



Joint Action MENTAL HEALTH TOGETHER

Definition af det integrerede behandlingsforløb

Version	2.0
Forfatter	National Institute of Health, Italien
Opgave	5.4
Dato for leverancen	30. maj 2026
Type af leverance	Rapport



Co-funded by
the European Union

This Joint Action is co-funded by the Health
Programme of the European Union under
Grant Agreement No. 101162928

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or European Health and Digital Executive Agency (HaDEA). Neither the European Union nor the granting authority can be held responsible for them.



1. Dokumentegenskaber

Projektnavn:	Mental Health Together
Projektaforkortelse	MENTOR
Projektnummer:	1011622928
Emne:	Rapport om vidensudveksling
Forfatter af dokumentet:	National Institute of Health, Rom, Italien
Dækket periode (varighed)	18/06/2025 - 30/05/2026

1.1. Dokumentets revisionshistorik

Version	Dato	Forfattere/bidragydere	Kommentarer
1.0	18.11.2025	ISS	Første udkast
1.1	29.01.2026	ISS/Medlemsstater	Revision
1.2	05.02.2026	ISS/Medlemsstater	Revision
2.0	17.02.2026	Interessenter/ISS/Medlemsstater	Endelig version
2.0	03.03.2026	ISS	Oversættelse
2.0	11.05.2026	RDS	Validering af oversættelsen

1.2. Erklæring om originalitet

Indholdet af dette leveranceprodukt er originalt og udelukkende udarbejdet af bidragsyderne til JA Mentor-projektet.

1.3 Table of contents

<i>1. Dokumentegenskaber.....</i>	<i>1</i>
<i>1.1..... Dokumentets revisionshistorik</i>	<i>1</i>
<i>1.2..... Erklæring om originalitet</i>	<i>2</i>
<i>1.3 Table of contents.....</i>	<i>3</i>
<i>1.4 Forkortelser og akronymer.....</i>	<i>5</i>
<i>2. Om MENTOR-projektet.....</i>	<i>6</i>
<i>2.1. Formålet med dette dokument.....</i>	<i>6</i>
<i>2.2. Opgave 5.4.....</i>	<i>7</i>
<i>2.2.1. Opgavebeskrivelse.....</i>	<i>7</i>
<i>2.2.2. Opgavestruktur.....</i>	<i>9</i>
<i>2.2.3. Opgavens organisering.....</i>	<i>9</i>
<i>2.3. Kontakter.....</i>	<i>10</i>
<i>2.3.1. Kontaktperson for koordination.....</i>	<i>10</i>
<i>2.3.2 Hovedbidragydere og kontaktpersoner for Opgave 5.4.....</i>	<i>10</i>
<i>3. Et europæisk integreret behandlingsforløb med en personcentreret tilgang til at fremme social inklusion og livskvalitet for personer med mentale sundhedsforstyrrelser.....</i>	<i>12</i>
<i>3.1. Forudsætning.....</i>	<i>12</i>
<i>3.2 Erfaringer med metoden Health Budget.....</i>	<i>13</i>
<i>3.3. En europæisk anvendelse af det personlige sundhedsbudget.....</i>	<i>17</i>
<i>3.4. Skift fra standardiserede servicepakker til individuelt tilpasset støtte....</i>	<i>17</i>
<i>4. NØGLEKOMPONENTER i det integrerede behandlingsforløb.....</i>	<i>19</i>
<i>4.1. Multiprofessional team.....</i>	<i>19</i>
<i>4.2. Multidimensionel vurdering og redskaber.....</i>	<i>20</i>
<i>4.2.1. Definition af Personligt sundhedsbudget gennem en CO-PROGRAMMERINGS- og CO-LEDELSES-tilgang.....</i>	<i>21</i>
<i>4.3. Skræddersyede og integrerede interventioner.....</i>	<i>22</i>
<i>4.4. Definition of the Personal Health Budget.....</i>	<i>24</i>
<i>4.4.1. Definition af det Personlige Sundhedsbudget.....</i>	<i>25</i>

<i>4.5. Identifikation af case manageren.....</i>	<i>26</i>
<i>4.5.1. Nyere litteratur om case manager: centrale funktioner og roller.....</i>	<i>26</i>
<i>4.5.2. Kernefunktioner for case manageren.....</i>	<i>27</i>
<i>4.6. Underskrift og monitorering.....</i>	<i>27</i>
<i>4.6.1. Definition af indikatorer til monitorering af Personligt sundhedsbudget eller det europæiske pilotstudie.....</i>	<i>27</i>
<i>5. FORMAT for det Integrerede Behandlingsforløb.....</i>	<i>29</i>
<i>6. Litteraturliste.....</i>	<i>36</i>
<i>7. Næste skridt: Pilotimplementering og monitorering af det integrerede behandlingsforløb.....</i>	<i>37</i>
<i>7.1. Synergier.....</i>	<i>37</i>

1.4 Forkortelser og akronymer

EU	European Union
JA	Joint Action
MENTOR	Mental Health Together
PLE	People with Lived Experience
WP	Work package

Liste over forkortelser – WP5.4-deltagere	
ASL of Turin	Azienda Sanitaria Locale Città di Torino (Italy)
BIOSISTEMAK	Asociación Instituto De Investigación En Sistemas De Salud- Biosistemak
FFIS	Fundacion para la Formacion e Investigacion Sanitarias de la Region de Murcia
FRCB-IDIBAPS/HCB	Fundació Recerca Clínic Barcelona-IDIBAPS/ Hospital Clínic de Barcelona
FUNDESALUD	Fundacion para la Formacion e Investigacion de los Profesionales de la Salud de Extremadura Fundesalud
GENCAT	Departament de Salut - Generalitat de Catalunya
ICO	Institut Catala D'oncologia
IDIVAL	Fundacion Instituto de Investigacion Marques de Valdecilla
ISS	Istituto Superiore di Sanità
Lombardy Region	Regione Lombardia
MOSA	Sotsiaalministeerium
NCMHFAD	Centrul National de Sanatate Mintala Si Lupta Antodrog
NHF	National Health Fund
PHC	State Institution Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine
PHCI	Primary Healthcare of the Capital Area
ProMIS	Azienda ULSS 4 Veneto Orientale
RDS	Southern Region of Denmark
SAS	Servicio Andaluz de Salud
SHSO-MHS	Organismos Kratikon Ypiresion Ygeias
SMS	Servicio Murciano de Salud
UNIMIBI	Università degli Studi di Milano-Bicocca

2. Om MENTOR-projektet

MENTOR har til formål at fremme mental sundhed ved at dele erfaringer på tværs af et bredt konsortium – fra politiske initiativer til kliniske og professionelle praksisser. Projektet integrerer evidensbaserede praksisser og tilpasser initiativer for at sikre langsigtet bæredygtighed, hvilket styrker mental sundhed og trivsel på både individ- og befolkningsniveau.

Mål for MENTOR-projektet:

1. Sikre en effektiv formidling af aktiviteter og resultater i projektet.
2. Fremme bæredygtigheden og implementeringen af resultater opnået i projektet i de forskellige systemer for mental sundhed i hele den europæiske region.
3. Styrke kapaciteten inden for mental sundheds litteratur ved at udvikle anbefalinger til politikker og interventionsværktøjer målrettet sårbare grupper og ved at bekæmpe stigmatisering.
4. Bidrage til at øge adgangen til evidensbaserede praksisser og innovative tilgange til monitorering, fremme og forebyggelse af mental sundhed for at håndtere mentale helbredstilstande i lokalsamfundet.
5. Forbedre systemerne til monitorering af mental sundhed med henblik på at øge opmærksomheden omkring mentale sundhedsproblemer, sikre tidligere identifikation af personer i risiko og understøtte databaserede beslutninger.
6. Reducere sociale uligheder i befolkningen med fokus på personer med udfordringer ift. mentale sundhed.
7. Fremme metoder til evaluering og implementering af MHIAP-tilgange (Mental Health in All Policies) på nationalt og regionalt niveau.
8. Identificere evidensbaserede interventioner til fremme og forebyggelse af mentale sundhedsproblemer i både sårbare og generelle populationer.
9. Understøtte fremgangsmåder, der er orienteret mod recovery og inklusion, i plejen af personer med mentale sundhedstilstande.
10. Implementere personaliserede og helhedsorienterede tilgange til mental sundhed.

