

## Differentieringsmodellen

Vi skal forskelsbehandle for at lige-behandle.

Modellen er lavet ud fra en tænkning om, at "de der kan selv - skal selv" og at "de, der er mest sårbare/socialt udsatte", skal have mere hjælp for at sikre, at de får de sundhedstilbud og kommunale indsatser, der er relevante for dem. Desuden skal modellen medvirke til at sikre en mere hensigtsmæssig ressourceudnyttelse.

Modellen er et dialogredskab, som skal bruges i det tværsektorielle samarbejde til at afklare de gensidige forventninger til samarbejdsintensiteten omkring konkrete borgere.

Der er udarbejdet slides som kan bruges til introduktion til brugen af modellen og til vejledning for brugen af modellen. (**under udarbejdelse**)

### Oversigt over niveauer for samarbejdsintensitet omkring borgere med psykisk sygdom:

Niveau	Baseret på en vægtning af flere faktorer:	Organisering af samarbejdet mellem parterne:	Borgerens rolle/mestringsevne:
<b>0</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• sværhedsgraden af sygdom/sygdomme (psykisk og somatisk)</li><li>• kompleksitet ift. sociale problematikker</li><li>• egenomsorgskapacitet / mestringsevne</li><li>• compliance (samarbejde om egen sygdom)</li><li>• funktionsniveau og rehabiliterings-potentiale</li><li>• samlede ressourcer (netværk, robusthed, IQ)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Almen praksis og speciallæger</li><li>• Regionspsykiatrien (specialiseret, stationær og ambulat)</li><li>• Kommuner (social indsats, beskæftigelsesindsats, myndighed, sundheds indsats)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• - hovedaktør i eget liv</li></ul>
<b>1</b>	Borgeren har ikke brug for assistance til at overholde aftaler eller koordinere eventuelle parallelle forløb	<ul style="list-style-type: none"><li>• Orientering til egen læge via epikrise</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Borgeren har sygdomserkendelse og er fuldt og helt i stand til at styre sin egen sag og evt. koordination mellem forskellige aktører</li></ul>
<b>1</b>	Borgeren er den aktive part, men kan have behov for let assistance til at overholde aftaler i forhold til fx koordinering af serielle og parallelle forløb	<ul style="list-style-type: none"><li>• Orientering til egen læge via epikrise</li><li>• Orientering til kommunen.</li><li>• Teknologiske hjælpemidler til borgeren, til selv at holde overblik/få erindringer om aftaler</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Borgeren har brug for minimal og punktuelt understøttelse i forbindelse med enkelte opgaver i relation til sin sag</li></ul>

Niveau	Baseret på en vægtning af flere faktorer:	Organisering af samarbejdet mellem parterne:	Borgerens rolle/mestringsevne:
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sværhedsgraden af sygdom/sygdomme (psykisk og somatisk)</li> <li>• kompleksitet ift. sociale problematikker</li> <li>• egenomsorgskapacitet /mestringsevne</li> <li>• compliance (samarbejde om egen sygdom)</li> <li>• funktionsniveau og rehabiliteringspotentiale</li> <li>• samlede ressourcer (netværk, robusthed, IQ)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Almen praksis og speciallæger</li> <li>• Regionspsykiatrien (specialiseret, stationær og ambulat)</li> <li>• Kommuner (social indsats, beskæftigelsesindsats, myndighed, sundhedsindsats)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• - hovedaktør i eget liv</li> </ul>
3	<p>Borgeren kan deltage, men er ikke den aktive part.</p> <p>Der er behov for en koordinering af forløb og for fastholdelse i rehabiliterings- og behandlingsindsatser</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der udarbejdes altid udskrivningsaftale/koordinationsplan, i forbindelse med indlæggelse.</li> <li>• Der udpeges altid en koordinerende funktion med en klar ansvarsfordeling</li> <li>• Alle patienten/borgerens planer skal koordineres</li> <li>• Der aftales løbende netværksmøder (video) og opfølgning på planerne</li> <li>• Egen læge involveres i det omfang, det er nødvendigt. Evt. netværksmøder via video eller afholdes i lægepraksis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Borgeren har kognitive forstyrrelser pga. sin psykiske sygdom og ofte manglende sygdomserkendelse. Borgeren har behov for en håndholdt indsats og periodevist behov for, at de professionelle tager over og tager ansvaret.</li> </ul>
4	<p>Borgeren kan ikke deltage, men er afhængig af en koordinerende funktion, der har overblik over parallelle og serielle forløb. Der er behov for assistance til gennemførelse af behandling og rehabilitering</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tværsektorielt teambaseret samarbejde</li> <li>• Der foreligger en konkret aftale om hvilke patienter, der er omfattet af samarbejdet - aftalt mellem de deltagende parter.</li> <li>• Samarbejdet er personbåret med tæt gensidigt kendskab</li> <li>• Evt. fælles supervision</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Borgeren har så betydelige kognitive forstyrrelser pga. sin psykiske sygdom, evt. manglende sygdomserkendelse og magter ikke at samarbejde om og fastholde indsatsen.</li> </ul>