



Evaluering af forsøg med akuttilbud til mennesker med sindslidelser

Slutrapport

Socialstyrelsen

Januar 2013

INDHOLDSFORTEGNELSE

Del 1: Projekt og projektresultater	4
01 Indledning	5
1.1 Baggrund for forsøg med akuttilbud til mennesker med sindslidelser	5
1.2 Denne rapportes formål og opbygning	5
02 Opsummering af resultater, erfaringer og konklusioner	12
03 Resultatoversigt	14
3.1 Resultater fra projektforsøget i forhold til puljens udarbejdede programteori	14
3.2 En bedre overgang fra indlæggelser samt forebyggelse af indlæggelser og recidiv	15
3.3 Mindre indgribende tilbud	17
3.4 Bedre sammenhæng og kontinuitet i indsatsen	18
3.5 Brobygning og tværfagligt samarbejde	18
3.6 Økonomiske gevinster	19
Del 2: Centrale erfaringer fra projekterne, der kan overføres til andre kommuner	23
04 Målgruppe og behovsafdækning	24
4.1 Målgruppedefinition	24
4.2 Er der behov for et akuttilbud?	26
4.3 Er der brugere som ikke rummes af de eksisterende tilbud?	31
05 Organisering og opstart	37
5.1 Hvilke behov dækker akuttilbuddene?	37
5.2 Indretning og fysisk placering af akuttilbuddet	49
5.3 Åbningstider og bemanning	53
5.4 Personalets sammensætning	58
5.5 Faglige metoder i akuttilbuddet	61
06 Samarbejde med relevante aktører	63
6.1 Hvem er det særlig vigtigt at samarbejde med?	63
6.2 Erfaringer fra specifikke samarbejdspartnere	65
6.3 Generelle udfordringer ved samarbejde	69
07 Information og PR	71
08 Forankringsmodeller	72
8.1 Forankringsmodeller – idealtyper	72
8.2 De fem konkrete forankringsmodeller	74
8.3 Succes med forankring – hvorfor?	82
8.4 Perspektiver for indsatsen	83

09	Kvantitative resultater	84
9.1	Status på henvendelser til akutttilbud	84
9.2	Baggrundsoplysninger om akutttilbuddenes brugere	88
9.3	Temaer	93
9.4	Tidsrum for henvendelser	100
010	Bilag – Metodebeskrivelser	104

Del 1:

Projezt og projektresultater

01

Indledning

1.1 Baggrund for forsøg med akutt tilbud for mennesker med sindslidelser

Med satspuljeaftalen for 2008-2011 – specifikt delaftalen for Satspuljen 2008 på det sociale område - blev der afsat midler til forsøg med akutte socialfaglige tilbud til mennesker med sindslidelser. Oplægget til akutt tilbuddene er, at de skal yde en indsats i pludseligt opståede situationer, der kræver umiddelbar handling for at hindre, at mennesker med sindslidelsers psykiske tilstand forværres. Tilbuddene er forankret i den kommunale socialpsykiatri, men fungerer i tætsamspil med behandlingspsykiatrien.

1.1.1 Formålet med akutt tilbud

For mennesker med psykiske lidelser er kriser og akut opståede situationer ofte dårligt forenelige med de åbningstider, som mange socialpsykiatriske tilbud har, idet disse ikke normalt er tilgængelige i aften- og nattetimerne. Særligt i de tilfælde, hvor personen med sindslidelse i situationen er utryk ved at være i egen bolig, men ikke vurderes behandlingskrævende, øges risikoen for, at den akutte krise optrædes unødigt. Også i overgangen mellem behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien, særligt ved udskrivning til egen bolig, kan der opstå akutte situationer, hvor den udskrevne har behov for et lettilgængeligt tilbud om støtte, rådgivning eller omsorg.

Akutt tilbuddene har dermed både et afhjælpende og et forebyggende sigte, da de både kan yde en hurtig indsats, der kan afhjælpe en konkret opstået situation, og forebygge, at kriser eskalere, og at den berørtes tilstand dermed optrædes. Et sådant tilbud kan derfor være med til at sikre et let tilgængeligt, fleksibelt og mindre indgribende tilbud om støtte, rådgivning og omsorg hele døgnet. Gennem en større tryghed i dagligdagen er formålet med akutt tilbuddet at mindske antallet af indlæggelser, styrke muligheden for at blive boende i egen bolig og forbedre livskvaliteten for mennesker med sindslidelser – og deres pårørende. Akutt tilbuddet giver mulighed for tilvejebringelse af et kommunalt tilbud om døgnstøtte til målgruppen på en ny og anderledes måde uden for de traditionelle botilbudsrammer. Det daværende Socialministerium havde for forsøget beskrevet tre grundfunktioner, som forsøgene skulle bygges op omkring, nemlig telefonrådgivning, personlig rådgivning og overnatningsmulighed.

1.2 Denne rapportes formål og opbygning

1.2.1 Slutevaluering af forsøg med akutt tilbud

Denne rapport udgør slutevalueringen af dette satspuljeprojekt, der er gennemført som et model- og metodeudviklingsprojekt i 8 kommuner. Formålet med rapporten er at samle op på de resultater og erfaringer, der er opnået gennem projektforløbet, og særligt at fokusere på overførbare resultater i forhold til landets øvrige kommuner. Herunder er der et særligt fokus på forskellige muligheder for at forankre konceptet med akutt tilbud i kommunernes samlede socialpsykiatriske indsats i forhold til mennesker med sindslidelse. Slutrapporten suppleres af en kort kommuneguide, der giver et overblik over forhold, der har betydning, og som der skal tages stilling til, når øvrige kommuner evt. ønsker at oprette et akutt tilbud.

Evalueringen er designet som en tværgående virkningsevaluering, hvor fokus er på at beskrive, hvordan indsatsen virker for den givne målgruppe og under hvilke betingelser. Evalueringen skal dermed på et tværgående niveau beskæftige sig med såvel effekterne af den iværksatte indsats som med erfaringerne fra projekternes implementering af indsatsen, herunder de barrierer og muligheder, forsøgsprojekterne er stødt på.

Evalueringen har fokus på at sikre den systematiske dokumentation af projekternes metoder, modelkonstruering samt de samlede resultater med henblik på at vurdere, om positive erfaringer med en eller flere metoder og modeller i forbindelse med akuttillbuddet i en given kommune vil kunne overføres og anvendes i en anden kontekst, hvilket som nævnt er et af hovedformålene med udmøntningen af puljemidlerne.

Da evalueringen er tilrettelagt for den samlede indsats og med henblik på at foretage en tværgående evaluering, vil der i kun i begrænset omfang blive opstillet evalueringresultater for hvert enkelt projekt.

Slutrapporten suppleres endvidere af et opsummerende resultatnotat udarbejdet i oktober 2012, samt af et tværgående forankringsnotat fra marts 2012, hvor der særligt er fokus på mulighederne for at forankre akuttillbud i den samlede kommunale socialpsykiatriske indsats.

1.2.2 *Udgangspunkt og hovedudfordringer i evalueringen*

Evalueringens afsæt er om nævnt en virkningsevalueringstilgang med et lærende perspektiv, hvor fokus i lige så høj grad er at beskrive, *hvordan* indsatsen virker for den givne målgruppe og under *hvilke* betingelser. Årsagen er, at "Forsøg med akuttillbud til mennesker med sindslidelser" er et udviklingsprojekt, hvor hovedfokus er at udvikle nogle bæredygtige modeller og metoder for arbejdet med akuttillbud. Evalueringen skal dog også på et tværgående niveau uddrage resultaterne og erfaringer med implementeringen af den iværksatte indsats. Dette vil primært ske med kvalitative metoder, men i det omfang det er muligt, inddrages også kvantificerede indikationer på, hvilke resultater akuttillbuddene har opnået. Det må dog forventes, at en egentlig kvantitativ **effektevaluering** omfattende bl.a. en økonomisk effektvurdering først vil kunne gennemføres i forlængelse af dette udviklingsprojekt.

Da akuttillbuddene er anonyme tilbud, er det som udgangspunkt ikke muligt at følge de enkelte borgere, som har opsøgt tilbuddet, hvilket sætter nogle naturlige begrænsninger for, hvor højt op på evidensstigen, man vil kunne komme i bestræbelserne på resultatdokumentation. Det er kort sagt hverken muligt at dokumentere effekt ved at følge borgerne i deres videre forløb (ved hjælp af et longitudinelt studie/monitorering) eller ved at sammenligne opnåede resultater af akuttillbuddets intervention med, hvordan det går tilsvarende grupper, som ikke har benyttet tilbuddet.

Det er ligeledes vanskeligt at benytte registerbaserede kvantitative opgørelser til at dokumentere akuttillbuddets resultater. Den væsentligste årsag er, at det ikke kan lade sig gøre at isolere effekten af akuttillbuddene og entydigt påvise, om akuttillbuddene fx forebygger indlæggel-

ser og forhindrer recidiv – både når man ser på antal sengedage og henvendelser. Dertil er de normale udsving i indlæggelsesstatistikken for store. Groft sagt kan svingninger i opgørelserne på aggregeret niveau lige så vel være udtryk for en helt anden indsats for målgruppen, en politisk beslutning om serviceniveauet for målgruppen, eller en ændret faglig praksis i forhold til diagnosticering - som de kan være udtryk for akuttilbuddets tilstedeværelse. Den gennemgående tilbagemelding fra såvel social- som behandlingspsykiatri i de involverede kommuner er, at evt. positive resultater let bliver skjult i tallene, fordi der er et udækket behov for psykiatrisk støtte og behandling, som gør, at det ekstra råderum, et akuttilbud kan skabe, hurtigt bliver fyldt igen.

Evalueringsdesignet rummer det kvantitative element, at samtlige henvendelser til akuttilbuddene jf. nedenfor bliver registreret, men de kvantitative indikatorer, der her indgår, er udelukkende på output-niveau – dvs. som et umiddelbart produkt af indsatsen – og ikke på resultatniveau. Dermed er det de involverede professionelle aktørers resultatvurderinger samt naturligvis borgernes egne udsagn, som ligger til grund for evalueringens resultatangivelser og konklusioner.

1.2.3 *Dataindsamling og metode*

Evalueringsdesignet er udformet således, at der indgår såvel kvalitative som kvantitative metoder, der kan rumme en åben proces, hvor alle erfaringer opsamles, og herudover kan skabe en systematisk dokumentation. Med det valgte evalueringsdesign har NIRAS derudover sikret sig, at informanter med forskellige indgangsvinkler til akuttilbuddene inddrages. Slutevalueringen baserer sig derfor ligesom midtvejsevalueringen på både data- og metodetriangulering, hvilket betyder, at undersøgelsen ikke blot er baseret på én datakilde eller én metode. Hermed sikres pålidelighed og validitet i evalueringen.

NIRAS har aflagt tre *projektbesøg* hos hvert af de syv forsøgsprojekter. Første runde projektbesøg foregik kort efter opstarten af projekterne og har bidraget til at etablere en baseline og før-måling af akuttilbuddene samt til at skabe indsigt i opstartsprocessen.

Det andet projektbesøg blev gennemført i april og maj 2011 – omtrent halvvejs i den samlede projektperiode. Formålet med det andet projektbesøg har været at indsamle kvalitative data om projekternes status og fremdrift i forhold til programteorien og samtidig få et indblik i dagligdagen hos akuttilbuddene. En del af besøget bestod i observationsstudier, hvor man fulgte projektmedarbejderne i deres arbejdsgang og evt. i deres brugerkontakt. Derudover er der gennemført kvalitative fokusgruppeinterview med henholdsvis samarbejdspartnere og aktører i akuttilbuddets brede netværk samt projektmedarbejdere og projektledelse. I det omfang, det har været muligt, er der ligeledes gennemført individuelle interview med brugere, som har befundet sig i akuttilbuddene. Antallet af gennemførte brugerinterview på stedet i akuttilbuddene har dog været begrænset – bl.a. fordi kun få af de brugere, der har opsøgt tilbuddene, har været i en tilstand, hvor det har været etisk forsvarligt at gennemføre selv korte interview med dem.

Efter det andet projektbesøg er der gennemført *opfølgende telefoninterview* med de samarbejdspartnere og øvrige relevante aktører med tilknytning til akuttillbuddet, som ikke havde mulighed for at være til stede til fokusgruppeinterviewet. Derudover er der gennemført en lang række *telefoniske brugerinterview* med brugere.

Tredje projektbesøg foregik i august og september 2012. Formålet med dette tredje projektbesøg var primært at fokusere på opsamling og vurdering af resultater såvel i kommunalt perspektiv som i regi af behandlingssystemet (behandlingspsykiatrien), herunder fokusering på mulighederne for og udfordringerne ved at opføre resultaterne også økonomisk. Altså muligheden for at dokumentere evt. besparelser på andre områder i kommunen og hos samarbejdspartnere ved anvendelse af akuttillbud som en del af viften af tilbud i socialpsykiatrien. Endvidere var det et fokuspunkt at vurdere de konkrete fremtidige forankringsmuligheder for det enkelte projekt.

Projektbesøget bestod i gennemførelse af 2 fokusgrupper – dels en fokusgruppe med fokus på det kommunale perspektiv og med deltagelse af projektledere og kommunale chefer med relation til akuttillbuddet. Og dels en fokusgruppe med fokus på samarbejdet med behandlingspsykiatrien og øvrige eksterne samarbejdspartnere (bl.a. praktiserende læger og repræsentanter fra det somatiske sygehussystem).

Da det i nogle tilfælde ikke lykkedes at samle alle de relevante aktører til fokusgrupperne, blev disse suppleret af efterfølgende telefoninterview med centrale aktører.

Alle forsøgsprojekter har løbende udfyldt tre typer af *registreringsskemaer*, der er blevet uploadet i et registreringssystem, som er opsat i forbindelse med den tværgående evaluering. De tre skemaer omhandler de tre hovedfunktioner i akuttillbuddet: rådgivning og omsorg over akuttelefonen (samt mail og sms), personlig rådgivning (både i akuttillbuddet og i forbindelse med udgående funktion) samt overnatning. Registreringsskemaerne inkluderer spørgsmål om bl.a. temaer i samtalerne, baggrund for henvendelse, tidspunkt for henvendelse, forudgående kendskab til brugeren samt øvrige oplysninger om brugerens baggrund. Data fra dette registreringssystem er anvendt til en kvantitativ måling og vurdering af akuttillbuddenes funktion.

Desuden udfylder forsøgsprojekterne halvårligt et åbent spørgeskema til *kvalitativ erfaringsopsamling*, hvor projektmedarbejdere og projektledere – typisk gennem en fælles refleksionsproces på fx medarbejdermøde i akuttillbuddet – sætter egne ord på projektets status, resultater og udfordringer. Spørgeskemaerne har enslydende spørgsmålsformuleringer, hvilket sikrer en ensartethed og sammenlignelighed i data hen over projektets løbetid.

1.2.4 Læsevejledning

Rapporten er bygget op på følgende måde:

Der indledes i rapportens del 1 med et helt kort overordnet konklusionsafsnit, hvor projektets konklusioner, resultater og erfaringer præsenteres summarisk.

Den første del af rapporten udgør derefter en præsentation af projektets samlede resultater opgjort med udgangspunkt i projektets udarbejdede programteori.

I rapportens 2. del redegøres der herefter i de næstfølgende kapitler for de særlige opmærksomhedspunkter og centrale problemstillinger, som vurderes at være vigtige i forhold til videreformidling af projektets erfaringer til landets øvrige kommuner.

Der afsluttes med et kapitel, hvor alle relevante kvantitative resultater fra projektet præsenteres i figurer og tabeller.

Som støtte for læsningen af rapporten gives nedenfor en kort forklaring på den anvendte terminologi for de projektspecifikke persongrupper, der optræder i rapporten.

Projektlederen henviser til den eller de personer, der i den enkelte kommune har været ansvarlig for projektets gennemførelse og samtidig har optrådt som projektets kontaktperson over for Socialstyrelsen og NIRAS.

Akutmedarbejdere og projektmedarbejdere henviser til de medarbejdere, der har varetaget det daglige arbejde i akuttilbuddene. Der er stor forskel på den faglige baggrund hos disse medarbejdere, idet der både er ansat socialpædagoger, socialrådgivere, SOSU-hjælper og -assistenter, sygeplejersker mv. Fælles for størstedelen af medarbejderne er, at de har tidligere erfaringer fra socialpsykiatrien.

Samarbejdspartnerne henviser til de aktører og instanser, der befinder sig i akuttilbuddenes brede eksterne netværk. Denne gruppe omfatter bl.a. praktiserende læger, ansatte på sygehuse, psykiatriske afdelinger, væresteder, støtte- og kontaktpersoner, bostøttemedarbejdere, kommunale sagsbehandlere, ejendomsfunktionærer, politifolk mv. På trods af, at disse i rapporten vil fremgå som samarbejdspartnere, vil de ikke nødvendigvis blive opfattet som havende denne funktion blandt alle akuttilbud, men nærmere som interessenter i netværket omkring akuttilbuddet. Ligeledes er det heller ikke alle aktører og instanser i netværket, der opfatter sig selv som en reel samarbejdspartner. Dette skyldes, som det vil fremgå af rapporten, at der er stor forskel i formen og tyngden af samarbejdet mellem de forskellige akuttilbud og deres "samarbejdspartnere".

1.2.5 Præsentation af forsøgsprojekterne

Otte kommuner¹ blev inviteret til at deltage i udviklingen af akuttilbudsfunktionerne. Da Herlev og Rødovre har udarbejdet et projekt i fællesskab, er det blevet til syv konkrete projekter, der alle dækker en eller flere af grundfunktionerne: telefonrådgivning, personlig rådgivning og

¹ De otte kommuner i projektet er: Esbjerg, Faaborg-Midtfyn, Hedensted, Hjørring, Holbæk, Lyngby-Taarbæk samt Rødovre og Herlev, (de to sidstnævnte har udarbejdet et projekt i fællesskab)

tilbud om overnatning. Den personlige rådgivning kan både foregå i det respektive tilbuds lokaler og som en udkørende funktion, hvor samtalen foregår i borgerens hjem eller andet sted efter borgerens ønske.

De syv akuttilbud blev etableret og igangsat på forskellige tidspunkter i løbet af 2010 og har således været fungerende i op til 3 år på tidspunktet for afslutning af projektet.

I tabel 1-1 nedenfor gives en oversigt over de syv forsøgsprojekters optageområde samt organisatoriske og fysiske placering.

Tabel 1-1: Oversigt over de syv forsøgsprojekter

Akuttilbud	Optageområde	Organisering	Fysisk placering
Akuttilbuddet Fønix i Esbjerg Kommune	Kommunen har 115.000 indbyggere og dækker et areal på 750 km ²	Et selvstændigt tilbud, men er organisatorisk og ledelsesmæssigt tilknyttet et socialpsykiatrisk lærings- og udviklingstilbud, Kraftcenteret	Akuttilbuddet er placeret i en ældre villa midt i Esbjerg med ca. 72.000 indbyggere. Det er nabo til Kraftcenteret, der er et samlende værested for en bred vifte af kommunens borgere med behov for støtte på forskellige niveauer. Villaen ligger tæt på banegård og sygehus, og har tidligere været anvendt som bostøttetilbud
Akuttilbuddet Toften i Faaborg-Midtfyn Kommune	Kommunen har 52.000 indbyggere og dækker et areal på 640 km ²	En integreret del af Botilbuddet Toften, hvilket betyder, at det er fysisk og driftsmæssigt sammenhængende med dette tilbud	Placeret i Botilbuddet Toften, men med egen indgang. Det er placeret i Kværndrup med omtrent 1.600 indbyggere. I Kværndrup er der også placeret flere andre socialpsykiatriske tilbud
Akuttilbuddet i Hedensted Kommune	Kommunen har 46.000 indbyggere og dækker et areal på 550 km ²	Et selvstændigt tilbud i kommunens socialpsykiatriafdeling. Akuttilbuddet fremgår af kommunens organisationsdiagram	Placeret i Hedensted by, der er sammenhængende med byen Løsning og sammenlagt har ca. 11.000 indbyggere. Akuttilbuddet er nabo til et antal beskyttede boliger og ligger tæt på det lokale værested
Akuttilbuddet i Hjørring Kommune	Kommunen har 67.000 indbyggere og dækker et areal på 930 km ²	Et selvstændigt tilbud under kommunens Socialpsykiatri og Udsatte grupper. Akuttilbuddet fremgår af kommunens organisationsdiagram	Placeret i en lejlighed centralt i Hjørring med ca. 25.000 indbyggere

Akuttilbud	Optageområde	Organisering	Fysisk placering
Akuttilbuddet i Holbæk Kommune	Kommunen har 70.000 indbyggere og dækker et areal på 580 km ²	Organiseret som et selvstændigt projekt i socialpsykiatrisk center, hvor det indgår i organisationsdiagrammet	Telefonrådgivning foregår fra Socialpsykiatrisk Center samt fra medarbejdernes hjem. Der er et samtalerum, kontorfaciliteter og en lejlighed til overnatning centralt i Holbæk, der har ca. 27.000 indbyggere.
Akuttilbuddet i Lyngby-Taarbæk Kommune	Kommunen har 52.000 indbyggere og dækker et areal på 39 km ² .	En integreret del af botilbuddet Slotsvænget, men fremstår som en selvstændig enhed i organisationsdiagrammet	Placeret i botilbuddet Slotsvænget, der ligger i Kongens Lyngby, som har ca. 12.000 indbyggere.
Akuttilbuddet Islevgaard i et samarbejde mellem Rødovre Kommune og Herlev Kommune	Rødovre Kommune har 36.000 indbyggere, mens Herlev Kommune har 27.000 indbyggere. Kommunerne dækker tilsammen et areal på 24 km ² .	En selvstændig organisation med tilknytning til to kommuner, der skal samarbejde om projektet.	Placeret i Rødovre tæt på kommunegrænsen til Herlev i en ældre villa i rolige omgivelser.

Som det fremgår af tabellen, er der stor variation i akuttilbuddenes fysiske beliggenhed i optageområder, da der både er by- og landkommuner med i projektet. Derudover er der også stor variation i det organisatoriske set up omkring projekterne, hvor nogle forsøgsprojekter er integreret i et eksisterende socialpsykiatrisk tilbud, mens andre fungerer som selvstændige enheder. Som nævnt har denne rapport til hensigt at samle op på resultater og erfaringer på tværs af tilbuddene. I forhold til visse resultater og erfaringer findes det dog relevant at differentiere projekterne på baggrund af disse forskelle i rammebetingelser, med henblik på at give en vurdering af fordele og ulemper ved forskellige måder at indrette det kommunale akuttilbud på.

02

Opsummering af resultater, erfaringer og konklusioner

I dette kapitel gengives meget kortfattet og summarisk projektets resultater, erfaringer og konklusioner.

- Akuttilbuddene har i projektperioden håndteret 45.406 henvendelser – 75pct. af henvendelserne er sket pr. telefon.
- 77pct. af samtlige henvendelser kommer fra borgere i den primære målgruppe.
- De resterende 23pct. af henvendelserne kommer dels fra den sekundære målgruppe af samarbejdspartnere og pårørende, dels fra personer uden for målgruppen.
- Knap 70pct. af brugerne i den primære målgruppe er i alderen 30-65 år.
- Nærhedsprincippet og den lette, ikke-visiterede adgang har stor betydning og værdi for brugerne og for akuttilbuddenes funktion og resultater.
- Det kan have organisatoriske fordele at lade akuttilbuddet være en del af et eksisterende tilbud i socialpsykiatrien, men det kan afholde dele af målgruppen fra at anvende tilbuddet.
- Det har været en udfordring for etableringen af samarbejdsrelationer, at projekterne kun har været på enkeltkommunalt plan.
- Spidsbelastningen på tilbuddene er i de sene eftermiddagstimer og om aftenen, mens den overnattende funktion benyttes i meget forskelligt omfang på tværs af projekterne.
- Der er blandede erfaringer med de to udvalgte metoder i arbejdet – *krisesamtalen* og *kriseplanen*.
- Alene viden om akuttilbuddets eksistens vurderes at være så tryghedsskabende, at dette i mange tilfælde er nok og medfører, at tilbuddet ikke bliver brugt.
- Akuttilbuddet sikrer en tryk overgang ved udskrivninger fra indlæggelse til egen bolig.
- Akuttilbuddene vurderes at have en forebyggende og nedbringende effekt på behovet for genindlæggelser, omsorgsindlæggelser og 'uhensigtsmæssige' indlæggelser.

- Akuttilbuddene dækker en vigtig snitflade i det samlede tilbud og sikrer en mere sammenhængende indsats.
- Akuttilbuddene skaber mulighed for at tilbyde personer fra målgruppen et mindre indgribende tilbud på stort set alle niveauer.
- Det er vanskeligt at dokumentere økonomiske gevinster, men der er bred enighed blandt forsøgsprojekternes ansvarlige samt en række centrale samarbejdspartnere om, at akuttilbuddene på såvel kort som lang sigt er en økonomisk gevinst.
- Fem af syv projekter har fået tilsagn om fremtidig forankring.
- Der er på baggrund af erfaringerne i projektet udviklet tre idealtyper på mulige forankringsmodeller.
- På grund af akuttilbuddenes brede målgruppe og fleksibilitet er der mange mulige perspektiver for at kombinere tilbuddene med øvrige funktioner i kommunen – med såvel besparelser som en mere sammenhængende indsats for øje.

I de følgende kapitler vil disse udsagn blive underbygget.

03

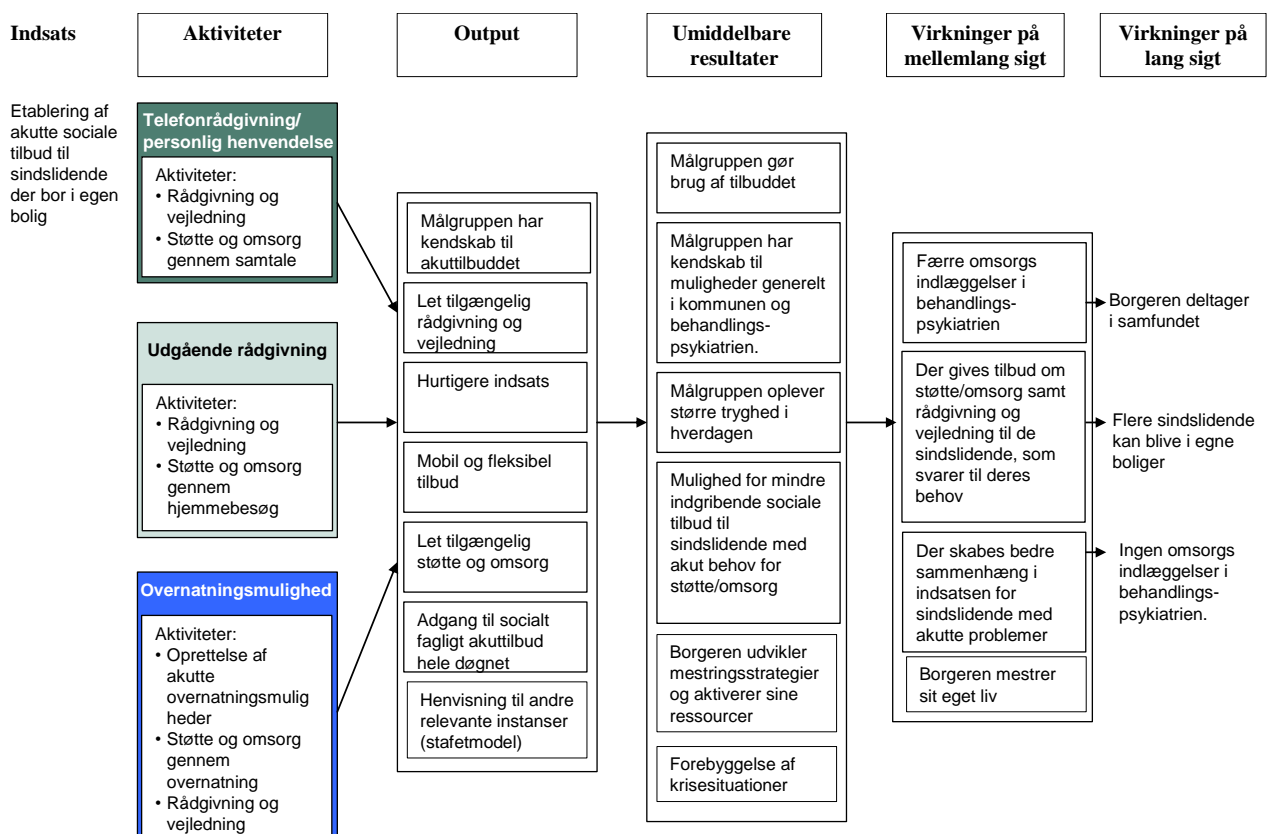
Resultatoversigt

3.1 Resultater fra projektføreløbet i forhold til puljens udarbejdede programteori

De generelle forventninger til resultaterne af indsatsen for de socialt mest udsatte i de syv modelprojekter er beskrevet i den programteori, som på puljeniveau blev udviklet på den fælles evalueringsworkshop i januar 2010 af forsøgsprojekterne, Socialstyrelsen og evaluator med udgangspunkt i en grundig desk research på området.

Programteorien beskriver de forestillinger, der er om hvorfor og hvordan indsatserne virker. Den ekspliciterer selve indsatsen, indsatsens årsags-virkningsantagelser, de forventede output af indsatserne samt indsatsernes umiddelbare resultater og forventede langsigtede virkninger. Projektets programteori vises nedenfor:

Figur 3-1: Programteori for projektet



Ligesom programteorien har været en rettesnor gennem projektperioden, bl.a. i udmøntningen af spørgeskemaer, spørgeguides og rammer for kvalitative erfaringsopsamlinger, har den også dannet grundlaget for både den løbende og nu afsluttende evaluering af projektføreløbet.

Da denne rapport udover det evaluerende aspekt som nævnt også har det sigte, at videregive praksisnære erfaringer fra de syv forsøgsprojekter til andre kommuner, der evt. ønsker at oprette et akuttilbud til mennesker med sindslidelser, har det dog vist sig ikke at være hensigtsmæssigt at lade evalueringen være en kronologisk og slavisk gennemgang af programteorien. De enkelte punkter i programteorien vil således blive behandlet dér, hvor det har relevans for det nærliggende emne. Nogle punkter vil derfor blive behandlet selvstændigt som f.eks. *aktiviteterne*, mens evalueringen af andre punkter som f.eks. *umiddelbare resultater* som "*målgruppen oplever større tryghed i hverdagen*" vil ligge mere latent og vil blive behandlet i flere forskellige separate afsnit. Således vil målgruppens oplevelse af tryghed eksempelvis både skinne igennem i forbindelse med udskrivninger fra behandlingspsykiatrien og i forbindelse med den lette, ikke-visiterede tilgang til akuttilbuddet.

Generelt er det evaluators samlede vurdering på baggrund af resultaterne opsummeret fra såvel kvantitative som kvalitative dataindsamlinger, at de syv forsøgsprojekter i stort set alle aspekter har gennemført projektforløbet på en måde og med et udbytte, der fuldt ud har levet op til programteoriens målsætninger. Således er alle de forventede aktiviteter blevet igangsat, med et leveret output, der matcher det forventede i programteorien. På baggrund af de opsummerede resultater, der bliver beskrevet i de kommende afsnit, kan det konkluderes, at for såvel de *umiddelbare resultater* som de forventede *virksomheder på mellemlang sigt*, gælder det, at de opsatte forventede resultater og mål i programteorien er nået, lige som der også synes at være tydelige indikationer på, at akuttilbuddene har bidraget positivt til en udvikling hen imod indfrielse af *forventningerne på lang sigt*.

I det følgende vil de mest centrale resultater af forsøgsprojekternes arbejde blive gennemgået. Herunder nogle af de forventede virkninger fra programteorien, mens også organisatoriske og økonomiske aspekter inddrages.

3.2 En tryk overgang fra indlæggelser samt forebyggelse af indlæggelser og recidiv

Som det fremgår af programteorien, har det i projektperioden været en målsætning, at akuttilbuddene - med en tidlig og forebyggende indsats - skulle være medvirkende til at nedbringe antallet af indlæggelser i behandlingspsykiatrien. Der har specielt været fokus på såkaldte omsorgsindlæggelser², ligesom der også har været en forhåbning - og forventning - om at kunne bryde mønsteret for borgere, der oplever gentagne genindlæggelser. Derfor har der ikke alene været fokus på borgere "i opløb til" behandlingspsykiatrien, men i høj grad også været fokus på at yde en indsats for de borgere, der er på vej ud af et behandlingsforløb.

² Omsorgsindlæggelser refererer til indlæggelser, hvor der som udgangspunkt ikke er behov for behandling, men hvor en indlæggelse findes nødvendig for, at situationen ikke udvikler sig til skade for borgeren selv eller vedkommendes omgivelser.

3.2.1 *Bedre overgang ved udskrivning fra indlæggelse*

Specielt i forbindelse med udskrivinger beretter samarbejdspartnerne fra behandlingspsykiatrien om, at borgere i visse situationer kan være nervøse for – eller direkte modsætter sig – at blive udskrevet. I den forbindelse har akuttillbuddet stor betydning og skaber en tryghed, der kan gøre overgangen nemmere. Over de seneste år er antallet af indlæggelsesdage og dage pr. indlæggelse i psykiatrien³ blevet færre og færre, hvilket ifølge flere sygeplejersker fra behandlingspsykiatrien betyder, at det ikke længere er muligt at have så meget fokus på udskrivningsforløb. I enkelte tilfælde er man sågar ifølge egne udsagn nødsaget til at udskrive patienter, der ikke har været helt klar til at komme hjem til eget hjem, hvorfor man nogle steder har set sig nødsaget til at udskrive til en plads på et forsorgshjem, hvilket er et både dyrt og uhenigtsmæssigt tilbud. I de tilfælde vurderes akuttillbuddet som en langt bedre løsning. For de patienter, der har været udskrevet i en periode, men som oplever en kritisk situation i relation til sindslidelsen, vurderes det også, at akuttillbuddet kan være en kærkommen mellemvej. For disse kan et døgnåbent, ikke-visiteret og anonymt tilbud være meget lettere tilgængeligt og kan være med til at vende udviklingen, inden det bliver så slemt, at man må indlægges igen. I det hele taget er det vurderingen fra de fagprofessionelle i behandlingspsykiatrien, at de første 14 dage efter en udskrivning er akutte i sig selv med forhøjet risiko for genindlæggelse, og med de kortere forløb og mindre fokus på udskrivningsforløb, er alene akuttillbuddenes eksistens af essentiel betydning i denne periode.