2.1. Formålet med dette dokument

Dette dokument fungerer som Vidensudvekslingsrapporten for leverance 5.4.2 "Definition af det integrerede behandlingsforløb" i JA Mental Health Together – MENTOR Opgave 5.4. Baseret på data indsamlet gennem D.5.4.1 og samlet i Vidensudvekslingsrapporten (tilgængelig via følgende link: <https://ja-mentor.eu/index.php/recources/>), vil de væsentlige

elementer i det integrerede behandlingsforløb inden for mental sundhed blive beskrevet, herunder:

1. medlemmer af det tværfaglige team til den indledende vurdering
2. testredskaber og spørgeskemaer til vurdering af kliniske og personlige resultater
3. et standardiseret format til planlægning og monitorering af integrerede social-sundhedsinterventioner

Den nuværende Vidensudvekslingsrapport omfatter de oplysninger, der er indsamlet blandt de medlemsstater, der deltager i tasken.

Udkastet til dette dokument vil blive offentliggjort på Joint Action-websitet. Interessenter (såsom kliniske centre for mental sundhed, personer med levede erfaringer, NGO'er, kommuner osv.) vil blive inviteret til at give feedback og forslag. Al feedback vil blive gennemgået af Panelet med henblik på eventuelle ændringer, hvilket vil føre til færdiggørelsen af dokumentet. Det endelige dokument vil blive oversat til alle de forskellige europæiske sprog i medlemsstaterne for at sikre bredere tilgængelighed og forståelse.

2.2. Opgave 5.4

2.2.1. Opgavebeskrivelse

Integreret behandlingsforløb til fremme af social inklusion og livskvalitet for personer med psykiske vanskeligheder.

Personliggørelse er et nøgleelement i sundhedspolitikken, som fremhævet af Verdenssundhedsorganisationen (WHO). Den bygger på idéen om et sundhedssystem baseret på menneskelige principper og rettigheder såsom lighed, deltagelse, selvbestemmelse og ligebehandling. Dette indebærer en personcentreret tilgang, hvor patienternes behov høres, og deres evner og frihed til at træffe valg om egen sundhed anerkendes. En personcentreret tilgang gør det muligt for forskellige sektorer at arbejde sammen ved at bruge tilgængelige ressourcer og kompetencer for at imødekomme individets samlede behov.

Opgave 5.4 støtter de deltagende partnere i at definere og implementere integrerede behandlingsforløb for personer med psykiske vanskeligheder i deres respektive lande og i at udarbejde anbefalinger, der fremmer sundheds- og social integration. Offentlige

politikker, forskellige finansieringskilder, sundheds-, uddannelses- og sociale ydelser samt forskellige faglige ressourcer vil indgå i en tæt integration og et forpligtende partnerskab.

Målet med denne synergi er recovery og fuld inklusion i lokalsamfundet for personer med psykiske vanskeligheder .

Gennem den innovative metode *personligt sundhedsbudget* samarbejder sundheds- og sociale tjenester om at levere integrerede indsatser inden for fire områder:

- sundhed
- bolig
- jobindsats
- affektivitet/sociabilitet/livs- og relationsfærdigheder

Hver person ledsages af et individuelt tilpasset projekt, udviklet ud fra deres specifikke behov og præferencer og ved hjælp af offentlige, private og personlige ressourcer. Individets egen empowerment sikres gennem fuld involvering og informeret samtykke i alle faser af forhandlings- og beslutningsprocessen.

Tilgængeligheden eller manglen på økonomiske/materielle ressourcer (f.eks. bolig, indkomst, pension, løn, ydelser) og immaterielle ressourcer (uddannelsesmæssige kvalifikationer, familiestøtte, socialt netværk, personlige færdigheder) indgår i vurderingen af personens behov og det personlige sundhedsbudget. Det personlige sundhedsbudget defineres som summen af ressourcer fra personen og deres kontekst samt listen over de ressourcer/interventioner, som de integrerede tjenester sikrer under det personlige projekt. Projektet monitoreres, evalueres regelmæssigt og opdateres efter behov.

Under task 5.4 indsamles og analyseres data og information om offentlige politikker og organiseringen af tjenester for mental sundhed i de deltagende lande. Personer med levede erfaringer inddrages aktivt i det tværfaglige team for at evaluere de indsamlede data og definere de centrale komponenter i det integrerede social-sundhedsforløb, der skal implementeres i nogle medlemsstater.

Det personlige sundhedsbudget er allerede blevet afprøvet i flere lande, herunder Storbritannien, Belgien, Danmark, Italien, Finland, Østrig, Frankrig, Sverige, Tyskland, Australien og USA, med forskellige typer programmer og variabler såsom adgangskriterier eller graden af individuel valgfrihed. Hovedformålet for de fleste programmer har været at

fremme autonomi og selvstændig livsførelse, mens andre i højere grad har fokuseret på at forbedre støttesystemet for pårørende.

Task 5.4 samarbejder tæt med task 5.3 for at støtte implementeringen af denne integrerede tilgang gennem aktiv involvering af forskellige sektorer inden for sundhed, socialområdet og uddannelsessystemet. Projektpartnerne overfører erfaringer og viden til andre medlemsstater gennem følgende fire hovedresultater:

- **Vidensudvekslingsrapport (D.5.4.1)**, offentliggjort på: <https://ja-mentor.eu/index.php/recources/>
- **Definition af ICP (D.5.4.2)** med fokus på sårbare grupper – nærværende rapport
- **Retningslinjer og træningsmateriale (D.5.4.3)** målrettet professionelle inden for mental sundhed
- **Politiske anbefalinger (D.5.4.4)** til nationale beslutningstagere

2.2.2. Opgavestruktur

JA MENTOR task 5.4 består af fire underopgaver:

- Udbredelse og analyse af spørgeskema (5.4.1)
- Definition af det integrerede behandlingsforløb (5.4.2)
- Pilotimplementering og monitorering af det integrerede behandlingsforløb (5.4.3)
- Definition og formidling af lokalt forankrede politikker for mental sundhed (5.4.4)

Task 5.4 har en opgaveleder (National Institute of Health, Italien), som er ansvarlig for at opnå opgavens leverancer og mål. Der deltager i alt 21 medlemsstater i task 5.4.

2.2.3. Opgavens organisering

Task 5.4 har en omfattende geografisk dækning på tværs af Europa (22 institutioner i 10 lande) – Cypern (SHSO-MHS), Danmark (RSD), Estland (MOSA), Tyskland, Island (PHCI), Italien (ISS, ProMIS, ASL Torino, UNIMIB, Lombardiet), Polen (NHF), Rumænien (NCMHFAD), Spanien (Biosistemak, GENCAT, FRCB-IDIBAPS, ICO, IDIVAL, FFIS, SMS, SAS, FundeSalud, SES) og Ukraine (PHC).



Alle lande undtagen Island, Tyskland og Danmark deltager aktivt i arbejds pakken (WP) og leverer derfor en mere dybdegående analyse af den aktuelle situation og relaterede udfordringer.

Hver deltagende institution og hvert land/region bidrager med værdifuld og komplementær ekspertise og erfaring til task 5.4. Partnerne besidder de nødvendige kompetencer, kvalifikationer og ressourcer til at gennemføre opgaven effektivt. De har også de relevante juridiske og tekniske mandater til at implementere opgavens aktiviteter på nationalt niveau.

