

# Brobygning for sårbare børnefamilier – en 360 grader indsats

---

Resultater, erfaringer og anbefalinger  
fra udvikling og afprøvning  
af en tværsektoriel, psykosocial indsats  
målrettet sårbare børnefamilier  
som bliver ramt af alvorlig sygdom

Af projektleder Tine Jerris  
Oktober 2015



## Indhold

<b>Indledning</b> .....	4
<b>Resumé</b> .....	4
<b>Baggrund</b> .....	5
<b>Målgruppe</b> .....	5
<b>Formål</b> .....	6
<b>Indhold</b> .....	6
Identifikation og henvisning.....	6
Individuelt tilpasset indsats .....	6
Brobygning.....	7
<b>Organisering</b> .....	8
De tværfaglige team.....	8
Lokale tovholdere og kommunale kontaktpersoner.....	8
Projektlederen.....	9
Projektgruppen .....	9
Referencegruppen .....	9
Styregruppen .....	9
Ungepanelet .....	9
<b>Aktiviteter</b> .....	10
Studiedage.....	10
Sparring .....	10
Supervision .....	10
Kompetenceudvikling.....	10
Formidling .....	11
<b>Resultater</b> .....	11
Familierne .....	12
Forløbene i hospitalsregi.....	13
Brobygningen med kommunerne .....	14
Orienteringen til almen praksis.....	14
Patienters og pårørendes oplevelse .....	15
Sygeplejerskernes oplevelse .....	17
<b>Udfordringer</b> .....	19
Indsatsen .....	19
Identifikation og henvisning .....	19
Forløbet.....	20
Brobygningen .....	20

Organiseringen .....	21
Forankring .....	21
Sparring og supervision .....	21
Kompetenceudvikling .....	21
Referencegruppen og styregruppen .....	21
Ungepanelet .....	22
Projektrammerne .....	22
Metodeudvikling .....	22
Tidsforbrug .....	22
<b>Konklusion</b> .....	22
<b>Anbefalinger</b> .....	24
Anbefalinger vedr. indsatsen .....	25
Anbefalinger vedr. organiseringen .....	25
Anbefalinger vedr. projektrammerne .....	26
<b>Perspektiver</b> .....	26
<b>Referencer</b> .....	27
<b>Bilag</b> .....	28
Bilag 1: Procedure for identifikation og henvisning .....	29
Bilag 2: Samtykkeerklæring .....	30
Bilag 3: Skabelon til samarbejdsaftale .....	31
Bilag 4: Skabelon til rehabiliteringsblad .....	32
Bilag 5: Orientering til den praktiserende læge .....	33
Bilag 6: Invitation til interview .....	34
Bilag 7: Konklusion og opmærksomhedspunkter fra KORA .....	35
Bilag 8: Eksempel på et 360 grader forløb .....	36

## Indledning

Tværfagligt Videnscenter for Patientstøtte har udviklet en tværsektoriel, psykosocial indsats, som er et tilbud til sårbare børnefamilier, der bliver ramt af alvorlig sygdom. **360 grader** indsatsen er et supplement til behandlingsindsatsen og kan bygge bro mellem rehabilitering i regionalt og kommunalt regi. Målet er, at familierne kommer så godt som muligt igennem sygdomsforløbet.

Indsatsen er afprøvet i Gastroenheden på Hvidovre Hospital og i Onkologisk Afdeling på Herlev Hospital i perioden april 2014 - marts 2015. Udvikling, afprøvning og evaluering af indsatsen er gennemført i et 2-årigt projekt, som er finansieret af Region Hovedstadens "pulje til udsatte borgere" (november 2013 - oktober 2015). Evalueringen er gennemført i samarbejde med KORA.

Denne rapport giver en samlet beskrivelse af baggrunden; formålet og målgruppen; indholdet i indsatsen; organiseringen af projektet; aktiviteter relateret til kvaliteten; resultater; udfordringer forbundet med udviklingen og afprøvningen; og anbefalinger og perspektiver i forhold til udbredelse af indsatsen.

## Resumé

Børnefamilier, som i forvejen er sårbare, har behov for en særlig indsats, når en voksen i familien bliver alvorligt syg. For disse familier kan det være fuldstændig uoverskueligt at komme igennem et sygdomsforløb. Tværfagligt Videnscenter for Patientstøtte har derfor udviklet en tværsektoriel, psykosocial indsats, der imødekommer de udfordringer, som kombinationen af sundhedsmæssige og psykosociale problemer kan give.

Formålet med **360 grader** indsatsen er at støtte sårbare børnefamilier, som bliver ramt af alvorlig sygdom, så de kommer så godt som muligt igennem sygdomsforløbet.

Indsatsen består af 3 elementer:

1. Identifikation og henvisning af sårbare børnefamilier
2. En tværfaglig, psykosocial, individuelt tilpasset indsats i hospitalsregi
3. Brobygning med familiens bopælskommune og/eller andre relevante aktører uden for hospitalet

På hospitalet varetages **360 grader** indsatsen af et tværfagligt team (socialrådgiver og psykolog). Forløbet indledes med et møde, hvor familiens situation afdækkes, og der lægges en plan, som kan omfatte op til 10 timers samtaler fordelt over cirka 3 måneder. Når patienten har givet samtykke, tager det tværfaglige team kontakt til kommunen og/eller andre relevante aktører. Forløbet afsluttes så vidt muligt med et netværksmøde med deltagelse af patient og pårørende, en sygeplejerske fra hospitalet, en kommunal sagsbehandler og andre vigtige aktører.

Indsatsen er afprøvet i 35 familier og evalueret i samarbejde med KORA. Evalueringen har fokus på oplevelsen af indsatsen både hos patienter og pårørende; og hos regionale og kommunale aktører. Samlet set viser evalueringen, at en indsats som **360 grader** opfylder et stort behov. Særligt hvis tilbuddet udbredes til flere somatiske afdelinger og eventuelt også til det psykiatriske område.

Udviklingen og afprøvningen af indsatsen har imidlertid mødt en række udfordringer. Det gælder både i forhold til selve indsatsen (især henvisningen af patienter/familier); organiseringen (især forankringen); og rammerne for projektet (bl.a. forbruget af tid på transport og andre projektrelaterede aktiviteter). Antallet af familier, som har modtaget en **360 grader** indsats i projektperioden, er således meget mindre end forventet. Hvis kapaciteten skal udnyttes fuldt ud, skal der derfor fokuseres på forhold, som kan understøtte implementeringen af tilbuddet.

Målet er på længere sigt, at **360 grader** indsatsen bliver et tilbud i hele Region H til alle sårbare børnefamilier, som kommer i kontakt med sundhedsvæsenet pga. alvorlig sygdom eller ulykke. I en sådan model skal hvert

akuthospital derfor have deres eget tværfaglige team. Teamet kan være forankret i en tværsektoriel enhed, og screening af patienterne skal indarbejdes i eksisterende registreringsskemaer.

Etablering af **360 grader** indsatsen med tværfaglige team på alle akuthospitaler og automatisk screening kræver imidlertid, at der er foretaget en tydelig afgrænsning af målgruppen, og at der foreligger solid dokumentation for behovet og for en markant effekt.

I første omgang anbefales derfor, at **360 grader** indsatsen etableres som en regional udgående funktion med ét tværfagligt team, der kan betjene alle somatiske voksenafdelinger i Region H, og at identifikationen foregår ved subjektiv vurdering af behovet hos den enkelte patient/familie.

## Baggrund

Alvorlig sygdom gør livet svært for alle mennesker, og det er efterhånden velkendt, at somatisk syge patienter ofte udvikler psykiske og psykosociale følgevirkninger af alvorlig sygdom [Grønvold 2006; Pedersen 2007; Mehlsen 2007; Thorsen 2011; Kræftens Bekæmpelse 2013].

Det gælder også de børn, som oplever, at en forældre bliver alvorligt syg eller dør [Huizinga 2004; Gabriak 2007; Osborn 2007; Sieh 2010; Appel 2013]. Børnenes evne til at håndtere sygdommen er direkte relateret til, hvordan forældrene klarer situationen [Visser 2004; Krattenmacher 2012].

Mennesker, som har sociale problemer kan have vanskeligt ved at klare et sygdomsforløb, fordi sundhedsvæsenet er indrettet til de ressourcestærke borgere, og sygdommen kan komplicere de sociale problemer, som patienten/familien allerede slås med [Sundhedsstyrelsen 2012; Larsen 2013; Fischer 2013].

Familier med psykosociale udfordringer er derfor særligt sårbare, når de bliver ramt af alvorlig sygdom, og der er risiko for, at deres situation forværres under sygdomsforløbet. Det betyder, at børnefamilier, som i forvejen er sårbare, har behov for en særlig indsats, når en voksen i familien bliver alvorligt syg.

Akuthospitalerne i Region H<sup>1</sup> har siden 2013 haft socialsygeplejersker, som støtter de allermest udsatte patienter under og efter indlæggelse. Der findes ingen tilsvarende systematisk indsats i hospitalsregi, som er målrettet de særligt sårbare børnefamilier, der er i risiko for at ende i en udsat position.

Tværfagligt Videnscenter for Patientstøtte har derfor udviklet en psykosocial indsats, **360 grader** indsatsen, der er målrettet sårbare børnefamilier og har præcis den forebyggende karakter, som gør, at familierne kan få hjælp til at opretholde et hverdagsliv og undgå forværring af situationen.

## Målgruppe

**360 grader** indsatsen er målrettet børnefamilier, som bliver ramt af alvorlig sygdom – og i forvejen er sårbare pga. forhold, som kan gøre det svært at navigere i sundhedsvæsenet. Det kan fx være stram økonomi, misbrug af alkohol/rusmidler/medicin, stress/angst/depression eller bare dét at være enlig forsørger med et svagt socialt netværk.

Målgruppen blev i starten omtalt som "den socialt udsatte familie". Det viste sig imidlertid at være uhensigtsmæssigt. Både fordi indsatsen meget gerne skulle virke som en form for forebyggelse ved at understøtte kommunerne i deres bestræbelser på at gøre en tidlig indsats, og fordi betegnelsen "udsat" kan virke stigmatiserende og derfor skabe nogle begrænsninger i forhold til identifikation og henvisning til tilbuddet. Målgruppen blev derfor ændret til "den (særligt) sårbare familie".

---

<sup>1</sup> Bispebjerg, Herlev, Hvidovre og Hillerød

## Formål

Formålet med projektet var at udvikle en model for en tværsektoriel, psykosocial indsats, som skal støtte sårbare børnefamilier, så de kommer så godt som muligt igennem et sygdomsforløb. 360 grader indsatsen skal have fokus på *hele* familien og komme *hele* vejen rundt.

Indsatsen bygger bro mellem sygdomsforløbet og hverdagslivet for at imødekomme de udfordringer, som kombinationen af sundhedsmæssige og psykosociale problemer kan give. Patienten vil bedre kunne gennemføre forløbet på hospitalet, når hverdagslivet er mindre kaotisk. Samtidig vil indsatsen kunne bidrage til at identificere de sårbare børnefamilier tidligere, så kommunen får bedre mulighed for at hjælpe familien på lavere trin på den kommunale indsatsstrappe end ellers. Det kan fx være i form af familierapi, som måske kan være med til at forebygge, at der bliver brug for mere omfattende og dyrere kommunale indsatser.

## Indhold

360 grader indsatsen er tværfaglig og tværsektoriel og består af 3 elementer:

1. Identifikation og henvisning af sårbare børnefamilier
2. En tværfaglig, psykosocial, individuelt tilpasset indsats i hospitalsregi
3. Brobygning med familiens bopælskommune og/eller andre relevante aktører uden for hospitalet

Rammerne for indsatsen er beskrevet i en række procedurer, skabeloner mv., bl.a. en procedure for identifikation og henvisning, en samtykkeerklæring, en skabelon til samarbejdsaftale med kommuner, en orientering til den praktiserende læge og en skabelon til et rehabiliteringsblad (se bilag 1-5). Alle aktiviteter dokumenteres i logbog og journal.

### Identifikation og henvisning

Identifikationen foregår primært i sengeafsnit og ambulatorier med afsæt i plejepersonalets subjektive vurdering af patientens/familiens behov (se bilag 1). Familier kan også henvises fra hospitalspræsten, patientvejlederen og andre regionale og kommunale aktører, som vurderer, at der er et særligt behov.

Identifikationen skulle egentlig være foregået med et simpelt screeningsværktøj. Erfaringer fra Region Hovedstadens Kronikerprogram 2010-2012 viser imidlertid, at sygeplejersker ikke umiddelbart har ressourcer til at gennemføre en separat objektiv screening med henblik på identifikation af patienter med behov for særlige tiltag, og at de patienter, som identificeres ved en subjektiv vurdering, også ville være blevet identificeret i en objektiv screening [Region H 2013].

Proceduren for henvisning omfatter:

- Udlevering af folder om tilbuddet
- Indhentning af mundtligt samtykke om videregivelse af patientens kontaktinformationer
- Kontakt til det tværfaglige team via telefon eller mail

### Individuelt tilpasset indsats

Indsatsen i hospitalsregi varetages af et tværfagligt team bestående af en socialrådgiver og en psykolog. Teamet tilbyder en vifte af støttemuligheder, som omfatter social- og psykologfaglig bistand og rådgivning. Indsatsen tilpasses den enkelte families behov.

Den individuelle indsats tilrettelægges på baggrund af 1-2 indledende samtaler, hvor det tværfaglige team hjælper med at afdække familiens behov, formulere konkrete mål og lægge en plan for forløbet.