3.2.2 *Færre omsorgs- og genindlæggelser*

Netop den afværgende effekt på behovet for genindlæggelser nævnes af en stor del af de professionelle fra behandlingspsykiatrien som et af akuttillbuddets tydeligste resultater. Flere af de adspurgte har konkrete eksempler, hvor de direkte kan se, at den hidtidige rytme er blevet brudt, når den pågældende patient er blevet præsenteret for og er startet med at benytte akuttillbuddet. Flere brugere har ligeledes selv givet udtryk for, at akuttillbuddet har gjort det muligt at afkorte eller afværge genindlæggelser. Der er generel enighed om, at akuttillbuddene har en klart aflastende effekt på det, man kan kalde omsorgsindlæggelser, hvor der som udgangspunkt ikke er behov for reel behandling, men hvor en indlæggelse findes nødvendig for, at situationen ikke udvikler sig til skade for brugeren eller vedkommendes omgivelser. Der er derimod større diskrepans i opfattelsen af, hvorvidt akuttillbuddets eksistens kan (eller skal) forhindre eller forebygge reelle behandlingsindlæggelser. Fra akuttillbuddene og kommunalt regi er langt størstedelen af de adspurgte ikke i tvivl om den præventive effekt – også på behandlingsindlæggelser. Mens nogle af de professionelle i psykiatrien deler denne holdning, er andre mere forbeholdne og gør opmærksom på, at reelt psykisk syge, der har behov for behandling, også *skal* i behandling, og at akuttillbuddene ikke må forhindre, at dette sker rettidigt. Der udtrykkes en bekymring for, at henvisning til akuttillbuddene i nogle tilfælde kan risi-

³ Jf. opgørelse i rapport om opgaveudviklingen på psykiatriområdet udarbejdet i 2011 af Dansk Sundhedsinstitut for KL

kere at få som konsekvens, at patienter for sent kommer i behandling. Denne problematik er det vigtigt at tage alvorligt i samarbejdet mellem behandlingspsykiatrien og akuttillbuddene.

3.3 Mindre indgribende tilbud

Det er ikke kun ved indlæggelser, at akuttillbuddet synes at have en forebyggende effekt. Fra såvel ansatte i akuttillbuddene som samarbejdspartnere og brugere er det vurderingen, at akuttillbuddet skaber en tryghed, der på stort set alle niveauer gør, at man kan tilbyde den enkelte bruger et mindre indgribende tilbud med større fleksibilitet, mere frihed og større selvstændighed og livsglæde til følge. Som en samarbejdspartner fra lokalpsykiatrien giver udtryk for, er man med de eksisterende tilbud ofte nødt til at skyde gråspurve med kanoner, blot fordi patienten har behov for at kunne komme i kontakt med nogen, hvis det lige brænder på. Med akuttillbuddet er der mulighed for at blive i egen bolig uden visiteret støtte på fast basis. I stedet har man et fleksibelt døgnåbent tilbud, hvor man kan henvende sig, når og hvis der er behov. Selvom den anonyme adgang til akuttillbuddet har vanskeliggjort dokumentation for denne konklusion, har der alligevel igennem projektperioden været en række konkrete eksempler på brugere, der har ønsket at flytte fra botilbud og hjem i egen bolig med en kombination af bostøtte og kontakt til akuttillbuddet, brugere der har fået udskudt udflytning til botilbud samt brugere, der har fået nedsat deres antal af bostøttetimer efter at være kommet i kontakt med akuttillbuddet.

”Jeg boede på Enghaven, en institution, så kom min sagsbehandler og fortalte om det og gav mig folderen. Så var jeg tryk ved at kontakte dem. Ude på Enghaven var der altid nogen omkring mig, så der brugte jeg det jo ikke sådan. Det var godt at der var det tilbud, ellers tror jeg ikke at jeg var flyttet hertil. Så var jeg blevet på institutionen. Og hvis jeg alligevel var flyttet i min egen bolig, så ville jeg ikke have haft det godt. Jeg ville føle mig ensom og utryk”. (Bruger)

3.3.1 Opretholdelse af hverdag

I forlængelse af ovenstående har et af de mest gennemgående temaer i interviewene med brugerne været, at akuttillbuddenes eksistens har været årsag til, at man har været i stand til at holde fast i de relationer og aspekter i hverdagen, som man har oplevet som meningsfulde. Det gælder i forhold til arbejde, uddannelse, venner, familie mv., hvorved man har fået brudt med en (yderligere) social deroute.

”Jeg sov her, og så tog jeg på arbejde om morgenen. Det har også hjulpet mig med at beholde min arbejdsplads. Det fik mig til at fastholde mit arbejde. De sagde ikke, at hvis du kan tage på arbejde, så kan du også tage hjem.” (Bruger)

”Før var det venner, men det er svært at blive ved med at læsse af på dem, jeg vil ikke slide dem op, jeg kan ikke læsse alt af på dem.” (Bruger)

3.4 Bedre sammenhæng og kontinuitet i indsatsen

Over en bred kam giver samarbejdspartnerne i såvel social- som behandlingspsykiatrien udtryk for, at der i den samlede psykiatriske tilbudsvifte har manglet et tilbud som akuttillbuddet. Det er specielt for den gruppe af brugere, der grundlæggende har et behov for omsorg og et pædagogisk miljø, men som ikke som sådan fejler noget fysisk eller har behov for decideret psykiatrisk behandling – endnu. I et interview gav sygeplejersker fra såvel den psykiatriske som den somatiske akutmodtagelse udtryk for, at man tidligere har været nødt til at foretage en omsorgsindlæggelse for at forhindre at patientens situation udviklede sig – også selvom der ikke var et åbenlyst behandlingsbehov.

Disse borgere har nu fået et tilbud, der passer til deres situation og behov, hvor der kan ydes en social indsats, inden situationen eskaleres. Som en sygeplejerske fra behandlingspsykiatrien udtrykker det, kunne man før akuttillbuddet sende patienten hjem eller rundt i systemet, indtil det reelt blev så slemt, at man kunne indlægge vedkommende. Det behøver man med akuttillbuddets eksistens ikke mere.

På samme måde har akuttillbuddet været med til at udfylde et hidtil udækket behov i socialpsykiatrien ved at kunne anvendes som et supplement til eksempelvis bostøtte eller Støtte- og Kontakt-Personordningen (SKP-ordningen). Før akuttillbuddet måtte medarbejderne ofte blive hos en bruger efter arbejdstid, eller kunne risikere en morgen at møde ind til en bruger, der havde det forfærdeligt, fordi der ikke havde været nogen at komme i kontakt med i løbet af aften- og nattetimerne. På den måde opleves det, at akuttillbuddet er med til at give brugeren et mere sammenhængende og fleksibelt tilbud, både som alternativ og som supplement til eksisterende tilbud. Akuttillbuddet kommer dermed til at indgå som det element, der kan gøre det samlede tilbud fra socialpsykiatrien mere fleksibelt og ligeledes i højere grad tilpasset målgruppernes meget forskellige og varierende behov for støtte og omsorg.

3.5 Brobygning og tværfagligt samarbejde

Der er som nævnt blandt projektmedarbejdere, samarbejdspartnere og brugere bred enighed om, at akuttillbuddenes fleksibilitet i forhold til åbningstider og målgruppe udfylder en snitfladeproblematik og sikrer en større oplevet sammenhæng i det samlede tilbud til personer med sindslidelser. Netop denne fleksibilitet og placeringen i snitfladen mellem social- og behandlingspsykiatrien skaber et stort potentiale for brobygning samt formelt og uformelt tværfagligt samarbejde om konkrete brugere.

Noget samarbejde er baseret på, at man i praksis på medarbejderniveau *bruger hinanden* og har stor gensidig forståelse for, hvad de respektive tilbud kan gøre for den enkelte bruger, hvilket i nogle tilfælde virker lige så effektivt og hensigtsmæssigt som mere formelle, aftalte samarbejdsprocedurer. Specielt i forhold til behandlingspsykiatrien varierer det meget, i hvilken grad det er muligt eller ønsket at etablere formelle samarbejder.

En afgørende faktor er anonymiteten i tilbuddet. Jf. redegørelse i et senere afsnit er anonymiteten i akuttilbuddet for mange i målgruppen afgørende for, at de henvender sig. Men anonymiteten støder sammen med behovene for identifikation i en række samarbejdsrelationer med behandlingspsykiatrien. Det betyder, at anonymiteten kan tilbydes ved krisesamtalen men i det øjeblik brugere ønsker, at der skal etableres yderligere hjælp fra akuttilbuddet kan vedkommende ikke længere optræde anonymt.

Stort set alle projekterne kan berette om rigtig gode tværfaglige samarbejder, når der er givet samtykke til udveksling af informationer om en konkret bruger, hvorved man kan sparre med hinanden om den bedst mulige indsats og koordinere denne. Derimod kan det opleves mere diffust, ressourcekrævende og forstyrrende at samarbejde på et mere generelt plan, hvor der ikke er en konkret identificeret bruger involveret, eller hvor der er tale om brugere, som ikke er identificerede, og hvor der således ikke i behandlingspsykiatrien kan refereres tilbage til en historik eller en journal i forhold til evt. tidligere forløb.

Det er derfor en anbefaling ud fra erfaringerne i projektet at opretholde muligheden for anonymitet i samtalerne og rådgivningen i akuttilbuddene og først indlede samarbejde med fx behandlingspsykiatrien, når brugere er indforstået med ophævelse af anonymiteten og selv ønsker hjælp til iværksættelse af yderligere indsatser.

Der er mange eksempler på, at akuttilbuddene har etableret mere formelle tværfaglige samarbejder – både med behandlingspsykiatrien og andre samarbejdspartnere – der fungerer rigtig godt og har været frugtbare. Flere projekter har eksempelvis et tæt samarbejde med behandlingspsykiatrien i forbindelse med udskrivninger, hvor repræsentanter fra akuttilbuddet er til stede på afdelingerne med jævne mellemrum eller på anden måde bliver introduceret for patienten. Flere sygeplejersker fra behandlingspsykiatrien har givet udtryk for, at det er betryggende og en stor hjælp at kunne trække på akuttilbuddets viden, når der skal udskrives patienter, der stadig føler et behov for støtte. Der er ligeledes gode eksempler på samarbejder med politiet, hjemmehjælpen, bostøtten og SKP'erne.

Et yderligere resultat af samarbejdet mellem akuttilbuddet og de øvrige professionelle aktører omkring målgruppen er øget medarbejdertrivsel og en bedre 'samvittighed' hos de medarbejdere, som ikke tidligere har haft noget sted at henvise personer i akut krise til i alle døgnets timer. Det gælder fx bostøttemedarbejdere og SKP'er i de kommuner, der ikke har aften- eller natdækning på disse områder, eller sygeplejersker i akutmodtagelserne, der tidligere har måttet afvise folk med behov for omsorg uden at kunne henvise til noget andet.

3.6 Økonomiske gevinster

En række forhold gør det, som nævnt i indledningen, vanskeligt at dokumentere de økonomiske gevinster ved akuttilbuddene kvantitativt. Registerbaseret dokumentation for tilbuddenes forebyggende effekt vanskeliggøres eksempelvis af, at det ikke er muligt at isolere akuttilbuddenes effekt fra øvrige forhold omkring målgruppen, såsom politiske beslutninger, andre pro-

jekter eller tiltag, frivillige indsatser, ændringer i visitationsprocedure eller mere strukturelle ændringer i samfundet. På individniveau vanskeliggøres effektmålingerne af, at tilbuddene i langt de fleste tilfælde er anonyme. Det er derfor normalt ikke muligt at registrere og dokumentere ændringer i den enkelte brugers adfærd før og efter mødet med akuttillbuddet, ligesom det heller ikke er muligt at foretage komparative studier af adfærdsmønstre hos hhv. brugere og ikke-brugere af akuttillbuddet.

Det er derfor i vid udstrækning *kvalitative* resultat- og effektvurderinger fra brugerne og de professionelle omkring målgruppen kombineret med viden om omkostninger ved forskellige typer af tilbud, der ligger til grund for vurderingen af en mulig økonomisk gevinst i denne evaluering.

Når den samlede økonomiske gevinst ved et givent tilbud skal opgøres, kan man enten anskue økonomien alene ud fra, hvordan kommunkassen påvirkes, eller hvordan økonomien omkring projektet samlet set fremstår for kommunen og regionen/staten. Sådanne opgørelser kan alene gennemføres på baggrund af omkostninger og besparelser, der har en direkte pris. Blandt de syv akuttillbud er det kun Hedensted, der har vurderet det muligt at give et direkte bud på omkostninger og besparelser ved et afgrænset akuttillbud. De øvrige tilbud melder dog alle om positive effekter af akuttillbuddenes funktioner, men de vurderer samtidig, at de ikke kan kvantificere og prissætte disse effekter specifikt i forhold til et akuttillbud. Nogle steder hænger dette sammen med, at akuttillbuddet i en fremtidig model, som man har "regnet på" er integreret i andre og mere brede tilbud.

Akuttillbuddene peger blandt andet på følgende forhold, der påvirkes økonomisk af tilstedeværelsen af akuttillbud:

Socialpsykiatrien:

- Mulighed for at tilbyde borgere fra døgnbemandede §§ 107 og 108 botilbud uden for kommunen at flytte til mindre indgribende indsatser i egen kommune
- Mulighed for at flere borgere kan bo i egen bolig – evt. med bostøtte – frem for at bo på døgnbemandede botilbud (§107 og §108)
- Sikre et supplement til bostøtte i eget hjem (§85), der er mere fleksibelt i forhold til akut opståede behov for støtte og som dækker hele døgnnet

Behandlingspsykiatrien:

- Forebygge at en krise udvikler sig og medfører indlæggelser eller genindlæggelser
- Forebygge omsorgsindlæggelser, hvor borgeren indlægges for at hindre en optrapning af situationen

Beskæftigelse:

- At borgeren kan fastholde sin uddannelse og sit job gennem hurtig krisehåndtering og fokus på redskaber til at mestre hverdagen

Kommuner:

- Bidrage til en mere effektiv og koordineret indsats
- Give en henvisningsmulighed for kommunale medarbejdere, når personer i målgruppen med en akut krise henvender sig i fx borgerservice, familieafdeling, ydelsescenter og myndighedsafdeling.

Ser man derimod på de økonomiske gevinster fra en samfundsøkonomisk vinkel, vil man ud over de direkte prissatte omkostninger og besparelser også se på gevinster/ulempes, der ikke umiddelbart har en pris, fx forbedret livskvalitet for brugerne af akuttilluddene i form af øget tryghed og støtte, forbedrede arbejdsvilkår fx på skadestuer samt værdien af øget arbejdsevne fx pga. kortere og mindre indgribende støtte- og behandlingsforløb.

Hedensted Kommunes opgørelser giver et bud på, hvordan de direkte økonomiske effekter kan opgøres samt størrelsen af dem. I Hedensted har man således estimeret en besparelse på 500.000 kr. pr. borger, der har taget imod et tilbud om at flytte hjem i egen bolig i kommunen, fra et §§107 eller 108-tilbud uden for kommunen. Samme besparelse kan i princippet opnås, når det gælder de brugere, der på trods af alvorlige kriser – pga. akuttilluddets eksistens - har kunnet forblive i egen bolig, frem for at flytte i et botilbud, som det ellers hidtil har været nødvendigt at tilbyde. Disse tilfælde er dog svære at dokumentere, da det er vanskeligt at dokumentere/estimere alternativets omfang, hvis man havde været foruden akuttilluddet.

Udover de direkte økonomiske gevinster ved at hjemtage borgere har man i Hedensted Kommune endvidere registreret et fald i antallet af sengedage fra indlæggelser i regionspsykiatrien fra 4.050 i 2009 til 2.273 i 2011. Antallet af sengedage fra indlæggelser svinger traditionelt en del, og det er umuligt at isolere effekten af akuttilluddet i sig selv, men da en indlæggelsesdag i behandlingspsykiatrien medfører en kommunal egenfinansiering på 2.024 kr. (DRG-takst for 2012 jf. nedenfor) er der utvivlsomt en økonomisk gevinst også for kommunen, hvis antallet af indlæggelsesdage kan nedbringes.

3.6.1 *Gennemsnitlige omkostninger for social- og behandlingspsykiatriske tilbud*

Da omkostningerne til bostøtte og botilbud i vid udstrækning er afhængige af brugerens funktionsniveau, kan det være vanskeligt at estimere en gennemsnitsbesparelse, når en bruger vælger at flytte i egen bolig eller forblive i egen bolig frem for et botilbud. Et estimat på baggrund af en gennemgang af tilbuddene på tilbudsportalen samt forsøgskommunernes egne

indberetninger⁴ er dog, at omkostningerne på årsbasis for et botilbud til en borger i akuttilluddets målgruppe ligger på omkring 300.000-700.000 kr. afhængigt af tilbuddets omfang og borgerens funktionsniveau. Omkostningen pr. år til bostøtte i eget hjem ligger ifølge indberetningerne fra forsøgskommunerne i omegnen af 80.000 kr. for fem timer om ugen.

Det ses af disse tal, at der for den enkelte kommune kan være væsentlige potentielle besparelser, hvis det som i flere af projektkommunerne kan lykkes – ved hjælp af en fleksibel og mangefacetteret socialpsykiatrisk tilbudsvifte, hvor ikke mindst eksistensen af akuttilluddene har betydning – at sikre det bedst mulige socialpsykiatriske og sociale tilbud til målgruppen. Dette kan ske med en samlet mindre indgribende indsats – også økonomisk. Nedenfor er i tabel 3-1 angivet satserne for kommunal egenfinansiering ved benyttelse af ydelser i regionspsykiatrien.

Tabel 3-1: Kommunal egenfinansiering af regionspsykiatri

Regionspsykiatri	Takst for kommunal egenfinansiering, 2012
Indlæggelsesdag i behandlingspsykiatri	2.024 kr.
Ambulant behandling i behandlingspsykiatri (distriktspsykiatri såvel som psykiatrisk skadestue)	506 kr.

Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (<http://www.sum.dk/Sundhed/DRG-systemet/Takster/2012.aspx>)

Tallene illustrerer de besparelsemuligheder, kommunerne har, hvis akuttilluddet kan forebygge behovet for de dyrere støtte- og behandlingstilbud. Ud over kommunens besparelser er der ud fra samstemmende udsagn fra en række repræsentanter fra behandlingspsykiatrien mht. akuttilluddenes indvirkning på genindlæggelsesmønstre i projektforsløbet angivet en række eksempler på, at der også er besparelser i regionerne som følge af indførelse af akuttilluddet.

For at få et samlet billede af de økonomiske gevinster ved akuttilluddet skal de mulige besparelser sammenlignes med de årlige ekstraomkostninger til akuttilluddet. Disse omkostninger vil jf. akuttilluddenes forslag til fremtidig forankring være afhængige af måden det organiseres og udfoldes på samt graden af integration med øvrige tilbud, men vil med et forsigtigt skøn med en "minimumsfunktionalitet" i forhold til konceptet i indeværende forsøg ligge på mellem 1 og 2,5 mio. kr. Det er denne konkrete meromkostning, gevinsterne skal holdes op imod.

⁴ Kun fem af de otte kommuner har indberettet prisoverslag for gennemsnitsbesparelser ved forebyggelse af alternative tilbud.

Del 2:

Centrale erfaringer fra projekterne, der kan overføres til andre kommuner

04

Målgruppe og behovsafdækning

I dette afsnit vil der være fokus på at definere målgruppen for et akuttillbud med særligt henblik på, at give det bedst mulige vurderingsgrundlag for en afdækning af behovet for et akuttillbud i en kommune. Der gives en beskrivelse af forsøgsprojekternes målgruppe samt de udfordringer, de syv akutprojekter har oplevet ved at arbejde med denne målgruppe. På baggrund af såvel statistik fra den løbende monitorering som kvalitative interviews med brugere og professionelle omkring målgruppen, vil der dernæst blive givet et indblik i, hvor mange henvendelser og unikke brugere akuttillbuddene har håndteret i forsøgsperioden, samt hvilke karakteristika, der kendetegner brugerne.

4.1 Målgruppedefinition

Socialstyrelsen har defineret målgruppen for forsøgsprojekterne vedrørende akuttillbud til mennesker med sindslidelser. *Den primære målgruppe* er mennesker med sindslidelser, der bor i eget hjem, for hvem der opstår en akut situation, der afstedkommer et behov for støtte og omsorg, for at situationen ikke optrappes yderligere.

Derudover opererer akuttillbuddene også med en sekundær målgruppe som fx pårørende til den primære målgruppe, samt personer, der er i professionel kontakt med den primære målgruppe.

Den primære målgruppe henvender sig selv for at få hjælp, rådgivning eller omsorg, mens den sekundære målgruppe henvender sig af to årsager: Enten ønsker de hjælp og rådgivning om, hvordan de skal tackle en krisesituation med en person med sindslidelse, eller de opsøger tilbuddet på baggrund af en bekymring for vedkommende. Her kan akuttillbuddet rådgive den sekundære målgruppe eller henvise til fx kommunens SKP-korps, eller akuttillbuddet kan tilbyde at rette henvendelse til personen med sindslidelsen, hvis vedkommende selv ønsker at blive kontaktet.

4.1.1 En bred og fleksibel målgruppe i praksis

Arbejdet med målgruppedefinitionen har igennem projektperioden været en løbende proces. Generelt har de syv forsøgsprojekter arbejdet indenfor Socialstyrelsen definition, men centrale begreber som *sindslidende* og *akut*, har givet anledning til en del fortolkningsarbejde. Akuttillbuddet er som udgangspunkt anonymt og ikke-visiteret og skal kunne rumme alle mennesker med sindslidelser – både med og uden diagnose. Det kan derfor være svært for den enkelte medarbejder i forbindelse med henvendelser at afgøre, "hvor sindslidende" en borger er, og "hvor akut" situationen kan betegnes at være. Ydermere er det den generelle erfaring, at akuttillbuddene udadtil også skal være varsomme med at anvende betegnelsen "sindslidende", da en stor gruppe af dem, der anvender tilbuddet - og som reelt har behov for og udbytte af den hjælp og støtte de får – ikke nødvendigvis opfatter deres egen tilstand som en sindslidelse. Dermed risikerer man, at den del af målgruppen, der ikke har en diagnose, afholder sig fra at

benytte tilbuddet, enten af frygt for stigmatisering eller fordi de ikke tror, at tilbuddet er henvendt til dem.

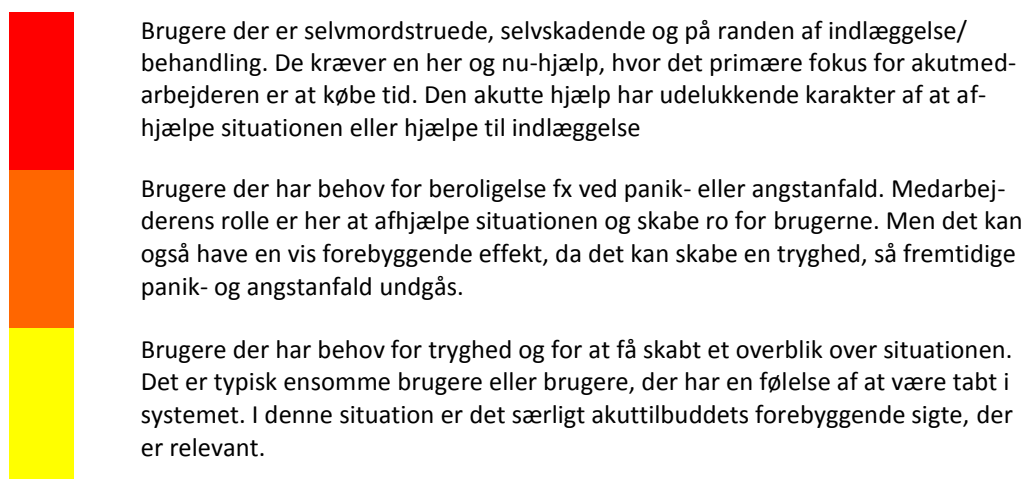
"Akuttilbuddet er for psykisk sårbare, der oplever et akut behov for hjælp. Det er vigtigt at bevare en bred og åben målgruppe – Ofte har vi stor og hurtig succes med de borgere, der måske ellers ikke benytter systemet så meget." (Sammenskrivning af fælles erfaringsopsamling ved sidste workshop på læringsseminar for projektledere og akut-medarbejdere)

"Det er jo også anonymt, så vi ved jo ikke om de har en diagnose. Mit bud er, at der ikke skal stå sindslidende for mange gange, så vil mange ikke henvende sig. Vi skal vælge vores ord med omhu – Vi afviser ikke nogen." (Projektmedarbejder)

Ligesom der er stor variation i omfanget af sindslidelse, er der også stor forskel på graden af krise og dermed også, hvor påtrængende behovet for hjælp er. Fx kan én problemstilling være, at en bruger har svært ved at overskue de små ting i dagligdagen, mens en anden har svært ved at overskue hele sin livssituation.

Man kan derfor også tale om graden af det akutte i en henvendelse. En vurdering af, om en bruger befinder sig i målgruppen, indebærer dermed også en afvejning af, hvor akut den enkeltes situation er. Med udgangspunkt i denne afvejning kan målgruppen placeres på en skala for grad af krise og akuthed.

Figur 4-1: Grader af akut krise hos brugere, der opsøger akuttilbud



Kravet om akuthed, for at brugere kan anvende tilbuddet, og anvendelsen af akut-ordet i arbejdet, har dog også givet anledning til en del problemstillinger og drøftelser. Erfaringen er, at opfattelsen og definitionen af "akut", kan være meget forskellig både blandt brugerne, kollegaer og samarbejdspartnerne, og flere medarbejdere giver udtryk for, at de eksempelvis har

haft kontakt med brugere, der har afholdt sig fra at henvende sig, fordi de ikke selv vidste, om deres situation var "akut nok" til at være akut.

Akuttilbuddene har endvidere gjort sig den erfaring, at de mennesker med sindslidelser, der benytter tilbuddene, har meget komplekse problemstillinger og ofte er belastet af mere end bare ét problem. Det er derfor vigtigt, at tilbuddet ikke har for faste og ufleksible rammer.

Derfor har tilgangen i flere akuttilbud været, at enhver, der henvender sig, som udgangspunkt har behov for hjælp. Hvis akutteamet finder ud af, at brugere ikke hører til målgruppen, hjælpes brugere videre til de hjælpeforanstaltninger, som kan give den nødvendige støtte. Dette betyder ikke, at forsøgsprojekterne har afvejet fra Socialstyrelsens angivne målgruppedefinition. Der har blot vist sig et behov for at konkretisere, at det er meget individuelt, hvornår noget opleves som henholdsvis en lidelse og værende akut, hvorfor der også skal være plads til, at definitionen skal kunne tolkes bredt og fleksibelt.

På baggrund af den løbende kontakt med såvel medarbejdere som projektledere samt observationer og interviews ved casebesøg, er det evaluators vurdering, at langt hovedparten af akuttilbuddets brugere falder inden for målgruppedefinitionen og står midt i en akut krise, hvor de kan have selvskadende adfærd, være angste, have svært ved at overskue og handle på egen situation mv. Dette understøttes af akuttilbuddenes løbende dokumentation i registreringsskemaerne, hvoraf det fremgår, at knap ni ud af ti af de brugere, som henvender sig til akuttilbuddene, vurderes som værende i den primære målgruppe⁵ – selv om graden af den akutte krise varierer, og det kan være forskellige former for hjælp, brugerne efterspørger.

4.2 Er der behov for et akuttilbud?

Det er centralt for evalueringen af forsøg med akuttilbud til mennesker med sindslidelser at vurdere, om akuttilbuddene er blevet benyttet og efterspurgt tilstrækkeligt til, at der kan formodes at være grundlag for at videreføre projekterne og oprette nye tilbud i andre kommuner.

Indberetningerne fra de syv forsøgsprojekter antyder, at akuttilbuddet henvender sig til en målgruppe, der har oplevet et hidtil udækket behov. Efter en lidt stille opstartsperiode, hvor kendskabet til projektet skulle udbredes hos såvel brugere som samarbejdspartnere, har akuttilbuddene oplevet en stigende efterspørgsel, og ved afslutningsseminaret i november 2012, gav flere projektledere udtryk for, at man til stadighed oplevede større efterspørgsel og et

⁵ I gruppen "andre end den primære målgruppe" findes bl.a. den sekundære målgruppe af pårørende og samarbejdspartnere, der fortrinsvist henvender sig på telefonen. Da akutte telefonen står for langt størstedelen af henvendelserne, påvirkes det samlede gennemsnit ganske meget af disse henvendelser på telefonen fra den sekundære målgruppe. På akuttilbuddets øvrige funktioner er det mere end 90 pct. af henvendelserne, der kommer fra målgruppen.

reelt umættet udviklingspotentiale for projektet. Pr. 1. oktober 2012, havde akuttillbuddene tilsammen håndteret **45.406** henvendelser.

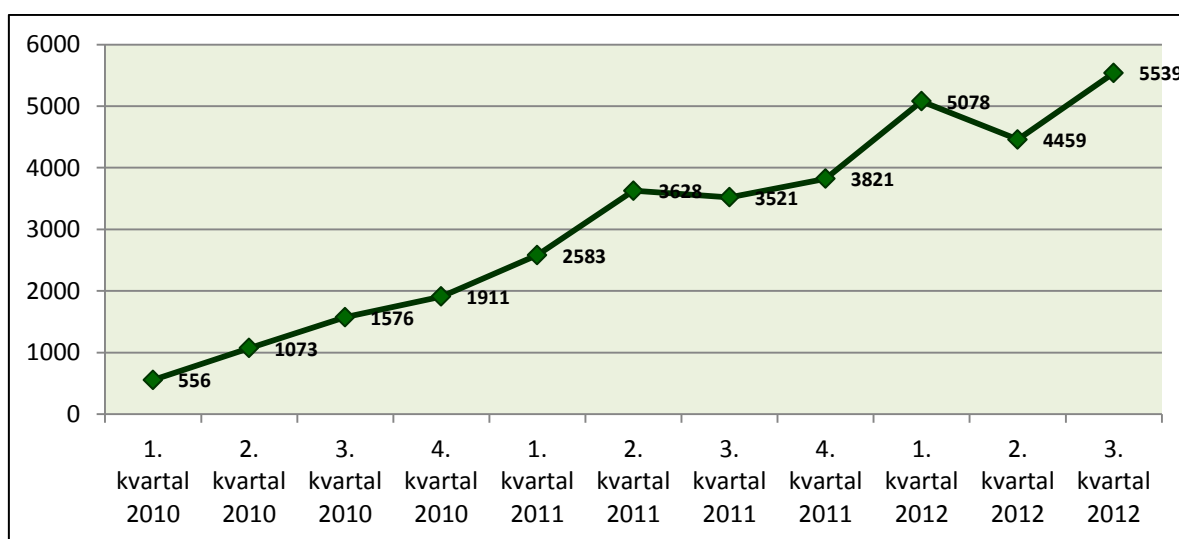
I tabel 4-1 nedenfor er gengivet fordelingen af henvendelser på de forskellige typer af rådgivninger.

Tabel 4-1: Antal henvendelser i akuttillbuddene

	Antal henvendelser	Procent
Akuttelefon/mail	34.053	75 %
Rådgivning i akuttillbuddet	8.068	18 %
Udgående rådgivning	2.209	5 %
Overnatning	1.076	2 %
Total	45.406	100 %

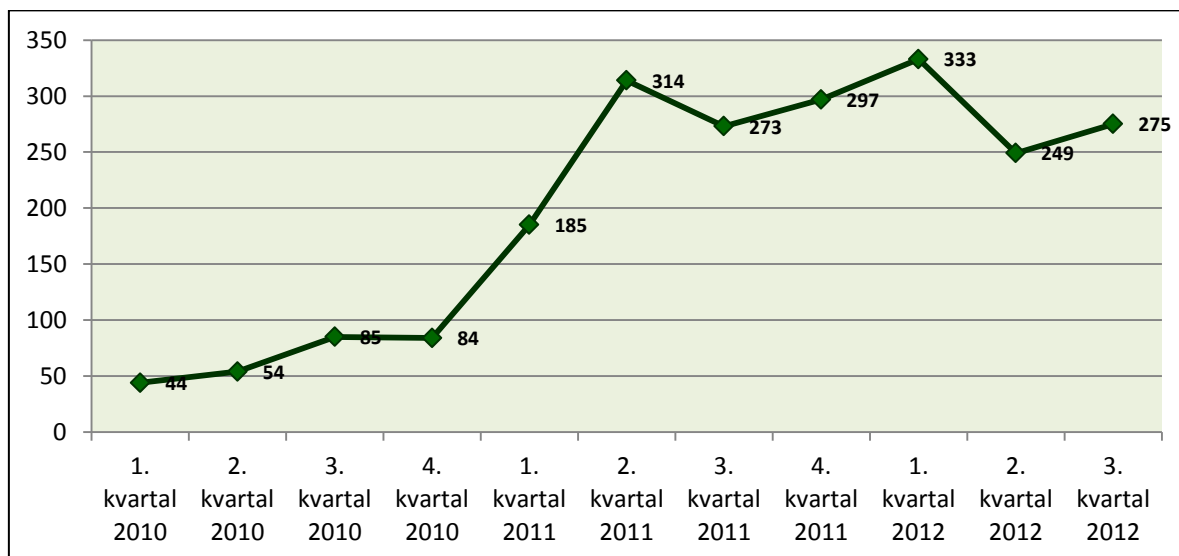
Som Figur 4-2 til Figur 4-5 nedenfor viser (opdelt på henvendelses/rådgivningstyper), skete der for nogle rådgivningstyper en markant udvikling i henvendelser og samtaler m.v. efter ca. et år, hvilket indikerer, at der skal et vist "bearbejde" til, før kendskabet til tilbuddet er tilstrækkeligt stort til, at man kan tale om en situation, hvor henvendelserne begynder at afspejle det faktiske behov. Opgørelserne nedenfor omfatter de syv akuttillbudsforsøg samlet, og tallene dækker over store forskelle mellem de enkelte tilbud.

Figur 4-2: Antal henvendelser pr. kvartal – telefon/mail



308 registreringer er udeladt af grafen, da de enten slet ikke har angivet nogen dato, eller har angivet datoen på en måde, der ikke entydigt kunne oversættes til en dato.

