

Akut behov, fælles ansvar

Kortlægning og erfaringer med tværsektorielle indsatser for borgere og patienter med akutpsykiatriske problemstillinger

Akut behov, fælles ansvar

Kortlægning og erfaringer med tværsektorielle indsatser med borgere og patienter med akutpsykiatriske problemstillinger

©DEFACTUM, Region Midtjylland, måned år

Emneord: Tekst

Sprog: Tekst

Version: Fx. 1.0 - hvis der laves en version uden bilag, tilføjes -uden bilag-

Versionsdato: Dato - den dag rapporten sendes til opsætning, fx 6. august 2019

Udgivet af: DEFACTUM®, måned år

Layout: Tekst

Tryk: Tekst

Korrektur: Tekst

Foto: Tekst

Rapporten er sat med: Verdana

Oplag: Antal

Udgave: HUSK at oplyse, hvis det er genoptryk

ISBN: xxx-xx-xxxxx-xx-x (trykt version)

ISBN: xxx-xx-xxxxx-xx-x (pdf/eletronisk version)

ISBN: xxx-xx-xxxxx-xx-x (+/- bilag)

ISBN: xxx-xx-xxxxx-xx-x (summary)

Rapporten er udarbejdet af:

Fx institution, eller navn og titel (hvert navn på ny linje)

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Denne publikation citeres således:

Forfattere: Nielsen LA¹, Sørensen LU^{2,3}, Jensen NQ¹, Konggaard KM¹, Busk N², Nielsen CP^{1,4}, Terkildsen MD^{1,2,3}

1.DEFACTUM, Region Midtjylland

2.Retspsykiatrisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital Psykiatrien

3.Institut for Klinisk Medicin, Health, Aarhus Universitet

4.Institut for Folkesundhed, Health, Aarhus Universitet

Titel: Akut behov, fælles ansvar – Kortlægning og erfaringer med tværsektorielle indsatser for borgere og patienter med akutpsykiatriske problemstillinger

Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland, 2025

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

DEFACTUM

Olof Palmes Alle 15

8200 Aarhus N

E-mail: defactum@rm.dk

Hjemmeside: www.defactum.dk

Rapporten kan downloades fra www.defactum.dk.

Forord

Udviklingen af et mere nært, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen stiller nye krav til organiseringen af psykiatrien – også på det akutte område, hvor der er stærkt behov for hurtig, koordineret og tværsektoriel indsats - ikke mindst i en periode, hvor psykiatri og somatik skal integreres. Denne rapport er udarbejdet som led i Region Midtjyllands forskningsprogram om Det nære sundhedsvæsen og belyser, hvordan kommunale og regionale aktører i fællesskab arbejder med at styrke indsatsen for borgere og patienter i akutpsykiatriske kriser.

Kortlægningen giver et empirisk overblik over eksisterende tværsektorielle indsatser og indsamler erfaringer fra praksis, som kan bidrage til at kvalificere fremtidig udvikling på området. Resultaterne peger på et mangfoldigt felt præget af engagement, faglig innovation og vilje til samarbejde, men også på strukturelle og organisatoriske udfordringer, der fortsat vanskeliggør sammenhæng i indsatsen.

Rapporten er tænkt som et vidensgrundlag for beslutningstagere, ledere og praktikere, der ønsker at styrke kvaliteten og sammenhængen i den akutpsykiatriske indsats. Den skal ikke blot dokumentere status, men inspirere til handling og udvikling – med afsæt i den viden og de erfaringer, der allerede findes i praksis.

En særlig tak rettes til de mange medarbejdere i både den kommunale og regionale psykiatri, hvis engagement og tålmodighed i forbindelse med dataindsamling og interviews har gjort dette arbejde muligt. Tak til Region Midtjylland for strategiske forskningsmidler, der har gjort det muligt at gennemføre undersøgelsen.

Indholdsfortegnelse

1	Resumé	5
2	Indledning	6
3	Baggrund	7
4	Metode	8
4.1	Dataindsamling	8
4.2	Strukturering, dokumentation og analyse	8
5	Begrebsafklaring	10
6	Begrænsninger	11
7	Kategorisering	12
7.1	Forkortelser	12
7.2	Ydelsestype	13
7.3	Evalueringsform	14
7.4	Opsamling på kategoriseringen	14
7.4.1	Opsamling - Ydelsestyper	15
7.4.2	Opsamling - Evalueringsformer	15
7.5	Oversigt over indsatskategorier	16
8	Barrierer og facilitatorer	27
8.1	Kultur og værdier	29
8.2	IT og dokumentation	34
8.3	Tilgængelighed og synlighed	36
8.4	Nærmiljø og geografi	39
8.5	Værdighed, relation og kontinuitet	42
8.6	Selvbestemmelse som et aktiv	46
8.7	Pårørendeinddragelse	48
8.8	Usikker forankring – Projekt eller drift	50
8.9	Visitering og henvisning	52
8.10	Arbejds miljø	54
8.11	Samarbejde med øvrige aktører	56
9	Opsamling af resultater	58
10	Anbefalinger	59
11	Referencer	61

1 Resumé

Rapporten kortlægger 63 tværsektorielle akutpsykiatriske indsatser i Region Midtjylland og undersøger deres organisering, erfaringer og udfordringer. Formålet er at skabe et samlet vidensgrundlag, der kan understøtte udviklingen af et mere nært, sammenhængende og fleksibelt psykiatrisk beredskab på tværs af kommuner, region og almen praksis. Kortlægningen bygger på indsatsdokumenter, politiske aftaler og 37 kvalitative interviews med nøglemedarbejdere.

Kortlægningen viser et mangfoldigt felt af indsatser med betydelig variation i målgrupper, tilgang og intensitet. Mange indsatser arbejder med lavtærskeltilgang, hurtig respons og hverdagsnære miljøer, der skal skabe tryghed og forebygge indlæggelser. Særligt ambulante døgnpladser og fleksible støtteformer træder frem som centrale elementer i det nære akutpsykiatriske beredskab.

Analysen viser, at de tværsektorielle akutpsykiatriske indsatser samlet set rummer et stærkt fokus på nærhed, fleksibilitet og relationel støtte. Indsatserne arbejder bredt med tidlig kontakt, opsøgende funktioner, lavtærskeltilbud og hverdagsnære rammer, som gør det muligt at forebygge forværring og skabe tryghed i akutte situationer. Relationer, kontinuitet, selvbestemmelse og inddragelse af pårørende fremhæves som centrale elementer, der øger stabilitet og understøtter borgerens mestring.

Samtidig peger analysen på en række gennemgående udfordringer: forskelle i faglig kultur og lovgrundlag mellem region og kommuner, manglende fælles sprog og uens dokumentationspraksis; begrænsninger i IT-systemer og datadeling; geografiske forskelle, der påvirker tilgængelighed; samt strukturel usikkerhed, når indsatser bygger på midlertidige projektmidler. Derudover varierer visiteringspraksis betydeligt, og arbejdsmiljøet præges flere steder af højt pres og personafhængighed.

På tværs af materialet viser det sig, at indsatserne lykkes bedst, når fælles værdier, klare aftaler og stabile relationer binder sektorerne sammen og at udfordringerne primært opstår dér, hvor strukturer, rammer og systemer ikke understøtter denne nærhed i praksis.

Samlet viser rapporten, at et velfungerende akutpsykiatrisk beredskab fordres af en kombination af relationel kontinuitet, organisatorisk klarhed, fælles kultur og strukturer, der understøtter hurtig adgang og sammenhæng. Indsatserne demonstrerer stort engagement og faglig innovation, men også tydelige barrierer, som skal adresseres for at realisere ambitionerne om et mere nært og bæredygtigt sundhedsvæsen. De endelige anbefalinger skal udvikles i fællesskab på den kommende workshop.

Sammen med denne rapport udgør dokumentet *Indsatsbeskrivelser for 63 tværsektorielle indsatser på det Akutpsykiatriske område i Region Midtjylland* og et selvstændigt bilagsdokument, der rummer de materialer, som indsatserne har fremsendt sammen med deres TI-DiE-besvarelser det empiriske grundlag for rapporten. De øvrige dokumenter tilknyttet denne rapport kan tilgås via Linket

<https://www.defactum.dk/forskning/det-naere-sundhedsvasen/>

2 Indledning

Udviklingen af et mere nært, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen er en central ambition i den aktuelle sundhedsreform. Målet er at bringe sundhedsydelse tættere på borgerens hverdag og – hvor det er fagligt muligt – at mindske behovet for hospitalsbaseret behandling gennem mere fleksible, integrerede og borgernære løsninger (Nielsen et al., 2025)

I denne kontekst har Regionsrådet i Region Midtjylland bevilget midler til et forskningsprogram, der skal understøtte en videnskabelig udvikling af det nære sundhedsvæsen. Et delprojekt i programmet har særligt fokus på det akutpsykiatriske område og har til formål at kortlægge og analysere eksisterende tværsektorielle indsatser, som er iværksat i samarbejde mellem hospitalspsykiatrien, kommunerne og almen praksis.

Det akutpsykiatriske område er valgt, da det udgør en særlig kritisk del af det samlede psykiatriske sundhedssystem og samtidig repræsenterer et område med potentialer for forbedret sammenhæng, differentiering og sektoroverskridende samarbejde. Da psykiatriske kriser ofte er kendetegnet ved komplekse problemstillinger, der involverer både somatisk og psykisk sygdom, sociale udfordringer samt høj risiko for tvang, genindlæggelse og mangelfuld opfølgning, er der behov for en styrket og mere ensartet indsats, der kan imødekomme borgere, når de står i den mest akutte fase; akutindsatser, hvor hurtig adgang, udgående funktioner og tværfaglig koordinering kan forebygge forværring og skabe bedre opfølgning (Sundhedsstyrelsen, 2022). Denne innovation af det eksisterende sundhedsvæsen og dets løsninger er netop identificeret som et særligt indsatsområde for etableringen af et fremtidigt nært og bæredygtigt sundhedsvæsen (Nielsen et al., 2025)

For at lykkes med en transformation af sundhedsvæsenet mod mere borgernære og bæredygtige løsninger er det afgørende, at nye indsatser bygger videre på de erfaringer, som allerede er opnået. Med dette som udgangspunkt er formålet med nærværende kortlægning at skabe et systematisk overblik over eksisterende tværsektorielle indsatser for borgere i akutpsykiatriske kriser, som er udviklet og afprøvet i samarbejde mellem hospitalspsykiatrien, kommunale fagprofessionelle og almen praksis.

Kortlægningen skal sikre, at værdifuld viden om tidligere og igangværende indsatser bliver dokumenteret og anvendt som videnskabeligt afsæt i det videre udviklings- og transformationsarbejde ved at belyse, hvilke erfaringer der allerede findes i regionen, hvordan disse indsatser er organiseret, hvilke patientgrupper de retter sig mod, og hvilke erfaringer, både positive og negative, der er gjort med implementering og drift. Hermed søges det at undgå, at eksisterende kompetencer og løsninger overses, og samtidig at sikre, at allerede opnået viden og praksiserfaring får en aktiv rolle i designet af nye indsatser. Dette er særligt væsentligt i en kompleks sektor som psykiatrien.

Projektet er baseret på en systematisk dokument- og interviewbaseret kortlægning med anvendelse af den internationalt anerkendte TIDieR-ramme (Template for Intervention Description and Replication) (Hoffmann et al., 2014), som sikrer en struktureret og detaljeret beskrivelse af interventionerne, herunder deres kompleksitet og kontekstuelle forankring (Cotterill et al., 2018). Ved at indsamle, dokumentere og analysere disse erfaringer er det ambitionen at fremme vidensdeling, inspirere til videreudvikling af det nære psykiatriske beredskab og bidrage til et mere integreret og differentieret psykiatritilbud i Region Midtjylland.

3 Baggrund

Det akutpsykiatriske område er centralt i arbejdet med at styrke det samlede psykiatriske behandlingssystem og indtager en særlig position i ambitionerne om at udvikle et mere nært, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen. Både i aftalen om sundhedsreformen (Sundhedsreformaftalen, 2024) og i det faglige oplæg til en 10-årsplan for psykiatrien (Sundhedsstyrelsen, 2022) fremhæves det som afgørende, at sundhedsvæsenet i højere grad organiseres omkring borgerens behov. Erfaringer viser imidlertid, at borgere også i akutte krisesituationer ofte møder et fragmenteret system, særligt i relation til overgange mellem sektorer (Folker et al., 2017).

Ifølge det faglige oplæg til 10-årsplanen (Sundhedsstyrelsen, 2022) er der en markant overdødelighed og genindlæggelsesfrekvens blandt mennesker med svære psykiske lidelser, hvilket afspejler utilstrækkelig kvalitet og sammenhæng i indsatserne, særligt i overgange mellem sektorer. Mange patienter oplever i akutte psykiatriske kriser at blive mødt af løsninger præget af mangel på differentiering og fleksibilitet. Der ønskes skalerbare, tilgængelige alternativer i Det nære sundhedsvæsen, som kan tilbyde akutte, men også mindre indgribende forebyggende indsatser.

Sundhedsreformen understøtter denne analyse og lægger vægt på behovet for, at langt mere behandling og støtte til borgere også med psykiske sygdomme skal kunne ske i eller tæt på eget hjem. Det indebærer en væsentlig udbygning af kapaciteten uden for sygehusene og en omstilling af de regionale opgaver i retning af opsøgende, integrerede og borgernære løsninger. Reformen lægger også op til en ny struktur med 17 sundhedsråd, hvor regioner og kommuner skal samarbejde tæt om blandt andet akutområdet, herunder med ansvar for opbygning af ny og styrket kapacitet (Sundhedsreformaftalen 2024).

På det akutpsykiatriske område betyder det, at der i højere grad skal tænkes i tværsektorielle løsninger, hvor den regionale psykiatris specialistfunktion kommer i spil i samarbejde med kommunale akutfunktioner og almen praksis. Det akutte møde med borgeren eller patienten, hvad enten det sker i psykiatrisk skadestue, i hjemmet, via lægevagten eller kommunens akutfunktion, skal kunne håndteres med fleksibilitet, tilgængelighed og høj faglig kvalitet. Her spiller modeller med fælles udgående teams, udvidet telefonrådgivning samt opfølgende og koordinerende funktioner en central rolle.

Den foreslåede transformation forudsætter imidlertid, at eksisterende viden og erfaring bringes i spil. Derfor er det afgørende at skabe overblik over, hvilke tværsektorielle akutpsykiatriske indsatser der allerede er afprøvet, hvilke målgrupper de har rettet sig mod, hvordan de er blevet organiseret, og hvilke erfaringer der er gjort – både hvad angår potentialer og barrierer. Et væsentligt formål med nærværende kortlægning er netop at systematisere denne viden, så den kan danne grundlag for videre udvikling og implementering af bæredygtige løsninger på området.

Med det stigende pres på det psykiatriske akutsystem og rekrutteringsudfordringer i forhold til borgere med stadig mere komplekse problematikker er behovet for mere sammenhængende og tilgængelige akutpsykiatriske løsninger større end nogensinde. De politiske ambitioner for psykiatrien og sundhedsvæsenets samlede transformation sætter derfor en tydelig ramme for en ny tilgang til det akutpsykiatriske område; en tilgang, der skal være proaktiv, differentieret, tværfaglig og lokalt forankret.

4 Metode

Projektet er designet som en kvalitativ, deskriptiv kortlægning med det formål at identificere og dokumentere eksisterende tværsektorielle interventioner, hvor borgere i en akutpsykiatrisk krise uden behov for en specialiseret indsats i den regionale psykiatri er blevet støttet i det nære sundhedsvæsen. Fokus har særligt været rettet mod indsatser, der har til formål at forebygge (gen)indlæggelser i det regionale sundhedssystem og styrke sammenhængen i forløb på tværs af sektorer.

4.1 Dataindsamling

Datagrundlaget for kortlægningen er opbygget gennem en kombination af dokumentanalyse og kvalitative interviews. Der er foretaget en litteratursøgning med henblik på at identificere viden fra den grå litteratur, herunder udviklingsprojekter, interne rapporter, praksisguidelines og evalueringer, og derigennem identificere beskrevne eller implementerede indsatser på tværs af sektorer. Parallelt hermed er der gennemført kvalitative, semistrukturerede interviews med nøglepersoner, der arbejder med akutpsykiatriske indsatser i regionspsykiatrien og kommuner, og som konkret har været involveret i planlægning, udførelse eller evaluering af relevante indsatser.

Indsatserne er indsamlet efter formålsbestemt sampling princippet (Thorne 2016) med udgangspunkt i to kriterier:

- at indsatsen havde været i drift i minimum fem år, eller
- at indsatsen havde haft mindst 10 borgere/patientforløb¹.

Denne tilgang sikrede, at interviewdeltagerne havde substantiel erfaring med de pågældende indsatser. Rekrutteringen af deltagere skete gennem kontakt til ledere og koordinators i de relevante miljøer. Denne samplingsteknik betyder også, at der er medtaget indsatser, som er afsluttede og derfor ikke længere eksisterer. Disse er dog medtaget med ønsket om at dokumentere indsatser på området og dermed erfaringerne bredest muligt.

Der er gennemført i alt 37 semistrukturerede interviews med deltagere fra de beskrevne indsatser. Interviewene har udgjort et centralt grundlag for at indsamle viden og erfaringer med indsatserne set fra et praksisnært perspektiv. Derudover har interviewene spillet en væsentlig rolle i at validere og kvalitets sikre de oplysninger, der fremgår af TIDieR-beskrivelserne, hvilket har bidraget til at sikre en høj grad af præcision og relevans i den samlede dokumentation. Derudover er der gennemført en lang række uformelle telefoninterviews mhp. at afklare og præcisere centrale pointer.

4.2 Strukturering, dokumentation og analyse

For at sikre en systematisk og reproducerbar beskrivelse af de identificerede indsatser er datadokumentationen struktureret ved brug af den anerkendte "Template for Intervention Description and Replication" (TIDieR) (Hoffmann et al., 2014). TIDieR er udviklet som en standardiseret ramme til at sikre detaljeret og ensartet rapportering af interventioner og anvendes bredt i sundhedsvidenskabelig forskning. I nærværende studie er anvendt en tilpasset version med udvidet fokus på kontekstuelle faktorer og interventionernes kompleksitet (Cotterill et al., 2018), hvilket er relevant i analyser af praksisnære, tværsektorielle indsatser (Se bilag).

¹ Der er gjort undtagelse i forbindelse med indsatser på Samsø grundet lavt befolkningstal. Dette er gjort for at sikre, at også mindre kommuner er repræsenterede i undersøgelsen.

I de tilfælde, hvor skriftlig dokumentation af interventionerne har været begrænset, er TIDieR-skabelonen blevet udfyldt i samarbejde med nøglemedarbejdere via interview. Denne tilgang har gjort det muligt at indsamle nuancerede beskrivelser uden unødigt belastning af kliniske eller administrative miljøer. Interviewguiden har været struktureret omkring hovedkategorierne i TIDieR og suppleret med spørgsmål om organisering, samspil mellem sektorer, målgruppe, kapacitetsbehov og implementeringserfaringer.

Det bemærkes, at TIDieR-beskrivelserne er indsamlet med afsæt i den regionale afdeling eller kommune, som har udviklet eller implementeret indsatsen, selvom interventionen i praksis ofte har været tværsektoriel. I nogle tilfælde ved vi, at indsatsen også anvendes i andre kommuner eller regionale afdelinger, men kortlægningen omfatter kun de steder, hvor vi har haft adgang til dokumentation og/eller interviews.

Data er analyseret tematisk med henblik på at identificere fællesmønstre og variationer i organisering og udførelse af de kortlagte indsatser. Resultaterne anvendes som vidensgrundlag for at understøtte fremtidig praksisudvikling og strategi for akutpsykiatriske tilbud i det nære sundhedsvæsen.