Et forløb omfatter i udgangspunktet op til 10 timers samtaler med socialrådgiver og/eller psykolog fordelt over cirka 3 måneder. Der er således tale om en korttidsintervention, og den vigtigste opgave er at sikre etablering, facilitering og koordinering af kontakter og møder med relevante aktører uden for hospitalet. Det gælder selvfølgelig kommunale sagsbehandlere i forskellige forvaltninger, men det kan også være en pædagog fra en daginstitution, en skolelærer eller en leder af en fritidsaktivitet, og det kan være en patientforening.

Forløbet starter, når det tværfaglige team modtager en henvisning og tager kontakt med patienten (eller en pårørende, hvis patienten er for syg) for at aftale en indledende, afklarende samtale.

Den/de første samtale(r) omfatter:

- Afgrænsning af tilbuddet og afstemning af forventninger
- Afdækning af familiens udfordringer, ressourcer og behov
- Formulering af mål/fokuspunkter, som er realistiske i forhold til rammerne for et **360 grader** forløb
- Drøftelse af mulige tiltag, både her og nu – og på længere sigt (hvis det giver mening)
- Tilrettelæggelse af forløbet
- Beslutning vedr. eventuel inddragelse af børn
- Indhentning af samtykke fra patienten vedr. adgang til journal, kontakt til kommunen, orientering af familiens læge og evt. kontakt til nærmeste pårørende

Indsatsen kan omfatte:

- Håndtering af akut krise (stabilisering, bearbejdning, nyorientering)
- Psykoedukation om børns sorg- og krisereaktioner
- Rådgivning og hjælp til at navigere i det sociale system
- Samtaler med børn
- Samarbejde med kommunen
- Facilitering af kontakt til andre relevante aktører, fx daginstitution, skole, SFO, arbejdsplads og naboer
- Henvisning til hospitalspræsten; patientforeninger og frivillige organisationer; Børn, Unge og Sorg mv.
- Inddragelse af Etnisk Ressource Team med henblik på kulturel og sproglig støtte
- Udarbejdelse af underretninger

## Brobygning

Brobygningen med relevante aktører uden for hospitalet starter, så snart patienten har givet sit samtykke (se bilag 2). Det tværfaglige team etablerer kontakt med kommunen og/eller med andre relevante aktører, fx en pædagog, en skolelærer eller en leder af fritidsaktiviteter, fx en fodboldtræner.

Det tværfaglige team mødes med relevante kommunale aktører, når der er behov for det.

Når indsatsen i hospitalsregi nærmer sig sin afslutning, indkalder det tværfaglige team, hvis det giver mening, til et netværksmøde, som så vidt muligt har deltagelse af patienten, en pårørende, en sygeplejerske fra patientens (stam)afdeling, en eventuel sagsbehandler fra patientens bopælskommune og andre vigtige aktører. Formålet med mødet er at sikre sammenhæng og tryghed i overgangen fra hospital til hjem.

Den gode overgang understøttes med et rehabiliteringsblad (se bilag 4), som beskriver årsagen til, at familien er henvist til tilbuddet; målet med indsatsen i starten af forløbet; status i forhold til de opstillede mål og særlige opmærksomhedspunkter ved afslutningen af forløbet; konkrete aftaler med kommunen og/eller andre aktører uden for hospitalet; og kontaktinformationer på alle relevante aktører, både professionelle på tværs af sektorer og private/personlige.

Patientens/familiens læge orienteres om, at patienten/familien er i et **360 grader** forløb (se bilag 5). Orienteringen foregår elektronisk via en korrespondancemeddelelse.

## Organisering

**360 grader** indsatsen er udviklet, afprøvet og evalueret i et 2-årigt projekt (november 2013 - oktober 2015).

Projektet var delt op i 3 faser:

- Forberedelse og beskrivelse af rammerne for indsatsen (november 2013 - marts 2014)
- Implementering og afprøvning af indsatsen (april 2014 - marts 2015)
- Evaluering og tilpasning af indsatsen (april 2015 - oktober 2015)

Indsatsen blev afprøvet i Gastroenheden på Hvidovre Hospital (HVH) og i Onkologisk Afdeling på Herlev Hospital (HEH) i samarbejde med en række kommuner i optageområderne. For at sikre en direkte indgang til den enkelte kommune og forpligte kommunen til at samarbejde med det tværfaglige team i konkrete sager, blev der udarbejdet samarbejdsaftaler med de deltagende kommuner (se bilag 3).

Projektet har været organiseret med 2 tværfaglige team (ét på hvert af de to hospitaler), lokale tovholdere, kommunale kontaktpersoner, en projektleder, en projektgruppe, en referencegruppe, en styregruppe og et brugerpanel, og med konsulentbistand fra Lisbeth Zornig Andersen, som er cand.polit., forfatter, tidligere børnerådsformand og debattør med fokus på udsatte borgere.

Projektet har været forankret i Tværfagligt Videnscenter for Patientstøtte (TVFP). TVFP er en enhed under Region Hovedstaden, som varetager indsamling, udvikling og formidling af viden om psykosocial og eksistentiel støtte til alvorligt syge patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle. I perioden 2013-2016 har videnscentret særligt fokus på børn, unge og børnefamilier. Det sker bl.a. gennem en række forsknings- og udviklingsprojekter, som afprøver forskellige metoder til støtte af børn, unge og forældre.

## De tværfaglige team

Indsatsen er blevet varetaget af de tværfaglige team, som har været administrativt forankret i TVFP; fysisk forankret i separate lokaler på hhv. Herlev og Hvidovre hospitaler; og fagligt forankret i børneafdelingerne, som er et af de få steder på hospitalerne, hvor der er ansat både psykologer og socialrådgivere.

## Lokale tovholdere og kommunale kontaktpersoner

Tovholdere på de deltagende afdelinger skulle understøtte etableringen af indsatsen, så familier med behov for psykosocial støtte blev identificeret, informeret om tilbuddet og henvist til det tværfaglige team.

Kontaktpersoner i samarbejdskommunerne skulle gøre det så let som muligt for de tværfaglige team at etablere kontakt, så brobygningen kunne komme i gang så tidligt som muligt.

De lokale tovholdere og de kommunale kontaktpersoner blev udpeget i forbindelse med udarbejdelse af samarbejdsaftaler.



## Projektlederen

Den daglige drift (inkl. udvikling og evaluering af indsatsen) er varetaget af en projektleder, som var administrativt, fagligt og fysisk forankret i TVFP.

## Projektgruppen

Implementeringen af indsatsen blev understøttet af en projektgruppe, som bestod af de tværfaglige team, de lokale tovholdere (Charlotte Belli, afdelingssygeplejerske, Onkologisk Afdeling, HEH og Louise Gram, assisterende afdelingssygeplejerske, Gastroenheden, HVH) og projektlederen. Projektgruppen mødtes i juni og september 2014.

## Referencegruppen

Det faglige bagland var samlet i en referencegruppe, som var sammensat af særligt udvalgte fagpersoner med ekspertviden inden for relevante fagområder. Referencegruppen bestod af *Carolina Magdalene Maier*, sociolog og centerleder i TVFP; *Hanne Bækgård*, sygeplejerske i børneonkologisk ambulatorium på Rigshospitalet; *Hanne Engbjerg*, psykolog (udpeget af Dansk Psykolog Forening); *Helle Tilburg Johnsen*, Børns Vilkår (indtil marts 2014); *Lisbeth Wilms*, Børnerådet; *Maria Mogensen*, socialrådgiver (udpeget af Dansk Socialrådgiverforening); *May Olofsson*, overlæge og tidligere leder af Familieambulatoriet i Region H; *Rikke Plauborg*, Kontoret for Børn og Familie, Socialstyrelsen; og *Susse Kolster*, KL. Gruppen mødtes i alt 3 gange i perioden januar-juni 2014, hvor de bidrog med input til rammerne for indsatsen.

## Styregruppen

Overordnede beslutninger blev truffet af en styregruppe, som bestod af regionale og kommunale ledere: Ole V. Rasmussen, chef /Lone Junge Marcussen, afsnitsleder, Center for Børne- og Ungerådgivning, Ballerup Kommune; Marianne Rasmussen, fagchef, Børne- og Familierådgivningen, Herlev Kommune (indtil september 2014); Helle Mitzie Stennicke, Familier og Sundhedschef, Hillerød Kommune; Susan Bjerregaard, Børne- og Familiechef /Stinne Cecilie Hjorth-Andersen, souschef, Børne-, Familie- og Dagtilbudsafdelingen, Hvidovre Kommune; Lone Nygaard Jensen, centerchef, Center for Social Indsats, Lyngby-Taarbæk Kommune; Jens Albæk, leder, Enhed for Tværsektorielt Samarbejde, Udvikling og Forskning (ETSUF), HEH; Kirsten Breindal, vicedirektør, HVH; Lene Schack-Nielsen, specialkonsulent, Center for Sundhed, Region Hovedstaden; og Carolina Magdalene Maier, centerleder, Tværfagligt Videnscenter for Patientstøtte (formand og mødeleder) Kommunerne blev inviteret til at deltage i styregruppen i forbindelse med udarbejdelse af samarbejdsaftaler. Styregruppen mødtes i alt 5 gange i perioden februar 2014 - oktober 2015.

## Ungepanelet

Unge, der er vokset op i en udsat familie og samtidig har oplevet, at en af deres forældre blev alvorligt syg, indgik i et ungepanel, som bidrog med deres personlige erfaringer. Panelet blev etableret med hjælp fra Lisbeth Zornig, som også deltog ved det første møde. Panelet mødtes i alt 5 gange i perioden maj 2014 - juli 2015. Første gang med 8 deltagere og de sidste gange med 2-3 deltagere. Panelet er kommet med input til konkrete cases og til udvalgte temaer.

## Aktiviteter

Udviklingen og afprøvningen af **360 grader** indsatsen har omfattet en række aktiviteter, som har bidraget til at understøtte implementeringen og sikre kvaliteten.

## Studiedage

Både projektlederen og de tværfaglige team har været på studiedage i de afdelinger, hvor indsatsen er afprøvet. Studiedagene gav et indblik i hverdagen på en travl hospitalsafdeling og i vilkårene for samarbejde med de sygeplejersker, som skulle henvise patienter/familier til indsatsen.

## Sparring

Psykologen i Hvidovre teamet har fået intern sparring fra en psykolog på Børneafdelingen, og socialrådgiveren i Herlev teamet har fået intern sparring fra en socialrådgiver i den palliative enhed. Socialrådgiveren i Hvidovre teamet havde ikke behov for sparring, da hun kom fra en stilling på Børneafdelingen, og det lykkedes desværre ikke at skaffe sparring til psykologen i Herlev teamet.

## Supervision

De tværfaglige team har i oktober-november 2014 og i februar-marts 2015 modtaget ekstern supervision. Planen var, at supervisionen skulle have strakt sig over hele perioden august 2014- marts 2015, men sygdom og andre uforudsigelige omstændigheder gjorde desværre, at det ikke blev muligt. Supervisionen omfattede således kun 2 forløb af 2 måneder med hhv. 3 og 5 møder.

## Kompetenceudvikling

Både projektlederen og de tværfaglige team har deltaget i relevant kompetenceudvikling. Projektlederen har deltaget i "Ledelse af patientforløb" under Region Hovedstadens Lederudviklingsprogram. Psykologen i Herlev teamet har deltaget i et gruppesupervisionskursus, og socialrådgiveren har gennemført et specialiseringsmodul i rehabilitering på den sociale diplomuddannelse. Psykologen i Hvidovre teamet har været på efteruddannelse i "Feedback Informed Treatment" (FIT), og socialrådgiveren har gennemført et regionalt uddannelsesforløb om "InterProfessionel Læring og Samarbejde" (IPLS).

Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats [MarselisborgCentret 2004].

FIT er et dialog- og evalueringsredskab, som kan bidrage til at sikre, at patienten får den hjælp, der er behov for, fordi der gives løbende feedback, både på effekten af indsatsen og på samarbejdsrelationen til den professionelle [Miller 2004; Duncan 2007]. FIT har vist gode resultater internationalt, og metoden anvendes af psykologer i Klinik for Psykologi, Pædagogik og Socialrådgivning, Juliane Marie Centret på Rigshospitalet.

IPLS er en metode, som har fokus på inddragelse af patienten – og kan sikre et interagerende samarbejde mellem to eller flere faggrupper, som lærer med, af og om hinanden for at forbedre kvaliteten af patientforløb (individorienteret og organisatorisk). Metoden har været anvendt internationalt i mange år og blev i 2010 beskrevet af WHO som en platform for samarbejdet i sundhedsvæsenet. [Dansk Selskab for IPLS 2014].

## Formidling

**360 grader** indsatsen blev ved starten af afprøvningen (marts 2014) præsenteret på tværsektorielle kick off møder; på lokale personalemøder på hospitalerne og i kommunerne; og på INTRA på hospitalerne; samt i foldere til patienter og på opslag til personalet.

I løbet af de første 3-4 måneder har Hvidovre teamet desuden holdt lokale møder med jordemødre, som er ansvarlige for gravide med særlige behov; de tværgående socialrådgivere på HVH og Amager Hospital; socialsygeplejersken; psykolog og socialrådgiver i palliativt afsnit; og Etnisk Ressourceteam. Herlev teamet har holdt møder med præsterne; psykolog og socialrådgiver i den palliative enhed; og Etnisk Ressourceteam.