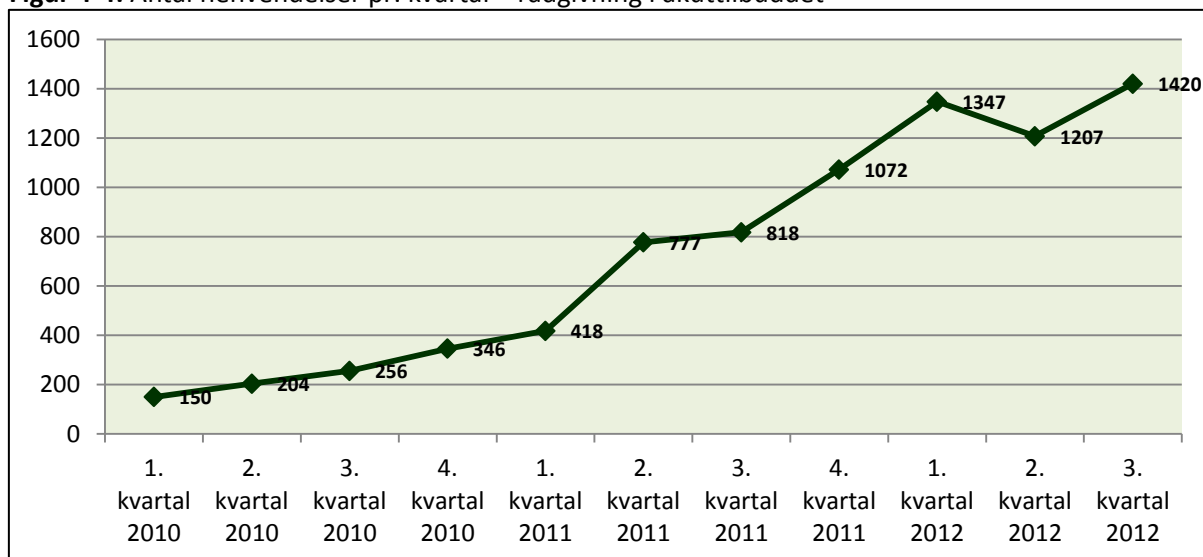
Figur 4-3: Antal henvendelser pr. kvartal – udgående rådgivning



16 registreringer er udeladt af denne graf. De havde enten slet ikke angivet nogen dato, eller angivet datoen på en måde, der ikke entydigt kunne oversættes til en dato.

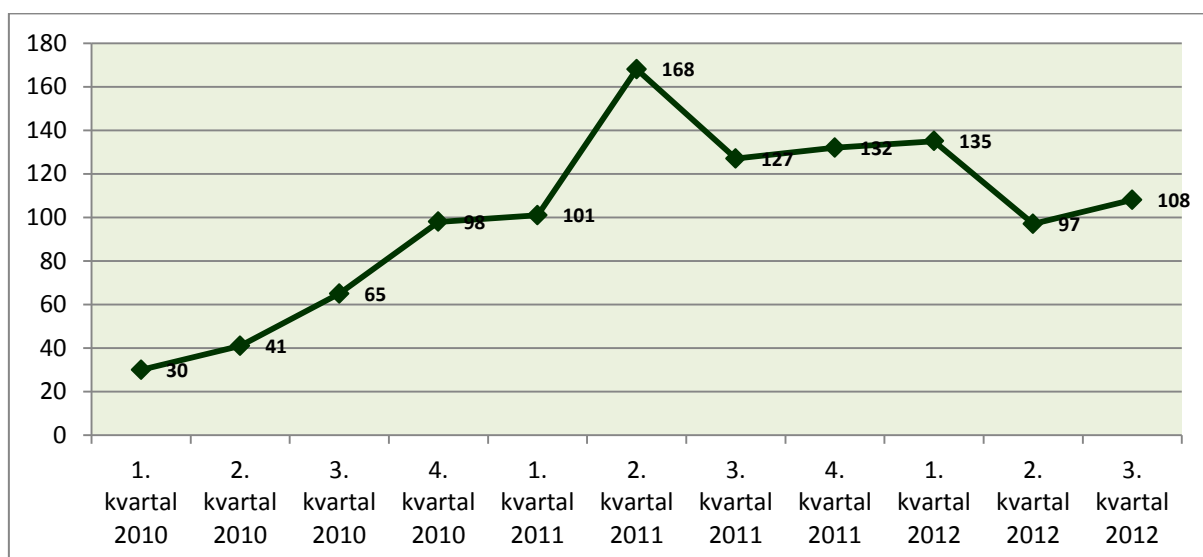
Flere af akuttilbuddene valgte i løbet af projektperioden at nedprioritere eller helt at afvikle tilbuddet om udgående rådgivning. Dette kan være medvirkende til, at denne graf på visse tidspunkter viser fald i efterspørgslen og i modsætning til de samlede tal og erfaringer viser en tendens til stagnation mod slutningen af projektperioden.

Figur 4-4: Antal henvendelser pr. kvartal – rådgivning i akuttilbuddet



53 registreringer er udeladt af denne graf. De havde enten slet ikke har angivet nogen dato, eller angivet datoen på en måde, der ikke entydigt kunne oversættes til en dato.

Figur 4-5: Antal henvendelser pr. kvartal – overnatning



16 registreringer er udeladt af denne graf. De havde enten slet ikke har angivet nogen dato, eller angivet datoen på en måde, der ikke entydigt kunne oversættes til en dato.

Flere af akuttillbuddene valgte i løbet af projektperioden ligeledes at nedprioritere eller helt at afvikle tilbuddet om overnatning. Dette kan være medvirkende til, at denne graf, i modsætning til de samlede tal og erfaringer, viser en tendens til et direkte relativt fald hen mod slutningen af projektperioden.

De syv forsøgsprojekter har løbende registreret, hvorvidt hver enkelt henvendelse har været en "førstegangshenvendelse", eller den pågældende bruger tidligere har haft kontakt med akuttillbuddet. På den baggrund anslås det, at akuttillbuddene til sammen har været benyttet af ca. 5029 unikke brugere⁶ inden for den primære målgruppe.

I nedenstående tabel 4-2 er vist en oversigt over henvendelser fordelt på primær og sekundær målgruppe og i forhold til den primære målgruppe desuden opdelt på unikke brugere og "flergangs-brugere" – henvendelser ud over første gang. (også kaldt "gengangere" i tabellen).

Tabel 4-2: Oversigt over henvendelser fordelt på primær og sekundær målgruppe og i forhold til den primære målgruppe opdelt på unikke brugere og flergangs-brugere.

	Den primære målgruppe (mennesker med sindslidelse i akut psykisk krise)	Sekundær målgruppe samt øvrige personer, der ikke falder inden for målgruppen	Antal henvendelser i alt	Procent	Unikke brugere i den primære målgruppe	Flergangs-brugere/ gengangere i den primære målgruppe	"Ved ikke"/ udeladt svar
Akuttelefon/mail	24.579	9.474	34.053	75%	3.085	20.639	855
Rådgivning i akuttillbuddet	7.380	688	8.068	18%	1356	5.236	788
Udgående rådgivning	1.816	393	2.209	5%	353	1.413	50
Overnatning	1006	70	1.076	2%	235	743	28
Total	34.781	10.625	45.406	100%	5.029	28.031	1721

⁶ Flere forhold bevirker, at dette tal må tillægges en del forbehold. Først og fremmest er det ikke nødvendigvis sikkert, at en bruger træffer den samme medarbejder i akuttillbuddet, og i visse tilfælde må det vurderes, at det ikke har været etisk korrekt at spørge brugerens direkte om vedkommendes historie med akuttillbuddet. Fremgår det derfor ikke direkte af samtalen må det forventes, at nogle henvendelser fejlagtigt opfattes som unikke eller gengangere. Formentligt af samme etiske årsag, er en relativ stor andel, 1721, blevet angivet som "ved ikke", hvorfor antallet af unikke brugere formodes reelt at være noget højere end det angivne.

Sammenholdes dette med befolkningsgrundlaget over 18 år i de otte kommuner, svarer det til, at ca. 1,3 pct⁷ af denne befolkningsgruppe har været i kontakt med akuttillbuddet i løbet af de første 3 år, inkl. opstartsperioden. Det er her vigtigt at holde sig for øje, at der i den primære målgruppe er tale om personer med sindslidelser med eller uden diagnose, og mens nogle af disse unikke brugere har brugt akuttillbuddet gentagne gange, har andre kun været i kontakt med tilbuddet en enkelt gang. Det er derfor svært at sammenligne denne gruppe med det grundlag, man vurderer at have indenfor de visiterede socialpsykiatriske tilbud.

4.3 Er der brugere som ikke rummes af de eksisterende tilbud?

Som nævnt tidligere i denne evalueringsrapport, blev forsøgsprojektet med akuttillbud bl.a. lanceret på baggrund af et ønske om at sikre et mere fleksibelt tilbud, hvor der bliver taget højde for, at behovet for hjælp for mennesker med psykiske lidelser ikke nødvendigvis er foreneligt med åbningstiderne i mange eksisterende tilbud i socialpsykiatrien. På den måde fungerer akuttillbuddet som et supplement til de brugere, der i forvejen har tilknytning til socialpsykiatrien, men som tidligere har oplevet problemer, når kontaktpersonen(erne) har holdt fyraften, været på kursus eller holdt fri i weekender og ferier. Flere af de interviewede borgere med tilknytning til socialpsykiatrien har givet udtryk for, at de har mærket en markant forbedring i deres mentale helbred, og en generelt større tryghed, efter de er blevet bekendte med akuttillbuddet som supplement udenfor de eksisterende tilbuds åbningstid. Ligeledes har flere projektledere og medarbejdere i akuttillbuddene givet udtryk for, at de tydeligt kan mærke, når der eksempelvis er kursusdage for de kommunale sagsbehandlere.

"Før blev jeg mere syg fordi jeg ikke havde noget hjælp i weekenderne og ferier. Når min egen kontaktperson ikke er der, så skrider det for mig. Hvis jeg ikke havde akuttillbuddet, ville jeg være meget mere indlagt. De er der hverdag, weekend og hele tiden, så man er aldrig helt alene." (Bruger)

4.3.1 Brugere i gråzonen

Akuttillbuddet opfylder således ønsket om at imødekomme de brugere af socialpsykiatrien, der også har haft et behov for potentiel støtte og kontakt uden for gængse åbningstider, hvorved det kan undgås, at en situation eskaleres unødigt. Størstedelen af akuttillbuddenes brugere vurderes dog at være ukendte i – eller uden fast tilknytning til det socialpsykiatriske system. Således viser indberetningerne fra de syv forsøgsprojekter, at blot 9 pct. af de unikke brugere indenfor målgruppen modtog bostøtte ved første henvendelse til akuttillbuddet, mens godt 4 pct. havde fast kontakt til en SKP-ordning og yderligere 0,8 pct. var bosat i botilbud uden døgndækning. Den resterende gruppe på godt 86 pct. kan igen kategoriseres i 2 grupper. Den første er de brugere, der er kendte i systemet, men som ikke har et fast tilbud, fordi de enten ikke ønsker det, ikke er blevet visiteret til det, eller fordi de står på venteliste. Endelig er der

⁷ Udregningen er foretaget på baggrund af tal fra Dansk Statistik d. 12.09.2012

den kategori af brugere, der er i akut krise, men som ikke har haft forudgående kontakt til systemet (det er ikke muligt at dokumentere fordelingen mellem disse to grupper). Ovenstående tal indikerer, at den nuværende indretning af det samlede psykiatriske tilbud, har svært ved at rumme en relativt stor gruppe af brugere, der altså (ud fra det faktum, at de henvender sig til akuttilbuddet) både selv *ønsker* hjælp og vurderes at have *behov* for hjælp, til at håndtere en kritisk psykisk tilstand. En iagttagelse, der også har været et gennemgående tema i den kvalitative dataindsamling på tværs af aktørerne omkring akuttilbuddet.

"Jeg lever med min sygdom, men indimellem har jeg brug for støtte. Jeg klarer i det store hele mig selv. Så det er rart, at det her er der, når man ikke kan. Det er tit om aftenen og om natten den er gal, men jeg vil jo helst klare mig selv." (Bruger)

"Jeg ligger lige midt i mellem – hvor jeg ikke er helt syg og ikke helt rask. Der er nogle steder, jeg ikke kan komme, fordi jeg ikke er syg nok. Så det er godt, at Esbjerg Kommune giver dette tilbud." (Bruger)

Såvel brugere som professionelle i behandlings- og socialpsykiatrien, det somatiske behandlingssystem samt ledere og medarbejdere i akuttilbuddene giver udtryk for, at der er en stor gruppe af brugere i en gråzone, der nok har et behov for støtte eller hjælp, men som af den ene eller anden grund ikke passer ind i det etablerede system. Denne gruppe har stor diversitet, og problemerne kan være meget varierende i såvel ophav som omfang, og det synes derfor ikke muligt at give én rammende beskrivelse, der er fyldestgørende for hele denne gruppe. I store træk er det dog gennemgående i tilbagemeldingerne, at der er tale om en gruppe, der ikke i faglig forstand decideret "fejler noget" (ikke diagnosticeret), hverken somatisk eller psykisk, men som befinder sig i en situation og en sindstilstand, som de ikke selv føler sig i stand til at magte og se sig ud af. De har derfor ikke (som udgangspunkt) brug for behandling eller fast støtte, men behov for at indgå i et grundlæggende pædagogisk miljø, hvor der er tid og plads til at få styr på tankestrømmen.

"Det er gråzone-patienter, og det er altid dem, der er de sværeste, for så kan vi cirkle dem rundt til de forskellige tilbud eller kan det måske vente? Er det ikke slemt nok?" (Samarbejdspartner, Psykiatrisk akutmodtagelse)

"Der er nogle mennesker der har behov for at snakke med et andet menneske – men sådan et sted har de altså ikke haft før. Før, der kom de jo til os for at snakke, og det er jo desværre ikke det vi kan." (Sygeplejerske – psykiatrisk skadestue)

"Der kommer jo ofte nogen ind på psykiatrisk skadestue fordi de har en personlighedsstruktur, hvor det svinger lidt op og ned, og hvor selvmordstanker, det kan komme lige så snart kæresten er gået eller sådan noget. Så drejer det sig jo slet ikke om, at der er behov for psykiatrisk behandling det handler jo om, at man grundlæggende har behov for at være i et pædagogisk miljø, hvor der er nogen til at klappe en på skulderen, og man kan føle man får lov at græde ud." (Samarbejdspartner – behandlingspsykiatrien)

4.3.2 Behov for tid og tryghed til at gå i dybden

Generelt er behovet for tid og tryghed et dominerende karakteristikum for brugerne af akuttillbuddet, og i interviews med brugerne, fremhæves det gennemgående som en altafgørende egenskab ved akuttillbuddet, som de ikke har mødt andre steder i systemet.

"På psykiatrisk skadestue møder man ikke nogen til at starte med – man bliver bare vist hen til et venteværelse. Der kan man sidde selv alene med sine tanker. Det er nogen gange, det skader mere, end det gavner! Personalet på psyk virker også meget stresset og presset – som om de ikke har tid til én (...) Akuttillbuddet har bedre tid, der bliver taget hånd om én fra det øjeblik man træder ind af døren, eller ringer op. (...) Jeg forventer selvfølgelig, at de har tid til at snakke, og så betyder det, at jeg undgår at skære i mig selv. Jeg bliver beroliget. Der sker noget med det samme – det er meget vigtigt!" (Ung kvinde)

"Det gode ved akuttillbuddet er, at man ikke føler sig som "Palle alene i verden". Der sidder nogen, som vil én det godt, og det er en dejlig fornemmelse." (Bruger)

At behovet for tid, tryghed og omsorg er karakteristisk for en stor del af akuttillbuddets brugere, afspejles ligeledes i de temaer, der ligger til grund for henvendelserne. Således viser indberetningerne fra de syv akuttillbud jf. nedenstående tabel 4-3, at særligt fire temaer går igen i samtalerne: *behovet for kontakt, støtte og omsorg, nedtrykthed/ked af det og angst/nervøsitet.*

Tabel 4-3: Temaer i samtalerne

Temaer	Overnatning	Udgående rådgivning	Rådgivning i akuttillbuddet	Akuttelefonen
Støtte og omsorg	47 %	46 %	59 %	45%
Angst/nervøsitet	40 %	29 %	33 %	21 %
Nedtrykthed/ked af det	37 %	28 %	35 %	26 %
Behov for kontakt	29 %	44 %	32 %	47 %
Medicin	24 %	29 %	26 %	17 %
Sociale problemer	21 %	14 %	20 %	9 %
Pårørendeproblematikker	21 %	14 %	26 %	11 %
Misbrug	20 %	17 %	14 %	8 %
Stress	17 %	10 %	18 %	5 %

Temaer	Overnatning	Udgående rådgivning	Rådgivning i akuttilbuddet	Akuttelefonen
Selvdestruktiv adfærd/selv mordstanker	17 %	25 %	12 %	6 %
Søvnløshed	14 %	7 %	11 %	8 %
Konflikter	17 %	11 %	22 %	10 %
Ensomhed	12 %	14 %	10 %	15 %
Psykose	12 %	7 %	6 %	1 %
Behandlingsmuligheder og indlæggelser	8 %	14 %	11 %	7 %
Økonomiske problemer	8 %	9 %	11 %	4 %
Tvangstanker	7 %	11 %	7 %	6 %
Sorg	6 %	5 %	8 %	4 %
Fysisk vold/overfald	5 %	2 %	4 %	1 %
Psykisk vold/mobning	5 %	3 %	5 %	1 %
Seksuelle overgreb	4 %	3 %	3 %	1 %
Aggression	1 %	2 %	1 %	2 %

4.3.3 Aflastning af øvrige tilbud

Ovenstående peger på, at en del af akuttillbuddets brugere, der allerede er tilknyttet et af de øvrige tilbud i socialpsykiatrien, i og med adgang til akuttillbuddet som ekstra tilbud, får et mere sammenhængende tilbud med døgnsupport, når og hvis det er nødvendigt. Hertil kommer en stor gruppe, der ikke hidtil har været kendt i systemet, men som tilsyneladende har følt et behov, der hidtil har været udækket. Det synes derfor relevant at rejse spørgsmålet, hvorvidt akuttillbuddet er et tilbud, der blot udvider serviceniveauet, og derved skaber et "nyt behov" hos målgruppen, eller om det er et mere dækkende tilbud til en gruppe, der allerede bruger systemet, men som man af den ene eller anden grund ikke er indrettet til at kunne håndtere. Da tilbuddene i forsøgsperioden har været anonyme, har det som udgangspunkt ikke været muligt at følge brugerens forløb før og efter kontakten med akuttillbuddet, hvilket ellers kunne give et indblik i dette forhold.

I de kvalitative interviews med brugere og samarbejdspartnere, har der dog vist sig et entydigt billede af, at de øvrige tilbud omkring målgruppen har oplevet en stor aflastning, efter at akuttillbuddene er blevet oprettet, hvilket indikerer, at akuttillbuddene bør iagttages som et tilbud, der ikke som sådan udvider – men snarere opkvalificerer – serviceniveauet indenfor (soci-

al)psykiatrien. Ud over aflastning af øvrige socialpsykiatriske tilbud, er det i særdeleshed de tilbud, der har åbent for akutte henvendelser, som eksempelvis de somatiske - og psykiatriske skadestuer, politi og vagtlæger, der aflastes af akuttilbuddets eksistens. Flere sygeplejersker på skadestuerne giver udtryk for, at man efter akuttilbuddets oprettelse har oplevet, at man har fået mulighed for at henvise til et passende tilbud for en gruppe af brugere, man tidligere har afvist eller forsøgt at behandle, trods vished om, at man ikke kunne tilbyde den hjælp, der var behov for – en aflastning, der yderligere har gjort, at man har kunnet yde en bedre og mere fokuseret indsats for de patienter, man reelt har kunnet hjælpe.

”Før fik vi jo konstant de der sociale tilfælde, hvor deres verden var brudt sammen og så måtte vi jo sende halvt behandlede patienter hjem. Det var jo en skandale.” (Sygeplejerske psykiatrisk skadestue)

”Det er jo ikke kun fordi vi bliver aflastet [at vi er glade for akuttilbuddet]. Det er jo rent faktisk også sådan, at der er en lang række patienter, der pludselig får det rigtige tilbud.” (Sygeplejerske psykiatrisk skadestue)

I de fleste tilfælde, har aflastningen ikke betydet, at man decideret har kunnet ændre praksis omkring bemanning eller arbejds gange hos samarbejdspartnerne, da man i forvejen oplever så stor efterspørgsel, at tiden blot bruges mere fokuseret på andre opgaver og patienter. I distriktpsykiatrien i et område, hvor der er etableret et akuttilbud, har aflastningen fra akuttilbuddet dog helt konkret udmøntet sig i, at man har kunnet nedlægge en aftenfunktion på telefonen og i stedet prioritere indsatsen anderledes.

4.3.4 Opsamling

En del af akuttilbuddets styrke vurderes at ligge i den brede, ikke-visiterede og fleksible målgruppe. Det er derfor vigtigt ikke at have for snævert definerede rammer – og som udgangspunkt må det antages at enhver bruger, der henvender sig har behov for hjælp. Denne tilgang synes i sig selv at være afgørende for akuttilbuddets succes, da det er karakteristisk for målgruppen, at der er et behov for at blive mødt med åbenhed, nærvær og tid til at blive hørt. Ydermere synes en frygt for, at en sådan ”åben tilgang” kan resultere i, at tilbuddet breder sig ud over målgruppen, at være ubegrundet. Således viser indberetningerne, at knap 9 ud af 10 henvendelser kommer fra den primære målgruppe. Resterende henvendelser kommer fra den sekundære målgruppe (pårørende og samarbejdspartnerne) og evt. henvendelser helt uden for målgrupperne.

Baseret på indberetningerne fra de syv forsøgsprojekter, kan en kommune som ovenfor nævnt forvente at omtrent 1,3 pct. af en kommunens borgere over 18 år vil falde i den primære målgruppe og benytte sig af et akuttilbud i løbet af de første knap 3 år (inkl. opstartsperiode). Disse kan forventes at falde i to overordnede grupper. Den første gruppe er de, der allerede er tilknyttet et tilbud indenfor socialpsykiatrien, men som har behov for en døgnkontakt, ved

akutte kriser. Den anden gruppe er ikke umiddelbart tilknyttet et socialpsykiatrisk tilbud, men oplever en eller flere gange at befinde sig i en sindstilstand, de ikke selv kan se sig ud af.

Erfaringerne fra de kvalitative interviews viser, at akuttilbuddets brugere tidligere har/ville have benyttet sig af øvrige døgnåbne tilbud som eks. skadestuer, politi eller lægevagter, der med åbningen af akuttilbuddet har mærket en aflastning i forhold til en gruppe patienter eller borgere, de ikke tidligere har været i stand til at håndtere fyldestgørende. Det er derfor evaluators vurdering, at akuttilbuddet ikke som udgangspunkt kan siges at være et tilbud, der *udvider* serviceniveauet til en ny målgruppe, men snarere *højner* kvaliteten af det samlede tilbud – specielt for den her afgrænsede målgruppe, men også for brugere af de øvrige tilbud, idet disse tilbud i højere grad kan fokusere på borgere/patienter de reelt kan hjælpe.

05

Organisering og opstart

5.1 Hvilke behov dækker akuttilluddene?

I det følgende beskrives nærmere de enkelte grundfunktioner, som akuttilluddene er bygget op omkring, og i hvilket omfang de er blevet anvendt.

De fleste af de kommunale forsøgsprojekter har tilbudt alle grundfunktioner – akuttelefon, rådgivning i akuttilluddet, rådgivning i brugerens eget hjem eller andet sted udenfor akuttilluddet samt mulighed for overnatning. Det har dog været forskelligt på hvilke tidspunkter og i hvilke tidsrum de forskellige funktioner er blevet tilbudt, og enkelte akuttilluddsforsøg har også valgt at afvikle enkelte af funktionerne i løbet af forsøgsperioden.

De forskellige brugerrettede indsatser er etableret gradvist i takt med, at de enkelte akuttilludd startede op. I alle forsøgsprojekter er akuttelefonen blevet implementeret som det første.

Tabel 4-1 i forrige kapitel viste hvordan akuttilluddenes mange henvendelser fordeler sig på de enkelte akutfunktioner. Her ses det tydeligt, at akuttelefonen er den mest anvendte, mens overnatning i mindre omfang er blevet brugt i de syv akuttilludd. De enkelte akutfunktioner uddybes i de følgende afsnit.

5.1.1 Akuttelefonen

Akuttelefonen er den primære kontakt til de enkelte akuttilludd, og det er herigennem, den første kontakt med brugeren typisk etableres. Tre ud af fire henvendelser sker gennem telefonen. Det er en forholdsvis let adgang til akuttilluddet og opleves samtidig som mindre grænseoverskridende for brugerne, da man kan bevare sin anonymitet i den anden ende af telefonrøret og ikke konfronteres ansigt til ansigt med akutmedarbejderen. Denne uforpligtende adgang, som telefonen tilbyder, er suppleret af muligheder for at kontakte på mail og sms. Indberetningerne fra forsøgsprojekterne viser dog, at disse muligheder kun blevet anvendt i hhv. 323 og 216 tilfælde⁸. Flere medarbejdere i akutteamene har givet udtryk for, at specielt mailen som første kontakt ikke er specielt hensigtsmæssig. Medarbejderne kan selv være bekymrede for, om de kan reagere hurtigt nok på en mail, ligesom det kan være svært at afkode krisens omfang uden at kunne fornemme tonefald mv. For en bruger i krise kan det ligeledes formodes at være en uoverskuelig opgave at formulere sig på mail eller sms – erfaringen har derfor flere steder været, at man snarere vil arbejde på at være mere tilgængelig online i form af en chat-mulighed, der på grund af sin mere løse og flydende kommunikationsform har flere fællestræk med telefonsamtalen, og måske også virker mere anonym, da hverken telefonnummer eller e-mailadresse bliver registreret. En styrke ved anonymiteten i den upersonlige kontakt

⁸ Ikke alle akuttilludd har tilbudt mail og sms, ligesom andre har tilbudt muligheden, men undladt at nævne den i oplysningsmaterialet, da bl.a. medarbejdere og projektledere har været skeptiske over for, om de kunne reagere hurtigt nok på mails eller sms.

gennem telefon/mail/chat er, at brugeren bevarer kontrollen over, hvornår samtalen kan afbrydes, og samtalen kan dermed opfattes som mindre involverende og krævende for brugeren. På den anden side er denne form for kontakt en meget krævende og skrøbelig situation for akutmedarbejderen, hvorfor det er vigtigt at ansatte forberedes og støttes i at udvikle kompetencer i denne form for kontakt.

”Vi er ikke altid herre over, hvornår samtalen slutter, da borgeren sagtens kan lægge røret på. Samtaler igennem telefonen kræver væsentligt større opmærksomhed på detaljer og undertoner end almindelig kommunikation. En af de rigtig store udfordringer er, at man ikke kan følge op på sagerne. Når samtalen er slut, er den slut, og vi får oftest ikke noget at vide om, hvordan det er gået.” (Projektmedarbejder)

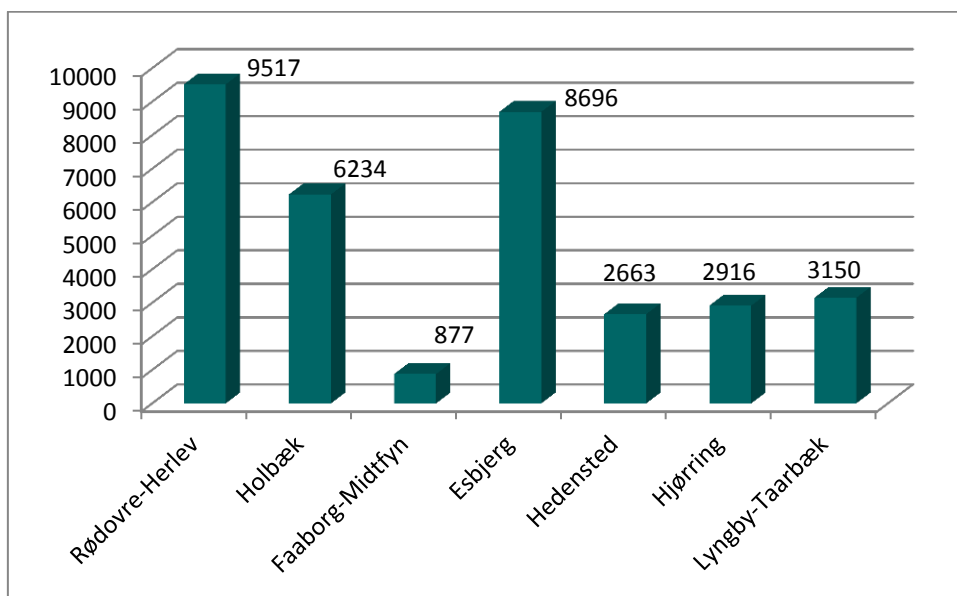
Medarbejderne fortæller, at en ulempe ved den telefoniske kontakt er, at det umiddelbart er svært at aflæse brugeren, da det ikke er muligt at tyde det nonverbale sprog, og samtidig er muligheden for opfølgning særligt begrænset ved telefonsamtaler.

”Det er en stor faglig og personlig udfordring at skulle ’læne sig tilbage’, og finde tillid til, at: Nu er sagen sendt videre, der vil være andre, som tager over, og jeg skal som akutmedarbejder ikke lave yderligere opfølgning.” (Projektmedarbejder)

5.1.2.1 Praktiske erfaringer med akuttelefonen

Erfaringerne med akuttelefonen har været stort set enslydende på tværs af de syv forsøgsprojekter. Til trods for at grafen herunder i figur 5-1 viser en meget stor spredning i antallet af henvendelse på telefonen, er tallene hver i sær udtryk for, at telefonen er den vigtigste indgang til akuttilbuddet. Der har i flere af projekterne været eksperimenteret med forskellige åbningstider på telefonen. Eksempelvis kunne akuttelefonen være lukket, når de øvrige kommunale tilbud har åbent. Denne model har dog i flere tilfælde givet udfordringer i forhold til at have kontakt med samarbejdspartnere, der har spørgsmål om en borger eller mere praktiske anliggender. I flere tilfælde er det derfor endt med, at man alligevel har valgt en døgnåben model, da man ikke kan afvise en bruger, der er kommet igennem på telefonen, selvom den i realiteten kun har været åben for samarbejdspartnere. Andre steder har man valgt at fastholde en ”officiel” åbningstid uden for almindelige åbningstider, for på den måde at begrænse antallet af henvendelser fra brugere i denne periode. Men har så alligevel holdt telefonen åben, således at samarbejdspartnere har kunnet komme igennem. De brugere, der så alligevel er kommet igennem, har man selvfølgelig håndteret. Alle forsøgsprojekterne er dog enige om, at akuttelefonen *uden for almindelig åbningstider* er akuttilbuddets absolutte kerneydelse, hvorfor alle tilbud har åbent på telefonen om aftenen og natten.

Figur 5-1: Antal registreringer ved akuttelefon fordelt på akutt tilbud pr. 1. oktober 2012



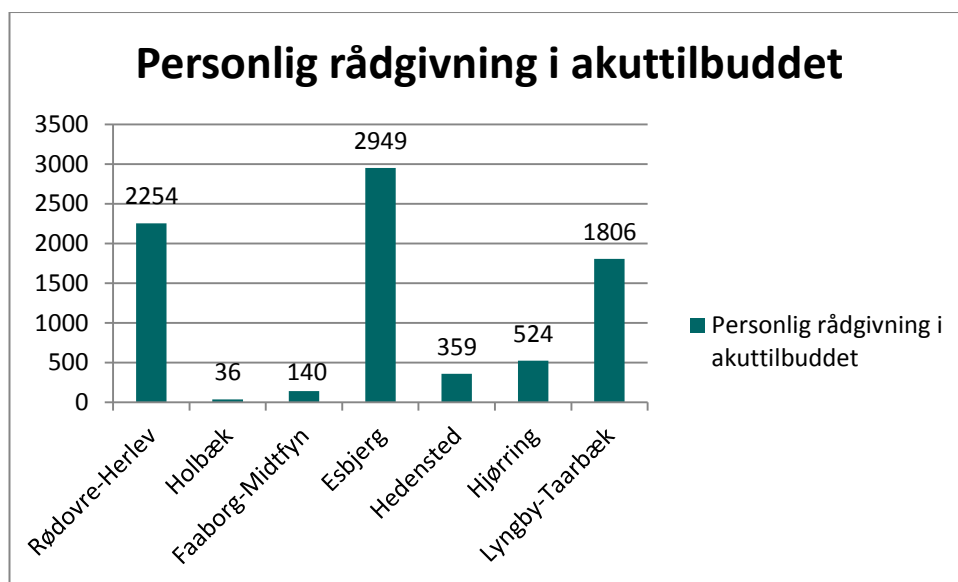
Som det ses, er der meget stor forskel mellem forsøgsprojekterne på antallet af henvendelser. Og dette vil gælde i alle opgørelser. Dette dækker for det første over, at der grundlæggende er forskel på befolkningsunderlaget til de syv akutt tilbudsforsøg. Derudover skiller særligt Faaborg – Midtfyn sig ud med et relativt lille antal af henvendelser på akuttelefonen. I Faaborg-Midtfyn har der været en særlig tilgang til projektet, der har betydet en anden vægtning mellem de forskellige typer af henvendelser/rådgivninger. I og med, at der har været stor succes med overnatninger, har ”markedsføringen” i Faaborg-Midtfyn i forhold til brugere i psykisk krise, som ikke er kendt i systemet (socialpsykiatri, misbrugsbehandling eller unge fra produktions-skolen) ikke været i fokus. Derfor er der ikke mange opkald fra ”hr. og fru Jensen”. Der kan desuden også i Faaborg-Midtfyn være en for lav **registrering** på telefonopkald pga. manglende opmærksomhed i personalegruppen, der samtidig har konkurrerende, vigtige opgaver i Botilbuddet.

Selvom der er mulighed for at følge en henvendelse på akuttelefonen op med en mere personlig samtale, viser indberetningerne, at samtalerne på telefon i langt de fleste tilfælde er nok til at få tilstrækkeligt ro på situationen til, at der ikke er grundlag for at gøre yderligere. Således afsluttes ca. 78 pct. af henvendelserne på akuttelefonen fra den primære målgruppe med, at der ikke umiddelbart aftales yderligere kontakt.

5.1.2 Rådgivning i akuttillbuddet

Ligesom med akuttelefonen har alle forsøgsprojekterne tilbudt personlig rådgivning i akuttillbuddet, hvor der for de fleste tilbuds vedkommende er separate lokaler indrettet til samtaler. Godt og vel hver femte henvendelse til akuttillbuddet er et personligt fremmøde. Som oftest sker fremmødet efter en forudgående kontakt fra brugeren selv, en pårørende eller en samarbejdspartner.

Figur 5-2: Antal registreringer vedr. personlig rådgivning i akuttillbud pr. 1. okt. 2012



Som det ses af denne figur skiller specielt Holbæk Kommunes akuttillbud sig ud ved et meget lille antal rådgivninger i akuttillbuddet – til gengæld er der relativt mange flere udgående rådgivninger i Holbæk jf. Figur 5-3 nedenfor. Ligeledes har også akuttillbuddene i Faaborg-Midtfyn og Hedensted relativt få rådgivninger i akuttillbuddets lokaler.