5 Begrebsafklaring

Denne rapport beskriver tværsektorielle akutpsykiatriske indsatser. I indsamlingen af indsatsbeskrivelserne har valget af denne terminologi vist sig at kræve nærmere udfoldelse, da den indledningsvist, og særligt i rekrutteringsfasen, er blevet opfattet meget forskelligt blandt deltagerne. Disse forskelle afspejler både de faglige tilgange, organisatoriske rammer og lovgivningsmæssige forskelle, der gør sig gældende i region og kommune og har betydning for, hvordan indsatser forstås, beskrives og udvikles.

Borger eller patient?

I kommunal kontekst tales der typisk om borgere, mens man i det regionale sundhedsvæsen anvender betegnelsen patienter. Dette er mere end en sproglig nuance. Det afspejler forskellige forståelser af målgruppen og positioneringen af individet i mødet med systemet. For nogle aktører signalerer betegnelsen "patient" en midlertidig sygdomsrolle i et behandlingsforløb, mens "borger" understreger et helhedsorienteret og myndighedsnært perspektiv. I tværsektorielle samarbejder er det vigtigt at være bevidst om disse forskelle, da de kan påvirke både kommunikation og rolleforståelse.

Akut eller forebyggelse?

Ligeledes varierer det, hvordan man forstår begrebet akut. Aktører taler om akutindsatser versus forebyggelse. Nogle interventioner, der i behandlingspsykiatrien opfattes som akutte, beskrives i kommunale kontekster som tidlig opsporing eller forebyggelse. Grænserne mellem begreberne er flydende, og forståelsen afhænger ofte af, hvor i forløbet og i hvilken sektor indsatsen ydes. Dette har betydning for både visitering, ansvar og finansiering.

Psykiatri – diagnose eller social udsathed?

I nogle indsatser er der forskel på, om målgruppen defineres ud fra en psykiatrisk diagnose eller ud fra bredere kriterier som psykisk mistrivsel, social udsathed eller komplekse behov. Dette skaber udfordringer for, hvordan målgrupper beskrives, og hvem der "hører til" i indsatsen. Hvor psykiatrien arbejder ud fra kliniske kriterier, arbejder kommunerne ofte mere funktionsorienteret og med fokus på hverdagsmestring og støttebehov – også hos borgere uden formel diagnose.

6 Begrænsninger

Det er væsentligt at understrege, at denne kortlægning giver et fyldigt, men ikke et fuldstændigt billede af alle eksisterende tværsektorielle interventioner på det akutpsykiatriske område i Region Midtjylland. Kortlægningen baserer sig på indberetninger og beskrivelser fra fagprofessionelle, som projektet har kunnet komme i kontakt med gennem eksisterende netværk og udsendte henvendelser. Der er således tale om et selekteret datagrundlag, som repræsenterer de indsatser, vi er blevet gjort bekendt med, og som det har været muligt at dokumentere inden for projektets tids- og ressourceramme.

Enkelte aktører har desuden takket nej til deltagelse, primært på grund af travlhed og begrænsede ressourcer i kliniske og kommunale miljøer. Derudover må det antages, at der eksisterer yderligere relevante indsatser, som ikke er blevet identificeret i forbindelse med denne kortlægning, eller som endnu ikke er dokumenteret i en form, der har muliggjort inddragelse i dette projekt.

Det skal i den forbindelse bemærkes, at vi er bekendte med eksistensen af nationale modeller og indsatser, som forventeligt burde være implementeret i flere sektorer og geografiske områder. Alligevel er disse ikke blevet meldt ind til kortlægningen, og vi har ikke opnået kontakt med alle relevante aktører bag sådanne indsatser.

De indsatser, der indgår i rapporten, skal derfor ses som et udvalg af praksiseksempler og erfaringer, som samlet giver indblik i tendenser, organisering og potentialer i eksisterende løsninger, men ikke som en udtømmende opgørelse over samtlige initiativer på området.

Det er desuden vigtigt at være opmærksom på, at beskrivelserne af de enkelte interventioner i denne rapport i udgangspunktet bygger på én sektoraktørs perspektiv, typisk enten repræsenterende regionen eller en kommune. Det betyder, at de erfaringer og vurderinger, der fremgår, skal læses som udtryk for netop disse aktørers positioner og roller i den konkrete indsats. I de fleste tilfælde har det været muligt at inddrage supplerende dokumentation eller data, men erfaringerne, som kortlægningen afspejler, skal her ses som et partsbidrag. Dette giver et vigtigt og værdifuldt indblik i lokale erfaringer og vurderinger, men indebærer også, at perspektiver fra andre involverede parter, fx samarbejdspartnere fra en anden sektor, ikke nødvendigvis er repræsenteret i materialet.

7 Kategorisering

I det følgende afsnit præsenteres de kategorier, der sammenfatter centrale karakteristika ved de dokumenterede indsatser på tværs af sektorer. Formålet er at skabe et fælles sprog og en systematisk forståelse af de forskellige typer af akutpsykiatriske indsatser, der findes på tværs af kommunale, regionale og øvrige samarbejdspartnere. Kategorierne skal forstås som en måde at sammenfatte ligheder imellem de beskrevne indsatser og fungerer både som introduktion til de overordnede typer af indsatser og som et opslagsværktøj, når man dykker ned i den samlede tabel over indsatser. Hver indsats beskrives ud fra følgende elementer: *Formål, målgruppe, primær fagprofessionel, samarbejdspartner, ydelsestype og evalueringsform*.

Kategorierne afspejler variationen i praksis; fra akutte og kortvarige ophold til længerevarende støtteforløb, opfølgende funktioner og specialiserede behandlingstilbud.

Visse elementer går igen på tværs af indsatserne, men med forskellig vægtning og fokus. Eksempelvis gennemgår alle borgere som udgangspunkt en behovsaflaring ved første kontakt med indsatsen. Men nogle indsatser har behovsaflaring som deres primære fokusområde, i form af korte, målrettede forløb, der afdækker borgerens aktuelle situation og behov for videre støtte. Derfor fremstår behovsaflaringsforløb som en selvstændig kategori.

Når man læser tabellen over indsatser, skal disse kategorier derfor anvendes som en referenceramme til at forstå, hvordan de enkelte tilbud placerer sig i det samlede landskab af sundheds- og socialfaglige indsatser.

7.1 Forkortelser

For at skabe en lettilgængelig oversigt anvendes en række forkortelser, som fremgår nedenfor.

- Sygeplejerske = Spl.
- Social og sundhedsassistent = SOSU
- Ergoterapeut = Ergo.
- Fysioterapeut = Fys.
- Praktiserende læge = El.
- Kommunale Myndigheder = KM
- Psykiatrisk sygeplejerske = Psykiatrisk spl.
- Støttekontaktperson = SKP
- Ikke oplyst = IO

Benævnelserne inden for hver kategori er helt i tråd med de 63 besvarede indsatsbeskrivelser.

Betegnelsen primær fagprofessionel dækker de fagpersoner, som har førstehåndskontakt med borgere og patienter. Betegnelsen samarbejdspartner dækker de sekundære aktører, der indgår i indsatsen og bidrager til forløbet.

7.2 Ydelsestype

Tabellen nedenfor giver en samlet oversigt over de ydelsestyper, som de kortlagte indsatser omfatter. Ydelserne dækker både behandlingsmæssige, sociale og støttende funktioner. For at skabe et fælles begrebsgrundlag præsenteres her de centrale ydelsestyper og deres definitioner.

Kortvarige ophold	Kortvarige ophold omfatter tidsbegrænsede indlæggelser eller midlertidige døgnophold, typisk karakteriseret ved akutte eller afklarende forløb. Formålet er at tilbyde midlertidig støtte til borgere, som har behov for akut hjælp eller afklaring af deres situation.
Langvarige ophold	Langvarige ophold dækker over permanente eller længerevarende botilbud, hvor der tilbydes støtte, struktur og fællesskab. Tilbuddene retter sig mod borgere med betydelig og varigt nedsat psykisk funktionsevne, som har et vedvarende behov for omfattende hjælp i hverdagen.
Aktivitets- og samværstilbud	Aktivitets- og samværstilbud omfatter sociale væresteder og dagtilbud, hvor borgere kan opholde sig, deltage i gruppe- eller individuelle aktiviteter og modtage støtte gennem blandt andet peer-samtaler.
Akuttilbud	Akuttilbud dækker over døgnåbne telefonlinjer, akutte samtaler og fysiske tilbud, hvor borgerne kan få akut støtte i krisesituationer.
Rådgivningsforløb	Rådgivningsforløb omfatter planlagte, tidsafgrænsede forløb med telefonisk og fysisk rådgivning, møder samt støttende funktioner, herunder krisesamtaler. Tilbuddene kan finde sted både individuelt og i grupper og har til formål at støtte borgere gennem rådgivning og vejledning.
Behovsafklaring	Behovsafklaring indebærer en systematisk vurdering af borgerens aktuelle behov for støtte og behandling. Selvom behovsafklaring indgår som et element i akutpsykiatriske forløb, har enkelte indsatser et særligt fokus på denne funktion.
Mestring og støtte	Mestring og støtte omfatter praktisk vejledning, psykoedukation og støtte til håndtering af dagligdagens udfordringer, herunder hjælp efter udskrivelse. Indsatserne kan også omfatte ledsagelse. Tilbuddene kan foregå både individuelt og i grupper.
Rusmiddelbehandling	Rusmiddelbehandling omfatter abstinensbehandling samt en helhedsorienteret indsats bestående af terapi, medicin og støtte. Behandlingen omfatter også både korte og længerevarende døgnindlæggelser med fokus på målrettede behandlingsindsatser.
Opsøgende funktion	Opsøgende funktion indebærer, at fagprofessionelle aktivt tager kontakt til borgere enten på opfordring eller uopfordret for at tilbyde støtte, vejledning eller behandling. Formålet er at skabe kontakt til borgere, som ikke selv søger hjælp.
Udkørende funktion	Udkørende funktion dækker over hjemmebehandling og mobilteam, hvor indsatsen leveres i borgerens nærmiljø. Dette inkluderer besøg i eget hjem samt udrykninger til borgere i akutte situationer med henblik på at skabe kontinuitet mellem ambulante og indlæggelsesnære tilbud
Brobygning	Brobygning omfatter støtte til borgere i kontakten med relevante tilbud og ressourcer, herunder økonomisk hjælp, boligtilbud, civilsamfundsaktører og andre relevante indsatser. Indsatserne har til formål at skabe sammenhæng og koordinere samarbejde mellem forskellige instanser for at sikre, at borgernes samlede behov imødekommes.
Ambulant undersøgelse	Ambulant undersøgelse dækker over diagnostiske eller behandlingsmæssige vurderinger, der foretages uden behov for indlæggelse.

7.3 Evalueringsform

Evalueringsform omfatter de evalueringsformer, som indsatserne benytter sig af. Evalueringsformerne beskrives kort nedenfor, i spektret fra mere formelle til mere uformelle former for evaluering. Ved flere af indsatserne er der blevet evalueret på flere forskellige niveauer.

Indsatsevaluering	Indsatsevaluering dækker over en formel evaluering, der bygger på kvalitativ eller kvantitativ metode. Evaluering kan være gennemført af enten interne medarbejdere, eksterne evaluatore eller i et samarbejde mellem begge parter. For de indsatser, hvor betegnelsen "indsatsevaluering" er anvendt, vurderes det ud fra beskrivelsen, at der er gennemført en systematisk evaluering med klart definerede metoder, på måder der gør resultaterne delbare. Hvis det ikke har været muligt at fastslå, om evalueringen er intern eller ekstern, eller hvilke metodisk tilgang der er anvendt, er disse oplysninger udeladt.
Dokumentation og registrering i journalsystem	Denne evalueringsform dækker over indsamling og registrering af data i det anvendte journalsystem, eksempelvis oplysninger om antal borgere, kontaktfrekvens eller ydelsestyper
Evaluerende samtale med borger og/eller fagprofessionel	Evaluerende samtaler omfatter planlagte samtaler mellem borger og/eller fagprofessionelle, der har til formål at belyse oplevelser, behov og effekt af indsatsen. Samtalerne bidrager til læring og kvalitetsudvikling, men er ikke udtryk for en formel evaluering i metodisk forstand.
Evaluerende vurdering fra praksis	Evaluerende vurdering fra praksis dækker over faglige, erfaringsbaserede vurderinger af en indsats' betydning og effekt, som beskrives af det involverede personale. Dette er den mest uformelle form for evaluering.

7.4 Opsamling på kategoriseringen

På tværs af indsatsbeskrivelserne tegner der sig en række gennemgående træk i kerneformålene. Grundlæggende er der en fælles ambition om at sikre hurtig og fleksibel adgang til støtte for borgere og patienter med psykiske, sociale eller sundhedsmæssige udfordringer, ofte gennem tidlig indgriben, opsøgende arbejde og lavtærskeltilbud. Et centralt formål er at forebygge forværring, kriser og (gen)indlæggelser samt at støtte borgeres/patienters mestring, selvstændighed og trivsel i hverdagen.

Mange af indsatserne er kendetegnet ved en relationsbaseret tilgang, hvor tillid, kontakt og kontinuitet i støtten er centrale elementer. Samtidig lægges der vægt på tværfaglig og tværsektoriel koordinering, særligt i overgangene mellem hospital, kommune og civilsamfund.

Dog er der også betydelig variation. Nogle indsatser retter sig mod akutte og kortvarige behov, mens andre er mere rehabiliterende og strukturerede forløb over længere tid. Enkelte indsatser henvender sig til særlige målgrupper, fx borgere/patienter med dobbeltdiagnoser, selvskade eller misbrug, mens andre er åbent tilgængelige for borgere/patienter med begyndende eller uafklarede psykiatriske problemstillinger. Graden af visitation og tilgængelighed varierer ligeledes fra åbne lavtærskeltilbud til visiterede forløb.

7.4.1 Opsamling - Ydelsestyper

Ydelserne afspejler et praksisfelt, der understøtter borgernes forskellige behov og livssituationer. De hyppigst forekommende ydelser er *brobygning* (38), *mestring og støtte* (32) samt *behovsafklaring* (23). Dette peger på en stærk orientering mod at skabe sammenhæng mellem tilbud, styrke borgernes egne ressourcer og sikre, at støtten tilpasses den enkeltes behov.

Dernæst kommer de *udkørende funktioner* (16), *opsøgende funktion* (17), *kortvarige ophold* (15), *rådgivningsforløb* (13), *akuttilbud* (12) og *aktivitets- og samværstilbud* (9). Tilsammen vidner de om en betydelig vægt på fleksibilitet og tilstedeværelse i borgerens eget miljø. Disse indsatser muliggør hurtig støtte og kontakt, ofte uden krav om formel visitation, og afspejler et ønske om at imødekomme behov tidligt og forebygge krisesituationer.

De mere specialiserede eller behandlingsorienterede ydelsestyper, såsom *rusmiddelbehandling* (3), *langvarige ophold* (1) og *ambulante undersøgelser* (4), forekommer sjældnere.

Samlet set tegner ydelserne et billede af et praksisfelt, hvor fleksibilitet, tværgående samarbejde og støtte i borgerens nærmiljø vægtes højt. Indsatserne er i stigende grad rettet mod at skabe sammenhæng og kontinuitet på tværs af sektorer og tilbud frem for at fungere som isolerede behandlings- eller opholdstilbud. Dette understreger et fokus på mere helhedsorienterede og borgernære indsatser, hvor målet er at styrke borgerens handlekraft og forebygge tilbagefald og (gen)indlæggelser.

7.4.2 Opsamling - Evalueringsformer

Ud af de 63 kortlagte indsatsbeskrivelser vurderes 33 at have gennemført en form for systematisk indsatsevaluering enten internt, eksternt eller i et samarbejde mellem begge parter. I flere indsatsbeskrivelser er der dog usikkerhed om, hvorvidt en egentlig evaluering er foretaget, hvilket gør det vanskeligt at danne et fuldstændigt billede af omfanget af evalueringsarbejdet. Derudover fremgår det, at 16 af indsatserne benyttede evaluerende samtale med borger og/eller fagprofessionel som evalueringsform. I 12 indsatser indgår dokumentation og registrering i journalsystemer som redskab til opfølgning, mens 5 indsatser baserer sig på mere uformelle vurderinger fra praksis.

7.5 Oversigt over indsatskategorier

Indsats	Formål	Målgruppe	Primær fagprofessionel	Samarbejdspartner	Ydelsestype	Evalueringsform
Aarhusklyngen						
1. Afklaringspladser Aarhus Kommune	• Sikre lettilgængelig adgang til socialområdet	• Borger med: Svær psykisk lidelse, komplekse behov efter udskrivning	• Peer-medarb., SOSU, socialpædagog, socialrådgiver	• Social- og Boligstyrelsen, Center for Myndighed (Aarhus Kommune)	• Kortvarige ophold behovsafklaring, brobygning, mestring og støtte	• Evaluerende vurdering fra praksis • Indsatsevaluering (ekstern)
2. Det opsøgende team Aarhus Kommune	• Opsøgende støtte, relationsopbygning, brobygning til relevante tilbud	• Borger med: Hjemløshed, risiko for hjemløshed, psykiske lidelser, stof- eller alkoholmisbrug	• Pædagog, socialrådgiver, ergo., spl., socialspl.	• Hospitaler, Koordinationsenheden, KM, boligforening, el., politiet	• Brobygning, opsøgende funktion	• Evaluerende vurdering fra praksis • Indsatsevaluering (kvalitativ)
3. Gadesygeplejersker Aarhus Kommune	• Anonym rådgivning, let adgang til sundhed og sociale tilbud	• Borger med: Psykiske lidelser, rusmiddelbrug, hjemløshed, komplekse sociale udfordringer	• Spl.	• Væresteder, varmestuer, hospitaler, rusmiddelcenter, Socialpsykiatrien, politiet	• Brobygning, opsøgende funktion	• Evaluerende vurdering fra praksis
4. Koordinationsenheden Aarhus Kommune	• Vurdering og koordinering af målrettet opsøgende støtte i samarbejde med relevante aktører	• Borger med: Psykisk sårbarhed, rusmiddelbrug, social udsathed, boligproblemer, funktionsnedsættelser	• Socialrådgiver	• Myndighedscenter, jobcenter, Retspsykiatrien, el., Kriminalforsorgen, Rusmiddelcenter Aarhus, Magistratsafdelingen for sundhed og omsorg, politiet, frivillig aktør, boligforening	• Opsøgende funktion, behovsafklaring, brobygning	• Indsatsevaluering (intern, kvantitativ)
5. Social og Psykiatrivagt Aarhus Kommune	• Akut hjælp i form af vejledning og rådgivning vedrørende sociale, økonomiske, personlige problematikker	• Borger med: Sårbare med akut brug for hjælp	• Socialrådgiver, spl.	• Hospitalspsykiatrien, politiet, Aarhus Kommune	• Akuttilbud, udkørende funktion	• Evaluerende samtale med fagperson
6. Åben fleksibel rådgivning Aarhus Kommune	• Yde tidlig og fleksibel støtte for at forebygge forværring	• Borger med: Fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, social sårbarhed	• Socialrådgiver, socialpædagog, spl.	• Psykiatrisk afdeling, frivillige organisationer, borger-service, mestringsvejleder	• Mestring og støtte	• Indsatsevaluering (intern, kvantitativ, kvalitativ)