I december 2014 blev der holdt et midtvejsseminar for de regionale og kommunale samarbejdspartnere. Programmet omfattede bl.a. en status på indsatsen; drøftelser med fokus på håndtering af børnene og inddragelse af familiens netværk; og en præsentation af "Troubled Family Programme"<sup>2</sup>, et eksempel fra Nottingham på eksemplarisk primær forebyggelse.

Status på projektet er løbende præsenteret på TVFP's hjemmeside ([www.regionh.dk/patientstoette](http://www.regionh.dk/patientstoette)) – og i nyhedsbreve til samarbejdspartnere 3-4 gange om året. Projektet er desuden omtalt i socialrådgiverbladet, da de 2 socialrådgivere i november 2014 modtog Dansk Socialrådgiverforenings Jubilæumslegat for deres indsats.

Resultater og erfaringer er indtil videre præsenteret på netværk for socialrådgivere på kræftområdet (juni 2014); en undervisningsdag for socialrådgivere i Region H (september 2014); et seminar for forløbskoordinatorer i Danske Regioner (oktober 2014); en temadag for socialrådgivernes psykiatrifaggruppe (november 2014); pædiatrisk efteruddannelse (januar 2015); socialrådgiveruddannelsen (marts 2015); "Inspirationsdag om de gode patientoplevelser" (april 2015); og ergoterapeutuddannelsen (juni 2015).

Indsatsen præsenteres i november 2015 på en nordisk konference om interprofessionelt samarbejde, afholdt af NIPNET (Nordic Interprofessional Network).

**360 grader** indsatsen indgår desuden i et bud på en model for støtte til pårørende børn på hospitalet, "PIPPI-modellen", som TVFP har udviklet i løbet af 2015. Modellen tager afsæt i Sundhedsstyrelsens nationale anbefalinger for pårørende børn og unge (2012) og samler erfaringer fra de 4 projekter, som gennemføres i TVFP (2013-2016). Modellen præsenteres i løbet af foråret 2016. Efterfølgende vil TVFP eventuelt tilbyde hospitaler og kommuner over hele landet en workshop i implementering af indsatsen.

## Resultater

Evalueringen af **360 grader** indsatsen har haft fokus på oplevelsen af indsatsen hos patienter/pårørende; sygeplejersker på de deltagende afdelinger; sagsbehandlere og ledere i kommunerne; og de tværfaglige team.

Formålet var at få viden om:

- Hvordan patienter/pårørende oplever indsatsen; hvilken betydning den har haft for deres forløb; og hvordan de vurderer, at forløbet ville have været uden indsatsen
- Hvordan regionale og kommunale aktører oplever indsatsen og samarbejdet med det tværfaglige team; om de oplever indsatsen som ressourcebesparende; og hvilke overvejelser de har omkring forankringen af indsatsen i fremtiden

---

<sup>2</sup> <https://www.gov.uk/government/policies/helping-troubled-families-turn-their-lives-around>

Data er indsamlet i perioden november 2014 - maj 2015 gennem en kombination af metoder:

- Spørgeskemaundersøgelser blandt alle patienter/pårørende og blandt alle sygeplejersker på de deltagende afdelinger
- Dybdegående, individuelle interview med 6 udvalgte patienter/pårørende
- 4 fokusgruppeinterview med hhv. de tværfaglige team; 4 sygeplejersker fra de deltagende afdelinger; 5 kommunale sagsbehandlere; og 3 kommunale ledere
- Gennemgang af dokumentationen af de enkelte forløb (logbøger, journaler og rehabiliteringsblade)

Spørgeskemaundersøgelserne er gennemført af TVFP med sparring fra KORA<sup>3</sup>. Den kvalitative del af evalueringen, som kommer i dybden med de undersøgte forhold, er gennemført af KORA.

Data fra patienter/pårørende er indsamlet undervejs (november 2014 - maj 2015). Alle patienter/pårørende blev ved afslutningen af deres forløb spurgt, om de ville deltage i et telefoninterview cirka en måned senere (se bilag 6). Strukturerede spørgeskemaer til patienter og pårørende er udviklet af TVFP med inspiration fra spørgsmålene i Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse [Kræftens Bekæmpelse 2013].

I forbindelse med telefoninterviewene har TVFP udvalgt 8-10 potentielle informanter til dybdegående, individuelle interview. I udvælgelsen er tilstræbt en spredning med hensyn til patientens køn, alder og familiemæssige forhold. Ved tilsagn om deltagelse har TVFP videresendt kontaktinformationer til KORA, som har gennemført de individuelle interview.

Data fra regionale og kommunale aktører er primært indsamlet i maj 2015 (efter afprøvningen). Spørgeskema til sygeplejersker er udviklet af TVFP med inspiration fra evalueringen af et tilbud om forløbskoordinering, som blev udviklet i Region Hovedstaden i forbindelse med Kronikerprogrammet 2010-2012 [Region H 2013]. Fokusgruppeinterview er tilrettelagt af TVFP og gennemført af KORA.

KORA har beskrevet resultaterne fra individuelle interview og fokusgrupper i et notat, som kan læses separat: [www.kora.dk/udgivelser/udgivelse/i11393/Kvalitativ-interviewundersogelse-af-360-grader-indsats-til-saarbare-patienter-og-deres-familier](http://www.kora.dk/udgivelser/udgivelse/i11393/Kvalitativ-interviewundersogelse-af-360-grader-indsats-til-saarbare-patienter-og-deres-familier). Konklusion og opmærksomhedspunkter kan ses i bilag 7.

Resultater fra dokumentation af forløbene (karakteristika ved familierne, forløbene og brobygningen) og fra spørgeskemaundersøgelserne (oplevelser hos patienter/pårørende og sygeplejersker) præsenteres her sammen med udvalgte resultater fra KORA's kvalitative interviewundersøgelse.

## Familierne

Fra april 2014 til januar 2015 er i alt 42 patienter/familier blevet henvist til **360 grader** indsatsen. Nogen fravalgte efterfølgende tilbuddet. Enkelte har desværre ikke ville give samtykke til inddragelse af deres bopælskommune og har derfor ikke kunne deltage.

Det betyder, at i alt 35 familier har modtaget en **360 grader** indsats i projektperioden; 14 hos Hvidovre teamet og 21 hos Herlev teamet. De fleste blev henvist fra de deltagende afdelinger. Et par stykker blev henvist fra kommunale sagsbehandlere og var tilknyttet andre hospitaler.

Patienterne var mellem 27 og 54 år med et gennemsnit på omkring 44. 33 af de 35 var cancerpatienter, og 15 var terminale. 2 patienter havde anden etnisk baggrund end dansk.

27 af de 35 patienter var kvinder, 23 var enlige forsørgere, og 22 havde et begrænset netværk. 15 var enlige med et begrænset netværk.

---

<sup>3</sup> Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

9 af de 35 patienter havde ingen uddannelse, 18 havde ingen eller en ustabil tilknytning til arbejdsmarkedet, og 14 var på overførselsindkomst. 21 var ramt af psykisk sårbarhed (stress, angst og/eller depression), og 23 oplevede et højt konfliktniveau i nære relationer.

De 35 familier havde tilsammen 62 børn mellem 7 måneder og 22 år og en gennemsnitsalder på 11-12 år. I 16 familier var der børn, som af familierne selv vurderes til at være i dårlig trivsel, og 9 af disse børn havde psykosomatiske reaktioner.

20 af de 35 familier var ikke kendt i deres bopælskommune i forvejen. Det var tilfældet for 6 af dem, som havde børn, der ikke trivedes.

KORA's interviewundersøgelse viser, at familierne ikke nødvendigvis opfatter sig selv som sårbare. En følelse af uoverskuelighed er imidlertid udbredt, og patienter/pårørende føler sig ofte overladt til sig selv i forhold til praktiske problemer.

## Forløbene i hospitalsregi

Identifikation og henvisning af patienter/familier til **360 grader** indsatsen er primært foregået i sengeafsnit og ambulatorier. Enkelte familier er henvist af kommunale sagsbehandlere.

Forløbene varede fra 18 dage til godt 9 måneder med en gennemsnitlig varighed på 4 måneder og 8 dage. De tværfaglige team har haft op til 10 møder med patienten/familien. Hvidovre teamet har i gennemsnit holdt 5,6 møder i et forløb og Herlev teamet har holdt 3,7. Det samlede tidsforbrug på et forløb er registreret til mellem 1 og 40 timer. Det gennemsnitlige tidsforbrug er på HVH registreret til 20 timer og på HEH til 12 timer.

Mange familier har fået både psykologisk og socialfaglig støtte, men nogle familier har ikke umiddelbart haft behov for begge dele. Hvidovre teamet har således haft 4 forløb, hvor familien primært har fået støtte fra psykologen, og 3 hvor det primært har været fra socialrådgiveren. Herlev teamet har haft 5 forløb, hvor familien primært har fået psykologhjælp, og 9 hvor hjælpen primært har været socialfaglig.

Indsatsen fra de tværfaglige team har primært omfattet rådgivning, støtte og koordination med andre aktører, både internt på hospitalet og eksternt i kommuner og civilsamfund. Håndtering af sygdommen, overblik over økonomien, trivsel hos børnene og relationer i familien er gennemgående temaer.

Nogle forløb er startet med akut krisehjælp, og mange familier har fået støtte og sparring i forhold til relationer/konflikter i familien. Det er foregået gennem individuelle samtaler, parsamtaler, familiesamtaler og samtaler med børnene alene. Mange har også modtaget psykoedukation om børns sorg- og krisereaktioner. Flere er blevet henvist til Kræftens Bekæmpelse og Børn, Unge og Sorg, og enkelte har modtaget støtte gennem Et-nisk Ressource Team. En del familier har haft behov for mere psykologfaglig hjælp, end de kunne få inden for rammerne af **360 grader** indsatsen. De er derfor blevet henvist til psykolog gennem egen læge.

Mange familier har fået rådgivning i forhold til sygemelding, pension/førtidspension, pasningsorlov, hjemmepleje, boligforhold, klagemuligheder og/eller aflastning for børn. Nogle familier har fået hjælp til afklaring af muligheder for økonomisk støtte til psykolog, ferie, fritidsaktiviteter, julehjælp, uddannelse, afvikling af gæld mv. og i enkelte forløb er der givet konkret støtte til udformning af ansøgninger om legater.

I de tilfælde, hvor patienten er død, mens familien var i et **360 grader** forløb, er forløbet fortsat, hvis de efterlodte har ønsket det.

KORA's interviewundersøgelse viser tilsvarende, at patienter og pårørende har oplevet stor fleksibilitet i indsatsen, som var afgrænset af en strukturel ramme, men bestemt ikke var en pakkeløsning.

Et eksempel på et typisk forløb kan ses i bilag 8. Forløbet omfattede både psykologisk og socialfaglig støtte; strakte sig over 3 måneder; og havde et samlet tidsforbrug på cirka 28 timer med i alt 9 møder/samtaler inkl. et netværksmøde.

## Brobygningen med kommunerne

Da afprøvningen startede, var der indgået aftaler om samarbejde med 7 ud af de 29 kommuner i Region H. Øvrige kommuner blev inviteret med undervejs, når en familie med bopæl i den pågældende kommune blev henvist til **360 grader** indsatsen. Ved afslutningen af afprøvningen, var der indgået aftaler med 12 kommuner<sup>4</sup>.

Indsatsen er afprøvet med familier fra i alt 19 kommuner. 9 af disse har underskrevet en aftale om samarbejde, 4 nåede ikke at tage stilling til invitationen i projektperioden, 4 fravalgte at indgå en aftale, og 2 var uden for Region H. 3 kommuner, hvor der var indgået samarbejdsaftaler tidligt i projektperioden, havde desværre ingen familier i **360 grader** forløb i projektperioden<sup>5</sup>.

Samarbejdsaftalerne er i de fleste tilfælde indgået i forlængelse af møder med afdelingsledere, faglige ledere eller lign. 4 kommuner tog efterfølgende imod et tilbud om en præsentation af indsatsen på et lokalt møde for sagsbehandlere<sup>6</sup>. 4 kommuner deltog på kick off møder for projektet i marts 2014<sup>7</sup>. 5 kommuner har taget imod tilbuddet om at sidde i styregruppen<sup>8</sup>. 5 var repræsenteret ved midtvejsseminaret i december 2014<sup>9</sup>.

Der har været stor variation i behovet for at inddrage kommunen i forløbet. I nogle forløb har brobygningen været begrænset til en orientering. I andre har der været et tæt samarbejde med inddragelse af flere forvaltninger og iværksættelse af forskellige kommunale indsatser. Det gælder fx familierådgivning og tilknytning af mentor/kontaktperson til store børn.

På HVH har 4 forløb ud af 14 omfattet tværsektorielle netværksmøder, og der er udarbejdet rehabiliteringsblad i 5 forløb. På HEH har 5 ud af 21 forløb omfattet netværksmøder, og der er udarbejdet rehabiliteringsblad i 9 forløb. De tværfaglige team har lavet i alt 5 underretninger. Heraf 4 i forløb, hvor der ikke har været netværksmøder. I et enkelt forløb har det tværfaglige team underrettet ankestyrelsen, fordi kommunen afviste at påtage sig myndighedsopgaven i sagen.