Dette hænger for Holbæk Kommunes vedkommende sammen med følgende (jf. kommunens egne oplysninger): Holbæk kommunes akuttillbud er ikke et åbent sted som de fleste øvrige tilbud, hvor brugere kan komme når som helst. Det har der ikke været afsat personaleresourcer til. Desuden har det været et ønske for tilbuddet at være fleksibelt – at komme til brugeren frem for at brugeren skal komme til tilbuddet. Selvmøderprincippet defineres ikke således, at brugeren nødvendigvis selv skal møde op, men lige så meget, at brugeren selv skal **ønske** kontakt og hjælp.

En forskel i forhold til øvrige kommuner kan også være en kulturel forskel, forstået på den måde, at stort set alle medarbejderne i Holbækprojektet er bostøttemedarbejdere, og disse

har erfaring med at mødes med brugerne i disses eget hjem. Selv ved rådgivninger i dagtimerne på hverdage, når der følges op på en kriseplan, kører personalet lige så gerne ud til brugeren, specielt hvis det vurderes, situationen er så kritisk for brugeren, at det virker uoverskueligt for vedkommende selv at komme frem til tilbuddet. Det vurderes i hvert enkelt tilfælde, hvor det vil være bedst at mødes, afhængigt af krisens art og omfang.

I forhold til rådgivninger efter kl. 15.30 og weekend har medarbejderne i Holbæk base i eget hjem, så hvis det vurderes, at en personlig rådgivning er nødvendig, vil det som oftest være det hurtigste og mest hensigtsmæssige at mødes i brugerens eget hjem. Medarbejderne har mulighed for at bruge mødelokaler, men dette anvendes sjældent. Derfor er aften- og weekend-rådgivninger stort set kun udkørende.

For Faaborg-Midtfyn Kommunes vedkommende spiller de tidligere nævnte forhold vedr. vægtningen mellem de forskellige grundfunktioner i akuttillbuddet også ind i forhold til antallet af personlige samtaler og rådgivninger i akuttillbuddet. Her føres de personlige rådgivningssamtaler i større omfang i forbindelse med overnatningerne.

I Hedensted Kommunes tilfælde er der tale om, at akuttillbuddet dækker et geografisk meget stort område, hvor infrastrukturen er meget dårlig, så det er meget vanskeligt at komme på tværs af kommunen. Det har således lige fra starten været prioriteret, at den udkørende funktion skulle være et væsentlig element i akuttillbuddet, som det også fremgår i næste afsnit. Og derfor var der derudover i projektbeskrivelsen endvidere indregnet en bus, som var beregnet til og fra starten blev anvendt til at kunne håndtere et fremrykket, udgående rådgivningstilbud.

For Hedensted Kommunes akuttillbud er den udgående rådgivning baseret på, at samtalen foregår i brugerens eget hjem, hvilket i mange henseender har stor betydning for brugeren. Det er vurderet i Hedensted, at det for nogle brugere ikke vil være muligt at komme til akuttillbuddet, både pga. transporten, men også fordi de pågældende brugere har det så dårligt, at det at skulle organisere en indviklet transport vil gøre det værre. Det kan være brugere, som er angste, paranoide, depressive etc., hvor det at skal bevæge sig et andet sted hen vil forværre situationen.

Desuden gælder det i Hedensted, at den udgående funktion, også "bare" kan bestå i at gå over i de tilknyttede boliger og have en samtale, idet dette betragtes som en samtale "uden for akuttillbuddet".

For de øvrige akuttillbud har rådgivning og samtaler i selve akuttillbuddets lokaler været vægtet højt, og det vurderes som vigtigt, at der i modsætning til, hvad der kan rummes i telefonsamtalerne, ved personligt fremmøde i akuttillbuddet gives mulighed for at få konkret hjælp bl.a. i

form af overnatning, NADA-behandling⁹ og skabelsen af et "visuelt" overblik over brugerens situation. Endvidere kan det skabe ro og tryghed for brugeren at befinde sig i andre rammer og sammen med akutmedarbejderne. Flere brugere giver ligeledes udtryk for, at alene det, at møde et andet menneske, der kun vil hjælpe, kan være den afgørende forskel.

"Det giver en ro, både psykisk og fysisk. Når jeg får NADA, så får jeg lidt ro. Jeg har selv valgt en som jeg taler bedst med." (Bruger)

"Det var dejligt og de sagde pænt goddag. Man står der helt kvæstet og så står der nogen til at hjælpe en – det er helt utroligt" (Bruger)

"Jeg trængte bare til at en anden så mig med nye øjne. Jeg følte mig stemplet og at andre ikke helt troede på mig." (Bruger)

"Jeg følte mig som en klovn på kommunen, så jeg lukkede ned, fordi jeg ikke følte, de lyttede og ville forstå mig. På akuttilbuddet foregår det uden hastværk med en kop kaffe. Ikke under tids-pres. Man kan råde over tiden, så man kommer ordentlig til bunds. Det har resulteret i, at jeg er kommet ovenpå igen og efter to års bistand har jeg nu fået fast arbejde. Det tog sammenlagt kun et par mdr., hvor det har taget flere år med kommunen uden at komme nogen vegne." (Bruger)

At den personlige kontakt giver et andet rum for fordybning afspejles ligeledes i temaerne for samtalerne. Sammenholdt med temaerne fra akuttelefonen er det tydeligt, at der i den personlige rådgivning er mulighed for at komme meget mere omkring flere perspektiver af problematikken. Således viser indberetningerne, at en lang række temaer af mere dybtgående og specifik karakter synes at blive behandlet oftere i de personlige samtaler, end ved henvendelser på telefonen.

Tabel 5-1: Temaer for samtaler ved hhv. akuttelefon og personlig rådgivning i akuttilbuddet

Temaer	Rådgivning i akuttilbuddet	Akuttelefonen
Støtte og omsorg	59 %	45%
Angst/nervøsitet	33 %	21 %
Nedtrykthed/ked af det	35 %	26 %
Behov for kontakt	32 %	47 %

⁹ NADA (National Acupuncture Detoxification Association) er en anerkendt akupunkturbehandling, som er udviklet i USA i 1970'erne. Metoden betegnes som en recovery-model og er hyppigt anvendt til misbrugere og personer i mental ubalance og akut krise.

Temaer	Rådgivning i akutte tilbudet	Akutte telefonen
Medicin	26 %	17 %
Sociale problemer	20 %	9 %
Pårørendeproblematikker	26 %	11 %
Misbrug	14 %	8 %
Stress	18 %	5 %
Selvdestruktiv adfærd/selvordstanker	12 %	6 %
Søvnløshed	11 %	8 %
Konflikter	22 %	10 %
Ensomhed	10 %	15 %
Psykose	6 %	1 %
Behandlingsmuligheder og indlæggelser	11 %	7 %
Økonomiske problemer	11 %	4 %
Tvangstanker	7 %	6 %
Sorg	8 %	4 %
Fysisk vold/overfald	4 %	1 %
Psykisk vold/mobning	5 %	1 %
Seksuelle overgreb	3 %	1 %
Aggression	1 %	2 %

I ovenstående tabel er det således værd at bemærke, at mens et tema som *behov for kontakt* tilsyneladende egner sig godt til telefonsamtalen og findes mindre relevant i den personlige samtale, har emner med lidt ”større kompleksitet” som *sociale problemer, stress og konflikter* en tydeligt hyppigere forekomst i de personlige samtaler set i relation til den mere anonyme telefonsamtale.

I relation til målgruppen er det værd at bemærke, at det primært er brugere, der ikke i forvejen har et tilbud i kommunen, der benytter sig af den personlige samtale i akutte tilbudet. Jf. opgørelser fra akutte tilbudenes registreringer kan det som anført i forrige kapitel konstateres, at knap 86,5 pct. af de unikke brugere af den personlige samtale i akutte tilbudet hverken er tilknyttet et botilbud, bostøtte eller SKP-ordning. De resterende 13,5 pct. af de unikke brugere af rådgivning i akutte tilbudet, der allerede er tilknyttet et tilbud i kommunen, står tilsammen for 17,2 pct. af henvendelserne, hvilket betyder, at disse kun bruger rådgivningen i akutte tilbudet en smule mere end gruppen uden for de socialpsykiatriske tilbud. Når man medtager, at disse samtaler kan ligge uden for de visiterede tilbuds åbningstider, samt være en del af en

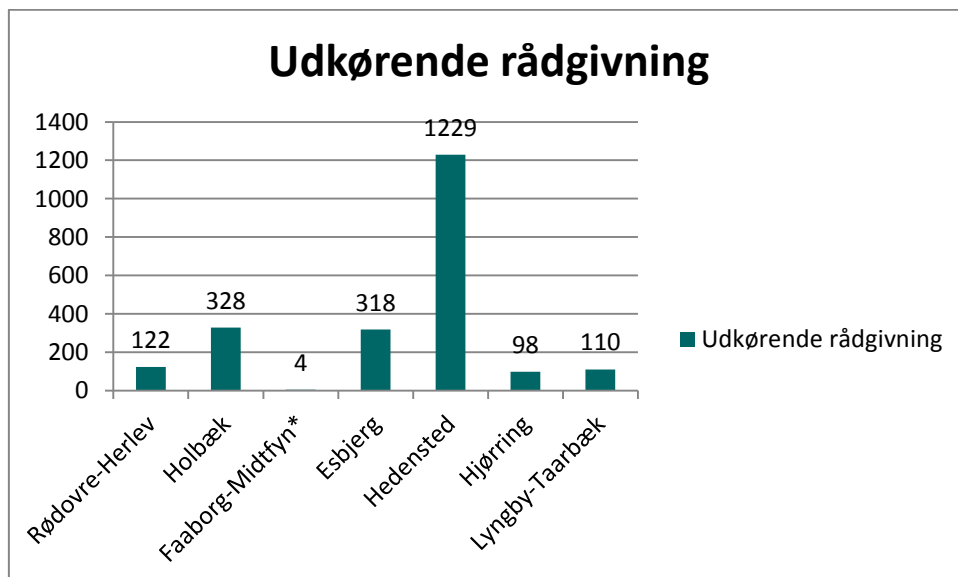
aftalt "strategi", hvor brugeren eksempelvis arbejder hen imod at få nedsat behovet for fx bostøtte, ved samtidig at have mulighed for samtaler med akuttillbuddet, når behovet opstår, synes disse tal ikke at give anledning til bekymring for, at akuttillbuddet bliver en unødvendig "ekstrainsats" for brugere af de eksisterende tilbud.

5.1.1 Udkørende funktion

Den udkørende rådgivning har selvsagt mange fællestræk med den personlige rådgivning i akuttillbuddet. Organisatorisk og administrativt er det dog en meget omkostningstung funktion set i forhold til efterspørgslen, hvorfor enkelte af akuttillbuddene har nedprioriteret eller helt afskaffet denne funktion. Skal der eksempelvis være mulighed for både udkørende rådgivning og åbent i akuttillbuddet, er man nødt til at have ekstra bemanning i tilfælde af, at en eller flere medarbejdere skal køre ud til brugeren. Samtidig har det været erfaringen, at der har været stor forskel mellem tilbuddene mht. efterspørgsel efter denne service. Men nogle steder har man satset på at markedsføre tilbuddet, og det kan i sig selv have medført en større brug af tilbuddet her.

"Jeg tror, der er mere energi og initiativ i at acceptere, at der kommer en person ind og rådgiver én i eget hjem frem for selv at opsøge akuttillbuddet." (projektmedarbejder)

Figur 5-3: Antal registreringer vedr. udkørende rådgivning i akuttillbud pr. 1. okt. 2012



Som nævnt i forrige afsnit, har der mellem de syv forskellige akuttillbudsforsøg været forskellige tilgange til vægtningen mellem rådgivning i akuttillbuddet og den udkørende rådgivning, hvilket understøttes af ovenstående figur 5-4, der viser antallet af gennemførte udkørende rådgivninger. Samlet set er det kun 5 pct. af alle henvendelser/rådgivninger, som er foregået

via den udkørende funktion, men som nævnt ovenfor i afsnittet om rådgivninger i akuttillbud-dene, er fordelingen mellem de syv forsøgsprojekter meget ujævn, idet den udkørende funkti-on relativt set i forhold til rådgivning i akuttillbuddets lokaler er blevet særligt opprioriteret i Hedensted og Holbæk.

Selv om der selvfølgelig er store ligheder mellem de to former for personlig rådgivning, har den udkørende funktion den fordel, at den kan give akutmedarbejderen et bedre indblik i bruge-rens situation, ved at møde vedkommende i egne rammer.

”Hvis vi tager recovery-tanken, så tænker jeg 1) at det, at man kommer ud i brugerens hjem, giver en mere ligeværdig samtale, 2) at det giver mig mulighed for at se, hvad der egentlig sker i hjemmet [...] Det giver en ligeværdighed, hvor balancen ligesom er neutral.” (projektmedar-bejder)

Temaerne i samtalerne antyder også, at de udkørende samtaler har en lidt anden karakter end dem, der foregår på akuttillbuddet. Som tabel 5-2 herunder illustrerer, er *angst og behov for kontakt* i højere grad repræsenteret i de udkørende samtaler, hvorimod behovet for *støtte og omsorg* ikke er så markant i disse samtaler.

Tabel 5-2: Temaer i samtalerne

Temaer	Udgående rådgivning	Rådgivning i akuttillbuddet	Akuttelefonen
Støtte og omsorg	29 %	59 %	45 %
Angst/nervøsitet	44 %	32 %	21 %
Nedtrykthed/ked af det	28 %	33 %	26 %
Behov for kontakt	46 %	35 %	47 %
Medicin	29 %	26 %	17 %
Sociale problemer	17 %	20 %	9 %
Pårørendeproblematikker	25 %	26 %	11 %
Misbrug	10 %	14 %	8 %
Stress	14 %	18 %	5 %
Selvdestruktiv ad-færd/selvmodstanker	14 %	12 %	6 %
Søvnløshed	14 %	10 %	8 %
Konflikter	7 %	22 %	10 %
Ensomhed	14 %	11 %	15 %
Psykose	11 %	4 %	1 %

Temaer	Udgående rådgivning	Rådgivning i akuttilbuddet	Akuttelefonen
Behandlingsmuligheder og indlæggelser	11 %	11 %	7 %
Økonomiske problemer	8 %	11 %	4 %
Tvangstanker	9 %	7 %	6 %
Sorg	2 %	8 %	4 %
Fysisk vold/overfald	3 %	5 %	1 %
Psykisk vold/mobning	3 %	6 %	1 %
Seksuelle overgreb	2 %	3 %	1 %
Aggression	7 %	1 %	2 %

Endelig har den udkørende funktion den fordel, at den kan bruges til at transportere brugere til eksempelvis psykiatrisk skadestue, hvis vurderingen fra akutteamet er, at de ikke kan yde den fornødne støtte. I andre tilfælde kan man med den udkørende funktion yde en fornøden støtte til et bestemt gøremål, som f.eks. at køre i banken eller med "på kommunen", hvis det vurderes at dette kan understøtte til at løse den akutte krise.

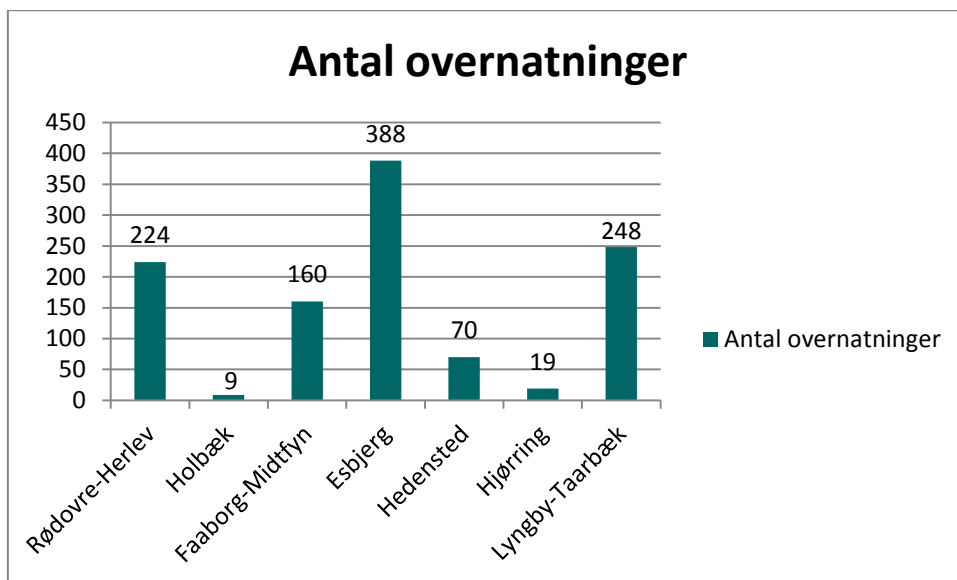
"Der var en fra akutteam som gik med mig ned i banken. Hun forklarede det, de havde sagt, og jeg havde ikke fattet det rigtigt. Da jeg kom hjem, så tænkte jeg på det med banken endnu engang, og sagde til mig selv, at jeg havde forstået det helt forkert. Hvis det ikke var for akutteamet, så havde jeg været ude og låne penge [et andet sted]" (Bruger)

Trods det, at den udkørende funktion altså ikke umiddelbart altid kan erstattes af rådgivningen i akuttilbuddet, er der som nævnt flere akuttilbud, der har vurderet at denne funktion er for omkostningstung til, at det kan forsvares at bevare den. I afsnittet om *forankringsmodeller* vil det være uddybet, hvordan de enkelte projekter fra forsøgsperioden har valgt at håndtere denne funktion fremadrettet.

5.1.2 Overnatning

Som figur 5-4 herunder viser, har der været meget varierende erfaringer med tilbud om overnatning i akuttilbuddet. Det er en erfaring i de fleste akuttilbud, at selv om overnatningstilbuddet ikke bruges så meget, så er den meget vigtig som en del af det samlede akuttilbud. Overnatningstilbuddet giver en kærkommen mulighed for nogle brugere for at få trygge rammer i en kortere periode. I nogle af forsøgsprojekterne har man i løbet af forsøgsperioden afviklet overnatningstilbuddet helt eller delvist, mens man i andre kommuner har haft stor glæde af og stor efterspørgsel på overnatningsfunktionen.

Figur 5-4: Antal overnatninger fordelt på akuttilbud



I nogle af akuttilbuddene har man været af den holdning, at der skulle være en begrænsning på, hvor længe man kunne overnatte i akuttilbuddet ad gangen, for at det kan betragtes som håndtering af en akut krise. Andre steder har man bevidst anvendt overnatningsfunktionen til eksempelvis en slags aflastningspladser for psykiatrien, til at huse midlertidigt hjemløse og endelig til at hjælpe nogen, som har egen bolig, med henvisning til, at den konkrete opståede krisesituation er akut, og at man med tilbud om overnatning kan være forebyggende for yderligere social deroute og flere/andre akutte kriser, der kunne formodes at være af endnu værre karakter.

Der har ofte i disse sammenhænge været tale om forholdsvis lange sammenhængende overnatningsperioder. Med denne model kan man, ifølge tilbuddenes egne vurderinger, spare mange kommunale udgifter til f.eks. forsorgshjem og aflastningspladser. Samtidig erkendes det, at en sådan brug af overnatningsmuligheden også belaster akuttilbuddets akutte beredskabsfunktion, og i enkelte tilfælde har man været nødt til at afvise brugere, der har henvendt sig, da der ikke har været ledig overnatningsplads. Nedenstående tabel 5-3 illustrerer spredningen i hhv. korte og længerevarende forløb.

Tabel 5-3: Fordelingen af overnatninger på antal sammenhængende overnatninger

	Procent
1 overnatning	58 %
2 overnatninger	11 %
3 overnatninger	7 %
4 overnatninger	4 %
5 overnatninger	6 %
Mere end 5 overnatninger	12 %
Total	100 %

For alle akuttillbuddets funktioner er det gennemgående, at såvel brugere som professionelle omkring målgruppen giver udtryk for, at akuttillbuddet eksisterer i sig selv har en beroligende effekt, der gør, at alene trygheden ved bevidstheden om tilbuddet kan betyde, at det ikke bliver brugt. Dette synes især at gøre sig gældende for den overnattende funktion.

”Det ville helt klart være en stor udfordring hvis de lukkede om natten. Bare det, at de er der, hjælper meget – også selvom jeg aldrig har brugt det” (Bruger)

Tilbagemeldingerne i langt de fleste kommuner har været, at flere brugere undlader at benytte sig af overnatningsfunktionen, blot fordi selve bevidstheden om muligheden er beroligende nok i sig selv, og Holbæk kommune, hvor man har valgt at lukke for overnatningen, blev det af samarbejdspartnere i distriktspsykiatrien fremhævet, at de havde brugere, der decideret havde efterspurgt denne mulighed og følte sig utrygge, da den lukkede – også selvom de ikke havde benyttet den. Den overnattende funktion synes derfor at have en – for målgruppen – betydningsfuld placebo-effekt, hvorfor man skal være varsom med at vurdere effekten af denne funktion udelukkende på den reelle anvendelse af tilbuddet.

5.1.3 Hjælp til praktiske forhold

Som nævnt i afsnittet om den udkørende funktion hjælper akutteamet også af og til med helt praktiske forhold, der kan være svære at overskue for en bruger i en krisesituation. Det behøver dog ikke at være i forbindelse med den udkørende funktion, men kan også være hjælp i akuttillbuddet til at udfylde skemaer, undersøge hvilke muligheder brugeren har i en given situation eller noget helt tredje. Eksempelvis er der ofte mange professionelle aktører involveret i sager hos brugere af akuttillbuddet, hvilket gør det svært for brugeren at overskue, hvem der skal kontaktes i hvilke situationer. Men medarbejderne i akuttillbuddene oplever også, at de involverede aktører og instanser selv i visse situationer kan have svært ved at samarbejde og

selv se det samlede billede af brugerens situation. Flere akuttilbud tilbyder i disse situationer at samle de mange tråde, skabe et overblik og være tovholder.

”Det handlede mest om det praktiske i starten, men senere har vi også talt om mere personlige ting. Vi fik aftalt et møde med Skat, hvor vi kunne få orden på det hele. Det var egentlig ham, som førte ordet mest. Jeg deltog lidt i det selv, men var ikke i stand til at gøre så meget på det tidspunkt. På mødet fandt vi en ordning, hvilket ikke var lykkedes mig, selv om jeg havde snakket med dem gennem det sidste halve år.” (Bruger)

”Vi oplever i de der komplekse sager, at der er mange socialrådgivere, ofte fordi systemerne ikke spiller sammen, og man ikke kan hente oplysninger fra hinanden. Der synes jeg, vi har været med til at skabe fokus på et problem [...] Det er en lang og besværlig vej, men nu har jeg en kontakt inde ved kommunen, som er god til at koordinere. Ellers er det et opklaringsarbejde at ringe rundt og høre, hvad de har af planer for denne person, og hvad de har sat i gang.” (Projektmedarbejder)

5.2 Indretning og fysisk placering af akuttilbuddet

De syv forsøgsprojekter har alle i forbindelse med projektstart valgt at indrette sig med lokalteter, der særsomt skulle huse akuttilbuddene. I nogle tilfælde placeret i umiddelbar sammenhæng med andre socialpsykiatriske tilbud, f.eks. botilbud, men i alle tilfælde med en intention om at tydeliggøre akuttilbuddet som et funktionsmæssigt selvstændigt tilbud, adskilt fra øvrige socialpsykiatriske tilbud i kommunen.

Som udgangspunkt har de syv forsøgsprojekter meget forskellige vilkår med hensyn til befolkningsunderlag og befolkningstæthed i nærområdet omkring akuttilbuddenes fysiske placering. Dette har givet forskel i grundvilkår for brugen af akuttilbuddene.

5.2.1 Hvordan skal akuttilbuddet indrettes?

I indretningen af akuttilbuddene har der i de syv forsøgsprojekter alle steder været fokus på at skabe fysiske rammer, der ikke bærer præg af at være for institutionsagtige. Man har i stedet forsøgt at lægge vægt på at signalere trygge rammer med tid og ro og give et indtryk af en slags hjemlig hygge. Akuthusene/-lejlighederne er typisk indrettet med fælles opholdsrum og køkken. Vurderingen er, at det er vigtigt, at brugerne ikke bliver mødt af et institutionsagtigt præg, da akuttilbuddet skal signalere noget andet. Ønsket er, at brugerne skal opfatte tilbuddet som noget mere uformelt, hvor man kan komme uden forudgående visitation og uden nødvendigvis at opleve sig selv som syg. Derfor er det vigtigt at adskille sig markant fra eksempelvis skadestuerne venteværelser og mere sterile indretning. Som det også fremgik af afsnittet om målgruppens karakteristika, er tid og overskud en væsentlig faktor for en stor del af målgruppen, og indretningen skal derfor gerne afspejle, at brugeren skal kunne føle sig tilpas. Således er flere akuttilbud eksempelvis indrettet med sofaer, lænestole, kaffeborde, bogreoler med bøger og spil og hjemmelige billeder på væggene.

”Det har været vigtigt at skabe en ikke-institutionel institution – en ’anti-institution’.” (Projektmedarbejder)

”Det betyder rigtig meget, at der er så hyggeligt her. Det er hjemligt modsat, hvis man henvender sig på et psykiatrisk hospital.” Repræsentant for Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere (LAP Hovedstaden Nordvest)¹⁰

5.2.2 *Hvor skal akutt tilbuddet ligge geografisk i kommunen?*

Efter kommunalreformen er langt de fleste kommuner selvsagt blevet større rent geografisk. Samtidig oplever flere kommuner, at man ikke længere har én naturlig ”hovedby” men i stedet 2,3 eller 4. Dette kan være en udfordring for planlægningen af et akutt tilbud – og har også været det i flere af forsøgskommunerne. For hvor skal akutt tilbuddet ligge? Skal det ligge strategisk placeret mellem de største byer eller midt i kommunen eller skal det måske snarere ligge i den største by, hvor der er flest borgere? Som den korte oversigt over forsøgsprojekterne i indledningen af denne rapport viser, er der forskellige erfaringer, og det er disse, der i det følgende videregives.

I forhold til telefonhenvendelser siger det sig selv, at den fysiske placering af akutt tilbuddet ikke som udgangspunkt spiller nogen rolle, men den fysiske udmøntning af akutt tilbuddet kan medvirke til den samlede profilering og markedsføring af tilbuddet, og dermed indirekte have betydning for kendskab til og brug af akutt tilbuddet. Og da akutt tilbuddene generelt i forsøgsprojekterne har lagt vægt på at kunne udbyde den samlede vifte af tilbud, har den fysiske placering naturligt nok haft nogen betydning for det samlede brug af tilbuddene.

Ligesom den lette tilgængelighed i form af den ikke visiterede adgang, hvor borgeren – uafhængigt af andres vurderinger – selv kan bedømme sit behov for hjælp, har den fysiske tilgængelighed således vist sig at have meget stor betydning for det personlige fremmøde i akutt tilbuddene. Er det for besværligt for brugerne at komme til akutt tilbuddet, opgiver de det helt. Erfaringen er, at er man først i krise, kan det være svært at overskue også at skulle bruge energi på at komme til tilbuddet. Her kan den udgående funktion for nogle brugere have kompenseret for en manglende tilgængelighed, men som det fremgik af ovenstående afsnit om netop denne funktion, er det samlet set ikke en særlig stor del af brugerne, der reelt har haft mulighed for, eller har ønsket at få besøg i eget hjem eller blive transporteret til akutt tilbuddet.

Erfaringer fra bl.a. Faaborg-Midtfyn viser imidlertid også, at selv et tilbud om betalt transport ikke i stort omfang kan få brugeren til at komme til akutt tilbuddet. Erfaringen er således, at de brugere, der ønsker personlig rådgivning som udgangspunkt også i stort omfang selv ønsker at finde frem til akutt tilbuddet. Også dette kunne indikere, at en følelse af at blive ”sygeliggjort”

¹⁰ Citeret fra Herlev Bladet, onsdag d. 26. maj 2010 (<http://www.e-pages.dk/herlevbladet/106/>)

eller "uselvstændiggjort" ved at blive tildelt en ydelse i form af afhentning eller betalt transport, afholder en vis del af målgruppen fra at benytte disse muligheder.

At målgruppen i den forstand ikke opleves at være så mobil afspejles også ved, at det i de kommuner, hvor akuttilbuddet ligger i én af de større byer, har været vurderingen, at der har været en overrepræsentation af brugere fra denne by og nærområdet heromkring, mens det er sværere at tiltrække brugere fra de øvrige dele af kommunen.

5.2.3 *Skal akuttilbuddet evt. placeres i rammer, der i dag benyttes af socialpsykiatrien?*

Når akuttilbuddets fysiske rammer skal etableres, er graden af tilknytning til den eksisterende socialpsykiatri et relevant anliggende. I forsøgsperioden har de syv akuttilbud fra starten overordnet set kunne inddeles i to kategorier afhængigt af deres tilknytning til den øvrige socialpsykiatri.

- Det integrerede tilbud. Etableret i forbindelse med et kommunalt botilbud, der i større eller mindre omfang muliggør anvendelse af medarbejderressourcer på tværs af tilbuddene
- Det selvstændige tilbud. Etableret mere eller mindre uafhængigt af andre socialpsykiatriske tilbud. Tilbuddet er bygget op fra bunden med rekruttering af selvstændigt medarbejderkorps på ny, selvstændig lokalitet. Personalet har dog ofte været rekrutteret fra andre socialpsykiatriske tilbud.

Som oversigten i indledningen viste, har tilbuddene i Lyngby-Taarbæk og Faaborg-Midtfyn kørt efter den integrerede model ved at være integreret med et eksisterende botilbud, mens de øvrige fem tilbud fra starten var tænkt som selvstændige tilbud. Projektperioden har vist, at der kan være en række – primært organisatoriske – fordele ved at lade akuttilbuddet være en delvis integreret del af et eksisterende tilbud, mens det i det mere "udførende" arbejde i visse sammenhænge kan skabe nogle utilsigtede udfordringer. Udviklingen er i forsøgsperioden generelt gået i retning af øget samarbejde og i nogle tilfælde integration med andre socialpsykiatriske tilbud.

Specielt i opstartsfasen kan det integrerede tilbud drage fordel af at blive betragtet som en naturlig del af socialpsykiatrien og hele det etablerede system. Derved kan man udnytte allerede eksisterende samarbejder og kontakter, hvorved kendskabet til tilbuddet hos såvel brugere som samarbejdspartnere kan etableres hurtigere. Dette eksisterende kendskab, kan dog også give den ulempe, at det kan være svært at komme igennem med et retvisende billede af, hvad akuttilbuddet specifikt står for, og hvorved det adskiller sig fra øvrige tilbud, da såvel brugere som potentielle samarbejdspartnere kan have en tendens til at forbinde akuttilbuddet med eksisterende tilbud, og dermed have en forudindtaget idé om akuttilbuddet, der ikke svarer til virkeligheden.

Der er eksempelvis meget stor forskel på den indsats, der tilbydes i et akuttillbud ifht. indsatsen i et botilbud, hvor der ofte arbejdes med meget lange perspektiver for brugeren. Samtidig er det evaluators vurdering, at ovennævnte "kendskabs-forspring" mod forventning ikke har vist sig som decideret udslagsgivende i etableringen af samarbejdsrelationer med øvrige eksterne aktører og bedre kendskab hos brugerne. Den vel nok største fordel ved at kunne integrere akuttilluddet med et eksisterende tilbud i kommunen, vurderes at være muligheden for at skabe synergi i arbejdsplanlægningen. Samspillet giver en stor fleksibilitet, og der kan i mange tilfælde opnås store besparelser ved, at man kan trække på hinandens arbejdskraft i belastede situationer, eller man kan deles om personale i tilfælde, hvor der ikke er travlhed. Omvendt kan denne deling af medarbejdere dog også risikere at blive en ulempe. Der kan som nævnt være stor forskel på, hvilke indsatser det kræver at arbejde i hhv. akut- og botilbud, og den socialfaglige tilgang til brugerne kan være meget forskellig de to tilbud imellem. Det må derfor anbefales, at selv om man bliver mere eller mindre integreret med andre tilbud, er det vigtigt at bevare akuttilluddet med en selvstændig profil som netop et decideret akuttillbud. Dette giver også alt andet lige større mulighed for at specialisere de ansatte i at håndtere krisesamtaler i akutte situationer.

Den integrerede model rummer en risiko for stigmatisering (eller følelse af stigmatisering), ved at eksistere i tilknytning til et botilbud, der opfattes som værende for "de syge". Som tidligere nævnt, er der en stor gruppe af akuttilluddets brugere, der ikke er tilknyttet psykiatrien og det er erfaringen, at en meget eksplicit forbindelse til "systemet" kan afholde de brugere, der ikke nødvendigvis opfatter sig selv som værende syge, fra at benytte tilbuddet.

"Der er jo nogen der tænker – tak skæbne, er det det her jeg er på vej ud i?" (Forstander for botilbud, om ulempen ved, at akuttilluddet forbindes med botilbuddets brugere)

"Der er mange, der hellere vil henvende sig her end hos de andre syge." (Samarbejdspartner i distriktspsykiatrien)

Erfaringerne er derfor, at en mellemvej er at foretrække, hvor man organisatorisk og fysisk ligger tæt på et andet tilbud, men hvor de fysiske rammer tillader, at man kan etablere en selvstændig afdeling eller tilknytte et hus, hvor akuttilluddet kan holde til, så brugerne ikke føler sig stigmatiseret eller sat i forbindelse med det etablerede system.

I de forankringsbestrebelse i den fremtidige kommunale struktur, som forsøgsprojekterne aktuelt er i gang med, er der en tendens i retning af at integrere og samtænke akuttilluddene med øvrige socialpsykiatriske tilbud. Det er i de fleste tilfælde en samtænkning af funktioner med bostøtte- og SKP-korpset, der er på dagsordenen, da perspektivet og indholdet i bostøtte- og SKP-arbejdet disse steder vurderes at lægge sig tættere op ad tilgangen på et akuttillbud. I nogle kommuner lægges der op til en form for integration med et botilbud. Det vurderes i kommunerne, at man med fordel kan samtænke akuttilluddene med andre socialpsykiatriske

tilbud, dels for at opnå en større sammenhæng i socialpsykiatrien, dels for at opnå de mulige økonomiske besparelser, der kan være i forhold til arbejdsplanlægning i et døgnåbent tilbud.

Særligt på de tidspunkter, hvor antallet af henvendelser er meget begrænset, kan der være store gevinster ved at lægge akuttilluddet helt eller delvist sammen med andre funktioner. I flere kommuner etableres der netop nu socialpsykiatriske centre, hvor akuttilluddene forventes at kunne udgøre en vigtig funktion i forhold til tilgængelighed og som sikkerhedsnet under de psykisk sårbare borgere.

