



Joint Action MENTAL HEALTH TOGETHER

Definition av den integrerade vårdkedjan

Version	2.0
Författare	Nationella hälsoinstitutet, Italien
Uppgift	5.4
Leveransdatum	30 mai 2026
Typ av leverans	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. Dokumentegenskaper

Projektnamn:	Mental Health Together
Projektkronym	MENTOR
Projectnummer:	1011622928
Ämne:	Kunskapsutbytesrapport
Dokumentförfattare:	Nationella hälsoinstitutet, Rom, Italien
Omfattad period (varaktighet):	18/06/2025 - 30/05/2026

1.1. Dokumentets revisionshistorik

Version	Datum	Författare/bidragsgivare	Comments
1.0	18.11.2025	ISS	Första utkast
1.1	29.01.2026	ISS/ medlemsländer	Revidering
1.2	05.02.2026	ISS/ medlemsländer	Revidering
2.0	26.02.2026	Aktörer /ISS/Member States	Slutlig version
2.0	26.03.2026	ISS	Översättning
2.0	15.05.2026	PHAS	Validering av den svenska översättningen

1.2. Originalitetsförklaring

Innehållet i leveransen är originellt och har uteslutande tagits fram av bidragsgivarna till JA Mentor-projektet.



Co-funded by
the European Union

1.3 Innehållsförteckning

1. Dokumentegenskaper	1
1.1. Dokumentets revisionshistorik.....	1
1.2. Originalitetsförklaring.....	1
1.3 Innehållsförteckning	2
1.4 Förkortningar och akronymer	4
2. Om MENTOR-projektet.....	6
2.1. Syftet med detta dokument	7
2.2. Uppgift 5.4.....	7
2.2.1. Uppgiftsbeskrivning.....	7
2.2.2. Uppgiftsstruktur	9
2.2.3. Upplägg för uppgiften	9
2.3. Kontaktuppgifter	10
2.3.1. Kontaktuppgifter till samordnaren	10
2.3.2 Huvudsakliga bidragsgivare och kontaktpersoner för uppgift 5.4.....	10
D5.4.2. Kunskapsutbytesrapport.....	11
3. En europeisk integrerad vårdkedja med ett personcentrerat angreppssätt för att främja social inkludering och livskvalitet för personer med psykisk ohälsa eller psykiatriska tillstånd	12
3.1. Utgångspunkt.....	12
3.2 Erfarenheter av hälsobudgetmetodiken	13
3.3. En europeisk tillämpning av personlig hälsobudget	17
3.4. Skifte från standardiserade tjänstepaket till skräddarsytt stöd.....	17
4. NYCKELKOMPONENTER i den integrerade vårdvägen	18
4.1. Multiprofessionellt team.....	18
4.2. Flerdimensionell bedömning och verktyg.....	19
4.2.1. Definition av personlig hälsobudget genom ett SAMPLANERANDE och MEDSTYRANDE angreppssätt	20
4.3. Skräddarsydd och integrerad insats.....	21
4.4. Definition av den personliga hälsobudgeten.....	23
4.4.1. Utmaningar i utvecklingen av personlig hälsobudget.....	24
4.5. Identifiering av case manager	24
4.5.1. Nyare litteratur om case manager: nyckelfunktioner och roller	25

4.5.2. Kärnfunktioner för case manager	25
4.6. Underskrift och uppföljning	26
4.6.1. Definition av indikatorerna för uppföljning av Personlig hälsobudget eller den europeiska pilotstudien	26
5. FORMAT för den integrerade vårdvägen	27
Juridiskt ombud (om tillämpligt)	33
Case manager (ange yrkesroll)	33
Multidisciplinärt team	33
Tjänsteleverantör inom tredje sektorn	34
6. Bibliografi.....	35
7. Nästa steg: pilotgenomförande och uppföljning av den integrerade vårdkedjan.	36
7.1. Synergier.....	36

1.4 Förkortningar och akronymer

EU	Europeiska unionen
JA	Joint Action
MENTOR	Mental Health Together
DP	Delprojekt

Förkortningslista – DP5.4-deltagare	
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 Català d'Oncologia
IDIVAL	Fundacion Instituto de Investigacion Marques de Valdecilla
ISS	Istituto Superiore di Sanità
Regionen Lombardiet	Regione Lombardia
MOSA	Sotsiaalministeerium
NCMHFAD	Centrul National de Sanatate Mintala Si Lupta Antodrog
NHF	Nationella hälsofonden
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 syftar till att främja psykisk hälsa genom att dela erfarenheter över ett brett spektrum, från politiska initiativ till kliniska och professionella arbetssätt. Projektet integrerar evidensbaserade metoder och anpassade insatser för att uppnå långsiktig hållbarhet, för att stärka psykisk hälsa och välbefinnande på individ- och befolkningsnivå.

MENTOR:s mål:

1. Säkerställa effektiv spridning av MENTOR:s aktiviteter/resultat.
2. Främja hållbarhet och implementering av MENTOR:s resultat i tvärsektoriella system för psykisk hälsa i Europa.
3. Stärka den psykiska hälsolitteraciteten genom att utveckla policyrekommendationer och interventionsverktyg riktade till sårbara grupper, samt bekämpa stigma.
4. Bidra till ökad tillgång till evidensbaserade arbetssätt och innovativa metoder för övervakning, främjande av psykiskt välbefinnande, förebyggande av psykisk ohälsa och behandling av psykisk ohälsa, psykiatriska tillstånd och sjukdomar
5. Förbättra övervakningssystemen för psykisk hälsa, för att öka medvetenheten om psykisk ohälsa, säkerställa tidig upptäckt av riskindivider och stödja datadrivna beslut.
6. Minska sociala ojämlikheter i befolkningen, med särskilt fokus på med psykisk ohälsa, psykiatriska tillstånd och sjukdomar.
7. Främja metoder för att utvärdera och implementera MHIAP-metoder på nationell och regional nivå.
8. Identifiera evidensbaserade insatser för främjande av psykiskt välbefinnande och förebyggande av psykisk ohälsa bland sårbara grupper och i den allmänna befolkningen.
9. Stödja återhämtningsinriktad och inkluderande praxis i vården av personer med psykisk ohälsa eller psykiatriska tillstånd.
10. Implementera personanpassade och helhetsinriktade metoder inom psykisk hälsa.

2.1. Syfte med detta dokument

Detta dokument utgör kunskapsutbytesrapporten för leverans 5.4.2 "Definition of the integrated care pathway" inom JA Mental Health Together – MENTOR uppgift 5.4. Baserat på data som samlats in genom D.5.4.1 och sammanställts i kunskapsutbytesrapporten (tillgänglig via: <https://ja-mentor.eu/index.php/recources/>) beskrivs de väsentliga delarna av den integrerade vårdkedjan inom psykisk hälsa, med fokus på:

1. Medlemmar i det multidisciplinära teamet för den initiala bedömningen;
2. Testverktyg och frågeformulär för utvärdering av kliniska och personliga utfall;
3. Standardiserat format för planering och uppföljning av integrerade sociala och hälsorelaterade insatser.

