

Indsatsbeskrivelser for 63 tværsektorielle indsatser på det Akutpsykiatriske område i Region Midtjylland

Indholdsfortegnelse

Indledning	4
Læsevejledning	4
Aarhusklyngen	5
1 Afklaringspladser	6
2 Det opsøgende team	9
3 Gadesygeplejersker	13
4 Koordinationsenheden	15
5 Social- og Psykiatrivagt	17
6 Åben fleksibel rådgivning	19
7 Brugerstyret seng	22
8 Gruppebaserede forebyggende indsatser	24
9 Individuelle forebyggende indsatser	26
10 Åben rådgivning	29
11 Ambulante Døgnpladser	30
12 FUT	34
13 Hjemmebehandling	37
14 Liv uden tvang	40
Gødstrupklyngen	44
15 Akutteam	45
16 Akuttelefonen	48
17 En indgang	52
18 Fleksible boliger	54
19 Social sundhedsrettet indsats	56
20 ACT	58
21 Ambulante døgnpladser	61
22 Midlertidige Psykiatriske Omsorgspladser (MPO)	65
23 Akutordning	69
24 Udslusning fra botilbud	71
25 Åben rådgivning	73
26 Fremskudt sagsbehandling	74
27 Hjemmevejledning/bostøtte jf. SEL §85	75
28 Mestring og forebyggelse	76
29 Støtte-/kontaktperson	78

30 Tryghedsboliger	79
31 Træningsbolig / Akutbolig i Voldgade 69.....	80
32 Værested – Jens Skippers Hus	81
33 Døgnpladserne ved Psykiatrien i Nordvest.....	84
34 Psykiatrisk forebyggelsesteam	87
35 Psykiatrisk mobilteam Gødstrup.....	90
Horsensklyngen	93
36 Akut og Rehabiliteringspladser.....	94
37 Psykiatrisk brobygger	97
38 Psykiatribrobygger	100
39 Sociale akuttilbud	101
40 Koordinerende ambulante sygeplejersker.....	103
41 Psykiatrisk akutenhed	105
42 Selvskadeteam	107
Midtklyngen.....	109
43 FACT Team dobbeltdiagnose	110
44 Koordineret Udgående Indsats.....	112
45 FACT	114
46 FACT	117
47 FACT	119
48 Psykiatrisk Akutteam.....	122
49 Akut Døgntilbud.....	126
50 Koordineret udgående indsats	130
51 Psykiatrisk akutteam	133
Randersklyngen	134
52 Akuttilbud 82c pladser	135
53 LAB14	136
54 Social Indsats.....	138
55 Huset Tværs.....	143
56 LAB10	146
57 LAB14	150
58 Mestringsvejledning	151
59 Støttekontaktperson ordningen.....	154
60 Team God Overgang.....	155

61 Støtte kontaktperson.....	157
62 Åben rådgivning	159
63 Team for Integreret Dobbeldiagnosebehandling (TIB).....	160

Indledning

Dette dokument samler de 63 tværsektorielle indsatsbeskrivelser, som udgør det empiriske grundlag for forskningsrapporten Akut behov, fælles ansvar – Kortlægning og erfaringer med tværsektorielle indsatser for borgere og patienter med akutpsykiatriske problemstillinger. Beskrivelserne er udarbejdet efter en tilpasset TIDieR-skabelon (Template for Intervention Description and Replication) med henblik på at give en systematisk og detaljeret gennemgang af hver enkelt indsats' formål, indhold, organisering, samarbejdsrelationer og kontekst.

I forskningsrapporten indgår indsatserne i en sammenfattende tabel, hvor de er kategoriseret på tværs af en række dimensioner - formål, målgrupper, typer af ydelser, faglige profiler, samarbejdspartnere og evalueringsformer. Denne kategorisering gør det muligt at identificere overordnede mønstre, ligheder og forskelle på tværs af sektorer og geografiske områder. Indsatsbeskrivelserne i dette dokument har et andet formål. De giver et indblik i den konkrete praksis i hver enkelt indsats og uddyber de lokale erfaringer, der ligger til grund for forskningsrapportens analyser.

Dokumentet kan anvendes både som bilag til forskningsrapporten og som selvstændigt referencegrundlag. Læseren kan eksempelvis bruge forskningsrapportens kategorisering til at få et hurtigt overblik over indsatserne og herefter slå op i nærværende dokument for at få en detaljeret forståelse af en given indsats. Omvendt kan man tage afsæt i en konkret indsatsbeskrivelse og siden se, hvordan denne type indsats indgår i de overordnede mønstre, der beskrives i forskningsrapporten. Det er samtidig vigtigt at være opmærksom på visse begrænsninger i materialet. Beskrivelserne af de enkelte indsatser bygger i udgangspunktet på én sektoraktørs perspektiv – typisk enten en kommunal medarbejder eller en regional repræsentant. Erfaringerne og vurderingerne, der fremgår af beskrivelserne, skal derfor læses som udtryk for netop disse aktørers positioner og roller i den konkrete indsats. I mange tilfælde har det været muligt at supplere med yderligere dokumentation eller data, men materialet skal grundlæggende forstås som partsbidrag. Det giver et værdifuldt indblik i lokale erfaringer og vurderinger, men indebærer også, at perspektiver fra andre relevante parter – herunder samarbejdspartnere fra andre sektorer – ikke nødvendigvis er repræsenteret. Indsatsbeskrivelserne udgør dermed et rigt, men ikke fuldstændigt billede af den tværsektorielle praksis på området. Som supplement til indsatsbeskrivelserne foreligger et selvstændigt bilagsdokument "Bilag til indsatsbeskrivelserne", der rummer de materialer, som indsatserne har fremsendt sammen med deres TIDieR-besvarelser.

Bilagene i dokumentet omfatter blandt andet præsentationer, evalueringsrapporter, funktionsbeskrivelser, samarbejdsaftaler og procesmaterialer, som indsatsbeskrivelserne henviser til. Bilagsdokumentet fungerer som et opslagsværk og giver mulighed for at tilgå uddybende materiale, hvor det er relevant. Sammen udgør forskningsrapporten, indsatsbeskrivelserne og bilagene et samlet og transparent dokumentationsgrundlag for kortlægningen.

De øvrige dokumenter kan findes på DEFACTUMS hjemmeside under publikationer.

Læsevejledning

Indsatsbeskrivelserne er organiseret efter regionens fem klynger. Hver klynge indledes med de kommunale indsatser, efterfulgt af de regionale indsatser, sådan som strukturen fremgår af originalmaterialet. Inden for hver klynge er indsatserne præsenteret i alfabetisk rækkefølge for at sikre en enkel og ensartet fremstilling.

Hver indsats følger den samme redigerede TIDieR-struktur, som omfatter:

- Formål
- Målgruppe
- Materialer brugt i indsatsen
- Indhold i indsatsen
- Aktører og organisering
- Eventuelle evalueringer

Denne systematik gør det muligt at læse beskrivelserne enkeltvis og samtidig forstå dem som del af et bredere tværsektorielt billede. Dokumentet er ikke en fuldstændig opgørelse over alle akutpsykiatriske indsatser, men giver et omfattende indblik i et bredt udsnit af praksis på tværs af regionen.

Aarhusklyngen

1 Afklaringspladser

Aarhus Kommune

Formål

Der er tale om en lettilgængelig socialpsykiatrisk indsats; der er IKKE tale om en indsats på det akutpsykiatriske område.

Botilbuddet Nygårdsvej har etableret to afklaringspladser som en del af Social- og Boligstyrelsens forsøgsordning med etablering af *"Model for udvikling og afprøvning af afklaringspladser i socialpsykiatrien"*.

Initiativet udvikler og afprøver en overordnet ramme for, hvordan kommunen kan arbejde med afklaringspladser til borgere, der udskrives fra et sengeafsnit i den regionale psykiatri og vurderes at have behov for en indsats i socialpsykiatrien. Formålet er at understøtte borger i overgangen mellem indlæggelse og eget hjem, bofællesskab eller botilbud. Samarbejdet med borger under opholdet i afklaringspladsen skal bidrage med viden om borgers håb og drømme, ressourcer og behov, og hermed kvalificere tilrettelæggelsen af borgers videre forløb. Samtidig giver ophold i afklaringspladsen mulighed for at støtte borger i at genetablere praktiske færdigheder og kompetencer og hermed understøtte overgangen mellem en (langvarig) indlæggelse og egen bolig eller botilbud.

Der er etableret en tredje afklaringsplads med samme formål, men hvor der ikke er krav om, at borger kommer direkte fra et sengeafsnit i den regionale psykiatri.

Det videre forløb kan være SEL §§ 107, 108 eller SEL § 85 og ABL § 105 (længerevarende boform).

Yderligere er formålet at:

- Lette presset på den regionale psykiatris sengekapacitet, idet afklaringspladserne tilbyder et let tilgængeligt socialpsykiatrisk tilbud, og dermed giver mulighed for at nedbringe forbruget af færdigbehandlingsdage.
- Borgers ophold på en afklaringsplads, efter en (langvarig) indlæggelse, kan reducere antallet af genindlæggelser i den regionale psykiatri.
- Styrke kvaliteten af udredningsdelen, da det er vanskeligt at tilrettelægge et udredningsforløb indenfor de rammer, der gør sig gældende f.eks. under indlæggelse i den regionale psykiatri. Et udredningsforløb under ophold på en afklaringsplads tilrettelægges i stedet i en hjemlig ramme, og giver dermed mulighed for at bringe borgerens færdigheder og kompetencer i spil for herigennem at synliggøre, i hvilket omfang borger vil have brug for støtte.

Idéen om udvikling og afprøvning af afklaringspladser er udviklet til kommuner, der modtager støtte via puljen *"Forsøgsordning med etablering af afklaringspladser"*, og skal danne ramme om kommunernes afprøvning. Idéen er udviklet af Social- og Boligstyrelsen med udgangspunkt i en videns- og erfaringsopsamling, der er udarbejdet af VIVE for Social- og Boligstyrelsen. Videns- og erfaringsopsamlingen beskriver erfaringer med afklaringspladser i tre kommuner. Modellen bygger desuden på Social- og Boligstyrelsens øvrige viden samt input fra centrale aktører.

Målgruppe

Målgruppen for afklaringspladserne omfatter voksne borgere med psykiske lidelser, der udskrives fra den regionale behandlingspsykiatri, og som enten ikke modtager en social indsats, men vurderes at have behov herfor for at kunne udskrives, eller som modtager en social indsats, men vurderes at have behov for en mere omfattende indsats i en kortere eller længere periode i forlængelse af udskrivningen. Der vil være et særligt fokus på færdigbehandlede borgere i den regionale behandlingspsykiatri, borgere, der skal udskrives efter ophold i de særlige psykiatripladser samt borgere med hyppige (gen)indlæggelser.

Målgruppen for ophold i afklaringspladserne vil være kendetegnet ved stor kompleksitet i adfærd og psykisk sygdom. Borgerne vil have betydelig nedsat funktionsevne, forringet livskvalitet og ikke evne at bo i egen bolig på grund af skizofreni, affektive lidelser eller anden svær psykisk sygdom; dobbeltdiagnose i form af svær psykisk sygdom i kombination med et skadeligt forbrug af rusmidler; symptomer og adfærd der svarer til en psykisk sygdom herunder socialt handicap og/eller være udfordret på sociale kompetencer. Borgers udfordringer kan være kombineret en retslig foranstaltning.

Målgruppen for ophold i afklaringspladserne favner voksne borgere, der kan have brug for tæt støtte; der kan have svært ved at indgå i fællesskaber og hvis fremtræden indebærer kaotisk, udadreagerende og/eller tæt på adfærd. Borgerne vil have behov for betydelig professionel faglig støtte for at kunne tage vare på sig selv og eget helbred og for at kunne agere i sociale sammenhænge. Mange borgere vil have haft et liv præget af ophold på forskellige opholdssteder og gentagne indlæggelsesforløb i behandlingspsykiatrien.

Eksklusionskriterier: Målgruppen omfatter ikke borgere med svær selvskadende adfærd som primær problemstilling. Målgruppen omfatter ikke borgere med demens, borgere med alkoholrelateret demens, borgere, hvor plejebehovet er det primære behov, borgere med behov for hjælp til forflytninger eller borgere med behov for terminal pleje. Når der er en særlig opmærksomhed på, at ikke alle borgere kan tilbydes ophold på en afklaringsplads på Nygårdsvej, er det med afsæt i en faglig vurdering og understøttet af flere eksempler på, at sårbare borgere mistrives og i værste fald kues eller udnyttes af botilbuddets beboere eller beboere omgangskreds. Nygårdsvejs kernemålgruppe kan have en adfærd, der kan skabe et stresset miljø for andre borgere.

Materialer brugt i indsatsen

Vi har lavet:

- en lokal arbejdsgangsbeskrivelse for afklaringsteamet på Nygårdsvej
- en arbejdsgangsbeskrivelse til brug ind i samarbejdet mellem den regionale psykiatri, de kommunale myndighedsrådgivere og Nygårdsvejs afklaringsteam.
- en kort pixiguide til borgerne, så de ved hvad de kan forvente af et afklaringsforløb (hvem samarbejder de med, hvad skal der ske under afklaringsforløbet og hvad skal der efterfølgende ske, hvilken hjælp og støtte kan jeg få osv.).
- Organisering af forskellige mødefora med forskellige formål (f.eks. statusmøder vedr. understøttelse af belægningsgraden på afklaringspladserne).
- Afklaringsbeskrivelse der bruges til at understøtte myndighedsrådgivers SFU, visitation og matchning af borger og videre forløb/kommende kommunale indsats. (Se bilag 1.1).

Social- og Boligstyrelsen har medsendt os et kortfattet spørgeskema, der tilbydes borgeren ved ind- og udskrivning. Spørgeskemaet er baseret på WHO-5 trivselsindekset og Brief INSPIRE.

Indhold i indsatsen

Social- og Boligstyrelsens initiativ om afklaringspladser er etableret med henblik på at afhjælpe kapacitetsudfordringer i den regionale behandlingspsykiatri og skabe sammenhængende overgange for borgere fra indlæggelse til kommunal støtte, samtidig med at Aarhus Kommune kan udvide og differentiere tilbudsviften samt styrke kvaliteten i udredningen. Inden indskrivning afholdes typisk 1-3 møder mellem afklaringsteamet og borgeren for at afklare målgruppe, forventningsafstemme og sikre en tryk overgang, hvor borgeren mindst én gang besøger Nygårdsvej og eventuelt mødes på sengeafsnittet. Selve afklaringsforløbet foregår på Nygårdsvej og fokuserer på at afdække borgerens ressourcer og behov, støtte dem i at nå fastsatte mål og sikre et naturligt overlap til næste indsats. Samarbejdet formaliseres i en individuel samarbejdsaftale, der beskriver daglige rutiner og præferencer, suppleret med en ugeplan og en handleplan med konkrete indsatser og delmål for borgerens udvikling.

Afklaringsforløbet evalueres løbende gennem ugentlige statusmøder, hvor fremskridt, mål og tilpasning af indsatsen drøftes.

Indsatsen bygger på recovery-orienteret rehabilitering med metoder som LA2 til systematisk trivselssikring, Åben Dialog, peer-støtte, ADL-træning og rusmiddelfokuseret dialog. Personalet modtager løbende supervision og kompetenceudvikling, og indsatsen understøttes af faglige materialer, arbejdsgangsbeskrivelser, pixiguide til borgere og spørgeskemaer baseret på WHO-5 og Brief INSPIRE. Projektet giver desuden mulighed for vidensdeling og drøftelse af erfaringer med andre kommuner, som også deltager i afprøvningen af afklaringspladserne.

Aktører og organisering

Social- og Boligstyrelsens projekt forløber i perioden 01.04.2024 til 31.3.2026. Alle tre afklaringspladser har været til rådighed siden juli 2022.

Målsætningen er 5-6 afklaringsforløb (patienter) pr. år på de to eksternt finansierede afklaringspladser. Vi evaluerer løbende, så vi kan tilpasse os et passende flow, der forener kvalitet og progression i indsatsen. På nuværende tidspunkt er den femte borger i gang med et forløb.

Siden etableringen af afklaringspladserne i juli 2022 har der været indskrevet 13 borgere udover den aktivitet, der indgår i Social- og Boligstyrelsens projekt.

Lokalt er afklaringsteamet tværfagligt fundamenteret med en peer-medarbejder, social- og sundhedsassistent, socialpædagog og en socialrådgiver. Organisatorisk består afklaringsprojektet af forskellige nøglepersoner: 1 projektleder og projektmedarbejder fra Social- og Boligstyrelsen, 1 socialrådgiver fra AUH Psykiatrien, 3 myndighedsrådgivere fra Center for Myndighed (Aarhus Kommune), minimum 1 lederrepræsentant fra hver sektor og afklaringsteamet samt afklaringsteamets projektledere.

Projektet har deltagelse af Botilbuddet Nygårdsvej, hvor de tre afklaringspladser er etableret, to myndighedscentre (unge og voksne) og den regionale behandlingspsykiatri (projektets kernetdeltagere). Der er derudover tilknyttet en projektleder. Det er et krav fra Social- og Boligstyrelsen, at behandlingspsykiatrien og myndighed er aktive deltagere i projektet.

Projektet er forankret i Magistratsafdelingen for Sociale forhold og beskæftigelse, Aarhus Kommune, der har ansvaret for projektbevillingen.

Evaluering

Projektet og erfaringsopsamlingen er fortsat i gang. De tilbagemeldinger vi indtil videre har fået fra borgerne, myndighedsrådgiverne og behandlingspsykiatrien er positive. Borgerne fortæller, at det er positivt, at der sker hurtig afklaring samtidig med at de efterfølgende tilbud umiddelbart har matchet borgernes behov. Samtidig har vi erfaret, at der ikke har fundet genindlæggelse sted, ifm. afklaringsforløbets periode og at vi, i samarbejde med borgerne har kunnet undgå en indlæggelse vha. Nygårdsvejs socialpsykiatriske indsats/støtte.

Der opleves kapacitetsudfordringer i socialpsykiatrien på samme måde som behandlingspsykiatrien oplever kapacitetsudfordringer. Dette har betydet, at borgerne har ventet i længere tid end borgeren selv havde forventet.

Der udarbejdes en erfaringsopsamling, der belyser kommunernes organisatoriske erfaringer med afprøvning af afklaringspladser i projektperioden samt beskriver de deltagende borgeres trivsel og recovery. Erfaringsopsamlingen skal danne afsæt for beslutning om eventuel udbredelse af afklaringspladser i landets kommuner. Erfaringsopsamlingen udgives i forlængelse af projektperiodens udløb. Det er Social- og Boligstyrelsen, der evaluerer projektet. Det betyder også, at vi ikke kender deres konkrete overvejelser og fordi evalueringen endnu ikke er gennemført.

2 Det opsøgende team

Aarhus Kommune

Formål

Det Opsøgende Team i Aarhus Kommune er et tilbud under Center for Mestring, der henvender sig til borgere med komplekse sociale problemer, herunder hjemløshed, psykisk sygdom og misbrug. Psykiatrien i Aarhus Amt etablerede i samarbejde med Aarhus Kommune forsorgstilbuddet Midtbyen. I forbindelse med strukturreformen blev indsatsen slået sammen med SKP-indsatsen i Aarhus Kommune og har siden eksisteret som Det Opsøgende Team.

Formålet er at støtte mennesker, der har mistet kontakten til systemet, ved at arbejde opsøgende, opbygge relationer og skabe tillid. Teamet tilbyder praktisk støtte og hjælper borgerne med at genskabe kontakten til relevante tilbud som bolig, økonomisk hjælp eller behandlingstilbud.

Teamet arbejder opsøgende og etablerer kontakt til borgere, der ofte ikke selv søger hjælp eller har svært ved at benytte eksisterende tilbud. Gennem relations arbejde og brobygning understøttes borgerne i at genoprette kontakten til det etablerede system og opnå en mere stabil tilværelse.

Det Opsøgende Team drives efter servicelovens §99.

Link til information om Det Opsøgende Team: <https://aarhus.dk/borger/personlig-hjaelp-og-stoette/psykisk-sygdom-og-saarbarhed/voksne-med-psykisk-sygdom-eller-saarbarhed-og-hjemloese/opsoegende-indsatser/det-opsoegende-team>

Målgruppe

Målgruppen for indsatsen er borgere med særlige sociale problemer, herunder:

- Mennesker, der er hjemløse eller i risiko for hjemløshed
- Mennesker med psykiske lidelser
- Mennesker med stof- eller alkoholmisbrug
- Mennesker, der lever isoleret og har mistet kontakten til systemet

Målgruppen omfatter ofte personer, som mangler kompetencer/ressourcer til eksempelvis at holde en bolig, betale regninger, opsøge lægehjælp, fungere som nabo eller i høj og udtalt grad isolerer sig fra omverdenen. Det er personer, der har opbygget en mistillid til systemet og ikke selv opsøger hjælp.

Borgerne kommer ofte i kontakt med Det Opsøgende Team via bekymringshenvendelser fra boligforeninger, sagsbehandlere, praktiserende læger, hospitalet, socialsygeplejerskerne, Gadeteamet, Socialvagten eller privatpersoner som naboer eller pårørende.

Materialer brugt i indsatsen

Ubesvaret

Indhold i indsatsen

Indsatsen i Det Opsøgende Team består af to hovedkomponenter: den borgerrettede indsats og den systemrettede indsats. Begge elementer arbejder mod en helhedsorienteret støtte til socialt udsatte borgere, hvor fleksibilitet og individuelt tilpassede løsninger er centrale principper.

Den borgerrettede indsats:

Den borgerrettede indsats er fuldstændig individuelt tilpasset og udvikles i samarbejde med borgeren ud fra dennes ønsker, behov og aktuelle situation. Der arbejdes ikke ud fra standardiserede forløb, men derimod ud fra en fleksibel tilgang, hvor støtten kan omfatte:

- Boligfastholdelse – støtte til at bevare en stabil boligsituation.
- Sundhed og trivsel – hjælp til kontakt med sundhedssystemet og understøttelse af en sundere hverdag.
- Social og praktisk støtte – hjælp til at deltage i beskæftigelsestilbud, økonomisk rådgivning og generel vejledning.

Et centralt element i indsatsen er opsøgende arbejde, hvor teamet aktivt kontakter borgere, der ikke selv søger hjælp. Dette indebærer, at medarbejderne banker på døre og tilbyder deres støtte, selv i tilfælde hvor borgeren i første omgang afviser kontakt. Erfaringen viser, at mange borgere med tiden opnår tillid til teamet og tager imod hjælpen.

For at sikre en stærk relation og en hurtig indsats, arbejder medarbejderne altid i par, så de kan handle med det samme, når 'motivationsvinduet' er åbent. Det betyder, at de i situationen kan træffe beslutninger og tilbyde løsninger direkte, i stedet for at henvise borgeren til en senere vurdering.

Den systemrettede indsats:

Den systemrettede indsats har til formål at styrke sammenhængen i det offentlige system og sikre, at borgeren får adgang til de rette tilbud. Dette indebærer:

- Forberedelse og klargøring af systemet – teamet sikrer, at relevante aktører har indsigt i borgerens situation, særligt hvis der er udfordringer med samarbejde eller adfærd.
- Koordinering mellem sektorer – da borgerne ofte navigerer i et komplekst system med mange aktører, hjælper teamet med at skabe brobygning og sikre, at de forskellige instanser kommunikerer og samarbejder effektivt.

I mange tilfælde oplever teamet, at systemet primært tilbyder udviklingsrettede forløb, mens nogle borgere snarere har behov for vedligeholdende støtte. Derfor arbejder teamet for, at borgerens faktiske behov anerkendes i den hjælp, der tilbydes.

Tilgang og metode:

Indsatsen er relationsbaseret, hvor tillid opbygges gennem vedholdenhed og tilstedeværelse. Teamet accepterer, at borgeren i første omgang kan afvise kontakt, men fortsætter med at vise sig og tilbyde støtte. Mange borgere opnår efter tid en følelse af tryghed i teamets vedholdenhed, hvilket danner grundlag for en positiv relation og et samarbejde.

Derudover arbejder teamet recovery-orienteret, hvor borgerens egne ønsker og mål er styrende for indsatsen. Dette kan indebære kreative løsninger og kompromiser, der balancerer mellem borgerens håb og de realistiske muligheder inden for det sociale system.

For at understøtte medarbejderne i deres arbejde er der ugentlig faglig sparring kollegaer imellem og supervision. Derudover træffes beslutninger om opsøgende indsats hos nye borgere i fællesskab for at sikre en fagligt funderet og sikker tilgang. Beslutningen om at opsøge en borger på bopælen kan og må ikke træffes egenhændigt, hvilket understreger vigtigheden af kollegial støtte og fælles ansvar i arbejdet.

Det Opsøgende Team møder primært borgerne i deres eget hjem, men kontakten kan også foregå andre steder afhængigt af borgerens behov og situation.

En væsentlig del af indsatsen består i at ledsage borgerne til aftaler som en del af brobygningen til relevante tilbud. Selvom borgerne typisk kontaktes i hjemmet, følger medarbejderne dem ofte til

borgerservice, rusmiddelcenter, sundhedsydelse eller andre instanser for at sikre, at de får adgang til den nødvendige hjælp.

For at sikre fleksibilitet og tilgængelighed er det nødvendigt at have en bil tilgængelig, da mange borgere har begrænset mobilitet eller ikke selv kan tage offentlig transport. Dette er afgørende for at kunne understøtte borgerne i at opretholde deres aftaler og deltage i relevante tilbud f.eks. rusmiddel- eller alkoholbehandling.

Aktører og organisering

Det Opsøgende Team modtager årligt omkring 600-700 henvendelser med bekymringer angående borgere. Aktuelt er der omkring 130 indskrevne borgere. Der er ikke nogen øvre grænse på antallet, hvilket godt kan give udfordringer i forhold til at give alle borgere tid til den optimale behandling, når antallet er markant stigende. Der er ingen faste tidsrammer for, hvor længe en borger er tilknyttet Det Opsøgende Team. Varigheden af indsatsen vurderes individuelt og afhænger af borgerens behov, udvikling og udsathed. Borgerne kan afsluttes, når der er skabt en brobygning til andre relevante tilbud, men indsatsen kan også forlænges, hvis nye problemstillinger opstår, eller hvis teamet vurderer, at borgerens udsathed ikke er væsentligt forbedret. Da indsatsen ikke er myndighedsbestemt, har teamet fuld autonomi til at beslutte, hvem der modtager støtte, i hvilket omfang og hvor længe indsatsen varer.

Det Opsøgende Team består af 15 medarbejdere med social- og sundhedsfaglig baggrund, herunder pædagoger, socialrådgivere, ergoterapeuter og sygeplejersker. Teamet er forankret under Center for Mestring og organiseret i mindre, tværfaglige enheder, hvilket understøtter en helhedsorienteret tilgang til borgernes problemstillinger og samtidig sikrer medarbejdernes sikkerhed i det opsøgende arbejde. Arbejdet kræver stor systemforståelse, selvstændighed og fleksibilitet, da opgaverne ofte foregår i komplekse og akutte situationer. Erfaring vægtes højt ved nyansættelser, fordi medarbejderne skal kunne træffe hurtige og velovervejede beslutninger.

Samarbejdet i Det Opsøgende Team omfatter en bred vifte af aktører på tværs af sektorer, bl.a. hospitaler, praktiserende læger, socialsygeplejersker, politi, boligforeninger og kommunale myndigheder. Henvendelser kommer både fra samarbejdspartnere og direkte fra bekymrede aktører som sagsbehandlere, Socialvagten eller Gadeteamet. Alle henvendelser vurderes af en koordinationsenhed, som afklarer, om der er behov for en opsøgende indsats, eller om andre indsatser kan imødekomme borgerens situation. En væsentlig del af samarbejdet handler om akutte situationer, hvor hurtig indsats og koordinering er nødvendig. Medarbejdere kan møde op på hospitaler i forbindelse med udskrivelse for at sikre en smidig overgang, ligesom teamet i særlige tilfælde samarbejder med borgerens praktiserende læge eller politi – også uden borgerens samtykke – hvis det vurderes nødvendigt for borgerens eller andres sikkerhed. Samarbejdet med psykiatrien har tidligere givet mulighed for, at psykiatere deltog i opsøgende besøg og kunne foretage hurtige vurderinger af borgerens tilstand.

Samarbejdet med kommunale myndigheder indebærer ofte en tovholderfunktion, hvor teamet skal skabe sammenhæng mellem specialiserede og adskilte systemer. En central udfordring er, at kommunale tilbud ofte har udviklingsfokus, mens mange borgere snarere har behov for vedligeholdende støtte. Samarbejdet med boligforeninger er mere formaliseret gennem løbende møder, mens samarbejdet med socialsygeplejersker er veletableret, men præget af barrierer i forhold til tavshedspligt.

Generelt foregår kommunikationen med samarbejdspartnere situationsbestemt og ad hoc, afhængigt af borgerens behov. Teamet deltager i netværksmøder, inviterer samarbejdspartnere til egne møder og arbejder aktivt på at opbygge relationer, så kendskabet til hinandens funktioner styrkes, og borgerens samlede behov kan imødekommes helhedsorienteret.

Evaluering

Erfaringerne viser, at indsatsen gør en reel forskel for borgere, som ingen andre indsatser formår at hjælpe. Det Opsøgende Team oplever, at selv de mest udsatte, der afviser kontakt eller ikke passer ind i

eksisterende systemer, ofte kan støttes gennem en vedholdende og relationsbåret tilgang. Dette bekræfter, at indsatsen formår at nå borgere, som ellers risikerer at stå helt uden hjælp.

Der er lavet en kvalitativ evaluering af indsatsen. (Se bilag 2.1).

3 Gadesygeplejersker

Aarhus Kommune

Formål

Gadeteamet er en opsøgende indsats i Aarhus Kommune, der arbejder med udsatte borgere, herunder personer med psykiske, fysiske og sociale problemstillinger. Teamet består af tre gadesygeplejersker, der arbejder under Servicelovens §12 og tilbyder anonym rådgivning og vejledning samt brobygning til det etablerede system. Indsatsen er skabt for at mindske ulighed i sundhed ved at møde borgerne på deres egne præmisser og understøtte dem i at benytte eksisterende sundheds- og sociale tilbud.

Link til information om Gadeteamet: <https://aarhus.dk/borger/personlig-hjaelp-og-stoette/psykisk-sygdom-og-saarbarhed/voksne-med-psykisk-sygdom-eller-saarbarhed-og-hjemloese/opsoegende-indsatser/gadeteamet>

Det overordnede formål med Gadeteamet er at facilitere adgangen til etablerede sundheds- og sociale tilbud for udsatte borgere i Aarhus Kommune. Indsatsen er skabt for at højne sundhedstilstanden blandt de mest udsatte borgere i Aarhus Kommune.

Gadeteamet udspringer af en tidligere organisering i Misbrugscentret, hvor de første gadesygeplejersker og en socialrådgiver var tilknyttet. Oprindeligt var indsatsen tilknyttet en sundhedsklinik, hvilket skabte en synergi mellem sundheds- og socialfaglige tilbud. Senere blev strukturen ændret, idet man vurderede, at Gadeteamet bedre kunne organiseres under den nuværende ramme, hvor det fungerer i tæt samspil med Det Opsøgende Team.

Inspirationen til indsatsen udspringer af behovet for et opsøgende omsorgstilbud målrettet borgere, der ikke af sig selv benytter etablerede systemer. Det tætte samarbejde mellem Gadeteamet og Det Opsøgende Team gør det muligt at skabe en helhedsorienteret indsats, hvor borgerne får en mere sammenhængende og koordineret støtte.

Målgruppe

Målgruppen omfatter udsatte borgere i Aarhus Kommune, herunder personer med psykiske lidelser, misbrugsproblematikker, hjemløshed og komplekse sociale udfordringer. En central problemstilling for denne gruppe er, at de ofte har svært ved at opsøge og benytte eksisterende sundheds- og sociale tilbud.

Inklusions- og eksklusionskriterier: Gadeteamet er et lavtærskeltilbud uden krav om visitation. Indsatsen er dog primært rettet mod borgere med tilknytning til Aarhus Kommune. Borgere uden opholdstilladelse eller med bopæl uden for kommunen kan kun modtage rådgivning og vejledning.

Materialer brugt i indsatsen

Der arbejdes på udvikling af informationsmateriale til samarbejdspartnere og borgere.

Indhold i indsatsen

Indsatsen er organiseret som en fleksibel, opsøgende og relationelt baseret støtte til udsatte borgere.

- Opsøgende arbejde i byrummet: Medarbejderne færdes i byrummet, særligt i områder, hvor udsatte borgere opholder sig, herunder gader, parkeringskældre, væresteder og varmestuer. Der arbejdes ud fra en synlig og tilgængelig tilgang for at gøre Gadeteamet let genkendeligt for målgruppen.
- Etablering og vedligeholdelse af relationer: Arbejdet tager udgangspunkt i langvarige relationer, der opbygges gennem tillid og kontinuerlig tilstedeværelse i borgernes miljø.

- Rådgivning og vejledning: Gadeteamet tilbyder anonym rådgivning om sundheds- og sociale problemstillinger, herunder psykisk og fysisk helbred, misbrugsproblematikker, sociale rettigheder og tilgængelige støttetilbud.
- Brobygning til relevante systemer: En central del af indsatsen er at understøtte borgerne i at benytte sig af sundheds- og sociale tilbud ved at informere, motivere og i nogle tilfælde ledsage dem til relevante indsatser såsom sygehuse, misbrugscentre, socialpsykiatrien og forsorgshjem.
- Følgeskab til sundheds- og sociale tilbud: For at styrke borgerens mulighed for at modtage relevant hjælp tilbyder Gadeteamet ledsagelse til lægebesøg, hospitalsbehandling eller andre sociale instanser.
- Netværksarbejde med væresteder og andre aktører: Gadeteamet samarbejder aktivt med væresteder, varmestuer og andre opsøgende tilbud for at sikre, at borgerne har adgang til et sammenhængende støttesystem.

Medarbejderne modtager supervision og deltager i faglige fokuserede møder, hvor emner af relevans for målgruppen drøftes. Samarbejdspartnere inviteres jævnligt til disse møder for at styrke vidensdeling.

Aktører og organisering

Gadeteamet består af tre sygeplejersker med erfaring inden for psykiatri, misbrugsbehandling og hjemmepleje. Erfaring fra forskellige sektorer vurderes som en væsentlig kvalifikation for at kunne navigere i de komplekse problemstillinger, målgruppen står overfor.

Det Opsøgende Team er forankret under Center for Mestring. Gadeteamet samarbejder tæt med væresteder, hospitaler, socialpsykiatrien, misbrugscentre og politiet. Samarbejdet er ikke formaliseret gennem faste aftaler, men opretholdes gennem løbende dialog og videns udveksling.

Gadeteamet arbejder systematisk på at opretholde og styrke samarbejdet med relevante aktører gennem løbende dialog og erfaringsudveksling. Der afholdes regelmæssige samarbejds møder med forskellige sociale og sundhedsfaglige aktører for at sikre en koordineret indsats og styrke relationerne mellem Gadeteamet og det øvrige støttesystem. Ud over de faste møder tager Gadeteamet selv initiativ til opsøgende kontakt med samarbejdspartnere for at vedligeholde og udvikle samarbejdsrelationerne.

For at sikre, at Gadeteamet er opdateret på eksisterende tilbud, inviteres samarbejdspartnere jævnligt til at præsentere deres indsatser. Dette bidrager til at styrke videndelingen og sikrer, at medarbejderne har kendskab til de mest relevante muligheder for borgerne. Samtidig modtager Gadeteamet også løbende forespørgsler om at præsentere deres indsatser for eksterne aktører.

Deltagelse og varighed: Gadeteamet er et lavtærskeltilbud uden visitation, hvilket betyder, at borgere kan få støtte og vejledning uden forudgående henvisning eller formaliseret tilknytning. Der er ingen faste forløb eller tidsbegrænsninger, og indsatsen tilpasses den enkelte borgers behov og situation. Varigheden af kontakten varierer fra korte, enkeltstående interaktioner til længerevarende relationer, hvor borgerne gentagne gange søger hjælp og rådgivning over en længere periode.

Medarbejderne tilpasser deres indsats fleksibelt og opsøgende, der sikrer, at de kan møde borgerne på de tidspunkter og steder, hvor behovet er størst. Gadeteamet arbejder mandag til fredag i dagtimerne fra 7:30 til 15:00, hvilket er tilrettelagt ud fra et strategisk hensyn om at kunne bygge bro til sundheds- og socialsystemet, der primært har åbent i dette tidsrum.

Evaluering

Indsatsen er svær at måle og evaluere systematisk, da borgerne ikke er indskrevet i en formel ordning. Dette gør det vanskeligt at dokumentere effekten af arbejdet og kan potentielt skabe udfordringer i forhold til politisk og økonomisk prioritering af indsatsen. Betydningen af Gadeteamet vurderes primært gennem erfaringer fra praksis.

4 Koordinationsenheden

Aarhus Kommune

Formål

Koordinationsenheden tager imod og afklarer henvendelser vedrørende bekymringer om udsatte voksne. Henvendelser kan komme fra borgere, pårørende eller samarbejdspartnere, når en voksen ikke selv aktivt opsøger støtte – enten fordi det er svært at bede om hjælp, eller fordi vedkommende ikke er i stand til at tage imod den hjælp, de egentlig ønsker. Koordinationsenheden arbejder under Serviceloven §10.

Hovedformålet er at vurdere, om der er grundlag for at iværksætte en målrettet, opsøgende indsats. Det indebærer en grundig vurdering af borgerens situation og behov samt koordinering af den nødvendige støtte i samarbejde med relevante aktører. Enheden samarbejder bredt både internt og eksternt for at sikre en helhedsorienteret indsats, der kan skabe varige forbedringer i borgerens liv.

Koordinationsenheden blev etableret som en direkte konsekvens af en fusion mellem flere centre for tre et halvt år siden. Fusionen skabte et større center med et bredere opgavefelt og en mere kompleks struktur med mange samarbejdspartnere og et øget antal henvendelser. For at skabe overblik og sikre systematik i håndteringen af disse blev enheden oprettet som centralt bindeled. Formålet er at samle og strukturere indsatsen, så henvendelser håndteres systematisk og helhedsorienteret, hvilket sikrer bedre sammenhæng i tilbuddene og et ensartet serviceniveau. Borgergruppen omfatter ofte personer i en svag retsstilling, der sjældent selv søger hjælp og har begrænset mulighed for at varetage deres egne rettigheder. Derfor er det afgørende, at både de der henvender sig og borgere oplever en gennemsigtig proces og et ensartet serviceniveau.

Målgruppe

Målgruppen for centerets ydelser er borgere over 18 år der lever med psykisk sårbarhed, lever med overforbrug af rusmidler, social udsathed, boligproblemer og hjemløshed og andre funktionsnedsættelser.

Materialer brugt i indsatsen

Der er ikke udarbejdet materiale til indsatsen.

Indhold i indsatsen

Indsatsen fokuserede på at modtage og afklare bekymringer fra forskellige aktører som borgere, pårørende og samarbejdspartnere. Gennem en systematisk vurdering og en helhedsorienteret tilgang blev der etableret et centralt bindeled, som kunne koordinere de relevante indsatser og støtte borgerne i at få adgang til den nødvendige hjælp herunder overdragelse til fx §99.

Aktører og organisering

Den koordinerende funktion blev oprindeligt etableret i 2011 og har gennemgået flere tilpasninger og udviklinger over tid. I 2021 blev den formelt organiseret som Koordinationsenheden under Center for Mestring.

Koordinationsenheden består af et team af socialrådgivere med stærke organisatoriske kompetencer og et omfattende netværk i Aarhus Kommune. I alt er der fire medarbejdere tilknyttet koordinationsenheden: én på fuldtid, to på deltid og én på 15 timer.

Socialrådgivernes dybe kendskab til kommunens ressourcer, kombineret med deres juridiske og organisatoriske indsigt, gør dem særligt velegnede til at skabe en effektiv og helhedsorienteret indsats.

Center for Mestring er en del af driftsområdet Job, Udsatte og Socialpsykiatri i MSB. Center for Mestring rummer en række forskellige indsatser, der alle retter sig mod udsatte borgere i Aarhus Kommune. I centeret rummes både mestringsvejledning (tidligere kaldet bostøtte jf. SEL §85), Det Opsøgende Team (SEL § 99), Gadeteamet (§12), Ungeindsatsen for unge hjemløse (SEL § 110), Værestedet i Jægergårdsgade (SEL §79) samt en række øvrige fagspecialer omkring æresrelaterede konflikter, radikaliserings (Retsplejelovens §115), prostitution/senfølger af seksuelle overgreb og kultur/tolk arbejde.

En af de primære funktioner i koordinationsenheden er at modtage telefoniske henvendelser i vores telefons åbningstid. Vi er indgangen til hele centrets ydelser. Det gælder både for den direkte kontakt fra en bekymret henvender, samarbejdspartnere, kolleger og til vores myndighedscentre og boligforeninger. Og ind i mellem også med direkte kontakt til udsatte borgere.

Vi varetager/tilbyder råd og vejlede omkring givne problemstillinger. Herunder også guide og vejlede ift. konkrete initiativer omkring bekymringer for udsatte borgere. Alle henvendelser afklares og en del af disse afklaringer munder ud i igangsættelse af en §99 indsats.

Afklaringsarbejdet bygger i høj grad på systematisk sags arbejde og helhedsorienteret indsats. Der arbejdes med screeninger og vurderinger af funktionsniveau og støttebehov. I samtalerne med henvender og borger lægges der vægt på en undersøgende tilgang og dialogisk praksis.

Der arbejdes tværfagligt, tværororganisatorisk og tværsektorielt omkring borgeren. Typiske aktører: Myndighedscentre på voksenområdet i Aarhus kommune, Jobcenteret, Regionspsykiatrien, Retspsykiatrien, Egen læge, Kriminalforsorgen, Rusmiddelcenteret, Magistraten for sundhed og omsorg, Politiet, Frivillige aktører fx Kirkens Korshær og Reden, Private organisationer fx boligforeninger.

Arbejdet omkring §85 centrerer sig primært omkring kommunikation med myndighedsrådgivere, afdelingsledere på §§85 og 85a området og Housing First rådgivere. Opgaven består primært i at sikre at borgeren får tilbudt den rette indsats og at der sikres et stabil flow omkring borgeres forløb.

Evaluering

I 2014 blev der gennemført en evaluering af Det Opsøgende Team, hvor Koordinationsenheden også blev beskrevet som en del af indsatsen (*Det opsøgende team – støtte og kontaktpersoner til særligt udsatte borgere*, udarbejdet af: Medarbejdere og ledelse i Det Opsøgende Team). (Se bilag 2.1). *Evalueringen fokuserede på at kortlægge og analysere enhedens struktur og funktion i forhold til den overordnede indsats, men indeholdt ikke en vurdering af konkrete resultater eller effekten af Koordinationsenhedens arbejde.*

Beskrivelsen i evalueringen giver dog indsigt i, hvordan Koordinationsenheden bidrager til koordineringen og håndteringen af henvendelser fra samarbejdspartnere samt dens rolle som bindeled mellem forskellige aktører i indsatsen. Evalueringen understregede vigtigheden af enhedens funktion for at sikre en helhedsorienteret og sammenhængende tilgang til arbejdet med socialt udsatte borgere.

5 Social- og Psykiatrivagt

Aarhus Kommune

Formål

Social- og Psykiatrivagten er en åben telefonrådgivning med mulighed for udrykning til borgere i akutte situationer i tidsrummet 16-24. På følgende hjemmeside kan du læse mere om Social- og psykiatrivagten: <https://psykiatrienshus.aarhus.dk/vi-tilbyder/social-og-psykiatrivagten>

Formålet med indsatsen er at hjælpe voksne borgere, der akut har brug for vejledning og rådgivning vedr. sociale, økonomiske og /eller personlige problemer. De sidste 30-40 år har der været to tilbud – et tilbud om telefonrådgivning (åben anonym rådgivning) 'Socialvagten' og et 'Udrykningsteam'. Pr. december 2023 er tilbuddene lagt sammen til den nuværende Social- og Psykiatrivagt.

Målgruppe

Målgruppen er sårbare borgere i Aarhus Kommune, der i aftentimerne akut har brug for professionel hjælp og støtte, når kommunens øvrige tilbud er lukket. Det har primært været borgere med psykiske udfordringer, men også borgere med misbrugsproblemer, som har benyttet tilbudet.

Tilbuddet er også til pårørende, læger, boligforeninger og andre, som møder sårbare borgere, der kan give anledning til bekymring.

Materialer brugt i indsatsen

Der er en informationspjece og et postkort som er forsøgt spredt bredt – til apoteker, praktiserende læger, hospitalspsykiatrien, politiet, fagfolk, offentlige institutioner ex. Dokken. Informationsmaterialet findes på hjemmesiden <https://psykiatrienshus.aarhus.dk/vi-tilbyder/social-og-psykiatrivagten>

I telefonrådgivningen anvendes et spørgeredskab 'LA2', hvor borgerne 'screenes' rød, gul og grøn. Der ligger også en slags selvmordsscreening.

Indhold i indsatsen

Indsatsen består af telefonisk rådgivning og såfremt en telefonisk kontakt ikke er tilstrækkelig, kan medarbejdere rykke ud til borgeren på baggrund af en individuel vurdering i den konkrete situation. Social- og Psykiatrivagten kan hjælpe med:

- Gratis rådgivning og vejledning
- Støttende og forebyggende samtaler
- Henvielse til andre offentlige eller private tilbud
- Udrykning til borgere med akutte problemstillinger

Tilbuddet er åbent alle dage hele året i tidsrummet 16-24. Der er tre telefonlinjer.

Socialrådgivernes faglighed er bygget ind i tilbuddet. Som faggruppe har de indgående kendskab til lovgivningen og andre indsatser/støttemuligheder.

Antal opkald og udrykninger opgøres på månedsbasis:

- Antal besvarede opkald - ca. 700 pr. måned - hvor indsatsen består af råd- og vejledning om sociale og psykiatriske problemstillinger, samt støttende samtaler. Data fra teleselskab giver også mulighed for supplerende målinger, fx andel ubesvarede opkald, fordeling af opkald over tilbuddets åbningstider, gennemsnitlig samtaletid, mv.

- Antal udrykninger - gennemsnitlig 2 pr. uge – hvor 2 medarbejdere tager ud til borgeren i særligt svær akut situation. Udrykninger kan have meget forskelligt indhold og der er tale om udrykninger til både "kendte" borgere (borgere der allerede modtager støtte i kommunen) og ikke-kendte borgere, eksempelvis unge, som er nytilflyttede til kommunen, og hvor bekymrede forældre har taget kontakt. En stor del af udrykningerne handler om forebyggelse af indlæggelse eller støtte til indlæggelse. Der er tæt samarbejde med Børn og ungevagten, Rådgivningstelefonen (psykiatrisk Hospital), Politiet m.fl.

Aktører og organisering

I indsatsen var der tilknyttet socialrådgivere og en sygeplejerske. I alt er der tilknyttet 7 deltidsansatte (30 timer) og hertil kommer vikarer.

Tilbuddet er organiseret i Psykiatriens Hus Aarhus. Det er godt at indsatsen er samlet på en matrikel.

Der er etableret samarbejder med hospitalspsykiatrien, politiet og hele Aarhus Kommune.

Samarbejdspartnerne er glade for indsatsen og vil gerne samarbejde. Der afholdes løbende møder (ca. en gang hvert halve år). På møderne bliver tilbuddet præsenteret, derudover drøftes eventuelle udfordringer.

Evaluering

Ikke oplyst.

6 Åben fleksibel rådgivning

Aarhus Kommune

Formål

Åben Fleksibel Rådgivning er en forebyggende og fleksibel indsats for borgere over 18 år, der oplever psykisk sårbarhed, har et handicap eller står over for sociale udfordringer. Formålet er at yde tidlig støtte, så problemer ikke udvikler sig til mere komplekse og ressourcetrækvende situationer, og at hjælpe borgerne med at håndtere dagligdagen, sociale forhold, systemkontakt, økonomi og finde meningsfuldt indhold i hverdagen.

Indsatsen er selvvisiterende, hvilket betyder, at borgerne kan henvende sig direkte uden henvisning eller ventetid. Støtten kan gives gennem enkeltstående samtaler eller længere, skræddersyede forløb på op til seks måneder, og der kan involveres borgerens netværk gennem Åben Dialog, hvis behovet opstår.

Åben Fleksibel Rådgivning blev formaliseret som en samlet afdeling i 2020 som led i implementeringen af servicelovens §82, der giver kommunerne mulighed for at tilbyde forebyggende støtte til voksne med nedsat psykisk eller fysisk funktionsevne eller sociale problemer. Indsatsen bygger på socialpsykiatriens principper i Aarhus Kommune og har teoretisk fundering i Recovery, empowerment og dialogisk praksis. Den fleksible, relationsbaserede tilgang sikrer, at borgerne mødes i øjenhøjde og får hurtig og relevant hjælp, inden problemstillingerne vokser sig større. Link til indsatsen: <https://aarhus.dk/borger/personlig-hjaelp-og-stoette/aaben-fleksibel-raadgivning-soender-alle>

Målgruppe

Borgere over 18 år med en fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse eller sociale problemer.

Inklusionskriterier: Borgere bosat i Aarhus Kommune, som falder ind under målgruppen.

Eksklusionskriterier: Borgere hvor det vurderes, at deres behov kræver mere omfattende hjælp.

Materialer brugt i indsatsen

- Et postkort rettet mod borgerne, som beskriver, hvordan de kan benytte sig af tilbuddet. (Se bilag 6.1)
- Informationsmateriale i form af en pjece: "Støtte til borgere med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne" til samarbejdspartnere. (Se bilag 6.2)

Materialet blev i starten udbredt til udvalgte uddannelsesinstitutioner, læger, psykologer og psykiatere. Senere er særligt de kommunale aftagerafdelinger, jobcentret og psykiatrisk afdeling blevet tæt informeret om indsatsen.

Indhold i indsatsen

Åben Fleksibel Rådgivning består af flere fleksible og tilpassede elementer, der sikrer, at borgerne hurtigt kan få den hjælp, de har behov for, uden lange sagsbehandlingsprocesser:

- **Selvvisitering:** En af de væsentligste styrker ved indsatsen er, at borgerne kan henvende sig direkte uden at skulle igennem en henvisning eller ventetid. Denne selvvisitering gør, at indsatsen er let tilgængelig og imødekommer borgerens behov for hurtig hjælp, hvilket er afgørende for forebyggelse af yderligere forværring af deres situation.
- **Fleksible forløb:** Forløbene tilpasses individuelt efter den enkelte borgers situation og behov. Borgerne kan vælge at deltage i en enkelt samtale eller et længere forløb på op til seks måneder, alt efter hvad der vurderes nødvendigt. Denne fleksibilitet sikrer, at der er rum for både hurtigere støtte og mere dybdegående forløb.
- **Rådgivningen finder sted i Åben Frivillig Rådgivning** på Frivilligcentret og andre relevante steder afhængig af borgerens behov.

- Semistrukturerede samtaler: I samtalerne anvendes en semistruktureret spørgeguide til at afdække borgerens problemstillinger og behov. Samtidig er det borgeren, der har kontrol over samtaleens retning og vælger, hvad der er vigtigst at drøfte. Denne kombination af struktur og fleksibilitet sikrer, at samtalerne er målrettede, men stadig giver plads til borgerens egne præferencer og prioriteringer.
- Kortere, målrettede forløb: Det tilstræbes, at forløbene ikke varer længere end seks måneder, som er lovens bestemt, hvorefter borgeren forventes at kunne klare sig selv uden yderligere kommunal hjælp. Denne tilgang styrker borgerens selvstændighed og fokus på empowerment, hvor målet er at hjælpe borgeren til at opnå mestring over sin egen situation.

Vurdering af behov og videre henvisning

Ved det første møde foretages en grundig vurdering af, om borgerens behov kan imødekommes i *Åben Fleksibel Rådgivning*, eller om der er behov for henvisning til andre mere specialiserede tilbud, som f.eks. en mestringsvejleder under §85. Det er vigtigt, at borgeren modtager den rette støtte fra starten, så der sikres kontinuitet og undgås unødvendige henvisninger.

Struktur og empowerment i samtalerne

Forløbene er opbygget omkring ugentlige samtaler, hvor der i de første faser af forløbet lægges vægt på, at møderne foregår i rådgivningens lokaler. Dette valg er bevidst, da det at skulle møde op fysisk i rådgivningscentret fremmer en følelse af struktur og ansvar, hvilket styrker borgerens empowerment. I *mellemprioroden* kan samtalerne afholdes andre steder, hvor det er mest meningsfuldt for borgeren, mens der i de sidste faser igen fokuseres på at holde møderne i rådgivningscentret. Denne opbygning er designet til gradvist at hjælpe borgeren med at stå på egne ben og aktivt opsøge hjælp, samtidig med at de støttes i at håndtere og strukturere deres hverdag.

Formålet med denne gradvise overgang er at sikre, at borgeren opnår øget selvstændighed og styrkes i at kunne tage ansvar for sin egen proces. Evnen til at transportere sig til aftaler, overholde dem og deltage aktivt i sin egen rehabilitering er en vigtig del af indsatsens empowerment-tilgang.

Det valgte design er udviklet med fokus på en forebyggende indsats, der kræver en klar bevidsthed fra både borgerens og medarbejderens side om, at forløbet maksimalt varer seks måneder. Denne tidsbegrænsning er central, da den skaber et intenst og målrettet samarbejde. Når både borgeren og rådgiveren ved, at der er en fastlagt tidsramme, opstår der et naturligt fokus på at skabe hurtige og effektive løsninger. Borgerne bliver ofte mere engagerede i processen, fordi de er bevidste om, at forløbet er kortvarigt og kræver deres aktive deltagelse for at opnå de ønskede resultater.

Aktører og organisering

Åben Fleksibel Rådgivning blev etableret pr. 1. marts 2020. Efterspørgsel på *Åben Fleksibel Rådgivning* er steget markant siden etableringen i 2020. Indsatsen er vokset fra fire medarbejdere i 2020 til 15 i dag. Der er åbent 22 timer om ugen, hvor tilbuddet er bemanded med to medarbejdere. Der er ca. 1600 henvendelser årligt, og der afholdes ca. 60 "før-samtaler" (dvs. første samtaler ved nye henvendelser/borger) pr. måned. Omkring 400 borgere kommer igennem årligt.

Vejlederne i *Åben Fleksibel Rådgivning* har en baggrund som socialrådgivere eller socialpædagoger, en enkelt er uddannet sygeplejerske, og deres primære opgaver er at vurdere borgernes funktionsnedsættelse, vejlede i systemet og yde en pædagogisk, relationel indsats.

Indsatsen er forankret i *Job Udsatte og Socialpsykiatri* under Aarhus Kommunes Magistraten for Sociale Forhold og Beskæftigelse.