Indsats	Formål	Målgruppe	Primær fagprofessionel	Samarbejdspartner	Ydelsestype	Evalueringsform
7. Brugerstyret seng Samsø Kommune	Tilbud om lokalt og trygt ophold, forebygge indlæggelser	Borger med: Psykisk sårbarhed	Spl., el., sundhedsfagligt personale	Myndighedsafdeling	Kortvarige ophold, akuttilbud	- Evaluerende vurdering fra praksis - Evaluerende samtale med fagprofessionel
8. Gruppebase-rede forebyggende indsatser Samsø Kommune	Styrke trivsel og mestring af hverdagen for at forebygge behov for mere indgribende sociale foranstaltninger	Borger med: Psykisk funktionsnedsættelse, særlige sociale problemer	Medarb. med pædagogisk baggrund	Lokale kulturaktører, frivilligområdet	Aktivitets- og samværstilbud, brobygning, mestring og støtte	IO
9. Individuelle forebyggende indsatser Samsø Kommune	Styrke trivsel og mestring af hverdagen for at forebygge behov for mere indgribende sociale foranstaltninger	Borger med: Psykisk funktionsnedsættelse, psykisk sygdom, rusmiddelbrug, hjemløshed, langvarige livskriser	Medarb. med pædagogisk baggrund	Rusmiddelcenter Aarhus, læge og spl. fra behandlingspsykiatrien	Rådgivningsforløb, mestring og støtte, opøgende funktion	- Indsatsevaluering (intern) - Evaluerende samtale med borger og fagprofessionel
10. Åben rådgivning Samsø Kommune	Lettillgængelig rådgivning om muligheder for støtte fra det offentlige	Borger med: Udfordringer i hverdagen	Socialrådgiver, socialpædagog		Rådgivningsforløb, brobygning, opøgende funktion	IO
11. Ambulante Døgnpladser Psykiatriens Hus Aarhus	- Ophold, der understøtter - Recovery, stabiliserer tilstanden, forebygger indlæggelser gennem tværsektorielt samarbejde	Patient med: Psykisk mistrivsel, brug for kortvarig ambulant støtte	Spl., ergo., SOSU, peer-medarb., socialpædagog, fys.	Overlæge, fys., socialrådgiver, specialpsykolog, musikterapeut	Ambulant, kortvarige ophold, brobygning, mestring og støtte, aktivitets- og samværstilbud	Indsatsevaluering (intern, kvalitativ, kvantitativ)
12. FUT Psykiatriens Hus Aarhus	Støtte til politiets håndtering af borgere med psykisk lidelse, reducere magtanvendelse og tvangsindlæggelser, sikre adgang til relevant hjælp	Borger med: Behov for politimæssig indsats, psykisk lidelse	Østjyllands Polit, psykiatrisk spl.	El., kommunale tilbud, Rigspolitiet	Udkørende funktion, brobygning, støtteforløb	Indsatsevaluering (intern, kvalitativ, kvantitativ)

Indsats	Formål	Målgruppe	Primær fagprofessionel	Samarbejdspartner	Ydelsestype	Evalueringsform
13. Hjemme behandling Psykiatriens Hus Aarhus	• Ambulant behandling til stabilisering af tilstand, forebygge indlæggelse	• Patient med: Behov for intensiveret psykiatrisk hjemmebehandling	• Spl., ergo., specialpsykolog, SOSU, peer-medarb., fys.	• Musikterapeut, socialrådgiver, lægesekretær, overlæge i psykiatrien	• Behovsafklaring, udkørende funktion, mestring og støtte, brobygning	• Indsatsevaluering (intern, kvalitativ, kvantitativ)
14. Liv uden tvang Regionspsykiatrien Aarhus	• Forebygge og reducere tvangsindlæggelser	• Patient med: Mindst én tidligere tvangsindlæggelse, psykisk lidelse	• Spl., fys., ergo., psykolog, pædagog, socialrådgiver	• Specialpsykolog, el., jobcenterkonsulent, mentor, rusmiddelbehandler	• Rådgivningsforløb, udkørende funktion, brobygning	• Indsatsevaluering (intern, kvalitativ, kvantitativ)
Gødstrupklyngen						
15. Akutteam Herning Kommune	• Forebygge indlæggelser, reducere forværring af psykiske lidelser	• Borger med: Akut psykisk krise	• Spl.	• Somatisk akutteam, hjemmesygeplejen, el., socialpsykiatrien	• Udkørende funktion, mestring og støtte, ambulant undersøgelse	• Evaluerende samtale med borger og fagprofessionel
16. Akuttelefon Herning Kommune	• Stabilisere krisesituation	• Borger med: Psykiske kriser, selvmordstanker, rusmiddelbrug, ensomhed, livskriser	• Socialpædagog, spl., ergo., SOSU	• Det psykiatriske akutteam, politiet	• Akuttilbud, brobygning, kortvarige ophold, udkørende funktion	• Evaluerende samtale med borger • Dokumentation og registrering i internt journalsystem
17. En indgang Herning Kommune	• Lettilgængelig psykosocial støtte, forebygge akutte situationer ved at reducere barrierer for hjælp	• Borger med: Psykiske lidelser, sårbarhed, pårørende	• Fagperson med psykosociale kompetencer	• Socialpsykiatrien, peer-medarb., medarb. fra handicapområdet, Rusmiddelcenter Herning	• Akuttilbud, rådgivningsforløb, brobygning, aktivitets- og samværstilbud	• Dokumentation og registrering i internt journalsystem
18. Fleksible boliger Herning Kommune	• Styrke mestringsevner via træning, afklaring, rehabilitering i kortvarige ophold	• Borger med: Psykosociale problemstillinger	• Socialpædagog, socialrådgiver, peer-medarb., spl., SOSU, bostøttepersonale	• Tilbudsleder, fagchef, andre sektorer	• Kortvarige ophold, mestring og støtte, aktivitets- og samværstilbud, behovsafklaring	• Indsatsevaluering (intern, kvalitativ, kvantitativ)

Indsats	Formål	Målgruppe	Primær fagprofessionel	Samarbejdspartner	Ydelsestype	Evalueringsform
19. Social sundhedsrettet indsats Herning Kommune	• Accelereret og uvisiteret støtte	• Borger med: Psykisk sårbarhed (primært førtidspensionister), som befinder sig i en uhåndterbar situation, i risiko for at udvikle fysiske eller psykiske funktionsnedsættelser eller sociale problemer	• Spl., socialrådgiver	• Socialpsykiatrien, akuttelefon, civilsamfundsorganisation	• Rådgivningsforløb, aktivitets- og samværstilbud, akuttilbud, mestring og støtte, opsøgende funktion	• Dokumentation og registrering i internt journalsystem • Indsatsevaluering (intern, kvantitativ)
20. ACT Holstebro Kommune	• Individuelt tilpasset støtte til komplekse sociale problemer	• Borger med: Psykosociale udfordringer	• Socialrådgiver, rusmiddelbehandlere, sundhedsfagligt personale	• Rusmiddelspl., Fællesteamet for Misbrug og Psykiatri	• Mestring og støtte, opsøgende funktion, udkørende funktion	• IO
21. Ambulante døgnpladser Psykiatriens Hus Holstebro	• Akut støtte og behandling	• Patient med: Psykisk sygdom eller sårbarhed, der oplever let forværring	• Spl., SOSU, læge, medarb. med sundhedsfaglig kompetence	• Ambulante enheder, mobilteams, de lokale psykiatriske sengeafsnit, Center for Sundhed, nattevagt, præst, aktivitetsmedarb., politi, jobcenter	• Kortvarige ophold, mestring og støtte, aktivitets- og samværstilbud	• Indsatsevaluering (intern, kvalitativ, kvantitativ) • Indsatsevaluering (ekstern, kvalitativ)
22. Midlertidige Psykiatriske Omsorgspladser Holstebro Kommune	• Individuelt tilpasset støtte til komplekse sociale problemer	• Borger med: Psykosociale udfordringer, hjemløshed, rusmiddelbrug	• Socialrådgiver, rusmiddelbehandlere, sundhedsfagligt personale	• Rusmiddelspl., Fællesteamet for Misbrug og Psykiatri	• Kortvarige ophold, mestring og støtte, opsøgende funktion	• Indsatsevaluering (intern, kvalitativ, kvantitativ)
23. Akutordning Ikast-Brande Kommune	• Støtte, vejledning	• Borger med: Psykisk sårbarhed, bor i eget hjem	• Medarb. med psykiatrisk erfaring	• Ørbæklund, Mestrings- og Læringshuset	• Akuttilbud, mestring og støtte, kortvarige ophold	• Dokumentation og registrering i internt journalsystem
24. Udslusning fra botilbud Ikast-Brande Kommune	• Sikre målrettet og struktureret samarbejde	• Borger med: Psykisk sårbarhed, der skal fraflytte botilbud	• Botilbuddets teamleder, kontaktperson, botilbud	• Sagsbehandler	• Behovsafløsning, mestring og støtte	• Indsatsevaluering (intern) • Evaluerende samtale med fagprofessionel

Indsats	Formål	Målgruppe	Primær fagprofessionel	Samarbejdspartner	Ydelsestype	Evalueringsform
25. Åben Rådgivning Ikast-Brande Kommune	• Hjælp til selvhjælp, mestningsvejledning	• Borger med: Psykisk sårbarhed	• Medarb. på værested, peer-medarbejder		• Mestring og støtte	• IO
26. Fremskudt sagsbehandling Struer Kommune	• Iværksættelse af sagsbehandling, styrkelse af samarbejdet mellem borger og eksterne aktører	• Borger med: sociale eller psykiske udfordringer	• Socialrådgiver	• Sagsbehandler	• Opsøgende funktion, brobygning	• Evaluerende samtale med fagprofessionel
27. Hjemmevejledning/bøstøtte jf. SEL §85 Struer Kommune	• Udvikle færdigheder, fremme selvhjulpethed	• Borger med: brug for socialpædagogisk støtte	• Socialrådgiver	• Sagsbehandler	• Brobygning, mestring og støtte	• Evaluerende samtale med borger og fagprofessionel
28. Mestring og forebyggelse Struer Kommune	• Støtte til at opnå bedre livskvalitet, tilbagevenden til egen bolig	• Borger med: Nedsat psykisk funktionsevne, sociale problemer	• Pædagog, ergo., psykoterapeut	• Jobcenter, el., uddannelsessteder, RP, social vicevært, lokalpolitiet	• Mestring og støtte, brobygning, rådgivningsforløb, behovsafløring	• Indsatsevaluering (intern, kvantitativ)
29. Støtte-/kontaktperson Struer Kommune	• Reducere social isolation, støtte til at opbygge og fastholde kontakt til omverdenen	• Borger med: hjemløshed, sindslidelse, socialt udsathed, rusmiddelbrug	• SKP	• Socialpsykiatrien, boligforeninger, politiet, el., civilsamfundet, lokale myndigheder	• Brobygning, mestring og støtte, behovsafløring, opsøgende funktion	• IO
30. Tryghedsboliger Struer Kommune	• Fremme selvstændighed og trivsel, forebygge ensomhed, sikre stabilitet	• Borger med: Svære udfordringer ved at bo alene	• Personale fra boligfællesskab	• IO	• Langvarige ophold, mestring og støtte	• IO
31. Træningsbolig /akutbolig i Voldgade 69 Struer Kommune	• Vurdere og afklare fremtidige støttebehov	• Borger med: Psykiatriske problematikker	• Sagsbehandler	• IO	• Kortvarige ophold, behovsafløring, brobygning	• IO

Indsats	Formål	Målgruppe	Primær fagprofessionel	Samarbejdspartner	Ydelsestype	Evalueringsform
32. Værested – Jens Skippers Hus Struer Kommune	• Skabe et trygt og inkluderende miljø	• Borger med: Rusmiddelbrug, psykiske lidelser, hjemløshed, kriser	• SKP, sagsbehandler, rusmiddelbehandler, medarb. tilknyttet Housing First-programmet	• Fagligt Forum	• Aktivitets- og samværstilbud, brobygning	• IO
33. Døgnpladser ved Psykiatrien i Nordvest Regionspsykiatrien Gødstrup	• Forebygge forværring og reducere behovet for indlæggelse	• Patient med: Let forværring af tilstand	• Spl., SOSU, RP	• Sociale myndigheder, jobcenter, el., nattevagt, politi	• Kortvarige ophold, mestring og støtte, brobygning	• Indsatsevaluering (intern, kvalitativ, kvantitativ) • Indsatsevaluering (ekstern, kvalitativ)
34. Psykiatrisk forebyggelsesteam Regionspsykiatrien Gødstrup	• Forebygge selvskade, reducere tvang og genindlæggelser, udarbejde plan for efterforløb	• Patient med: Svær selvskade, personlighedsforstyrrelser, hyppige genindlæggelser	• Spl., psykolog, terapeut, pædagog, socialrådgiver	• El.	• Udkørende funktion, rådgivningsforløb, brobygning, behovsafklaring	• Indsatsevaluering (intern) • Indsatsevaluering (ekstern)
35. Psykiatrisk mobilteam Gødstrup Regionspsykiatrien Gødstrup	• Forebygge akutte indlæggelser, tilbyde ambulant behandling	• Patient med: Psykisk sygdom, psykisk krise, reaktioner i forbindelse med graviditet og fødsel	• Spl., psykiater	• Socialrådgiver, spl., bostøtte, mentor	• Udkørende funktion, brobygning, mestring og støtte, akuttilbud	• Indsatsevaluering (ekstern) • Dokumentation og registrering i internt journalsystem
Horsensklyngen						
36. Akut og Rehabiliteringspladser Horsens Kommune	• Forebyggelse af indlæggelse, støtte, rehabilitering, tilbagevenden til egen bolig	• Borger med: Psykiatriske problemstillinger, brug for midlertidig støtte, akut krise	• Specialvejledningen, Mestringsenheden, Vital Horsens		• Kortvarige ophold, behovsafklaring, mestring og støtte, brobygning	• Dokumentation og registrering i internt journalsystem • Indsatsevaluering (intern)

Indsats	Formål	Målgruppe	Primær fagprofessionel	Samarbejdspartner	Ydelsestype	Evalueringsform
37. Psykiatrisk brobygger Horsens Kommune	• Sikre en koordineret overgang fra indlæggelse til kommunale tilbud, forebygge genindlæggelser	• Patient med: Behov for særlig støtte, tilknyttet ambulant forløb i regionspsykiatrien	• Brobygger	• Specialvejledningen, socialpsykiatrien, forløbskoordinatorer, kommunale afdelingsledere, frivillige tilbud	• Brobygning, behovsaflaring, opfølgende funktion, rådgivningsforløb	• IO
38. Psykiatrisbrobygger Skanderborg Kommune	• Sikre en koordineret overgang fra indlæggelse til kommunale tilbud, forebygge genindlæggelser	• Patient med: Behov for støtte ved udskrivning, indlagt på en psykiatrisk afdeling	• Brobygger	• El., politiet, hospital	• Brobygning, mestring og støtte, behovsaflaring	• Indsatsevaluering (intern, kvalitativ) • Dokumentation og registrering i internt journalsystem
39. Sociale akuttilbud Skanderborg Kommune	• Støtte borgere i akut psykisk krise, forebygge længevarende problemer eller indlæggelser	• Borger med: Akut psykisk krise	• SOSU	• Ledelse under Center for Job, Social og Udbetaling	• Akuttilbud, behovsaflaring, rådgivningsforløb, kortvarige ophold	• IO
40. Koordinerende ambulante sygeplejersker Regionspsykiatrien Horsens	• Optimere behandlingen før, under og efter indlæggelse	• Borger med: Psykosespektrum, svært syge på botilbud eller i eget hjem, mange indlæggelser med tvang	• Psykiatrisk spl.	• Bosteder, rusmiddelcenter, hjemmepleje, hjemmespl., bostøtte, el., pårørende, personale på sengeafsnit	• Brobygning, behovsaflaring, mestring og støtte	• Dokumentation og registrering i internt journalsystem • Indsatsevaluering (intern)
41. Psykiatrisk akutenhed Regionspsykiatrien Horsens	• Forebygge (gen)indlæggelser, støtte overgang fra indlæggelse til udskrivelse	• Borger med: Alle psykiatriske diagnoser, kan være i eget hjem	• Spl., SOSU, læge	• Kommuner, el., psykolog, psykiater	• Akuttilbud, udørende funktion, rådgivningsforløb, behovsaflaring, ambulant undersøgelse	• Evaluerende samtale med fagprofessionel
42. Selvskadeteam Regionspsykiatrien Horsens	• Styrke samarbejde og koordinering med henblik på at reducere indlæggelsesvarighed og tvang	• Patient med: Svær selvskade, under indlæggelse på lukket sengeafsnit	• Spl. med udd. i selvskade, specialpsykolog, medarb. med basisudd. inden for selvskade	• Kommunale aktører, bosteder	• Behovsaflaring, mestring og støtte, brobygning	• Indsatsevaluering (intern, kvalitativ) • Dokumentation og registrering i internt journalsystem

Indsats	Formål	Målgruppe	Primær fagprofessionel	Samarbejdspartner	Ydelsestype	Evalueringsform
Midtklyngen						
43. FACT Team dobbeltdiagnose Silkeborg Kommune	• Sikre sammenhængende tværsektoriel koordinering af behandling	• Borger med: Døbeltdiagnose, primært ADHD som psykiatrisk problematik, rusmiddelbrug	• Rusmiddelbehandler, bostøtte, psykiatrisk spl.	• Psykiater, specialpsykolog, funktionsleder og faglig leder i rusmiddelcenter, kommunal sagsbehandler, jobcenter, el., bosteder	• Brobygning	• Indsatsevaluering (ekstern) • Dokumentation og registrering i internt journalsystem
44. Koordineret Udgående Indsats Silkeborg Kommune	• Sikre lettilgængelig, koordineret og sammenhængende støtte	• Borger med: Akut behov for psykiatrisk behandling og socialpsykiatrisk støtte	• Bostøtte, spl.	• Socialafdelingens ledelse og funktionsleder, chef-læge, spl., sektionsleder	• Udkørende funktion, ambulant undersøgelse	• Indsatsevaluering (intern)
45. FACT Skive Kommune	• Tværsektorielt samarbejde	• Borger med: Svær psykisk sygdom	• Pædagog, ergo., spl., sundhedsfaglig med relevante efterudd.	• Ledere fra Skive Kommune og Region Midtjylland	* Indsatsbeskrivelse oplyst på organisatorisk plan og ikke ydelsesplan	• Indsatsevaluering (ekstern) • Evaluerende samtale med borger og fagprofessionel
46. FACT Viborg Kommune	• Tværsektorielt samarbejde om sammenhængende støtte og behandling	• Borger med: Psykotiske lidelser, andre diagnoser	• Kommunale bostøttemedarb., regionale psykiatriske spl., psykiater	• Rusmiddelbehandler, sagsbehandler, jobcenter, el., Kriminalforsorgen	• Behovsafklaring, udkørende funktion, brobygning	• Indsatsevaluering (ekstern) • Evaluerende samtale med borger og fagprofessionel
47. FACT Regionspsykiatrien Midt	• Tværsektorielt samarbejde om sammenhæng og behovsbaserede tilbud	• Borger med: Svær psykisk sygdom, multibela-stede	• Pædagog, ergo., fys., spl., SOSU, rusmiddelkonsulent, sagsbehandler	• Spl., psykiater, psykolog	• Opsøgende funktion, brobygning, rusmiddelbehandling	• Indsatsevaluering (ekstern, intern, kvalitativ) • Evaluerende samtale med borger og fagprofessionel

Indsats	Formål	Målgruppe	Primær fagprofessionel	Samarbejdspartner	Ydelsestype	Evalueringsform
48. Psykiatrisk Akutteam Regionspsykiatrien Midt	• Sammenhængende individuelt tilpasset indsatser, rettet mod sociale, mentale og somatiske sundhedsaspekter	• Patient med: Akut opstået/ forværring af psykisk lidelse, akut selvskade, behov for intensiv opfølgning/ observation, indlæggelse i somatikken	• Spl., læge, SOSU, sekretær	• Overspl., overlæge	• Brobygning, akuttilbud, udkørende funktion	• Evaluerende samtale med borger og fagprofessionel
49. Akut Døgntilbud Psykiatriens Hus Silkeborg	• Kortvarig, målrettet støtte, stabilisering, forebygge indlæggelse, styrke mestring af hverdagen	• Borger med: Psykiatrisk lidelse som primær problemstilling	• Pædagog, SOSU, spl., socialrådgiver, bostøtte	• Psykiatriens hus, Psykiatrisk Akut Team, regionale døgnpladser, behandlingspsykiatri, rusmiddelcenter	• Kortvarige ophold, udkørende funktion, mestring og støtte, aktivitets- og samværstilbud, brobygning	• Indsatsevaluering (intern, eksternt, kvalitativ, kvantitativ)
50. Koordineret udgående indsats Psykiatriens Hus Silkeborg	• Ambulant behandling, socialpsykiatrisk støtte for at skabe tæt kontakt ved behov, forebygge indlæggelse, fremme tidligere udskrivelse	• Borger med: Alle psykiatriske diagnoser, akut behov for behandling	• Spl.	• Læge, SOSU	• Udkørende funktion, ambulant undersøgelse	• Evaluerende samtale med fagprofessionel • Indsatsevaluering (intern, kvalitativ, kvantitativ)
51. Psykiatrisk akutteam Psykiatriens Hus Silkeborg	• Sikre tilgængelighed udenfor ambulant åbningstid	• Patient med: Akut opstået lidelse, forværring af psykisk lidelse, akut selvskade	• IO		• Behovsafklaring, akuttilbud	• IO
Randersklyngen						
52. Akuttilbud 82c pladser Favrskov Kommune	• Tidlig forebyggelse og akut støtte, mhp. stabilisering efter behandling	• Borger med: Angst, ensomhed, rusmiddelbrug, depression, psykotiske gennembrud	• Peer-medarb., socialpædagog, SOSU, ergo., spl., terapeut		• Kortvarige ophold, rådgivningsforløb	• Dokumentation og registrering i internt journalsystem

