

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

Planlægningen skal sikre, at:

- Der udarbejdes en integreret støtte- og behandlingsplan, der adresserer alle udredte faktorer og samspillet mellem sindslidelsen og misbruget.
- Der udarbejdes en kriseplan, der tager højde for mulige kriser afledt af såvel sindslidelsen som misbruget. Kriser kan for eksempel dreje sig om hjemløshed, tilbagefald og lovgivningsmæssige problemer.

- Tilrettelæggelsen af behandlingsforløbet afspejler en fasebaseret tilgang. Det vil sige, at planen tager højde for borgerens individuelle motivationsniveau og afspejler forståelse af den nødvendige og rette sammenhæng i forløbet. I kapitel 0 gennemgås den motivationsbaserede tilgang.
- Indsatsen tilrettelægges ud fra et helhedsorienteret perspektiv, der adresserer borgerens samlede behov.

Eksempel fra afprøvningen

Projekterne har erfaret, at det kræver en individuel vurdering, om det er relevant at udarbejde en kriseplan med den enkelte borger. I de fleste tilfælde har projekterne oplevet, at det har været gavnligt for borgeren at få italesat krisetegn og mestringsstrategier. Andre borgere har ikke haft en stabil periode, hvor de kunne reflektere over disse forhold, eller har ikke haft overskud til at anvende kriseplanen, når det blev relevant.

3.5.6 Indsats

Indsatsen tager udgangspunkt i udredningen, handleplanen og borgerens motivationsniveau.

De metoder, det er hensigtsmæssigt at anvende i den konkrete indsats, fastlægges i det tværfaglige team. Typisk vil de lokale serviceniveauer og den vifte af støtte- og behandlingstilbud, der eksisterer i kommune og region, sætte rammerne for, hvilke indsatser der tildeles. Det er dog vigtigt, at der i tilrettelæggelsen af indsatser tages højde for borgerens motivationsniveau.

I kapitel 0 gennemgås den motivationsbaserede tilgang, og der gives eksempler på, hvilke faglige metoder og indsatser der kan være relevante at anvende i forhold til borgerens konkrete motivationsniveau.

Indsatsen bygger på en langtidsorienteret strategi og tilrettelægges under hensyntagen til behovet for kontinuitet i behandlingsforløbet. Behovet for minimering af følgevirkninger adresseres og indgår som en integreret del af tilbuddet til målgruppen.

3.5.7 Opfølgning

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

Modellen for en integreret indsats indebærer en tæt opfølgning med borgerne blandt andet igennem en hyppig opfølgningsskandence. Dette skyldes blandt andet, at borgere med sindslidelse og misbrug kan opleve store udsving i deres forløb. Det vil sige, at det er vigtigt, at en periode med tilbagefald i misbrug eller styrkede symptomer på sindslidelsen identificeres og håndteres hurtigt, for at fastholde og sikre fremgang.

Den hyppige opfølgning vil dog i nogle kommuner og regioner kræve et særligt fokus, idet der i dag arbejdes med længere intervaller mellem opfølgningerne. Derfor kræver den integrerede indsats en ledelsesmæssig prioritering af ressourcer til hyppig opfølgning på den

enkelte borger. I afprøvningen af metoden blev en opfølgningsskandence på 3 måneder anvendt. Borgernes kontaktpersoner var dog i løbende kontakt ind imellem disse opfølgninger. I afsnit 5.3 findes en beskrivelse af de elementer, der bør være indeholdt i en opfølgning.

3.5.8 Gode råd og opmærksomhedspunkter

De kommuner og regioner, der har arbejdet med den integrerede indsats, har gjort sig en række erfaringer i at anvende forløbsbeskrivelsen i praksis, der kan være til gavn for andre, der ønsker at anvende modellen. Disse opsummeres nedenfor.

Gode råd og opmærksomhedspunkter i forhold til forløbsbeskrivelsen

- Det kræver en klar og vedholdende kommunikationsstrategi at sikre, at relevante opsporende samarbejdspartnere ikke alene har kendskab til projektet, men også ser gevinsterne ved den integrerede indsats for borgerne.
 - Det kan være en god ide ikke på forhånd at indsnævre målgruppen unødigt (or eksempel til konkrete diagnoser), da dette kan betyde, at borgere udelukkes, der kunne have glæde af en integreret indsats, herunder dem, der endnu ikke er diagnosticeret.
 - Det er vigtigt at arbejde dynamisk med modellen, så ét trin ikke behøver at være afsluttet, før det næste kan påbegyndes. Der kan for eksempel udarbejdes en indledende udredning som grundlag for en midlertidig handleplan, der senere kan udbygges og tilpasses, når mere information tilvejebringes. Ligeledes kan opfølgning ikke altid afvente endeligt afsluttede udredninger og handleplaner.
 - Teamet kan nemt komme til at fokusere meget på metoder, arbejdsredskaber og koordinering, fordi disse elementer udgør den konkrete og håndgribelige del af den integrerede indsats. Det er derfor meget vigtigt at holde sig for øje, hvad formålet med indsatsen er, nemlig at skræddersy et integreret forløb tilpasset den enkelte borgers ønsker, motivation og behov.
 - Det er meget vigtigt, at der foretages løbende opfølgning på, hvordan redskaberne anvendes i praksis, og at gode råd og erfaringer deles på tværs. Det kan tage tid at blive fortrolig med metoden, og der bør derfor være fokus på løbende udvikling og sparring.
 - I praksis vil teamet typisk ikke selv kunne levere alle de relevante indsatser til borgeren. I disse situationer kan det overvejes at arbejde med separate, fagspecifikke behandlingsplaner eller pædagogiske planer. Det er dog meget vigtigt, at det er klart for alle involverede, hvordan de enkelte indsatser bidrager til det fælles formål i handleplanen, og hvordan indsatserne påvirker hinanden. Dette bør dokumenteres i de enkelte planer og i den fælles handleplan.
-

4. Den motivationsbaserede tilgang

Resultaterne af den integrerede indsats vil afhænge meget af, om borgeren er motiveret for at indgå og medvirke i indsatsen. Tilrettelæggelse af indsatser for borgere med sindslidelse og misbrug bør således tage udgangspunkt i, i hvilken grad den enkelte borger er motiveret for ændringer i vedkommendes liv.

Det er langt fra sikkert, at borgeren i starten af et forløb er motiveret for at blive misbrugsfri og/eller vil erkende, at vedkommende har en sindslidelse. Ofte vil det snarere være tilfældet, at borgeren skal motiveres til at have løbende kontakt med en medarbejder fra det tværfaglige team, og indledningsvis handler det således om at opbygge et tillidsforhold mellem borger og medarbejder.

Når der er opbygget et tillidsforhold eller en såkaldt arbejdsalliance mellem borger og medarbejder, bliver det muligt at arbejde mere konkret med borgeren og vedkommendes ønsker til livet fremadrettet. I første omgang kan det handle om at få genetableret kontakten til familien, og i mange tilfælde kan der først på noget længere sigt udvikles et håb og ønske om at blive misbrugsfri og arbejde henimod recovery. Den motivationsbaserede tilgang lægger op til, at borgeren bliver mødt dér, hvor borgeren er, og at medarbejderen og det tværfaglige team ikke presser borgeren for hurtigt i en bestemt retning.

Afprøvningen af modellen har vist, at den motivationsbaserede tilgang er et virkningsfuldt redskab, særligt kombineret med en aktivt opsøgende og vedholdende indsats. Tilbagemeldingen fra praktikerne er, at fokus på borgerens motivation gennem en aktivt opsøgende og vedholdende indsats betyder, at den integrerede indsats formår at rumme og fastholde en række borgere, der sandsynligvis ville være faldet fra eller afsluttet for tidligt i de normale tilbud. Samtidig viser afprøvningens resultater, at næsten halvdelen af borgerne, der har modtaget en integreret indsats, har haft et stigende motivationsniveau igennem deres forløb, mens en relativt lille andel af borgere har haft et faldende motivationsniveau.³

4.1 Motivationstrin

Den motivationsbaserede tilgang tager udgangspunkt i, at motivation – og udvikling af motivation – er forskellig fra borger til borger, da borgernes ønsker om ændringer kan være forskellige og dermed også deres mål. Anvendelse af motivationstrin kan give det tværfaglige team værdifuld information i forhold til fastsættelse af de mest opnåelige og presserende mål, der bør være i fokus i samarbejdet med borgeren, og dermed også i forhold til hvilke

³ Deloitte (2015). Integreret indsats for sindslidende med misbrug. Evalueringsrapport. Rapporten kan findes på socialstyrelsen.dk.

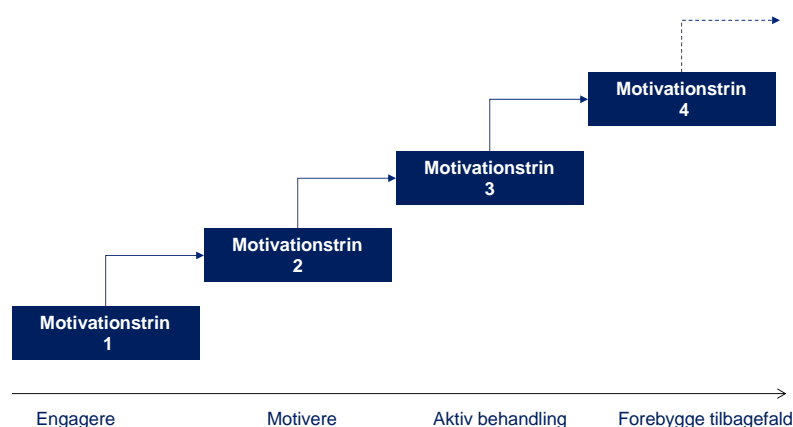
indsatser der skal igangsættes. Den motivationsbaserede tilgang skaber ligeledes et godt fundament for borgerinddragelse i forløbet.

Motivationstrinene blev oprindeligt beskrevet af Osher og Kofoed (1989)⁴ og er senere blandt andet anvendt af Mueser. Osher og Kofoed observerede, at recovery af borgere med sindslidelse og misbrug kan opdeles i fire trin:

1. Engagere
2. Motivere
3. Aktiv behandling
4. Forebygge tilbagefald.

Trinene er illustreret nedenfor ved hjælp af en motivationstrappe for at illustrere, at borgeren på trin 4 er mest motiveret for ændringer.

Figur 4. Motivationstrappen



Ved at beskrive, i hvor høj grad borgeren er motiveret for ændringer og dermed, hvilket motivationstrin vedkommende befinder sig på, kan passende mål fastlægges, og en behandlingsplan formuleres. Under hvert trin er det op til det tværfaglige team i samarbejde med den enkelte borger at træffe beslutning om, hvilke indsatser der vurderes mest hensigtsmæssige at gøre brug af.

Den motivationsbaserede tilgang bør således være integreret i det tværfaglige teams daglige arbejde, når der skal udarbejdes både helhedsorienterede udredninger, handleplaner og specifikke behandlingsplaner. Det skal løbende vurderes, om borgerens motivationsniveau ændrer sig. Hvis der i det tværfaglige team ofte er uenighed om borgernes motivationsniveau, kan det være tegn på, at den motivationsbaserede tilgang ikke anvendes korrekt og ensartet på tværs af medarbejderne.

⁴ Osher, F.C. & Kofoed, L.L. (1989). Treatment of patients with psychiatric and psychoactive substance use disorders. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 1025-1030.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at arbejdet på nogle trin kan være langvarigt. For nogle borgere kan det tage lang tid at opnå en stabil relation og tillid, og dermed bevæge sig fra trin 1 til trin 2. For andre kan skridtet fra det motiverende trin til den aktive behandling være meget vanskeligt, og derfor tage lang tid. Det skal dog understreges, at der i udgangspunktet skal være plads til alle borgere i målgruppen i den integrerede indsats, også selvom det på kort og mellemlangt sigt er vanskeligt at identificere en konkret udvikling.

Det er ikke muligt at sige noget generelt om varigheden af de enkelte trin, da alle borgerforløb er individuelle. Afprøvningen af modellen har vist, at det i nogle tilfælde kan tage meget lang tid for borgerne at opnå et øget motivationsniveau. Mens nogle har flyttet sig hurtigt, har andre kun set en meget begrænset udvikling i motivationsniveau igennem halvandet års indsats.

Den motivationsbaserede tilgang er målrettet borgere med sindslidelse og misbrug, men i beskrivelserne af de enkelte trin i det følgende vil der være mest fokus på misbrug.

I tabellen nedenfor er de fire trin defineret, og målene for de enkelte trin er beskrevet.

Tablet 1. Motivationstrin, definitioner og mål

Trin	Definition	Mål
Engagere	Borgeren har ikke jævnlig kontakt med en medarbejder fra det tværfaglige team.	At etablere en arbejdsalliance/relation med borgeren.
Motivere	Borgeren har jævnlig kontakt med en medarbejder fra det tværfaglige team, men ønsker ikke at arbejde på at reducere misbruget.	At afdække borgerens oplevelse af eget misbrug, minimere negative følgevirkninger og øge borgerens motivation til ændringer.
Aktiv behandling	Borgeren er motiveret for at reducere misbruget i mindst én måned, men mindre end samlede seks måneder.	At hjælpe borgeren med at reducere misbruget yderligere og hvis muligt blive fri for misbruget.
Forebygge tilbagefald	Borgeren har ikke haft problemer relateret til misbrug i mindst seks måneder (eller er misbrugsfri).	At gøre borgeren opmærksom på, at tilbagefald kan ske, og udvide fokus for recoveryprocessen til også at omfatte andre områder (fx sociale relationer og arbejde).

Kilde: Mueser et al. (2003).

Nedenfor vil trinene blive yderligere beskrevet.

Redskab til vurdering af borgerens motivationstrin

Til brug for vurdering af den enkelte borgers motivationsniveau kan der tages udgangspunkt i metoden *Substance Abuse Treatment Scale – Revised (SATS-R)*, der er udviklet af Mueser m.fl. i 1995. Metoden giver det tværfaglige team mulighed for indenfor otte undertrin at vurdere, hvilket motivationsniveau borgeren befinder sig på. Metoden vises nedenfor og findes i bilag J.