KORA's interviewundersøgelse viser, at både sagsbehandlere og kommunale ledere som udgangspunkt synes, at **360 grader** indsatsen er en rigtig god idé, fordi den giver mulighed for at iværksætte relevante aktiviteter tidligt i et sygdomsforløb. De kommunale ledere efterlyser imidlertid mere indflydelse på udviklingen af indsatsen for at sikre et ligeværdigt samarbejde, og sagsbehandlere efterlyser regelmæssig information for at opretholde opmærksomheden.

## Orienteringen til almen praksis

I alt er 13 praktiserende læger blevet orienteret om, at en af deres patienter er/har været i et **360 grader** forløb. Orienteringen er foregået via en elektronisk korrespondancemeddelelse (KM), som er sendt senest ved afslutningen af forløbet.

En stikprøve på 5 af disse læger har fået tilsendt et online spørgeskema, hvor de bl.a. er blevet spurgt, hvilken betydning denne orientering har haft. Den ene, som har svaret, har set den aktuelle KM og vurderer:

- at det i *høj* grad var meningsfuldt at blive orienteret om, at patienten var i et **360 grader** forløb
- at orienteringen i *nogen* grad har haft indflydelse på hans behandling af patienten
- at meddelelsen i *nogen* grad indeholdt de informationer, han havde brug for
- at KM i *mindre* grad er den rigtige måde at orientere om indsatser som **360 grader**

<sup>4</sup> Albertslund, Ballerup, Frederiksberg, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Hillerød, Hvidovre, Ishøj-Vallensbæk, København, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal

<sup>5</sup> Herlev, Hvidovre og Rudersdal

<sup>6</sup> Gladsaxe, Hvidovre, Ishøj-Vallensbæk og Lyngby-Taarbæk

<sup>7</sup> Ballerup, Hvidovre, København og Lyngby-Taarbæk

<sup>8</sup> Ballerup, Herlev, Hvidovre, Hillerød og Lyngby-Taarbæk

<sup>9</sup> Ballerup, Gentofte, Hillerød, Hvidovre og Rudersdal

## Patienters og pårørendes oplevelse

Spørgeskemaundersøgelsen omfatter i alt 16 strukturerede telefoninterview. 10 med patienter (8 kvinder og 2 mænd) og 6 med pårørende (3 kvinder og 3 mænd). 9 af informanterne er fra HEH, 6 er fra HVH og 1 er fra RH. Familierne bor i 12 forskellige kommuner.

Forløbene har varet mellem 1 og 8 måneder, og 7 af de 10 forløb er afsluttet indenfor 3 måneder.

Patienterne er mellem 27 og 54 år. 1 er faglært, 6 har en kort videregående uddannelse, 5 har en mellemlang videregående uddannelse og 4 har en lang videregående uddannelse. 7 er gift/samlevende, 3 er i fast forhold men ikke samlevende, og 5 er enlige. De har tilsammen 29 børn i alderen 3-23 år.

Børn indgår i 7 af 13 svar på et åbent spørgsmål om den primære årsag til, at familien tog imod tilbuddet om et [360 grader](#) forløb.

Alle svar er opgivet i procent, selv om materialet er meget lille.

Informanterne blev bl.a. spurgt, hvordan de oplevede målsætningen.

N = 15 (9 patienter og 6 pårørende)	Høj grad	Nogen grad	Mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
<b>De mål, du/l satte sammen med det tværfaglige team ...</b>					
... var meningsfulde og relevante	80	20			
... blev udformet i samarbejde med dig/jer	80	20			
... tog hensyn til hele familiens samlede situation	87	13			
... er blevet opfyldt	60	40			

Og de blev spurgt, hvordan støtten fra det tværfaglige team havde påvirket deres forløb.

N = 15 (10 patienter og 5 pårørende)	Høj grad	Nogen grad	Mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
<b>Støtten fra det tværfaglige team har haft en positiv indvirkning på ...</b>					
... lysten til at gøre noget for at nå målene	87	7	7		
... muligheden for at nå målene	73	13	7		7
... evnen til at håndtere sygdommen og dens følger	40	47	7		7
... evnen til at håndtere følelsesmæssige reaktioner ift. sygdommen	40	47	7		7
... oplevelsen af tryghed under forløbet	93	7			
... oplevelsen af sammenhæng i forløbet	73	13	13		

En patient tilføjer, at han ikke ved, hvad han skulle gøre uden hjælpen fra det tværfaglige team. En pårørende tilføjer, at det var et rigtig godt forløb, som gav god mening i forhold til familiens situation. Det var godt, at det var proaktivt, og at det hang sammen med forløbet på sygehuset.

Informanterne blev også bedt om at vurdere støtten fra socialrådgiver og psykolog hver for sig.

N = 16 (10 patienter og 6 pårørende)	Høj grad	Nogen grad	Mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
Socialrådgiveren forstod jeres behov og ønsker	75	13	13	0	0
Psykologen forstod jeres behov og ønsker	81	13	6	0	0
Socialrådgiveren kunne hjælpe med netop de udfordringer, I havde	50	25	25	0	0
Psykologen kunne hjælpe med netop de udfordringer, I havde	81	6	13	0	0

KORA's interviewundersøgelse viser, at patienter og pårørende generelt har oplevet psykologsamtalerne som et godt talerum, både de individuelle samtaler og par- og familiesamtalerne. Flere giver desuden udtryk for, at socialrådgiveren har bidraget til at skabe overblik og få styr på hverdagens udfordringer.

I spørgeskemaundersøgelsen har 6 patienter forslag til andre fagpersoner, som med fordel kunne indgå i det tværfaglige team. De nævner bl.a. en fast læge, en ergoterapeut og en familierådgiver.

Endelig blev de spurgt, om de var trygge ved afslutningen af forløbet, og de blev bedt om at vurdere indsatsen fra det tværfaglige team alt-i-alt.

N = 15 (9 patienter og 6 pårørende)	Høj grad	Nogen grad	Mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
Var du/I trygge ved at blive afsluttet fra forløbet med det tværfaglige team	67	33	0	0	0

N = 16 (10 patienter og 6 pårørende)	Særligt godt	Overvejende godt	Overvejende dårligt	Særligt dårligt	Ved ikke
Hvordan vurderer du alt-i-alt indsatsen fra det tværfaglige team	87	13	0	0	0

KORA's interviewundersøgelse viser, at **360 grader** indsatsen har været afgørende, både for familiernes evne til at holde til det psykiske pres, som et sygdomsforløb medfører, og for håndteringen af de mere praktiske forhold, som skaber familiernes grundvilkår. De individuelle interview afdækker imidlertid også en række for-



bedringspotentialer. Der er bl.a. flere, der giver udtryk for, at det er vigtigt, at personalet er opsøgende og insisterende i deres omtale af tilbuddet, og flere efterspørger opfølgende samtaler.

I spørgeskemaundersøgelsen er der 1 patient og 3 pårørende, der tilføjer, at de gerne ville have haft et længere forløb med det tværfaglige team.

## Sygeplejerskernes oplevelse

Spørgeskemaundersøgelsen omfatter online svar fra i alt 70 sygeplejersker, 15 fra HVH og 55 fra HEH. Besvarelsene fra HVH er jævnt fordelt på 3 sengeafsnit. Besvarelsene fra HEH er fordelt på 8 afdelinger/afsnit, med en tredjedel fra stråleterapien; 14-16 procent fra hhv. sengeafdelingen, mammakirurgisk og team MA (mamma); 5-7 procent fra hhv. team HT (hoved-thorax), team UG (urogenital) og andet; og 2 procent fra team GI (gastrointestinal).

Alle svar er opgivet i procent. I spørgsmål, hvor der er stor forskel mellem HVH og HEH, er besvarelsene præsenteret hver for sig, selv om materialet er lille.

Alle blev spurgt, hvad de synes om, at afdelingen tilbyder en psykosocial indsats til sårbare familier – og om de har hørt om **360 grader** indsatsen.

N = 70 (har besvaret spørgeskemaet)	Rigtig godt	Godt	Både/og	Dårligt	Rigtig dårligt	Ved ikke
Hvad synes du om, at vi tilbyder en psykosocial indsats til sårbare familier	83	7	6	0	0	4

To tilføjer, at de ikke vidste, at afdelingen havde et sådant tilbud.

Flere forklarer, hvorfor de synes, at det er rigtig godt at tilbyde en psykosocial indsats til sårbare familier:

*"Det har i nogle tilfælde været en altafgørende handling, I har kunnet hjælpe med på kort tid. Synes det var et super tilbud og savner det meget".*

*"Jeg synes, at det er en super idé, hvis vi kan få nogle af de familier i tale, som vi ikke altid kan få fat i."*

*"Jeg kan se, der er et stort behov. Jeg er ofte magtesløs. Her er en hjælp, jeg kan tilbyde. De sårbare familier har ellers ingen til at hjælpe sig og er selv magtesløse".*

*"Sårbare familier har ofte i en krisepræget situation svært ved selv at opsøge hjælp til at håndtere krisen".*

*"Det gør behandlingen lettere; der bruges mange ressourcer på at redde patienten fysisk, så rart med fokus også på psyken !!!"*

De 67, der har hørt om **360 grader** indsatsen, bliver spurgt, om de har fået tilstrækkelig information; hvordan indsatsen har påvirket deres arbejde samlet set; og om de har været involveret i plejen af en eller flere patienter, som har været i et **360 grader** forløb.

N = 67 (har hørt om 360 grader indsatsen)	Ja	Nej	Ved ikke
Synes du, at du har modtaget tilstrækkelig information ift. at henvise patienter til <b>360 grader</b> indsatsen	HVH 43 HEH 83	HVH 50 HEH 8	HVH 7 HEH 9

N = 67 (har hørt om 360 grader indsatsen)	Gjort arbejdet lettere	Hverken lettere eller sværere	Gjort arbejdet sværere	Ved ikke
Hvordan synes du, at 360 grader indsatsen har påvirket dit arbejde med patienterne i afdelingen/afsnittet samlet set	19	55	0	25

De 33, der har været involveret i plejen af en eller flere patienter, som har været i et 360 grader forløb, bliver spurgt, hvordan indsatsen har påvirket arbejdet med de pågående patienter.

N = 33 (har været involveret i plejen af en/flere patienter, som har været i et 360 grader forløb)	Gjort arbejdet lettere	Hverken lettere eller sværere	Gjort arbejdet sværere	Ved ikke
Hvordan synes du, at 360 grader indsatsen har påvirket dit arbejde med patienter, som har været i et forløb	HVH 14 HEH 54	HVH 71 HEH 38	0	HVH 14 HEH 8

Flere beskriver nærmere, hvordan de synes, at indsatsen har påvirket deres arbejde:

*"Ved at kunne henvise en kritisk syg alenemor til projektet, har jeg ikke skulle involvere mig så meget i patientens liv uden for hospitalet, men har kunnet koncentrere mig om hendes behandlingsforløb".*

*"360 grader har overtaget nogle samtaler med patient og pårørende, og har været i stand til at råde og vejlede dem på områder, hvor mine egne kompetencer har følt mangelfulde".*

*"Det er rart at kunne tilbyde patienterne støtte og vide, at der bliver taget hånd om nogle af de problemstillinger, vi ikke har mulighed for at hjælpe med".*

*"Både jeg og patienten har kunnet få svar på en masse spørgsmål, og det tværfaglige team har kunnet sætte nogen ting i værk (...) for patienten, som har lettet min arbejdsbyrde (...), da de ved noget, som mange sygeplejersker ikke ved".*

*"Indsatsen har hjulpet os og patienten med at få etableret et godt samarbejde med kommunen samt lettet patienten for nogle bekymringer".*

*"Det har givet mig et middel til at hjælpe mennesker, der selv ved, de har udfordringer, de ikke magter. I nogle situationer har det været en indgangsport til at få startet hjælp hos familier, der helst ikke vil erkende, at der er nogle problemer. Bl.a. i situationer, hvor det er på grænsen til, at kommunen skal involveres".*

Mange skriver uopfordret, at de håber, at 360 grader tilbuddet bliver permanent, fordi *"indsatsen går ind, hvor der virkelig er et hul i systemet". "Der er mange sårbare i sundhedsvæsenet, men man kan udligne uligheden i sundheden ved at imødekomme de her menneskers behov for ekstra støtte og vejledning".*

Der er imidlertid også flere, der kommer med forslag til forbedringer. De fleste af kommentarerne handler om kommunikation. Flere savner generelt information om indholdet i indsatsen. Én efterlyser en forventningsafstemning i forhold til målgruppen for tilbuddet, fx borgere fra en anden region. En anden synes, at hun har brugt meget tid på at etablere kontakt med det tværfaglige team. En tredje synes, at det tværfaglige team skulle have været *"mere opsøgende i afdelingen, da det lyder som et godt og vigtigt initiativ i en travl hverdag!"*

Flere sygeplejersker savner opfølgning på de patienter, de har henvist og tilbagemelding på, om indsatsen var til gavn. En skriver: *"Det er svært at følge op og være medvirkende til kontinuitet, når der ikke kommunikeres"*. En anden skriver, at hun har henvist patienter, som hun var i tvivl om kunne indgå og aldrig har fået feedback på, om der blev etableret en intervention.

En række kommentarer handler mere eller mindre direkte om ressourcer. På HVH er der én, der skriver: *"Når man laver projekter, synes jeg, det ville være rimeligt, at der var sat ressourcer af til det i afd., så det ikke bliver endnu en opgave, man véd, man skal nå, og alle opgaver synes vigtige. Jeg synes ikke, at det var fair over for de projektansvarlige, da de oplevede modstand pga. vores arbejdspress. Jeg synes også, dette projekt for tjener mere tid (...)"* På HEH er der én, der mener, at tilbuddet ikke er godt nok til de familier, der virkelig har brug for støtte; en anden har en oplevelse af, at der ikke var de nødvendige ressourcer til at gennemføre projektet i praksis; og en tredje mener, at indsatsen måske bør ligge i kommunalt regi og ikke regionalt.