2.3. Kontakter

2.3.1. Kontaktperson for koordination

Kontaktperson	Rolle i projektet	E-mail
Maria Luisa Scattoni	Leder af Opgave 5.4	marialuisa.Scattoni@iss.it

2.3.2 Hovedbidragydere og kontaktpersoner for Opgave 5.4

Kontaktperson	Institution	E-mail
Martina Micai	ISS	martina.micai@iss.it
Francesca Fulceri	ISS	francesca.fulceri@iss.it
Mara Sabbioni	ISS	mara.sabbioni@iss.it
Angela Caruso	ISS	angela.caruso@iss.it
Letizia Gila	ISS	letizia.gila@iss.it
María del Pilar López Acuña	FFIS	mpla1204@gmail.com
Giulio Castelpietra		
Giuseppe Quintavalle	ASL Roma 1	Giuseppe.Quintavalle@aslroma1.it
Doriana Vallone	ASL Roma 1	doriana.vallone@aslroma1.it
Ana Bermejo Martínez	SMS	ana.bermejo@carm.es
Rosa Ayesa Arriola	IDIVAL	rosa.ayesa@idival.org
Claudia Parás Gutiérrez	IISPV	claudia.paras@iispv.cat
Laura Florea	NCMHFAD	florea.laura@cnsn.org.ro
Ane Fullaondo	Biosistemak	ANE.FULLAONDOZABALA@bio-sistemak.eus
Lola Verdoy	Biosistemak	DOLORES.VERDOYBERASTEGUI@bio-sistemak.eus

Juan de la Torre	Biosistemak	JUAN.DELATORREPARDOS@bio-sistemak.eus
Ane Rodríguez	Biosistemak	ANE.RODRIGUEZBODERO@bio-sistemak.eus
Jose Guzman Parra	SAS	jgp00004@gmail.com
Irene López Armenteros	SAS	ireloar@gmail.com
Jonathan Joseph Dawood Hristova	SAS	Jonathanjosepd@gmail.com
Jessica Marian Goodman Casanova	SAS	jmariangoodman@gmail.com
Silvia Matrai	FRCB-IDIBAPS/HCB	smatrai@recerca.clinic.cat
Fleur Braddick	FRCB-IDIBAPS/HCB	fmbooth@recerca.clinic.cat
Hugo López-Pelayo	FRCB-IDIBAPS/HCB	hlopez@clinic.cat
Jörg Utschakowski	Senate of Bremen/Health Ministry	joerg.utschakowski@gesundheit.bremen.de
Francisco Gil	ICO	fgil@iconcologia.net
Anna Casellas Grau	ICO	acgrau@iconcologia.net
Gabriele Klärs	BIÖG	gabriele.klaers@bioag.de

D5.4.2. Vidensudvekslingsrapport

Den foreliggende vidensudvekslingsrapport samler arbejdet udført af et Panel bestående af medlemmer fra ministerier, offentlige myndigheder, fagpersoner inden for mental sundhed og socialt arbejde, kommuner samt personer med levede erfaringer fra medlemsstaterne i løbet af det første år af Joint Action MENTAL HEALTH TOGETHER (MENTOR).

3. Et europæisk integreret behandlingsforløb med en personcentreret tilgang til at fremme social inklusion og livskvalitet for personer med psykiske vanskeligheder

3.1. Forudsætning

Mental sundhed er et primært mål for europæiske politikker og finansieringsprogrammer, hvor hovedmålet for et moderne og effektivt sundhedssystem er at identificere de mest effektive metoder og værktøjer.

Korrekt håndtering af alvorlige psykiske vanskeligheder medfører også en betydelig reduktion af den sociale og økonomiske belastning, som disse tilstande påfører systemet. Videnskabelig evidens viser, at det er afgørende at sikre passende interventioner i lokalsamfundet for personer med alvorlige psykiske vanskeligheder. Denne tilgang forebygger unødvendige indlæggelser og institutionalisering, som ofte ikke fører til varige løsninger – især når de strækker sig over længere tid. For at kunne håndtere kompleksiteten i mental sundhedspleje er det nødvendigt at skabe strukturelle rammer og innovative kontekster, der integrerer sundhedspolitikker og ressourcer med sociale og samfundsbaseerede tjenester.

I denne sammenhæng er et lokalsamfunds evne til at levere løsninger, der integrerer sundhedsbehov med uddannelses-, beskæftigelses-, bolig- og deltagelsesbehov i fællesskabet, afgørende. Udvikling og afprøvning af integrerede og personaliserede inklusionsforløb for personer med alvorlige psykiske vanskeligheder – som ofte marginaliseres på arbejdsmarkedet, boligmarkedet og i socio-kulturelle sammenhænge – er en prioritet.

I Europa understøttes integrerede sociale og sundhedsfaglige indsatser af nationale og regionale lovgivninger og strategiske rammer. Indsatserne omfatter blandt andet støtte til børn og unge med neuropsykiatriske vanskeligheder samt mennesker med psykiske lidelser, handicap, afhængighed, hiv/aids og autismespektrumforstyrrelser. Der er tale om rettighedsbaseerede tilbud, som skal understøtte den enkeltes recovery, selvbestemmelse og livskvalitet, modvirke institutionalisering og eksklusion samt forebygge, at omsorgsansvaret overlades til pårørende eller andre aktører. Samtidig fremmes aktiv deltagelse i både hverdagsliv og lokalsamfund. I de senere år har der været voksende opmærksomhed på lokalt forankrede integrationsindsatser organiseret gennem modellen "Health Budget". Modellen repræsenterer en af de mest innovative og avancerede tilgange til at skabe sammenhæng mellem behandlingssystemet og fællesskabsbaseerede indsatser inden for mental sundhed i Europa. Health Budget samler økonomiske, faglige,

menneskelige og relationelle ressourcer for at skabe støttende sociale, familiære og relationelle sammenhænge, som fremmer deltagelse og social inklusion. Modellen understøtter personcentrerede livsprojekter og sikrer retten til sundhed gennem fleksible, sammenhængende og integrerede sociale og sundhedsfaglige indsatser. Samtidig bidrager modellen til at udvikle lokale støttesystemer, forebygge nye former for institutionalisering og skabe muligheder for deltagelse i bolig-, arbejds- og samfundsliv.

Health Budget-modellen er i stigende grad ved at blive implementeret i italienske regioner, om end med betydelige forskelle i organisering, faglig praksis, administration, finansiering og omfanget af de konkrete erfaringer.

Det centrale formål er at styrke lokalt forankrede mentale sundhedsindsatser med fællesskabet som omdrejningspunkt, beskytte menneskerettigheder og værdighed for mennesker med psykiske lidelser samt fremme inkluderende, deltagelsesbaserede og recovery-understøttende indsatser. Samtidig er målet at forbedre kvaliteten og sikkerheden i tilbuddene til gavn for både borgere, pårørende og medarbejdere.

Retningslinjerne vurderes – med relevante tilpasninger – også at kunne anvendes i indsatser rettet mod mennesker med komplekse sociale og sundhedsmæssige behov, hvor empowerment og personlig udvikling er centrale elementer.

Et nationalt eksempel udviklet i Italien (Strategiske retningslinjer: Udformning af sundhedsbudgettet med en personcentreret tilgang – Forslag til kvalificerende elementer), som giver administrative og operationelle retningslinjer for implementeringen af sundhedsbudgettet, er blevet oversat og offentliggjort på JA MENTOR's hjemmeside og er tilgængeligt via følgende link:

<https://ja-mentor.eu/wp-content/uploads/2025/06/Strategic-guidelines-for-health-budget-Italy-JA-MENTOR-Layout.pdf>

3.2 Erfaringer med metoden Health Budget

Som introduktion til emnet blev der foretaget et litteraturreview af international forskning, og der blev indsamlet dokumentation fra regioner og autonome provinser for at identificere gode praksiserfaringer forud for en national konsensuskonference. Den systematiske gennemgang af den internationale litteratur identificerede 29 publikationer om Health Budget i mentale sundhedskontekster, både med kvalitative og kvantitative tilgange. Gennemgangen opsummerede den nyeste evidens om interventioner, resultater og omkostningseffektivitet af Health Budget for personer med mentale sundhedsforstyrrelser.