Motivationstrin	
<input type="checkbox"/> <i>Præ-engagere</i>	Borgeren har ikke kontakt med en behandler.
<input type="checkbox"/> <i>Engagere</i>	Borgeren har ikke jævnlig kontakt med en behandler. Borgeren afviser at have et problem og er ikke motiveret til at ændre adfærd.
<input type="checkbox"/> <i>Tidlig motivation</i>	Borgeren har jævnlig kontakt med en behandler. Borgeren har fortsat det samme misbrugsbehov, eller har reduceret misbruget inden for de seneste to uger. Borgeren begynder at erkende, at der kan være et problem, men er kun helt indledningsvist parat til at gøre noget ved det.
<input type="checkbox"/> <i>Sen motivation</i>	Borgeren har jævnlig kontakt med en behandler. Borgeren viser tegn på, at misbruget er reduceret inden for 2-4 uger (færre stoffer, mindre mængde eller begge). Borgeren beslutter sig for en forandring og begynder at forberede den.
<input type="checkbox"/> <i>Tidlig aktiv behandling</i>	Borgeren er engageret i behandling. Borgeren har reduceret misbruget i mere end en måned. Borgeren begynder at foretage ændringer og samarbejder omkring problemet.
<input type="checkbox"/> <i>Sen aktiv behandling</i>	Borgeren er engageret i behandling. Borgeren har ikke haft et misbrug i 1-5 måneder. Borgeren har ændret adfærd og samarbejder omkring problemet.
<input type="checkbox"/> <i>Undgå tilbagefald</i>	Borgeren er engageret i behandling. Borgeren har ikke haft et misbrug i de seneste 6 måneder. Borgeren ønsker at fastholde ændringerne.
<input type="checkbox"/> <i>I bedring eller fuld recovery</i>	Borgeren har ikke haft et misbrug i mere end et år. Borgeren har ikke haft et tilbagefald i mere end et år.

Som beskrevet bør vurderingen af motivationsniveau være en integreret del af det tværfaglige arbejde med borgeren. Både i udredning og handleplan indgår felter til angivelse af motivationsniveau derfor for at understøtte, at borgerens støttebehov vurderes med udgangspunkt i vedkommendes motivation, og at indsatser planlægges med samme fokus.

I forbindelse med vurderingen af borgernes motivationstrin er det afgørende, at der tages udgangspunkt i den enkelte borgers faktiske adfærd såvel som vedkommendes verbale udsagn. At definere motivation i forhold til den enkelte borgers faktiske adfærd kan spare frustration hos medarbejderen og det tværfaglige team, da der alternativt kan være risiko for, at der igangsættes behandling for tidligt.

4.1.1 Trin 1. Engagere

Motivationstrin 1 er karakteriseret ved, at der endnu ikke er etableret en relation mellem det tværfaglige team og borgeren. Uden en egentlig relation er det umuligt for det tværfaglige team at hjælpe borgeren med eksempelvis at modificere vedkommendes misbrug og adfærd knyttet hertil. Målet for dette første trin er således at etablere en arbejdsalliance/relation mellem borger og en medarbejder i det tværfaglige team. Arbejdsalliancen indebærer, at borgeren er engageret, og at vedkommende ser medarbejderen på jævnlig basis.

Borgere, der ikke er aktivt engageret i behandling for de to lidelser, har ofte kun sporadisk og usystematisk kontakt med behandlingssystemet og opnår derfor ikke et tillidsforhold til en behandler. For at etablere en god relation og arbejdsalliance kan det derfor være nødvendigt, at medarbejderen er opsøgende, jf. samarbejdsmodellens fjerde element.

Indhold i arbejdet under det engagerende trin

Processen i det engagerende trin begynder typisk med at tilbyde borgeren praktisk assistance relateret til mad, tøj, bolig mv. I forbindelse med udførelsen af disse praktiske opgaver er det vigtigt, at medarbejderen observerer borgeren med henblik på at kunne forstå og respondere på vedkommendes sprog, adfærd og usagte behov. Herved er det forventningen, at der udvikles en vis tillid og åbenhed mellem borger og medarbejder.

I løbet af det engagerende trin vil medarbejderen typisk ikke berøre misbruget direkte. I stedet vil fokus være rettet mod at lære borgeren at kende og udvikle et forhold, der senere kan danne grundlag for at modificere borgerens misbrug. Tidlige forsøg på at skubbe borgeren i retning af at nedsætte misbruget ender ofte uden succes, da borgeren initialt skal have udviklet motivation og færdigheder og have støtte til at arbejde henimod en sundere livsstil uden misbrug.

Tabellen nedenfor giver eksempler på, hvilke indsatser der kan være hensigtsmæssige at iværksætte under det engagerende trin.

Eksempler på relevante indsatser under det engagerende trin

- Opsøgende indsats
 - Praktisk assistance (fx mad, tøj, bolig og medicin)
 - Kriseinterventioner
 - Støtte og assistance i forhold til sociale netværk
 - Stabilisering af psykiatriske symptomer
 - Familie/netværksmøder
 - Tæt monitorering
-

Kilde: Mueser et al. (2003).

4.1.2 Trin 2. Motivere

Når der er etableret jævnlig kontakt, og der er opnået en god relation mellem borger og medarbejder, er der fortsat mange borgere, der ikke anerkender de negative konsekvenser af deres misbrug, og misbrugsadfærden bliver således ikke ændret. Det motiverende trin handler derfor om at hjælpe borgeren til at reflektere over og undersøge, hvordan misbruget påvirker vedkommendes hverdag, og hvilken indflydelse misbruget har i forhold til opnåelse af borgerens egne mål og ønsker, samt at indgyde håb i borgeren om, at livet kan ændres til det bedre, hvis misbruget reduceres.

Indhold i arbejdet under motivationstrinet

Der kan anvendes forskellige strategier, når borgerne skal hjælpes med at forstå, hvordan deres misbrug også kan influere negativt på deres liv.

Borgeren og de pårørende har ofte stor nytte af at få mere viden om den psykiatriske lidelse, misbruget, sammenhængen mellem disse to samt principperne i behandlingen, for eksempel gennem psykoedukation.

Den individuelle rådgivning under dette trin kan tage udgangspunkt i den evidensbaserede samtaleteknik "Den motiverende samtale"⁵. Samtaleformen sætter borgeren i stand til at identificere sine personlige mål og får samtidig vedkommende til at indse, at misbruget står i vejen for at opnå disse mål. Der anvendes således en ikke-konfronterende strategi, der har til hensigt at få borgeren til at se sammenhængen mellem misbruget og vigtige mål med livet.

Gruppeinterventioner kan hjælpe mange borgere med at udvikle motivation til at adressere problemer relateret til misbruget. Gruppeterapi (persuasion groups) er designet til åbent – uden kritik – at kunne diskutere erfaringer med alkohol og stoffer blandt ligesindede, herunder både negative og positive effekter. Grupper med træning i sociale færdigheder og individuel kognitiv adfærdsrådgivning kan hjælpe borgerne med at udvikle sundere færdigheder til at kunne opfylde behov, der ellers opfyldes via misbruget (fx socialisering, håndtering af symptomer og fritidsaktiviteter).

Essensen af motivationstrinet er at ruste borgeren til at have tilstrækkelig indsigt, mod, håb og ønske om at ændre misbruget. Motivationen til at reducere afhængigheden af stoffer eller alkohol eller at blive misbrugsfri ligger hos borgeren selv, ikke hos medarbejderen eller familien. Denne distinktion bliver ofte misforstået og kan lede til frustration hos medarbejderen, der for tidligt forsøger at overbevise borgeren om at have et mål om at blive misbrugsfri, inden tilstrækkelig motivation herfor er opnået.

Under dette trin kan der foregå mange aktiviteter, der ikke direkte er relateret til at blive misbrugsfri, herunder for eksempel at finde arbejde og forbedring af sociale færdigheder. Sådanne aktiviteter kan være med til at indgyde håb og fremme den motivation, der vil være nødvendig i forhold til at udvikle en sundere livsstil uden afhængighed af stoffer eller alkohol.

Tabellen nedenfor giver eksempler på indsatser, der kan være særlig relevante under motivationstrinet.

Eksempler på relevante indsatser under motivationstrinet

- Individuel og familieundervisning
- Den motiverende samtale
- Gruppeterapi
- Træning i sociale færdigheder individuelt eller i grupper
- Strukturerede aktiviteter (fx støttet beskæftigelse, frivilligt arbejde, hobbyer og sociale organisationer)
- Psykologisk forberedelse af livsstilsændringer, der er nødvendige for at opnå bedring
- Brug af medicin til at behandle den psykiatriske lidelse, der kan have en sekundær effekt på trangen/afhængigheden.

Kilde: Mueser et al. (2003).

⁵ <http://www.socialstyrelsen.dk/handicap/socialpsykiatri/metoder-og-tilgange/metoder-og-tilgange#motiverende-samtale>.

4.1.3 Trin 3. Aktiv behandling

En borger anses for motiveret for at reducere sit misbrug, hvis vedkommende har reduceret misbruget signifikant i mere end en måned og aktivt søger at fastholde eller forbedre reduktionen.

Under dette trin vil borgeren være så motiveret for ændringer, at øvrige relevante medarbejdere i det tværfaglige team kan introduceres for borgeren.

Målet for dette trin er at hjælpe borgeren med at reducere misbruget, så negative konsekvenser elimineres, eller med helt at blive misbrugsfri for en længere periode. Det er op til borgeren at beslutte, hvilken strategi der skal lægges. For nogle borgere vil det fra starten være målet at blive misbrugsfri, mens det for andre borgere vil være mere relevant at arbejde på at sikre skadesreduktion gennem en minimering af misbruget. Ofte vil borgere begynde deres recoveryproces ved gradvis at reducere deres forbrug af stoffer eller alkohol. Med tiden vil ønsket om at blive helt misbrugsfri udvikle sig hos nogle borgere og blive mere realistisk.

Indhold i arbejdet under det aktive behandlingstrin

Der kan anvendes en lang række forskellige metoder og strategier, når borgeren skal hjælpes med at reducere misbruget. Det vil altid være op til en konkret vurdering i forhold til den enkelte borger at afgøre, hvilken metode/hvilke metoder der skal tages i anvendelse. Traditionelle rehabiliteringsbaserede tilgange kan anvendes til at udvikle borgerens færdigheder, og disse tilgange kan implementeres i en række forskellige behandlingsformater, for eksempel individuel, familie- eller gruppeterapi. Individuel kognitiv adfærdsterapi indeholder teknikker til at reducere misbruget eller til at blive misbrugsfri og til at udvikle sociale netværk, der kan være med til at understøtte en sundere livsstil. Støttet beskæftigelse kan være med til at forbedre borgerens selvværd og vedkommendes finansielle situation, og endelig vil der være mindre tid til at indtage alkohol eller stoffer.

Aktive behandlingsgrupper og træning i sociale færdigheder kan hjælpe borgeren med at reducere misbruget, da der udvikles færdigheder til at håndtere højrisikosituationer (fx ensomhed og isolation) eller kompenserende færdigheder, der kan være med til at sikre, at borgernes behov opfyldes uden indtagelse af alkohol eller stoffer. Selvhjælpsgrupper (fx Anonyme Alkoholikere, Lænken og familiegrupper) kan være nyttige for borgere, der har som mål at blive misbrugsfri.

Selvom målet med den aktive behandling er at reducere misbruget, er det vigtigt at være opmærksom på, at vedvarende adfærdsændringer indebærer mere end at minimere misbruget. Borgerens livsstil skal generelt ændres i forhold til blandt andet arbejde, sociale relationer, bolig og fritidsaktiviteter, og på sigt forudsætter en sådan ændring afholdenhed. Indsatser under den aktive behandling bør således adressere disse bredere behov for ændringer, der er nødvendige for at opnå en ny og sundere livsstil.

Under dette trin er det normalt, at borgerne får tilbagefald og aktivt igen indtager alkohol eller stoffer. Sådanne tilbagefald bør ikke betragtes som en fiasko, men snarere som en konsekvens af det at have et misbrug. Tilbagefaldene kan anvendes til at lære mere om, hvad

årsagerne til tilbagefaldene er, og hvilke episoder eller situationer der således er særlig kritiske for borgeren. En kriseplan kan være med til at hjælpe borgeren med at identificere tidlige tegn på tilbagefald, jf. afsnit 6.2.

Hvis borgeren falder tilbage til et vedvarende misbrug, vil det være nødvendigt at gå et trin nedad til forebyggelsestrinet. Når borgeren igen er motiveret for behandling, kan den aktive behandling påbegyndes igen.

Tabellen nedenfor giver eksempler på, hvilke indsatser der kan være hensigtsmæssige at anvende under dette trin.

Eksempler på relevante indsatser under det aktive behandlingstrin

- Den motiverende samtale
 - Familie og individuel problemløsning
 - Peer groups (fx aktive behandlingsgrupper)
 - Træning i sociale færdigheder individuelt eller i grupper
 - Selvhjælpsgrupper (fx Anonyme Alkoholikere, Lænken eller familiegrupper)
 - Individuel kognitiv adfærdsrådgivning
 - Substituerende aktiviteter (fx arbejde og sport)
 - Farmakologisk behandling
 - Psykoedukation
 - Stresshåndtering
-

Kilde: Mueser et al. (2003).

4.1.4 Trin 4. Forebygge tilbagefald

Borgeren når det sidste trin på motivationstrappen, når vedkommende ikke har haft negative oplevelser relateret til misbrug eller har været misbrugsfri i mindst seks måneder. Målet for trinnet er til stadighed at være opmærksom på, at tilbagefald er en potentiel risiko. Herudover er det hensigten, at der under dette trin fortsat skal arbejdes med borgerens recovery på andre funktionsområder såsom sociale relationer, arbejde og helbred.

Mange af de borgere, der i en længere periode har været misbrugsfri, genoptager misbruget – dog initialt på kontrolleret vis. Disse borgere har en tro på, at de har tilstrækkelig selvkontrol, til at misbruget ikke eskaleres. Sådanne forsøg på kontrolleret brug af alkohol eller stoffer mislykkes hyppigt og ender derfor ofte i delvis eller fuldstændigt tilbagefald. Det er derfor afgørende, at borgeren til stadighed gøres opmærksom på risikoen for tilbagefald, og at vedkommende hjælpes med at udvikle metoder til at håndtere trangen til at indtage alkohol eller stoffer.