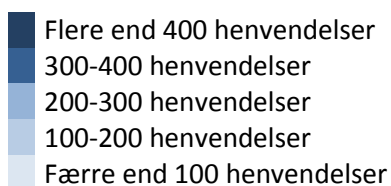
5.3 Åbningstider og bemanning

5.3.1 Statistik på henvendelser

Gennem hele forsøgsperioden har de syv akuttillbud løbende registreret tidspunkt for hver enkelt henvendelse (med få undtagelser). På den baggrund har det være muligt at kortlægge anvendelsesmønstre, der kan give et indblik i, hvornår der kan forventes hhv. stille perioder og travlhed. Skemaet i figur 5-5 herunder viser antallet af henvendelser i døgnets 24 timer og ugens syv dage, over hele projektperioden for de syv akuttillbud på tværs.

Figur 5-4: Døgnfordeling af henvendelser

	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
00-01							
01-02							
02-03							
03-04							
04-05							
05-06							
06-07							
07-08							
08-09							
09-10							
10-11							
11-12							
12-13							
13-14							
14-15							
15-16							
16-17							
17-18							
18-19							
19-20							
20-21							
21-22							
22-23							
23-24							



Som det ses, er travlheden størst i de sene eftermiddagstimer og henover aftenen, mens der i nattetimerne ikke er den helt store efterspørgsel. Som nævnt tidligere har flere akuttibud eksperimenteret med at have helt eller delvist lukket i de timer, hvor andre tilbud i kommunen har haft åbent. Dette kan dog give en række komplikationer. Udover at det, som allerede

nævnt, kan vanskeliggøre kontakten med samarbejdspartnere, kan der også opstå problematiske situationer, hvis man eksempelvis har haft overnattende brugere, da man i så fald alligevel skal have en medarbejder på arbejde, eller alternativt er nødt til at vække brugeren og bede vedkommende om at komme tilbage senere, hvis der er yderligere behov. Ydermere vil den tryghedsskabende bevidsthed om, at akuttillbuddet altid er der og altid har tid blive udfordret, hvis man begrænser tilgængeligheden til bestemte tidspunkter – også selvom der er andre tilbud at kontakte i dagtimerne.

5.3.2 Beredskab vs. effektivisering

At finde den rette balance i bemanningen af akuttillbuddet har været en udfordring for alle projekter i forsøgsperioden. Som vi tidligere har været inde på, er følelsen af, at der er tid og overskud en essentiel del af akuttillbuddets succes med målgruppen. Flere brugere har således nævnt, hvordan de andre steder i systemet får det værre af at føle sig som en belastning og have en fornemmelse af, at man tager tiden fra en anden, eller at skulle sidde og vente på at få hjælp og føle sig overset. Det er derfor essentielt, at akuttillbuddet har en bemanning, så der ikke kan forventes ventetider og stressede perioder. Der skal altid være tid til en samtale og telefonerne må ikke være optagede. Men denne beredskabsfunktion er omkostningstung og kan være svær at håndtere for nogle medarbejdere. I nogle akuttillbud kan man i perioder have op til tre medarbejdere på arbejde ad gangen, hvor der i perioder ikke er ret meget at lave, hvilket specielt i starten resulterede, i at nogle medarbejdere søgte andre jobs, hvor der var mere at lave. Det kan være svært at sidde og vente på at få lov at hjælpe nogen, og i flere akuttillbud har man valgt at udvide serviceniveauet i perioder ved at påtage sig en række "ekstraopgaver" i forhold til målgruppen, da man har mærket, at både behov og ressourcer har været til stede. Men det er en svær balancegang, for ved at påtage sig disse "ekstraopgaver" i forhold til det, der ud fra en strikt tolkning af akuttillbuddets formål vil falde lidt udenfor grundfunktionerne, risikerer beredskabet at drukne i varetagelsen af andre opgaver, opfølgning og administration.

"Det er vigtigt, at vi ikke bliver en compensation, fordi der er ventetid på andre ydelser. Vi må ikke tilsande i hjemmehjælpsopgaver, SKP-opgaver eller bostøtte-opgaver for det kunne vi jo nemt. Man vil så gerne hjælpe dem videre i systemet, men så sander man til i arbejdsopgaver der bliver for svære, fordi systemet blokerer for det – det er i hvert fald min oplevelse." (Projektleder)

"Det svære ved metoden er, når vi kommer ned til "Hvad skal vi så gøre?" – jeg VED, at ham her han bare spiser sine piller i den forkerte rækkefølge, men jeg VED også, at der er tre ugers ventetid på en hjemmepleje - så må jeg sige, "Ja – så må du spise dem i den forkerte rækkefølge, indtil hjemmesygeplejersken kan hjælpe dig med det". Man har lyst til at lave en medicinplan til manden, men det skal man jo ikke, for det er der nogle andre der skal. Og det er det absolut sværeste - at man må se i øjnene, at der er nogle mennesker, som man ikke kan hjælpe, men som desværre med meget få midler kunne blive hjulpet." (Projektleder)

Selvom man i alle forsøgsprojekterne har været meget opmærksom på ikke at påtage sig for mange ekstra opgaver for ikke at "sande til", er det evaluators samlede indtryk, at det af og til kan være svært for medarbejderne, ikke at tilbyde sin hjælp, hvis man alligevel har tiden til det. Dette er nok en meget menneskelig tilgang, og kunsten er nok snarere at afveje og finde den rette balance, end helt at forsøge at undgå det. Men rolige perioder med uudnyttede ressourcer må anses som et grundvilkår i et akuttillbud, og det skal både ledere og medarbejdere være bevidste om og indstillede på – bl.a. når bemandingsplanen lægges.

Som nævnt tidligere i dette afsnit, kræver den udkørende funktion som udgangspunkt yderligere "overbemanning", hvilket komplicerer afbalanceringen af bemandingsplanlægningen yderligere.

5.3.3 Bemanning i integrerede tilbud

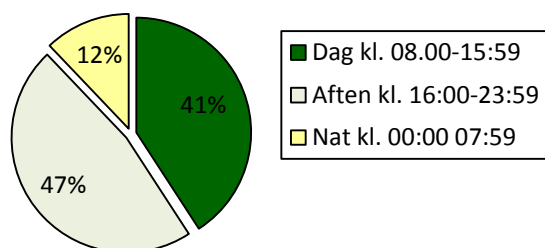
Som det tidligere har været nævnt, har nogle af akuttilluddene fungeret efter en integreret model, hvor der kan trækkes på ressourcer fra det tilknyttede botilbud eller fra andre socialpsykiatriske tilbud. På den måde kan man køre med lavere bemanning og sikre, at de ansatte føler, at deres arbejdskraft bliver udnyttet, samtidig med at man kan sikre beredskabet ved at få assistance fra personalet i botilbuddet, hvis det skulle blive nødvendigt. Og således kan man både sikre et bedre arbejdsmiljø og spare anseligt på lønudgifterne.

Som nævnt i afsnittet 5.3.2, kan denne model dog skabe en frygt for stigmatisering af brugerne, men også i forhold til akutteamets sammensætning og kompetencer kan denne model skabe udfordringer, som det er nødvendigt at være opmærksom på. Eksempelvis har det været erfaringen i akuttillbuddet i Faaborg-Midtfyn kommune, at man pga. af den tætte tilknytning til botilbuddet har haft et mere "naturligt" fokus på målgruppen for dette tilbud, og derfor har haft sværere ved at nå ud til brugere, der ikke allerede har en tilknytning til systemet. Ydermere er det svært at specialisere personalet i botilbuddet til at varetage en akutsamtale, ligesom der for de medarbejdere, der har deres daglige gang i botilbuddet, kan være en naturlig opfattelse af, at dette er deres primære job, og at akuttillbuddet er mere sekundært.

5.3.3 Medarbejder om natten (sovende, vågen eller tilkaldemulighed?)

I nattetimerne har de fleste akuttillbud som udgangspunkt en vågen medarbejder, mens enkelte både har en sovende og en vågen medarbejder til stede. Et enkelt akuttillbud har kun en sovende medarbejder. Endvidere arbejder flere af akuttilluddene med tilkaldemulighed, hvis der bliver behov for dette.

Figur 5-5: Fordeling af henvendelser på dag/aften/nat



Som det fremgik af tidligere skema om døgnfordeling af henvendelser, er nattetimerne ikke de travleste. Tilsammen har de syv akuttilbud pr. 1. okt. 2012 håndteret 5.426 henvendelser i tidsrummet 00.00-07.59, hvilket betyder, at de syv projekter hver især i gennemsnit må vurderes at håndtere i omegnen af én henvendelse pr. nat.¹¹

Vurderet på antallet af henvendelser er det derfor en relativt dyr post på budgettet, at have én eller flere medarbejder på arbejde om natten. Samtidig er projektledere enige om, at man ikke kan lukke for akuttelefonen om natten, da det anses som en af kerneydelserne i akuttilbuddet. Der har derfor været arbejdet med mange mulige modeller for, hvordan man kan opretholde funktionen og samtidig begrænse omkostningerne. En af de mest yndede modeller som de fleste projekter har forsøgt at etablere i forbindelse med forankringsprocessen, er et samarbejde med øvrige tilbud, der allerede har - eller måske kunne se en fordel i at få - en døgntelefon, hvorved man kunne deles om udgifterne. Udfordringen er i den henseende at sikre, at medarbejderen, der skal passe telefonen, besidder de kvalifikationer, der er krævet for at kunne varetage opgaverne i forhold til de forskellige tilbud.

"Det er simpelthen for dyrt at have en fuld bemanning på om natten, så der er vi altså nødt til at finde en anden løsning, hvor der er noget medfinansiering. Jeg har meget svært ved at forsvare, at vi skal bruge så meget på nattevagten, når vi har så få henvendelser." (Projektleder)

Et andet alternativ der er nævnt som en mulighed, men som ikke reelt er forsøgt indarbejdet i forsøgsprojekterne, er at flere akuttilbud på tværs af kommuner kunne slå sig sammen om

¹¹ Det er svært at give et fuldt ud retvisende gennemsnit for henvendelserne. Akuttilbuddene åbnede op på forskellige tidspunkter og specielt i opstartsperioden var det småt med henvendelser pga. af den ringe kendskabsgrad blandt brugere, hvorimod flere akuttilbud har oplevet en markant stigende efterspørgsel frem mod afslutningen af projektet. Anslås det, at der har været i alt 920 åbningdage, giver det 0,84 henvendelser pr. akuttilbud pr. nat i hele forsøgsperioden.

telefonpasning om natten ved at viderestille telefonen, således at en medarbejder i fx Esbjerg også kunne varetage opkald fra Holbæk og Hedensted og så afrapportere ved afslutning. Ulempen ved denne løsning er, at det udelukker muligheden for at kunne rådgive konkret i forhold til lokale kontekster og at kunne udnytte viden om evt. relevante konkrete henvisningsmuligheder.

5.4 Personalets sammensætning

5.4.1 Faglig baggrund

Akutteamets faglige baggrund og sammensætning har været et meget diskuteret emne i projektperioden. Med baggrund i ønsket om at skabe et fleksibelt og bredt tilbud, der kan rumme alle brugere og typer af henvendelser, har det været en ambition at skabe en flerfaglig personalestab i akuttilbuddene, som både inkluderer pædagoger, social- og sundhedsassistenter, sygeplejerske, socialrådgivere mv. Stort set alle projektlederne har lagt vægt på tværfagligheden, når de har kommenteret på sammensætningen af akutteamet.

"Jeg vil gerne væk fra det der med, at det er det personlige engagement i arbejdet der gør forskellen. Niveauet er praktiske uddannelser, mellemlange uddannelser, en pædagog kan være god nok. Det bliver for kompliceret, hvis vi kommer op på det akademiske niveau, så kan man ikke møde mennesket, der hvor det er." (Projektleder)

"Vi går meget op i tværfaglighed, og der skal også være et vist fagligt niveau så vi kan supplere hinanden - man skal kende lidt til medicinen og sådan noget. Som socialrådgiver ved jeg ikke noget om den slags, og så skal jeg have en sygeplejerske eller en assistent, der ved noget om den slags." (Projektleder)

Men tværfaglighed kan også skabe udfordringer, og specielt har det været vigtigt at udvikle et "fælles sprog" i akutteamet. De mange fagligheder har hver deres måde at anskue målgruppen og deres problemstillinger på, hvilket kan være en stor kvalitet, hvis man er enige om, at man trækker i den samme retning. En akutmedarbejder udtrykker det således.

"Det skal være tværfaglighed med fælles fodslag. Det er en styrke at vi er tværfaglige, men det kan også være en udfordring med alle de forskellige sprog. Når teamet er sammensat, kræver det altså at man har en masse fælles sparing og fælles kompetenceudvikling." (Akutmedarbejder)

Ud over tværfagligheden, og at der som minimum skal være én i akutteamet, der har indsigt i diagnoser og medicin, er der bred enighed om, at det er evnen til at kunne rumme et menneske i krise og flair for menneskelig kontakt, der er helt afgørende for en god medarbejder i akuttilbuddet.

"Den perfekte medarbejder tror på Søren Kirkegård og kan møde mennesket der hvor det er." (Projektleder)

”For mig er det vigtigere, at en medarbejder kan snakke med den brede målgruppe snarere end den specifikke.” (Projektleder)

5.4.2 Frivillige

Som vi tidligere har været inde på, kræver akuttilbuddet tilstrækkelig bemanning til, at man kan agere som et beredskab. Dette indebærer en anseelig ressourceomkostning, og det har både i projektperioden og i forbindelse med forankringsprocessen fået flere af forsøgsprojekterne til at overveje muligheden for inddragelse af frivillig arbejdskraft. Generelt er det vurderingen, at man nok kan trække på frivillige i forbindelse med f.eks. administrative opgaver, konkrete sociale aktiviteter som eks. juleklip eller spilaftener eller andre ikke samtalerettede aktiviteter. Holdningen er dog, at det ikke er hensigtsmæssigt at anvende frivillige i rådgivningen eller akutmodtagelsen på telefon eller i akuttilbuddet.

”Når man har med et menneske i krise at gøre, og man afholder krisesamtaler og lægger kriseplaner, så skal der kunne placeres et ansvar, og det kan man ikke med frivillige.” (Projektleder)

Et yderligere forbehold over for at involvere frivillige er, at man kan risikere en meget høj udskiftning, da frivillige kun er meget løst forpligtede til projektet, og mange måske ikke helt er klar over, hvad de går ind til. Der findes selvfølgelig mange frivillige, der yder et rigtig godt stykke arbejde, og som sikkert også kunne gøre det i et akuttilbud, men den frivillige tilknytning er bare mere skrøbelig, og i et akuttilbud er det nødvendigt, at man kan regne med stabilitet til opretholdelse af akutberedskabet.

5.4.3 Personale med brugerbaggrund

Flere af akuttilbuddene har i forsøgsperioden haft ansatte med brugerbaggrund, og har i den forbindelse været positive over for den indsigt det kan give, både for brugere og medarbejdere. Ydermere kan det være en fordel at trække på medarbejdere med brugererfaring i promoveringen af akuttilbuddet, da disse kan have en indsigt i, hvilke ordvalg, budskaber etc., der er mest hensigtsmæssige. Man skal selvfølgelig være varsom med, at den pågældende medarbejder er tilpas ved situationen og arbejdet, og har overskud til at håndtere samtaler med et andet menneske i krise.

”Det betyder altså noget, at man kan se, at den der sidder på den anden side af bordet der kan se, hvad der foregår og har en forståelse for det [...] Vi har ansatte her, som har oplevet ting, der er så voldsomme, at det faktisk er det samme som det vi sidder og snakker med vores borgere om. Af en eller anden årsag eller tilfældighed, så har de her altså bare klaret sig igennem. Man skal altså kunne møde nogen her, der er ligeværdige, og man skal møde nogle mennesker, der tør at se dig i øjnene og som tør at være den man er. Fagligt – ikke privat – men fagligt, og det er jo så balancen.” (Projektleder)

Det er dog vigtigt at understrege, at brugererfaring alene ikke er garant for en god akutmedarbejder. Det er de menneskelige kvaliteter, der gør, at man kan rumme et andet menneske i

krise og være der for dem, der skaber en god akutmedarbejder. Samtidig er det vigtigt, at brugererfaringen ikke bliver for konkret i den forstand, at akutmedarbejderen med egen erfaring kun kan håndtere den konkrete problemstilling. Alfa og omega er, at man som medarbejder i akuttilbuddet kan håndtere den brede målgruppe, og meget gerne ud over brugererfaringen har anden relevant faglig kvalifikation som ovenfor beskrevet.

5.4.4 *Kompetenceudvikling*

Som det fremgik tidligere i afsnit 5.4.1 satser de fleste akuttilbud på en tværfaglig sammensætning af akutteamet, og derfor opleves der også et behov for at udvikle en fælles referenceramme og tilgang til arbejdet og målgruppen. Samtidig er der også en del kompetencer, der er nødvendige at have i akuttilbuddet, og specifikt er det nødvendigt at "specialisere" sig i at håndtere en samtale med et menneske i akut krise. Igennem projektperioden har de syv forsøgsprojekter derfor haft meget fokus på kompetenceudvikling af medarbejderne, og det er ifølge projektlederne vigtigt, at der afsættes ressourcer til fælles kompetenceudvikling, da akutarbejdet kræver en række kompetencer, der ikke nødvendigvis kommer med en socialfaglig eller pædagogisk uddannelsesbaggrund. Først og fremmest er det nødvendigt at udvikle kompetence indenfor forskellige *samtaleteknikker* og *aktiv lytning*, samt at have basal viden om diagnoser og den mest typiske medicin. Som tidligere nævnt, er der en del af akuttilbuddets brugere, der har mistet overblikket over deres egen situation, hvilket af og til kan være en relativ stor del af en social og psykisk deroute. Nogle akutmedarbejdere har derfor også ønsket at udvikle kompetencer indenfor planlægning og coaching, så de kan være behjælpelige med at skabe overblik for borgere, der oplever deres situation som uoverskuelig.

Ligeledes er det en stor del af akuttilbuddenes arbejde, at få skabt ro på ofte pressede situationer. Flere af forsøgsprojekterne har i den sammenhæng tilbudt forskellige former for fysiske eller psykiske øvelser med beroligende effekter. Eksempelvis tilbyder flere af projekterne NADA-behandling, vejledning i mindfulness eller forskellige afspændingsteknikker. For at kunne tilbyde dette, skal medarbejderne selvsagt uddannes i disse behandlinger og/eller øvelser. Der vil være mere om de specifikke metoder i afsnit 5.5.

5.4.5 *Personlige netværk*

Specielt i forbindelse med etablering af gode interne og eksterne samarbejdsrelationer har det været erfaringen, at personlige netværk har været udslagsgivende for opnåelse af succes. Det vil derfor med fordel kunne overvejes i sammensætningen af personalet, at sammensætningen af personale gerne må afspejle erfaring fra forskellige relevante arbejdsområder og potentielle samarbejdspartnere.

"Den eneste grund til at det lykkes at lave samarbejdsaftaler [med behandlingspsykiatrien], det er ganske almindeligt personligt netværk. Det kommer nedefra. Det er frontpersonalet herfra, der har mødt eller kendt dem fra frontpersonalet derude og så er det blevet en del af proceduren." (Projektleder)

Dog er det vigtigt, at samarbejdsaftalerne ikke udelukkende bliver afhængige af de personlige netværk, da der specielt indenfor skadestuer og hospitalerne er en stor udskiftning eller rotation. Samarbejder, der er etableret på baggrund af personlige netværk, bør derfor søges forankret og løbende vedligeholdt uden for de private netværk også.

”Altså nogle gange har vi haft en periode med rigtig godt samarbejde, fordi de teams der lige har været der, har fået det op at køre, og der har måske været nogen, der har kendt hinanden på forhånd, men så bliver der skiftet ud på begge sider, og så går det lidt i sig selv.” (Projektleder)

5.5 Faglige metoder i akuttilbuddet

I løbet af opstartsfasen og i det første år af projektperioden arbejdede projektledere og ansatte på de syv projekter løbende med at udvikle metoder til arbejdet med at møde en borger i akut krise. Udgangspunktet for det meste af metodearbejdet har haft rod i empowerment-tanken, hvor brugeren inddrages og ansvarliggøres for sin egen livssituation og udvikling. Konkret blev det til en lang række metodiske tilgange, der primært havde karakter af metodiske, systematiserede samtaleforløb og -teknikker. Heraf blev hhv. *krisesamtalen* og *kriseplanen* udvalgt som de to metoder, der skulle tages udgangspunkt i og arbejdes med i alle de syv projekter.

Krisesamtalen er det grundlæggende metodiske værktøj, som den enkelte medarbejder skal forholde sig til i det første møde med borgeren. Formålet er at få ro på situationen og den oplevede krise, så borgeren igen føler sig tryk. I den indledende fase skal medarbejderen først og fremmest påtage sig en rolle som omsorgsgiver, være lyttende og forstående, men også være professionel og kunne fastholde strukturen på samtalen. Ud fra den beskrevne metode kan der bygges videre med udvikling af andre samtaleformer, og dette er i et vist omfang blevet gjort i forsøgsperioden. Ofte har det været erfaringen, at forløbet med borgeren kan slutte efter den første gennemførte krisesamtale. Som udløber af krisesamtalen, kan der, hvis der vurderes behov for det, tilbydes udarbejdelse af en decideret *kriseplan*.

Kriseplanen er udviklet på baggrund af recovery-forskning og bruges kun ved de personlige møder. Formålet er at tilbyde borgeren en plan for at komme på fode igen. Som en del af *kriseplanen* laves der aftaler med borgeren om, hvordan akuttilbuddet kan støtte op om borgeren i krisesituationen og i realiseringen af *kriseplanen*. Der afholdes et opfølgende møde med borgeren fem dage efter udarbejdelsen af planen, hvor der gøres status samt aftales yderligere fremadrettede skridt fx ift. mestring af en evt. tilbagevendende krise. *Planen* bruges endvidere som redskab ved yderligere opfølgende samtaler til at vurdere, hvor der skal sættes ind, hvordan udviklingen skrider frem, og om der skal justeres i planen.

De to overordnede metodebeskrivelser er vedlagt i bilaget til rapporten.

Ligeledes påtager akutteamet i flere kommuner sig en koordinerende funktion for nogle brugere af tilbuddet. Der er ikke tale om en parallel myndighedsfunktion, men om en rådgivning til brugeren om det videre forløb, der potentielt kan forebygge fremtidige kriser og optrappede situationer. Således sikrer mange akuttillbud en alternativ indgang til kommunen for psykisk sårbare, som ikke selv har ressourcerne til at finde den rette vej i de etablerede tilbud. Samtidig støtter og styrker akuttillbuddene brugerne til at komme videre efter krisen ved at kunne udpege personer eller tilbud, de skal kontakte. Således er det også hensigten at sikre, at ingen brugere, som er på vej ud af en psykisk krise, tabes på gulvet.

Der har været blandede oplevelser med at arbejde med de to overordnede metoder. En af de gennemgående forklaringer på, at det kan være svært at holde sig strengt til det metodiske arbejde, er, at der opleves meget stor forskel på de brugere, der kontakter akuttillbuddene, både hvad angår det akutte i situationen og deres sindstilstand. Det er evaluators indtryk, at nogle medarbejdere derfor foretrækker at gå til arbejdet ud fra erfaringer og intuition og møde borgeren ”der hvor vedkommende er”. De fleste steder tilkendes det dog, at specielt krisesamtalen er formuleret så bredt, at man sagtens kan udforme individuelle tilpasninger og stadig arbejde inden for konceptet. I én af kommunerne mener man ikke, at krisesamtalen kan kategoriseres som en metode eller systematisk tilgang, da den er så generel, at det er en selvfølge at arbejde sådan.

For nogle medarbejdere synes det svært at kombinere kriseplanen med den ’akutte filosofi’ i projektet, da denne metode i sig selv indbyder til et længere forløb (oftest over fem dage) med eksempelvis opfølgende samtaler. På den måde opleves det, at man netop binder brugeren i et forløb, som andre dele af systemet burde/kunne tage sig af, snarere end at være et beredskab og kunne afhjælpe i en akut situation. Ligeledes har det i flere projekter været en udfordring i forhold til kriseplanen at skulle leve op til opfølgningen fem dage efter første besøg, som det er anført i metodebeskrivelsen – dels fordi det langt fra opleves som relevant eller ønskværdigt for alle brugere, dels fordi arbejdsplanlægningen i den valgte organisering ikke nødvendigvis passer med, at den samme medarbejder, som havde den indledende samtale, også kan være den, der igen tager kontakt til brugeren, selv om det netop er dette, der tilstræbes i arbejdet med kriseplanen. Kriseplanen forudsætter en fleksibel arbejdstilrettelæggelse. Dette er en udfordring, man bør medtænke ved organiseringen af nye akuttillbud, således at man kan sikre brugeren én kontaktperson – noget der også har været vægtet højt i mange interview med brugerne af akuttillbuddene.

Ud over de nævnte komplikationer er det evaluators vurdering, at man i alle projekter har gjort en ihærdig indsats for at arbejde metodisk og også arbejde inden for rammerne af de to anvendte metoder. De fleste steder har man dog haft et behov for at justere eller tilpasse metoderne, så de passer til den enkelte kontekst. Stort set alle projekter kombinerer desuden arbejdet med andre metoder som fx NADA-terapi, perspektivsamtaler og coaching.

06

Samarbejde med relevante aktører

En af de store udfordringer for alle de syv forsøgsprojekter har været at få etableret velfungerende og meningsfulde samarbejdsrelationer til potentielle eksterne samarbejdspartnere. For mange af projekterne har det været en selvstændig udfordring at komme igennem til samarbejdspartnere, og der har været brugt mange ressourcer på at finde frem til, hvem det konkret er relevant at samarbejde med hos samarbejdspartnerne, samt hvordan man får etableret kontakt og skabt gensidig interesse for samarbejdet. Akuttilbuddene har generelt erkendt vigtigheden af etablering af disse samarbejdsrelationer, men i mange tilfælde har det været en lang proces, med erfaringer af både positiv og negativ karakter. Det er disse erfaringer, der i nærværende afsnit vil blive gennemgået med henblik på om muligt med denne viden og erfaring at gøre etableringsfasen nemmere for nye akuttilbud.

6.1 Hvem er det særlig vigtigt at samarbejde med?

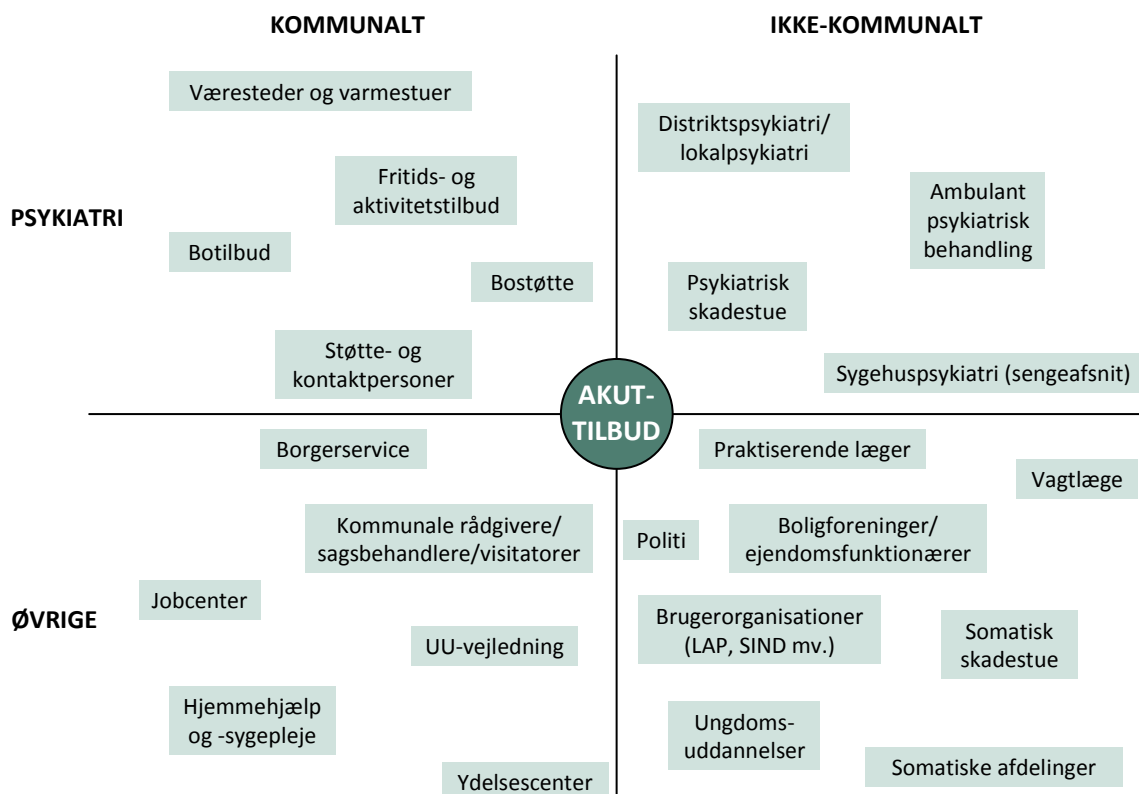
Der er stor forskel på hvem og hvor mange forskellige aktører, de syv akuttilbud har haft succes med at etablere mere eller mindre formelle samarbejder med.

Figur 6-1 nedenfor giver et overblik over, hvilke aktører der har været skabt kontakt til i gennem projektperioden. Figuren viser det samlede billede, og ikke alle akuttilbud har etablerede relationer til alle de nævnte aktører. Generelt har der blandt alle de aktører, som er repræsenteret i figuren, været imødekommenhed og velvilje over for forsøgsprojekterne, men først når kontakten er blevet etableret og man har fået lov at præsentere tilbuddet. Udfordringen har primært været 1) at finde frem til og komme igennem med budskabet til de relevante aktører og personer om, hvad akuttilbuddet er og 2) overbevise om, at den rette faglighed er til stede i akutteamet.

I figuren ses såvel interne kommunale samarbejdspartnere som eksterne. Det er vigtigt i forbindelse med etableringen af de eksterne samarbejdsrelationer, at der løbende sikres koordinering og afstemning af aftaler og forløb med interne partnere som fx SKP-ordningen og botilbudsmedarbejdere, så der ikke skabes forvirring om, hvor man fra de eksterne partners side skal henvende sig i kommunen.

Det er kendetegnende, at det gennem projektføreløbet er blevet erkendt af samarbejdspartnere fra såvel social- og behandlingspsykiatri som øvrige kommunale og ikke-kommunale aktører, at akuttilbuddets fleksibilitet, tilgængelighed og evne til at håndtere mennesker med komplekse udfordringer har vist sig at udfylde et væsentligt tomrum, et tomrum, som det giver mening at samarbejde om at udfylde.

Figur 6-1: Oversigt over aktører i akuttillbuddenes brede netværk



6.1.1 Konkrete indsatser

For de syv forsøgsprojekter har den første kontakt til samarbejdspartnerne typisk været generel information om målgruppe og indsats i form af enten oplæg, deltagelse på team- og medarbejdermøder eller omdeling af pjecer, visitkort og foldere.

Enslydende er det konklusionen, at den personlige kontakt, hvor der bliver sat ansigt på akutteamet, og hvor der er mulighed for at uddybe og besvare spørgsmål, er langt den bedste måde til at sikre etablering af samarbejdsrelationerne på. Dette uanset hvilken samarbejdspartner man forsøger at nå ud til. I sammenhæng hermed er der gode erfaringer med at udarbejde og præsentere målrettede oplæg, så det ikke er en standardpræsentation, som bliver leveret, men et oplæg, der specifikt lægger vægt på, hvilken form, et potentielt samarbejde kan tage, og hvad et samarbejde kan tilføre den konkrete samarbejdspartner. Eksempelvis er der meget stor forskel på, hvordan eksempelvis politiet, vagtlægerne og distriktpsychiatrien møder målgruppen, og der er derfor også stor forskel på, hvordan disse hver for sig kan relatere sig til akuttillbuddets ydelser, og hvorledes disse kan være til gavn for lige præcis dem (og vice versa).

”Omkring formidling virker det helt klart bedst at komme ud og fortælle om det. Pjecer fiser over hovedet på folk. Vi får nærmest 100 af dem hver dag.” (Samarbejdspartner)

Selv når der er en erklæret velvilje og motivation for samarbejde, vurderer man i flere akuttillbud, at man ikke helt er lykkedes med at bygge videre på den første kontakt, man har skabt. Det har derfor været en vigtig erkendelse, at det kræver en vis vedholdenhed, hvis samarbejdet skal komme til at fungere – også selvom man har følelsen af, at der er en gensidig målsætning om at få et samarbejde i gang. Ofte skal der nogle konkrete succeshistorier til, og når man har dem, er det vigtigt at vedblive med at formidle dem, så akuttilluddets eksistens bliver nærværende i samarbejdspartnerens bevidsthed.

En anden type af indsats som har givet gode resultater i flere projekter, er faglig opkvalificering af frontmedarbejdere, som fx hjemmehjælpere og ejendomsfunktionærer, der modtager undervisning i bl.a. at spotte mennesker i akut krise, som kan have behov for støtte og rådgivning. På den måde rykker akuttilluddet et led længere ud og øger chancen for at udbrede viden om akuttilluddet blandt borgere, der har et behov, men som ikke ellers er kendte i det socialpsykiatriske system.

”Vi udbød en temadag til medarbejdergrupper, så vi kunne få ambassadører for os i andre dele af samfundet. Så nu har vi gode kontakter i hjemmehjælpen og har klædt dem på til at kunne henvende sig til os [...] Og det kan udbygges til pedeller og viceværter, og hvor det er folk, der har med mange forskellige mennesker at gøre.” (Projektmedarbejder)

6.2 Erfaringer fra specifikke samarbejdspartnere

I det følgende, vil specifikke erfaringer blive videregivet i forhold til etablering af samarbejdsrelationer til aktører, som det vurderes at være specielt afgørende at etablere samarbejde med, og hvor der tilsyneladende kræves en særlig tilgang.

6.2.1 Behandlingspsykiatrien

Behandlingspsykiatrien vurderes at være en af de mest centrale eksterne samarbejdspartnere for akuttilluddene, men bortset fra ét tilfælde har alle akuttillbud i starten oplevet store vanskeligheder med at få et egentligt samarbejde etableret. Den væsentligste udfordring synes at være forskellen i kultur, faglighed og anvendt terminologi, hvor akuttilluddsmedarbejderne nogle gange synes, at man taler forbi hinanden, når der er dialog med behandlingspsykiatrien, eller har oplevelsen af ikke at blive taget seriøst, fordi de repræsenterer et ikke-sundhedsfagligt og ikke-visiteret tilbud. Derudover oplever flere akuttillbud, at det har været svært at finde den rigtige indgang til at komme i dialog med behandlingspsykiatrien. Nogle har erfaringer for, at det er vigtigt at alliere sig med den lægelige ledelse, mens det for andre virker bedre at tilgå de afdelingssygeplejersker, som vurderes at have den tætteste kontakt til patienterne i forbindelse med udskrivning mv. Generelt er det dog erfaringen, at en officiel aftale på lederniveau ikke kan stå alene. I alle tilfælde er det nødvendigt at få en god kontakt til frontpersonalet, der i det daglige arbejde skal sikre, at samarbejdet fungerer. Derimod er det flere steder

muligt at etablere et samarbejde fra bunden, uden egentlig at have haft succes med at komme igennem på lederniveau.