Denna kunskapsutbytesrapport innehåller informationen som samlats in av de medlemsländer som deltar i uppgiften.

Ett utkast av detta dokument kommer att publiceras på Joint Action-webbplatsen (JA). Intressenter (t.ex psykiatriska vårdinrättningar, personer med levd erfarenhet av psykisk ohälsa, icke-statliga organisationer, kommuner osv.) kommer att bjudas in att lämna synpunkter och förslag. All återkoppling kommer att granskas av panelen för eventuella ändringar, vilket kommer leda till dokumentets slutliga version. Det slutliga dokumentet kommer att översättas till medlemsländernas olika europeiska språk för att öka tillgängligheten och förståelsen.

2.2. Uppgift 5.4

2.2.1. Uppgiftsbeskrivning

Integrerad vårdkedja för att främja social inkludering och livskvalitet för personer med psykisk ohälsa eller psykiatriska tillstånd

Personanpassning är en central del av hälso- och sjukvårdspolitiken, något som betonas av Världshälsoorganisationen (WHO). Den bygger på en syn på hälso- och sjukvården som grundas på mänskliga principer och rättigheter, såsom jämlikhet, delaktighet, självbestämmande och icke-diskriminering. Det innebär att behandla patienter utifrån ett personcentrerat perspektiv, ta hänsyn till deras behov och erkänna deras förmågor och frihet att göra egna val för sin hälsa. Ett personcentrerat förhållningssätt möjliggör att olika sektorer samarbetar och utnyttjar tillgängliga resurser och kompetenser för att tillgodose personens övergripande behov.

Uppgift 5.4 stödjer deltagande partners att definiera och implementera integrerade vårdkedjor för personer med psykiatriska tillstånd eller psykisk ohälsa i sina respektive länder, samt att ta fram rekommendationer för att främja psykisk hälsa och social inkludering. Offentlig politik, olika finansieringskällor, hälso-, utbildnings- och socialtjänster samt olika professionella resurser kommer att samarbeta i nära integration och partnerskap. Syftet med denna synergiska insats är återhämtning och full inkludering i samhället för personer med psykiatriska tillstånd eller psykisk ohälsa. Genom den innovativa metoden personlig hälsobudget samarbetar hälso- och socialtjänster för att erbjuda integrerade insatser inom följande fyra områden: hälsa, boende, arbetsplacering, affektivitet/sociala/livs- och relationsfärdigheter. Varje individ följs upp genom ett skräddarsytt projekt, utformat utifrån dennes specifika behov och preferenser, och med användning av tillgängliga offentliga/privata/personligaresurser. Den enskildes egenmakt säkerställs genom full delaktighet och samtycke i varje steg av förhandlings- och beslutsprocessen.

Tillgången till eller avsaknaden av ekonomiska/materiella resurser (t.ex bostad, inkomst, pension, lön, livränta etc.) och informella tillgångar (t.ex utbildningskvalifikationer, familjestöd, socialt nätverk, personliga färdigheter etc.) beaktas när personens behov och personliga hälsobudget definieras. Det senare definieras som den uppsättning resurser som finns tillgängliga för den enskilde individen och deras sammanhang, samt den lista över resurser/insatser som integrerade tjänster säkerställer eller tillhandahåller under det personanpassade projektet. Projektet följs upp, utvärderas regelbundet och uppdateras därefter.

Under uppgiften samlas data och information om offentlig policy och organisation av tjänster för psykisk hälsa in från deltagande länder och analyseras. Personer med levd erfarenhet kommer att aktivt inkluderas i det multidisciplinära teamet som utvärderar insamlad data och definierar de nyckelkomponenter som utgör den integrerade hälso- och sociala vårdkedjan som kommer att implementeras i vissa medlemsländer.

Den personliga hälsobudgeten har hittills testats i olika länder, däribland Storbritannien, Belgien, Danmark, Italien, Finland, Österrike, Frankrike, Sverige, Tyskland, Australien och USA, inom olika program med varierande urvalskriterier kopplade till beställda tjänster och graden av individens valfrihet. Huvudmålet med de flesta programmen har varit att främja autonomi och ett självständigt liv, medan andra program har fokuserat mer på att förbättra omsorgssystemet för vårdgivare.

Uppgift 5.4 samarbetar nära med uppgift 5.3 för att stödja implementeringen av detta integrerade förhållningssätt, genom aktivt deltagande från olika sektorer inom folkhälso-, social- och utbildningssystemen. Projektpartners kommer att dela erfarenheter och kunskap till andra medlemsländer genom följande leveranser:

- Kunskapsutbytesrapport (D.5.4.1), publicerad på: <https://ja-mentor.eu/index.php/recources/>
- Definition av ICP (D.5.4.2) med fokus på sårbara grupper, denna rapport;
- Riktlinjer och utbildningsmaterial (D.5.4.3) riktade till yrkesverksamma inom psykisk hälsa;
- Policyrekommendationer (D.5.4.4) för nationella beslutsfattare.

2.2.2. Uppgiftsstruktur

JA MENTOR uppgift 5.4 består av fyra deluppgifter: spridning och analys av enkäten (5.4.1), definition av den integrerade vårdkedjan (5.4.2), pilotimplementering och uppföljning av den integrerade vårdkedjan (5.4.3) samt formulering och spridning av samhällsbaserade policyer för psykisk hälsa (5.4.4).

Uppgift 5.4 har en uppgiftsledare (Nationella hälsoinstitutet, Italien), som ansvarar för att uppnå uppgiftens leveranser och mål. Tjugoen medlemsländer deltar i uppgift 5.4.

2.2.3. Upplägg för uppgiften

Uppgift 5.4 har en bred geografisk täckning i Europa (22 institutioner i 10 länder) – Cypern (SHSO-MHS), Danmark (RSD), Estland (MOSA), Tyskland, Island (PHCI), Italien (ISS, ProMIS, ASL of Turin, UNIMIBI, Regione Lombardia), Polen (NHF), Rumänien (NCMHFAD), Spanien (Biosistemak, GENCAT, FRCB-IDIBAPS, ICO, IDIVAL, FFIS, SMS, SAS, FundeSalud, SES) och Ukraina (PHC).



Alla länder utom Island, Tyskland och Danmark deltar aktivt i delprojektet (DP) och bidrar med en fördjupad analys av den aktuella situationen och relaterade utmaningar.

Varje deltagande institution och land/region bidrar med värdefull expertis och erfarenhet till uppgiften. Partnererna besitter de nödvändiga färdigheter, kvalifikationer och resurser för

att effektivt genomföra uppgiften. De har också lämpliga juridiska och tekniska mandat för att implementera uppgiftens aktiviteter på nationell nivå.

2.3. Kontaktuppgifter

2.3.1. Kontaktuppgifter till samordnaren

Kontaktpersonens namn	Roll i projektet	E-post
Maria Luisa Scattoni	Ledare för uppgift 5.4	marialuisa.Scattoni@iss.it

2.3.2 Huvudsakliga bidragsgivare och kontaktpersoner för uppgift 5.4

Kontaktpersonens namn	Institution	E-post
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. Kunskapsutbytesrapport

Denna kunskapsutbytesrapport sammanfattar arbetet från en panel bestående av representanter från ministerier, offentliga myndigheter, yrkesverksamma inom psykisk hälsa och socialt arbete, kommuner samt personer med levd erfarenhet från medlemsländerna. Arbetet genomfördes under det första året av Joint Action MENTAL HEALTH TOGETHER (MENTOR).



