

VESTEGNSPROJEKTET

INDHOLD:

- ANSØGNING
- BILAG 1-5

KONTAKT:

THOMAS LUND

SOCIALMEDICINSK CENTER

FREDERIKSBERG HOSPITAL

THOMAS.LUND.01@REGIONH.DK

+45 6151 5754

Ansøgning – A.P. Møllerske Støttefond

Socialindsatsens Program 1; Flere udsatte borgere i uddannelse eller arbejde

Fokusområde: Livsmestring, uddannelse og arbejde

Vestegnsprojektet

– økonomiske, uddannelses- og beskæftigelsesmæssige effekter af en tværfaglig, helhedsorienteret indsats for udsatte voksne, der tager udgangspunkt i den udsatte borgers egne ressourcer samt solid socialfaglig og socialmedicinsk viden.

Ishøj, Albertslund, Brøndby, Hvidovre, Rødovre og Tårnby/Dragør Kommuner ønsker sammen med Socialmedicinsk Center at afklare om en regional / kommunal samarbejdsmodel med inddragelse af et regionalt socialmedicinsk tværfagligt team er en kost-effektiv metode til at hjælpe borgere med en længerevarende kontanthjælpshistorik i beskæftigelse eller uddannelse. Dette afklares i det foreslåede forskningsprojekt, som inkluderer 400 borgere på kontanthjælp, som har modtaget offentlig forsørgelse i 1-7 år. Målgruppen er borgere, der i kommunen er kategoriseret som aktivitetsparate, og hvor den almindelige kommunale indsats ikke har hjulpet dem på arbejdsmarkedet. De fordeles i to grupper (indsats og kontrol). Viser samarbejdsmodellen sig kost-effektiv for kommunerne, vil den efterfølgende sættes permanent i drift og kunne udbredes til flere kommuner.

Der ansøges om i alt kr. 23.660.729 (se bilag 2 for budget) til gennemførelse af følgende projekt:

Resumé

Ishøj, Albertslund, Brøndby, Hvidovre, Rødovre og Tårnby/Dragør Kommuner har indgået forskningssamarbejde med Socialmedicinsk Center på Frederiksberg Hospital. Formålet er at afprøve om en ny regional / kommunal samarbejdsmodel om en intensiv, tidsmæssigt afgrænset socialmedicinsk indsats er en effektiv metode til at hjælpe borgere på kontanthjælp i uddannelse eller beskæftigelse. Den socialmedicinske indsats består af en tværfaglig, helhedsorienteret, arbejdsmarkedsrettet og intensiv socialmedicinsk udredning og interventioner tilpasset den enkelte.

Målgruppen er borgere, som har modtaget kontanthjælp mellem 1-7 sammenhængende år og som ikke er kommet i arbejde. Ved projektstart er de enten kategoriseret som aktivitetsparate eller uddannelsesparate. Det er borgere med komplekse problemstillinger såvel helbredsmæssigt som socialt og hvor der i det kommunale system vurderes, at borgeren ikke har den ønskede progression ud fra den vanlige indsats.

Den tværfaglige indsats udgående fra Socialmedicinsk Center adskiller sig fra tidligere afprøvede modeller, idet der tale om en model, der er forankret regionalt med et stærkt tværfagligt team, som smidigt kan inddrage relevante samarbejdspartner i sundheds-, social- og beskæftigelsessystemerne, herunder regionens lægelige specialer, jobcenteret, virksomheder, kommunens socialområde m.m.

Der lægges stor vægt på at måle effekten af indsatsen. Primært måles forskelle i arbejdsmarkedsdeltagelse på indsatsgruppen sammenlignet med en kontrolgruppe. Desuden måles indsatsens kost-effektivitet i samarbejde med et samfundsøkonomisk forskningsmiljø. Hertil kommer en procesvurdering mhp. afdækning af forhold af betydning for implementering af indsatsen. Denne varetages i samarbejde med eksperter i procesvurdering i projekter med et socialt og / eller beskæftigelsesmæssigt fokus.

Projektet skaber værdi, såfremt ovenstående samarbejdsmodel viser, at det er muligt at flytte udsatte borgere fra passiv forsørgelse til uddannelse og / eller job. Dette vil kunne bidrage til en bedre livskvalitet for den enkelte og gavne samfundsøkonomien. Indsatsen og samarbejdsmodellen er konstrueret således, at ifald den har succes, kan den efterfølgende implementeres i et kommunalt / regionalt samarbejde, og udbredes til landets øvrige kommuner. Modellen skal ses som en af flere regionale / kommunale samarbejdsmodeller, der

er i udvikling på arbejdsmarkedsområdet og hvor der er fokus på en kommunale medfinansiering i et kommunalt og regionalt samarbejde til gavn for borgerne.

Baggrund

Region Hovedstadens Vestegnskommuner har gennem de sidste 5 år konsekvent haft ledighedsprocenter, der ligger over landsgennemsnittet¹. Samfundets årlige udgifter til kontanthjælp er betragtelige, og var i 2016 på kr. 23 milliarder². Hver gang en industriarbejder går på kontanthjælp i stedet for på arbejde, koster det samfundet kr. 330.000 om året². Det betyder for det foreslående projekt, at hvis det med indsatsen lykkes at flytte 5 % (svarende til 10 borgere i projektets indsatsgruppe) fra kontanthjælp til beskæftigelse, er projektet tjent ind efter at de 10 borgere har været i arbejde i 6 år. En kontanthjælpsmodtager skal blot have været i beskæftigelse i 4 måneder efter indsatsens ophør, for at indsatsen har tjent sig selv hjem (egne beregninger baseret på^{1,2}). Dette peger således på, at en fokuseret indsats vil gavne samfundsøkonomien. Langtidsledighed er ikke blot er en samfundsøkonomisk belastning, men har ofte også konsekvenser for den enkelte i form af social eksklusion og en følelse af ikke at mestre eget liv. Derudover viser erfaringerne, at jo længere tid en ledig står uden for arbejdsmarkedet, desto sværere er det at genoprette arbejdsmarkedstilknytningen.

Danske undersøgelser viser, at under 10 % af de aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere kommer i job². Baseret på erfaringer fra pilotprojektet i samarbejde med Ishøj Kommune (se nedenstående afsnit) anslås det, at i Ishøj, Albertslund, Hvidovre, Rødovre, Brøndby og Tårnby/Dragør Kommuner har ca. 85 % af alle de borgere, der modtager kontanthjælp, været på denne ydelse i mere end 12 måneder. Der er samlet set ca. 3.500 aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere i de deltagende kommuner.

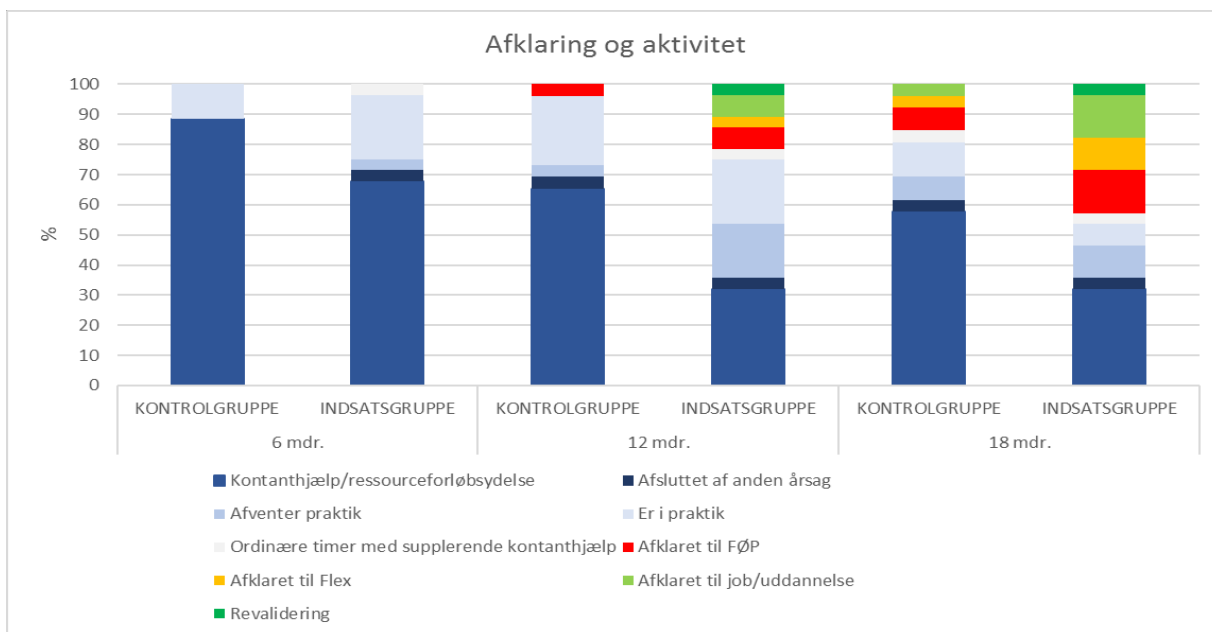
Aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere med komplekse problemstillinger kræver løsninger, der afspejler og imødekommer denne kompleksitet. Flere nationale og internationale studier har vist, at tværfaglige indsatser kan være effektive ift. at øge tilbagevenden til arbejde blandt sygemeldte borgere og borgere med komplekse problemer.^{4,5,6,7,8} Det ser også ud til, at kombinationer af indsatser har bedre effekter end isolerede indsatser hver for sig.¹⁰ De fleste studier afspejler dog, at det kan være svært at påvise effekt, hvis der gives meget forskelligartede indsatser, ligesom det kan være svært at generalisere erfaringer fra andre lande, hvor kulturelle og strukturelle faktorer kan være meget forskellige.

Erfaringer fra danske studier har vist, at det selv mellem enkelte kommuner kan være svært at generalisere fra én kommune til en anden. Det formodes, at det skyldes lokale faktorer, som hvor god man har været til at implementere en indsats, ledelsesmæssig opbakning, ressourcer i det lokale jobcenter samt hvor socialt belastede den pågældende kommunens borgere er, og om man har virksomheder, der mangler arbejdskraft i området^{4,10}. Erfaringen fra danske projekter har været, at opgaven med en sådan indsats ofte er så kompleks og svær at løfte for en kommune alene; især ser det ud til, at der er problemer med at levere en samlet og hurtig koordinering af såvel udredning som indsats sektorerne imellem. Der har ikke været gennemført et forskningsprojekt for kontanthjælpsmodtagere, hvor man tilbyder en indsats på tværs af de forskellige sektorer, hvor hovedaktøren er et regionalt tværfagligt specialiseret team bestående af socialfaglige forløbskoordinatorer, læger, psykologer, fysioterapeuter, der såvel i udredning som indsats kan håndtere alle de udfordringer borgerne har.

Der har været afprøvet forskellige organisatoriske modeller for tværfaglige teams, herunder med forankring i kommunen (fx IBBIS¹¹), og i kombinationer af kommunalt regi og tværfaglige teams (fx Det Store TTA-projekt¹⁰). Der ønskes her afprøvet en model, hvor det tværfaglige team er forankret regionalt, men med tæt samarbejde med de enkelte kommuner, ud fra den hypotese, at kontanthjælpsmodtagere med både komplekse helbredsmæssige-, sociale og beskæftigelsesmæssige problemstillinger, kræver det en helt særlig tværfaglig kompetence (socialfaglig, læge, psykolog og fysioterapeut) og en meget tæt opfølgning, hvilket både aktuelt og på sigt formentlig ikke kan etableres udelukkende i kommunalt regi. Det er hertil en socialmedicinsk erfaring af en del borgere i denne gruppe har helbredsmæssige problematikker, der ikke i de nuværende tilbud håndteres hensigtsmæssigt i forhold til funktionsevne og arbejdsmarked, hverken i udrednings- eller indsatsfase.

Fra pilot- til forskningsprojekt

Det foreslåede forskningsprojekt bygger videre på erfaringer og anbefalinger, der blev opnået i et tidligere gennemført pilotprojekt (Bilag 5): I september 2016 indgik Ishøj Kommune og Socialmedicinsk Center et samarbejde om et pilotprojekt med 30 borgere i henholdsvis indsats- og kontrolgruppe finansieret af Beskæftigelsesudvalget i Ishøj Kommune. De statistiske beregninger bygger på i alt 28 borgere i indsatsgruppen (som fik en indsats, der svarer til den der er planlagt i dette projekt) og 26 i kontrolgruppen (som fik den almindelige indsats i jobcenteret). Borgerne gennemgik en 6 mdr. lang indsats og blev fulgt i 18 mdr. Antallet af borgere, der var afklaret til ordinær beskæftigelse, uddannelse, revalidering, fleksjob, til job med ordinære timer kombineret med supplerende kontanthjælp, eller som afventede praktik var 7 (25%) i indsatsgruppen og 3 (12%) i kontrolgruppen ved 6 mdr. follow-up (ikke signifikant forskel). Efter 12 måneder var 16 (57%) i indsatsgruppen mod 7 (27%) i kontrolgruppen afklaret (signifikant forskel med $p=0.03$).



Pilotprojektet peger således på, at en intensiv, men tidsmæssigt afgrænset tværfaglig socialmedicinsk indsats, som varetages af et tværfagligt team forankret i regionalt regi, men fortsat i tæt samarbejde med kommunen kan føre udsatte borgere på kontanthjælp tættere på arbejdsmarkedet og hjælpe til hurtigere afklaring i forhold til den vanlige indsats i jobcentret. Der er dog alene tale om et pilotstudie med lille deltagerantal gennemført i en enkelt kommune.

Det findes derfor relevant at iværksætte et nyt og større studie med henblik på validering af fundene ved gennemførelse i flere kommuner og med inddragelse af erfaringerne fra pilotprojektet. Dette projekt vil foregå i 4-års perioden fra januar 2020 til december 2023 (se bilag 1 for detaljeret tidsplan).

På baggrund af ovenstående, herunder de lovende resultater fra pilotstudiet vurderes det, at det er relevant at afprøve en tværfaglig, arbejdsrettet intervention, der er specielt tilpasset gruppen af borgere på kontanthjælp med komplekse problemstillinger, og som er organiseret i en ikke tidligere storskala afprøvet samarbejdsmodel mellem regioner og kommuner i et større design.

I pilotprojektet valgte man pga. projektets tidsmæssige udstrækning at vurdere effekten af indsatsen på, om borgerne var afklarede til enten uddannelse eller arbejde. Det kunne derimod ikke lade sig gøre at vurdere om de borgere, der havde deltaget i indsatsen, også reelt kom i uddannelse eller i beskæftigelse. Dette vil kunne lade sig gøre efter længere tid eks. ved udtræk fra DREAM-databasen. I dette projekt ønskes det at måle effekten på om borgerne kommer i beskæftigelse eller er startet uddannelse, herunder ved anvendelse af data fra DREAM-databasen.

Formål

Projektet har følgende formål:

- *at afprøve om en tværfaglig, helhedsorienteret individuelt tilrettelagt indsats udgående fra hospitalsplaceret socialmedicinsk afdeling kan bringe borgere, der har modtaget kontanthjælp i 1-7 år i uddannelse eller beskæftigelse.*
- *at dokumentere hvorvidt denne indsats er økonomisk rentabel.*
- *at udføre ovenstående i en samarbejdsmodel, som, ifald indsatsen har effekt og er kost effektiv, gør det muligt at videreføre projektet i de deltagende kommuner, samt at overføre samarbejdsmodellen og indsatsen til andre kommuner.*

Målgruppe

Målgruppen for projektet er ledige borgere på offentlig forsørgelse i 1-7 år, hvor den almindelige kommunale indsats ikke har medført, de er kommet i arbejde.

- **Indsatsgruppe:** Der inkluderes i alt 200 aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere/uddannelsesparate i alderen 18-60 år, som har modtaget kontanthjælp 1-7 år forud for inklusion. Indenfor denne periode vurderes det, at borgere kan have komplekse problemstillinger og dog fortsat ser sig selv på arbejdsmarkedet/uddannelse. Alle inkluderede borgere er bosiddende i enten Ishøj, Albertslund, Brøndby, Hvidovre, Rødovre, eller Tårnby/Dragør Kommune, og kan tale og forstå dansk uden brug af tolk.
- En borger kan *ikke* inkluderes i projektet, hvis
 - borgeren er friholdt fra både at deltage i et kontaktføreløb og aktivt forløb på tidspunktet, hvor de ellers skulle starte i forsøget grundet f.eks. graviditet eller overgår til fleksydelse jf. BEK nr. 990 af 12/09/2014, § 21F
 - borgeren er så syg at en socialmedicinsk indsats vurderes formålsløst.
 - borgeren deltager i forvejen i et andet projekt eller i et forløb med progression.
 - borgeren forventes afklaret inden for 3 måneder til en anden varig ydelse, beskæftigelse eller uddannelse.
- **Kontrolgruppe:** Til kontrolgruppen udvælges 200 borgere matchet til målgruppen. Disse vil modtage den vanlige kommunale indsats i henhold til den gældende lovgivning på området.

Udredning, handleplan og indsats

Den specialiserede tværfaglige indsats er fastsat til maksimalt 12 måneders varighed og er forankret hos Socialmedicinsk Center. Det vurderes, at en intensiv tværfaglig indsats ud fra Stepped care principperne¹² (der foretages kun den lige netop nødvendige/relevante indsats) kan være med til at ændre på borgerens status. Indsatsens udførende team består af socialfaglige forløbskoordinatorer, læger med forskellige specialer herunder psykiater samt psykologer og fysioterapeuter, alle med særlig viden indenfor arbejdsmarkedet og helbred.

Forløbet består af:

1) Socialmedicinsk udredning:

Forløbet startes med en grundig bio-psyko-social socialmedicinsk udredning ved socialmedicinsk læge og socialfaglig forløbskoordinator med inddragelse af øvrige fagligheder (speciallæge, fysioterapeut, psykolog m.v.) om nødvendigt.

Der skabes overblik over borgerens problemstillinger, helbredsmæssig vurdering af behandlingsbehov/yderligere udredning, funktionsniveau, sociale udfordringer, barrierer og egen forståelse af helbred og arbejdsmarkedsperspektiv, ligesom der foretages en tværfaglig vurdering af forslag til indsatsområder. Er der behov for yderligere udredning eller konsultering ved andre lægelige specialer, bliver det sat i værk. I udredningsdelen etableres overblik over eventuelle andre

behandlingsforløb og koordinering med udredning, behandling og rehabilitering sikres. Udredningen foregår primært på Frederiksberg Hospital.

Handleplan:

Med udgangspunkt i udredningsdelen, udarbejder forløbskoordinator sammen med borgeren en individuel og målrettet handleplan med et klart arbejdsmarkedsperspektiv. Handleplanen tager udgangspunkt i udredningsdelen, og tilpasses de indsatser, borgeren evt. allerede er en del af. Handleplanen er fleksibel og revideres løbende alt efter borgerens behov og den tværfaglige vurdering. Handleplanen kan således indeholde elementer, der omhandler helbred, herunder sundhedstiltag, udredning og behandling, virksomhedsplacering og sociale forhold. Der vil endvidere blive lagt vægt på sporskifte i indsatsen når manglende effekt eller andre omstændigheder viser behov for det.

2) Indsatsforløb:

Forløbskoordinator: Der tilknyttes en socialfaglig forløbskoordinator, som er forankret i Socialmedicinsk Center, men som har tæt og løbende kontakt til Jobcentret, da de blandt andet har myndighedsrollen. Forløbskoordinatoren er den primære kontaktperson og facilitator for borgerens forløb. Forløbskoordinatoren vil således, på baggrund af sparring fra det tværfaglige team sørge for, at der hele tiden koordineres og kommunikeres mellem de forskellige indsatser og aktører omkring borgeren. At forløbskoordinatoren er fysisk placeret samme sted som øvrige fagligheder gør, at der kan opnås en bedre og hurtigere koordinering af indsatserne ligesom at de relevante fagligheder kan inddrages hvis der opstår behov for det fra dag til dag.

Indsats:

Indsats iværksættes iht. handleplanen. Forløbet foregår håndholdt via forløbskoordinator, som også forestår løbende motivationsindsats, ligesom der er løbende tværfaglig sparring om alle forløb. Der er mulighed for inddragelse af en bred vifte af tværfaglige kompetencer (læger, speciallæger, fysioterapeut, psykolog) med kort varsel. Indsatsen fra teamet kan gennemføres lokalt, idet kommunerne stiller lokale til rådighed, her vil der kunne gennemføres samtaler og træning. Der samarbejdes aktivt med kommunens eksisterende tilbud både indenfor beskæftigelse, sociale ydelser og sundhed. Der bliver i projektet allokeret en fast virksomhedskonsulent fra jobcenteret for at styrke beskæftigelsesdelen, da virksomhedskonsulenten har lokale partnerskabsaftaler og kender nærmiljøet.

Principperne for indsatserne er, at de iværksættes hurtigst muligt og afbrydes, hvis der ikke er effekt, at hver faglighed tager ansvar for fremdrift, at der er ugentlig personlig opfølgning, både med borger og tværfagligt, og at faglighederne er fysisk mobile og kreativt løsningsorienterede, f.eks. ved behov for fysioterapeutisk vurdering på arbejdspladsen.

Interventionerne bliver iværksat efter stepped care principperne, dvs. en gradvis stigende indsats, hvor man stopper når målet er nået. Der udarbejdes udførlige manualer for både udredning og indsats. Nedenstående er eksempler på indhold:

- Løbende, om nødvendigt daglig, opfølgning ved forløbskoordinator
- Løbende motiverende samtaler ved forløbskoordinator
- Hjemmebesøg
- Ansøgning om sociale ydelser
- Skabe sammenhæng i behandlingsforløbet på tværs af sektorer
- Henvielse til lægelig/psykiatrisk behandling
- Ergonomisk vejledning
- Psyko-edukation ved fysioterapeut, psykolog, socialfaglig eller læge
- Psykoterapi – primært kognitiv psykoterapi
- Træning med fysioterapeutisk vejledning

- Træning af funktionsniveau i hverdagen
- Samarbejde med kommunernes tilbud f.eks. sundhedscentre, genoptræningsforløb, m.m.
- Igangsættelse af uddannelse eller virksomhedsrettet aktivitet evt. med kompenserende foranstaltninger i samarbejde med jobcenterets virksomhedskonsulenter
- Virksomhedsbesøg ved virksomhedsrettede aktiviteter

3) Overlevering:

I slutforløbet sikres glidende overgang og ansvarlig overlevering af borgerens sag til kommunen og andre relevante parter.

Se endvidere bilag 1 for en udførlig beskrivelse af indsatsen.

Effektvurdering

Centrale elementer i projektdesignet er at dokumentere:

- indsatsens effekt på beskæftigelse
- de økonomiske potentialer af indsatsen
- procesevaluering

Dette gøres som følger:

- **Indsatsens effekt på beskæftigelse:** Beskæftigelsesministeriets DREAM register¹³ danner udgangspunkt for opfølgning i 12 mdr. efter afsluttet indsats, med henblik på analyser af indsatsens effekt på:
 - Andel overgået til ordinær beskæftigelse
 - Andel overgået til uddannelse
 - Sekvensanalyser¹⁴ af de typiske arbejdsmarkedsforløb i hhv. indsats og kontrolgruppen. Denne type analyse danner et mere nuanceret billede af forskelle i bevægelser ind og ud af arbejdsmarkedet og spring mellem ydelser i opfølgingsperioden.
- **Indsatsens økonomiske potentiale:** Samfundsøkonomiske beregninger af værdien af tiltaget som social investering. Formålet med denne analyse er dels at estimere omkostningerne forbundet med selve indsatsen og dels at estimere de samfundsøkonomiske gevinster af beskæftigelseseffekterne så indsatskommunerne – og andre interesserede kommuner – får det bedst mulige grundlag for at træffe beslutning om implementering i en større skala.
- **Procesevaluering:** Parallelt med indsats og effektvurdering, foretages en procesevaluering. Det primære formål er, at uddybe effektvurderingen og forklare, hvilke bagvedliggende faktorer der kan fremme eller hæmme effekten af den tværfaglige indsats. Derudover vil denne del af evalueringen undersøge, hvordan den tværfaglige indsats udført af det socialmedicinske team, koordineres med kommuner og andre aktører og modtages af borgere med individuelt tilrettelagt indsats. Procesevalueringen dokumenterer eksterne forhold, der kan påvirke processen, såsom udskiftning af teammedlemmer, forandringer i målgruppen, variationer i forankringsløsninger blandt kommuner eller uforudsete begivenheder i udførelsen af den tværfaglige indsats gennem løbende opfølgning. Procesvurderingen baseres på metodetriangulering (mixed metode) og gennemføres som konvergerende følgeforskning, hvilket betyder, at effektvurderingen af den tværfaglige indsats og procesevalueringen af den måde indsatserne udføres i praksis, gennemføres parallelt, hvorefter resultaterne sammenholdes.
- Udenfor denne ansøgnings tidsramme planlægges ligeledes en opfølgning efter 3 år på de registerbaserede beskæftigelsesmål, samt de økonomiske analyser. Hensigten er at kortlægge langtidseffekter. Der søges om midler til dette andetsteds i projektets sidste fase.

Analyserne vedr. beskæftigelse udføres af Socialmedicinsk Centers projektgruppe, som har solid forskningserfaring indenfor området. De økonomiske analyser udføres af Institut for Virksomhedsledelse og Økonomi ved Syddansk Universitet. Procesevalueringen udføres af Team Arbejdsliv, som har stor erfaring i arbejder med indsats- og programteorier både i forbindelse med evalueringsopgaver og med implementeringsopgaver, herunder arbejde med forskellige aktører i den offentlige sektor, med særligt fokus på vurdering af forandringer og indsatser. Analyseplanen er uddybet i bilag 1.

Forankring

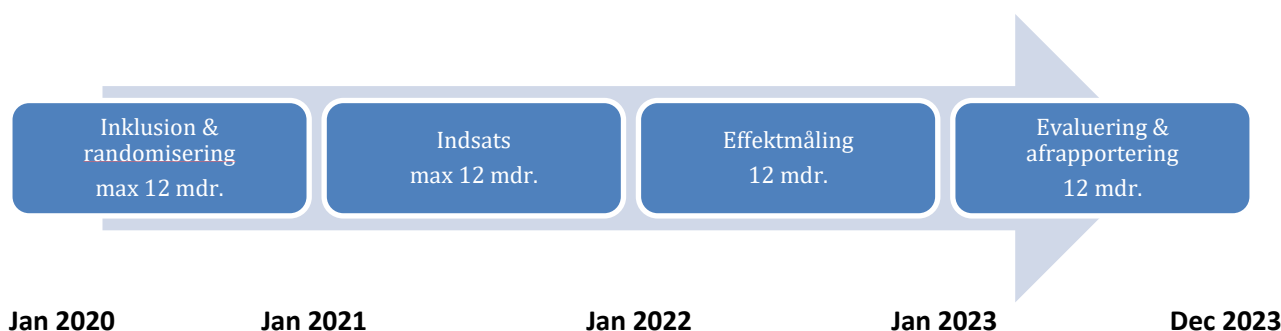
Projektet designet er udformet, så der kan foregå forskellige forankringsløsninger i de enkelte kommuner, men projektet vil umiddelbart efter endt projektperiode kunne implementeres i samarbejde mellem kommuner og region. Fremadrettet kan der arbejdes med udvikling af nye modeller. Udredningsdelen vil formentlig altid mest hensigtsmæssig være placeret på en socialmedicinsk afdeling, mens forskellige samarbejdsmodeller mht. indsatsen kan over tid udvikles. Såfremt der opnås gode resultater, vil Socialmedicinsk Center udarbejde informationsmateriale til brug for implementeringsprocessen, der vil bestå af formidling til øvrige kommuner.

Tidsplan

Projektperioden løber fra januar 2020 til og med december 2023.