Indhold i arbejdet under trinnet forebygge tilbagefald

Som det også er tilfældet for de andre trin, er borgerens løbende beslutninger altafgørende i forhold til at opnå et endegyldigt mål om at blive misbrugsfri. For nogle borgere hjælper det at deltage i selvhjælpsgrupper, for andre er det tilstrækkeligt blot at mødes med jævne mellemrum med sin behandler. Det er således op til den enkelte borger i samarbejde med det tværfaglige team at finde ud af, hvilke tiltag der kan være med til at sikre, at vedkommende kan vedblive med at være misbrugsfri.

Det overordnede mål med trinnet er at udvikle en recoveryproces, der får borgeren til at skifte fokus fra at reducere og eventuelt stoppe misbruget af alkohol eller stoffer til i stedet at opnå et sundt og meningsfyldt liv. Jo mere borgeren får glæde af at arbejde, at have sociale relationer, at have fritidsaktiviteter mv., jo mindre er sandsynligheden for, at vedkommende får et tilbagefald. Af den grund kan indsatser som beskyttet beskæftigelse og træning i sociale færdigheder være en måde for borgeren at opnå mål relateret til et meningsfyldt liv.

Tabellen nedenfor giver eksempler på relevante indsatser under dette trin.

Eksempler på relevante indsatser under trinnet forebygge tilbagefald

- Udvide involvering i støttet eller selvstændig beskæftigelse
- Peer groups (fx aktive behandlingsgrupper eller forebygge tilbagefaldsgrupper)
- Selvhjælpsgrupper (fx Anonyme Alkoholikere, Lænken eller familiegrupper)
- Træning i sociale færdigheder
- Problemløsning i familien
- Livsstilsforbedringer (fx rygestop, sund kost, motion og håndtering af stress)
- At være rollemodel for andre (fx mentor for andre misbrugere)

Kilde: Mueser et al. (2003).

4.2 Gode råd og opmærksomhedspunkter

Nedenfor opsummeres de mest centrale erfaringer fra afprøvningen af modellen i form af en række gode råd til, hvordan det tværfaglige team bør anvende den motivationsbaserede tilgang.

Gode råd til anvendelse af den motivationsbaserede tilgang

- Husk, at vurderingen af borgerens motivation skal tage udgangspunkt i såvel borgerens adfærd som borgerens udsagn.
 - Kombiner motivationsarbejdet med den opsøgende og vedholdende tilgang – i nogle tilfælde kræver det en længere periode med aktiv relationsopbygning, før borgeren kan motiveres for behandling.
 - Husk samtidig, at den motivationsbaserede tilgang danner udgangspunkt for hele borgerens forløb, ikke alene den indledende fase.
 - Anvend motivationsniveauet aktivt i forbindelse med udredning og opstilling af mål og indsatser – og ikke mindst opfølgning.
-

5. Voksenudredningsmetoden

Det er helt centralt for at opnå en reel integration af arbejdet med borgerne i det tværfaglige team, at medarbejderne på tværs af sektorer og afdelinger arbejder med en fælles tilgang og fælles redskaber. Håndbogen til en integreret indsats for sindslidende med misbrug tager udgangspunkt i en fælles anvendelse af Voksenudredningsmetoden, idet metoden bidrager med en systematisk tilgang til sagsbehandlingen og en faglig ramme, der er meningsfuld på tværs af sektorer og fagområder. Voksenudredningsmetoden er herudover borgerrettet og understøtter en aktiv inddragelse af borgeren i vedkommendes udrednings- og behandlingsforløb, hvorved empowermentperspektivet i den integrerede indsats fremmes.

Voksenudredningsmetoden er den nationale standard for udredning og sagsbehandling på handicap- og udsatte voksne-området i kommunerne. Metoden understøtter hele sagsbehandlingen fra sagsåbning og vurdering af borgerens ressourcer og behov til faglig vurdering, afgørelse, bestilling af social indsats og sagsopfølgning. Metoden indeholder konkrete redskaber, der er yderst anvendelige, når der skal etableres et samarbejde om konkrete borgere på tværs af sektorer.

Voksenudredningsmetoden er udviklet i 2011 af Deloitte for KL og Socialstyrelsen.

I det følgende beskrives de redskaber fra Voksenudredningsmetoden, der er særlig relevante i forhold til at understøtte den integrerede indsats. Det drejer sig om den helhedsorienterede udredning, handleplanen og opfølgingsredskabet. Ved at anvende disse tre redskaber sikres det, at medarbejderne i det tværfaglige team får nogle fælles samarbejdsredskaber, der gør dem i stand til at opnå en fælles forståelse af den enkelte borgers situation og behov, og at der efterfølgende kan formuleres en fælles og integreret indsats for borgeren.

Den samlede metodehåndbog for Voksenudredningsmetoden kan findes på Socialstyrelsens hjemmeside <http://www.socialstyrelsen.dk/dhuv/kravspecifikation/metodehaandbog>.

5.1 Helhedsorienteret udredning

For at være i stand til at yde borgerne en målrettet og integreret støtte og behandling er det afgørende, at teamet har en fælles forståelse af borgernes situation og behov. Kun herved kan der sikres en reel integreret indsats på tværs af sektorer. Det tværfaglige team skal derfor indledningsvis i fællesskab udrede borgerens problemstillinger. Denne udredning skal være helhedsorienteret, hvilket indebærer, at alle væsentlige aspekter af den enkelte borgers liv skal udredes, herunder vedkommendes to lidelser, økonomi, sociale forhold, sundhed, kriminalitet, omgivelsernes betydning, egenomsorg og boligforhold.

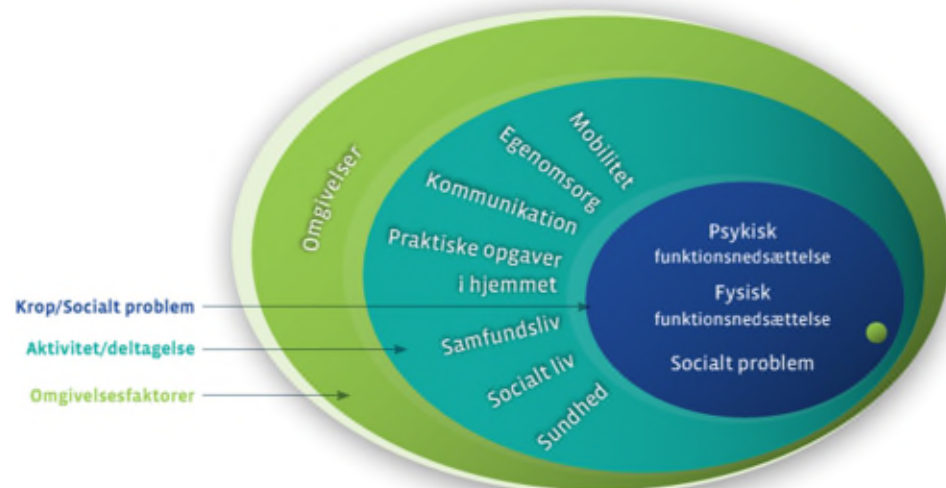
Voksenudredningsmetoden indeholder et udredningsredskab, der sikrer en helhedsorienteret udredning af borgerne, hvor der ikke ensidigt fokuseres på diagnoser. Udgangspunktet er en 360 graders udredning, hvor diagnose er et af flere temaer, der anvendes til at belyse livssituation og funktionsevne i det hele taget i forhold til borgernes aktiviteter og hverdagsliv. Samtidig er metoden fleksibel at anvende med udgangspunkt i den enkelte borgers situation. Metoden giver mulighed for at måle på progression for borgeren i forbindelse med opfølgning, og den understøtter samtidig medarbejderen i at opstille mål for en given indsats. Metoden er dermed også understøttende i forhold til valg af indsats.

Udredningsskemaet (såvel som handleplanen) skal anvendes som et dynamisk værktøj, hvori sagens relevante oplysninger til enhver tid kan findes. Idet alle sager udvikler sig over tid, er udredningen aldrig endelig. Det betyder, at udredningsskemaet kan bruges både som grundlag for akut igangsættelse af støtte- og behandlingsindsatser på et begrænset vidgrundlag og som grundlag for mere langsigtede indsatser tilrettelagt ud fra et mere udbygget grundlag.

Udredningen bør tage udgangspunkt i al tilgængelig viden om den enkelte borger, herunder information fra borgeren selv, tidligere udredninger, information fra borgerens læge, psykiater, støtteperson, familie/netværk mv. Herudover indgår den motivationsbaserede tilgang som en integreret del af udredningen, idet det er væsentligt for det videre arbejde med borgeren, at vedkommendes motivation for ændringer analyseres. Kun herved kan der efterfølgende udarbejdes en målrettet handleplan og en konkret behandlingsplan.

Med henblik på at belyse, hvordan borgerens funktionsevnenedsættelse påvirker borgerens liv, herunder mulighed for aktivitet og samfundsdeltagelse, er udredningsmetoden bygget op omkring 11 temaer, der dækker forskellige aspekter af borgerens liv og situation, jf. figuren nedenfor. Temaerne skal bidrage til at afdække alle relevante aspekter af de ofte sammensatte og komplekse problemstillinger, som borgeren oplever.

Figur 5. Temaer og systematik i udredningsmetoden



Som det fremgår af figuren, er temaerne inddelt i tre kategorier. Den første kategori indeholder temaer relateret til kroppens funktionsnedsættelse samt eventuelle sociale problemer. Den anden kategori indeholder temaer, der relaterer sig til borgerens aktivitet og deltagelse i

samfundet. Endelig indeholder den sidste kategori temaer vedrørende borgerens omgivelser.

Den psykiske funktionsnedsættelse dækker borgerens sindslidelse, mens temaet vedrørende sociale problemer dækker misbruget.

Gennem disse temaer afdækker det tværfaglige team, hvordan borgerens fysiske, psykiske eller sociale funktionsevnenedsættelse og deres afledte konsekvenser påvirker borgerens mulighed for udfoldelse. Hvert tema indeholder et eller flere undertemaer, som bidrager til at sikre, at de relevante emner er afdækket i udredningen. En samlet oversigt over disse undertemaer kan ses i bilag C.

Anvendelsen af temaerne i udredningen sikrer, at teamet kommer hele vejen rundt om borgerens situation, og at der foretages en bevidst udvælgelse af de områder af borgerens liv, som der er behov for at afdække. På basis af afdækningen under de udvalgte temaer foretages en samlet analyse og vurdering af borgerens behov, som danner udgangspunkt for det videre arbejde med borgerens handleplaner og indsatser.

Hovedformålet med redskabet er at give det tværfaglige team et fælles fagligt samarbejdsredskab, så det sikres, at al tilgængelig viden om borgeren fra de respektive sektorer fødes ind i en helhedsorienteret udredning. Borgeren kan med fordel inddrages direkte, og udredningsredskabet kan i den forbindelse anvendes som et dialogredskab.

Redskabet er blevet anvendt i praksis i afprøvningen af den integrerede indsats, hvilke viste, at det bidrog til at sikre både en systematisk og helhedsorienteret udredning, samt inddragelse af borgeren selv. En af de primære udfordringer i udredningsarbejdet har omvendt været at opnå en skarp analyse af sammenhængen mellem sindslidelsen og misbruget og deres gensidige påvirkninger. Der kan således med fordel være særligt fokus på dette i arbejdet med den integrerede indsats i praksis.

I bilag D findes det samlede udredningsskema, mens bilag E indeholder en gennemgang af de enkelte elementer i udredningsskemaet, og giver en indføring i, hvordan Voksenudredningsmetoden udredningsskema anvendes i praksis.

5.2 Handleplan

Den integrerede handleplan er det tværfaglige teams fælles redskab, der fastsætter formål og mål med den tværfaglige indsats, der skal igangsættes for borgeren. Handleplanen tager udgangspunkt i den helhedsorienterede udredning og borgerens motivationsniveau, så det sikres, at mål og indsatser tager afsæt i borgerens behov, ønsker og motivation for at forandre sin situation. Handleplanen er – ligesom udredningen – et dynamisk værktøj, der løbende skal tilpasses borgerens situation.

I handleplanen opstilles både et fælles formål med den samlede støtte- og behandlingsindsats for borgeren, samt en række konkrete mål for de enkelte støtte- og behandlingsindsatser.

Handleplanen skal udarbejdes ud fra borgerens forudsætninger og så vidt muligt i samarbejde med borgeren.

Samlet set er formålet med at udarbejde en handleplan for indsatsen, at:

- Give medarbejderne i det tværfaglige team et fælles samarbejdsredskab, der sikrer, at de arbejder ud fra samme overordnede mål.
- Sikre en integreret og helhedsorienteret indsats.
- Tydeliggøre ansvarsfordelingen for alle involverede personer, instanser og forvaltningsgrene.

Anvendelsen af handleplanen i forbindelse med afprøvningen af den integrerede indsats viste, at redskabet bidrager til at sikre, at der planlægges indsatser og opstilles mål, som retter sig imod både sindslidelsen og misbruget. Der kan dog med fordel lægges vægt på at sikre, at der opstilles et integreret formål for borgerens forløb på tværs af de to lidelser, idet afprøvningen har vist, at dette kan være en udfordring i praksis.

Med henblik på at understøtte udarbejdelsen af en handleplan og de oplyste formål ovenfor indeholder Voksenudredningsmetoden et redskab til handleplan, jf. bilag F. Bilag G indeholder en vejledning i anvendelsen af redskabet i praksis.

5.3 Opfølgning

Formålet med opfølgningen er at sikre, at der jævnligt gøres status på indsatsen, udviklingen i borgerens behov og opfyldelsen af de opstillede mål. Under opfølgningen følger det tværfaglige team således op på de mål, der er fastsat i handleplanen, og sammenholder dem med den leverede indsats og borgerens situation.

Ved opfølgningen tages der dermed også stilling til, om der skal justeres i mål eller indsats.

Der kan være forskellige opfølgningstidspunkter for forskellige indsatsmål. Når en opfølgning er gennemført, tager det tværfaglige team stilling til næste opfølgningstidspunkt, hvis det vurderes, at indsatsen skal fortsætte. Dermed sikres det, at der sker en kontinuerlig opfølgning på indsatsen i alle sager.

For at understøtte opfølgningen på den igangsatte støtte- og behandlingsindsats er der udarbejdet et opfølgningsredskab. Redskabet dokumenterer opfølgningen og understøtter, at der følges systematisk op på indsats og målsætninger. Opfølgningsredskabet findes i bilag H, mens en vejledning i anvendelsen af redskabet findes i bilag I.