Af de 29 udvalgte internationale studier, der omfattede ca. 11.541 brugere, pårørende og fagpersoner, blev 11 studier gennemført i Storbritannien, 11 i USA, 6 i Italien og ét i Australien mellem april 2013 og september 2021.

De studier, som indgår i det systematiske litteraturreview, viser en række begrænsninger, der gør det vanskeligt at generalisere resultaterne. For det første repræsenterer studiernes geografiske fordeling primært den vestlige verden. Samtidig er det vanskeligt at sammenligne Health Budget-modeller mellem forskellige lande på grund af væsentlige forskelle i sundhedssystemernes organisering. For det andet er mange af studierne kendetegnet ved små deltagergrupper og hovedsageligt kvalitative metoder. Desuden anvendes der ikke altid validerede måleredskaber til vurdering af effekter, og den metodiske kvalitet er i flere tilfælde utilstrækkelig. For det tredje er deltagerne i studierne ikke nødvendigvis repræsentative for den population, der undersøges, og beskrivelserne af patientgruppernes karakteristika er ofte mangelfulde. Endelig mangler der ofte oplysninger om de økonomiske ressourcer, der indgår i Health Budget-indsatserne.

Selvom der er en række begrænsninger i den eksisterende forskning, kan der alligevel drages nogle generelle konklusioner. Der er dokumenteret positive resultater for mennesker med psykiske lidelser, som modtager støtte gennem Health Budget-modellen – særligt når det gælder selvbestemmelse og kontrol over eget recoveryforløb. Modellen har vist flere positive effekter, blandt andet øget empowerment hos brugerne, større involvering af relevante aktører samt mere aktiv deltagelse fra behandlere og medarbejdere i udformningen af Health Budget. Derudover peger studierne på bedre og mere rettidig adgang til relevante indsatser. Flere undersøgelser viser også, at brugerne generelt er tilfredse med implementeringen af Health Budget-modeller.

I Italien har modellen desuden bidraget til forbedrede kliniske resultater, højere livskvalitet, større deltagelse på arbejdsmarkedet samt bedre muligheder for selvstændig livsførelse. Dette har også haft positive konsekvenser for familier og øvrige støttenetværk. Samtidig viser evidensen, at Health Budget har ændret både ressourceanvendelsen og de personaliserede interventionsformer på måder, der har medført økonomiske besparelser for både familier og sundhedssystemer.

Samtidig peger flere studier på udfordringer ved modellen. Familier oplever ofte administrationen og procedurerne som komplekse og belastende, og nogle beskriver samarbejdet med fagpersoner som utilstrækkeligt, hvilket kan give en oplevelse af ikke at

være tilstrækkeligt inddraget i deres pårørendes støtte og behandling. Andre studier viser, at fagprofessionelle kan opleve håndteringen af Health Budget som en ekstra arbejdsbyrde.

Erfaringerne viser også, at forståelsen og anvendelsen af Health Budget varierer betydeligt mellem forskellige områder og afspejler lokale kulturer, behov og historiske udviklingsprocesser – især inden for mental sundhed efter lukningen af de psykiatriske hospitaler. Samtidig peger erfaringerne på et behov for at styrke og videreudvikle modellen som redskab til tværgående organisatoriske forandringer i velfærdssystemerne.

På lovgivnings- og styringsområdet er der desuden behov for bedre samordning mellem udbudsregler, tredjesektorlovgivning og administrative praksisser, så de i højere grad understøtter målene med Health Budget. Sociale og sundhedsfaglige indsatser bør være fleksible og gøre det muligt løbende at tilpasse og reorganisere tilbuddene med udgangspunkt i den enkeltes behov, herunder gennem risikovurderinger og en mere fleksibel anvendelse af ressourcer.

Der er derfor behov for administrative procedurer, som understøtter fleksibilitet og innovation i anvendelsen af modellen. Projektets strategi er således at styrke og tydeliggøre Health Budget som en etableret praksis, fremme udbredelsen af modellen og sikre en hensigtsmæssig implementering på regionalt niveau.

Joint Action MENTAL HEALTH TOGETHER (MENTOR) arbejder for at styrke mental sundhed og trivsel gennem erfaringsudveksling på tværs af politiske, kliniske og faglige praksisser. Projektet samler og videreudvikler evidensbaserede best practice-tilgange med fokus på langsigtet bæredygtighed og bedre resultater for både den enkelte borger og befolkningen som helhed.

En central del af indsatsen handler om integrerede behandlings- og støtteforløb, der skal fremme social inklusion og livskvalitet for mennesker med psykiske lidelser (MHD'er). Som led heri blev der udarbejdet en Vidensudvekslingsrapport (tilgængelig på: <https://ja-mentor.eu/index.php/resources/>) med det formål at kortlægge behov i befolkningen, eksisterende tilbud og relevante politikker. Kortlægningen blev gennemført af et tværfagligt panel bestående af repræsentanter fra ministerier, offentlige myndigheder, kommuner, fagpersoner inden for mental sundhed og socialt arbejde samt personer med egne erfaringer fra området.

Arbejdet bag rapporten tog udgangspunkt i en grundig analyse af behov, tilbud og politikker inden for mental sundhed i de deltagende lande og regioner. Panelet, som repræsenterede både offentlige og private aktører, stod for gennemgangen af de eksisterende systemer og tilbud til mennesker med psykiske lidelser.

Et centralt element i processen var samskabelsen af et spørgeskema, udviklet i samarbejde mellem partnerne. Formålet var at indsamle afgørende information inden for tre hovedområder:

1. De behov, forslag og udfordringer, som lokalbefolkningerne har identificeret
2. Karakteristika for sociale og sundhedsmæssige tjenester rettet mod personer med MHD'er
3. Eksisterende nationale politikker relateret til integrerede social-sundhedsforløb

Alle aktive deltagere og observatører udarbejdede og forfinede spørgeskemaet "Survey on Defining an Integrated Care Pathway for Promoting Social Inclusion and Quality of Life of People with Mental Health Disorders", oprindeligt på engelsk og oversat/tilpasset til italiensk, spansk, ukrainsk og polsk.

Spørgeskemaet omfattede følgende sektioner:

- Del 1 – Organisering af sundheds- og sociale tjenester / systemer for mental sundhed og social omsorg
- Del 2 – Typer af leverede interventioner
- Del 3 – Fordele og finansieringsmekanismer
- Del 4 – Informationssystemer inden for mental sundhed og sociale tjenester
- Del 5 – Personligt sundhedsbudget: nationale politikker og lokale erfaringer
- Del 6 – Strukturering af Personligt sundhedsbudget
- Del 7 – Lokale erfaringer med Personligt sundhedsbudget og integreret social-sundhedspleje
- Del 8 – Styrker og udfordringer i det nuværende system

I alt havde 401 personer adgang til spørgeskemaet, hvoraf 67 % (n = 268) besvarede det helt eller delvist. Svarene fordelte sig således:

- 176 i Ukraine
- 39 i Italien

- 34 i Spanien
- 12 i Polen
- 1 hver i Estland, Tyskland, Rumænien og Letland

Vurderingen af behov, tjenester og mental sundhedspolitik i de deltagende lande og regioner, sammen med resultaterne i Vidensudvekslingsrapporten, udgør grundlaget for dette dokument.

3.3. En europæisk anvendelse af det personlige sundhedsbudget

Det Personlige Sundhedsbudget er en innovativ metode, hvor sundheds- og sociale tjenester samarbejder om at levere integrerede indsatser inden for følgende områder:

- Affektivitet / socialitet / livs- og relationsfærdigheder
- Uddannelse – træning – jobplacering
- Bolig

Hver person ledsages af et individuelt tilpasset projekt, udformet i overensstemmelse med vedkommendes specifikke behov og præferencer og ved hjælp af tilgængelige offentlige, personlige og private ressourcer.