Inklusion foregår fra februar 2020 til og med senest september januar 2021, eller når det ønskede antal deltagere (200+200) er nået.

Indsatsperioden løber fra februar 2020 til og med senest januar 2022, eller til maksimalt 12 måneder efter inklusion af borger nr. 200. Hver borger følges i 12 mdr. efter påbegyndt indsats, dvs. til senest januar 2023. For en detaljeret tidsplan, se bilag 2.



Organisering

Den overordnede koordinerende projektledelse ligger i Socialmedicinsk Center ved projektleder og seniorforsker Thomas Lund (se bilag 4 for cv) med reference til den forskningsansvarlige overlæge Lilli Kirkeskov, begge fra Socialmedicinsk Center.

Indsatsdelen af projektet ledes af Camilla Vitu, Projektleder, Socialfaglig leder (se bilag 4 for cv). Indsatsen udføres af Socialmedicinsk Center, som har mange års erfaring, viden og kompetencer, der vedrører udsatte borgeres bio-psyko-sociale og/eller sociokulturelle problemstillinger, og har et unikt bredt fagligt funderet grundlag for dels selv at levere helbredsmæssige og sociale indsatser, men også for at koordinere og facilitere indsatser på tværs af faggrupper i regionale og kommunale tilbud. De deltagende kommuner vil bidrage til projektet med viden inden for den kommunale indsats indenfor beskæftigelses-, social- og sundhedsområdet, og vil således kunne hjælpe borgeren videre fra projektet til evt. beskæftigelse eller uddannelse. Projektets indsatsdel forankres hos Socialmedicinsk Center for at sikre et kontinuerligt forløb for borgeren.

Effektvurderingen (forskningsdelen) ledes af seniorforsker Thomas Lund fra Socialmedicinsk Center. I forbindelse med de økonomiske analyser, samarbejdes med Institut for Virksomhedsledelse og Økonomi ved Syddansk Universitet v. analysechef Morten Saaby (se bilag 4 for cv). I forbindelse med procesevaluering samarbejdes med Team Arbejdsliv v. Ulrik Gensby, (se bilag 4 for cv)

Styregruppe

Der nedsættes en styregruppe bestående af repræsentanter for de 6 deltagende kommuner, fra Socialmedicinsk Center deltager Camilla Vitu, Thomas Lund og projektmedarbejder Line Juul Larsen. Styregruppen ledes af ledende overlæge ved Socialmedicinsk Center, Sven Viskum. Styregruppens formål er at drøfte fremdriften og eventuelle justeringer af projektet. Endvidere skal styregruppen være med til at fastlægge forankringsprocessen, såfremt der er positive resultater.

Interessentgruppe

Der planlægges nedsat en interessentgruppe med repræsentanter fra Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering, KL, DA, PLO og fagforeninger.

Litteratur

1. Danmarks Statistik, Statistikbanken, februar 2019.
2. <https://www.cepos.dk/abcepos/offentlige-udgifter-til-indkomstoverfoersler-paa-350-mia-kr-i-2016>
3. Arendt, J. N. (2014): Effekter af kurser med vejledning og særligt tilrettelagt opkvalificering for ledige. En oversigt over danske og internationale kvantitative studier. København: KORA.
4. Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (2014): Slutevaluering, KVIK-forsøgsprogrammet.
5. Hoefschmidt et al. (2012): Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review. *J Occup Rehab* 2012; 22(4):462-77
6. Brämberg et al. (2015): Implementation of evidence-based rehabilitation for non-specific back pain and common mental health problems: a process evaluation of a nationwide initiative. *BMJ Health Serv Res*. 2015 Feb 28.
7. Lytsy et al. (2017): Effectiveness of two vocational rehabilitation programmes in women with long-term sick leave due to pain syndrome or mental illness: 1-year follow-up of a randomized controlled trial. *J Rehabil Med*. 2017 Jan;49(2):170-77.
8. Graversen, B.K. & Weise, H. (2001): Effekter af aktiveringsindsatsen over for kontanthjælpsmodtagere. København: Socialforskningsinstituttet. Arbejdspapir 2:2001.
9. Lund T. Tilbagevenden til arbejde. 1-48. AMI-rapport. Arbejdsmiljøinstituttet, København 2003.
10. Houlberg et al. (2012): Evaluering af Det Store TTA-projekt. KORA.
11. IBBIS I: <https://www.psykiatri-regionh.dk/Kvalitet-og-udvikling/udvikling/ibbis/Sider/IBBIS-forskning.aspx>
12. <https://www.uea.ac.uk/medicine/departments/psychological-sciences/cognitive-behavioural-therapy-training/-about-iapt-and-the-history-of-the-programme/stepped-care-model-information>.
13. Lund T, Kivimäki M, Labriola M, Villadsen E, Christensen KB. Using administrative sickness absence data as a marker of future disability pension: The prospective DREAM study of Danish private sector employees. *Occup Environ Med*. 2008 Jan;65(1):28-31.
14. Lindholdt L, Labriola M, Nielsen CV, Horsbøl TA, Lund T. Sequence analysis to assess labour market participation following vocational rehabilitation: An observational study among patients sick-listed with low back pain from a randomized clinical trial in Denmark. *BMJ Open*. 2017 Jul 20;7(7):e015661.

BILAG 1

PROTOKOL

FORSKNINGSPROTOKOL

Vestegnsprojektet

– økonomiske, uddannelses- og beskæftigelsesmæssige effekter af en tværfaglig, helhedsorienteret indsats for borgere på kontanthjælp i 1-7 år

Videnskabelig projektleder:

Affiliation:

Adresse:

Telefon:

Email:

Administrativt ansvar:

Thomas Lund, seniorforsker, Ph.d.

Socialmedicinsk Center, Frederiksberg Hospital

Nordre Fasanvej 57, 2000 Frederiksberg

+45 6151 5754

thomas.lund.01@regionh.dk

Sven Viskum, ledende overlæge

Socialmedicinsk Center, Frederiksberg Hospital

Log:

Version 1.

23. juli 2019

Ændret 23.07.2019 af TL

Indhold

1 Design og rekruttering	3
1.1 Forskningsdesign	3
1.2 Rekruttering, inklusion og randomisering	3
2 Metode	5
2.1 Manual for indsats	5
2.2 Effektmål og målemetode	27
2.2.1 Måling af forskelle i arbejdsmarkedstilknytning	27
2.2.2 De økonomiske perspektiver	28
2.2.3 Procesevaluering	30
2.2.3.1 Organisering	31
2.2.3.2 Separat tidsplan for procesvurdering	31
2.3 Metodeovervejelser	32
2.3.1 Overvejelser vedr. sample size og power	32
2.3.2 Overvejelser vedr. blinding	32
3 Tidsplan	33
4 Datahåndtering og etik	34
4.1 Datahåndtering	34
4.2 Ethiske overvejelser	34
4.3 Informationsmateriale & samtykke	34
4.3.1 Informationsbrev til borgere	34
4.3.2 Samtykkeerklæring	38
5 Formidling	39
6 Praktisk gennemførlighed	40
6.1 Samarbejdsrelationer	40
6.2 Projektgruppe	40
6.3 Øvrige overvejelser	40

1 Design og rekruttering

1.1 Forskningsdesign

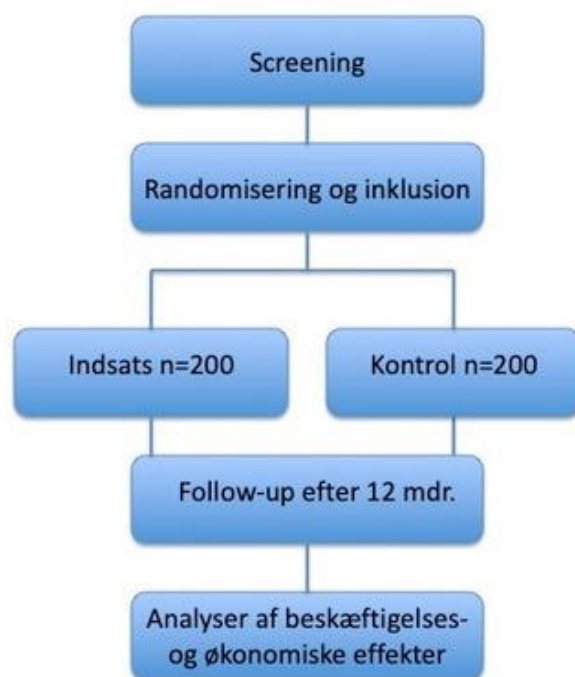
Dataindsamling foregår ved brug af kvantitative såvel som kvalitative metoder.

Kvantitativ del: Der foretages et randomiseret kontrolleret studie (RCT) med registerbaseret opfølgning af beskæftigelsesstatus. De kvantitative data fra spørgeskema og registre anvendes til måling af primært beskæftigelse og sekundært arbejdsmarkedsparticipation. Den kvantitative del afdækker dermed udfald vedr. arbejdsmarkedsdeltagelse.

Kvalitative data: Der foretages en procesevaluering med anvendelse af interview-data. Det har til formål at generere viden, som kan anvendes i forbindelse med vurdering af indsatsen, og bidrager til at forklare eventuelle forskelle i effekten af indsatsen i de deltagende kommuner.

Cost-effektivitet: Der foretages analyser af indsatsens kost effektivitet, som baseres på data om indsatsens pris og relateret til de beskæftigelsesmæssige effekter. Studiets flow kan ses i figur 1.

Figur 1. Study flow



1.2 Rekruttering, inklusion og randomisering

Der udvælges 200 borgere til indsatsforløbet; dette antal er fastsat ud fra en styrkeberegning, der vurderer om der vil kunne måles en effekt (se afsnit 2.3.1). Af hensyn til evalueringen udvælges disse randomiseret og med matchende kontrolgruppe, som modtager den vanlige indsats i jobcentret.

Der inkluderes således 200 deltagere til indsatsgruppen og 200 deltagere til kontrolgruppen efter nedenstående inklusions- og eksklusionskriterier:

- Der inkluderes i alt 200 aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere i alderen 18-60 år, som har modtaget kontanthjælp 1-7 år forud for inklusion.
- Alle inkluderede borgere er bosiddende i enten Ishøj, Albertslund, Hvidovre, Rødovre, Brøndby eller Tårnby/Dragør Kommune, og kan tale og forstå dansk uden brug af tolk.
- En borger kan således *ikke* inkluderes i projektet, hvis
 - borgeren er friholdt fra både at deltage i et kontaktføreløb og aktivt føreløb på tidspunktet, hvor de ellers skulle starte i forsøget jf. BEK 990 af 12/09/2014, § 21F
 - borgeren er så syg at en socialmedicinsk indsats vurderes meningsløs.
 - borgeren deltager i et andet projekt/aktivitet/føreløb, som det ikke vurderes hensigtsmæssigt at afbryde.
 - borgeren forventes afklaret inden for 3 måneder, herunder til en anden varig ydelse, beskæftigelse eller uddannelse.

Borgerne til hhv. indsats- og kontrolgruppe udvælges ud fra en computergeneret randomiseringsliste kaldet "bruttolisten". Deltagere til bruttolisten henvises af sagsbehandlere i de deltagende kommuners jobcentre, som hver især gennemgår hele deres sagsstamme for borgere, som opfylder kriterierne. Således indgår alle borgere i de deltagende kommuner, som opfylder kriterierne på screeningstidspunktet, i randomiseringsgrundlaget. Der randomiseres 1:1 til hhv. indsats- og kontrolgruppe stratificeret efter etnicitet, køn og alder under hhv. over 30 år. Herefter adspørges borger, om de vil deltage i projektet. Hvis borger afslår, gennemgår borgeren den almindelige kommunale indsats, men indgår således ikke i projektet.

2 Metode

2.1 Manual for indsats

Indledning

Baggrund

Socialmedicinsk Center (SC) har stor erfaring med helhedsorienteret udredning og tværfaglig håndtering af borgere med komplekse bio-psyko-soziale problemstillinger. Som regionsfunktion med solide sundhedsfaglige og socialfaglige ressourcer har enheden potentiale til at fungere som en paraplyfunktion med gode forudsætninger for at koordinere og facilitere tværfaglige forløb i tæt samarbejde med kommuner og regionsfunktioner.

Målgruppe

Der igangsættes SC-indsatsforløb for 200 aktivitetsparate kontanthjælps- og uddannelseshjælpsmodtagere mellem 18-60 år bosiddende i Albertslund, Brøndby, Hvidovre, Ishøj, Rødovre, Tårnby/Dragør Kommune, som har modtaget kontanthjælpsydelse i mindre end 7 år.

Metode

SC-indsatsen bygger på den metodiske tilgang, der udføres på Socialmedicinsk Center for borgere uden for arbejdsmarkedet. Tilgangen er anerkendende, helhedsorienteret, håndholdt, fleksibel (agil) og tværfaglig med kontinuerligt beskæftigelsesrettet sigte. Desuden er tilgangen, at man som udgangspunkt håndterer alle problemer umiddelbart og forsøger dem løst i eget regi og hurtigst muligt og gerne med kreative løsninger, således at processer ikke trækkes i langdrag.

Grundlaget for indsatsen er en grundig udredning og prioritering af borgerens problemer i en bio-psyko-social kontekst. Der er særligt fokus på afdækning af ressourcer, barrierer, sygdomsforståelse samt mulige indsatser, og der henvises til yderligere udredning om nødvendigt. Den socialmedicinske læge vil være med til at forklare de forskellige diagnosers betydning for funktionsnedsættelsen, hvis det viser sig, at der er usikkerhed eller manglende viden om sygdommene. Indsatsen bygger på principperne fra IPS¹ og stepped care og kan f.eks. indeholde lavpraktisk problemløsning, motivation, fysisk træning (GET - Graded exercise training) og psykoterapi (KAT - Kognitiv adfærdsterapi). Den socialfaglige forløbskoordinator og det tværfaglige team er centrale i forløbet. Forløbskoordinator har kontinuerlig kontakt med borger og det tværfaglige team på SC således, at der sker en fælles koordinering i teamet omkring indsatsen.

Der tages udgangspunkt i borgers konkrete funktionsnedsættelser, som forsøges løst i den mest hensigtsmæssige rækkefølge. F.eks. er det væsentligt, at besvær med at møde op til samtaler adresseres og forsøges løst, inden der iværksættes behandlingsforløb, som kræver høj grad af fremmøde. For at optimere samarbejdet har borgeren den samme behandler og forløbskoordinator gennem hele forløbet.

¹ The effectiveness of augmented versus standard individual placement and support programs in terms of employment: a systematic literature review, Dewa CS, Loong D, Trojanowski L, Bonato S. J Ment Health. 2018 Apr; 27(2):174-183.

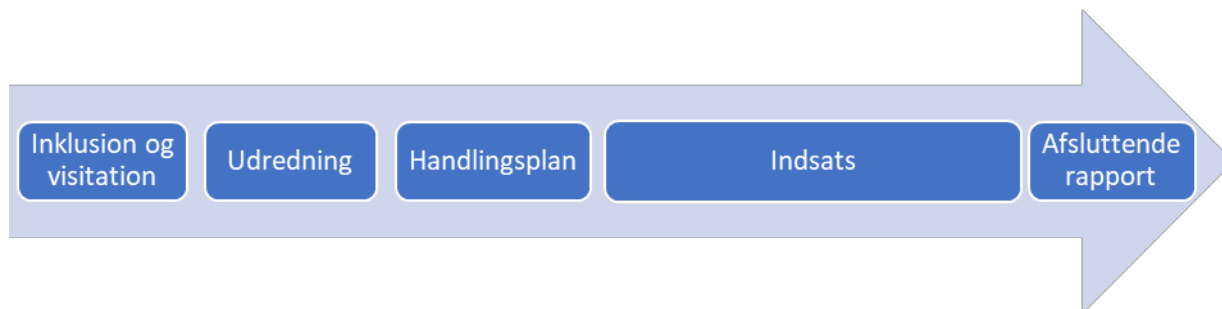
Teamet arbejder med elementer fra kognitiv adfærdsterapi (KAT), hvilket her indebærer en interesse for, hvilke af borgers tanke- og handle-mønstre, der skaber og vedligeholder aktuelle problemer og funktionsniveau. Ved at forandre tanker og handlemønstre kan funktionsniveau og /eller livskvalitet ændres.

I KAT arbejdes der struktureret, og interventionerne tager afsæt i en fælles forståelse af problemer. Konkret indledes med en problem-målliste², hvor borgers vanskeligheder og mål afdækkes. Derefter prioriteres i fællesskab, hvilke problemer, der løses først.³

Kognitiv adfærdsterapi er præget af et ligeværdigt forhold, hvor borger og fagperson er eksperter på hver deres område. Borger er ekspert på deres problemer, mål og værdier, mens fagpersonen er ekspert på, hvilke strategier, der med udgangspunkt i deres respektive fagligheder, kan hjælpe borgeren til at belyse og realisere hans/hendes mål. Fysioterapeuten vil således være ekspert på kroppen og dens funktion, psykologen på de kognitive metoder, lægen på det lægefaglige, forløbskoordinator på beskæftigelse og private forhold osv. Indsatsen vil på denne måde blive et fælles projekt, hvor man mødes med hver sin ekspertviden med et fælles sprog og afsæt.

Forløbsbeskrivelse

SC-forløbet består af to hoveddele, dvs. en socialmedicinsk udredning og en indsats, som leveres af en tværfaglig gruppe af fagpersoner. Den tværfaglige gruppe består af socialfaglige forløbskoordinatorer, læger indenfor forskellige specialer, herunder socialmedicinere, psykiatere og reumatologer, samt psykologer og fysioterapeuter.



Figur 1: SC-forløbet.

Visitation

Efter randomiserings-processen sender sagsbehandler de akter, der foreligger på de udvalgte borgere, til SC. Ved modtagelse af sagen vil ansvarlig visitator, som er læge, gennemgå sagen og afdække om der er behov for at flere fagligheder skal udrede borgeren særligt ved psykiatriske problemstillinger, samt om der er akter der skal rekvireres. Dette for at optimere udredningsperioden. Ved tvivl om der skal flere fagligheder på vurderes det først efter en lægelige og socialfaglig udredning jfr. nedenstående procedure. Borger modtager samtidig med indkaldelsen et spørgeskema, om deres selv vurderet funktionsniveau, samt samtykkeerklæring.

² Se appendiks 1; Problem- målliste

³ Kognitiv Terapi, Nyeste udvikling: Redigeret af Mikkel Arendt og Nicole k. Rosenberg, Hans Reitzels forlag 2012, 1.udgave.

Udredning

Alle borgere gennemgår grundig socialmedicinsk udredning med inddragelse af relevante fagligheder. Borgers problemstillinger afdækkes ud fra en bio-psyko-social model med henblik på at præcisere årsagerne til borgerens funktionsnedsættelse, herunder funktionsniveau, behandlingsbehov samt afklaring af relevante aktiviteter/interventioner. Der spørges målrettet ind til tidligere beskæftigelse og uddannelseserfaring. Der afdækkes tidligere afprøvede beskæftigelsesrettede rehabiliteringstiltag for at kunne kvalificere og pege på nye interventioner og udviklingsmuligheder. Data opsamles systematisk i en journalskabelon.

Udredningen indeholder

1. Altid en grundig og fokuseret gennemgang af tidligere og aktuelle helbredssituation samt en gennemgang af social- og arbejdsmarkedshistorikken ved socialmedicinsk læge og forløbskoordinator. Der gennemføres en grundig klinisk lægelig undersøgelse inkl afdækning af sygdomsforståelse og selvforståelse mht. udfordringer
2. Tværfaglig konferering, hvor flere fagligheder er repræsenteret
3. Evt. anden relevant speciallægevurdering, f.eks. psykiatrisk eller reumatologisk vurdering.
4. Evt. samtaler med fysioterapeut og/eller psykolog mhp. kvalificering af behandlingsmetode
5. Samlet status med oplæg til handleplan⁴, sendes til jobcenteret, borger og praktiserende læge

Socialmedicinsk lægelig udredning

Den socialmedicinske læge undersøger ud fra akter, samtale med borger og klinisk objektiv undersøgelse af borger, hvorvidt denne er relevant og tilstrækkeligt udredt, behandlet og rehabiliteret for alle de helbredsmæssige problematikker, som borgeren rummer.

Den socialmedicinske læge forestår ikke behandling, men kan henvise til og samarbejde med interne eller eksterne fagpersoner, herunder egen læge, efter behov, og skal stå til rådighed som sparringspartner for forløbskoordinator under hele indsatsen som socialmedicinsk kontaktlæge for borgeren. Det indebærer, at evt. nyopstået sygdom i forløbet, adresseres på samme måde, som de sygdomme, borgeren præsenterer sig med ved første undersøgelse.

I udredningssamtalen opstartes udfyldelse af problem-mållisten, som gives videre til forløbskoordinator. Der journalføres i Sundhedsplatformen som vanligt.

Den indledende udredningssamtale og undersøgelse gennemføres indenfor 1 måned fra inklusionstidspunktet og foregår på Socialmedicinsk Center.

Udredning ved forløbskoordinator

Straks efter socialmedicinsk lægeudredning tilknyttes forløbskoordinatoren, som forestår socialfaglig udredning samt tidlig motivations- og informationsindsats. Der vil altid være tilknyttet en fast forløbskoordinator på et forløb, og inddragelse af øvrige fagligheder vil variere efter den konkrete situation. Forløbskoordinatoren skal have afholdt samtale med borger, såfremt det er muligt, senest en uge efter den

⁴ Appendiks 2 Handleplan

lægelige udredning. Ved den første samtale med forløbskoordinatorer gives der nærmere information om forløbet. Der arbejdes videre på udfyldelse af problem-mållisten, som blev opstartet ved lægesamtalen.

Der vil være særlig fokus på nedenstående områder:

- Nuværende arbejdsidentitet
- Tidligere arbejdsprøvninger, uddannelses- og erhvervs erfaring – hvad gik godt? hvad manglede?
- Borgers selvanskuelse mht. funktionsnedsættelse – hvilken sygdomsforståelse har borger i relation til arbejdet. Eks.: "Jeg skal være 100% rask, før jeg kan arbejde?"/ "Jeg kan kun arbejde som murer og med min sygdom/helbred kan jeg slet ikke arbejde"?
- De sociale forhold og deres indvirkning på arbejdsevnen.
- Om de sociale problematikker er så omfattende, er der behov for socialpædagogisk støtte af fagspecialister – f.eks. indenfor psykiatrien.

Efter den lægelige og socialfaglige udredning er gennemført, samles det tværfaglige team til konference. Her præsenterer udredende læge og tilknyttede forløbskoordinator borgerens problematikker og mål oplyst i problem-mållisten. Øvrige fagligheder kommer med evt. input både i forhold til om der skal ske en yderligere udredning eller om der kan peges på supplerende tiltag.

Psykiatrisk udredning

Psykiateren vil undersøge mentale udfordringer livet igennem, gennemgå det aktuelle symptombillede og tage stilling til evt. diagnose, angive hvorvidt borgeren er relevant og tilstrækkeligt udredt og behandlet og rehabiliteret, samt anbefale, hvilke kompenserende foranstaltninger teamet skal være opmærksomme på at iværksætte ved for eksempel mere alvorlige psykiske lidelser.

Reumatologisk udredning

Reumatologen undersøger for samtlige lidelser i bevægeapparatet, dvs. fx evt. gigtlidelse, diskusprolaps i ryggen m.m. og vurderer, om der skal yderligere udredning og behandling til og vurderer eventuelle behov for støtteforanstaltninger.

Fysioterapeutisk udredning

Det er fysioterapeuternes opgave at vurdere muskuloskeletale problematikker samt at anbefale behandlingsforslag, eksempelvis i form af træning, patientuddannelse i smertehåndtering og kropslig forståelse, ergonomisk vejledning og hjælpemidler.

Den funktionelle undersøgelse danner baggrund for funktionsbeskrivelsen.

Undersøgelse udføres ved verbalt at guide, vise og eventuelt fysisk at støtte borgeren gennem nogle, udvalgte bevægelser/handlinger. Under udførelsen observeres borgerens evne til at udføre bevægelsen/handlingen, kompenserende fysiske strategier og deres indflydelse på symptomer. Borgerens evne til at ændre bevægestrategier observeres og bruges i senere vejledning og øvelser.

Psykologisk udredning

I udredningen vil psykologen vurdere evt. psykopatologi samt tage stilling til terapiegnethed. Et væsentligt element i den psykologiske udredning er vurdering af den psykiske tilstand samt afklaring af, hvilke

problematikker borgeren ønsker at arbejde med. Indledningsvist afdækkes relevante anamnesticke data såsom erfaringer med tidligere behandling samt effekt af disse. Det undersøges ligeledes, hvilke personlighedstræk, der indvirker på aktuelle muligheder og udfordringer i forhold til arbejdsmarkedet. Ligeledes belyses, hvilke hensigtsmæssige såvel som uhensigtsmæssige strategier borgeren anvender i sin daglige livsførelse – og om de hæmmer eller fremmer problemerne. Borgers evne til at forholde sig til egne følelser, tanker og handlemønstre, hans/hendes refleksionsevne samt vedkommendes terapiegnethed afklares.

En udredning ved psykolog tager 1 - 4 sessioner.

Handleplan

Når udredningen er færdig, tager forløbskoordinator udgangspunkt i denne for i samarbejde med borger at udarbejde en handleplan for indsatsen, således at der opnås ejerskab over forløbet. Handleplanen inkorporerer både teamets og borgers forståelse af problematikkerne. Det er vigtigt, at forløbskoordinator i dialogen om problem-mållisten får skabt en samarbejdsrelation, der gør, at borger får tiltro til forløbet.

Handleplanen er altid individuelt tilrettelagt og kan justeres efter behov. Handleplanen indeholder fokusområder indenfor sundhed, det sociale og beskæftigelse/uddannelse. Handleplanen fungerer således som redskab til at skabe overblik og give fornemmelse af progression, men ligeledes som kommunikationsværktøj mellem parterne i indsatsen, så der arbejdes ud fra samme mål.

Det vurderes konkret i hver sag, hvorvidt mødet omkring handlingsplanen kan foretages med deltagelse af forløbskoordinatoren alene, eller om anden faglighed skal deltage.

Handleplanen bliver sammen med de oplysninger, der er kommet frem i udredningen samlet i en status. Status med handleplanen sendes til borger og jobcenteret, praktiserende læge som orientering.

Indsats

Indsatsen består overordnet af:

- Forløbskoordinator som tovholder
- Løbende justering af delmål ud fra problem-målliste i samarbejde med borger
- Interventioner på baggrund af handleplanen
- Løbende tværfaglige konferencer samlet for alle faggrupper

Forløbskoordinator som tovholder

Forløbskoordinatoren sørger for koordinering blandt de aktører, som er eller bliver involveret i borgers forløb.

Forløbskoordinator har et stærkt team bag sig og er centralt placeret på SC. Forløbskoordinatoren er i tæt kontakt med det samlede team og kan hurtigt trække øvrige fagligheder ind, hvis der opstår uforudsete situationer og omvendt.

Det tætte samarbejde i teamet giver smidighed i informationsformidlingen og samarbejdet imellem parterne, hvilket mindsker informationstab og overgangsproblematikker. F.eks. hvis forløbskoordinator til samtalen får mistanke om begynde depression, kan forløbskoordinator gå direkte hen til psykolog, så denne kan involveres. Ved helbredsrelaterede problematikker, kan forløbskoordinator umiddelbart trække lægen ind til hurtig vurdering og forslag.

Forløbskoordinatoren benytter en anerkendende tilgang og skaber overblik over den enkeltes aktuelle samlede situation i den bio-psyko-sociale kontekst. Det er afgørende, at der skabes tillid og tro på forandring hos borger.