”Det er frontpersonlet herfra, der har mødt eller kendt dem fra frontpersonlet derude, og så er det blevet en del af proceduren. Men overlægerne osv. de aner ikke noget om det, så det kommer ikke fra oven – alt det vi har lavet er kommet nedefra.” (Projektleder)

”Man skal virkelig ikke for højt op. Hvis du smider det ind til vores overlæge, så drukner det jo bare. Men mellemlederne kan måske godt bruges. Men på det der overordnede niveau, hvor de har økonomi og alt muligt. De har jo aldrig selv haft en nattevagt. Man skal ikke forvente at en leder for 5 afdelinger, så kan formidle det videre til de rigtige. Der må man selv finde den helt rigtige kontakt.” (Sygeplejerske, behandlingspsykiatrien)

På tværs af de syv forsøgsprojekter har samarbejdet med behandlingspsykiatrien – i det omfang det har fungeret – typisk mest været i forbindelse med udskrivninger, hvor patienten bliver præsenteret for akuttilluddet som en ”livline”, hvis der skulle komme mindre tilbagefald eller opstå et behov for støtte. Som det fremgik i kapitel 3 om de overordnede resultater, har dette været et kærdokument tilbud for mange borgere, der har været meget nervøse ved at skulle udskrives. I Esbjerg har man i modsætning til de øvrige forsøgsprojekter fra starten haft stor succes med at etablere samarbejdet til behandlingspsykiatrien, og her vurderes en præsentation af akuttilluddet ved udskrivningen som værende en essentiel del af hele udskrivningsproceduren. Desuden er der faste dage, hvor akuttilluddets personale kommer ud på sengeafsnittene og præsenterer sig for interesserede patienter.

”For mig er det et helt naturligt tilbud, at de indgår i vores overvejelser omkring patienternes forløb (..) Vi ringer gerne, inden vi sender nogen derind, eller de kan komme og hente dem, og det har vi forpligtet os til – så det er et godt samarbejde” (Afdelingssygeplejerske psykiatrisk akutmodtagelse)

En anbefaling fra Esbjerg i forhold til at få etableret et velfungerende samarbejde er, at man, som det blev gjort i Esbjerg, allerede i planlægningsforløbet kan invitere repræsentanter fra regionen og behandlingspsykiatrien til at deltage i arbejdsgruppen omkring tilbuddet. På den måde bliver kendskabet etableret mere naturligt, og der kommer en slags ejerskab til hele det samlede setup - også på regionalt niveau.

”Jeg kom til at kende det før arbejdsgruppen blev nedsat, hvor min opgave blev at trække nogle cpr-numre, hvor jeg skulle se, hvem der kunne have gavn af det her tilbud. Men vores personale fik så også besøg af akuttilluddet Fønix og tog sådan en hel runde i huset. Det påtog vi os, at de kunne komme til.” (Afdelingssygeplejerske behandlingspsykiatrien)

En af de gennemgående udfordringer ved at etablere et samarbejde med behandlingspsykiatrien er det geografiske aspekt. Da akuttilluddet typisk vil være forbeholdt borgere i den respektive kommune, kan det være uoverskueligt for læger, sagsbehandlere og sygeplejersker på

regionsniveau at skulle huske på, hvilke kommuner der tilbyder eksempelvis akuttilbud til deres borgere. Holdningen kan derfor være, at hvis ikke optageområdet afstemmer regionens, kan man være tilbageholdende med at sætte sig ind i tilbuddets karakter og gøre det til en mere fast del af arbejdsproceduren, når kun en andel af patienterne kan have gavn af det.

"Vi har forsøgt at komme derud og fortælle om det, men først blev aftalerne aflyst og til sidst sagde de så, at det havde de ikke tid til. De synes, det er svært at skille det ad fra hinanden. Hvad er det nu Horsens kan, og hvad er det nu I kan? Så vil vi have det på en måde og nogle andre vil have det på en anden måde." (Projektleder)

En anden udfordring for samarbejdet er, at der typisk er en meget høj udskiftning og/eller rotation af personalet, og typisk arbejdes der i skift af flere hold. Det er derfor ikke nok blot at præsentere sig en enkelt gang på en afdeling. Samarbejdet skal løbende opretholdes og udnyttes, og akuttilbuddet skal så vidt muligt præsentere sig med jævne mellemrum. Modellen fra Esbjerg synes derfor at være anbefalelsesværdig, da der her dels er sikret ejerskab, men også en aftale om, at akuttilbuddet har faste "præsentationsdage" for patienterne på afdelingerne, hvorved også personalet naturligt bliver (gen)introduceret til tilbuddet.

6.2.2 Det somatiske behandlingssystem

Selv om målgruppen for akuttilbuddet er mennesker med en sindslidelse, er også det somatiske behandlingssystem i kontakt med målgruppen, og eksempelvis vagtlæger, praktiserende læger og somatiske skadestuer har vist sig at være oplagte samarbejdspartnere for akuttilbuddene. Specielt har det været de døgnåbne tilbud, som eksempelvis skadestuerne og vagtlægerne, der har benyttet sig af akuttilbuddet og har følt sig aflastet af det. Men også praktiserende læger har mærket, at en voksende gruppe af deres patienter henvender sig med psykiske lidelser, og flere læger har samstemmende givet udtryk for, at det reelt på grund af meget lange ventetider kan fornemmes umuligt at henvise til behandlingspsykiatrien. For de praktiserende læger har akuttilbuddet i den situation været lige det tilbud, de har haft behov for til en del af de patienter, der henvender sig med psykiske problemer. I lægernes optik er der tale om en gruppe mennesker, der her og nu har behov for støtte, for at situationen ikke skal udvikle sig, men som i det nuværende system er svære at visitere til et her og nu tilbud i behandlingspsykiatrien.

"Udviklingen har jo været sådan, at det bare er blevet sværere og sværere at få et tilbud i psykiatrien, og det er der altså rigtig mange, der lider under. Derfor følte vi også, at der var et tomrum, og vi havde altså nogle patienter, som vi bare ikke vidste, hvad vi skulle tilbyde. Så jeg var meget nysgerrig, da jeg hørte om dette." (Praktiserende læge, formand for lægeforeningen i Hedensted)

"For vores vedkommende er vi gået fra at kunne tilbyde en del af vores patienter intet, til nu at kunne henvise til det helt rigtige tilbud." (Sygeplejerske somatisk skadestue)

Men ligesom i det psykiatriske behandlingssystem, har der specielt i opstarten – og i særdeleshed fra lægestaben - været udtrykt en naturlig usikkerhed omkring fagligheden blandt de ansatte i akuttillbuddet. Denne usikkerhed er dog forstummet i takt med, at akuttillbuddet har vist sig som et værdifuldt bidrag for målgruppen. Ligeledes har det været vigtigt for akuttillbuddet at få præsenteret sig over for samarbejdspartnerne og få ekspliciteret, at det f.eks. ikke er behandling, der er formålet med akuttillbuddets indsats, og at man kender sine begrænsninger i forhold hertil.

”Vi læger er ikke nemme at få fat i, og der er også stor skepsis og forbehold i forhold til fagligheden. Vi læger er jo meget nervøse for at henvise til noget, hvor vi ikke helt ved, hvad de kan tilbyde. Derfor er det altså uhyggelig vigtigt at de kom herud, så vi kunne blive trygge ved dem. Det er jo ikke folk med behov for behandling vi henviser til dem. Det de kan, er jo at få noget afklaring i tilspidsede situationer, og det er jo ofte det der lige skal til, og som man ikke har tid til andre steder i systemet. Men det er da nok godt, hvis man kan have nogen med kendskab til regionalpsykiatrien og så skal man jo nok også vide lidt om det medicin de tager (...) Jeg tror en af de største udfordring er at finde det rigtige personale. Det kræver altså både store personlige og faglige egenskaber at håndtere sådan et job.” (Læge)

Den generelle oplevelse har været, at det er meget svært at få etableret samarbejde med de praktiserende læger. Men i Hedensted har man haft held med at komme igennem. Her fremhæves det som en afgørende faktor for opnåelse af succes, at medarbejdere fra akuttillbuddet kontaktede lægeforeningen og kom ud og præsenterede sig selv i forbindelse med et af kvartalsmøderne i foreningen.

”De var herude at præsentere sig selv til et vores faglige netværksmøder. Det er rigtig vigtigt, at de kan komme ud at præsentere sig selv på sådan et møde, og der er det et rigtig godt forum at komme ud i” (Læge)

”Lige så længe jeg har været med til at skulle samarbejde med lægerne, har det været svært. Men det handler altså om at tilpasse sig til dem.” (Socialchef)

6.2.3 Politiet

I flere af akuttillbuddene har man haft en god kontakt med politiet. I mange tilfælde har det været erfaringen, at akuttillbuddet kan være assistance for politiet. I flere af forsøgsprojekterne har man eksempler på, at brugere er gået amok i den psykiatriske skadestue eller i det offentlige rum, og her har politiet kunne trække på ansatte i akuttillbuddet, der synes at have en mere positiv indflydelse på brugerne end ordensmagten.

”Vi får nogle der går amok, og så kører politiet dem ned til os, og så smadrer de noget og så kommer politiet og kører dem på psykiatrisk, og så går de amok deroppe. Så ved jeg at de nogle gange har taget dem herop [på akuttillbuddet] og så er der faldet ro på” (Sygeplejerske somatisk akutmodtagelse)

I Hjørring har man ligefrem lavet en formel aftale med politiet om, at politiet kan ringe efter akuttillbuddet, hvis de har en person med sindslidelse, som de har svært ved at håndtere, og så er det aftalen, at akutteamet kan bede politiet om at forlade stedet, da det er erfaringen, at det kan være deres tilstedeværelse, der har en dårlig effekt på brugerne.

”Vi har den aftale med politiet, at de må ringe til os og få vejledning i forhold til særlige borgere. Og det udsprang af ham den psykisk syge der blev slået ihjel i Ålborg, hvor de sagde > holdkæft, hvis vi havde haft jer, så var det her måske ikke sket.< Ofte er de her mennesker altså ikke trygge ved magt og uniformer og sådan og så skader det altså mere end det gavner. Nogle gange er de fuldstændig oppe at køre, og når vi så kommer og politiet går, så falder der ro på med det samme. Så vi har en aftale om, at politiet de går, når vi kommer.” (Projektleder)

6.3 Generelle udfordringer ved samarbejde

Gennemgående er samarbejdspartnerne yderst tilfredse med akuttillbuddenes indsats, både i forhold til arbejdet med målgruppen og i forhold til selve samarbejdet. Ofte giver samarbejdspartnerne dog udtryk for, at de savner feedback fra akuttillbuddet, hvilket kan skyldes den udfordring, som medarbejderne i akuttillbuddene oplever ved at være en del af et anonymt tilbud. Nogle samarbejdspartnere opfatter det som en stor barriere, at der ikke kan videregives information om konkrete brugere, selv om der i mange situationer ville være gode muligheder for at sparre og udveksle viden og dermed forbedre mulighederne for et samlet godt forløb for brugerne.

”Vi kunne godt ønske os en lidt mere systematisk tilbagemelding på, hvordan det går de patienter vi sender derned. Det er tit vi ikke hører noget. Jeg ved, at det er et anonymt tilbud, men jeg ringer jo eksempelvis altid derned når jeg henviser, og så kunne det være rart med feedback på, hvordan det er gået.” (Læge)

Da det gennemgående synes at have været en anledning til nogen frustration, må erfaringen være, at det er vigtigt at afstemme forventninger med samarbejdspartnerne om, hvor meget feedback der kan forventes, og hvilken form for feedback man ønsker. I nogle tilfælde kan det formentligt godt lade sig gøre at give den ønskede form for feedback på mere generelt plan, ligesom flere brugere også har givet udtryk for, at når først de er trygge i akuttillbuddet, er anonymiteten ikke så vigtig, og i sådanne tilfælde vil feedback klart være til brugerens fordel.

Ligeledes har den anonyme adgang til akuttillbuddet i nogle tilfælde skabt mulighed for, at brugeren kan køre i ”parallele forløb”, hvor de både indgår i et visiteret forløb i eks. social- eller behandlingspsykiatrien og i en periode har en fast kontakt med akuttillbuddet, hvor der eksempelvis med *kriseplanen* også opstilles målsætninger og planer i et forløbslignende format.

En sådan situation, hvor parterne kan være gensidigt uvidende om øvrige igangværende forløb, har ofte givet anledning til frustrationer, og de er hverken ønskværdig for den enkelte

bruger, akutteamet eller de øvrige involverede aktører, da de parallelle forløb kan opleves at modarbejde hinanden – også selvom de ikke nødvendigvis er modstridende i faglig forstand.

Samarbejdet mellem de involverede aktører omkring målgruppen vurderes derfor at kunne optimeres ved at lade akuttillbuddene køre efter en model, hvor de kombinerer den anonyme tilgang med en mulighed for senere cpr-registrering ved længerevarende forløb eller henvisninger. Den lette og ikke-visiterede adgang til akuttillbuddet vurderes som tidligere nævnt at være et væsentligt aspekt for akuttillbuddets succes i arbejdet med målgruppen. Samtidig har det dog været erfaringen, at brugerne i overvejende grad ikke føler ubehag ved at give afkald på denne anonymitet, når først de føler sig trygge i akuttillbuddet.

Som nævnt tidligere i afsnit 3.5, er det derfor anbefalingen, at akuttillbuddene i fremtiden fastholder den anonyme tilgang uden visitation eller registrering, mens man i højere grad end det har været tilfældet i projektperioden, forsøger at indarbejde procedurer, hvor der efterspørges samtykke fra brugeren til at foretage registrering og erfaringsudveksling med øvrige involverede aktører ved henvisninger og længerevarende forløb, hvis der er behov for andet end en enkelt krisesamtale i telefonen. Derved kan akuttillbuddet, til brugerens fordel, bidrage med den fleksible tilgang og supplere den eksisterende indsats i det omfang, det er ønskværdigt og nødvendigt, mens samarbejdspartnere og akutteamet kan udveksle erfaringer og udarbejde en fælles planlægning i samarbejde med brugerne.

07

Information og PR

Ud over at nå målgruppen gennem samarbejdspartnerne, har akuttillbuddene også forsøgt at promovere sig mere direkte hos målgruppen. Ud over de mere traditionelle markedsføringstiltag som ophængning af plakater, uddeling af pjecer og visitkort samt omtale i avisen, har enkelte projekter haft radiospots, åbent-hus-arrangementer eller stillet sig op i gågaden i forbindelse med byens *open by night*.

På trods af de er nævnte forskelligartede kreative initiativer anser de fleste projekter markedsføring som en stor udfordring, og de fleste ser det som en af de væsentligste forklaringer på det lave antal brugere i akuttillbuddenes opstart, at man har haft manglende succes med markedsføringen. Derfor har flere projektledere og medarbejdere givet udtryk for, at man bør have professionel assistance med denne del af opstarten.

”Det er en meget svær kommunikationsopgave med den her målgruppe. Man skal virkelig være fremme i skoene for at fortælle om det. De kommer ikke bare af sig selv. Vi er ikke eksperter i markedsføring. Måske mangler man nogle til at varetage den markedsføringsopgave. Det er vigtigt at være opmærksom på, at de ressourcer skal være der fra starten.” (Projektmedarbejder)

I forlængelse af ovenstående pointe er det en generel erfaring, at man kan have fordel af i højere grad, end det har været gjort i forsøgsprojekterne, at benytte sig af differentieret og målspecifikt markedsføringsmateriale, der henvender sig direkte til de behov og den virkelighed som specifikke brugergrupper – fx unge med sindslidelser eller udsatte med svag tilknytning til arbejdsmarkedet mv. – har. Endelig kan det konkluderes, at der er gode erfaringer med at supplere markedsføringsindsatsen målrettet mod kendte grupper med at gå lidt mere bredt ud, fordi det har vist sig at vække interesse hos nogle af de borgere, der ikke er kendte af systemet i forvejen, men som viser sig at have et behov.

”Vi har været meget bredt ude [...] Vi lavede i starten en liste over steder, hvor vi skulle hen: Alle steder, hvor det kunne tænkes, at der kom mere end fem mennesker [...] Vi har også været i avisen hver gang, der har været mulighed for det. Det batter noget!” (Projektmedarbejder)

Anvendes denne markedsføringsmetode, skal man dog være meget opmærksom på, hvilke signaler man sender til borgerne i forhold til, hvem der egentlig er projektets kernemålgruppe.

”Målgruppen af de psykisk syge har vi nået og det er en succes. Dertil har vi så nået en hel del ud over dette, som vi også har kunnet hjælpe. De strategier vi har valgt er PR, PR, PR og ekstra PR, og når vi gør det, så er folk også kommet. - Det er borgere med misbrug, livskriser og parforholdsproblemer.” (Socialchef opfulgt af projektleder)

08

Forankringsmodeller

8.1 Forankringsmodeller – idealtyper

Gennem projektperioden har de syv akuttillbud afprøvet forskellige socialpsykiatriske akutfunktioner og løbende foretaget justeringer af organiseringen og tilrettelæggelsen af arbejdet. Trods de forskellige organisatoriske afsæt tilbuddene imellem, er der en række fællestræk med hensyn til, hvad der forventes hhv. opprioriteret og skåret væk ved den fremtidige forankring af akuttillbuddene i kommunerne.

Mønsteret i borgerhenvendelser har foranlediget, at mange akuttillbud planlægger at intensivere bemanningen i eftermiddags- og aftenstimerne, mens der i de øvrige timer er mulighed for nedsat bemanning eller at kombinere arbejdet med et andet tilbud i kommunens socialpsykiatriske tilbud. *Overnatningsmuligheden* har som nævnt været benyttet i meget forskelligt omfang. Nogle tilbud har allerede fraskåret muligheden, mens man i andre kommuner ser muligheder for at udvide denne funktion ved forankringen, så man også åbner op for en slags herbergsfunktion eller aflastningspladser, for på den måde at spare på kommunens udgifter til tilsvarende meget dyrere tilbud. Den *udkørende rådgivning* kan være tids- og bemandingskrævende, men vil alligevel fremover blive brugt i et vist omfang i nogle af tilbuddene

Alle disse overvejelser om justeringer af funktioner og tilrettelæggelse af arbejdet har indgået i betragtningerne om, hvor og hvordan akuttillbuddene bedst kan forankres fremover. Der kan overordnet peges på tre "idealtyper" eller modeller for forankring¹²:

1) Selvstændig model

Akuttillbuddet fungerer som et døgnåbent selvstændigt tilbud, hvor fordelene er en synlig adskillelse fra de øvrige socialpsykiatriske tilbud, hvilket styrker den anonymitet og ikke-stigmatisering, som en stor del af målgruppen har behov for. For at et sådant tilbud kan være bæredygtigt, må bemanningen tilpasses efter belastningen med størst bemanning i eftermiddags- og aftenstimerne, mens der specielt i nattetimerne er potentiale for at dele personalet til varetagelse af vagtfunktionen med andre natåbne tilbud, for derved at kunne minimere udgifterne.

2) Botilbudsmodel

En samtænkning af akuttillbuddet og et §108- botilbud, som muliggør synergieffekt i forbindelse med bemandingsplanlægning, daglig ledelse og faglig udvikling. Et sådant tilbud er mindre omkostningstungt, mens ulemperne kan være, at målgrupperne – og derfor også tilgangen til

¹² For hver af modellerne kan det yderligere vurderes, i hvor stort omfang man ønsker at tilbyde hhv. overnatningsmuligheden og den udkørende funktion, jf. ovenstående afsnit.

arbejdet med dem – kan være forskellige, ligesom frygt for stigmatisering kan afholde nogle potentielle brugere fra at benytte tilbuddet.

3) Kombinationsmodel

En samtænkning med en række øvrige tilbud i socialpsykiatrien, så kombinationen af akuttillbud, bostøtte og støtte-kontakt-personordning udgør et samlet fleksibelt kommunalt tilbud, hvor medarbejderne på skift varetager akutfunktionen. Tilgangen i indsatserne minder en del om hinanden, og en samtænkning og et tæt samarbejde muliggør bedre udnyttelse af personalet – specielt igen om natten – og giver mulighed for døgnbemanding også i de visiterede tilbud, lige som den udkørende funktion kan bevares uden alt for store udgifter. Udfordringen kan dog blive at være i stand til at bevare beredskabet, så akuttillbuddet ikke sander til i drifts- og opfølgingsopgaver, men reelt hele tiden er akut tilgængeligt.

Ovenstående modeller kan visse steder formodentlig med fordel eksekveres som tværkommunale samarbejder, hvor man potentielt kan afstemme optageområdet med behandlingspsykiatriens optageområde. Erfaringerne med selve samarbejdet er meget positive fra Rødovre og Herlev, men spørgsmålet er, om et sådant tilbud kan overføres til kommuner uden for hovedstadsområdet, hvor det geografiske område vil være større. Erfaringerne viser, at kun få brugere har overskud til at transportere sig ind til akuttillbuddet, hvis de ikke kommer fra samme by eller den umiddelbare nærhed af akuttillbuddet.

Det er i øjeblikket givet, at fem ud af de syv kommunale akuttillbud vil fortsætte efter projektperioden, idet der i forbindelse med vedtagelse af budgetter for 2013 i disse kommuner er givet bevilling til akuttillbud i mere eller mindre udbygget form.

Umiddelbart vil Esbjerg Kommune fortsætte efter en model, der har elementer fra såvel den første som den tredje af ovenstående modeller, idet tilbuddet betragtes som et selvstændigt tilbud, men organisatorisk og ressourcemæssigt knyttes tæt sammen med øvrige socialpsykiatriske tilbud i kommunens såkaldte Kraftcenter.

I Faaborg-Midtfyn Kommune ligner det en tilpasning inden for rammerne af model 2, mens Hedensted Kommune bliver forankret som en version af model 3, hvor man vil lade opgaven ligge i tilknytning til SKP'erne samtidig med, at man ikke vil have én bestemt placering af akuttillbuddet, men i stedet forsøge at finde ledige lokaler og/eller overnatningsmuligheder i tre af kommunens botilbud, når det er nødvendigt.

I Lyngby-Taarbæk bliver det fremtidige akuttillbud kombineret med et fleksibelt krise- og rehabiliteringstilbud og en udpræget udnyttelse af fordele ved samtænkning med dette tilbud såvel økonomisk (ressourcemæssigt) som personalemæssigt. I Holbæk kører man allerede – og forventer at fortsætte – med en organisering, der minder mest om model 3, og med adresse hos og en tæt tilknytning til et ungeprojekt og -værested.

I det følgende beskrives lidt mere specifikt, hvordan akuttillbuddene i de fem kommuner, der fortsætter med akuttillbud, fremover bliver forankret.

8.2 De fem konkrete forankringsmodeller

8.2.1 Hedensted Kommune

Tilbuddet i Hedensted Kommune benævnes fremover: **Socialpsykiatriens Aftentelefon**.

Formål:

- At sikre at borgere med en psykiatrisk problemstilling kan forblive boende i egen bolig
- At dække behovet for personlig og telefonisk kontakt i aften- og nattetimerne, til borgere, der har en psykiatrisk problemstilling.
- At forebygge og begrænse behovet for indlæggelser på psykiatriske afdelinger.
- At have muligheden for at tilbyde overnatning i tilknytning til Værestedet i Tørring og Juelsminde, samt fælleslejligheden på Stationsvej
- At støtte borgere, der er i misbrugsbehandling via Rusmiddelcentret.

Målgruppe:

- Borgere, der er tilknyttet socialpsykiatrien i Hedensted Kommune via visiteret § 85 støtte, bosiddende i et af socialpsykiatriens botilbud eller bruger de aktivitets- og samværstilbud, der hører til under social psykiatrien (Værestederne, Ungegrupperne, Rustik Butik og tilhørende tilbud)
- Aftentelefonen vil have en særlig forpligtigelse overfor borgere, som er flyttet hjem fra døgninstitutioner.
- Borgere, der er i behandling på Rusmiddelcentret.
- Andre borgere med en psykiatrisk diagnose/psykiatrisk problemstilling, der ikke er tilknyttet soc. psykiatrien, men som modtager behandling via lokalpsykiatrien eller egen læge.

Hvad skal tilbuddet indeholde:

- Mulighed for telefonisk kontakt i tidsrummet 17-07 alle ugens dage og året rundt
- Mulighed for udgående rådgivning i tidsrummet 17-23
- Ved behov også mulighed for udgående rådgivning i tidsrummet 23-07, men der må forventes længere responstid, da telefon varetages fra personalets bolig.
- Ved overnatning vil der være medarbejder tilstede.

- Kommunikation/kontakt via Web-kamera, sms, SmartPhone eller lignende i tidsrummet 17-23

Overnatningsmuligheder:

Enkelt overnatning: Der vil være mulighed for overnatning på Værestederne i Juelsminde og Tørring, samt i fælles lejligheden på Stationsvej/Nørrebrogade. Overnatning er som udgangspunkt gældende for en nat af gangen.

Boligløse/hjemløse: hvor der er behov for længere tids overnatning, vil det ikke være muligt på Værestederne. Her vil det være relevant at undersøge mulighederne for et samarbejde med senior service omkring anvendelse af ledige ældreboliger, der kan lejes af borger på dagsbasis. Det var måske muligt at møblere 1-2 af lejlighederne m. hjælp fra aktivcentret.

Hvordan løses opgaven? Hvem løser opgaven?

Den model der er valgt, arbejder med et miniteam af medarbejdere på 6-7 personer, som på skift varetager Aftentelefonen. Dette vil sikre kontinuitet i tilbuddet til brugerne, samt sikre flow i kendskabet til opgaven.

Funktionerne i Aftentelefonen kan ikke alene bære ansættelse af 6-7 medarbejdere, og der skal derfor samtidig varetages opgaver som støtte- og kontaktpersoner.

Organisatorisk placering:

Organisatorisk placeres "miniteamet" som en selvstændig enhed.

Der er ansat/tilknyttet koordinator i variabelt antal timer, afhængigt af behovet.

8.2.2 Lyngby-Taarbæk Kommune

Som alternativ til at videreføre Akuttilbuddet uændret i Lyngby-Taarbæk kommune er det vedtaget at bygge videre på erfaringerne fra "Slotsvængets Støttepakke" som er en fleksibel støtteordning til borgere som flytter fra Slotsvænget, men som stadig har et stort – og i nogle tilfælde uforudsigeligt og varierende – støttebehov.

Ved en relativt begrænset udvidelse af Akuttilbuddet vurderes det at Akuttilbuddet vil kunne varetage både den akutte funktion for alle borgere i Lyngby-Taarbæk Kommune og en mere langsigtet og fleksibel funktion for visiterede borgere, som har længerevarende og mere massive støttebehov, og som i mange tilfælde ville have behov for en botilbudsplads, hvis der ikke sættes massivt ind med alternative støtteformer.

Formålet med et sådant fleksibelt krise- og rehabiliteringstilbud vil overordnet set være at hjælpe borgere med psykiske vanskeligheder i Lyngby-Taarbæk Kommune til at håndtere eller eventuelt overkomme udfordringerne med mindst mulig indgriben i deres liv, herunder at:

- Hjælpe mennesker med sindslidelser og andre til at håndtere psykiske kriser og andre psykiske vanskeligheder
- Forebygge indlæggelser og ophold i botilbud mv.
- Forebygge udstødelse fra arbejdsmarkedet og andre sociale sammenhænge

Dette opnås med forskellige midler afhængigt af graden af psykiske udfordringer. Konkret er det derfor målsætningen at:

- Tilbyde uvisiteret akut krisehjælp til borgere i psykisk krise døgnet rundt alle ugens dage
- Tilbyde længerevarende individuelt tilpasset støtte til borgere med større psykiske vanskeligheder, herunder:
 - Planlagte individuelle forløb
 - Deltagelse i undervisning og gruppeforløb
 - Mulighed for at få støtte ved opståede behov – også selvom der ikke er tale om decideret akut psykisk krise

Målgruppen for et fleksibelt krise- og rehabiliteringstilbud vil dække den samme personkreds som Akuttilluddet har haft i projektperioden, men der vil være mulighed for at sætte mere intensivt ind i forhold til den del af målgruppen, som har en mere eller mindre langvarig tilknytning til behandlings- og/eller socialpsykiatrien.

Målgruppen for de længerevarende forløb er således mennesker, som på grund af deres psykiske lidelser har nedsat funktionsevne i varierende grad eller særlige sociale problemer, og som kommunalbestyrelsen derfor skal tilbyde en særlig indsats jf. serviceloven.

Som det er i dag, tilbydes denne målgruppe enten individuel pædagogisk støtte efter servicelovens § 85 eller ophold i botilbud efter §§ 107 eller 108. Begge dele eventuelt i kombination med et visiteret aktivitets- og samværstilbud.

Med et fleksibelt krise- og rehabiliteringstilbud vil det være muligt at tilbyde intensiv og fleksibel støtte både individuelt og gruppebaseret til hele denne målgruppe. Det indebærer bl.a. at det vil være muligt at fastholde borgere i eget hjem som alternativt ville blive visiteret til botilbud på grund af deres betydelige nedsatte funktionsevne og omfattende behov for hjælp eller behandlingsmæssig støtte.

Det vil tilsvarende være muligt at tilbyde en fleksibel støtteform, der sandsynligvis kan motivere borgere, som i dag er placeret på botilbud i og uden for kommunen, til at flytte til en selvstændig lejlighed i Lyngby.

Det anbefales desuden at udvide målgruppen for akutfunktionen til også at omfatte unge under 18 år, idet der ikke findes socialpsykiatriske tilbud til denne gruppe i dag.

Indsatsen for et fleksibelt krise- og rehabiliteringstilbud vil være en kombination af det akutte krisearbejde, der finder sted i dag med kriseplanen som metodisk omdrejningspunkt, og af længerevarende individuelt og gruppebaseret arbejde med fokus på mestring af de psykiske problemer, opbygning af mening og forståelse samt individuel livsplanlægning og tilrettelæggelse af relevant støtte med henblik på (igen) at blive en aktiv samfundsborger.

Akutfunktionen vil, som i projektperioden, blive ydet døgnet rundt, alle ugens dage. Denne funktion vil både være et tilbud til borgere i akut psykisk krise og et tilbud til borgere som modtager længerevarende hjælp, og som oplever ensomhed eller angst og bruger Akuttilbudet som tilflugtssted eller forebyggende mulighed for kontakt.

Længerevarende forløb vil primært blive ydet i dagtimerne som en kombination af individuelt planlagt støtte og gruppebaserede forløb. Det foreslås at oprette 20 fleksible pladser til længerevarende forløb.

Individuel støtte og gruppebaserede forløb kan fx omhandle:

- Håndtering af psykiske problemer, herunder udvikling og afprøvning af mestringsstrategier
- Hverdagsliv, herunder madlavning, rengøring, økonomi, sociale relationer og fritidsinteresser
- Arbejde med at finde mening og skabe forståelse, fx i forhold til livshistorien
- Livsplanlægning ud fra borgerens drømme, ønsker og mål

Med et udvidet akuttilbud vil overnatningspladserne også kunne bruges til mere aflastnings- eller refugielignende ophold, fx op til en måned eller efter aftale.

Kompetencerne til at yde en sådan indsats er allerede til stede på Slotsvænget og i Akuttilbudet. Med Slotsvængets nye netværksorganisation vil det være muligt at tilbyde en bredt funderet og fagligt kvalificeret støtte inden for de relevante områder, tilpasset den enkelte borger.

8.2.3 Faaborg Midtfyn Kommune

I Faaborg Midtfyn Kommune er der udarbejdet udkast til kvalitetsstandarder for det fremtidige akuttilbud. Der er ligeledes udarbejdet formelle samarbejdsaftaler med Region Syddanmark (Psykiatrisk Afdeling, Svendborg).

Som **lovgrundlag** for ydelserne i Akuttilbuddet anføres: Tilbud om rådgivning til mennesker med fysisk og psykisk funktionsnedsættelse ifølge Serviceloven § 12. Rådgivningen kan være anonym.

Målgruppe:

Borgere, som er psykisk sårbare eller har en sindslidelse og som har brug for akut psykisk støtte:

- Ukendte (i den regionale psykiatri) borgere med psykiatriske problemstillinger, hvor der ikke er umiddelbart indikation for psykiatrisk udredning/behandling i sekundær sektor (primært lette til moderate psykiatriske problemstillinger med social belastning).
- Kendte (i den regionale psykiatri) borgere med psykiatrisk grundlidelse og funktionsnedsættelse, hvor der opstår en social belastning og dermed behov for social intervention.

Desuden:

- Pårørende til psykisk sårbare og mennesker med sindslidelse, der har brug for råd og vejledning
- Fagpersoner, der har brug for faglig sparring i forhold til borgere, der er psykisk sårbare eller som har en sindslidelse

Formål med ydelsen:

Stabilisere borgerens tilstand, således at det bliver tryggere at vende tilbage til egen bolig og genoptage hverdagslivet.

Læring for borgeren i at forebygge den akutte krise i at opstå, at håndtere krisen, når den opstår, at forbedre livskvalitet.

At borgeren kan få hjælp i tide ved et lettilgængeligt døgnåbent tilbud, som har åbent, når andre tilbud lukker.

At bevidstheden om Akuttilbuddets eksistens gør livet tryggere i egen bolig.

Tilgængelighed:

Akuttelefonen er åben døgnet rundt.

Borgere kan henvende sig personligt i Akuttilbuddet indtil kl. 21.

Såfremt der er behov for overnatning/ophold i Akuttilbuddet skal dette aftales forud ved kontakt via telefon eller samtale i Akuttilbuddet.

Ydelser i Akuttilbuddet:

Krisesamtale i telefonen eller i Akuttilbuddet. Borgeren kan vælge at være anonym.

Ved overnatning i Akuttilbuddet gives basal omsorg med ro, mad, bad, søvn f.eks. ved anvendelse af kugledyne og/eller NADA.

Udarbejdelse af kriseplan ved samtale i Akuttilbuddet kan følges op af op til 5 samtaler i Akuttilbuddet eller telefonisk.

Udarbejdelse af kriseplan i Akuttilbuddet ved ophold: senest 3. hverdag skal der udarbejdes en plan for opholdet, og der kan aftales ophold af op til max 7 dages varighed, hvor det fremgår af kriseplanen, hvilke opgaver, der skal løses under opholdet.