Co-funded by
the European Union

3. En europeisk integrerad vårdkedja med ett personcentrerat förhållningssätt för att främja social inkludering och livskvalitet för personer med psykiatriska tillstånd

3.1. Utgångspunkt

Att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa är ett primärt mål för europeisk politik och finansiering, där huvudmålet för ett modernt och effektivt hälso- och sjukvårdssystem är att identifiera de mest effektiva metoderna och verktygen.

En korrekt hantering av allvarig psykisk ohälsa eller psykiatriska tillstånd leder också till en avsevärd minskning av de sociala och ekonomiska konsekvenser som dessa tillstånd medför.

Vetenskapliga belägg visar på vikten av att säkerställa adekvata insatser inom samhällsbaserade kontexter för personer med allvarig psykisk ohälsa eller psykiatriska tillstånd. Detta förhindrar onödiga sjukhusinläggningar och institutionalisering, som ofta inte leder till varaktiga lösningar, särskilt om de pågår under lång tid. För att effektivt möta de komplexa utmaningar som förekommer inom psykiatrisk hälsovård är det nödvändigt att skapa strukturella förutsättningar och innovativa sammanhang som integrerar hälvdårdpolicy med resurser från socialtjänsten och samhällsservice.

Ur detta perspektiv är en förutsättning att samhället kan erbjuda lösningar som integrerar vårdbehov med övriga behov inom t.ex utbildning, arbete, boende och samhällsengagemang. Att pröva integrerade och personanpassade vägar för social inkludering av personer med allvarig psykisk ohälsa eller psykiatriska tillstånd, som marginaliseras på arbets-, bostads- och sociokulturella arenor, är en prioritet.

I Europa regleras integrerade sociala och hälsoinriktade insatser av nationell och regional lagstiftning samt strategiska ramverk. Dessa omfattar stöd till minderåriga med personer med psykisk ohälsa eller psykiatriska tillstånd inklusive utvecklingsrelaterade psykiatriska funktionsavvikelser, andra funktionshinder, missbruk, HIV/AIDS och autismspektrumsyndrom. Dessa är lagstadgade rättigheter för medborgare, med syfte att främja återhämtning och/eller upprätthålla och stärka individens autonomi, motverka institutionalisering och segregation, samt undvika att överföra vårdansvaret till en tredje part. Målet är att främja personligt och samhälleligt engagemang.

Under senare år har intresset ökat för territoriala integrationserfarenheter som genomförs med hjälp av organisationsmodellen "Health Budget", en av de mest avancerade och

innovativa förslagen för att integrera hälso- och sjukvård med samhällssystem inom psykisk hälsa i Europa.

Health Budget kombinerar ekonomiska, professionella, mänskliga och relationella resurser som behövs för att stärka stödjande relationella, familjära och sociala sammanhang som främjar social inkludering. Det är ett generativt verktyg som stödjer personanpassade livsprojekt som garanterar rätten till hälsa genom högt integrerade och flexibla sociala och hälsoinriktade insatser. Modellen omvandlar också tjänstenätverket genom att vägleda resursomfördelning, motverka nya former av institutionalisering och identifiera möjligheter till socioekonomisk och bostadsrelaterad inkludering.

Health Budget-modellen sprids nu i italienska regioner, om än ojämnt. Erfarenheterna skiljer sig åt när det gäller tekniska, professionella och administrativa aspekter, finansieringsmetoder, experimentvolym och varaktighet.

Dess huvudsakliga syfte är att främja och förnya det territoriala stödet inom psykisk hälsa genom att använda samhället som referensram. Modellen skyddar mänskliga rättigheter och värdigheten hos personer med psykisk ohälsa eller psykiatriska tillstånd, samt uppmuntrar till inkluderande och delaktig vård och förbättrar kvaliteten och säkerheten i tjänsterna till förmån av patienter, deras anhöriga och vårdgivare.

Dessa strategiska riktlinjer kan, med särskilda anpassningar, tillämpas i alla projekt som riktar sig till personer med komplexa sociala och hälsorelaterade behov, där stärkande och utvecklande insatser är lämpliga.

Ett nationellt exempel som utvecklats i Italien (Strategic Guidelines: Designing the Health Budget with a Person-Centered Approach – Proposal of Qualifying Elements), ger administrativ och operativ vägledning för implementering av Health Budget. Dokumentet har översatts och publicerats på JA MENTOR:s webbplats och finns tillgängligt via följande länk: <https://ja-mentor.eu/wp-content/uploads/2025/06/Strategic-guidelines-for-health-budget-Italy-JA-MENTOR-Layout.pdf>

3.2 Erfarenheter av Health Budget metodiken

För att bättre förstå ämnet genomfördes en översikt av internationell litteratur, och dokumentation från regioner och autonoma provinser samlades in för att identifiera "best practices" som underlag för en nationell konsensuskonferens.

Den systematiska översikten av internationell litteratur identifierade 29 publikationer relaterade till Health Budget inom området psykisk hälsa, både ur kvalitativa och kvantitativa perspektiv. Översikten sammanfattade den senaste forskningen om insatser, resultat och kostnadseffektivitet av Health Budget för personer med psykisk ohälsa eller psykiatriska tillstånd. Av de 29 utvalda internationella studierna involverades cirka 11 541 användare, anhöriga och yrkesverksamma. Elva studier togs fram i Storbritannien, elva i USA, sex i Italien och en i Australien. Studierna genomfördes mellan april 2013 och september 2021. Studierna i den systematiska översikten visade på vissa begränsningar som gör det svårt att generalisera resultaten. För det första var fördelningen av länder bland studierna endast representativ för västvärlden. Dessutom försvårades jämförelser av Health Budget mellan olika länder på grund av stora skillnader i respektive hälso- och sjukvårdssystem. För det andra var många studier kvalitativa med små urval, de använde inte validerade verktyg för att mäta resultaten, och kvaliteten var överlag låg. Utöver var urvalen i de inkluderade studierna inte alltid representativa av den studerade populationen och saknade ofta en fullständig beskrivning av patientfenotyper. Slutligen saknades ofta information om de ekonomiska resurser som används inom Health Budget. Med hänsyn till dessa begränsningar går det endast att dra några allmänna slutsatser. Positiva resultat för personer med psykisk ohälsa eller psykiatriska tillstånd som använder Health Budget har bekräftats, särskilt när det gäller patientens valmöjligheter och kontroll över sin återhämtning. Användningen av Health Budget för dessa personer har visat flera fördelar, bland annat stärkt egenmakt för patienten, ökat engagemang bland intressenter, involvering av vårdgivare och personal i utformningen av Health Budget, samt snabb och lämplig tillgång till behandling. Dessutom har flera studier visat att användare har uttryckt nöjdhet med implementeringen av Health Budget.