Der gives råd og vejledning om de forskellige muligheder indenfor beskæftigelse, uddannelse og sociale forhold, således at borgeren opnår øget empowerment og tro på muligheden for at opnå tilknytning til arbejdsmarkedet.

Forløbskoordinatoren har fokus på, hvad der ud fra beskæftigelseslovgivningen og forhold på arbejdsmarkedet kan lade sig gøre mht. indsatser under hensyntagen til den enkeltes livssituation.

Sagsstammen bliver mellem 20-25 borgere afhængig af sagens kompleksitet, dvs. hvor hyppige kontakter skal lægges ind i det individuelle forløb, og vurderes det at blive et længerevarende forløb.

Der vil være løbende indtag af nye borgere. Der bliver i alt tilknyttet 4 forløbskoordinatorer.

Opgaver

Koordinering

- FK holder løbende status med tværfaglig konferering mellem involverede fagpersoner samt med projektleder for indsatsdelen.
- FK aftaler kontakter under meningsfulde forhold og med passende hyppighed. Kontakterne bliver afstemt efterborgerens situation og kan være ved fremmøde eller telefonisk.
- FK søger hjælp, støtte og sparring fra relevante fagligheder og instanser efter behov.

- FK sørger for, at indsatser bliver gennemført, og at der ændres strategi, hvis det er relevant, og at der eksekveres straks på besluttede planer.
- FK orienterer og samarbejder med sagsbehandler, særligt hvis der ikke er den forventede progression.

Progressionsmåling

- FK udarbejder en handleplan med klare mål, som kan løbende justeres/opdateres og undersøger planen undervejs mht. fremgang/tilbagegang.
- FK noterer indhold og omfang af progression i de forskellige interventioner.
- FK belyser og undersøger den løbende motivationsindsats med særligt fokus på beskæftigelse eller uddannelse.

Samarbejde med virksomhed/uddannelsessted

- FK er med til at støtte borger i at komme nærmere en præcisering af fagområde eller uddannelse
- FK etablerer samarbejde med virksomhedskonsulenterne i Jobcenteret
- FK giver løbende rådgivning af borger og arbejdsplads med opfølgning på evt. praktikplads, herunder justering af arbejdsrytme/tid m.m. eller etablere kontakt til uddannelsessted.

Overlevere ved afslutning

- Står for journalføring og resumering af indsats
- Er tovholder på afsluttende rapport
- afholder evt. overleveringsmøde med sagsbehandler

Redskaber som bruges af forløbskoordinator

Der er udarbejdet skemaer som hjælperedskaber under forløbet til at opnå progression og afklaring i forhold til arbejdsmarkedet/uddannelse.

- **Problem-målliste**, involverer pågældende og skaber ejerskab
- **Arbejdsliv**⁵, beskriver de faglige, sociale rammer for, hvordan arbejdet skal være som funktionsnedsættelsen er nu og hvad kan der efterstræbes.
- **Kandidatskema**⁶, til brug for virksomhedssøgning til virksomhedskonsulenter

Interventioner

Indsatsforløbet kan indeholde forskellige såvel monofaglige som tværfaglige interventioner afhængig af problemstilling, samt inddragelse af relevante eksterne parter herunder virksomhedsrettet aktivitet eller uddannelse. Der er ikke nogen begrænsninger som sådan for, hvilke interventioner, som kan indgå, eller hvilke områder, disse ligger indenfor, fraset at de skal have til formål at øge funktionsniveauet for derved at øge beskæftigelse eller uddannelsesmuligheder.

Der sker løbende tværfaglig konferering mellem involverede fagpersoner samt med projektleder for indsatsdelen med evaluering af, om borger har effekt af indsatsen, om interventionerne tilpasses herefter

⁵ Appendiks 3 Arbejdsliv

⁶ Appendiks 4 Kandidatskema

og med mulighed for sparring. Principperne for interventionerne er, at de iværksættes hurtigst muligt og afbrydes, hvis der ikke er effekt. Faglighederne er mobile og kreativt løsningsorienterede.

Interventionerne kan f.eks. være:

- Løbende, om nødvendigt daglig, motiverende samtaler ved forløbskoordinator, herunder afdækning af arbejdsområde
- Hjemmebesøg
- Praktisk støtte til løsning af sociale problemstillinger
- Skabe sammenhæng i behandlingsforløbet på tværs af sektorer
- Henvisning til lægelig/psykiatrisk behandling
- Psyko-edukation ved fysioterapeut, psykolog, socialfaglig eller læge
- Psykoterapi – primært kognitiv psykoterapi
- Træning med fysioterapeutisk vejledning
- Træning af funktionsniveau i hverdagen
- Ergonomisk vejledning på arbejdspladsen
- Samarbejde med kommunernes tilbud f.eks. sundhedscentre, genoptræningsforløb, m.m.
- Igangsættelse af uddannelse eller virksomhedsrettet aktivitet med iværksættelse af kompenserende foranstaltninger om nødvendigt; tilrettelæggelse af arbejdsrytme, opgaver, arbejdstid m.m.
- Støtte til ekstern behandling eller aktivitet hos ekstern anden aktør eller behandler, f.eks. misbrugscentre og lign.
- Ansøgning om sociale ydelser og evt. kompenserende ordninger.

Indsatsen kan variere i længde afhængig af problemstilling. Et forløb med udredning og indsats kan maksimalt være på 12 måneder. Der kan dog være tilfælde hvor forløbet forlænges, hvis der er igangsat en behandling og effekten af denne skal beskrives med i forløbet. En sag kan afsluttes før, hvis der er sket en afklaring af borgerens funktionsniveau samt hvis borger er kommet i job eller uddannelse. Såfremt der er sager, hvor der er behov for "efterværn", vurderes det konkret. Dvs. hvis borger er kommet i job og der kan være usikkerhed om der tale om fastholdelse, så sikre vi os, at der er opnået stabilitet.

Løbende tværfaglige konferencer

Der er altid mulighed for sparring med projektleder for indsatsdelen eller socialmedicinsk læge, som kan vurdere, om der er behov for sparring med yderligere fagpersoner.

Hver uge afholdes der fælles tværfaglig konference hvor forløbskoordinator, psykolog, fysioterapeut, psykiater og socialmedicinsk læge deltager og sagerne kan drøftes. En sag tages på tværfaglig konference, hvis der ikke er forventede progression eller der er tilkommet nye oplysninger, som har betydning. Formålet med de tværfaglige konferencer er endvidere at sikre hele teamet omkring borgeren får koordineret indsatsen. Forløbskoordinator skriver konferencenotat.

Indsats ved fysioterapeut

Fysioterapeuten kan levere psykoedukation og behandling i form af ergonomisk vejledning, individuel træning og evt. holdtræning.

I den fysioterapeutiske vejledning/træning er der fokus på de elementer, der indgår i kroppens bevægelighed som blandt andet muskler, sener, led, vejrtrækningen, nervesystemet og kredsløbet. Et

andet væsentligt element i fysioterapi er sammenhængen mellem sygdom og sundhed og uddannelse/psykoedukation af borgeren i dette.

Fysioterapeutisk behandling.

Patientuddannelse (bevægeapparatet, psyke og motivation, psykoedukation)

Bevægeapparatet: Hvis det af borger og fysioterapeuten vurderes relevant at udvikle borgerens forståelse for en lidelse og/eller symptomer, gennemgås den relevante anatomi, fysiologi og/eller biomekanik. Der tages udgangspunkt i borgerens forståelsesramme, refleksion, mestringsstrategier og interesse for den fysiske problematik. For at sikre borgerens forståelse af problematikken benyttes bl.a. tegninger, anatomiske modeller og billeder.

Psyke: til smertepatienter eller patienter med komplekse symptomer kan fysioterapeuten vejlede borgeren i at skabe en mere hensigtsmæssig hverdag, hvor der gives inspiration til at fordele hverdagsaktiviteter og fysiske øvelser på en mere hensigtsmæssig, udviklende og eksperimenterende måde.

Motivation: Der benyttes en motiverende tilgang til borgeren for at igangsætte overvejelser, der kan føre til en mere hensigtsmæssig adfærd rettet mod et højere aktivitetsniveau.

Træningsvejledning

Hvis det vurderes relevant, kan fysioterapeuten instruere borgeren i øvelser og/eller fysisk aktivitet, der vil forbedre borgerens fysiske funktionsniveau og/eller reducere kropslige gener eller støtter til at leve med aktuelle funktionsniveau eller smertetilstand. Øvelserne udvælges på baggrund af anamneseoptagelsen og den funktionelle undersøgelse.

Problemstillinger kan være bevægeapparatsproblemer eller belastningsreaktioner/stress, hvor det vurderes relevant at arbejde kropsligt med håndtering af smerter, fysiske begrænsninger og/eller kropsbevidsthed. Et forløb kunne eksempelvis indeholde: træning, afspænding, rådgivning om hensigtsmæssig brug af kroppen, håndtering af kroppens reaktioner på belastninger og vejledning om fortsat selvtræning og livsstil. Forløb planlægges individuelt og kan variere fra 2-3 gange til forløb af flere måneders varighed.

Der vil løbende ske en vurdering af om borger kan deltage i et kommunalt træningsforløb. Fysioterapeuten fra SC vil sikre overlevering og opfølgning i forhold til om borger opnår progression.

Arbejdspladsbesøg og hjemmebesøg

Fysioterapeuten har mulighed for at tage på arbejdsplads eller hjemmebesøg hos borgeren. Beslutningen om dette drøftes med sagens ansvarlige læge og forløbskoordinatoren. Ved et arbejdspladsbesøg kan der af fysioterapeuten fokuseres på borgerens belastning af kroppen under udførelse af arbejdet både med henblik på løft/træk/skub, arbejdsstillinger og arbejdsrytme. På baggrund af arbejdspladsbesøget kan fysioterapeuten vurdere funktionsnedsættelses og/eller behov for skånehensyn eller kompenserende ordninger (Personlig assistance og hjælpemidler). Ved et hjemmebesøg kan funktionsevnen i hjemmet vurderes. Dette kan f.eks. udføres med henblik på at klarlægge behov for hjælpemidler, boligindretning og/eller tilpasning af træning i nærmiljø.

Indsats ved Psykolog

I indsatsdelen kan psykolog tilbyde behandling og som en del af denne psykoedukation.

Psykologen tager udgangspunkt i kognitiv adfærdsterapi (KAT). Samarbejdet er ligeværdigt og tager afsæt i de problematikker der er i nuet. Ligeledes vil fokus ofte være på sammenhængen mellem tanker, følelser,

krop samt adfærd. Konkret benyttes bl.a. redskaber som psykoedukation, nuancering af tanker, adfærdseksperimenter samt analyse af konsekvenser ved en given adfærd.

Behandling

Behandlingen tager afsæt i problem- målliste, hvor vi sammen konkretiserer, hvilke problemer og mål borgeren gerne vil arbejde med i terapien – vel vidende, at det tidvist ændrer sig. Fokus vil være reduktion af og/eller mestring af symptomer og øge funktionsniveau. I en behandling vil psykologen lære borgeren flere strategier og redskaber til at regulere, nuancere og tackle et givet problem. Borgeren vil således gennem forløbet opbygge en "værktøjskasse", men flere og flere redskaber i.

I en behandling vil vi benytte flere forskellige virkningsmidler. Her er en beskrivelse af nogle af de mest gennemgående:

- 1.Psykoedukationen omfatter undervisning i psyken i forhold til den pågældende problemstilling. Et eksempel kan være undervisning i angstens fysiologi, lære hvad der mindsker og forstærker angst samt undersøge hvor meget tanker påvirker angsten.
- 2.Analyse af adfærd og konsekvenser af denne. Der fokuseres på en given adfærd som f.eks. at trække sig fra kontakt med andre samt, hvilke elementer, der trigger denne (som f.eks. smerter eller tanker om ikke at kunne klare det). Derefter undersøger vi konsekvenserne af denne adfærd på kort og lang sigt – både de hensigtsmæssige og de uhensigtsmæssige. Denne type analyse vil typisk være afsæt for udvikling af nye handlestrategier.
- 3.Undersøge negative automatiske tanker (NAT) og deres indvirken på, hvordan borger har det. Borger får redskaber til at udfordre og nuancere egne negative tanker for derigennem at mindste deres indflydelse på livsførelsen. Vi kan sammen lave små øvelser som f.eks. at se på fordele og ulemper ved en given tanke, eller undersøge om der er andre måder at tænke om en given situation.
- 4.Adfærdseksperimenter og eksponering. I terapien kan lægges små adfærdseksperimenter ind, hvor man f.eks. undersøger om de mere nuancerede tanker også virker i hverdagen. I angstbehandlingen benyttes eksponering – hvor man gradvist nærmer sig det, man er bange for, samtidig med at man får strategier til at håndtere det.
- 5.Via metakognitivt afsæt, at forholde sig til egne tanker ved grublerier, bekymringer og selvkritiske tanker. Her bliver kernespørgsmålet ikke om tankerne er sande eller falske men om de er hjælpsomme eller ej. Der gives strategier til at skelne mellem brugbar problemløsning og ufrugtbar bekymring/grubleri/selvkritik. Ligeledes arbejdes med mindfulness samt træning af opmærksomhed.
- 6.Vedligeholdelsesplan afslutter enhver behandling. Her finder vi sammen de strategier, der har hjulpet og lister dem op i forhold til problematikkerne. Derved får borgeren et opsummerende redskab han/hun kan benytte sig af efterfølgende, skulle det blive nødvendigt.

I terapien benyttes tavlen ofte for at understrege pointer samt skabe et fælles virke. Derudover er det ofte lettere at huske ting, hvis man har set det og evt. selv skriver det ned. Vi arbejder ligeledes med hjemmeopgaver (små opgaver borger og psykolog sammen bestemmer) for derigennem at implementere redskaberne i hverdagen. Forløbet planlægges individuelt og kan variere fra 5 sessioner til længerevarig samtaleforløb – oftest indledes med 10 samtaler.

Fysiske rammer

I tråd med principperne om at imødekomme borgerne, bør samtaler afholdes, så det optimerer muligheden for fremmøde, der vil derfor være lokaler til rådighed lokalt i de forskellige kommuner således, at vi er mere tilgængelige for borgeren. Lokalerne vi får stillet til rådighed, er placeret udenfor Jobcenteret i sundhedshus eller andet sted i kommunen. Samtidig vil vi også stimulerer borgerne, som en del af en aktivering, så vidt det er muligt til at møde op til undersøgelser og samtaler på Socialmedicinsk Center på Frederiksberg.

Udeblivelser

Ved udeblivelser uden grund kontaktes borger i første omgang pr telefon. Opnås der ikke kontakt kontaktes indsatsleder, og sagsbehandler adviseres mhp. rådighedsvurdering udgående fra Jobcentret.

Eksterne samarbejdspartnere

Som interventioner kan vi samarbejde med eksterne samarbejdspartnere, der både er indenfor kommunal, region og privat regi.

Kommunale samarbejdspartnere

Sagsbehandler

Hver borger har tilknyttet en sagsbehandler i jobcenteret. Hvorvidt borger har andre sagsbehandlere i øvrige forvaltninger vil variere afhængig af borgers problemstillinger, hvis borger har tilknyttet flere sagsbehandlere, vil alle blive orienteret og kontaktet for at koordinere indsatsen.

Sagsbehandleren i jobcenteret skal løbende orienteres særligt, hvis der ikke er progression i indsatsen for at vurdere om forløbet skal fortsætte. Orientering kan enten ske ved telefon eller mail. Det er forløbskoordinatoren, der vurderer behov for evt. et møde med sagsbehandler. Det anbefales, at sagsbehandler fra kommunen ikke sætter tilbud i gang uden samarbejde med forløbskoordinator. Hvis det vurderes, at borger kan have gavn af nogle af de aktiveringstilbud kommunerne har, er det sagsbehandler, der henviser borger. Vi går i dialog med sagshandler og har fagligt begrundede argumenter for eventuel tilknytning til kommunalt tilbud. Det er forløbskoordinatoren, der skal have løbende kontakt med borger for at høre om aktiveringstilbuddet fortsat er relevant. Derudover gør det tætte samarbejde med sagsbehandleren i jobcenteret og i de øvrige forvaltninger, at såfremt SC har anbefalet et forløb, som ikke kan bevilliges, går SC sammen med forvaltningen i dialog omkring, hvordan borger ellers kan støttes. Dette er dog særligt relevant når en borger f.eks. har brug for ny bolig eller er hjemløs. Jobcenteret og øvrige forvaltninger i kommunen har myndighedsrollen i forhold til de bevillinger vi evt. anbefaler.

Ved afslutning af forløbet sker der en koordination/overdragelse skriftligt til jobcenteret jfr. afsnittet Afsluttende rapport, men med mulighed for at afholde rundbordssamtale for at drøfte de videre anbefalinger. Det vil afhænge af, hvilke anbefalinger vi vil videregive og hvor komplekst situationen fortsat er.

Virksomhedskonsulent

Virksomhedsrettet aktivitet adresseres så hurtigt som muligt i starten af indsatsen. Når arbejdsområdet er afdækket, vil der blive etableret samarbejde med virksomhedskonsulenter fra kommunerne, som står for/hjælper med at finde velegnet virksomhed ud fra interesser, funktionsnedsættelse og kompetencer.

Der er valgt et samarbejde med virksomhedskonsulenter fra de lokale Jobcentre, da de har kendskab og kontakter til lokalområdets virksomheder. Det er virksomhedskonsulenten, der godkender på baggrund af indsendte blanketter forløbet.

Det er primært forløbskoordinatoren, der sikre opstartsmøde herunder udfyldning af blanketter og praktikplan, afholder opfølgning, samt med teamet vurderer behov for yderligere faglig involvering f.eks. fysioterapeutisk/ergonomisk vejledning på arbejdspladsen, samt vurdering af behovet for hjælpemidler. Der kan dog være partnerskabsaftaler⁷ mellem virksomhed og jobcenteret, der gør, at virksomhedskonsulent er involveret i opfølgningen. Samarbejdet mellem forløbskoordinator og virksomhedskonsulent er således smidigt.

Sundhedstilbud

Der tilbydes forskellige sundhedstilbud i kommunen, som kan være relevant for borgerne eller som de allerede deltager i og de tilfælde vil relevant faglighed fra SC koordinere evt. samarbejde.

Handikapnøglepersoner

Ved behov for kompenserende ordninger, dog ikke mentor, skal ansøgning sendes til handikapnøglepersonen som fremgår på www.bmhandikap.dk under nøglepersoner i kommunerne.

Regionale samarbejdspartnere

Er der behov for henvisning til lægelig udredning og behandling, som ikke eksisterer i internt regi på Socialmedicinsk Center, kan der henvises til dette, enten via henvisning fra egen læge eller fra socialmedicinsk læge. Det kan f.eks. være psykiatrisk pakkeforløb, neurologisk udredning. I den konkrete sag, vurderes det om samarbejdet med borger kan fortsætte eller om behandlingsbehovet gør, at borger ikke kan deltage i indsatsen.

Øvrige samarbejdspartnere

Forløbskoordinator/teamet kan inddrage øvrige samarbejdspartnere, hvor det vurderes relevant. Om muligt tages udgangspunkt i kommunens eksisterende tilbud, f.eks. tilbud om misbrugsbehandling, kommunikationscentre, træningsmuligheder og lign. om nødvendigt kan øvrige tilbud overvejes.

Afsluttende rapport

Forløbet afsluttes med en samlet beskrivelse af indsatsen; hvad var udgangspunktet, hvilken progression er opnået, en fuldt opdateret oversigt over borgerens samlede helbredstilstand og udvikling i denne. Rapporten vil endvidere indeholde anbefalinger til fremtidige indsatser indenfor den bio-psyko-sociale model, som sendes til jobcenteret, borger og praktiserende læge. Det kan være hensigtsmæssigt i nogle af forløbene, at der afholdes et afsluttende møde mellem borger, sagsbehandler og forløbskoordinator evt. men en anden faglighed, hvis det vurderes relevant. Dette for at sikre, at borger ved hvad der sker fremadrettet.

⁷ I en partnerskabsaftale har jobcenteret og pågældende virksomhed særaftale i forhold til, hvor mange borger de tager i virksomhedsrettet aktivitet på f.eks. et år.

Kompetencer i det tværfaglige team

Forløbskoordinator

Socialfaglig baggrund, socialrådgiver eller lignende med erfaring indenfor beskæftigelsesområdet og med kendskab til beskæftigelseslovgivningen, samt erfaring med at arbejde med personer med komplekse problemstillinger.

Socialmedicinsk læge

En socialmedicinsk læge er enten socialmediciner eller almen mediciner med bred erfaring inden for den bio-psyko-sociale tilgang.

Fysioterapeut

Fysioterapeutisk baggrund med erfaring og interesse for mere komplekse tilstande f.eks. inden for kroniske smerter og / eller psykiatri.

Psykolog

Specialist indenfor kognitiv terapi samt erfaring med psykiatriske sygdomme og interesse for at arbejde med personer med komplekse tilstande som f.eks. smerter

Speciallæger: Psykiater samt reumatolog

Udfører alene udredning og vurdering og ikke behandling. Er der behov for psykiatrisk eller reumatologisk behandling, kan borger henvises af socialmedicinsk læge.

Appendiks 1 Problem-målliste

Guide

Problem-mål liste – et dynamisk redskab

Problem-mållisten er et redskab, der hjælper borger og teamet med at skabe overblik over de vanskeligheder borgeren har – og dermed hvor fokus i indsatsen skal være.

Problem-mållisten består af flere procesdele. Første etape omhandler udelukkende indsamling af problemstillinger. Derefter skal disse prioriteres og konkretiseres ved hjælp af formulering af delmål. Delmålene skal derfor være ud fra SMART princippet, dvs. specifikt, målbart, attraktivt, realistisk og tidsbestemt.

1.lægesamtale – introduktion og opstart af problem-mållisten

Problem/mållisten inddrages til sidst i samtalen, efter man har dannet sig et overblik over de forskellige problematikker. Læge udfylder listen med det, der lige her og nu fylder for borger. Spørg pt. hvad de gerne vil have hjælp til (hvilke udfordringer/problemer de har, hvad der er svært el.).Lyt – skriv ned på listen (alt hvad de siger, om det så er problem eller mål)

Hav følgende in mente - og spørg evt. ind til det (efter borger selv er udtømt):

- a) Bolig
- b) Økonomi
- c) Beskæftigelse og uddannelse (inkl. orienterer du dig efter job?)
- d) Familieforhold og netværk (inkl. kommer du ud og møder andre)
- e) Interesser og fritid (fysisk aktiviteter; cykle, gå, træne)
- f) Fysisk helbred (inkl. søvn)
- g) Psykisk helbred (inkl. egenomsorg)
- h) Alkohol/stoffer/rusmidler
- i) Sikkerhed (vold/trusler)
- j) Kriminalitet
- k) ADL: købe ind, rengøring, vaske tøj, lave mad, antal måltider dagligt, personlig hygiejne
- l) Kognitive funktioner: hukommelse, koncentration, planlægning, overholde aftaler

(Ovenstående punkter er med udgangspunkt i forandringskompasset og ICF)

Efter udfyldning af skema, gives dette til borger, som så kan gå hjem og uddybe el. inden samtale med forløbskoordinator.

- Forslag til formulering til patient: Når man sidder og pludselig skal lave sådan en liste, kan det være svært helt at overskue om man har alle aspekter med. Vil du ikke overveje det til næste samtale – og hvis du kan, så begynde at prioritere hvad der er vigtigst. Så kan du og forløbskoordinator arbejde videre på det næste gang.

Samtalen afsluttes, læge tager kopi af problem-mål liste og lægger den i sagsmappen. Borger går hjem og arbejder selv videre og tager listen med til 1.samtale med forløbskoordinator.

Ved 1. samtale med forløbskoordinator – arbejder videre med problem- mållisten

Forløbskoordinator uddyber på relevante emner og der arbejdes herefter videre med problem/mållisten fra hvor lægen nåede til.

- a) evt. påbegynd prioritering af mål
- b) evt. påbegynd delmål (til de socialfaglige emner)
- c) evt. inddragelse af andre faggrupper ?

Husk: det er vigtigt at vi dækker de emner borger ønsker, men det er også vigtigt, at vi tager fat i emner, vi reelt tror, vi kan hjælpe med, så sommetider kan der blive en lille forhandling.

Problem-mål liste tages med på den tværfaglige konference – så vi med udgangspunkt i den, kan tage stilling til, hvilke faggrupper, der skal inddrages i eventuel videre udredning og indsatsen.

Del-mållisten

Relevante faglighed laver derefter delmål på en given problemstilling.

Tip: For at lave delmål på uspecifikke mål som fx "få det bedre" kan det være hensigtsmæssigt at spørge "hvad ville du gøre, hvis du havde det bedre". På den måde bliver delmålene adfædsorienteret.

Overordnet brug af problem/mållisten under forløbet

Den bliver omdrejningspunktet når vi indbyrdes drøfter borger således at vi alle ved, hvor vi er på vej hen. Problem/mållisten tages frem i samtaler med forløbskoordinator, læge, fysioterapeut og psykolog, når det skønnes relevant for det videre forløb eller når listen skal revideres evt. med nye mål.

Konkret betyder dette, at problem/målliste vil være udgangspunktet ved vores fælles drøftelser af borger til tværfaglige konferencer.

Det er ikke meningen, at problem-mållisten skal bruges direkte som et progressionsværktøj, men som en systematisering og tydeliggørelse af de områder teamet og borger skal arbejde med.

Problem- og målsætningsliste

Navn:

Skriv alle de problemer ned, som du synes er vigtige for dig for tiden, også problemer, der ikke umiddelbart har relevans for dine symptomer. Det kunne være problemer med beskæftigelse, økonomi, familie/venner, fritid, selvværd, humøret eller lignende. Vær så specifik som muligt (skriv f.eks. »mange sygemeldinger« frem for »problemer på arbejdet«). Herefter opstilles konkrete realistiske målsætninger i forhold til hvert problem(f.eks. at have højst to sygedage pr. måned).

<i>Problem</i>	<i>Mål</i>

Fra Kognitiv terapi – nyeste udvikling, Anja Hareskov Jensen, 2012



Appendiks 2 Handleplan

Jobcenter XXX

Status og oplæg til handleplan

Vedr. XXXX, cpr.nr XXXXXX-XXXX

Dato

RESUMÉ

Alder, køn, uddannelse, helbredssituation, beskæftigelse.

Henvist til Socialmedicinsk Center til tværfaglig udredning og indsats af XXX Kommune i forbindelse med Vestegnsprojektet.

Socialt: opvækst, uddannelse, civilstand, børn, evt. problemstillinger. Arbejdsforhold, egen tiltro til tilbagevenden.

Helbred; aktuelle problemstillinger og behandlingsforløb, sygdomsforståelse, vurdering af funktionsniveauet, objektive fund.

Handleplan

Samlet vurdering, behandlingstiltag, funktionsniveau, egen sygdomsforståelse, skånehensyn, kort opsummering af hovedområderne fra Problem-målliste.

Socialmedicinsk udredning er gennemført og borger kan overgå til indsatsforløb. Socialfaglig forløbskoordinator XXX er tilknyttet og vil forestå facilitering af tiltagene.

Sagen er superviseret af overlæge XXX samt drøftet på tværfaglig konference.

Med afsæt i et arbejdsmarkedsrettet perspektiv vil samarbejdet konkret bestå af:

Eksempel, under hver faglighed beskrives, hvilke mål der arbejdes med

1. Indsats

- A. Samtaler med socialfaglig konsulent
- B. Virksomhedsrettet aktivitet
- C. Fysioterapeut
- D. Psykolog
- E. Læge
- F. Andet

Diagnoser

XXXX

Læge

Skriv alle navne på dem som har været med i udredningen

CCCCC

Forløbskoordinator

Appendiks 3 Arbejdsliv

Skemaet tager udgangspunkt i dine tidligere erfaringer og i hvordan du har det i dag. Der skal ikke tænkes i bestemte fag. Du skal prøve at beskrive, hvordan du ønsker et arbejdsliv kan være og ikke forholde dig til om arbejdet findes eller arbejdspladsen. Det er ikke sikkert du kan udfylde alle felter nu og det kan også være at din beskrivelse ændrer sig undervejs. Teksten under områderne skal ses som hjælpespørgsmål.