Personlig empowerment bør understøttes gennem personens aktive inddragelse og informerede samtykke i alle faser, ledsaget af passende støtte for at sikre meningsfuld deltagelse – især når beslutningstagning kan være udfordrende.

3.4. Skift fra standardiserede servicepakker til individuelt tilpasset støtte

Personer med psykiske vanskeligheder samskaber personcentrerede og recovery-orienterede behandlingsplaner og vælger de tjenester, der bedst stemmer overens med deres behov, præferencer og livsmål, understøttet af koordinerede indsatser på mikro-, meso- og makroniveau, hvilket fremmer autonomi og inklusion i lokalsamfundet.

Indsatserne er udformet til at imødekomme personens udviklende behov, præferencer og aspirationer, under hensyntagen til deres specifikke funktionelle profil, omgivende miljø og personlige mål.

Integrationen af kliniske, uddannelsesmæssige, sociale og relationelle interventioner kræver sammenhæng på tværs af tjenester og kontinuitet over tid.

Dette er et dynamisk redskab, der guider personlige behandlingsforløb, styrker deltagelse og fremmer autonomi og livskvalitet gennem hele livsforløbet.

4. NØGLEDELE i det integrerede behandlingsforløb

Nedenfor beskrives de bærende elementer, som skal være til stede for at kunne definere et Health Budget, samt de operationelle elementer i form af relevante administrative procedurer og værktøjer. De to spor skal udvikles i tæt sammenhæng. For at understøtte et sammenhængende og velfungerende Health Budget-forløb er det nødvendigt at skabe gode forbindelser mellem de kliniske og omsorgsfaglige indsatser og de administrative processer.

4.1. Multiprofessional team

Health Budget er målrettet mennesker med komplekse sociale og sundhedsmæssige behov, som modtager støtte gennem lokale sundheds- og socialtilbud. Modellen tager udgangspunkt i personen selv og dennes livssituation, relationer, ressourcer, behov og mål. Et centralt princip er retten til selvbestemmelse og muligheden for aktiv deltagelse i eget livs- og recoveryforløb. Health Budget understøtter individuelle livsprojekter og skal bidrage til, at personen kan leve i den bolig- og livsform, vedkommende selv ønsker, i tæt samspil med ressourcer og aktører i lokalsamfundet.

Health Budget er offentligt forankret og koordineret for at sikre reel sammenhæng mellem sundheds- og socialindsatser. Et Health Budget-forløb kan initieres af personen selv eller dennes juridiske repræsentant, men skal formelt fremsættes af en fagperson med ansvar for sagen. Formålet er at styrke den enkelte, understøtte fuld udøvelse af rettigheder og fremme aktiv deltagelse i samfundslivet.

Sundheds- og socialtjenester samarbejder inden for de nationale og regionale rammer. Sundhedsområdet har ansvar for behandling og kontinuitet i indsatsen, mens socialområdet understøtter adgang til sociale rettigheder, ydelser og fællesskabsbaseret støtte. Det tværfaglige team fungerer som rammen for fælles vurdering, planlægning og opfølgning, mens sagsbehandleren koordinerer forløbet.

Det tværfaglige team skal som minimum bestå af én sundhedsfaglig, én socialsundhedsfaglig og én socialfaglig medarbejder. Personen selv skal aktivt inddrages i vurderingen af behov og ressourcer samt i planlægningen af støtte og behandling. Eventuelle værger og pårørende deltager efter personens eget ønske. Målet er at sikre reel medbestemmelse og mulighed for aktivt at forme eget livsprojekt.

Teamet bør typisk omfatte:

- en psykiater, psykolog og sygeplejerske fra sundhedsområdet

- en socialrådgiver og relevante sociale eller pædagogiske fagpersoner fra socialområdet.

I MENTOR spørgeskemaet 5.4 viser, at de fleste lande allerede arbejder med multiprofessionelle teams til vurdering af psykosocial funktion og udarbejdelse af behandlingsplaner. Disse teams består ofte af psykiatere, psykologer, sygeplejersker, socialrådgivere, praktiserende læger, ergoterapeuter, rehabiliteringsterapeuter og andre relevante fagpersoner.

Personen med psykiske lidelser skal altid være en central deltager i teamet og træffe beslutninger med udgangspunkt i egne ønsker og præferencer. Pårørende inddrages kun efter personens eget valg. Deltagelse understøttes gennem fælles beslutningstagning, forhåndsplanlægning, støttet egenomsorg og personcentrerede, recovery-orienterede indsatser.

4.2. Multidimensionel vurdering og redskaber

Den styrkelsesorienterede tilgang har til formål at skabe en tillidsfuld relation, som gør det muligt at gennemføre en tværfaglig og helhedsorienteret vurdering af personens behov og ressourcer samt at udforme et Health Budget. Vurderingen skal ske i tæt dialog med personen selv og understøttes af validerede og standardiserede redskaber. Følgende områder skal indgå i vurderingen:

- Kliniske forhold
- Psykosocial funktionsevne
- Personlige og fællesskabsbaserede behov og ressourcer
- Livskvalitet

Efter at den kliniske vurdering og behandlingsplan er fastlagt, bør personen tilbydes støtte til at udvikle et individuelt livsprojekt, som omfatter alle relevante livsområder. Hvis personen samtykker, skal den ansvarlige fagperson igangsætte planlægningsprocessen og samle personen og det multiprofessionelle team, bestående af mindst én sundhedsfaglig og én socialfaglig medarbejder.

Det integrerede behandlingsforløb skal tage udgangspunkt i personens egne ønsker og præferencer. Processen starter med en vurdering af personens kliniske tilstand og funktionsevne. Herefter vurderer det multiprofessionelle team personens behov, ressourcer og ønsker. På baggrund heraf planlægges de konkrete indsatser inden for de områder, som personen selv prioriterer – eksempelvis sundhed, bolig, uddannelse og arbejde, læring, sociale relationer og affektive relationer.

Forløbet skal samtidig tage højde for, at psykiske kriser kan påvirke både familie- og netværksrelationer. Derfor skal sociale indsatser også understøtte personens mulighed for at håndtere og bevare sociale og familiære roller.

Der skal udpeges en case manager/facilitator, og personens egne ressourcer samt ressourcer i lokalsamfundet skal vurderes under hensyntagen til personens kliniske profil og de tilbud, der er tilgængelige i den konkrete kontekst. På dette grundlag kan det personlige sundhedsbudget fastlægges.

4.2.1. Definition af Personligt sundhedsbudget gennem en CO-PROGRAMMERINGS- og CO-LEDELSES-tilgang

Målgruppen omfatter personer fra 18 år+r, med mulighed for at inkludere yngre personer i overgangsfasen, når dette anmodes om og er klinisk/psykosocialt nødvendigt.

Mødet i det tværfaglige team omfatter personen med psykiske lidelser med henblik på vurdering af:

- kliniske tilstande
- funktionsprofil
- livskvalitet

Mødet efterfølges af en fælles planlægningsproces, som omfatter følgende trin:

1. Forstå personens behov og præferencer.
2. Personen anmoder om interventioner inden for specifikke områder såsom sundhed, bolig, uddannelse/arbejde, beskæftigelse, socialisering og affektivitet.

3. Fastlæg interventionerne inden for de områder, som personen har valgt/foreslået (co-creation).
4. Identificér de personlige og samfundsmæssige ressourcer, der er til rådighed.
5. Udpeg case manageren (facilitatoren) inden for det mest relevante område.
6. Fastlæg og underskriv Personligt sundhedsbudget.

For at støtte både vurderingen og den fælles planlægningsproces blev der anvendt et sæt standardiserede redskaber. Redskaberne blev udvalgt ud fra kriterierne: gratis tilgængelighed, mulighed for flersproget anvendelse, og udbredt brug i klinisk praksis i medlemsstaterne.