KORA's interviewundersøgelse viser tilsvarende, at sygeplejerskerne har oplevet indsatsen som meget tiltalende, og flere giver udtryk for, at det er ærgerligt, at indsatsen stopper, netop som den er ved at være implementeret. De oplever, at det tværfaglige team har fungeret som en livline i forhold til pårørende børn, og samtidig har indsatsen været en øjenåbner, som har medvirket til, at de nu selv er mere opmærksomme på patienternes familieforhold.

KORA's undersøgelse viser imidlertid også, at sygeplejerskerne synes, at der har været ekstra arbejde forbundet med indsatsen, både i forhold til rekrutteringen og fordi de ofte måtte hjælpe det tværfaglige team med at skaffe informationer i de elektroniske journaler. De foreslår derfor, at screeningen indarbejdes i de eksisterende registreringsskemaer for at lette rekrutteringen. De giver desuden udtryk for, at det ville være godt, hvis socialrådgiveren i teamet havde myndighedsansvar i forhold til kommunale indsatser.

## Udfordringer

Som et led i evalueringen af **360 grader** indsatsen har TVFP drøftet de udfordringer, som har ledsaget udviklingen og afprøvningen. Det gælder både i forhold til selve indsatsen, organiseringen og rammerne for projektet.

### Indsatsen

#### Identifikation og henvisning

Det har været en stor udfordring, at proceduren for henvisning til det tværfaglige team i starten var tidskrævende. Især fordi personalet kun kunne henvise patienter, som havde bopæl i en af de kommuner, der allerede var indgået samarbejdsaftale med. De skulle derfor tjekke, hvor patienten boede, før de kunne orientere om tilbuddet. Samtidig skulle de indhente *skriftligt* samtykke fra patienten, før de kunne kontakte det tværfaglige team. Det satte også begrænsninger, at målgruppen i starten blev omtalt som "socialt udsat".

På HVH har henvisningen af patienter/familier til **360 grader** indsatsen desuden været begrænset af, at der indledningsvis kun var aftalt deltagelse med ét afsnit, hvor det viste sig, at der var meget få patienter i målgruppen, og at det tog meget lang tid at få lavet aftaler med flere afsnit i Gastroenheden. Derfor har Hvidovre teamet taget enkelte patienter/familier i forløb, som egentlig ikke hørte ind under målgruppen.

Derudover har identifikation og henvisning af patienter/familier, som kunne have behov for en **360 grader** indsats, på begge hospitaler mødt en række udfordringer, der handler om begrænsninger i forhold til opmærksomhed, information/inddragelse og ressourcer.

Personalet var ikke altid klar over, om patienterne havde børn, og en stor del af personalet var ikke opmærksomme på psykosociale forhold. Hvidovre teamet oplevede flere gange, at de fik henvist patienter/familier, hvor der skulle have været lavet en underretning.

Personalet har generelt ikke følt medansvar/ejerskab for indsatsen. Det kan skyldes, at de ikke har været inddraget i udvikling af indsatsen, afgrænsning af målgruppen, strukturer for samarbejdet og udformning af projektet, og at indsatsen derfor ikke har været afstemt i forhold til deres hverdag. De er fx ikke blevet spurgt, hvordan det tværfaglige team kunne være en hjælp for dem, også i forhold til andre opgaver. Det kan også skyldes, at de oplever en generel "projekttræthed", der gør, at de ikke prioriterer tidsbegrænsede tiltag.

Modvilje hos personalet i forhold til teamets tilstedeværelse på afdelingerne og deltagelse i tavlemøder kan skyldes manglende forventningsafstemning. Der har fx ikke været aftaler om, at det tværfaglige team skulle have adgang til deltagelse på fag-/fællesmøder, når der var behov for orientering om ændringer.

Endelig har der ikke været afsat ressourcer i projektet til implementering af indsatsen i de deltagende afdelinger. Der har derfor kun været tilknyttet én ressourceperson/tovholder på hvert hospital, og det har været uklart, hvilken rolle de lokale tovholdere skulle spille. Det har fx medført, at materiale ikke er blevet omdelt til alle afsnit.

## Forløbet

Der har generelt været behov for større fleksibilitet i **360 grader** indsatsen, end der i udgangspunktet var lagt op til. Det gælder både den tidsmæssige ramme, formen og indholdet.

I nogle forløb har der vist sig behov, som har strakt sig ud over den tidsmæssige ramme (cirka 10 timer på cirka 3 måneder). I nogle forløb har det ikke givet mening at lave mål med patienterne, fx i forhold til eksistencielle udfordringer, og der er i stedet lavet aftaler om, hvad der skulle ske. Mål for forløb har også forandret sig undervejs.

I forhold til særligt sårbare patienter, som kun har lidt overskud til at tage hånd om praktiske ting selv, har det været en udfordring for de tværfaglige team at positionere sig, så indsatsen blev en hjælp til selvhjælp. I nogle forløb har det også været en udfordring at afgøre, hvilke opgaver det var realistisk og hensigtsmæssigt, at det tværfaglige team tog sig af – og hvilke opgaver, som var bedre løst ved at bygge bro, så andre aktører kunne tage hånd om dem.

Der har også været udfordringer i forhold til logistik og transport, som har gjort, at den tid, der er beregnet til en samtale, ikke har matchet det reelle tidsforbrug. Samtalerne planlægges ofte i forlængelse af planlagte besøg i ambulatorier mv., og der må derfor tages højde for risikoen for almindelige forsinkelser. Samtidig kan der opstå behov for behandling i forlængelse af det planlagte besøg. Desuden skal der evt. afsættes tid til at hente patienterne på ambulatorier mv. I forhold til særligt sårbare patienter eller terminale patienter, har det i nogle tilfælde været nødvendigt, at samtaler kunne foregå i hjemmet eller på hospice.

## Brobygningen

Herlev teamet har oplevet brobygningen vellykket i langt de fleste tilfælde. Også i sager, hvor der blot er ansøgt om en pension eller rådgivet kort i forhold til børn, økonomi eller lignende. De understreger, at det er vanskeligt at lægge brobygningen ind i helt faste rammer, når indsatsen skal tage udgangspunkt i den enkelte og dennes behov.

De har savnet en fast, smidig og effektiv procedure i forhold til at etablere samarbejde med kommuner, der ikke er tilknyttet projektet, da patienternes sygdomstilstand i værste tilfælde kunne medføre, at patienten var død, før der var etableret samarbejde, og at børnene derfor blev opdaget for sent.

Hvidovre teamet har oplevet stor variation i samarbejdet med kommunerne, uanset om der har været en samarbejdsaftale eller ej. Det lykkedes således ikke altid at lave en optimal brobygning, når familiens behov ikke kunne opfyldes inden for socialforvaltningens rammer. Teamet tilføjer, at der i nogle kommuner har manglet information om projektet.

Orienteringen af patientens egen læge har været en udfordring, fordi det har været meget tidskrævende at sende korrespondancemeddelelser.

## Organiseringen

### Forankring

Adskillelsen mellem administrativ, fysisk og faglig forankring har været meget uhensigtsmæssig, både fagligt og socialt. Den fysiske forankring på hospitalerne har betydet, at de tværfaglige team ikke rigtig har været en del af TVFP, hvor de har været administrativt forankret. Placeringen i separate lokaler, har betydet, at de heller ikke rigtig har haft et tilhørsforhold på hospitalerne. Det har således været meget svært at være synlige i de afdelinger, som har stået for henvisningen af patienter/familier til indsatsen. De har heller ikke hørt til i børneafdelingerne, hvor de skulle være fagligt forankret. Reelt har de derfor ikke haft en faglig forankring og har ikke haft adgang til faglig ledelse.

### Sparring og supervision

Som led i den faglige forankring i børneafdelingerne var der indgået aftale om honorering af et introduktionsforløb på 4 timer ugentligt i 2 måneder.

På HVH blev en del af disse timer anvendt på sparring til psykologen fordelt over hele afprøvningsperioden. På HEH lykkedes det ikke at skaffe sparring til psykologen. Børneafdelingen kunne ikke finde tid til opgaven, og en aftale med psykologen i den palliative enhed blev aflyst pga. sygdom.

Herlev teamet foreslår, at der aftales samarbejde og sparring mellem de tværfaglige team og de palliative team, fordi der er et stort sammenfald, både i patienter og i opgaver.

Internt har der manglet tid og rum til teambuilding, sparring på sager og faste møder med tvær- og monofaglige drøftelser af faglige emner, indhold i indsatsen og metodeudvikling.

De tværfaglige team har også manglet regelmæssig ekstern supervision i hele afprøvningsperioden.

### Kompetenceudvikling

En kort fælles introduktion til motivationssamtalen viste sig at være irrelevant for de tværfaglige team, som i kraft af deres faglige baggrund allerede har de kompetencer, som er udgangspunktet i motivationssamtalen. Efterfølgende deltog de i relevant kompetenceudvikling efter eget valg.

Den individuelle kompetenceudvikling har kvalificeret indsatsen i de konkrete forløb, fordi både psykologer og socialrådgivere har brugt deres nye viden. Kompetenceudviklingen er imidlertid kun blevet anvendt i begrænset omfang til udvikling af indsatsen undervejs, fordi den nye viden ikke er blevet delt systematisk. Den har fungeret som inspiration i den efterfølgende tilpasning af tilbuddet.

### Referencegruppen og styregruppen

De tværfaglige team oplever, at referencegruppen har haft for lille kendskab til **360 grader** indsatsen, og at gruppen har foreslået anvendelse af metoder, som ikke har harmoneret fagligt med den indsats, de tværfagli-

ge team har ydet. De oplever også, at styregruppen har truffet flere beslutninger, som ikke har været forankret i praksis, og som derfor har været svære at implementere.

Styregruppens beslutninger, som bl.a. træffes med afsæt i anbefalinger fra referencegruppen, skal sikre, at projektet kan gennemføres. Der er derfor risiko for, at der ind i mellem vil være beslutninger, som er svære at omsætte i praksis. Risikoen kan imidlertid minimeres ved at give de tværfaglige team mulighed for at deltage i møder i reference- og styregruppe.

## Ungepanelet

De tværfaglige team oplever, at ungepanelet har kunnet bekræfte, at det, de gør, er rigtigt. De vurderer imidlertid ikke, at panelet har bidraget til en kvalificering af indsatsen. De unge, som deltog i panelet, har oplevet massivt omsorgssvigt, og har derfor været væsentligt mere udsatte end de børn og unge, som modtager en indsats i regi af [360 grader](#) tilbuddet.

Fremadrettet vil det være oplagt, at et eventuelt ungepanel sammensættes af unge, som har været med i et [360 grader](#) forløb.

Som et direkte led i indsatsen, kan der desuden evt. udvikles et forum, som kan understøtte sorgprocesser hos unge fra familier, der aktuelt er i et [360 grader](#) forløb.

## Projektrammerne

### Metodeudvikling

De tværfaglige team var kun ansat i den periode, hvor indsatsen skulle afprøves (april 2014 - marts 2015). Det betyder, at de først blev ansat, da der var udarbejdet et udkast til rammerne for indsatsen. De giver udtryk for, at det har været en udfordring at skulle overtage andres tanker og visioner. Særligt i forhold til procedurer, skemaer mv., som de har skullet tage stilling til.

### Tidsforbrug

De tværfaglige team har oplevet, at det var tidskrævende at mødes på tværs, fordi der gik meget tid med transport. De har også oplevet tidsmæssige udfordringer i forbindelse med logbøger, journalføring, registrering af karakteristika, invitation til interview, korrespondancemeddelelser og tolkebistand.

## Konklusion

Dokumentationen af [360 grader](#) forløbene viser, at mange af de familier, som har modtaget tilbuddet, er meget skrøbelige. Tilbuddet har således ramt målgruppen. Evalueringen viser imidlertid også, at ikke alle familierne opfatter sig selv som sårbare.

Som et konstrueret eksempel kan nævnes en kvinde på 44 med terminal cancer. Hun er enlig forsørger med en stram økonomi og et begrænset netværk. Hun er psykisk sårbar og oplever mange konflikter i nære relationer. Hun har 2 børn på 10 og 13, som er i dårlig trivsel. Den ældste med psykosomatiske reaktioner. Og hun er ikke kendt i sin bopælskommune i forvejen.

Håndtering af sygdommen, overblik over økonomien, trivsel hos børnene og relationer i familien er gennemgående temaer i de familier, der har været i et [360 grader forløb](#). Behovet for psykologisk og socialfaglig støtte har samlet set været nogenlunde lige stort. I mange familier har børnene været den primære årsag til at tage imod tilbuddet om et [360 grader](#) forløb.

Der er stor variation i varigheden af **360 grader** forløbene, og de strækker sig i gennemsnit over mere end de 3 måneder, som i udgangspunktet var rammen for et forløb. Det skyldes primært, at mange af patienterne er meget syge, og at det derfor har været svært at planlægge og/eller gennemføre møder. Til gengæld bliver der ikke holdt nær så mange møder som forventet, og det gennemsnitlige tidsforbrug ser også ud til at være mindre end de cirka 25 timer, der var afsat inkl. forberedelse mv.