Samarbejdet foregår både internt i kommunen og med eksterne partnere, herunder psykiatrisk afdeling og frivillige organisationer. Der er samarbejdsaftaler med relevante parter i kommunen, endnu ikke med alle. Det er vigtigt, at der er en gensidig forståelse af formålet med opgaverne på tværs af

indsatsområder, og hvordan dette i fællesskab bedst nås. Samtidig er det vigtigt, at der er adgang til hinanden, at der er et telefonnummer eller en person, man kan få kontakt til. Der er ingen formelle samarbejdsaftaler med eksterne samarbejdspartnere. Men der er faste møder på en psykiatrisk afdeling en gang om måneden/ en gang hver halvanden måned med henblik på at informere patienter og personale om tilbuddet. Derudover er der faste dialogmøder med frivillige organisationer. Endelig er *Åben Fleksibel Rådgivning* er en del af et netværk omkring udsatteproblematikken sammen med Borgerservice.

Evaluering

Generelle erfaringer: Evalueringen af *Åben Fleksibel Rådgivning* i 2021 (Se bilag 6.3) viser, at borgerne er meget tilfredse med den lette adgang til hjælp, uden behov for handleplaner eller komplicerede henvisningsprocedurer. Dette lavtærskeltilbud, hvor man kan komme direkte ind fra gaden og få rådgivning, har været en stor succes, især blandt de borgere, som hurtigt har brug for enkle og fleksible løsninger. Den uformelle og individuelle tilgang skaber en tillidsfuld relation, hvor borgerne føler sig set og hørt.

7 Brugerstyret seng

Samsø Kommune

Formål

Den *Brugerstyrede seng* blev etableret for at imødekomme behovet for et lokalt og fleksibelt tilbud til borgere med psykisk sårbarhed på Samsø. Formålet var at:

- Forebygge indlæggelser: Tilbyde borgere med psykisk sårbarhed en tryk og akut tilgængelig mulighed for ophold, der kunne forebygge behovet for indlæggelse i psykiatrien.
- Skabe tryghed: Give borgere et sted, hvor de kunne finde ro og støtte i pressede situationer, f.eks. ved angst eller krise, uden at det nødvendigvis krævede en længerevarende behandling.

Indsatsen med en brugerstyret seng på Samsø er udviklet som en del af et samarbejde mellem kommunen og regionen i forlængelse af nedlæggelsen af sygehuset på Samsø. Den er forankret i Samsø Sundheds- og Akuthus (SSA), som drives i fællesskab mellem regionen og de praktiserende læger.

Indsatsen omfatter fire korttidspladser, hvoraf 20% blev dedikeret til borgere med psykisk sårbarhed. Målet er at tilbyde et trygt sted at opholde sig, som kan forebygge indlæggelser og give støtte i akutte situationer.

Den brugerstyrede seng fungerede i perioden fra 2018 til 2022 og blev afsluttet efter en evaluering af erfaringer.

Ideen til indsatsen opstod som en løsning på de udfordringer, der fulgte med nedlæggelsen af lokalsygepsykiatrien og begrænset adgang til regional psykiatrisk støtte. Inspirationen kom fra Psykiatriens Hus i Silkeborg Kommune, hvor man havde erfaring med at tilbyde fleksible og lokalt tilpassede løsninger til borgere med psykisk sårbarhed. Ideen blev udviklet i samarbejde mellem Samsø Kommune og Region Midtjylland og tilpasset til de lokale forhold på Samsø for at skabe en model, der kunne forebygge indlæggelser og give akut støtte i et udkantsområde.

Målgruppe

Målgruppen for indsatsen er borgere med psykisk sårbarhed, som oplever behov for tryghed og støtte i pressede situationer. Det kan være borgere med diagnoser som angst, depression eller skizofreni, der ikke har behov for indlæggelse, men som kan profitere af et kortvarigt ophold for at forebygge forværring af deres tilstand.

Materialer brugt i indsatsen

Ubesvaret

Indhold i indsatsen

Indsatsen *Brugerstyrede seng* var centreret om kortvarige ophold i Samsø Sundheds- og Akuthus for borgere med psykisk sårbarhed. Indholdet omfattede:

- Et trygt og fleksibelt sted, hvor borgerne kunne finde ro og støtte i pressede situationer.
- Mulighed for ophold, som borgere blev visiteret til via kommunens myndighedsafdeling, med kontrakter af en varighed på typisk seks måneder.
- Fokus på akut aflastning frem for længerevarende behandling, med adgang til sygeplejersker og praktiserende læger i huset.

Aktører og organisering

Indsatsen har været afprøvet i en fireårig periode fra 2018-2022.

Indsatsen involverede sygeplejersker og praktiserende læger i Samsø Sundheds- og Akuthus. Den ledende sygeplejerske havde psykiatrisk erfaring, hvilket var vigtigt for at understøtte målgruppen, men øvrigt personale havde begrænset psykiatrisk ekspertise. Det sundhedsfaglige personale blev valgt, fordi de allerede var tilknyttet sundhedshuset og kunne sikre en tæt lokal tilknytning og hurtig adgang til støtte.

Indsatsen var forankret i et tværsektorielt samarbejde mellem Samsø Kommune og Region Midtjylland, hvor korttidspladserne i sundhedshuset blev anvendt. Kommunens myndighedsafdeling visiterede borgere til indsatsen, og personalet i sundhedshuset varetog den daglige drift. Regionens tilstedeværelse gennem læger og sygeplejersker sikrede en grundlæggende sundhedsfaglig støtte, mens kommunen stod for den sociale indsats og koordinering.

Kommunikationen foregik primært ad hoc og var ikke formaliseret gennem faste mødestrukturer. Tværsektorielle beslutninger blev håndteret gennem dialog mellem kommunens myndighedsafdeling og sundhedshusets personale.

Borgerne blev mødt på Samsø Sundheds- og Akuthus, hvor de kunne få adgang til de brugerstyrede senge. Selve indsatsen fandt sted på sundhedshuset, men den blev suppleret af eksisterende sociale og sundhedsmæssige indsatser, som kunne foregå i borgernes hjem. Telefonisk kontakt blev brugt som en del af indsatsen, hvilket gav borgerne mulighed for at få støtte og samtale uden nødvendigvis at møde fysisk op.

I alt deltog syv borgere¹. Brugen af tilbuddet varierede afhængigt af den enkelte borgers behov. Nogle borgere benyttede sengen en enkelt gang, mens andre havde gentagne ophold. Opholdene var kortvarige og typisk af en varighed på op til 24 timer. Borgerne blev visiteret til indsatsen med en kontraktvarighed på op til seks måneder. Det gennemsnitlige antal ophold og varigheden af den samlede tilknytning varierede, men tilbuddet blev generelt brugt sporadisk af få borgere.

Evaluering

Evalueringen blev gennemført på et uformelt og ad hoc-baseret grundlag. Personalets observationer og borgernes oplevelser udgjorde de primære kilder til at vurdere indsatsen.

Der var ikke en udpeget person eller enhed med ansvar for evalueringen. Den kommunale ledelse spillede dog en central rolle i at samle erfaringer og justere indsatsen løbende.

Evalueringen bestod primært af løbende justeringer baseret på erfaringer og feedback.

Der var ikke tale om systematisk evaluering, da der var for lille et datasæt (antal borgere). Derfor har der kun været direkte borgerrettet evaluering med hver enkelt borger. Borgernes feedback blev inddraget som en del af evalueringen.

Der var ingen faste møder dedikeret til evaluering, men udfordringer og erfaringer blev diskuteret uformelt mellem personalet og ledelsen.

¹ Skønt det oprindelige inklusionskriterie er på 10 patienter/borgere, er der for særligt små kommuner gjort en undtagelse af hensyn til repræsentation.

8 Gruppebaserede forebyggende indsatser

Samsø Kommune

Formål

Samsø Kommune tilbyder en række forebyggende indsatser, der understøtter borgere med nedsat funktionsevne eller særlige sociale problemer. Indsatserne inkluderer samværs- og aktivitetstilbud.

Formålet med de forebyggende indsatser er at yde forebyggende støtte til borgere, styrke deres mentale trivsel og hjælpe dem med at mestre hverdagen for at undgå behov for mere indgribende sociale foranstaltninger.

De gruppebaserede tilbud i Samsø Kommune blev etableret i 2023 som respons på et tydeligt lokalt behov for tidlige og fællesskabsunderstøttende indsatser målrettet borgere i psykisk eller social sårbarhed. Initiativet udsprang af en vurdering af, at de eksisterende tilbud ikke i tilstrækkelig grad dækkede behovet for opsøgende og lavtærskelbaseret støtte med forebyggende sigte. Inspirationen til indsatsen blev bl.a. hentet via netværksmøder med andre kommuner, hvor forskellige modeller for tidlig indsats og gruppetilbud blev afsøgt.

Indsatsen er praksisnær og erfaringsbaseret og hviler på en tydelig lokal forankring. Link til kommunens hjemmeside med information om forebyggende indsatser: <https://www.samsøe.dk/borger/sundhed-social-og-sygdom/stoette-og-tilbud-til-samsinger/stoetteteam> Link til kommunens kvalitetsstandard for tidlige forebyggende indsatser: [Kvalitetsstandarder](#)

Målgruppe

Målgruppen for indsatsen er borgere i Samsø Kommune, der har betydelig nedsat psykisk funktionsevne eller oplever særlige sociale problemer.

Materialer brugt i indsatsen

Der er udarbejdet informationsmateriale i form af foldere om mindfulness og NADA-behandling samt oversigt over aktuelle uge- og månedsaktiviteter. (Se bilag 8.1 og bilag 8.2).

Indhold i indsatsen

Tilbuddene har til formål at styrke mental trivsel, forebygge social isolation og skabe trygge, meningsfulde fællesskaber som supplement til individuelle forløb eller overgang til ordinære fritidsaktiviteter.

De faste gruppeaktiviteter omfatter NADA-café, mindfulness og kreative værkstedsaktiviteter og er organiseret som lavtærskeltilbud uden visitation. De afvikles i faste rammer flere gange ugentligt og tilrettelægges med fokus på tryghed, forudsigelighed og deltagelse på egne præmisser.

De gruppebaserede tilbud indgår i et bredere fællesskabsorienteret arbejde, hvor kommunen samarbejder med frivilligområdet og kulturaktører om at udvikle deltagelsesfremmende miljøer. Med støtte fra Velux Fonden er projektet *Mental Trivsel på Samsø* igangsat i perioden 2023–2026. Projektet fungerer som brobygning mellem kommunale §104- og §82-tilbud og det almene foreningsliv. Der etableres blandt andet gå-grupper, læsefællesskaber og naturaktiviteter, som giver borgere mulighed for gradvist at deltage i samfundslivet i trygge rammer. En medarbejder fra Støtteteamet er frikøbt fem timer ugentligt til at understøtte denne brobygning.

Erfaringerne viser, at flere borgere gradvist udvikler mod og lyst til at indgå mere aktivt som medansvarlige for aktiviteter – eksempelvis i forbindelse med cafédrift eller kreative værksteder.

Aktiviteterne finder sted på forskellige lokationer – både i kommunens egne faciliteter som Møllebakkehuset og aktivitetscentret ved botilbuddet, og ude i naturen eller i kulturhuset. Den geografiske spredning og variation i kontekst bidrager til at normalisere deltagelsen og skabe overgange mellem støttende og almene fællesskaber.

Aktører og organisering

Indsatsen er påbegyndt i 2023. Der er tilknyttet 80 borgere til afdelingen, men ikke alle 80 deltager i gruppetilbud.

De gruppebaserede aktiviteter varetages af medarbejdere fra Samsø Kommunes Støtteteam. Medarbejderne har en pædagogisk baggrund og besidder solid erfaring med psykosocialt arbejde.

Indsatsen er forankret i Samsø Kommunes Støtteteam under Psykiatri og handicap og gennemføres i tæt samspil med frivilligområdet og lokale kulturaktører. En medarbejder er frikøbt fem timer ugentligt til at understøtte brobygningen mellem kommunale tilbud og civilsamfundsbaseede aktiviteter.

Evaluering

Ubesvaret

9 Individuelle forebyggende indsatser

Samsø Kommune

Formål

Samsø Kommune tilbyder en differentieret og lokalt forankret indsats, der omfatter både forebyggende støtteforløb efter servicelovens § 82 og længerevarende bostøtte efter § 85. Indsatserne retter sig mod borgere med psykiske lidelser, sociale udfordringer eller nedsat funktionsevne og tilpasses individuelt.

Tilbuddene inkluderer samtaleforløb, bostøtte, mindfulness, peer-støtte, NADA-behandling og åben rådgivning. Indsatsen varetages af kommunens Støtteteam og bygger på et helhedsorienteret og relationelt perspektiv med tæt lokal tilstedeværelse og stærke samarbejdsrelationer i øsamfundet.

Formålet med indsatsen er at styrke borgernes mentale trivsel, funktionsniveau og handlekompetence i hverdagen, og dermed forebygge behov for mere indgribende sociale eller sundhedsmæssige foranstaltninger. Indsatsen sigter mod at gøre borgerne i stand til at mestre dagligdagen gennem målrettet støtte, stabilt relations arbejde og gradvis udvikling af færdigheder.

Indsatsen blev etableret i 2023 med afsæt i et identificeret lokalt behov for forebyggende og opsøgende psykosocial støtte. Inspirationen kom bl.a. fra netværksmøder i andre kommuner, hvor relevante modeller blev afsøgt. I udviklingsfasen blev det vurderet, at kommunens daværende tilbud ikke dækkede målgruppens behov tilstrækkeligt, særligt i forhold til det tidlige forebyggende arbejde.

Link til kommunens hjemmeside med information om forebyggende indsatser (§82):

<https://www.samsoe.dk/borger/sundhed-social-og-sygdom/stoette-og-tilbud-til-samsinger/stoetteteam>

Link til kommunens kvalitetsstandard: [Kvalitetsstandarder](#)

Målgruppe

Målgruppen for indsatsen er borgere i Samsø Kommune med betydelig nedsat psykisk funktionsevne eller sociale problemstillinger, herunder psykisk sygdom, misbrug, hjemløshed eller langvarige livskriser.

Borgere kan henvises til indsatsen ad flere veje. Bostøtteforløb efter servicelovens § 85 forudsætter myndighedsvisitation og udarbejdelse af formelle handleplaner. I modsætning hertil kan kortvarige, forebyggende samtaleforløb og støtteinitiativer efter § 82 (A–D) igangsættes direkte af støtteteamet, som vurderer behov og tilrettelægger forløbet. Denne fleksibilitet gør det muligt at tilbyde både tidlig og målrettet støtte, afhængigt af borgerens situation.

Materialer brugt i indsatsen

Der er udarbejdet informationsmateriale i form af foldere om mindfulness og NADA-behandling samt oversigt over aktuelle uge- og månedsaktiviteter (Se bilag 8.1 og bilag 8.2). Hertil kommer interne materialer som handleplanskabeloner, kalendere, og mål ark til fagligt overblik.

Indhold i indsatsen

Indsatsen rummer både kortvarige, forebyggende samtaleforløb, åben rådgivning og længerevarende bostøtteforløb.

De forebyggende individuelle indsatser består typisk af op til fem samtaler, der tilrettelægges med fleksible intervaller afhængigt af borgerens situation og behov. Samtaleforløbet kan strække sig over alt fra få uger til maksimalt et halvt år. Efter afslutning skal der som udgangspunkt gå minimum tre måneder, før borgeren igen kan tilbydes et nyt forløb, medmindre der opstår en ny eller ændret problemstilling, som vurderes at kræve fornyet støtte.

De forebyggende tilbud finder sted en gang om måneden i Møllebakkehuset i Tranebjerg, som fungerer som samlingspunkt for støtteamets aktiviteter. Derudover arbejder medarbejderne opsøgende og kan møde borgere i nærmiljøet – f.eks. på baggrund af observationer i lokalsamfundet eller via bekymringshenvendelser fra civilsamfundet.

Bostøtteindsatsen er differentieret i både omfang og varighed og tilpasses individuelt. I gennemsnit modtager borgerne 2–3 timers støtte om ugen, men omfanget kan variere betydeligt – fra 30 minutter til op mod 20 timer – afhængigt af den konkrete livssituation og kompleksiteten i støttebehovet. Medarbejdergruppen afholder ugentlige møder, hvor alle aktive forløb vurderes med henblik på eventuelle justeringer i støtteintensitet, overgang til andre tilbud eller afslutning. For enkelte borgere med omfattende og varige behov kan der være tale om en livslang bostøtteindsats.

Der arbejdes med både overordnede indsatsmål og konkrete delmål – fx støtte til struktur i hverdagen, personlig hygiejne, økonomi eller deltagelse i sociale fællesskaber. Ud over de samtalebaserede og praktisk orienterede tilbud indgår også mindfulness, NADA-behandling samt peer-støtte. Indsatsens indhold tilrettelægges individuelt og justeres løbende i takt med borgerens behov. Der arbejdes ud fra en helhedsorienteret og relations båret tilgang, hvor praktisk støtte kombineres med følelsesmæssig tryghed og kontinuerlig kontakt for at styrke borgerens mestring, trivsel og deltagelse i hverdagslivet.

Indsatsen forudsætter omfattende faglig og kollegial støtte, hvilket afspejler arbejdets intensitet og det ansvar, medarbejderne bærer i mødet med borgere i alvorlig psykisk eller social mistrivsel. I tilfælde, hvor en borger modtager mere end tre timers støtte ugentligt, tilknyttes der systematisk to medarbejdere. Denne organisering har både et fagligt og et psykosocialt sigte: at sikre kontinuitet, fleksibilitet og høj kvalitet i indsatsen – både for borgerens skyld og for at skabe bæredygtighed i medarbejdernes opgaveløsning.

Aktører og organisering

Den forebyggende indsats er påbegyndt i 2023. Der er tilknyttet 80 borgere til afdelingen, men ikke alle er i et individuelt tilbud.

Støtteamet består af otte fastansatte medarbejdere med pædagogisk baggrund og bred erfaring indenfor psykiatri.

Indsatsen er forankret i Psykiatri og handicap.

Samsø Kommune har etableret faste og uformelle kommunikationsstrukturer, som understøtter det tværsektorielle samarbejde i det daglige. Der eksisterer en formel samarbejdsaftale med Aarhus Kommune på misbrugsområdet, hvor medarbejdere fra Rusmiddelcenter Aarhus varetager både alkohol- og stofmisbrugsbehandling og er fysisk til stede på øen én gang ugentligt. Der er desuden et veletableret samarbejde med behandlingspsykiatrien i Skejby, hvor en læge og en sygeplejerske besøger kommunen én gang månedligt med fokus på borgere diagnosticeret med skizofreni.

På lokalt plan muliggør kommunens størrelse en enkel og uformel koordinationsstruktur. Alle relevante funktioner – herunder sygeplejen, hjemmeplejen, træning, visitation og socialpsykiatri – er samlet i én forvaltning, og der er klarhed om roller og ansvarsfordeling. Det reducerer behovet for skriftlige aftaler. I praksis anvendes tværfaglige møder hver onsdag som platform for koordination og fælles faglig vurdering. Her deltager kommunale fagpersoner sammen med relevante aktører fra regionens tilbud på øen, og der drøftes konkrete borgersager, typisk efter samtykke.

Hver 14. dag afholdes personalemøder med faste borgerrunder, hvor aktuelle sager drøftes med henblik på faglig vurdering og fælles koordinering. Derudover gennemføres månedlige sparringssessioner med dybdegående case-drøftelser, hvor én til to sager analyseres i fællesskab. Ledelsen har desuden mulighed for at tilbyde individuelle samtaleforløb med ekstern psykolog, særligt i forbindelse med følelsesmæssigt belastende borgerkontakter.

Ud over de formelle strukturer prioriteres hverdagsnær sparring højt. Medarbejderne har mulighed for løbende dialog og koordinering med kolleger, og der anvendes interne beredskabslistor, som angiver, hvem der kan kontaktes ved akutte behov.

Øens geografiske og sociale nærhed medfører ofte tætte relationer mellem borgere og medarbejdere. Det stiller øgede krav til professionel refleksion, følelsesmæssig robusthed og kollegial støtte, hvilket imødekommes gennem den systematiske faglige understøttelse og det stærke fællesskab i medarbejdergruppen.

De forebyggende tilbud finder sted i Møllebakkehuset i Tranebjerg, som fungerer som samlingspunkt for støtteteamets aktiviteter. Derudover arbejder medarbejderne opsøgende og kan møde borgere i nærmiljøet – eksempelvis på baggrund af observationer i lokalsamfundet eller via bekymringshenvendelser fra civilsamfundet.

Bostøtte efter servicelovens § 85 foregår som udgangspunkt i borgerens eget hjem, men tilrettelægges fleksibelt og kan også finde sted andre steder, afhængigt af borgerens ønsker og behov.

Evaluering

Der blev gennemført en politisk orientering om indsatsen til kommunalbestyrelsen i 2024, og en mere systematisk evaluering er planlagt til efteråret. Evalueringen vil tage udgangspunkt i kommunens kvalitetsstandarder og omfatte både indhold, organisering og resultater af indsatsen.

Derudover fokuseres der på borgerrelaterede effekter, herunder i hvilken grad borgerne profiterer af støtten. Der indsamles data om omfang og varighed af de individuelle forløb, samt om borgernes videre forløb efter indsatsen. Evalueringen skal danne grundlag for en vurdering af, om indsatsen matcher målgruppens behov, og om der er behov for justeringer i tilrettelæggelse, ressourcer eller metode.

10 Åben rådgivning

Samsø Kommune

Formål

Formålet med Åben anonym rådgivning er at tilbyde lettilgængelig rådgivning til borgere, der oplever udfordringer i hverdagen, og at informere dem om deres muligheder for støtte fra det offentlige.

Samsø Kommune tilbyder åben anonym rådgivning til borgere over 18 år uden forudgående aftale.

Link til Åbne anonym rådgivning: <https://www.samsøe.dk/borger/sundhed-social-og-sygdom/stoette-og-tilbud-til-samsinger/aaben-anonym-raadgivning-i-moellebakkehuset>

Målgruppe

Målgruppen er voksen over 18 år, der oplever udfordringer i hverdagen.

Materialer brugt i indsatsen

Ubesvaret

Indhold i indsatsen

Rådgivning om mulighed for støtte fra det offentlige.

Aktører og organisering

Åben anonym rådgivning varetages af en socialrådgiver og en socialpædagog fra Støtteteamet.

Rådgivningen finder sted i Møllebakkehuset i Tranebjerg.

Evaluering

Ubesvaret

11 Ambulante Døgnpladser

Psykiatriens Hus Aarhus

Formål

Et regionalt og kommunalt fælles tilbud om overnatning på dertil indrettet plads i Psykiatriens Hus for Patienter og borgere med psykisk mistrivsel.

Formålet med indsatsen er at understøtte borgerens recovery og/eller anden psykiatrisk behandling ved at tilbyde et fleksibelt overnatningstilbud. De ambulante døgnpladser har til hensigt at forebygge forværring af sygdom eller sociale forhold. Indsatsen skal bidrage til at stabilisere borgerens tilstand, forebygge indlæggelser, sikre en glidende overgang mellem behandling og eget hjem samt understøtte en samlet recovery-proces.

Indsatsen blev etableret som led i visionen om at skabe et integreret tilbud i samarbejde mellem Region Midtjylland og Aarhus Kommune. Den bygger på en solid erfaring med både recovery-orienteret tilgang og tværsektorielt samarbejde. Inspirationen til brugerstyrede kontrakter og de tilknyttede ambulante døgnpladser stammer blandt andet fra projektet *Brugerstyrede indlæggelser*, som Region Midtjylland havde gode erfaringer med. Derudover trak indsatsen på viden og praksis fra behandlingspsykiatrien, herunder de åbne sengeafsnit på AUH Risskov, hvor et kombineret sengeafsnit og et akutteam tilbød korte, ambulante forløb.

Målgruppe

Borgere i Aarhus Kommune fra 18 år og op. Ikke diagnosespecifikt. Borgerne/patienter skal kunne afstå fra suicidal adfærd, selvskade, aktivt misbrug af rusmidler og trusler/udadreagerende adfærd og selv kunne henvende sig ved behov for hjælp og støtte. De skal kunne varetage egen medicinsk behandling, ernæring og kunne rydde op efter sig ved afslutning. Herudover at kunne give besked ved gøremål uden for Psykiatriens Hus.

Afklaring om pågældende patient er i målgruppen sker via det tilknyttede hjemmebehandlingsteam. Der afholdes indledningsvist en afklarende samtale, hvori det afstemmes om en ambulante døgnplads ville være hensigtsmæssig. I nogle tilfælde er dette ikke muligt at afklare på en enkelt samtale, hvorfor der er behov for at se patienten nogle gange før det kan fastlægges om vedkommende er i målgruppe og kan indgå i beskrevne rammer for de ambulante døgnpladser

For de Regionale pladser:

- I samarbejde med psykiatrisk behandler kan der laves aftale om, at patienten får en Ambulant døgn hvis det giver mening for behandlingen, og hvis det kan være med til at støtte patienten i den videre proces.

For de kommunale pladser:

Målgruppen for pladserne er voksne bosiddende i Aarhus Kommune, der favnes af nedenstående:

- Borgere, der er visiteret til bostøtte, bofællesskab eller boform uden døgndækning, og som er for pressede (indefra eller fra medbeboere) til at opholde sig i egen bolig.
- Borgere, der udskrives efter langvarigt ophold i boform eller bofællesskab og vurderes til at have gavn af et sikkerhedsnet i en overgangsperiode.
- Borgere, der udskrives efter langvarig indlæggelse i Psykiatrien i Skejby og vurderes til at have gavn af et sikkerhedsnet i en tidsafgrænset periode.
- Borgere, der er behandlet somatisk efter selvskade, og som har brug for koordinering og eventuel overnatning. Målgruppen omfatter borgere, der i forvejen er visiteret til social støtte efter Servicelovens §§ 85, 107 og 108.
- Borgere, der er i forløb i Åben Fleksibel Rådgivning kan som led i forløbet tilbydes en brugerstyret kontakt på ophold i døgnpladserne.

- To af de kommunale døgnpladser i Psykiatriens Hus kan benyttes af færdigbehandlede borgere ved Psykiatrien i Skejby, som venter på en bolig, en plads i et bofællesskab eller plads på et botilbud.

Eksklusionskriterier: Patienter/Borgere, der er selvmordstruede, udadreagerende, eller under påvirkning af misbrug. Borgere, der er tilknyttet Voksenhandicap, er ikke omfattet af målgruppen for de kommunale døgnpladser.

Materialer brugt i indsatsen

Der er udformet pjecer om de ambulante døgnpladser og den tilbudte peer-støtte.

Der er udformet eksempler på modeller for borgerrejser, der beskriver patienter/borgeres rejser gennem indsatsen.

Der er udarbejdet en brugerstyret kontrakt skabelon, som alle borgere skal udfylde i forbindelse med oprettelse af en brugerstyret kontrakt til de ambulante døgnpladser. Derudover informationspjece om de ambulante døgnpladser.

Indhold i indsatsen

Indsatsen består af otte regionale ambulante døgnpladser der køres parallelt med otte kommunale døgnpladser. Døgnpladserne kan benyttes ifm. hjemmebehandlingsforløb eller via en 'Brugerstyret kontrakt'.

Indledningsvist, blev der tilbudt 5 dages overnatninger i de regionale pladser og 1 døgn i de kommunale pladser. Dette er efterfølgende tilpasset så indsatsen nu tilbyder 3 overnatninger for begge typer pladser. Indholdet i indsatsen kan inkludere:

- Støtte, omsorg og rådgivning.
- Socialt samvær.
- Diverse aktiviteter i form af fx kreative aktiviteter, gåture, fysisk træning og mindfulness.
- Støtte til kontakt til pårørende, netværk, naboer eller andre.
- Åben Dialog netværksmøder.
- Samarbejde og rådgivning med samarbejdspartnere i huset.
- Koordination eller opfølgning ved behov, fx at skabe kontakt til bostøtte, botilbud, uddannelsessted, behandler eller arbejdsplads.
- Støtte til at genoprette daglige rutiner.
- Peer-støtte, som er samtaler med peer-medarbejdere, der har egne erfaringer med psykisk sårbarhed og recovery

En døgnplads består af et værelse med eget bad og toilet og med adgang til køkken og fællesrum. Patienten/borgeren får et let morgenmåltid men skal selv sørge for de resterende måltider. Patienter/borgere skal selv kunne varetage egen medicinadministration efter gældende ordinationer. Dette betyder at de selv har ansvar for at medbringe, opbevare og indtage medicin.

Indsatsen gør brug af peer-medarbejdere Disse medarbejdere bidrager med egne erfaringer for at støtte borgernes recovery proces.

Inden opstart i 2019 var alle medarbejdere og ledere på intro i en måned hvor bl.a. Åben dialog-tilgangen blev præsenteret. Det har lagt grobund for en fleksibel og personcentreret tilgang på tværs af sektorer og faggrupper.

Supervision og uddannelse i Åben Dialog-metoden blev implementeret som støtte til medarbejderne.

Aktører og organisering

Regionale aktører: Sygeplejersker, peer-medarbejdere, ergoterapeuter, social- og sundhedsassistent (med mulighed for at inddrage overlæge, fysioterapeut, socialrådgiver, specialpsykolog, musikerterapeut)
Kommunale aktører: Socialpædagoger, ergoterapeuter, fysioterapeuter, peer-medarbejdere

Indsatsen er tværsektoriel mellem Region Midtjylland og Aarhus Kommune. Indsatsen er forankret i Psykiatriens Hus i Aarhus.

I indsatsen er kommunikationen sikret via mødestruktur, fælles undervisning, temadage og brug af Åben Dialog som metode for at skabe et fælles sprog og kultur. I opbygningsfasen var der behov for hyppigere fælles møder (fælles p-møder, tværsektorielle møder, arbejdsgruppe møder på tværs, tværsektorielle tavlemøder/forbedringsmodel tavlemøder).

Da kommunale og regionale medarbejdere desuden sidder fælles side om side i Psykiatriens hus, oplever man en stor grad af mulighed for løbende ad Hoc tværsektoriel og tværfaglig sparring. Dette forudsætter naturligvis at samtykke er indhentet så GDPR overholdes.

I forbindelse med afprøvningen som satspuljeprosjekt var der etableret strukturer som styregruppe, fælles ledermøder, både på chef, -og afdelingsleder niveau. Desuden blev der etableret brugerråd, samarbejdsaftaler mellem region og kommune, samt implementering af Åben Dialog-netværksmøder og fælles supervision.

Nedenstående tabeller viser, hvor mange, hvornår og hvor meget.

Anvendelsen af de kommunale overnatningspladser:

Tabel 14: Kommunale overnatningspladser/ophold				
	2019	2020	2021	1. Kvartal 2022
Antal ophold	259	863	1026	229
Antal cpr. der har brugt pladserne	41	84	107	60

Antallet af overnatninger fordelt på aldersgruppe og køn

Tabel 15	2019		2020		2021		2022	
	kvinde	mand	kvinde	mand	kvinde	mand	kvinde	mand
Under 20	3	-	3	-	1	-	12	-
20 - 29	83	21	127	22	348	13	197	106
30 - 39	60	99	237	220	252	164	231	85
40 - 49	76	2	261	65	449	102	297	103
50 - 59	33	-	217	9	242	48	103	4
60 - 69	-	5	2	10	15	57	31	-
70+	-	-	-	1	5	5	8	5

Anvendelsen af de regionale overnatningspladser:

Tabel 18: Regionale overnatningspladser				
	2019	2020	2021	Til 31. marts 2022
Antal ophold	486	892	949	268
Antal cpr. der har brugt pladserne	84	150	164	93
Gennemsnitlig ophold pr. borgere	5,8	5,9	5,8	2,9
Gennemsnitlig længde af ophold	2,7	2,2	2,0	2,1

Tabel 19: Andel af ophold ift. længden af opholdet.				
Længde på ophold	2019	2020	2021	Til 31. marts 2022
0 – 1 døgn	27,0%	38,5%	37,3%	32,1%
2 døgn	22,0%	24,7%	29,3%	29,9%
3 døgn	21,4%	18,4%	30,9%	37,3%
4 døgn	14,0%	11,3%	2,0%	0,4%
5 døgn +	15,6%	7,2%	0,5%	0,0%

Hypigheden varierede fra enkelte ophold til få med over 100 overnatninger pr. borger pr. år.

Indsatsen startede i februar 2019 og er stadig aktiv d.d.

Evaluering

Evaluering blev planlagt som en kombination af kvalitative interviews med borgere, pårørende og medarbejdere samt kvantitative data for at vurdere effekt og anvendelse. Kombination af interviews, spørgeskemaer og analyser af aktivitetsdata blev brugt til evaluering. Styregruppen for Psykiatriens Hus i Aarhus var ansvarlige for evalueringen (Se bilag 11.1). Der afholdtes løbende møder mellem styregruppen, konsulenter i psykiaristaben og kommunale konsulenter. Dette med fokus på at afstemme evalueringen.

12 FUT

Psykiatriens Hus Aarhus

Formål

Fælles udrykningsteam (FUT) er et samarbejde mellem psykiatrien i Region Midtjylland og Østjyllands Politi. Indsatsen indebærer en akut psykiatrisk vurdering baseret på en deeskalerende tilgang. Denne indbefatter, bedre tid til den enkelte opgave, civil fremtoning og et tværprofessionelt samarbejde mellem politi og psykiatri.

Formålet med indsatsen er at understøtte politiets håndtering af personer med psykisk lidelse i både akutte og ikke akutte situationer og at hjælpe disse personer videre til den mest relevante og hjælpsomme instans i den konkrete situation. Et andet formål drejer sig om at reducere konfliktniveau og behov for magtanvendelse og potentielt mindske brug af tvangsindlæggelse. Indsatsen søger at opnå dette gennem en fleksibel og helhedsorienteret tilgang til borgerne baseret på et tværsektorielt samarbejde. Dette muliggør en mere kvalificeret visitation til sundhedsvæsenet, herunder psykiatrien. Det søges desuden løst ved inddragelse af og vidensdeling med samarbejdspartnere i såvel primær som sekundær sektor. Et væsentligt formål med FUT er derudover at skabe et mere sammenhængende forløb med smidigere adgang til sundhedsvæsenet.

Ideen er inspireret af lignende initiativer fra USA, England og Australien. Det er en kombination af teoretisk inspiration fra eksisterende modeller som Co-response-modellen og praktisk erfaring fra de involverede sektorer i Danmark.

Målgruppe

Indsatsens målgruppe er borgere med behov for politimæssig indsats og samtidig mistanke eller viden om psykisk lidelse. For at inkluderes i FUT målgruppe, skal der foreligge en anmeldelse enten internt fra politiet i f.eks. vagtcentralen eller eksternt i form af sygehusbehandlere, pårørende, naboer eller lign. Borgerne skal opholde sig i Østjyllands Politikreds, men ikke nødvendigvis have bopæl der.

Eksempler på inklusion i indsatsen kan være bekymringshenvendelse fra pårørende eller samarbejdspartnere ift. suicidal risiko eller skred i psykisk sygdom. Det kan også være ved vurderet behov for en deeskalerende tilgang ved f.eks. transport i form af vilkårsovertrædelser (indlæggelse i henhold til dom) eller tvangsindlæggelser. Desuden kan det være internt i politiet, hvor borger henvender sig i f.eks. ekspeditionsafdelingen eller hyppigt ringer 112/114. I praksis betyder at alle borgere kan melde en bekymring til politiets vagtcentral af både akut og ikke-akut karakter ift. borgere med psykisk lidelse eller mistanke herom.

Materialer brugt i indsatsen

Indsatsen blev igangsat med et mål om at styrke samarbejdet mellem forskellige faggrupper og sikre en mere integreret og helhedsorienteret tilgang til politiets opgaveløsning omkring personer med psykisk sygdom. For at understøtte dette samarbejde og fremme en tværfaglig forståelse blev der udviklet temadage og seminarer.

Der blev afholdt en kick off dag ved begyndelsen af satspuljeprojektet og en temadag undervejs. Efter endt projektperiode er der blevet afholdt en halv temadag.

Ved opstart af indsatsen som nationalt satspuljeprojekt blev der udarbejdet et rammedokument der beskrev overordnet bemanning, kompetenceprofiler og retningslinjer for indsatsen.

Indhold i indsatsen

Sygeplejerskerne er ansat i Psykiatriens Hus Aarhus. Når de har FUT-vagt, møder de ind på Aarhus Politigård, hvor de bistår i visitation og forberedelse af konkrete sager og planlagt opsøgende arbejde. De har juridisk hjemmel til at tilgå de konkrete patienters patientjournal, hvilket kvalificerer både visitation, handlemuligheder og sikkerhedsmæssige aspekter. Deres rolle i indsatsen spænder fra akutte interventioner til forebyggende og opsøgende indsatser.

Indsatsen er udkørende og indbefatter således at sygeplejersker følger politiet ud i fælles bil til relevante borgere hvor der skønnes et behov for en sundhedsfaglig vurdering og støtte. Sygeplejerskerne bidrager her til en mere rolig og professionel overgang fra borgerens hjem eller offentlige rum til psykiatrien. Til forskel fra FUT-indsatser afprøvet andre steder i Danmark køres der i civil bil. Dette er for at undgå at skabe unødigt opmærksomhed blandt borger. Betjentes påklædning er også så civil som muligt, hvilket har vist sig også at have væsentlig deeskalerende effekt. Betjente bærer dog føringsmidler og radioudstyr.

Indsatsen er individuelt tilpasset den enkelte borger og bygger blandt andet på samarbejde med bosteder, egen læge eller kommunale tilbud med øje for at indlæggelse ikke nødvendigvis er den bedste eller eneste løsning. Således mindskes risikoen for at efterlade borgeren i et støtte- og behandlingsmæssigt tomrum.

Politiets fokus på sikkerhed kombineret med sygeplejerskernes viden om psykisk sygdom og behandling etableres gode forudsætninger for at møde borgeren med overblik, empati og ro, hvorved det ofte lykkes at nedbringe borgerens arousal og behovet for magtanvendelse. Indsatsen fungerer således som støttefunktion i forbindelse med en psykiatrisk indlæggelse, ambulans behandling eller kontakt til sociale myndigheder.

Indsatsen var oprindeligt et satspuljeprojekt og var i projektperioden skemalagt til at køre 5 dage om ugen. Efter endt projektperiode og overgang til drift, køres der nu 3 dage om ugen.

Aktører og organisering

Projektet startede i august 2019 og sluttede som pilotprojekt i juni 2021. Det er senere videreført som egentligt driftsprojekt og kører fortsat i 2025 for Regional midler. I perioden fra august 2019 til juni 2021 havde FUT-patruljen i Østjylland 1062 sager fordelt på 434 vagter.

Politibetjente og psykiatrisygeplejersker var kernepersonale. De blev valgt på grund af deres kombination af kompetencer til at håndtere sikkerhed og sundhed i akutte situationer. Der har i rekrutteringshenseende været et særskilt fokus på at sikre at sygeplejerskerne havde en væsentlig erfaring med psykiatri.

Udover grundpersonalet i indsatsen trækkes der, efter behov, på samarbejdsrelationer i både Regionspsykiatri i forhold til relevante samarbejdspartnere i kommuner.

Indsatsen var i perioden som satspuljeprojekt organiseret omkring Østjyllands Politi og Region Midtjylland i samarbejde med Rigspolitiet. Der var i projektperioden nedsat en fælles styregruppe og lokale projektgrupper med fokus på at udmønte indsatsen i praksis. Derudover arrangeres der løbende møder med relevante samarbejdspartnere (eks. Holmstrupgaard).

Patienterne blev mødt i deres hjem, på offentlige steder og i nogle tilfælde på institutioner eller bosteder. Indimellem også på psykiatriske sengeafsnit til akutte afgrænsede problemstillinger f.eks. ifm. Tvangsmedicinering.

I projektperioden foregik kommunikation foregik gennem styre- og følgegruppemøder samt lokale arbejdsgrupper. Møderne fokuserede på videndeling og koordinering af opgaver. Efter endt projektperiode og ved overgang til almindelig drift er det koordinerende arbejde mellem Sygeplejerskerne i Psykiatriens hus og Politiet overgået til et mere ad hoc format, hvor relevante spørgsmål mm. rejses efter behov.

I sin periode som Satspuljeprojekt var der etableret en styregruppe, arbejdsgrupper og lokale projektgrupper til at koordinere indsatsen. I dette arbejde indgik desuden netværksmøder med relevante samarbejdspartnere.

Efter endt projektperiode er indsatsen nu primært forankret i Østjyllands Politi hvor vagtcentralen, disponerer over patruljen og sygeplejerskerne møder ind på Aarhus Politigård. Den sundhedsfaglige indsats i FUT-samarbejdet er til gengæld primært forankret i Psykiatriens Hus hvor alle sygeplejerskerne er ansat.

Evaluering

Som satspuljeprojekt er evaluering af indsatsen udført som en trianguleret metode, der inkluderede statistik, interviews og observationer. Evalueringen skulle undersøge resultaterne af indsatsen og bidrage til videre udvikling. (Se bilag 11.1).

Projektgruppen I Rigspolitiet for satspuljeprojektet havde ansvaret for evalueringen og anvendte en blandet tilgang med dataintegration for at styrke resultaterne. En metoderapport blev udarbejdet for at dokumentere processen.

Evalueringen fulgte de planlagte designs, herunder brug af data fra POLSAS, interviews med personale og borgere samt observationer. Covid-19 påvirkede dog omfanget af observationer. Covid-19 resulterede bl.a. i telefoninterviews i stedet for personlige møder.

Styregruppen og følgegruppen mødtes løbende for at diskutere fremdrift og evalueringens resultater. Relevante aktører fra politi, psykiatri og samarbejdspartnere blev interviewet og bidrog med input.

Evalueringen blev opfattet som grundig og gav indsigt i indsatsens effekt, men begrænsninger som Covid-19 påvirkede mulighederne for observation.

13 Hjemmebehandling

Psykiatriens Hus Aarhus

Formål

Formålet med indsatsen er, via hjemmebehandlingsforløb, at behandle og støtte patienter med en intensiv indsats i en afgrænset periode på 4-6 uger. Dette med henblik på at imødekomme

- Patienter, med behov for stabilisering af deres tilstand
- Patienter, hvor man med hjemmebehandling kan forebygge indlæggelse
- Patienter, hvor man med hjemmebehandling kan udgøre et alternativ til indlæggelse
- Patienter, hvor hjemmebehandling understøtter en tidligere udskrivning, og/eller kan understøtte en bedre udskrivelse
- Patienter med behov for opfølgning på iværksat medicinsk behandling
- Patienter med mangelfuld søvnhygiejne, søvnløshed, døgnrytme problemer eller hypersomni

Indsatsen er baseret på tidligere erfaringer med udkørende funktioner i Region Midtjylland. Eksempelvis har man i forvejen haft udkørende funktioner i Silkeborg og Holstebro. Derudover har man også lokalt i Aarhus haft tidligere erfaringer fra AUH Risskov som også tidligere har haft en mobilteams indsats.

Målgruppe

Patienter i Aarhus Kommune fra 18 år, der er henvist fra Psykiatrien i Skejby eller internt henvist fra PH. Ikke diagnosespecifikt. Forløbet er målrettet patienter, hvor der er behov for en intensiveret behandlingsindsats. Henvisning kan ske fra Akut Psykiatri, en ambulans klinik eller et sengeafsnit på Aarhus Universitetshospital, Skejby. Hjemmebehandlingsforløb er for alle typer af psykiatriske sygdomme. Borgeren skal selv være indstillet på at ville tage imod besøg/samtaler.

Eksklusionskriterier:

Borgere uden for Aarhus Kommune kan som udgangspunkt ikke deltage i indsatsen (der kan dog gøres undtagelser i særlige tilfælde).

Borgere som er udadreagerende eller er vurderet i høj risiko herfor, besøges ikke af sikkerhedsmæssige årsager.

Borgere, hvor der er vurderet behov for ren socialfaglig støtte indsats og hvor der ikke er en regionspsykiatrisk behandlingsopgave, er som udgangspunkt heller ikke i målgruppe.

Materialer brugt i indsatsen

Der blev udformet en E-dok retningslinje for indsatsen der beskriver procedurer for henvisninger, indhold mm.

Der er udformet eksempler på borgerejser som viser udformningen og indholdet af indsatsen for borgere/patienter.

Hjemmebehandlingsteamet er beskrevet på en dertilhørende hjemmeside.

Der er desuden udformet en pjece vedrørende hjemmebehandling der specificerer peer-medarbejdernes funktion for patienter og pårørende.

Indhold i indsatsen

Indsatsen opstartede i februar 2019 og kører fortsat som et fast tilbud.

Der er mulighed for samtaler i hjemmet eller i Psykiatriens Hus. Ved opstart af behandlingen bliver patienten spurgt om de ønsker samtalen i eget hjem eller i Psykiatriens Hus. Ca. 50% vælger, at samtalen er derhjemme. Teamet arbejder personcentreret, netværksinddragende og tværfagligt. Den henvistes ønsker til forløbet, er udgangspunkt for samarbejdet.

Indholdet i indsatsen:

- Tilknytning af en til to behandlere, der sammen med borgeren opstiller mål for behandlingen.
- Afdækning af behov for Åben Dialog
- Opfølgning på psykiatrisk behandling, herunder medicinopfølgning, mestringsstrategier, søvn og sikkerhedsplaner ved presserende tanker om selvmord eller selvskade.
- Samtaler om fremme af psykisk sundhed, recovery og forebyggelse af mistroivsel med udgangspunkt i hverdagslivet.
- Vurdering af behandling, herunder medicinsk effekt og eventuelle bivirkninger
- Arbejde med tilbagefaldsforebyggelse.
- Muligheder for pårørendedeltagelse, netværksmøder, familiesamtaler med børn, øre-akupunktur, peer-støtte, overnatningspladser og aktiviteter i Psykiatriens Hus.

Indsatsen tilbyder involvering af peer-medarbejdere i hjemmebehandlingen i overensstemmelse med patienternes behov. Peer-medarbejdernes peerstøtte er baseret på egne erfaringer med psykisk sårbarhed og recovery, som gennem uddannelse og refleksion er blevet til erfaringskompetence, de anvender i deres arbejde.

Inden opstart i 2019 var alle medarbejdere og ledere på intro i en måned hvor bl.a. Åben dialog-tilgangen blev præsenteret. Det har lagt grobund for en fleksibel og personcentreret tilgang på tværs af sektorer og faggrupper. Desuden undervisning og kompetenceudvikling i øvrigt, både inden opstart og løbende; ift. varetagelse af selvstændige ambulante forløb, diagnose specifikt kompetenceudvikling, kendskab til sociale støtte muligheder m.v. Alle ansatte får løbende tilbudt supervision. Derudover har der været sparringsforum i forhold til åben dialog.

Aktører og organisering

Indsatsen trækker på følgende fagprofessionelle

- Sygeplejersker
- Ergoterapeuter
- Specialpsykologer
- Social- og sundhedsassistent
- Peer-medarbejdere
- Fysioterapeut
- Musikterapeut
- Socialrådgiver
- Lægeseekretær
- Overlæge i psykiatri

Indsatsens tværfaglige team er regionalt forankret under Afdeling for Depression og Angst, AUH Psykiatri. Det er hjemmehørende i det fælles regional-kommunale Psykiatriens Hus. Der samarbejdes med psykiatriske klinikker, enheder og sengeafsnit på Aarhus Universitetshospital, Skejby (både Afdeling for Psykoser og Afdeling for Angst og Depression), samt med kommunale sparringspartnere og fra andre sektorer udenfor psykiatrien.

Ved behov og med samtykke kan man udveksle oplysninger mellem regionale og kommunale medarbejdere da begge er positioneret i samme hus. Til det formål har man etableret tværsektorielle samarbejds møder 1-2 gange månedligt, men det kan også foregå ad hoc i dagstiden.

Hjemmebehandlerteamet får typisk mellem 40 og 50 henvisninger hver måned. Fra start 2019 til april 2022 havde godt 1300 borgere haft et hjemmebehandlingsforløb.

Tabel 20: Antal borgere i behandling i hjemmebehandlerteamet pr. år				
	2019	2020	2021	Til 30. april 2022
Antal unikke cpr.	271	377	446	226
Antal kontakter	2445	3412	3732	1141
Antal kontakter pr. unik cpr	9,0	9,1	8,4	Kan ikke sammenlignes med de øvrige tal

Som det fremgår af tabel 20 har godt 1300 borgere haft et hjemmebehandlingsforløb. Der er borgere, som har haft mere end et forløb i hjemmebehandlingsteamet. Der er 475 borgere, som har eller har haft en regional brugerstyret kontrakt i perioden. Det betyder, at der er en stor gruppe af borgere, som ikke haft brug for overnatningspladserne, men alene har fået hjælp af hjemmebehandlingsteamet eller benyttet sig af andre tilbud i huset.

En patient ses typisk 1 x ugentligt (kan også ses hyppigere ved behov). De er typisk tilknyttet i 4-6 uger.

Evaluering

Evaluering blev planlagt som en kombination af kvalitative interviews med borgere og kvantitative data for at vurdere effekt og anvendelse. Kombination af interviews, spørgeskemaer og analyser af aktivitetsdata blev brugt til evaluering. Styregruppen for Psykiatriens Hus i Aarhus var ansvarlige for evalueringen. Der afholdtes løbende møder mellem styregruppen, konsulenter i psykiatristaben og kommunale konsulenter. Dette med fokus på at afstemme evalueringen. (Se bilag 11.1).

14 Liv uden tvang

Regionspsykiatrien Aarhus

Formål

Indsatsen var et delprojekt, som er gennemført som del af et nationalt projekt med fokus på fælles tværsektorielle teams med henblik på nedbringelse af tvang.

Indsatsen var et samarbejdsprojekt mellem Region Midtjylland, AUH Psykiatri, Afdelingen for Depression og Angst og kommunerne Aarhus og Favrskov. Indsatsen omfattede "tværsektorielle teams til nedbringelse af tvang" og involverer en model, hvor forskellige sundheds- og socialfaglige indsatsere mere helhedsorienteret koordineres med henblik på at nedbringe antallet af tvangsindlæggelser for borgere med psykiske lidelser. Gennem indsatsen sigtedes mod at skabe et netværk omkring borgerne der også forbedrede deres trivsel og livskvalitet, forbedrede deres mestring af hverdagslivet, øgede patientinddragelse og derigennem stimulerede til mere frivillige former for indlæggelser i tråd med patienternes behov.

Derudover byggede indsatsen på et længere erfaringskendskab med patientgruppen, og en opmærksomhed på at tvang i forbindelse med psykiatrisk indlæggelse ikke kun vedrører den specialiserede regionale psykiatri, men i større grad er knyttet til borgerens bredere livssituation hvoraf en stor del netop leves udenfor hospitalspsykiatrien. Heraf opstod fokus på at samle de kræfter både i hospitalet, men også udenfor hospitalet tættere på borgeren og hvor mange allerede havde flere væsentlige kontaktflader der sammen ville kunne arbejde med at forebygge tvangsindlæggelser.

Målgruppe

Målgruppen for projektet var borgere over 18 år bosat i Aarhus eller Favrskov Kommune, der har haft mindst én tidligere tvangsindlæggelse relateret til affektive lidelser (I Favrskov kommune inkluderedes desuden patienter med psykoser).

Det var i udgangspunkt regionspsykiatrien, som henviser patienterne til projektet. Men kommunerne kunne også henvise, hvis de havde en borger, der kunne profitere af projektet og i øvrigt er i målgruppen.

Materialer brugt i indsatsen

Indsatsen tog afsæt i en overordnet projektformulering, som blev udarbejdet med henblik på at kvalificere og dokumentere behovet for indsatsen. Denne projektformulering udgjorde grundlaget for en ansøgning om midler til opstart af et pilotprojekt. Efter bevillingen og i forbindelse med den konkrete opstart af indsatsen, blev projektformuleringen omsat til en mere praksisnær og operationel designbeskrivelse. Denne designbeskrivelse havde til formål at oversætte de overordnede målsætninger til konkrete handlinger og samarbejdsstrukturer. (Se bilag 14.1).

Dette handlede ikke alene om at udforme detaljerede procedurer, men også om at få fastlagt, hvilke opgaver der skulle håndteres, og hvilke beslutninger der skulle træffes. Det omfattede blandt andet afklaring af:

- Hvad er det overordnede formål med indsatsen, og hvordan man formidler det tydeligt til medarbejderne?
- Hvordan sikrer man en fælles forståelse for rekruttering af deltagere – hvem gør hvad, og hvornår?
- Hvilke samarbejdspartnere skal involveres, og hvordan koordinerer man indsatsen med dem?
- Hvilke typer indsatser skal teamet kunne tilbyde?

- Hvordan håndterer vi konkrete problemstillinger, der kan opstå i borgerforløbene, og hvem tager ansvar for hvad i de situationer?

Denne indledende afklaring af arbejdsgange var afgørende for at sikre retning, tydelighed og sammenhæng i det tværsektorielle samarbejde. Derudover indeholdt den en tydelig operationalisering af målene i forhold til den definerede målgruppe. Designbeskrivelsen dannede således det fælles afsæt for implementeringen og samarbejdet på tværs af sektorerne.

Der blev indledningsvist lavet en folder der informerede om indsatsen til brug i forbindelse med at gøre indsatsen kendt på sengeafdelingerne hvor rekrutteringen af patienter foregik. Erfaringer fra projektgruppen var dog at disse i mindre grad blev læst, og at det blev oplevet at disse ofte forsvandt i en stor informationsstrøm.

Indhold i indsatsen

Indsatsens indhold byggede på etableringen af særlige tværsektorielle teams. Alle patienter tilbydes et fast team-makkerpar med én repræsentant fra regionen og én repræsentant fra patientens hjemkommune som fællesskab var ansvarlige for afdækning, udmøntning og gennemførelse af den enkelte patients forløb og/eller koordinering af allerede eksisterende forløb.

Indsatsen bestod af:

1. Koordinerende indsats

Med afsæt i Åben Dialog-metoden blev der etableret netværksmøder i samarbejde mellem borger og projektteam. Formålet var at afdække behov og samle relevante netværkspersoner for at udarbejde en fælles plan, der kunne koordinere indsatsen på tværs af sektorer. Omfanget af møderne blev tilpasset borgerens behov, og fokus var på inddragelse, helhed og koordinering.

2. Konkrete indsatser

Teamet kunne midlertidigt supplere eksisterende indsatser eller afprøve nye tiltag, hvis der opstod særlige behov i borgerens forløb.

3. Rådgivning, undervisning og supervision

Medarbejdere i både kommune og region blev tilbudt rådgivning og supervision for at skabe en fælles forståelse og sikre sammenhæng i indsatsen – uanset om borgeren var indlagt, boede på bosted eller i eget hjem.

Teamets medarbejdere skulle desuden efter behov kunne basere indsatserne på en række evidensbaserede metoder, som kan bringes i anvendelse afhængig af den enkelte borgers eller medarbejdergruppens behov, f.eks.: Åben Dialog, Psykoedukation, Supervision, Medicinpædagogik, Low arousal, Kædeanalyse, Træning af færdigheder (fx DAT), Brugerstyrede indsatser mv.

Liv uden Tvang-teamet fungerede primært som et udgående team og mødte borgerne dér, hvor de befandt sig. Tid og fleksibilitet blev vurderet som afgørende forudsætninger for, at en patienttilpasset og ud kørende indsats kunne fungere i praksis. Det krævede, at teamet havde mulighed for at tilpasse både tempo og tilstedeværelse efter den enkelte borgers behov og situation – frem for at arbejde efter meget faste tidsrammer eller strengt standardiserede ydelser.