5.4 Gode råd og opmærksomhedspunkter

Afprøvningen af modellen for en integreret indsats har ført til en række erfaringer med, hvordan Voksenudredningsmetoden kan anvendes i praksis i det tværfaglige team på tværs af sektorer. I tabellen nedenfor opstilles herudfra en række gode råd til, hvordan det tværfaglige team bedst udnytter styrkerne ved metoden og undgår/håndterer de udfordringer, der kan opstå.

Gode råd til anvendelse af Voksenudredningsmetoden

- Udredningen skal bygge på al eksisterende viden, for eksempel i form af tidligere udredninger eller journaler fra begge sektorer. På den måde undgår teamet at indhente oplysninger, der allerede er tilvejebragt andre steder.
- Hav fokus på, at det tværfaglige teams udredning ikke bare skal oplyse sagen, men skal skabe en fælles problemforståelse på tværs af de involverede fagligheder. Der bør altså være fokus både på udredningsprocessen og på selve resultatet.
- Det letter samarbejdet og dokumentationen for medarbejderne betydeligt, hvis der sikres it-understøttelse af værktøjerne, der kan tilgås i begge sektorer og på tværs af afdelinger.
- Afsøg mulighederne for at erstatte efterfølgende udarbejdelse af udredninger, anamneser, faglige vurderinger og handleplaner for borgeren med de fælles værktøjer, så dobbeltarbejde undgås i videst muligt omfang.
- Anvend metoden dynamisk, så den ikke bliver en barriere i processen. Er der tilstrækkelige oplysninger til at tildele en (eventuelt akut) indsats, skal disse oplysninger indgå i værktøjerne – der herefter kan opdateres med nye oplysninger, vurderinger og eventuelle tilpasninger af indsatser.
- Følg løbende op på anvendelsen af værktøjerne. Særligt for medarbejdere, der ikke er fortrolige med værktøjerne, kræver det løbende sparring og kvalitetssikring at opnå det fulde udbytte af metoden.
- Udrednings-, handleplans- og opfølgningsskemaer skal udfyldes af det tværfaglige team i fællesskab. For at mindske tidsforbruget kan dette i praksis betyde, at teamet bliver enige om, hvilke punkter der skal indgå under hvert enkelt punkt, mens ét teammedlem formulerer det konkrete indhold.

6. Behandlings- og kriseplan

I de tidligere kapitler er det beskrevet, hvordan borgerne opspores, og hvordan det tværfaglige team indledningsvis udreder, fastlægger indsats, opstiller mål og handleplan m.m. I dette kapitel adresseres det sidste trin, inden en egentlig behandling kan påbegyndes. Kapitellet beskriver således udarbejdelsen af en behandlingsplan for borgeren, der på detaljeret niveau beskriver, hvilke indsatser der skal igangsættes for borgeren. For borgere med sindslidelse og misbrug bør der ligeledes udarbejdes en kriseplan, der kan medvirke til at bevidstgøre borgeren om sygdomstegn og dermed virke forebyggende.

6.1 Behandlingsplan

Behandlingsplanen beskriver tilrettelæggelsen af forløbet for borgeren og de metoder og tilgange, der skal anvendes i indsatsen, så der arbejdes aktivt med de mål, der er beskrevet i handleplanen. Behandlingsplanen skal således operationalisere de mål, der er fastsat i handleplanen, og de indsatser, der iværksættes for at opnå målene. I tilrettelæggelsen af behandlingsplanen/behandlingsplanerne sikres det, at indsatsen reelt bliver integreret i praksis ved at blive tilrettelagt, så de enkelte elementer arbejder mod fælles mål og tager højde for gensidige påvirkninger og mulig synergi mellem de enkelte støtte- og behandlingsindsatser.

Det er op til det tværfaglige team at beslutte, om alle mål og indsatser kan indeholdes i én behandlingsplan, eller om der er behov for flere behandlingsplaner for hver borger. Det afgørende er, at det tværfaglige team er bekendt med og involveret i alle behandlingsplanerne.

Som det er tilfældet i forbindelse med udarbejdelse af handleplanen, er det i særdeleshed vigtigt, at der tages udgangspunkt i borgerens motivationsniveau, når behandlingsplanen skal udarbejdes, jf. kapitel 5. Herudover kan borgerens funktionsniveau, der er fastlagt i forbindelse med udredningen, anvendes målrettet i operationaliseringen af målene, så der er fokus på at styrke funktionsniveauet.

Skabelon til udarbejdelse af behandlingsplan

Det er det udførende led, der udarbejder en behandlingsplan, og i både socialpsykiatrien, misbrugsbehandlingen og regionspsykiatrien vil der derfor være vid erfaring i at udarbejde og anvende behandlingsplaner.

Som anført tidligere er det vigtigt, at behandlingsplanen for den enkelte borger tager udgangspunkt i vedkommendes motivationsniveau. Det anbefales derfor, at behandlingsplanen eksplicit fremhæver borgerens motivationsniveau, så det tydeligt fremgår, at der er ta-

get stilling hertil. Som hjælp til denne tilføjelse i behandlingsplanen findes i bilag K en skabelon, der bør indarbejdes i de behandlingsplaner, som det tværfaglige team skal udarbejde.

Opdatering af behandlingsplanen

Selv den bedste behandlingsplan bliver ikke effektiv, hvis den ikke løbende justeres og opdateres. Borgerens situation kan ændre sig, vedkommende kan få tilbagefald, blive mere/mindre motiveret mv., og behandlingsplanen skal derfor løbende opdateres, så det sikres, at de fastsatte mål og indsatser er tilpasset borgerens situation, behov og ønsker.

6.2 Kriseplan

Formålet med en kriseplan (også kaldet et krisekort) er at tydeliggøre og konkretisere alternative handlemuligheder for borgeren i en krisesituation for dermed at øge sandsynligheden for, at borgeren handler hensigtsmæssigt. Kriseplanen kan med fordel indarbejdes i borgerens behandlingsplan.

En kriseplan er en konkret og nedskrevet plan over borgerens handlemuligheder i tilfælde af forværring af misbruget og den psykiske tilstand. Kriseplanen bør indeholde følgende elementer:

1. Identifikation af tidlige tegn på tilbagefald (advarselstegn)
2. Afledende/beroligende aktiviteter
3. Kontakt til netværk
4. Kontakt til relevante telefonrådgivninger og behandlingssystemet.

Det er hensigten, at borgeren følger kriseplanen i dens hierarkiske opbygning. I tilfælde af at borgeren oplever tegn på tilbagefald, det vil sige oplever en krise, skal vedkommende således følge de aktiviteter, der er beskrevet under punkt 2. Hvis de ikke virker, gennemføres handling i punkt 3 og så fremdeles.

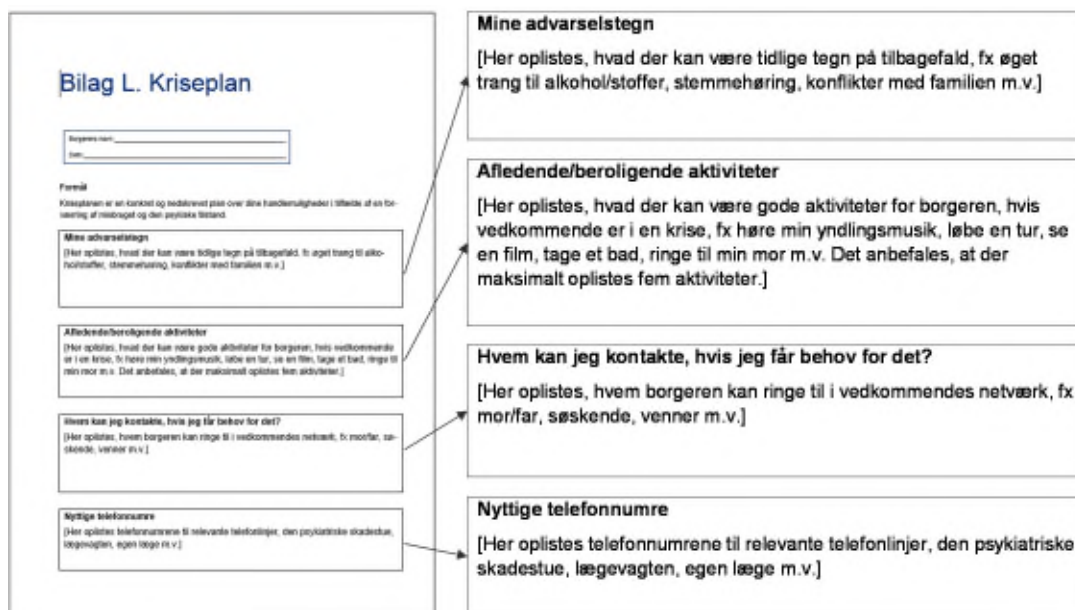
Planen bør være overskuelig og nem for borgeren at anvende. De oplistede afledende/beroligende aktiviteter bør derfor ikke overstige fem forslag.

Opdatering af kriseplanen

Ligesom behandlingsplanen skal kriseplanen løbende opdateres. Hvis kriseplanen skal fungere hensigtsmæssigt, er det afgørende, at de oplistede afledende/beroligende aktiviteter stadig virker efter hensigten, og at de listede telefonnumre stadig er gældende.

Redskab til udarbejdelse af kriseplan

For at understøtte kontaktpersonen og det tværfaglige teams arbejde er der som tillæg til behandlingsplanen udarbejdet et redskab til brug for udarbejdelse af en kriseplan. Redskabet fremgår nedenfor og i sin fulde størrelse af bilag L.



6.3 Gode råd og opmærksomhedspunkter

Nedenfor opsummeres de erfaringer, der er gjort igennem afprøvningen af modellen for en integreret indsats. Erfaringerne gengives også her i form af gode råd og opmærksomhedspunkter i relation til brugen af de to planer.

Gode råd til anvendelse af behandlingsplaner og kriseplaner

- Uanset om der anvendes en fælles tværsektoriel behandlingsplan eller flere sektorspecifikke behandlingsplaner, er det vigtigt at sikre, at der er en klar sammenhæng mellem handleplanens mål for indsatsen og tilrettelæggelsen af støtten/behandlingen i behandlingsplan eller -planer.
- Kriseplanen kan med fordel anvendes som et aktivt dialogredskab i forhold til borgeren, idet den i overskudsperioder kan bruges til at hjælpe borgeren til at erkende krisetegn og reflektere over mestringsstrategier.
- Kriseplanen bør udarbejdes tidligst muligt i forløbet, da der typisk vil gå nogen tid, før den har en reel forebyggende effekt for borgeren. Det er dog ofte vanskeligt at motivere borgerne for at udarbejde kriseplanen, så også her er tålmodighed vigtigt.
- I forhold til nogle borgere vil det ikke være muligt eller hensigtsmæssigt at udarbejde en kriseplan. Det centrale er, at der for alle borgere aktivt tages stilling til, om udarbejdelse af en kriseplan er relevant.
- Borgerens netværk kan med fordel delagtiggøres i kriseplanen, idet de kan støtte borgeren i at anvende den, når det bliver relevant.

7. Implementering og forankring

Anvendelse af modellen for en integreret indsats indebærer betydelige forandringer i forhold til den typiske praksis i kommuner og regioner. Derfor vil kommuner og regioner, der ønsker at arbejde med modellen, med fordel kunne rette et særligt fokus på implementering og forankring af modellens elementer.

Håndbogen udgør en metodevejledning og et opslagsværk til kommuner og regioner, der ønsker at samarbejde om en mere integreret indsats for borgere med sindslidelse og misbrug. I de foregående afsnit er de konkrete erfaringer med at anvende modellen inddraget gennem en række gode råd til, hvordan modellen kan anvendes og tilpasses i praksis.

I dette kapitel beskrives en række mere generelle fokusområder for ledere og projektledere i forbindelse med implementering af modellen i kommuner og regioner.

Afsnittet er struktureret efter et implementeringsforløb i tre faser:

- Første fase, hvor implementeringen forberedes.
- Anden fase, hvor medarbejderne uddannes og trænes.
- Tredje fase, hvor modellen forankres og evalueres.

Med de tre faser som overskrifter beskrives de centrale aktiviteter og opmærksomhedspunkter i implementeringen. Der er anbefalinger til fokusområder og tiltag, der kan adressere udfordringer, og for hver fase indgår en tjekliste med opmærksomhedspunkter.

7.1 Forberedelse

En god implementering af nye arbejdsgange, samarbejdsmodeller og faglige metoder kræver forberedelse. Dette er også tilfældet i forbindelse med implementering af modellen for en integreret indsats. Dette afsnit peger på to af de væsentligste fokusområder i planlægningsfasen, nemlig forandringsledelse og planlægning.

7.1.1 Forandringsledelse

Implementering af modellen for en integreret indsats kan gøre en betydelig positiv forskel for den service, kommuner og regioner tilbyder borgere med både sindslidelse og misbrug. Modellen kræver dog samtidig, at medarbejderne i vidt omfang skal omstille sig til ny organisering og nye arbejdsprocesser. Dette kan være krævende, idet gamle tilgange til arbej-

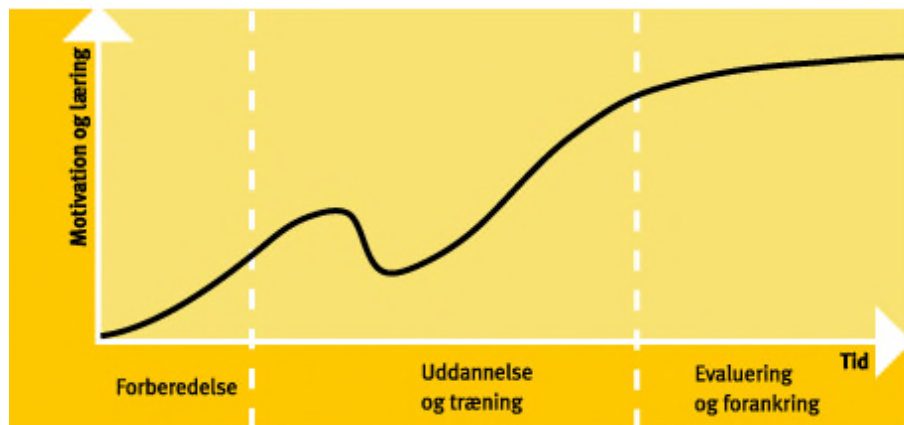
det skal videreudvikles og tilpasses, og helt nye elementer skal tillæres. Samtidig er implementeringen af modellen sjældent en helt lineær proces, hvilket betyder, at medarbejderne skal forholde sig til løbende tilpasninger af modellen.