I Italien har användning av Health Budget förbättrat kliniska resultat, livskvalitet, deltagande i betalt arbete samt erfarenheter av sysselsättning och självständigt boende, med positiva effekter som sträcker sig till anhöriga och stödnätverket. Forskning har visat att Health Budget har lett till betydande förändringar i resursanvändning och personanpassade interventionsmetoder, vilket resulterat i kostnadsbesparingar för familjer och nationella hälso- och sjukvårdssystem. Dock har farhågor om tillämpningen av Health Budget lyfts fram i flera studier. Anhöriga har upplevt styrningen och procedurerna kring Health Budget som utmanande och stressande, liksom samarbetet med yrkesverksamma, vilket har lett till att de känner sig mindre involverade i vården av sin närstående. I vissa studier har yrkesverksamma sett hanteringen av Health Budget som en extra arbetsbörda.

Den mångfald av erfarenheter som finns har belyst olika praxis och uppfattningar om Health Budget, som speglar de lokala kontextens kulturer, behov och historiskt utvecklade processer, särskilt när det gäller psykisk hälsa i relation till nedläggning av psykiatriska sjukhus. Utifrån de kartlagda erfarenheterna har dock ett behov av att främja Health Budget-modellen framträtt för att underlätta tvärgående organisatoriska förändringar inom välfärdstjänster.

Ur ett regulatoriskt perspektiv har också behovet uppstått av att samordna och integrera bestämmelserna i lagen om offentlig upphandling och Third Sector Code med administrativa arbetssätt som kan uppnå målen för Health Budget. Hälso- och sociala arbetssätt bör vara flexibla och möjliggöra omkonfigurering av tjänster för att främja personanpassning, möjliggöra risk-/nyttoanalyser och innovativ användning av resurser från tjänster och samhället, med individen i centrum.

Det är därför nödvändigt att definiera administrativa procedurer som möjliggör flexibilitet och innovation i tillämpningen av denna modell. Projektstrategin syftar således till att göra Health Budget allt tydligare och mer etablerad inom tjänstepraxis, samt att främja dess användning och tillämpning på regional nivå.

Joint Action MENTAL HEALTH TOGETHER (MENTOR) syftar till att främja psykisk hälsa och välbefinnande genom att dela erfarenheter inom ett brett spektrum – från politiska initiativ till kliniska och professionella arbetssätt. Projektet integrerar evidensbaserade metoder och anpassar dem för långsiktig hållbarhet, i syfte att förbättra psykisk hälsa på individ- och befolkningsnivå.

Inom ramen för detta initiativ fokuserar en särskild uppgift på den integrerade vårdkedjan för att främja social inkludering och livskvalitet för personer med psykisk ohälsa eller psykiatriska tillstånd (MHDs). I detta sammanhang utvecklades kunskapsutbytesrapporten (tillgänglig via följande länk: <https://ja-mentor.eu/index.php/recources/>) med det primära syftet att bedöma lokala befolkningsbehov, tillgängliga tjänster och relevanta policyer. Denna bedömning genomfördes av en multidisciplinär panel bestående av representanter från ministerier, offentliga myndigheter, yrkesverksamma inom psykisk hälsa och socialt arbete, kommuner samt personer med levd erfarenhet.

Arbetet som ledde fram till rapporten inleddes med en detaljerad utvärdering av behov, tjänster och policyer relaterade till psykisk hälsa i de deltagande länderna och regionerna.

Panelen, som representerade både offentlig och privat sektor, ledde den omfattande genomgången av befintliga ramverk och tjänster som stödjer personer med MHDs.

En central del i denna process var samdesignen av en enkät, som utvecklades gemensamt av partnererna. Enkäten syftade till att samla in viktig information inom tre huvudområden:

1. De behov, förslag och utmaningar som identifierats av den lokala befolkningen;
2. Egenskaper hos sociala och hälsoinriktade tjänster som är avsedda för personer med MHDs;
3. Befintliga nationella policyer relaterade till integrerade sociala och hälsoinriktade vårdkedjor.

Alla aktiva deltagare och observatörer utformade och förfinade "Survey on Defining an Integrated Care Pathway for Promoting Social Inclusion and Quality of Life of People with Mental Health Disorders", som togs fram på engelska och översattes till italienska, spanska, ukrainska och polska.

Enkäten omfattade följande avsnitt:

- Del 1 – Organisation av hälso- och socialtjänster / system för psykisk hälsa och social omsorg
- Del 2 – Typer av levererade insatser
- Del 3 – Förmåner och finansieringsmekanismer
- Del 4 – Informationssystem inom psykisk hälsa och den sociala sektorn
- Del 5 – Personlig hälsobudget: nationella policyer och lokala erfarenheter
- Del 6 – Strukturering av personlig hälsobudget
- Del 7 – Lokala erfarenheter av personlig hälsobudget och integrerad hälso- och social vård
- Del 8 – Styrkor och utmaningar i det nuvarande systemet

Totalt 401 deltagare fick tillgång till enkäten, varav 67 % (n = 268) fyllde i den fullständigt eller delvis. Svar samlades in från:

- 176 i Ukraina
- 39 i Italien
- 34 i Spanien

- 12 i Polen
- 1 vardera från Estland, Tyskland, Rumänien och Lettland

Bedömningen av behov, tjänster och policyer för psykisk hälsa i de deltagande länderna och regionerna, tillsammans med enkätresultaten som presenteras i kunskapsutbytesrapporten, låg till grund för detta dokument.

3.3. Tillämpning av en europeisk personlig Health Budget

Den personliga hälsobudgeten är en innovativ metodik där hälso- och socialtjänster samarbetar för att erbjuda integrerade insatser inom följande områden:

- Affektivitet/socialt liv/livs- och relationsfärdigheter
- Utbildning - träning - arbetsplacering
- Boende

Varje person följs genom ett skräddarsytt individuellt projekt, utformat utifrån dennes specifika behov och preferenser och med användning av tillgängliga offentliga/personliga/privata resurser.

Personlig egenmakt bör stödjas genom personens delaktighet och informerat samtycke i varje steg, med lämpligt stöd för att säkerställa meningsfull medverkan även när beslutsfattande är utmanande.

3.4. Förändring från standardiserade tjänstepaket till skräddarsydda stödinsatser

Personer med psykisk ohälsa eller psykiatriska tillstånd medverkar i utformningen av personcentrerade och återhämtningsinriktade vårdplaner och väljer tjänster som överensstämmer med deras behov, preferenser och livsmål. Detta stöds av samordnade insatser på mikro-, meso- och makronivå, för att främja autonomi och inkludering i samhället.

Insatserna utformas för att möta personens föränderliga behov, preferenser och ambitioner, med hänsyn till dennes specifika funktionsprofil, omgivningskontext och personliga mål.

Integreringen av kliniska, utbildningsmässiga, sociala och relationella insatser kräver samstämmighet mellan tjänsterna och kontinuitet över tid.



Co-funded by
the European Union

Ett dynamiskt verktyg som vägleder personanpassade vårdförlopp, stärker delaktighet och främjar autonomi och livskvalitet genom hela livet.