Indsats	Formål	Målgruppe	Primær fagprofessionel	Samarbejdspartner	Ydelsestype	Evalueringsform
53. LAB14 Favrskov Kommune	• Forebyggelse af genindlæggelser, tværsektorielt samarbejde	• Borger med: Primært sociale problemstillinger, henvender sig i akutmodtagelsen uden indlæggelse	• Medarb. med socialfaglig, pædagogisk og sundhedsfaglig kompetence	• Bostøtte, rusmiddelcenter, jobcenter	• Opsøgende funktion, rådgivningsforløb, behovsafklaring	• IO
54. Social Indsats Favrskov Kommune	• Styrke trivsel, reducere behovet for mere indgribende støtte	• Borger med: Psykisk sårbarhed, lettere psykiske funktionsnedsættelser, sociale problemer	• SOSU	• El., jobcenter, Børn- og familieafdelingen	• Mestring og støtte	• Indsatsevaluering (intern, ekstern, kvalitativ, kvantitativ)
55. Huset Tværs Randers Kommune	• Støtte mhp. øget mestring, recovery og selvstændighed	• Borger med: Psykiske og sociale problemer	• Frivillig, peers, spl., ergo., pædagog, SOSU, ernæringsassistent, kok	• Jobcenter, Sundhedscenter, Daghøjskolen, frivillig organisation	• Mestring og støtte, aktivitets- og samværstilbud, behovsafklaring, brobygning	• Evaluerende samtale med borger og fagprofessionel
56. LAB10 Randers Kommune	• Forbedre opsporing og behandling af borger med rusmiddelproblemer, tværsektorielt samarbejde	• Patient med: Rusmiddelbrug (særligt alkohol)	• Rusmiddeluddannet spl.	• El., rusmiddelcentret, plejepersonale på hospitalet, hjemmeplejen, socialafdelinger, botilbud	• Opsøgende funktion, rusmiddelbehandling	• Indsatsevaluering (intern, kvantitativ)
57. LAB14 Randers Kommune	• Forebygge akut psykiatrisk indlæggelse, tværsektorielt samarbejde	• Borger med: Psykiatriske problemstillinger	• Randers kommune, fagperson fra akutmodtagelsen, medarb. i Huset Tværs		• Behovsafklaring, brobygning	• IO
58. Mestringsvejledning Randers Kommune	• Støtte og mestringsvejledning	• Borger med: Psykisk sårbarhed, hjemløseproblematikker, efter løsladelse, anden etnisk baggrund/flygtninge	• Pædagog, SOSU, ergo., fys.	• Ydelseskantoret, Rusmiddelcenteret, jobcenter, el., socialspl., FACT-teamet, Dobbelt diagnose-teamet, LAB-10, LAB-14, politi, Socialforvaltning og Psykiatri	• Mestring og støtte, udkørende funktion	• Indsatsevaluering (ekstern) • Evaluerende samtale med borger og fagprofessionel

Indsats	Formål	Målgruppe	Primær fagprofessionel	Samarbejdspartner	Ydelsestype	Evalueringsform
59. Støttekontaktperson ordningen Randers Kommune	Etablere kontakt, støtte i at opnå adgang til relevante ydelser og støtteformer	Borger med: Social ud-sathed, opsøger ikke selv støtte	SKP-medarb.		Opsøgende funktion, brobygning, rådgivningsforløb	IO
60. Team God Overgang Randers Kommune	Støtte i overgangen fra psykiatrisk indlæggelse til hverdagen i eget hjem	Borger med: Psykiske lidelser eller sårbarheder, udskrives fra psykiatrisk sengeafsnit	Ergo., spl., lærer	Regional psykiatri	Behovsaflaring, akuttilbud	Evaluerende samtale med borger og fagprofessionel
61. Støtte kontaktperson Syddjurs Kommune	Hurtig og vedholdende kontakt for at skabe nødvendig støtte og hjælp gennem relevante instanser	Borger med: Psykiske problemer, opsøger ikke selv støtte, rusmiddelbrug, hjemløshed, bekymrende adfærd i lokalsamfundet	Pædagog, SOSU	Lokal psykiatri i Rønde, Mestringsvejledningen, beskæftigelsesafdelingen, boligforeninger, rusmiddelcenter, aktivitets- og samværstilbud	Opsøgende funktion, brobygning, mestring og støtte	Evaluerende vurdering fra praksis
62. Åben Rådgivning Syddjurs Kommune	Sikre lettilgængelig kontakt til socialområdet	Borger med: mulighed for fysisk fremmøde	Socialrådgiver	Samarbejdspartner fra andre afdelinger	Brobygning, behovsaflaring, mestring og støtte	Dokumentation og registrering i internt journalsystem
63. TIB Regionspsykiatrien Randers	Integreret behandling af psykiske lidelser og rusmiddelproblematik, for mere sammenhængende og tværsektorielle forløb	Borger med: Psykisk lidelse med behandlingsbehov, samtidig rusmiddelbrug, kan ikke følge et koordineret forløb i psykiatrien og rusmiddelbehandling	Psykiater, læge, spl., socialrådgiver, psykolog, fys., ergo., SOSU	Mestringsvejleder, sagsbehandler, jobcenter, sociale specialafdelinger	Opsøgende funktion, mestring og støtte, rusmiddelbehandling, brobygning	Indsatsevaluering (intern, kvalitativ, kvantitativ)

8 Barrierer og facilitatorer

Dette afsnit præsenterer de overordnede barrierer og facilitatorer, der kan identificeres på tværs af de 63 dokumenterede indsatser. Formålet er at give et samlet billede af de forhold, der på tværs enten understøtter eller udfordrer indsatsen i praksis set fra deltagernes perspektiv.

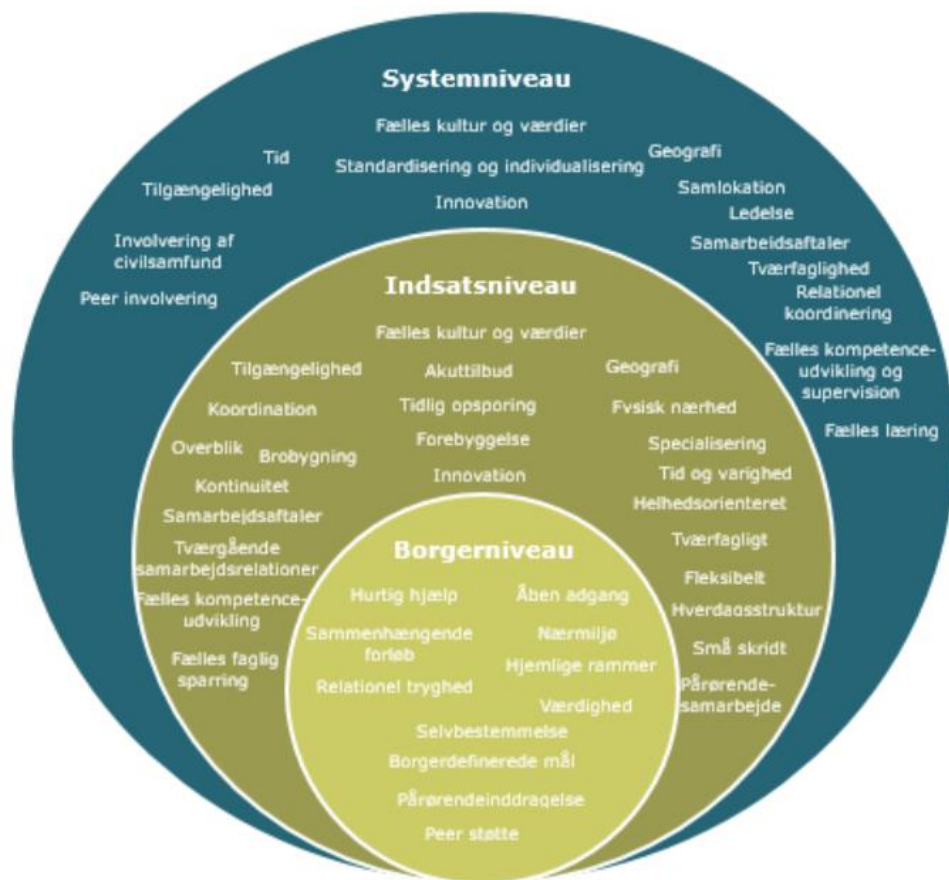
Analysen sammenfatter de mest gennemgående temaer og tendenser på tværs af region og kommuner, målgrupper og indsatsformer. Fokus er rettet mod både de kulturelle, strukturelle, organisatoriske og faglige faktorer, der har betydning for, om indsatserne opleves at lykkes med at skabe sammenhæng og resultater for borgerne.

Der nævnes ikke konkrete indsatser eller lokale eksempler i dette afsnit. Disse kan i stedet findes i bilagene, hvor de enkelte cases og dokumenter beskrives mere detaljeret.

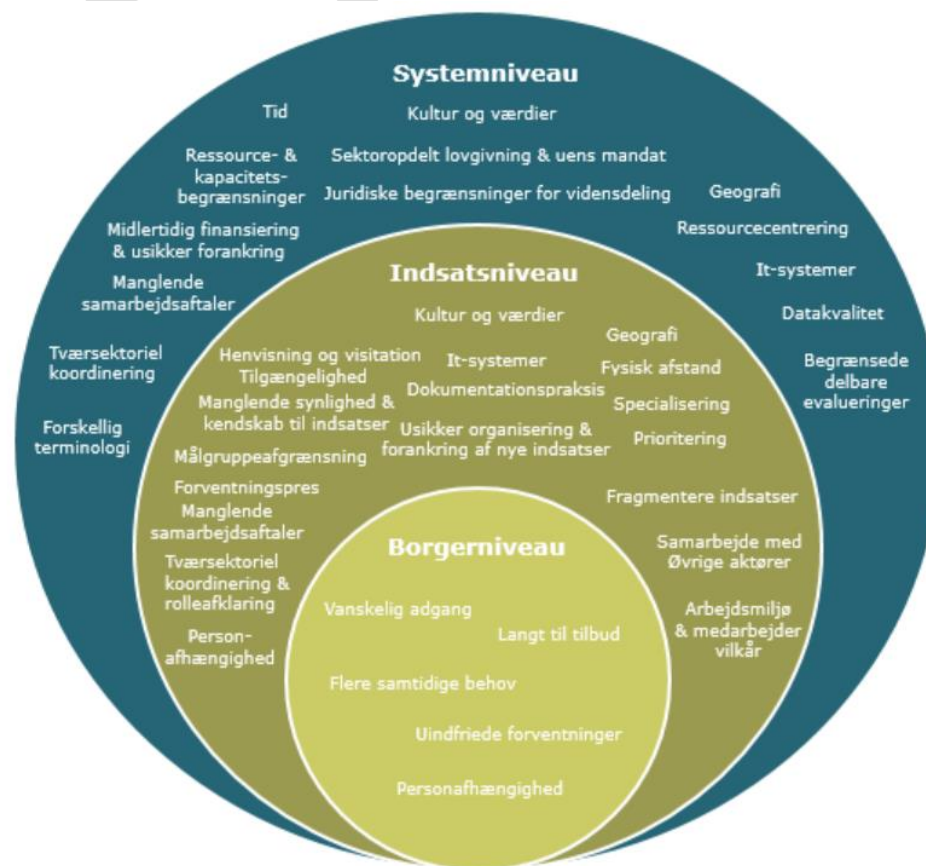
Formålet med denne samlede fremstilling er således at skabe et tværgående overblik over de mønstre, erfaringer og læringspunkter, der kendetegner indsatserne som helhed, og som kan danne grundlag for videre udvikling og styrkelse af området.

Fig. 1 Facilitatorer og barrierer

Facilitatorer



Barrierer



8.1 Kultur og værdier

Dette tema handler om de oplevede kulturelle forskelle mellem region og kommune, som præger forståelsen af akutbegrebet og samarbejdet om borgerne.

Forskellig forståelse af akutbegrebet

Som beskrevet i metodeafsnittet peger materialet på, at der eksisterer væsentlige forskelle i fokus og forståelse, når man skal igangsætte tværsektorielle indsatser for borgere eller patienter med akutte psykiatriske problemstillinger. En central kulturel forskel i de tværsektorielle indsatser knytter sig til forståelsen af akutbegrebet og til det enkelte menneske, som indsatsen retter sig imod. Dette udmønter sig ikke mindst i sprogligheden omkring den enkelte, hvis indsats man ønsker at tilrettelægge. De kommunale indsatser bruger borgerdefinitionen og de regionale patienterne. Selvom dette måske kan virke som en mindre del, så dækker det over både kulturelle og også juridiske forskelle i opgaveforståelse, dækning og – naturligt deraf – løsning.

I den regionale, hospitalsorienterede psykiatri peger beskrivelserne i regionale akutpsykiatriske TIDieRs på, at der opleves at være en mere gennemgående tradition for at arbejde ud fra en klinisk og juridisk forståelse af akutpsykiatri, hvor indsatsen aktiveres, når problemstillingen allerede er akut, og hvor fokus er på hurtig stabilisering gennem indlæggelse eller specialiseret behandling. Dette betyder, at regionspsykiatrien ser sig selv som havende et stærkt behandlingsfokus, hvor akutte forværringer ses i et klinisk og risikoperspektiv.

I de kommunale akutpsykiatriske indsatser peger beskrivelserne i TIDieR-materialet på en tradition for at anlægge et mere forebyggende og hverdagsorienteret perspektiv. Her forstås akutbegrebet ofte bredere og knyttes ikke alene til en klinisk forværring, men også til de sociale og praktiske forhold i borgerens liv, som kan udløse eller forstærke en krise. Indsatserne aktiveres derfor ikke kun, når situationen er akut i snæver klinisk forstand, men også når der er tegn på mistrivsel, social isolation eller begyndende ustabilitet i hverdagen. Det betyder, at den kommunale psykiatri ser sig selv som havende et stærkt fokus på forebyggelse og stabilisering gennem relationel støtte, struktur og hjælp i borgerens nærmiljø. Hvor regionen i højere grad vurderer akutte situationer ud fra et behandlings- og risikoperspektiv, er det kommunale blik rettet mod at fastholde borgeren i eget liv og undgå eskalationer, der kan føre til indlæggelse.

Lovgivning og mandat

Forskellene i tilgang hænger tæt sammen med de lovgivningsmæssige rammer, der regulerer arbejdet i hver sektor. Psykiatrien arbejder under psykiatriloven, mens bosteder og kommunale aktører er reguleret af serviceloven. Denne forskel opleves at medføre uens handlemuligheder og kan gøre det vanskeligt at finde rammer, der understøtter de tværsektorielle løsninger, man ønsker at udvikle. Kommuner og region arbejder efter forskellige regelsæt, hvilket skaber usikkerhed om ansvar, overdragelse og kontinuitet i forløbene. Samtidig påvirker lovgivningsforskellene også det finansielle grundlag, idet indsatser kun kan igangsættes, hvis de falder inden for de relevante og tilladte bestemmelser.

En yderligere barriere for disse udfordringer er det manglende kendskab til hinandens lovgivningsmæssige rammer. Da lovgivningen, som hver sektor arbejder under, ofte er kompleks og detaljeret, oplever medarbejderne i praksis, at de mangler indsigt i hinandens regelsæt. Dette kan betyde, at man utilsigtet arbejder "forbi hinanden" eller træffer beslutninger, der ikke kan understøttes på tværs af sektorer. Forskelle i lovgrundlag fremstår dermed ikke blot som en formel rammebetingelse, men som en gennemgående barriere, der gør det vanskeligt at udvikle fælles løsninger og skabe reelt sammenhængende indsatser for borgerne.

Faglige traditioner og dokumentation

Set i indsatsbeskrivelserne beskriver flere, at disse udfordringer handler om sammenstød mellem fagtraditioner, hvor regionale indsatser overvejende beror på sundhedsfaglig specialisering (ofte høj specialisering), mens kommunale partnere i højere grad trækker på en kombination af fagligheder (eksempelvis sundhedsfaglige, men også pædagogiske og rådgivende samt socialfaglige kompetencer). Denne forskel opleves at kunne skabe misforståelser og konflikter, fx når den regionale specialiserede psykiatri forventer, at bosteder leverer tæt støtte, men bostederne arbejder med lavere intensitet eller krav om borgerens egen deltagelse. Kulturforskellen viser sig derfor både i, hvordan problemer defineres, og i hvordan man mener, de skal løses.

Kulturelle forskelle gør sig også gældende i dokumentationspraksis. I analyse af indsatbeskrivelserne tegnes et billede af en regional dokumentationskultur, som er præget af kliniske journaler med fokus på behandlingsrelevante observationer, mens kommuner – fra et regionalt perspektiv – opleves at arbejde bredere med sociale forhold, funktionsniveau og hverdagsstøtte. Disse forskelle gør det svært at skabe fælles dokumentation, (og det forstærkes af, at IT-systemerne er forskellige – dette behandles andetsteds). Kulturforskellen handler her både om, hvad man finder vigtigt at skrive ned, hvad man kalder ting, og hvad man vurderer som kvalitet i dokumentationen. For borgeren eller patienten kan det betyde, at centrale oplysninger ikke altid følger med på tværs, og for medarbejderne på hver side af det tværsektorielle samarbejde kan det skabe frustrationer, når man oplever, at den anden sektor enten "skriver for lidt" eller "skriver for meget".

Forventningsafstemning og formelle aftaler

En væsentlig udfordring i det tværsektorielle samarbejde er således en til tider manglende forventningsafstemning, fravær af formelle aftaler mellem parterne i indsatserne og for nogle et forventningspres mellem parterne. Når indsatser skal etableres og drives, fremgår det tydeligt, at region og kommune i nogle samarbejder oplever at påbegynde indsatser med forskellige antagelser om opgavens indhold, mål og rammer. Uden en tidlig og klar afstemning af roller, ansvar og succeskriterier opstår der således let misforståelser, hvor hver sektor oplever, at den anden arbejder anderledes eller i mindre grad lever op til det forventede. Dette kan skabe frustration blandt medarbejdere, når procedurer og praksisser opleves ikke at matche, hvilket kan føre til forsinkelser i forløbene og i nogle tilfælde overlappende eller modsatrettede indsatser.

Blandt informanterne er oplevelsen således, at borgerne giver udtryk for at blive efterladt med tilbud, der ikke stemmer overens med deres forventninger, eller når ansvarsfordelingen mellem sektorerne opleves utydelig, risikerer de at møde usammenhængende forløb, hvor fokus og prioriteringer skifter, afhængigt af hvem de møder. Manglende forventningsafstemning fremstår derfor som en gennemgående barriere for at opnå det fulde potentiale i de tværsektorielle samarbejder og peger på behovet for klare rammer, hvor parterne tidligt afklarer forventninger og ansvar.