Af disse årsager kan det til tider være en udfordring at skabe og bibeholde motivationen blandt medarbejderne. Der kan være stor forskel på, hvordan de enkelte medarbejdere håndterer nye værktøjer og ændringer i arbejdet. Et omfattende implementeringsforløb vil for den enkelte ofte være præget af velkomne og spændende udfordringer, men i nogle tilfælde også skepsis eller usikkerhed overfor alt det nye. Selv de mest positive kan i perioder finde store forandringer vanskelige.

Hvis implementeringen af modellen skal gennemføres bedst muligt, er det således vigtigt, at ledelsen arbejder aktivt på at have medarbejderne med hele vejen. Dette indebærer at være opmærksom på medarbejdernes motivation på forskellige tidspunkter i implementeringsforløbet og at sikre løbende inddragelse af medarbejderne i tilrettelæggelsen af forløbet.

Motivationskurven

Medarbejdernes motivation og læring vil typisk være stigende i begyndelsen af processen, hvor indføring af værktøjerne byder på nye spændende udfordringer og eventuelt løsninger på oplevede problemer i arbejdet med målgruppen. Herefter vil motivationen og eventuelt også læringen sandsynligvis falde for herefter at stige igen. Forløbet er søgt illustreret i nedenstående forenklede figur (den såkaldte motivationskurve), der følger implementeringsforløbet.



Figuren er baseret på erfaringer fra en lang række forandringsprojekter, herunder erfaringer i forbindelse med implementeringen af Voksenudredningsmetoden.

Det er sandsynligt, at medarbejderne i løbet af implementeringen vil veksle mellem oplevelsen af en spændende faglig udvikling og oplevelsen af, at det hele er nyt, besværligt og ugenomsommeligt. En hyppig årsag til dalende motivation kan være, at de nye tilgange til arbejdet med og samarbejdet om borgerne viser sig vanskeligere at gennemføre end forventet, og at præstationsniveauet som følge heraf er lavere end normalt i en periode. Det kan virke demotiverende, og mange gange vil metoden blive opfattet som årsagen til vanskelighederne.

I sådanne situationer er det vigtigt at:

- Sætte fokus på de **små succeser** og sørge for, at de kommunikeres ud. Det kan for eksempel handle om konkrete succesoplevelser med enkelte borgere eller om at fejre, når man i fællesskab har anvendt metoden i de første 25 sager. Endvidere er det vigtigt, at sagsbehandlerne oplever at få den nødvendige faglige støtte og opbakning til at fastholde motivationen.
- **Informere** om og **formidle** formålet med og indholdet i implementeringen. Nogle af de vigtigste forudsætninger for at skabe og bibeholde motivation og engagement hos medarbejderne er at skabe en klar forståelse af, hvorfor og hvordan modellen skal implementeres.
- **Synliggøre målene**, så der skabes forståelse af, hvad de forventede gevinster ved metoden er, og hvad metoden betyder for indsatsen i forhold til sindslidende med misbrug i kommune og region. Det betyder, at ledelsen skal formulere mål for, hvad kommunen og regionen forventer at opnå, der kan skabe en fælles retning eller mening med at indføre metoden. Det er særlig vigtigt, at lederne er gode til at italesætte, hvordan modellen kan bidrage til medarbejdernes arbejde. I den forbindelse kan det også være givtigt at få input fra kommuner og regioner, der er kommet længere med implementeringen og forankringen af modellen end en selv.
- **Anerkende** medarbejdernes **tvivl og usikkerhed** og tage hånd om såvel motivationsmæssige som faglige udfordringer. I den forbindelse er det afgørende, at lederne har en god føling med, hvordan implementeringen forløber, og ved, hvordan stemningen og oplevelsen er blandt medarbejderne i begge sektorer.
- Udarbejde en **klar plan** for, hvornår de forskellige aktiviteter vil finde sted i forbindelse med implementeringen, og hvilke resultater der forventes. Det er derfor væsentligt, at sagsbehandlerne involveres aktivt i arbejdet med at indføre den nye metode og inddrages i planlægningen og forarbejdet.

Oplever medarbejderne, at deres indsats og arbejde bidrager til noget positivt og meningsfuldt, vil de også i større grad acceptere de udfordringer og besværligheder, der kan opstå undervejs. Udfordringerne undervejs vil også i højere grad opleves som fælles.

Det er afgørende for ejerskabet, at medarbejderne konkret oplever, at modellen hjælper dem i deres daglige arbejde. Det er derfor vigtigt, at de positive resultater løbende opsamles og synliggøres for sagsbehandlerne, herunder hvilke problemer modellens redskaber og metoder løser for dem.



Tjekliste: Er I klar til at lede forandringsprocessen?

- ✓ Har I gjort det klart, hvorfor det er vigtigt, at I implementerer modellen?
- ✓ Er I klar til at adressere de reaktioner, der kan komme: usikkerhed, skepsis og modvilje?
- ✓ Er I forberedt på at yde sparring og støtte i processen?
- ✓ Har I fortalt, hvad der skal ske og hvornår?
- ✓ Har I opsat konkrete mål for, hvilke resultater der skal opnås ved at implementere og anvende modellen?

7.1.2 Planlægning

Et vigtigt skridt mod en vellykket implementering er at sikre klarhed om, hvad der skal ske igennem hele forløbet. Implementeringen af modellen kan bidrage til at forbedre de interne og tværgående arbejdsgange og sikre systematik og ensartethed. Det kræver dog, at der lægges en plan for, hvilke arbejdsgange der skal bibeholdes, og hvor der er behov for at foretage justeringer eller eventuelt større ændringer.

I forbindelse med planlægningen skal der blandt andet tages stilling til:

- Hvor implementeringen af modellen starter.
- Hvordan samarbejdet mellem sektorerne etableres.
- Hvornår medarbejderne modtager kompetenceudvikling og træning i at anvende modellen og dens redskaber.
- Hvornår modellens redskaber tages i brug.
- Hvordan samarbejdspartnere, interne såvel som eksterne, skal introduceres for modellens metoder og redskaber.
- Hvordan metoder og redskaber løbende introduceres til nye medarbejdere.

Det er derfor en god ide at udarbejde en plan for implementeringen, der fastlægger konkrete aktiviteter og giver et samlet overblik over eksempelvis:

- Hvilke aktiviteter der skal gennemføres.
- Hvornår aktiviteterne skal foregå.
- Hvem der skal deltage i aktiviteterne.
- Hvem der har ansvaret for, at aktiviteterne gennemføres.

Den daglige (projekt)ledelse vil naturligt være ansvarlig for implementeringsplanen, der også med fordel kan drøftes i den tværsektorielle styregruppe for at sikre opbakning herfra. Det er endvidere hensigtsmæssigt at inddrage medarbejderne i udarbejdelsen af implementeringsplanen.



Tjekliste: Er der styr på aktivitetsplan for implementeringen?

- ✓ Er der udpeget en ansvarlig for styringen af implementeringen?
- ✓ Er der udarbejdet en plan for implementeringen med angivelse af aktiviteter, tidspunkter, deltagere, ansvarlige osv.?
- ✓ Er medarbejderne hørt i forbindelse med planlægningen?
- ✓ Er medarbejderne informeret om implementeringsplanen?

7.2 Uddannelse og træning

Modellen for en integreret indsats indebærer forandringer i medarbejdernes arbejde både med hensyn til de faglige redskaber og metoder og med hensyn til samarbejdet på tværs af sektorer. For at sikre en god implementering af modellen for en integreret indsats bør medarbejderne således klædes på til begge dele.

Modellen indeholder en række faglige metoder og redskaber til arbejdet med borgere med sindslidelse og misbrug, herunder Voksenudredningsmetoden og den motivationsbaserede tilgang.

Erfaringerne fra implementeringen af Voksenudredningsmetoden viser, at metoden på nogle områder skærper fagligheden og samtidig ændrer tilgangen til arbejdet med borgerne. Den motivationsbaserede tilgang vil ligeledes være ny for mange af medarbejderne. Derfor vil anvendelsen af metoderne og redskaberne i modellen for en integreret indsats kræve uddannelse og/eller træning i redskaber og bagvedliggende principper. Det er derfor afgørende, at der afsættes tid til at træne og afprøve metoden i praksis og tid til dialog og spørgsmål internt i teamet. I den forbindelse er det vigtigt, at der sættes fokus på de grundlæggende faglige principper bag modellens enkelte redskaber. Der er til dette formål udarbejdet kompetenceudviklingsmateriale, der kan anvendes til genopfriskning og træning i de involverede metoder og redskaber. Materialet kan findes på socialstyrelsen.dk.

Det daglige samarbejde mellem sektorerne vil ligeledes være nyt for mange medarbejdere. De involverede enheder på tværs af sektorer arbejder under forskellige lovgrundlag og med forskellige faglige perspektiver. Det kan derfor være en fordel at uddanne medarbejderne i de forskellige vilkår, muligheder og tilgange i de involverede enheder. Det er med til at styrke implementeringen af en integreret, tværsektoriel tilgang, at medarbejderne har forståelse for de rationaler, der er styrende for det daglige arbejde i andre sektorer og afdelinger. Dette er centralt for, at de deltagende parter oplever at samarbejde om at hjælpe borgerne til at realisere deres målsætninger.



Tjekliste: Har I styr på træning og uddannelse i metoder og redskaber?

- ✓ Er der tilrettelagt et uddannelsesforløb for medarbejderne i det tværfaglige team?
- ✓ Er der fokus på både principperne bag den integrerede indsats og de konkrete redskaber, der skal anvendes?
- ✓ Indgår præsentationer af alle de involverede enheder med hensyn til lovgivning, arbejdsgange, faglige tilgange mv.?
- ✓ Er der udarbejdet en procedure for, hvordan nye medarbejdere kompetenceudvikles?

7.3 Opfølgning og forankring

For at understøtte implementeringen af modellen kan der med fordel gennemføres løbende opfølgning på anvendelsen af metoder og redskaber i praksis. Opfølgningen indebærer et

ledelsesmæssigt fokus på løbende at undersøge, om de enkelte elementer af modellen rent faktisk er i anvendelse i praksis, og på at kvalitetssikre denne anvendelse.

Opfølgningen kan i praksis gennemføres ved at anvende implementeringsbarometret som et værktøj til løbende at identificere udfordringer i arbejdet med modellen og eventuelle fokusområder i det fremadrettede arbejde. Implementeringsbarometret kan ses i bilag M. Derudover kan ledere løbende gennemgå en række af de sager, hvor teamet har anvendt modellens metoder og værktøjer i praksis.

Opfølgningen danner udgangspunkt for løbende feedback og sparring til medarbejderne, så modellen bliver bedre og bedre forankret i den daglige praksis. Det er vigtigt, at der samles op på både positive erfaringer og den kritik og usikkerhed, som medarbejderne eventuelt ligger inde med. Konstruktiv kritik er med til at afklare vigtige spørgsmål og præcisere de dele af modellens metoder og redskaber, der måske umiddelbart kan være svære at arbejde med. Derfor skal der etableres anledninger til, at sådanne kritikpunkter kan komme frem i lyset og blive adresseret. Følgende er konkrete eksempler på opfølgnings- og træningsaktiviteter, der kan understøtte forankringen og sikre en hensigtsmæssig anvendelse af modellen.

- Teammøder af 2-3 timers varighed, der er dedikeret til drøftelse af anvendelsen af metoder og redskaber i konkrete sager. På disse træningsmøder kan medarbejderne diskutere deres anvendelse af metoder og redskaber. Det er vigtigt, at der på disse møder også samles op på de resultater, der er opnået ved brugen af modellens redskaber og metoder.
- Kvartalsvise implementeringsmøder med udgangspunkt i scoring af dimensionerne i implementeringsbarometret. På disse møder kan implementeringen af modellen som sådan drøftes, og ledere og medarbejdere kan i fællesskab identificere årsagerne til, at implementeringen på nogle punkter eventuelt er kommet længere end på andre punkter. Herudfra kan der identificeres tiltag, der kan sikre øget implementering på de punkter, hvor man ikke er kommet så langt.
- For at sikre tværkommunal sparring kan det være gavnligt at opstarte tværkommunale netværk, hvor kommuner og regioner, der arbejder med at sikre en integreret indsats for målgruppen på tværs af sektorer, får mulighed for at drøfte deres erfaringer med hinanden.
- Opsamlingsrunde på erfaringerne efter et halvt til et helt år, der for eksempel kan afholdes som et halvdags- eller heldagsseminar, hvor der arbejdes mere i dybden med udvalgte centrale aspekter eller udfordringer. I den forbindelse kan det være relevant også at inddrage samarbejdspartnere (for eksempel andre enheder i kommuner og regioner) i erfaringsopsamlingen.



Tjekliste: Er I parate til at følge op på implementeringen og anvendelsen af modellen i praksis?

- ✓ Har I besluttet, hvem der er ansvarlig for den løbende opfølgning på modellens implementering og anvendelsen af metoder og redskaber?
- ✓ Har I overvejet, hvordan I vil kvalitetssikre anvendelsen af redskaberne i praksis?
- ✓ Har I sikret, at I indsamler den viden, der muliggør vurderingen af implementeringsgraden i implementeringsbarometret?
- ✓ Har I overvejet, hvordan I bedst muligt giver gensidig sparring og ledelsesfeedback på sagerne?

Bilag A.

Kommunikationsplan

Formålet med kommunikationsplanen er at sikre, at relevante parter får viden om det tværfaglige team, at den rette information formidles via de rette kanaler, at der er en klar ansvarsfordeling i forhold til den konkrete formidling, og at succeskriteriet er kendt og overvejet. I det følgende beskrives, hvilke temaer der bør være indeholdt i kommunikationsplanen.

Formål

[Beskriv formålet med kommunikationsplanen.]

Samarbejdsparter

[Anfør hvilke samarbejdsparter, der er modtagere af informationen om det tværfaglige team. Beskriv, hvis der er parter, der skal håndteres på en særlig måde i forhold til andre.]

Mål

[Anfør målene for den eksterne kommunikation. De oplyste mål bør så vidt muligt være målbar, så det er muligt at vurdere, om målene er nået. For eksempel "Alle borgere med sindslidelse og misbrug henvises til det tværfaglige team".]