Brobygningen med kommunerne har varieret meget. I nogle forløb er der kun sket en orientering af kommunen. I andre forløb er der foregået et tæt samarbejde. Der er således kun holdt tværsektorielle netværksmøder i 9 ud af 35 forløb, og der er kun udarbejdet rehabiliteringsblad i 14 forløb. Til gengæld er der lavet underretninger i 4 af de forløb, hvor der ikke har været netværksmøder.

Den ene praktiserende læge, som har deltaget i evalueringen, vurderer, at det i høj grad var meningsfuldt at blive orienteret om, at den pågældende patient var i et **360 grader** forløb; og at orienteringen i nogen grad har haft indflydelse på hans behandling af patienten. Men han synes ikke, at meddelelsen indeholdt alle de informationer, han havde brug for; og han mener ikke, at brug af korrespondancemeddelelse (KM) er den bedste måde at orientere om indsatser som **360 grader**.

Patienter og pårørende synes generelt særdeles godt om **360 grader** indsatsen og har følt sig godt hjulpet. De fleste oplever i høj grad, at de mål, de fik hjælp til at formulere i starten af forløbet, var meningsfulde og relevante og tog hensyn til hele familien. De oplever også, at støtten fra det tværfaglige team i høj grad har haft en positiv indvirkning på deres motivation i forhold til at forsøge at nå målene og på deres oplevelse af tryghed. De synes, at både socialrådgiver og psykolog forstod deres behov og ønsker, men de føler sig i flere tilfælde bedre hjulpet af psykologen end af socialrådgiveren. Det kan skyldes, at den socialfaglige hjælp er afhængig af samarbejdet med andre eksterne aktører, mens støtten fra psykologen er uafhængig af andre.

Sygeplejerskerne synes generelt, at det er en rigtig god idé at tilbyde en psykosocial indsats til sårbare børnefamilier, som rammes af alvorlig sygdom.

På HEH synes de fleste, at de har fået tilstrækkelig information om **360 grader** indsatsen. Mere end halvdelen af dem, der har været involveret i plejen af en eller flere patienter, som har været i et **360 grader** forløb, oplever, at indsatsen har gjort deres arbejde lettere. Forklaringerne handler primært om ressourcer og kompetencer. På HVH synes halvdelen, at informationen har været utilstrækkelig og meget få synes, at indsatsen har gjort deres arbejde lettere. Ingen synes, at indsatsen har gjort arbejdet sværere.

Mange sygeplejersker giver udtryk for, at de oplever, at indsatsen har haft en positiv betydning for familierne, og at de håber, at tilbuddet bliver permanent. En del giver imidlertid også udtryk for, at der er forhold, som kan være bedre. Det gælder primært i forhold til kommunikationen og ressourcerne. De kommunale aktører synes også, at **360 grader** indsatsen er en rigtig god idé, men de efterlyser mere inddragelse og mere information.

Udviklingen og afprøvningen af **360 grader** indsatsen har været ledsaget af en række udfordringer.

Enkelte udfordringer er svære at undgå. Det gælder især rammerne for projektet (metodeudvikling og tidsforbrug), fordi der er tale om vilkår, som ofte kendetegner udviklingsprojekter i sundhedsvæsenet. Det gælder også brugen af korrespondancemeddelelser, som er en af standarderne i Kommunikationsaftalen om elektronisk kommunikation mellem hospitaler, kommuner og almen praksis.

Der kan imidlertid findes en løsning på de fleste af udfordringerne, og nogle er allerede håndteret undervejs. Det gælder fx proceduren for identifikation og henvisning, som efter et par måneder blev forenklet, så den blev overskuelig for sygeplejerskerne; og det gælder beskrivelsen af målgruppen, som blev ændret fra "socialt udsat" til "(særligt) sårbar". Det gælder også rammerne for det individuelle forløb (tid, form og indhold), som blev gjort mere fleksible.

Udfordringerne i forhold til organiseringen (forankring, sparring, supervision og kompetenceudvikling; referencegruppe, styregruppe og ungepanel) kan bl.a. løses ved at sikre en fysisk forankring af de tværfaglige team, som giver lettere adgang til regelmæssig sparring og supervision eller giver mulighed for tættere kontakt med de afdelinger, der samarbejdes med. Udfordringerne i forhold til identifikation og henvisning og i forhold til

brobygning handler primært om manglende forventningsafstemning, begrænset opmærksomhed og utilstrækkelig viden. De kan sandsynligvis løses ved at afsætte mere tid og flere ressourcer til implementering af tilbudet og sætte fokus på inddragelse og information.

Antallet af familier, som har modtaget en **360 grader** indsats i projektperioden, er meget mindre end forventet. Der var afsat i alt cirka 25 timer pr. forløb inkl. samtaler, møder, forberedelse, koordinering og dokumentation. Hvert team skulle derfor kunne have cirka 100 familier i forløb på et år. Et gennemsnitligt forløb ville i så fald koste omkring 10.000 kr. i hospitalsregi.

Når kun 35 familier modtog en **360 grader** indsats i projektperioden skyldes det sandsynligvis primært, at identifikation og henvisning af patienter/familier har været begrænset. Begrænsningen var størst i starten, og antallet af henvisninger steg fra 2 i april til 10 i september.

Samtidig har projektperioden været for kort til at sikre, at indsatsen blev fuldt implementeret. De tværfaglige team har kun haft mulighed for at starte nye forløb i 9 måneder (april-december 2014), da varigheden af et forløb i udgangspunktet var sat til cirka 3 måneder og afprøvningen sluttede i marts 2015.

Endelig kan det ikke udelukkes, at den reelle kapacitet er lidt mindre end 100 forløb på et år. Det *direkte* tidsforbrug pr. forløb er registreret til et gennemsnit noget under de 25 timer, der var afsat. Forbruget af tid på etablering af gode samarbejdsrelationer, transport, dokumentation og andre projektrelaterede aktiviteter har imidlertid været større end forudset.

I projektperioden har det *samlede* tidsforbrug pr. forløb således været langt over 25 timer, men det forventes, at det vil være muligt at opnå en årlig kapacitet på 80-100 forløb, hvis der sættes fokus på forhold, som kan understøtte implementeringen af **360 grader** tilbuddet.

## Anbefalinger

Samlet set viser evalueringen af **360 grader** indsatsen, at et initiativ som dette opfylder et stort behov. Også i forhold til at skabe øget lighed i sundhed gennem målrettede tilbud til særligt udsatte borgere. Og især hvis indsatsen spredes ud over flere afdelinger og sygdomsområder, herunder eventuelt det psykiatriske område. Samtidig vil det være hensigtsmæssigt, at målgruppen afstemmes med kommunerne, så der er enighed om, hvad der karakteriserer en sårbar familie.

Målet er på længere sigt, at **360 grader** indsatsen bliver et tilbud i hele Region H til alle sårbare børnefamilier, som kommer i kontakt med sundhedsvæsnet pga. alvorlig sygdom eller ulykke. I en sådan model skal hvert akuthospital derfor have deres eget tværfaglige team, som kan være forankret i en tværsektoriel enhed. Det skal desuden overvejes, om målgruppen skal omfatte psykiatrien. Samtidig skal der arbejdes på, at screening og identifikation af patienterne indarbejdes i eksisterende registreringsskemaer.

Etablering af indsatsen med tværfaglige team på alle akuthospitaler og automatisk screening kræver imidlertid, at der er foretaget en tydelig afgrænsning af målgruppen, og at der foreligger solid dokumentation for behovet og for en markant effekt.

De aktuelle anbefalinger tager derfor udgangspunkt i, at **360 grader** indsatsen i første omgang etableres som en regional udgående funktion med ét tværfagligt team, der kan betjene alle somatiske voksenafdelinger i Region H, og at identifikationen foregår ved subjektiv vurdering af behovet hos den enkelte patient/familie.

I denne form vil det være muligt at få implementeret og afprøvet tilbuddet i længere tid med henblik på at få afgrænset målgruppen; få beskrevet indsatsen mere præcist; og få planlagt og gennemført en egentlig effekt-måling. En længerevarende afprøvning vil samtidig give mulighed for at teste, om det tværfaglige team efter indkøringsperioden kan blive mere effektive og gennemføre forløb med flere familier, når de får etableret gode relationer med vigtige samarbejdspartnere.



Anbefalingerne er inspireret af resultater og erfaringer fra udviklingen af indsatsen og omfatter både de ændringer, som er foretaget undervejs i afprøvningen – og dem, som skal sættes i værk på kort sigt.

### Anbefalinger vedr. indsatsen

- Ændring af målgruppen fra "socialt udsat" til "(særligt) sårbar" (med risiko for at blive udsat)
- Evt. udvidelse af det tværfaglige team med en pædagog
- Flexibilitet i forhold til varighed af forløb og evt. mulighed for opfølgning efter afslutning af forløbet
- Evt. anvendelse af FIT (Feedback Informed Treatment) til styring af de enkelte forløb
- Evt. tilbud om grupper for unge i familier, som er i et forløb
- Større inddragelse af kommunerne
- Afholdelse af tværsektorielle netværksmøder undervejs i forløbet
- Inspiration fra IPLS (InterProfessionel Læring og Samarbejde) i forhold til samarbejde på tværs af fag og sektorer

### Anbefalinger vedr. organiseringen

- Fysisk forankring af det tværfaglige team i TVFP med
  - ✓ udvidet/fuld adgang til patienternes journaler
  - ✓ faglig forankring i "Klinik for psykologi, pædagogik og socialrådgivning", JMC, RH
  - ✓ faste kontordage på udvalgte afdelinger
- Samarbejdsaftaler med hospitalsafdelinger inkl. aftaler vedr.
  - ✓ allokering af tid/ressourcer til tovholder
  - ✓ kompetenceudvikling af personalet i forhold til identifikation af sårbare børnefamilier
  - ✓ deltagelse i møder på afdelingsniveau
  - ✓ mulighed for faste kontordage
  - ✓ tolkebistand
- Udvikling af en form for drejebog/metodehåndbog/faglig retningslinje, som beskriver **360 grader** indsatsen og det faglige fundament
- Interne faglige drøftelser på sagsniveau og regelmæssig ekstern supervision
- Løbende evaluering og justeringer af indsatsen med udgangspunkt i erfaringer fra praksis
- Evt. etablering af panel med unge, som har været i et forløb sammen med deres familie
- Samarbejde med de palliative afsnit og evt. med socialsygeplejerskerne
- Tilbud til afdelingerne om konsulentbistand fra det tværfaglige team på udfordrende sager, fx i forhold til underretninger
- Regelmæssig status (samlet og på sagsniveau) til samarbejdspartnere, både i sygehusafdelinger og kommuner

## Anbefalinger vedr. projektrammerne

- Inddragelse af både regionale og kommunale aktører i udviklingen af indsatsen
- Evt. ansættelse af det tværfaglige team inden interventionsperioden, så de kan være med til afklaring af målgruppen, beskrivelse af indsatsen, udvikling af metoder osv.
- Mindst 2 års afprøvning
- Honorering af lokale tovholdere
- Forventningsafstemning, begrebsafklaring, rollefordeling og teambuilding med det tværfaglige team og lokale tovholdere
- Måltrettet planlægning af kompetenceudvikling
- Inddragelse af det tværfaglige team i styregruppe (og referencegruppe)
- Kommissorium for eventuel referencegruppe
- En-til-en samtaler mellem projektleder og teammedlemmer med 3-4 ugers mellemrum

## Perspektiver

**360 grader** indsatsen er en social indsats i sundhedsvæsenet, og flere har givet udtryk for, at den måske burde ligge i kommunalt regi. Spørgsmålet er, om det ikke vil være optimalt, hvis en indsats som **360 grader**, både organisatorisk og økonomisk, bliver varetaget i et tæt samarbejde mellem hospital og kommune. Det vil bl.a. kunne bidrage til at sikre, at det tværfaglige team har myndighedsansvar.

Det er en klar forventning, at **360 grader** indsatsen vil kunne betale sig økonomisk, både for de kommunale aktører og for hospitalerne. På hospitalet, fordi patienten bedre vil kunne gennemføre sin behandling, når rammerne er mindre kaotiske. I kommunen, fordi tilbuddet vil kunne bidrage til at identificere de sårbare børnefamilier tidligere, så kommunen får bedre mulighed for at hjælpe familien på lavere trin på den kommunale indsatsstige end ellers.

En cost-benefit-analyse (CBA) vil kunne vise, om indsatsen medfører en besparelse eller i hvert fald er udgiftsneutral. En sådan analyse kræver en kvantitativ effektmåling i et randomiseret, kontrolleret studie (RCT). Derfor har TVFP siden september 2014 forsøgt at skaffe midler til en etablering af indsatsen med henblik på at skabe grundlag for et RCT.

Der er *for* søgt finansiering fra Forebyggelsespuljen til 6 måneders forlængelse; fra TVÆRS puljen til at teste et design for et RCT studie af indsatsen; til 12 måneders forlængelse hos HELSE fonden og Kræftens Bekæmpelse (Knæk Cancer); og i TrygFonden til en etablering af indsatsen i hele Region H, organiseret med ét team i en regional udgående funktion i 2 år.

I sommeren 2015 har der været kontakt med Skandia<sup>10</sup> vedr. muligheden for beregning af det økonomiske potentiale i indsatsen. I efteråret 2015 er der taget kontakt til Tværsektoriel Forskningsenhed<sup>11</sup> med henblik på at undersøge effekten af **360 grader** indsatsen i et tværsektorielt forskningsprojekt med fokus på forebyggelse og reduktion af social ulighed i den tidlige barndom.