Støttefunktion: I Liv uden Tvang modtog de ansatte fast ugentlig supervision og sparring, hvilket blev betragtet som en vigtig støttefunktion. Disse møder gav mulighed for at drøfte enkeltsager og dele faglige udfordringer. Supervision blev udført af en regionalt ansat specialpsykolog. Denne gav supervision på både indhold og konkrete patientforløb.

Aktører og organisering

Projektet blev gennemført over en periode på 2½ år. I alt deltog 28 borgere i projektet.

Det var det enkelte borgerforløb, der afgjorde, hvilke samarbejdspartnere der, udover det faste regionale og kommunale makkerpar, skulle inddrages i indsatsen, herunder hvem der konkret indgik i borgerens team. Samarbejdspartnerne bestod af de fagpersoner, som havde – eller skulle have – en funktion i det specifikke forløb. Det kunne eksempelvis være den almenpraktiserende læge, jobcenterkonsulent, mentor, misbrugsbehandler, behandlingsansvarlig læge eller kontaktperson under indlæggelse. Derudover kunne pårørende eller frivillige også spille en central rolle, hvis de havde betydning for borgerens situation og forløb. Identifikationen af relevante samarbejdspartner skete tidligt i forløbet i tæt dialog mellem borgeren og medarbejderne i projektteamet.

Det faste team i projektet bestod af: Sygeplejersker, Fysioterapeuter, Ergoterapeuter, Psykologer, Pædagoger, Socialrådgiver med borgererfaring, men ikke ansat som peer.

Disse var ansatte i enten Kommunerne (Favrskov og Aarhus) eller i Region Midtjylland

Projektet involverede desuden sengeafsnit og ambulatorier ved AUH Psykiatrien og Randers, kommunale botilbud, bostøtte og forsorgshjem. Den primære rekruttering skete fra den regionale psykiatri i Region Midtjylland (Sengeafsnit og ambulatorier).

Organiseringen i Liv uden Tvang fulgte en model med en fast, samlokaliseret enhed, hvor både regionale og kommunale medarbejdere fastholdt deres ansættelsesforhold i deres oprindelige sektor. Ledelsen var tværsektoriel med fælles projektledelse, hvilket sikrede kontinuitet og integration mellem sektorerne.

De tværsektorielle teams bestod af

- Regional faglig projektleder, ADA, AUH Psykiatri
- Tværkommunal projektleder, CfB, Aarhus Kommune
- Regional sundhedsfaglig medarbejder, (sygeplejerske) ADA, AUH Psykiatri
- Specialpsykolog i psykiatri, ADA, AUH Psykiatri
- Socialfaglig medarbejder, Favrskov Kommune (ergoterapeut)
- 4 x Socialfaglige medarbejdere, Aarhus Kommune (socialrådgivere, pædagog, sygeplejerske)
- 2 x Peermedarbejder, ADA, AUH Psykiatri

For at styrke det tværsektorielle samarbejde afholdt teamet faste ugentlige møder, hvor der blev fulgt op på konkrete borgersager, udvekslet viden og erfaringer, samt givet mulighed for både supervision og ad hoc-sparring mellem medarbejderne.

Der blev etableret organisatoriske strukturer, herunder faste møder og en tværsektoriel ledelsesstruktur, som skabte en ramme for kontinuerlig koordinering og kommunikation på tværs af region og kommuner. De faste møder fungerede som et centralt forum, hvor enkeltsager blev drøftet, opfølgning blev sikret, og faglig sparring kunne finde sted på tværs af faggrupper og sektorer. Den tværsektorielle ledelse bidrog samtidig til, at der var et fælles ejerskab og en tydelig forankring af indsatsen på tværs af organisationerne.

Evaluering

Evalueringen blev planlagt med både kvantitative og kvalitative målinger, herunder anvendelse af WHO-5-trivselsmålinger for borgerne og registrering af antallet af tvangsindlæggelser før og under projektet. Møder blev afholdt løbende for at vurdere fremdrift og sikre, at teamet fulgte projektets mål.

Den tværsektorielle projektledelse havde ansvaret for evalueringen, hvor både kommunale og regionale repræsentanter deltog aktivt i at samle data og analysere resultaterne, forankret i en fælles projektledelse.

Evalueringen omfattede sammenligning af resultater før og under indsatsen, med særlig fokus på reduktion i tvangsindlæggelser og forbedring af borgernes trivsel. Resultaterne viste en positiv udvikling, hvor målingerne fulgte det planlagte design, hvilket bekræftede indsatsens mål om at nedbringe tvang. Foreløbige data viser, at 76 % af borgerne i projektet har haft færre indlæggelser, og 52 % har oplevet færre tvangsindlæggelser i projektperioden sammenlignet med de foregående år. Projektet har desuden set en stigning i frivillige indlæggelser, hvilket kan ses som en indikation på øget samarbejde og tillid. Derudover rapporterede borgerne forbedret trivsel målt med WHO-5-spørgeskema.

Evalueringen blev primært fulgt som planlagt, men der blev foretaget mindre justeringer for at tilpasse målingerne og sikre præcise resultater i forhold til de opnåede mål. Denne fleksible tilgang blev betragtet som en nødvendighed for at reflektere borgernes oplevelser og ændringer undervejs i projektet.

Erfaringerne fra evalueringen viste, at det var nødvendigt at have en fleksibel tilgang til målingerne og dataindsamlingen for at kunne indfange de komplekse og varierende resultater. Evalueringen blev betragtet som et nyttigt værktøj til løbende forbedring og tilpasning af projektet.

Gødstrupklyngen

15 Akutteam

Herning kommune

Formål

Det psykiatriske akutteam i Herning Kommune er en specialiseret indsats, der har til formål at forebygge indlæggelser og reducere forværring af psykiske lidelser gennem tidlig, hurtig og målrettet intervention.

Problemet var, at borgere med psykiske lidelser ofte oplevede forværring af deres tilstand eller kriser, især i de første kritiske uger efter udskrivelse fra hospitalet. Dette medførte en høj risiko for genindlæggelser. Samtidig var der behov for bedre koordinering mellem hospitaler, kommunale tilbud og borgerens eget hjem, samt for hurtig og målrettet hjælp i akutte og sub-akutte situationer.

De primære mål for akutteamet er:

- At forebygge behovet for indlæggelse blandt borgere med psykiske lidelser.
- At sikre hurtig og nem adgang til akut støtte i både komplekse og sub-akutte situationer.
- At skabe trygge og effektive overgange mellem hospital, kommunale tilbud og borgerens eget hjem.
- Kompetenceudvikling i Sundhed og Ældre
- Faglig sparring og et tæt tværsektorielt samarbejde.

Målgruppe

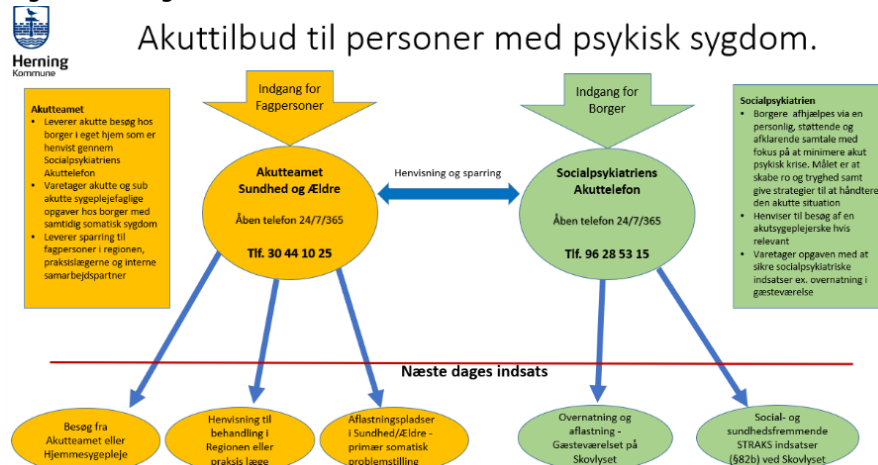
Borgere med forværring af psykiatriske symptomer eller i akut psykisk krise.

Eksklusionskriterier: Kun for borgere over 18 år, samt borgere der er til fare for sig selv og andre.

Materialer brugt i indsatsen

Der er udarbejdet designbeskrivelse og informationsmateriale til borgere (se nedenstående).

Figur 1. Designbeskrivelse af akuttilbud:



Figur 2. Informationsmateriale til borgere:

Herning Kommune

Akuttefonen er åben hele døgnet hele året rundt

Socialpsykiatriens Akuttefon

Telefon: 96 28 53 15

Livskrise
Psykisk sygdom
Selvmordstanker
Mistet kontrol
Ensomhed
Misbrug

Det kræver ikke henvisning, visitation eller diagnose at ringe

Brug for én at snakke med?
Socialpsykiatriens Akuttefon i Herning Kommune

Er du psykisk sårbar og i akut psykisk krise?
Er du voksen og bor i Herning Kommune?
Så kan du ringe til Socialpsykiatriens Akuttefon.

Gennem en personlig, støttende og afklarende samtale kan vi hjælpe dig med:

- * At håndtere en akut psykisk krise, som gør livet svært
- * At skabe ro og tryghed
- * At få kontrol på den akutte situation

Fig 3. Informationsmateriale til borgere:

Herning Kommune

Kontakt til Psykiatrisk Akut Team For Fagprofessionelle

Psykiatrisk Akut Team
v. Herning Kommune
Telefon: 30441025

Vurdering af psykiatriske borgere - Akut og subakut tilsyn i eget hjem
Psykiatrifaglig sparring omkring kommunens borgere
Psykisk sygepleje i eget hjem i den akutte/subakutte fase, (herunder NADA)
Mulighed for Følge hjem udskrivelse

SUA_akut_psykiatristeam@herning.dk

Brug for én at snakke med?
Socialpsykiatriens Akuttefon i Herning Kommune

Borgere i Herning kommune, kan selv kontakte socialpsykiatriens akuttefon på **96 28 53 15**. Akuttefonen er åben hele døgnet, året rundt.

Vi samarbejder med akuttefonen, som kontakter psykiatrisk akut team, hvis de vurderer der er behov for tilsyn

Gennem en personlig, støttende og afklarende samtale kan vi hjælpe med

- * At håndtere en akut psykisk krise, som gør livet svært
- * At skabe ro og tryghed
- * At få kontrol på den akutte situation

Indhold i indsatsen

Akutteamet arbejder for at sikre trygge overgange mellem hospital og hjem, yde faglig sparring til andre kommunale tilbud og tilbyde direkte støtte til borgere. Teamet kan kontaktes af både sundhedsprofessionelle, som ønsker rådgivning, og direkte via akuttefonen i akutte situationer.

Teamets centrale funktioner inkluderer:

- Akutte tilsyn: Besøg hos borgere i akutte situationer for at vurdere psykiatriske symptomer, inkl. Selvmordsscreeninger og vurdering af fremtidig psykiatrisk sygepleje.
- Somatiske undersøgelser: Måling af vitale parametre som blodtryk og puls samt urinstix. Ved bekymring tilkaldes somatisk akutteam
- Kortvarige støtteforløb: Ved forværring af symptomer, psykoedukation eller justering i medicinsk behandling – primært i samarbejde med Egen læge eller behandler i regionen
- Lindrende behandling/støtte: Støttende samtaler og anvendelse af teknikker som NADA og ballstick til at håndtere stress og skabe ro
- Næste Dags Indsats: Organisering af opfølgende indsatser som besøg af hjemmesygeplejerske, midlertidig aflastning eller opsøgende socialpsykiatrisk hjælp.
- Overgangsstøtte: Hjælp til borgere, der udskrives fra hospitalet, for at sikre en tryk overgang til hjemmet og undgå genindlæggelse.
- Faglig sparring: Rådgivning til hjemmesygeplejersker og andre fagpersoner, såsom læger, misbrugscenteret, AMK, politiet, bostøtter, viceværter, socialrådgivere og akuttefonens personale. Undervisning i Herning Kommune.

Akutteam Psykiatri modtager kontinuerlig supervision ved ekstern supervisor ca. 6 x årligt.

Aktører og organisering

Akutteamet består af fire sygeplejersker med mange års erfaring med psykiatri og misbrug. Teamet samarbejder tæt med både somatiske akutteam, hjemmesygeplejen, egen læge, regionen og socialpsykiatrien.

Akutteamet er organisatorisk placeret under Sundhed og Ældre i Herning Kommune og har base på rehabiliteringscentret.

Der er udviklet et visuelt skema, som tydeliggør samarbejdsstrukturer og ansvarsområder mellem akutteamet og øvrige aktører, herunder psykiatriske akuttelefon og paragraf 82-indsatser. Dette skema fungerer som et operationelt værktøj, der understøtter koordineringen og sikrer en klar arbejdsfordeling i forbindelse med borgerhenvendelser og opfølgende indsatser. Mellem region, egen læge og kommune anvendes korrespondancebrev, der lægges til det psykiatriske team som att. i sundhed og ældre/cura (se figur 1. under "Materialer i indsatsen").

Evaluering

Siden opstarten har indsatsen udviklet sig gennem løbende evalueringer og tilpasninger, hvilket har gjort det muligt at forbedre både kvaliteten og effekten af arbejdet. Erfaringerne viser, at akutteamet bidrager til øget tryghed og stabilitet for borgere i psykisk krise og samtidig styrker samarbejdet mellem de involverede sektorer.

16 Akuttelefonen

Herning kommune

Formål

Formålet med Kommunalpsykiatrien døgntelefon er at tilbyde umiddelbar psykosocial intervention til borgere i Herning Kommune, der oplever akut psykisk ubehag, krisesituationer, selvmordstanker, ensomhed eller misbrug. Indsatsen har til hensigt at stabilisere borgere i kritiske situationer ved at skabe ro og tryghed samt understøtte dem i at genvinde kontrol over deres situation.

Projektet udsprang af en eksisterende nattelefonsordning under paragraf 85-støtte, der blev udvidet til at omfatte alle borgere uden behov for visitation. Baggrunden for projektet var et lokalt ønske om at tilbyde hurtigere støtte, forebygge indlæggelser og sikre hjælp til borgere i deres eget hjem.

Projektmidler blev søgt for at igangsætte initiativet, der blev afprøvet som en midlertidig indsats over to til tre år. På baggrund af positive erfaringer og resultater blev døgntelefonen efterfølgende integreret som en fast del af socialpsykiatriens tilbud.

Målgruppe

Målgruppen for indsatsen er borgere i Herning Kommune, som oplever psykiske kriser, selvmordstanker, misbrug, ensomhed eller livskriser.

Der er ingen eksklusionskriterier for deltagelse i tilbuddet. Adgang til døgntelefonen er uvisiteret og kræver ingen henvisning.

Materialer brugt i indsatsen

Postkort: Der er udarbejdet et postkort, der indeholder telefonnummer og praktisk information vedrørende døgntelefonen (Se bilag 16.1). Postkortet distribueres bredt og er tilgængeligt for flere aktører. Akutteamet har adgang til postkortene og udleverer dem i relevante situationer. Derudover udleveres postkortet til borgere, der ikke nødvendigvis har direkte kontakt med døgntelefonen. Politiet har også fået udleveret postkort, som de medbringer i deres patruljebiler og kan distribuere ved behov.

Guidelines til medarbejdere: Der er udviklet en række samtalemateriale og skabeloner til at støtte medarbejdere i deres arbejde med borgere, der kontakter Kommunalpsykiatrien døgntelefon. Materialerne inkluderer værktøjer til selvmordscreening og håndtering af somatiske problemstillinger, hvilket sikrer en systematisk og professionel tilgang til samtaler med borgere i krise. I forbindelse med selvmordscreening anvendes validerede skemaer fra Center for Selvmordsforebyggelse. De øvrige samtalskabeloner er udviklet internt med afsæt i erfaringer fra borgerhenvendelser og de situationer, der opstod under samtalerne. Dette har gjort det muligt at tilpasse materialerne til de behov, der erfaringsmæssigt opstår, og sikre, at medarbejderne har adgang til detaljerede og relevante spørgsmål, som kan anvendes i samtaler med borgere i akut krise.

Følgende guidelines anvendes til samtaler:

- Tjekliste til sikker mundtlig kommunikation (Se bilag 16.2)
- Lommekort til retningslinje for selvmordsrisikovurdering (Se bilag 16.3)
- Veje til at komme sig (Se bilag 16.4)
- Angst (Se bilag 16.5)
- Hjerteanfald (Se bilag 16.6)
- Diabetes mellitus (Se bilag 16.7)

Registreringsskemaet: En central del af indsatsen er integrationen af borgernes oplysninger i journalsystemet, hvilket muliggør en mere målrettet og individuel støtte. For borgere tilknyttet bostøtteordninger kan personalet ved døgntelefonen slå relevante oplysninger op og benytte eksisterende mestringsstrategier i samtalen. (Se bilag 16.8).

For borgere, der kræver særlig opmærksomhed, anvendes en fysisk mappe, hvor navne på disse borgere er registreret. Mappen gør det muligt for alle medarbejdere at yde ekstra støtte, hvis en bekymret fagperson har gjort opmærksom på borgerens situation.

Ved henvendelser føres et registreringsskema, hvor borgerens samtykke til at kontakte vagtlæge, rådgivere eller bostøtte registreres. Borgere kan dog vælge at være anonyme, og i sådanne tilfælde noteres det i skemaet uden yderligere journalføring. Registreringen foretages kun, når det vurderes at give mening i forhold til borgerens situation.

Indhold i indsatsen

Indsatsen omfatter en telefonisk psykosocial intervention udført af specialuddannede medarbejdere med kompetencer inden for krisehåndtering og psykiatrisk støtte. Når en borger ringer til døgntelefonen, modtages opkaldet af en medarbejder, der er trænet i at tale med folk i krise. Medarbejderen hjælper borgeren med at håndtere den akutte situation, skabe ro og tryghed samt genvinde kontrol. I de tilfælde, hvor en mere akut indsats er påkrævet, kan medarbejderen henvise borgeren til vagtlæge eller anmode det psykiatriske akutteam om at udføre et hjemmebesøg.

I langt de fleste tilfælde afsluttes henvendelsen med samtalen alene. Hvis der vurderes behov for yderligere opfølgning, kan borgeren tilbydes et hjemmebesøg via § 82-indsatsen den følgende dag for at evaluere situationen og identificere eventuelle yderligere støttemuligheder. Som en del af indsatsen tilbydes der også mulighed for overnatning i et gæsteværelse på Skovlys for borgere, der vurderes at have behov for en pause fra deres hverdag, men ikke en egentlig indlæggelse. Dette tilbud kan aktiveres uden visitation, hvis der er ledige pladser.

Borgere kan til enhver tid kontakte døgntelefonen telefonisk. Ved behov kan der arrangeres hjemmebesøg af psykiatrisk akutteam eller paragraf 82-indsatsen. Der er også mulighed for at tilbyde en overnatning på et gæsteværelse og en snak over en kop kaffe. Gæsteværelset kan bruges som alternativ til en indlæggelse.

Aktører og organisering

Fagprofessionelle: Kommunalpsykiatrien døgntelefon bemandes af et tværfagligt team fra socialpsykiatrien i Herning Kommune bestående af medarbejdere med sundheds- og socialfaglig baggrund, herunder socialpædagoger, sygeplejersker, ergoterapeuter samt social- og sundhedsassistenter.

Inden medarbejdere tiltræder arbejdet med døgntelefonen, gennemgår de et målrettet oplæringsforløb, der klæder dem på til at håndtere akutte situationer og yde psykosocial støtte. Oplæringen sikrer, at medarbejderne er bekendte med gældende procedurer og anvender de udviklede materialer korrekt i deres praksis.

Ved komplekse eller særligt akutte tilfælde inddrages det psykiatriske akutteam. Derudover samarbejdes der med politiet i situationer, hvor borgerens eller andres sikkerhed vurderes at være i fare.

Organisering: Døgntelefonen fungerer som primær borgerindgang, mens det psykiatriske akutteam fungerer som faglig sparringspartner og indgang for komplekse eller kritiske sager.

Døgntelefonen er forankret i POLARIS Center Herning, der er en del af den specialiserede del af Handicap- og Psykiatriafdelingen i Herning Kommune. Medarbejdere fra paragraf 82-indsatsen bemande telefonen på hverdage, mens Skovlysets personale bemande telefonen aften, nat og weekend. Det Psykiatriske Akutteamet er organiseret i Sundhed- og Ældreafdelingen.

Samarbejde: Der afholdes månedlige møder ("kaffemøder") mellem døgntelefonens personale og akutteamet, hvor borgere, der ofte benytter døgntelefonen, drøftes og vurderes med henblik på at optimere indsatsen.

Samarbejdet omfatter også faglige netværksmøder med relevante aktører, hvor borgeren også deltager.

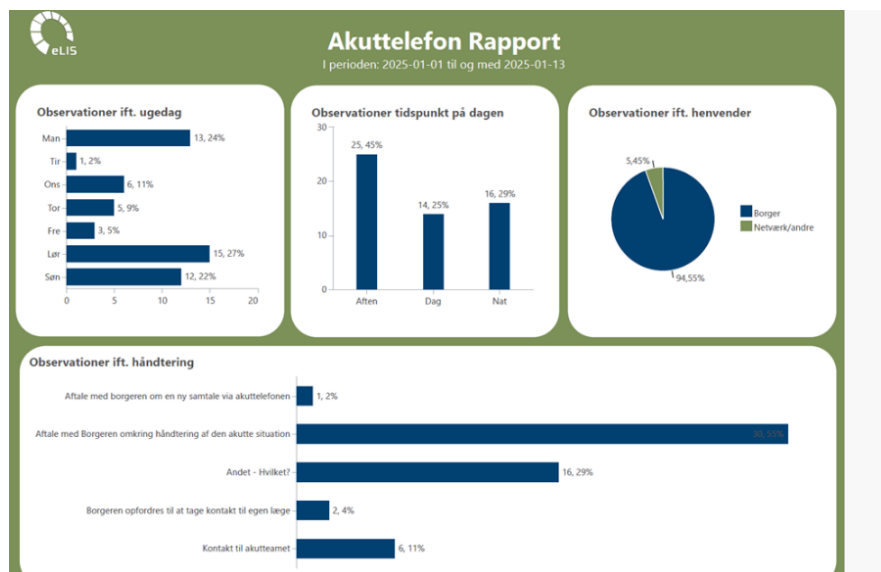
I slutningen af 2024 blev 'Det Nære Samarbejde' etableret som et lokalt samarbejde mellem den kommunale psykiatri, politiet, Rusmiddelcentret og myndighed. Samarbejdet er forankret under Retsplejelovens §115, der muliggør informationsdeling i PSP-regi. Formålet med samarbejdet er at styrke den forebyggende indsats for borgere i udsatte livssituationer, der kontakter døgntelefonen. Samarbejdet skal understøtte, at de indsatser og den hjælp som borgerne tilbydes, samtidig med at der sker en koordineret indsats på tværs af myndighederne.

Formålet er at styrke den forebyggende indsats for borgere i udsatte livssituationer, der kontakter døgntelefonen.

Ved hjælp af data fra døgntelefonen identificeres borgere, der vurderes at have behov for særlig opmærksomhed. Derudover kan Rusmiddelcentret, myndighed og politiet også bringe sager op, hvor de vurderer, at et fælles samarbejde vil være gavnligt.

Der afholdes månedlige møder, hvor de identificerede borgere drøftes. På baggrund af en fælles tværfaglig vurdering planlægges og koordineres relevante indsatser. Målet er at sikre, at hver borger får den rette støtte, og at der iværksættes målrettede interventioner på tværs af sektorer.

Der er udviklet et visuelt skema, som tydeliggør samarbejdsstrukturer og ansvarsområder mellem døgntelefonens personale og øvrige aktører, herunder psykiatriske akutteams og paragraf 82-indsatser. Dette skema fungerer som et operationelt værktøj, der understøtter koordineringen og sikrer en klar arbejdsfordeling i forbindelse med borgerhenvendelser og opfølgende indsatser.



Evaluering

Evalueringen fra projektperioden og erfaringer fra indsatsen viser, at Psykiatrisk Akutfunktion skaber øget tryghed og stabilitet for borgere i psykisk krise. Dette har bidraget til at forebygge antallet af akutte indlæggelser samt opkald til 112 og lægevagten. Borgerne oplever at indsatsen er let tilgængelig.

Data på opkald til døgntelefonen:

Data fra projektperioden viser, at der i 2019 blev ca. 80% af henvendelserne afsluttet via akuttelefonen, mens 20% blev henvist til akutteamet. I alt leverede akutfunktionen 8.287 ydelser i 2019.

Opgørende af opkald fra 2024 viser, at der i alt har været 2253 opkald fordelt på 210 borgere.

- De borger der ikke er kendte af den kommunale psykiatri, har tilbud fra BSH, Akutteamet, Hjemmeplejen, Hjemmesygeplejerske, Mentor fra BSK, Bor i bofællesskab.
- Der er borger der ud fra registreringen ikke har noget tilbud. Det er dog ikke valid oplysning, da det ikke altid er udfyldt. Der kan være borger der ikke ønsker at oplyse det.
- En stor del af opkaldene handler om angst, Ensomhed/ social isolation.
- En mindre del af opkaldene handler om søvnløshed, selvmordstanker og andet.
- De fleste samtaler afsluttes med aftale med borgeren omkring håndtering af den akutte situation.
- Der har været 76 henvendelser til Akutteamet for sparring omkring en borger eller aftale om besøg hos en borger.
- Enkelte borgere der ikke er tilknyttet den kommunale psykiatri, har et højt antal opkald.

17 En indgang

Herning Kommune

Formål

Én Indgang i Herning Kommune er en samlet indgang til psykosocial støtte, rådgivning og vejledning med formål at tilbyde borgere hurtig og tilgængelig psykosocial støtte og forebygge akutte situationer ved at reducere barrierer for hjælp. Indsatsen skal sikre, at borgere i psykisk sårbare situationer kan få rådgivning, støtte og vejledning uden at skulle igennem lange sagsbehandlingsprocesser.

Idéen til Én Indgang udsprang af 'Styrmandsprojektet', som blev gennemført i samarbejde med Socialstyrelsen. Herning Kommune var en af fire kommuner, der deltog i projektet, hvor omlægning af socialpsykiatrien blev afprøvet med fokus på at skabe en samlet indgang til psykosocial støtte.

Målgruppe

Målgruppen for Én Indgang er borgere med psykiske lidelser, pårørende samt personer i sårbare livssituationer, der har behov for rådgivning, støtte eller samværstilbud.

Materialer brugt i indsatsen

Ubesvaret

Indhold i indsatsen

Rådgivning og vejledning: Borgerne kan få en uforpligtende samtale med fagpersoner om deres aktuelle situation og muligheder for støtte.

Afklarende samtaler: Formålet med samtalerne er at identificere borgerens behov og henvise til relevante tilbud inden for kommunens psykiatriske og sociale indsatser.

Formidling af tilbud: Borgerne informeres om eksisterende kommunale tilbud, herunder §82-indsatser (støtte i hverdagen) og §79-aktiviteter (uvisiterede samværstilbud).

Samværstilbud og §79-aktiviteter: Borgerne kan deltage i uvisiterede samværsaktiviteter, der understøtter social kontakt og netværksskabelse.

Akut støtte og opfølgning: Ved psykosociale problemstillinger tilbydes akut støtte og efterfølgende opfølgning for at sikre kontinuitet i indsatsen.

Peer-støtte i samarbejdscaféen 'Den Anden Café': Borgerne har mulighed for at modtage støtte fra peer-medarbejdere, som deler deres egne erfaringer og tilbyder sparring i et trygt fællesskab.

Myndighedspersoner og visitation: Myndighedspersoner er tilknyttet for at vurdere behovet for §82-indsatser og igangsætte videre visitation efter borgerens behov.

Aktører og organisering

Fagprofessionelle: Indsatsen bemandes af fagpersoner med erfaring inden for psykosocial støtte og rehabilitering. Socialpsykiatriske medarbejdere, myndighedspersoner, peer-medarbejdere, medarbejdere fra handicapområdet og rusmiddelcenteret indgår i indsatsen.

Organisering: Én Indgang er organiseret i samarbejde mellem myndighed og drift, med lokation i Søndergade 16 i Herning. Indsatsen involverer et tæt samarbejde mellem myndighedspersoner og drift,

herunder peer-medarbejdere samt repræsentanter fra relevante sociale indsatser som handicapområdet og rusmiddelcentret.

Der foregår tæt samarbejde mellem socialpsykiatrien, handicapområdet og rusmiddelcenteret, som alle har repræsentanter i En Indgang.

Evaluering

Tabellerne nedenfor viser antallet af henvendelser og sagstyper i 2024. Tallene viser, at de fleste henvendelser kommer fra borgere (77%), og hovedparten af sagerne handler om rådgivning og vejledning (73%). Derudover indgår socialpædagogisk støtte og samtaleforløb i mindre omfang.

Henvendelse	Antal	Sagstype	Antal Sager
Henvender	Henvend...	Total	129
Total	113	Henvisning til uvisiterede tilbud #SOCIAL	2
Andre	3	Hjælp og støtte etableret i samarbejde med frivillige (SEL §82d) #SOCIAL	1
Borger	87	Individuel tidsbegrænset socialpædagogisk hjælp og støtte (SEL §82b) #SOCIAL	16
Egen læge/vagtlæge	1	Peersforløb #SOCIAL	3
Hjemmesygeplejen	3	Råd og vejledning	4
Igangværende indsats	3	Råd og vejledning #SOCIAL	94
Pårørende	12	Råd og vejledning (SEL §10) #SOCIAL	4
Sagsbehandler, anden forvaltning	1	Samtaleforløb #SOCIAL	2
Sygehus - psykiatrisk	2	Socialpædagogisk støtte (SEL §85) #SOCIAL	3
Træning	1		

Videreudvikling af indsatsen: Som en del af udviklingsplanen for 2025 og de næste fire år udvides En Indgang med længere åbningstider og et bredere udbud af tilbud. Der vil blandt andet blive etableret gruppetilbud, som borgere kan deltage i fra første kontakt.

Derudover vil indsatsen blive udrullet til flere byer i Herning Kommune, så En Indgang bliver mere tilgængelig i oplandet.

18 Fleksible boliger

Herning Kommune

Formål

Tilbuddet har til formål at styrke borgernes evne til at klare sig i eget hjem gennem træning, afklaring og rehabilitering i en tidsafgrænset periode.

Fleksible boliger i Herning Kommune er en indsats etableret med udgangspunkt i servicelovens § 84. Indsatsen tilbyder midlertidige ophold til borgere, der i en periode har særlige behov for psykosocial støtte og afklaring. De fleksible boliger findes i botilbuddene på Nørregade og Skovlyset. Indsatsen skal mindske risikoen for genindlæggelser og sikre en glidende overgang fra indlæggelse i den regionale psykiatri til hverdagslivet i eget hjem.

Ideen udsprang af et behov for at etablere et mere fleksibelt tilbud, der kunne imødekomme borgere, der ikke havde behov for varigt botilbud, men i perioder havde brug for mere intensiv støtte.

Målgruppe

Målgruppen for de fleksible boliger er voksne borgere over 18 år med psykosociale problemstillinger. Det omfatter borgere, der er på vej ud af en indlæggelse, borgere med behov for afklaring af fremtidigt støtteniveau, eller borgere i krise, som har brug for midlertidigt ophold og rehabilitering.

Eksklusionskriterier: Borgere med aktivt misbrug, som ikke ønsker at arbejde med deres misbrugsproblematik, kan ikke benytte de fleksible boliger.

Materialer brugt i indsatsen

Der er udarbejdet indflytningskontrakter (bilag 18.1), guide til indflytningssamtaler (bilag 18.2), procedure for ind- og udflytning (bilag 18.3) samt handleplaner med beskrivelse af indsatser og hvad der skal være fokus på for borgerne, som beskriver deres individuelle mål og de forventede resultater af opholdet.

Indhold i indsatsen

Fleksible boliger er et tilbud om korte (1-6 mdr.) intensive trænings- eller afklaringsophold. Myndighedsafdelingen sammensætter ydelsen individuelt og konkret, rettet mod den enkelte borgers midlertidige behov.

Afklarende samtaler: Ved ankomst til de fleksible boliger afholdes en opstartssamtale, hvor borgerens behov og mål afdækkes. Der arbejdes med en individuel plan, hvor der løbende følges op og justeres, afhængigt af borgerens udvikling og eventuelle ændringer i behovet. Samtalerne sikrer, at borgeren modtager relevant støtte, og at der etableres et tæt samarbejde mellem myndighed, fagpersoner og borgeren selv.

Rådgivning og vejledning: Borgerne modtager løbende støtte fra fagpersoner, der tilbyder en kombination af praktisk og psykosocial hjælp. Rådgivningen omfatter alt fra økonomisk vejledning til støtte i forbindelse med sundhed, bolig og beskæftigelse. Derudover får borgerne hjælp til at navigere i det kommunale system og adgang til relevante ydelser og tilbud.

Træning af hverdagskompetencer: Borgerne tilbydes målrettet træning i praktiske færdigheder, der understøtter selvstændig livsførelse. Dette kan inkludere madlavning, indkøb, rengøring, tøjvask, økonomistyring og strukturering af hverdagen. Der er desuden fokus på sociale færdigheder, som borgerne kan anvende i fællesskaber og relationer, hvilket bidrager til at mindske risikoen for isolation.

Peer-støtte: Peers spiller en vigtig rolle i indsatsen og bidrager med egne erfaringer fra psykosociale forløb. De fungerer som brobyggere mellem borgeren og samfundet og kan støtte borgeren i at genvinde tillid til egne evner. Peers hjælper blandt andet med at ledsage borgere til aktiviteter, introducere dem til sociale fællesskaber og fungere som rollemodeller. Peer-støtte tilbydes både individuelt og i gruppeforløb, hvor borgerne kan spejle sig i andres erfaringer og opbygge netværk.

Ydelseskataloget 2024 kan ses som bilag 18.4.

Aktører og organisering

De fagprofessionelle, der deltager i indsatsen, udgør et tværfagligt team med forskellige kompetencer og ansvarsområder:

- Socialpædagoger – De yder både individuel og gruppebaseret støtte til borgerne og er ansvarlige for at hjælpe med daglige færdigheder og mestringsstrategier.
- Socialrådgivere – Deltager i visitation og opfølgning på borgernes forløb. De sikrer koordinering mellem borger, kommune og eventuelle andre aktører.
- Peer-medarbejdere – Borgerne tilbydes støtte fra personer med egne erfaringer med psykosociale udfordringer, som fungerer som rollemodeller og brobyggere til fællesskaber og sociale tilbud.
- Sygeplejersker og SOSU-assistenten – Tilknyttet for at sikre sundhedsfaglig støtte og vejledning i forhold til medicinbehandling og fysisk sundhed.
- Bostøttepersonale – Disse medarbejdere understøtter borgerne i at mestre hverdagen og opnå selvstændighed i deres egen bolig.
- Tilbudsleder og fagchef – De har det overordnede ansvar for koordinering og drift af de fleksible boliger, herunder økonomistyring og ressourceprioritering.

Disse fagprofessionelle arbejder tæt sammen med myndigheder og andre sektorer for at sikre, at borgerne modtager en helhedsorienteret indsats.

Organisering: De fleksible boliger er organiseret under POLARIS i Herning Kommune og drives af specialuddannet personale.

De fleksible boliger i Herning Kommune blev første gang etableret i 2017 som en del af omorganiseringen af socialpsykiatrien. Baggrunden for etableringen var et behov for at skabe midlertidige ophold for borgere, der periodevis havde behov for en intensiv indsats, men som ikke ønskede eller havde behov for et permanent botilbud.

Evaluerings

Indsatsen evalueres løbende gennem systematiske interviews, skriftlige rapporter og anvendelsen af redskaber som *Recovery Star*.

Recovery Star måler borgernes udvikling på ti centrale livsparametre, herunder psykisk sundhed, sociale relationer, livsmestring og daglige funktioner. Dette giver et dynamisk overblik over borgerens progression og understøtter justeringer af indsatsen undervejs.

Derudover afholdes der månedlige opfølgingsmøder mellem bo-enheden, borgeren og relevante samarbejdspartnere for at sikre, at indsatsen tilpasses borgerens aktuelle behov. Evalueringen inddrager både borgernes egne oplevelser, fagpersonernes vurderinger og eventuelle ændringer i borgerens trivsel og selvstændighed.

Den løbende evaluering sikrer, at indsatsen er målrettet og fleksibel, og at den understøtter borgerens recovery-proces og gradvise overgang til en mere selvstændig livsførelse.

19 Social sundhedsrettet indsats

Herning Kommune

Formål

Formålet med den sociale sundhedsrettede indsats er at tilbyde hurtig og uvisiteret støtte til borgere, der oplever behov for social eller psykisk hjælp.

Den sociale sundhedsrettede indsats i Herning Kommune er en fleksibel og tilgængelig støtteindsats, etableret efter servicelovens §82. Indsatsen tilbyder både individuel socialpædagogisk støtte, gruppebaserede forløb og akutindsatser. Ved at tilbyde uvisiteret og hurtigt tilgængelig støtte sikres det, at borgerne modtager hjælp, når behovet opstår. Indsatsen igangsættes typisk inden for samme uge efter første henvendelse.

Målgruppe

Målgruppen for indsatsen er psykisk sårbare borgere, primært førtidspensionister fra 18 år og opefter, som befinder sig i en uhåndterbar situation og er i risiko for at udvikle fysiske eller psykiske funktionsnedsættelser eller sociale problemer. Indsatsen retter sig mod borgere, der forventes at kunne fastholde eller forbedre mestring af eget hverdagsliv gennem aktiv deltagelse i forløbet.

Materialer brugt i indsatsen

Ubesvaret

Indhold i indsatsen

Borgeren indskrives i forløb efter lov om Social Service § 82, hvor indsatsen tilrettelægges individuelt i tæt samarbejde med borgeren. Planlægningen tager udgangspunkt i borgerens aktuelle situation, håb, drømme, ønsker og behov og kan løbende tilpasses. Indsatsen er fleksibel og kan organiseres som:

- Individuel tidsbegrænset hjælp (§82b): Socialpædagogisk støtte, der ydes i op til seks måneder. Støtten kan omfatte funktionstræning, vejledning i livsstil, psykiatrisk samtale, sundhedsfaglig rådgivning, strukturering af hverdagen, og hjælp til at kontakte relevante aktører.
- Gruppebaserede tilbud (§82a): Forløb med fokus på social mestring og fællesskab, herunder aktiviteter som kreative værksteder, angsthåndtering, fysisk velvære eller sociale kompetencer. Borgeren kan deltage i flere gruppeforløb samtidig, hvis det vurderes at være til gavn.
- Sociale akuttilbud (§82c): Tilgængelige via Socialpsykiatriens Akuttefon, hvor borgerne kan få støtte i akutte situationer, f.eks. gennem samtale eller besøg af akutsygeplejen.
- Samarbejde med frivillige (§82d): Indsatser udviklet i samarbejde med civilsamfundsorganisationer som Kirkens Korshær, Jobbanken Herning eller andre frivillige aktører.

Indsatsen kan desuden være opøgende for borgere, der ikke selv kan henvende sig.

Metoder og tilgange

Indsatsen er målrettet borgere, der har behov for hjælp til at mestre hverdagen og forebygge forværring af sociale eller psykiske udfordringer. Fokus er på:

- Aktiv deltagelse fra borgeren, der opfordres til at tage ejerskab over eget forløb.
- Flexibel kombination af individuelle og gruppebaserede forløb, der fremmer selvstændighed.
- Understøttelse af borgerens sociale netværk og ressourcer.

Den tidlige forebyggende indsats leveres typisk i dagtimerne på hverdage og tilpasses individuelt i samarbejde med borgeren. Hvis der undervejs i forløbet vurderes behov for yderligere støtte end hvad

§82-indsatsen kan tilbyde, inddrages bevillingsmyndigheden, og der udarbejdes en beskrivelse af borgerens støttebehov og mål for en eventuel videre indsats.

Borgerkontakten etableres gennem forskellige kanaler. En stor del af henvendelserne sker ved, at borgere selv opsøger støtte, enten via telefonisk kontakt eller ved personligt fremmøde i En Indgang. Derudover kan henvendelser komme fra pårørende, naboer eller fagpersoner, der udtrykker bekymring for en borger. I de tilfælde iværksættes en opsøgende indsats, hvor medarbejdere besøger borgeren i hjemmet for at afdække behovet for støtte og afklare, om vedkommende ønsker hjælp. Derudover kan tidligere støttemodtagere, eksempelvis borgere der har afsluttet en §85-bostøtteindsats, vende tilbage, hvis de oplever en forværring af deres situation eller befinder sig i en krise. Disse borgere opfordres til at kontakte En Indgang, hvor deres behov for yderligere støtte vurderes. I den forbindelse kan en §82-indsats igangsættes for at tilbyde målrettet og tidsbegrænset støtte.

Aktører og organisering

En sygeplejerske og en socialrådgiver.

Den sociale sundhedsrettede indsats er organiseret ved POLARIS Center Herning afd. Skovlysets åbne dagtilbud og bemandedes af to medarbejdere, der også indgår i En Indgang.

Evaluering

Antallet af deltagere i indsatsen - Data §82 2024

Indskrevne: 68 borger

Fortsat i forløb: 30 borger

Afsluttede: 52 borger

-uden yderlig støtte: 23 borger

- til §85: 15 borger

-til hjemmepleje/aktivitetscenter: 5 borger

- til andet: 9 borger

Borgere i §82 tilbud er primær henvist fra: SRV, En Indgang, Akutteamet og Regionspsykiatrien.

Evalueringen blev tilrettelagt som en intern evaluering foretaget af projektmedarbejderne og udarbejdet efter afslutningen af projektperioden (2015–2018). Evalueringen byggede på dataindsamling fra flere kilder og var ikke fastlagt ud fra et detaljeret evalueringdesign med faste mødefrekvenser eller foruddefinerede indikatorer. I stedet blev der gennemført løbende registrering og dokumentation af borgerforløb via et grundskema, som blev udfyldt ved kontakt med borgerne. Skemaet beskrev borgernes baggrund, sundhedstilstand og modtagne ydelser og havde til formål at støtte refleksion og udvikling af indsatsen.

Evalueringen blev udarbejdet af to projektmedarbejdere fra Skovlyset, Herning Kommune. Evalueringen tog afsæt i projektets overordnede mål og delmål, samt i praksisnær dokumentation og refleksion.

Evalueringen blev gennemført systematisk ved hjælp af grundskemaer, individuelle interviews med deltagere, to fokusgruppeinterviews med ledere og frontmedarbejdere samt dokumentation fra samarbejdspartnere. Evalueringen byggede dermed på både kvantitative data (fx deltagernes helbredsstatus og demografi) og kvalitative data (fx cases og interviewuddrag). Evalueringen fulgte en praksisnær og refleksiv tilgang med fokus på, hvordan indsatsen virkede for målgruppen. Evalueringen blev tilpasset løbende gennem dokumentation og refleksion over praksis.

20 ACT

Holstebro Kommune

Formål

Formålet med M-ACT-indsatsen er at tilbyde en helhedsorienteret og vedvarende støtte til borgere med komplekse sociale og helbredsmæssige problemer, som ikke profiterer af eksisterende tilbud. Indsatsen retter sig særligt mod borgere med psykisk sygdom og ofte samtidig misbrug, som har svært ved at indgå i traditionelle udrednings- og behandlingsforløb. Gennem et koordineret, tværfagligt og individuelt tilpasset støtteforløb søger indsatsen at forbedre borgernes samlede livssituation og trivsel.

M-ACT skal bidrage til relevant social- og sundhedsfaglig udredning, understøtte progression og stabilitet i borgerens liv, fremme adgang til og deltagelse i netværk og fællesskaber samt styrke borgerens mulighed for at modtage hjælp i det etablerede system. Ved at tilbyde fleksibel og vedholdende støtte i borgerens eget nærmiljø, er det samtidig målet at reducere behovet for indlæggelser og andre mere indgribende indsatser.

Der har i ca. 10 år været et ACT Team i Socialafdelingen. Teamet blev etableret med udgangspunkt i Assertive Community Treatment, men man måtte fra start tilpasse denne, særligt i forhold til deltagelse af behandlingspsykiatri. Senere blev der, i et projekt ved Social- og Boligstyrelsen, udviklet en Modificeret ACT (M-ACT), som ACT Teamet i Holstebro også metodemæssigt har lagt sig op ad. M-ACT er en social indsats udviklet og afprøvet i en dansk kommunal kontekst, inspireret af den evidensbaserede ACT-model (Assertive Community Treatment). Indsatsen er tilpasset for at fungere under danske kommunale vilkår og rammer, og er målrettet borgere med komplekse sociale og helbredsmæssige problemstillinger. M-ACT kendetegnes ved at være udgående, individuelt tilrettelagt, intensiv, fleksibel, koordineret, tværprofessionel og tidsbestemt. Indsatsen leveres typisk i borgerens nærmiljø og indebærer et tæt og vedvarende samarbejde mellem fagpersoner fra forskellige sektorer.

ACT-modellen (Assertive Community Treatment) er en internationalt anerkendt metode, som Holstebro Kommune begyndte at anvende i 2015. Erfaringerne herfra, kombineret med viden om modellens dokumenterede effekt, dannede baggrund for en videreudvikling af metoden i en dansk kontekst. Da den oprindelige ACT-model viste sig vanskelig at implementere i mindre kommuner, tog Socialstyrelsen initiativ til at udvikle en modificeret udgave. Den såkaldte M-ACT er således en teori- og praksisinformeret videreudvikling af ACT, der bevarer modellens kerneelementer og værdigrundlag, men samtidig er tilpasset de organisatoriske og økonomiske rammer i danske kommuner.

Målgruppe

Målgruppen for M-ACT er voksne borgere over 18 år med komplekse og sammensatte problemstillinger, der gør det vanskeligt at profitere af ordinære tilbud. Målgruppen har ofte:

- psykiske lidelser og/eller misbrugsproblemer,
- lav eller ingen tilknytning til arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet,
- vanskeligheder med at indgå i relationer og deltagelse i samfundet,
- behov for vedvarende støtte og udgående, tværfaglig indsats.

Eksklusionskriterier: M-ACT er målrettet en afgrænset gruppe med særlige behov. Personer kan ikke deltage i indsatsen, hvis de:

- ikke har komplekse og flerartede problemstillinger,
- er i stand til at modtage støtte via ordinære tilbud,

- ikke har behov for en tværfaglig og vedholdende indsats,
- selv aktivt fravælger samarbejde med et udgående team.

Screening og afklaring af målgruppens match med indsatsen er en integreret del af praksismodellen.

Materiale brugt i indsatsen

Der blevet lavet lokale aftaler for, hvordan ACT Teamet blev organiseret i Holstebro. Derudover tog man udgangspunkt i de beskrivelser, manualer mv. som er udgivet af Social- og Boligstyrelsen. Indsatsbeskrivelse: <https://www.sbst.dk/udgivelser/2023/indsatsbeskrivelse-modificeret-act-indsats>

Metode manual:

[https://www.sbst.dk/media/14392/Socialstyrelsen%20\(2022\)%20Assertive%20Community%20Treatment%20\(ACT\)%20-%20Metodemanual%20til%20hjeml%C3%B8shedssomr%C3%A5det.pdf](https://www.sbst.dk/media/14392/Socialstyrelsen%20(2022)%20Assertive%20Community%20Treatment%20(ACT)%20-%20Metodemanual%20til%20hjeml%C3%B8shedssomr%C3%A5det.pdf)

Indhold i indsatsen

Fra 2015 til februar 2025 har Holstebro Kommune arbejdet med bostøttemetoden ACT i et tværfagligt team. På grund af lav efterspørgsel er indsatsen nu sat på pause, idet ICM og almindelig §85-bøstøtte også giver mulighed for fleksibel, individuelt tilpasset og koordineret støtte. Desuden tilbyder det udekørende Team ATB lignende støtte til målgruppen, med mange af de samme kendetegn som ACT. Fremadrettet er det vigtigt at sikre tæt samarbejde og koordinering med SKP'ere, misbrugsbehandling og myndighed, da de faste ACT-møder ikke længere finder sted.

ACT-teamet fungerede som et tværfagligt indsatsteam med primær kontaktperson for hver borger og supplerende støtte fra teamets øvrige medlemmer, herunder socialrådgiver fra myndighed og misbrugspsykiaterske fra regionspsykiatrien. Indsatsen er kendetegnet ved tværfaglig koordination, individuelt tilpasset støtte og mulighed for hjemmebesøg. Målgruppen omfatter borgere med kombineret misbrug og psykisk sygdom, som ofte har vanskeligt ved at følge almindelige behandlingsforløb, hvilket gør den tværsektorielle koordinering central for at forebygge indlæggelser.

M-ACT-indsatsen bygger på relation, kontinuitet og koordinering og tilbyder opsøgende støtte i borgerens nærmiljø, herunder praktisk hjælp, boligfastholdelse, ledsagelse til møder og behandling, samt social- og sundhedsfaglig udredning. Hver borger har en primær kontaktperson, og indsatsen tilpasses løbende efter behov og udvikling via M-ACT-planen, som bruges til at formulere mål, følge progression og koordinere indsatser.

Støtten er fleksibel og integrerer social-, sundheds- og psykosociale indsatser med fokus på langsigtet stabilitet, mestring og deltagelse på borgerens præmisser. Teamet får løbende supervision for faglig refleksion, håndtering af komplekse sager og opretholdelse af kvalitet og trivsel i et komplekst og intenst arbejdsfelt.

Aktører og organisering

Indsatsen blev varetaget af et tværfagligt team bestående af medarbejdere med forskellige faglige baggrunde, herunder socialfaglige medarbejdere, misbrugsbehandlere og sundhedsfagligt personale. Sammensætningen afspejlede målgruppens komplekse behov og gjorde det muligt at arbejde helhedsorienteret med både psykiske, sociale og somatiske problemstillinger. Kombinationen af fagligheder sikrede, at indsatsen kunne rumme både relationelt arbejde, behandling og praktisk støtte, samt koordinering på tværs af sektorer.

I den oprindelige Assertive Community Treatment deltager en psykiater i ACT-teamet. Dvs. her ville der være tale om et tværsektorielt team, hvor regionen deltager. Dette har imidlertid ikke været muligt at etablere i Holstebro Kommune, hvor man i stedet har forsøgt at inddrage en misbrugspsykiaterske fra behandlingspsykiatrien i ACT Teamet. Hun deltog i de første år ind imellem på teammøder og supervision,

ligesom der imellem møderne var tæt koordinering omkring mange af borgerne. Det tætte samarbejde og koordinering med behandlingspsykiatrien er fortsat højt prioriteret, men det har ikke været muligt at sikre regionens faste deltagelse i ACT Teamet. Der er i stedet koordinering på sagsniveau, ligesom der er faste møder i Fællesteamet for Misbrug og Psykiatri, hvor både kommunale og en regional repræsentant deltager.

Evaluering

Ubesvaret

21 Ambulante døgnpladser

Holstebro Kommune

Formål

Formålet med de ambulante døgnpladser er at tilbyde borgere med psykisk sygdom eller sårbarhed et kortvarigt ophold af høj faglig kvalitet i trygge rammer. Indsatsen skal forebygge forværring, reducere behovet for indlæggelse og støtte borgerne i en sårbar periode ved at sikre stabilisering, omsorg og hjælp til at håndtere hverdagen.

Derudover er formålet at sikre en tidlig indsats i nærområdet, optimerer udnyttelsen af døgnpladserne og understøtter gode overgange og sammenhængende patientforløb.

De ambulante døgnpladser i Psykiatrien i Nordvest er et tilbud til borgere med psykisk sygdom eller sårbarhed, der har behov for kortvarige ophold i rolige rammer. Pladserne er en del af et samarbejde mellem Regionspsykiatrien Gødstrup og kommunerne Holstebro, Lemvig og Struer og er placeret i Center for Sundhed i Holstebro. Tilbuddet er fleksibelt og tilrettelægges individuelt, så brugerne kan få støtte uden at være indlagt på en psykiatrisk afdeling.

Indsatsen omfatter otte pladser, hvoraf fem er for borgere i behandling i regionspsykiatrien, der henvises via ambulante klinikker og døgnafsnit i Gødstrup, Mobilteam Holstebro eller Mobilteam Gødstrup, og tre er for borgere, der henvises fra egen læge eller hjemkommunen.

Døgnpladserne ved Psykiatrien i Nordvest blev etableret i 2017 som en del af et samarbejde mellem Region Midtjylland og de tre nordlige kommuner i Gødstrupklyngen: Holstebro, Struer og Lemvig. Baggrunden for indsatsen var blandt andet placeringen af supersygehuset i Gødstrup, som skabte transportudfordringer for borgere i oplandet. Dette gav anledning til bekymring og en øget efterspørgsel på behandlingstilbud tættere på borgernes nærmiljø.

For at imødekomme disse udfordringer blev døgnpladserne udviklet som en del af en bredere indsats med fokus på at styrke forebyggelsen og sikre et mere fleksibelt og lettilgængeligt psykiatrisk tilbud i nærområdet. Indsatsen er både teori- og praksisdrivet.

Målgruppe

Patienter over 18 år, som oplever en let forværring i deres tilstand og har behov for en forebyggende indsats. Målgruppen inkluderer patienter i overgang fra indlæggelse til eget hjem eller patienter med behov for støtte i ambulante forløb og mobilteam.

Borgere med psykisk sygdom eller psykisk sårbarhed, der ikke har aktivt misbrug, er selvmordstruede eller udadreagerende. Tilbuddet gælder kun borgere aktuelt tilknyttet regionspsykiatrien Gødstrup. Se beskrivelse ovenfor

Borgere tilknyttet et af de to mobilteams i hhv. Holstebro og Gødstrup

- Regionale døgnpladser: Borgere tilknyttet regionspsykiatrien
- Kommunale døgnpladser: Borgere over 18 år henvist fra sociale myndigheder, jobcentre eller egen læge, typisk med psykisk sårbarhed.

Inklusionskriterier: Over 18 år, selvhjulpne og i stand til at administrere egen medicin.

Eksklusionskriterier: Patienter påvirket af rusmidler og udadreagerende, akut selvmordstruede patienter, eller patienter med behov, som overstiger de ressourcer Dette gælder for både regionale og kommunale pladser.

Materialer brugt i indsatsen

Der er udarbejdet informationsmateriale til patienterne (se bilag 21.1). Derudover er der lavet informationsmateriale til fagprofessionelle (se bilag 21.2).

Desuden er der lavet en hjemmeside, som særligt også henvender sig til patienterne: [Ambulante døgnplasser](#)

Indhold i indsatsen

Indhold inkluderer stabilisering, psykoedukation, støttende samtaler, NADA-behandling, søvnunderstøttende behandling, og samarbejde med patientens netværk, mestringsstrategier, støtte til medicinopstart, opmærksomhed på både fysisk og psykisk helbred.

- Fysiske rammer: Egen stue og små fælleslokaler.
- Indhold: Individuelt tilpassede ophold med fokus på søvn, ro og recovery, samt støtte fra medarbejdere i psykiatrien og kommunerne. Der tilbydes NADA-behandling og hjælp til at kontakte andre instanser.
- Regionale pladser: Støtte og opfølgning evt. gennem mobilteam Holstebro efter opholdet. Det kan være en mulighed, men det er ikke alle patienter, som får dette
- Kommunale pladser: Struktur og støtte gennem et nært samarbejde mellem kommunen og borgeren. Indsatsen fokuserer på at give en tryk og støttende ramme

Indsatsen har et centralt fokus på kravs nedsættelse og samarbejde med pårørende og netværk. Som indledning til et forløb tilbydes patienterne mulighed for at se stedet inden og derigennem afklare, om de kan se sig selv i tilbuddet. Heri er tanken at understøtte patienterne i at se graden af eksempelvis eget ansvar, sammenlignet med en indlæggelse på et psykiatrisk sengeafsnit.