Den videnskabelige litteratur anbefaler at anvende følgende redskaber til vurdering af kliniske tilstande, mental sundhed og psykosocial funktion (Gelkopf, Mazor, Roe, 2022):

- **Health of the Nation Outcomes Scale (HoNOS; HoNOS Secure, HoNOS-ABI, HoNOS-LD, HoNOS 65+).**

Den videnskabelige litteratur anbefaler at anvende følgende redskaber til vurdering af global funktion, funktionsnedsættelse og funktionelle begrænsninger (Gelkopf, Mazor, Roe, 2022):

- **GAF (Global Assessment of Functioning).**

Den videnskabelige litteratur anbefaler at anvende følgende redskaber til vurdering af livskvalitet (Gelkopf, Mazor, Roe, 2022):

- **WHOQoL-Bref (World Health Organization Quality of Life)** – tilgængelig på flere sprog: <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref>

4.3. Skræddersyede og integrerede interventioner

Fastlæg interventionerne inden for de områder, der er udvalgt/foreslået for hver person, og tag samtidig hensyn til individuelle behov og præferencer:

- Sundhed
- Bolig
- Uddannelse/Træning/Beskæftigelse
- Læring/Socialisering/Affektivitet

Definér hovedmålet for interventionerne (kortsigtet og langsigtet), dage/timer, involverede fagpersoner, tilgængelige ressourcer og indikatorer til monitorering.

Interventionerne nedenfor blev primært identificeret gennem MENTOR 5.4 spørgeskemaet (Del 2: Typer af leverede interventioner), som kortlagde aktuelle praksisser på tværs af deltagende medlemsstater/regioner. Undersøgelsesresultaterne blev efterfølgende forfinet gennem paneldrøftelser og organiseret i de fire Personligt sundhedsbudget -domæner. Interventionerne bør vælges fra følgende liste:

Sundhedsintervention	Boligintervention	Uddannelses-/trænings-/beskæftigelsesintervention	Lærings-/socialiserings-/affektivitetsintervention
Ambulant behandling	Støttet bolig eller assisterede bofællesskaber	Erhvervsrettede støttetjenester	Støttet beskæftigelse
Indlæggelse på psykiatrisk afdeling	Træning i færdigheder til selvstændig livsførelse	Erhvervsuddannelsesprogrammer	Træning i sociale færdigheder
Medicinhåndtering/monitorering	Overgangsboliger	Jobformidling og beskæftigelse	Støtte til pårørende
Psykologisk intervention	Langsigtede botilbud	Workshops til færdighedsudvikling	Boligstøtte eller støtte til selvstændig bolig
Kulturel og kreativ terapi	Akut boligassistance	Støttet uddannelse	Peer-støttegrupper
Psykologisk støtte	Bolig først-tilgang	Praktik- eller lærepladser med psykiatrisk støtte	Programmer for social integration
Dagshospital	Andet	Kooperativer og sociale virksomheder	Programmer for personlig autonomi
Rehabilitering i lokalsamfundet		Fritidsaktiviteter i foreningsregi	Time-banking eller frivilligprogrammer
Fremme af mental sundhed i lokalsamfundet		Mentoring- eller jobcoachingprogrammer	Kulturelle programmer i lokalsamfundet

Monitorering af fysisk sundhed		Ungdomsovergangsprogrammer	Andet
Krisetjeneste		Andet	
Familieintervention			
Selvmondsforebyggende programmer			
Målerettede interventioner for specifikke grupper			
Andet			

Health Budget integrerer personens behandlingsforløb med deres livsprojekt. På baggrund af vurderinger udført inden for alle interventionsområder (bolig/leveforhold, uddannelse/arbejde, socialisering samt læring/udtryk/kommunikation) udvikles et skræddersyet *“Individualiseret Terapeutisk Rehabiliteringsprojekt”* i fællesskab med personen og under hensyntagen til deres præferencer. Det individualiserede terapeutiske rehabiliteringsprojekt beskriver handlinger og mål for hvert område og, som et recovery-orienteret behandlingsforløb, udvikler det sig i takt med livsprojektet.

4.4. Definition af det personlige Health Budget

Da der findes flere forskellige måder at tilrettelægge og gennemføre indsatserne på, bør det multiprofessionelle team gennemgå mulighederne og vurdere, hvilken løsning der bedst kan sikre personen størst muligt udbytte samt adgang til relevant støtte og finansiering. De fagprofessionelle skal kortlægge de ressourcer, der findes i lokalsamfundet, og informere personen om relevante tilbud og støtteordninger. Sammen med personen skal teamet også undersøge, hvilke barrierer der kan gøre det vanskeligt at få adgang til hjælpen.

En case manager kan gøre det lettere at søge støtte og koordinere forløbet, men for nogle personer kan det være en udfordring først at skulle finde vej til at få tilknyttet en case manager.

Det multiprofessionelle team består af en fagperson fra mental sundhedsområdet og en socialrådgiver fra kommunen.

Teamets opgaver er at:

- identificere de tilgængelige ressourcer (faglige, personlige, økonomiske mv.)
- vælge de mest relevante løsninger sammen med personen og støtte adgangen til dem

4.4.1. Definition af det Personlige Sundhedsbudget

Som beskrevet i *Knowledge Exchange Report* er de største udfordringer ved udviklingen af Personlige Sundhedsbudgetter tæt forbundet med forskelle i nationale og lokale kontekster, finansieringsmodeller samt organiseringen af sundheds- og socialsystemer.

I Italien og Spanien skal Personlige Sundhedsbudgetter eksempelvis fungere på tværs af distriktspsykiatri, sociale tjenester og kommunale indsatser, som hver har egne styringslogikker, regler og prioriteringer. Det gør koordinering og samarbejde mellem sektorerne udfordrende. I Ukraine, Polen, Rumænien og Letland ses en lignende fragmentering, men her forstærkes udfordringerne yderligere af svagere lokalsamfundsbasestrukturer. Personlige Sundhedsbudgetter skal derfor skabe sammenhæng mellem hospitalsbaserede ydelser, en mindre udviklet social sektor og ofte uformelle støttefunktioner i familien.

Der er samtidig store forskelle i finansieringen. I nogle regioner i Italien og Spanien finansieres ordningerne primært via regionale sundhedsbudgetter og kommunale midler, mens lande som Polen, Rumænien og Ukraine ofte må kombinere sociale ydelser, førtids- og handicapspensioner samt tidsbegrænsede projektmidler. Dette skaber både usikkerhed og ulighed i adgangen til støtte.

Tyskland og Estland repræsenterer en anden type kompleksitet, hvor Personlige Sundhedsbudgetter – eller lignende ordninger – skal tilpasses systemer baseret på sygeforsikring og separate sociale forsikringsordninger. Her kræver implementeringen tæt koordinering mellem forsikringsaktører, sociale tjenester og lokale myndigheder.

På tværs af Ukraine, Italien, Spanien, Polen, Estland, Tyskland, Letland og Rumænien er udfordringen således ikke primært selve idéen om Personlige Sundhedsbudgetter, men snarere behovet for at skabe sammenhæng mellem forskellige servicesystemer, koordinere flere og ofte ustabile finansieringskilder samt navigere i meget forskellige sundheds- og socialbeskyttelsesmodeller – fra skattefinansierede velfærdssystemer til forsikringsbaserede ordninger.

JA MENTOR vil derfor arbejde med tværnational benchmarking for at identificere implementeringsløsninger, der kan overføres mellem lande og regioner med lignende

systemer, samt udvikle praktiske tilgange, der kan understøtte opskalering af Personlige Sundhedsbudgetter i andre lande.

4.5. Identifikation af case manageren

For at Health Budget kan blive operationelt, kræves der samtykke, som udtrykkes gennem en aftale underskrevet af personen, hvor målene og forpligtelserne for alle involverede parter beskrives. Denne aftale er en integreret del af Health Budget.