Områder	Beskrivelsen	Evt. dato
De fysiske rammer:		
Indendørs, ude hele dagen, foran en computer/ved skrivebord. Skal kunne gå til og fra en arbejdsopgave osv.		
Transportform og tid		
Hvor langt kan jeg komme fra bopæl og hvordan		
Tidspunkter		
Hvornår fungerer jeg bedst, morgen, eftermiddag, aften, nat.		
Arbejdstimer pr. uge		
Hvor mange timer kan jeg arbejde om ugen til at starte med? Og evt. på sigt		
Pauser		
Hvor ofte har jeg brug for pauser, kan det foregå i et lokale med andre, har jeg godt af at komme ud og få frisk luft m.m		
Samarbejde:		
Skal jeg have en makker jeg kan samarbejde med, jeg vil arbejde alene, men vil gerne være i et team eller jeg skal være helt alene om opgaverne		
Teknologi:		
Jeg vil helst arbejde manuelt, med samtaler, eller jeg vil gerne arbejde med maskiner/IT m.m.		
Introduktion til arbejdsopgaver:		
Jeg lærer bedst ved at se tingene blive gjort, have skriftlig instruktion, skal kunne spørger flere gange		

Tilrettelæggelse af opgaver:		
Kan jeg arbejde med deadline, kan jeg have flere opgaver på en dag.		
Arbejdsopgaver:		
Hvilke opgaver har jeg interesse i.		
Socialt samvær		
Eksempler; -Jeg skal arbejde sammen med andre. -Jeg skal helst ikke deltage i frokoster til at starte med. Jeg kan have svært ved at indgå i samtaler med kollegaerne.		
Andre faktorer?		

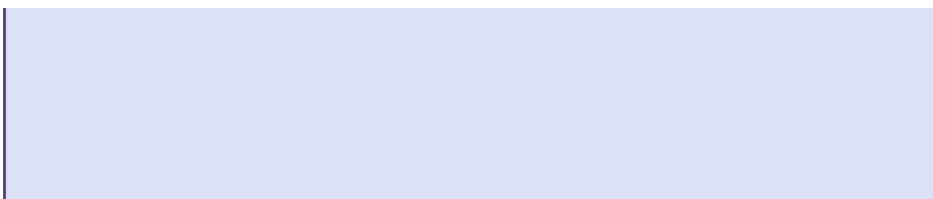
Kandidat infoskema til virksomhedskonsulenter

Forløbskoordinator:	
Dato:	
Praktikformål:	
Varighed:	
Timer i ugen:	
Telekonsulent:	
Kandidats navn:	
Adresse/ by:	
Tlf. /Mobil:	
Alder:	
Uddannelse:	Faglige kvalifikationer
Kurser:	
Sidst været i job (årstal og firma):	
Opg. beskrivelse fra seneste job:	
IT egenskaber:	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Normalbruger: Ingen erfaringer: Superbruger: </div>
Beskriv 3 personlige Positive sider af dig:	Personlige kvalifikationer
Beskriv 3 faglige Positive sider af dig:	
Samarbejdsevne:	
Arbejde selvstændig:	

	Praktik informationer
Fag interesse:	
Virksomhedskontakt (Både de steder du selv har kontaktet, og de steder du ønsker vi kontakter):	
Indendørs/udendørs - arbejde:	
Max. Afstand i tid. (EX. 1 -2 timer fra bopæl):	
Tid på dagen:	Morgen: Middag: Eftermiddag: Aften: Nat:
Kørekort:	
Egen bil:	
Ren Straffeattest:	Ja: Nej:
Sprog:	
Læse:	1)
Skrive:	2)
Tale:	3)
Netværk: (kender du nogle via Dit netværk, hvor du kan komme i praktik)	
Helbred/funktionsnedsættelse:	

Skånehensyn:
(hvad skal skånes, og
hvordan)

Bemærkning:



2.2 Effektmål og målemetode

Effektvurdering og evaluering består overordnet af tre grupper af analyser:

1. Arbejdsmarkedstilknytning
2. Økonomiske perspektiver
3. Procesevaluering

Der oprettes en pseudo-anonymiseret database med forskningsdata.

Data til primære effektmål vedr. arbejdsmarkedstilknytning vil blive indhentet via DREAM-databasen, som er en forløbsdatabase baseret på data fra Beskæftigelses-, Velfærds- og Undervisningsministerierne, Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration, CPR-registret samt SKAT. Registret omfatter alle personer, der har modtaget visse offentlige overførselsindkomster fra medio 1991 og frem, og omfatter i alt godt 5 mio. personer. Desuden indeholder databasen variable som etnisk baggrund, civilstand og bopælskommune samt fra 2008 og frem beskæftigelsesoplysninger. Databasen ajourføres månedligt. Ved inklusion optages desuden demografisk information i form af: skolegang, antal år i ordinært arbejde og antal indsatser i jobcentret.

Databasen hostes efterfølgende på SDU's server på Danmarks Statistik, hvor kobling mellem spørgeskemadata og registerdata foretages.

2.2.1 Måling af forskelle i arbejdsmarkedstilknytning

Måling af overgang til beskæftigelse eller uddannelse analyseres ved hjælp af time-to-event analyser (cox regression), hvor eventen er overgang fra kontanthjælp til enten beskæftigelse eller uddannelse. Sekvensanalyse anvendes til at beskrive forskelle i forløb i hele opfølgingsperioden, og supplerer regressionsanalyserne med deskriptive analyser af de hyppigst forekommende forløb under og efter indsatsen i indsats- og kontrolgrupperne. Denne type analyse er velegnet til at kvantificere hyppigheden af skift mellem status på arbejdsmarkedet, karakteren af skiftene, og kvaliteten af skiftene ud fra en a priori defineret kategorisering af ydelser der er relateret til status langt fra beskæftigelse, fx kontanthjælp, til ydelser der ligger tættere på, fx revalideringsydelse eller SU.

Primære effektmål samt spørgeskemadata analyseres kvantitativt. Analyseoversigt og -metoder kan ses i tabel 1.

Tabel 1. Analyseoversigt og statistiske metoder / modeller

Analyse	Indhold	Metoder
1	Demografiske parametre fordelt på indsats- hhv. kontrolgruppe mhp. at beskrive populationen samt vise om grupperne er sammenlignelige	Kontinuerte: Middelværdi (s.d.), p-værdi vha. t-test eller non-parametrisk test (Mann-Whitney test) eller median (range), p-værdi vha. Kruskal-Wallis test Kategoriske: Antal (procent), p-værdi vha. Chi-square eller Fisher's exact test
2	Primære effektmål vist som forskellen i events i hhv. indsats- og kontrolgruppen	Cox regression med events defineret ud fra beskæftigelsesstatus i DREAM, samt sekvensanalyse baseret på sekvenser af koder i DREAM

2.2.2 De økonomiske perspektiver

Det primære formål med analysen af de økonomiske perspektiver er at estimere omkostningerne forbundet med den helhedsorienterede individuel tilrettelagte indsats udgående fra Socialmedicinsk Center, så de involverede kommuner – og andre interessenter – med inddragelse af resultaterne for de deltagende personer, får det bedst mulige grundlag for at træffe beslutning om implementering i en større skala. Dette indebærer dels at omkostnings sætte aktiviteterne forbundet med indsatsen, dels at omsætte resultaterne for de personer, som deltager, til økonomiske gevinster.

Omkostningerne ved indsatsen

Beregningerne vil blive foretaget i Socialstyrelsens omkostningsmodel og vil blive baseret på eksempelvis Socialstyrelsens retningslinjer og grundprincipper for, hvordan en omkostningsvurdering laves samt på Socialstyrelsens brugervejledning til, hvordan man udfører samfundsøkonomiske evalueringer af sociale indsatser.

Følgende brede omkostningskomponenter inkluderes jf. Socialstyrelsens retningslinjer for omkostningsvurderinger:

- Forberedelse
- Uddannelse
- Drift af indsatsen
- Medarbejdernes lønniveau
- Investeringer i materiel
- Øvrige omkostninger

For at afdække omkostningerne, forbundet med indsatsen, indsamles en række relevante omkostningskomponenter, jævnfør boksen til højre. Omkostningskomponenterne vil blive fastlagt så de så vidt det er muligt afspejler den faktiske implementering i kommunerne.

Socialstyrelsens omkostningsmodel er en beregningsramme, hvor man indtaster henholdsvis ressourceforbrug, forbundet med indsatsen, samt de tilhørende enhedspriser.

Omkostningerne findes "bottom-up" ved at opdele indsatsen i flere omkostningskomponenter, finde omkostningerne til hver delkomponent og til sidst aggregere op til en samlet

omkostning for hele indsatsen. På baggrund heraf beregner modellen de samlede omkostninger og omkostninger pr. borger, der modtager/er en del af indsatsen. Omkostningsvurderingen vil tage udgangspunkt i de faktiske projektspecifikke scenarier i kommunerne. Beregningerne vil blive foretaget med det mål, at de er så gennemsigtige så mulige og vil afspejle, hvilke omkostninger øvrige kommuner vil forvente at have ved lignende tiltag – dermed sikres økonomisk set den eksterne validitet.

Som udgangspunkt opgøres alene de budgetøkonomiske omkostninger – dvs. de faktisk målelige direkte udgifter opgjort i observerede faktor- eller markedspriser for kommunerne, hvor der ligger en egentlig produktion bag i forbindelse med indsatsen. I en sådan analyse opgøres det, hvorledes indsatsen påvirker de faktiske reale (men diskonterede) pengestrømme for kommunerne og andre offentlige kasser. Derimod inkluderes ikke de afledte velfærdsøkonomiske omkostninger, såsom u håndgribelige (menneskelige) og indirekte omkostninger. Et eksempel på u håndgribelige omkostninger kan være øget trivsel hos personerne, der modtager indsatsen.

Omkostningerne vil blive fordelt på centrale aktører hhv. kommunen og eventuelle øvrige offentlige kasser og vil blive beregnet i faste 2020-priser ved hjælp af forbrugerprisindekset. Vi vil estimere bruttoomkostningerne ved indsatsen, hvilket betyder, at vi ikke modregner de besparelser, der følger af et eventuelt bortfald af en eksisterende indsats.

Resultatet af omkostningsvurderingen opgøres som de samlede omkostninger pr. igangsat og pr. gennemført forløb. Disse frembringes på baggrund af de totale omkostninger, opgjort som nettonutidsværdien over hele studieperioden. Der anvendes en diskonteringsrate på 4 % for at tage højde

for, at omkostningerne optræder på forskellige tidspunkter, som er standardpraksis. I forlængelse heraf vil der blive gennemført en række følsomhedsanalyser, hvor centrale parametre i omkostningsvurderingen varieres, herunder diskonteringsraten, tidshorisonten, ressourceforbruget samt enhedsomkostningerne.

Økonomiske gevinster

Beregningen af de forventede økonomiske konsekvenser gør os i stand til at estimere, hvilke fremtidige besparelser det offentlige kan forvente ved en større implementering af indsatsen i yderligere kommuner. Nedenfor vises hvilke typer af økonomiske konsekvenser, der inkluderes i beregningen af de økonomiske gevinster. For indsats og kontrolgruppe beregnes forskellen i hver indikator.

Konsekvenser	Indikatorer	Register
Beskæftigelse	Personen er i ordinær beskæftigelse (måneder) Skat af indkomst	DREAM-data fra Beskæftigelsesministeriet og STAR
Beskæftigelsesindsats	Vejledning og opkvalificering (uger)	DREAM-data
Indkomstoverførsler	Kontanthjælp (uger) Førtidspension (uger) Uddannelseshjælp (uger) Øvrige overførsler (uger)	DREAM-data

Med beregning af de økonomiske gevinster menes, at der sættes pris på effekterne af indsatsen. Hvis indsatsen eksempelvis medfører, at 10% flere af personerne i målgruppen kommer i beskæftigelse i et antal måneder, kan man ved hjælp af enhedspriser estimere, hvor meget det offentlige sparer som følge af indsatsen. Disse fremtidige besparelser fratrækkes omkostningerne, der er forbundet med indsatserne, med henblik på at belyse, om indsatsen samlet set er rentabel.

2.2.3 Procesevaluering

Procesvurderingen baseres på metodetriangulering (mixed metode) og gennemføres som konvergerende følgeforskning⁸. Det betyder, at effektiviteten af den tværfaglige indsats og procesevalueringen af den måde indsatserne udføres i praksis, gennemføres parallelt, hvorefter resultaterne sammenholdes.

Centrale elementer i designet af følgeforskningen er at:

- *Primært* uddybe effektiviteten og forklare, hvilke bagvedliggende faktorer der kan fremme eller hæmme effekten af den tværfaglige indsats udgående fra en hospitalsplaceret socialmedicinsk afdeling.
- *Sekundært* undersøge, hvordan den tværfaglige indsats udføres af det socialmedicinske team, koordineres med kommuner og andre aktører og modtages af borgere med individuelt tilrettelagt indsats. Derudover dokumentere omverdens forhold der kan påvirke processen, såsom udskiftning af teammedlemmer, forandringer i målgruppen, variationer i forankringsløsninger blandt kommuner eller uforudsete begivenheder i udførelsen af den tværfaglige indsats gennem løbende opfølgning.

Dataindsamling og analyse følger valide guidelines for procesvurdering af tværfaglige indsats med forankring i klinisk praksis⁹ og i kombinationer af kommunalt regi og tværfaglige teams¹⁰⁻¹¹: Følgende seks komponenter er fundet anvendelige for procesvurdering af tværfaglige, og helhedsorienterede individuelt tilrettelagte indsats forankret i klinisk praksis¹²:

- *Rekruttering*: Rekruttering af borgere blandt målgruppen for den tværfaglige indsats og de planlagte procedurer (+ rekrutteringstidspunkt)
- *Rækkevidde*: Rækkevidde af rekrutteringsforløbet svarende til forskellige målgruppe kriterier og det forventede antal borgere (+ evt. frafald undervejs i indsatsen)
- *Kvalitet*: Kvaliteten af den tværfaglige indsats set i forhold til gældende principper for en tværfaglig, og helhedsorienteret individuelt tilrettelagt indsats
- *Gennemførelse*: Gennemføres indsatsen i henhold til planlagte procedure, brug af kompetencer, sammenhæng mellem udredning og indsats samt brug af konkrete redskaber.
- *Modtagelse*: Modtagelse og tilfredshed med den tværfaglige indsats blandt borgere med individuelt tilrettelagt indsats
- *Kontekst*: Kontekstuelle forhold omkring teamet, såsom samarbejde og koordinering med eksterne aktører, ledelsesmæssig opbakning, ressourcer hos kommuner og sociale forhold i borgerens omverden der kan influere den tværfaglige indsats.

⁸ Creswell JW, Plano Clark VL: Designing and conducting mixed methods research, 2nd edition. Los Angeles: Sage Publications; 2011.

⁹ Gensby, U., Braathen T.N., Jensen, C., Eftedal, M. Designing a process evaluation to examine mechanisms of change in return to work outcomes following participation in occupational rehabilitation: A theory-driven and interactive research approach. *International Journal of Disability Management* Volume 13, e1, pp. 1–16.

¹⁰ Martin, M.H.T., Nielsen, M.B.D., Petersen, S.M.A., Jakobsen, L.M., Rugulies, R. (2012). Implementation of a coordinated and tailored return-to-work intervention for employees with mental health problems. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(3), 427–436.

¹¹ Aust, B., Nielsen, M.B., Grundtvig, G., Buchardt, H.L., Ferm, L., Andersen, I., Poulsen, O.M. (2015). Implementation of the Danish return-to-work program: process evaluation of a trial in 21 Danish municipalities. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 41(6), 529–541

¹² Gensby, U., Braathen T.N., Jensen, C., Eftedal, M. Designing a process evaluation to examine mechanisms of change in return to work outcomes following participation in occupational rehabilitation: A theory-driven and interactive research approach. *International Journal of Disability Management* Volume 13, e1, pp. 1–16.

Dataindsamling gennemføres ved baseline (start af indsats), undervejs i indsatsen, ved afslutning af indsats og ved opfølgning seks måneder efter indsatsen afsluttes. For at opfange umiddelbare forandringer af indsatsen (kortsigtede mål), herunder borgerens uddannelsesniveau, motivation og parathed til at vende tilbage i job såvel som varig gennemslagskraft af indsatsen (langsigtede mål), herunder arbejdsmarkedets status og progression på udvalgte beskæftigelsesindikatorer, kombineres registerdata og selvrapporterede data med brug af flere forskellige kvalitative metoder:

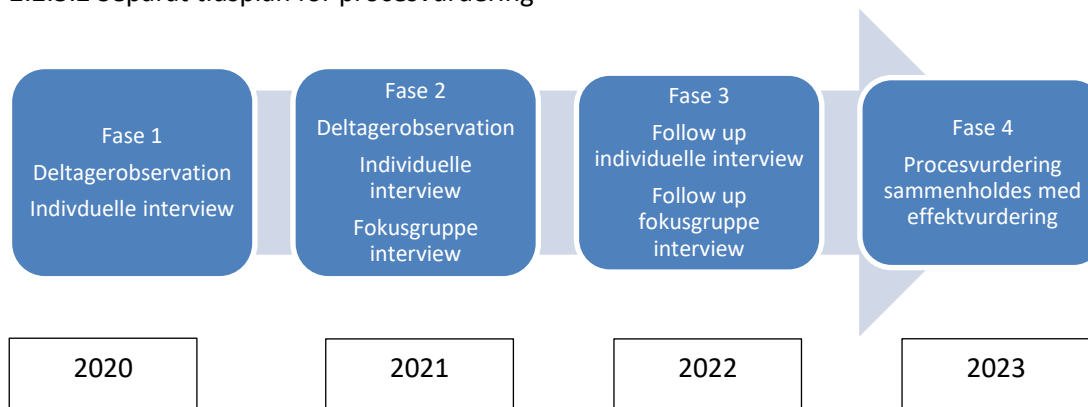
- *Deltagerobservation*: Der planlægges deltagerobservation i opstarten af indsatsen for at få indsigt i temaets funktion og de rammer der er for at udføre indsatsen. Derudover planlægges deltagerobservation i forbindelse med teamets levering af den tværfaglige indsats under projektperioden, herunder deltagelse i formelle teammøder og møder mellem team og borger samt uformelle møder mellem teammedlemmer.
- *Semi-strukturerede interviews*: Der planlægges en række semi-strukturerede interview med ca. 15 udvalgte borgere der tilbydes en tværfaglig individuelt tilrettelagt indsats. Borgerne interviewes tre gange; ved start på indsatsen (baseline), undervejs i forløbet mellem udredning og indsatsen, og efter afsluttet indsats (follow up).
- *Fokusgruppe interviews*: Der planlægges fokusgruppe interview med det tværfaglige team før indsatsen påbegyndes og efter afsluttet indsats. Undervejs gennemføres fokusgruppe interview med repræsentanter fra de seks vestegnskommuner. Fokusgrupperne gennemføres i grupper af fire til seks personer.

Observationer nedskrives i en logbog. Alle interview transskriberes verbatim. Alt kvalitativt materiale sammenholdes og gennemgår tematisk analyse i NVIVO. Analyserne udføres af TeamArbejdslivs projektgruppe, som har solid erfaring med program evaluering og følgeforskning indenfor arbejdsmarked og helbred, såvel i forhold til tværfaglige indsats, og i forhold til sygemeldte borgere og deres proces tilbage til arbejde.

2.2.3.1 Organisering

Procesvurderingen ledes af Seniorforsker Ulrik Gensby, Forskningschef Hans Jørgen Limborg og Evalueringschef Flemming Pedersen hos TeamArbejdsliv. Koordinering af procesvurdering ligger i TeamArbejdsliv. Sammenkobling af procesvurdering med effektvurdering udføres som et delt samarbejde mellem Socialmedicinsk Center og TeamArbejdsliv.

2.2.3.2 Separat tidsplan for procesvurdering



2.3 Metodeovervejelser

2.3.1 Overvejelser vedr. sample size og power

Der kan måles statistisk signifikant effekt på beskæftigelsesparametre med deltagerantal på 200+200 (power 0.80 (80 % sandsynlighed for at finde en sammenhæng hvis den er der i virkeligheden – 80 er standard), alfa 0.05 (95 % sandsynlighed for, at den effekt man har fundet er sand i virkeligheden – 95 % er standard):

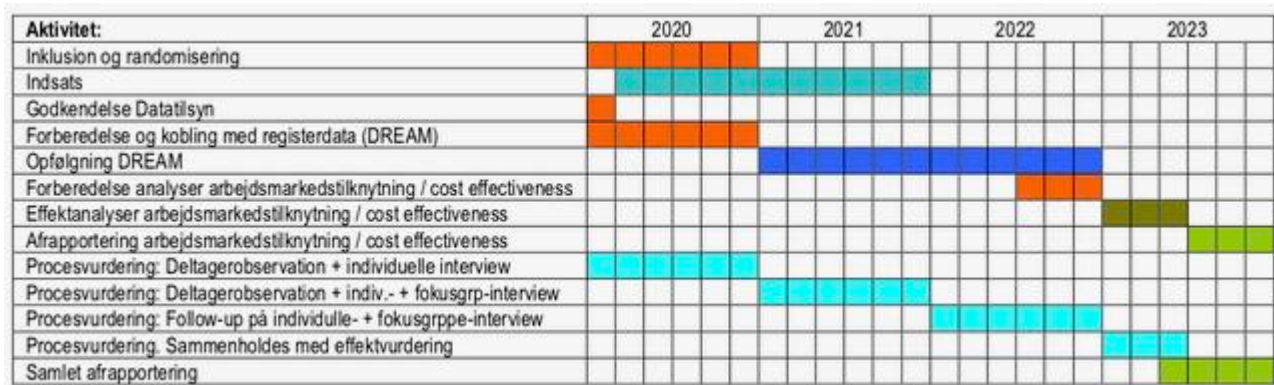
2.3.2 Overvejelser vedr. blinding

Deltagerblinding og blinding af sagsbehandler er ikke mulig. Borger udfylder selv spørgeskema, men kan om nødvendigt assisteres af sagsbehandler. At sagsbehandler ikke er blindet forventes ikke at have større indflydelse på resultatet af borgers spørgeskema, da skemaet er formuleret med veldefinerede valgmuligheder og sagsbehandler er instrueret i ikke at hjælpe borger med selve svaret. Det angives på skemaet, om sagsbehandler har assisteret med udfyldelsen.

3 Tidsplan

Projektperioden løber fra januar 2020 til og med december 2023. Se Gantt chart figur 2.

Figur 2: Gantt-chart



4 Datahåndtering og etik

4.1 Datahåndtering

Ved inklusionen tildeles hver deltager et projekt-ID-nummer, som i et separat dokument sammenkobles med cpr.nr. gennem forsøgsperioden. Dette dokument opbevares i lovbeskyttet mappe på krypteret USB-stik, som opbevares i aflåst skuffe i aflåst rum på Socialmedicinsk Enhed, Frederiksberg Hospital. I den endelige database fremgår ingen personfølsomme oplysninger, og der anvendes alene ID-nummer i dataanalysen.

Data gemmes på denne vis indtil projektets afslutning og destrueres herefter. Bånd med lydoptagelser slettes umiddelbart efter transskription.

Projektet søges godkendt af Datatilsynet under Region Hovedstadens paraplyanmeldelse for sundhedsvidenskabelig forskning i efteråret 2019. Pilotprojektet er tidligere blevet godkendt med j.nr.: 2012-58-0004 med lokalt j.nr. BFH-2016-072 og I-Suite nr: 04989.

4.2 Ethiske overvejelser

Der er indgået samarbejdsaftaler mellem Socialmedicinsk Center og de 6 deltagende kommuner.

Forud for inklusion i projektet, vil borgere blive informeret mundtligt og skriftligt om projektet og bedt om at underskrive samtykkeerklæring (se afsnit 4.3.1 og 4.3.2.). Samtykke udbedes alene til deltagelse i den videnskabelige evaluering (dvs. spørgeskema og indhentning af registerdata), mens tilsagn til deltagelse i selve indsatsen håndteres sv.t. jobcentrets vanlige praksis. Samtykke til deltagelse i den videnskabelige evaluering har ingen betydning for tilbuddet om deltagelse i indsatsen.

Demografiske data for personer, som takker nej til deltagelse, vil blive indsamlet og anonymiseret inden analyse uden herefter at være personhenførbare.

Projektet er drøftet med jurist i Videnskabsetisk Komité, som vurderer, at projektet ikke skal anmeldes hertil, da der ikke anvendes biologiske mål i projektet og således ikke i juridisk videnskabsetisk forstand klassificeres som sundhedsvidenskabelig forskning.

4.3 Informationsmateriale & samtykke

4.3.1 Informationsbrev til borgere

Kære borger i XXXXX Kommune

Du er blevet udvalgt til at deltage i et nyt tiltag, som XXXXX Kommune gennemfører i samarbejde med Socialmedicinsk Center, Frederiksberg Hospital.

ikke i din e-boks. Du skal ikke forberede dig til samtalen – du skal blot møde op. Du bliver informeret om det videre forløb til samtalen.

Hvad er Socialmedicinsk Center?

Socialmedicinsk Center er en hospitalsafdeling under Region Hovedstaden, som har stor erfaring med udredning og håndtering af problemstillinger, hvor der er problemer indenfor flere områder samtidig. Det kan f.eks. være både fysisk sygdom, psykisk sygdom og sociale problemer, som alle kan påvirke hinanden og gøre det svært at løse problemerne hver for sig.

På vores afdeling har vi et tværfagligt team med læger, herunder psykiatere og reumatologer, fysioterapeuter, psykologer og socialfaglige. Vi arbejder helhedsorienteret, dvs. "hele vejen rundt" om det enkelte menneske og fokuserer således ikke kun på fysiske sygdomme.

Hvad går tiltaget ud på?

Tiltaget går ud på sammen med dig at finde den rigtige indsats til at hjælpe dig til større afklaring af din samlede situation, herunder dit helbred og din sociale situation, for at du kan komme tættere på arbejdsmarkedet.

Hvorfor er jeg blevet udvalgt?

Målgruppen består af personer, som har modtaget kontant- eller uddannelseshjælp i højst 7 år, og er aktivitetsparate. Du er blevet tilfældigt udvalgt blandt borgere i målgruppen til at deltage i indsatsen. Du kan læse mere om dine rettigheder, herunder om transport, i informationsbrevet fra XXXXX Kommune eller spørge din sagsbehandler.

Baggrund for tiltaget

Aktivitetsparate borgere kan have flere problemstillinger, der står i vejen for trivsel og arbejdsevne. Sådanne problemstillinger kan være svære at løfte for kommunerne. XXXXX Kommune vil derfor på forsøgsbasis se, om en helhedsorienteret og tværfaglig indsats fra Socialmedicinsk Center kan hjælpe dig til bedre afklaring og om muligt hjælpe dig tættere på arbejdsmarkedet.

Indsatsen vil blive evalueret, og du vil få separat information om og blive spurgt om du vil hjælpe til med evalueringen.

Spørgsmål og tvivl

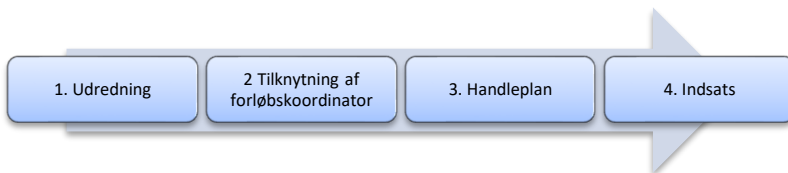
Ved spørgsmål eller tvivl er du altid velkommen til at kontakte projektleder og socialfaglig leder Camilla Vitu på tlf. 40 22 78 95.