Ved opstart af projektet var planen, at man ville starte peer-medarbejder uddannelse men dette er ikke blevet igangsat. Da patienterne kommer for ro og kravnedsættelse i kortere periode, er brugen af peer-medarbejder eller miljøterapi fundet mindre anvendelig.

Indsatsen inkluderer støttefunktion, ved ansættelse af en præst i Center for Sundhed. Desuden er der ansat en medarbejder, som står for nogle arrangementer i nabohuset. Dette har eksempelvis afsted kommet bingo- og sangaftener som patienterne i ophold har mulighed for at deltage i. Derudover har medarbejderne haft adgang til supervision.

Indsatsen har fokuseret på at fremme samarbejde og koordinering mellem de regionale og kommunale medarbejdere.

Aktører og organisering

Indsatsen startede d. 1. juni 2017. Tal fra 2020-2021 viser følgende deltagelse:

- Regionale pladser: 205 borgere i 2020 og 156 borgere i 2021, med variation mellem kommunerne.
- Kommunale pladser: 48 borgere i 2020 og 56 borgere i 2021.

Der oplyses at være en belægningsgrad på 25%. Der er ikke oplyst nyere tal for projektet. Opholdet varer op til 5 døgn. Nogle brugere benyttede de regionale pladser regelmæssigt, eksempelvis 1-2 dage hver 14. dag.

De regionale døgnplasser bemannes af sygeplejefagligt personale med høj faglighed og bred erfaring, da de arbejder meget selvstændigt. I alt er 12 sygeplejersker og en social- og sundhedsassistent tilknyttet som arbejder på tværs af døgnplasserne og mobilteamet. Der er ikke tilknyttet en fast læge til

døgnpladserne. Behandlingsansvaret varetages i samarbejde med de ambulante enheder og de lokale psykiatriske sengeafsnit.

Da døgnpladserne fungerer som et behandlingssted uden egen læge, er det en forudsætning, at patienterne allerede er tilknyttet psykiatrien i forvejen. Det betyder, at patienter på døgnpladserne enten er ambulante patienter med tilknytning til et psykiatrisk ambulatorium, hvor den respektive behandlingsansvarlige overlæge fortsat har ansvaret, eller at de kommer direkte fra en indlæggelse. I sidstnævnte tilfælde bevarer den udskrivende læge fra sengeafsnittet behandlingsansvaret under opholdet på døgnpladserne.

Derudover er der et tæt samarbejde med kommunalt ansatte sundhedsfaglige medarbejdere, som er tilknyttet de kommunale pladser.

Døgnpladserne blev etableret i et samarbejde mellem Regionspsykiatrien Gødstrup og kommunerne Holstebro, Lemvig og Struer. Ved udgangen af 2023 og udgangen af 2024 trak henholdsvis Lemvig og Struer sig fra samarbejdet, hvorefter Holstebro Kommune fortsatte som den primære kommunale partner. De regionale pladser blev drevet af psykiatrien, mens kommunerne havde ansvar for de kommunale pladser. Den overordnede styring foregik i fællesskab gennem en samarbejdsaftale, der sikrede koordinering og en klar ansvarsfordeling mellem parterne.

Samarbejdet involverede flere aktører på tværs af sektorer. Der var et tæt samspil med mobilteamet, psykiatriske sengeafsnit og ambulatorier i Gødstrup, som varetog behandlingsansvaret for patienterne. Center for Sundhed spillede også en central rolle, da døgnpladserne er placeret i samme bygning som de kommunale akutpladser og midlertidige opholdspladser (MTO). Dette gjorde det muligt at trække på nattevagterne fra de kommunale pladser, som fungerede som backup for medarbejderne på døgnpladserne, blandt andet ved natlige opkald. Ved akutte eller voldsomme situationer var der desuden en aftale om, at specialcenter Skovvang kunne tilkaldes som ekstra assistance. Der var også etableret en nøgleboksordning, som gav politiet adgang ved behov.

Samarbejdet blev løbende udvidet og omfattede blandt andet et tættere samarbejde med udvidet bostøtte, der ligeledes havde lokaler i Center for Sundhed.

Der var et dagligt samarbejde mellem de regionale og kommunale enheder, hvor medarbejdere arbejdede tæt sammen og havde løbende dialog i dagligdagen. I opstartsfasen delte lederne kontor, hvilket fremmede kommunikationen og styrkede samarbejdet. Samarbejdet blev yderligere understøttet gennem fælles aftaler inden "mini-rapporter" om natten, der sikrede overlevering af vigtig information.

I begyndelsen af indsatsen blev der afholdt fælles morgenmøder, og i en periode var der faste personalemøder hver sjette uge. Aktuelt foregår fælles sparring hver fjortende dag i en time. Behovet for faste møder er blevet mindre i takt med, at organisationerne har fået mere erfaring med tilbuddet. Der foregår dog fortsat løbende ad hoc-drøftelser og sparring mellem de involverede parter efter behov.

Samarbejdet blev oprindeligt formaliseret gennem en samarbejdsaftale. Dette inkluderede specifikke roller og opgaver for de involverede parter. For nuværende opleves denne samarbejdsaftale ikke som værende styrende eller synlig i praksis.

Set i organisatorisk øjemed er der forskelle i samarbejdet, da regionen agerer under sundhedsloven mens de kommunale pladser er underlagt serviceloven. Det betyder, handlingsforskelle i praksis. Eksempelvis er der forskelle i måden man anser og håndterer en stærk suicidal patient, men også på, hvilke patienter man kan tage ind i forhold til rammer og vilkår på de forskellige afdelinger.

Skønt gradvis etablering af fælles retningslinjer mellem region og kommune, kræves der stadig en drøftelse ved de enkelte patienter, i forhold til eksempelvis behandlingsansvaret i forbindelse med brug af døgnpladserne.

Evaluering

Evalueringen blev planlagt, som en del af samarbejdsaftalen og gennemført med både kvantitative og kvalitative data:

- Statistikker over brugen af pladserne.
- Fokusgruppeinterviews med medarbejdere og borgere.
- Spørgeskemaundersøgelser blandt praktiserende læger.

Evalueringen blev gennemført af en arbejdsgruppe bestående af udviklingskonsulenter fra Region Midtjylland og de tre kommuner (se bilag 33.3). DEFACTUM leverede en kvalitativ evaluering af de ambulante døgnpladser (se bilag 33.4).

Der blev inkluderet individuelle telefoninterview for at nå borgere, som ikke kunne deltage i fokusgrupper på grund af transport, tidspunkter eller psykisk sårbarhed.

22 Midlertidige Psykiatriske Omsorgspladser (MPO)

Holstebro Kommune

Formål

Midlertidige Psykiatriske Omsorgspladser (MPO) er en kommunalt forankret, tværsektoriel indsats udviklet i samarbejde mellem Holstebro Kommune og Regionspsykiatrien Gødstrup. Indsatsen består af to midlertidige pladser målrettet borgere med psykiske lidelser og rusmiddelforbrug, som har behov for stabilisering og omsorg. MPO fungerer enten som et forebyggende alternativ til psykiatrisk indlæggelse eller som en overgang mellem udskrivelse og hjem.

Formålet med MPO-indsatsen var at tilbyde et alternativ eller supplement til psykiatrisk hospitalsindlæggelse for en målgruppe af særligt sårbare borgere med komplekse sociale og psykiske problemstillinger og rusmiddelforbrug. Indsatsen skulle dels fungere som en stabiliserende mellemstation efter afsluttet indlæggelse, dels som en forebyggende mulighed for borgere i akut forværring, hvor andre tilbud ikke var tilstrækkelige.

De overordnede mål var at:

- reducere målgruppens behov for indlæggelser i behandlingspsykiatrien,
- forkorte varigheden af eventuelle indlæggelser, og
- styrke struktur og stabilitet i borgernes hverdagsliv.

Herudover sigtede indsatsen mod at sikre en mere struktureret kontakt til professionelle aktører, forbedre borgernes helbredssituation, samt fremme tværfagligt og tværsektorielt samarbejde mellem Holstebro Kommune og Regionspsykiatrien Gødstrup.

Idéen til MPO-indsatsen opstod i regi af *Alliancen for den Nære Psykiatri* – et samarbejde mellem Region Midtjylland, de 19 midtjyske kommuner, PLO-Midtjylland samt bruger- og pårørendeorganisationer. Arbejdsgruppen, der havde til opgave at nytænke indsatsen for de mest udsatte borgere med psykiske lidelser og forbrug af rusmidler, identificerede et behov for nye løsninger i overgangszonen mellem psykiatrisk behandling og hjemlig kontekst.

Inspirationen til MPO-pladserne blev hentet fra de somatiske akutpladser, som flere kommuner allerede havde etableret, men som ikke inkluderede borgere med psykiatriske lidelser og rusmiddelproblematikker. Det vurderedes, at en tilsvarende pladstype med psykiatrisk og socialfaglig tilgang kunne imødekomme målgruppens behov bedre end de eksisterende tilbud.

Indsatsen kan betegnes som erfaringsdrevet, idet den opstod på baggrund af oplevet praksisnær viden om et udækket behov hos målgruppen og blev udviklet i tæt samspil mellem kommune og region. MPO repræsenterer således en lokalt forankret innovationspraksis med potentiale for regional spredning.

Målgruppe

Målgruppen for MPO var funktionelt hjemløse borgere med psykiske lidelser og rusmiddelforbrug, som befandt sig i en ustabil livssituation og havde behov for en midlertidig, struktureret og omsorgsfuld indsats. Konkret omfattede det:

- borgere, der var under udskrivelse fra regionspsykiatrien, hvor den intensive behandling var afsluttet, men hvor det vurderedes, at de ikke kunne klare sig i egen bolig,
- samt borgere, som i eget hjem, på gaden, på forsorgshjem eller lignende oplevede en forværring, der kunne føre til indlæggelse, hvis der ikke blev etableret stabilitet.

Målgruppen var karakteriseret ved komplekse problemstillinger, herunder uafklarede psykiatriske diagnoser, ustabil bolig- og økonomisituation, manglende netværk, og hyppig kontakt med behandlings- og støttesystemer.

Indsatsen havde visse eksklusionskriterier for at sikre, at ophold på MPO-pladserne kunne gennemføres forsvarligt og med det rette sigte. Borgere med aktivt misbrug ved ankomst kunne ikke visiteres til indsatsen. Derudover skulle borgeren ved ankomst være i en psykisk tilstand, der ikke var præget af voldsomme vrangforestillinger eller udadreagerende eller selvskadende adfærd.

Der var ikke krav om, at alle karakteristika for målgruppen skulle være opfyldt samtidig, men der blev foretaget en individuel vurdering af, om borgerens situation matchede formålet med indsatsen. Indsatsen var afgrænset til borgere i Holstebro Kommune, og visitation kunne kun ske via godkendte fagprofessionelle fra kommunen eller psykiatrien.

Materialer brugt i indsatsen

Som en del af evalueringen blev der udarbejdet en principbaseret metodebeskrivelse, som beskriver, hvordan indsatsen kan omsættes i praksis ud fra både et borgerrettet og et organisatorisk perspektiv. Beskrivelsen indeholder syv centrale principper for praksis og er udgivet som en selvstændig publikation.

Designbeskrivelsen fremgår af evalueringsrapporten fra Metodecentret:

Møller, S.Ø. (2023). *Fra zoneindsats til samstemt forløb – Fremskudte indsatser og midlertidige psykiatriske omsorgspladser: Principper for praksis.*

Der blev anvendt registrerings- og forbrugsskemaer ved ind- og udskrivning af borgere. Disse blev udfyldt af MPO-medarbejdere i dialog med borgeren og indeholdt information om borgerens situation, forbrugsmønstre og udvikling.

Indhold i indsatsen

Indsatsen bestod af et midlertidigt ophold på op til otte uger på en MPO-plads, hvor borgerne modtog individuelt tilpasset støtte med fokus på omsorg, stabilisering og struktur i hverdagen. Indholdet omfattede blandt andet støtte til medicinadministration, økonomi, gæld, bolig, kontakt til myndigheder og sundhedsindsatser. Der var adgang til sygeplejefaglig og socialfaglig ekspertise, og MPO-medarbejderne indgik i tæt samarbejde med både kommunale og regionale aktører. Indsatsen blev desuden suppleret af en fremskudt, opsøgende indsats, som foregik i borgerens eget miljø.

Borgerne blev mødt enten på selve MPO, som var fysisk placeret på Specialcenter Skovvang i Holstebro Kommune, eller i eget nærmiljø gennem den supplerende fremskudte, opsøgende indsats eksempelvis i eget hjem, på forsorgshjem eller væresteder.

Selve opholdet på MPO-pladsen foregik i kommunalt regi. Den fremskudte indsats foregik i borgernes nærmiljø og involverede aktører fra både kommune og psykiatri. Desuden fandt en del opfølgende og koordinerende møder sted med eksterne aktører som sagsbehandlere, misbrugsbehandlere og bostøttemedarbejdere.

I alt 27 var borgere indskrevet på Midlertidige Psykiatriske Omsorgspladser (MPO) i projektperioden. Derudover var nogle borgere også i kontakt med den fremskudte, opsøgende indsats. Borgerne var som udgangspunkt indskrevet én gang i MPO-indsatsen. Et ophold på MPO-pladsen havde en varighed på op til otte uger, afhængigt af borgerens situation og progression. Den gennemsnitlige opholdsvarighed for borgere på MPO-pladsen var cirka 42 dage (svarende til seks uger). Opholdets længde blev tilpasset individuelt og kunne afsluttes tidligere, hvis formålet var opfyldt.

Aktører og organisering

MPO-indsatsen blev igangsat som et projekt, der startede op den 1. januar 2021 og blev afsluttet den 30. september 2022. Efter afslutning af projektet ønskede man, med baggrund i erfaringerne herfra og fra Røde Kors' omsorgscentre i København, Aarhus og Middelfart, at etablere et omsorgscenter i Holstebro for hjemløse og funktionelt hjemløse med akut plejebehov. Røde Kors skulle drive centeret og samarbejde med Holstebro Kommune herom. Røde Kors trak sig imidlertid fra projektet efter modstand fra borgere i nærområdet, hvor centeret skulle ligge. Røde Kors har aktuelt planer om at etablere et center i Herning Kommune.

I Holstebro Kommune bruger man erfaringerne fra MPO-projektet i de indsatser, som indgår i opgaveløsningen omkring målgruppen. Bl.a. arbejdes metodisk på lignende vis i nogle af §110 opholdene, om end der ikke er den faste koordinering med regionen, som det var tilfældet i projektet. Der er fortsat fokus på at sikre et tæt samarbejde med behandlingspsykiatrien med de muligheder, der er herfor, når der ikke er projektmidler og særskilte indsatser i den forbindelse. F.eks. er der faste besøg fra regionen 1 gang månedligt på Skovvangs tilbud ift. de borgere, som har en koordinationsplan.

MPO-indsatsen blev bemandet med medarbejdere med sundhedsfaglig og socialfaglig baggrund – særligt sygeplejersker og social- og sundhedsuddannede med erfaring fra psykiatrisk pleje, misbrug, socialrådgivning, opsøgende arbejde og tværfaglig koordinering. Disse fagligheder blev valgt, fordi målgruppen havde komplekse behov relateret til både psykisk sygdom, social udsathed og rusmiddelbrug, og fordi arbejdet krævede kompetencer i både relationsarbejde og systemnavigation. Desuden var der tæt kobling til kommunens socialsygeplejeteam og andre aktører i socialpsykiatrien.

Indsatsen var organiseret i et tværsektorielt samarbejde mellem Holstebro Kommune og Regionspsykiatrien Gødstrup i Region Midtjylland. Holstebro Kommune havde det overordnede ansvar for drift og organisering, idet MPO-pladserne var fysisk og organisatorisk forankret på Specialcenter Skovvang under kommunens Socialafdeling. Regionspsykiatrien Gødstrup bidrog bl.a. med faglig sparring, data til evaluering og henvisning af borgere.

Kommunikation og koordination foregik gennem fælles tværfaglige sparringsmøder mellem MPO-medarbejdere og ansatte fra psykiatrien. Møderne skulle understøtte fælles forståelse af borgerforløb, koordinering af indsats og drøftelse af konkrete cases.

Der var etableret faste mødefora for tværfaglig sparring om konkrete borgersager, hvor både kommune og region deltog. Samarbejdet var primært organiseret uformelt, der var dog f.eks. aftaler om fælles review- og sparringsmøder. Evalueringen fremhæver behovet for mere formaliserede strukturer for at sikre et mere bæredygtigt samarbejde på længere sigt.

Evaluering

Evalueringen af var en integreret del af pilotprojektet. Allerede ved projektets start blev det planlagt, at indsatsen skulle evalueres med fokus på både borgerperspektiv, implementering og organisatoriske forhold. Der blev udarbejdet et evalueringsdesign, som omfattede både kvalitative og kvantitative datakilder, herunder ind- og udskrivningsskemaer, interviews og spørgeskemaer.

Evalueringen blev fulgt løbende gennem projektperioden, og resultaterne skulle anvendes til at vurdere, om indsatsen havde den ønskede effekt, og om der var grundlag for videreførelse.

Metodecentret havde ansvar for gennemførelsen af den samlede evaluering. De anvendte en praksisnær og brugerinvolverende evalueringsmodel med inspiration fra virkningsevaluering. Evalueringen blev tilrettelagt ud fra et princip om at kombinere systematisk dokumentation (fx forbrugs- og funktionsskemaer) med kvalitative metoder, herunder interviews med borgere og fagpersoner. Derudover blev der udarbejdet en principbaseret metodebeskrivelse, der også havde til formål at understøtte refleksion og evaluering i praksis.

Evalueringen blev gennemført i overensstemmelse med det planlagte design. Metodecentret indsamlede og analyserede data fra følgende kilder:

- Ind- og udskrivningsskemaer for alle borgere i MPO
- Interviews med borgere, medarbejdere og ledere
- Spørgeskemaer rettet mod samarbejdspartnere
- Observationer og dialog med praksisfeltet

Evalueringen havde fokus på både effekter for borgerne, samarbejdsrelationer og organisatoriske læringspunkter. Resultaterne blev samlet i en afsluttende rapport i 2023.

Ud over Metodecentret og projektets egne medarbejdere bidrog borgere, ledere, MPO-medarbejdere og samarbejdspartnere fra både kommune og region til evalueringen. Der blev gennemført interviews med alle disse aktørgrupper som led i det kvalitative datagrundlag. Derudover indgik aktører fra Alliancen for den Nære Psykiatri i drøftelser om spredning og perspektivering af resultaterne.

23 Akutordning

Ikast-Brande Kommune

Formål

Akut-tilbuddet i Ikast-Brande Kommune er et lokalpsykiatrisk tilbud, som yder støtte til psykisk sårbare borgere uden at inkludere psykiatrisk behandling. Tilbuddet består af telefonisk rådgivning, støttesamtaler og muligheden for én overnatning pr. måned. Formålet er at give støtte og vejledning til borgere med psykiske udfordringer, såsom ensomhed, angst eller andre problemer, for at hjælpe dem med at tackle disse udfordringer og forebygge yderligere forværring.

Målgruppe

Psykisk sårbare borgere, der bor i eget hjem i Ikast-Brande Kommune, og som er visiteret af myndighedsafdelingen i psykiatri og handicap.

Materialer brugt i indsatsen

Der er udarbejdet en informationsfolder målrettet borgere i målgruppen. (Se bilag 23.1)

Indhold i indsatsen

Indsatsen indeholder telefonrådgivning, støttesamtaler og én overnatning pr. måned for visiterede borgere.

Telefonisk rådgivning: Borgerne kan kontakte akutfunktionen telefonisk i tidsrummet kl. 16.00-08.00. Under samtalen vurderer medarbejderen og borgeren sammen, hvilken støtte der er behov for. Telefonrådgivningen kan give umiddelbar støtte, vejledning og omsorg i akutte situationer, hvor borgeren oplever psykiske udfordringer som angst, ensomhed eller uro.

Støttesamtaler i trygge omgivelser: Hvis telefonrådgivningen vurderes utilstrækkelig, kan borgeren tilbydes en fysisk samtale på en af de to lokationer: Ørbæklund i Brande eller Mestrings- og Læringshuset i Ikast. Disse samtaler foregår i rolige omgivelser og har til formål at skabe en tryk ramme, hvor borgeren kan få støtte og redskaber til at tackle sine udfordringer. Samtalerne varetages af erfarne psykiatrimedarbejdere, som giver professionel omsorg og rådgivning.

Akut overnatning: Borgere, der vurderes at have behov for ekstra støtte, kan få tildelt én overnatning pr. måned på Ørbæklund. Overnatningen fungerer som en midlertidig løsning, hvor borgeren kan finde ro i trygge omgivelser. Borgeren bliver vækket senest kl. 8.00 og forlader derefter stedet. Formålet med overnatningen er at give akut aflastning og en pause fra belastende situationer i borgerens hverdag. Såfremt en borger har behov for flere overnatninger end én pr. måned, så er der mulighed for det efter aftale med myndighed.

Aktører og organisering

Medarbejdere: Medarbejdere med erfaring inden for psykiatri varetager indsatsen.

Organisering: Indsatsen varetages af Center for Psykiatri og Udvikling i Ikast-Brande Kommune med to lokationer: Ørbæklund og Mestrings- og Læringshuset.

Der er udarbejdet en samarbejdsaftale omkring akut-tilbuddet. Samarbejdsaftalen beskriver, hvordan ansvaret for indsatsen er organiseret og koordineret mellem Ørbæklund og Team 2 i Mestrings- og Læringshuset i Ikast-Brande Kommune. Overordnet set fastlægger aftalen:

Tidsfordeling af ansvaret:

- Ørbæklund varetager akut-tilbuddet fra kl. 16.00-08.00 alle ugens dage for borgere indskrevet på Ørbæklund og overtager også ansvaret for borgere fra Mestrings- og Læringshuset efter kl. 23.00.
- Team 2 i Mestrings- og Læringshuset er ansvarlige for akut-tilbuddet i tidsrummet kl. 16.00-23.00 for borgere indskrevet her.

Koordination ved overnatning:

- Når en borger fra Mestrings- og Læringshuset har behov for overnatning, kontaktes Team 2 Ørbæklund for at sikre, at der er plads, og arrangerer derefter transport for borgeren med taxa.
- Hvis borgere efter kl. 23 har behov for en samtale eller en overnatning så kontaktes Ørbæklunds nattevagter, som sørger for at bestille taxa.
- Specifikke detaljer om betaling af taxa, herunder brug af EAN-nummer, er fastlagt for at sikre korrekt afregning.

Dokumentation:

- Alle borgere, der deltager i akut-tilbuddet, skal have en funktionsbeskrivelse registreret i journalsystemet.
- Ørbæklund er ansvarlig for at registrere opkald og overnatninger for borgere fra både Ørbæklund og Mestrings- og Læringshuset.

Evaluering

Ubesvaret

24 Udslusning fra botilbud

Ikast-Brande Kommune

Formål

Formålet med Udslusningsforløbet i Socialpsykiatrien er at forberede borgeren på livet i egen bolig ved at skabe struktur og tryghed i overgangen samt sikre et målrettet og struktureret samarbejde mellem botilbud og bostøtte.

Indsatsen sikrer en tryk overgang for borgere, der fraflytter botilbud til egen bolig. Forløbet strækker sig over op til tre måneder, hvor en kontaktperson fra botilbuddet fortsat støtter borgeren og sikrer en smidig overlevering til fremtidig bostøtte. Erfaringer viser, at især unge borgere har haft stor gavn af indsatsen, som har bidraget til en stabil overgang og minimering af tilbagefald.

Målgruppe

Målgruppen er borgere med psykiske sårbarheder, der fraflytter botilbud og skal overgå til en mere selvstændig boform.

Materialer brugt i indsatsen

Ubesvaret

Indhold i indsatsen

Udslusningen fra botilbud til egen bolig i Ikast-Brande Kommunes socialpsykiatri er tilrettelagt i faser og med faste elementer, der skaber tryghed og struktur for borgeren. Forløbet har fokus på tæt samarbejde, individuel tilpasning og gradvis overlevering af støtte.

1. Et forløb i faser med faste mødepunkter

Udslusningsforløbet er inddelt i faser, hvor borgerens udvikling og behov løbende følges og vurderes. Der afholdes tre centrale møder:

Møde 1 – Før udflytning (Fase 1)

- Formål: Afklaring af fremtidigt støttebehov (efter §82 eller §85).
- Deltagere: Borgeren, pårørende/netværk, kontaktperson, teamleder fra botilbuddet, sagsbehandler og teamleder fra Netværks- og Udviklingshuset.

Møde 2 – Efter udflytning (Slutningen af Fase 2)

- Formål: Overlevering til fremtidig støtteinstans.
- Deltagere: Som ved første møde, dog kan sagsbehandler undlades, hvis ikke relevant.

Møde 3 – Afslutning (Fase 4)

- Formål: Evaluering af forløbet og evt. plan for varig bostøtte.
- Deltagere: Borgeren, kontaktperson, netværk og teamleder fra Netværks- og Udviklingshuset.

2. Individuel støtte i op til tre måneder

Efter udflytningen får borgeren støtte fra en kendt kontaktperson fra botilbuddet i op til tre måneder. Denne støtte kan omfatte:

- Hjælp til at komme på plads i den nye bolig
- Skabelse af struktur i hverdagen
- Gradvis overdragelse til den kommende bostøtte

Støttens omfang er fastlagt inden for en ramme, men justeres løbende efter borgerens behov.

3. Tæt koordination mellem aktører

Udslusningen sker i tæt samarbejde mellem botilbud, myndighed og bostøtte:

- Botilbuddet tager initiativ til opstart af forløbet.
- Myndighedsafdelingen håndterer visitation og økonomiske bevillinger.
- Overlevering til bostøtten sker gradvist gennem fælles møder og koordinering.

4. Individuel tilpasning

Forløbet er fleksibelt og kan justeres ud fra borgerens behov. Det betyder f.eks., at overgangsperioden kan forlænges eller forkortes efter individuel vurdering.

Botilbud og bostøtte samarbejder løbende om at justere indsatsen, så den matcher borgerens aktuelle støttebehov.

5. Fokus på læring, mestring og selvstændighed

Målet med udslusningsforløbet er at støtte borgeren i at opnå øget selvstændighed og mestring i hverdagen.

Mestrings- og Læringshuset Ikast spiller en vigtig rolle i denne proces ved at tilbyde relevante forløb og støtte, der styrker borgerens kompetencer og selvtillid.

Aktører og organisering

Medarbejdere:

Botilbuddets teamleder og kontaktperson: Ansvarlige for planlægning og overlevering.

Bostøtte: Modtager borgeren efter udslusningsforløbet.

Sagsbehandlere fra myndighedsafdelingen: Godkender støtteforløb og deltager i møder.

Organisering: Udslusningsforløbet i Socialpsykiatrien i Ikast-Brande Kommune er organiseret som et struktureret samarbejde mellem botilbud, bostøtte og myndighedsafdelingen.

Der er udarbejdet en samarbejdsaftale mellem udfører og myndighed.

Evaluering

Siden 2018 og til og med november 2024 er 34 borgere er fraflyttet botilbuddet. Cirka halvdelen af borgerne har modtaget et udslusningsforløb.

Der evalueres i handleplanen, ved udflytning, ved faseovergange og ved afslutning.

Formelle opfølgingsmøder afholdes mellem botilbud, bostøtte og myndighed.

Erfaringerne viser, at borgerne har været meget tilfredse med at have en kendt kontaktperson med i overgangen.

25 Åben rådgivning

Ikast-Brande Kommune

Formål

Åben rådgivning er et lokalt udviklet tilbud i Aktivitets- og samværstilbuddet i Ikast-Brande Kommune, hvor psykisk sårbare borgere kan få støtte og vejledning til at håndtere hverdagsudfordringer uden tidsbestilling. Det er et lavtærskeltilbud, der fokuserer på hjælp til selvhjælp.

Formålet er at støtte borgere i at mestre deres hverdag ved at give dem konkrete værktøjer og vejledning til at håndtere udfordringer som strukturering af dagligdagen, kontakt med myndigheder og digitale løsninger.

Målgruppe

Målgruppen er psykisk sårbare borgere over 18 år, som har behov for hjælp og vejledning til praktiske eller personlige udfordringer.

Materialer brugt i indsatsen

Der er udarbejdet en informationsfolder (se bilag 25.1).

Der er udarbejdet et dokument med informationer om aktiviteterne i tilbuddet (se bilag 25.2).

Indhold i indsatsen

Rådgivningen inkluderer støtte til:

- At mestre hverdagen og strukturere den.
- At bruge mestringsstrategier til at håndtere psykiske udfordringer.
- Kontakt til myndigheder som egen læge eller offentlige instanser.
- Hjælp til brug af digitale værktøjer som e-Boks eller telefon.
- Forståelse af officielle breve og dokumenter.

Aktører og organisering

Åben rådgivning varetages af væresteds-medarbejdere med sundheds- og socialfaglig baggrund. På Ørbæklund indgår også en peermedarbejder, der bidrager til rådgivningsarbejdet.

Åben rådgivning er etableret under Aktivitetscenter Socialpsykiatrisk Center Syd og Socialpsykiatrisk center nord. Åben rådgivning har åbent to gange om ugen, tirsdag og torsdag, kl. 14.30-16.00. Rådgivningen fungerer som et først-til-mølle-tilbud uden tidsbestilling.

Evaluerings

Ubesvaret

26 Fremskudt sagsbehandling

Struer kommune

Formål

En forebyggende indsats tæt på mennesker med sociale eller psykiske udfordringer. Målet er hurtig iværksættelse af sagsbehandling og styrkelse af samarbejdet mellem borgeren og eksterne aktører, såsom jobcenteret, behandlingspsykiatrien, og politiet.

Målgruppe

Mennesker med sociale eller psykiske udfordringer, som har brug for en helhedsorienteret og tilgængelig sagsbehandling.

Materialer brugt i indsatsen

Ubesvaret

Indhold i indsatsen

Traditionelle sagsbehandlingsprocesser kan ofte opleves som distancerede og utilgængelige, hvilket resulterer i, at borgerne ikke får den nødvendige støtte i tide. Derudover skaber den klassiske opdeling mellem borger og myndighed en asymmetrisk magtrelation, der kan forstærke følelsen af afmagt og mistillid i borgerens møde med systemet. For at imødekomme denne udfordring er socialrådgivere placeret der, hvor borgerne færdes i deres dagligdag – i værestedet Jens Skippers Hus, i Mestring og Forebyggelse samt på botilbud. Denne model sikrer en tættere og mere kontinuerlig kontakt mellem sagsbehandler og borger, hvilket styrker relationen og understøtter en hurtigere og mere præcis indsats. Ved at møde borgerne i deres vante miljø skabes en mere uformel platform for interaktion, hvor dialogen er mindre præget af bureaukratiske barrierer. Denne tilgang bidrager til at nedbryde den traditionelle magtforskydning mellem myndighed og borger, hvilket fremmer en mere tillidsfuld og konstruktiv relation.

Aktører og organisering

Socialrådgivere med stor erfaring indenfor psykiatri og med stærke relationelle kompetencer.

Organisering: Fagligt Forum er et ugentligt møde, der fungerer som en tværfaglig platform til at drøfte komplekse borgersager, hvor traditionelle løsninger ikke er tilstrækkelige. Formålet er at forhindre, at borgere falder mellem to stole ved at samle relevante aktører på tværs af sociale og psykiatriske indsatser.

Fagligt Forum skaber en ramme for fælles vidensdeling, dialog og udvikling, hvor sagsbehandlere kan fremlægge sager for et tværfagligt team og modtage sparring om ressourcer, udfordringer og løsninger. Møderne afholdes hver torsdag fra kl. 13 til 15, og sagsbehandlere kan booke tid i kalenderen for at få deres sager drøftet. Forummet har en tretrinnsmodel, som giver mulighed for at bringe sager op flere gange, inden de sendes til visitation. Dette sikrer, at sagerne er gennemarbejdede og står stærkt ved visitation, hvilket reducerer afslag og skaber en mere effektiv proces.

Det er ikke kun et besluningsrum, men også et udviklingsforum, hvor nye og innovative løsninger drøftes. Fokus er på borgernes behov, drømme og livssituationer frem for udelukkende at diskutere lovgivning og paragraffer. Dette bidrager til at skabe mere helhedsorienterede og kreative løsninger til gavn for borgerne.

Evaluering

Ubesvaret

27 Hjemmevejledning/bostøtte jf. SEL §85

Struer kommune

Formål

Indsatsen har til formål at yde socialpædagogisk bistand til hjælp, omsorg, støtte og optræning med fokus på at udvikle borgerens færdigheder og fremme selvhjulpethed på både praktisk og personligt plan samt forebyggelse af yderligere funktionstab. Indsatsen er individuel og behovsbaseret.

Målgruppe

Borgere, der har behov for socialpædagogisk støtte til at mestre hverdagen og udvikle eller vedligeholde deres færdigheder.

Materialer brugt i indsatsen

Ubesvaret

Indhold i indsatsen

Indsatsen kan omfatte:

- Optræning og udvikling af ADL-færdigheder.
- Støtte til besøg hos læge, psykiater, tandlæge mv.
- Støtte til økonomisk overblik og planlægning.
- Ledsagelse til sport, fritid, kultur, aktivitets- og samværstilbud.
- Pædagogisk ledsagelse til ferie i grupper.
- Social træning og mestringsstrategier.
- Psykoedukation og NADA-behandling.
- Støttende samtaler ("Jeg-støttende samtale").
- Forebyggelsesstrategier mod yderligere funktionstab.

Aktører og organisering

Socialpædagogiske medarbejdere har fysisk placering i værestedet Jens Skippers Hus.

Organisering: Fagligt Forum er et ugentligt møde, der fungerer som en tværfaglig platform til at drøfte komplekse borgersager, hvor traditionelle løsninger ikke er tilstrækkelige. Formålet er at forhindre, at borgere falder mellem to stole ved at samle relevante aktører på tværs af sociale og psykiatriske indsatser.

Fagligt Forum skaber en ramme for fælles vidensdeling, dialog og udvikling, hvor sagsbehandlere kan fremlægge sager for et tværfagligt team og modtage sparring om ressourcer, udfordringer og løsninger. Møderne afholdes hver torsdag fra kl. 13 til 15, og sagsbehandlere kan booke tid i kalenderen for at få deres sager drøftet.

Forummet har en tretrinnsmodel, som giver mulighed for at bringe sager op flere gange, inden de sendes til visitation. Dette sikrer, at sagerne er gennemarbejdede og står stærkt ved visitation, hvilket reducerer afslag og skaber en mere effektiv proces. Fagligt Forum er ikke kun et beslutningsrum, men også et udviklingsforum, hvor nye og innovative løsninger drøftes. Fokus er på borgernes behov, drømme og livssituationer frem for udelukkende at diskutere lovgivning og paragraffer. Dette bidrager til at skabe mere helhedsorienterede og kreative løsninger til gavn for borgerne.

Evaluering

Ubesvaret

28 Mestring og forebyggelse

Struer kommune

Formål

Formålet med indsatsen er at støtte borgerne i at opnå bedre livskvalitet, øget selvstændighed og en styrket evne til at navigere i deres hverdag. Dette opnås gennem samarbejde, hvor borgeren selv er en aktiv deltager i at definere mål og indsatsområder. Ved at opbygge mestringsevner og reducere psykisk og social belastning bliver borgerne bedre rustet til at tage ansvar for deres eget liv.

Indsatser udvikles gennem en behovsdrivet og fleksibel proces, hvor der løbende identificeres områder, der kræver nye tilbud eller overgange for at sikre, at ingen borgere falder mellem to stole. Når udfordringer i eksisterende praksis opdages, arbejdes der aktivt på at finde løsninger, der understøtter en mere sammenhængende og helhedsorienteret indsats. Dette iterative udviklingsarbejde er forankret i en borgercentreret tilgang, hvor tilpasning og forbedring sker i takt med, at nye behov opstår i praksis.

Målgruppe

Borgere med nedsat psykisk funktionsevne eller sociale problemer, som forhindrer dem i at leve et aktivt og sundt liv. Borgeren skal have potentiale for forbedring gennem forebyggende og helhedsorienterede indsatser.

Materialer brugt i indsatsen

Ubesvaret

Indhold i indsatsen

Indsatsen er baseret på en helhedsorienteret tilgang, hvor borgerens egne problemstillinger og ressourcer udgør fundamentet for tilrettelæggelsen af forløbene. Ved opstart oplever mange borgere et forhøjet stressniveau og en tilstand af øget arousal i nervesystemet. For at reducere disse belastninger initieres forløbet typisk med NADA-behandling og et mindfulness-program, der understøtter regulering af nervesystemet og fremmer indre stabilitet. Den initiale fase af interventionen skaber de nødvendige forudsætninger for, at borgeren kan indgå i en efterfølgende lærings- og forandringsproces.

Efter den initiale stabilisering kan borgerne gradvist introduceres til andre interventioner, der passer til deres behov og mål. Dette kan blandt andet inkludere deltagelse i metakognitive gruppeforløb eller ACT-baserede (Acceptance and Commitment Therapy) aktiviteter. Disse forløb er designet til at give borgerne konkrete værktøjer til at håndtere udfordringer og styrke deres evne til at opnå varig livskvalitet og mestring i hverdagen.

Forløbene er opbygget i trin, hvor hver fase understøtter borgerens progression. Indsatserne tilpasses løbende, hvilket sikrer, at de matcher borgerens aktuelle behov. Eksempelvis kan der startes med individuelle samtaler, hvis borgeren har brug for ekstra støtte, inden de deltager i gruppeforløb. Gruppeforløb kan vare op til 12 måneder, mens individuelle forløb typisk varer 1-6 måneder. Fokus er på at skabe varige forandringer gennem en kombination af beroligende, læringsorienterede og praksisnære metoder. Ved at tage udgangspunkt i borgerens drømme, behov og udfordringer sikrer indsatsen, at den støtter borgeren i at opnå øget selvstændighed og livsmestring.

Aktører og organisering

Teamet består af pædagoger, ergoterapeuter og psykoterapeuter med specialkompetencer i psykosocial rehabilitering og erfaring med relations arbejde.

Inddragede sektorer omfatter jobcentre, sundhedsområder, uddannelsessteder, regionspsykiatri, praktiserende læger og sociale viceværter. Koordineringen sker med udgangspunkt i borgerens behov.

Kommunikationen om det tværsektorielle samarbejde sker gennem flere etablerede mødefora, som sikrer en struktureret og helhedsorienteret tilgang til borgernes behov:

PSP-møder (Politiet, Socialområdet og Psykiatrien):

Disse møder afholdes regelmæssigt, typisk seks til syv gange om året, og fungerer som et forum for at drøfte komplekse sager med borgere på kanten af samfundet, herunder borgere med psykiatriske lidelser, misbrug eller sociale udfordringer. Møderne faciliteres af en tovholder fra fremskudt sagsbehandling, og der deltager repræsentanter fra politiet, behandlingspsykiatrien og sociale indsatser. På møderne aftales konkrete handlinger for hver borgersag, herunder eventuel opfølgning og koordinering af indsatser.

Dialogfora for komplekse sager:

Forløb, hvor der identificeres behov for en mere omfattende indsats, diskuteres i et fagligt dialogforum. Her deltager repræsentanter fra myndighedsområdet, leverandører og andre relevante aktører, afhængigt af sagernes kompleksitet. Disse møder bruges til at vurdere behovet for justeringer eller en omlægning af indsatsen, eksempelvis fra §82 til §85.

Tværsektorielle samarbejds møder:

Der afholdes møder med lokalpolitiet, som fokuserer på særligt personfarlige borgere. Derudover er der regelmæssige samarbejds møder med jobcentre, sundhedsområder og sociale viceværter. Disse møder sikrer, at indsatsen er koordineret på tværs af sektorer, og at borgerne får støtte, der er skræddersyet til deres behov.

Forløbenes varighed varierede fra 1-6 måneder for individuelle aktiviteter, mens gruppeforløb ofte varede op til 12 måneder. For nogle borgere blev der etableret brush-up-sessioner for at vedligeholde læring og undgå tilbagefald.

Evaluering

Indsatsen evalueres gennem brug af selvvurderingsskemaer, som er lokalt udviklet og giver borgerne mulighed for at reflektere over deres egen progression. I forbindelse med de metakognitive forløb anvendes desuden psykolog Linda Burlan Sørensens selvevalueringsskema, som giver både borgerne og de fagprofessionelle værdifuld indsigt i, hvor der er behov for yderligere støtte eller justeringer. Evalueringsskemaet til autisme gruppeforløb er indsat som bilag (se bilag 28.1). Eksempelvis har evalueringerne vist, at deltagelse i mindfulness og NADA-forløb har en markant positiv effekt på borgernes søvnkvalitet og mentale overskud.

Ved afslutningen af gruppeforløbene foretages en samlet vurdering af borgernes udbytte for at sikre, at de er i stand til at videreføre deres læring selvstændigt og anvende de tilegnede værktøjer i deres dagligdag.

29 Støtte-/kontaktperson

Struer kommune

Formål

Indsatsens formål er at bryde borgernes sociale isolation og støtte dem i at opbygge og fastholde kontakt til omverdenen ud fra deres egne behov, så de bliver mere selvhjulpne og kan benytte samfundets almindelige tilbud.

Målgruppe

Isolerede sindslidende, socialt udsatte misbrugere og hjemløse borgere.

Materialer brugt i indsatsen

Ubesvaret

Indholdet i indsatsen

Indsatsen er en helhedsorienteret og fleksibel intervention, der har til formål at understøtte borgere i sårbare situationer gennem en bred vifte af tilbud og koordinerede indsatser. Dette inkluderer ledsagelse til offentlige myndigheder, brobygning til aktivitets- og samværstilbud samt støtte til at skabe overblik over rettigheder og pligter. Der foretages udredning af behov for mere indgribende støtte, ligesom indsatsen omfatter bistand til genhusning og fastholdelse i permanent bolig. Derudover understøttes borgeren i at genoprette og fastholde kontakt til familie, venner og behandlingstilbud, samt i at koordinere kontakt til sociale tilbud, netværk og myndigheder.

En central del af indsatsen er det opsøgende arbejde, hvor kontakt etableres med borgere på baggrund af indikationer om behov eller direkte henvendelser. Disse henvendelser kan komme fra politiet, boligforeninger eller civilsamfundet. I visse tilfælde kan lokale politikere, der har et indgående kendskab til området, identificere tegn på mistriivsel, eksempelvis ved observation af længerevarende mørklægning af en bolig. I sådanne tilfælde foretager støttekontaktpersonen et hjemmebesøg med henblik på at vurdere borgerens situation og behov for yderligere støtte. Praktiserende læger kan ligeledes initiere en indsats gennem henvendelse.

Ved modtagelse af denne type sager gennemføres en initial vurdering, der skal afklare, om sagen kræver myndighedsbehandling, eller om der kan iværksættes en ikke-visiteret indsats. Formålet med denne hurtige vurdering er at sikre en effektiv og rettidig intervention, der tilpasses borgerens specifikke behov og sikrer, at den rette hjælp ydes på det mest hensigtsmæssige niveau.

Møder foregår enten i borgernes hjem eller der, hvor borgeren opholder sig, samt i Jens Skippers Hus.

Aktører og organisering

Støtte-/kontaktpersoner placeret i værestedet Jens Skippers Hus.

Indsatsen involverede flere sektorer, herunder socialpsykiatrien, boligforeninger, politiet, praktiserende læger samt civilsamfundet og lokale myndigheder.

Evaluerings

Ubesvaret

30 Tryghedsboliger

Struer kommune

Formål

Indsatsens formål er at fremme selvstændighed og trivsel samt forebygge ensomhed og sikre stabilitet i borgernes liv gennem en tryk ramme med let støtte.

Tryghedsboligerne tilbyder en fleksibel ramme, hvor borgeren betaler husleje samt forbrugsudgifter og kost på samme vilkår som andre borgere. Når borgeren føler sig i stand til at leve mere selvstændigt, understøttes overgangen af personalet. Indsatsen er forankret i servicelovens § 85 og har fokus på at yde mindst muligt indgribende støtte, der fremmer borgerens udvikling og selvstændiggørelse.

Målgruppe

Tryghedsboligerne er målrettet borgere, der oplever svære udfordringer med at bo alene på grund af angst og andre problematikker.

Materialer i indsatsen

Ubesvaret

Indhold i indsatsen

Indsatsen i tryghedsboligerne omfatter langvarigt ophold i et boligfællesskab, hvor borgerne har adgang til fællesfaciliteter såsom opholdsstuer, aktivitetsrum, træningsfaciliteter og fælles køkkener. Der tilbydes op til fire timers individuel støtte om ugen, leveret direkte i tryghedsboligen af personalet. Denne støtte tilpasses borgerens behov og bidrager til at skabe en stabil og tryk ramme, hvor beboerne kan opretholde en høj grad af selvstændighed og trivsel.

Aktører og organisering

Personale fra boligfællesskabet leverer den individuelle støtte.

Fagligt Forum er et ugentligt møde, der fungerer som en tværfaglig platform til at drøfte komplekse borgersager, hvor traditionelle løsninger ikke er tilstrækkelige. Fagligt Forum skaber en ramme for fælles vidensdeling, dialog og udvikling, hvor sagsbehandlere kan fremlægge sager for et tværfagligt team og modtage sparring om ressourcer, udfordringer og løsninger. Møderne afholdes hver torsdag fra kl. 13 til 15, og sagsbehandlere kan booke tid i kalenderen for at få deres sager drøftet.

Forummet har en tretrinnsmodel, som giver mulighed for at bringe sager op flere gange, inden de sendes til visitation. Dette sikrer, at sagerne er gennemarbejdede og står stærkt ved visitation, hvilket reducerer afslag og skaber en mere effektiv proces.

Fagligt Forum er ikke kun et beslutsrum, men også et udviklingsforum, hvor nye og innovative løsninger drøftes. Fokus er på borgernes behov, drømme og livssituationer frem for udelukkende at diskutere lovgivning og paragraffer. Dette bidrager til at skabe mere helhedsorienterede og kreative løsninger til gavn for borgerne.

Evaluering

Ubesvaret

31 Træningsbolig / Akutbolig i Voldgade 69

Struer kommune

Formål

Formålet med indsatsen er at vurdere og afklare borgerens fremtidige støttebehov i et kortvarigt forløb.

Baggrund: Indsatser udvikles gennem en behovsdrevet og fleksibel proces, hvor der løbende identificeres områder, der kræver nye tilbud eller overgange for at sikre, at ingen borgere falder mellem to stole. Når udfordringer i eksisterende praksis opdages, arbejdes der aktivt på at finde løsninger, der understøtter en mere sammenhængende og helhedsorienteret indsats. Dette iterative udviklingsarbejde er forankret i en borgercentreret tilgang, hvor tilpasning og forbedring sker i takt med, at nye behov opstår i praksis.

Målgruppe

Borgere med psykiatriske problematikker, som har behov for en afklaring af deres støttebehov eksempelvis efter et længere indlæggelsesforløb.

Materialer brugt i indsatsen

Ubesvaret

Indholdet i indsatsen

Et kortvarigt ophold i en træningsbolig med mulighed for observation og vurdering af borgerens støttebehov.

Aktører og organisering

Fagligt Forum er et ugentligt møde, der fungerer som en tværfaglig platform til at drøfte komplekse borgersager, hvor traditionelle løsninger ikke er tilstrækkelige. Fagligt Forum skaber en ramme for fælles vidensdeling, dialog og udvikling, hvor sagsbehandlere kan fremlægge sager for et tværfagligt team og modtage sparring om ressourcer, udfordringer og løsninger. Møderne afholdes hver torsdag fra kl. 13 til 15, og sagsbehandlere kan booke tid i kalenderen for at få deres sager drøftet.

Forummet har en tretrinnsmodel, som giver mulighed for at bringe sager op flere gange, inden de sendes til visitation. Dette sikrer, at sagerne er gennemarbejdede og står stærkt ved visitation, hvilket reducerer afslag og skaber en mere effektiv proces.

Fagligt Forum er ikke kun et beslutningsrum, men også et udviklingsforum, hvor nye og innovative løsninger drøftes. Fokus er på borgernes behov, drømme og livssituationer frem for udelukkende at diskutere lovgivning og paragraffer. Dette bidrager til at skabe mere helhedsorienterede og kreative løsninger til gavn for borgerne.

Evaluering

Ubesvaret

32 Værested – Jens Skippers Hus

Struer kommune

Formål

Formålet med værestedet, Jens Skippers Hus, er at skabe et trygt og inkluderende miljø for socialt udsatte borgere i Struer Kommune. Huset fungerer som et socialt træningssted, hvor borgerne anspores til at tage ansvar og modtage den nødvendige hjælp i trygge rammer. Der lægges vægt på at støtte borgerne i at tage små skridt i deres liv og opnå øget trivsel og stabilitet.

Huset fungerer som et bindeled til samfundet uden visitation eller registrering, og hjælper borgerne med at navigere i deres livssituation i eget tempo og på egne præmisser.

Indsætter udvikles gennem en behovsdrivet og fleksibel proces, hvor der løbende identificeres områder, der kræver nye tilbud eller overgange for at sikre, at ingen borgere falder mellem to stole. Når udfordringer i eksisterende praksis opdages, arbejdes der aktivt på at finde løsninger, der understøtter en mere sammenhængende og helhedsorienteret indsats. Dette iterative udviklingsarbejde er forankret i en borgercentreret tilgang, hvor tilpasning og forbedring sker i takt med, at nye behov opstår i praksis.

Målgruppe

Målgruppen er socialt udsatte borgere i Struer Kommune, som oplever komplekse og sammensatte udfordringer i deres liv. Det kan være mennesker præget af misbrug, psykiske lidelser, hjemløshed, kriser, eller andre forhold, der skaber afstand til et liv i normalsamfundet. Kræver ikke en visitation.

Materialer brugt i indsatsen

Ubesvaret

Indhold i indsatsen

Jens Skippers Hus fungerer som et socialt træningssted, hvor udsatte borgere tilbydes støtte og deltagelse i meningsfulde sociale fællesskaber. Fokus er på at skabe et trygt, inkluderende og stabilt miljø, hvor borgerne kan opnå trivsel og styrket livskvalitet gennem strukturerede aktiviteter og samvær. Som en fast del af dagligdagen serveres der gratis morgenmad kl. 09.00, hvilket fremmer en følelse af fællesskab og giver borgerne en fast struktur i hverdagen. Derudover arrangeres regelmæssige aktiviteter både i huset og på ture uden for huset, alle uden brugerbetaling, for at understøtte borgernes sociale integration og skabe oplevelser, der bidrager til deres mentale og sociale udvikling. Husets indretning understøtter et imødekommende og beroligende miljø. Det tilbyder både fællesarealer til socialt samvær og mindre rum, hvor borgerne kan trække sig tilbage for at finde ro og refleksion. Disse rammer skaber balance mellem fællesskab og individuel tryghed.

En central del af indsatsen er at transformere borgernes rolle fra passive modtagere til aktive deltagere i husets hverdag. Dette sker gennem inddragelse i beslutningsprocesser og praktiske opgaver, der matcher den enkeltes lyst og evner. Denne tilgang skaber ejerskab, ansvar og samhørighed, og hjælper borgerne med at tage næste skridt i deres liv.

Teoretisk ramme og metodisk tilgang:

Jens Skippers Hus bygger på de grundlæggende principper bag "De små skridts metode," udviklet af Landsforeningen af Væresteder i Danmark. Denne metode tager udgangspunkt i brugergruppens behov, værdier og drømme og understøtter en helhedsorienteret indsats. Huset fungerer som et fristed uden visitation eller registrering, hvilket nedbryder barrierer for borgernes deltagelse og sikrer respekt for deres unikke livssituationer.

I tråd med Guldægs-metaforen agerer Jens Skippers Hus som en katalysator for forandringer, både internt i værestedet og eksternt i samarbejdende indsatser som psykiatrien, arbejdsmarkedsrettede tilbud og familieafdelinger. Indsatsen fokuserer på at fremme sundhed, styrke sociale færdigheder og bygge bro til uddannelse og arbejdsmarked, hvilket skaber langvarige positive effekter for borgerne.



Praksis og aktiviteter

Hverdagen i Jens Skippers Hus er baseret på rummelighed og en grundlæggende accept af forskellighed. Brugere inddrages aktivt i beslutninger og opgaver, hvilket styrker deres følelse af ansvar og ejerskab. Medarbejderne giver "kærlige puf" for at anspore borgerne til at tage ansvar og udvikle sig, samtidig med at nødvendige støtteforanstaltninger er til rådighed.

Aktiviteterne i huset omfatter blandt andet gratis morgenmad, fællesarrangementer og udflugter, der fremmer sociale relationer og strukturerer borgernes hverdag. Denne kombination af støtte og fællesskab sikrer, at borgerne har adgang til en sammenhængende og tilpasset indsats.

Brobygning og helhedsorientering

Jens Skippers Hus fungerer som et centralt bindeled mellem borgerne og samfundets mange tilbud. Huset hjælper borgerne med at navigere i komplekse krav og forventninger fra det formelle system og understøtter en helhedsorienteret tilgang, hvor den enkelte borgers behov og ressourcer er i fokus. Ved at skabe samarbejde på tværs af sektorer som psykiatrien, arbejdsmarkedsindsatser og sociale tilbud sikrer værestedet, at borgernes trivsel og udvikling understøttes på alle niveauer.

Fleksibilitet og brugerfokus

Jens Skippers Hus anerkender, at brugerne har forskellige behov, baggrunde og ressourcer. Derfor prioriteres en fleksibel tilgang, hvor aktiviteter og støtte tilpasses den enkelte borgers ønsker og muligheder. Denne tilgang sikrer, at alle brugere oplever værestedet som relevant og meningsfuldt for deres udvikling.

Aktører og organisering

Flere indsatser har base i Jens Skippers Hus, herunder Støttekontaktperson-indsatsen, fremskudte sagsbehandlere, misbrugsbehandlere og medarbejdere tilknyttet Housing First-programmet. Disse fagpersoner arbejder tæt på borgerne, hvilket skaber en mere tilgængelig og sammenhængende indsats. Ugentlige møder som Fagligt Forum sikrer vidensdeling og tværfaglig sparring for at håndtere komplekse sager.

Fagligt Forum er et ugentligt møde, der fungerer som en tværfaglig platform til at drøfte komplekse borgersager, hvor traditionelle løsninger ikke er tilstrækkelige. Fagligt Forum skaber en ramme for fælles

vidensdeling, dialog og udvikling, hvor sagsbehandlere kan fremlægge sager for et tværfagligt team og modtage sparring om ressourcer, udfordringer og løsninger. Møderne afholdes hver torsdag fra kl. 13 til 15, og sagsbehandlere kan booke tid i kalenderen for at få deres sager drøftet.

Forummet har en tretrinnsmodel, som giver mulighed for at bringe sager op flere gange, inden de sendes til visitation. Dette sikrer, at sagerne er gennemarbejdede og står stærkt ved visitation, hvilket reducerer afslag og skaber en mere effektiv proces.