Relationel forståelse og tillid mellem aktører beskrives som helt centrale for et velfungerende samarbejde. Men dertil fremhæves det samtidig, at fælles og eksplicitte aftaler har en væsentlig værdi i arbejdet med at fremme en fælles kultur. Hvor relationer skaber nærhed og fleksibilitet i hverdagen, bidrager de formelle aftaler til at fastholde en fælles retning og forståelse af opgaven – også når der sker udskiftninger i medarbejdergruppen, eller når samarbejdet udfordres af sektorernes forskellige logikker.

Informanterne peger på, at skriftlige eller mundtlige formaliserede aftaler kan fungere som forankringspunkter for den fælles kultur. De gør det muligt at vende tilbage til et fælles grundlag, når der opstår tvivl om roller, ansvar eller grænseflader. Det opleves særligt værdifuldt i tværgående samarbejder, hvor forskellig faglighed, tempo og beslutningsveje kan

skabe usikkerhed om, hvem der gør hvad – og hvornår. Her fungerer aftalerne ikke blot som administrative rammer, men som oversættelser af værdier til handling.

En eksplicitering af den fælles forståelse bidrager også til lighed og gennemsigtighed i samarbejdet. Når aktørerne kender hinandens opgaver, mandat og formål, bliver det lettere at forstå de prioriteringer og afvejninger, som præger praksis i de respektive sektorer. Dermed bliver aftalerne en måde at understøtte både respekt og realisme i samarbejdet – man ved, hvad man kan forvente af hinanden.

Tværasektorielle implikationer for borgerforløb

Set fra både et regionalt og kommunalt indsatsperspektiv ses de tværasektorielle partnerses tilgang således som repræsenterende væsentlige forskelle. Skønt begge sektorer arbejder med et overordnet ønske om og sigte mod at bedre den enkeltes psykiske krise, og både kommunale og regionale medarbejdere arbejder med at forebygge og håndtere akutte psykiatriske kriser, er der en udtalt forskel i vægtningen af ens indsatser i det tværasektorielle arbejde, alt efter om man primært ser sin indsats enten mere forebyggende, hvor formålet er at identificere sociale og psykiatriske signaler og intervenere tidligt for at undgå, at situationen udvikler sig til en akut krise, eller et mere akutsymptom håndterende og behandlende sigte. For det tværasektorielle samarbejde betyder dette fokus og denne tilgang, at man i nogle tilfælde vurderer situationer og behov forskelligt. For de tværasektorielle teams har dette medført, at borgere eller patienter har modtaget skiftende vurderinger, alt efter hvilken sektor der møder dem. Kulturforskellen er således her oplevet som skabende udfordringer i samarbejdet, fordi en situation kan opfattes som behandlingskrævende af psykiatrien, men som en social udfordring af kommunen eller omvendt.

Når man således samles i fælles indsatser, viser indsatsbeskrivelserne desuden, at denne kulturforskel kan skabe uenighed om, hvad der er det primære mål: at reducere symptomer her og nu eller at skabe stabilitet og forebygge fremtidige indlæggelser. For borgeren kan det opleves som forskellige prioriteringer, afhængigt af om indsatsen drives af regionspsykiatrien eller kommunen, og kulturforskellen kan betyde, at man ikke altid er enige om, hvornår en indsats er "lykkedes".

Disse kulturforskelle gør sig også gældende i samarbejdet med andre tværasektorielle aktører, hvor forskellige logikker og mål kan skabe uenighed om både indsatsens retning, og hvornår den anses for vellykket.

Fælles værdigrundlag, sprog og samarbejde

Et fælles værdimæssigt grundlag er således afgørende for, at samarbejdet på tværs af sektorer opleves som sammenhængende og meningsfuldt. På tværs af indsatserne italesættes det derfor også, at indsatser opleves at lykkes, når der arbejdes med denne dimension.

Informanterne beskriver, at når både kommunale og regionale medarbejdere samler sig om formålet om at skabe tryghed og stabilitet for borgeren, bliver forskelle i traditioner og logikker lettere at håndtere. På tværs af beskrivelserne fremhæves, at det er dette fælles sigte, der skaber oplevelsen af sammenhæng, også når indsatserne er organiseret forskelligt.

Sprog og fortællinger nævnes som en del af denne værdimæssige dimension. Når indsatser eksempelvis omtales som huse, væresteder eller boliger frem for klinikker, signaleres en kultur, hvor hjælp ikke udelukkende forbindes med behandling, men med hverdagsliv og inklusion. Den sproglige tilpasning bidrager til at reducere oplevelsen af stigmatisering og styrker borgerens oplevelse af at blive mødt som menneske.

Fælles kultur understøttes af praksisser, der går på tværs af sektorer. Flere steder beskrives, hvordan fælles introduktioner, supervision og sparring bidrager til at skabe et fælles fagligt ståsted, hvor værdier som respekt, nærhed og hverdagsnær støtte vægtes højt. Denne form

for tværgående læring og refleksion styrker samarbejdet og giver medarbejdere en oplevelse af at være en del af en samlet indsats.

Erfaringerne peger også på, at forskelle i sektorenes forståelse af akutbegrebet kan bruges som en styrke. Hvor regional psykiatri ofte fokuserer på klinisk stabilisering, har kommunale indsatser tradition for at arbejde mere forebyggende og hverdagsorienteret. Når disse perspektiver bringes sammen, skabes en bredere forståelse af borgerens situation, som gør det muligt at tilrettelægge mere helhedsorienterede og fleksible forløb.

Samlet set viser erfaringerne, at den tværgående værdimæssige dimension giver samarbejdet retning og legitimitet. Når mening, sprog og kultur deles, opleves indsatserne som mere menneskelige og bæredygtige, og borgeren mødes i et samlet system, hvor værdierne er tydelige på tværs af organisatoriske skel.

UDKAST

Centrale indsigter

Kultur og værdier

- Uens begrebsbrug afspejler både kulturelle og juridiske forskelle og påvirker samarbejdet og synet på målgruppen.
- Manglende forventningsafstemning – Region og kommune påbegynder ofte samarbejder med forskellige antagelser om mål, opgaver og ansvar.
- Forskellige fagtraditioner – Regionalt fokus på sundhedsfaglig specialisering vs. kommunalt fokus på tværfaglighed og socialfaglig støtte skaber lejlighedsvist misforståelser.
- Uenighed om mål og succes – Forskelle i fokus gør det uklart, hvornår en indsats anses for vellykket.
- Lovgivningsmæssige forskelle – Psykiatrilov vs. Servicelov skaber uens handlemuligheder og usikkerhed om ansvar og finansiering.
- Manglende kendskab til hinandens regelsæt – Giver risiko for beslutninger, der ikke kan forankres lovgivningsmæssigt.
- Behov for fælles værdigrundlag – Fælles sigte mod tryghed og stabilitet fremmer meningsfuldt samarbejde trods forskelle i praksis.
- Sprogets betydning – Når indsatsen omtales med hverdagsnære begreber, opleves det at styrke borgerens oplevelse af inklusion og reduceret stigmatisering.
- Fælles introduktion, supervision og sparring styrker kulturforståelse og samarbejde.
- Forskelle som styrke – Kombinationen af klinisk og forebyggende perspektiv giver mulighed for mere helhedsorienterede og fleksible forløb.
- Relationel tillid som grundlag – Gensidig tillid og forståelse mellem aktører er afgørende for velfungerende samarbejde på tværs af kulturer.
- Formelle aftaler som stabilisator – Skriftlige og mundtlige aftaler sikrer fælles retning, kontinuitet og klarhed om roller – også ved personaleudskiftning.

8.2 IT og dokumentation

Dette tema belyser, hvordan forskelle i digitale systemer, dokumentationspraksis og evalueringsmetoder påvirker samarbejdet på tværs af sektorer og dermed borgerens oplevelse af sammenhæng i forløbet.

Som beskrevet tidligere udgør IT-systemer en særlig udfordring for tværsektorielle indsatser og deraf følgende vanskeligheder med at dele dokumentation og viden på tværs af sektorer. Dette er udover de førnævnte udfordringer med forskellige dokumentationspraksis og fagligt indhold.

Region og kommune arbejder ud fra forskellige digitale platforme, der er udviklet til at understøtte deres respektive lovgivning og praksis. Denne forskel betyder, at medarbejdere i praksis ikke kan se hinandens notater og dermed ikke har et fælles billede af borgerens situation. I stedet må man ofte basere samarbejdet på møder, mundtlig kommunikation eller manuelle oversættelser mellem systemer.

Flere indsatser beskriver, hvordan dette skaber frustrationer i dagligdagen. Medarbejdere oplever, at de bruger tid på at gengive oplysninger, der allerede findes, blot i et andet system, eller at vigtige informationer går tabt i overgangen mellem sektorer. Det kan være oplysninger om medicin, sociale forhold eller aftaler om opfølgning, som ikke følger med borgeren, når denne bevæger sig mellem behandling og social støtte. For borgerne kan det betyde, at de selv må fungere som bærere af information, fordi systemerne ikke taler sammen, eller fordi GDPR-regler ikke tillader udveksling af oplysninger. Dette svækker oplevelsen af sammenhæng og kontinuitet og kan i værste fald skabe risiko for fejl og misforståelser.

Den manglende adgang til et fælles IT-system betyder også, at medarbejderne ikke har adgang til hinandens kalendere, dokumenter eller behandlingsplaner, og at koordinering i stedet må ske gennem manuelle løsninger som telefonopkald, mails eller fysiske møder. Forløbene bliver dermed mere tidskrævende at planlægge, og der opstår større risiko for misforståelser eller forsinkelser. Manglende fælles kalenderadgang fremhæves som særligt problematisk. Når møder og besøg skal aftales på tværs af sektorer, kræver det en række mellemled, og fleksibiliteten mindskes. Det gør det vanskeligt at reagere hurtigt i akutte situationer, hvor netop koordinering og samtidighed kunne være afgørende.

Databeskyttelse og lovgivning

Som nævnt i ovenstående beskrivelse opleves særligt databeskyttelsesregler (GDPR) som en væsentlig barriere for videndeling. Selvom reglerne har et vigtigt formål, oplever mange aktører, at de fortolkes forskelligt, og at usikkerhed omkring lovgrundlaget fører til overforsigtighed. Resultatet bliver, at informationer ikke deles, selv når det kunne være både lovligt og fagligt relevant. Dermed begrænses samarbejdets fleksibilitet, og de professionelle må bruge tid på at finde omveje for at få adgang til nødvendige oplysninger.

Dokumentation og fælles læring

Samtidig viser undersøgelsen, at der er stor variation i måden, hvorpå indsatserne dokumenterer og evaluerer deres arbejde. De fleste indsatser samler erfaringer løbende, men kun få gennemfører systematiske evalueringer med klare mål og delbare resultater. Der eksisterer desuden ikke altid enighed om datakvalitet. Disse ting besværliggør videndeling om effekter, metoder og læringspunkter på tværs af kommuner og region, og manglen på fælles evalueringspraksis gør det vanskeligt at opbygge en fælles vidensbase, som kan bruges til udvikling og kvalitetsforbedring.

Manglen på fælles evalueringspraksis betyder, at erfaringer og effekter ikke dokumenteres systematisk og derfor sjældent deles. Det hæmmer den samlede læring i feltet og gør det sværere at argumentere for, hvilke modeller der skaber størst værdi.

Centrale indsigter

IT og dokumentation

- Manglende sammenhæng mellem IT-systemer – Forskellige digitale platforme besværliggør direkte kommunikation og datadeling og dermed etableringen af et fælles overblik over borgerens situation.
- Manuel og tidskrævende kommunikation – Samarbejde baseres ofte på møder, telefonopkald, mails eller manuelle overførsler af data mellem systemer med øget ressourceforbrug til følge.
- Tab af vigtig information – Oplysninger om fx medicin, aftaler og sociale forhold går tabt ved sektorovergange, hvilket kan skabe fejl og misforståelser.
- Borgeren som informationsbærer – Manglende systemintegration betyder, at borgerne selv må formidle oplysninger mellem sektorer, hvilket svækker oplevelsen af sammenhæng.
- GDPR-begrænsninger – Databeskyttelsesregler hæmmer udveksling af information og gør samarbejdet mere rigtigt.
- Manglende fælles kalenderadgang – Uens systemer forhindrer koordinering af møder og besøg, hvilket mindsker fleksibilitet og reaktionsevne i akutte situationer.
- Øget risiko for fejl og forsinkelser – Den manuelle koordinering øger risikoen for misforståelser, dobbeltarbejde og forsinkede indsatser.
- Uens dokumentations- og evalueringspraksis – Der er stor variation i, hvordan indsatser registreres og vurderer deres arbejde, hvilket forhindrer sammenlignelighed.
- Manglende fælles lærings- og videnbase – Fravær af systematiske evalueringer og fælles datagrundlag gør det vanskeligt at dele erfaringer og forbedre kvaliteten på tværs af sektorer.

8.3 Tilgængelighed og synlighed

Tilgængelighed og synlighed er nævnt som centrale forudsætninger for, at de akutpsykiatriske indsatser fungerer i praksis. Temaet belyser, hvordan organisatoriske, tidsmæssige og kommunikative forhold påvirker borgernes mulighed for at få hurtig og relevant hjælp, og hvordan kendskabet til tilbuddene blandt borgere, pårørende og samarbejdspartnere er afgørende for, at indsatserne faktisk bliver anvendt.

Erfaringerne fra de akutpsykiatriske indsatser peger samstemmende på, at tilgængelighed er en afgørende forudsætning for, at hjælpen kan fungere i praksis. Tilgængelighed beskrives som et samspil af tidslige, organisatoriske, relationelle og rumlige forhold, der tilsammen afgør, om borgere og pårørende oplever, at støtte er til stede, når behovet opstår.

Hurtig respons fremstår som centralt. Mange borgere beskrives som værende i akut krise, hvor adgang inden for få timer eller samme dag kan betyde forskellen mellem stabilisering og forværring. Telefonlinjer, døgnåbne funktioner og akutte pladser fremhæves derfor som tryghedsskabende, fordi hjælpen kan mobiliseres, også uden for normal åbningstid. Den oplevede tryghed forstærkes, når kontaktvejene er enkle og kendte, og når der foreligger klare aftaler om opfølgning, så støtten ikke stopper efter det første møde.

Lavtærskeltilbud og nærhed

Tilgængelighed handler imidlertid ikke kun om tid, men også om form. Lavtærskeltilbud, hvor borgere kan henvende sig direkte uden visitation eller henvisning, beskrives som en af de mest virkningsfulde erfaringer. Når adgangsbarrierer nedbrydes, bliver det mere legitimt og mindre stigmatiserende at søge hjælp tidligt. Dette understøttes yderligere, når tilbuddene er placeret i nærområdet eller organiseret som opsøgende funktioner, hvor medarbejdere selv tager kontakt i hjemmet. At mødes i velkendte rammer mindsker både transportbarrierer og oplevelsen af at træde ind i et fremmed system.

Et andet tilbagevendende træk er fleksibilitet. Tilbuddene kan variere i intensitet fra en kort telefonisk samtale til opsøgende besøg og midlertidige døgnophold. Ambulante døgnpladser nævnes særligt som en bro mellem akutte indsatser og hverdagslivet, fordi de kombinerer mulighed for kortvarig aflastning med kontinuitet i opfølgningen. Tilgængelighed forstås dermed ikke alene som den første kontakt, men som en vedvarende tilstedeværelse, hvor borgeren kan vende tilbage og mødes af et kendt personale, også efter et akut forløb.

Pårørende og tværsektorielle strukturer

Også pårørende og netværk fremhæves som en del af tilgængeligheden. Når telefonlinjer og åbne rådgivninger også er tilgængelige for pårørende, øges sandsynligheden for tidlig indsats, særligt i situationer hvor borgeren selv tøver med at række ud. Dermed bliver tilgængelighed et delt anliggende, hvor relationer omkring borgeren understøtter adgangen.

For at dette kan realiseres, er der behov for strukturer, der går på tværs af sektorer. Tilgængelighed fremstår som stærkest, når region og kommune har klare aftaler, fælles retningslinjer og etablerede samarbejdsfora, som gør det muligt at iværksætte hjælp hurtigt og koordinere videre forløb uden brud. Erfaringerne viser, at princippet om 'no wrong door' – at enhver henvendelse mødes og følges op – kun fungerer, når organisatoriske rammer, kultur og ledelsesmæssige prioriteringer understøtter det.

Synlighed og vedvarende opmærksomhed

Endelig peges der på betydningen af synlighed og lokal tilpasning. Informationsmaterialer, kendte telefonnumre og tydelig kommunikation til nøgleaktører som almen praksis og politi beskrives som forudsætninger for, at tilbuddene faktisk benyttes. Samtidig nævnes geografi og transport som praktiske barrierer, der må indtænkes i planlægningen (Se senere afsnit om Geografi). Flere steder bruges nære rådgivningstilbud som en måde at reducere ulighed i adgang og sikre, at støtte er tilgængelig, også i tyndtbefolkede områder.

Der hersker bred enighed om, at tilgængeligheden understøttes af synlighed, og flere indsatsere peger på, at kendskabet til deres tilbud ikke altid er tilstrækkeligt udbredt blandt samarbejdspartnere, hvilket betyder, at de ikke anvendes i det omfang, de kunne. Når fagfolk i kommuner, almen praksis eller andre dele af psykiatrien ikke har et klart billede af, hvad en indsats kan tilbyde, risikerer borgere at gå glip af relevante muligheder. Dette kan føre til perioder med lav belægning, selv når behovet er til stede. Flere indsatsere beskriver således, at de i opstartsfasen måtte bruge betydelige ressourcer på at gøre sig synlige over for samarbejdspartnere og borgere. Udfordringerne handler ikke kun om, hvorvidt borgerne selv kender til tilbuddet, men i lige så høj grad om, at de professionelle samarbejdspartnere er klar over, at indsatsen findes, hvad den kan, og hvordan man får adgang. Når dette ikke er tilfældet, beskrives det, at borgere i praksis ikke bliver henvist eller først får kendskab til muligheden for sent i forløbet. Det betyder, at indsatserne ikke altid udnyttes optimalt, og at de ressourcer, der er sat af, ikke kommer fuldt ud til gavn.

Manglende synlighed skaber ikke kun et ressourceproblem, men opleves også at påvirke indsatsens legitimitet. Når en indsats ikke bliver husket eller brugt, svækkes dens rolle i det samlede behandlings- og støttesystem.

Samtidig fremhæves det, at synlighed ofte er afhængig af lokalt kendskab og relationer. I områder, hvor indsatsen er godt integreret i netværk og samarbejdsfora, opleves den som mere anvendt, mens den i andre områder forbliver relativt ukendt.

Flere beskrivelser peger desuden på, at synlighed ikke er noget, der kan opbygges én gang for alle. Det kræver en løbende indsats at fastholde opmærksomheden blandt samarbejdspartnere, da personaleudskiftning, organisatoriske ændringer og fremkomsten af nye tilbud kan betyde, at indsatsere hurtigt mister deres plads i bevidstheden. Når indsatsere ikke længere fremstår tydelige i landskabet af tilbud, kan det føre til faldende brug eller til, at de opfattes som mindre relevante, selvom behovet fortsat er til stede.