Under implementeringsfasen skal Health Budget løbende monitoreres og revurderes af det social-sundhedsfaglige team, mindst én gang årligt, med aktiv deltagelse fra personen. Denne monitorerings- og revisionsproces koordineres af den case manager, der blev udpeget i planlægningsfasen. Der tages også hensyn til resultatindikatorer i vurderingen.

For at muliggøre anvendelsen af Health Budget og sikre proceskvalitet samt fremme anvendelsen i alle territoriale områder, er det nødvendigt at definere en bred og udbredt strategisk plan baseret på de kvalificerende og operationelle elementer, som Arbejdsgruppen har godkendt. Denne plan bør også omfatte en passende indsamling af væsentlig strategisk information.

Mere specifikt er det nødvendigt at dele det strategiske dokument, der indeholder retningslinjerne, gennem en formel aftale i den Forenede Konference, hvor regionerne og de selvstyrende provinser forpligter sig til at vedtage indholdet gennem egne foranstaltninger og/eller implementeringsplaner. Derudover bør der etableres et nationalt system til periodisk monitorering med strukturerede metoder til implementering ved hjælp af indikatorer for proceskvalitet og resultater i form af livskvalitet.

Case manageren skal:

- a) Udpeges inden for det område (sundhed eller socialt), hvor størstedelen af interventionerne er koncentreret.
- b) Tydeliggøre sin rolle ved at informere personen om tilgængelige ydelser og lette adgangen til dem, herunder ved at anvende en motivationsfremmende samtale (Motivational Interviewing) for at styrke engagement og aktiv deltagelse.

4.5.1. Nyere litteratur om case manager: centrale funktioner og roller

Case manager leverer en bred vifte af støttefunktioner, herunder relationel støtte, kontinuitet, bekræftelse, social kontakt, støtte til daglige aktiviteter samt erhvervsrettet bistand. Denne støtte tilpasses de unikke behov hos personer, der modtager psykiatriske ydelser, og lægger særlig vægt på relationsopbygning, anerkendelse og vedvarende engagement som kernefunktioner (Fitzgerald et al., 2024).

Case managere fungerer også som servicekoordinatorer og hjælper personer med at navigere i komplekse systemer for at få adgang til bolig, økonomiske ydelser, sundhedsydelser og social støtte; ofte arbejder de i lokalsamfundsbase­rede settings (Kim et al., 2020).

4.5.2. Kernefunktioner for case manageren

Case managere for personer med psykiske lidelser har ansvar for en række støtteaktiviteter, herunder:

- **Koordinering af implementeringen af plejeplanen** på tværs af sundheds-, social- og lokalsamfundsbase­rede tjenester for at sikre, at patienterne modtager passende og rettidig støtte.
- **Opbygning af terapeutiske relationer**, der fremmer tillid, bekræftelse og anerkendelse – elementer, som er afgørende for engagement og recovery.
- **Advokering for personens behov**, herunder adgang til bolig, økonomisk støtte og sociale ydelser, samt hjælp til at navigere i komplekse systemer.
- **Praktisk og følelsesmæssig støtte**, såsom hjælp til daglige aktiviteter, erhvervsstøtte og social kontakt.
- **Monitorering og vurdering af behov** for at identificere ændringer i den mentale tilstand og sikre henvisning til specialiseret behandling, når det er nødvendigt.
- **Fremme af autonomi og recovery** ved at styrke personens deltagelse i behandlingsplanlægning og støtte deres selvstændighed.

4.6. Underskrift og monitorering

4.6.1. Definition af indikatorer til monitorering af Personligt sundhedsbudget eller det europæiske pilotstudie

Disse indikatorer indsamles på følgende tidspunkter:

T0 (baseline): ved indskrivning/start af behandlingen



T1 (opfølgning): ved udskrivning eller efter en foruddefineret opfølgningsperiode (f.eks. 6 eller 12 måneder efter T0):

1. Antal og samlet varighed af tvungne behandlingsforløb / ufrivillige indlæggelser
2. Antal og samlet varighed af hospitalsindlæggelser
3. Kliniske og funktionelle resultater
4. Vurderingsredskaber efter alder:
 - Voksne (>18 år): HoNOS, GAF, WHOQoL-BREF
 - Børn og unge (<18 år): HoNOSCA
5. Behandlings- og eksponeringsperiode
6. Type af intervention og behandlingsintensitet (timer/dage)

5. FORMAT for det Integrerede Behandlingsforløb

EFTERNAVN	FORNAVN	FØDSELSDATO

DATO FOR FØRSTE BESØG _____ DATO FOR SIDSTE VURDERING /
OPFØLGNING _____

ICD-diagnosekoder _____

SVÆRHEDSGRAD

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

Dato for udfyldelse: _____

FORNAVN: _____ EFTERNAVN: _____

STARTDATO: fra godkendelse _____ UDLØBSDATO: _____

INTENSITETSNIVEAU:

IDENTIFICEREDE MEDFORVALTENDE AKTØRER:

REVISIONER: kvartalsvis _____ halvårlig _____ anden _____

PERSONLIGE OPLYSNINGER	
Fødselssted og fødselsdato	
Køn	
Nationalitet	
Bopælsadresse (angiv hvis fast bopæl)	
Telefonnummer	
E-mail	
DEMOGRAFISKE OPLYSNINGER	
Anerkendelse af civil invaliditet og %	
Vurdering af handicapstatus	
Uddannelsesniveau	
Beskæftigelse	
Andre relevante oplysninger	



RESSOURCER	
Pension/invaliditetspension	
Pleje- eller tilskudsydelse	
Anvendte transportmidler	
Andre indtægtskilder (type/beløb)	

MULTIDIMENSIONAL ASSESSMENT

FAMILIEMEDLEMMER/ REFERENCEPERSONER			
FORNAVN	EFTERNAVN	RELATIONSTYPE	BOR SAMMEN ja/nej

SYGDOMS- / HELBREDSHISTORIE / PSYKISK BELASTNING	
Overtagelse af sagen (dato og tjeneste/enhed)	
Familiehistorik	
Personlig historik	
Tidligere sundhedsinterventioner	
Tidligere sociale interventioner	

PERSONLIG PLEJE		
Vurderingsaspekter	Beskrivelse af konstateret situation	Prioriterede behov
<i>Eksempel</i>	<i>Manglende efterlevelse, afslag på behandling, delvis eller fuld efterlevelse, ikke relevant</i>	
Efterlevelse af farmakologisk behandling		
Efterlevelse af behandlingsplan		

DIAGNOSE	ICD-10	ICD-10 BESKRIVELSE
Hoveddiagnose		

Sekundær diagnose		

FUNKTIONSPROFILVURDERING

VURDERING		
Test (f.eks. HONOS, GAF, WHOQoL BREF)	Administrationsdato	Resultater (angiv venligst total- og delskala-scores for hver test, hvis tilgængeligt)

Kort beskrivelse: _____

VURDERING AF PRIORITEREDE BEHOV I HVER OMRÅDE

VURDERINGSASPEKTER		BESKRIVELSE AF SITUATIONEN	PRIORITEREDE BEHOV
Sundhed			
Eksempel	Indtagelse af medicinsk behandling	Ustabil efterlevelse af antipsykotisk behandling	Monitorering af medicinindtag og eventuelle bivirkninger
1a			
2a			
3a			
Læring / socialisering / affektivitet			
Eksempel	Social interaktion	Social isolation	Udvikle meningsfulde relationer
1b			
2b			
3b			
Træning / uddannelse / beskæftigelse			
Eksempel	Beskæftigelse	Deltager i et praktikforløb med lav oplevet tilfredshed	Meningsfulde og tilfredsstillende erhvervsmuligheder
1c			
2c			
3c			
Bolig			
Eksempel	Selvstændigt liv	Bor med forældre, der ikke yder støtte	Selvstændigt liv
1d			