Svært ved at overskue at læse dette hæfte?

Har du har svært ved at overskue det, behøver du ikke læse hele dette hæfte; i så fald skal du blot vide, at du vil blive indkaldt til en lægesamtale på Frederiksberg Hospital, som fokuserer på din samlede situation. Du får indkaldelsen per almindelig post og

Indsatsen

Indsatsen varer i 12 mdr. og består af delementerne vist hér:



Udredning, tilknytning af forløbskoordinator samt udarbejdelse af handleplan sker så vidt muligt indenfor den første måned.

Nedenfor beskrives indsatsens enkelte dele.

Udredning

Det første, der sker, er, at du bliver indkaldt til en udredningssamtale med en læge. Du får indkaldelsen per brev, og samtalen foregår på Socialmedicinsk Center på Frederiksberg Hospital.

Inden samtalen har lægen læst alle dine journaloplysninger, som ligger i systemet samt eventuelle yderligere akter, som kommunen har fremsendt. Lægen vil derfor være godt forberedt på jeres møde og dermed kunne hjælpe dig bedst muligt.

Samtalen kan vare i op til 2 timer (men behøver ikke vare så længe) og har helhedsorienteret fokus på din generelle situation, dit funktionsniveau og dine egne tanker om din situation. Den vil også som regel indbefatte en fysisk undersøgelse.

Efter samtalen udarbejder lægen en journal med sammenfatning af din situation, vurdering af dit funktionsniveau samt anbefalinger til en plan for eventuelle tiltag. Det kan være, at lægen vurderer, at du skal vurderes af en anden fagperson, f.eks. en reumatolog eller en fysioterapeut; i så fald vil du blive informeret om dette og indkaldt til en undersøgelse. Resultatet af denne vil så indgå i lægens endelige vurdering.

Nogle synes, at processen lyder uoverskuelig og har svært ved at rumme udsigten til så lang en samtale. De fleste melder dog efterfølgende tilbage til os, at de har været glade for samtalen og for, at der var tid til at lægen satte sig ind i hele deres situation.

Tilknytning af forløbskoordinator

Efter eller sideløbende med indkaldelsen til lægen, vil du blive indkaldt til en samtale med din forløbskoordinator.

Din forløbskoordinator har socialfaglig baggrund og skal følge dig som din nærmeste kontaktperson gennem hele indsatsen.

Ved den første samtale med forløbskoordinatoren vil I tale nærmere om din samlede situation. Der skrives også en socialfaglig journal.

Handleplan

Ved den efterfølgende samtale laver du og forløbskoordinatoren sammen en handleplan for, hvordan indsatsen skal se ud. Handleplanen baserer sig på lægens journal, samtalen med forløbskoordinator og på dit eget input. Handleplanen kan indeholde alle slags indsatser, herunder for eksempel lægelig behandling, træning, økonomisk rådgivning, virksomhedspraktik m.v.

Handleplanen er DIN plan, dvs. at det er dig, der sammen med forløbskoordinator skal finde ud af, hvilke indsatser der er relevante for dig, i hvilken rækkefølge, de skal iværksættes, under hvilke rammer etc. Det er meningen at handleplanen justeres løbende, så den hele tiden passer til den situation, du reelt befinder dig i på det givne tidspunkt.

Indsats

I indsatsen iværksættes de tiltag, som I har fundet frem til i handleplanen. Gennem hele indsatsen, som varer op til 6 mdr., har du tæt og løbende kontakt med din forløbskoordinator, som vil støtte dig igennem tiltagene. Forløbskoordinator er med til at sikre, at der er koordinering mellem de forskellige tiltag og involverede fagpersoner, herunder din sagsbehandler.

Et vigtigt princip er, at der hele tiden tages udgangspunkt i den situation, som du befinder dig i og de udfordringer, som du har lige nu. Et andet princip er, at vi er handleorienterede og så vidt muligt forsøger at løse alle typer af problemer, så processen ikke går i stå ved nye udfordringer.

Det er derfor vigtigt, at du holder din forløbskoordinator opdateret hvis der sker ændringer i din situation, f.eks. ved sygdom.

Det er også vigtigt, at du fortæller din forløbskoordinator om særlige udfordringer, som kan vanskeliggøre samarbejdet, f.eks. angst for at tage telefonen, problemer med temperament, misbrug eller lignende. Så kan I nemlig på forhånd tale om, hvordan I bedst håndterer situationen, hvis den opstår.

Tolkebistand

Hvis du har behov for tolk, vil din sagsbehandler have gjort os opmærksomme på dette, og der vil være en tolk til stede ved den første samtale hos lægen. Efterfølgende vil der i samarbejde med forløbskoordinator blive taget stilling til, hvordan udfordringen med sprog løses bedst muligt.

Opfølgning efter projektafslutning

Efter projektperiodens afslutning vil vi sikre, at din sagsbehandler bliver informeret om de forskellige aktiviteter du har deltaget i og hvad vi anbefaler fremadrettet, ved at vi holder et samlet møde. Inden har din sagsbehandler fået en beskrivelse fra os med vores anbefalinger for videre forløb.

Vi håber, at vi sammen kan komme nærmere en afklaring af din situation og hjælpe dig videre, og vi glæder os til at samarbejde med dig!

4.3.2 Samtykkeerklæring

Informeret samtykke om deltagelse i evaluering

Erklæring fra deltageren:

Jeg har fået skriftlig og mundtlig information om evalueringen, og jeg ved nok om formål, metode, fordele og ulemper til at sige ja til at deltage.

Jeg ved, at det er **frivilligt at deltage**, og at jeg altid kan trække mit samtykke tilbage uden at miste mine nuværende eller fremtidige rettigheder til behandling eller kommunale tilbud.

Jeg giver samtykke til at deltage i evalueringen og har fået kopi af dette samtykkeark samt en kopi af den skriftlige information til egen brug.

Deltagerens navn: _____

Dato: _____ Underskrift: _____

Ønsker du at blive informeret om evalueringens resultat (sæt kryds)?

JA NEJ

Erklæring fra den, der afgiver information:

Jeg erklærer, at deltageren har modtaget mundtlig og skriftlig information om forsøget.

Efter min bedste overbevisning er der givet tilstrækkelig information til, at der kan træffes beslutning om deltagelse i evalueringen.

Navn på afgiver af information: _____

Dato: _____ Underskrift: _____

5 Formidling

Resultatet vil blive skrevet sammen til en rapport med fremlæggelse af resultater og diskussion sv.t. problemstillingen. Resultater og konklusioner vil blive fremlagt for relevante udvalg i de deltagende kommuner samt ved øvrige relevante møder og konferencer.

Resultaterne vil desuden blive publiceret relevante videnskabelige tidsskrifter, både for effekter på arbejdsmarkedsdeltagelse, kost-effektivitet og procesevaluering.

6 Praktisk gennemførlighed

6.1 Samarbejdsrelationer

Der foreligger samarbejdsaftale mellem de deltagende kommuner og SC; den videnskabelige projektledelse vil udgå fra SC.

6.2 Projektgruppe

Projektansvarlige/administrativt ansvar

Sven Viskum, ledende overlæge, Socialmedicinsk Enhed, Frederiksberg Hospital

Videnskabeligt ansvarlig

Projektleder Thomas Lund, seniorforsker, Socialmedicinsk Center & Institut for Folkesundhed, Københavns Universitet

Driftsansvarlig, indsatsdel

Camilla Caroline Vitu, socialfaglig leder, Socialmedicinsk Center

Evaluering af effekter på arbejdsmarkedsdeltagelse

Ph.d.-studerende NN v. Socialmedicinsk Center & Institut for Folkesundhed, Københavns Universitet

Økonomisk evaluering

Morten Saaby, Institut for Virksomhedsledelse og Økonomi ved Syddansk Universitet

Procesevaluering

Seniorforsker Ulrik Gensby, TeamArbejdsliv

6.3 Øvrige overvejelser

Der vil blive afholdt løbende statusmøder i projektets styregruppe med monitorering af progression og evt. behov for justeringer.

BILAG 2

BUDGET

Vestegnsprojektet

Samlet budget oversigt

Udrednings- og Indsatsdelen*

Udredningsdelen i alt	3.195.608
Stor udredning	1.111.570
Mellem udredning	1.734.005
Lille udredning	350.033
Indsatsdelen i alt	14.076.944
Stor indsats	7.774.281
Mellem indsats	4.968.006
Lille indsats	1.334.658
Projektledelse i alt**	773.013
Projektleder indsatsdelen	773.013
Udrednings- og Indsatsdelen i alt	18.045.566

Videnskabelige del

Videnskabelig projektledelse***	638.275
Forskningsassistent/PHD****	2.139.888
SDU Kost effektivitet, evaluering *****	797.000
Procesevaluering, Team arbejdsliv*****	1.890.000
Adgang til registerdata 3X50.000	150.000
Videnskabelige del i alt	5.615.163

Medfinansiering

Egenfinansiering REHFA, drift	30.000
Implementering	160.000
Deltagelse i koordinerende mødeaktivitet	218.400
Kommunale virksomhedskonsulenter	1.471.698
Lokaler	540.000
Medfinansiering i alt	2.420.098

Samlede udgifter i alt

23.660.729

Noter:

*Se note: Udsepcificeret budget for udrednings- og indsatspakker 1-6

** Se note: Projektleder, indsatsdelen

***Se note: Videnskabelig projektledelse

**** Se note: Forskningsass._PHD

*****Se note: SDU

*****Se note: Team arbejdsliv

Udredningspakker

PAKKE 1. Udredning med højt ressourcetræk

Fagligheder	Timer	Løn	Samlet
Læge	7	944	6.607
Socialfaglig	5	576	2.881
Psykolog	5	727	3.637
Fysioterapeut	4	527	2.106
Reumatolog	2	882	1.763
Psykiater	4	1.009	4.037
Sekretær	3	400	1.200
Pakkepris	30		22.231

Den samlede udredningsgruppe, borgere i alt	200
Procentandel af den samlede udredningsgruppe	25%
PAKKE 1. Udredning med højt ressourcetræk, borgere i alt	50
Pris i alt	1.111.570

PAKKE 2. Udredning med mellem ressourcetræk

Fagligheder	Timer	Løn	Samlet
Læge	7	944	6.607
Socialfaglig	5	576	2.881
Psykolog	3	727	2.182
Fysioterapeut	3	527	1.580
Psykiater	0	1.009	-
Reumatolog	0	882	-
Sekretær	3	400	1.200
Pakkepris	21		14.450

Den samlede udredningsgruppe, borgere i alt	200
Procentandel af den samlede udredningsgruppe	60%
PAKKE 2. Udredning med mellem ressourcetræk, borgere i alt	120
Pris i alt	1.734.005

PAKKE 3. Udredning med mindst ressourcetræk

Fagligheder	Timer	Løn	Samlet
Læge	7	944	6.607
Socialfaglig	5	576	2.881
Psykolog	0	727	-
Fysioterapeut	3	527	1.580
Reumatolog	0	882	-
Psykiater	0	1.009	-
Sekretær	1,5	400	600
Pakkepris	16,5		11.668

Den samlede udredningsgruppe, borgere i alt	200
Procentandel af den samlede udredningsgruppe	15%
PAKKE 3. Udredning med mindst ressourcetræk, borgere i alt	30
Pris i alt	350.033

Indsatspakker

Pakke 1: Indsats med høj ressourcetræk

Fagligheder	Timer	Løn	Samlet
Læge	10	944	9.438
Socialfaglig	60	576	34.573
Psykolog	15	727	10.911
Fysioterapeut	25	527	13.165
Psykiater	6	1.009	6.055
Sekretær	9	400	3.600
Samlet	125		77.743

Den samlede udredningsgruppe, borgere i alt	200
Procentandel af den samlede udredningsgruppe	50%
Antal	100
Pris i alt	7.774.281

Pakke 2: Indsats med mellem ressourcetræk

Fagligheder	Timer	Løn	Samlet
Læge	10	944	9.438
Socialfaglig	50	576	28.811
Psykolog	15	727	10.911
Fysioterapeut	25	527	13.165
Psykiater	5	1.009	5.046
Sekretær	9	400	3.600
Samlet	114		70.972

Den samlede udredningsgruppe, borgere i alt	200
Procentandel af den samlede udredningsgruppe	35%
Antal	70
Pris i alt	4.968.006

Pakke 3: Indsats med mindste ressourcetræk

Fagligheder	Timer	Løn	Samlet
Læge	10	944	9.438
Socialfaglig	30	576	17.286
Psykolog	5	727	3.637
Fysioterapeut	15	527	7.899
Psykiater	3	1.009	3.028
Sekretær	8	400	3.200
Samlet	71		44.489

Den samlede udredningsgruppe, borgere i alt	200
Procentandel af den samlede udredningsgruppe	15%
Antal	30
Pris i alt	1.334.658

Videnskabelig del

Projektleder indsatsdelen	
Årsløn	665.832,24
Effektivt timetal	1.007,00
Timeløn	661,20
15 timer i ugen	9.918,06
4,33 uger om måneden	42.945,19
18 måneder	773.013

Videnskabelig projektledelse	
Månedsløn	58.025,04
11 måneder i alt	638.275,44

Thomas Lund

11. måneder ligeligt fordelt over alle 4 år.

Forskningsass._ PHD	2020	2021	2022	2023
Årsløn	534.972	542.997	551.142	559.409

SDU	2020	2021	2022	2023	Total
Morten Saaby	116.000		122.000	306000	
Anne Christiansen	40.000	82.000	42.000	39.000	
Køb af dataregistre - DST	50.000				
I alt	206.000	82.000	164.000	345.000	797.000

Morten Saaby - 9 måneder

Anne Christiansen - 5 måneder

TeamArbejdsliv	2020	2021	2022	2023	
Seniorforsker TA	250000	350000	400000	250000	
Seniorforsker TA	100000	100000	100000	100000	
Student	50000	50000	50000	50000	
Transport	10000	10000	10000	10000	
I alt	410000	510000	560000	410000	1890000

Medfinansiering

Kommunale virksomhedskonsulenter

Årsløn, konsulent	475.000
Timeløn	472
Antal timer pr. borger	26
Antal borgere i alt	156
Udgift i alt	1.913.208

Leje af lokale i de enkelte kommuner

Lokale 1 stk. pr. år	80.000
I alt	720.000

Deltagelse i mødeaktivitet, koordineringsmøder

Timepris	650
Antal møder pr. år	3
Løbetid i år	2
Timer pr. møde	4
Antal deltagere fra kommunen	1
Udgift 6 kommuner	93.600

Deltagelse i mødeaktivitet, styregruppemøder

Timepris	650
Antal møder pr. år	2
Løbetid i år	2
Timer pr. møde	4
Antal deltagere fra kommunen	2
Udgift 6 kommuner	124.800

BILAG 3


SAMARBEJDSAFTALER

Projektsamarbejde mellem

Albertslund kommune og Socialmedicinsk Center, Frederiksberg Hospital

Samarbejdsaftale mellem Albertslund Kommune og Socialmedicinsk Center, Frederiksberg Hospital vedr. forskningsprojekt om beskæftigelsesrettet helhedsorienteret og forebyggende indsats overfor langvarige ydelsesmodtagere.

1. Aftalens parter

1.1 Aftalens regionale part	1.2. Aftalens kommunale part
Socialmedicinsk Center Frederiksberg Hospital Nordre Fasanvej 57 Vej 8, opgang 2, 2. sal 2000 Frederiksberg	 Bytorvet 25, 2620 Albertslund Tel. +45 43 68 74 00

2. Formål

Forskningsprojektet indbefatter Albertslund, Brøndby, Hvidovre, Ishøj, Rødovre og Tårnby/Dragør, kommuner, der har et særligt Vestegnssamarbejde.

Formålet er gennem en helhedsorienteret indsats at bringe aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere/uddannelseshjælpsmodtagere i erhvervsrettet aktivitet og forebygge, at de ender på langvarig offentlig ydelse. Projektet har således et klart beskæftigelsesrettet sigte.

Forventningen er, at en bedre og hurtigere afklaring af borgerens fysiske, psykiske og sociale tilstand kan være med til at forebygge, at borgeren ender på langvarig kontanthjælp.

Projektet evalueres gennem effektmålinger i et videnskabeligt forskningsprojekt forankret hos Socialmedicinsk Center. Der foretages evaluering af både det faglige og økonomiske potentiale.

3. Indsats

Efter aftale med deltagende kommuner og Socialmedicinsk Center vil i alt 200 borgere blive visiteret til indsatsdelen. Derudover udvælges 200 borgere til kontrolgruppe. Deltagerne bliver ligeligt fordelt mellem deltagende kommuner, under forudsætning af, at pågældende kommune har tilstrækkeligt med deltagere i inklusionsperioden.

Socialmedicinsk Center forpligter sig til at levere udredning og indsats, som er beskrevet i bilag 1, fraset en evt. virksomhedsrettet indsats, som vil foregå i samarbejde med virksomhedskonsulenter fra Albertslund Kommune. Der vil for alle borgere, der indgår i indsatsdelen, blive udarbejdet en status efter udredning og en rapport efter afsluttet indsats, og der vil i de tilfælde, hvor det er relevant blive sikret en overlevering, så sagen kan videreføres i kommunalt regi.

Albertslund Kommune forpligter sig til at sikre, at sagsbehandler er til rådighed for sparring og assistance for forløbskoordinator i fornødent omfang, samt til at sikre, at sagsbehandler varetager borgere i kontrolgruppen iht. den vanlige indsats i Jobcentret. Kommunen forpligter sig ligeledes til at levere den nødvendige ressource i form af virksomhedskonsulent, der skal assistere SC i at finde virksomhedsplacering. Albertslund Kommune forpligter sig endvidere til at stille et lokale til rådighed f.eks. i et sundhedscenter eller anden lokation end Jobcenteret.

4. Organisering

Albertslund kommune stiller en kontaktperson til rådighed i samarbejdet med Socialmedicinsk Center og deltager endvidere i interessentgruppe og styregruppe.

5. Evaluering

Socialmedicinsk Center forpligter sig til at forestå videnskabelig evaluering af projektet, som belyser effekter, fremtidige potentialer og særligt virksomme eller vanskelige elementer. Socialmedicinsk Center har det primære ansvar for dataindsamling i en sådan kvalitet, at effekten kan vurderes. Alle resultater skal forelægges Beskæftigelsesudvalget, Økonomi- og Planudvalg samt Byrådet i Albertslund Kommune.

Albertslund Kommune forpligter sig til i det nødvendige omfang at assistere til dataindsamling, f.eks. i form af sagsbehandlerressourcer.

6. Data

Socialmedicinsk Center er ejer af data indhentet fra projektet og forpligter sig til håndtering af disse i overensstemmelse med Datatilsynets retningslinjer. Socialmedicinsk Center kan iht. retningslinjerne fra Datatilsynet publicere resultater fra projektet, ligesom data kan anvendes til videreudvikling af indsatser indenfor eget regi.

Albertslund Kommune skal på forespørgsel gives adgang til alle data samt kopi af alle analyser og konklusioner, så vidt dette tillades indenfor rammerne af Datatilsynets godkendelse.

7: Formidling

Socialmedicinsk Center udarbejder en samlet rapport for alle deltagende kommuner med resultater fra indsatsens effekt på beskæftigelse, herunder de samfundsøkonomiske konsekvenser.

Socialmedicinsk Center udarbejder herudover separate rapporter for hver af de deltagende kommuner med resultater fra indsatsens effekt på beskæftigelse.

Socialmedicinsk Center forbeholder sig ret til at publicere om projektets design og resultater fra studiet i internationale, videnskabelige peer-reviewede tidsskrifter.

De står de enkelte deltagende kommuner frit for at formidle i øvrigt om resultater for den enkelte deltagende kommune i egne medier, herunder fx hjemmesider, tidsskrifter osv. Formidling om resultater fra det samlede projekt koordineres i projektets styregruppe.

8. Økonomi


Socialmedicinsk Center søger funding til projektet således at Albertslund Kommune medfinansiering består af ressourcer til kontaktperson, virksomhedskonsulent, sparringsgruppe, sagsbehandler og lokale.

Socialmedicinsk Center forpligter sig til medfinansiering af projektet i form af bestå med den videnskabelig projektledelse og overhead.

9. Forankring

Såfremt at projektresultater viser gode resultater, er Albertslund kommune interesseret i indgå et nærmere samarbejde med henblik på forankring af udredning og indsats. Projektet kan, hvis relevant, umiddelbart bringes i drift.

10. Godkendelse af samarbejdsaftale

10.1. Dato og regionens underskrift	10.2. Dato og kommunens underskrift
Sven Viskum Ledende Overlæge Socialmedicinsk Center Frederiksberg Hospital Nordre Fasanvej 57, Vej 8, opg. 2, 2. sal 2000 Frederiksberg	5/8-19 

5/8-2019



Lene Clausen

jobcenter 
 Albertslund
 Bytorvet 25, 2620 Albertslund
 Tel. +45 43 68 74 00

BILAG 1: Beskrivelse af projektsindsats

Selve indsatsen består af en *udredningsdel* og en *indsatsdel*, som varetages af Socialmedicinsk Center, Frederiksberg Hospital. Gennem hele forløbet er beskæftigelse i fokus, og indsatsen udføres med det formål at få borgeren tættere på arbejdsmarkedet.

Udredning

Socialmedicinsk udredning v/ socialmedicinsk læge med mulighed for tværfaglig vurdering fra speciallæger, fysioterapeut og psykolog. Produkt i form af socialmedicinsk journal med opsummeringer af evt. øvrige faglige vurderinger, konkretisering af problemstillinger samt forslag til indsatser. Desuden afdækning af sygdomsforståelse og arbejdsidentitet. Første samtale med lægelig udredning forsøges så vidt muligt gennemført indenfor 1 måned indenfor inklusion.

Indsats

Tilknytning af forløbskoordinator: Forløbskoordinator er en socialfaglig medarbejder ved Socialmedicinsk Center, som er den gennemgående person i forløbet for borger. Forløbet baseres på principper om håndholdt forløb, tilgængelighed, alliance, høj faglighed, tværfaglighed samt stabilitet og har helhedsorienteret sigte, dvs. kan fungere som koordinator og facilitator for både helbredsrettede-, sociale- og beskæftigelsesrettede tiltag. Har adgang til "værktøjskasse" af fagligheder mhp. sparring, dels i form af fagpersoner på SC (læger, speciallæger, psykolog, fysioterapeut) samt mulighed for at indhente eksterne ressourcer om muligt. Forløbskoordinator forestår løbende motivationsindsats med forhandling vedr.

beskæftigelsesidentitet og sygdomsforståelse, sygdoms- og psykoedukation samt information om forløbet og sikring af fælles forståelse og referenceramme.

Erfaringsmæssigt er denne del meget ressourcekrævende, men har samtidig også meget stort potentiale for effekt; denne del vil derfor blive prioriteret højt i projektet.

Udarbejdelse af handleplan: I samarbejde med borger udarbejder forløbskoordinator en individuelt tilpasset handleplan, som indeholder indsatser, timing af disse under hensyn til energiforvaltning samt progressionsmål. Revideres løbende med justering af nødvendige indsatser, mål, progression og målopfyldelse. Det forsøges at samle indsatsen så vidt muligt til Socialmedicinsk Center mhp. at indsatsen så vidt muligt er sammenhængende, reproducerbar og med høj faglighed indenfor de hyppigst benyttede tværfaglige behov. Undtaget er den Virksomhedsrettede indsats, som leveres af Albertslund Kommunes eksisterende tilbud, dog i tæt samarbejde med forløbskoordinator og øvrige relevante nøglefagpersoner. Undtaget er også øvrige nødvendige tilbud, som udbydes af Regionerne eller kommunen.

Indsatsen opstartes så vidt muligt senest én måned efter inklusion og løber i 12 måneder.

Projektsamarbejde mellem Brøndby Kommune og Socialmedicinsk Center, Frederiksberg Hospital

Samarbejdsaftale mellem Brøndby Kommune og Socialmedicinsk Center, Frederiksberg Hospital vedr. forskningsprojekt om beskæftigelsesrettet helhedsorienteret og forebyggende indsats overfor langvarige ydelsesmodtagere.

1. Aftalens parter

1.1 Aftalens regionale part	1.2. Aftalens kommunale part
Socialmedicinsk Center Frederiksberg Hospital Nordre Fasanvej 57 Vej 8, opgang 2, 2. sal 2000 Frederiksberg	Brøndby Kommune Park Allé 160 2605 Brøndby

2. Formål

Forskningsprojektet indbefatter Albertslund, Brøndby, Hvidovre, Ishøj, Rødovre og Tårnby/Dragør, kommuner, der har et særligt Vestegnssamarbejde.

Formålet er gennem en helhedsorienteret indsats at bringe aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere/uddannelseshjælpsmodtagere i erhvervsrettet aktivitet og forebygge, at de ender på langvarig offentlig ydelse. Projektet har således et klart beskæftigelsesrettet sigte.

Forventningen er, at en bedre og hurtigere afklaring af borgerens fysiske, psykiske og sociale tilstand kan være med til at forebygge, at borgeren ender på langvarig kontanthjælp.

Projektet evalueres gennem effektmålinger i et videnskabeligt forskningsprojekt forankret hos Socialmedicinsk Center. Der foretages evaluering af både det faglige og økonomiske potentiale.

3. Indsats

Efter aftale med deltagende kommuner og Socialmedicinsk Center vil i alt 200 borgere blive visiteret til indsatsdelen. Derudover udvælges 200 borgere til kontrolgruppe. Deltagerne bliver ligeligt fordelt mellem deltagende kommuner, under forudsætning af, at pågældende kommune har tilstrækkeligt med deltagere i inklusionsperioden.

Socialmedicinsk Center forpligter sig til at levere udredning og indsats, som er beskrevet i bilag 1, fraset en evt. virksomhedsrettet indsats, som vil foregå i samarbejde med virksomhedskonsulenter fra Brøndby Kommune. Der vil for alle borgere, der indgår i indsatsdelen, blive udarbejdet en status efter udredning og en rapport efter afsluttet indsats, og der vil i de tilfælde, hvor det er relevant blive sikret en overlevering, så sagen kan videreføres i kommunalt regi.

Brøndby Kommune forpligter sig til at sikre, at sagsbehandler er til rådighed for sparring og samarbejde for forløbskoordinator i fornødent omfang, samt til at sikre, at sagsbehandler varetager

borgere i kontrolgruppen iht. den vanlige indsats i Jobcentret. Kommunen forpligter sig ligeledes til at levere den nødvendige ressource i form af virksomhedskonsulent, der skal assistere Socialmedicinsk Center i at finde virksomhedsplacering. Brøndby Kommune forpligter sig endvidere til at stille et lokale til rådighed f.eks. i et sundhedscenter eller anden lokation end Jobcenteret.

4. Organisering

Brøndby kommune stiller en kontaktperson til rådighed i samarbejdet med Socialmedicinsk Center og deltager endvidere i interessentgruppe og styregruppe.

5. Evaluering

Socialmedicinsk Center forpligter sig til at forestå videnskabelig evaluering af projektet, som belyser effekter, fremtidige potentialer og særligt virksomme eller vanskelige elementer. Socialmedicinsk Center har det primære ansvar for dataindsamling i en sådan kvalitet, at effekten kan vurderes. Alle resultater kan forelægges Beskæftigelsesudvalget, Økonomiudvalg samt Kommunalbestyrelsen i Brøndby Kommune.

Brøndby Kommune forpligter sig til i det nødvendige omfang at assistere til dataindsamling, f.eks. i form af sagsbehandlerressourcer når borger skal udvælges til inklusionen i projektet.