Indholdet i kommunikationen

[Beskriv overordnet, hvad budskabet i kommunikationen er. Overvej blandt andet at beskrive målgruppen for borgere, der bør henvises til det tværfaglige team, hvem der skal tages kontakt til m.v.]

Kommunikationskanaler

[Anfør hvilke kommunikationskanaler, der vil blive taget i anvendelse. Overvej, om der skal anvendes forskellige kanaler til forskellige samarbejdsparter. Eksempler på kanaler kan være: Nyhedsbreve udsendt per brev eller mail, afholdelse af møder, opslagstavler, personalebreve m.v.]

Ressourcer

[Anfør, hvor meget tid der vil blive anvendt på formidlingen af det tværfaglige team, og hvem der har ansvaret for formidlingen.]

Bilag B.

Samtykkeerklæring

Oplysninger om borgeren	
Borgers navn	
Borgers cpr-nummer	

Der gives samtykke til, at følgende må indhente oplysninger:	
Det tværfaglige team (kontaktpersons navn)	Telefonnummer
Adresse	

Oplysningerne indhentes fra:
(Sæt kryds) <input type="checkbox"/> Socialpsykiatrien <input type="checkbox"/> Rusmiddelcentret <input type="checkbox"/> Jobcentret <input type="checkbox"/> Regionspsykiatrien <input type="checkbox"/> Egen læge <input type="checkbox"/> Borgerservice Andre: _____

Formålet med indhentning af oplysninger:
Beskrivelse af oplysningerne:

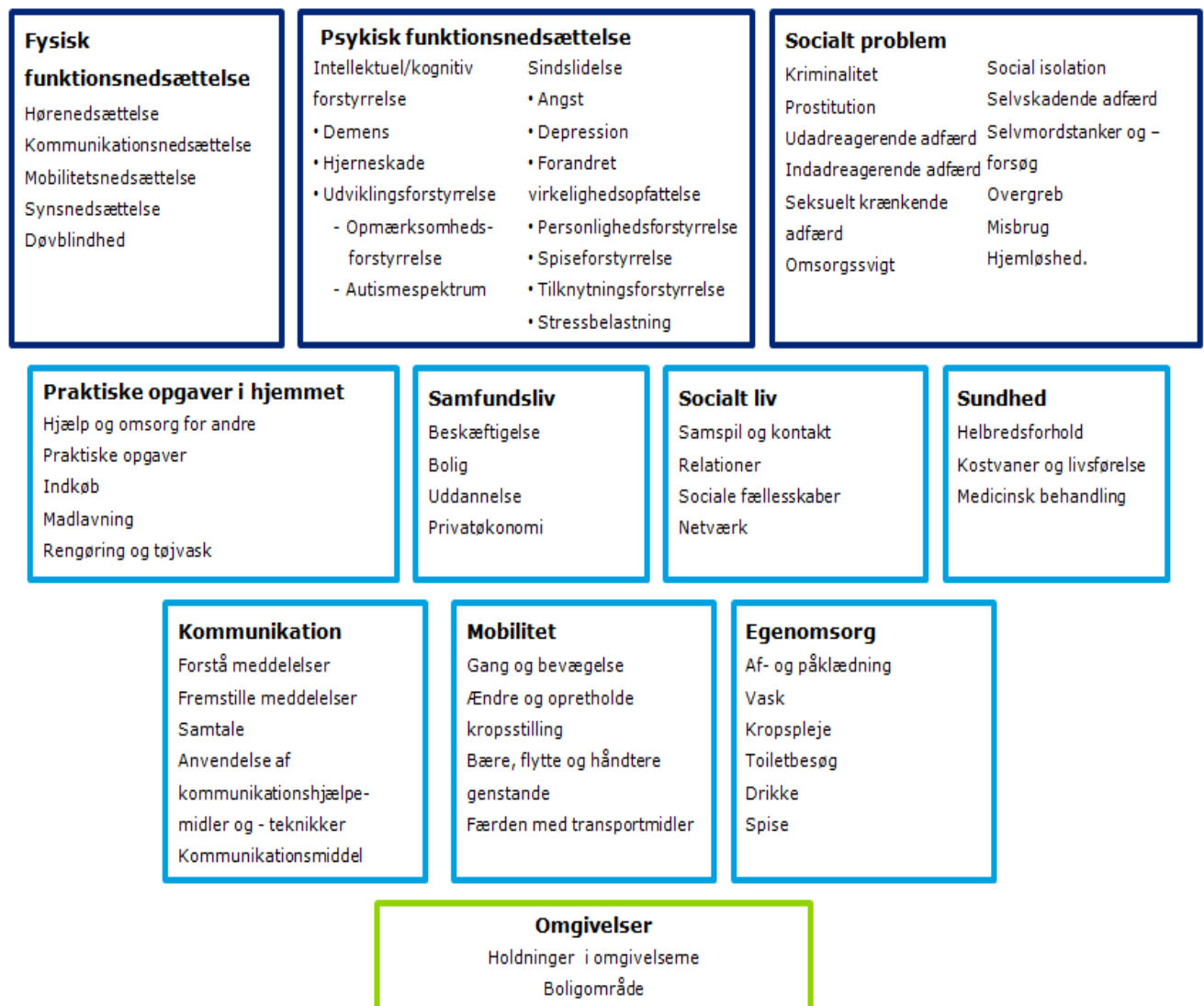
Du kan tilbagekalde et samtykke til indhentning af oplysninger, jf. persondatalovens § 38.
--

Borgerens underskrift	
Dato	Underskrift

Husk at teamet altid bør orientere sig i de gældende regler for udveksling af oplysninger ved brug af samtykkeskemaet, herunder retssikkerhedsloven, forvaltningsloven og persondataloven.

Bilag C. Oversigt over undertemaer i Voksenudredningsmetoden

Figuren nedenfor giver et overblik over de undertemaer eller emner, som kan være relevante at afdække i forbindelse med udredningen under de enkelte temaer. Undertemaerne er ikke udtømmende, og skal derfor ikke ses som en facitliste, men som et redskab til at sikre, at de mest almindelige emner er dækket under de relevante temaer i udredningen.



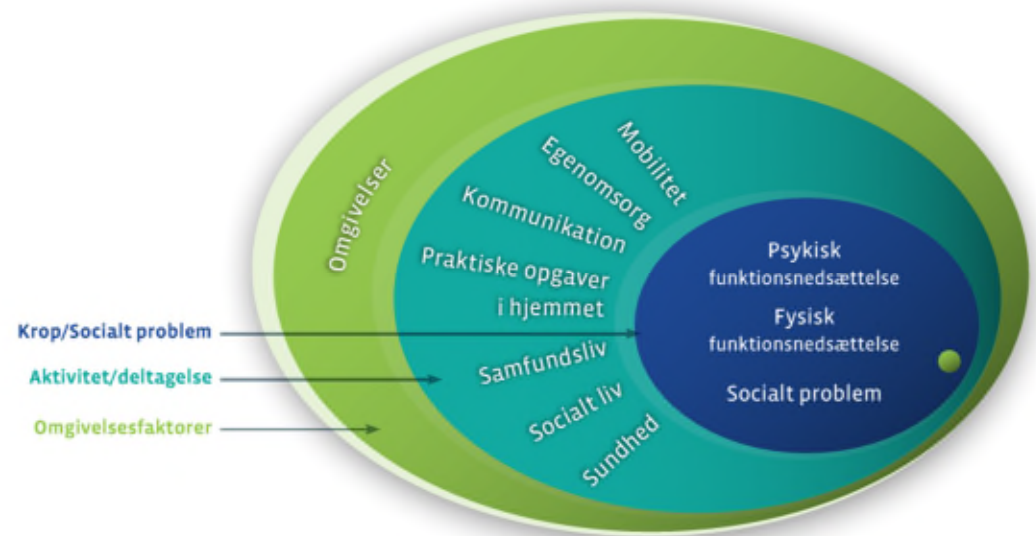
© 2011 Deloitte

Bilag D. Udredningsskema

Formål: En helhedsorienteret udredning er med til at sikre, at medarbejderne i det tværfaglige team har den samme forståelse af borgerens situation og behov. Denne fælles forståelse højner sandsynligheden for, at indsatsen integreres, så igangsatte indsatser både tager højde for borgerens sindslidelse og misbrug.

Indhold: En helhedsorienteret udredning indebærer, at alle væsentlige aspekter af borgerens liv skal udredes, herunder vedkommendes to lidelser, økonomi, sociale forhold, sundhed, kriminalitet, omgivelsernes betydning, egenomsorg, boligforhold m.v.

Stamoplysninger	
Borgers navn	
Borgers cpr-nummer	
Dato	
Dato for opfølgning	



Fysisk funktionsnedsættelse Eksempelvis: Hørenedsættelse, kommunikationsnedsættelse, mobilitetsnedsættelse, synsnedsættelse og døvblindhed.

Oplysninger fra borgeren (Udfordringer, ønsker og prioriteringer)		
Oplysninger fra andre (Fx læge, pårørende, tilbud)		
Teamets bemærkninger (Observationer, analyse)		
Funktionsniveau	0, 1, 2, 3, 4	Behandlede temaer:

Psyisk funktionsnedsættelse Eksempelvis: Sindslidelse som angst, depression, forandret virkelighedsopfattelse, personlighedsforstyrrelse, spiseforstyrrelse, stressbelastning og tilknytningsforstyrrelse. Intellektuel/kognitiv forstyrrelse som demens, hjerneskade og udviklingsforstyrrelse, herunder opmærksomhedsforstyrrelse og autismespektrum.

Oplysninger fra borgeren (Udfordringer, ønsker og prioriteringer)		
Oplysninger fra andre (Fx læge, pårørende, tilbud)		
Teamets bemærkninger (Observationer, analyse)		
Funktionsniveau	0, 1, 2, 3, 4	Behandlede temaer:

Socialt problem Eksempelvis: Hjemløshed, ind- og udadreagerende adfærd, kriminalitet, misbrug, omsorgssvigt, overgreb, prostitution, seksuelt krænkende adfærd, selvskadende adfærd, selvmordstanker og -forsøg og social isolation.

Oplysninger fra borgeren

(Udfordringer, ønsker og prioriteringer)

Oplysninger fra andre

(Fx læge, pårørende, tilbud)

Teamets bemærkninger

(Observationer, analyse)

Funktionsniveau

0, 1, 2, 3, 4

Behandlede temaer:

Praktiske opgaver i hjemmet Eksempelvis: Hjælp og omsorg for andre, praktiske opgaver, indkøb, madlavning, rengøring og tøjvask.

Oplysninger fra borgeren

(Ressourcer, udfordringer, ønsker og prioriteringer)

Oplysninger fra andre

(Fx læge, pårørende, tilbud)

Teamets bemærkninger

(Observationer, analyse)

Funktionsniveau

0, 1, 2, 3, 4

Behandlede temaer:

Egenomsorg Eksempelvis: Af- og påklædning, vask, kropspleje, toiletbesøg, drikke og spise.

Oplysninger fra borgeren

(Ressourcer, udfordringer, ønsker og prioriteringer)

Oplysninger fra andre

(Fx læge, pårørende, tilbud)

Teamets bemærkninger

(Observationer, analyse)

Funktionsniveau

0, 1, 2, 3, 4

Behandlede temaer:

Mobilitet Eksempelvis: Gang og bevægelse, ændre og opretholde kropstilling, bære, flytte og håndtere genstande og færden med transportmidler

Oplysninger fra borgeren

(Ressourcer, udfordringer, ønsker og prioriteringer)

Oplysninger fra andre

(Fx læge, pårørende, tilbud)

Teamets bemærkninger

(Observationer, analyse)

Funktionsniveau

0, 1, 2, 3, 4

Behandlede temaer:

Kommunikation Eksempelvis: Forstå meddelelser, fremstille meddelelser, samtale, anvendelse af kommunikationshjælpemidler og -teknikker og kommunikationsmiddel.

Oplysninger fra borgeren

(Ressourcer, udfordringer, ønsker og prioriteringer)

Oplysninger fra andre

(Fx læge, pårørende, tilbud)

Teamets bemærkninger

(Observationer, analyse)

Funktionsniveau

0, 1, 2, 3, 4

Behandlede temaer:

Samfundsliv Eksempelvis: Beskæftigelse, bolig, uddannelse og privatøkonomi

Oplysninger fra borgeren

(Ressourcer, udfordringer, ønsker og prioriteringer)

Oplysninger fra andre

(Fx læge, pårørende, tilbud)

Teamets bemærkninger

(Observationer, analyse)

Funktionsniveau

0, 1, 2, 3, 4

Behandlede temaer:

Socialt liv Eksempelvis: Samspil og kontakt, relationer, sociale fællesskaber og netværk.

Oplysninger fra borgeren

(Ressourcer, udfordringer, ønsker og prioriteringer)

Oplysninger fra andre

(Fx læge, pårørende, tilbud)

Teamets bemærkninger

(Observationer, analyse)

Funktionsniveau

0, 1, 2, 3, 4

Behandlede temaer:

Sundhed Eksempelvis: Helbredsforhold, kostvaner og livsførelse og medicinsk behandling.

Oplysninger fra borgeren

(Ressourcer, udfordringer, ønsker og prioriteringer)

Oplysninger fra andre

(Fx læge, pårørende, tilbud)

Teamets bemærkninger

(Observationer, analyse)

Funktionsniveau

0, 1, 2, 3, 4

Behandlede temaer:

Omgivelser Eksempelvis: Holdninger i omgivelserne og boligområde.

Oplysninger fra borgeren

(Ressourcer, udfordringer, ønsker og prioriteringer)

Oplysninger fra andre

(Fx læge, pårørende, tilbud)

Teamets bemærkninger

(Observationer, analyse)

Vurdering af motivationsniveau

Angiv borgerens motivationsniveau:

- Trin 1: Engagere
- Trin 2: Motivere
- Trin 3: Aktiv behandling
- Trin 4: Forebygge tilbagefald

Angiv evt. kommentarer:

Samlet vurdering

Ud fra ovenstående udredning angives en samlet faglig vurdering af borgerens behov:

Skala

- A = Intet problem (ingen, fraværende, ubetydeligt)
- B = Let problem (en smule, lidt)
- C = Moderat problem (middel, noget)
- D = Svært problem (omfattende, meget)
- E = Fuldstændigt problem (totalt, kan ikke)

Faglig vurdering

Ud fra ovenstående analyseres borgerens samlede situation og behov for indsatser. Beskriv herunder, hvilken betydning borgerens motivationsniveau har for støttebehovet.