---

<sup>10</sup> Skandiamodellen; et nyt initiativ, som skal styrke den forebyggende indsats over for børn og unge i Danmark ved at hjælpe kommunerne med at beregne den langsigtede værdi af sociale investeringer

<sup>11</sup> En enhed i Region H, som bygger bro mellem forskning og praksis i forhold til at forbedre kvaliteten af patientforløb på tværs af kommuner, hospitaler og almen praksis

## Referencer

- Appel CW et al (2013): Early Parental Death and Risk of Hospitalization for affective Disorder in Adulthood. *Epidemiology* 24(4): 1-8
- Dansk Selskab for IPLS (2014): Om interprofessionel læring og samarbejde i sundhedsvæsenet
- Duncan B, Miller SD et Hubble M (2007). How being bad can make you better. *Psychotherapy Networker*
- Fischer C (2013): Darwinismen hersker i det danske sundhedsvæsen. Debatindlæg i Politiken, 26. marts 2013
- Gabriak BR et al (2007): The impact of parental cancer on the adolescent: An analysis of the literature. *Psycho-Oncology* 16: 127-137
- Grønvold M et al (2006): *Kræftpatientens verden*. København: Kræftens Bekæmpelse
- Huizinga GA (2004): Stress response symptoms in adolescent and young adult children of parents diagnosed with cancer. *European Journal of Cancer* 41: 288-295
- Krattenmacher T et al. (2012). Parental cancer: Factors associated with children's psychosocial adjustment – a systematic review. *Journal of Psychosomatic research* 72: 344-356
- Kræftens Bekæmpelse (2013): *Kræftframtens behov og oplevelser gennem behandling og i efterforløbet*. Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse 2013
- Larsen HB (2013): *Den navigerende sygeplejerske - emotionel og social støtte til forældre med kræftsyrge børn*. I: Christiansen I et Maier CM (red.): *Patientstøtte - før, under og efter sygdom*. København: Hans Reitzel
- Marselisborg Centret (2004): *Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*
- Mehlsen MY et al (2007): Psykosociale problemer og behov hos kræftpatienter. *Ugeskrift for Læger* 169(18)
- Miller SD (2004): *Beyond Integration: the Triumph of Outcome Over Process in Clinical Practice*
- Osborn T (2007): The psychosocial impact of parental cancer on children and adolescents: a systematic review. *Psycho-Oncology* 16: 101-126
- Pedersen L et Birket-Smith M (2007): Depression hos kræftpatienter – med fokus på kræftpatienter i den palliative fase. Statusartikel, *Ugeskrift for Læger* 169(44)
- Region H (2013): *Kronikerprogrammet 2010-2012 - resultater og perspektiver*
- Sieh DS et al. (2010): Problem Behavior in Children of Chronically Ill Parents: A Meta-Analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 13: 384-397
- Sundhedsstyrelsen (2012): *Sociale forholds betydning for håndtering af børn med kronisk sygdom*
- Thorsen L et al (2011): Cancer patients' needs for rehabilitation services. *Acta Oncologica* 52(2)
- Visser et al (2004): The impact of parental cancer on children and family: a review of the literature. *Cancer treatment Review*; 30: 683-694
- WHO (2010): *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practise*

## **Bilag**

## Bilag 1: Procedure for identifikation og henvisning

NY FORENKLET VERSION  
juli 2014

### Procedure for identifikation og henvisning til Det Tværfaglige Team

Identifikationen af børnefamilier, som skal tilbydes henvisning til det tværfaglige team, foregår med afsæt i personalets subjektive vurdering.

**Alle** patienter, som kan have gavn af indsatsen i 360 grader-projektet, skal så vidt muligt have tilbud om en henvisning.

1. Vær særligt opmærksom, når en patient, som har børn i alderen 0-18 år, viser tegn på sociale/psykosociale udfordringer<sup>12</sup>
2. Kontakt evt. det tværfaglige team mhp sparring<sup>13</sup>
3. Orienter patienten/familien om tilbuddet og udlever folderen
4. Informer internt i afdelingen om, at evt. henvisning til det tværfaglige team er i proces
5. Indhent mundtligt samtykke hos patienten vedr. henvisning
6. Kontakt det tværfaglige team pr. telefon eller mail og videregiv patientens/familiens kontaktdata
7. Stå til rådighed for temaet med relevant information om patienten/familien

Hvis en børnefamilie, som giver anledning til bekymring, *ikke* ønsker at tage imod tilbuddet om henvisning til det tværfaglige team, er det ekstra vigtigt, at personalet opfylder deres underretningspligt<sup>14</sup>.

---

<sup>12</sup> En række objektive forhold kan påvirke evnen til at navigere i sundhedsvæsenet. Fx enlig mor/far; spinkelt netværk; overførselsindkomst, forsørgelse af ægtefælle/samlever eller ingen indkomst; ingen uddannelse; ingen tilknytning til arbejdsmarkedet; dårlige/ustabile boligforhold; psykisk sygdom/sårbarhed; risikoforbrug af alkohol, andre rusmidler eller afhængighedsskabende medicin; udeblivelser fra aftaler; anden etnisk baggrund end dansk/ ikke dansktalende.

<sup>13</sup> For at understøtte identifikationen, vil Det Tværfaglige Team, når der er behov for det, være til stede ved daglige tavlemøder, daglige/ugentlige sygeplejekonferencer og/eller lign, hvor der sker en gennemgang af patienterne.

<sup>14</sup> Alle offentligt ansatte fagpersoner skal underrette kommunen, hvis de får kendskab til forhold, der giver anledning til at formode, at en ung under 18 år har behov for særlig støtte. Fagpersoners underretningspligt går forud for deres tavshedspligt!

## Bilag 2: Samtykkeerklæring

### **SAMTYKKEERKLÆRING**

vedr. deltagelse i "360 grader" forløb

Jeg giver hermed samtykke til, at en socialrådgiver og en psykolog (Det Tværfaglige Team), som er ansat på XXX Hospital for at støtte mig og min familie, i forbindelse med "360 grader" tilbuddet:

- kan få adgang til informationer i min journal, som er relateret til mit aktuelle sygdomsforløb
- må tage kontakt til den kommune, hvor jeg bor – og udveksle informationer, som er relevante ift. formålet med "360 grader" forløbet
- må orientere min læge om, at jeg er med i et "360 grader" forløb
- kan kontakte min nærmeste pårørende, hvis de ikke kan få fat i mig

Formålet er, at min familie skal komme så godt som muligt igennem mit sygdomsforløb.

Jeg har fået udleveret en folder med skriftlig information om tilbuddet, som er iværksat af Tværfagligt Videnscenter for Patientstøtte.

Jeg kan tilbagekalde mit samtykke, så længe oplysningerne ikke er videregivet.

En kopi af denne erklæring kan udleveres til mig.

Tværfagligt Videnscenter for Patientstøtte opbevarer originalen.

XXX Hospital, den.....

#### **Patienten**

Navn .....

Cpr.nr. ....

Underskrift .....

#### **Det Tværfaglige Team**

Navn og titel .....

Underskrift .....

## Bilag 3: Skabelon til samarbejdsaftale

### **Samarbejdsaftale med afdeling xxx i xxx kommune vedr. deltagelse i projektet '360 grader rundt om den socialt udsatte familie i sundhedsvæsn'**

Følgende aftale er indgået mellem xxx kommune v/ xxx (navn, titel og afdeling) og Tværfagligt Videnscenter for Patientstøtte v/ centerleder Carolina Magdalene Maier.

#### Afdelingens bidrag til projektet (2014-2015)

Afdeling xxx i xxx kommune deltager i projektet med fagkyndig kompetence i forhold til lovgivningsmæssige forhold på børne-/familieområdet samt med information omkring xxx kommunes tilbud og foranstaltninger til udsatte børn og børnefamilier.

Hvis det viser sig, at en familie, som modtager støtte i regi af projektet, har problematikker, der hører til på et andet forvaltnings- eller lovgivningsområde (fx beskæftigelseslovgivningen), er afdeling xxx behjælpelig med at skabe kontakt til den pågældende forvaltning, men yder derudover ingen faglig sparring/rådgivning.

#### Omfang af afdelingens deltagelse

Afdeling xxx deltager i følgende aktiviteter:

#### **1. Samarbejde med psykolog og socialrådgiver fra Herlev/Hvidovre Hospital om familier fra xxx kommune, som modtager støtte i regi af projektet (april 2014 – marts 2015)**

- Et indledende møde, hvor den konkrete families udfordringer drøftes; der lægges en plan for indsatsen i hospitalsregi; og det drøftes, hvordan familien/ barnet bedst støttes ved overgangen fra hospitalsregi til kommunalt regi
- Møder undervejs, når der er behov for en status på igangværende forløb

#### **2. Udvikling af indsatsen og af samarbejdet mellem hospital og kommune**

- Møde(r) med projektleder Tine Jerris om praktiske forhold relateret til projektet
- Bidrag til beskrivelse af xxx kommunes tilbud til socialt udsatte familier
- Deltagelse i midtvejs-seminar (december 2014) – og workshop (februar 2015)

Der vil ikke være krav til dokumentation af afdelingens indsats i projektet. Al dokumentation af projektet foretages af Tværfagligt Videnscenter for Patientstøtte.

.....

Dato

.....

Carolina Magdalene Maier

Centerchef

Tværfagligt Videnscenter for Patientstøtte

.....

Dato

.....

xxx (navn)

xxx (titel)

xxx (afdeling)

xxx (kommune)

## Bilag 4: Skabelon til rehabiliteringsblad

### Rehabiliteringsblad

#### Patienten

navn:.....

adresse:.....

personnummer:.....

#### Børn

navn og personnummer:

.....  
.....  
.....

**Hvilken periode var familien tilknyttet 360 grader tilbuddet ?**

**Hvorfor blev patienten/familien henvist ?**

**Hvad var målet med indsatsen i starten af forløbet ?**

**Hvordan er status i forhold til de opsatte mål ved afslutningen af forløbet ?**

**Hvilke særlige opmærksomhedspunkter er der ved afslutningen af forløbet ?**

**Hvilke konkrete aftaler er der med kommunen ift. barn/børn og ift. den voksne ?**

**Kontaktinformationer på alle relevante aktører** fx kontaktsygeplejerske på stamafdeling, egen læge, sagsbehandler i kommune, skole, daginstitution, arbejdsplads, familie, venner, naboer, ...

Professionelle

Netværk

**Andet**



## Bilag 5: Orientering til den praktiserende læge

### Tekst til korrespondancemeddelelse til egen læge

#### VED START

Din patient er i cirka 3 måneder fra (dato) med i et "360 grader" forløb.

Det betyder, at patienten/familien får støtte fra en psykolog og en socialrådgiver i samarbejde med familiens hjemkommune.

Formålet er, at hele familien skal komme så godt som muligt igennem det aktuelle sygdomsforløb.

Patienten har givet sit samtykke til, at vi orienterer dig.

Du kan evt. læse mere om projektet på

<http://www.regionh.dk/patientstoette/menu/Projekter/Udviklingsprojekter/360+grader+rundt+om+den+socialt+udsatte+familie+i+sundhedsvaesenet.htm>

Hvis du har spørgsmål, er du velkommen til at kontakte projektleder Tine Jerris, [tine.jerris.01@regionh.dk](mailto:tine.jerris.01@regionh.dk), 2911 0793.

#### VED SLUT

Din patient har fra (dato) til (dato) været med i et "360 grader" forløb.

Det betyder, at patienten/familien har fået støtte fra en psykolog og en socialrådgiver i samarbejde med familiens hjemkommune.

Formålet var, at hele familien skulle komme så godt som muligt igennem det aktuelle sygdomsforløb.

Patienten har givet sit samtykke til, at vi orienterer dig.

Du kan evt. læse mere om projektet på

<http://www.regionh.dk/patientstoette/menu/Projekter/Udviklingsprojekter/360+grader+rundt+om+den+socialt+udsatte+familie+i+sundhedsvaesenet.htm>

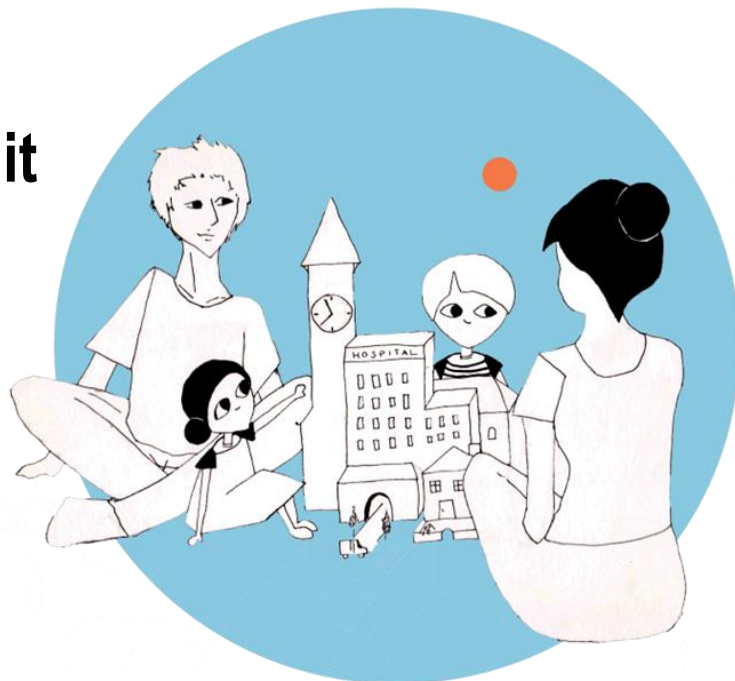
Hvis du har spørgsmål, er du velkommen til at kontakte projektleder Tine Jerris, [tine.jerris.01@regionh.dk](mailto:tine.jerris.01@regionh.dk), 2911 0793.