6. Data

Socialmedicinsk Center er ejer af data indhentet fra projektet og forpligter sig til håndtering af disse i overensstemmelse med Datatilsynets retningslinjer. Socialmedicinsk Center kan iht. retningslinjerne fra Datatilsynet publicere resultater fra projektet, ligesom data kan anvendes til videreudvikling af indsatser indenfor eget regi.

Brøndby Kommune skal på forespørgsel gives adgang til alle data samt kopi af alle analyser og konklusioner, så vidt dette tillades indenfor rammerne af Datatilsynets godkendelse.

7. Formidling

Socialmedicinsk Center udarbejder en samlet rapport for alle deltagende kommuner med resultater fra indsatsens effekt på beskæftigelse, herunder de samfundsøkonomiske konsekvenser.

Socialmedicinsk Center udarbejder herudover separate rapporter for hver af de deltagende kommuner med resultater fra indsatsens effekt på beskæftigelse.

Socialmedicinsk Center forbeholder sig ret til at publicere om projektets design og resultater fra studiet i internationale, videnskabelige peer-reviewede tidsskrifter.

Det står de enkelte deltagende kommuner frit for at formidle i øvrigt om resultater for den enkelte deltagende kommune i egne medier, herunder fx hjemmesider, tidsskrifter osv. Formidling om resultater fra det samlede projekt koordineres i projektets styregruppe.

8. Økonomi

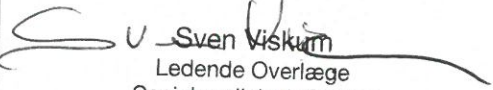
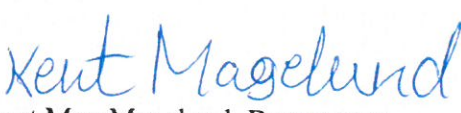
Socialmedicinsk Center søger funding til projektet således, at Brøndby Kommune medfinansiering består af ressourcer til kontaktperson, virksomhedskonsulent, sparringsgruppe, sagsbehandler og lokale.

Socialmedicinsk Center forpligter sig til medfinansiering af projektet i form af bestå med den videnskabelig projektledelse og overhead.

9. Forankring

Såfremt at projektresultater viser gode resultater, er Brøndby Kommune interesseret i indgå et nærmere samarbejde med henblik på forankring af udredning og indsats. Projektet kan, hvis relevant, umiddelbart bringes i drift.

10. Godkendelse af samarbejdsaftale

10.1. Dato og regionens underskrift	10.2. Dato og kommunens underskrift
<p>19/7 - 2019</p>  <p>Sven Viskum Ledende Overlæge Socialmedicinsk Center Frederiksberg Hospital Nordre Fasanvej 57, Vej 8, opg. 2, 2. sal 2000 Frederiksberg</p>	<p>11. juli 2019</p>  <p>Kent Max Magelund, Borgmester</p>

BILAG 1: Beskrivelse af projektindsats

Selve indsatsen består af en *udredningsdel* og en *indsatsdel*, som varetages af Socialmedicinsk Center, Frederiksberg Hospital. Gennem hele forløbet er beskæftigelse i fokus, og indsatsen udføres med det formål at få borgeren tættere på arbejdsmarkedet.

Udredning

Socialmedicinsk udredning v/ socialmedicinsk læge med mulighed for tværfaglig vurdering fra speciallæger, fysioterapeut og psykolog. Produkt i form af socialmedicinsk journal med opsummeringer af evt. øvrige faglige vurderinger, konkretisering af problemstillinger samt forslag til indsatser. Desuden afdækning af sygdomsforståelse og arbejdsidentitet.

Første samtale med lægelig udredning forsøges så vidt muligt gennemført indenfor 1 måned indenfor inklusion.

Indsats

Tilknytning af forløbskoordinator: Forløbskoordinator er en socialfaglig medarbejder ved Socialmedicinsk Center, som er den gennemgående person i forløbet for borger. Forløbet baseres på principper om håndholdt forløb, tilgængelighed, alliance, høj faglighed, tværfaglighed samt stabilitet og har helhedsorienteret sigte, dvs. kan fungere som koordinator og facilitator for både helbredsrettede-, sociale- og beskæftigelsesrettede tiltag. Har adgang til "værktøjskasse" af fagligheder mhp. sparring, dels i form af fagpersoner på SC (læger, speciallæger, psykolog, fysioterapeut) samt mulighed for at indhente eksterne ressourcer om muligt.

Forløbskoordinator forestår løbende motivationsindsats med forhandling vedr. beskæftigelsesidentitet og sygdomsforståelse, sygdoms- og psykoedukation samt information om forløbet og sikring af fælles forståelse og referenceramme.

Erfaringsmæssigt er denne del meget ressourcekrævende, men har samtidig også meget stort potentiale for effekt; denne del vil derfor blive prioriteret højt i projektet.

Udarbejdelse af handleplan: I samarbejde med borger udarbejder forløbskoordinator en individuelt tilpasset handleplan, som indeholder indsatser, timing af disse under hensyn til energiforvaltning samt progressionsmål. Revideres løbende med justering af nødvendige indsatser, mål, progression og målopfyldelse. Det forsøges at samle indsatsen så vidt muligt til Socialmedicinsk Center mhp. at indsatsen så vidt muligt er sammenhængende, reproducerbar og med høj faglighed indenfor de hyppigst benyttede tværfaglige behov. Undtaget er den Virksomhedsrettede indsats, som leveres af Brøndby Kommunes eksisterende tilbud, dog i tæt samarbejde med forløbskoordinator og øvrige relevante nøglefagpersoner. Undtaget er også øvrige nødvendige tilbud, som udbydes af Regionen eller kommunen.

Indsatsen opstartes så vidt muligt senest én måned efter inklusion og løber i 12 måneder.

Der vil være løbende orientering til sagsbehandler, mulighed for rundbordssamtale og efter forløbet vil jobcenteret modtage samlet rapport med beskrivelse af aktuelle situation og samlede funktionsniveau. Det er tillige muligt at afslutte forløbet med et overleveringsmøde med sagsbehandler og borger.

Projektsamarbejde mellem Hvidovre kommune og Socialmedicinsk Center, Frederiksberg Hospital

Samarbejdsaftale mellem Hvidovre Kommune og Socialmedicinsk Center, Frederiksberg Hospital vedr. forskningsprojekt om beskæftigelsesrettet helhedsorienteret og forebyggende indsats overfor langvarige ydelsesmodtagere.

1. Aftalens parter

1.1 Aftalens regionale part	1.2. Aftalens kommunale part
Socialmedicinsk Center Frederiksberg Hospital Nordre Fasanvej 57 Vej 8, opgang 2, 2. sal 2000 Frederiksberg	Hvidovre Kommune Center for Beskæftigelse Hvidovrevej 278 2650 Hvidovre

2. Formål

Forskningsprojektet indbefatter Albertslund, Brøndby, Hvidovre, Ishøj, Rødovre og Tårnby/Dragør, kommuner, der har et særligt Vestegnssamarbejde.

Formålet er gennem en helhedsorienteret indsats at bringe aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere/uddannelseshjælpsmodtagere i erhvervsrettet aktivitet og forebygge, at de ender på langvarig offentlig ydelse. Projektet har således et klart beskæftigelsesrettet sigte.

Forventningen er, at en bedre og hurtigere afklaring af borgerens fysiske, psykiske og sociale tilstand kan være med til at forebygge, at borgeren ender på langvarig kontanthjælp.

Projektet evalueres gennem effektmålinger i et videnskabeligt forskningsprojekt forankret hos Socialmedicinsk Center. Der foretages evaluering af både det faglige og økonomiske potentiale.

3. Indsats

Efter aftale med deltagende kommuner og Socialmedicinsk Center vil i alt 200 borgere blive visiteret til indsatsdelen. Derudover udvælges 200 borgere til kontrolgruppe. Deltagerne bliver ligeligt fordelt mellem deltagende kommuner, under forudsætning af, at pågældende kommune har tilstrækkeligt med deltagere i inklusionsperioden.

Socialmedicinsk Center forpligter sig til at levere udredning og indsats, som er beskrevet i bilag 1, fraset en evt. virksomhedsrettet indsats, som vil foregå i samarbejde med virksomhedskonsulenter fra Hvidovre Kommune. Der vil for alle borgere, der indgår i indsatsdelen, blive udarbejdet en status efter udredning og en rapport efter afsluttet indsats, og der vil i de tilfælde, hvor det er relevant blive sikret en overlevering, så sagen kan videreføres i kommunalt regi.

Hvidovre Kommune forpligter sig til at sikre, at sagsbehandler er til rådighed for sparring og assistance for forløbskoordinator i fornødent omfang, samt til at sikre, at sagsbehandler varetager borgere i kontrolgruppen iht. den vanlige indsats i Jobcentret. Kommunen forpligter sig ligeledes til at levere den nødvendige ressource i form af virksomhedskonsulent, der skal assistere

Socialmedicinsk Center i at finde virksomhedsplacering. Hvidovre Kommune forpligter sig endvidere til at stille et lokale til rådighed f.eks. i et sundhedscenter eller anden lokation end Jobcenteret.

4. Organisering

Hvidovre kommune stiller en kontaktperson til rådighed i samarbejdet med Socialmedicinsk Center og deltager endvidere i interessentgruppe og styregruppe.

5. Evaluering

Socialmedicinsk Center forpligter sig til at forestå videnskabelig evaluering af projektet, som belyser effekter, fremtidige potentialer og særligt virksomme eller vanskelige elementer. Socialmedicinsk Center har det primære ansvar for dataindsamling i en sådan kvalitet, at effekten kan vurderes. Alle resultater skal forelægges Social- og Arbejdsmarkedsudvalget, Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen i Hvidovre Kommune.

Hvidovre Kommune forpligter sig til i det nødvendige omfang at assistere til dataindsamling, f.eks. i form af sagsbehandlerressourcer.

6. Data

Socialmedicinsk Center er ejer af data indhentet fra projektet og forpligter sig til håndtering af disse i overensstemmelse med Datatilsynets retningslinjer. Socialmedicinsk Center kan iht. retningslinjerne fra Datatilsynet publicere resultater fra projektet, ligesom data kan anvendes til videreudvikling af indsatser indenfor eget regi.

Hvidovre Kommune skal på forespørgsel gives adgang til alle data samt kopi af alle analyser og konklusioner, så vidt dette tillades indenfor rammerne af Datatilsynets godkendelse.

7: Formidling

Socialmedicinsk Center udarbejder en samlet rapport for alle deltagende kommuner med resultater fra indsatsens effekt på beskæftigelse, herunder de samfundsøkonomiske konsekvenser.

Socialmedicinsk Center udarbejder herudover separate rapporter for hver af de deltagende kommuner med resultater fra indsatsens effekt på beskæftigelse.

Socialmedicinsk Center forbeholder sig ret til at publicere om projektets design og resultater fra studiet i internationale, videnskabelige peer-reviewede tidsskrifter.

De står de enkelte deltagende kommuner frit for at formidle i øvrigt om resultater for den enkelte deltagende kommune i egne medier, herunder fx hjemmesider, tidsskrifter osv. Formidling om resultater fra det samlede projekt koordineres i projektets styregruppe.

8. Økonomi

Socialmedicinsk Center søger funding til projektet således at Hvidovre Kommune medfinansiering består af ressourcer til kontaktperson, virksomhedskonsulent, sparringsgruppe, sagsbehandler og lokale.

Socialmedicinsk Center forpligter sig til medfinansiering af projektet i form af bestå med den videnskabelig projektledelse og overhead.

9. Forankring

Såfremt at projektresultater viser gode resultater er Hvidovre kommune interesseret i indgå et nærmere samarbejde med henblik på forankring af udredning og indsats. Projektet kan, hvis relevant, umiddelbart bringes i drift.

10. Godkendelse af samarbejdsaftale

10.1. Dato og regionens underskrift	10.2. Dato og kommunens underskrift
<p>2/7-2019</p> <p><i>Sven Viskum</i></p> <p>Sven Viskum Ledende Overlæge Socialmedicinsk Center Frederiksberg Hospital</p>	<p>2/7-2019</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>Hvidovre Kommune</p>
<p>Nordre Fasanvej 57, Vej 8, opg. 2, 2. sal 2000 Frederiksberg</p>	<p>Center for Beskæftigelse Rådhuset Hvidovrevej 278 – 2650 Hvidovre 36393900 – BES@hvidovre.dk</p>

BILAG 1: Beskrivelse af projektsindsats

Selve indsatsen består af en *udredningsdel* og en *indsatsdel*, som varetages af Socialmedicinsk Center, Frederiksberg Hospital. Gennem hele forløbet er beskæftigelse i fokus, og indsatsen udføres med det formål at få borgeren tættere på arbejdsmarkedet.

Udredning

Socialmedicinsk udredning v/ socialmedicinsk læge med mulighed for tværfaglig vurdering fra speciallæger, fysioterapeut og psykolog. Produkt i form af socialmedicinsk journal med opsummeringer af evt. øvrige faglige vurderinger, konkretisering af problemstillinger samt forslag til indsatser. Desuden afdækning af sygdomsforståelse og arbejdsidentitet.

Første samtale med lægelig udredning forsøges så vidt muligt gennemført indenfor 1 måned indenfor inklusion.

Indsats

Tilknytning af forløbskoordinator: Forløbskoordinator er en socialfaglig medarbejder ved Socialmedicinsk Center, som er den gennemgående person i forløbet for borger. Forløbet baseres på principper om håndholdt forløb, tilgængelighed, alliance, høj faglighed, tværfaglighed samt stabilitet og har helhedsorienteret sigte, dvs. kan fungere som koordinator og facilitator for både helbredsrettede-, sociale- og beskæftigelsesrettede tiltag. Har adgang til "værktøjskasse" af fagligheder mhp. sparring, dels i form af fagpersoner på SC (læger, speciallæger, psykolog, fysioterapeut) samt mulighed for at indhente eksterne ressourcer om muligt.

Forløbskoordinator forestår løbende motivationsindsats med forhandling vedr.

beskæftigelsesidentitet og sygdomsforståelse, sygdoms- og psykoedukation samt information om forløbet og sikring af fælles forståelse og referenceramme.

Erfaringsmæssigt er denne del meget ressourcekrævende, men har samtidig også meget stort potentiale for effekt; denne del vil derfor blive prioriteret højt i projektet.

Udarbejdelse af handleplan: I samarbejde med borger udarbejder forløbskoordinator en individuelt tilpasset handleplan, som indeholder indsatser, timing af disse under hensyn til energiforvaltning samt progressionsmål. Revideres løbende med justering af nødvendige indsatser, mål, progression og målopfyldelse. Det forsøges at samle indsatsen så vidt muligt til Socialmedicinsk Center mhp. at indsatsen så vidt muligt er sammenhængende, reproducerbar og med høj faglighed indenfor de hyppigst benyttede tværfaglige behov. Undtaget er den Virksomhedsrettede indsats, som leveres af Hvidovre Kommunes eksisterende tilbud, dog i tæt samarbejde med forløbskoordinator og øvrige relevante nøglefagpersoner. Undtaget er også øvrige nødvendige tilbud, som udbydes af Regionen eller kommunen.

Indsatsen opstartes så vidt muligt senest én måned efter inklusion og løber i 12 måneder.

Projektsamarbejde mellem Ishøj kommune og Socialmedicinsk Center, Frederiksberg Hospital

Samarbejdsaftale mellem Ishøj Kommune og Socialmedicinsk Center, Frederiksberg Hospital vedr. forskningsprojekt om beskæftigelsesrettet helhedsorienteret og forebyggende indsats overfor langvarige ydelsesmodtagere.

1. Aftalens parter

1.1 Aftalens regionale part	1.2 Aftalens kommunale part
Socialmedicinsk Center Frederiksberg Hospital Nordre Fasanvej 57 Vej 8, opgang 2, 2. sal 2000 Frederiksberg	Ishøj Kommune Ishøj Store Torv 20 2635 Ishøj

2. Formål

Forskningsprojektet indbefatter Albertslund, Brøndby, Hvidovre, Ishøj, Rødovre og Tårnby/Dragør, kommuner, der har et særligt Vestegnssamarbejde.

Formålet er gennem en helhedsorienteret indsats at bringe aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere/uddannelseshjælpsmodtagere i erhvervsrettet aktivitet og forebygge, at de ender på langvarig offentlig ydelse. Projektet har således et klart beskæftigelsesrettet sigte. Forventningen er, at en bedre og hurtigere afklaring af borgerens fysiske, psykiske og sociale tilstand kan være med til at forebygge, at borgeren ender på langvarig kontanthjælp.

Projektet evalueres gennem effektmålinger i et videnskabeligt forskningsprojekt forankret hos Socialmedicinsk Center. Der foretages evaluering af både det faglige og økonomiske potentiale.

Ishøj Kommune er i et forpligtende samarbejde med Vallensbæk Kommune, hvor jobcenteret administreres af Vallensbæk. Vallensbæk Kommune og Ishøj Kommune har begge tilkendegivet en interesse i at deltage i et udvidet tværkommunalt vestegnssamarbejde med Socialmedicinsk Center. Samarbejdsaftalen træder i kraft i tilfælde af at der opnås eksterne fondsmidler samt at der indgås en aftale mellem Vallensbæk og Ishøj Kommuner.

3. Indsats

Efter aftale med deltagende kommuner og Socialmedicinsk Center vil i alt 200 borgere blive visiteret til indsatsdelen. Derudover udvælges 200 borgere til kontrolgruppe. Deltagerne bliver ligeligt fordelt mellem deltagende kommuner, under forudsætning af, at pågældende kommune har tilstrækkeligt med deltagere i inklusionsperioden.

Socialmedicinsk Center forpligter sig til at levere udredning og indsats, som er beskrevet i bilag 1, fraset en evt. virksomhedsrettet indsats, som vil foregå i samarbejde med virksomhedskonsulenter fra Ishøj/Vallensbæk jobcenter. Der vil for alle borgere, der indgår i indsatsdelen, blive udarbejdet

en status efter udredning og en rapport efter afsluttet indsats, og der vil i de tilfælde, hvor det er relevant blive sikret en overlevering, så sagen kan videreføres i kommunalt regi.

Ishøj Kommune forpligter sig til at sikre, at sagsbehandler er til rådighed for sparring og assistance for forløbskoordinator i fornødent omfang, samt til at sikre, at sagsbehandler varetager borgere i kontrolgruppen iht. den vanlige indsats i Jobcentret. Kommunen forpligter sig ligeledes til at levere den nødvendige ressource i form af virksomhedskonsulent, der skal assistere Socialmedicinsk Center i at finde virksomhedsplacering. Ishøj Kommune forpligter sig endvidere til at stille et lokale til rådighed f.eks. i et sundhedscenter eller anden lokation end Jobcenteret.

4. Organisering

Ishøj Kommune stiller en kontaktperson til rådighed i samarbejdet med Socialmedicinsk Center og deltager endvidere i interessentgruppe og styregruppe.

5. Evaluering

Socialmedicinsk Center forpligter sig til at forestå videnskabelig evaluering af projektet, som belyser effekter, fremtidige potentialer og særligt virksomme eller vanskelige elementer. Socialmedicinsk Center har det primære ansvar for dataindsamling i en sådan kvalitet, at effekten kan vurderes. Alle resultater skal forelægges Beskæftigelsesudvalget, Økonomi- og Planudvalget samt Byrådet i Ishøj Kommune.

Ishøj Kommune forpligter sig til i det nødvendige omfang at assistere til dataindsamling, f.eks. i form af sagsbehandlerressourcer.

6. Data

Socialmedicinsk Center er ejer af data indhentet fra projektet og forpligter sig til håndtering af disse i overensstemmelse med Datatilsynets retningslinjer. Socialmedicinsk Center kan iht. retningslinjerne fra Datatilsynet publicere resultater fra projektet, ligesom data kan anvendes til videreudvikling af indsatser indenfor eget regi.

Ishøj Kommune skal på forespørgsel gives adgang til alle data samt kopi af alle analyser og konklusioner, så vidt dette tillades indenfor rammerne af Datatilsynets godkendelse.

7: Formidling

Socialmedicinsk Center udarbejder en samlet rapport for alle deltagende kommuner med resultater fra indsatsens effekt på beskæftigelse, herunder de samfundsøkonomiske konsekvenser.

Socialmedicinsk Center udarbejder herudover separate rapporter for hver af de deltagende kommuner med resultater fra indsatsens effekt på beskæftigelse.

Socialmedicinsk Center forbeholder sig ret til at publicere om projektets design og resultater fra studiet i internationale, videnskabelige peer-reviewede tidsskrifter.

De står de enkelte deltagende kommuner frit for at formidle i øvrigt om resultater for den enkelte deltagende kommune i egne medier, herunder fx hjemmesider, tidsskrifter osv. Formidling om resultater fra det samlede projekt koordineres i projektets styregruppe.

8. Økonomi



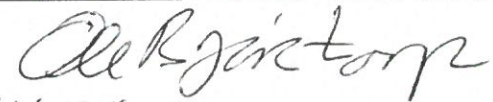
Socialmedicinsk Center søger funding til projektet således at Ishøj Kommune medfinansiering består af ressourcer til kontaktperson, virksomhedskonsulent, sparringsgruppe, sagsbehandler og lokale.

Socialmedicinsk Center forpligter sig til medfinansiering af projektet i form af bestå med den videnskabelig projektledelse og overhead.

9. Forankring

Såfremt at projektresultater viser gode resultater er Ishøj Kommune interesseret i at indgå et nærmere samarbejde med henblik på forankring af udredning og indsats. Projektet kan, hvis relevant, umiddelbart bringes i drift.

10. Godkendelse af samarbejdsaftale

10.1. Dato og regionens underskrift	10.2. Dato og kommunens underskrift
<p>16/8-2019</p>   <p>Bispebjerg Hospital Frederiksberg Hospital Direktionen</p>	<p>16/8-2019</p>  <p>Borgmester Ole Bjørstorp</p>
<p>Bispebjerg Bakke 23 2400 København NV</p>	

Projektsamarbejde mellem Rødovre Kommune og Socialmedicinsk Center, Frederiksberg Hospital

Samarbejdsaftale mellem Rødovre Kommune og Socialmedicinsk Center, Frederiksberg Hospital vedr. forskningsprojekt om beskæftigelsesrettet helhedsorienteret og forebyggende indsats overfor langvarige ydelsesmodtagere.

1. Aftalens parter

1.1 Aftalens regionale part	1.2. Aftalens kommunale part
Socialmedicinsk Center Frederiksberg Hospital Nordre Fasanvej 57 Vej 8, opgang 2, 2. sal 2000 Frederiksberg	Rødovre Kommune Rødovre Jobcenter Egegårdsvej 66. 1. sal 2610 Rødovre

2. Formål

Forskningsprojektet indbefatter Albertslund, Brøndby, Hvidovre, Ishøj, Rødovre og Tårnby/Dragør, kommuner, der har et særligt Vestegnssamarbejde.

Formålet er gennem en helhedsorienteret indsats at bringe aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere/uddannelseshjælpsmodtagere i erhvervsrettet aktivitet og forebygge, at de ender på langvarig offentlig ydelse. Projektet har således et klart beskæftigelsesrettet sigte.

Forventningen er, at en bedre og hurtigere afklaring af borgerens fysiske, psykiske og sociale tilstand kan være med til at forebygge, at borgeren ender på langvarig kontanthjælp.

Projektet evalueres gennem effektmålinger i et videnskabeligt forskningsprojekt forankret hos Socialmedicinsk Center. Der foretages evaluering af både det faglige og økonomiske potentiale.

3. Indsats

Efter aftale med deltagende kommuner og Socialmedicinsk Center vil i alt 200 borgere blive visiteret til indsatsdelen. Derudover udvælges 200 borgere til kontrolgruppe. Deltagerne bliver ligeligt fordelt mellem deltagende kommuner, under forudsætning af, at pågældende kommune har tilstrækkeligt med deltagere i inklusionsperioden.

Socialmedicinsk Center forpligter sig til at levere udredning og indsats, som er beskrevet i bilag 1, fraset en evt. virksomhedsrettet indsats, som vil foregå i samarbejde med virksomhedskonsulenter fra Rødovre Kommune. Der vil for alle borgere, der indgår i indsatsdelen, blive udarbejdet en status efter udredning og en rapport efter afsluttet indsats, og der vil i de tilfælde, hvor det er relevant blive sikret en overlevering, så sagen kan videreføres i kommunalt regi.

Rødovre Kommune forpligter sig til at sikre, at sagsbehandler er til rådighed for sparring og assistance for forløbskoordinator i fornødent omfang, samt til at sikre, at sagsbehandler varetager borgere i kontrolgruppen iht. den vanlige indsats i Jobcentret. Kommunen forpligter sig ligeledes til at levere den nødvendige ressource i form af virksomhedskonsulent, der skal assistere

Socialmedicinsk Center i at finde virksomhedsplacering. Rødovre Kommune forpligter sig endvidere til at stille et lokale til rådighed f.eks. i et sundhedscenter eller anden lokation end Jobcenteret.

4. Organisering

Rødovre Kommune stiller en kontaktperson til rådighed i samarbejdet med Socialmedicinsk Center og deltager endvidere i interessentgruppe og styregruppe.

5. Evaluering

Socialmedicinsk Center forpligter sig til at forestå videnskabelig evaluering af projektet, som belyser effekter, fremtidige potentialer og særligt virksomme eller vanskelige elementer. Socialmedicinsk Center har det primære ansvar for dataindsamling i en sådan kvalitet, at effekten kan vurderes. Alle resultater skal forelægges Beskæftigelsesudvalget, Økonomi- og Planudvalg samt Byrådet i Rødovre Kommune.

Rødovre Kommune forpligter sig til i det nødvendige omfang at assistere til dataindsamling, f.eks. i form af sagsbehandlerressourcer når borger skal udvælges til inklusionen i projektet.

6. Data

Socialmedicinsk Center er ejer af data indhentet fra projektet og forpligter sig til håndtering af disse i overensstemmelse med Datatilsynets retningslinjer. Socialmedicinsk Center kan iht. retningslinjerne fra Datatilsynet publicere resultater fra projektet, ligesom data kan anvendes til videreudvikling af indsatser indenfor eget regi.

Rødovre Kommune skal på forespørgsel gives adgang til alle data samt kopi af alle analyser og konklusioner, så vidt dette tillades indenfor rammerne af Datatilsynets godkendelse.

7: Formidling

Socialmedicinsk Center udarbejder en samlet rapport for alle deltagende kommuner med resultater fra indsatsens effekt på beskæftigelse, herunder de samfundsøkonomiske konsekvenser.

Socialmedicinsk Center udarbejder herudover separate rapporter for hver af de deltagende kommuner med resultater fra indsatsens effekt på beskæftigelse.

Socialmedicinsk Center forbeholder sig ret til at publicere om projektets design og resultater fra studiet i internationale, videnskabelige peer-reviewede tidsskrifter.

Det står de enkelte deltagende kommuner frit for at formidle i øvrigt om resultater for den enkelte deltagende kommune i egne medier, herunder fx hjemmesider, tidsskrifter osv. Formidling om resultater fra det samlede projekt koordineres i projektets styregruppe.

8. Økonomi



Socialmedicinsk Center søger funding til projektet således at Rødovre Kommune medfinansiering består af ressourcer til kontaktperson, virksomhedskonsulent, sparringsgruppe, sagsbehandler og lokale.

Socialmedicinsk Center forpligter sig til medfinansiering af projektet i form af bestå med den videnskabelig projektledelse og overhead.

9. Forankring

Såfremt at projektresultater viser gode resultater er Rødovre Kommune interesseret i indgå et nærmere samarbejde med henblik på forankring af udredning og indsats. Projektet kan, hvis relevant, umiddelbart bringes i drift.