Centrale indsigter

Tilgængelighed og synlighed

- Tilgængelighed som grundlæggende forudsætning – Hjælp opleves kun som virkningsfuld, når den er nemt og hurtigt tilgængelig for borgere og pårørende.
- Hurtig respons afgørende – Adgang inden for få timer kan forhindre forværring; døgnåbne funktioner og telefonlinjer skaber tryghed og tillid.
- Kendte kontaktveje og klare opfølgingsaftaler – Øger borgerens oplevelse af sammenhæng og kontinuitet i indsatsen.
- Lavtærskeltilbud fungerer særligt godt – Direkte adgang uden visitation gør det lettere og mindre stigmatiserende at søge hjælp tidligt.
- Nærhed og opsøgende funktioner – Tilbud i nærområdet eller med hjemmebesøg reducerer barrierer og øger tilgængelighed.
- Fleksibilitet i indsatsen – Variation i intensitet (telefonisk kontakt, hjemmebesøg, midlertidige døgnophold) gør det muligt at matche borgerens aktuelle behov.
- Ambulante døgnpladser som bro – Kombinerer aflastning og kontinuitet og styrker overgangen mellem akutte og hverdagsorienterede indsatser.
- Pårørende som adgangsvej – Når pårørende også kan kontakte og få rådgivning, styrkes tidlig indsats og opsporing.
- Tværsektorielle strukturer – Effektiv tilgængelighed kræver klare aftaler, fælles retningslinjer og samarbejdsfora mellem region og kommune.
- 'No wrong door'-princip – Forudsætter organisatorisk opbakning, fælles kultur og ledelsesmæssig prioritering for at fungere i praksis.
- Synlighed som forudsætning for brug – Kendskab til tilbuddet blandt borgere og samarbejdspartnere er afgørende for, at indsatsen anvendes.
- Lokalt kendskab og netværk styrker brugen – Indsatser med stærke lokale relationer opleves som mere anvendt og integreret.
- Synlighed kræver vedvarende indsats – Personaleflow, nye tilbud og organisatoriske ændringer betyder, at kendskabet skal vedligeholdes løbende.
- Manglende synlighed svækker legitimitet – Lav brug eller begrænset kendskab underminerer indsatsens rolle og oplevede relevans i systemet.

8.4 Nærmiljø og geografi

Dette tema belyser, hvordan nærmiljø og geografiske forhold opleves at påvirke tilrettelæggelsen af de akutte indsatser. Det sætter fokus på betydningen af hverdagsnære rammer, fysiske omgivelser og lokal placering for borgernes oplevelse af tryghed, tilgængelighed og sammenhæng i hjælpen.

Hverdagsnære Rammer og Fysiske Miljøer

Hverdagsnære rammer beskrives i indsatserne som et bevidst valg af både fysiske, sociale og organisatoriske forhold, der adskiller sig fra traditionelle institutionelle miljøer. De er kendetegnet ved genkendelighed, ro og mulighed for privatliv og understøtter borgerens oplevelse af værdighed, tryghed og normalitet i akutte situationer.

En væsentlig erfaring knytter sig til den fysiske indretning af døgn- og akuttilbud. Mange indsatser fremhæver betydningen af små enheder med eget værelse og bad samt adgang til fælles køkken og opholdsrum. Dette giver borgeren mulighed for at fastholde rutiner som madlavning, søvn og måltider i et miljø, der minder om hverdagen. Kombinationen af private rum til tilbagetrækning og fællesarealer til samvær skaber en balance mellem privathed og fællesskab, som beskrives som tryghedsskabende og aflastende i krisesituationer.

Hverdagsnærhed handler ikke alene om indretning. Forudsigelige rutiner, ro og kravsnedsættelse fremhæves som lige så vigtige. En tydelig dagsstruktur kombineret med en imødekommende og respektfuld tone skaber overskuelighed og reducerer uro. Personalets tilstedeværelse knyttes tæt til omsorg og relationsarbejde, hvilket understøtter, at borgeren kan genvinde handlekraft og stabilitet.

Placeringen af indsatser i nærmiljøet bidrager yderligere til at styrke oplevelsen af hjemlighed. Opsøgende funktioner, fleksible boligløsninger og tilbud, der tager udgangspunkt i hverdagslivet, reducerer barrierer for at modtage hjælp og gør støtten mindre stigmatiserende. Når hjælpen ydes i borgerens eget hjem eller i lokalområdet, opleves den som mindre indgribende og mere respektfuld, fordi borgeren bevarer kontrol over rammen for kontakten.

Hverdagsnære rammer rummer også en sproglig og symbolsk dimension. Flere erfaringer viser, at navngivning og fortælling om et tilbud kan ændre måden, det opleves på. Som nævnt tidligere i dette kapitel, når indsatser betegnes som huse, væresteder eller boliger i stedet for klinikker eller afdelinger, fremstår de mindre grænseoverskridende og mere inkluderende. Dette understøtter en bevægelse væk fra institutionslogik og hen imod miljøer, der opleves som åbne fællesskaber.

Nærhed som bro Mellem Akutindsats og Hverdagsliv

Kortvarige ophold i boliglignende rammer beskrives som en vigtig bro mellem akut indsats og hverdagsmestring. Observationer og erfaringer fra opholdet føres videre til opfølgende kontakt, så stabilisering i krisen kan omsættes til længerevarende støtte. På denne måde bliver de hverdagsnære rammer ikke kun et midlertidigt tilflugtssted, men en integreret del af et samlet forløb.

Endelig understreges den sociale dimension. Væresteder og huse med lav adgangstærskel fungerer som hverdagslige mødesteder, hvor fælles måltider, praktiske opgaver og uformelle aktiviteter understøtter ejerskab og samhørighed. Denne normalitet bidrager til, at indsatsen opleves som respektfuld, inkluderende og forankret i et livsperspektiv.

Geografi, Afstand og Organisering

Men nærmiljøets muligheder og begrænsninger knytter sig også tæt til den geografiske placering af den enkelte indsats, og et gennemgående tema i undersøgelsen er således, at indsatsernes geografiske placering og befolkningstæthed har stor betydning for, hvordan

tilbuddene kan organiseres, og hvilke muligheder men også udfordringer der opstår i praksis. Geografi handler her både om fysisk afstand, transportmuligheder og tilgængeligheden af faglige ressourcer, og variationen mellem by- og landområder er markant.

I indsatser med en mere tæt geografi, beskrives det, hvordan nærhed mellem borgere, hospitaler og kommunale tilbud giver mulighed for hurtige reaktioner og høj intensitet. Her viser erfaringerne, at den tætte struktur gør det muligt at nå mange borgere på én dag, og at udekørende medarbejdere derfor kan reagere fleksibelt og dynamisk. Men samtidig opleves det, at den høje befolkningstæthed skaber et konstant pres, hvor efterspørgslen til tider kan opleves at udfordre kapaciteten, og hvor teamet derfor må arbejde mere reaktivt end opsøgende. Tæt geografi bliver dermed både en fordel og en udfordring: Det muliggør hurtig indsats, men skaber også et massivt flow, der potentielt kan udhule kvaliteten og intensiteten i de enkelte forløb.

I indsatsområder med mere spredt geografi oplever man andre udfordringer. Her opleves der i visse situationer at kunne være længere mellem nogle borgere og relevante indsatser, og transport og logistik bliver i sig selv en barriere. I visse indsatser har man måttet transportere borgere mellem to lokationer for at få en overnatning, hvilket for en borger i krise kan opleves som utrygt og uhensigtsmæssigt. I nogle kommuner fremhæves det direkte, at borgere havde svært ved at nå tilbuddene, fordi infrastrukturen og den kollektive trafik er utilstrækkelig. Lokalteter, der ikke er centralt placeret, blev således oplevet at blive brugt i mindre grad, selvom behovet var til stede. Geografiske afstande bliver således her oplevet som en faktor, der kan begrænse reel tilgængelighed, selv når tilbuddene formelt set eksisterer. I forhold til indsatser med udekørende tilbud er det et gennemgående træk i materialet, at transporttid i sig selv udgør en ikke ubetydelig del af ressourceforbruget. Når teams dækker store geografiske områder, bruges en betydelig del af medarbejdernes arbejdstid på kørsel frem for kontakt med borgere. Det betyder, at indsatsens kapacitet reelt kan opleves at blive reduceret, og at færre borgere således kan nås på en dag. Flere steder beskrives det, hvordan dette må tænkes ind i vagtplanlægningen som en uundgåelig faktor, der former teamets samlede effektivitet. Transporttid er dermed ikke blot en praktisk udfordring, men en strukturel rammebetingelse, der former indsatsens muligheder og begrænsninger.

På tværs af alle kommunetyper ses også, at geografi påvirker fordelingen af kompetencer og ressourcer. I større bykommuner opleves det, at specialiserede funktioner nemmere kan samles og udnyttes effektivt, mens mindre og mere spredt bebyggede kommuner oplever at måtte brede de samme kompetencer ud over større områder. Hvor en større kommune kan have et specialiseret akutteam på gaden hver dag, oplever mindre kommuner i større grad at måtte prioritere mellem at dække akutte behov og at tilbyde forebyggende indsatser, simpelthen fordi ressourcerne ikke kan række til begge dele i hele kommunen på én gang.

Materialet peger også på, at geografiske udfordringer ikke kun handler om forskelle mellem by- og landområder. Inden for samme optageområde erfares det, at borgere tæt på indsatsens centre opleves at have lettere adgang til fleksible og hyppige besøg, mens borgere i yderområder modsat opleves at have mere sporadisk kontakt. Denne ulighed kan betyde, at to borgere i samme indsats kan opleve markant forskellig kvalitet og tilgængelighed, alene på grund af deres bopæl. Set fra de enkelte indsatsers perspektiv opleves det at kunne give anledning til dilemmaer i forhold til prioritering. Geografi producerer således også forskelle internt i det enkelte lokale indsatsområde.

Samlet set opleves disse forskelle i geografi, at tværsektorielle indsatser ikke let lader sig kopiere én til én mellem kommuner, men må udvikles med udgangspunkt i lokale vilkår for afstand, transport og ressourcefordeling.

Centrale indsigter

Nærmiljø og geografi

- Hverdagsnære rammer som bevidst valg – Små, rolige og genkendelige miljøer skaber tryghed og værdighed og adskiller sig fra institutionelle omgivelser.
- Betydningen af fysisk indretning – Eget værelse, bad og fællesarealer giver balance mellem privathed og fællesskab og understøtter stabilisering i krisituationer.
- Struktur og kravsnedsættelse – Forudsigelige rutiner, ro og respektfuld kommunikation skaber overskuelighed og reducerer uro.
- Personalets nærvær og relationsarbejde – Opleves som centralt for at genskabe handlekraft, tillid og stabilitet hos borgeren.
- Placering i nærmiljøet øger tilgængelighed – Hjælp i borgerens eget hjem eller nærområde opleves som mindre stigmatiserende og mere respektfuld.
- Sprog og symbolik påvirker oplevelsen – Når tilbud omtales som huse eller væresteder frem for klinikker, opleves de som mere åbne og inkluderende.
- Kortvarige ophold som overgangsbros – Boliglignende ophold understøtter overgangen fra akut krise til hverdagsmestring og kontinuerlig støtte.
- Hverdagsnære fællesskaber styrker ejerskab – Fælles måltider, praktiske aktiviteter og samvær fremmer inklusion og samhørighed.
- Geografi som strukturel rammebetingelse – Fysisk afstand, transport og befolkningstæthed former både muligheder og begrænsninger i indsatsen.
- Byområder: tæthed og pres – Nærhed mellem tilbud muliggør hurtige reaktioner, men høj efterspørgsel kan udfordre kvalitet og kapacitet.
- Landområder: afstand og logistik – Lange afstande og begrænset infrastruktur agerer barriere for reel adgang og gør transport til en væsentlig tids- og ressourcefaktor.
- Ulighed i adgang inden for samme område – Borgere tæt på indsatsens center oplever lettere adgang end borgere i yderområder.
- Ressource- og kompetencefordeling varierer – Større kommuner kan specialisere, mens mindre kommuner må prioritere mellem akut- og forebyggelsesopgaver.
- Geografisk placering påvirker brug og legitimitet – Centralt placerede tilbud anvendes mere og opleves som mere synlige og relevante.
- Behov for lokal tilpasning af modeller – Tværsektorielle indsatser kan ikke kopieres direkte mellem kommuner, men må udvikles ud fra lokale geografiske og ressourcemæssige vilkår.

8.5 Værdighed, relation og kontinuitet

Dette tema belyser, hvordan værdighed, relationer og kontinuitet opleves at præge de akutte indsatser. Det sætter fokus på, hvordan tillid, respekt og sammenhæng i mødet mellem borgere og medarbejdere skabes og udfordres, både i de nære relationer og i de organisatoriske rammer, der skal sikre stabilitet over tid.

Værdighed, relationer og vedholdenhed

Værdighed træder frem som et bærende princip i indsatserne. Den opstår i mødet mellem relationelle, organisatoriske og kulturelle elementer, der gør det muligt for borgere at bevare respekt, selvstændighed og kontrol i en sårbar situation.

Kommunikation og samspil fremhæves som en anden dimension. Mange indsatsbeskrivelser understreger betydningen af aktiv lytning, åbenhed og respektfuld tone. Når borgerens perspektiver inddrages i dialogen, og beslutninger træffes i fællesskab, opleves mødet som trygt og legitimt. Denne ligeværdige kommunikation gør det muligt for borgeren at genvinde kontrol og handlekraft, selv i en akut krise, hvor autonomien ellers kan føles truet.

Relationel respekt kommer også til udtryk i medarbejdernes vedholdenhed. At blive fastholdt i relationen, selv når man trækker sig, beskrives som en måde at blive taget alvorligt på. Denne vedholdenhed bidrager til at forebygge isolation og styrker oplevelsen af at blive mødt som et menneske med ressourcer og værdi.

Fysiske og sociale rammer spiller en væsentlig rolle i at understøtte værdighed. Private rum, mulighed for tilbagetrækning og respekt for fortrolighed bidrager til at bevare selvstændighed og privatliv. Samtidig skaber fælles aktiviteter som måltider, praktiske gøremål og uformelle fællesskaber rammer, hvor borgeren kan indgå i hverdagslivets rytmer og genfinde sin identitet i en bredere sammenhæng. Denne normalisering styrker både selvrespekt og motivation for at deltage aktivt i forløbet og gør det lettere at opleve sig som deltager i et fællesskab frem for udelukkende som modtager af støtte.

Værdighed relateres også til overgange, hvor risikoen for brud er stor. Når medarbejdere følger tæt i forbindelse med indlæggelse, udskrivning eller skift til kommunale indsatser, opleves kontinuiteten som en anerkendelse af, at borgerens situation kræver stabilitet og respekt. Kendte kontaktpersoner og opfølgende samtaler nævnes som særligt betydningsfulde i disse faser.

Kultur og faglige værdier

Endelig peger erfaringerne på, at værdighed ikke kun er et spørgsmål om relationer eller rammer, men også om kultur. Når medarbejdere arbejder ud fra et fælles værdigrundlag, hvor respekt og anerkendelse vægtes på linje med faglig viden, opleves indsatserne som mere menneskelige. Supervision og kollegial sparring nævnes som redskaber til at fastholde denne kultur og sikre, at værdighed forbliver et bærende princip i praksis.

Kontinuitet som sammenhæng i forløb

Kontinuitet har en central betydning og dækker over den sammenhæng, der sikrer, at forløb ikke brydes, men opleves stabile over tid. Både relationer, strukturer og samarbejde på tværs spiller ind her.

Den relationelle dimension fremhæves særligt tydeligt. Tillid og stabilitet udvikles, når borgere møder de samme medarbejdere gentagne gange og oplever, at kontakten fastholdes. Vedholdenhed og opsøgende praksis beskrives som afgørende for, at relationen kan bevares, og for at isolation ikke forstærkes. Mange indsatser arbejder med små teams eller

makkerpar, som gør relationen robust på tværs af vagter, ferie og personaleudskiftning. Denne organisering reducerer behovet for gentagne genfortællinger og understøtter en oplevelse af kontinuitet i kontakten.

Kontinuitet handler samtidig om forudsigelighed og struktur. Faste aftaler, genkendelige kontaktpersoner og klare rammer fremhæves som en væsentlig støtte i hverdagen. Denne stabilitet gør det lettere for borgeren at tage imod hjælp og opleves som en anerkendelse af deres situation og ressourcer. Flere indsatsbeskrivelser viser, at kontinuitet i relationerne understøtter værdighed, idet borgeren mødes som et menneske med en helhedsorienteret forståelse af situation og behov.

På tværs af indsatserne beskrives også betydningen af sammenhæng mellem akutte og længerevarende tilbud. Observationer, erfaringer og mål fra kortvarige døgnophold eller intensive forløb føres systematisk videre til opfølgende støtte, så borgeren ikke oplever at starte forfra. Kortvarige ophold, der bindes direkte til kommunal eller anden opfølgende støtte, omtales som en praktisk måde at skabe bro mellem akut stabilisering og hverdagsmestring. Kontinuitet opstår her gennem helhedstænkning, hvor forskellige elementer af indsatsen forbindes i en samlet proces.

En anden dimension er fleksibilitet i mødeform og kontekst. Opsøgende hjemmebesøg, møder i nærmiljøet og lavtærskelkontaktveje som telefonisk opfølgning gør det muligt at fastholde relationen på tværs af skiftende faser. Flere beskrivelser fremhæver, at kortvarige telefoniske forløb efter afslutning kan være tilstrækkelige til at skabe tryghed og forebygge tilbageskud. Denne fleksibilitet betyder, at kontinuitet ikke kun knytter sig til intensiteten af indsatsen, men til en vedholdende tilstedeværelse, der tilpasser sig borgerens behov.

Kontinuitet er også et systemisk anliggende. Erfaringerne viser, at stabilitet styrkes, når region og kommune har klare samarbejdsaftaler, fælles planlægning og tydelig ansvarsfordeling i overgangene mellem indlæggelse, udskrivning og kommunale tilbud. Tværgående møder og etablerede kontaktholder nævnes som redskaber, der mindsker risikoen for brud. Det fremhæves samtidig, at kontinuitet kræver en kultur, hvor samarbejde på tværs prioriteres på linje med øvrige kerneopgaver, og hvor fælles faglige rammer, herunder supervision, kollegial sparring og teamorganisering, understøtter vedholdenhed i praksis.

Kontinuitet og varighed

Endelig peger erfaringerne på varighed som en dimension af kontinuitet. Når relationer kan fastholdes over måneder eller år, opleves forløbene som mere stabile og respektfulde, særligt for borgere med komplekse eller gentagne behov. Kontinuitet rækker derfor ud over den professionelle kontakt alene og omfatter også støtte til at fastholde og styrke netværk i familie, vennekreds og lokalsamfund. Dermed bliver kontinuitet et bredt princip, der samler relationelle, organisatoriske og systemiske elementer og skaber en helhedsorienteret oplevelse af stabilitet i borgerens liv.

Men samtidig vidner erfaringerne fra indsatserne om, at kontinuiteten kan udfordres af flere faktorer, hvoraf personafhængighed og relation er tilbagevendende faktorer i indsatsbeskrivelserne. Relationelle kompetencer fremhæves som helt afgørende for at skabe tillid, motivation og kontinuitet i samarbejdet med borgere, som ofte har komplekse og langvarige problemstillinger. Samtidig beskrives det, at netop denne styrke også kan udvikle sig til en sårbarhed, når indsatser bliver for tæt knyttet til enkeltpersoner.

Når samarbejdet i høj grad hviler på personlige relationer og nøglepersoner, bliver indsatsen afhængig af de enkelte medarbejdere. Hvis personer skifter job eller forsvinder ud af samarbejdet, kan det skabe brud i kontinuiteten og betyde, at relationer, tillid, vigtig viden og erfaring går tabt. Dette indbefatter blandt andet det at have koordinerende funktion, en særlig faglig viden eller en medarbejder, som gennem længere tid har opbygget en stærk relation til borgerne. Når indsatsen på denne måde bliver personbåren, betyder det, at kontinuiteten

er sårbar. Ved sygdom, fravær eller jobskifte kan borgere opleve brud i deres forløb, og den samlede indsats risikerer at miste viden og fremdrift.

Kontinuitet og tværsektorielt kendskab

Flere steder peges der på, at relationelt kendskab mellem sektorer er afgørende for at undgå misforståelser, men netop derfor også vanskeligt at erstatte, når der sker udskiftninger.