Fagligt Forum er ikke kun et beslutningsrum, men også et udviklingsforum, hvor nye og innovative løsninger drøftes. Fokus er på borgernes behov, drømme og livssituationer frem for udelukkende at diskutere lovgivning og paragraffer. Dette bidrager til at skabe mere helhedsorienterede og kreative løsninger til gavn for borgerne.

Evaluering

Ubesvaret

33 Døgnpladserne ved Psykiatrien i Nordvest

Regionspsykiatrien Gødstrup

Formål

De ambulante døgnpladser i Psykiatrien i Nordvest er et tilbud til borgere med psykisk sygdom eller sårbarhed, der har behov for kortvarige ophold i rolige rammer. Pladserne er en del af et samarbejde mellem Regionspsykiatrien Gødstrup og kommunerne Holstebro, Lemvig og Struer og er placeret i Center for Sundhed i Holstebro. Tilbuddet er fleksibelt og tilrettelægges individuelt, så brugerne kan få støtte uden at være indlagt på en psykiatrisk afdeling.

Indsatsen omfatter otte pladser, hvoraf fem er for borgere i behandling i regionspsykiatrien, der henvises via ambulante klinikker og døgnafsnit i Gødstrup, Mobilteam Holstebro eller Mobilteam Gødstrup, og tre er for borgere, der henvises fra egen læge eller hjemkommunen.

Formålet med de ambulante døgnpladser er at tilbyde borgere med psykisk sygdom eller sårbarhed et kortvarigt ophold af høj faglig kvalitet i trygge rammer. Indsatsen skal forebygge forværring, reducere behovet for indlæggelse og støtte borgerne i en sårbar periode ved at sikre stabilisering, omsorg og hjælp til at håndtere hverdagen.

Derudover er formålet at sikre en tidlig indsats i nærområdet, optimerer udnyttelsen af døgnpladserne og understøtter gode overgange og sammenhængende patientforløb.

Døgnpladserne ved Psykiatrien i Nordvest blev etableret i juni 2017 som en del af et samarbejde mellem Region Midtjylland og de tre nordlige kommuner i Gødstrupklyngen: Holstebro, Struer og Lemvig. Baggrunden for indsatsen var blandt andet placeringen af supersygehuset i Gødstrup, som skabte transportudfordringer for borgere i oplandet. Dette gav anledning til bekymring og en øget efterspørgsel på behandlingstilbud tættere på borgernes nærmiljø.

For at imødekomme disse udfordringer blev døgnpladserne udviklet som en del af en bredere indsats med fokus på at styrke forebyggelsen og sikre et mere fleksibelt og lettilgængeligt psykiatrisk tilbud i nærområdet. Indsatsen er både teori- og praksisdrivet.

Målgruppe

Patienter over 18 år, som oplever en let forværring i deres tilstand og har behov for en forebyggende indsats. Målgruppen inkluderer patienter i overgang fra indlæggelse til eget hjem eller patienter med behov for støtte i ambulante forløb og mobilteam. Borgerne skal være selvhjulpne og i stand til at administrere egen medicin.

Borgere med psykisk sygdom eller psykisk sårbarhed, der ikke har aktivt misbrug, er selvmordstruede eller udadreagerende. Tilbuddet gælder kun borgere aktuelt tilknyttet regionspsykiatrien Gødstrup. Se beskrivelse ovenfor:

Borgere tilknyttet et af de to mobilteams i hhv. Holstebro og Gødstrup

- Regionale døgnpladser: Borgere tilknyttet regionspsykiatrien
- Kommunale døgnpladser: Borgere over 18 år henvist fra sociale myndigheder, jobcentre eller egen læge, typisk med psykisk sårbarhed.

Materialer brugt i indsatsen

Der er udarbejdet informationsmateriale til patienterne (se bilag 33.1). Derudover er der lavet informationsmateriale til fagprofessionelle (se dette link: [Henvisning til Døgnpladserne ved Psykiatrien i Nordvest - RPG](#)) og en informationsfolder om brug af de brugerstyrede senge: 'Brugerstyret tilbud i psykiatrien Nordvest' (se bilag 33.2).

Desuden er der lavet en hjemmeside, som særligt også henvender sig til patienterne: [Ambulante døgnpadser](#)

Indhold i indsatsen

Indhold inkluderer stabilisering, psykoedukation, støttende samtaler, NADA-behandling, søvnunderstøttende behandling, og samarbejde med patientens netværk, mestringsstrategier, støtte til medicinopstart, opmærksomhed på både fysisk og psykisk helbred.

- Fysiske rammer: Egen stue og små fælleslokaler.
- Indhold: Individuelt tilpassede ophold med fokus på søvn, ro og recovery, samt støtte fra medarbejdere i psykiatrien og kommunerne. Der tilbydes NADA-behandling og hjælp til at kontakte andre instanser.
- Regionale pladser: Støtte og opfølgning evt. gennem mobilteam Holstebro efter opholdet. Det kan være en mulighed, men det er ikke alle patienter, som får dette
- Kommunale pladser: Struktur og støtte gennem et nært samarbejde mellem kommunen og borgeren. Indsatsen fokuserer på at give en tryk og støttende ramme.

Tal fra 2020-2021 viser følgende deltagelse:

- Regionale pladser: 205 borgere i 2020 og 156 borgere i 2021, med variation mellem kommunerne.
- Kommunale pladser: 48 borgere i 2020 og 56 borgere i 2021.

Der oplyses at være en belægningsgrad på 25%. Der er ikke oplyst nyere tal for projektet. Opholdet varer op til 5 døgn. Nogle brugere benyttede de regionale pladser regelmæssigt, eksempelvis 1-2 dage hver 14. dag.

Indsatsen har et centralt fokus på kravsnedsættelse og samarbejde med pårørende og netværk. Som indledning til et forløb tilbydes patienterne mulighed for at se stedet inden og derigennem afklare, om de kan se sig selv i tilbuddet. Heri er tanken at understøtte patienterne i at se graden af eksempelvis eget ansvar, sammenlignet med en indlæggelse på et psykiatrisk sengeafsnit. Ved opstart af projektet var planen, at man ville starte peer-medarbejder uddannelse men dette er ikke blevet igangsat. Da patienterne kommer for ro og kravsnedsættelse i kortere periode, er brugen af peer-medarbejder eller miljøterapi fundet mindre anvendelig.

Indsatsen inkluderer støttefunktion, ved ansættelse af en præst i Center for Sundhed. Desuden er der ansat en medarbejder, som står for nogle arrangementer i nabohuset. Dette har eksempelvis afsted kommet bingo- og sangaftener som patienterne i ophold har mulighed for at deltage i.

Aktører og organisering

De regionale døgnpadser bemannes af sygeplejefagligt personale med høj faglighed og bred erfaring, da de arbejder meget selvstændigt. I alt er 12 sygeplejersker og en social- og sundhedsassistent tilknyttet som arbejder på tværs af døgnpadserne og mobilteamet. Der er ikke tilknyttet en fast læge til døgnpadserne. Behandlingsansvaret varetages i samarbejde med de ambulante enheder og de lokale psykiatriske sengeafsnit.

Da døgnpadserne fungerer som et behandlingssted uden egen læge, er det en forudsætning, at patienterne allerede er tilknyttet psykiatrien i forvejen. Det betyder, at patienter på døgnpadserne enten er ambulante patienter med tilknytning til et psykiatrisk ambulatorium, hvor den respektive behandlingsansvarlige overlæge fortsat har ansvaret, eller at de kommer direkte fra en indlæggelse. I sidstnævnte tilfælde bevarer den udskrivende læge fra sengeafsnittet behandlingsansvaret under opholdet på døgnpadserne.

Derudover er der et tæt samarbejde med kommunalt ansatte sundhedsfaglige medarbejdere, som er tilknyttet de kommunale pladser.

Døgnpladserne blev etableret i et samarbejde mellem Regionspsykiatrien Gødstrup og kommunerne Holstebro, Lemvig og Struer. Ved udgangen af 2023 og udgangen af 2024 trak henholdsvis Lemvig og Struer sig fra samarbejdet, hvorefter Holstebro Kommune fortsatte som den primære kommunale partner. De regionale pladser blev drevet af psykiatrien, mens kommunerne havde ansvar for de kommunale pladser. Den overordnede styring foregik i fællesskab gennem en samarbejdsaftale, der sikrede koordinering og en klar ansvarsfordeling mellem parterne.

Samarbejdet involverede flere aktører på tværs af sektorer. Der var et tæt samspil med mobilteamet, psykiatriske sengeafsnit og ambulatorier i Gødstrup, som varetog behandlingsansvaret for patienterne. Center for Sundhed spillede også en central rolle, da døgnpladserne er placeret i samme bygning som de kommunale akutpladser og midlertidige opholdspladser (MTO). Dette gjorde det muligt at trække på nattevagterne fra de kommunale pladser, som fungerede som backup for medarbejderne på døgnpladserne, blandt andet ved natlige opkald. Ved akutte eller voldsomme situationer var der desuden en aftale om, at specialcenter Skovvang kunne tilkaldes som ekstra assistance. Der var også etableret en nøgleboksordning, som gav politiet adgang ved behov. Samarbejdet blev løbende udvidet og omfattede blandt andet et tættere samarbejde med udvidet bostøtte, der ligeledes havde lokaler i Center for Sundhed.

Der var et dagligt samarbejde mellem de regionale og kommunale enheder, hvor medarbejdere arbejdede tæt sammen og havde løbende dialog i dagligdagen. I opstartsfasen delte lederne kontor, hvilket fremmede kommunikationen og styrkede samarbejdet. Samarbejdet blev yderligere understøttet gennem fælles aftaler inden "mini-rapporter" om natten, der sikrede overlevering af vigtig information.

I begyndelsen af indsatsen blev der afholdt fælles morgenmøder, og i en periode var der faste personalemøder hver sjette uge. Aktuelt foregår fælles sparring hver fjortende dag i en time. Behovet for faste møder er blevet mindre i takt med, at organisationerne har fået mere erfaring med tilbuddet. Der foregår dog fortsat løbende ad hoc-drøftelser og sparring mellem de involverede parter efter behov.

Evaluering

Evalueringen blev planlagt, som en del af samarbejdsaftalen og gennemført med både kvantitative og kvalitative data:

- Statistikker over brugen af pladserne.
- Fokusgruppeinterviews med medarbejdere og borgere.
- Spørgeskemaundersøgelser blandt praktiserende læger.

Der blev inkluderet individuelle telefoninterview for at nå borgere, som ikke kunne deltage i fokusgrupper på grund af transport, tidspunkter eller psykisk sårbarhed.

Evalueringen blev gennemført af en arbejdsgruppe bestående af udviklingskonsulenter fra Region Midtjylland og de tre kommuner. Se evalueringen i bilagsdokumentet (se bilag 33.3)

DEFACTUM leverede en kvalitativ evaluering af de ambulante døgnpladser (se bilag 33.4).

34 Psykiatrisk forebyggelsesteam

Regionspsykiatrien Gødstrup

Formål

Formålet har været at forebygge selvskade, som igen har kunne forebygge/nedbringe de hyppige indlæggelser i både psykiatrisk og somatisk regi. Samtidig er der arbejdet på kunne modtage hjælp inden der har været behov for tvangsbehandling.

Indsatsens formål er således at styrke forebyggelse, mindske tvang og genindlæggelser, støtte indsatser i hjemmet, sikre plan for udskrivelse og efterforløb; fungere som bindeled på tværs af sektorer.

Indsatsen er rettet mod psykiatriske patienter med svær selvskade og som har behov for hyppige indlæggelser (2 indenfor 30 dage). Formålet er at have en tæt (ugentlige samtaler) udkørende funktion, samt koordinerende funktion mellem primær- og sekundærsektorer og samarbejdspartnere.

Indsatsen blev startet for 4 år siden, hvor der regionalt kom en retningslinje om at man skulle give en særlig indsats til selvskadende patienter med personlighedsforstyrrelse. Indsatsen dækker over et fælles koncept for hele psykiatrihospitalet.

Den har til hensigt at skabe en væsentligt styrket indsats målrettet svært selvskadende patienter med personlighedsforstyrrelser, og har fokus på en samlet tilgang, der i patientforløbet tidsmæssigt fokuserer på:

- Den forebyggende indsats
- Den akutte indsats i psykiatrien og/eller somatik
- Den opfølgende indsats ift. overgange til patientens nærmiljø

Målgruppe

Initiativet er målrettet svært selvskadende patienter med personlighedsforstyrrelser, der i hver psykiatrisk afdeling er kendetegnet ved:

- gentagne selvskade samt affektudbrud, der medfører
- et stort antal genindlæggelser i sundhedsvæsenet og derved mange overgange mellem hospitalsvæsenet og patientens nærmiljø
- at patientgruppen udgør en stor andel af afdelingens samlede tvangsanvendelse

Der lægges vægt på, at målgruppen er patienter, der, i tillæg til deres sygdom, ligeledes oplever betydelige udfordringer med overgange og skift mellem sektorer og behandlere.

Bemærk, at initiativet derfor ikke i udgangspunktet er målrettet de patienter, der er så syge, at de igennem en lang periode fordrer indlæggelse på et psykiatrisk sengeafsnit.

Initiativet lægger endvidere op til en stor indsats målrettet en mindre gruppe af patienter snarere end vice versa. Forventeligt vil tiltaget særligt være målrettet op til 25 patienter i hver afdeling. Det forventes, at afdelingerne selv løbende sikrer, at det til hver tid er de patienter, der opfylder de opstillede kriterier ovenfor, som modtager behandlingstilbuddet.

Den primære indgang til indsatsen er via det regionale psykiatriske system, og først derefter rækkes der tværsektorielt ud, til eksempelvis kommuner.

Materialer i indsatsen

Retningslinje for team målrettet svært selvskadende med personlighedsforstyrrelser (se bilag 34.1).
Beskrivelse af psykiatrisk forebyggelsesteam - resultat af kommissorium juni 2023 (se bilag 34.2).
RP Gødstrup - Velkommen til forebyggelsesteamet [patienter-pårørende] (se bilag 34.3).

Indhold i indsatsen

Indsatsen er en udkørende funktion mhp. at imødekomme patientproblematikker tættere på der hvor patientens dagligdag er. Dette indbefatter indsats i egen bolig, i et samarbejde med bosteder hvor nogle patienter bor. Netværksmøder kan foregå på hospitalet, i kommunen, i socialpsykiatrien eller hos egen læge.

Indsatsen håndterer også samarbejde med akutafdeling, stamafsnit, eksterne partnere (håndtering af akut opkald; visitering til indlæggelse), opfølgende indsats i overgange til nærmiljø.

Der er ca. 22 patienter i tilbuddet aktuelt, og der er afsluttet ca. 55. I starten er det ugentlige besøg, og senere en udslusning til samtaler hver 14. dag eller 1 gang i måneden. Det har været forskelligt om de kunne koncentrere sig til en samtale på 30 min eller op til en time. Patienterne er tilknyttet fra 2 måneder - 5 år, men gennemsnitlig er forløbene af ca. 2 års varighed. Indsatsen startet i januar 2021, og kører stadig.

Den udekørende funktion forudsætter, at medarbejderne har adgang til bil, da transport mellem flere kommuner udgør en central del af opgaveløsningen. Det stiller samtidig krav om en fleksibel kalender, hvor der er plads til ændringer og tilpasninger i løbet af dagen, afhængigt af både kørselstider og patienternes behov.

Indsatsen sigter mod at håndtere en bred problemstilling som skønnes ellers at kunne forværre patientens tilstand. Dette indbefatter en helhedsorienteret tilgang tilpasset den enkelte patients situation. Fra de helt grundlæggende behov som søvn og understøttelse af hverdagens rutiner, til mere komplekse forhold som trivsel, værdighed og livskvalitet. Derudover tilbyder man både terapi og målrettede interventioner, hvor patienten klædes på med konkrete strategier til at håndtere udfordringer. Indsatsens indhold spænder derfor bredt, fra det basale fundament til håndtering af mere alvorlige problemstillinger, og tilpasses altid individuelt, afhængigt af den enkeltes behov og livsomstændigheder.

Der tilbydes jævnlig supervision til de ansatte, både internt og eksternt. Internt ca. hver 14 dag, og eksternt 6 gange om året.

Aktører og organisering

Der har fra begyndelsen været et tydeligt fokus på tværfaglighed, da indsatsen kræver en bred vifte af perspektiver og kompetencer. Derfor er teamet sammensat af forskellige faggrupper, herunder sygeplejersker, psykologer, terapeuter, pædagoger og socialrådgivere. Kombinationen af kliniske, psykologiske, pædagogiske og sociale kompetencer sikrer, at indsatsen kan tilpasses komplekse problemstillinger og dermed skabe helhedsorienterede løsninger for borgerne.

Teamet starter ud med at være tilknyttet psykiatrisk akutmodtagelse, da de fleste patienter som var i målgruppen var kendt på afsnittet og blev indlagt her. Aktuelt er det sket en administrativ omorganisering, så teamet nu er tilknyttet Klinik 2 (affektiv søjle) i ambulans regi. Der er fordele og ulemper ved begge organiseringer. Teamet har i begge organiseringer, været tovholder i at samarbejde med både øvrigt ambulatorium og sengeafsnit, så vel som primærsektor og andet sygehusvæsen.

Det tværsektorielle samarbejde med kommuner, almen praksis og eksempelvis politi afhænger af den enkelte borger/patientes behov og forløb. Det er desuden båret af gode relationer på tværs, som uformelt gør samarbejdet flydende.

Der holdes jævnlige interne møder, netværksmøder og større samarbejds møder hvor alle sektorer er inviteret. Man mødes gerne fysisk, men hvis der er behov for hurtig afholdelse, fungerer også videokonf. Godt. Der forsøges at lave løbende status fra de forskellige instanser, taler om hvad der fungerer godt og

ikke fungerer, og efterfølgende tilpasses typisk patienterne koordinationsplan eller udskrivesaftaler i fællesskab.

Ved komplekse patienter (fokuspatienter) kan der være virksomt at der ligger faste møder, fx. 4 gange om året, og ikke kun ved behov.

Evaluering

Både teamet og ledelsen har løbende foretaget evalueringer af indsatsen. Som en del af dette arbejde er der i 2023 udarbejdet et kommissorium.

Der er desuden gennemført en fælles evaluering af de selvskadende teams i Region Midtjylland i 2023. Denne blev udført af Forskningsenheden i Regionspsykiatrien Randers.

35 Psykiatrisk mobilteam Gødstrup

Regionspsykiatrien Gødstrup

Formål

Mobilteamet blev oprettet for at tilbyde akut psykiatrisk hjælp til patienter, som har behov for støtte uden for de faste psykiatriske rammer, fx på hospitalet.

Denne beskrivelse henfører til Mobilteam Gødstrup, som dækker: Herning, Ringkøbing-Skjern og Ikast-Brande kommuner

Formålet med indsatsen er at forebygge akutte indlæggelser ved at tilbyde akut psykiatrisk støtte og rådgivning i patientens eget miljø samt at sikre, at patienter får hurtig adgang til hjælp, når behovet opstår, samt tilbyde fleksibel, tilpasset behandling til patienter i psykiatrisk krise uden behov for indlæggelse. Indsatsen sigter mod at sikre kontinuitet i behandlingen og reducere belastningen på hospitalernes sengeafsnit ved at rykke behandlingen tættere på patientens hjem.

Formålet har desuden været at styrke samarbejdet mellem region og kommuner for at skabe mere sammenhængende borgerforløb.

Indsatsen udspringer af en fælles regional og kommunal ambition om at forbedre psykiatrisk behandling uden for hospitalsregi. Den bygger videre på erfaringer med tidligere udgående psykiatriske tilbud og er en del af det bredere samarbejde under Alliancen om den nære psykiatri. Inspirationen kom desuden fra flere tidligere indsatser med hensigten at nedbringe antallet af akutindlagte patienter. Eksempelvis indsatsen "før Senge".

Forløbet er baseret på et fælles rammepapir, der definerer de principper og strukturer, der skal understøtte samarbejdet mellem psykiatrien og kommunerne.

Målgruppe

Psykiatrisk Mobilteam Gødstrup arbejder med patienter over 18 år:

- med psykisk sygdom
- med psykisk sårbarhed
- som pt. er i psykisk krise
- mænd og kvinder med reaktioner i forbindelse med graviditet og fødsel (kan have forløb i op til 3 måneder og der arbejdes bl.a med forældredannelsesspørgsmål).

Eksklusionskriterier:

Indsatsen omfatter ikke patienter, der har behov for akut somatisk behandling eller indlæggelse på en lukket psykiatrisk afdeling. Desuden ekskluderes patienter, der vurderes at være i akut selvmordsrisiko, udvise voldsom adfærd, befinde sig i en svær manisk tilstand eller have et aktivt misbrug. Det er en forudsætning for deltagelse i indsatsen, at patienterne kan samarbejde om behandlingen, samt at hjemmebesøg kan gennemføres uden at udgøre en sikkerhedsrisiko for personalet.

Materialer brugt i indsatsen

Skønt de ikke særskilt er udviklet til indsatsen gøres der brug af en bred vifte af værktøjer samlet i en mobilteam værktøjskasse (se bilag 35.1) .

Designet for indsatsen er beskrevet overordnet i en fælles Regional og Kommunal Rammeaftale (se bilag 35.2).

Der er udformet et informationskort til indsatsen, med en QR kode der leder patienter og pårørende ind på indsatsen hjemmeside: [Psykiatrisk Mobilteam | Regionspsykiatrien Gødstrup - Psykiatrien i Region Midtjylland - til patienter og pårørende](#)

Indhold i indsatsen

Mobilteamet tilbyder en integreret, fleksibel og tværsektoriel psykiatrisk indsats, der kombinerer akut intervention, opfølgende støtte og behandlingsorienterede tiltag. Indsatsen har til formål at forebygge forværring af psykiske lidelser, reducere behovet for indlæggelse og sikre en koordineret overgang til det videre behandlingsforløb.

Kerneelementer i indsatsen

Mobilteamets arbejde består af en række centrale elementer, der tilsammen understøtter patientens forløb:

- Akut intervention og tæt opfølgning: Mobilteamet handler hurtigt og tilbyder støtte i patientens eget hjem for at stabilisere situationen og forebygge yderligere forværring.
- Tværsektorielt samarbejde: Der etableres et tæt samarbejde med kommunale bostøtter og socialpsykiatrien for at sikre en helhedsorienteret indsats.
- Medicinsk vurdering og justering: Behandlingen inkluderer vurdering og eventuel justering af medicinsk behandling i samarbejde med psykiater.
- Psykoedukation og mestringsstrategier: Patienterne tilbydes viden om deres psykiske lidelse samt værktøjer til at håndtere symptomer og udfordringer i hverdagen.

Som en del af indsatsen udarbejdes der individuelle behandlingsplaner, som omfatter aftaler mellem psykiatrien, kommunen og eventuelle bosteder, hvilket sikrer en koordineret tilgang til patientens behandling og støtte.

Metoder og tilgange

Mobilteamets indsats er baseret på en række evidensbaserede metoder og tilgange, herunder:

- Observation og vurdering af psykisk tilstand for at identificere behov og risikofaktorer.
- Psykoedukation med henblik på at øge patientens forståelse af egen sygdom og behandlingsmuligheder.
- Mestringsværktøjer til håndtering af psykiske symptomer og fremme af selvstændighed i sygdomshåndtering.
- Søvnunderstøttende behandling, både farmakologisk og ikke-farmakologisk, for at styrke patientens generelle trivsel.
- Støtte til patienter med selvmordstanker, herunder risikovurdering og intervention.
- Understøttelse af ambulans behandling, således at patienterne fastholdes i videre opfølgning.
- "Veje til at komme sig", en recovery-orienteret tilgang, der anvendes som en fast del af mobilteamets metodegrundlag.

Sikkerhedsvurdering og tryghed i indsatsen

Da indsatsen primært foregår i patientens eget hjem, gennemføres der altid en indledende sikkerhedsscreening for at vurdere eventuelle risici for de tilknyttede sygeplejersker. Screeningen baseres på patientens tidligere straffeforhold og psykiatriske behandlingshistorik. Hvis hjemmebesøg vurderes at være en sikkerhedsrisiko, inviteres patienten i stedet til en indledende samtale på en neutral lokation i form af Regionspsykiatrien Gødstrup.

Opfølgning og vedligeholdelse af behandlingseffekt

For at sikre en vedvarende effekt af indsatsen fastlægges forløbets varighed og afslutning allerede ved opstarten. Patienterne tilbydes desuden kontakt til "Livlinen", en nøddlinje, hvor de kan få telefonisk adgang til relevant personale, hvis de oplever tilbagefald eller akut behov for støtte.

Aktører og organisering

Mobilteamet blev etableret for at sikre tidlig opsporing og hurtig intervention, så patienter kunne modtage nødvendig behandling, inden deres tilstand forværredes. Ved at tilbyde hjælp i patienternes eget hjem blev det muligt at undgå indlæggelser og skabe en mere fleksibel og individuelt tilpasset behandlingsindsats. Mobilteamet består primært af sygeplejersker, som har erfaring med at arbejde selvstændigt med komplekse psykiatriske patienter. Derudover er teamet tilknyttet en psykiater, der deltager i to times konference om ugen. Uden for denne faste tid er der mulighed for at kontakte psykiateren enten skriftligt eller telefonisk ved behov. Der er tilknyttet en socialrådgiver i tilbuddet der yder særlig faglig sparring. Teamet trækker desuden på relevante aktører i kommunerne i det omfang det er nødvendigt og relevant for den enkelte patients forløb, herunder sundhedsplejersker, bostøtter og mentorer, for at sikre en helhedsorienteret indsats.

Caseload for den enkelte sygeplejerske ligger typisk omkring 10 patienter. Der er dog stor forskel i arbejdsbelastningen afhængigt af, hvor patienten befinder sig i sit forløb. En patient, der netop er blevet tilknyttet mobilteamet, vil ofte kræve en langt større indsats end en patient, der er i gang med at afslutte sit forløb. Antallet af patienter varierer over tid, men typisk var mellem 25-50 patienter tilknyttet Mobilteam Gødstrup. Et typisk forløb i mobilteamet varer 4-6 uger, men der er en vis fleksibilitet, således at nogle patienter kan modtage støtte over en længere periode, afhængigt af deres individuelle behov. I enkelte tilfælde kan forløbene strække sig over flere måneder. Kontakten med patienterne sker oftest med en frekvens på 1-2 besøg om ugen.

Mobilteamet i Gødstrup opererer indtil kl. 19 på hverdage og ikke i weekender, hvilket betyder, at patienter i dette optageområde som udgangspunkt ikke modtager besøg uden for disse tidsrammer. I særlige tilfælde kan patienter fra Gødstrups optageområde efter individuel vurdering henvises til mobilteamet i Holstebro for støtte uden for Gødstrups åbningstid.

Mobilteamet arbejder ud fra følgende principper:

- Hurtig reaktionstid: Hurtigst mulig kontakt med patienten for at iværksætte behandling
- Relationsdannelse: Fokus på at opbygge en tæt og tillidsfuld relation for at sikre behandlingsmotivation og effekt
- Tværsektorielt samarbejde: Tæt koordination med den kommunale socialpsykiatri og pårørende for at skabe sammenhængende behandlingsforløb
- Rådgivning og sparring: Kommuner og almen praksis kan få faglig støtte og vejledning fra psykiatrien

Evaluering

Der opsamles løbende data for indsatsen, men den er ikke evalueret særskilt. Der er dog i regi af Alliancen om den nære psykiatri lavet en mindre samlet evaluering for udgående ambulante Mobilteams (se bilag 35.3).

Den fælles evaluering omhandler samarbejdet om de udgående ambulante teams i psykiatrien, herunder mobilteamsenes indsats i de regionale klynger. Evalueringen belyser, hvordan samarbejdet har fungeret i praksis, samt hvilke metoder og tilgange der har været mest succesfulde i forhold til at skabe sammenhængende borgerforløb.

Evalueringen fungerer som en fælles opsummering på tværs af klyngerne, samtidig med at den inddrager lokale variationer og erfaringer fra de enkelte kommuner.

Horsensklyngen

36 Akut og Rehabiliteringspladser

Horsens Kommune

Formål

Akut og Rehabiliteringspladser er et tilbud til borgere med psykiatriske problemstillinger, som enten har brug for et sceneskift eller ekstra støtte for at undgå en indlæggelse eller behov for en lettere overgang fra længere indlæggelse til egen bolig i form af et rehabiliterende ophold i op til tre måneder.

Etablering af akut- og træningstilbud til borgere med sindslidelse har til hensigt at imødegå en stigende tendens til kortere indlæggelsestider i psykiatrien. Den enkelte oplever kortere indlæggelsesforløb, hvilket får betydning for borgerens behov for en anden støtteindsats end tidligere. Derudover er der et stort antal borgere, der henvender sig i modtagelsen i regionspsykiatrien, der ikke opfylder betingelser for indlæggelse.

Akutpladserne skaber mulighed for et mere kvalificeret rehabiliteringsforløb i forlængelse af indlæggelse og er medvirker dermed til en hurtig tilbagevenden til at leve og bo selvstændigt.

Akutophold: Formålet med tilbuddet er at støtte borgeren i at opretholde en tilværelse i egen bolig samt undgå u hensigtsmæssige indlæggelser/genindlæggelser.

Afklarings- og træningsophold: Formålet med tilbuddet er at få borgeren tilbage i egen bolig og forebygge forværring af borgerens situation. Samtidig er der fokus på at udrede borgerens ressourcer og få afdækket borgerens fremadrettede støttebehov.

Der har i en årrække været akutpladser til borgere med somatiske sygdomme. Horsens Byråd ønsker at skabe lignende mulighed for borgere med sindslidelse og har ved budgetforliget 2019 tilkendegivet, at man ønsker at etablere et nyt tilbud til denne målgruppe.

Målgruppe

Akutophold tilbydes borgere i akut krise (som f.eks. angst, psykoser eller lignende) med behov for at forebygge og eller stabilisere borgerens livssituation. Hjemløshed er isoleret set ikke et grundlag for ophold eller for forlængelse af ophold. Tilbuddet er primært til borgere, som i forvejen modtager en indsats fra kommunen.

Afklarings- og træningsophold tilbydes borgere med sindslidelse, der efter endt behandling eller af andre årsager, ikke er i stand til at være i eget lige nu.

Der er ved afgrænsning af målgruppe fokus på borgerens funktionsniveau og støttebehov fremfor diagnose, profil og sygdomshistorik. Tilbuddet vurderes dog ikke relevant for borgere med et aktivt misbrug af rusmidler, hvor misbruget tilsidesætter engagement og motivation for at arbejde rehabiliterende i forhold til målsætningen. Der kan også være begrænsninger, hvis der udover psykiske problemstillinger er behov for intensiv somatisk pleje.

Tilbuddet er primært til borgere, som Horsens Kommune ikke tidligere har haft et kendskab til.

Materialer brugt i indsatsen

Der er lavet informationsmateriale til samarbejdspartnere og en pjece til borgerne.

Indhold i indsatsen

Akutophold er et supplement til den øvrige indsats omkring borgeren. Den primære indsats på akutophold håndterer akutte udfordringer i forhold til borgerens trivsel (angst, søvnløshed, sorg etc.) Dvs. pludseligt opståede situationer, der gør borgeren så utryk, at der er et behov for et beskyttet

døgntilbud for en kort periode (op til 14 døgn). Indsatsen sker gennem relations behandling og/eller omsorgsgivende og tryghedsskabende rammer. Der kan vælges flere metoder til at skabe ro og tryghed, f.eks. strukturering af dagen, gåture, trygge rammer eller støttende samtaler. Støtten ydes primært af Specialvejledningen og uden forudgående visitation af Handicaprådgivningen.

Der er mulighed for at være i kontakt med personale hele døgnet, men i begrænset omfang i aften- og nattetimerne.

Der tilbydes en mindre bolig som en tryk ramme, hvor man kan agere selvstændigt, men hvor det er muligt at have kontakt til personalet hele døgnet.

Udover akutophold er akuttelefonen en integreret indsats i tilbuddet. Akuttelefonen er en eksisterende indsats hvor borgere har mulighed for at komme i dialog med uddannet personale ved akutte problemstillinger udenfor almindelig arbejdstid.

Såfremt borgeren efter endt ophold fortsat har behov for støtte fra eksempelvis Mestringsenheden (under Hjemløse og Rusmidler) og Specialvejledningen vil det være muligt, at borgeren støttes af kendt personale mhp. at lette overgangen tilbage til egen bolig.

Afklarings- og træningsophold: I omsorgsgivende og tryghedsskabende rammer tilbydes et planlagt, individuelt og afgrænset træningsforløb for den enkelte borger, der kan have behov for én særlig indsats med henblik på at få genskabt en hverdag. Træning af den enkeltes personlige og sociale kompetencer og færdigheder.

Fokus er bl.a. på:

- Træning i almindelig daglig livsførelse (ADL)
- Mestring af egen livssituation
- Brobygning til uddannelse eller arbejdsmarked
- Kontaktskabelse
- Sundhedsfremmende aktiviteter

Varighed: Individuelt mellem 1-3 måneder. Mål og varighed fastsættes ved visitation.

Indsatsen blev etableret som et pilotprojekt i 2 år med opstart den 11. januar 2021. Indsatsen blev ikke videreført efter end pilotafprøvning fordi borger-søgningen ikke var stor nok. Akuttelefonen er dog fortsat i drift og betjenes af medarbejdere fra det botilbud, hvor den også var placeret før pilotprojektets opstart.

I perioden 11. januar – 24. oktober 2021 har 27 borgere modtaget akutophold (å 58 ophold) og 8 har benyttet rehabiliteringsophold. Sammenlagt har der været en belægningsprocent på 36,24% i perioden. En del borgere brugte telefonlinjen rigtig meget.

Aktører og organisering

Akuttilbuddets støtteindsatser leveres i et koordineret samarbejde af en række forskellige aktører på tværs af Velfærd og Sundhed. I Hjemløse og Rusmidler regi vil det primært være tale om indsatser fra Mestringsenheden og Specialvejledningen. Den fysiske træning varetages af Vital Horsens.

Evaluering

Indsatsen blev etableret i en prøveperiode på to år. Igennem hele prøveperioden dokumenteres effekten. Inden prøveperiodens udløb udarbejdes en evaluering af indsatsen med henblik på at træffe afgørelse om, hvorvidt tilbuddet skal etableres varigt.

Statusnotat fra det første år viser, at indsatsen er kommet godt fra start, men at akutophold er markant mere efterspurgt end rehabiliteringsophold. På baggrund af data igangsættes en række initiativer den resterende del af prøveperioden, der kan gøre at pladserne anvendes mere.

Der er gennemført survey på 8 borgerne. Sammenfatning af evalueringen:

Flertallet vurderer opholdet som positivt eller okay, hvor nogle fremhæver miljøskiftet og personalets indsats som værdifuldt. Enkelte oplevede dog opholdet som utilfredsstillende, primært på grund af utilstrækkelig personalekontakt eller uerfarent personale, som skabte usikkerhed.

Som en sidegevinst har medarbejderne oplevet, at tilbuddet har givet en hel anden sammenhængskraft i psykiatriområdet.

37 Psykiatrisk brobygger

Horsens Kommune

Formål

Psykiatrisk brobyggerfunktion i Horsens Kommune er etableret for at sikre en sammenhængende indsats for borgere, der er indlagt på psykiatrisk afdeling og har behov for særlig støtte. Indsatsen koordinerer en helhedsorienteret plan for borgerens forløb på tværs af kommunens afdelinger og behandlingspsykiatrien.

Formålet med indsatsen er at skabe en sammenhængende og koordineret overgang for borgere fra behandlingspsykiatrien til kommunale tilbud, reducere risikoen for genindlæggelser, og sikre, at borgerne modtager den nødvendige støtte til at vende tilbage til et aktivt hverdagsliv. Derudover er formålet at udvikle borgerens potentiale og inddrage deres netværk og pårørende i planlægningen.

Behandlingspsykiatrien udvikler sig i retning af færre døgnindlæggelser på hospital, kortere ophold og på få behandlingssteder i Østjylland. Samtidig sker der en stigning i henvendelserne til akutmodtagelsen. I 2015 besluttede Velfærds- og Sundhedsudvalget derfor at være aktive medspillere til en styrket helhedsindsats via et tæt samarbejde mellem hospital, borger og de interne kommunale afdelinger.

Målgruppe

Indlagte borgere med behov for særlig støtte og borgere tilknyttet ambulante forløb i regionspsykiatrien.

Materialer brugt i indsatsen

Fra årsskiftet er 'Din indgang' etableret, som et sted alle borgere kan benytte i forhold til at få vejledning og støtte til at udforske muligheder for at opnå drømme og mål: <https://horsens.dk/sundhed/handicapogpsykiatri/dinindgang-aabenvejledning>. Der er ikke udviklet informationsmateriale direkte til brobyggerfunktionen.

Der er udviklet en guideline til samarbejdspartnere i regionspsykiatrien i forhold til henvendelse til socialpsykiatrien (se bilag 37.1).

Indhold i indsatsen

Psykiatrisk brobygger fungerer som bindeled mellem behandlingspsykiatrien og de kommunale myndigheder, herunder socialområdet, sundhedsområdet, beskæftigelse og familieområdet. Målet er at skabe et sammenhængende forløb, hvor borgeren modtager den nødvendige støtte både under og efter et hospitalsophold, for at undgå tilbagefald eller genindlæggelse.

Indsatsen består af følgende elementer:

Koordinering af forløb på tværs af sektorer:

- Brobyggeren har til opgave at sikre en koordineret indsats mellem behandlingspsykiatrien og Horsens Kommunes støttesystem. Dette gøres gennem løbende samarbejde og møder med relevante fagpersoner på tværs af sektorer.
- Der arbejdes med en helhedsorienteret plan for hver borger, som inkluderer sparring om borgernes behov og en koordineret indsats mellem de forskellige myndigheder. To gange om ugen deltager brobyggeren i møder med socialrådgivere, forløbskoordinatorer og behandlere i regionspsykiatrien.

Tilstedeværelse på psykiatrisk sengeafsnit og klinikker:

- Brobyggeren gør en aktiv indsats for at være synlig og tilgængelig på sengeafsnit og klinikker, så det er lettere for både borgere og sundhedspersonale at etablere kontakt. Mange patienter har modstand mod "kommunen", og derfor er det vigtigt, at brobyggeren bliver opfattet som en positiv hjælp, der kan guide borgeren til de rette tilbud.

Individuelle samtaler med borgere:

- Brobyggeren har fokus på borgerens potentiale og selvstændighed, og arbejder ud fra en tilgang, der understøtter borgerens mulighed for at leve et aktivt og selvstændigt liv. Samtidig inddrager brobyggeren borgerens pårørende og netværk som en aktiv del af støtteprocessen.
- Brobyggeren afholder samtaler med borgerne under indlæggelse for at afdække deres aktuelle behov og ønsker for fremtiden. Samtalerne har især fokus på, hvad der skal ske efter udskrivning, herunder hvilke støttetilbud der kan være relevante. I mange tilfælde finder brobyggeren og borgeren i fællesskab det rette tilbud, mens andre gange handler samtalerne om at oplyse borgeren om de forskellige muligheder, der findes. Typisk mødes brobyggeren med borgeren én til to gange, suppleret af eventuelle opfølgende telefonsamtaler.

Samarbejde med kommunale afdelinger:

- Der er et tæt samarbejde med forløbskoordinatorer fra jobcentret, rusmiddelafdelingen og andre relevante afdelinger, da mange borgere har komplekse problemstillinger, der kræver støtte på tværs af områder. Dette sikrer, at borgeren får den mest hensigtsmæssige hjælp fra den rette myndighed.

Afslutning af brobyggerforløbet:

- Når borgeren er henvist til den rette indsats i kommunen, afslutter brobyggeren sin direkte kontakt med borgeren. Dog er der enkelte tilfælde, hvor borgeren har brug for en længerevarende brobygning, fx hvis det har været vanskeligt at skabe en relation eller få etableret den rette støtte. Her kan brobyggeren fungere som kontaktperson i en periode, indtil den rigtige hjælp er på plads.

Brobyggerfunktionen blev udviklet i praksis på baggrund af erfaringer. Dette har skabt en indsats, der er kendetegnet ved stor fleksibilitet og omstillingsparathed. Der er fokus på at møde borgeren, hvor han eller hun er, og tilbyde støtte, der passer til den enkeltes unikke situation og behov.

Støtte til motivation og ændringer: For at indsatsen skal lykkes, kræver det, at borgerne er motiveret for at skabe forandringer i deres liv. Sundhedspersonalet spiller her en vigtig rolle ved at tale positivt om kommunale støttetilbud og brobyggerens rolle som en hjælper, der baner vejen for succesfuld støtte efter udskrivning.

Aktører og organisering

Brobyggerfunktionen blev etableret i 2015.

Den psykiatriske brobygger har en baggrund som social- og sundhedsassistent med mange års praksiserfaring inden for både akutpsykiatrien og socialpsykiatrien. Derudover har brobyggeren et indgående kendskab til de kommunale støttetilbud, både dem, der er forankret i kommunens egne afdelinger, og dem, der tilbydes gennem civilsamfundet.

Psykiatrisk brobygger er forankret i Specialvejledningen og refererer til lederen af socialpsykiatrien i Horsens Kommune.

Samarbejdsstrukturer:

- Psykiatrisk brobygger fra Horsens Kommune deltager i samarbejdsrunde med forløbskoordinatorer og socialrådgivere fra regionspsykiatrien 4 gange årligt.

- Brobyggerne fra hhv. jobcenterregi, Sundhed og Ældre og Handicap, Psykiatri og Socialt udsatte samarbejder på tværs og mødes regelmæssigt.
- Psykiatrisk brobygger deltager i koordinerede møder med kommunale afdelingsledere.
- Fra 2024 er der etableret et samarbejde mellem psykiatrisk brobygger og 'Din Indgang'.
- Psykiatrisk brobygger har løbende kontakt med lederen af 'Sund by', hvor mange frivillige tilbud er forankret.

Størstedelen af borgerne har haft én samtale med brobygger. Det har været tilstrækkelig til at afklare og afdække deres behov. Enkelte borgere har haft brug for mere end en samtale, og enkelte borgere har haft behov for længerevarende brobygning f.eks. i situation hvor det har været vanskeligt at afklare støttebehov eller hvor borgere har haft svært ved at overgå til nye indsatser

Evaluering

Er evalueret flere gange senest marts 2022.

38 Psykiatrobrygger

Skanderborg Kommune

Formål

Formålet med Psykiatrobrygger-indsatsen er at støtte borgere med psykiske lidelser i overgangen fra psykiatrisk behandling til en stabil hverdag. Gennem rådgivning, social støtte og koordinering med andre aktører hjælper indsatsen borgerne med at skabe et fundament for varig bedring og forebygge genindlæggelser og selvmordsforsøg.

Psykiatrobrygger er en indsats, der hjælper borgere med psykiske lidelser, som udskrives fra psykiatrisk behandling, med at skabe en god overgang til hverdagen. Indsatsen fokuserer på at støtte borgere i at få en stabil tilværelse gennem praktisk vejledning, social støtte og samarbejde med relevante instanser. Målet er at sikre, at borgerne får den nødvendige hjælp og ressourcer til at undgå tilbagefald og skabe varige forbedringer i deres livskvalitet.

Link til indsatsen: <https://www.skanderborg.dk/psykiatrobrygger>

Målgruppe

Målgruppen er alle borgere over 18 år, der er indlagt på en psykiatrisk afdeling og har behov for støtte ved udskrivning.

Materialer brugt i indsatsen

Der er udarbejdet en præsentation af Brobyggerfunktionen, som anvendes blandt andet ved introduktion af nye medarbejdere i kommunen for at sikre en klar forståelse af funktionen og dens betydning (se bilag 38.1).

Derudover udarbejdes der hvert år en afrapportering, som giver et samlet overblik over Brobyggerfunktionens resultater og erfaringer (se bilag 38.2).

Indhold i indsatsen

Brobygger-indsatsen hjælper borgere, der udskrives fra psykiatrisk behandling, med at sikre en glidende overgang til hverdagen. Brobyggeren deltager i samtaler på psykiatrisk afdeling, støtter borgerne i at ansøge om kommunal hjælp som bostøtte eller udskrivningsmentor, og kan koordinere sundhedsfaglige indsatser. Derudover hjælper brobyggeren med at skabe overblik gennem en koordinerende indsatsplan, hvis borgeren har flere diagnoser eller misbrugsproblematikker, og faciliterer kontakt til relevante fagpersoner som læger og behandlere.

Aktører og organisering

Psykiatrobrygger-funktionen blev etableret i 2014.

Brobyggeren møder borgerne på psykiatriske afdeling før udskrivning.

Evaluering

Der er gennemført to kvalitative evalueringer af Brobyggerfunktionen i henholdsvis 2015 og 2018.

39 Sociale akuttilbud

Skanderborg Kommune

Formål

Formålet med indsatsen er at understøtte og fastholde borgeren i at kunne blive i egen bolig samt undgå, at krisen udvikler sig til en langvarig situation, som kan føre til indlæggelser. Ved at yde hurtig og mindre indgribende indsats, kan det have både afhjælpende og forebyggende betydning for mennesker med akut opståede psykiske kriser.

Skanderborgs Sociale Akuttilbud er et døgnåbent og døgnbemandet tilbud, hvor borgere som oplever en akut psykisk krise, kan henvende sig. Tilbuddet er et anonymt tilbud, som ikke kræver visitation, diagnose eller en henvisning.

Selve idéen til indsatsen udsprang af et politisk ønske om at styrke området. For at kvalificere indsatsen hentede ledere og medarbejdere inspiration udefra, blandt andet ved at besøge Esbjerg Kommune, hvor de fik indblik i deres erfaringer med Akuttilbud. Link til indsatsen:

<https://www.skanderborg.dk/akuttilbud>

Målgruppe

Målgruppen omfatter alle unge og voksne over 18 år fra Skanderborg Kommune som:

- oplever en psykisk krise og med akut behov for rådgivning eller støtte
- føler at livet er svært at håndtere, og derfor har brug for nogen at snakke med eller være sammen med i den akutte krise.

Eksklusionskriterier: Ved ophold i akuttilbuddet må man ikke have et aktivt misbrug af alkohol eller euforiserende stoffer eller anden adfærd, som kan være forstyrrende for tilbuddets andre beboere.

Materialer brugt i indsatsen

Informationsfolder til borgerne: <https://www.skanderborg.dk/Files/Files/arbejdsmarked-og-social/Det%20sociale%20akuttilbud%20-%20Skanderborg%20Kommune.pdf>

Indhold i indsatsen

Skanderborg Sociale Akuttilbud tilbyder akut socialpædagogisk støtte med henblik på at skabe ro og understøtte borgerens evne til at håndtere en akut psykisk krise. Indsatsen er designet til at tilbyde hurtig og fleksibel hjælp via telefonisk rådgivning samt mulighed for fysiske møder og kortvarige ophold i tilbuddet. Indsatsen bygger på fleksibilitet og lavtærskelstilgang, hvor den primære funktion er telefonisk støtte, men der er også mulighed for fysisk fremmøde afhængigt af borgerens situation. Indsatsen er individuelt tilpasset, og overnatning tilbydes kun efter konkret vurdering.

Indsatsen omfatter:

- Telefonisk akutstøtte: Den primære funktion i akuttilbuddet er telefoniske samtaler, hvor borgere kan få rådgivning og vejledning i, hvordan de kan håndtere deres aktuelle situation. Der gives konkrete handlingsanvisninger og henvisning til relevante tilbud, så borgeren efter samtalen har en plan for de næste skridt.

- **Krisesamtale:** Formålet med krisesamtalen er at skabe ro og tryghed for borgeren samt understøtte en umiddelbar mestring af krisen. Samtalen kan finde sted telefonisk eller ved fysisk fremmøde efter aftale.
- **Udarbejdelse af kriseplan:** Hvis borgeren har behov for en mere struktureret indsats, kan der i forbindelse med ophold i akuttilbuddet udarbejdes en kriseplan, som skitserer, hvordan borgeren bedst kan navigere i den aktuelle situation.
- **Mulighed for kortvarig overnatning:** I særlige tilfælde kan borgeren tilbydes en kortvarig overnatning på 1-2 dage, hvis det vurderes relevant. Overnatning anvendes dog kun i de situationer, hvor det vurderes at give mening, da erfaringen viser, at en kort overnatning sjældent er en løsning på de bagvedliggende problemer.

Man kan henvende sig til akuttilbuddet via en døgnåben telefon eller ved personligt fremmøde. Efter kl. 20 skal der aftales en tid, inden man møder op i akuttilbuddet. De fleste borgere blev mødt via telefonisk kontakt. Hvis der var behov, blev de efter en indledende telefonisk vurdering inviteret til et fysisk møde på botilbuddet.

Aktører og organisering

Medarbejdere ansat på Kjærsholm Botilbud med mange års erfaring med at hjælpe mennesker med alvorlige psykiske problemer. Medarbejderne har en social- eller sundhedsfaglig uddannelse eller anden relevant videregående uddannelse.

Akuttilbuddet er en del af den kommunale drift under Arbejdsmarked og Social i Center for job, social og udbetaling.

Evaluering

Ubesvaret

40 Koordinerende ambulante sygeplejersker

Regionspsykiatrien Horsens

Koordinerende ambulante sygeplejersker. Aktuelt vil indsatsen ændre navn til Bostedsteam.

Formål

Indsatsen er målrettet de sværest syge borgere ved bosteder. Formålet er at etablere et tæt samarbejde mellem bosteder, klinikker og sengeafsnit for at optimere behandlingen før, under og efter indlæggelse.

Indsatsen satser heri på at skabe:

- Relations opbyggende samarbejde og velkoordinerede forløb
- Forebygge genindlæggelse og forebyggelse af tvang
- Opfølgning fra patienter efter mange/lange indlæggelse

Derudover er formålet at optimere samarbejdet om borgerens behandling og forebygge indlæggelser/genindlæggelser ved at fungere som bindeled i sektorovergange.

Målgruppe

Svært syge borgere på botilbud eller i eget hjem. Det er ofte patienter med enten psykoselidelse eller en affektiv sindslidelse og derudover komorbid lidelse. Tidligere skulle borgerne bo på bosted, være inde for psykose-spektrum og have mange indlæggelser med tvang. Dette er stadig den primære målgruppe men tidligere var det kun borgere på bosted, hvor det nu også kan være borgere i eget hjem, som har brug for tæt opfølgning.

Ofte bliver patienterne henvist fra de psykiatriske klinikker, K1 og K2 samt fra sengeafsnittene O1, O2 og O3.

Eksklusionskriterier: Borgere kan ikke indgå i indsatsen, hvis de har personlighedsforstyrrelser og/eller ADHD

Materialer brugt i indsatsen

Der blev arbejdet med designbeskrivelser i starten af indsatsen. Disse var at finde på alle klinikker.

Indsatsbeskrivelsen indeholdt information om hvordan forløbet opstatede, hvilke elementer der indgik i midterfasen og hvordan patienterne blev afsluttet igen.

Indhold i indsatsen

Indsatsen omfatter en række forskellige elementer, herunder opfølgende samtaler af 30–45 minutters varighed, medicinsk behandling, psykoedukation, fokus på KRAM-faktorer (kost, rygning, alkohol og motion), opmærksomhed på somatisk helbred samt individuelle samtaleforløb.

Det primære indhold af indsatsen er dog den koordinerende funktion omkring borgerne. Dette omfatter koordinering med relevante aktører såsom jobcentre, bosteder, egen læge og misbrugscentre. Der kan også indgå ledsagelse af borgerne til møder hos disse instanser, med henblik på at understøtte adgang til relevant hjælp og opfølgning.

Aktører og organisering

Teamet inkluderer to erfarne sygeplejersker med specialisering inden for psykiatri.

Arbejdet foregår tværsektorielt med kommuner, bosteder, misbrugscentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bostøtter, privatpraktiserende læger, pårørende, psykiatrier i andre regioner m.fl. Derudover er der et tæt samarbejde med de tre sengeafsnit i Regionspsykiatrien i Horsens.

Der indgår deltagelse i samarbejds møder med kommunale instanser, herunder rusmiddelcentre, egen læge og øvrige relevante aktører. Der afholdes desuden møder med de enkelte bosteder, men hyppigheden af disse varierer og afhænger blandt andet af antallet af borgere tilknyttet det pågældende bosted.

Der er ca. 30 patienter visiteret ind, hvilket er fuld caseload. Tilknytningen til indsatsen varierer betydeligt og kan strække sig fra få måneder til flere år. For mange borgere varer forløbet typisk et til to år.

Evaluering

I de første år af indsatsen blev der udarbejdet rapporter til ledelsen, hvor fokus var på at sammenholde antallet af indlæggelser året før borgerens deltagelse med perioden under deltagelse i indsatsen. Resultaterne indikerede en forebyggende effekt, herunder en indflydelse antallet af indlæggelsesdage.

Derudover blev der gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt bostederne med henblik på at afdække deres tilfredshed med samarbejdet.

De seneste år er der imidlertid ikke gennemført systematiske opfølgninger eller evalueringer, der belyser, i hvilken grad indsatsen fortsat bidrager til at løse det oprindeligt identificerede problem.

41 Psykiatrisk akutenhed

Regionspsykiatrien Horsens

Formål

Tilbuddet er organiseret som et hurtigt tilgængeligt og kortvarigt forløb, der fungerer som alternativ til indlæggelse.

Formålet med indsatsen er:

- Forebygge indlæggelser og genindlæggelser, medvirke til tidlig udskrivelse/lette overgangen fra indlæggelse.
- Mulighed for at tilrettelægge forløbet efter patientens behov/mulighed for tæt opfølgning
- At forebygge indlæggelser, afkorte eksisterende indlæggelser og tilbyde kortvarig akut behandling uden behov for indlæggelse.
- Med tiden er tanken også, at indsatsen skal kunne give borgere flere tilbud efter en udskrivelse og inden de kan startes op på eksempelvis klinikker for at sikre den gode overgang.

Der eksisterede et manglende tilbud, der kunne imødekomme behovet for hurtig og intensiv psykiatrisk behandling som alternativ til indlæggelse. Der var behov for en indsats, der kunne støtte patienter i akutte psykiske kriser uden nødvendigvis at kræve indlæggelse.

Målgruppe

Voksne med alle psykiatriske diagnoser, der kan være i eget hjem.

Patienterne er enten henvist gennem egen læge eller hvis de er blevet set i akutmodtagelsen. De henvises særligt hvis de ikke nødvendigvis passer i andre tilbud eller står med længere ventetid på fx at kunne komme i ambulans behandling på sygehuset. Det betyder også, patienterne i indsatsen ofte har en øget selvmordsrisiko, hvor kontakten til akutteamet kan være med til at undgå en indlæggelse eventuelt på tvang eller en forværring i tilstanden.

Materialer brugt i indsatsen

Indsatsen har en pjece, som patienterne kan få med hjem, hvis de har været i psykiatrisk modtagelse. Herudover har Psykiatrisk Akutteam en hjemmeside som de alment praktiserende læger kan benytte og bruge til at komme i kontakt med teamet.