10. Godkendelse af samarbejdsaftale

10.1. Dato og regionens underskrift	10.2. Dato og kommunens underskrift
<p>15/8-2014</p> 	<p>15.8.14</p> 

Sven Viskum
 Ledende Overlæge
 Socialmedicinsk Center
 Frederiksberg Hospital
 Nordre Fasanvej 57, Vej 8, opg. 2, 2. sal
 2000 Frederiksberg

Rødovre Jobcenter
 Egegårdsvej 66, 1. sal
 2610 Rødovre
 Tlf. 36 37 70 60



BILAG 1: Beskrivelse af projektsindsats

Selve indsatsen består af en *udredningsdel* og en *indsatsdel*, som varetages af Socialmedicinsk Center, Frederiksberg Hospital. Gennem hele forløbet er beskæftigelse i fokus, og indsatsen udføres med det formål at få borgeren tættere på arbejdsmarkedet.

Udredning

Socialmedicinsk udredning v/ socialmedicinsk læge med mulighed for tværfaglig vurdering fra speciallæger, fysioterapeut og psykolog. Produkt i form af socialmedicinsk journal med opsummeringer af evt. øvrige faglige vurderinger, konkretisering af problemstillinger samt forslag til indsatser. Desuden afdækning af sygdomsforståelse og arbejdsidentitet.

Første samtale med lægelig udredning forsøges så vidt muligt gennemført indenfor 1 måned indenfor inklusion.

Indsats

Tilknytning af forløbskoordinator: Forløbskoordinator er en socialfaglig medarbejder ved Socialmedicinsk Center, som er den gennemgående person i forløbet for borger. Forløbet baseres på principper om håndholdt forløb, tilgængelighed, alliance, høj faglighed, tværfaglighed samt stabilitet og har helhedsorienteret sigte, dvs. kan fungere som koordinator og facilitator for både helbredsrettede-, sociale- og beskæftigelsesrettede tiltag. Har adgang til "værktøjskasse" af fagligheder mhp. sparring, dels i form af fagpersoner på SC (læger, speciallæger, psykolog, fysioterapeut) samt mulighed for at indhente eksterne ressourcer om muligt.

Forløbskoordinator forestår løbende motivationsindsats med forhandling vedr.

beskæftigelsesidentitet og sygdomsforståelse, sygdoms- og psykoedukation samt information om forløbet og sikring af fælles forståelse og referenceramme.

Erfaringsmæssigt er denne del meget ressourcekrævende, men har samtidig også meget stort potentiale for effekt; denne del vil derfor blive prioriteret højt i projektet.

Udarbejdelse af handleplan: I samarbejde med borger udarbejder forløbskoordinator en individuelt tilpasset handleplan, som indeholder indsatser, timing af disse under hensyn til energiforvaltning samt progressionsmål. Revideres løbende med justering af nødvendige indsatser, mål, progression og målopfyldelse. Det forsøges at samle indsatsen så vidt muligt til Socialmedicinsk Center mhp. at indsatsen så vidt muligt er sammenhængende, reproducerbar og med høj faglighed indenfor de hyppigst benyttede tværfaglige behov. Undtaget er den Virksomhedsrettede indsats, som leveres af Rødovre Kommunes eksisterende tilbud, dog i tæt samarbejde med forløbskoordinator og øvrige relevante nøglefagpersoner. Undtaget er også øvrige nødvendige tilbud, som udbydes af Regionen eller kommunen.

Indsatsen opstartes så vidt muligt senest én måned efter inklusion og løber i 12 måneder.

Projektsamarbejde mellem Tårnby/Dragør Kommuner og Socialmedicinsk Center, Frederiksberg Hospital

Samarbejdsaftale mellem Tårnby/Dragør Kommuner og Socialmedicinsk Center, Frederiksberg Hospital vedr. forskningsprojekt om beskæftigelsesrettet helhedsorienteret og forebyggende indsats overfor langvarige ydelsesmodtagere.

1. Aftalens parter

1.1 Aftalens regionale part	1.2. Aftalens kommunale part
Socialmedicinsk Center Frederiksberg Hospital Nordre Fasanvej 57 Vej 8, opgang 2, 2. sal 2000 Frederiksberg	Jobcenter Tårnby Smager Landevej 76 2770 Kastrup Tlf. 3347 1701

2. Formål

Forskningsprojektet indbefatter Albertslund, Brøndby, Hvidovre, Ishøj, Rødovre og Tårnby/Dragør, kommuner, der har et særligt Vestegnssamarbejde.

Formålet er gennem en helhedsorienteret indsats at bringe aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere/uddannelseshjælpsmodtagere i erhvervsrettet aktivitet og forebygge, at de ender på langvarig offentlig ydelse. Projektet har således et klart beskæftigelsesrettet sigte. Forventningen er, at en bedre og hurtigere afklaring af borgerens fysiske, psykiske og sociale tilstand kan være med til at forebygge, at borgeren ender på langvarig kontanthjælp.

Projektet evalueres gennem effektmålinger i et videnskabeligt forskningsprojekt forankret hos Socialmedicinsk Center. Der foretages evaluering af både det faglige og økonomiske potentiale.

3. Indsats

Efter aftale med deltagende kommuner og Socialmedicinsk Center vil i alt 200 borgere blive visiteret til indsatsdelen. Derudover udvælges 200 borgere til kontrolgruppe. Deltagerne bliver ligeligt fordelt mellem deltagende kommune, under forudsætning af, at pågældende kommune har tilstrækkeligt med deltagere i inklusionsperioden.

Socialmedicinsk Center forpligter sig til at levere udredning og indsats, som er beskrevet i bilag 1, fraset en evt. virksomhedsrettet indsats, som vil foregå i samarbejde med virksomhedskonsulenter fra Tårnby/Dragør Kommuner. Der vil for alle borgere, der indgår i indsatsdelen, blive udarbejdet en status efter udredning og en rapport efter afsluttet indsats, og der vil i de tilfælde, hvor det er relevant blive sikret en overlevering, så sagen kan videreføres i kommunalt regi.

Tårnby/Dragør Kommuner forpligter sig til at sikre, at sagsbehandler er til rådighed for sparring og assistance for forløbskoordinator i fornødent omfang, samt til at sikre, at sagsbehandler varetager borgere i kontrolgruppen iht. den vanlige indsats i Jobcentret. Kommunen forpligter sig ligeledes til at levere den nødvendige ressource i form af virksomhedskonsulent, der skal assistere Socialmedicinsk Center i at finde virksomhedsplacering. Tårnby/Dragør Kommune forpligter sig

endvidere til at stille et lokale til rådighed f.eks. i et sundhedscenter eller anden lokation end Jobcenteret.

4. Organisering

Tårnby/Dragør kommuner stiller samlet med en kontaktperson til rådighed i samarbejdet med Socialmedicinsk Center og deltager endvidere i interessentgruppe og styregruppe.

5. Evaluering

Socialmedicinsk Center forpligter sig til at forestå videnskabelig evaluering af projektet, som belyser effekter, fremtidige potentialer og særligt virksomme eller vanskelige elementer.

Socialmedicinsk Center har det primære ansvar for dataindsamling i en sådan kvalitet, at effekten kan vurderes. Alle resultater kan forelægges Beskæftigelsesudvalget, Økonomi- og Planudvalg samt Byrådet i Tårnby/Dragør Kommuner.

Tårnby/Dragør Kommuner forpligter sig til i det nødvendige omfang at assistere til dataindsamling, f.eks. i form af sagsbehandlerressourcer når borger skal udvælges til inklusion i projektet.

6. Data

Socialmedicinsk Center er ejer af data indhentet fra projektet og forpligter sig til håndtering af disse i overensstemmelse med Datatilsynets retningslinjer. Socialmedicinsk Center kan iht. retningslinjerne fra Datatilsynet publicere resultater fra projektet, ligesom data kan anvendes til videreudvikling af indsatser indenfor eget regi.

Tårnby/Dragør Kommuner skal på forespørgsel gives adgang til alle data samt kopi af alle analyser og konklusioner, så vidt dette tillades indenfor rammerne af Datatilsynets godkendelse.

7. Formidling

Socialmedicinsk Center udarbejder en samlet rapport for alle deltagende kommuner med resultater fra indsatsens effekt på beskæftigelse, herunder de samfundsøkonomiske konsekvenser.

Socialmedicinsk Center udarbejder herudover separate rapporter for hver af de deltagende kommuner med resultater fra indsatsens effekt på beskæftigelse.

Socialmedicinsk Center forbeholder sig ret til at publicere om projektets design og resultater fra studiet i internationale, videnskabelige peer-reviewede tidsskrifter.

Det står de enkelte deltagende kommuner frit for at formidle i øvrigt om resultater for den enkelte deltagende kommune i egne medier, herunder fx hjemmesider, tidsskrifter osv. Formidling om resultater fra det samlede projekt koordineres i projektets styregruppe.

8. Økonomi

Socialmedicinsk Center søger funding til projektet således at Tårnby/Dragør Kommuner medfinansiering består af ressourcer til kontaktperson, virksomhedskonsulent, sparringsgruppe, sagsbehandler og lokale.

Socialmedicinsk Center forpligter sig til medfinansiering af projektet i form af bestå med den videnskabelig projektledelse og overhead.


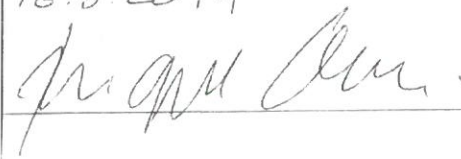


Kommune Logo

9. Forankring

Såfremt at projektresultater viser gode resultater er Tårnby/Dragør Kommuner interesseret i indgå et nærmere samarbejde med henblik på forankring af udredning og indsats. Projektet kan, hvis relevant, umiddelbart bringes i drift.

10. Godkendelse af samarbejdsaftale

10.1. Dato og regionens underskrift	10.2. Dato og kommunens underskrift
16/8. 2019  Lægeleder overlæge Søren Vesterhus	16.8.2019 



Bispebjerg Hospital
Frederiksberg Hospital

Direktionen

Bispebjerg Bakke 23
2400 København NV

BILAG 4

CV'ER FOR:

CAMILLA VITU

MORTEN SAABY

ULRIK GENSBY

THOMAS LUND

Præsentation

Camilla Vitu, Socialfaglig leder

Projektleder for indsatsdelen – Vestegnsprojektet

Uddannelse

Uddannet Cand.scient.soc. i 2004 med speciale i interkulturel ledelse i fagene Virksomhedsstudier og Kultur og Sprog møde.

Ansættelser

- 2005-2006 Projektansat, Formidlingscenter Vest, Ny danskere – Ny arbejdskraft. 2årig EU-støttet projekt, der blev forlænget af deltagende kommuner grundet gode resultater.
- 2007 Barsel.
- 2008 Københavns Jobcenter, Lærkevej, sagsbehandler for daværende matchgruppe 3-4.
- 2008- Center for Arbejdsfastholdelse (CAF), Arbejds miljømedicinsk Afdeling, Socialfaglig konsulent. Organisatorisk omlægning til Socialmedicinsk Enhed i 2012. Blev socialfaglig leder for CAF i 2016 og i 2018 ændrede CAF navn til Socialmedicinsk Rehabilitering og Arbejdsfastholdelse (REHFA).
- I samtlige projekter, hvor jeg har deltaget som enten projektmedarbejder/leder har jeg været med i udformning af projektansøgning, deltaget i styregruppe/følgegruppe/interessentgruppe og evaluering/afrapportering. Jeg har endvidere været med til at opbygge netværk til projekterne samt udarbejdet materiale og undervisningsindhold.

Projekterfaring

- 2005-2006 Ny danskere – Ny arbejdskraft. Et beskæftigelse- og integrationsprojekt, hvor der var tæt samarbejde med virksomheder om rekruttering og fastholdelse af medarbejdere med anden etnisk baggrund end dansk.
- 2008-2010 Projektledelsen for Projekt Etnisk Arbejdsfastholdelse, som havde til formål at udvikle og afprøve metoder for fastholdelse af medarbejdere med anden etnisk baggrund end dansk på arbejdsmarkedet. Deltog endvidere i de individuelle forløb.
- 2009-2011 Projekt TILPAS, projektmedarbejder, underviste medarbejdere på Hillerød Sygehus, samt deltog i individuelle forløb.
- 2011-2012 Projekt SNIP – sygefraværet ned i psykiatrien. Regionalt projekt. Projektmedarbejder.
- 2011-2012 5i12, Regionalt Projekt med Teknologisk Institut. Projektmedarbejder. Undervisning af ledere og individuelle forløb.
- 2011-2014 Projekt KOMPASS, LBR projekt København kommune, Projektmedarbejder og ledelse. Deltog endvidere i de individuelle forløb.
- 2016-2018 Ishøj Pilotprojekt, Projektleder for indsatsdelen.



Underviser

Underviste kommende medarbejdere til det store TTA projekt i arbejdsfastholdelse og etnicitet i 2009-2010.

Undervist sagsbehandlere i arbejdsfastholdelse gennem STAR.

2013 Informationsmøder for virksomheder om den nye sygedagpengereform i fire forskellige kommuner.

Venlig hilsen

Camilla Vitu



Morten Saaby, Analysechef

mosp@sam.sdu.dk | +45 6550 3223 | www.sdu.dk

Fødselsdato: 17/06/1980

Nationalitet: Dansk

Morten er analysechef på Institut for Virksomhedsledelse og Økonomi på SDU med ansvar for instituttets rekvirerede forskning. Han er ph.d. i økonomi og har stor erfaring med registerbaserede effektmålinger. I sin forskning anvender Morten avancerede mikroøkonometriske og statistiske metoder understøttet af økonomisk teori til at forklare årsagssammenhænge og konsekvenser af tiltag og indsatser indenfor en række lang områder herunder sundheds- og arbejdsmarkedsområdet. Før Morten kom til SDU, var han ansat som Postdoc ved CEBR på Økonomisk Institut på CBS og som forsker hos KORA (nu VIVE).

NUVÆRENDE OG TIDLIGERE ANSÆTTELSER

Institut for Virksomhedsledelse og Økonomi, Syddansk Universitet
Jan 2018 Analysechef

Institut for Virksomhedsledelse og Økonomi, Syddansk Universitet
Okt 2016 - Jan 2018 Specialkonsulent

KORA (nu VIVE)
Sept 2015 - Sept 2016 Forsker

CEBR, Økonomisk Institut, CBS
Aug 2013 – August 2016 Postdoc

UDDANNELSE

Ph.d.
2013 Syddansk Universitet

Cand. oecon
2010 Syddansk Universitet

UDVALGTE PROJEKTER

Investering i efterværn. (2018-2023). Socialstyrelsen
En samfundsøkonomisk evaluering af omlægning af efterværnsindsatsen i 7 udvalgte kommuner. Indsamling af omkostningsdata i kommunerne samt beregninger af de samfundsøkonomiske gevinster i den SocialØkonomiskeInvesteringsModel.

Evaluering af behandlingsprogrammet MultifunC. (2018-2021). Socialstyrelsen
En effektmåling af behandlingsprogrammet MultifunC for unge, som er i meget svære adfærdsvanskeligheder og et højt risikoniveau for at begå kriminalitet. Indsamling af registerbaserede effektmål på arbejdsmarkedsudfald samt en økonomisk analyse af omkostningerne ved programmet.

**UDVALGTE
PUBLIKATIONER**

Arendt JN, Andersen HL, Saaby M. (2017). *Måling af aktivitetsparate lediges vej mod beskæftigelse*. KORA Rapport. København: KORA.

Kongstad LP, Olsen KR, Saaby M, Trandafir M. (2017). *Økonomisk analyse af udsatte familier*. COHERE Rapport. Odense: SDU

Saaby Pedersen, M, Wehby G, Pedersen DA, Christensen K. (2015) “*Long-term effects of oral clefts on health care use: A sibling comparison*”, *European Journal of Health Economics*; 16(6): 603-612

Saaby Pedersen M, Arendt JN. (2014) “*Bargaining for health: A case study of a collective agreement-based health program for manual workers*” *Journal of Health Economics*; 37: 123-136

Søgaard R, Saaby Pedersen M, Bech M. (2013). “*To what extent does employer-paid health insurance reduce the use of public hospitals?*” *Health Policy*; 113(1): 61-68

Niss NK, Ellegaard C, Buhring T, Thomsen SC, Saaby M, Egedesø P, Skovsgaard C, Daysal NM, Trandafir M. *Undersøgelse af effekterne af fædres brug af orlov*. Januar 2019. Udenrigsministeriet.

CV for Ulrik Gensby

Arbudssted	TeamArbejdsliv, Høffdingsvej 22, 2500 Valby
Stilling	Seniorforsker / Adjungeret forsker
Uddannelse	Cand.scient.adm., (offentlig administration) Ph.d., (tilbagevenden til arbejde og fastholdelse) Post.doc videreuddannelse (forebyggelse af uarbejdsdygtighed)
Fødselsdato	28. februar 1979
Email	uge@teamarbejdsliv.dk
Telefon	22 22 50 34

Erhvervs erfaring

2018-	Adjungeret forsker v. Institute for Work and Health, Canada
2016-	Seniorforsker hos TeamArbejdsliv ApS, Danmark
2017-2018	Assiterende Professor (adjungeret) v. Institutionen för Medicin och Hälsa, Helix Competence Center, Linköping Universitet, Sverige
2015-2016	Forsker v. det Det Nationale Kompetencecenter for Arbejdsrettet Rehabilitering (NK-ARR), Norge
2015-2016	Post.doc gæsteforsker v. Institute for Work and Health (IWH), Canada
2014-2016	Post.doc. v. det Det Nationale Kompetencecenter for Arbejdsrettet Rehabilitering (NK-ARR), Norge
2010-2014	Ph.d.-studerende v. Center for Arbejdslivsforskning, Institut for Teknologi, Samfund og Rumlig Forandring (ENSPAC), Roskilde Universitet (RUC), Danmark
2010-2012	Ph.d.-studerende v. Forskningsenheden for Inklusion og Arbejdsliv, International Research Institute in Stavanger (IRIS), Norge
2009-2010	Videnskabelig assistent v. Forskningsenheden for Beskæftigelse og Integration & SFI-Campbell, Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI)
2007-2009	Videnskabelig assistent v. Forskningsenheden for Sygefravær og Arbejdsfastholdelse, Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA)

Uddannelse

2012-2015	Fellowship trainee, CIHR Strategic Training Program in Work Disability Prevention, Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Canada
2010-2014	Ph.D. in Work and Health, Centre for Working Life Research, Department of Social, Environmental and Spatial Change, Roskilde University, Denmark
2004-2007	M.Sc. in Public Health Administration, Department of Society and Globalization, Roskilde University, Denmark
2000-2003	B.Sc./BA in Social Science, Department of Society and Globalization, Roskilde University, Denmark

Udvalgte opgaver/projekter – Metodeudvikling, fx løbende evaluering, nye analysekoncepter

- | |
|--|
| <p>1) Mobilisering af forskningsbaseret viden om arbejdsmiljø: Perspektiver, aktiviteter og anrebspunkter. Udredningsprojektet gennemføres som en litteratursøgning af international forskningslitteratur, som har inddraget problematikken omkring vidensmobilisering og udveksling mellem forskere og forskerbrugere. På grundlag af litteratursøgningens resultater gennemføres tre dialogseminarer, hvor forskere i dialog med grupper af 'forskningsbrugere' og relevante forskningsmiljøer drøfter resultaterne og udarbejder anbefalinger til at fremme mobilisering af forskningsbaseret viden om arbejdsmiljø i en dansk kontekst.</p> |
| <p>2) Fra forskning til praksis i forebyggelsen af arbejdsulykker. Udviklingsprojekt med fokus på metodeudvikling til støtte for udveksling og omsætning af evidensbaseret viden om forebyggelse af arbejdsulykker i praksis. Finansieret af Arbejdsmiljøforskningsfonden. Projektet gennemføres i samarbejde mellem TeamArbejdsliv ApS og Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2016-)</p> |
| <p>3) Nærvær i arbejdet. Udviklingsprojekt med fokus på metodeudvikling i relation til virksomheders egen-indsats for at hjælpe sygemeldte tilbage i arbejde. Finansieret af Forebyggelsesfonden. Projektet er gennemført i samarbejde med Teknologisk Institut, Moderniseringsstyrelsen, Region Hovedstaden og Center for Arbejdslivsforskning, Roskilde Universitet (2009-2011)</p> |

Udvalgte opgaver/projekter – Understøtte implementering af ny lovgivning, metoder, indsats eller redskaber, fx landsdækkende implementeringsprojekter, kontrollerede forsøg, inspirationsprojekter

- | |
|---|
| <p>4) AT-kortlægning af internationale indsatsmetoder. Udredningsprojekt med fokus på at identificere og sammenfatte udvalgte redskaber og metoder til registrering og vurdering af arbejdsmiljø på tværs af otte lande (Sverige, Norge, Finland, Tyskland, Storbritannien, Holland, samt Canada og USA). Finansieret af Arbejdstilsynet. Projektet er gennemført i samarbejde mellem TeamArbejdsliv ApS og Center for Industriel Produktion, Aalborg Universitet (2016)</p> |
| <p>5) Det store danske Tilbage-Til-Arbejde (TTA) projekt. Interventionsprojekt med fokus på at hjælpe langtidssyge tilbage på arbejdsmarkedet gennem en tidlig, tværfaglig og koordineret indsats i den kommunale beskæftigelsesindsats. Finansieret af Forebyggelsesfonden. Projektet er gennemført ved Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2008-2009)</p> |
| <p>6) Hvidbog om sygefravær og tilbagevenden til arbejde ved muskel- og skeletbesvær (MSK). Udredningsprojekt effektive interventioner til forebyggelse af uarbejdsdygtighed grundet MSK, herunder inddragelse af viden fra danske arbejdspladsprojekter. Finansieret af Regeringen. Projektet er gennemført i samarbejde mellem ekspertgruppe og Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. (2006-2008)</p> |

Udvalgte opgaver/projekter – Finde, beskrive og/eller analysere Best Practice

- | |
|--|
| <p>7) Meta-syntese af kvalitativ forskning om tilbage til arbejde processer på arbejdspladsen. Systematisk litteraturoversigt med fokus på barrierer og muligheder ved ledelse og social støtte, når sygemeldte medarbejdere vender tilbage til arbejde. Finansieret af Det Nationale Kompetencecenter for Arbejdsrettet Rehabilitering, Norge. Projektet gennemføres i samarbejde mellem Institute for Work & Health, Canada, Det Nationale Kompetencecenter for Arbejdsrettet Rehabilitering i Norge, og TeamArbejdsliv ApS (2016-)</p> |
| <p>8) Best-evidence syntese af arbejdspladsbaserede tilbage til arbejde interventioner. Systematisk litteraturoversigt med fokus på analyse af effekten af arbejdspladsbaserede tilbage til arbejde interventioner. Finansieret af Det Canadiske Workers Social Insurance Board (WSIB). Projektet er gennemført i samarbejde mellem Institute for Work & Health, Canada, and Institute for Safety, Compensation, and Recovery Research, Australia (2014-2016)</p> |
| <p>9) Narrativ syntese af virksomhedsbaserede tilbage til arbejde programmer. Systematisk litteraturoversigt med fokus på virkning af virksomhedsprogrammer til fremme af tilbagevenden til arbejde. Finansieret af SFI-Cambell. Projektet er gennemført i samarbejde mellem Campbell Collaboration, SFI-Campbell og Institute for Work & Health, Canada (2010-2012)</p> |

Udvalgte opgaver/projekter – Udvikling af nye arbejdsgange, metoder og redskaber

10) Mellem individ og fællesskab. Udviklingsprojekt med fokus på de tillidsvalgtes rolle i fastholdelsesforløb på arbejdspladsen. Projektet gennemføres som en del af post.doc videreuddannelsesforløb ved University of Toronto. CIHR Strategic Training Program in Work Disability Prevention (2015-)

11) Tilbage til arbejde (TTA) i et virksomhedsperspektiv. Ph.d. projekt med fokus på evaluering af TTA ledelsessystemer og udvikling af evidensbaseret praksis for social organisering af fastholdelsesforløb på arbejdspladsen. Finansieret og gennemført i samarbejde mellem International Research Institute in Stavanger (IRIS) og Center for Arbejdslivsforskning, Roskilde Universitet (RUC) (2010-2014)

Udvalgte opgaver/projekter – Rådgivning og processtøtte ved behov for udvikling og forbedring af indsatser fx resultatproblemer

12) STAIR interventionsprojektet. Programteoretisk procesevaluering af RCT studie der sammenligner effekter af arbejdsrettet rehabilitering i døgn, -og dagbaseret i klinisk praksis med sygemeldtes tilbagevenden til arbejde. Finansieret af KLP Norge, Helse Sør Øst og Det Nationale Kompetencecenter for Arbejdsrettet Rehabilitering i Norge (NK ARR). Projektet gennemføres i samarbejde mellem TeamArbejdsliv ApS og Det Nationale Kompetencecenter for Arbejdsrettet Rehabilitering (2014-2019)

13) Evaluering af branchearbejdsmiljørådenes (BAR) formidlingsaktiviteter. Programteoretisk procesevaluering med fokus på rådgivning og processtøtte til udvikling af virksomme formidlingsaktiviteter fra 2007-2012. Finansieret af Arbejdstilsynet. Projektet er gennemført ved Center for Arbejdslivsforskning, Roskilde Universitet (2013-2014)

Udvalgte opgaver/projekter – Rådgivning og processtøtte ved behov for specifik tilrettelagt bistand i beskæftigelsesindsatsen fx implementering af ny lovgivning, metoder, indsats, eller redskaber

14) Arbejdsgiverstrategier for håndtering af arbejdsrelateret psykisk sygdom. Udredningsprojekt med fokus på skandinavisk forskning om arbejdsgiverens forebyggende indsats til fastholdelse af medarbejdere med arbejdsrelaterede psykiske helbredsproblemer. Finansieret af Forsäkrängskassan i Sverige. Projektet er gennemført i samarbejde mellem TeamArbejdsliv ApS, og Helix Excellence Centre ved Linköping Universitet (2015-2016)

15) På vej mod job efter arbejdsskade. Interessentbaseret evaluering af med fokus på etablering af og erfaringer med arbejdsskadestyrelsens fastholdelsescenter. Finansieret af Arbejdsskadestyrelsen. Projektet er gennemført ved Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI) (2009-2010)

Udvalgte peer review publikationer med relevans for opgaven

2019	Gensby U , Dyreborg J, Amick BC III, Limborg HJ, Van Eerd D. Developing evidence-informed decision making in injury prevention: Combining interactive research and knowledge transfer and exchange. <u>Scandinavian Journal of Work Environment and Health</u> (in preparation)
2019	Gensby U , Kosny I, Van Eerd D, Irvin E, Mahood Q, Cullen K, Laberge M, Amick BC III. The process of return to work and work disability management: A review update and meta-ethnography of qualitative workplace intervention research. <u>Journal of Occupational Rehabilitation</u> (in preparation)
2019	Eftedal M, Tveito TH, Islam K, Gensby U , Aasland G, Kostveit S, Lie SA, Jensen C. Comparing effects of two interdisciplinary occupational rehabilitation programs for individuals on sick leave: Design of a randomized trial. <u>BMC Public Health</u> (in review)
2019	Gensby U , Limborg HJ, Mahood Q, Ståhl C, Albertsen K. Employer strategies for preventing mental health-related work disability: A scoping review. <u>Nordic Journal of Working Life Studies</u> 9 (1) 57-101
2018	Gensby U , Braathen NT, Jensen C, Eftedal M. Designing a process evaluation to examine mechanism of change in return to work outcomes following occupational rehabilitation: A theory driven: A theory-driven and interactive research approach. <u>International Journal of Disability Management</u> 13 (1) 1-16
2016	Cullen K, Irvin E, Collie A, Clay F, Gensby U , Jennings P, Hogg-Johnson S, Kristman V, Laberge M, McKenzie D, Palagyi A, Rusecaite R, Sheppard D, Steenstra I, Van Eerd D, Amick BC III. Effectiveness of workplace interventions in return-to-work for musculoskeletal, pain-related and mental health conditions: an update of the evidence and messages for practitioners. <u>Journal of Occupational Rehabilitation</u> 18 (1) 1-15
2015	Gensby U , Laberge M, Sørensen OH, MacEachen E. The role of union and safety representatives in influencing return to work: Their expertise and associated facilities. Research protocol presented to the <u>CIHR Strategic Training Program Executive Committee</u> . University of Toronto
2015	Dyreborg J, Lipscomb HJ, Olsen O, Kines P, Lund J, Guldenmund F, Törner M, Rasmussen K, Bengtson E, Nielsen K, Gensby U , Zohar D, Spangenberg S. Safety interventions for the prevention of accidents at work: A protocol <u>Campbell Systematic Reviews</u>
2014	Gensby U , Labriola M, Irvin E, Amick BC III, Lund T. A classification of components of workplace disability management programs: Results from a systematic review. <u>Journal of Occupational Rehabilitation</u> 24 (2) 220-241
2014	Gensby U . From sickness absence to working life: A critical multi-methodological investigation of work disability management in organizations. <u>Ph.D. Dissertation</u> , Centre for Working Life Research, Department of Environmental, Social and Spatial Change, Roskilde University, Denmark
2014	Gensby U . Assessing the present in perspective of the past: Experiences from a chronicle workshop on company level work disability management. <u>Nordic Journal of Working Life Studies</u> 4 (2) 85-118
2013	Gensby U , Husted M. Inclusion through action: Facilitating return-to-work policy change processes in organizations. <u>International Journal of Disability Management</u> 8 (4) 8-24
2012	Gensby U , Lund T, Kowalski K, Saidj M, Jørgensen AMK, Filges T, Irvin E, Amick III BC, Labriola M. Workplace Disability Management Programs promoting return-to-work: A systematic review. <u>Campbell Systematic Reviews</u> (8) 17 1-153

CURRICULUM VITAE

Name Thomas Lund, Master of Science, PhD
Date of birth July 14, 1966
Address Højen Skovvej 308
DK-7100 Vejle, Denmark
Tel. +45 6151 5754
e-mail thomaslund1@me.com



SUMMARY

I am employed as senior researcher at Centre for Social Medicine, Frederiksberg & Bispebjerg Hospital.