2d
3d

RESUMÉ, MÅL OG FÆLLES PLANLÆGNING

a. Sundhedsområde

Behandlingsplan (dage/timer)	Involverede fagpersoner (f.eks. psykiater, psykolog, sygeplejerske, socialrådgiver)	Tilgængelige ressourcer	Mål på mellemlang sigt (op til 6 måneder)	Procesindikatorer	Langsigtede mål (fra 6 til 12 måneder)
1b					
2					
b					
3					
b					

b. Læring / kommunikation / affektivitet

Behandlingsplan (dage/timer)	Involverede fagpersoner (f.eks. psykiater, psykolog, sygeplejerske, socialrådgiver)	Tilgængelige ressourcer	Mål på mellemlang sigt (op til 6 måneder)	Procesindikatorer	Langsigtede mål (fra 6 til 12 måneder)
1b					
2					
b					
3					
b					

c. Uddannelses-/beskæftigelsesområde

Behandlingsplan (dage/timer)	Involverede fagpersoner (f.eks. psykiater, psykolog, sygeplejerske, socialrådgiver)	Tilgængelige ressourcer	Mål på mellemlang sigt (op til 6 måneder)	Procesindikatorer	Langsigtede mål (fra 6 til 12 måneder)
1b					
2					
b					



3
b

d. Boligområde

Behandlingsplan (dage/timer)	Involverede fagpersoner (f.eks. psykiater, psykolog, sygeplejerske, socialrådgiver)	Tilgængelige ressourcer	Mål på mellemlang sigt (op til 6 måneder)	Procesindikatorer	Langsigtede mål (fra 6 til 12 måneder)
------------------------------	---	-------------------------	---	-------------------	--

1b

2
b

3
b

INTERVENTIONER

Planlagte aktioner	FRA..... TIL.....	Personalemæssige ressourcer og intensitetsniveau (timer i alt pr. måned)	Månedlige udgifter til indsatsen
--------------------	----------------------	--	-------------------------------------

UNDERSKRIFTER

Rolle	Navn og efternavn (blokbogstaver)	Underskrifter
Modtager / Projektholder	_____	_____

Juridisk repræsentant (hvis relevant)

Rolle	Navn og efternavn (blokbogstaver)	Underskrifter
Forælder	_____	_____
Værge	_____	_____
Værgemålshaver / Støtteperson	_____	_____
Andet (angiv: _____)	_____	_____

Case manager (indicate professional role)

Professionel rolle	Navn og efternavn (blokbogstaver)	Underskrifter
Case Manager (rolle: _____)	_____	_____

Tværfagligt team

Professionel rolle	Navn og efternavn (blokbogstaver)	Underskrifter
Psykiater	_____	_____
Psykolog	_____	_____
Socialrådgiver	_____	_____
Sygeplejerske	_____	_____
Ergoterapeut / Pædagog	_____	_____
Andet (angiv: _____)	_____	_____

Tjenesteyder fra den civile sektor

Rolle	Navn og efternavn (blokbogstaver)	Underskrifter
Organisationens navn	_____	_____
Juridisk repræsentant	_____	_____



Co-funded by
the European Union

Dato, _____



6. Litteraturliste

1. Arya, D. (2020). Case management, care-coordination and casework in community mental health services. *Asian journal of psychiatry*, 50, 101979. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101979>.
2. Fitzgerald, S., Chronister, J., Zheng, Q. M., & Chou, C. C. (2025). The Meaning of Social Support for Mental Health Service-Users: The Case Managers' Perspective. *Community Mental Health Journal*, 61(2), 314-328. <https://doi.org/10.1007/s10597-024-01349-5>.
3. Gelkopf, M., Mazor, Y., & Roe, D. (2022). A systematic review of patient-reported outcome measurement (PROM) and provider assessment in mental health: goals, implementation, setting, measurement characteristics and barriers. *International Journal for Quality in Health Care*, 34(Supplement_1), ii13-ii27.
4. Kim, H., Oh, H., & Lee, H. (2020). Experiences of Case Managers Who Provide Residential Services to People with Mental Disorders Living in Independent Housing. *Stress*. <https://doi.org/10.17547/kjsr.2020.28.4.221>. Seo, M., & Kim, Y. (2022). Effects of Human Rights Sensitivity of case managers on the working relationships with people suffering from mental illness mediated by empathy. *European Psychiatry*, 65, S303 - S303. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.773>.

7. Næste skridt: Pilotimplementering og monitorering af det integrerede behandlingsforløb

Baseret på data indsamlet i **D.5.4.1**, vil de væsentlige elementer i det integrerede behandlingsforløb inden for mental sundhed (MH) blive detaljeret. Dette involverer:

1. **Medlemmer af det tværfaglige team** til den indledende vurdering.
2. **Testværktøjer og spørgeskemaer** til evaluering af kliniske og personlige resultater.
3. **Standardiseret format** til planlægning og monitorering af de integrerede social- og sundhedsfaglige indsatser.

Det færdige dokument vil blive lagt på **Joint Action-hjemmesiden** for at invitere til feedback og forslag fra interessenter, såsom psykiatriske centre, personer med levet erfaring (**PLE**), NGO'er, kommuner osv. Al feedback vil blive gennemgået af panelet med henblik på eventuelle ændringer, hvilket fører til den endelige færdiggørelse af dokumentet. Det færdige dokument vil blive oversat til alle de forskellige europæiske sprog for at sikre bredere tilgængelighed og forståelse.

7.1. Synergier

Den fælles udvikling af definitionen på et integreret behandlingsforløb (Underopgave 5.4.2) har skabt værdifulde synergier mellem projektpartnere og eksterne interessenter.

1. Udveksling af "Best Practice" på tværs af landegrænser De hver fjortende dags-møder og løbende diskussioner har lettet udvekslingen af nationale og regionale politikker, retningslinjer og strategier relateret til integreret mental sundhedspleje. Dette har styrket den gensidige læring og kvalificeret undersøgelsens indhold med forskellige perspektiver, hvilket sikrer dens relevans på tværs af forskellige sundhedssystemer.

2. Tværfagligt samarbejde Involveringen af ministerier, offentlige styrelser, psykiatriske tilbud, social- og beskæftigelsessektoren, personer med levet erfaring samt den civile sektor (NGO'er, frivilligrupper og non-profit organisationer) har forstærket en multisektoriel tilgang.

3. Styrkede netværk for fremtidige indsatser Processen med at udbrede undersøgelsen har styrket forbindelserne mellem forskellige institutioner og interessenter og lagt

grundstenen for fremtidige samarbejder ud over projektets oprindelige omfang. Det forventes, at disse relationer vil facilitere fremtidige fælles initiativer, politikudvikling og forskning i integrerede behandlingsforløb og strategier for social inklusion.

4. Tilpasning til politiske og forskningsmæssige rammer De indsamlede data bidrager ikke kun til projektets leverancer, men også til bredere europæiske og nationale politiske diskussioner om forbedring af mentale sundhedsydelser, social inklusion og integrerede plejemodeller. Den viden, der er opnået gennem dette initiativ, flugter med eksisterende EU-rammer og fungerer som reference for fremtidig forskning og politiske anbefalinger.

Disse synergier, både planlagte og uforudsete, har øget projektets samlede effekt og fremmet en koordineret og bæredygtig tilgang til mental sundhedspleje på lokalt, regionalt, nationalt og europæisk plan.



MENTOR
Building Mental Health
and Well-being Together

Definition af det integrerede behandlingsforløb

Forfatter	National Institute of Health, Italy
Opgaver	5.4
Leringsdato	30 Maj 2026
Opgave 5.4 LederKontakt	Marialuisa.Scattoni@iss.it



Co-funded by
the European Union

This Joint Action is co-funded by the Health
Programme of the European Union under
Grant Agreement No. 101162928

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or European Health and Digital Executive Agency (HaDEA). Neither the European Union nor the granting authority can be held responsible for them.