Derudover nævnes det, at meget af den daglige koordinering sker uformelt, fx gennem hurtige samtaler eller direkte kontakt mellem medarbejdere. Det giver fleksibilitet, men betyder også, at viden og beslutninger ikke altid dokumenteres eller forankres systematisk. Det beskrives således, at viden og praksis i nogen grad lever i hovederne på få medarbejdere snarere end i fælles procedurer eller systemer. Dette gør indsatserne effektive, så længe nøglepersonerne er til stede, men vanskeliggør overdragelse og fastholdelse af erfaringer. Når relationer og viden ikke er tilstrækkeligt forankret i strukturer, kan det skabe uens praksis og usikkerhed hos de øvrige samarbejdspartnere. Dermed opleves personbårne indsatser, hvor arbejdsprocesser og samarbejde fungerer godt, at være gunstige – dog kun så længe de rette personer er til stede – men bliver skrøbelige, hvis relationerne brydes.

Flere indsatsbeskrivelser peger på, at den relationelle tilgang kan skabe rolleglidning. Når indsatsen er afhængig af den enkeltes relationelle kompetencer, kan der opstå gråzoner mellem, hvad der er en personlig støtte, og hvad der er en faglig, systematisk indsats. Det kan styrke borgerens oplevelse af nærhed, men risikerer også at undergrave den faglige konsistens, hvis ikke det fastholdes i et fælles sprog og en fælles ramme.

Centrale indsigter

Værdighed, relation og kontinuitet

- Værdighed som bærende princip – Indsatserne vinder ved at lægge vægt på at bevare borgerens respekt, selvstændighed og kontrol, også i akutte og sårbare situationer.
- Ligeværdig og respektfuld kommunikation – Aktiv lytning og fælles beslutninger skaber tryghed, tillid og oplevet legitimitet i mødet med systemet.
- Vedholdenhed i relationen – Når medarbejdere fastholder kontakten, også når borgeren trækker sig, opleves det som respekt og anerkendelse.
- Fysiske og sociale rammer understøtter værdighed – Private rum og fælles aktiviteter giver balance mellem privathed og deltagelse i hverdagsliv.
- Normalisering gennem hverdagsaktiviteter – Fælles måltider, gøremål og uformelle fællesskaber styrker selvrespekt og motivation.
- Værdighed i overgangene – Kontinuerlig støtte ved indlæggelse, udskrivning og overgange til kommunale tilbud mindsker brud og understøtter stabilitet.
- Fælles værdigrundlag og kultur – Når respekt og anerkendelse vægtes på linje med faglighed, opleves indsatsen som mere menneskelig og bæredygtig.
- Supervision og kollegial sparring – Nævnes som centrale redskaber til at fastholde værdighedskulturen i praksis.
- Kontinuitet som sammenhæng og stabilitet – Skabes gennem vedvarende relationer, genkendelige kontaktpersoner og klare strukturer.
- Små teams og makkerpar – Giver robusthed i relationer, reducerer behov for gentagne genfortællinger og skaber kontinuitet trods personaleudskiftning.
- Forudsigelighed og faste aftaler – Opleves som tryghedsskabende og en anerkendelse af borgerens behov og ressourcer.
- Sammenhæng mellem akutte og længerevarende forløb – Erfaringer og mål føres videre til opfølgning, så borgeren ikke oplever at starte forfra.
- Fleksibel kontakt og opsøgende praksis – Telefonisk opfølgning, hjemmebesøg og lavtærskelkontaktveje styrker kontinuitet og forebygger tilbagefald.
- Tværsektoriel kontinuitet – Kræver klare aftaler, fælles planlægning og tydelig ansvarsfordeling mellem region og kommune.
- Sårbarhed ved personafhængighed – Når indsatsen hviler på nøglepersoner, bliver kontinuiteten skrøbelig ved fravær, jobskifte eller sygdom.
- Manglende strukturel forankring af viden – Meget viden bæres uformelt mellem medarbejdere, hvilket gør praksis effektiv, men sårbar ved udskiftninger.
- Risiko for rolleglidning – Den relationelle tilgang kan skabe gråzoner mellem personlig støtte og faglig indsats, hvis ikke fælles rammer fastholdes.
- Helhedsorienteret kontinuitet – Omfatter ikke kun professionelle relationer.

8.6 Selvbestemmelse som et aktiv

Dette tema viser, hvordan selvbestemmelse opleves som et aktiv i de akutte indsatser. Det belyser, hvordan borgernes indflydelse, valg og handlefrihed opleves at kunne understøttes gennem fleksible rammer, dialog og recovery-orienterede tilgange, der ses at give mulighed for medbestemmelse og ejerskab i eget forløb.

Selvbestemmelse og fleksibilitet

At styrke borgernes selvbestemmelse er et gennemgående træk på tværs af indsatserne. Når borgerens egne mål og ressourcer er styrende, opleves forløbene som meningsfulde og respektfulde, samtidig med at motivation og ejerskab styrkes. Selvbestemmelse forstås her som reel indflydelse på indhold, tempo og rammer i indsatsen.

Selvbestemmelse kommer til udtryk gennem fleksibilitet og individuel tilpasning. Indsatserne beskrives som mest virkningsfulde, når borgeren kan vælge mellem forskellige kontaktformer som telefon, hjemmebesøg eller fremmøde og afprøve støtteformer, der efterfølgende justeres i dialog med medarbejderne. Flere beskrivelser fremhæver også betydningen af, at borgere kan trække sig fra et forløb og senere vende tilbage uden at miste adgangen. Denne mulighed understøtter oplevelsen af kontrol og handlefrihed og gør det lettere at søge hjælp igen på et tidligt tidspunkt.

Selvbestemmelse forbindes tæt med recovery-orienterede tilgange, hvor fokus flyttes fra behandling alene til mestring af hverdagslivet. Hjælp til selvhjælp og brug af peer-støtte fremhæves som måder at styrke borgernes tro på egne evner og deres ret til at træffe valg. Brugerstyrede pladser nævnes som et særligt eksempel på, hvordan beslutningskompetence kan flyttes fra systemet til borgeren, hvilket giver direkte handlemuligheder og oplevelsen af kontrol over eget forløb.

Et andet centralt aspekt er balancen mellem selvbestemmelse og fagligt ansvar. Erfaringerne viser, at medarbejdere spiller en central rolle i at støtte borgeren i at træffe beslutninger, der både er realistiske og bæredygtige i forhold til den aktuelle situation, samtidig med at borgernes ønsker respekteres. Denne balance opleves at kræve tydelig kommunikation, løbende dialog og i mange tilfælde inddragelse af pårørende, så borgerens stemme høres, uden at det professionelle ansvar tilsidesættes.

Kontekst, lokal forankring og fælles processer

Selvbestemmelse understøttes også af konteksten. Når hjælpen gives i hjemmet eller i nærområdet, opleves den som mindre indgribende og mere respektfuld, fordi borgeren bevarer kontrol over rammen for kontakten. Den lokale forankring reducerer samtidig oplevelsen af stigmatisering.

Endelig beskrives selvbestemmelse som noget, der også kan forankres i kollektive processer. Netværksmøder og dialogbaserede tilgange fremhæves som måder at sikre, at borgerens ønsker fastholdes som styrende princip i planlægning og koordinering, og at både netværk og fagpersoner arbejder sammen om at holde borgerens perspektiv i centrum.

Centrale indsigter

Selvbestemmelse som et aktiv

- Selvbestemmelse som bærende princip – Indsatserne opleves som mest meningsfulde, når borgerens egne mål, ønsker og ressourcer er styrende for forløbet.
- Individuel tilpasning og fleksibilitet – Mulighed for at vælge kontaktform (telefon, hjemmebesøg, fremmøde) og tilpasse støtte løbende opleves at styrke ejerskab og motivation.
- Ret til at træde ind og ud af forløb – Når borgere kan pause og genoptage kontakt uden at miste adgang, øges oplevelsen af kontrol og tillid.
- Recovery-orienteret tilgang – Fokus på mestring af hverdagsliv frem for behandling alene opleves at fremme handlekraft og håb.
- Peer-støtte og hjælp til selvhjælp – Brug af ligestillede og erfaringseksperter opleves at styrke troen på egne evner og oplevelsen af lighed.
- Brugerstyrede pladser – Et konkret redskab, hvor beslutningskompetence flyttes til borgeren og giver direkte indflydelse på forløbet.
- Balancen mellem selvbestemmelse og fagligt ansvar – Kræver tydelig dialog og støtte til realistiske valg uden at kompromittere professionel vurdering.
- Kontekst og lokal forankring – Hjælp i hjemmet eller nærområdet opleves som mere respektfuld og mindre stigmatiserende.
- Involvering af netværk og pårørende – Understøtter beslutninger og sikrer, at borgerens stemme fastholdes som styrende princip i indsatsen.
- Kollektiv forankring af selvbestemmelse – Netværksmøder og dialogbaserede processer sikrer, at borgerens perspektiv fastholdes i planlægning og koordinering.

8.7 Pårørendeinddragelse

Dette tema behandler, hvordan inddragelse af pårørende og netværk opleves som del af de akutte indsatser. Det viser, hvordan relationer omkring borgeren opleves at skabe tryghed, sammenhæng og forebyggelse, når samarbejdet bygger på klare rammer, samtykke og gensidig respekt.

Inddragelse af pårørende og netværk fremstår som en grundlæggende kvalitet i de akutpsykiatriske indsatser. Den systematiske aktivering af relationer omkring borgeren opleves at bidrage til tryghed, sammenhæng og forebyggelse, når rammerne er tydelige, og samtykke respekteres.

Pårørendes rolle og behov

Beskrivelserne fremhæver, at pårørende spiller en særlig rolle i akutte situationer. De kan skabe ro, formidle viden om borgerens behov og fastholde kontakten til systemet, når borgeren selv tøver med at række ud. Deres deltagelse i møder, opfølgning og hverdagsnære aktiviteter giver ofte borgeren en oplevelse af støtte og legitimitet i forløbet. Samtidig understreges det, at pårørende selv har brug for støtte og information for at kunne bidrage bæredygtigt og undgå overbelastning. Flere indsatser peger på, at pårørendes egne behov bør anerkendes eksplicit, herunder behovet for aflastning, vejledning og adgang til rådgivning, så de kan fortsætte som støtte på en måde, der samtidig værner om deres egen trivsel. Dette gælder også børn og unge, der i nogle indsatser eksplicit anerkendes som pårørende med egne behov.

Inddragelsen realiseres gennem forskellige former. Netværksmøder og dialogbaserede tilgange, ofte inspireret af Åben Dialog, bruges til at samle både private og professionelle aktører omkring borgeren og skabe en fælles plan. Denne praksis fremhæves som forebyggende, fordi tidlige signaler lettere opfanges, og risikoen for forværring og brug af tvang reduceres. Andre indsatser lægger vægt på praktiske og relationelle former for støtte, hvor medarbejdere hjælper med at genetablere kontakt til familie eller faciliterer familiesamtaler. Fælles for disse erfaringer er, at inddragelsen fungerer som en bro, der forbinder akutte indsatser med hverdagsmestring og længerevarende støtte.

Broer og rammer for samarbejde

Pårørendeinddragelse har også en tydelig brobyggende funktion i overgange mellem sektorer. Når pårørende deltager i udskrivningsmøder eller i koordinering mellem regionale og kommunale tilbud, styrkes kontinuiteten, og risikoen for brud i forløbet mindskes. Pårørende kan her fungere som bindeled, der fastholder viden og sikrer, at støtteforløb hænger sammen på tværs af organisatoriske grænser.

Enkel adgang for pårørende beskrives som en særlig styrke. Når telefonlinjer og åbne rådgivninger også er rettet mod netværket, øges sandsynligheden for, at hjælp mobiliseres tidligt, især i situationer, hvor borgeren selv er tilbageholdende. Dermed bliver pårørendeinddragelse ikke kun en aktivitet inde i et igangværende forløb, men også en indgang til systemet.

Flere indsatser fremhæver, at pårørendeinddragelse styrkes, når den er forankret i faste rammer. Klare procedurer for samtykke, tydelige retningslinjer for samarbejde og en kultur, hvor pårørende ses som en ressource, skaber legitimitet og understøtter, at både borgere og pårørende mødes som aktive parter i forløbet.

Centrale indsigter

Pårørendeinddragelse

- Pårørendeinddragelse som fundament – Inddragelse af netværk og familie ses som en grundlæggende forudsætning for tryghed, sammenhæng og forebyggelse i akutpsykiatriske indsatser.
- Pårørende som stabiliserende faktor i akutte situationer – Pårørende opleves at bidrage med ro, kendskab til borgerens behov og fastholder kontakt til systemet, når borgeren selv ikke magter det.
- Støtte til pårørende som selvstændig opgave – Pårørende har egne behov for information, rådgivning og aflastning for at kunne støtte bæredygtigt.
- Børn og unge som pårørende – Fremhæves som en gruppe med særlige behov, der kræver anerkendelse og målrettet støtte.
- Dialogbaserede og netværksorienterede tilgange – Metoder som Åben Dialog opleves med fordel at kunne bruges til at samle både professionelle og private aktører i fælles planlægning og forebyggelse.
- Bro mellem akut og hverdagsstøtte – Pårørendeinddragelse opleves at styrke overgangen fra akut indsats til længerevarende støtte og hjælper med at fastholde relationer.
- Sektorovergange styrkes gennem inddragelse – Pårørende opleves at fungere som bindeled ved udskrivning og koordinering mellem region og kommune, hvilket mindsker risiko for brud.
- Enkel adgang for pårørende – Åbne telefonlinjer og rådgivningstilbud for netværket opleves at muliggøre tidlig indsats og opsporing af kriser.
- Klar rammesætning og samtykke – Tydelige procedurer og retningslinjer for samarbejde sikrer legitimitet og beskytter både borgerens og pårørendes rettigheder.
- Kulturændring i synet på pårørende – Indsatser lykkes bedst, når pårørende ses som en aktiv ressource og ligeværdig samarbejdspartner i forløbet.

8.8 Usikker forankring – Projekt eller drift

Dette tema tager afsæt i de erfaringer, der beskriver overgangen mellem projekt og drift som et centralt vilkår for de tværsektorielle indsatser. Det undersøger, hvordan midlertidige finansieringsformer, organisatoriske rammer og driftslogikker i praksis opleves at påvirke mulighederne for at fastholde udvikling, kontinuitet og bæredygtighed over tid.

Midlertidighed og usikkerhed

Et gennemgående tema i beskrivelserne af de tværsektorielle indsatser er spændingsfeltet mellem midlertidige projektmidler og varig forankring i drift. Mange indsatser er opstået på baggrund af puljer, fondsmidler eller tidsbegrænsede udviklingsprogrammer, hvilket har medført opstart og afprøvning af nye samarbejdsformer. Projektstatus giver fleksibilitet til at afprøve nye metoder og skabe innovative løsninger, men det fremhæves også, at denne midlertidighed i sig selv skaber usikkerhed. Når projektperioden udløber, opleves det ofte at blive uklart, hvordan indsatsen kan fortsætte, og om der er politisk eller økonomisk opbakning til at gøre den til en del af den faste drift. Når projektperioden udløber, opstår desuden vanskeligheder ved at fastholde samme intensitet og dækning. Flere steder beskrives det, hvordan en indsats under projektperioden kunne tilbyde bred tilgængelighed, eksempelvis alle ugens dage, men at driften efterfølgende måtte reduceres, så tilstedeværelsen blev mere begrænset. Dette skaber en oplevelse af, at netop de tidspunkter med størst behov ikke længere kan imødekommes.

Flere beskrivelser peger på, at medarbejdere og samarbejdspartnere oplever denne usikkerhed som hæmmende. Det kan være vanskeligt at planlægge langsigtet, når man ikke ved, om en indsats består om få år, og det kan svække både motivation og rekruttering. For borgere kan det skabe utryghed, når tilbud, de oplever som meningsfulde, risikerer at lukke, fordi finansieringen ophører. Dermed bliver projektstatus ikke kun en organisatorisk ramme, men en reel barriere for kontinuitet og tillid i samarbejdet.

Omvendt fremhæves det, at indsatser, som er en del af den faste drift, møder andre typer udfordringer. Her er problemstillingen mindre knyttet til økonomisk bæredygtighed og mere til balancen mellem drift og udvikling. Når indsatser indgår i de eksisterende strukturer, kan de risikere at blive presset mellem daglige driftsopgaver og forventninger om at levere nye udviklingselementer. Dette kan føre til prioriteringsdilemmaer, hvor akutte opgaver og stabil drift vinder over længerevarende udvikling og metodeafprøvning.

Implementering og rammebetingelser

Et andet tilbagevendende problem er, at projekter nogle gange implementeres for hurtigt, uden at nødvendige rammer, kompetencer eller procedurer er fuldt på plads. I sådanne tilfælde bliver driften sat i gang, mens man stadig mangler uddannelse, fysiske faciliteter eller klare arbejdsgange. Overgangen opleves her som at "bygge vejen, mens man kører på den", hvilket skaber usikkerhed for både medarbejdere og borgere.

Centrale indsigter

Usikker forankring: Projekt eller drift

- Midlertidighed som grundlæggende udfordring – Mange indsatser bygger på tidsbegrænsede projekt- eller puljemidler, hvilket skaber usikkerhed om fremtiden.
- Projektstatus giver både frihed og sårbarhed – Flexibiliteten til innovation balanceres mod risikoen for, at resultater ikke forankres varigt.
- Uvished ved projektophør – Uklarhed om politisk og økonomisk opbakning gør det svært at fastholde indsatsens kontinuitet efter projektperioden.
- Reduceret tilgængelighed efter projektfasen – Overgang til drift fører ofte til nedskalering af åbningstider og bemanning, hvilket svækker dækning på kritiske tidspunkter.
- Planlægnings- og rekrutteringsudfordringer – Usikker fremtid hæmmer langsigtet planlægning og skaber lavere motivation og fastholdelse blandt medarbejdere.
- Borgernes oplevelse af utryghed – Når meningsfulde tilbud risikerer at lukke, påvirker det tillid, stabilitet og kontinuitet negativt.
- Driftsindsatser udfordres af udviklingspres – Varigt forankrede tilbud balancerer mellem daglig drift og forventninger om innovation, hvilket kan skabe prioriteringsdilemmaer.
- Risiko for "implementering undervejs" – Nogle projekter igangsættes uden tilstrækkelige rammer, uddannelse eller arbejdsgange, hvilket skaber usikkerhed og stress i driften.
- Behov for klare overgangsstrategier – Manglen på planer for, hvordan projekter skal overgå til drift, svækker sammenhængen og udbyttet af erfaringerne.
- Langsigtet bæredygtighed kræver politisk og organisatorisk forankring – Varige strukturer, klare finansieringsmodeller og ledelsesmæssig prioritering er afgørende for stabilitet.

8.9 Visitation og henvisning

Temaet tager udgangspunkt i de erfaringer, der beskriver visitering og henvisning som et udfordrende element i de akutte indsatser. Det belyser, hvordan uklarhed om målgrupper, procedurer og kendskab mellem aktører i praksis opleves at påvirke adgangen til hjælp, og hvordan forskelle i organisering kan skabe ulighed i, hvem der får støtte, og hvornår den gives.

Uens rammer, utilstrækkeligt kendskab og uklare målgrupper

Visitation og henvisning fremstår som et tilbagevendende problemfelt i flere af beskrivelserne. Selvom der er bred enighed om, at tydelig visitering er afgørende for at sikre, at borgere får det rette tilbud, viser erfaringerne, at dette kan opleves vanskeligt at realisere i praksis. Nogle steder skabes ulighed, fordi rammerne for ophold eller forløb ikke er ensartede, hvilket betyder, at borgere kan opleve forskelsbehandling, afhængigt af hvor de visiteres. Andre steder peges der på, at kendskabet til tilbuddene blandt samarbejdspartnere er for lavt, hvilket resulterer i, at borgere ikke bliver henvist, selvom behovet er til stede.

Beskrivelserne peger desuden på, at selv når der er udviklet nye tilbud med klare formål, er det ikke givet, at de anvendes rigtigt eller til tiden. Et tilbagevendende problem er, at målgruppen ikke altid er tydeligt afgrænset. Når kriterierne er uklare, oplever medarbejdere, at borgere bliver henvist, selvom deres behov ikke matcher indsatsens rammer. Det kan skabe frustration og kan betyde, at ressourcer bruges på borgere, der egentlig skulle have haft et andet tilbud.