Bilag E. Vejledning til udrednings-skema

Det følgende indeholder en gennemgang af de enkelte elementer i udredningsskemaet, og giver en indføring i, hvordan Voksenudredningsmetodens udredningsskema anvendes i praksis.

Udredningsskemaet indeholder først en række stamoplysninger om borgeren, som udfyldes indledningsvist.

Herefter følger 10 sektioner, som er ens opbygget, og som fokuserer hver på et af de 10 første temaer i VUM. Med afsæt i borgerens situation skal det tværfaglige team tage stilling til, hvilket tema det er relevant at tage udgangspunkt i. Udvælgelsen af relevante temaer bør tage afsæt i dialogen med borgeren og vedkommendes ønsker. Det er således ikke hensigten, at alle temaer skal udredes for hver borger. Det er dog vigtigt, at der for hvert tema konkret tages stilling til, om det er relevant at foretage en udredning. For de temaer, hvor der ikke foretages en udredning, bør det noteres, hvorfor det er vurderet, at udredning ikke er relevant.

Udover dokumentationen i den helhedsorienterede udredning kan der være behov for, at der gennemføres mere uddybende udredninger, for eksempel af borgerens sindslidelse, med henblik på at stille en diagnose eller foretage en mere grundig udredning af det konkrete misbrug. Som anført tidligere udgør den helhedsorienterede udredning den overordnede ramme for samarbejdet om borgeren.

Temaer i VUM

1. Fysisk funktionsnedsættelse
2. Psykisk funktionsnedsættelse
3. Socialt problem
4. Mobilitet
5. Egenomsorg
6. Kommunikation
7. Praktiske opgaver i hjemmet
8. Samfundsliv
9. Socialt liv
10. Sundhed

Eksempel vedrørende udvælgelse af temaer

Søren er 62 år. Han har i mange år lidt af depression og har i perioder et massivt alkoholforbrug. Lidelserne betyder, at Søren har en række afledte problemer. Blandt andet er hans helbred dårligt, og han mangler evnen til at styre økonomi og boligsituation. Søren har ikke en fast bolig, men sover ofte på forskellige væresteder eller herberger. Sommetider sover han hos tidligere venner eller familie, men han mener, at deres velvilje overfor ham er ved at være brugt op.

I denne sag skal omfanget af Sørens sindslidelse dokumenteres under *Psykisk funktionsniveau* og misbruget under *Socialt problem*. Måden, hvorpå Sørens helbredsforhold er påvirket af misbruget, kan udredes under temaet *Sundhed*. Derudover kan Sørens evne til at mestre sin boligsituation og sine økonomiske forhold udredes under temaet *Samfundsliv*.

De 10 tematiske sektioner indeholder en række faste felter, som gennemgås i det følgende.

Oplysninger fra borgeren

Feltet *Oplysninger fra borgeren* indgår som et særskilt element med henblik på at understøtte og tydeliggøre borgerinddragelse. Dermed tilskyndes teamet til at fastholde fokus på borgerens egne synspunkter på vedkommendes udfordringer, ønsker og ressourcer indenfor hvert tema i udredningen.

I feltet *Oplysninger fra borgeren* beskrives borgerens udtalelser og holdninger til den givne problemstilling. I dette felt kan det for eksempel beskrives, i hvilket omfang borgeren er motiveret for at komme i behandling for sine lidelser. Herudover er der lagt vægt på, at teamet skal tage stilling til både ressourcer, udfordringer, prioriteringer og ønsker med henblik på at skabe en balanceret udredning. Erfaringer fra udredningsmetoder på både ældreområdet og børneområdet viser, at denne tilgang understøtter en bedre og mere nuanceret udredning af borgerens situation.

Oplysninger fra andre

I feltet *Oplysninger fra andre* skal fremgå relevante oplysninger fra eksempelvis borgerens læge, misbrugsbehandlingen, regionspsykiatrien, socialpsykiatrien, pårørende eller andre relevante aktører. Her kan der for eksempel være en kort beskrivelse af, hvordan problemstillingen er dokumenteret i forbindelse med tidligere udredninger, journalnotater eller statusnotater fra borgerens læge/behandlingstilbud. Derudover kan det fremgå, hvis der er særlige forhold, borgerens pårørende har fremført.

Teamets bemærkninger

I feltet *Teamets bemærkninger* dokumenteres teamets egne relevante observationer og/eller analyse i forhold til borgerens ressourcer, udfordringer og problemstillinger indenfor det behandlede tema. Her kan teamet give en vurdering af omfanget af borgerens behov i henhold til de afdækkede undertemaer. Teamet skal også vurdere, om de indsamlede oplysninger er tilstrækkelige til at fastsætte borgerens funktionsniveau og iværksætte støtte- og behandlingsindsatser. Der kan således være behov for yderligere oplysninger.

Der henvises til metodehåndbogen for Voksenudredningsmetoden for en nærmere gennemgang af udredningsskemaet.

Angivelse af funktionsniveau

For hvert relevant tema vurderes borgerens funktionsniveau på en skala fra 0 til 4 som vist nedenfor.

Funktionsvurderingen angives ud fra en enkel standardkategorisering med fem niveauer

A = Intet problem

B = Let problem

C = Moderat problem

D = Stort problem

E = Fuldstændigt problem

Anvendelse af en skala til vurdering af funktionsniveau har flere formål.

For det første kan den bidrage til at skabe en ensartet vurdering af borgeres funktionsnedsættelse, da anvendelse af skalaen bidrager til at skabe et fælles grundlag for at diskutere og sammenligne vurderinger på tværs af medarbejdere og på tværs af målgrupper.

Dernæst kan funktionsvurderingen udgøre beslutningsstøtte til teamets samlede faglige vurdering af borgerens situation, behov og ressourcer ved at give teamet et overblik over borgerens funktionsniveau på tværs af de afdækkede temaer.

Endelig muliggør funktionsvurderingen opsamling af data om borgerens udvikling indenfor specifikke funktionsområder over tid og danner dermed grundlag for effektmåling.

Erfaringer med anvendelse af skalaer viser generelt, at det kræver en vis tid, før de enkelte medarbejdere foretager en tilpas ensartet vurdering af funktionsniveauet. Denne proces kan blandt andet fremskyndes ved løbende at drøfte sager og funktionsvurderinger i det tværfaglige team, så det bliver synligt, hvad den enkelte medarbejder lægger til grund for sin scoring. Erfaringer har desuden vist, at skalaen bidrager til fælles faglige drøftelser, der på sigt kan bidrage til at skabe mere ensartet behandling og støtte overfor borgeren.

Der henvises til metodehåndbogen for Voksenudredningsmetoden for en nærmere gennemgang af funktionsvurderingen.

Samlet funktionsvurdering

På grundlag af udredningen skal borgerens samlede funktionsniveau vurderes. I modsætning til vurderingen af det specifikke funktionsniveau under hvert tema viser det samlede funktionsniveau et generelt billede af borgerens situation/funktionsniveau.

Det skal understreges, at den samlede funktionsvurdering ikke er et gennemsnit af funktionsniveauet for hvert af de relevante temaer. I stedet er det teamets samlede faglige vurdering med udgangspunkt i borgerens samlede ressourcer og begrænsninger. Det betyder, at temaerne fra udredningen vil have varierende betydning for vurderingen af det samlede funktionsniveau. Der kan for eksempel være sager, hvor borgeren har en lav score på hvert af de afdækkede temaer i udredningen, men får en høj score på den samlede funktionsvurdering på grund af kompleksiteten af problemstillingerne samlet set.

Funktionsvurderingen angives ud fra en enkel standardkategorisering med fem niveauer

A = Intet problem

B = Let problem

C = Moderat problem

D = Stort problem

E = Fuldstændigt problem

Den samlede funktionsvurdering har endvidere et vigtigt formål, da der herigennem skabes grundlag for opsamling af struktureret information om borgerne. For eksempel kan det samlede funktionsniveau give et billede af:

- Funktionsniveau på tværs af målgrupper.
- Fordeling af behov for støtte indenfor de enkelte målgrupper/ydelsesgrupper.
- Effekt af indsatsen, da det er muligt at følge udviklingen i funktionsniveauet på individniveau.

Den samlede score er det afsluttende element i den helhedsorienterede udredning og skaber et samlet overblik over borgerens situation, problemstillinger og ressourcer, som den efterfølgende faglige vurdering og handleplan kan baseres på.

Konklusion på udredningen

Med afsæt i de indsamlede oplysninger i udredningen udarbejder det tværfaglige team den samlede faglige vurdering, der dermed bliver en konklusion på udredningen. Vurderingen består af en samlet faglig analyse, hvor det tværfaglige team først sammenholder alle relevante oplysninger fra udredningen og på baggrund heraf efterfølgende foretager en vurdering af borgerens situation, og hvilke former for støtte og behandling der kan være relevante. Vurderingen af behov og relevante indsatser bør relateres direkte til borgerens motivationsniveau. Den samlede vurdering er altså teamets faglige analyse og konklusion, der danner grundlag for at udvælge relevante støtte- og behandlingsindsatser samt udformningen af handleplanen.

Den samlede vurdering skal være selv bærende og udelukkende være baseret på oplysninger, der kan genfindes i udredningen. Der må således ikke fremgå nye oplysninger i den samlede vurdering, der ikke allerede er afdækket under udredningen. På den måde skal andre parter i sagsforløbet kunne danne sig et overblik over det tværfaglige teams socialfaglige analyse og argumentation alene ud fra den faglige vurdering.

Bilag F. Integreret handleplan

Formål: Den integrerede handleplan er det tværfaglige teams fælles redskab, som fastsætter formål og mål for den integrerede indsats, der skal igangsættes for borgeren. Handleplanen tager udgangspunkt i den helhedsorienterede udredning og borgerens motivationsniveau, så det sikres, at mål og indsatser tager afsæt i borgerens behov, ønsker og motivation for at forandre sin situation.

Indhold: Handleplanen beskriver de individuelle formål og mål for indsatsen for den enkelte borger. Målene fastsættes i samarbejde med borgeren og tager udgangspunkt i den enkeltes umiddelbare ønsker, behov og motivation for støtte og behandling.

Baggrundsplysninger											
Borgers navn											
Borgers cpr-nummer											
Adresse											
Telefonnummer											
Mail											
Nærmeste pårørende											
Værgemål og repræsentation [Angiv, hvis relevant]	<table><tr><td>Værgemål:</td><td>Repræsentation:</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Værgemål (§ 5)</td><td><input type="checkbox"/> Bisidder</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Værgemål med frataget retslig handleevne (§ 6)</td><td><input type="checkbox"/> Partsrepræsentant</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Samværgemål (§7)</td><td><input type="checkbox"/> Fuldmagt. Hvis ja, angiv hvad der er givet fuldmagt til:</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Værge [angiv kontaktoplysninger]</td><td></td></tr></table>	Værgemål:	Repræsentation:	<input type="checkbox"/> Værgemål (§ 5)	<input type="checkbox"/> Bisidder	<input type="checkbox"/> Værgemål med frataget retslig handleevne (§ 6)	<input type="checkbox"/> Partsrepræsentant	<input type="checkbox"/> Samværgemål (§7)	<input type="checkbox"/> Fuldmagt. Hvis ja, angiv hvad der er givet fuldmagt til:	<input type="checkbox"/> Værge [angiv kontaktoplysninger]	
Værgemål:	Repræsentation:										
<input type="checkbox"/> Værgemål (§ 5)	<input type="checkbox"/> Bisidder										
<input type="checkbox"/> Værgemål med frataget retslig handleevne (§ 6)	<input type="checkbox"/> Partsrepræsentant										
<input type="checkbox"/> Samværgemål (§7)	<input type="checkbox"/> Fuldmagt. Hvis ja, angiv hvad der er givet fuldmagt til:										
<input type="checkbox"/> Værge [angiv kontaktoplysninger]											
Dato											

Formål og indsats		
Angiv borgerens motivationsniveau: <input type="checkbox"/> Trin 1: Engagere <input type="checkbox"/> Trin 2: Motivere <input type="checkbox"/> Trin 3: Aktiv behandling <input type="checkbox"/> Trin 4: Forebygge tilbagefald	Angiv evt. kommentarer:	
Indsatsformål		
	Mål	Dato for opfølgning
Indsatsmål 1:		
Indsatsmål 2:		
Indsatsmål 3:		
Indsatsmål 4:		
Indsatsmål n:		

Indsats	
Ydelser	
Udfører Angiv den konkrete leverandør, der leverer indsatsen.	
OMFANG AF INDSATSEN	
Forventet startdato for indsats	
Forventet slutdato for indsats	

Andet	
Andre særlige forhold vedrørende boform, beskæftigelse, personlig hjælp, behandling, hjælpemidler m.v.	
Eventuelle aftaler med borger [her angives det, hvis der er indgået aftaler med borger]	

Koordinering	
Eventuelle samarbejdspartnere [navn, tlf.nr. og afdeling]	
Koordinerende medarbejder med samlet ansvar for indsatsen [navn, tlf.nr. og afdeling]	

Bilag G. Vejledning til handleplansskema

Det følgende indeholder en gennemgang af de enkelte elementer i handleplansskemaet, og giver en indføring i, hvordan Voksenudredningsmetodens handleplansskema anvendes i praksis.

Handleplansredskabet er opbygget som illustreret nedenfor:

Formål og indsats				
Angiv motivationsniveau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Trin 1: Engagere	Trin 2: Motivere	Trin 3: Aktiv behandling	Trin 4: Forebygge tilbagefald
Indsatsformål				
	Mål	Dato for opfølgning		
Indsatsmål 1:				
Indsatsmål 2:				
Indsatsmål 3:				
Indsatsmål 4:				
Indsatsmål n:				
Indsats 1				
Ydelser				
Udfører Angiv den konkrete leverandør, der leverer indsatsen.				
OMFANG AF INDSATSEN				
Forventet startdato for indsats				
Forventet slutdato for indsats				

Formål og indsats

Et vigtigt element i handleplanen er at opstille formål og målsætninger med indsatsen med henblik på at danne et grundlag for en fælles plan for borgeren og det tværfaglige team om indsatsen for den enkelte borger.

Tabel 2. Formål og indsatsmål

Motivationsniveau	Trin 1: Engagere	Trin 2: Motivere	Trin 3: Aktiv behandling	Trin 4: Forebygge tilbagefald
		X		

Indsatsformål Formålet med indsatsen er at hjælpe Morten med at nedsætte hans stofforbrug og mindske omfanget af angstanfald, så han kan få styr på sin økonomi og genetablere kontakten med sin familie.