Indhold i indsatsen

Psykiatrisk Akutteam arbejder ikke ud fra et fast defineret forløb. Indsatsen tilpasses individuelt og består som udgangspunkt af følgende elementer:

- Opstartsmøde: Varighed 60–90 minutter
- Opfølgende samtaler: Varighed 30–45 minutter

Forløbet indeholder bl.a.:

- Samtaler med udgangspunkt i patientens aktuelle problemstillinger
- Mulighed for medicinsk vurdering og behandling
- Tilbud om NADA-behandling (øreakupunktur)
- Støtte til inddragelse af relevante samarbejdspartnere (fx pårørende, kommunale aktører, egen læge)

Der afholdes som udgangspunkt ét møde om ugen, men både hyppighed og indhold tilpasses løbende efter patientens behov og ønsker.

Behandlingen i Psykiatrisk Akutteam foregår enten i klinikken i Regionspsykiatrien Horsens, i patientens eget hjem eller via telefon/video. Hvis fysisk fremmøde i klinikken ikke er muligt, kan medarbejderne køre ud til patienten. Det udekørende arbejde udgør ca. 25 % af teamets samlede aktivitet. Valg af kontaktform tilpasses ud fra patientens behov og de konkrete omstændigheder

Aktører og organisering

Teamet består af i alt 10 ansatte, herunder erfarne sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Der er desuden tilknyttet en læge til indsatsen.

Psykiatrisk Akutteam er en selvstændig ambulant klinik under Regionspsykiatrien Horsens. Der samarbejdes med relevante aktører såsom kommuner, patientens egen læge samt eventuelle praktiserende psykologer eller psykiatere. På grund af indsatsens relativt korte varighed (op til 12 uger) er omfanget af informationsdeling og koordinerende arbejde dog begrænset.

Evaluering

Der er noget evaluering på ledelsesplan. Ellers ingen evaluering med patienter.

42 Selvskadeteam

Regionspsykiatrien Horsens

Formål

Formålet med indsatsen er at styrke samarbejdet og koordinere indsatsen for borgere med svær selvskade og personlighedsforstyrrelse, med henblik på at reducere indlæggelsesdage og brugen af tvangsforanstaltninger. Indsatsen sigter dermed mod at styrke kontinuitet i indsatsen fra det akutte, under indlæggelse, samt ved opfølgning på/ forebyggelse af selvskade og indlæggelse. Samtidig skal indsatsen sikre bedre sammenhæng og overgange i patienternes behandlingstilbud.

Målgruppe

Patienter med svær selvskade. Indsatsen virker selvrekruiterende, hvilket betyder at indsatsen rekrutterer patienter der allerede er under indlæggelse på lukkede sengeafsnit. Dette drejer sig ofte patienter, som bor på bosted, og som har mange indlæggelser som følge af selvskade.

Eksklusionskriterier:

- Selvskade i psykotisk tilstand
- Patienter i aktiv, ambulans forløb, som fungerer
- Patienter med dom til behandling

Materialer i indsatsen

Der blev udarbejdet informationsmateriale, som blev rettet mod både somatiske afdelinger, bosteder og patienter. Informationspjecer blev lavet til samarbejdspartnere og patienter.

Indhold i indsatsen

Alle patienter har skræddersyet forløb i indsatsen. Indsatsen omfatter forebyggende, akutte og opfølgende aktiviteter såsom:

- Ambulante samtaler
- Udarbejdelse af samarbejds- og koordinationsplaner
- Sparring og undervisning af samarbejdspartnere
- Tilgængelighed via rådgivningstelefon

Som en del af indholdet indgår patienten i et samtaleforløb: En typisk samtale varer 45 min. Antallet af besøg er svingende alt fra 2-4 besøg om måneden.

Teamet i indsatsen tilbyder kontakt via rådgivningstelefon og indgår i personlig støtte under indlæggelser, herunder også ved somatiske behandlinger.

Støttefunktioner til de ansatte: For at understøtte indsatsen deltager teammedlemmer i basisuddannelse for personlighedsforstyrrelse og selvskade og indgår i psykiatriens faglige netværk for selvskadeteams. Teamet modtager supervision en gang om måneden og har derudover mulighed for at deltage i supervision i O2 en gang om ugen.

Aktører og organisering

Teamet er sammensat af i alt fem medarbejdere samt en specialpsykolog. To af sygeplejerskerne har gennemført basis- og ekspertuddannelse inden for selvskade, og det er disse medarbejdere, i samarbejde med specialpsykologen, der varetager den udekørende funktion. De øvrige tre medarbejdere er i gang med efteruddannelse i form af basisuddannelse inden for selvskade.

Indsatsen er forankret i det stationære regi på det lukkede afsnit O2. Den udekørende funktion varetages fast to dage om ugen, tirsdag og torsdag, hvor teamet typisk gennemfører 3-4 besøg pr. dag. Arbejdet er organiseret i et tværsektorielt samarbejde, som omfatter både kommunale aktører og relevante bosteder.

Kommunikationen skete via ambulante samtaler, samarbejds møder og kontakt til bosteder og somatikken. Mange af møderne sker ad hoc. I opstarten af tilbuddet vil det ofte være ugentlige møder/samtale omkring den specifikke patient. Det kan eksempelvis være med et bosted/bostøtte. Der er desuden faste samarbejds møder med bosteder seks gange årligt, hvor somatikken også indgår. Der er desuden fast kontakt via rådgivningstelefonen.

Der blev udarbejdet samarbejds- og koordinationsplaner, og der blev afholdt faste samarbejds møder mellem de involverede parter. Derudover er der etablerede samarbejds møder med ledelsesrepræsentant mellem bosteder, akutafdelingen og sengeafsnit O2.

Evaluering

Evalueringen er sket i regi af psykiatriens tværregionale netværk.

Den foreløbige evaluering har været baseret på kvalitative data i form af interviews med patienter og medarbejdere.

Der føres håndholdte data over indlæggelsesdage, tvangsforanstaltninger og somatiske kontakter.

Midtklyngen

43 FACT Team dobbeltdiagnose

Silkeborg Kommune

Formål

Tværasektorielt FACT-team for borgere med dobbeltdiagnose.

Formålet var at skabe sammenhængende koordinering af behandling mellem flere parter omkring borgere som har svær psykisk sygdom og svær rusmiddelproblematik. Oprindeligt kom opdraget fra Alliancen for den nære psykiatri, som bl.a. lavede en handleplan for de mest udsatte borgere med psykisk sygdom.

Dette projekt mandede ud i at søge EU-midler til at udvikle det tværasektorielle samarbejde inspireret af den hollandske FACT-model. Udviklingen af projektet foregik i et samarbejde mellem Silkeborg Kommune, region Midtjylland og CCAF (Hollandsk konsulentfirma).

3-årigt EU-projekt omfattende Silkeborg, Skive og Viborg samt regionspsykiatri. OBS: Denne besvarelse omhandler alene Silkeborgs del af projektet. Projektet blev afsluttet marts 23 men er efterfølgende implementeret.

Den tværasektorielle indsats i relation til dobbeltdiagnose lukkes dog sandsynligvis ned i sin nuværende form snarligt, da region Midtjylland planlægger en alternativ indsats for borgere med dobbeltdiagnose. Erfaringerne fra projektet søges videreført i et ny EU-støttet projekt fra 2025, hvor målgruppen er en bredere gruppe af borgere med psykiatriske lidelser end den snævrere gruppe af borgere med dobbeltdiagnose.

Der er vedlagt en samlet fil "teamets dokument", hvori beskrivelse af indsatsen samt relevante links er samlet (se bilag 43.1).

Målgruppe

Målgruppen i Silkeborg var begrænset til borgere med dobbeltdiagnose; det er en fælles oplevelse at netop denne gruppe var vanskelige at fastholde og danne overblik i forhold til. Den regionale indsats var (og er indtil 1. sept. 24) forankret i ADHD og rusmiddelteamet, og de fleste borgere har/havde ADHD som primær psykiatrisk problematik, men i praksis har der været en del flere diagnoser ind over.

Materialer brugt i indsatsen

Modellen mandede ud i en såkaldt 3CP- model (citizen centered coordination platform).

Man konkluderede efter det første projekt år, at det ikke var en mulighed at etablere et egentligt tværasektorielt fact-team, som kunne være kompatibelt med henholdsvis det regionale og det kommunale system.

Materialet kan ses i vedlagte fil "teamets dokument" (se bilag 43.1).

Indhold i indsatsen

Indsatsen er koncentreret om tæt koordinering mellem aktuelle aktører. Der er et "kerneteam" omfattende kommunale Rusmiddelbehandlere, kommunale bostøtter samt regionale psykiatriske sygeplejersker.

Medarbejderne samarbejder omkring en gruppe af borgere med dobbeltdiagnose. Selvom vi kalder det et "team" er de enkelte teammedlemmer fortsat forankret i deres egne systemer.

Hovedingrediensen i indsatsen er et ugentligt "tavlemøde" på 2 timer, hvor 8 sager koordineres, dels mellem medlemmerne i kerneteamet, men også med eksterne parter, såsom kommunal sagsbehandler, jobcenter, praktiserende læge, kriminalforsorg, bosteder m.v. Møderne foregår i en kombi mellem fremmøde og onlinetilstedeværelse, med skarp disciplin på tidsrammen i de enkelte sager.

Det personlige kendskab mellem medlemmerne i teamet er uvurderligt, og det er vores erfaring at indsats overfor borgere baseret på en fælles plan, fælles forståelse og en individuel tilgang til den enkelte er bedre egnet til denne målgruppe end centralt planlagte og manualiserede indsatser.

Aktører og organisering

"Fact-teamet" som i dag hedder "Fællesteamet" består af et kerneteam som udgør det såkaldte "inner Wheel" - Kerneteamet består af Kommunale rusmiddelbehandlere, Kommunale Bostøtter samt regionale psykiatriske sygeplejersker, lejlighedsvis psykiater og specialpsykolog.

Der er en lokal koordinationsgruppe, som består af 2 funktionsledere fra henholdsvis Region og kommune samt en regional sygeplejerske og faglig leder i rusmiddelcentret. Man mødes månedligt og koordinerer teambuilding og løbende justeringer og udfordringer i samarbejdet.

Borgerne deltager fra starten i et fælles opstartsmøde med de 3 aktører. Borgerne kan mødes i eget hjem, i psykiatrien på rusmiddelcentret etc. På opstartsmødet laves målsætninger sammen med borger og det afstemmes hvem af øvrige aktører som teamet må kommunikere med på de koordinerende tavlemøder hvor borgeren ikke deltager. Der er løbende opfølgingsmøder med borger.

Vi har sat et øvre antal på 24, men har aldrig haft helt fyldt op. Største antal har været 22 borgere. For nuværende er der 18 borgere i teamet.

Der er tale om borgere, som potentielt kan være meget ustabile. I ustabile perioder kan borgere være på "tavlen" til tværsektoriel koordinering hver uge.. og naturligvis have sine individuelle aftaler med de forskellige aktører. I stabile perioder går der længere mellem at være "på tavlen".

Der er tale om borgere som potentielt kan være i meget lange forløb, da det er svære psykiatriske og sociale problematikker.

EU-projektet startede marts 2020. forud herfor var ca. 10 måneders "prøvehandling". EU-projektet afsluttedes marts 2023, men projektets aktiviteter er implementeret.

Evaluering

Der har været forskellige evalueringsspor. Dels blev der lavet AUDIT med deltagelse fra CCAF, men projektet blev også på flere parametre evalueret af forskere fra Århus Universitet. Projektleder Dorte Mark fra Region Midt vil kunne give en mere præcis beskrivelse af evalueringsindsatsen.

Der findes info om evalueringer i "teamets dokument" (se bilag 43.1).

44 Koordineret Udgående Indsats

Silkeborg Kommune

Formål

Formålet med indsatsen var at:

- Understøtte det sammenhængende borger-/patientforløb gennem en hurtig og koordineret, integreret indsats.
- Understøtte gode overgange.
- Styrke relationel koordinering.

Målgruppe

Målgruppen i indsatsen er voksne over 18 år, der er bosiddende i Silkeborg Kommune, med akut behov for behandling i behandlingspsykiatrien og en socialpsykiatrisk indsats uanset psykiatrisk diagnose, hvor det vurderes, at patienten/borgeren kan være i eget hjem med tæt ambulans kontakt og socialpsykiatrisk indsats.

Koordineret Udgående Indsats kan rykke ud til borgerens hjem og foretage ambulans behandling og socialpsykiatrisk støtte i hjemmet. Hensigten er at skabe hurtig og tæt kontakt ved behov og dermed forebygge en indlæggelse eller fremme tidligere udskrivelse. Indsatsen er ofte korterevarende intensive forløb.

Indeholdt i målgruppen vil derfor f.eks. være borgere/patienter, der:

- er i ambulante/socialpsykiatriske forløb, der oplever en forværring i den psykiske sygdom og derfor har behov for tættere ambulans kontakt og socialpsykiatrisk støtte i eget hjem med henblik på at forebygge en eventuel indlæggelse.
- har været indlagt, og som med indsatsen fra det udgående team kan udskrives tidligere.
- endnu ikke er tilknyttet en kommunal eller regional indsats

Borgere-patienter som ikke er i målgruppen:

- Personer med aktuelt udadreagerende adfærd, der kan indebære en sikkerhedsrisiko for personalet.
- Personer, hvor der er en øget selvmordsrisiko (vurderet ud fra screening). En borger/patient med selvmordstanker har ikke 'øget selvmordsrisiko', så længe der kan laves aftaler med vedkommende og han/hun kan tage afstand fra selvmordsplaner.

Materialer brugt i indsatsen

Indsatsbeskrivelse og arbejdsgang (se bilag 43.1).

Indhold i indsatsen

Indsatsen er påbegyndt udviklet i 2020 og kører forsat.

Den koordinerede udgående indsats ydes:

- Mandag-fredage kl. 9-17.
- I Weekends kl. 12-15 kan der ske opfølgende besøg, men der startes ikke nye forløb op.

Indsatsens varighed:

- Ca. 2 timer pr. besøg, inkl. transport og dokumentation
- Op til 4 uger

Indsatsens tilrettelæggelse:

Ved første besøg deltager altid en kommunal og regionalmedarbejder, og der kan derefter planlægges forskudte besøg som del af den fælles indsats.

Overblik over deltagere i indsatsen:

År	Unikke personer	Antal Forløb
2021	28	35
2022	17	19
2023	24	32
2024 pr. 28.08.24	11	12

For de første 20 forløb sker det første besøg ligger indenfor 1-2 dage efter henvendelsen, og det gennemsnitlige forløb har 8 besøg, hvoraf

- 1-2 besøg har været aflagt af både kommune og region samtidigt
- 2-3 af besøgene har været aflagt af regionen
- 4-5 har været aflagt af kommunen

Det gennemsnitlige forløb var for de første 20 forløb på 32 dage.

Aktører og organisering

Udgående medarbejdere fra Akutdøgn tilbud i Psykiatriens Hus, Silkeborg – henholdsvis kommunal bostøtte og regional hjemmebehandling (sygeplejersker), idet de arbejder med målgruppen.

Regionspsykiatriens Midt, Silkeborg og Social, psykiatri og rusmiddelsektionen, Socialafdelingen i Silkeborg Kommune. Indsatsen er forankret på de relevante ledelsesniveauer (Cheflæge/-sygeplejerske og sektionsleder-niveauet samt funktionslederniveauet.

Evaluering

Et kvalitetsteam, bestående af konsulenter og udvalgte medarbejdere fra indsatsen, foretog audit på de første 20 forløb.

Fase 1 – kvalificering af auditmateriale.

Fase 2 – opsætning af survey.

Fase 3 – audit af en dags varighed den 07.06.2021.

Fase 4 – omsætning af audit til praksis – hvad har vi lært af den – og hvordan skal det bruges.

45 FACT

Skive kommune

Formål

FACT projektet er et tværsektorielt projekt mellem Region Midt, Silkeborg, Viborg og Skive kommune. Samarbejdet er funderet på en fælles ambition om at udvikle et tværsektorielt tilbud, der er endnu bedre end det eksisterende, til målgruppen af borgere med svær psykisk lidelse, og dermed aktivere ikke-udnyttet potentiale i samarbejdet. Borgere med svær psykisk sygdom og sociale udfordringer har ofte mange kontaktpunkter til det offentlige system grundet deres komplekse udfordringer, og det kan være vanskeligt at navigere i.

Det hidtidige samarbejde mellem Region og kommune er baseret på indsatsområdet "Udvikling af den nære psykiatri" i Region Midtjyllands Sundhedsaftale, konkret i form af indsatser til de mest udsatte svært psykisk syge borgere. I perioden 2020 – 2023 har Midt-kommunerne (herunder Skive) og Regionspsykiatrien arbejdet med etablering af tværsektorielle teams støttet af midler fra EU. Erfaringer fra denne periode medtages i næste projektperiode fra 2023-2025, hvor der ligeledes er opbakning og støtte fra EU.

FACT indsatsen har dermed til formål at tilpasse og implementere en model for tværsektorielt team i hver kommune med repræsentation fra Region Midt.

Der kan i perioder være behov for, at man yder en ekstra indsats for at sikre, at borgeren får den nødvendige hjælp. Dermed stiller det krav til medarbejderne om at agere fleksibelt og give det nødvendige inden for den givne kontekst. I Skive har vi valgt at være undersøgende på konkrete indsatser inden for § 85 SEL forankret under udekørende bostøtteenhed (borgere bosiddende i eget hjem).

I første projektperiode har der været hentet stor inspiration fra Holland, som har stor erfaring med FACT indsatser og etablering af teams. Denne viden har været med til at forme projektet, og dermed også være en inspirerende faktor for nuværende projektperiode. Dog har den hollandske model ikke alene kunne omsættes til det danske system, og der opstod behov for tilpasning (3CP-model client-centered coordination platform) til en dansk kontekst og kommunernes organisering.

I Skive har vi valgt at arbejde videre med implementering af et 3CP team, som er en mindre omfangsrig konstruktion end FACT. Denne model er et tæt koordineret samarbejde på tværs af region og kommune, hvor man forbliver ansat sin oprindelige organisation, og hvor man fortsat har opgaver i egen organisation foruden FACT-opgaver. Vi etablerer et fælles team og samarbejdsform, hvor man arbejder ud fra FACT-metoden og tilgangen med fokus på fælles koordinering og indsats.

Målgruppe

Målgruppen er borgere med psykisk sygdom i svær grad, hvor der er behov for omfattende koordinering og sammenhængskraft mellem sektorerne.

Materialer brugt i indsatsen

I Skive er teamet sammensat efter princip om et inner/outerwheel. Dette betyder, at der er fastlagt et team med medlemmer fra Region og kommune (inner wheel), og hvor der inviteres relevante parter ind alt efter, hvad sagen drejer sig om (outer wheel). (Se nedenstående billede som illustration af inner/outer wheel).



For at være en del af FACT-projektet visiteres man til projektet gennem et visitationsudvalg bestående af repræsentant fra Myndighed (kommune) og Region Midt.

Medarbejderne mødes ugentligt (tavlemøder), hvor der er en mødeleder med dagsorden o.lign. Hertil drøftes sagerne jf. FACT-modellen, og der arbejdes koordinerende herudfra.

Organisering af tavlemøder har mødeleder ansvar for, hvor sagerne drøftes ud fra mødestrukturen og procedure, hvilket understøtter de konkrete tiltag og handlinger. Tavlen er en digital tavle, hvor der vises borgers sociale netværk, misbrug, retslige forhold, mål og ønsker, overblik over andre indsatser etc. Her noteres også årsag til op/nedskalering i indsats, interventioner samt risiko- og sikkerhedsforanstaltninger.

Alle borgere i FACT drøftes på mødet, og alle medlemmer forventes at bidrage aktivt i drøftelserne og det videre arbejde. Teamet kan træffe hurtige beslutninger jf. indsatsens formål, således justeringer af medicin og behandling/støtteomfang gøres aktuel.

Indhold i indsatsen

Foruden tidligere beskrevet har der været stort fokus på fleksibiliteten, og at man har kunnet gøre det nødvendige for borgeren. Dertil har der været drøftelser og truffet beslutninger om teamets mandat, og hvordan man fortsat kan arbejde med den fleksible indsats i en given lovmæssige ramme. Medarbejderne er sammensat efter fagligheder og motivation for projektet, og der har været fokus på teamets udvikling undervejs.

Skive kommunes størrelse forudsætter, at der arbejdes videre med 3CP-modellen som en mindre omfangsrig model af FACT-indsatsen. Dette forudsætter høj grad af ledelsesinvolvering fra Skive kommune og Region Midt. Medarbejderne har stort kendskab til hinanden, og det medvirker til flow i indsatserne.

Indsatserne har været præget af høj grad af social og sundhedsfaglig indsats, hvor rusmiddelsproblematikker også har haft stor indflydelse på borgerens liv. For at kunne levere indsatsen forudsættes det, at fokus skærpes endnu tydeligere på inner/outer wheel tænkningen i teamets arbejde.

En vigtig forudsætning i projektet har været tålmodighed og fleksibilitet fra alle parter. Dette kan være en vanskelig problemstilling i en verden, hvor foranderlighed er velkendt. Borgerens indsatser kan være

langvarige, hvor fokus ofte skal være på, hvordan vi forebygger end snarere alene på, hvordan vi håndterer en given situation. Borgerens historik får betydning for, hvordan vi arbejder forebyggende og understøtte kvalificerede tiltag i de perioder, hvor borger er meget udfordret.

Aktører og organisering

Team Skive er sammensat af fagprofessionelle inden for sundheds- og socialektoren. Medarbejderne har deres baggrund som bostøtter, rusmiddelsbehandlere, behandlere i Regionspsykiatrien. Medarbejdernes uddannelsesmæssige baggrund er pædagoger, ergoterapeuter, sygeplejersker/sundhedsfaglige med relevante efteruddannelser.

Teamet har fælles ledelse af kommunal og regional ledelse (2 ledere). Ledelsen har i fællesskab ansvar for udviklingen og drift af teamet.

Teamet mødes ugentligt til tavlemøder, hvor der afholdes møder jf. struktur for FACT. Medarbejderne indkalder ligeledes relevante parter, såsom Myndighed, Jobcenter, Kriminalforsorg, Hjemmepleje m.fl. ved behov og relevans i sagen.

Alle borgere drøftes som led i FACT, og der er fokus på at sikre den fælles koordinering som hovedformål i arbejdet. Borgernes sag fremstilles, og der arbejdes på at finde løsninger i fællesskab. Teamet har nedskrevet strukturen, og denne er bekendt for alle medlemmer.

Der har i perioder været +10 borgere, og det formodes at være endnu yderligere i næst kommende periode. Borgeren har modtaget støtte individuelt efter behov, og der har været bevilliget forskellige indsatser jf. behov.

Evaluering

Succeskriterierne for Skive har været fokus på opbygning af en bæredygtig organisering samt etablering og idriftsat tværsektorielle 3CP teams/FACT. Hertil har der været fokus på positiv effekt på borgertilfredshed, faglighed, økonomi og medarbejdertilfredshed sammenlignet med baseline måling.

Der har været forskellige evalueringsspor.

Dels blev der lavet AUDIT med deltagelse fra CCAF, men projektet blev også på flere parametre evalueret af forskere fra Institut for Folkesundhed ved Århus Universitet (se bilag 43.1). Projektleder Dorte Mark fra Region Midt vil kunne give en mere præcis beskrivelse af evalueringsindsatsen i første projekt.

46 FACT

Viborg Kommune

Formål

Tværsæktorielt FACT-team for borgere med svær psykisk sygdom. 3-årigt EU-projekt omfattende Silkeborg, Skive og Viborg samt regionspsykiatrien. Projektet blev afsluttet marts 23 men er efterfølgende fortsat som i projektperioden. Erfaringerne fra projektet søges videreført i et ny EU-støttet projekt fra 2025, hvor målgruppen er en bredere gruppe af borgere med forskellige alvorlige psykiatriske lidelser.

Formålet var at skabe sammenhængende koordinering af behandling og støtte mellem flere parter omkring borgere, som har svær psykisk sygdom og svær rusmiddelproblematik. Oprindeligt kom opdraget fra Alliancen for den nære psykiatri, som bl.a. lavede en handleplan for de mest udsatte borgere med psykisk sygdom. Dette projekt mandede ud i at søge EU-midler til at udvikle det tværsæktorielle samarbejde inspireret af den hollandske FACT-model. Udviklingen af projektet foregik i et samarbejde mellem kommunerne i Midtklyngen og region Midtjylland og CCAF (Hollandsk konsulentfirma).

Målgruppe

Målgruppen i Viborg var begrænset til borgere med psykotiske lidelser men blev senere i projektet åbnet til at omfatte en bredere gruppe borgere med forskellige diagnoser.

Materialer brugt i indsatsen

Modellen mandede ud i en såkaldt 3CP- model (Citizen Centered Coordination platform). Modellens "Workbook" er den samme som Silkeborg har vedlagt i deres besvarelse. Man konkluderede efter det første projektår, at det ikke var en mulighed at etablere et egentligt tværsæktorielt FACT-team, som kunne være kompatibelt med henholdsvis det regionale og det kommunale system.

Indhold i indsatsen

Indsatsen er koncentreret om tæt koordinering mellem aktuelle aktører. Der er et "kerneteam" omfattende kommunale bostøtter samt regionale psykiatriske sygeplejersker. Medarbejderne samarbejder omkring en gruppe af borgere med svær psykisk sygdom. Selvom vi kalder det et "team", er de enkelte teammedlemmer fortsat forankret i deres egne systemer. Hovedingrediensen i indsatsen er et ugentligt "tavlemøde" på 2 timer, hvor sager koordineres, dels mellem medlemmerne i kerneteamet, men også med eksterne parter, såsom kommunal rusmiddelbehandler, sagsbehandler, jobcenter, praktiserende læge, kriminalforsorg m.v. Møderne foregår i en kombination mellem fremmøde og onlinetilstedeværelse, med skarp disciplin på tidsrammen i de enkelte sager. Det personlige kendskab mellem medlemmerne i teamet er uvurderligt, og det er vores erfaring at indsats overfor borgere baseret på en fælles plan, fælles forståelse og en individuel tilgang til den enkelte er bedre egnet til denne målgruppe end centralt planlagte og manualiserede indsatser.

Der kan være mange ting, der kan skabe problemer i et sådant samarbejde, da "moderorganisationerne" kan trække i forskellige retninger. Medarbejderne kan eksempelvis have andre presserende opgaver andre steder i organisationen hvorved det kan være vanskeligt at prioritere FACT opgaven. Borgerne skal coaches godt i konceptet, men de er som helhed meget glade for den tætte koordinering, fordi det sparer borgerne for at fortælle de samme ting mange steder. Forløbene starter med et fælles opstartsmøde med borger, samt løbende opfølgingsmøder, og borger deltager naturligvis i udarbejdelsen af sin egen plan.

Aktører og organisering

"FACT-teamet" består af et kerneteam, som udgør det såkaldte "Inner Wheel" – FACT-teamet består af kommunale bostøttemedarbejdere samt regionale psykiatriske sygeplejersker, og lejlighedsvis psykiater.

Der er en lokal koordinationsgruppe, som består af 2 funktionsledere fra henholdsvis region og kommune. Man mødes ad hoc og koordinerer løbende justeringer og udfordringer i samarbejdet.

Borgerne deltager fra starten i et fælles opstartsmøde. Mødet kan foregå i eget hjem, i psykiatrien, i bostøtten etc. På opstartsmødet laves målsætninger sammen med borger, og det afstemmes, hvem af øvrige aktører som teamet må kommunikere med på de koordinerende tavlemøder, hvor borgeren ikke deltager. Der er løbende opfølgingsmøder med borger.

Største antal har været 18 borgere. For nuværende er der færre. Der er tale om borgere, som potentielt kan være meget ustabile. I ustabile perioder kan borgere være på "tavlen" til tværsektoriel koordinering hver uge og naturligvis have sine individuelle aftaler med de forskellige aktører. I stabile perioder går der længere mellem at være "på tavlen". EU-projektet startede marts 2020 og forud herfor var ca. 10 måneders "prøvehandlinger". EU-projektet afsluttedes marts 2023, men projektets aktiviteter er implementeret.

Evaluering

Der har været forskellige evalueringsspor. Dels blev der lavet AUDIT med deltagelse fra CCAF, men projektet blev også på flere parametre evalueret af forskere fra Institut for Folkesundhed ved Århus Universitet. Projektleder Dorte Mark fra Region Midt vil kunne give en mere præcis beskrivelse af evalueringsindsatsen.

47 FACT

Regionspsykiatrien Midt

Formål

Formålet er at skabe en ramme for det tværsektorielle samarbejde om den enkelte borger mhp.

- at opnå mest mulig kontinuitet og sammenhæng i behandling, støtte og rehabilitering.
- at de samlede tilbud matcher borgers behov og medvirker til at forbedre borgers samlede livssituation eller forebygge forværring.

Siden 2019 har Midtklyngen arbejdet med at styrke sammenhæng og integration for de mest udsatte svært psykisk syge borgere bosat i Skive, Silkeborg og Viborg kommuner.

Arbejdet blev initieret af 'Alliancen om den nære psykiatri'.

Siden alliancen blev nedlagt, har man navigeret efter:

- sundhedsaftalens visioner og målsætning om at forbedre sundheden og sikre mere sammenhængende patientforløb for voksne med svær psykisk sygdom.
- psykiatriplanens mål om udgående tilbud, hvor patienter tilbydes intensiv, fleksibel, tværfaglig og tværsektoriel opsøgende og sammenhængende behandling.

Arbejdsmodellen bag indsatsen er FACT modellen, som kan findes her: [Prolog: kennismaking met FACT](#)

Der er to dele i indsatsen. Del 1 blev udviklet i perioden 2020-2023; del 2 er under planlægning og forventes igangsat omkring efter sommerferien 2025. FACT-modellen er afprøvet og velbeskrevet i hospitalspsykiatrien i Europa.

Målgruppe

Målgruppen er de mest udsatte af de svært psykisk syge borgere bosat i Skive, Silkeborg og Viborg Kommuner (se bilag 47.1). Det er mennesker, som er multibelastede med psykisk sygdom, somatisk sygdom og/eller selvskadende adfærd fx i form af misbrug.

De kan være udadreagerende, aktivt misbrugende, være præget af kaos, de har ikke kunnet fastholde tilknytning til eksisterende tilbud og de har svært ved at navigere i verden. De har behov for hjælp fra mange forskellige tilbud/medarbejdere.

Det er oftest borgere, som har været igennem (flere) andre tilbud og ikke har kunne få optimalt gavn heraf.

Borgere bosiddende i botilbud ekskluderes fra indsatsen.

Materialer brugt i indsatsen

Der er blevet udarbejdet:

- Målgruppebeskrivelse (se bilag 47.1)
- Skabelon for at henvise, visitere og afholde opstartsmøder (se bilag 47.2)
- Info til fagfolk: [Hvad er FACT? - Psykiatrien i Region Midtjylland - til fagpersoner \(rm.dk\)](#)
- Info til borgere (se bilag 47.3)
- Skabelon for fælles plan (se bilag 47.4)
- Kommissorium for partnerskabet i Midtklyngen i perioden 2023-2027 (se bilag 47.5)
- Skema til måling af borgeroplevelse
- Skema til måling af medarbejderoplevelse
- 3CP workbook (se bilag 47.6)
- Forslag til spørgsmål relateret til fokusområder i 3CP workbook (se bilag 47.7)
- Scoreform 3CP model fidelity scale (se bilag 47.8)

Indhold i indsatsen

FACT er en organiserings- og samarbejdsform mellem kommuner og Regionspsykiatrien Midt, hvor borgeren og dennes behov er i centrum. Der afholdes ugentlige møder i indsatsen, hvor relevante patientforløb drøftes inden for rammerne af gældende samtykkebestemmelser. Det er typisk medarbejdere fra Regionspsykiatrien, der identificerer patienter, som ikke profiterer tilstrækkeligt af de eksisterende tilbud i henholdsvis psykiatrien og kommunen. I sådanne tilfælde kan indsatsen tage kontakt til patienten med henblik på at afklare interesse for deltagelse. Indsatsen kan herefter tilbyde en fleksibel og individuelt tilpasset løsning.

Indsatsen har tre ben:

1. **Organisering:** Her arbejdes der med hvordan man bedst bringer kommunale og regionale medarbejdere sammen det sted, hvor borgere har brug for det. Her er blevet lavet en 3CP indsats organiseret ved Regionspsykiatrien. Kommunens socialpsykiatri og rusmiddelcentre har allokere ressourcer deri, hvilket betyder at medarbejderne kan mødes en gang om ugen enten 1 eller 2 timer mhp. at drøfte udvalgte borgere og derved koordinere kommende indsatser.
2. **Støtte og behandling til borgere:** Støtten står de kommunale medarbejdere for, mens behandlingen som udgangspunkt udføres af medarbejdere i regionen. Medarbejderne i rusmiddelcentre behandler dog også (Disse er ellers kommunale medarbejdere).
3. **Samarbejde:** I indsatsen arbejdes der med at få skabt rammerne for en god kultur omkring samarbejdet. Dette indebærer at stræbe efter et ligeværdigt samarbejde. I indsatsen er det vigtigt, at medarbejderne opnår den forståelse at uanset om de arbejder med støtte eller behandling, så arbejder de med en indsats, som ikke kan stå alene. Dette forudsætter, at man har et ligeværdigt samarbejde, og at man forstår, hvordan man selv passer ind i den større sammenhæng omkring borgerne. Dette perspektiv trænes i indsatsen. Aktuelt arbejdes der på metakompetence omkring samarbejde. Dette fokus er igangsat med hjælp fra Aalborg Universitet hvor man har forsket i policy integration og har udviklet materialer omkring koblingskompetencer, som medarbejderne er ved at blive uddannet i. Den første temadag herom er lavet i januar 2025 og så er det mening, at der fortsat er undervisning heri til både medarbejdere og ledere.

Aktører og organisering

Fra den kommunale socialpsykiatri: bostøtter (pædagog, ergoterapeut, fysioterapeut, sygeplejerske, social- og sundhedsassistent), rusmiddelkonsulenter, sagsbehandlere.

Fra regionspsykiatrien midt: sygeplejersker, psykiater, psykolog.

Indsatsen er karakteriseret ved at være multidisciplinær; der er ambitioner om at få involveret endnu flere discipliner.

Teamet er sammensat af medarbejdere fra regionspsykiatrien og fra den kommunale socialpsykiatri. Et team i hver kommune. Funktionsledere/afdelingsledere har ansvar for den daglige drift af teams. En projektgruppe bemandet med en socialchef, tre kommunale sektionsledere, afdelingsledelse fra regionspsykiatrien, to projektkonsulenter og en projektleder omsætter styregruppens strategi til handling.

En styregruppe har det overordnede strategiske ansvar. Styregruppen er bemandet med lægefaglig direktør fra RM Psykiatri, cheflæge i regionspsykiatrien, socialchefer fra de tre kommuner og en projektleder. Der var desuden også et ønske og en ambition om at integrere alment praktiserende læger, men dette opleves som værende svært. I mange tilfælde gælder det måske kun en enkelt patient hos en praktiserende læge, hvorfor det opleves som svært at få disse til at investere tiden i indsatsen. Til gengæld er der oplevet mere mulighed for samarbejde, når det blev kortere møde på eksempelvis et kvarter om enkelte borgere.

Der blev indbyrdes kommunikeret både ved møder med fysisk fremmøde, online møder, telefonsamtaler og e-mail. Projektgruppen mødes i 2 timer x 1 månedlig. Projektgruppen nedsætter bl.a. arbejdsgrupper ad hoc til løsning af afgrænsede opgaver. Styregruppen mødes i 1½ time x 4 årligt.

Evaluering

Der har været flg. evalueringer:

- intern audit på opfyldelse af målsætninger i 3CP workbook.

Auditeringsprocessen i 3CP-indsatsen tager udgangspunkt i såkaldte 'teamsdokumenter', hvori teamets vision, mission og målsætninger fremgår, samt oplysninger om teamets sammensætning, kerneopgaver, opgavefordeling og samarbejdsformer. Vedlagt findes et eksempel på dagsorden (se bilag 47.9). Formålet er, at hvert team årligt gennemfører en selvevaluering, som indsendes til en uddannet intern auditor. På baggrund af denne selvevaluering udarbejder auditøren en række fokuserede spørgsmål og besøger herefter teamet med henblik på at gennemføre interviews med ledelse, medarbejdere – og i det omfang det er muligt – også borgere og samarbejdspartnere. Det betyder også, at de kliniske/pædagogiske ledere og medarbejdere, der deltager i interviews ifm. audit ikke ser composer scorefrom. De laver en selvevaluering i et modeltrofasthedsskema og sender den til auditors. Ved audit tager auditors udgangspunkt i et skema med spørgsmål til de 8 FACT fokusområder (se bilag 47.7).

Den interne auditor sammenfatter indsigterne fra interviewene med teamets egen selvevaluering og foretager en samlet vurdering, der resulterer i en score for både kvalitet og organisering. På baggrund heraf defineres en målsætning for teamets videre udvikling det kommende år. Selvom ambitionen har været at gennemføre denne audit én gang årligt, har det i den aktuelle indsats kun været muligt at gennemføre to audits i alt.

Leverandøren 'Certification Centre for ACT and FACT' stod for den første audit i juni 2022. Forud for denne audit blev 4 medarbejdere og en projektleder uddannet auditor. Derudover er en intern audit forestået i september 2023. Evalueringen påpeger at audits opleves som både sjove og fagligt udfordrende.

Hvert team laver en selvevaluering ud fra workbook'en. 2-3 auditors interviewer ledere, medarbejdere, borgere og samarbejdspartnere. Ud fra interviews og selvevaluering udarbejder auditors en rapport med anbefalinger for teamets arbejde det kommende år. Det tilstræbes at følge workbook'en, velvidende at personalet endnu ikke er drevne auditors og derfor stadig kan overse muligheder for at vidensopsamling.

Auditors giver en foreløbig tilbagemelding ved besøgets afslutning. Selve auditrapporten udarbejdes inden for en måned efter besøget.

48 Psykiatrisk Akutteam

Regionspsykiatrien Midt

Formål

At sikre sammenhæng mellem indsatser så borgere eller patienter altid har et telefonnummer at ringe til i en sårbar situation. Hensigten var desuden at skabe individuelt orienterede indsatser baseret på den enkelte patients eller borgers situation. Som en del af dette fokus arbejder man ud fra et bredt sundhedsbegreb, hvor sociale indsatser prioriteres sammen med indsatser der har fokus på mental og somatisk sundhed.

For at skabe sammenhæng har indsatsen haft til formål at gøre organiseringen af de ambulante teams mere overskuelig. Derfor samlede vi *mobilteam, subakut vurderingsenhed (SAVE), hurtige ambulante tider (HAT), dagbehandling og udgående team* i ét team, som er Psykiatrisk Akutteam.

Indsatsen er derefter baseret på lignende indsatser i Silkeborg og Holstebro, som man har brugt som model for indsatsen i Viborg - ideen bygger bl.a. på at man ved at skabe øget koordinering omkring de mange forskellige indsatser skaber en bedre robusthed.

Til forskel fra indsatsen i Silkeborg som også har dannet inspiration for Viborg, har man ikke et psykiatriens hus med sengepladser som i Silkeborg, men alene fungerer som en koordinerende enhed.

Målgruppe

Det nye team kommer til at yde behandling til følgende patienter i Viborg og Skive:

- Akut opstået psykisk lidelse hos borgere over 18 år
- Akut forværring af psykisk lidelse, som kræver intensiv opfølgning op til flere gange dagligt eller flere gange ugentligt
- Patienter med akut selvskaade
- Patienter med behov for intensiv opfølgning efter indlæggelse
- Patienter med behov for observation i forbindelse med udredning
- Patienter henvist fra egen læge til hurtig vurdering (HAT, SAVE)
- Patienter indlagt i somatikken, hvor der rekvireres selektive tilsyn

Eksklusionskriterier:

- Retspsykiatriske patienter - medmindre der er lavet forudgående aftaler med Klinik for Retspsykiatri.
- Patienter, hvor kommunikation ikke er mulig på grund af misbrug, udadreagerende adfærd eller svær mental retardering.

Materialer brugt i indsatsen

Der er udformet en to-siders beskrivelse af tilbuddet (se bilag 48.1), som har til formål at samle og formidle centrale oplysninger om det Psykiatriske Akuttilbud. Beskrivelsen indeholder en præsentation af baggrunden for etableringen, herunder ønsket om at skabe en mere samlet, robust og koordineret akutindsats på psykiatriområdet. Dokumentet redegør for tilbuddets målgruppe, formål og de konkrete elementer i indsatsen, herunder muligheden for telefonrådgivning, udkørende funktioner og opfølgende samtaler. Det beskriver desuden organiseringen og den tværfaglige bemanning samt samarbejdet med relevante aktører, herunder kommuner og almen praksis.

Der er lavet en spørgeguide som sikrer at borgere der kontakter tilbuddet, bliver systematisk afdækket mhp. videre henvisning til relevante indsatser (se bilag 48.2).

Der er udformet materiale til patienter, der beskriver indholdet i intensiveret gruppetilbud, som er et tilbud, der kan tilgås af patienter, hvis det vurderes relevant (se bilag 48.3).

Indsatsen er understøttet af en række basale teknologiske og praktiske ressourcer, til at understøtte mobilitet, fleksibilitet og tilgængelighed i det daglige arbejde. Dette inkluderer PC'ere til dokumentations brug mm. Der anvendes kommunikations- og koordineringsredskaber, fx videokonferenceudstyr. Dette muliggør daglige tværfaglige konferencer mellem matriklerne samt kontakt med eksterne samarbejdspartnere, og bidrager til effektiv videndeling og koordinering, uanset fysisk placering.

Derudover råder indsatsen over en bil, som anvendes i forbindelse med udekørende funktioner og deltagelse i møder eller besøg uden for matriklerne. Dette er centralt for at kunne gennemføre opsøgende indsætter og understøtte tilgængelighed over et bredt geografisk område.

Indhold i indsatsen

Indsatsen er tilgængelig dagligt i tidsrummet fra kl. 08.00 til 22.00 via et centralt kontaktnummer. I weekenden og helligdage fra 10-22. Denne tilgængelighed understøtter muligheden for henvendelser og koordinering af relevante tilbud i akutte eller presserende situationer.

Indsatsen er fysisk forankret på to matrikler – i Skive og Viborg – hvor medarbejderne deler vagtfunktionerne på tværs af lokationerne. Denne organisering bidrager til en fleksibel bemanding og kontinuitet i opgaveløsningen.

Der er ikke udarbejdet en fast pakkeforløbsbeskrivelse for indsatsen. I stedet tages der afsæt i den enkelte borgers aktuelle problemstilling, som vurderes i en tværfaglig kontekst. På baggrund heraf identificeres og koordineres mulige relevante indsætter på tværs af kommunale, regionale og almenmedicinske tilbud. I situationer hvor der vurderes behov for yderligere afklaring eller diagnostisk udredning, iværksættes dette som første led i forløbet, forud for eventuel henvisning eller iværksættelse af specifikke tilbud.

Da indsatsen foregår på to geografisk adskilte matrikler, har det krævet en betydelig logistisk tilrettelæggelse. Den daglige drift forudsætter en høj grad af koordinering, ikke mindst i forhold til bemanding, ledelsesmæssig tilstedeværelse og afholdelse af mødestrukturer. Dette indebærer:

- Ledelsen er til stede fysisk på begge matrikler på skift. Denne rotationsordning stiller dog krav til planlægning og transport, og indgår som en fast del af den overordnede ledelsesstruktur.
- At der afholdes to daglige konferencer, hvor borgerforløb drøftes i et tværfagligt forum. Disse konferencer afvikles virtuelt for at sikre deltagelse fra begge matrikler og for at understøtte ensartethed i den faglige vurdering og koordinering på tværs.
- Derudover afholdes der løbende personalemøder og supervision, som ligeledes planlægges skiftevis på de to matrikler, så medarbejdere fra både Skive og Viborg får lige adgang til faglig udvikling og kollegialt fællesskab.

Som en central del af indsatsen afholdes der to daglige tværfaglige fælleskonferencer, på disse konferencer drøftes konkrete borgerforløb med henblik på at identificere relevante tilbud og indsætter på tværs af sektorer. De iværksatte indsætter tilrettelægges individuelt og afhænger af en faglig vurdering af borgerens samlede problematikker og behov. Dette kan omfatte både sundhedsfaglige, sociale og psykosociale forløb – herunder eksempelvis socialfaglige indsætter, psykiatrisk bostøtte, hjemmeplejeydelser, rusmiddelbehandling, støtte fra IPS-medarbejdere (Individuelt Planlagt Støtte til beskæftigelse) samt deltagelse i intensiverede gruppetilbud (jf. Bilag 48.2).

Aktører og organisering

Teamet består af sundhedsfaglige medarbejdere (sygeplejersker, læger, social og sundheds ass., sekretærer). Indsatsen er ledet af en oversygeplejerske samt en ledende overlæge.

Til hvert borgerforløb tilknyttes to medarbejdere fra indsatsen. Denne organisering understøtter kontinuitet i forløbene og bidrager samtidig til at fordele arbejdsopgaverne internt i teamet. Derudover medvirker det til at reducere organisatorisk sårbarhed ved fravær eller ændringer i bemanningen, idet flere medarbejdere er bekendt med det enkelte forløb og kan varetage opgaverne ved behov.

Den valgte tilgang i indsatsen, som tager udgangspunkt i borgerens konkrete behov og ikke følger et fastlagt pakkeforløb, forudsætter, at der i mange tilfælde inddrages forskellige fagpersoner og instanser på tværs af sektorer. Hvilke aktører, der involveres, varierer fra borger til borger og afhænger af den konkrete problemstilling. Det kan eksempelvis være aktører med ansvar inden for socialfaglige, sundhedsfaglige eller beskæftigelsesmæssige indsatser.

Der afholdes desuden:

- Personalemøder med Supervision hver måned.
- 2 konferencer hver dag.
- 2 temadage årligt

Indsatsen er organisatorisk forankret i Region Midtjylland og er ledelsesmæssigt placeret under regionalt regi. Derudover indgår indsatsen i et koordinerende samarbejde med både kommunale aktører og almen praksis. Dette samarbejde er ikke formaliseret gennem faste strukturer eller aftaler, men bygger på løbende koordinering og dialog mellem de involverede sektorer med henblik på at sikre sammenhæng i indsatsen over for borgerne.

I forbindelse med opstarten af indsatsen blev der nedsat en styregruppe samt en arbejdsgruppe med henblik på at understøtte den indledende planlægning og koordinering. Som led i opstartsfasen blev der desuden afholdt to temadage. Der afholdes fortsat to temadage om året

Der er etableret kontaktgruppemøder i regi af en temagruppe, som består af repræsentanter fra den øverste ledelse i både region og kommuner. Denne organisering muliggør løbende udveksling af viden og erfaringer på tværs af sektorer og sikrer samtidig, at drøftelser og beslutninger forankres med opbakning fra ledelsesniveau. Temagruppen fungerer således som en strategisk ramme for koordinering og videreudvikling af indsatsen.

Ud over de formaliserede samarbejdsstrukturer foregår en væsentlig del af det tværsektorielle samarbejde gennem løbende og mere uformelle møder mellem de fagpersoner og aktører, der aktuelt eller potentielt er involveret i konkrete borgerforløb. Disse møder afholdes med varierende frekvens, afhængigt af lokale behov og samarbejdets karakter. Eksempelvis mødes medarbejdere fra indsatsen og Skive Kommune fast én gang månedligt til et uformelt koordineringsmøde – benævnt "nabokaffe" – hvor der drøftes konkrete sager og videndeles om kommunale tilbud og muligheder for samarbejde. I Viborg er den fysiske nærhed mellem indsatsen og kommunens tilbud *Center for Mestring* med til at understøtte en tæt og løbende kontakt, da der kun er få meters afstand mellem enhederne.

Tilsvarende er indsatsen i Viborg placeret i direkte fysisk tilknytning til flere af Region Midtjyllands psykiatriske funktioner, herunder det regionale psykose- og ADHD-team, samt i umiddelbar nærhed af det affektive team. Der er desuden kun kort afstand til de regionale psykiatriske sengepladser. Denne nære fysiske placering muliggør hurtig og uformel kontakt, faglig sparring samt mulighed for rettidige henvisninger og koordinering på tværs af funktioner.

Yderligere deltager nogle af medarbejderne i indsatsen også i F-ACT-teams i Viborg, Skive og Silkeborg (dette er tværsektorielle teams). Dette bidrager til et styrket kendskab på tværs af funktioner og geografiske områder, hvilket fremmer den tværgående koordinering og samarbejdsevne.

Indsatsen har haft en indledende afprøvningsperiode på seks måneder, hvor idéen gradvist er blevet implementeret i praksis. Denne periode har fungeret som et udviklingsrum, hvor man har haft mulighed for at teste elementer af modellen, justere på indholdet og tilpasse arbejdsgange, efterhånden som erfaringerne blev gjort. Forfinelsen af modellen er ikke afsluttet med pilotperioden men fortsat i gang som en integreret del af implementeringen. Der arbejdes løbende med tilpasninger for at imødekomme u hensigtsmæssigheder, optimere arbejdsgange og sikre, at den samlede indsats opleves som meningsfuld, effektiv og bæredygtig.

Evaluering

Der afholdes to årlige temadage som led i den løbende udvikling og kvalitetssikring af indsatsen.

Temadagene har det formål at drøfte erfaringer fra praksis, identificere behov for justeringer samt drøfte eventuelle ændringer i organisering, indhold eller samarbejdsformer. Temadagene fungerer som et forum for fælles refleksion og vidensdeling, hvor der er mulighed for at evaluere, hvordan indsatsen fungerer i praksis, og i hvilken grad den imødekommer de behov, der opleves blandt borgere og fagprofessionelle. Resultater og input fra temadagene anvendes aktivt til at tilpasse indsatsen og sikre, at den forbliver relevant, fleksibel og fagligt velforankret.

Der gennemføres ikke struktureret evaluering. I stedet arbejdes der med løbende opfølgning og tilpasning baseret på erfaringer fra praksis og tilbagemeldinger fra medarbejdere og samarbejdspartnere. En del af denne løbende opfølgning foregår desuden i forbindelse med de faste, årlige temadage. (Se ovenstående)

49 Akut Døgntilbud

Psykiatriens Hus Silkeborg

Formål

Formålet med Akut Døgntilbud i Psykiatriens Hus, Silkeborg, er at yde en midlertidig, målrettet socialpsykiatrisk indsats, der imødekommer akutte støttebehov hos voksne borgere med psykiske lidelser.

Akut Døgntilbud i Psykiatriens Hus i Silkeborg er et kommunalt socialpsykiatrisk tilbud efter servicelovens §107, der tilbyder midlertidige ophold til voksne borgere (18+) med psykiske lidelser, som oplever en akut forværring af deres situation og har behov for stabilisering og støtte. Tilbuddet har seks kommunale pladser og er organisatorisk placeret i Socialafdelingens område Socialpsykiatri og Rusmiddel. Pladserne er tæt integreret med regionens seks pladser i Psykiatriens Hus, hvilket muliggør et unikt tværsektorielt samarbejde om borgere med komplekse behov.

Indsatsen skal forebygge psykiatriske indlæggelser, understøtte en stabil overgang fra indlæggelse til egen bolig og bidrage til at fastholde borgerens evne til at bo selvstændigt.

Tilbuddet fungerer samtidig som et kommunalt beredskab, hvor døgnophold kan kombineres med ambulante bostøtte for at forebygge, at borgerens funktionsniveau forringes til et niveau, der kræver længerevarende botilbud. Kombinationen af døgnophold og støtte i eget hjem forudsætter, at borgeren er visiteret til støtte efter servicelovens §85. Dette sikrer, at indsatsen kan tilrettelægges i sammenhæng med øvrige bevilgede sociale indsatser. Opholdene anvendes også til afdækning og udredning af støttebehov, så relevante og individuelt tilpassede forløb kan iværksættes.

Indsatsen er forankret i en rehabiliterende og recoveryorienteret tilgang, hvor borgerens egne mål og ressourcer er styrende for forløbet. Opholdene tilrettelægges med et klart formål og skal bidrage til udvikling af mestringsstrategier, øget trivsel og styrket evne til at håndtere hverdagslivets krav.

Opholdet kan vare op til 14 dage (med mulighed for længerevarende ophold i særlige tilfælde) og rummer både akutte, kortvarige ophold og mere afdækkende/udredende forløb som led i et kommunalt beredskab. Indsatsen omfatter miljøterapi, støttende samtaler, struktur i hverdagen, sociale aktiviteter, samarbejde med pårørende og øvrige fagpersoner samt hjælp til at fastholde eller genetablere kontakt til relevante sundhedstilbud.

Yderligere information:

- [Om Psykiatriens Hus](#)
- [Akut døgntilbud](#)

Målgruppe

Målgruppen for Akut Døgntilbud i Psykiatriens Hus, Silkeborg, er voksne borgere i alderen 18 år og opefter, bosat i Silkeborg Kommune, med en psykiatrisk lidelse som primær problemstilling, der medfører akut behov for socialpsykiatrisk støtte og stabilisering. Tilbuddet henvender sig til borgere, der i udgangspunktet kan tage vare på sig selv om natten og som kan indgå i et samarbejde om plan og mål for opholdet.

Borgeren skal kunne indgå aftaler i forhold til selvskadende impulser og selvmordstanker, og der kan ikke visiteres til tilbuddet, hvis borgeren aktuelt er påvirket af rusmidler, har behov for afrusning, udviser udadreagerende adfærd, der ikke kan håndteres i rammerne, eller har omfattende plejemæssige behov.

Målgruppen omfatter både borgere, der har behov for kortvarige, aflastende ophold i en akut krise, og borgere, der har behov for længerevarende forløb med afdækning og udredning af støttebehov som led i et forebyggende beredskab.

Materialer brugt i indsatsen

Indsatsen anvender en række materialer, der understøtter både borgernes ophold og medarbejdernes arbejde:

- Vision og værdigrundlag: Visionen for indsatsen er udarbejdet som en plakat. Plakaten er ophængt på kontoret og anvendes aktivt som referencepunkt i dialogen med medarbejderne om kerneopgaven.
- Informationsmateriale til borgere: Velkomstfolder med praktiske oplysninger om ophold, regler for brug af faciliteter, kontaktmuligheder og rammer for indsatsen.
- Fagligt præsentationsmateriale: PowerPoint-præsentation, der beskriver målgruppe, formål, rammer, indhold og samarbejdsrelationer. Anvendes til introduktion af nye medarbejdere, samarbejdspartnere og myndighedsmedarbejdere.

Indhold i indsatsen

Indsatsen tilrettelægges individuelt ud fra borgerens aktuelle situation, mål og behov, med afsæt i en rehabiliterende og recovery-orienteret tilgang.

Centrale elementer omfatter:

- Miljøterapi: Skabelse af trygge, strukturerede rammer med fokus på at stabilisere døgnrytme, skabe forudsigelighed og understøtte positive rutiner.
- Støttende og vurderende samtaler: Løbende dialog med borgeren om aktuelle udfordringer, mestringsstrategier og fremtidige mål. Samtalerne kan også have fokus på livssituation, netværksrelationer og motivation for behandling eller aktivitet.
- Aktiviteter og fællesskab: Daglig morgensamling, mulighed for fælles gåture, sociale aktiviteter i samarbejde med frivillige, samt adgang til husets fællesfaciliteter.
- Pædagogiske og terapeutiske redskaber: Brug af NADA-behandling, kugledyner, kuglestole og andre sanseredskaber efter behov.
- Samarbejde med pårørende og netværk: Inddragelse af relevante pårørende, når borgeren ønsker det.
- Koordinering med øvrige aktører: Særligt tæt samarbejde med bostøtte, så erfaringer og indsatser fra opholdet kan videreføres i borgerens eget hjem. Herudover koordineres med behandlingspsykiatrien, rusmiddelcenter og øvrige kommunale indsatser for at sikre sammenhæng og kontinuitet.
- Gradvis tilbagevenden til hverdagen: Støtte til at fastholde eller genetablere daglige aktiviteter, fx job, uddannelse eller fritidstilbud, herunder mulighed for gradvis hjemvenden under opholdet.