Henvisningsvejen kan også være usikker. Det nævnes, at samarbejdspartnere som praktiserende læger, sygehuse eller andre afdelinger i kommunen ikke altid har tilstrækkeligt kendskab til tilbuddene. Det betyder, at nogle borgere opleves slet ikke at blive henvist, eller at henvisningen sker sent i forløbet, hvor indsatsen ikke længere kan have samme effekt. For medarbejderne betyder det, at de må bruge ressourcer på at informere og minde samarbejdspartnere om indsatsen, for at den overhovedet bliver anvendt.

En anden udfordring handler om tempoet i visitationen. I flere indsatsbeskrivelser fremgår det, at sager trækker ud, når visitation skal igennem mange led, eller når der er uklare procedurer. Dette underminerer særligt de akutte og forebyggende tilbud, hvor hurtig adgang er afgørende for at undgå eskalering. Når borgeren først får adgang efter længere ventetid, mister indsatsen sin oprindelige funktion.

Begrænsninger i adgang

Der påpeges udfordringer i forhold til målgruppeafgrænsning. I flere indsatser beskrives det, at indsatserne ofte er målrettet snævre grupper eller har begrænset åbningstid, hvilket betyder, at borgere med behov uden for de definerede rammer ikke kan henvises videre. Samtidig kan komplekse forløb, hvor mange aktører er involveret, gøre visiteringsprocessen tung og fragmenteret. For de berørte borgere betyder det, at de kan falde mellem tilbud eller opleve at blive sendt frem og tilbage, mens indsatserne risikerer at stå med lav belægning trods et stort behov i målgruppen.

Omvendt oplever indsatser med selvvisitering eller åben adgang andre udfordringer. Her kan borgere uden for den tiltænkte målgruppe søge ind, hvilket skaber et ressourcepres og behov for, at medarbejderne hurtigt kan vurdere, hvem der reelt hører til i tilbuddet, og hvem der skal viderevisiteres.

Flere steder peges der på, at det kan være vanskeligt at afklare målgruppen præcist nok, hvilket betyder, at borgere bliver henvist til tilbud, som ikke altid matcher deres behov. Når kriterierne for visitation er uklare, skabes der frustrationer både hos samarbejdspartnere og hos de medarbejdere, der skal modtage borgeren. Det kan resultere i, at indsatserne bliver anvendt på måder, de ikke er designet til, og dermed mister noget af deres effekt.

Centrale indsigter

Visitering og henvisning

- Visitering som nøgle til rette tilbud – Tydelig og ensartet visitering er afgørende for, at borgere får den rette støtte på rette tidspunkt.
- Ulighed i adgang – Forskelle i visiteringsrammer og praksis mellem kommuner og indsatser skaber risiko for forskelsbehandling.
- Lavt kendskab blandt samarbejdspartnere – Praktiserende læger, sygehuse og kommunale afdelinger mangler ofte viden om tilbuddene, hvilket fører til manglende eller forsinket henvisning.
- Uklare målgrupper – Manglende præcision i, hvem tilbuddet er tiltænkt, skaber frustration og fører til fejlagtige eller uhensigtsmæssige henvisninger.
- Forkert brug af tilbud – Når kriterierne er uklare, bruges indsatserne til borgere, der ikke matcher rammen, hvilket mindsker effekt og udnytter ressourcer forkert.
- Langsomme eller tunge visiteringsprocesser – Flere led og uklare procedurer forlænger sagsbehandlingstiden og underminerer akutte og forebyggende formål.
- Ventetid udhuler effekten – Når adgangen forsinkes, kan borgerens situation forværres, og indsatsens oprindelige funktion tabes.
- Snævre målgrupper og begrænset åbningstid – Ekskluderer borgere med behov uden for rammen og kan føre til, at nogle falder mellem tilbud.
- Komplekse forløb skaber fragmentering – Mange aktører og uklare grænser gør visitering tung, og borgere kan opleve at blive sendt frem og tilbage.
- Selvvisitering giver andre udfordringer – Åben adgang øger tilgængeligheden, men kan belaste ressourcer, hvis borgere uden for målgruppen søger ind.
- Behov for hurtig vurderingskompetence – Medarbejdere i åbne tilbud skal kunne visitere hurtigt og præcist for at sikre rette placering.

8.10 Arbejdsmiljø

Temaet om arbejdsmiljø sætter fokus på de vilkår, der præger medarbejdernes hverdag i de tværsektorielle indsatser. Det handler om, hvordan krav, ansvar og samarbejde på tværs af systemer påvirker trivsel, stabilitet og muligheden for at skabe bæredygtige rammer omkring den akutte indsats.

Arbejdsmiljø fremstår som et tema, der flere steder træder frem i beskrivelserne af de tværsektorielle indsatser. Selvom fokus i materialet primært er på borgerrettede effekter og samarbejdsflader, er det tydeligt, at vilkårene for medarbejderne har stor betydning for, hvordan indsatserne fungerer i praksis.

Belastning og kompleksitet i arbejdet

En gennemgående udfordring handler om belastningen ved at arbejde i akutte og uforudsigelige situationer. Flere indsatser beskriver, at medarbejdere ofte står i komplekse vurderinger uden meget tid til forberedelse, hvilket kan skabe stress og oplevelse af utilstrækkelige rammer. Dette forstærkes, når tilbud er døgnåbne, og medarbejdere forventes at træffe selvstændige beslutninger med begrænset mulighed for sparring. Den høje grad af autonomi kan være en styrke, men opleves også som en arbejdsmiljømæssig udfordring.

Et andet gennemgående mønster er sårbarheden i små teams. Når få medarbejdere skal dække en bred opgaveportefølje, bliver fravær eller personaleudskiftning hurtigt mærkbart. Dette kan føre til øget arbejdspress og oplevelse af utilstrækkelighed. Samtidig beskrives det, at meget viden og erfaring kan være personbåren, hvilket forstærker presset, når nøglepersoner forsvinder. Hertil kommer, at store geografiske dækningsområder i nogle tilfælde betyder meget transporttid og brug af medarbejdernes egne biler. Dette kan opleves både som en fysisk belastning og som en økonomisk byrde, der påvirker arbejdsvilkårene negativt.

Krydspres, uklare roller og usikker forankring

Der peges også på, at uklare rollefordelinger mellem kommune og region kan skabe krydspres. Medarbejdere oplever at skulle navigere mellem forskellige forventninger og logikker, hvilket kan være en kilde til frustration og usikkerhed i hverdagen. Når ansvarsplaceringen ikke er tydelig, bliver det ofte den enkelte medarbejder, der står med dilemmaerne.

Et tilbagevendende problem er, at nogle tilbud er blevet sat i gang meget hurtigt, før de nødvendige rammer, retningslinjer eller uddannelse var på plads. Dette har skabt usikkerhed og ekstra pres for medarbejderne, som måtte håndtere komplekse opgaver uden at have klare procedurer at støtte sig til.

Endelig nævnes projektstatus og usikkerhed om fremtidig forankring som en faktor, der påvirker arbejdsmiljøet. Udfordringer ved indsatsers status som projekt (også beskrevet tidligere i dette kapitel) har også betydning for arbejdsmiljøet. Når en indsats er finansieret af midlertidige midler, oplever medarbejderne utryghed omkring deres funktion og fremtidige ansættelse. Dette kan svække motivationen og gøre det vanskeligt at planlægge langsigtet.

Centrale indsigter

Arbejds miljø

- Arbejds miljø som afgørende faktor for indsatsens kvalitet – Medarbejder-nes trivsel og vilkår påvirker direkte samarbejdet og borgerforløbenes kva-litet.
- Belastning ved akutte og uforudsigelige situationer – Højt tempo, kom-plekse vurderinger og begrænset forberedelsestid skaber stress og pres.
- Autonomi som både styrke og udfordring – Selvstændige beslutninger uden kontinuerlig sparring kan give frihed, men også øget ansvar og usik-kerhed.
- Sårbarhed i små teams – Få medarbejdere og bred opgaveportefølje gør indsatser skrøbelige ved sygdom, fravær eller udskiftning.
- Personbåren viden – Erfaring og nøglekompetencer er ofte knyttet til en-kelt personer, hvilket øger sårbarheden ved personaleændringer.
- Geografiske udfordringer for medarbejdere – Store dækningsområder og meget transporttid (ofte i egen bil) medfører fysisk og økonomisk belast-ning.
- Krydspres mellem kommune og region – Uklare rollefordelinger og forskel-lige logikker skaber frustration og usikkerhed i hverdagen.
- Manglende rammer og uddannelse ved opstart – Hurtige implementeringer uden klare procedurer eller træning øger stress og reducerer kvalitet.
- Projektstatus og ansættelses usikkerhed – Midlertidig finansiering skaber utryghed om fremtidige stillinger og svækker motivation og fastholdelse.
- Behov for strukturel støtte og supervision – For at håndtere belastningen og sikre kvalitet bør indsatser have faste rammer for sparring, opkvalifice-ring og kollegial støtte.

8.11 Samarbejde med øvrige aktører

Temaet belyser, hvordan samarbejdet med øvrige aktører herunder almen praksis, civilsamfund og politi præges af de samme kulturelle og strukturelle forskelligheder, som kendetegner relationer mellem region og kommuner. Forskelle i logikker, rammer og kendskab kan både skabe muligheder og barrierer for sammenhængende forløb. Erfaringer peger på, at samarbejdet ofte hviler på enkeltpersoners engagement og kan derfor være sårbart, men også på at relationel tillid og vedvarende kontakt har stor betydning for, at samarbejdet fungerer i praksis.

Forskellige logikker og manglende kendskab

På tværs af indsatserne beskrives samarbejdet med andre aktører som præget af gode intentioner, men også af forskelle i kultur og arbejdsformer. Aktørerne arbejder ud fra forskellige organisatoriske logikker, tidsrammer og vidensgrundlag, hvilket kan skabe uenighed om, hvordan en konkret situation bedst håndteres. Manglende kendskab til hinandens opgaver, mål og rammer betyder, at der ikke altid sker systematisk henvisning, selv når det kunne være relevant. Samarbejdet bliver dermed i høj grad afhængigt af lokale kontakter. Denne personafhængighed giver fleksibilitet, men også sårbarhed, når nøglepersoner forlader deres funktion, eller samarbejdet ikke vedligeholdes over tid.

Samarbejdet med almen praksis fremhæves som centralt, men bliver i visse situationer udfordret, når det bliver personafhængigt. Relationer er en afgørende faktor, og enkeltpersoners kendskab og engagement kan være en drivkraft for samarbejde. Flere beskrivelser peger på manglende fælles møder grundet eksempelvis tidspres eller manglende kendskab til de lokale indsatser, hvilket kan begrænse koordineringen og gøre samarbejdet mindre systematisk.

I samarbejdet med civilsamfund og andre lokale aktører peger erfaringerne på lignende udfordringer. Forskellige organisatoriske præmisser og ressourcer kan føre til misforståelser eller manglende sammenhæng, og relationerne bygger ofte på uformelle kontakter frem for tydelige aftaler. Erfaringerne viser, at dette gør samarbejdet skrøbeligt og at det kan være vanskeligt at opbygge langsigtede samarbejder, som matcher behovet hos borgere med komplekse problemstillinger.

Erfaringerne peger på, at samarbejdet med øvrige aktører fungerer bedst, når der skabes faste kontaktflader og kommunikationsveje. Formaliserede møder, vedvarende kontakter og gensidigt kendskab fremhæves som centrale forudsætninger for et stabilt samarbejde. Samtidig fremhæves det, at samarbejdet ofte præges af usikkerhed om varighed og kontinuitet.

Centrale indsigter

Samarbejde med øvrige aktører

- Samarbejde som nødvendighed og udfordring – Gode intentioner præger samarbejdet, men kulturelle og strukturelle forskelle skaber ofte barrierer.
- Forskellige logikker og tilgange – Uenighed om, hvordan situationer bedst håndteres, opstår, når aktører arbejder ud fra forskellige faglige perspektiver.
- Manglende kendskab som barriere – Svagt kendskab mellem aktører betyder, at borgere ikke altid henvises videre, selv når det ville være relevant.
- Samarbejdet med almen praksis er centralt, men skrøbeligt – Det afhænger ofte af enkeltpersoners engagement og kendskab, hvilket gør relationen personbåren.
- Manglende faste mødefora – Tidspres og manglende strukturer hindrer systematisk dialog og koordinering med almen praksis og øvrige aktører.
- Civilsamfundet som medspiller, men på usikre vilkår – Frivillige organisationer og foreninger bidrager væsentligt, men deres ressourcer og kontinuitet varierer.
- Uformelle kontakter skaber fleksibilitet – men også sårbarhed – Når samarbejdet bygger på personlige relationer frem for faste aftaler, bliver det ustabil ved udskiftninger.
- Kulturelle og organisatoriske forskelle – Forskellige måder at forstå opgaver, tempo og ansvar på skaber misforståelser og manglende sammenhæng.
- Mangel på langsigtede samarbejdsrammer – Det er svært at fastholde stabile samarbejder med aktører, der arbejder projektbaseret eller frivilligt.
- Usikkerhed om varighed og kontinuitet – Uklare rammer for samarbejdets fremtid svækker relationerne og gør det vanskeligt at planlægge fælles indsatser.

9 Opsamling af resultater

Erfaringerne fra de akutpsykiatriske indsatser giver et konkret indblik i, hvordan ambitionerne om det nære sundhedsvæsen kan omsættes til praksis. Empiriske erfaringer viser, at nærhed må ses som et flerdimensionelt princip, der omfatter geografiske, relationelle, organisatoriske, institutionelle, teknologiske og tidslige perspektiver.

Geografisk nærhed styrkes, når indsatser placeres tættere på borgernes hverdagsliv gennem sundhedshuse, døgnpladser eller mobile teams. Erfaringerne viser dog, at fysisk nærhed først skaber værdi, når den kombineres med relationel kvalitet og kontinuitet. Tryghed opstår, når borgere møder kendte medarbejdere og oplever, at kontakten fastholdes på tværs af skiftende indsatser.

Organisatorisk og institutionel nærhed fremhæves som afgørende i både praksis og policydokumenter. I politikker beskrives, hvordan udviklingen af det nære sundhedsvæsen kræver samarbejde på tværs af regioner, kommuner og almen praksis. TIDieR-materialet viser, at dette lykkes bedst gennem små teams, makkerpar og faste samarbejdsaftaler, der skaber sammenhæng i borgerens forløb. Når fælles introduktioner, supervision og sparring etableres, udvikles en kultur, hvor værdier som respekt, forebyggelse og hverdagsnær støtte vægtes lige så højt som faglig ekspertise.

Kognitiv nærhed, forstået som fælles mentale modeller, er en udfordring i tværsektorielt samarbejde, fordi regionale og kommunale aktører ofte anlægger forskellige perspektiver på, hvornår en situation er akut. Erfaringerne viser imidlertid, at forskelle i tradition og logik kan blive en styrke, når de bringes sammen i fælles praksisser som netværksmøder, tværgående døgnpladser og fælles forløbsplaner.

Den teknologiske dimension er politisk højt prioriteret, men i praksis endnu let forankret. TIDieR-materialet viser, at digitale løsninger primært anvendes som supplement, eksempelvis i form af døgntelefoner og enkelte telekontakter. Potentialet hæmmes af juridiske uklarheder og manglende dataflow på tværs af sektorer.

Tidslig nærhed fremstår som en central kvalitet i indsatserne. De er organiseret med fokus på hurtig tilgængelighed, tidlig opsporing og passende varighed, fordi de netop skal imødekomme akutte behov og forebygge eskalation. Empirien bidrager her med et bud på, hvordan tidslighed realiseres i praksis og viser, at uden rettidige indsatser mister både geografisk og organisatorisk nærhed sin betydning.

Samlet set viser kortlægningen, at det nære sundhedsvæsen ikke kan realiseres alene gennem strukturændringer eller lokal innovation. Transformationen kræver en kombination af klare nationale rammer og lokal forankring, hvor værdier som tilgængelighed, kontinuitet, selvbestemmelse og respekt omsættes til konkrete organisatoriske og relationelle praksisser.

På tværs af materialet tegner der sig en konsistent fortælling. Det nære sundhedsvæsen transformeres også nedefra, når dimensioner af nærhed bringes i spil, og når integration drives af relationer og ikke kun af struktur. Varig effekt kræver governance, der understøtter drift frem for projekter, kompetencestrategier, der muliggør hybridprofiler og opgaveglidning, og en operationaliseret lighedsforståelse med målrettede løsninger for specifikke grupper og geografier. Læring og skalering lykkes bedst, når en fælles læringsramme kobles med de allerede eksisterende relationelle netværk.

10 anbefalinger

Erfaringerne fra de akutpsykiatriske indsatser viser tydeligt, at udviklingen af det nære sundhedsvæsen er en kompleks, flerstrengt proces, hvor organisatoriske rammer, faglige traditioner og lokale samarbejds kulturer væves tæt sammen. Denne kortlægning har bidraget med et empirisk fundament, der belyser, hvordan ambitionerne realiseres i praksis, men også hvor barrierer og muligheder fortsat gør sig gældende.

I forlængelse heraf er det oplagt at formulere en række opmærksomhedspunkter og anbefalinger, som kan understøtte den videre udvikling. Dog er det et bevidst valg, at disse ikke præsenteres endeligt på nuværende tidspunkt. Formålet med den kommende workshop er netop at samle deltagernes erfaringer, faglige vurderinger og lokale perspektiver, så de endelige opmærksomhedspunkter forankres i praksis og afspejler de reelle vilkår, der gør sig gældende i hverdagen.

Det videre arbejde vil derfor fokusere på at kombinere den analytiske viden fra kortlægningen med den erfaringsbaserede viden fra praksisfeltet. På den måde kan anbefalingerne udvikles i et ligeværdigt samspil mellem forskning, praksis og politik og dermed skabe reelle forudsætninger for videre fremtidig udvikling og implementering.

Målet er ikke blot at beskrive det nære sundhedsvæsen, men at understøtte en fælles lærings- og udviklingsproces, hvor aktører på tværs af sektorer sammen identificerer, hvad der skal til for at skabe mere sammenhængende, fleksible og bæredygtige løsninger. De endelige opmærksomhedspunkter vil således blive præsenteret som en praksisinformeret syntese – udviklet i dialog med dem, der hver dag omsætter ambitionerne til konkret handling.

11 TIDieR

Som beskrevet i denne rapport er de fremlagte resultater baseret på analyse af 63 kortlagte tværsektorielle akutpsykiatriske indsatser på tværs af kommunerne i Region Midtjylland og den regional psykiatri. For at øge læsevenligheden og omfanget af denne rapport kan de færdiggjorte indsatsbeskrivelser findes på denne hjemmeside adresse

<https://www.defactum.dk/forskning/det-nare-sundhedsvasen/>

UDKAST

12 Referencer

- Cotterill, S., Knowles, S., Martindale, A. M., et al. (2018). Getting messier with TIDieR: Embracing context and complexity in intervention reporting. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s12874-017-0461-y>
- Folker, A. P., Kristensen, M. M., Sølvhøj, I. N., Flint, S., Kusier, A. O., & Rod, M. H. (2017). Sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser: Analyse af personcases, oplevelser og evalueringer. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Hoffmann, T. C., Glasziou, P. P., Boutron, I., Milne, R., Perera, R., Moher, D., et al. (2014). Better reporting of interventions: Template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ*, 348, g1687. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1687>
- Nielsen, C. P., Kjærulff, A., & Carstensen, K. (2025). Det nære sundhedsvæsen. I M. Bech, P. Jørgensen, & S. B. Rasmussen (Red.), *Hvordan transformerer vi fremtidens sundhedsvæsen: En antologi om, hvordan succesfuld transformation lykkes* (s. 210–224). FADL's Forlag.
- Thorne, S. (2016). *Interpretive description: Qualitative research for applied practice* (2nd ed.). Routledge.
- Sundhedsstyrelsen. (2022). *Det faglige oplæg til en 10-årsplan for psykiatrien*. Sundhedsstyrelsen.

UDKAST