4. NYCKELKOMPONENTER i den integrerade vårdkedjan

Nedan presenteras de definierande elementen, som alla måste finnas till för att definiera Health Budget, tillsammans med de operativa elementen. De operativa elementen omfattar lämpliga administrativa processer och verktyg. Dessa två områden måste utvecklas parallellt. För att säkerställa enhetlighet i processen och fullständig implementering av Health Budget-processen är det nödvändigt att skapa konvergenspunkter mellan de klinisk-vårdmässiga och administrativa komponenterna.

4.1. Multiprofessionellt team

Health Budget riktar sig till individer som vårdas av det lokala hälso- och sjukvårdssystemet och som har komplexa sociala och hälsoinriktade behov. I centrum för Health Budget står individen, sedd i sitt samhällssammanhang och betraktad utifrån sina resurser, sociala och hälsoinriktade behov, relationer och mål. Utifrån dessa förutsättningar kan individen utöva sin rätt till självbestämmande. Health Budget stödjer individuella projekt som syftar till att främja individens boende i det hem han/hon valt, med involvering av olika samhällsaktörer.

Health Budget är offentligt ledd och samordnad för att säkerställa verklig social och hälsomässig integration. Begäran om att aktivera Health Budget, som också kan initieras av individen och/eller dennes juridiska ombud, måste göras av en yrkesverksam inom hälso- och sjukvård, social hälso- och sjukvård eller socialtjänst som ansvarar för ärendet. Syftet är att stärka individen genom att säkerställa hans/hennes rättigheter och upprätthålla deras medborgerliga ansvar. Hälso- och socialtjänster samarbetar i enlighet med nationella/regionala regler. Hälso- och sjukvården säkerställer klinisk vård och kontinuitet i behandlingen, medan socialtjänsten säkerställer tillgång till sociala rättigheter, förmåner och samhällsbaserade stödinsatser. Det multiprofessionella teamet utgör den operativa ramen för gemensam bedömning, samplanering och uppföljning. En case manager samordnar processen.

Den sociala komponenten säkerställer medborgerliga rättigheter och skyldigheter, medan vårdkomponenten upprätthåller rätten till hälsa. Båda komponenter bidrar till rätten till egenmakt. Varje tjänst följer sina egna regelverk för att leverera insatser. Det sociala och hälsoinriktade teamet, som består av minst en yrkesverksam inom hälso- och sjukvård, social hälso- och sjukvård och socialt arbete, måste inkludera individens synpunkter. Dessutom ska teamet, om relevant, inkludera en juridisk företrädare enligt dennes mandat, samt, på individens begäran, relevanta personer ur individens nätverk. Denna struktur

säkerställer att individen aktivt deltar i bedömningen av sina behov och resurser och utövar sin rätt till självbestämmande i den delade vården och i utformningen av sitt livsprojekt. Här kan personen medvetet investera sina resurser, inklusive ekonomiska.

Det multiprofessionella teamet bör bestå av följande:

- **Hälsokomponent:** minst en yrkesverksam inom hälso- och sjukvård eller social hälso- och sjukvård som ansvarar för individens vård, med beaktande av eventuella specifika samsjukligheter.
- **Social komponent:** en socialarbetare från den lokala myndigheten, tillsammans med andra pedagogiska eller sociala yrkesverksamma som är involverade i individens stöd.

I MENTOR 5.4-enkäten som svar på frågan "Finns det ett multiprofessionellt team för att bedöma psykosocial funktion och utveckla vårdplanen?", rapporterade de flesta länder att de har ett sådant team. De flesta yrkesverksamma i teamet inkluderar psykiatriker, psykologer, sjuksköterskor, socialarbetare, allmänläkare, arbetsterapeuter, rehabiliteringsterapeuter med mera.

Det multiprofessionella teamet bör omfatta minst en yrkesverksam från hälsokomponenten och minst en från den sociala komponenten.

Baserat på rapporten rekommenderas det en psykiatriker, en psykolog och en sjuksköterska för hälsokomponenten, medan en socialarbetare rekommenderas för den sociala komponenten.

Individen med psykisk ohälsa eller psykiatriska tillstånd skall ALLTID vara en kärnmedlem i teamet och leda beslut utifrån sina egna preferenser. Vårdgivare involveras endast om och i den utsträckning som individen själv väljer. Delaktighet säkerställs genom delat beslutsfattande, framåtsynt planering, stöd till självhantering samt personcentrerad och återhämtningsinriktad vård.

4.2. Multidimensionell bedömning och verktyg

Det stärkande förhållningssättet syftar till att skapa en förtroendefull relation för att genomföra en multiprofessionell och multidimensionell bedömning av behov och resurser, samt formulera en Health Budget. Denna bedömning måste genomföras genom dialog och samarbete med individen, med användning av validerade och standardiserade verktyg. Bedömningen bör omfatta följande områden:

- Kliniskt område
- Psykosocialt funktionsområde
- Personliga behov och samhällsresurser
- Livskvalitetsområde

Efter diagnos och fastställande av vårdplanen bör varje individ erbjudas möjligheten att utveckla ett livsprojekt, anpassat till alla relevanta områden. Om individen ger sitt samtycke bör den ansvariga yrkesverksamma inleda utformningen av vårdplanen och boka in ett möte med individen och det multiprofessionella teamet, som ska bestå av minst en yrkesverksam inom hälso- och sjukvård och en inom social omsorg.

Den integrerade vårdkedjan bör utgå från individens preferenser. Processen inleds med en bedömning av den kliniska situationen och den funktionella profilen. Därefter bör det multiprofessionella teamet utvärdera individens behov och preferenser. Slutligen bör teamet definiera insatserna inom de identifierade områdena (hälsa, boende, träning/utbildning/sysselsättning, lärande/socialisering/affektivitet) och prioriteras av individen. Vårdkedjan bör också ta hänsyn till att akuta psykiatriska tillstånd och psykisk ohälsa kan påverka familje- och sociala nätverk. Därför bör även sociala insatser fokusera på att stödja individen i hanteringen av familje- och sociala roller.

En case manager (facilitator) bör utses, och individens personliga och samhälleliga resurser bör bedömas utifrån den kliniska profilen och de tjänster som finns tillgängliga i landet. I detta skede kan den personliga Health Budget fastställas.

4.2.1. Definition av personlig Health Budget genom ett SAMPLANERINGS- och MEDSTYRANDE förhållningssätt

Målgruppen är individer från 18 år och uppåt, med möjlighet att inkludera yngre personer under övergångsfasen, om det efterfrågas och är kliniskt/psykosocialt motiverat.

Mötet med det multidisciplinära teamet inkluderar personen med psykisk ohälsa eller psykiatriska tillstånd för bedömning av:

- kliniska tillstånd
- funktionell profil
- livskvalitet

Mötet följs av en gemensam planeringsprocess, som består av följande steg:

1. Förstå individens behov och preferenser.
2. Individen begär insatser inom specifika områden, såsom hälsa, boende, träning/sysselsättning, utbildning, socialisering och affektivitet.
3. Fastställ insatser inom de områden som valts/föreslagits av varje part (samskapande).
4. Identifiera tillgängliga personliga och samhälleliga resurser.
5. Utnäm en case manager (facilitator) inom det mest relevanta området.
6. Fastställ personlig hälsobudget och underteckna avtal.