	Mål	Dato for opfølgning
Indsatsmål 1	At du får reduceret dit daglige indtag af alkohol til maksimum 10 genstande	1. juli 2013
Indsatsmål 2	At du oplever færre ugentlige angstanfald	1. juli 2013
Indsatsmål 3	At du ikke bruger flere penge hver måned, end du får i kontanthjælp	1. juli 2013
Indsatsmål 4	At du genetablerer kontakten til din familie	1. juli 2013

Som det fremgår af eksemplet, indeholder handleplanen indledningsvis angivelse af borgerens motivationsniveau for at understøtte, at arbejdet med handleplanen tager direkte udgangspunkt i denne vurdering. Herefter angives indsatsformål og de konkrete indsatsmål. For hvert indsatsmål angives det, hvornår der skal følges op på indsatsen. Det tværfaglige team fastsætter selv opfølgningstidspunktet.

Beskrivelse af indsatsen

Efter indsatsmålene angives det, hvilke ydelser indsatsen omfatter, herunder hvem der leverer indsatsen, og hvad omfanget af indsatsen er, jf. tabellen nedenfor.

Tablet 3. Indsats (ydelser og tilbud)

Ydelser	Behandling vedrørende sindslidelse og misbrug (§ 102)
Leverandør	Det tværfaglige team [eventuelt andre leverandører]
Omfang af indsatsen	
Forventet startdato for indsats: Dato for, hvornår det forventes, at indsatsen kan iværksættes.	1. februar 2013
Forventet slutdato for indsats: Dato for, hvornår det forventes, at indsatsen ophører. [mulighed for at angive, at foranstaltningen er uden slutdato]	30. juni 2013

Samlet set bidrager disse to dele af redskabet til, at det bliver synligt for borgeren:

- Hvorfor indsatsen leveres (begrundelse for indsats).
- Hvad indsatsen skal resultere i (indsatsmål).
- Hvilken indsats der leveres (ydelser og omfang).
- Hvem der leverer indsatsen (udfører).

Varighed og koordinering

Af handleplanen fremgår også varigheden af indsatsen, og hvem der har ansvaret for koordinering af indsatsen. Det tværfaglige team har det overordnede ansvar for, at indsatsen leveres efter hensigten, og det er borgerens kontaktperson, der som casemanager har ansvar for at koordinere mellem forskellige myndigheder, når der er behov herfor.

Tablet 4. Varighed

Forventet varighed af indsatsen	6 måneder
Starttidspunkt for indsatsen	1. februar 2013

Tabel 5. Koordinering

Eventuelle samarbejdspartnere (navn, telefonnummer og afdeling)	Gudrun Jacobsen, misbrugscentret Ørnen, 87 65 43 21, gi@ørnen.dk
Koordinerende medarbejder med samlet ansvar for indsatsen (navn, telefonnummer og afdeling)	Kontaktoplysninger på borgerens kontaktperson i det tværfaglige team

Særlige forhold og aftaler

Herudover er det muligt at notere eventuelle særlige forhold vedrørende boform, beskæftigelse mv. Endvidere er der mulighed for under *Eventuelle aftaler med borger* at angive konkrete aftaler med borgeren, der skal bidrage til, at en eller flere af målsætningerne indfris, jf. tabellen nedenfor.

Tabel 6. Særlige forhold og aftaler

Andre særlige forhold vedrørende boform, beskæftigelse, personlig hjælp, behandling, hjælpemidler mv.	Morten får substitutionsmedicin.
Eventuelle aftaler med borgeren (her angives det, hvis der er indgået aftaler med borgeren)	

Bilag H.

Opfølgning

Formål: En løbende opfølgning gør det muligt kontinuerligt at følge op på og tage aktivt stilling til relevans og resultater af de valgte indsatser, med udgangspunkt i borgerens aktuelle behov.

Indhold: Opfølgningsredskabet oplister borgerens mål og dokumenterer og understøtter, at der følges systematisk op på indsats og målsætninger.

Stamoplysninger

Borgers navn	
Borgers cpr-nummer	
Dato	

Indsats

[tilbud] [ydelser] [omfang]	
-----------------------------------	--

Indsatsformål

--

Opfølgning på målsætninger for indsatsen

Indsatsmål/ vurdering	Indsatsmål 1:
Borgers vurdering	
Teamets vurdering	
Fremadrettet	<input type="checkbox"/> Uændret <input type="checkbox"/> Mål skal revideres <input type="checkbox"/> Indsats skal revideres <input type="checkbox"/> Mål afsluttet
Indsatsmål/ vurdering	Indsatsmål 2:
Borgers vurdering	
Teamets vurdering	
Fremadrettet	<input type="checkbox"/> Uændret <input type="checkbox"/> Mål skal revideres <input type="checkbox"/> Indsats skal revideres <input type="checkbox"/> Mål afsluttet
Indsatsmål/ vurdering	Indsatsmål 3:
Borgers vurdering	

Teamets vurdering	
Fremadrettet	<input type="checkbox"/> Uændret <input type="checkbox"/> Mål skal revideres <input type="checkbox"/> Indsats skal revideres <input type="checkbox"/> Mål afsluttet
Indsatsmål/ vurdering	Indsatsmål 4:
Borgers vurdering	
Teamets vurdering	
Fremadrettet	<input type="checkbox"/> Uændret <input type="checkbox"/> Mål skal revideres <input type="checkbox"/> Indsats skal revideres <input type="checkbox"/> Mål afsluttet
Indsatsmål/ vurdering	Indsatsmål 5:
Borgers vurdering	
Teamets vurdering	
Fremadrettet	<input type="checkbox"/> Uændret <input type="checkbox"/> Mål skal revideres <input type="checkbox"/> Indsats skal revideres <input type="checkbox"/> Mål afsluttet
Indsatsmål/ vurdering	Indsatsmål N:
Borgers vurdering	
Teamets vurdering	

Fremadrettet	<input type="checkbox"/> Uændret <input type="checkbox"/> Mål skal revideres <input type="checkbox"/> Indsats skal revideres <input type="checkbox"/> Mål afsluttet
Eventuelle nye forhold omkring borgers situation	
Samlet konklusion på indsats, indsatsformål og indsatsmål	
Eventuelle kommentarer fra pårørende	

Praktiske forhold vedrørende opfølgningen

Deltagere ved opfølgningsmødet	
Opfølgning gennemført via:	<input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Møde <input type="checkbox"/> Andet
Dato for gennemført opfølgning:	
Dato for næste opfølgning	

Bilag I. Vejledning til opfølgningsskema

Redskabet til opfølgning fremgår af bilag H. I det følgende beskrives indholdet af opfølgningsredskabet.

Opfølgning på målsætninger

Opfølgningen på målsætninger handler om at vurdere, i hvilket omfang målsætningerne er nået, og om målsætningerne fortsat er relevante i forhold til borgerens situation. Når det tværfaglige team følger op, skal der være fokus på de mål, som teamet har fastsat i handleplanen. Opfølgningsredskabet understøtter, at der kan være forskellige perspektiver på, i hvilket omfang målsætningerne er nået, hvorfor der kan registreres vurderinger fra henholdsvis borger og det tværfaglige team. På det grundlag vurderer det tværfaglige team, om der skal foretages ændringer i støtte- og behandlingsindsatsen og de opstillede mål.

For hver målsætning skal det registreres, om mål og indsats skal fortsætte uændret, om mål og/eller indsats skal ændres, eller om målet er opnået.

Opfølgningen kan resultere i, at det vurderes, at den igangsatte støtte- og behandlingsindsats ikke er den rigtige og derfor skal ændres (for eksempel hvis indsatsen ikke er tilstrækkelig, skal have et andet sigte/fokus eller er unødvendig, fordi målet er opnået).

Udover opfølgning på indsatsformål og indsatsmål er det muligt i redskabet at notere, hvis der er opstået eventuelle nye forhold omkring borgerens situation. Det kan for eksempel være ændringer i borgerens omgivelser, der har betydning for borgeren, uden at det dog giver anledning til at ændre den faglige vurdering af borgerens behov.

Afslutningsvis formuleres den samlede konklusion på indsats, indsatsformål og indsatsmål som en opsamling på den gennemførte opfølgning.

Som led i opfølgningen opdateres udredningen i forhold til borgerens aktuelle situation.

Bilag J.

Vurdering af borgerens motivationsniveau

Vejledning

Til brug for vurdering af borgerens motivationsniveau kan nedenstående skema anvendes. Skemaet bygger på metoden Substance Abuse Treatment Scale – Revised (SATS-R), som er udviklet i 1995 af Mueser m.fl. Metoden tager udgangspunkt i de fire trin i den motivationsbaserede tilgang. Af operationaliseringsmæssige hensyn er hvert trin opdelt i to undertrin.

Skalaen kan anvendes til at vurdere en borgers sindslidelse og misbrug - ikke til at give en diagnose. Der ses på de seneste seks måneder. Hvis borgeren er indlagt, skal der ses på perioden før indlæggelse. Sæt kryds ud for det motivationsniveau borgeren befinder sig på.

<input type="checkbox"/> <i>Præ-engagere</i>	Borgeren har ikke kontakt med en behandler.
<input type="checkbox"/> <i>Engagere</i>	Borgeren har ikke jævnlig kontakt med en behandler. Borgeren afviser at have et problem og er ikke motiveret til at ændre adfærd.
<input type="checkbox"/> <i>Tidlig motivation</i>	Borgeren har jævnlig kontakt med en behandler. Borgeren har fortsat det samme misbrugsbehov, eller har reduceret misbruget inden for de seneste to uger. Borgeren begynder at erkende, at der kan være et problem, men er kun helt indledningsvist parat til at gøre noget ved det.
<input type="checkbox"/> <i>Sen motivation</i>	Borgeren har jævnlig kontakt med en behandler. Borgeren viser tegn på, at misbruget er reduceret inden for 2-4 uger (færre stoffer, mindre mængde eller begge). Borgeren beslutter sig for en forandring og begynder at forberede den.
<input type="checkbox"/> <i>Tidlig aktiv behandling</i>	Borgeren er engageret i behandling. Borgeren har reduceret misbruget i mere end en måned. Borgeren begynder at foretage ændringer og samarbejder omkring problemet.
<input type="checkbox"/> <i>Sen aktiv behandling</i>	Borgeren er engageret i behandling. Borgeren har ikke haft et misbrug i 1-5 måneder. Borgeren har ændret adfærd og samarbejder omkring problemet.
<input type="checkbox"/> <i>Undgå tilbagefald</i>	Borgeren er engageret i behandling. Borgeren har ikke haft et misbrug i de seneste 6 måneder. Borgeren ønsker at fastholde ændringerne.

<input type="checkbox"/> <i>I bedring eller fuld recovery</i>	Borgeren har ikke haft et misbrug i mere end et år. Borgeren har ikke haft et tilbagefald i mere end et år.
---	--

Bilag K. Behandlingsplan

Baggrundsoplysninger

Borgers navn		Dato	
Kontaktperson i det tværfaglige team			
Psykiatrisk diagnose	[Anfør diagnose hvis den haves]		
Alkoholmisbrug	[Beskriv omfang og/eller anvend fx ASI]		
Stofmisbrug	[Beskriv omfang og/eller anvend fx ASI]		
Motivationsniveau	[Anfør motivationstrin, anvend fx bilag F (SATS-R)]		

Indsats

Faglig vurdering	[Den faglige vurdering indeholder det tværfaglige teams samlede analyse og konklusion på udredningen af borgerens situation]			
Indsatsformål	[Indsatsformålet angiver den virkning og effekt, som det tværfaglige team ønsker, at indsatsen skal resultere i, og som udfører skal arbejde for at opnå.]			
	Mål	Indsats	Behandlingsmetode	Dato for opfølgning

Indsatsmål 1	[Fx: Skal opnå bevidsthed om sammenhængen mellem misbruget og sindslidelsen.]	[Fx: Psykoedukation om samtidig sindslidelse og misbrug]	[Fx: Kognitiv adfærdsterapi, gruppeterapi]	
Indsatsmål 2	[Fx: Skal indse, at misbruget står i vejen for at opnå personlige mål.]	[Fx: Identificere mål med livet og vurdere sammenhængen med misbruget.]	[Fx: Den motiverende samtale, gruppeterapi.]	
Indsatsmål n				
Forventet startdato for indsats				

Bilag L. Kriseplan

Borgerens navn: _____

Dato: _____

Formål

Kriseplanen er en konkret og nedskrevet plan over dine handlemuligheder i tilfælde af en forværring af misbruget og den psykiske tilstand.

Mine advarselstegn

[Her oplystes, hvad der kan være tidlige tegn på tilbagefald, fx øget trang til alkohol/stoffer, stemmehøring, konflikter med familien m.v.]

Afledende/beroligende aktiviteter

[Her oplystes, hvad der kan være gode aktiviteter for borgeren, hvis vedkommende er i en krise, fx høre min yndlingsmusik, løbe en tur, se en film, tage et bad, ringe til min mor m.v. Det anbefales, at der maksimalt oplystes fem aktiviteter.]

Hvem kan jeg kontakte, hvis jeg får behov for det?

[Her oplystes, hvem borgeren kan ringe til i vedkommendes netværk, fx mor/far, søskende, venner m.v.]

Nyttige telefonnumre

[Her oplystes telefonnumrene til relevante telefonlinjer, den psykiatriske skadestue, lægevagten, egen læge m.v.]

Bilag M.

Implementeringsbarometer

Inspireret af Kim Muesers Dual-Disorder Treatment Fidelity Scale.

Vurderet af: _____

	Vurdering				
1. Identifikation af borgere med sindslidelse og misbrug	1	2	3	4	5
2. Opsporing af borgere med sindslidelse og misbrug	1	2	3	4	5
3. Helhedsorienteret udredning	1	2	3	4	5
4. Integrerede handleplaner	1	2	3	4	5
5. Integrerede indsatser	1	2	3	4	5
6. Integrerede kriseplaner	1	2	3	4	5
7. Opsøgende tilgang	1	2	3	4	5
8. Netværksarbejde	1	2	3	4	5
9. Motivationsbaseret tilgang	1	2	3	4	5
Total score:	_____				

Om Deloitte

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

Deloitte Touche Tohmatsu Limited

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