Samarbejde med borgerens professionelle og private netværk efter borgerens ønsker.

Anvendte metoder vil f.eks. være Åben dialog, livshistoriefortælling, Personcentreret planlægning, mindfulness, NADA, medicinpædagogik.

Kvalitetsmål for ydelserne:

At borgeren selv definerer krisen og behovet for hjælp og er aktiv i henvendelsen til Akuttilbuddet.

At borgeren støttes til mere ro og overskuelighed i den akutte krise, således at borgeren får øje på veje ud af krisen og kan anvende kendte strategier og evt. finde nye strategier til hjælp ud af krisen.

Målet er at borgeren kan genoptage hverdagslivet i egen bolig og mestre hverdagslivet, evt. uddannelse og beskæftigelse.

At borgeren oplever sig som "herre i eget liv" – empowerment tilgang.

Faglig dokumentation ved ophold i Akuttilbuddet.

Fagpersonale i tilbuddet:

Tværfagligt social- og sundhedsfagligt personale.

Ydelser ud over det "rene" akuttilbud i Faaborg Midtfyn: Planlagte ophold i Akuttilbuddet

For borgere, som er psykisk sårbare eller har en sindslidelse og som har brug for støtte døgnet rundt i en kortere periode, er der i Faaborg Midtfyns akuttilbud endvidere mulighed for ophold i akuttilbuddet i en kortere eller længere periode med henblik på at stabilisere borgers tilstand, således at det bliver tryggere at vende tilbage til egen bolig efter døgnbehandling. Desuden ydes der i dette tilbud psykosocial udredning mhp. rehabilitering og generhvervelse af evnen til at håndtere hverdagslivet i egen bolig og uddannelse/beskæftigelse.

8.2.4 Holbæk Kommune

I Holbæk kommune har man i forhold til forsøgsprojektets udgangspunkt udvidet målgruppen til også at inkludere borgere ned til 16-årsalderen og har i sammenhæng hermed placeret akuttilbuddet i tæt tilknytning til et nyt ungeprojekt og -værested, da man i kommunen oplever rigtig mange unge med psykiske vanskeligheder, som vurderes at kunne nyde godt af akuttilbuddets hjælp. I dagtimerne varetages tilbuddet af to projektledere, mens de øvrige tider besættes af personale fra kommunens øvrige socialpsykiatriske tilbud, der har valgt at supplere deres daglige arbejde med ca. syv timer hver 14. dag i akuttilbuddet – en model, der skaber god synergi, brobygning og tværfaglighed.

Rammerne:

Telefonen er åben døgnet rundt alle dage.

Udgående rådgivning fra kl. 8.00 – 23.00 alle dage.

Besøg hos borger og personlig henvendelse kun efter aftale.

Organisatorisk:

Akut Team er fra 1. april 2012 placeret i den nyoprettede Ungeafdeling i Multihuset, Socialpsykiatrisk Center – der er særlig fokus på det forebyggende perspektiv i forhold til de unge.

Én person er på vagt døgnet rundt med mulighed for at kontakte bagvagt (= afdelingsledere i Socialpsykiatrisk Center):

- Daghold på hverdage består af to personer (kl. 8.00 – 15.30), og har base i Ungeafdelingen (på anden adresse end Multihuset)
- 15 aftenarbejdere (kl. 15.30 – 23.00) har base i andre afdelinger i Socialpsykiatrisk Center (bostøtter, støttekontaktpersoner, personale fra Ungekollegiet, to afdelingsledere)
 - Fungerer som vagtordning med ca. to vagter/måned pr vagt.
 - Vagten møder ikke ind på Akut Teams adresse, men har telefonvagten på mobiltelefon
- Nattevagter (kl. 23.00 – 8.00) har base på Ungekollegiet (døgninstitution) og fungerer som nattevagter både for Ungekollegiet og Akut Team

Kerneydelse:

Krisesamtale døgnet rundt.

Kriseplan og evt. opfølgning på denne på hverdage fra kl. 8 – 15.30.

Erfaringer fra projektperioden

På baggrund af erfaringerne i projektforløbet er det besluttet, at der ikke skal tilbydes overnatning i tilbud.

Der sættes på mere fokus på kortere kriseplansforløb og vejviserfunktion (f.eks. til Ungeprojekt 2011) – og overblik over tilbud af længerevarende karakter (f. eks. andre kommunale tilbud, frivillige tilbud etc.) med henblik på mulig henvisning hertil.

8.2.5 Esbjerg Kommune

Akuttilbuddet i Esbjerg Kommune forankres fremtidigt under Esbjerg Kommunes "Kraftcenter". Det er besluttet, at nuværende funktioner: telefonrådgivning, udgående rådgivning og overnatningsmulighed skal bevares. Det gør, at personalenormeringen også forventes at forblive nogenlunde på det niveau, der har været i forsøgsperioden. Den samlede løsning indebærer, at stillinger fra andre dele af Kraftcentret vil blive flyttet.

Lovgrundlag:

Fønix etableres efter Servicelovens § 12.

Målgruppe:

Tilbuddet er målrettet borgere med sindslidelse/psykosociale problemstillinger, som får akut brug for hjælp, omsorg, råd og vejledning.

Det er ikke en forudsætning, at borgeren har en psykiatrisk diagnose for at kunne få hjælp fra akuttilbuddet. Det kan også være borgere, der er udviklingshæmmede og som kan blive bange for at være alene om natten. Det er borgere, der bor i eget hjem, hvor den akutte situation evt. kan gøre, at borgeren ikke kan opholde sig i eget hjem.

Tilbuddet er ikke målrettet borgere, som er udadreagerende eller selvdestruktive, eller som er påvirket i en sådan grad, at det kræver opsyn og behandling. Disse borgere vil blive henvist til psykiatrisk eller somatisk skadestue. Det samme gælder borgere, der kræver akut psykiatrisk eller somatisk behandling.

Hvilket behov skal Akuttilbuddet Fønix dække?

Målet med Fønix er at yde akut hjælp i pludseligt opståede situationer, der kræver handling her og nu, hvor løsningen vil være af kortsigtet karakter. Målet er også at yde en forebyggende indsats og forhindre, at situationen tilspidser yderligere, og hvor det vurderes, at den psykiske tilstand ikke kræver lægefaglig behandling, men en socialfaglig indsats. Den akutte situation forsøges stabiliseret, og der skabes tryghed ved at tilbyde samtale og omsorg.

Endvidere skal Fønix være med til at sikre, at borgerne i Esbjerg Kommune bliver i stand til at føre et liv så tæt på det almindelige som muligt, herunder bl.a. bo i egen bolig.

Der arbejdes efter "stafetmodellen", så borgerne ikke bliver afsluttet fra tilbuddet, inden der er sikret en tovholder i forhold til den fremadrettede hjælp.

Hvordan tilrettelægges støtten?

Fønix er bemandedt døgnet rundt og tilbyder hjælp til psykisk sårbare borgere. Der er mulighed for såvel rådgivning i akuttillbuddets lokaler, pr. telefon eller i borgerens eget hjem, samt midlertidig overnatning i et af tilbuddets 4 værelser.

Frivillige medarbejdere:

Der vil blive gjort brug af frivillige medarbejdere i de perioder, hvor der ikke er så mange henvendelser. Her kunne frivillige medarbejdere være medarbejder nr. 2. Det vil sige i dagtimerne og i aftentimerne fra kl. 21.00-24.00, hvor henvendelserne stilner af.

Fremtidig organisering:

Fønix fortsætter som et selvstændigt tilbud med en selvstændig medarbejdergruppe, organiseret under Kraftcenteret. Dog satses der på sigt på at skabe større samarbejde og fleksibilitet imellem de forskellige tilbud i Kraftcentret, så ressourcerne kan udnyttes bedst muligt (økonomisk såvel som medarbejdernes kompetencer).

8.3 Succes med forankring – hvorfor?

Over en bred kam lyder argumentationen fra de fleste af de kommunale aktører, at man – trods vanskelighederne med konkret at dokumentere de økonomiske gevinster – er overbeviste om, at et akuttibud er økonomisk rentabelt, samtidig med at det hæver kvalitetsniveauet i den samlede ydelsesvifte fra socialpsykiatrien og øger livskvaliteten for borgere med psykiske problemer. I nogle kommuner er man overbeviste om, at man kan sikre et bedre tilbud for færre penge, men det er ligeledes klart, at en række af besparelserne først vil blive iagttagelige på længere sigt, da der for det første i høj grad er tale om forebyggende indsatser med virkninger netop på længere sigt, og helt konkret fordi der altid vil stå borgere i kø til at modtage frigivne ressourcer.

I de fem kommuner, som har valgt at forankre akuttillbuddene og fortsætte akuttillbudsindsatsen på forskellige niveauer, har der jf. tilbagemeldingerne fra kommunerne været tale om en samlet positiv vurdering af de gevinster, som akuttillbuddet kan medføre i kommunens samlede socialpsykiatriske tilbudsvifte set i relation til tilbuddets reelle omkostning. Og som det ses af de valgte konkrete forankringsmodeller i de fem kommuner, er de specifikke udgifter isoleret til akuttillbuddet holdt på et meget moderat niveau i kraft af samtænkning og udnyttelse af fælles ressourcer med kommunens øvrige socialpsykiatriske indsatser. Set i sammenhæng hermed er gevinsterne ved akuttillbuddet altså i disse kommuner – i form af kvalitetsmæssigt bedre tilbud til målgruppen og hertil reelle besparelser på øvrige indsatser – så store, at det begrundes en fortsættelse af de grundlæggende idéer i akuttillbudskonceptet.

Det er evaluators vurdering, at de projekter, der har bestræbt sig på løbende at tilpasse tilbuddet til et kommunalt budget, også har haft de bedste vilkår for at blive forankret i mere eller mindre den form, som såvel borgere som samarbejdspartnere er blevet bekendte med.

8.4 Perspektiver for indsatsen

Som også forankringsmodellerne ovenfor illustrerer, giver akuttillbuddet anledning til flere overvejelser om mulige snitflader og potentielle samarbejder, hvor akuttillbuddet kan hhv. styrke og selv styrkes af øvrige tilbud i kommunen. Flere af de kommunale aktører har givet udtryk for, at akuttillbuddet har været et kærdokument projekt, der med sin brede målgruppe og fleksibilitet går på tværs af de 'søjler', man mere eller mindre bevidst kan have opbygget i kommunen. På den måde har det både illustreret, hvordan brugere kan falde mellem 'søjler', og vist en lang række potentialer for at styrke de enkelte indsats ved at knytte dem tættere til hinanden og til akuttillbuddet.

Eksempelvis oplever man i flere kommuner et stort potentiale for at styrke og øge støtte og kontaktperson- og bostøtteordningernes fleksibilitet ved i fremtiden at knytte de to tilbud stærkere til akutfunktionen. Ligeledes har man i flere af kommunerne allerede givet udtryk for, at akuttillbuddet ville kunne blive endnu bedre ved at kombinere det med en form for frem-skudt myndighedssagsbehandling, der er et af de øvrige satspuljeprojekter inden for socialpsykiatrien, for på den måde også at knytte en myndighed til tilbuddet – til fordel for såvel det øvrige sagsbehandlingssystem som selvfølgelig den enkelte bruger.

Desuden ser såvel kommunale aktører som professionelle fra behandlingssystemet store perspektiver i at sænke aldersgrænsen for målgruppen, ligesom man har gjort det i Holbæk og i Lyngby-Taarbæk, da det er vurderingen, at unge i stigende grad kommer i kontakt med det psykiatriske behandlingssystem, og at der specielt for denne gruppe er et potentiale for forebygelse, ved at man får mulighed for at møde dem så tidligt som muligt.

Generelt er der bred enighed om, at akuttillbuddet kunne være relevant for en langt bredere målgruppe, med såvel økonomiske som menneskelige gevinster til følge. Nogle steder vil man have øget fokus på eksempelvis kronisk syge fra det somatiske behandlingssystem eller forsøge at arbejde tættere sammen med jobcentre, da der opleves en overrepræsentation af personer uden for arbejdsmarkedet og patienter med eksempelvis KOL eller kræft i de psykiske skadestuer og behandlingssystemer. Endvidere ønsker nogen at inddrage borgere, der er i behandling i et rusmiddelcenter.

Andre steder er der fokus på at aflaste behovet for forsorgshjem eller aflastningspladser ved i højere grad at udnytte den overnattende funktion. I flere tilfælde er det vurderingen, at dette vil være et mere passende og mindre indgribende tilbud til borgeren samtidig med, at det er mindre ressourcebelastende for kommunen. Da akuttillbuddenes målgruppe er bred og fleksibiliteten stor, synes der at være et utal af potentialer for at udvide eller kombinere akuttillbuddet med øvrige tilbud, hvilket både vil give en mere sammenhængende indsats og kan give økonomiske besparelser. Udfordringen er derfor også – som flere projektledere giver udtryk for – at trække grænserne klart og finde akuttillbuddets placering i systemet, så man ikke ender med at sande til i opgaver, man ikke magter, og mister den **akutte beredskabsfunktion**, der i sidste ende er essensen og berettigelsen af et akuttillbud.

09

Kvantitative resultater

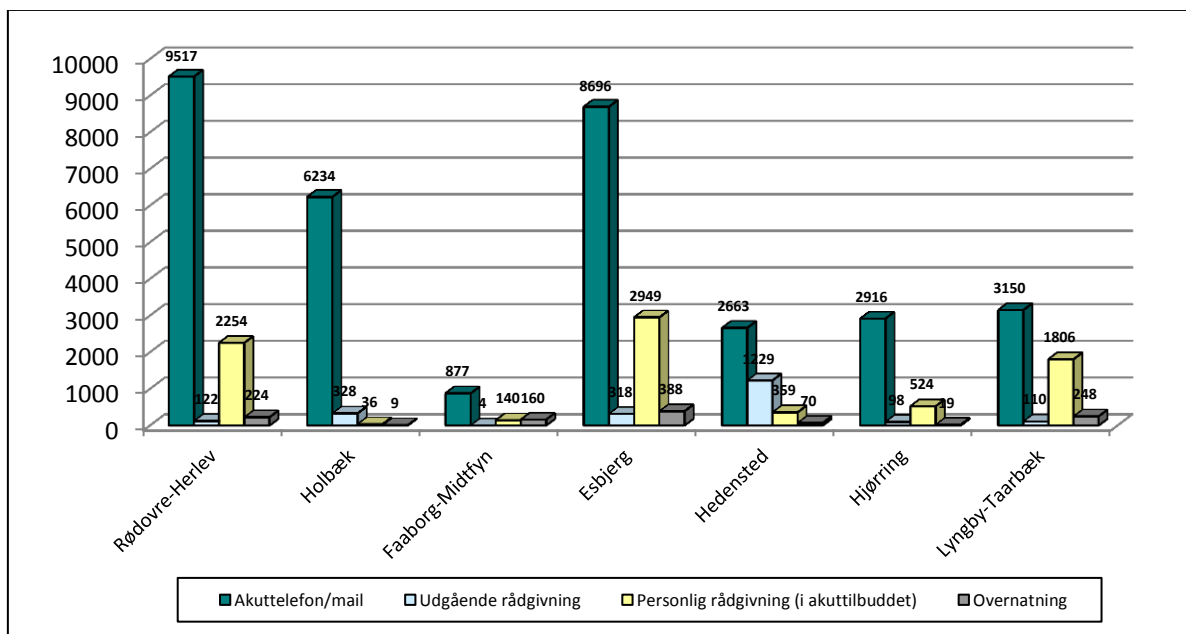
I dette kapitel gengives i tabel- og figurform de kvantificerbare resultater fra de 7 akuttillbuds forsøgsprojekter. Opgørelserne baserer sig generelt på forsøgsprojekternes løbende indberetninger af oplysninger i forbindelse med de enkelte henvendelser og rådgivninger. Tallene dækker, hvor ikke andet er angivet, den fulde projektperiode på 2½-3 år.

9.1 Status på henvendelser til akuttillbud

Tabel 9-1: Fordeling af henvendelser på akutfunktion

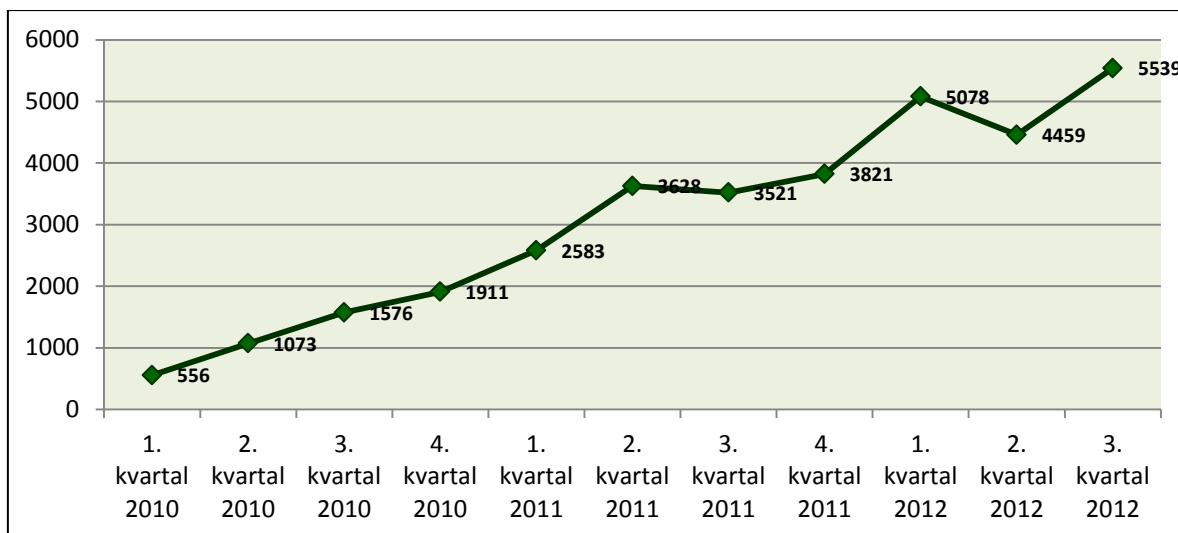
	Antal henvendelser	Procent
Akuttelefon/mail	34.053	75 %
Rådgivning i akuttillbuddet	8.068	18 %
Udgående rådgivning	2.209	5 %
Overnatning	1.076	2 %
Total	45.406	100 %

Figur 9-1: Antal henvendelser fordelt på akuttillbud (pr.15.10.2012)



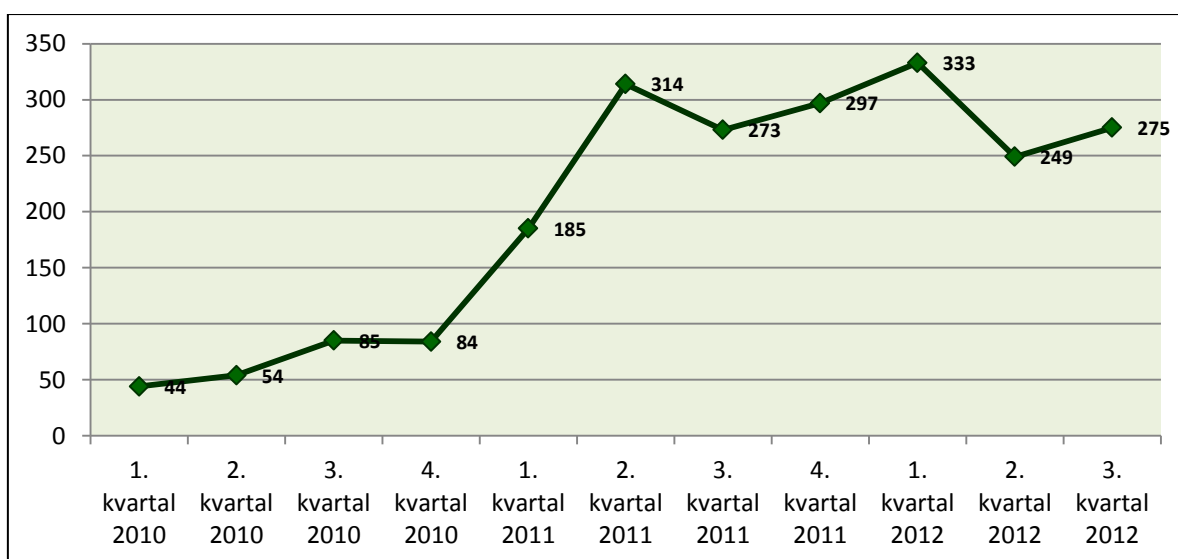
Figur 9-2: Antal henvendelser pr. kvartal – telefon/mail

308 registreringer er udeladt af grafen, da de enten slet ikke har angivet nogen dato, eller har angivet datoen på en måde, der ikke entydigt kunne oversættes til en dato.



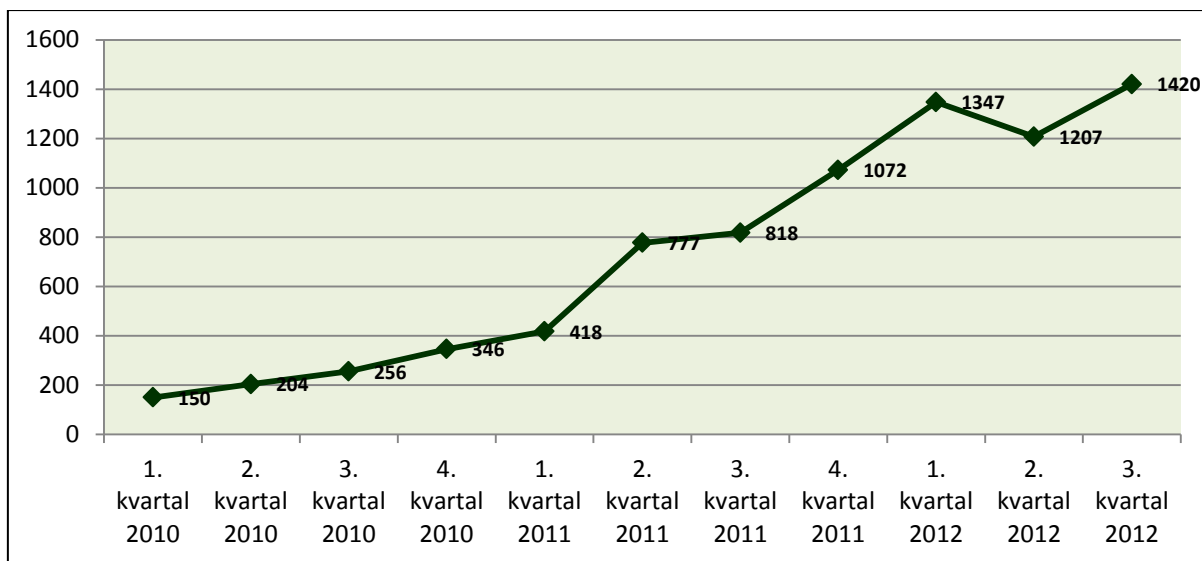
Figur 9-3: Antal henvendelser pr. kvartal – udgående rådgivning

16 registreringer er udeladt af denne graf. De havde enten slet ikke har angivet nogen dato, eller angivet datoen på en måde, der ikke entydigt kunne oversættes til en dato.



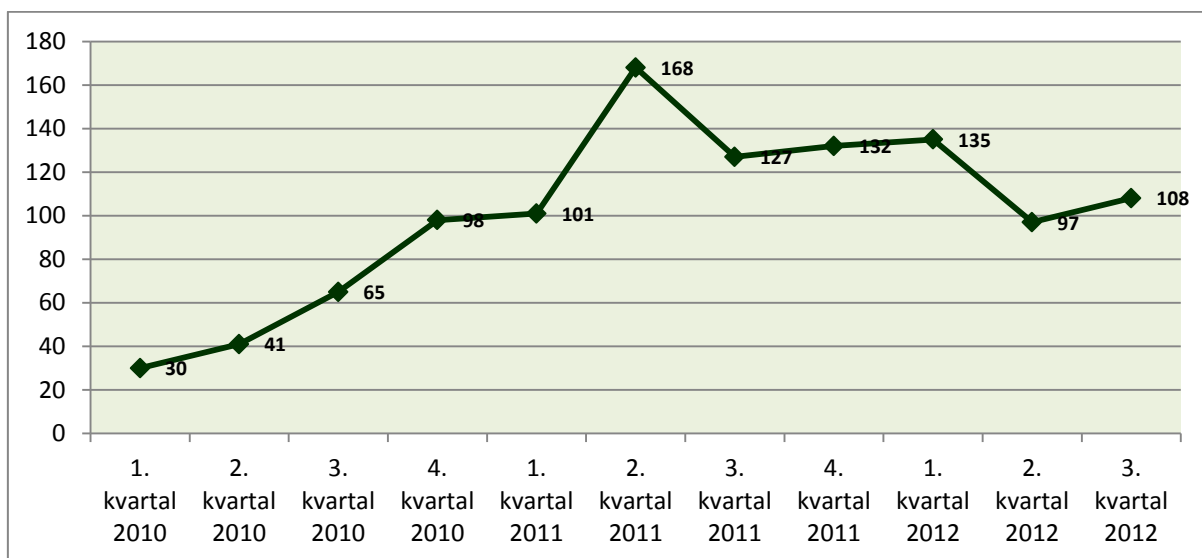
Figur 9-4: Antal henvendelser pr. kvartal – rådgivning i akuttilbuddet

53 registreringer er udeladt af denne graf. De havde enten slet ikke har angivet nogen dato, eller angivet datoen på en måde, der ikke entydigt kunne oversættes til en dato.



Figur 9-5: Antal henvendelser pr. kvartal – overnatning

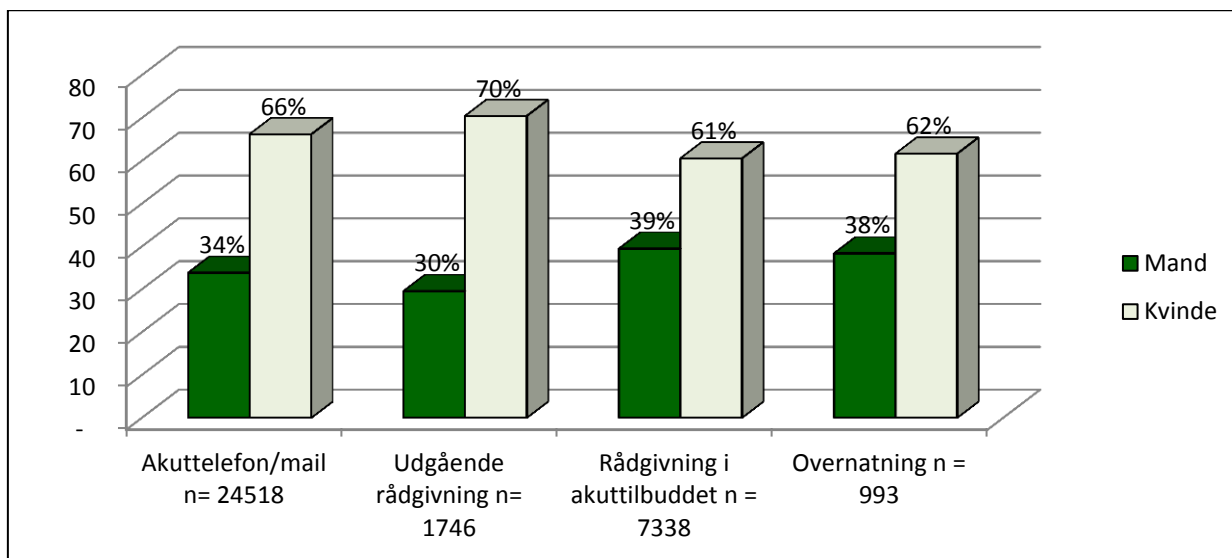
16 registreringer er udeladt af denne graf. De havde enten slet ikke har angivet nogen dato, eller angivet datoen på en måde, der ikke entydigt kunne oversættes til en dato.



9.2 Baggrundsplysninger om akuttillbuddenes brugere

Figur 9-6: Fordeling på køn (%)

Alle brugere i målgruppen, dog er der en del registreringer, hvor køn ikke er angivet.



Tabel 9-2: Aldersfordeling (udelukkende målgruppen)

	Antal henvendelser	Procent
Ved ikke	3695	11%
Under 18	141	0%
18-29 år	5.819	17 %
30-49 år	13.874	40 %
50-65 år	10.274	29 %
Over 65 år	978	3 %
Total	34.781	100 %

NB: Aldersintervallerne er ikke lige store.

Tabel 9-3: Andel brugere inden for målgruppen

	Mennesker med sidslidelse i akut psykisk krise	Andre
De samlede akutfunktioner	77 %	23 %
Akuttelefon/mail	72 %	28 %
Rådgivning i akuttilbuddet	91 %	9 %
Udgående rådgivning	82 %	18 %
Overnatning	93 %	7 %

Tabel 9-4: Fordeling af henvendelser på akuttelefon/mail

	Antal henvendelser	Procent
Mennesker med sindslidelse i akut psykisk krise	24.579	72 %
Pårørende	1.600	5 %
Behandlingspsykiatrien	664	2 %
Andre kommunale tilbud	1.862	5 %
Andre, angiv hvem	3.692	11 %
Ved ikke	1656	5%
Total	34.053	100 %

Tabel 9-5: Yderligere oplysninger om brugerne (udelukkende målgruppen)

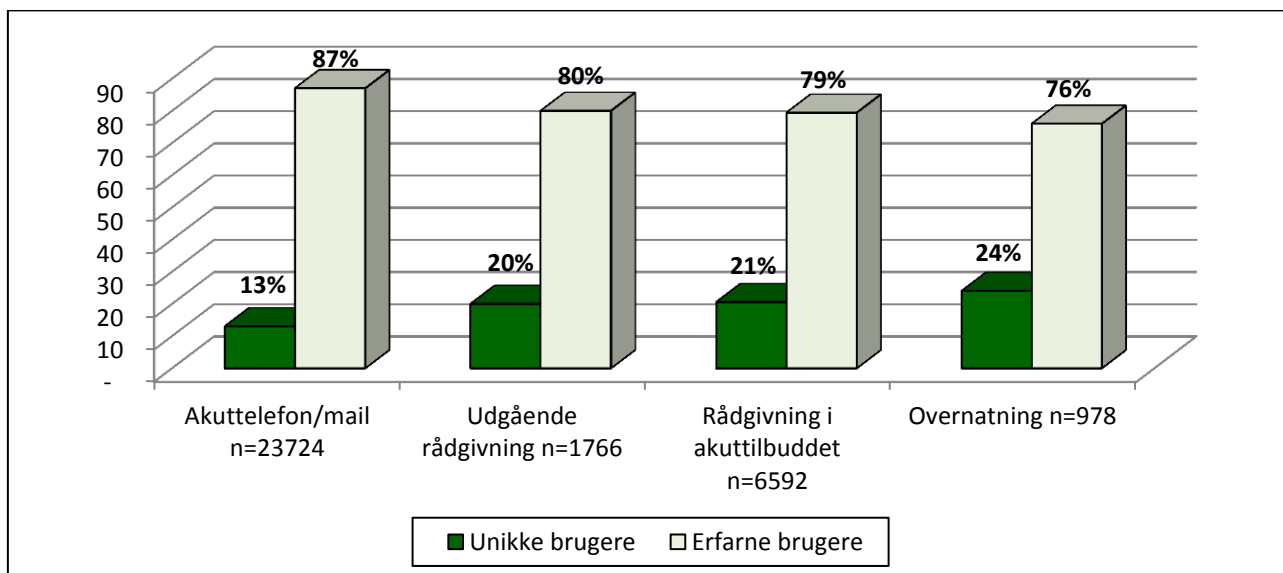
I dette spørgsmål kunne man sætte flere kryds, derfor summer procenten ikke til 100.