My primary work tasks consist of initiating, designing, applying funding for, conducting and communicating research on socio-economy and health in the broadest of terms, with a special focus on sickness absence and return to work, and on associations between risk factors in youth and adolescence for future health and work life trajectories. I manage my own research projects as well as research programs including other researchers, and supervise master and Ph.D.-students at the universities of Aalborg and Aarhus.

I work primarily with quantitative data, with my primary expertise being on register data: I have been involved in various studies combining register-based health and social transfer payment data with survey data. I have also worked with clinical data, cross-national data and evaluations of interventions, and been involved in systematic reviews within the Cochran and Campbell frameworks. I have 60+ international peer-reviewed scientific publications.

EDUCATION

- Ph.D. in Public Health Science, University of Copenhagen, June 2002.
- M.Sc. in Human Geography, University of Copenhagen, June 1997.
- Upper Secondary School Leaving Examination (social studies-mathematics branch) from the County Upper Secondary School, Solrød 1986.

POSITIONS HELD

Feb. 2018 - : Senior researcher, Centre for Social Medicine, Frederiksberg & Bispebjerg Hospital

Jun. 2017 – Jun. 2018: Assoc. professor at Dept. of Public Health, University of Aarhus (part time)

Nov. 2014 – Jan. 2018: Program manager & senior researcher, Data & Documentation, DEFACTUM, Central Denmark Region & Section of Clinical Social Medicine & Rehabilitation, Department of Public Health, University of Aarhus

Jan. 2011 – Dec. 2016: Senior researcher, Dept. of Occupational Medicine, Danish Ramazzini Centre, University Research Clinic, Regional Hospital West Jutland

Apr. 2011 – Oct. 2014: Senior researcher, National Research Centre for Occupational Rehabilitation, Rauland, Norway

Oct. 2012 – Jun. 2013: Chief analyst, Strategy & Analysis, Region Syddanmark

Aug. 2009 – Dec. 2010: Senior researcher, International Research Centre, Stavanger (IRIS)

Mar. 2008 – Aug. 2009: Senior researcher, SFI, Danish National Centre for Social Research. Leader of strategic research program “Health” from May 2009

Sep. 2006 – Feb. 2008: Senior researcher, NRCWE

Jul. 2002 – Aug. 2006: Researcher, NRCWE.

Jul. 1999 – Jun. 2002: Ph.D. scholar, NRCWE

Jun. 1997 – Jun. 1999: Research assistant, NRCWE

PUBLICATIONS

– papers in international, peer reviewed scientific journals and systematic reviews. *h*-index Scopus = 25.

58. Stapelfeldt CM, Momsen AH, **Lund T**, Grønborg TK, Hogg-Johnson S, Jensen C, Skakon J, Labriola M. Cross-Cultural Adaptation, Reliability and Validity of the Danish Version of the Readiness for Return to Work Instrument. *J Occup Rehabil*. 2018 Jun 6. doi: 10.1007/s10926-018-9790-x.
57. Johansen T, **Lund T**, Jensen C, Momsen AMH, Eftedal M, Øyeflaten I, Braathen TN, Bültmann U, Abma F, Amick III B, Labriola M. Cross-cultural adaptation of the Work Role Functioning Questionnaire 2.0 to Norwegian and Danish. *WORK*, in print
56. Jensen L, Overgaard C, Bøggild H, Garne JP, **Lund T**, Overvad K, Fonager K. The long-term financial consequences of breast cancer: a Danish registry-based cohort study. *BMC Public Health*. 2017 Oct 30; 17(1):853
55. Andersen DR, Andersen LP, Gadegaard CA, Høgh A, Prieur A, **Lund T**. Burnout among Danish prison personnel: A question of quantitative and emotional demands. *Scand J Public Health*. 2017 Jul 1:1403494817718644. doi: 10.1177/1403494817718644. [Epub ahead of print]
54. Lindholdt L, Labriola M, Nielsen CV, Horsbøl TA, **Lund T**. Sequence analysis to assess labour market participation following vocational rehabilitation: An observational study among patients sick-listed with low back pain from a randomized clinical trial in Denmark. *BMJ Open*. 2017 Jul 20;7(7):e015661. doi: 10.1136/bmjopen-2016-015661.
53. Trolle N, **Lund T**, Winding TN, Labriola M. Perceived stress among 20-21 year-olds and their future labour market participation? An eight-year follow-up study. *BMC Public Health* 2017 Mar 31;17(1):287
52. Frost A, Svendsen ML, Rahbek J, Stapelfeldt CM, Nielsen CV, **Lund T**. Labour market participation and sick leave among patients diagnosed with myasthenia gravis in Denmark 1997-2011: a Danish nationwide cohort study. *BMC Neurol*. 2016 Nov 17;16(1):224.
51. Momsen AMH, Rosbjerg R, Stapelfeldt CM, **Lund T**, Jensen C, Johansen T, Nielsen CV, Labriola M. Cross-cultural adaptation and validation of the Danish version of the 19-item return-to-work self-efficacy (RTWSE-19) questionnaire. *Scand J Work Environ Health*. 2016 Jul 1;42(4):338-45.
50. Pedersen P, **Lund T**, Lindholdt L, Nohr EA, Jensen C, Sjøgaard HJ, Labriola M. Labour market trajectories following sickness absence due to self-reported all cause morbidity - a longitudinal study. *BMC Public Health*. 2016 Apr 16;16(1):337.
49. Andersen LP, Labriola M, Andersen JH, **Lund T**, Hansen CD. Bullied at School - Bullied at Work: A Prospective Study. *BMC Psychology*. 2015 Oct 12;3:35. doi: 10.1186/s40359-015-0092-1.
48. Biering K, **Lund T**, Andersen JH, Hjollund NH. Effect of Psychosocial Work Environment on Sickness Absence Among Patients Treated for Ischemic Heart Disease. *J Occup Rehabil*. 2015 Dec;25(4):776-82. doi: 10.1007/s10926-015-9587-0.
47. Biering K, Andersen JH, **Lund T**, Hjollund NH. Psychosocial Working Environment and Risk of Adverse Cardiac Events in Patients Treated for Coronary Heart Disease. *J Occup Rehabil*. 2015 Dec;25(4):770-5. doi: 10.1007/s10926-015-9585-2.
46. Lund T, Andersen JH, Nøhr Winding T, Biering K, Labriola M. Negative life events in childhood as risk indicators of labour market participation in young adulthood. A prospective birth cohort study. *PLoS One*. 2013 Sep 11;8(9):e75860.
45. Gensby U, Labriola M, Irvin E, Amick III BC, **Lund T**. A classification of components around workplace disability management programs - results from a systematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation*. *J Occup Rehabil*. 2013 May 12. [Epub ahead of print] PubMed PMID:23666474.

44. Andersen JH, Labriola M, **Lund T**, Hansen CD. Development of health and depressive symptoms among Danish adolescents – socioeconomic differences and effects of life-style. *Open Journal of Preventive Medicine* 2013, 3, 104-110. doi: 10.4236/ojpm.2013.31013.
43. Biering K, Hjøllund NH, **Lund T**. Methods in Measuring Return to Work: A Comparison of Measures of Return to Work Following Treatment of Coronary Heart Disease. *J Occup Rehabil.* 2013 Sep;23(3):400-5.
42. Gensby U, **Lund T**, Kowalski K, Saidj M, Klint Jørgensen A-M, Filges T, Erwin E, Amick BC, Labriola M. Workplace disability management programs promoting return-to-work. A systematic review. *Campbell Systematic Reviews* 2012:17. Review.
41. Merkus S, van Drongelen A, Holte KA, Labriola M, **Lund T**, van Mechelen W, van der Beek AJ. The Association between Shift Work and Sick Leave: A Systematic Review. *Occup Environ Med.* 2012 Oct;69(10):701-12.
40. Faber A, Sell L, Hansen J, Burr H, **Lund T**, Holtermann A, Søgaard K: Does Muscle Strength Predict Future Musculoskeletal Disorders and Sick Leave? *Occup Med (Lond).* 2012 Jan;62(1):41-6.
39. Clausen T, Friis Andersen M, Christensen KB, **Lund T**: Return to work among long-term sickness absent employees in eldercare - a prospective analysis of register-based outcomes. *Int J Rehabil Res.* 2011 Sep;34(3):249-54.
38. Ass RW, Tuntland H, Holte KA, Røe C, **Lund T**, Marklund S, Moller A. Workplace interventions for neck pain in workers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Apr 13;4:CD008160. Review.
37. Labriola M, Holte KA, Christensen KB, Feveile H, Alexanderson K, **Lund T**: The attribution of work environment in explaining gender differences in long-term sickness absence. Results from the prospective DREAM study. *Occup Environ Med* 2011; Published Online First: 25 March 2011 doi:10.1136/oem.2010.060632
36. Skakon J, Kristensen TS, Christensen KB, **Lund T**, Labriola M. Do managers experience more stress than employees? Results from the Intervention Project on Absence and Well-being (IPAW) study among Danish managers and their employees. *Work.* 2011 Jan 1;38(2):103-9.
35. Borritz M, Christensen KB, Bültmann U, Rugulies R, **Lund T**, Andersen I, Villadsen E, Diderichsen F, Kristensen TS. Impact of burnout and psychosocial work characteristics on future long-term sickness absence. Prospective results of the Danish PUMA-study among human service workers. *Journal of Occupational & Environmental Medicine.*, Epub ahead of print 25 September 2010. doi: 10.1097/JOM.0b013e3181f12f95
34. Lund T, Christensen KB, Vaez M, Labriola M, Josephson M, Villadsen E, Voss M. Differences in sickness absence in Sweden and Denmark: the cross national HAKNAK study. *Eur J Public Health.* 2009 Jun;19(3):343-9.
33. Lund T, Labriola M, Feveile H, Christensen KB. The fraction of disability pensions attributable to smoking and obesity. Results from a 15-year follow-up study. *Journal of Public Health.* Published online 18 December 2009. DOI 10.1007/s10389-009-0304-3
32. Labriola M, Feveile H, Christensen KB, Bültmann U, **Lund T**. The impact of job satisfaction on the risk of disability pension. A 15-year prospective study. *Scand J Public Health.* 2009 Sep;37(7):778-80.
31. Lund T, Labriola M. Sickness absence in Denmark – research, results and reflections. *Scand J Work Environ Health Suppl* 2009;(7):5–14
30. Lund T, Kivimäki M, Christensen KB, Labriola M. Socioeconomic differences in the association between sickness absence and mortality: The prospective DREAM study of Danish private sector employees. *Occup Environ Med.* 2009 Mar;66(3):150-3. Epub 2008 Sep 19.
29. Labriola M, Feveile H, Christensen KB, Strøyer J, **Lund T**. The impact of ergonomic work environment exposures on the risk of disability pension. *Ergonomics.* 2009 Nov;52(11):1419-22.

28. Clausen T, Christensen KB, **Lund T**, Kristiansen J. Self-reported noise exposure as a risk factor for long-term sickness absence. *Noise and Health*. 2009. 11(43):93-7.
27. Tüchsen F, Christensen KB, Nabe-Nielsen K, **Lund T**. Does evening work predict sickness absence among female carers of the elderly? *Scand J Work Environ Health*. 2008 Dec;34(6):483-6.
26. Bültmann U, Sherson D, Olsen J, Hansen CL, **Lund T**, Kilsgaard J. Coordinated and tailored work rehabilitation: a randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. *J Occup Rehabil*. 2009 Mar;19(1):81-93. Epub 2009 Jan 24.
25. Steinmetz J, Christensen KB, **Lund T**, Lohse N, Rasmussen LS; the ISPOCD Group. Long-term Consequences of Postoperative Cognitive Dysfunction. *Anesthesiology*. 2009 Mar;110(3):548-555.
24. Bültmann U, Christensen KB, Burr H, **Lund T**, Rugulies R. Severe depressive symptoms as predictor of disability pension: A 10-year follow-up study in Denmark. *Eur J Public Health*. 2008 Jun;18(3):232-4.
23. Christensen KB, Feveile H, Labriola M, **Lund T**. The impact of psychosocial work environment on the risk of disability pension in Denmark. *Eur J Public Health*. 2008 Jun;18(3):235-7.
22. Tüchsen F, Christensen KB, **Lund T**. Shift work and sickness absence. *Occup Med (Lond)* 2008 Jun;58(4):302-4. Epub 2008 Mar 15
21. Christensen KB, Labriola M, Kivimäki M, **Lund T**. Explaining the social gradient in long term sickness absence: Results from DWECS/DREAM. *J Epidemiol Community Health* 2008;62:181-183
20. Lund T, Kivimäki M, Labriola M, Villadsen E, Christensen KB. Using administrative sickness absence data as a marker of future disability pension: The prospective DREAM study of Danish private sector employees. *Occup Environ Med*. 2008 Jan;65(1):28-31. Epub 2007 Jul 11.
19. Tüchsen F, Christensen KB, **Lund T**. A 15 year prospective study of shift work and disability pension. *Occup Environ Med* Apr;65(4):283-5. Epub 2008 Jan 15.
18. Lund T, Labriola M, Villadsen E. Who is at risk for long-term sickness absence? A prospective cohort study of Danish employees. *Work* 2007;28(3):225-230
17. Labriola M, **Lund T**, Christensen KB, Albertsen K, Bültmann U, Jensen JN, Villadsen E. Does self-efficacy predict return to work after sickness absence? A prospective study among 930 employees sick listed for three weeks or more. *Work* 2007;29(3):233-8.
16. Christensen KB, **Lund T**, Labriola M, Villadsen E, Bültmann U. The impact of health behaviour on long term sickness absence: Results from DWECS/DREAM. *Industrial Health* 2007. Apr;45(2):348-51.
15. Christensen KB, **Lund T**, Labriola M, Villadsen E, Bültmann U. The fraction of long term sickness absence attributable to work environment factors: Results from DWECS/DREAM. *Occup Environ Med* 2007 64:487-489.
14. Labriola M, **Lund T**. Self-reported sickness absence as a risk marker of future disability pension. Prospective findings from the DWECS/DREAM study 1990-2004. *International Journal of Medical Sciences* 2007. 4:153-158
13. Albertsen K, **Lund T**, Christensen KB, Kristensen TS, Villadsen E. Predictors of disability pension over a 10-year period for men and women. *Scandinavian Journal of Public Health* 2007; 35: 78-85.
12. Lund T, Labriola M, Christensen KB, Bültmann U, Villadsen E. Physical work environment risk factors for long-term sickness absence: Prospective findings among a cohort of 5357 employees in Denmark. *BMJ*. 2006;332:449-452, doi:10.1136/bmj.38731.622975.3A
11. Bültmann U, Rugulies R, **Lund T**, Christensen KB, Labriola M, Burr H. Depressive symptoms and the risk of long term sickness absence: a prospective study among 4747 employees in Denmark. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006. Nov;41(11):875-880.

10. Labriola M, **Lund T**, Christensen KB, Kristensen TS. Multilevel analysis of individual and contextual factors as predictors of Return to Work. *JOEM* 2006. 48(11):1181-1188
9. Labriola M, **Lund T**, Burr H. Prospective study of physical and psychosocial risk factors for sickness absence. *Occup Med (Lond)* 2006 56: 469-474; doi:10.1093/occmed/kql058
8. Labriola M, Christensen KB, **Lund T**, Nielsen ML, Diderichsen F. Multilevel analysis of workplace and individual risk factors for long-term sickness absence. *J Occup Environ Med.* 2006 Sep;48(9):923-929.
7. Lund T, Labriola M, Christensen KB, Bültmann U, Villadsen E. Determinants of return to work among sickness absent Danish employees: Prospective results from DWECs/DREAM. *International Journal of Rehabilitation Research* 2006; 29(3): 229-235
6. Lund T, Villadsen E. Who retires early and why? Determinants of Early Retirement Pension among Danish employees 57-62 years. *European Journal of Ageing.* 2005 December; 2(4):275-280
5. Lund T, Labriola M, Christensen KB, Bültmann U, Villadsen E, Burr H. Psychosocial work environment exposures as risk factors for long-term sickness absence among Danish employees: Results from DWECs/DREAM. *JOEM.* 2005 November;47(11):1141-1147
4. Tüchsen F, Hannerz H, Burr H, **Lund T**, Krause N. Risk factors predicting hip pain in a 5-year prospective cohort study. *Scand J Work Environ Health.* 2003 Feb;29(1):35-9.
3. Lund T, Csonka A. Risk factors in health, work environment, smoking status and organizational context for work disability. *American Journal of Industrial Medicine* 44 (5), 492-501, 2003.
2. Lund T, Iversen L, Poulsen, KB. Work environment factors, health, lifestyle and marital status as predictors of job shift and early retirement in physically heavy occupations. *American Journal of Industrial Medicine* 40(2): 161-169, 2001.
1. Lund T, Borg V. Work Environment and Self-Rated Health as Predictors of Remaining in Work 5 years Later Among Danish Employees 35-59 Years of Age. *Experimental Aging Research*, 25: 429-434, 1999.

- published books, book chapters, and peer reviewed systematic review protocols

Lund T. Det Danske arbejdsmarked - modeller og demografi (pp 19-26). In: Kern-Hansen L, Lund Jepsen R Hald S (red.), *Lærebog i Arbejdsmiljø*. Munksgaard Danmark 2011.

Labriola M, **Lund T**. Arbejdsmiljø og sygefravær (pp 155-166). In: Kern-Hansen L, Lund Jepsen R Hald S (red.), *Lærebog i Arbejdsmiljø*. Munksgaard Danmark 2011.

Gensby U, **Lund T**, Kowalski K, Saidj M, Klint Jørgensen A-M, Filges T, Amick BC, Labriola M. Workplace disability management programs promoting return-to-work (RTW). *Campbell Systematic Reviews: Protocol SW2009-06*. <http://www.campbellcollaboration.org/library.php>

Ass RW, Holte KA, Tuntland H, Røe C, Labriola M, **Lund T**, Moller A, Skaugen BH, Marklund S. Workplace interventions for neck pain in workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews: Protocols* 2009 Issue 4 John Wiley & Sons, Ltd Chichester, UK DOI: 10.1002/14651858.CD008160

Ass RW, Holte KA, Labriola M, **Lund T**, Tuntland H, Røe C, Merkus S, Moller A, Marklund S. Workplace interventions for low-back pain in workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews: Protocols* 2009 Issue 4 John Wiley & Sons, Ltd Chichester, UK DOI: 10.1002/14651858.CD008159

Lund T, Labriola M. Demographic, occupational and employer-related determinants of long-term unemployment among Danish employees (pp 157-165). In: Kieselbach T, Winefield T, Boyd C Anderson S (red.), *Unemployment and Health*. Australian Academic Press 2006.

Krause N, **Lund T**. Return to Work After Occupational Injury. In: Barling J, Frone MR. (red), *The Psychology of Workplace Safety* (pp 265-295). Washington DC, American Psychological Association 2004.

- reports in Danish/Norwegian – latest 10 of 25+ since 1995

Lindholdt L, Labriola M, **Lund T**, Hansen CD, Winding TN, Andersen JH. Alle unge tæller.

Dokumentationsrapport. Etablering af national ungdomskohorte med henblik på fremtidige forskningsprojekter om unge, helbred og arbejde. FOCA June 2017.

http://foca.dk/userfiles/file/FOCA%20Dokumentationsrapport_juni2017.pdf

Labriola M, **Lund T**, Bennedsen G, Pedersen AHM, Sagoo SN, Hansen CD, Winding TN, Andersen JH.

Faktorer af betydning for påbegyndelse, gennemførelse eller frafald fra en ungdomsuddannelse.

Rapport for Arbejdsmarkedsstyrelsen. Arbejdsmedicinsk Klinik, Regionshospitalet i Herning & Marselisborgcenteret, Århus 2013.

Lander F, Nielsen K, Rasmussen K, **Lund T**, Lauritzen J. Underrapportering af arbejdsulykker 2003-2010. LO 2012

Labriola M, **Lund T**, Andersen JH. Fysiske og psykiske arbejdsmiljøbelastninger i fritidsjob blandt unge i alderen 13 til 17 år. LO 2011

Sterud T, Labriola M, Knardahl S, **Lund T**. Betydningen av arbeidsfaktorer for sykefravær, arbeidsevne og uførhet. Utredning for HODs Utvalg for å utrede omfanget av, årsaker til og mulige virkemidler mot utstøting og sykefravær i helse- og omsorgssektoren. Helse- og Omsorgsdepartementet, Oslo 2010

Labriola M, **Lund T**, Christensen KB. Oversigtsrapport. Videnskabelig dokumentation om risikofaktorer og potentiale for nedbringelse af overgang fra arbejde til førtidspension. 1-35. SFI, København 2009

Labriola M, **Lund T**, Christensen KB. Resultater af sygefraværskforskning 2003-2007 (Results of sickness absence research 2003-2007). 1-41. NRCWE, København 2007

Kilsgaard J, Sherson D, Bültmann U, Olsen J, Pedersen J, **Lund T**. Koordineret indsats for Arbejdsfastholdelse (KIA) af sygemeldte med længerevarende smertegener fra bevægeapparatet. 1-79. NRCWE, Syddansk Universitet, Vejle Amt. 2006.

Lund T, Pedersen J, Poulsen OM. Tilbagetrækning fra arbejde før pensionsalderen 1-22. NRCWE, København 2006.

Lund T, Labriola M, Christensen KB, Bültmann U, Villadsen E. Fysisk belastende arbejde øger risikoen for langtidssygefravær – en sekundærpublikation. Ugeskrift for Læger, 2006; 168(34): 2814-2816.

ORAL PRESENTATIONS FOR VARIOUS STAKEHOLDERS, RESEARCHERS AND DECISIONMAKERS

200+ since 1995.

PARTICIPATION IN COURSES AND STAYS AT INTERNATIONAL RESEARCH INSTITUTIONS

Seminar on Data Security. Statistics Denmark. Copenhagen June 15, 2017.

Managing Yourself and Leading Others. Harvard Division of Continuing Education, Harvard University, May 02, 2016 - May 03, 2016.

Mixed Models. EpidM, VU medisch centrum, Amsterdam 15-19 January 2015

STATA Summer School: Introduction to STATA and Survival Analysis. Stockholm 10.+11.+14.+15. August 2014.

EU - FP7 programme Workshop. Writing competitive collaboration proposals. Universitetet i Stavanger, 26. August 2010.

Prosjektlederkurs v. IRIS, Stavanger, oktober 2009.

Prosjektlederuddannelse v. Beskæftigelsesministeriet/Implement. 20.-21. august + 22.-23. september + 30.-31. oktober 2003

Psychology & Health Seminar on Intervention research. Interuniversity Research Institute for Psychology & Health, Utrecht, Holland. 7.-8. November 2002

Visiting Scholar ved University of California at San Francisco, Center of Occupational and Environmental Health, California, USA. Marts – maj 2001

Det kvalitative forskningsinterview. PhD-kursus, Københavns Universitet, København. 21.-27. September 2000

Longitudinal Research in Work and Health Psychology. Post-Graduate Training Program, Interuniversity Research Institute for Psychology & Health, Utrecht, Holland. 27.-28. april 2000

Reference managing – RefMan for Window 95 or higher. PhD-kursus, Københavns Universitet, København. 3. februar 2000

Medline/PubMed. PhD-kursus, Københavns Universitet, København. 27. januar 2000

Statistical Analysis of Survival Data. PhD-kursus, Københavns Universitet, København. 9.+ 16.+ 23.+ 30. september + 7. oktober 1999

European Educational Programme in Epidemiology. 12th Residential Summer Course. Firenze, Italien. 28. juni – 16. juli 1999

Analysis of Variance and Regression for Medical Researchers. PhD-kursus, Københavns Universitet, København. 9.+ 16.+ 23.+ 29. april +7.+21.+ 28. maj 1999

SAS - videregående kursus. Arbejdsmiljøinstituttet, København. 2.+ 4. juni 1998

NIVA - Fourth International Course on Introduction to Occupational Epidemiology. København. 18.-29. august 1997

Statistik med SAS-systemet. SAS Institute, København. September 1996

MISC.

Editorial Board Member, Scandinavian Journal of Work, Environment & Health 2012 -

Peer reviewer for Social Science and Medicine, Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, Scandinavian Journal of Public Health, Occupational and Environmental Medicine, Journal of Occupational and Environmental Medicine, Journal of Epidemiology and Community Health, European Journal of Ageing, International Archives of Occupational and Environmental Health, BMC Public Health, Diabetes Medicine

Member of expert committee for evaluation of applications for FAS (Swedish Council for Working Life and Social Research) 2010 -

Consultant for the NFR, Forskningsrådet i Norge (The Research Council of Norway) 2010

Program manager for the research area and multi-disciplinary team "Helbred" at SFI (The Danish National Centre for Social Research), 2009.

Member of committees for evaluation of candidates for positions as assistant professor at Aarhus School of Business and research assistants at The Danish National Centre for Social Research 2009

Candidate for "Forskningsskommunikationsprisen 2007" together with Merete Labriola, Karl Bang Christensen og Ebbe Villadsen

National coordinator for Denmark in the EU-project "Mental health promotion and prevention strategies for coping with anxiety and depression in Europe". 2002-2003

National coordinator for Danmark in the EU-project "Unemployment & Mental Health". 2000

BILAG 5

RAPPORT PILOTPROJEKT

- FORELØBIG