## Hvordan har du oplevet dit 360 grader forløb?

De sidste 3-4 måneder har du været med i et forløb, hvor du og din familie har fået støtte fra en socialrådgiver og en psykolog.

I øjeblikket er 360 grader indsatsen kun et forsøg, som afprøves i et projekt.

For at gøre os håb om, at indsatsen kan blive et fast tilbud, er vi nødt til at undersøge, om den virker efter hensigten.



Derfor håber vi, at vi må ringe til dig om en måneds tid og stille nogle spørgsmål om din oplevelse af forløbet. Interviewet varer højst ½ time.

Undersøgelsen gennemføres af Tværfagligt Videnscenter for Patientstøtte – og det vil være en medarbejder fra videnscentret, som ringer til dig.

- Hvis du ombestemmer dig, kan du altid trække dit tilsagn om deltagelse tilbage.
- Hvis det passer dårligt, lige når du bliver ringet op, kan vi prøve igen på et andet tidspunkt.
- Hvis det er bedre, at vi taler med en af dine pårørende, er det fint med os.

Mange hilsner

Tine Jerris  
Projektleder

### TILSAGN om DELTAGELSE

Jeg vil gerne deltage i et telefoninterview om mit 360 grader forløb. Svarene vil blive analyseret og beskrevet samlet i en rapport, som forventes at udkomme senest i starten af 2016.

Jeg kan ringes op om cirka en måned på telefon: .....

.....

Dato og navn



## Bilag 7: Konklusion og opmærksomhedspunkter fra KORA

[Kvalitativ interviewundersøgelse af 360-grader indsats til sårbare patienter og deres familier, august 2015]

Samlet set viser undersøgelsen blandt de involverede parter i 360-grader indsatsen, at en indsats som denne opfattes som havende sin berettigelse – særligt hvis målgruppen gøres bredere, og indsatsen spredes ud over flere afdelinger og sygdomsområder, herunder eventuelt det psykiatriske område.

Det har været gennemgående for alle interviewpersoner i undersøgelsen, at de har kunnet se behovet for at yde støtte til sårbare familier, som rammes af alvorlig sygdom, og de har fået en oplevelse af, at indsatsen har haft positiv betydning for familierne.

Det skal dog pointeres, at interviewundersøgelsen alene har haft fokus på fagprofessionelle og patienters opfattelser og selvvaluerede udbytte af indsatsen, og ikke har medtaget spørgsmål om eksempelvis økonomi og langtidseffekter for familien.

Skal man fortsætte en 360-grader indsats i sygehusregi, er der samlet set nogle opmærksomhedspunkter, som denne interviewundersøgelse peger på, at det er vigtigt at tage højde for:

- Det skal overvejes, om målgruppen skal bredes ud og omfatte fx psykiatrien
- Det skal overvejes, om tværfaglige teams kan deles på tværs af afdelinger, og dermed sikre et bedre patient flow
- Der skal fortsat arbejdes ud fra en opsøgende model, og de tværfaglige teams skal fortsat, som minimum, bestå af en psykolog og en socialrådgiver
- Det skal overvejes, om indsatsperioden til den enkelte patient og familie skal kunne udvides, hvis der fagligt vurderes at være behov – og om der skal være mulighed for opfølgning efter afslutning af forløbet
- Der skal udvikles en form for drejebog/metodehåndbog/faglig retningslinje, som beskriver 360-grader indsatsen og underliggende elementer i indsatsen
- Det skal overvejes, hvordan de tværfaglige teams fungerer sammen med fx palliative teams, ungeteams eller tilsvarende
- Ansættelse af nye tværfaglige teams skal indledes med en forventningsafstemning og en form for teambuilding
- Der skal sikres en organisering af indsatsen, som understøtter, at der løbende kan finde vidensudveksling, erfaringsopsamling og sparring sted blandt de tværfaglige teams
- Der skal arbejdes på, at screening og identifikation af patienterne indarbejdes i de eksisterende skemaer
- De tværfaglige teams skal have fuld adgang til patienternes journaler
- Der skal arbejdes på en stærkere integrering af kommunerne i indsatsen
- Der skal løbende sikres tydelighed af indsatsen i både rekrutterende sygehusafdelinger og samarbejdende kommuner, og blandt andet gives en regelmæssig status til parterne
- En eventuel videreførsel af 360-grader indsatsen, eller en afprøvning af en lignende indsats i andre sygehusafdelinger, bør løbe over minimum to år

## Bilag 8: Eksempel på et 360 grader forløb

NN hører om 360 grader tilbuddet fra en sygeplejerske og takker med det samme ja.

**Forløbet starter** med en indledende, afklarende samtale, hvor NN fortæller det tværfaglige team om sit sygdomsforløb, som starter med mavesmerter to måneder tidligere. Efter en måned får NN konstateret kræft i maveregionen med spredning til lever, nyre og tyktarm. NN opereres akut med fjernelse af det meste af tyktarmen og får anlagt midlertidig stomi. Der er planlagt videre behandling. NN skal til lægelig samtale med yderligere information og planlægning af behandlingsforløbet dagen efter.

NN er kort forinden blevet fyret fra sit job som konsulent i en større privat virksomhed. I samme periode forsøger hendes datter på 19 år at begå selvmord med indtagelse af sovemedicin. NN er meget bekymret for datteren, som i et års tid op til selvmordsforsøget har været meget belastet. NN's søn på 14 år har kontakt med skolepsykologen, som han har haft to samtaler med. NN bor alene med sine to børn.

NN oplever, at børnene har svært ved at forholde sig til sygdommen og ønsker hjælp til, at de kan få talt om det. Hun fortæller, at hun har haft svært ved at tackle, hvordan venner og familie har reageret på beskeden om, at hun har kræft. Hun har ikke overskud til at rumme andres reaktioner og forestillinger om fremtiden.

NN er meget bekymret for økonomien og magter ikke selv at gøre noget ved det pt. Hun har søgt om engangssum ved kritisk sygdom. Hun taler om følelsen af at miste kontrol. Det betyder meget for hende, at kunne deltage i sønnens forestående konfirmation, og hun vil helst vente med behandling til efter konfirmationen.

Muligheder for aflastning i relation til sønnens konfirmation drøftes. Det aftales, at socialrådgiveren undersøger økonomi i forhold til sygdomsperioden, melder tilbage til NN og evt. har en opfølgende samtale. Psykologen aftaler en familiesamtale med NN og hendes børn 14 dage senere. Målet er for NN, at de kan "få talt om sygdommen, og hvordan vi som familie tackler de udfordringer, det medfører".

**10 dage efter** den indledende samtale, ringer NN og fortæller, at hun har fået tilsendt et skema fra kommunen vedrørende sin sygemelding, som hun ønsker hjælp til at udfylde. Det aftales at holde møde efter familiesamtalen (4 dage senere) for at udfylde skemaet.

Familiesamtalen omfatter en drøftelse af, hvordan der kan gøres plads til de individuelle behov, når man er meget forskellige steder. Der tales om ansvar og praktiske opgaver i hjemmet; hvordan man kan lave aftaler, så man undgår misforståelser og konflikter. Der tales om forventninger til hinanden og bedre kommunikation. NN's søn ønsker at bo hos en onkel i perioder, da det kan være svært at finde ro i hjemmet. Mulighederne drøftes.

Socialrådgiveren vejleder NN i udfyldelse af det skema, som hun skal sende til kommunen, og det aftales, at socialrådgiveren kontakter kommunens jobcenter med henblik på, at NN bliver fritaget for kontakt og opfølgning i jobcenter regi. NN's datter spørger, om socialrådgiveren kan være behjælpelig med at skaffe hende en bolig, og om hun skal søge kontanthjælp nu eller sætte det på hold i tilfælde af, at hendes mor får brug for pleje derhjemme. Datteren henvises til at kontakte Borgerservice for at få afklaring vedr. kontanthjælp og bolig.

**3 uger senere** har NN en samtale med psykologen, hvor hun fortæller, at hun er under udredning på grund af fortsatte og tiltagende smerter i maven. NN er meget belastet pt. og "har ikke haft tid til at fokusere på sygdommen og forholde sig til sin situation". Hun har god støtte i en tæt veninde. Hun fortæller, at hun var hårdt stressramt og sygemeldt en periode for 7 år siden, og drøfter med psykologen, hvilken betydning og konsekvenser det har haft for familien/ relationen til hendes børn.

Ved næste psykologsamtale **14 dage senere** fortæller NN, at det, der fylder mest pt., er behandlingen og oplevelsen af manglende information og indsigt i sygdomsforløbet. Samtalen handler om, hvilke muligheder der er for at søge hjælp og information, og hvilken betydning det har for hende at leve i uvished. Hvad kan man gøre, når man ikke kan gøre noget.

Næste (og sidste) familiesamtale holdes **1½-2 måneder efter** den første med deltagelse af både socialrådgiver og psykolog. Ved samtalen gøres status på: hvordan det går derhjemme; hvordan det er gået siden sidst; hvad de hver især har behov for at drøfte i dag; og hvilke mål de har fremover.

Det går meget bedre i hjemmet, der er mere ro på, særligt efter confirmationen, og de er blevet bedre til at kommunikere og gøre plads til hinanden, men der er stadig usikkerhed omkring mors fremtidsudsigter. Samtalen omfatter en drøftelse af datterens aktuelle situation herunder job, bolig og uddannelse; og af NNs frustration over manglende følelse af kontrol og håndteringen af dette. Børnene oplever, at NN er meget nærtagende og samtalen omfatter en dialog om, hvad det kan være udtryk for. Det fungerer godt, at sønnen en periode bor hos sin onkel, mens NN får kemo.

Det aftales, at socialrådgiveren kontakter kommunen med henblik på et overleveringsmøde med NN, og at hun skal undersøge datterens mulighed for at søge kontakthjælp.

**En uge efter** familiesamtalen informerer socialrådgiveren telefonisk kommunen om den sidste udvikling i NN's sygdomsforløb, og om de kommende planer for behandling og status. Kontaktpersonen i kommunen spørger, hvor hun skal sende anmodning om statusattest, da NN er i behandling på to hospitaler. NN fritages yderligere 5 uger fra at indgå i kontaktforsøg i jobcenterregi.

**10 dage efter** familiesamtalen vejleder socialrådgiveren NN's datter i regler for kontanthjælp og forsørgerpligt for samboende. Datteren opfordres til at kontakte kommunen med henblik på ansøgning om kontanthjælp.

**Knap 3 uger efter** familiesamtalen holdes en afsluttende psykologsamtale med status siden sidst. NN er bekymret for sin datter, som har sagt, at hun ikke har noget at leve for, og NN og psykologen taler om muligheder for at støtte datteren i at søge hjælp. Desuden følges op på de formulerede mål og temaer gennem forløbet, og hvor NN og familien er i dag. NN har taget kontakt til psykolog via sundhedsforsikringen, da hun ønsker fortsat støtte gennem sygdomsforløbet, hvilket psykologen også anbefaler. NN vil søge om henvisning til genoptræning via egen læge.

**10 dage senere** afsluttes forløbet ved et netværksmøde med deltagelse af NN, det tværfaglige team, en kontaktsygeplejerske og den kommunale kontaktperson. Det tværfaglige team informerer sammen med NN om 360 grader forløbet. De fortæller, at det har været en sårbar tid for familien, og at det formentlig også bliver en hård tid, der ligger foran familien med den forestående operation og ukendt prognose for NN. NN angiver, at hun er meget bekymret for sin datter, som har det psykisk dårligt og er stoppet på sit studie. Hun angiver, at det har været en stor hjælp at tale med psykologen sammen med sine børn, men at hun har brug for yderligere hjælp på den front.

Den kommunale kontaktperson oplyser, at familien formentlig kan tilbydes forløb i kommunens familiehus, hvor begge børn kan indgå, og hvor de kan tale videre om kommunikationen i familien og om belastninger som følge af NN's sygdom. Den kommunale kontaktperson koordinerer NN's sag i forhold til jobcentret.

### Efterskrift

Om 360 grader forløbet siger NN blandt andet:

*"360 grader forløbet har været en kæmpe støtte for mig og min familie. I (det tværfaglige team (red.)) er gået hurtigt ind, og har hjulpet os med netop det, som har været VORES behov. Det at få et rum til at snakke om de ting, der er svære at tage op derhjemme, har været en gave. Det har givet mig mere ro og overskud i hverdagen, og som familie er vi blevet bedre i stand til at lytte til hinanden. Det er ikke længere "farligt" at tale om min sygdom. Og det i sig selv er en stor lettelse".*

Ni måneder efter forløbet fortæller NN, at hun og hendes børn har haft et rigtig godt forløb i familiehuset, at datteren er begyndt at studere igen, og at sønnen har fået overskud til at genoptage sin tidligere aktive fodboldkarriere. Et år senere er NN erklæret sygdomsfri, datteren har besluttet at holde pause i studiet og har fået arbejde, og sønnen er på vej på idrætsefterskole.