För att stödja både bedömningen och den gemensamma planeringsprocessen användes ett urval av standardiserade verktyg. Verktygen valdes utifrån kriterierna att de ska vara kostnadsfria, tillgängliga på flera språk där möjligt, och redan användas i medlemsländernas kliniska praxis.

Den vetenskapliga litteraturen föreslår följande verktyg för att utvärdera kliniska tillstånd, psykisk hälsa och psykosocial funktion (Gelkopf, Mazor, Roe, 2022):

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

Den vetenskapliga litteraturen föreslår följande verktyg för att utvärdera global funktion, funktionsnedsättning och funktionsbegränsning (Gelkopf, Mazor, Roe, 2022):

- GAF (Global Assessment of Functioning)

Den vetenskapliga litteraturen föreslår följande verktyg för att utvärdera livskvalitet (Gelkopf, Mazor, Roe, 2022):

- WHOQoL-Bref (Världshälsoorganisationens mått på livskvalitet) tillgängligt på flera språk: <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref>

4.3. Skräddarsydda och integrerade insatser

Fastställ insatserna inom de valda/föreslagna områdena för varje individ, med beaktande av individuella behov och preferenser:

- Hälsa
- Boende
- Träning/utbildning/sysselsättning
- Lärande/socialisering/affektivitet

Definiera insatsernas huvudmål (kort- och långsiktiga), dag/timme, inblandade yrkesverksamma, tillgängliga resurser samt uppföljningsindikatorer.

De insatser som listas nedan identifierades främst genom MENTOR 5.4-enkäten (Del 2: typer av levererade insatser), som kartlade nuvarande praxis i deltagande medlemsländer/regioner. Enkätsvaren preciserades genom paneldiskussioner och organiserades därefter inom de fyra personlig hälsobudget-domänerna. Insatser bör väljas utifrån följande lista:

Hälsoinsats	Boendeinsats	Insats inom träning/utbildning/s ysselsättning	Insats inom lärande/socialisering /affektivitet
Öppenvård	Stött boende eller boende med assistans	Tjänster för arbetslivsstöd	Program för stödd sysselsättning
Psykiatrisk slutenvård	Träning i färdigheter för självständigt liv	Yrkesutbildningsprogram	Träning i sociala färdigheter
Läkemedelshantering/uppföljning	Övergångsboendeprogram	Arbetsplacering och sysselsättning	Stöd till anhöriga
Psykologisk insats	Långtidsboenden	Workshops för färdighetsutveckling	Boendestöd eller boende med assistans
Kulturell och kreativ terapi	Nödboende	Stödd utbildning	Stödgrupper
Psykologiskt stöd	Housing First	Praktik eller lärlingsplatser med stöd för psykisk hälsa	Program för samhällsintegration
Dagvård	Annat	Kooperativ och sociala företag	Program för personlig autonomi
Samhällsbaserat rehabiliteringsprogram		Föreningsbaserade fritidsprogram	Tidsbank eller volontärprogram
Samhällsbaserad verksamhet för att främja psykisk hälsa		Mentorskap eller jobbcoachningsprogram	Samhällsbaserat kulturprogram

Uppföljning av fysisk hälsa		Övergångsprogram för unga	Annat
Krisinterventionstjänst		Annat	
Familjeinsats			
Program för suicidprevention			
Riktade insatser för specifika grupper			
Annat			

Health Budget integrerar individens vårdkedja med dennes livsprojekt. Utifrån bedömningar inom alla insatsområden (boende/livsmiljö, utbildning/arbete, socialisering och lärande/uttryck/kommunikation) utvecklas ett anpassat "Individualized Therapeutic Rehabilitation Project", tillsammans med individen för att beakta deras preferenser. Det individuella terapeutiska rehabiliteringsprojektet beskriver åtgärder och mål för varje område. Som en återhämtningsinriktad vårdkedja utvecklas det parallellt med livsprojektet.

4.4. Definition av den personliga hälsobudgeten

Eftersom det finns olika sätt att leverera resultaten bör det multiprofessionella teamet utforma dessa alternativ och fastställa det mest lämpliga tillvägagångssätt för att säkerställa att individen får maximala fördelar och finansiering. De yrkesverksamma bör identifiera de resurser som finns tillgängliga i samhället och, om specifika förmåner finns tillgängliga, dela relevant information med individen. Tillsammans med individen bör tillgänglighetshinder analyseras. Att ha en case manager kan underlätta finansieringsansökningar, men det kan vara utmanande för personer som först behöver veta hur man ansöker om en.

Det multiprofessionella teamet består av en yrkesverksam inom psykisk hälsa och en socialarbetare från kommunen.

Teamet bör:

- **identifiera tillgängliga resurser (professionella, personliga, ekonomiska osv.)**

- **välja de mest lämpliga alternativen tillsammans med individen och underlätta tillgången till dem**

4.4.1. Utmaningar i utvecklingen av Personlig hälsobudget

Enligt kunskapsutbytesrapporten är de främsta utmaningarna vid utvecklingen av personliga hälsobudgetar kopplade till skillnader i verksamhetsmiljöer, finansieringskällor och hälso- och sociala system. I Italien och Spanien måste personlig hälsobudget till exempel fungera över samhällsbaserade centrum för psykisk hälsa, socialtjänster och lokala kommuner, som alla har egna regler och prioriteringar, vilket gör samordningen mellan miljöerna svår. Ukraina, Polen, Rumänien och Lettland står inför liknande fragmentering, men denna förvärras av svagare samhällsstrukturer. Därför måste personlig hälsobudget integrera sjukhusvård, underutvecklad social omsorg och informellt familjestöd. Finansieringskällorna skiljer sig också åt: i vissa regioner av Italien och Spanien kommer resurser främst från regionala hälsobudgetar och kommuner, medan i länder som Polen, Rumänien och Ukraina måste man kombinera sociala förmåner, funktionshinderpensioner och tillfälliga projektmedel, vilket skapar osäkerhet och ojämlikhet i tillgången. Tyskland och Estland illustrerar ytterligare en komplexitetsnivå, där personlig hälsobudget (eller liknande verktyg) måste anpassas till system som huvudsakligen bygger på sjukförsäkring och separata socialförsäkringssystem, vilket kräver överenskommelser mellan försäkringsgivare, socialtjänster och lokala myndigheter. Sammantaget möter personlig hälsobudget i Ukraina, Italien, Spanien, Polen, Estland, Tyskland, Lettland och Rumänien mindre utmaningar från själva idén, än från behovet av att koppla samman olika tjänstemiljöer, förena flera och instabila finansieringskällor och navigera mellan olika hälso- och socialskyddssystem, från skattefinansierade offentliga modeller till försäkringsbaserade system.

JA MENTOR kommer att främja gränsöverskridande jämförelser och utvärdering för att identifiera överförbara implementeringslösningar mellan länder/regioner med liknande hälso- och socialskyddssystem, och ta fram praktiska alternativ som kan stödja andra länder i att skala upp Personlig hälsobudget.