Indholdet tilpasses løbende under opholdet, og der udarbejdes individuelle mål og delmål, som evalueres i samarbejde med borgeren. Fokus er på, at opholdet skal have et klart formål og være rettet mod at styrke borgerens funktionsniveau og mestringssevne.

Overgangen fra et ophold til eget hjem kan understøttes gennem tryghedsbesøg eller telefoniske tryghedsopkald. Disse elementer anvendes for at skabe kontinuitet og tryghed i fasen efter opholdet og for at forebygge tilbagefald.

Som supplement til døgnopholdene kan der iværksættes en kortvarig indsats efter servicelovens §82b i samarbejde med Psykiatrisk Akut Team (regional indsats). Den udgående indsats er typisk af op til fire ugers varighed og giver mulighed for tæt ambulante støtte i borgerens eget hjem.

Der er et systematisk fokus på at understøtte medarbejdernes trivsel og forebygge belastning. Dette omfatter daglig faglig sparring, intern supervision og debriefing efter særligt krævende situationer. Der arbejdes med refleksion over og justering af graden af involvering i borgerforløb for at sikre en hensigtsmæssig balance mellem faglig nærhed og professionel distance.

Der er desuden etableret tværsektoriel sparring med den regionale del af Psykiatriens Hus, herunder deltagelse i hinandens konferencer ved fælles borgersager.

Aktører og organisering

Etableringen af Akut Døgntilbud i Psykiatriens Hus, Silkeborg, udspringer af en politisk beslutning og et fælles initiativ mellem Silkeborg Kommune og Region Midtjylland. Baggrunden var blandt andet nedlæggelsen af de psykiatriske sengepladser i Silkeborg og ønsket om at udvikle et lokalt forankret alternativ, der kunne tilbyde hurtig, fleksibel og tværfaglig støtte til borgere i psykisk krise.

Ideen opstod i dialog mellem kommune og region om, hvordan man bedst kunne samle og styrke indsatsen for borgere med akut støttebehov. Som led i frikommuneforsøg og planlægningen af det kommende Psykiatriens Hus blev der udviklet en model, hvor kommunale og regionale døgnpladser placeres side om side.

Indsatsen blev etableret i 2010 i det tidligere psykiatriske sengeafsnit i Silkeborg og blev i 2012 flyttet til Psykiatriens Hus. Psykiatriens Hus åbnede i 2012 som en fælles organisatorisk og fysisk ramme for integrerede, tværsektorielle løsninger. Siden åbningen er det akutte døgntilbud blevet videreudviklet til også at fungere som en del af kommunens socialpsykiatriske beredskab, hvor døgnophold kan kombineres med ambulansetøtte. Denne udvikling har styrket indsatsens rolle i både at forebygge indlæggelser og understøtte borgernes muligheder for at mestre hverdagen i eget hjem.

Indsatsen varetages af et tværfagligt team bestående af 13 medarbejdere med baggrund som pædagoger, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker og socialrådgivere. Den tværfaglige bemanding er valgt for at kunne tilrettelægge og gennemføre fleksible og helhedsorienterede forløb, der både adresserer sociale, psykiske og praktiske problemstillinger, og for at sikre, at indsatsen kan imødekomme den brede vifte af behov hos målgruppen.

Indsatsen har visitation for cirka 200–220 borgere årligt. Belægningen er tæt på 100 %, og pladserne er derfor næsten konstant i brug. Ophold er som udgangspunkt kortvarige med en varighed på op til 14 dage. I særlige tilfælde kan der bevilges længerevarende ophold, eksempelvis som led i afdækning af støttebehov eller i forbindelse med overgang til andet botilbud. Der er mulighed for at anvende 2 af de 6 kommunale pladser til længerevarende ophold.

Akut Døgntilbud er organisatorisk forankret i Silkeborg Kommunes Socialafdeling, under området Socialpsykiatri og Rusmiddel. Tilbuddet ledes af en funktionsleder med ansvar for den daglige drift samt en faglig koordinator, der understøtter kvalitetssikring og udvikling af indsatsen.

Indsatsen foregår på Akut Døgntilbud i Psykiatriens Hus i Silkeborg, hvor borgere tilbydes midlertidigt ophold i enkeltværelser med eget bad og toilet. Opholdet kan kombineres med bostøtte i borgerens eget hjem – eksempelvis ved gradvis tilbagevenden til hverdagen, hvor borgeren tilbringer enkelte dage hjemme under opholdet eller får hjemmebesøg af medarbejdere fra døgnpladserne.

Kombinationen af ophold på døgnpladsen og støtte i eget hjem kræver fleksibel planlægning og tæt koordinering i medarbejdergruppen. Der udarbejdes ugeplaner, der kan justeres hurtigt, så støtten tilpasses borgerens aktuelle behov. Det forudsætter også løbende kommunikation med bostøtten og eventuelle andre samarbejdspartnere, så opgaverne fordeles hensigtsmæssigt.

Den daglige koordinering foregår gennem faste møder, hvor igangværende forløb, akutte henvendelser og samarbejde med eksterne aktører drøftes.

Organiseringen understøtter et tæt samarbejde med øvrige enheder i Psykiatriens Hus. Selvom der er en adskilt kommunal og regional del, er de fysiske rammer og visse funktioner integreret. Dette muliggør tværsektorielt samarbejde om borgere, hvor det er relevant, og sikrer adgang til hurtig faglig sparring på tværs af sektorer. Ledelsesniveauet har etableret faste mødefora, hvor funktionsledere fra begge sektorer deltager sammen med relevante ledere fra andre kommunale afdelinger, fx myndigheds- og beskæftigelsesområdet.

Den daglige tværsektorielle kommunikation er præget af korte, direkte kontaktveje, som muliggør hurtig sparring om akutte problemstillinger og vurdering af, hvilken sektor der bedst kan imødekomme borgerens aktuelle behov

Evaluering

Indsatsen evalueres løbende gennem Silkeborg Kommunes deltagelse i det årlige driftsorienterede tilsyn fra Socialtilsyn Nord. Tilsynet omfatter interviews med borgere og medarbejdere, gennemgang af dokumentation samt observationer af den daglige praksis. Resultaterne giver en samlet vurdering af indsatsens kvalitet og anvendes som pejlemærke for fortsat udvikling.

Derudover gennemføres interne evalueringer i forbindelse med afslutning af enkelte ophold, hvor målene for forløbet sammenholdes med de opnåede resultater. Denne evaluering foretages i dialog med borgeren og eventuelt samarbejdspartnere som bostøtte eller myndighedsrådgiver.

Evalueringerne bruges til at justere indhold, varighed og tilrettelæggelse af opholdene, så de bedst muligt understøtter borgerens aktuelle behov og formålene med indsatsen.

50 Koordineret udgående indsats

Psykiatriens Hus Silkeborg

Formål

Koordineret Udgående Indsats kan rykke ud til borgerens hjem og foretage ambulante behandling og socialpsykiatrisk støtte i hjemmet. Formålet er at skabe hurtig og tæt kontakt ved behov og dermed forebygge en indlæggelse eller fremme tidligere udskrivelse. Indsatsen er ofte korterevarende intensive forløb. Derudover er formålet at sikre en koordination af indsatserne på tværs af involverede aktører, således at opgaveløsningen fremstår sammenhængende og helhedsorienteret, og at risikoen for fragmentering af forløb minimeres for den enkelte patient.

Målgruppe

Voksne over 18 år. Bosiddende i Silkeborg kommune med akut behov for behandling i behandlingspsykiatrien og en socialpsykiatrisk indsats uanset psykiatrisk diagnose, hvor det vurderes, at patienten/borgeren kan være i eget hjem med tæt ambulante kontakt og socialpsykiatrisk indsats.

Der skal altid være en henvisning fra en læge til de udgående teams. Almen praksis, sengeafsnittene og ambulatorierne i psykiatrien kan henvise til de udgående ambulante teams (borgerne kan også henvises fra andre steder i Psykiatriens Hus, hvis de allerede er kendt der). Hvis en kommunal funktion mener, der kan være god gavn af behandling hos det udgående team, kan kommunen hjælpe borgeren til kontakt med egen læge, der kan henvise.

Eksklusionskriterier:

- Personer med aktuelt udadreagerende adfærd, der kan indebære en sikkerhedsrisiko for personalet
- Personer, hvor der er øget selvmordsrisiko vurderet ud fra screening. En borger/patient med selvmordstanker har ikke "øget selvmordsrisiko", så længe der kan laves aftaler med vedkommende og han/hun kan tage afstand fra selvmordsplaner.

Materialer brugt i indsatsen

Der er udarbejdet en rammebeskrivelse for indsatsen (se bilag 50.1).

Der er udarbejdet en online beskrivelse af indsatsen, målrettet fagprofessionelle, patienter samt pårørende. Beskrivelsen har til hensigt at sikre, at målgruppen har let adgang til relevant information om indsatsens indhold og muligheder: <https://psykiatrienshus.silkeborg.dk/tilbud-til-borgere>

Indhold i indsatsen

Det udgående team, leverer en integreret indsats bestående af ambulante psykiatrisk behandling og socialpsykiatrisk støtte. Indsatsen foregår i borgerens eget hjem og tilpasses individuelt. Teamet arbejder tværfagligt og kan hurtigt rykke ud ved behov. Indsatsen understøtter samarbejde på tværs af sektorer og bidrager til sammenhængende forløb gennem fleksibel og opsøgende kontakt.

I Psykiatriens Hus er der mulighed for at benytte ambulante tilbud, såfremt borgeren selv vurderer, at det er relevant og gavnligt.

For at realisere den fælles ambition om at sikre et godt og sammenhængende borgerforløb, er region, kommuner og almen praksis enige om fem centrale principper for samarbejdet omkring de udgående ambulante teams i psykiatrien. Disse principper danner rammen for samarbejdet, mens den konkrete udmøntning aftales i det lokale klyngesamarbejde om de udgående teams.

De fem principper omfatter følgende områder:

- Gensidig samarbejds- og informationspligt: Der er enighed mellem region, kommuner og almen praksis om tidlig kontakt, udveksling af information og gensidig tilgængelighed. Parterne forpligter sig til at deltage i samarbejdet, når de inviteres.
- Kort reaktionstid: Der skal etableres kontakt til relevante aktører inden for 2-3 hverdage. Disse aktører skal i fællesskab med borgeren udarbejde en plan for det videre forløb.
- Tilgængelighed: Borgeren skal opleve én samlet indgang til systemet, hvorefter koordineringen foregår internt. Dette understøttes ved, at der i udskrivnings-, koordinations- eller behandlingsplanen angives en kontaktperson, som alle samarbejdsparter efterfølgende kan rette henvendelse til.
- Relationsdannelse: Kendskab og relationer på tværs af sektorer betragtes som afgørende for kvaliteten af samarbejdet.
- Rådgivning og sparring: Det udgående ambulante team bidrager med rådgivning og specialiseret ekspertise til kommuner og praktiserende læger i forbindelse med konkrete borgerforløb.

Aktører og organisering

De medarbejdere, der er tilknyttet indsatsen, består af udgående personale rekrutteret fra både det kommunale og det regionale system. Konkret drejer det sig om medarbejdere fra Akutdøgntilbuddet, hvor der rekrutteres fra den kommunale bostøtte samt den regionale enhed for hjemmebehandling. På regionalt niveau er det primært sygeplejersker, der bemande indsatsen.

Som udgangspunkt tilknyttedes to faste medarbejdere fra regionen til den enkelte borger for at sikre kontinuitet og opbygge en stabil relation. Der tilstræbes, at det er de samme medarbejdere, der varetager opgaven over tid. I tilfælde, hvor det vurderes fagligt hensigtsmæssigt, sammensættes et team bestående af én medarbejder fra regionen og én fra kommunen.

Ledelsesmæssigt er indsatsen forankret i et tværsektorielt samarbejde, hvor der i Psykiatriens Hus er tilknyttet to ledere fra Region Midtjylland og to ledere fra Silkeborg Kommune.

Der er ansat 15 sygeplejersker i teamet. Der er tilknyttet læge og social og sundhedsassistenter. Indsatsen er beskrevet i fælles rammedokument (bilag 50.1).

Samarbejdet omkring indsatsen er forankret i et tværsektorielt partnerskab mellem de udgående regionale teams i voksenpsykiatrien, kommunerne og almen praksis. Samarbejdet er kendetegnet ved en løbende og tæt dialog med Myndighedssektionen.

Det lægefaglige ansvar for den enkelte borger under indsatsens varighed varetages af Region Midtjylland. Når indsatsen afsluttes, overgår det behandlingsmæssige ansvar typisk til borgerens egen almen praktiserende læge, såfremt der ikke længere er behov for en intensiv opfølgning. I tilfælde hvor der fortsat er behov for en regional psykiatrisk indsats, kan borgeren i stedet overgå til videre forløb i det elektive team i psykiatrien.

Den geografiske nærhed (samme hus) mellem de kommunale og regionale medarbejdere i indsatsen indebærer, at de har arbejdspladser placeret tæt på hinanden. Denne samlokalisering skaber rammerne for en daglig, relationel koordinering, hvor medarbejderne løbende kan afstemme indsatser, drøfte konkrete problemstillinger og dele informationer på tværs af sektorer. Den tætte placering muliggør desuden en uformel, daglig kommunikation, som kan finde sted uden behov for formelle møder eller aftaler, og som bidrager til en mere smidig opgaveløsning og en løbende udveksling af viden og erfaringer.

Evaluerings

Det oplyses at der var planlagt en overordnet evaluering primo 2021 med henblik på at se tilbage på indsatsen i 2020, som betragtedes som et test-år. Evalueringen skulle have til formål at belyse

karaktern af samarbejdet samt vurdere, i hvilken grad de enkelte teams lykkes med at skabe sammenhængende borgerforløb.

Evalueringen skulle blandt andet indeholde en opfølgning på følgende punkter:

- Eksempler fra klyngerne, hvor der er opnået gode forløb med tidlig inddragelse af relevante aktører, rettidig udveksling af information og handling inden for kort reaktionstid. Derudover skulle indgå erfaringer fra forløb, hvor der identificeres læringspunkter med henblik på forbedring.
- Hvorvidt der var etableret en enkel indgang hos region og kommuner til første kontakt. Klyngerne skulle dele erfaringer og gode eksempler på, hvordan en sådan indgang kunne etableres.
- Gode modeller for løsninger på intern koordinering i både region og kommuner.
- Oplevelsen af samarbejdet blandt de involverede parter.
- Adgangen til lægefaglig sparring og rådgivning for kommuner og almen praksis.
- Om kommunerne er klar med relevante tilbud til borgerne inden for det tidsrum, hvor det udgående team er involveret i forløbet.
- Om der udarbejdes en fælles plan fra begyndelsen af forløbet, samt hvornår det udgående team første gang kontakter kommunen.
- Vurdering af visitationskriterierne og om de i tilstrækkelig grad identificerer de rette borgere.
- Erfaringer med fælles kompetenceudvikling, herunder initiativer som fælles skolebænk.
- Om der foreligger en beskrivelse af de udgående teams på praksis.dk.
- Effekten af forløbene for borgerne.
- Borgernes oplevelse af indsatsen fra de udgående teams.

Det har ikke været muligt at fremskaffe evalueringen til brug i forbindelse med beskrivelsen af denne indsats.

Der dog er løbende evaluering af indsatsen. Sammen med den kommunale del er der faste team-dage/p-møder, hvor særlig problemstillinger om de meget fælles dele vendes. Det er særlig i forbindelse med indsatsen Akut Døgn. Her vendes ting som antallet af forløb, visitering af borgere, strukturer af indsatserne. Der er daglig koordinering hvor koordinator til koordinator også snakker sammen. Der er fire personale møder og en temadag fordelt udover et år.

51 Psykiatrisk akutteam

Psykiatriens Hus Silkeborg

Formål

Formålet med indsatsen var at skabe større tilgængelighed udenfor normal ambulant åbningstid samt nedbringe belægningsprocenten i sengeafdelinger ved at 1) forebygge unødvendige indlæggelser, 2) afkorte indlæggelser 3) forebygge genindlæggelser. Herudover at tilbyde professionel akut og intensiv psykiatrisk behandling.

Målgruppe

Patienter med:

- Akut opstået psykisk lidelse hos borgere over 18 år i Silkeborg, Viborg og Skive kommune
- Akut forværring af psykisk lidelse, som kræver intensiv opfølgning fra flere gange dagligt til flere gange ugentligt
- Akut selvskade
- Behov for hurtig opfølgning efter indlæggelse
- Behov for observation i forbindelse med udredning
- Patienter henvist fra egen læge til Hurtig Ambulant Tid (HAT)
- Elektive psykiatriske tilsyn på patienter indlagt på somatisk afdeling
- Patienter med forløb i elektivt regi med akutte problemstillinger

Materialer brugt i indsatsen

Ubesvaret

Indhold i indsatsen

Ubesvaret

Aktører og organisering

Ubesvaret

Evaluerings

Ubesvaret

Randersklyngen

52 Akuttilbud 82c pladser

Favrskov Kommune

Formål

Formålet er at tilbyde akut støtte til borgere i krise, stabilisere deres situation efter behandling, og forebygge indlæggelse i psykiatrien. Indsatsen skal fremme borgerens selvstændighed og trivsel gennem målrettet støtte og vejledning. Indsatsen er baseret på bestemmelserne i Servicelovens § 82C, der sigter mod tidlig og forebyggende indsats for borgere med psykosociale udfordring.

Målgruppe

Målgruppen er borgere, der:

- Har behov for støtte til at gennemleve kriser eller håndtere hverdagslivet
- Har brug for stabilisering efter behandling i regionspsykiatrien.
- Har behov for forebyggelse af indlæggelse, eksempelvis ved angst, ensomhed, eskalation af misbrug, depression eller psykotiske gennembrud.
- Allerede modtager støtte gennem en visiteret indsats i social- og psykiatriområdet, men fra en anden udfører end Harebakken.

Eksklusionskriterier: Borgere, der ikke har en eksisterende visiteret indsats, er ikke omfattet af tilbuddet.

Materialer brugt i indsatsen

Vedhæftet er en beskrivelse af arbejdsgang og registrering af forløb i samarbejde med myndighed (se bilag 52.1). Der er lavet en beskrivelse af tilbuddet som fremgår af Harebakkens hjemmeside. Der er ligeledes lavet sparring og formidling på personalemøder i myndighed og på de andre botilbud i kommunen. Link til beskrivelse af indsats: <https://favrskov.dk/borger/handicap-og-psykiatri/botilbud/harebakken>

Indholdet i indsatsen

Indsatsen består af:

- Kortvarige ophold på maksimalt tre uger, tilpasset borgerens individuelle støttebehov.
- Tilgængeligt personale døgnet rundt, der i samarbejde med borgeren laver aftaler om støtte.
- Mulighed for køb af måltider fra Harebakkens køkken.
- Koordination af kontaktmuligheder for borgeren ved udskrivelse, fx med privat netværk eller aktører i socialområdet.

Aktører og organisering

Tilbuddet blev etableret den 1. september 2024. Der er været tre borgere i forløb.

Indsatsen udføres af personalet på Harebakken.

Kommunikation om det tværsektorielle samarbejde skete gennem sparring mellem områdeleder fra social og psykiatri samt myndighed og afdelingsleder på Harebakken før under og efter. Hertil tæt samarbejde fra team for kvalitet og læring ift. dokumentation og registrering af flow fagsystemet Sensus.

Evaluerings

Indsatsen evalueres gennem belægning og flowdata i Sensus. Den er endnu så ny, at der ikke ellers er lavet evaluering endnu.

53 LAB14

Favrskov Kommune

Formål

LAB14 er en indsats målrettet forebyggelse af genindlæggelser blandt Favrskov kommunes borgere, der efter en vurdering i akutmodtagelsen på Randers Sygehus ikke indlægges, men hvor der er bekymring for, om deres sociale situation gør dem ude af stand til at klare sig i eget hjem uden akut støtte.

Indsatsen indebærer, at Social Indsats iværksætter en individuelt tilpasset forløbspakke for at stabilisere borgerens situation og forhindre genindlæggelse.

Målgruppe

Indsatsen er målrettet borgere, der henvender sig i akutmodtagelsen med primært sociale problemstillinger, som ikke bliver indlagt.

Materialer brugt i indsatsen

Ubesvaret

Indholdet i indsatsen

LAB14 er en lettilgængelig lavtærskelindsats, der sikrer hurtig adgang til støtte. Indsatsen er kendetegnet ved en fleksibel og responsiv tilgang, hvor borgere nemt kan etablere kontakt, hurtigt opnå aftaler og modtage systematisk opfølgning.

Indsatsens forløbspakke, inkluderer:

- En hurtig opfølgning af Social Indsats, enten via samtale på hospitalet eller hjemmebesøg, senest dagen efter udskrivning.
- Op til 32 ATA-timer fordelt over 4 uger samt yderligere 5 opfølgende timer i en to-ugers periode.
- En plan for opfølgning, som udarbejdes sammen med borgeren og hospitalet ved første møde.

Derudover håndteres gentagne indlæggelser gennem koordinerende netværksmøder for borgere med komplekse sociale problemstillinger, hvor relevante aktører inddrages for at udarbejde en fælles koordinationsplan.

Aktører og organisering

Indsatsen kørte som en forsøgsordning fra 1. februar 2019 og seks måneder frem.

LAB14 er en del af Social Indsats og varetager medarbejdere med socialfaglige, pædagogiske og sundhedsfaglige kompetencer. Alle medarbejdere har erfaring med at arbejde med psykosocial rehabilitering.

LAB14 blev udviklet i samarbejde med regionspsykiatrien. Indsatsen er forankret i akutpsykiatrisk afdeling og Social Indsats under Social og Psykiatri i Favrskov Kommune.

Kommunikation i det tværsektorielle samarbejde foregår gennem direkte telefonnummer.

Netværksmøder koordinerer indsatser for borgere, der har oplevet tre eller flere indlæggelser inden for en tre måneders periode og samtidig har komplekse sociale problemstillinger.

Når en borger opfylder disse kriterier, initieres processen af psykiatrisk hospital, der kontakter Social Indsats. Social Indsats videregiver herefter opgaven til en relevant sagsbehandler i Handicap- og Psykiatrirådgivningen, som varetager følgende opgaver:

- Indkaldelse af relevante aktører: Sagsbehandleren identificerer og indkalder de relevante parter, der kan bidrage til en helhedsorienteret indsats omkring borgeren. Dette kan inkludere bostøtte, rusmiddelcenter, jobcenter og andre aktører, der har en rolle i borgerens situation.
- Udarbejdelse af en koordinationsplan: På netværksmødet udarbejdes en koordinationsplan, der præciserer aktørernes ansvar og bidrag til indsatsen. Planen skal sikre, at alle involverede arbejder målrettet og koordineret for at støtte borgeren bedst muligt.
- Tidsramme for mødeafholdelse: Netværksmødet skal afholdes inden for 14 dage fra hospitalets henvendelse, for at sikre en hurtig indsats og minimere risikoen for yderligere destabilisering.

Evaluering

Ubesvaret

54 Social Indsats

Favrskov kommune

Formål

Social Indsats i Favrskov Kommune tilbyder en åben og ikke-visiteret indsats til borgere med psykisk sårbarhed, lettere mentale funktionsnedsættelser eller sociale problemer. Indsatsen består af tidlige, let tilgængelige, forebyggende og rehabiliterende forløb, der hjælper borgerne med at mestre hverdagen, styrke deres trivsel og reducere behovet for mere indgribende støtte.

Målgruppe

Målgruppen for indsatsen er voksne over 18 år med psykisk sygdom, lettere mentale funktionsnedsættelser eller sociale problemer, der oplever udfordringer i hverdagen og har behov for støtte til at opnå bedre trivsel og selvstændighed. Det er personer, der vurderes at kunne have gavn af en tidlig, forebyggende, tidsbegrænset og rehabiliterende indsats.

Eksklusionskriterier: Borgere med svære funktionsnedsættelser, og som har brug for omfattende visiterede ydelser, er ikke en del af målgruppen for Social Indsats.

Materialer brugt i indsatsen

Der er udarbejdet informationsmateriale i form af flyers, som er tilgængeligt relevante steder, hvor borgerne, forældre og pårørende samt samarbejdspartnere færdes.

I indsatsen anvendes flere redskaber:

- SMART-mål til målfastsættelse og opfølgning.
- Skemaer til indledende samtaler.
- Forandringsfortællinger som evalueringsværktøj.

Der er udarbejdet en indsatsbeskrivelse (se bilag 54.1).

Indhold i indsatsen

Social Indsats består af tre overordnede elementer:

1. Råd og vejledning: Straks-indsats med op til 5 samtaler, hvor borgeren modtager hurtig hjælp til aktuelle problemer.
2. Individuelle forløb: Op til 6 måneders varighed med fokus på rehabilitering og recovery gennem tæt samarbejde mellem borger og medarbejder.
3. Gruppeforløb: Temabaserede læringsgrupper, hvor borgere arbejder med egne mål og udfordringer i en struktureret ramme.

Social indsats indledes med en struktureret samtale, hvor borgerens ønsker, håb og drømme, udfordringer, behov og mål identificeres og afklares. Formålet med denne indledende samtale er at opnå en dybere indsigt i borgerens situation samt at sætte borgerens egne motivationer, aspirationer og fremtidsdrømme i fokus. Samtalen er baseret på en recovery-orienteret tilgang, hvor medarbejderen har til opgave at støtte borgerens recovery-proces og yde en rehabiliterende indsats, der tager udgangspunkt i borgerens individuelle behov og ressourcer.

De centrale succeskriterier for samtalen er:

- At kortlægge borgerens aktuelle udfordringer, behov og ressourcer samt etablere aftaler om et eventuelt videre forløb.
- At skabe en tillidsfuld relation mellem borger og medarbejder.
- At understøtte borgeren i at formulere mål baseret på egne håb, drømme og værdier.

Til den indledende samtale bruges 'Skema til indledende samtale', der bidrager til at afdække borgerens samlede støttebehov, herunder om borgeren får støtte eller behandling andre steder fra. Skemaet er bygget op omkring seks livsområder med faktuelle oplysninger:

- Arbejde/beskæftigelse, Økonomi/Bolig; Fysisk/psykisk helbred, Netværk, Misbrug og Fritid/aktiviteter

Råd og vejledningsforløb:

Succeskriterierne er at hjælpen tilbydes hurtigt og praktisk, med fokus på at styrke borgerens sociale og personlige kompetencer samt evnen til selvhjælp. Borgeren støttes i at tage konkrete initiativer, der øger livsudfoldelse og deltagelse i samfundet, fx idræt og kultur.

Forløbet påbegyndes straks ved henvendelse, og aktiviteter aftales indenfor syv dage. Forløbet kan foregå telefonisk, i hjemmet, Social Indsats' lokaler eller andre relevante steder.

Individuelle forløb:

Hjælper borgeren med at håndtere egne udfordringer gennem rehabilitering og recovery.

Succeskriterierne ligner råd og vejledning: hurtig støtte, forebyggelse af forværring, udvikling af sociale kompetencer og selvhjælp, samt øget livskvalitet. Alle individuelle forløb arbejder med SMART-mål, som udformes i samarbejde mellem borger og kontaktperson, og evalueres løbende for at sikre fælles forventningsafstemning. SMART-mål beskrives i "SMART-mål skema" efter følgende principper:



Gruppeforløb:

Social Indsats tilbyder gruppeforløb, der matcher borgernes behov. Deltagerne skal være aktive, målrettede og villige til at dele erfaringer og reflektere i gruppen.

Formålet er, gennem undervisning, deltagelse og spejling, at styrke deltagernes recovery-proces og sociale samt personlige kompetencer. Deltagerne trænes i at sætte ord på tanker og følelser, forstå relationer og udvikle mentaliseringssevne.

Forløbene kombinerer teori, praksis, refleksion og gruppearbejde i en struktureret ramme, hvor der arbejdes rehabiliterende og recovery-orienteret med deltagernes konkrete ønsker om forandring. Metoder inkluderer mindfulness, ændring af selvfortællinger og værdibaserede handlinger for at øge psykologisk fleksibilitet.

Varigheden varierer fra 4-12 undervisningsgange afhængigt af emnet. Før opstart afholdes en for-samtale for at matche gruppemedlemmer og sikre at deltagerne vil kunne indgå i et gruppeforløb.

Metode

Alle indsatsene tager udgangspunkt i borgerens egne drømme og ønsker om forandring og tilrettelægges som et recovery-orienteret og rehabiliterende forløb, hvor der arbejdes med SMART-mål. Resultaterne af indsatsen måles på borgerniveau ved registrering af borgernes målopfyldelse og indsatsernes varighed.

Indsatsen arbejder i varierende grad med fire centrale målsætninger: 1) øge mestrings-strategier og handlemuligheder,

2) øge trivslen, 3) øge den social inklusion samt 4) opnå ingen eller begrænset støtte af systemet.

Teori

Den overordnede metodiske tilgang i Social Indsats er funderet i Psykosocial rehabilitering og Recovery, der betyder, at borgere med psykiske sårbarhed kan komme sig helt eller delvist som et led i deres personlige proces med et genskabt håb og en positiv identitet. Psykosocial rehabilitering forstår vi som den måde, vi tilrettelægger vores indsatser med det overordnede formål, at fremme borgernes mulighederne for recovery / at komme sig.

Støttefunktioner

Medarbejdergruppen, der arbejder med individuelle forløb, modtager supervision ved ekstern supervisor seks gange årligt og har faglig sparring med hinanden både på det ugentlige teammøde og individuelt med hinanden.

Medarbejdergruppen, der arbejder med gruppeforløb, modtager supervision ved ekstern supervisor seks gange årligt og har ad hoc faglig sparring med hinanden både på det ugentlige teammøde og individuelt med hinanden.

Afdelingsleder er dagligt tilgængelig for faglig sparring og dialog.

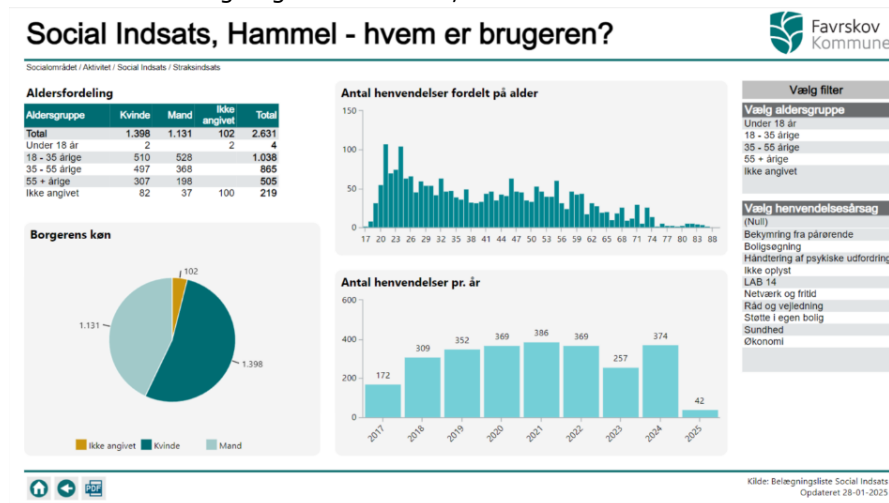
Aktører og organisering

Social Indsats blev etableret i januar 2017. Indsatsen kører som en kontinuerlig del af Favrskov Kommunes tilbud og blev evalueret i 2018-2019.

Deltagere i indsatsen:

Nedenstående oversigt præsenterer brugerne af Social Indsats. Dataene dækker fordelingen af henvendelser baseret på alder, køn og årsag, samt udviklingen i antal henvendelser over tid.

- **Alders- og kønsfordeling:** Tabellen viser fordelingen af henvendelser fordelt på aldersgrupper og køn, hvor den største gruppe er borgere mellem 18-35 år.
- **Henvendelser fordelt på alder:** Grafen illustrerer, hvordan henvendelser fordeler sig på specifikke aldersgrupper, med flest henvendelser fra yngre voksne.
- **Henvendelser pr. år:** Denne graf viser udviklingen i antal henvendelser fra 2017 til 2025, hvor der ses en stigning frem til 2022, hvorefter antallet falder.



Indsatsen involverer 11 medarbejdere, som er fordelt på to grupper: én til individuelle forløb og én til gruppeforløb. Personalet har tværfaglig baggrund inden for socialfaglige, pædagogiske og sundhedsfaglige kompetencer. Alle har erfaring med at arbejde med psykosocial rehabilitering.

For at opspore og rekruttere borgere så tidligt som muligt samarbejdes med privatpraktiserende læger, psykiatrisk hospital, jobcenteret og Børn- og familieafdelingen.

Social indsats har en vigtig opgave med at koordinere indsatsen for de borgere, der ikke formår at holde overblik og koordinere egen indsats. Medarbejderen i råd- og vejledningsforløbene eller de individuelle forløb skal koordinere indsatsen med uddannelse, arbejdsplads, jobcenter, egen læge, fritidstilbud etc. og på den måde understøtte, at borgeren oplever en sammenhængende og meningsfuld støtte fra alle instanser.

Ud over at koordinere med samarbejdspartnere har medarbejderen også en 'stafetfunktion' og skal overdrage sagen, hvis det viser sig, at borgeren har brug for en mere indgribende indsats et andet sted. Det forebyggende tilbud slipper således ikke borgeren, før andre har taget over.

Medarbejdergrupperne mødes til fælles personalemøder med det formål at optimere samarbejdet og vidensdeling om indholdet i de forskellige indsatser, så grupperne bedre kan henvise til hinanden samt drøfte evt. nye vilkår for indsatsen.

Evaluering

Evalueringer, som inkluderer trivselsmålinger og forandringsfortællinger, viser, at indsatsen har haft en positiv effekt.

Evaluering af indsatsen (2018-2022): I perioden 2018-2022 blev der gennemført evalueringer i forbindelse med et projekt i samarbejde med Socialstyrelsen. Evalueringen blev afsluttet ved projektets ophør og er ikke længere en del af den nuværende praksis.

Evalueringen byggede på følgende metoder:

- Trivselsmålinger, der blev gennemført ved opstart, løbende og ved afslutning af et forløb.
- Forandringsfortællinger, der belyste borgernes oplevede forandringer.
- Registrering af forløbets varighed og målopfyldelse for at vurdere indsatsens effekt.

Til måling af borgernes trivsel og sociale inklusion blev WHO-5-skalaen anvendt, suppleret med to spørgsmål om social inklusion (WHO-5+2). WHO-5+2 blev brugt til målinger før, under og efter en indsats i Social Indsats for at vurdere, om borgernes trivsel og mentale sundhed blev forbedret i løbet af forløbet.

Det var en del af projektets praksis, at alle borgere gennemførte trivselsmålinger mindst ved opstart og afslutning af et forløb. Ved længerevarende forløb tilstræbtes det at gennemføre målinger ca. hver anden måned. Første måling skulle senest finde sted ved tredje samtale. Borgernes kontaktpersoner havde ansvaret for at gennemføre målingerne i samarbejde med borgerne. Der blev desuden udarbejdet en guide til medarbejderne om brugen af trivselsmålingerne.

I 2019 og 2020 blev forandringsfortællinger anvendt til at belyse de forandringer, som enkelte repræsentative borgere opnåede i deres forløb i Social Indsats. Medarbejdere interviewede borgerne, transskriberede og analyserede materialet for at identificere forandringsdomæner (fx social inklusion, mere struktur i hverdagen) og virkemidler, der havde haft betydning (fx en god relation til en fagperson, der lyttede).

Forandringsfortællingerne gav værdifuld indsigt i, hvad der skabte forandring, og om indsatsen lykkedes med at opnå sine mål. Udover at fungere som et evalueringsredskab var metoden også recovery-understøttende, da borgerne gennem fortællingerne skabte sammenhæng i deres egne oplevelser.

I 2018-2019 viste data, at der har været 308 henvendelser i Social Indsats. Indsatsen er opstartet inden for syv dage i 84 % af henvendelserne, og blandt de afsluttede forløb er 97 % afsluttet inden for seks måneder. 9 % af de afsluttede forløb er videresendt til mere indgribende og visiterede indsatser på Handicap- og psykiatriområdet.

55 Huset Tværs

Randers Kommune

Formål

Flere borgere i Randers Kommune oplever psykiske og sociale udfordringer, som kan føre til isolation, manglende deltagelse i samfundet, samt gentagne kontakter med akutpsykiatrien og hospitalsvæsenet. Mange borgere har komplekse problemer som ensomhed, psykisk mistrivsel, misbrug, kriser og manglende adgang til koordineret støtte.

Huset Tværs er en indsats der har til formål, at støtte voksne borgere med psykiske og sociale udfordringer til øget mestring, recovery og autonomi gennem et individuelt tilpasset forløb. Gennem dialog, deltagelse i moduler og fælles planlægning skabes mulighed for at udvikle sine personlige kompetencer, støtte til at blive integreret i civilsamfundet og opbygge meningsfulde relationer og aktiviteter. Mere information findes her: <https://www.randers.dk/borger/socialt/psykiatri/huset-tvaers>

Målgruppe

Målgruppen er voksne borgere over 18 år med psykiske og sociale udfordringer og med bopæl i Randers Kommune.

Huset Tværs er et åbent tilbud, hvor alle borgere med psykiske eller sociale udfordringer er velkomne. Der arbejdes ud fra et princip om ikke at afvise nogen, men i de tilfælde, hvor et andet tilbud vurderes at være mere relevant i forhold til borgerens behov, hjælpes vedkommende videre hertil.

Materialer brugt i indsatsen

I Huset Tværs anvendes værktøjet Tværsplan som støtte i den individuelle tilrettelæggelse af borgernes forløb. Værktøjet bidrager til at styrke borgerens ejerskab, motivation og aktive deltagelse i recovery processen.

Der er udarbejdet en række materialer til borgerne i forbindelse med indsatsen:

- Tværsplanen anvendes som støtteværktøj i udarbejdelsen af individuelle forløbsplaner, hvor borgerens mål, håb og behov danner grundlag for forløbet.

Indhold i indsatsen

Mødet med borgeren tager afsæt i en lavtærskeltilgang, hvor Huset Tværs tilbyder en uvisiteret indgang. Den første kontakt etableres typisk i husets egne rammer gennem en indledende samtale, der har til formål at afdække borgerens håb, behov og ressourcer. Her lægges grunden for et differentieret og individuelt tilpasset forløb. Den fysiske tilstedeværelse i huset fungerer samtidig som et trygt udgangspunkt for relationel kontinuitet, hvor borgeren efter behov kan vende tilbage til opfølgende samtaler undervejs i forløbet.

Indholdet i Huset Tværs tager afsæt i den enkelte borgers behov og livssituation og struktureres omkring det individuelle *Tværs Forløb*. Forløbet begynder med en indledende samtale, hvor borger og medarbejder sammen afdækker borgerens mål, ressourcer og udfordringer. På baggrund af samtalen udarbejdes en *Tværs Plan* – en personlig plan, der tilrettelægger et skræddersyet forløb.

Indholdet i *Tværs Forløbene* består af en række tilbud samlet under betegnelsen *moduler*. Disse omfatter blandt andet kurser, beskæftigelsesindsatser og gruppeforløb, som sammensættes fleksibelt i samarbejde med borgeren. Modulerne har fokus på at:

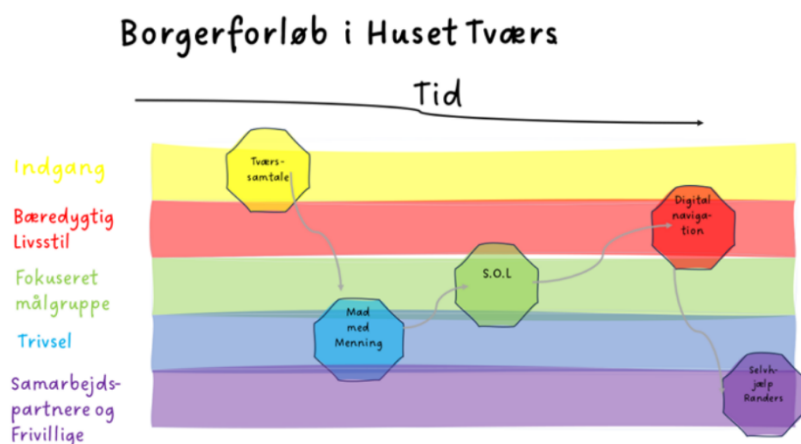
- udvikle mestringsstrategier for psykiske og sociale udfordringer
- styrke selvværd og relationer
- fremme kropslighed og empowerment

- tilbyde støtte til økonomisk planlægning og IT-kompetencer
- udvikle personlige ressourcer og handlekraft

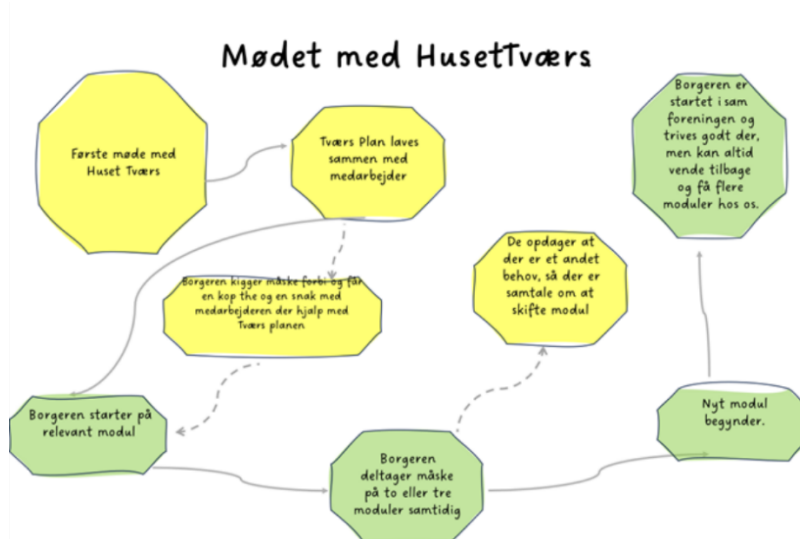
En del af aktiviteterne gennemføres i samarbejde med eksterne aktører eller civilsamfundet for at fremme integration og adgang til netværk og fællesskaber. Dette understøtter en central ambition om at være brobyggende og midlertidigt støttende – med afsæt i en forståelse af, at recovery sker gennem meningsfulde relationer og deltagelse i samfundet.

Gennem deltagelse i modulerne opnår borgerne øget selvindsigt og forståelse for egne ressourcer og begrænsninger. Det fremmer et aktivt og vedvarende engagement i egen recoveryproces og bidrager til opbygningen af en meningsfuld hverdag.

Eksempel på hvordan et borgerforløb kan se ud:



Eksempel på hvordan et møde med huset kan se ud.



For denne borger er der både behov for samtaler med medarbejdere undervejs, og under processen opstår der et behov for at justere retningen – noget medarbejderen støtter og hjælper borgeren med.

Aktører og organisering

Indsatsen i Huset Tværs varetages af et tværfagligt team bestående af frivillige, peers (Aktuelt er der ansat 6 peers på forskellige timeantal), sygeplejersker, ergoterapeuter, pædagoger, social- og sundhedsassistenter, ernæringsassistent og kok. Sammensætningen af forskellige fagligheder er et bevidst valg, der sikrer, at borgerne kan få specialiseret støtte i forhold til netop deres behov. Det

tværfaglige samarbejde gør det muligt for medarbejderne at trække på hinandens kompetencer og vurdere problemstillinger fra flere perspektiver – til gavn for borgerens samlede forløb.

Huset Tværs er organiseret under Center for Psykiatri og Socialt Udsatte og fungerer som en integreret indsats, hvor kommunale tilbud og samarbejde med eksterne aktører og civilsamfund spiller en central rolle. Der arbejdes på tværs af sektorer med et mål om at nedbryde barrierer for deltagelse i beskæftigelse, fællesskaber og netværk.

Eksempler på samarbejdspartnere er:

- Jobcentre
- Regionen
- Sundhedscentre
- Daghøjskolen
- Frivillige organisationer

Det tværsektorielle samarbejde foregår både gennem formaliserede møder og i mere fleksible, ad hoc-former omkring den enkelte borger. I det daglige arbejde tilpasses samarbejdet løbende efter borgerens behov og i tæt dialog mellem relevante fagpersoner.

Evaluering

Ubesvaret

56 LAB10

Randers Kommune

Formål

Lab10 er en tværsektoriel indsats, der har til formål at forbedre opsporing og behandling af borgere med rusmiddelproblemer. Indsatsen består af to hovedkomponenter: Den fremskudte rusmiddelbehandler og planlagte indlæggelser til abstinensbehandling. Den fremskudte rusmiddelbehandler arbejder opsøgende på Regionshospitalet Randers for at identificere patienter med overforbrug og afhængighed af alkohol eller andre rusmidler og brobygge dem videre til kommunale tilbud. Planlagte indlæggelser til abstinensbehandling skal sikre, at borgere som ikke kan abstinensbehandles ambulant får en struktureret og forberedt indlæggelse, hvor hospitalet kan behandle patienterne under kontrollerede forhold.

For planlagte indlæggelser til abstinensbehandling er formålet at forebygge kaotiske akutte indlæggelser og sikre, en specialiseret behandling til patienter som af forskellige årsager vurderes til ikke at kunne abstinensbehandles ambulant. Når hospitalet er forberedt på at tage imod patienterne under planlagte forhold, bliver behandlingen mere effektiv, og patienterne stabiliseres bedre inden udskrivelse til videre opfølgning i kommunalt regi.

Målgruppe

Indsatsen henvender sig til indlagte patienter med et problematisk forbrug af rusmidler, herunder særligt borgere med alkoholoverforbrug. Målgruppen spænder fra personer med et let øget alkoholforbrug til borgere med alvorlig afhængighed og komplekse sociale eller sundhedsmæssige udfordringer.

For den fremskudte rusmiddelbehandling er målgruppen primært patienter på hospitalets somatiske afdelinger, hvor der er behov for tidlig opsporing og brobygning til kommunale behandlingstilbud. De planlagte indlæggelser til abstinensbehandling retter sig mod patienter, der tidligere har forsøgt ambulant afrusning uden succes, eller som har behov for en mere struktureret og understøttet abstinensbehandling på hospitalet.

Materialer brugt i indsatsen

Som en del af Lab10 blev der udviklet flere materialer til at understøtte indsatsen og sikre en systematisk tilgang til opsporing og behandling af borgere med rusmiddelproblemer:

- Henvisningsskema til samtale med den fremskudte behandler: Et skema anvendt af hospitalspersonalet til at registrere patienter med rusmiddelproblemer og dokumentere samtykke til samtale med en fremskudt behandler (se bilag 56.1).
- Informationspjece til patienter: En folder rettet mod borgere, som overvejer at ændre deres rusmiddelvaner (se bilag 56.2).
- Funktionsbeskrivelse for den fremskudte behandler: En beskrivelse af behandlerens arbejdsopgaver, organisatoriske placering og samarbejdspartnere, herunder deres rolle i opsøgende arbejde på hospitalet, patientkontakt og undervisning af hospitalspersonale (se bilag 56.3).
- Årshjul for Lab10: En oversigt over planlagte aktiviteter, herunder oplæg, undervisning og dialogmøder med hospitalspersonale og samarbejdspartnere i kommunerne (se bilag 56.4).

Indhold i indsatsen

Indsatsen er designet til at skabe en mere sammenhængende og koordineret behandling for patienter med rusmiddelproblemer gennem to centrale komponenter:

- Den fremskudte rusmiddelbehandler, der i samarbejde med hospitalets personale identificerer patienter med alkoholoverforbrug under indlæggelse og understøtter en direkte overgang til kommunale behandlingstilbud.
- Planlagte indlæggelser til abstinensbehandling, der sikrer, at patienter med behov for abstinensbehandling under indlæggelse får et forberedt forløb på hospitalet med efterfølgende opfølgning i kommunen.

Indsatsen bygger på tidlig opsporing, brobygning og implementering af *Den Motiverende Samtale* for at sikre en mere målrettet indsats og styrket sektorovergang.

Den fremskudte rusmiddelbehandler:

- Opsøgende funktion på hospitalet, hvor behandlere er til stede på Akutafdelingen og Medicinsk Sengeafsnit B (MSB) fire dage om ugen og til rådighed på telefonen om fredagen.
- Tilbyder motiverende samtaler til patienter med alkohol- eller stofrelaterede problemstillinger.
- Støtter patienter i overgangen fra hospitalet til kommunale rusmiddelcentre og øvrige kommunale tilbud.
- Hjælper hospitalspersonale med at identificere patienter med rusmiddelproblemer og fungerer som sparringspartner for personalet.
- Opsøgende aktiviteter i kommunerne.

Planlagte indlæggelser til abstinensbehandling:

- Patienter med et velkendt rusmiddelproblem tilbydes en struktureret og planlagt indlæggelse med henblik på stabil abstinensbehandling.
- Understøtter en koordineret indsats mellem hospital, rusmiddelcentre, hjemmepleje og andre relevante instanser.

Tværgående elementer i indsatsen

- Undervisning af hospitalspersonale: Den fremskudte behandler underviser hospitalets personale i *Den Motiverende Samtale*, viden om afhængighed og rusmiddelbehandling samt håndtering af abstinenser.
- Årshjul med faste aktiviteter: Der afholdes regelmæssige oplæg, dialogmøder og introduktioner til nye læger og sygeplejersker, hvor LAB-10 præsenteres (se bilag 56.4).

Aktører og organisering

Indsatsen i Lab10 involverede en bred vifte af sundheds- og socialfaglige aktører for at sikre en helhedsorienteret tilgang til opsporing og behandling af borgere med rusmiddelproblemer.

Indsatsen bemannes af to rusmiddeluddannede sygeplejersker, som arbejder opsøgende på hospitalet.

- Oprindeligt har der også været en rusmiddelbehandler ansat, men erfaringer har vist, at arbejdet på somatiske afsnit kræver sundhedsfaglig indsigt og kendskab til hospitalets systemer. Sygeplejerskerne har derfor en fordel i forhold til at navigere på afdelingerne, samarbejde med det øvrige hospitalspersonale og opnå kontakt med patienterne på en måde, der passer ind i de kliniske arbejds gange.

Samarbejdspartnere i de planlagte indlæggelser til abstinensbehandling:

Denne indsats blev udviklet i samarbejde mellem praktiserende læger, rusmiddelcentret og en specifik afdeling på hospitalet. Det tværsektorielle samarbejde sikrer en koordineret tilgang, hvor patientens behandlingsforløb planlægges i tæt dialog mellem primærsektor, hospital og kommunale tilbud.

Øvrige samarbejdspartnere:

Ud over hospitalets plejepersonale og læger samarbejder de fremskudte behandlere også med:

- Andre rusmiddelbehandlere og socialfaglige aktører i kommunerne

- Hjemmeplejen og socialafdelingerne, som kan spille en rolle i efterbehandlingen af patienter
- Botilbud, hvor relevante borgere kan blive brobygget videre efter endt behandling.

Organisering: Lab10 er organiseret på klyngeniveau, hvor hospitaler og de 4 klyngekommuner er gået sammen om at dele økonomien til den fremskudte behandler ud fra en fordelingsnøgle. Den fremskudte behandler er ansat i Rusmiddelcenter Randers for at sikre et fagligt og kollegialt tilhørsforhold og servicerer Regionshospitalet Randers samt de fire klyngekommuner. Denne organisering sikrer en sammenhængende indsats på tværs af sundheds- og socialområdet, hvor den fremskudte behandler fungerer som bindeled mellem hospitalet og de kommunale behandlingstilbud.

Involverede sektorer og deres rolle

- Regionen: Regionshospitalet Randers bidrager med det sundhedsfaglige beredskab og udpeger patienter, der kan have gavn af indsatsen.
- Kommunerne (Rusmiddelcentrene i klyngen): Ansvarlige for ansættelse af de fremskudte behandlere og opfølgning i den kommunale rusmiddelbehandling.
- Praktiserende læger og sociale tilbud: Indgår i samarbejdet om planlagte indlæggelser og efterbehandling.

Overordnet ansvar

Det overordnede ansvar for indsatsen ligger hos Rusmiddelcenter Randers, der står for ansættelse, supervision og faglig ledelse af den fremskudte behandler. De praktiske arbejdsopgaver udføres dog i tæt samarbejde med hospitalets personale.

Der er udarbejdet en funktionsbeskrivelse for den fremskudte behandler, hvor organiseringen, arbejdsopgaver og primære samarbejdspartnere er beskrevet. Funktionsbeskrivelsen sikrer en fælles forståelse af indsatsen og dens forankring. Funktionsbeskrivelsen er indsat som bilag.

For at sikre en effektiv implementering af indsatsen har de ansatte i den fremskudte behandlerfunktion modtaget og ydet faglig støtte på flere niveauer.

De fremskudte behandlere har haft en central rolle i at oplære personalet på hospitalet i en forenklet version af *Den Motiverende Samtale (MI)* og *Det Motiverende Interview*, som kunne anvendes i daglig praksis. Oplæringen var tidsmæssigt begrænset og kunne gennemføres på få timer, men gav personalet grundlæggende værktøjer til at identificere og støtte patienter med rusmiddelproblemer.

Evaluering

Evalueringen blev planlagt og gennemført i den periode, hvor indsatsen kørte som et projekt i dens tidlige fase. Under projektførelsen blev resultater og erfaringer systematisk indsamlet for at vurdere indsatsens effekt og identificere eventuelle justeringsbehov. Efter overgangen fra projekt til drift blev der ikke planlagt yderligere evaluering. Se evalueringen i bilag 56.5.

Evalueringen viser, at den fremskudte rusmiddelbehandler har bidraget til øget opsporing af patienter med alkoholoverforbrug og bedre sektorovergange. I pilotperioden blev 289 patienter identificeret, hvoraf 240 modtog en samtale med den fremskudte behandler. Halvdelen af disse patienter blev efterfølgende tilknyttet rusmiddelcentrene.

For de planlagte indlæggelser til abstinensbehandling blev 44 patienter indlagt, hvilket sikrede en mere stabil afbrusning med færre akutte genindlæggelser. Forløbets varighed varierede afhængigt af patientens behov. Nogle patienter blev kun tilset én gang under indlæggelsen, mens andre blev fulgt tættere af både hospitalspersonale og kommunale rusmiddelcentre. For patienter indlagt til planlagt abstinensbehandling var den gennemsnitlige indlæggelsestid 4,6 dage, og patienterne kunne herefter henvises til ambulante behandling.

Evalueringen fremhæver, at resultaterne er særligt gode, når indsatsen kombineres med socialfaglig støtte og et tæt samarbejde med psykiatrien. Personalet har oplevet, at Den Motiverende Samtale har

styrket deres evne til at identificere og støtte patienter med rusmiddelproblemer, hvilket har bidraget til en kulturændring på hospitalet.