4.5. Utnämmande av en case manager

För att Health Budget ska kunna bli operativ krävs samtycke, vilket uttrycks genom ett avtal som undertecknas av individen. Avtalet beskriver mål och åtaganden för alla inblandade parter och är en integrerad del av Health Budget.

Under implementeringsfasen måste Health Budget kontinuerligt följas upp och revideras av det sociala och hälsoinriktade teamet, minst årligen, med aktivt deltagande från individen. Uppföljningen och revideringen samordnas av den case manager som utsågs i planeringsfasen. Vid revidering beaktas även resultatindikatorer.

För att möjliggöra tillämpningen av Health Budget, säkerställa processens kvalitet och underlätta antagandet i alla geografiska områden är det nödvändigt att utforma en bred och allmänt förankrad strategisk plan. Planen bör baseras på de kvalificerande och operativa element som arbetsgruppen tidigare har enats om. Denna plan bör också inkludera en lämplig insamling av strategisk information.

Det strategiska dokument som innehåller riktlinjerna bör delges genom ett formellt avtal på den enhetliga konferensen, där regioner och autonoma provinser åtar sig att anta innehållet genom egna åtgärder och/eller handlingsplaner. Dessutom bör ett nationellt system för periodisk uppföljning inrättas, med strukturerade metoder för implementering med hjälp av indikatorer för processkvalitet och resultat avseende livskvalitet.

- a) Utnämns inom den sektor där majoriteten av insatserna är koncentrerade (hälsa eller social omsorg).
- b) Tydligt definierar sin roll genom att informera individen om tillgängliga förmåner, och underlätta tillgången till dem, med användning av ett motiverande samtalsförhållningssätt för att främja engagemang och aktivt deltagande.

4.5.1. Senaste litteraturen om case managers: nyckelfunktioner och roller

Case managers erbjuder ett brett stöd, inklusive relationellt stöd, kontinuitet, validering, social kontakt, stöd i vardagslivet och yrkesinriktat stöd. Dessa stöd anpassas efter individens unika behov och betonar relationsbyggande, bekräftelse och kontinuerligt engagemang som kärnfunktioner (Fitzgerald et al., 2024). Case managers fungerar också som tjänstesamordnare och hjälper individer att navigera komplexa system för att få tillgång till boende, förmåner, hälso- och sjukvård och socialt stöd, ofta i samhällsbaserade miljöer (Kim et al., 2020).

4.5.2. Kärnfunktioner för case managers

Case managers för individer med behov relaterade till psykisk ohälsa ansvarar för en antal stödjande aktiviteter, bland annat:

- Samordna genomförandet av vårdplanen mellan hälso-, social- och samhällstjänster för att säkerställa att patienterna får lämpligt och snabbt stöd.
- Bygga terapeutiska relationer som främjar tillit, validering och bekräftelse, vilket är avgörande för patientens engagemang och återhämtning.
- Företräda patientens behov, inklusive tillgång till boende, ekonomiskt stöd och socialtjänster, samt hjälpa dem att navigera komplexa system.
- Erbjuder praktiskt och emotionellt stöd, såsom hjälp med vardagsliv, yrkesinriktat stöd och social kontakt.
- Följa upp och bedöma behov för att identifiera förändringar i psykiskt hälsotillstånd och koppla patienterna till specialiserad vård vid behov.
- Främja autonomi och återhämtning genom att stärka individens deltagande i vårdplanering och stödja deras självständighet.

4.6. Underskrift och uppföljning

4.6.1. Definition av indikatorer för uppföljning av Personlig Health Budget eller den europeiska pilotstudien

Dessa indikatorer samlas in vid följande tidpunkter: T0 (baslinje): vid inskrivning/start av behandling och T1 (uppföljning): vid utskrivning eller efter en fördefinierad uppföljningsperiod (t.ex. 6 eller 12 månader efter T0):

1. Antal och total varaktighet av tvångsvård / ofrivilliga åtaganden
2. Antal och total varaktighet av sjukhusinläggningar
3. Kliniska och funktionella resultat
4. Bedömningsverktyg efter ålder:
 - Vuxna (>18 år): HoNOS, GAF, WHOQoL BREF
 - Barn och ungdomar (<18 år): HoNOSCA
5. Behandlingsperiod
6. Typ av insats och behandlingsintensitet (timmar/dagar)



5. FORMAT för den integrerade vårdkedjan

EFTERNAMN	FÖRNAMN	FÖDELSEDATUM

DATUM FÖR FÖRSTA BESÖK _____ DATUM FÖR SENASTE BEDÖMNING /
UPPFÖLJNING _____

ICD-diagnoskoder _____

ALLVARLIGHETSGRAD

1 ☐ 2 ☐ 3

Datum för ifyllande: _____

FÖRNAMN: _____ EFTERNAMN: _____

STARTDATUM: från godkännande _____ SLUTDATUM: _____

INTENSITETSNIVÅ:

IDENTIFIERADE MEDANSVARIGA AKTÖRER:

Uppföljning: kvartalsvis _____ halvårsvis _____ annat _____

PERSONUPPGIFTSBLAD

Födelseort och födelsedatum	
Kön	
Nationalitet	

Bostadsadress (ange om boende)	
Telefonnummer	
E-post	
DEMOGRAFISKA UPPGIFTER	
Fastställande av funktionsnedsättning och %	
Bedömning av funktionsnedsättningsstatus	
Utbildningsnivå	
Sysselsättning	
Andra relevanta uppgifter	
RESURSER	
Pension/invaliditetspension	
Närvarobidrag	
Använda transportmedel	
Andra inkomstkällor (typ/belopp)	

MULTIDIMENSIONELL BEDÖMNING

FAMILJEMEDLEMMAR / REFERENSPERSONER			
FÖRNAMN	EFTERNAMN	TYP AV RELATION	SAMBO ja/nej

Hälsö- /sjukdomshistoria	
Ansvarstagande (datum och tjänst)	
Familjehistorik	
Personlig historik	



Tidigare hälsoinsatser	
Tidigare sociala insatser	

PERSONLIG OMSORG		
Aspekter som ska bedömas	Beskrivning av situationen	Prioriterade behov
<i>Exempel</i>	<i>Bristande följsamhet, vägran av behandling, partiell eller fullständig följsamhet, ej tillämpligt</i>	
Följsamhet till farmakologisk behandling		
Följsamhet till behandlingsplan		

DIAGNOS	ICD-10	ICD-10-BESKRIVNING
Huvuddiagnos		
Sekundär diagnos		

BEDÖMNING AV FUNKTIONSPROFIL

BEDÖMNING		
Test (t.ex. HONOS, GAF, WHOQoL BREF)	Datum för administrering	Resultat (ange totalpoäng och delskalepoäng för varje test, om möjligt)



Kort beskrivning: _____

BEDÖMNING AV PRIORITERADE BEHOV INOM VARJE OMRÅDE

ASPEKTER SOM SKA BEDÖMAS		BESKRIVNING AV SITUATIONEN	PRIORITERADE BEHOV
Hälsa			
<i>Exempel</i>	<i>läkemedelsintag</i>	<i>Instabil följsamhet till antipsykotisk behandling</i>	<i>Övervakning av läkemedelsintag och potentiella biverkningar</i>
1a			
2a			
3a			
Lärande/socialisering/affektivitet			
<i>Exempel</i>	<i>Social interaktion</i>	<i>Social isolering</i>	<i>Utveckla meningsfulla relationer</i>
1b			
2b			
3b			
Träning /utbildning/ sysselsättning			
<i>Exempel</i>	<i>Sysselsättning</i>	<i>Deltar i praktik med låg upplevd tillfredsställelse</i>	<i>Meningsfulla och tillfredsställande yrkesmöjligheter</i>
1c			
2c			
3c			
Boende			

<i>Exempel</i>	<i>Självständigt boende</i>	<i>Bor med föräldrar som inte ger stöd</i>	<i>Självständigt boende</i>
1d			
2d			
3d			

SAMMANFATTNING, MÅL OCH GEMENSAM PLANERING

a. Hälsoområde

Insatsschema (dagar/timmar)	Involverad yrkesverksam (t.ex. psykiater, psykolog, sjuksköterska, socialarbetare)	Tillgängliga resurser	Medelfristiga mål (upp till 6 månader)	Processindikatorer	Långsiktiga mål (från 6 till 12 månader)
1b					
2b					
3b					

b. Område för lärande/kommunikation/affektivitet

Insatsschema (dagar/timmar)	Involverad yrkesperson (t.ex. psykiater, psykolog, sjuksköterska, socialarbetare)	Tillgängliga resurser	Medelfristiga mål (upp till 6 månader)	Processindikatorer	Långsiktiga mål (från 6 till 12 månader)
1b					
2b					

3

b

c. Område för träning/utbildning/sysselsättning

Insatsschema (dagar/timmar)	Involverad yrkesperson (t.ex. psykiater, psykolog, sjuksköterska , socialarbetare)	Tillgängliga resurser	Medelfristiga mål (upp till 6 månader)	Processindikatorer	Långsiktiga mål (från 6 till 12 månader)
--------------------------------	---	--------------------------	---	--------------------	--

1b

2

b

3

b

d. Boendeområde

Insatsschema (dagar/timmar)	Involverad yrkesperson (t.ex. psykiater, psykolog, sjuksköterska , socialarbetare)	Tillgängliga resurser	Medelfristiga mål (upp till 6 månader)	Processindikatorer	Långsiktiga mål (från 6 till 12 månader)
--------------------------------	---	--------------------------	---	--------------------	--

1b

2

b

3

b



INSATSER

Planerade åtgärder	FRÅN..... TILL.....	Personalresurser och intensitetsnivå (totalt antal timmar per månad)	Månadskostnad för insatsen
--------------------	------------------------	---	-------------------------------

UNDERSKRIFTER

Roll	För- och efternamn (textat)	Underskrift
Förmånstagare / projektinnehavare		

Juridiskt ombud (om tillämpligt)

Roll	För- och efternamn (textat)	Underskrift
Förälder		
Vårdnadshavare		
Stödadministratör		
Annan (ange: _____)		

Case manager (ange yrkesroll)

Yrkesroll	För- och efternamn (textat)	Underskrift
Case Manager (roll: _____)		

Multidisciplinärt team

Yrkesroll	För- och efternamn (textat)	Underskrift
Psykiater		



Yrkesroll	För- och efternamn (textat)	Underskrift
Psykolog	_____	_____
Socialarbetare	_____	_____
Sjuksköterska	_____	_____
Arbetsterapeut / pedagog	_____	_____
Annan (ange: _____)	_____	_____

Tjänsteleverantör inom tredje sektorn

Roll	För- och efternamn (textat)	Underskrift
Organisationens namn	_____	_____
Juridiskt ombud	_____	_____

Datum, _____

6. Bibliografi

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. Nästa steg: pilotgenomförande och uppföljning av den integrerade vårdkedjan

Baserat på den data som samlats in genom D.5.4.1 kommer de väsentliga delarna av den integrerade vårdkedjan för psykisk hälsa (MH) att beskrivas, med fokus på: 1. medlemmar från det multidisciplinära teamet för den inledande bedömningen; 2. testverktyg och enkäter för utvärdering av kliniska och personliga resultat; 3. standardiserat format för planering och uppföljning av integrerade sociala och hälsoinriktade insatser. Det framtagna dokumentet kommer att publiceras på Joint Action-webbplatsen för att bjuda in till återkoppling och förslag från intressenter såsom kliniska centrum för psykisk hälsa, personer med levd erfarenhet, icke-statliga organisationer, kommuner osv. All återkoppling kommer att granskas av panelen för eventuella modifieringar, vilket kommer att leda till att dokumentet färdigställs. Det slutliga dokumentet kommer sedan att översättas till alla europeiska språk för att säkerställa tillgänglighet och förståelse.

7.1. Synergier

Den gemensamma utvecklingen av Definition of an Integrated Care Pathway (deluppgift 5.4.2) har skapat värdefulla synergier mellan projektparter och externa intressenter.

1. Utbyte av god praxis mellan länder

Möten varannan vecka och de löpande diskussionerna har underlättat utbytet av nationella och regionala policys, riktlinjer och strategier relaterade till integrerad vård inom psykisk hälsa. Detta har stärkt det ömsesidiga lärandet och berikat innehållet i enkäten med mångfaldiga perspektiv, vilket säkerställer dess relevans i olika hälso- och sjukvårdssystem.

2. Tvärsektoriellt samarbete

Medverkan från ministerier, offentliga myndigheter, verksamheter inom psykisk hälsa, socialvårds- och arbetsmarknadssektorer, personer med levd erfarenhet, samt organisationer inom tredje sektorn (icke-statliga organisationer, volontärgrupper och ideella organisationer) har förstärkt ett tvärsektoriellt förhållningssätt.

3. Stärkta nätverk för framtida åtgärder

Arbetet med att sprida enkäten har stärkt kopplingarna mellan olika institutioner och intressenter, vilket har lagt grunden för framtida samarbeten utanför projektets ursprungliga omfattning. Dessa relationer förväntas underlätta framtida gemensamma

initiativ, främja policyutveckling och stödja forskning om integrerade vårdkedjor och strategier för social inkludering.

4. Anpassning till policy- och forskningsramverk

De insamlade uppgifterna bidrar inte bara till projektets leveranser utan även till bredare europeiska och nationella policydiskussioner om förbättring av psykisk hälsovård, social inkludering och integrerade vårdmodeller. Den kunskap som genereras genom detta initiativ stämmer överens med befintliga EU-ramverk och fungerar som referens för framtida forskning och policyrekommendationer.

Dessa synergier, både planerade och oförutsedda, har stärkt projektets övergripande påverkan genom att främja ett samordnat och hållbart förhållningssätt för psykisk hälsovård på lokal, regional, nationell och europeisk nivå.



Definition av den integrerade vårdkedjan

Författare	Nationella hälsoinstitutet, Italien
Uppgift	5.4
Leveransdatum	30 maj 2026
Kontakt till ledare för uppgift 5.4	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.