Samarbejdet blev understøttet gennem faste statusmøder og videndeling mellem hospitalet og kommunale rusmiddelcentre. De fremskudte behandlere deltog i møder på hospitalet og i rusmiddelcentrene, hvor de diskuterede erfaringer, udfordringer og mulige forbedringer af indsatsen. Derudover sendte de fremskudte behandlere halvårslige statusmails til klynge-kommunerne, hvor de opdaterede om nye tiltag, udfordringer og udviklingen i indsatsen.

57 LAB14

Randers Kommune

Formål

Indsatsen hedder LAB14 og har til formål at forebygge akutte psykiatriske indlæggelser gennem et samarbejde mellem hospital og kommune. Indsatsen udspringer af Randersklyngen og blev sat i gang i 2018 som en del af en beslutning i Sundhedsstrategisk Ledelse. Den bygger på et tæt samarbejde mellem Akutmodtagelsen (AMA) og Randers Kommune, hvor borgere, som har været akut indlagt med psykiatriske problemstillinger, får tilbudt en kommunal opfølgning med fokus på social forandring og støtte.

Målgruppe

Målgruppen er borgere over 18 år, som indlægges akut i AMA med psykiatriske problemstillinger. Gruppen omfatter både borgere med få og mange indlæggelser pr. år.

Eksklusionskriterier:

- Psykiatriske patienter i eksisterende forløb (fx skizofreni eller bipolar lidelse), da der allerede findes tilbud til disse, tvangsindlagte, demente, patienter med dom, patienter med brugerstyret kontrakt (anbefales dog anvendt mere fleksibelt).

Materialer brugt i indsatsen

Ubesvaret

Indhold i indsatsen

Indsatsen bestod i, at borgere, som var akut indlagt med psykiatriske problemstillinger, blev kontaktet af kommunen efter udskrivelse – enten telefonisk eller gennem møder i Huset Tværs eller Fremskudt Rådgivning. Formålet var at afdække sociale og psykosociale problematikker og finde frem til relevante støttemuligheder. Indholdet varierede og blev tilpasset den enkelte borgers behov. Ved gentagne indlæggelser kunne der indkaldes til netværksmøder.

Borgerne blev introduceret til en bred vifte af tilbud i kommunen og civilsamfundet, og samtalerne havde fokus på fx: Ensomhed, Økonomiske vanskeligheder, Psykiske belastninger og kriser, Sociale forhold der har påvirket familie og netværk samt tab af funktionsevne og tilknytning til arbejdsmarked.

Borgerne blev mødt efter udskrivelse fra AMA, typisk i Huset Tværs. Der var også mulighed for telefonisk kontakt, afhængigt af borgerens behov og situation. Indsatsen blev tilrettelagt fleksibelt, og møderne foregik der, hvor det var mest meningsfuldt og tilgængeligt for borgeren.

Aktører og organisering

Indsatsen involverer fagpersoner fra både AMA og Randers Kommune, herunder medarbejdere i Huset Tværs. Indsatsen er organiseret i et samarbejde mellem regionspsykiatrien (AMA) og Randers Kommune, hvor kommunen har en central rolle i den opfølgende indsats. Organisatorisk er det forankret under Randersklyngen, og Huset Tværs fungerer som kontaktpunkt og koordinerende enhed for kommunens opfølgning. Regionen tager initiativ til kontakt, mens kommunen håndterer den videre indsats.

Evaluerings

Ubesvaret

58 Mestringsvejledning

Randers Kommune

Formål

Mestringsvejledningen tilbyder støtte og vejledning til borgere med psykisk sårbarhed, med det formål at hjælpe dem med at mestre deres eget liv bedst muligt. Gennem et mestringsvejledningsforløb samarbejdes der med borgeren om at udvikle og styrke livskompetencer baseret på individuelle ressourcer og muligheder. Støtten kan omfatte områder som planlægning af praktiske gøremål i hjemmet, fastholdelse i beskæftigelse eller uddannelse, deltagelse i meningsfulde aktiviteter, afklaring af mestringsmuligheder, kontakt med sundheds- og myndighedsinstanser, håndtering af post og økonomi samt udvikling og vedligeholdelse af livskompetencer. Forløbet kan foregå individuelt eller i mindre grupper.

Idéen til Mestringsvejledningen udspringer af erfaringer med bostøtte efter servicelovens § 85, som har været anvendt gennem mange år, men løbende er blevet udviklet. Indsatsen bygger videre på denne tilgang, men med et tydeligere fokus på hjælp til selvhjælp og mestring, i modsætning til tidligere tiders mere omsorgsprægede støtte. Link til mere information:

<https://www.randers.dk/borger/socialt/psykiatri/stoette-i-hverdagen/mestringsvejledning/>

Målgruppe

Målgruppen for Mestringsvejledningen er borgere med psykisk sårbarhed, der har behov for støtte og vejledning til at mestre deres eget liv bedst muligt. Det inkluderer også borgere med hjemløseproblematikker, borgere efter løsladelse, borgere med anden etnisk baggrund herunder også flygtninge. Borgerne vil ofte også have høj grad af komorbiditet særligt med psykiatrisk og social udsathed, men uden der nødvendigvis er en diagnose.

Materialer brugt i indsatsen

På grund af ændringer i organiseringen af indsatsen – herunder en sammenlægning af flere tilbud – er der aktuelt ved at blive udarbejdet nyt materiale, der beskriver indsatsen.

Indhold i indsatsen

Mestringsvejledningen er en indsats under servicelovens §§ 85 og 82b, som tilbyder støtte og funktionstræning til borgere med psykiske, psykiatriske og sociale funktionsnedsættelser.

Støtten tilrettelægges fleksibelt og individuelt og kan leveres i borgerens hjem, i Huset Tværs, i byen, på borgerservice eller virtuelt – alt afhængig af borgerens behov og situation.

Indsatsen tilbydes i to former:

- Under § 82b er der tale om en forebyggende indsats, som borgeren kan henvises til ved akutte eller her-og-nu-problematikker. Forløbet varer op til seks måneder og har fokus på at forebygge funktionstab.
- Under § 85 skal borgeren visiteres til forløbet. Her tilpasses støtteniveauet efter behov og antallet af kontakter pr. uge. Indsatsen igangsættes på baggrund af en myndighedsbestilling, hvor der i samråd med borgeren udarbejdes en voksenunderretning med tydeliggørelse af støttebehovet og fastlæggelse af ét til tre indsatsområder. Mestringsvejlederen følger op med konkrete delmål og arbejder sammen med borgeren hen imod mestring af de aftalte områder.

Ydelsesbeskrivelse er vedlagt som bilag 58.1.

Varighed: For borgere under § 82b er tilknytningen tidsafgrænset til maksimalt seks måneder. For borgere under § 85 er der ingen fast slutdato, og forløbenes varighed tilpasses individuelt afhængigt af borgerens behov. I praksis varer forløbene typisk fra et halvt år og op til to år.

Støttefunktioner til borgere: Der indgår i nogle tilfælde peer-medarbejdere i borgerforløb, men disse er typisk tilknyttet Huset Tværs og ikke en direkte del af Mestringsvejledningen. Da Mestringsvejledningen er fysisk placeret i Huset Tværs og har sin daglige gang dér, er der et tæt samarbejde med både huset og de frivillige foreninger, der er tilknyttet. Det betyder, at mestringsvejlederne kan henvise borgere til peer-støtte i Huset Tværs, når det vurderes relevant og gavnligt i forhold til borgerens forløb.

Støttefunktioner til personale: Der afholdes halvårlige sparrings- og sagsmøder mellem mestringsvejlederne og en supervisor fra ledelsen med fokus på at sikre en fagligt kvalificeret og ensartet indsats. Møderne bruges til at gennemgå alle borgerforløb med henblik på at sikre faglig retning og progression i forhold til de definerede indsatsområder. Denne form for støtte er særligt vigtig, da mestringsvejlederne har forskellige faglige baggrunde, og fordi arbejdet foregår i et omsorgstungt felt, hvor der kan være risiko for fagligt slid og rolleglidning.

Ud over disse møder tilbydes der supervision 5–6 gange årligt. Der afholdes også faste ugentlige teammøder, hvor aktuelle sager drøftes, og hvor der er mulighed for faglig sparring på konkrete forløb. På hjemløseområdet gives der desuden løbende metodemæssig sparring, særligt i relation til anvendelsen af metoder som Intensive Case Management og Critical Time Intervention.

Aktører og organisering

I indsatsen indgår pædagoger, social- og sundhedsassistenter, ergoterapeuter og fysioterapeuter. Faggrupperne er valgt ud fra deres kompetencer inden for pædagogisk arbejde og funktionstræning i hverdagslivet. De sundhedsfaglige medarbejdere har særlig viden om ADL-træning, hvilket er centralt i arbejdet med at styrke borgernes livskompetencer og mestrings i eget hjem.

Sygeplejersker og socialrådgivere kunne være relevante profiler i indsatsen.

Mestringsvejledningen er organisatorisk forankret i Center for Psykiatri og Socialt Udsatte under Socialområdet i Randers Kommune. I centret er både myndighedsrådgivere og -udførelse placeret på samme matrikel, hvilket styrker det interne samarbejde og understøtter en koordineret indsats omkring borgerne.

Centeret har en udpræget samarbejdsorienteret kultur med fokus på tværfaglig koordinering, da målgruppen ofte har komplekse problemstillinger, som kræver fælles løsninger på tværs af sektorer. Der er en erkendelse af, at indsatsen ikke kan løses af én aktør alene, men at der skal bygges et fælles hold omkring borgeren.

Mestringsvejledningen har derfor et tæt og velfungerende samarbejde med både interne og eksterne aktører, herunder:

- Ydelseskantoret
- Rusmiddelcenteret
- Jobcenteret
- Praktiserende læger
- Socialsygeplejersken
- FACT-teamet
- Dobbelt diagnose-teamet i Regionspsykiatrien
- LAB-10 og LAB-14
- PSP-samarbejdet (Politi, Socialforvaltning og Psykiatri)

Ydelsesbeskrivelse er vedlagt som bilag 58.1.

Evaluering

Effekten følges løbende gennem sagsmøder, sparring og supervision, hvor hver sag vurderes i forhold til progression på indsatsområderne. Derudover er der gennemført borgertilfredshedsundersøgelser og en ekstern evaluering (BDO-rapport 2020), som viser positive erfaringer med indsatsen (se bilag 58.2).

59 Støttekontaktperson ordningen

Randers Kommune

Formål

Støttekontaktpersonordningen (SKP) i Randers Kommune er en opsøgende og udadgående social indsats rettet mod borgere i alvorlige sociale udsathedssituationer. Ordningens overordnede hensigt er at etablere kontakt til borgere, der i udgangspunktet ikke gør brug af etablerede velfærdstilbud, og at støtte dem i at opnå adgang til relevante ydelser og støtteformer.

Indsatsen skal bidrage til at reducere social isolation og skabe en vej ind i mere stabile forløb. Indsatsen udspringer af et identificeret behov for støtte til en gruppe borgere, som befinder sig uden for de traditionelle velfærdsinstitutioners rækkevidde. Fraværet af kontakt til det etablerede system medfører risiko for forværring af sociale og helbredsmæssige forhold samt forstærket marginalisering.

Målgruppe

Målgruppen omfatter borgere over 18 år, som befinder sig i social udsathed og ofte er præget af hjemløshed, psykisk sårbarhed, og/eller stof- og alkoholafhængighed. Fælles for målgruppen er, at de ikke selv opsøger støtte og i mange tilfælde ikke indgår i eksisterende foranstaltninger eller kontakflader til det sociale system.

Materialer brugt til indsatsen

Se ydelsesbeskrivelsen i bilag 59.1.

Indhold i indsatsen

SKP-medarbejderne arbejder ud fra en skadesreducerende og tillidsopbyggende tilgang. Indsatsen omfatter opsøgende kontakt, støtte til at benytte eksisterende sociale og sundhedsmæssige tilbud samt hjælp til at etablere og navigere i kontakt med myndigheder og samarbejdspartnere. Borgerne kan være anonyme, og der tilrettelægges individuelle og fleksible forløb.

Aktører og organisering

SKP-medarbejderne møder borgerne, hvor de opholder sig – eksempelvis på gaden, i boligområder, parker eller andre uformelle samlingssteder.

Organisering: SKP-ordningen er organisatorisk placeret under Socialområdet i Randers Kommune og koordineres fra Huset Tværs. Der er ikke visitation til indsatsen, og borgere kan indgå anonymt i kontaktføreløb.

Evaluerings

Ubesvaret

60 Team God Overgang

Randers kommune

Formål

Team God Overgang er et toårigt projekt, der blev etableret med det formål at støtte borgere med psykiske lidelser i overgangen fra psykiatrisk indlæggelse til hverdagen i eget hjem.

Formålet er at skabe en tryk, støttende og sammenhængende overgang fra psykiatrisk behandling til livet i eget hjem – særligt for borgere, der ikke i forvejen modtager kommunal støtte. Indsatsen skal forebygge tilbagefald, isolation og tab af handlekraft ved at tilbyde en fleksibel og behovsbaseret støtte, der tager udgangspunkt i borgerens aktuelle livssituation.

Indsatsen tager hånd om udsatte borgere i overgangsfasen og hjælper borgere til at få øje på de tilbud, der er muligt at bruge i kommunen, som de vil kunne have glæde og gavn af.

Idéen til Team God Overgang udspringer af et initiativ fra Social- og Boligstyrelsen. Randers Kommune deltager i forsøgsprojektet, som også gennemføres i flere andre kommuner. Projektet rummer stor metodefrihed, hvilket betyder, at både tilgange og organisering kan variere fra sted til sted.

Målgruppe

Målgruppen er borgere over 18 år med psykiske lidelser eller sårbarheder, som har bopæl i Randers Kommune og udskrives fra psykiatrisk sengeafsnit – enten til eget hjem eller med fortsat ambulans behandling – og som ikke modtager støtte efter Serviceloven.

Eksklusionskriterier: Borgere der allerede modtager støtte efter Serviceloven.

Materialer brugt i indsatsen

Der er blevet udviklet visitkort, arbejdsangbeskrivelser samt flowcharts.

Indhold i indsatsen

Indsatsen udgår fra Huset Tværs i Randers Kommune og består i et telefonisk rådgivningsforløb, hvor en socialmentor etablerer kontakt til borgeren umiddelbart efter udskrivelse og følger vedkommende i op til seks måneder.

Socialmentorens kontakt til borgeren har fokus på:

- Tryghed i overgangen til hverdagen
- Afklaring af behov og udfordringer
- Hjælp til koordinering mellem region, kommune og civilsamfund
- Overblik over kommunale og foreningsbaserede tilbud

Indholdet tilpasses borgerens situation og kan ændres undervejs. Kontakten til borgerne sker udelukkende telefonisk, ofte om en samtale forud for en aftale – for eksempel hos rusmiddelcenteret eller egen læge – efterfulgt af en opfølgende samtale, hvor borgerens oplevelse og næste skridt drøftes.

Der har været omkring 30 deltagere/borgere i forløbet.

Socialmentorerne i *Team God Overgang* har deltaget i en række kurser med henblik på at styrke deres faglighed. Det omfatter bl.a. kursus i selvmordsscreening, telefonrådgivning samt et kursus i design thinking.

Derudover indgår mentorerne i den supervision, der tilbydes via Huset Tværs, hvor indsatsen organisatorisk er forankret. Der afholdes ledelsessupervision cirka en gang i kvartalet. Herudover tilbydes

der løbende faglig sparring i hverdagen, både med kolleger og ledelse, hvilket sikrer støtte og faglig refleksion som en integreret del af det daglige arbejde.

Aktører og organisering

Socialmentorer fra Randers Kommune, som har erfaring med psykosocial støtte og koordinering. Der er ansat to socialmentorer til opgaven. Den ene er uddannet ergoterapeut mens den anden er sygeplejerske og lærer. De to mentorer supplerer hinanden rigtig godt fagligt.

Indsatsen udgår fra Huset Tværs og forankres i det kommunale system. Der er et formaliseret samarbejde med regionspsykiatrien, som varetager identifikation af borgere i målgruppen og indhentning af samtykke. Kommunen har herefter ansvaret for kontakten og forløbsopfølgningen.

Evaluering

Evaluering af indsatsen er indtænkt som en del af projektmodellen. Den er planlagt til at finde sted primært i projektets afsluttende fase og vil tage form af opfølgende møder med relevante aktører. Evalueringen har til formål både at belyse indsatsens effekt for de borgere, der har deltaget, og at vurdere, i hvilken grad indsatsen er blevet forankret organisatorisk. Derudover fokuseres der på samarbejdet mellem sektorerne og på, hvordan aktørerne har understøttet hinandens indsatser i praksis. En nærmere operationalisering af evalueringsmetoder, måleparametre og mødefrekvens foreligger dog endnu ikke.

61 Støtte kontaktperson

Syddjurs Kommune

Formål

Formålet med Støttekontaktperson-indsatsen (SKP-indsatsen) er at etablere hurtig kontakt til borgere, der oplever psykiatriske udfordringer, og som ikke ved egen hjælp kan opsøge eller modtage hjælp. SKP-medarbejderne danner sig et overblik over borgerens udfordringer og behov for støtte og sørger for, at relevante instanser inddrages. Indsatsen skal sikre, at borgere i mistrivsel ikke bliver overset eller ladt alene uden hjælp.

Målgruppen omfatter borgere, der ofte bliver opdaget af pårørende, naboer eller andre borgere i lokalområdet, som udtrykker bekymring. Henvendelser kan også komme fra politikere eller gennem det kommunale netværk. SKP-medarbejderne tager kontakt i løbet af få dage og forsøger at skabe en relation til borgeren, også selvom vedkommende i første omgang ikke ønsker hjælp.

Indsatsen handler om at fastholde kontakten og være til stede, indtil borgeren er klar til at modtage hjælp – uanset om det drejer sig om kommunale tilbud eller henvisning til den regionale psykiatri. SKP er ofte indgangen til systemet og fungerer som bindeled mellem borgeren og relevante instanser.

SKP-indsatsen er ikke udviklet lokalt i Syddjurs Kommune, men er en velkendt ordning, der findes i flere kommuner, herunder Aarhus Kommune. I 2019 blev ordningen nedprioriteret i Syddjurs grundet budgetnedsækninger. I det seneste år er der dog blevet ydet en ekstra indsats for at genoprette og styrke SKP-tilbuddet uden yderligere bevilgede midler. Dette har resulteret i en mærkbar stigning i antallet af henvendelser og opsøgende arbejde.

Målgruppe

Målgruppen er borgere med psykiatriske udfordringer, som ikke selv kan opsøge eller efterspørge hjælp. Det omfatter også borgere med adfærd, der skaber bekymring i lokalsamfundet, herunder borgere med psykiske lidelser, misbrug, hjemløshed eller sociale problemer.

Materialer brugt i indsatsen

Der er ikke brugt materialer i indsatsen.

Indhold i indsatsen

SKP-indsatsen er baseret på at skabe og opretholde relationer til borgere, der er svært tilgængelige for det traditionelle system. Indsatsen adskiller sig fra ordinær mestringsvejledning ved, at borgeren ofte ikke selv ønsker hjælpen. SKP-medarbejdere besidder stærke relationelle kompetencer og arbejder ud fra en recovery-orienteret tilgang, hvor hurtig og midlertidig indsats kan have stor effekt.

Derudover har SKP-medarbejdere opgaver inden for Housing First og opsøgende arbejde på krisecentre og blandt borgere på forsorgshjem. Indsatsen tilpasses løbende borgerens behov og kan omfatte alt fra hjælp til læge- og tandlægebesøg, finde egnet bolig til kontakt med psykiatrien.

Der tilbydes supervision til SKP -medarbejdere, da det til tider står i særdeles alvorlige og komplekse situationer.

Aktører og organisering

SKP-medarbejdere er pædagoger og social- og sundhedsassistenter, der både har sundhedsfaglige og sociale kompetencer. Medarbejderne er meget kompetente i forhold til relationsdannelse og formår at være insisterende i kontakten til borger.

Indsatsen er organiseret under Center for Social Rehabilitering i Syddjurs Kommune. SKP er hægtet op på mestringsvejledningen, da det giver mulighed for sparring med kolleger, der er bekendt med målgruppen.

Indsatsen foregår der, hvor borgerne opholder sig. SKP-medarbejderne møder borgerne i deres hjem, på gaden eller i skoven, afhængigt af deres situation.

Der afholdes halvårlige møder med den lokale psykiatri i Rønne, hvor indsatser og sager drøftes. Desuden samarbejdes der løbende med beskæftigelsesafdelingen og boligforeninger, misbrugscentret, aktivitets- og samværstilbud for psykiatrien og den regionale psykiatri.

Pt. er der 30 borgere, der modtager SKP støtte. Varigheden af indsatsen varierer fra 3 måneder til flere år. SKP-ordningen har eksisteret i de sidste 10 år.

Evaluering

Der foretages løbende evalueringer og justeringer af indsatsen, baseret på erfaringer fra de enkelte sager. Evalueringen sker uformelt gennem refleksion over de cases, der håndteres i praksis.

62 Åben rådgivning

Syddjurs Kommune

Formål

Åben rådgivning (ÅR) skal sikre en let og hurtig kontakt til socialområdet/Syddjurs Kommune.

ÅR er oprettet på fire forskellige lokaliteter i Syddjurs Kommune.

Borger kan i ÅR få hjælp til

- at komme i kontakt med relevant afdeling i Syddjurs Kommune
- økonomi, boligforhold eller andre sociale forhold.
- vejledning til, hvorledes borger skaber et netværk og bryder ensomheden.
- borger kan vælge at være anonym, når der modtages råd og vejledning.
- I åben rådgivning har borger mulighed for at tale med en socialrådgiver

En hurtig og let adgang til råd og vejledning skulle sikre, at borgers udfordringer ikke udvikle sig og ville kræve en længerevarende indsats.

Socialrådgiver i ÅR har bemyndigelse til at visitere til mindre indgribende/forebyggende indsatser uden en længerevarende sagsbehandling.

ÅR er ikke opfundet i Syddjurs, men er velkendt fra andre kommuner.

Målgruppe

Alle borgere over 18 år i Syddjurs Kommune.

Kontakt til ÅR forudsætter fysisk fremmøde, så borgere der ikke kan møde frem ved egen hjælp, vil ikke kunne benytte sig af tilbuddet.

Der arbejdes pt. på at etablere et mestringscenter i Syddjurs Kommune, hvor det vil være muligt at komme i kontakt med ÅR via telefon, mail og fysisk fremmøde. Tilbuddet forventes åbnet 1. juni 2025.

Materialer brugt i indsatsen

Der blev lavet pjecer og beskrivelse på kommunens hjemmeside, som gjorde borger opmærksom på tilbuddet. Link til hjemmesiden: [Åben socialrådgivning](#)

Indhold i indsatsen

Indsatsen kan beskrives som fremskudt myndighedsarbejde, men hvor det er socialrådgiveren der kommer til borgerens lokalområde.

Aktører og organisering

Der indgik Socialrådgivere fra myndighedsafdelingen som hovedaktører i indsatsen. Det var socialcenteret i Syddjurs Kommune (myndighed), som havde ansvaret for indsatsen. Der er jævnlige møder mellem myndighed og udfører, da nogle af indsatserne leveres af udfører.

Indsatsen foregår på fire lokaliteter i Syddjurs Kommune.

Der er registreret ca. 650 henvendelser/år. Da henvendelsen ofte er anonymt, kan det ikke oplyses, om der er borgere der har henvendt sig flere gange, men det formodes.

Indsatsen har eksisteret i de sidste 3 år.

Evaluerings

Der evalueres løbende på indsatsen ved at følge antallet af henvendelser og antallet af midlertidige og længerevarende indsatser. Den løbende evaluering foretages af centerledere for myndighed og udfører.

63 Team for Integreret Dobbeldiagnosebehandling (TIB)

Regionspsykiatrien Randers

Formål

Integreret patientforløb for mennesker med psykiske lidelser og samtidig rusmiddelproblematik.

Formålet er at sikre sammenhængende og helhedsorienterede behandlingsforløb for patienter med psykiske lidelser og samtidig rusmiddelproblematik, hvor barrierer mellem sektorer fjernes, og patientens samlede behov adresseres.

Desuden at sikre ensartet behandling på tværs af regionernes psykiatriske afdelinger, sikre høj faglig kvalitet i behandlingen, styrke de kliniske arbejds gange og understøtte en fælles forståelse af målgruppen.

Der arbejdes således ud fra en model, hvor både rusmiddelbehandling og psykiatrisk behandling er samlet under ét tag. Indsatsen har heri en rolle i at koordinere og etablere kontakt til relevante sociale indsatser samt, når det er relevant, til somatiske indsatser. Formålet er dermed at samle de forskellige aktører og indsatser, der er involveret omkring den enkelte borger eller patient, således at det er indsatsen, der har ansvaret for at sikre et sammenhængende forløb. På den måde undgås, at borgeren selv skal skabe overblik og koordinere mellem de forskellige instanser.

Ideen er drevet af både forskning og erfaring. International konsensus over de sidste 20 år anbefaler integreret behandling for dobbeldiagnosepatienter. Udviklingen er forankret i en tværregional og tværsektoriel planlægningsgruppe med kliniske, planlægnings- og forskningsmæssige kompetencer. Ideen bygger desuden på FACT-principper.

FACT-principperne bygger på to metoder til opfølgning af patienten:

1. Patienter opfølges af individuel primærbehandler, som sørger for behandling og opfølgning i bedringsprocessen. Som regel gennemgås behandlingsplanen er af flere medlemmer af teamet. Pointen er her at patienten ikke skal møde nye og forskellige behandlere hver dag eller hver uge.
2. For nogle patienter vil metode ikke være tilstrækkeligt ved forværring i sygdom. I de tilfælde vil patienten blive indmeldt på en FACT-tavle/FACT-board, hvor man følger ACT-principper om fælles caseload. Det betyder, at alle behandlere i teamet involveres og informeres om patienten og at patienten bliver behandlet og fulgt op af flere af teamets medlemmer.

Indsatsen implementeres fra 2024. I forhold til indlagte patienter med dobbeldiagnoser blev organiseringen besluttet i maj 2024 og implementeret i løbet af 2024-2025.

Målgruppe

- Voksne (18+)
- Personer med en psykisk lidelse af moderat til svær grad med psykiatrisk behandlingsbehov og samtidig rusmiddelproblematik
- Personer, der har en så påvirket funktionsevne, at de ikke kan følge et koordineret forløb i både psykiatrien og den kommunale rusmiddelbehandling
- Typiske diagnoser: psykoser, skizofreni, svære affektive lidelser (bipolar, depression med psykotiske symptomer), PTSD, ADHD mv.
- Patienter med svær psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik, hvor funktionsevnen er så nedsat, at et koordineret forløb ikke er muligt.

Eksklusionskriterier:

- Patienter, der kan følge et koordineret forløb, eller hvor rusmiddelproblematikken ikke påvirker funktionsevnen i en sådan grad, at integreret behandling er nødvendig. eller patienter, der vurderes ikke behandlingsegne, fx efter 1 år uden effekt.
- Patienter der på det psykiatriske ikke vurderes indenfor psykiatriens målgruppe. Det kan eks. være efter endt udredningsforløb.

Materialer brugt i indsatsen

I forbindelse med indsatsen blev der udarbejdet forskellige materialer til at understøtte det integrerede patientforløb. Det indgår som bilag i dokumentet "Integreret patientforløb for mennesker med psykiske lidelser og samtidig rusmiddelproblematik" fra 2024. Her er forløbsbeskrivelser og flowdiagrammer over patientforløb for både ambulante og indlagte patienter. Disse er også vedlagt som bilag.

Det fulde materiale tilhørende indsatsen kan rekvireres hos sekretariatet ansvarlige for implementering af indsatsen i Region Midtjylland.

Indhold i indsatsen

- Integreret behandling i ambulante og indlagte forløb
- Individuelle behandlingsplaner
- Fleksibel behandling baseret på patientens behov
- Opsøgende støtte ved ustabil fremmøde

Hensigten er at kunne tilbyde patienten en tværfaglig tilgang med både sundhedsfaglige og socialfaglige aspekter, herunder: Farmakologisk behandling, terapeutisk behandling såsom MI, KAT, DAT, socialfærdighedstræning og kropstilbud.

Alle patientforløbene består af individuelle behandlingsplaner med opsøgende indsatser og fleksible behandlingsformer. De kan inddeles i fem faser:

- Kontaktfase
- Opstartsfasen
- Behandling – ustabil fase
- Behandling – stabil fase
- Overgangsfase

I Randers er praksis at de primære behandlere for patienterne ved opstart udarbejder et netværkskort, der giver overblik over de involverede aktører. Det kan eksempelvis omfatte mestringsvejleder, kommunal sagsbehandler, sagsbehandler i jobcenteret samt eventuelle somatiske specialafdelinger.

Når en patient henvises til indsatsen, eller det vurderes ved et visitationsmøde, at patienten er inden for målgruppen, indledes en kontaktfase på op til tre måneder. Denne fase har til formål at etablere kontakt til patienten.

Herefter kan der følge en periode på et halvt til et helt år, hvor der arbejdes på at etablere et behandlingsforløb. Hvis patienten udebliver eller ikke tager kontakt, afsluttes forløbet ikke automatisk. I stedet arbejdes der mere opsøgende og aktivt for at opretholde kontakten.

Når indsatsen er i gang, afholdes der f-act-inspirerede møder. Disse møder foregår typisk online med en og afholdes med patientens samtykke. Formålet er at skabe en løbende koordination mellem aktørerne, eksempelvis ved at drøfte kontaktforløb, dele observationer eller aftale fælles besøg hos patienten i den kommende periode.

Koordinationen foregår fra uge til uge eller hver 14. dag med den aktør, der er tættest på patienten. Hvis patienten befinder sig i en ustabil fase, hvor der er mange udfordringer, afholdes der ofte ugentlige møder med bostedet eller det sted, hvor patienten bor, samt øvrige relevante samarbejdspartnere.

Medarbejderne blev tilbudt ensartet kompetenceudvikling på tværs af regionerne (Indbefatter udbudte kurser, der omfatter en grundintroduktion til dobbeltdiagnoser samt undervisning i kognitiv adfærdsterapi og motivational interviewing.) Der tilbydes desuden supervision og tværfaglig sparring og fælles temadage for nøglepersoner og dobbeltdiagnoseteams.

Medarbejderne i Randers gennemgår desuden dobbeltdiagnoseuddannelsen der udbydes af en privat aktør som et tværfagligt og tværsektorielt forløb med en varighed på ét år.

Aktører og organisering

I den fælles indsats i Region Midtjylland indebærer modellen at der etableres tværfaglige specialiserede dobbeltdiagnoseteam, som består af følgende faggrupper:

- Læger/psykiatere
- Sygeplejersker
- Socialrådgivere
- Psykologer
- Fysio- og ergoterapeuter

I Randers omfatter indsatsen indtil videre sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, socialrådgivere, psykologer og læger.

Det er desuden et håb at man kan udvide med fysio- og ergoterapeuter inden længe. Derudover ønsker man også at få dækket pædagogiske kompetencer.

Aktuelt deltager lidt over 100 patienter i tilbuddet i Region Midtjylland. I Randers har man aktuelt 41 patienter indskrevet, men afholder hver uge flere overgangs/visitationsmøder med deltagelse af psykiatri og/eller rusmiddelcentrene. Primært over video. For fase to patienter laves der løbende optag til TIB for at sikre vi kan følge med og overtage patienterne på en god måde.

Der er ikke noget overblik endnu ift. hvor længe patienterne er tilknyttet teamet som gennemsnit, men i Randers er det ikke unormalt at patienter er tilknyttet med forløb af 1-2 års varighed i teamet.

I et koordineret behandlingsforløb følger patienten den psykiatriske behandling i regionen samtidigt med behandlingen for rusmiddelproblematikken forgår i kommunalt regi. Koordinerede forløb skal tilbydes de patienter, som har et samlet funktionsniveau, der gør, at de fagligt vurderes at profitere fra det. I et koordineret forløb skal patientbehandlingen altid koordineres på tværs af indsats og sektorer – på samme måde som i et integreret forløb ved brug af koordinerende indsatsplaner og netværksmøder.

Regionen havde behandlingsansvaret, mens kommunerne var involveret i koordineret behandling. Denne fordeling skulle ses ved fysisk tilstedeværelse af regionale dobbeltdiagnoseteams i kommunale rusmiddelcentre. Aktuelt er der igangsat prøvehandling i Aarhus-klyngen og Gødstrup-klyngen mhp. at afdække muligheden for tilstedeværelse på de kommunale rusmiddelcentre. Det er således endnu ikke afklaret, om det vil kunne lade sig gøre i hele regionen. Prøvehandlingerne skal danne afsæt for input til en samarbejdsaftale mellem kommunerne og Psykiatrien. I Randers har man ikke fast fysisk placering i rusmiddelcentrene.

Generelt gælder for indsatsen at patienterne under indlæggelse placeres i almindelige psykiatriske afdelinger ved kortere indlæggelser, mens de ved længere indlæggelser skulle indlægges på rehabiliterende pladser i afdeling for psykoser (AfP) eller Retspsykiatrisk Afdeling Midt (RP Midt)

I Randers bliver patienterne også primært indlagt på de almene psykiatriske afsnit, ud fra deres psykiatriske grundlidelse. Som i de andre teams er vores eneste mulighed for længere rehabiliterende indlæggelse at søge indlæggelse på "de rehabiliterende pladser" (tidligere de særlige pladser) i Skejby eller Gødstrup.

Udfordringer er dog, at de pladser er knyttet til særlige diagnosegrupper - særligt psykoselidelser og svære affektive lidelser. Dvs. patienter med ADHD, personlighedsforstyrrelser eller angstlidelser ofte kan blive afvist, omend deres funktionsevne og rusmiddelbrug er på niveau med de andre diagnosegrupper.

For det klinisk tværsektorielle samarbejde afholdes der netværksmøder og der findes fælles behandlingsplaner og koordinerende indsatsplaner.

Der er nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe i Region Midt med kommunale repræsentanter fra hver klynge og repræsentanter fra de psykiatriske dobbeltdiagnoseteams. Der afholdes møder hver anden måned af 3 timers varighed. Her drøftes samarbejdet mellem kommunerne og psykiatrien, prøvehandlinger, samarbejdsaftale, overgange mellem behandlingstilbud, drøftelse af faserne m.m.

Evaluering

Årlige statusmøder med evaluering af forløb og effekt på funktionsevne og rusmiddelbrug. Evalueringen skal foretages af det behandlingsansvarlige team med psykiatere, sygeplejersker, socialrådgivere og kontaktpersoner fra team for integreret dobbeltdiagnosebehandling. Netværksmøderne involverer patient selv og ved relevans pårørende samt kommunale samarbejdspartnere. Desuden bliver den praktiserende læge samt eventuelle andre aktører såsom botilbud inviteret. Praktiserende læge får tilsendt referat.

Der er dog i Randers endnu ikke fastlagt en klar strategi for evaluering af indsatsen, og der er ikke her udmeldt en officiel model for, hvordan evalueringen skal gennemføres. Der har været en løbende dialog om emnet, blandt andet med fokus på, hvordan man kan måle effekten af indsatsen over for en meget forskelligartet målgruppe. Det er endnu uafklaret, om evalueringen skal baseres på individuelle vurderinger fra borgere eller på andre metoder.

Bilag til indsatsbeskrivelsen

Bilag 63.1.

For ambulante patienter:

	Fase 1. Patienten starter i integreret behandling					
Skal-aktiviteter	Indledende vurdering	Konsultation evt. ved sygeplejerske	Lægesamtaler	Behandlingsplansmøde	Behandlingssamtaler	Samtaler med andre aktører og pårørende
Patientens oplevelse og behov	<p>Identificeres manglende ressourcer, handlemuligheder og styrker. Skitseres et mål og plan for dem. Opbygger tillid og fælles forståelse til patienten.</p> <p>Aktuelle psykiske symptomer</p> <p>Risikovurdering</p> <p>Selvmedscreening</p> <p>Rusmiddelscreening</p> <p>Social screening</p> <p>Kognitiv screening</p> <p>Screening for PTSD (behov undersøges v. traumeskema)</p>	<p>Opbygger tillid og fælles forståelse i relation til patienten</p> <p>Hjælpeundersøgelser evt. ved sygeplejerske</p>	<p>Opbygger tillid og fælles forståelse i relation til patienten</p> <p>Somatisk gennemgang og screening, herunder undersøgelse for evt. korsforbidet</p> <p>Stille / validere diagnoser</p>	Udarbejde behandlingsplan		
Undersøgelse						
Nonfarmakologisk behandling	<p>Patientressourcensamtale</p> <p>Udarbejde kriseplan</p> <p>Indhente skriftlig samtykke til behandling</p>	Påbegynde arbejde med skadesreduktion			<p>Opstart af behandlingssamtaler</p> <p>Tilbud om hjemmebesøg hos patienten med behandlingsplan eller hvor patienten ønsker det.</p>	<p>Pårørendesamtale og børnesamtale</p> <p>Etablering af kontakt til peers</p>
Farmakologisk behandling	<p>Ajourføring i FMK</p> <p>Tage stilling til aftaler om udlevering og indtag af medicin</p>	Medicinalgennemgang og bivirkningsscreening (hvis patient er i behandling)	Tilbud om relevant vaccination			
Sammenhæng				<p>Koordinerende indkøbsplan/ netværksmøde. Mål for behandlingsforløbet</p> <p>Opstarte samarbejde med kommunale aktører fx jobcenter</p> <p>Evt starte samarbejde med bosted</p>		<p>Fløje patient til andre behandlingssteder</p> <p>Orienteringsbrev til egen læge om ordination af medicin</p> <p>Ved retlige foranstaltninger. Påregne dom og opstarte samarbejde med kriminalforsorgen</p>
Standarder (Vejledninger, skemaer mm)	Sundhedsstyrelsens vejledninger og retningslinjer.	Rusmiddelscreening Kognitiv screening	Aktuel psykisk beskrivelse og sygdomsvurdering Patientens ønske om med den bedste behandling.	Screening for PTSD / afslukke trauma Målbare roller og funktioner		

	Fase 2. Behandling når patienten er i ustabil fase					
Skal-aktiviteter	Akutte samtaler	Akut udredning og planer	Samtaler med andre aktører og pårørende	Netværksmøder	Psykosociale aktiviteter / AD HOC	
Patientens oplevelse og behov	<p>Næse fasen: En gennemgående kontaktperson som et fast holdpunkt.</p>	<p>Der er behov for, at gøre det som hjælper, også se om det ikke står i vejen.</p>	<p>Patient skal oplyses, at der er altid en hjælp at hente. Der er behov for her- og-her hjælp udenfor normal åbningstid.</p>			
Undersøgelse	<p>Intensivere kontakten med bekostet, lætte og akutte patientsamtaler i eller udenfor ambulatoriet mhp. vurdering af:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psykiatrisk status • Rusmiddelforbrug og adfærd • Somatisk status • Effekt af behov for justering af den medicinske behandling • Risikovurdering til selvskade, selvmord og kriminalitet • Psykosocial status 	<p>Opfølgende screeninger efter individuel vurdering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selvmedscreening • Bivirkningsscreening • Rusmiddelscreening • Somatisk screening • Risikovurdering • Kriseplaner <p>Sikkerhedsvurdering i teamet forud for et patientmøde</p>				
Nonfarmakologisk behandling	<p>Motiverende samtale</p> <p>Adressere presserende problemer</p>	<p>Opfølgende og intermitterende patientkontakt efter behov:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akutte patientsamtaler • Somatisk screening • Akutte medicinjusteringer • Akut indlæggelse, ihvertfald eller til psykiatrien <p>Revurdering af behandlingsplan</p> <p>Fremskudt somatisk behandling fx i fysiklinik</p>	<p>Tæt samarbejde med den praktiserende læge. Hyppige tilbagemeldinger om patientens status</p> <p>Løbende orientering til teamets øvrige behandlere</p> <p>Evt indtræde PUK / Social / Psykiatri (PSP) i samarbejdet som forebyggelse.</p>	<p>Indhente hyppige opfølgninger hos relevante kontakter i netværket, fx kommune, bosted osv.</p>	<p>Et solidt netværk med mhp:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At observere patienten • At skabe relationer • At modificere præparater <p>Peer kontakt Patient får kontakt til medarbejder med dobbeltforløbserfaring</p> <p>Mentorstøtte - muligvis peer. En intensiveret opfølgende kontakt når man ikke har det så godt.</p> <p>Udviklet tilgængelighed. Kontakt udenfor kontortid, når man har brug for hjælp.</p>	
Farmakologisk behandling	<p>Medicinudlevering</p>		<p>Tæt samarbejde med den praktiserende læge. Hyppige tilbagemeldinger om patientens status</p>			
Sammenhæng			<p>Etablering af kontakt til peers</p> <p>Hyppige opfølgninger om KSP med relevante kontakter om KSP i netværket fx kommune, bosted og/eller andet netværk.</p>	<p>Indklude til KSP / netværksmøde samt afklare møderne.</p> <p>Samarbejde med pårørende, bosted og/eller andet netværk.</p>		
Standarder (Vejledninger, skemaer mm)	<p>Bekendtskabsskrivning</p> <p>Rusmiddelscreening</p> <p>V-isk 50</p>	<p>Psykiatrisk status - diagnoseafhængig</p> <p>Medicinudleveringsinstruks</p> <p>Samtal vejledning af Puk og Rus.</p>	<p>Samarbejde i fx kommune til udlevering af medicin / substitution/behandling</p> <p>Behandling af skadestater</p> <p>Vidensindsats</p>	<p>Psykosocial status</p> <p>Bivirkningsscreening for alle præparater</p> <p>Hjælpemiddel</p>	<p>FACT / OMS</p> <p>Fremskudt somatisk behandling.</p> <p>Sundhedsstyrelsens vejledninger og retningslinjer.</p>	<p>PSP samarbejde</p> <p>Netværksmøde / KSP</p> <p>Kontakt til egen læge</p> <p>Afklare med kommunen ift. standarder vedr. hurtig behandling / fremskudt opfølgning</p>

		Fase 3. Behandling når patienten er i stabil fase				
Skal aktiviteter	Kan aktiviteter	Møder om behandlingsplan og patientplan	Samtaler med andre aktører og pårørende	Konsultation ved kontaktperson fx spl.	Lagesamtaler	Netværksmøde
Patientens oplevelse og behov	Ligeværdig samarbejde/samtale mellem patient, og behandlere om, hvad mål og succeskriterier er for behandlingen.			Det skal være en gennemgående kontaktperson. Evt 2.		
Undersøgelse	Møder og medicinaftaler <ul style="list-style-type: none"> • Patientsamtale med behandlingsgruppe • Forventede effekter om tilføjelse og indtag af medicin • Observation af virkning og bivirkning • Medicinforbrug og interaktion til bosted • Individuel kognitiv afledelse - rummiddel og sociale netværk • Psykoedukation • Opfølgning på somatisk tilstand og virkninger evt. vacciner 			Somatisk screening	Lagesamtaler	
Nonfarmakologisk behandling	Løbende tilpasning: farma og nofarma <ul style="list-style-type: none"> • Møde- og medicinaftale • Behandlingsbehov psyk- fysisk social interaktion • Krisefund • Lagesamtaler • Medicinforbrug • Medicinforbrug 	Vurdere om patienten skal støttes i at skabe eller genskabe kontakt til pårørende og netværk. Evt et værktøj.	Tilbyde pårørendesamtaler			Social opfølgning efter patientens behov. Ansøgninger om sociale ydelser, støtte til økonomisk sanering og struktur mm.
Farmakologisk behandling	Efter behov og minimum hvert år ifb med fornyelse af behandlingsplan <ul style="list-style-type: none"> • Psykiatriens vurdering • Somatisk status og gennemgang lokal vital screening • Selvmordsscreening • Bivirkningsscreening • Rusmiddelsscreening • Funktionsscreening • Vurdering af livskvalitet • Opfølgning på retningslinjer 			Opfølgende screeninger efter individuel vurdering <ul style="list-style-type: none"> • Selvmordsscreening • Bivirkningsscreening (UKU Antipsykotisk og UKU SORT) • Risikovurdering • Opfølgning på vital screening med tilbud om vaccination • Kriseplaner 		Møde og medicinaftaler samt fastholde eller genetablere, samt udvikle relation og behandlingsalliance.
Sammenhæng			Tælle patient til andre somatiske behandlinger, tandlæge, bosted og rettsmidler.		Læge sender årligt orienteringsbrev til egen læge om ordination af medicin.	Praktisere inviteres med og får tilsendt referat.
Standarder (Vejledninger, skemaer mm)	Bivirkningsscreening Kriseplan Sundhedsstyrelsens vejledninger og retningslinjer	Risikovurdering Rusmiddelsscreening	Somatisk screening (særlig version for patientgruppen)	Selvmodrisikovurdering Kognitive screening	Netværksmøde og Koordinerende behandlingsplan Vurdering af funktionsniveau	Samarbejde med pårørende, bosted og/ eller andet netværk.

		Fase 4. Patientens overgang til koordineret behandling			
Skal aktiviteter	Kan aktiviteter	Afsluttende møder og aktiviteter	Afsluttende vurderinger og screeninger	Netværksmøde	Brobygning
Patientens oplevelse og behov	Patienten har mulighed for i hele fasen af samtale med peer / recovery mentor om overgangen til koordineret forløb. Støtte og råd i overgangen.			Patienten skal have et tydeligt billede af, hvordan overgangen vil ske, trygt og sikkert. Brug Malteses behovsramme: Bopæl, Økonomi, osv.	Patienten kan have behov for hjælp til en tryk overgang til koordineret behandling. Bistå for tilbagelad minimeres med peer / recovery mentor som deltager i aktiviteter i brobygningen.
Undersøgelse	I samarbejde med patienten drøft følgende videre behov og ønsker: <ul style="list-style-type: none"> • Psykiatrisk/psykisk status • Rusmiddelforbrug og adfærd • Effekt af og behov for justering af den medicinske behandling • Sociale status • Personlige netværk Afsluttende samtale: <ul style="list-style-type: none"> • Under samtalen vedr. psykisk status have fokus på ressourcer og den udvikling patienten har været igennem. 	Afsluttende screeninger efter individuel vurdering: <ul style="list-style-type: none"> • Selvmordsscreening • Bivirkningsscreening • Rusmiddelsscreening • Risikovurdering for retspsykiatriske patienter • Kriseplaner • Ajourføring i fælles medicinkort (FMK) • Status/opfølgning på somatiske undersøgelser • Beskrivelse af funktionsniveau Voldsrisikovurdering for ikke retspsykiatriske patienter.	Udarbejde plan for det videre forløb i samarbejde med: <ul style="list-style-type: none"> • Patienten • Kontaktpersonen • Egen læge • Socialrådgiver • Patientens netværk • Fremtidige behandlere • Pårørende • Bosteder • Recovery mentor / peers 	Udarbejde plan for overgang og det videre forløb i samarbejde med: <ul style="list-style-type: none"> • Pårørende • Civilsamfundsaktører • Kontaktperson, så vidt muligt den samme før og efter overgang. 	
Nonfarmakologisk behandling			"Vejen tilbage". Aftale kriterier for at komme retur til integreret behandling. Vejen tilbage skal fremgå af overleveringsdokumentet. Her fremgår plan fra det "nye", men også det "gamle" forløb.		
Farmakologisk behandling					
Sammenhæng			Epikrise sendes til egen læge		Følg patienten til opstartsmoder og aktiviteter kommunen og netværk.
Standarder (Vejledninger, skemaer mm)	Patientens ønskede mål med den samlede behandling Visuelt redskab til at se udvikling og handlemuligheder.	Vurdering af funktionsniveau Rusmiddelsscreening	Vurdering af livskvalitet Sundhedsstyrelsens vejledninger og retningslinjer	Koordinerende indsatsplan / netværksmøde / forløbsplan – en særlig plan for DD patienter Ny standard som beskriver overgang til koordineret behandling.	

Bilag 63.2. For indlagte patienter

Fase 3. Patienten modtager behandling				
Skal-aktivitet - kort indlæggelse	Opstart af patientbehandling			
Skal-aktiviteter - lang indlæggelse	Opfølgende undersøgelser			
Kan-aktivitet - vigtig/høj kvalitet	Patientbehandling			
Kan-aktivitet	Samtaler og møder			
Patientens oplevelse og behov	At peers/recoverymentor får viden om rusmidler, fx ved at oprette et modul om dette på peeruddannelse	Pårørende kan informere om vigtige observationer omkring patient som bivirkninger, adfærd, mv.	At personalet på let og overskuelig måde kan samtale med patient og pårørende om behandlingen.	At personalet på let og overskuelig måde kan samtale med patient og pårørende om behandlingen.
Undersøgelse		Opfølgende screening efter individuel vurdering – mhp nødvendighed af screening <ul style="list-style-type: none"> Somatisk screening Rusmiddelescreening Abstinensscreening Bivirkningsscreening Risikovurdering Krisplaner Sukcald screening Socialscreening Kognitiv test 		Læge/specialpsykolog (ugevist), men kan varetages af andre faggrupper <ul style="list-style-type: none"> Om læring/træning iht. mål Om relevant medicinering Om relevant terapi Om patientens motivation Om somatiske problemstillinger (store undersøgelser skal være lægen)
Nonfarmakologisk behandling	Samtale med læge og kontaktperson om igangsætning af behandlingen i overensstemmelse med behandlingsplanen Mulighed for kontakt med recoverymentor/peer	Kontinuerligt, og efter individuel vurdering, indsamle data (adfærd, forhåndsstikendeoplys, målister) om patientens psykiatriske problemstillinger ved kritiske situationer. Samtale med recoverymentor/peer om at være i behandling	(KAT, DAT i gruppeterapi) Individuel terapi MI Psykoedukation (patienter) Funktions træning = ADL Fx køkkentræning Psykoedukation til pårørende Grupper/aktivitetstilbud v. peers/mentorer	Samtaler med kontaktperson om rusmiddelebehandlingen, og interaktionen mellem rusmidler og psykiatriske symptomer Tværdfaglige samtaler, fx <ul style="list-style-type: none"> Sociale problemstillinger Rødgagiske problemstillinger Ergonomiske problemstillinger Fysioterapeutiske interventioner
Farmakologisk behandling		Daglig stillingtagen til den medicinske behandling – efter individuel vurdering	Medicinsk behandling – efter individuel vurdering	Behandlingsplansmøde/netværksmøde Patient, fagprofessionelle, peer/recovery mentor, pårørende & professionelt netværk.
Sammenhæng		Hvis ikke i amb. Integreret behandling skal det vurderes om der skal henvises	Ledsage til diverse aktiviteter	Oprethold kontakt til ambulatorium, netværk og civile aktører.
Standarder (Vejledninger, skemaer mm)	Rusmiddelescreening, Duddt, Duddt E. Akut afrusning og abstinensbehandling Bivirkningsscreening	Akutmedicinplan Anamnese og Objektiv Psykiatrisk Vurdering Selvmordscreening	AFvigende forløb (harm reduction) Kognitiv problemformulering Slip analyse	Somatisk undersøgelse - udvidet Kognitiv problemformulering Psykoedukation

Fase 4. Patientens udskrivelse og overgang				
Skal-aktivitet - kort indlæggelse	Afluttende møder og aktiviteter			
Skal-aktiviteter - lang indlæggelse	Afluttende vurderinger og screeninger			
Kan-aktivitet - vigtig/høj kvalitet	Netværksmøde			
Kan-aktivitet	Udskrivelse og overgang			
Patientens oplevelse og behov	Samtale i øjenhøjded med forståeligt sprog om status og plan for overgang, personale patient og pårørende er enige om. .	Samtale i øjenhøjded med forståeligt sprog om plan ud fra patientens behov i overgang og tiden efter udskrivelse.	Etabler kontakt til peer / recovery mentor inden udskrivelse til støtte & evt håndholdt overgang ved behov. Mulig bisidder.	En plan der forebygger tilbagefald og ensomhed: Den holder patienten aktiv og væk fra det "gamle" netværk.
Undersøgelse	Samtale om patientens ønsker og behov til tiden efter udskrivelsen. <ul style="list-style-type: none"> Psykiatrisk status Rusmiddeleforbrug og adfærd Effekt af, og behov for justering af af medicin (substitution, somatisk og psykofarmakologisk) Social status – bolig & økonomi Personlige netværk Personlige ressourcer & handlemuligheder 	Afluttende screeninger efter individuel vurdering: <ul style="list-style-type: none"> Selvmordscreening Bivirkningsscreening Rusmiddelescreening Risikovurdering for retspsykiatriske patienter Krisplaner Ajourføring i fælles medicinkort (FMK) Status/opfølgning på somatiske undersøgelser Beskrivelse af funktionsniveau 	Opdater og udarbejde behandlingsplan for udskrivelse <ul style="list-style-type: none"> Patienten Kontaktpersonen Peer/recovery mentor Egen læge Socialrådgiver Patientens netværk Fremtidige behandlere (ambulant) Pårørende Bosteder Jobcenter Væresteder Myndighed Kriminalforsogn Socialpsykiatri Soc. sygeplejerske og soc.læge 	Mulighed for orlov Miljø et. adfærdsterapeutisk forløb (fx KAT, DAT, MI – behandling der kan varetages af forskellige faggrupper) overgår evt. til ambulant regi.
Nonfarmakologisk behandling	Forberedelse til udskrivning <ul style="list-style-type: none"> Trane ved udgang/sove hjemme. Psykoedukation individuelt eller i gruppe 	Bivirkningsscreening Samtale med "forløbsansvarlige" (eller team) - Status på behandling - Overblik over udskrivelse og brobygning	Udarbejdelse af udskrivningsaftale/ koordinationsplan Kopi af behandlingsplan / referat fra netværksmøde til alle deltagere. Bisidder deltager ved mødet. Dagsorden udarbejdet med patient.	Udskrivelsesamtale <ul style="list-style-type: none"> Status på behandling Overblik over udskrivelse og brobygning
Farmakologisk behandling	Fortsat behandling <ul style="list-style-type: none"> Kontaktperson samtaler Rusmiddelbehandling, herunder forebyggelse af tilbagefald Motivationsarbejde Ergoterapeutiske interventioner Fysioterapi interventioner Psykolog aktiviteter om udskrivelse (Gør status til behandlingsplan) 	Læge/Specialpsykolog samtale - Status på behandling - Medicinjustering - Medicinudlevering og substitutionsbeh. - Plan for ambulant medicinsk behandling		Ambulante / kommunale aktører bistår patienten i overgangen. Fx følgeskab til aktiviteter og aftaler udenfor sengeafsnittet.
Sammenhæng				Ved udskrivelse en fredag eller lørdag, skal der være kontakt til patienten fra afdelingen dagen efter
Standarder (Vejledninger, skemaer mm)	Patientens ønskede mål med den samlede behandling Visuelt redskab til at se udvikling og handlemuligheder.	Vurdering af funktionsniveau Rusmiddelescreening	Vurdering af livskvalitet Sundhedsstyrelsens vejledninger og retningslinjer	Hvis ikke i amb. Integreret behandling skal det vurderes om der skal henvises + laves aftale om ambulant opfølgning Epikrise sendes til egen læge Koordinerende indsatsplan / netværksmøde / forløbsplan – en særlig plan for DD patienter Ny standard som beskriver overgang til koordineret behandling.