	Procent
Har bostøtte	29%
Bor alene	66%
Gift/samlevende	10%
Bor alene med børn	3%
Bor hos forældre/anden familie	3%
Bor i socialpsykiatrisk botilbud uden døgndækning	10%
Er i job/under uddannelse	6%
Har en støtte og kontaktperson	8%
Tager medicin	53%

Tabel 9-6: Andel af brugerhenvendelser inden for målgruppen

	Antal henvendelser	Procent
Unikke brugere	5.029	15 %
Erfarne brugere ("Flergangsbrugere" – henvendelser ud over første gang)	28.031	85 %
Total	33.060	100 %

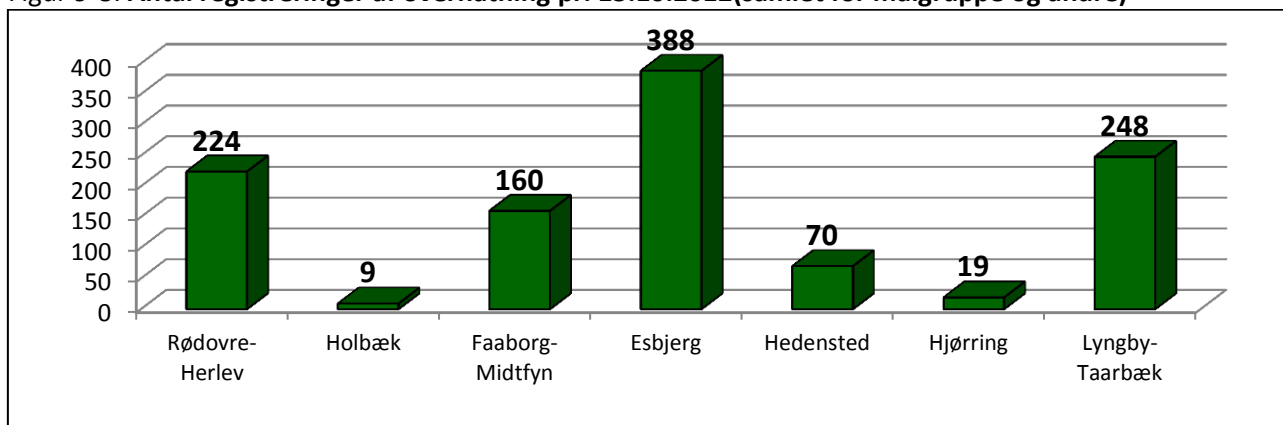
Figur 9-7: Andel henvendelser fra unikke brugere og "gengangere" – i figuren kaldt "erfarne brugere") (udelukkende målgruppen, og ekskl. "ved ikke")



Tabel 9-7: Oversigt over henvendelser fordelt på primær og sekundær målgruppe og i forhold til den primære målgruppe opdelt på unikke brugere og flergangsbrugere

	Den primære målgruppe (mennesker med sindslidelse i akut psykisk krise)	Sekundær målgruppe samt øvrige personer, der ikke falder inden for målgruppen	Antal henvendelser i alt	Procent	Unikke brugere i den primære målgruppe	Flergangsbrugere/gengangere i den primære målgruppe	"Ved ikke"/udeladt svar
Akuttelefon/mail	24.579	9.474	34.053	75%	3.085	20.639	855
Rådgivning i akuttilbuddet	7.380	688	8.068	18%	1356	5.236	788
Udgående rådgivning	1.816	393	2.209	5%	353	1.413	50
Overnatning	1006	70	1.076	2%	235	743	28
Total	34.781	10.625	45.406	100%	5.029	28.031	1721

Figur 9-8: Antal registreringer af overnatning pr. 15.10.2012(samlet for målgruppe og andre)

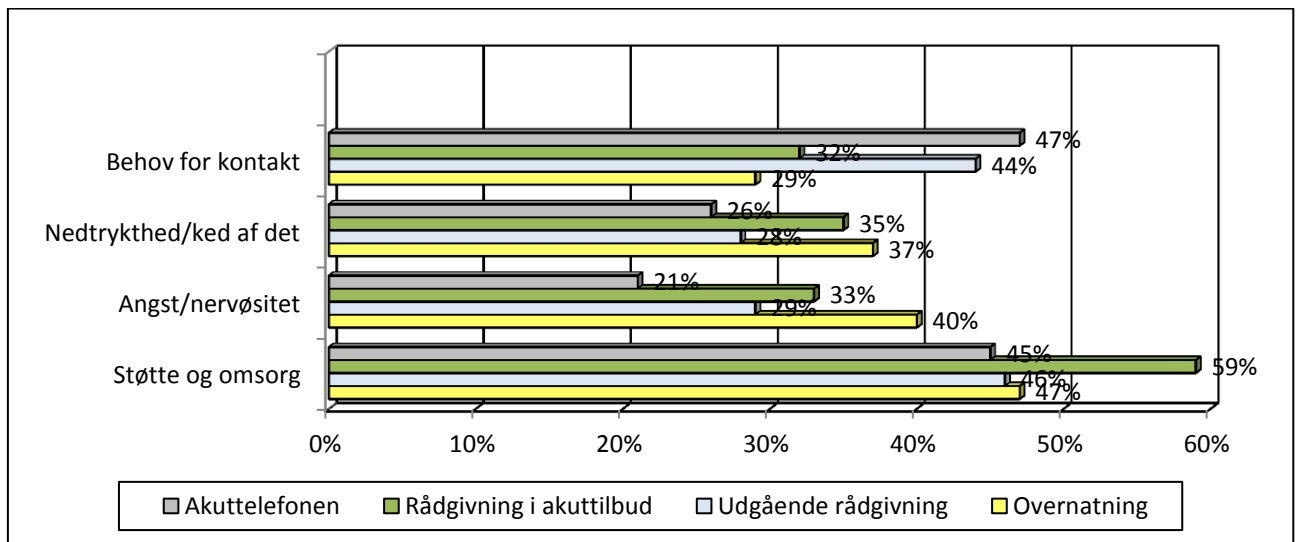


Tabel 9-8: Fordeling af overnatninger i akuttilbuddene (samlet for målgruppe og andre)

	Procent
1 overnatning	58 %
2 overnatninger	11 %
3 overnatninger	7 %
4 overnatninger	4 %
5 overnatninger	6 %
Mere end 5 overnatninger	12 %
Total	100 %

9.3 Temaer

Figur 9-9: De fire mest gennemgående temaer fordelt på akutfunktioner



Tabel 9-9: Temaer i samtalen for akuttelefonen (udelukkende målgruppen)

Temaer	Procent
Behov for kontakt	47 %
Støtte og omsorg	45 %
Nedtrykthed/ked af det	26 %
Angst/nervøsitet	21 %
Medicin	17 %
Ensomhed	15 %
Pårørendeproblematik	11 %
Konflikter	10 %
Sociale problemer	9 %
Søvnløshed	8 %
Misbrug	8 %
Behandlingsmuligheder og indlæggelser	7 %
Tvangstanker	6 %
Selvdestruktiv adfærd/selvmodstanker	6 %
Stress	5 %
Sorg	4 %
Økonomiske problemer	4 %
Aggression	2 %
Fysisk vold/overfald	1 %
Psykisk vold/mobning	1 %
Seksuelle overgreb	1 %
Psykose	1 %

Table 9-10: Temaer i samtalen for rådgivning i akuttilbuddet (udelukkende målgruppen)

n=7.380 (samtaler)

Temaer	Procent
Støtte og omsorg	59 %
Nedtrykthed/ked af det	35 %
Angst/nervøsitet	33 %
Behov for kontakt	32 %
Medicin	26 %
Pårørendeproblematikker	26 %
Konflikter	22 %
Sociale problemer	20 %
Stress	18 %
Misbrug	14 %
Selvdestruktiv adfærd/selvmodstanker	12 %
Økonomiske problemer	11 %
Søvnløshed	11 %
Behandlingsmuligheder og indlæggelser	11 %
Ensomhed	10 %
Sorg	8 %
Tvangstanker	7 %
Psykose	6 %
Psykisk vold/mobning	5 %
Fysisk vold/overfald	4 %
Seksuelle overgreb	3 %
Aggression	1 %

Tabel 9-11: Temaer i samtalen for udgående rådgivning (udelukkende målgruppen) n=24.579

Temaer	Procent
Støtte og omsorg	46 %
Behov for kontakt	44 %
Angst/nervøsitet	29 %
Medicin	29 %
Nedtrykthed/ked af det	28 %
Selvdestruktiv adfærd/selvmodstanker	25 %
Misbrug	17 %
Sociale problemer	14 %
Behandlingsmuligheder og indlæggelser	14 %
Pårørendeproblematikker	14 %
Ensomhed	14 %
Tvangstanker	11 %
Konflikter	11 %
Stress	10 %
Økonomiske problemer	9 %
Psykose	7 %
Søvnløshed	7 %
Sorg	5 %
Psykisk vold/mobning	3 %
Seksuelle overgreb	3 %
Aggression	2 %
Fysisk vold/overfald	2 %

Table 9-12: Temaer i samtalen for overnatning (udelukkende målgruppen) n=1.006

Temaer	Procent
Støtte og omsorg	47 %
Angst/nervøsitet	40 %
Nedtrykthed/ked af det	37 %
Behov for kontakt	29 %
Medicin	24 %
Sociale problemer	21 %
Pårørendeproblematikker	21 %
Misbrug	20 %
Stress	17 %
Selvdestruktiv adfærd/selvmodstanker	17 %
Konflikter	17 %
Søvnløshed	14 %
Ensomhed	12 %
Psykose	12 %
Behandlingsmuligheder og indlæggelser	8 %
Økonomiske problemer	8 %
Tvangstanker	7 %
Sorg	6 %
Fysisk vold/overfald	5 %
Psykisk vold/mobning	5 %
Seksuelle overgreb	4 %
Aggression	1 %

Tabel 9-13: Alle temaer i samtalen

Temaer	Overnatning	Udgående rådgivning	Rådgivning i akutte tilbudet	Akutte telefonen
Støtte og omsorg	47 %	46 %	59 %	45%
Angst/nervøsitet	40 %	29 %	33 %	21 %
Nedtrykthed/ked af det	37 %	28 %	35 %	26 %
Behov for kontakt	29 %	44 %	32 %	47 %
Medicin	24 %	29 %	26 %	17 %
Sociale problemer	21 %	14 %	20 %	9 %
Pårørendeproblematikker	21 %	14 %	26 %	11 %
Misbrug	20 %	17 %	14 %	8 %
Stress	17 %	10 %	18 %	5 %
Selvdestruktiv adfærd/selv-mordstanker	17 %	25 %	12 %	6 %
Søvnløshed	14 %	7 %	11 %	8 %
Konflikter	17 %	11 %	22 %	10 %
Ensomhed	12 %	14 %	10 %	15 %
Psykose	12 %	7 %	6 %	1 %
Behandlingsmuligheder og indlæggelser	8 %	14 %	11 %	7 %
Økonomiske problemer	8 %	9 %	11 %	4 %
Tvangstanker	7 %	11 %	7 %	6 %
Sorg	6 %	5 %	8 %	4 %
Fysisk vold/overfald	5 %	2 %	4 %	1 %
Psykisk vold/mobning	5 %	3 %	5 %	1 %
Seksuelle overgreb	4 %	3 %	3 %	1 %
Aggression	1 %	2 %	1 %	2 %

Tabel 9-14: Baggrund for kontakt – udelukkende unikke brugere i målgruppen, n=5.029

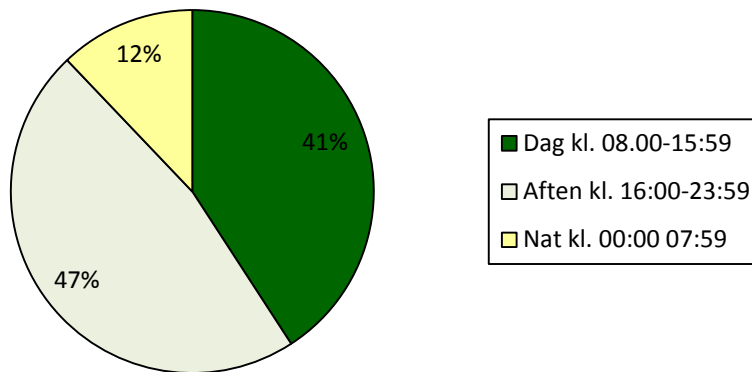
Temaer	Akuttefonen	Udgående rådgivning	Rådgivning i akuttilbuddet	Overnatning
Ved ikke	2 %	0 %	0 %	2 %
Har selv kontaktet akuttilbuddet	72 %	38 %	53 %	31 %
Forudgående mail kontakt	0 %	-	-	-
Forudgående sms kontakt	1 %	-	-	-
Opfordring fra pårørende	3 %	12 %	9 %	6 %
Opfordring fra vagtlæge	0 %	1 %	0 %	0 %
Opfordring fra psykiatrisk skadestue/hospital	3 %	5 %	10 %	19 %
Opfordring fra egen læge	2 %	3 %	2 %	1 %
Opfordring fra kommunal myndighed	8 %	23 %	18 %	28 %
Andet, angiv hvad	7 %	15 %	8 %	14 %
Total	100%	97 %	100 %	100 %

Tabel 9-15: Henvisning til... udelukkende for målgruppen (total for unikke og gengangere)

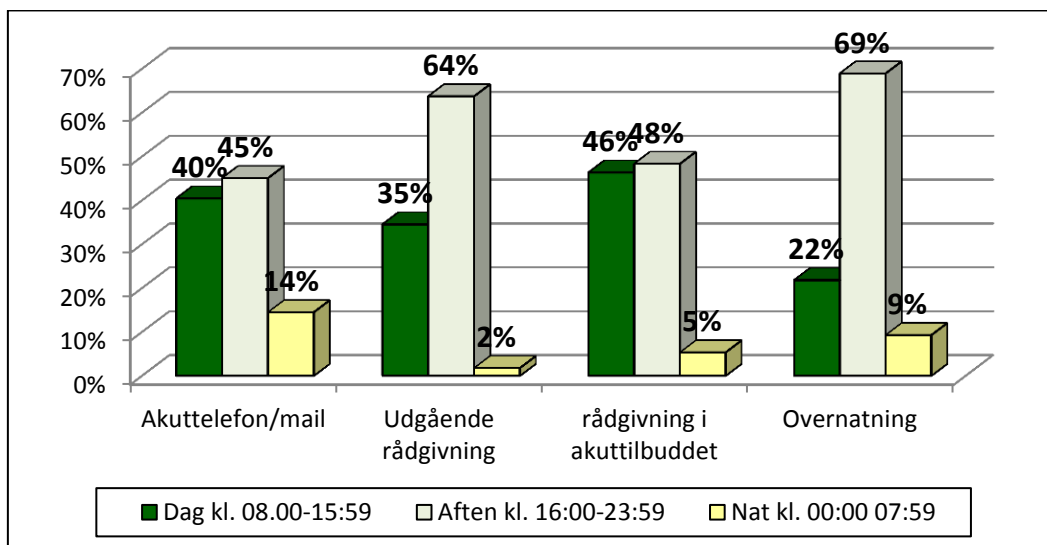
Temaer	Akuttefonen	Udgående rådgivning	Rådgivning i akuttilbuddet	Overnatning
Psykiatrisk skadestue	231	82	104	11
Vagtlæge	265	60	54	9
Politi	65	17	25	2
Ambulance tilkaldt	12	10	2	1
Kommunal myndighed (sagsbehandler)	277	66	200	28
Andre kommunale tilbud	549	87	181	42
Andre frivillige tilbud	79	6	72	6
Andre private tilbud	51	4	38	4
Andet	379	47	181	21
	N = 24579	N = 1816	N = 7380	N = 1006

9.4 Tidsrum for henvendelser

Figur 9-10: Anvendelse af de samlede akutfunktioner fordelt over et døgn

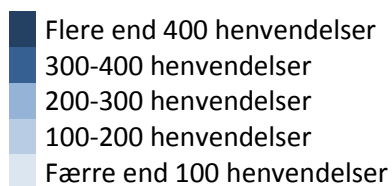


Figur 9-11: Anvendelse af akutfunktioner fordelt over døgnet

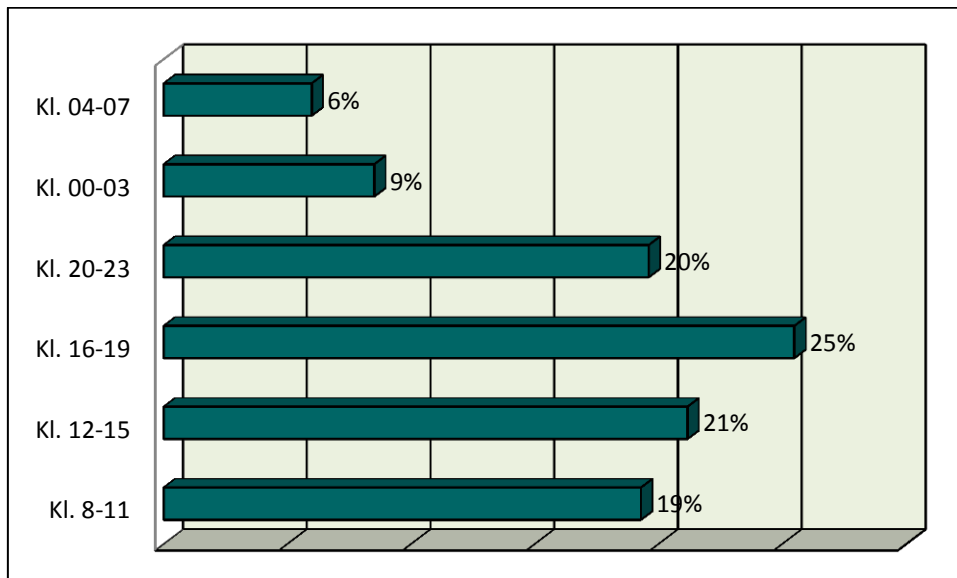


Tabel 9-16: Samtlige henvendelser i projektets periode fra 2010-2012

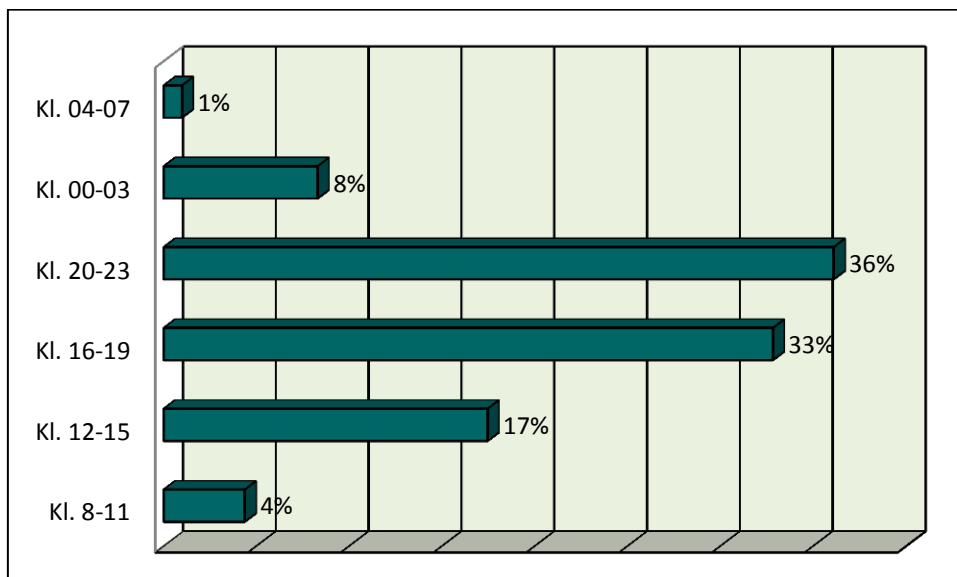
	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
00-01							
01-02							
02-03							
03-04							
04-05							
05-06							
06-07							
07-08							
08-09							
09-10							
10-11							
11-12							
12-13							
13-14							
14-15							
15-16							
16-17							
17-18							
18-19							
19-20							
20-21							
21-22							
22-23							
23-24							



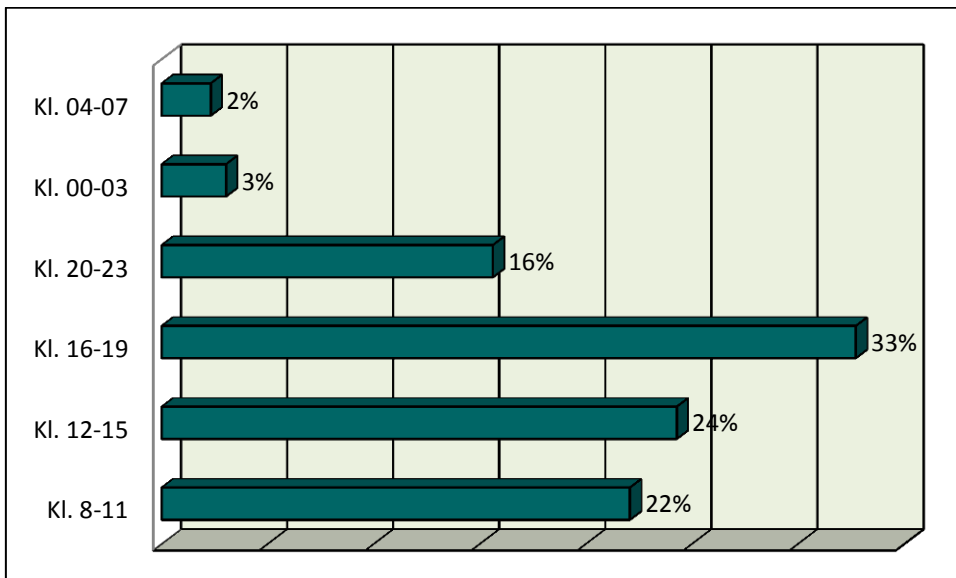
Figur 9-12: Anvendelse af akuttelefon fordelt på tidspunkter



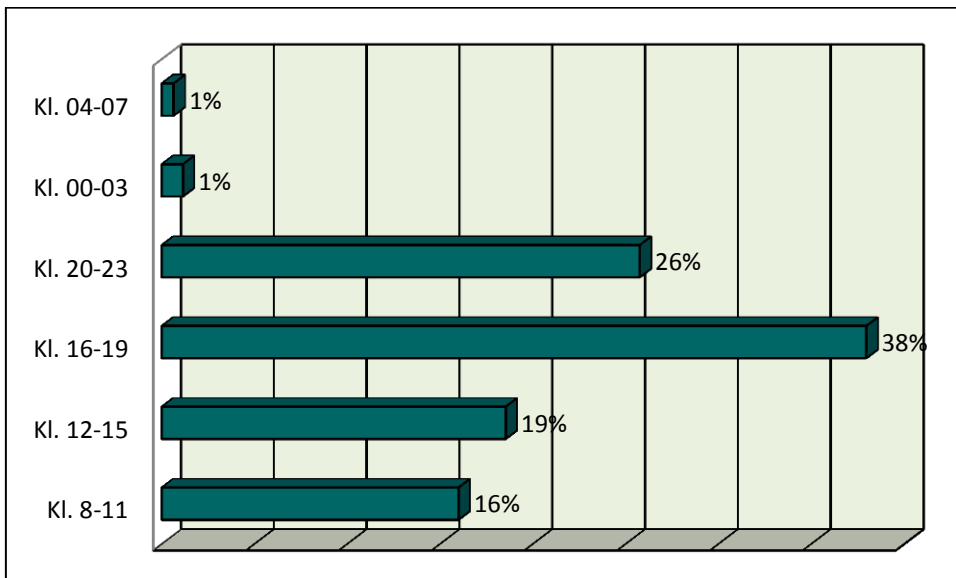
Figur 9-13: Anvendelse af overnatning fordelt på tidspunkter



Figur 9-14: Anvendelse af rådgivning i akuttilbuddet fordelt på tidspunkter



Figur 9-15: Anvendelse af udgående rådgivning fordelt på tidspunkter



010

Bilag – Metodebeskrivelser

FORSØG MED AKUTTLILBUD

Metodebeskrivelse, krisesamtale

Metodebeskrivelse	
Metode:	KRISESAMTALE
Målgruppe:	Mennesker med sindslidelse i akut psykisk krise, som henvender sig til akuttilbuddet.
Hvor bruges metoden?	<p>Formålet: Formålet er at yde borgeren i krise den hjælp, der er aktuel i forhold til krisens stadie.</p> <p>I udgangspunktet kan metoden bruges i forbindelse med alle akuttilbuddets grundfunktioner – dvs. telefon, udgående rådgivning og ved overnatning.</p> <p>Den vil dog nok være mest aktuel i forbindelse med den personlige samtale i enten telefonen eller ved en udgående rådgivning, da borgerne typisk har været i forudgående telefonisk eller personlig kontakt med akuttilbuddet ved en overnatning.</p>
Forventede resultater:	<p>Forventet resultat:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Ro på "her og nu" situationen (den oplevede krise)▪ Trygheden genetableres.
Form:	<p>Rollen: Medarbejderen skal tage rolle som omsorgsgiver. Man skal som medarbejder acceptere borgerens fortælling og opfattelse af situationen, ligesom man som medarbejder skal være professionel (dvs. kunne holde egne følelser ude).</p> <p>Faser: 1. Omsorg Der er ved den akutte krisehenvendelse et stort behov for omsorg, beskyttelse og støtte. Det handler derfor i første omgang om at være til stede i samtalen – dvs. være nærværende, vise overskud og rummelighed. Det handler derudover om at kunne</p>

skabe en hurtig relation til borgeren.

2. Afdækning

Det er i forbindelse med krisesamtalen vigtigt at afdække, om borgeren er alene eller sammen med andre, og om der evt. er nogen i nærheden (eller i et netværk), der kan hjælpe borgeren. Hvis der er andre i nærheden, der kan hjælpe, skal borgeren opfordres til at tage kontakt til dem, så de kan støtte vedkomne igennem krisen.

Det er ligeledes vigtigt at afdække, om borgeren på nogen måde er truet (selvmord eller på anden måde truet), eller om borgeren har brug for hurtig psykiatrisk behandling i stedet for en snak med akuttilbuddets medarbejder. Hvis dette er tilfældet, skal borgeren hjælpes til en kontakt til (eller indlæggelse i) behandlingspsykiatrien.

3. Afslutning

Når borgeren er faldet en smule til ro, og du fornemmer, at trygheden/roen er (gen)etableret, kan krisesamtalen afsluttes. Dvs. samtalen kan herefter antage en anden form, fx en rådgivende eller motiverende samtale, eller samtalen afsluttes helt. I det sidste tilfælde er det vigtigt, at borgeren bliver præsenteret for og forstår, at vedkomne er velkommen til at ringe til akuttilbuddet igen, hvis situationen skulle opstå igen.

Redskaber:

- Hv-spørgsmål

Akuttilbuddets medarbejdere kan efter en egentlig præsentation af sig selv (og evt. af tilbuddet – dette kan også komme senere i samtalen, hvis der er tale om en udtalt akut krise) ty til hv-spørgsmål (hvad, hvordan, hvem etc.) i forsøget på at få borgeren til at åbne op og fortælle om den oplevede krise.

- Aktiv lytten

Aktiv lytten bruges for at stimulere borgeren til at fortælle samt for at sikre, at det fortalte er rigtigt opfattet.

Det drejer sig om at lytte aktivt til borgeren. Man skal som medarbejder lægge øre til borgerens oplevelse (krise) og fortælle borgeren, at det er helt i orden at have det på den måde. Borgeren skal vide, at det er vigtigt at tillade følelserne uden at dømme sig selv, og at medarbejderen heller ikke dømmer ham/hendemen i stedet for er der for at lytte og støtte borgeren til at komme ud af den oplevede krise.

Teoretisk grundlag:

Empowerment

Den empowermentbaserede teori giver plads til borgerens selvforståelse og ressourcer. Det er borgeren, der kontrollerer processen – også selvom vedkomne er kriseramte. I den empowermentbaserede teori er det borgerne, der forvalter egne ressourcer og selv definerer, hvad de vil og ikke vil. Borgerne skal altså arbejde ud fra egne selvforståelser.

Empowerment tilbyder rammen for en afprøvning af metoder, hvor det bliver muligt at afprøve, hvad der sker, når borgerne reelt stilles overfor muligheder for at træffe kvalificerede beslutninger og reelt oplever selv at træffe egne valg. Dette forudsætter en tro på at:

Inddragelse skaber engagement > Engagement fører til ejerskab > Ejerskab fører til motivation > Motivation fører til succes.

Den empowermentbaserede tilgang betyder, at borgerne opnår forankret ejerskab til egen situation og handlinger, fordi handlingerne er udformet på egne præmisser – såvel positiv som negativt begrænsende. Borgerne får åbnet øjnene for egne ressourcer og tiltager sig løbende mere kontrol over egen hverdag også i forhold til akutte tilspidsede situationer.

Omsorg

Det bærende element i akuttilluddens praksis er interaktionen mellem en omsorgsgiver (den fagprofessionelle) og en omsorgsmottager (brugeren af akuttilluddet). Denne interaktion forventes at kunne bidrage til øget trivsel, læring og udvikling, hvilket dog fordrer, at borgeren af akuttilluddet i dette møde oplever den professionelle interesse, engagement og empatiske indstilling.

I overensstemmelse hermed defineres omsorg af psykologen Agnete Diderichsen (1991) som

”en særlig relation mellem mennesker, der er kendetegnet ved, at det ene menneske retter sin opmærksomhed mod det andet menneske og handler på en sådan måde, som det andet menneske har brug for og som tjener det andet menneskes velbefindende”.

Omsorg er dermed en empatisk måde at forholde sig til et andet menneskes behov i

	den kritiske situation.
Forudsætninger evt. barrierer:	Evne til at "rumme" borgerens krise uden at tage over. Evne til at være "til stede" i samtalen. Ingen forstyrrelser eller støj, der hvor samtalen foregår.

FORSØG MED AKUTTILBUD

Metodebeskrivelse, kriseplan

Metodebeskrivelse	
Metode:	KRISEPLAN
Målgruppe:	Mennesker med sindslidelser i akut psykisk krise, som henvender sig til akuttilbuddet.
Hvor bruges metoden?	<p>Formålet er: At tilbyde at lave en kriseplan sammen med borgeren. Det er vigtigt, at borgeren er til stede sammen med medarbejderen.</p> <p>Kan bruges i ansigt til ansigt samtalerne: I borgerens hjem i forbindelse med den udgående funktion. I akuttilbuddet når borgeren henvender sig ved personligt fremmøde fx i forbindelse med overnatning.</p>
Forventede resultater:	<p>Forventede resultater:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ At løse borgernes akutte krise og etablering af sikkerhed.▪ At borgeren vil opleve sig sikker og tryk i egen bolig igen.▪ At forebygge:<ul style="list-style-type: none">▪ indlæggelse i behandlingspsykiatrien▪ tab af borgerens egne ressourcer og evne til at mestre vanskelige situationer▪ At medvirke til at understøtte borgerens inklusion i samfundet.
Form:	<p>Kriseplanen består af en række trin: Borgeren skal have tilbuddet om udarbejdelsen af kriseplanen ved det første møde ansigt til ansigt med en medarbejder fra akuttilbuddet. Ved dette møde indledes samtalen om kriseplanen med at forklare den og give borgeren et eksemplar af den illustrerede plan. Borgeren kan så selv udfylde sin plan, mens den bliver gennemgået, eller vedkommende kan få en kopi af den version, medarbejderen laver.</p>

Som en del af kriseplanen laves der aftaler med borgeren, som tydeliggør, hvorledes akuttilbuddet kan støtte op om borgeren i krisesituationen og i realiseringen af kriseplanen, dvs. fx om en medarbejder fra akuttilbuddet skal følge op ved henvendelse til borgeren og i så fald hvordan. Der afholdes et opfølgende møde med borgeren fem dage efter udarbejdelsen af planen, hvor der gøres status samt aftales yderligere fremadrettede skridt fx ift. mestring af en evt. tilbagevendende krise.

1. trin: afdækning af 5 vigtige domæner i borgerens liv nu og her. De fem domæner er:

- Evne til at passe på sig selv
- Forståelse af egen situation
- Udtryk for følelser
- Ansvarlighed
- Netværk

Domænerne afdækkes via spørgsmål til en række underområder som fx:

Domæne: Evnen til at passe på sig selv

- Bolig
- Økonomi
- Netværk
- Arbejde/uddannelse
- Helbred
- Oplevede sikkerhed
- Den akutte situation

Domæne: Forståelse af egen situation

- Selvindsigt
- Erkendelse af situationen
- Udløsningen af den akutte psykiske situation
- Opsøgningen af hjælp

Domæne: Udtryk for følelser

- Evnen til at udtrykke følelser

- Opmærksomhed på egne følelser og situationer de opstår i
- Evnen til at håndtere egne følelser
- Evnen til at mestre forandringer/kriser

Domæne: Ansvarlighed

- Niveauet af og evnen til selvkontrol
- Oplevede muligheder for indflydelse på eget liv
- Mestringsstrategier ift. indflydelse og selvkontrol
- Overblik over hvem der er ansvarlig for hvad ift. situationen

Domæne: Netværk

- Det nære netværk (familie etc.)
- Øvrige netværk
- Ressourcepersoner ift. situationen
- Problemfyldte relationer ift. situationen

Borgeren skal herefter vurdere sin situation inden for hvert af de 5 domæner, hvilket fx kan ske ved hjælp af skalering (fx 1 – 5, hvor 1 er meget dårlig og 5 er meget god).

Borgerens vurdering af egen situation gentages ved opfølgningen på planen efter 5 dage. Dette giver medarbejderen mulighed for sammen med borgeren at vurdere, om der er sket en bedring, og om den akutte krise er blevet løst.

Hvis ikke arbejdes der videre med løsning af krisen og/eller med at finde frem til et andet relevant tilbud til borgeren. Se mere under dette punkt.

2. trin: Målsætning

Borgeren formulerer mål for sin situation 5 dage fra udarbejdelsesdagen. Målene skal være praktiske, mulige og positive.

3. trin: Situationen nu og her

Situationen nu og her defineres. Energien til at følge en vej kommer fra spændingen mellem hvor borgeren er nu, og hvor han eller hun ønsker at være inden for 5 døgn.

4. trin: Måder at opbygge styrke på

Borgeren har brug for at opbygge styrke og i dette trin afdækker medarbejderen sammen med borgeren, hvad denne selv kan gøre, og hvor der er brug for akuttil-

buddets indsats og til hvad. Det kan fx være tilbud om daglige opfølgninger fra akuttilbuddets side, hvis borgeren er meget utryk. Det kan også handle om, at borgeren har brug for viden om, hvad han eller hun kan gøre i situationer, som denne opfatter som vanskelige.

5. trin: Hvem skal involveres

Her handler det om at få navne på de personer, som borgeren har brug for at få inddraget i løsningen af krisen. For at understøtte borgerens overblik over, hvem det kan være, kan medarbejderen fx tilbyde at tegne et netværkskort. Hvis der er rod i økonomi, boligforhold m.v., så kan der være brug for hurtigst muligt at få involveret en sagsbehandler i kommunen. Hvis der er problemer med medicin, så skal behandlingspsykiatrien eller egen læge ind over. Er der evt. brug for at informere arbejdsgiver eller uddannelsessted om en kortere sygeperiode, så skal det ske. Er der nogle som er afhængige af borgeren fx børn eller andre, skal der tages hånd om dette.

Der laves en aftale om, hvem borgeren selv involverer, og hvor det er hensigtsmæssigt, at akuttilbuddet tager kontakt til andre på vegne af borgeren.

6. trin: Mål for de enkelte dage

For at borgeren kan nå målene på 5. dagen, er det vigtigt at formulere nogle praktiske, positive og mulige mål for de mellemliggende dage. At bevæge sig fra plan til handling kræver forpligtelse til det første skridt! Hvad er den største barriere for at tage dette skridt? Hvem vil støtte borgeren i dette skridt? Hvordan kan borgeren bede om deres hjælp? Fokuser processen på handling og få defineret, hvad der skal gøres af hvem og hvornår.

7. trin: Det første skridt – handling

Efter afdækning af de 5 domæner, definering af mål for de enkelte dage, identifikation af hvem der skal involveres, og hvordan borgeren kan få opbygget styrker og udviklet mestringskompetencer, skal de konkrete ting, borgeren skal foretage sig på udarbejdelsesdagen, identificeres.

Borgernes handlinger kan spænde meget bredt fra fx at modtage en længere snak i akuttilbuddet til at kontakte en sagsbehandler omkring økonomi.

Realisering af kriseplanen

Borgerne modtager individuelt tilpasset støtte til at realisere kriseplanen, som aftalt i kriseplanen og med mulighed for løbende justering.

	<p>8. trin: 5. dagen - evaluering</p> <p>På 5. dagen laves en opfølgning på borgerens situation, og borgerens vurdering af egen situation inden for de 5 domæner gentages. Vurderingen vil afsløre, om borgeren vurderer, om det går bedre, og den danner grundlag for en opfølgning på borgerens situation. Er der stadig brug for akuttilluddets støtte nu og her, er situationen stabiliseret, og oplever borgeren sig sikker og tryk samt at have kontrol over egen situation? Er der evt. brug for henvisning til et andet tilbud i social- og/eller behandlingspsykiatrien?</p> <p>Borgerens vurdering før og efter kriseplanen giver samtidig mulighed for at kunne dokumentere eventuelle effekter af akuttilluddets indsats.</p>
<p>Teoretisk grundlag:</p>	<p>Kriseplansmodellen bygger på forskning i recovery og de vigtige elementer i en proces med at komme sig. Modellen er også baseret på internationale erfaringer med at støtte mennesker i en akut psykisk krise.</p> <p>Neden for er nogle af de mange referencer, som modellen baserer sig på:</p> <p>Mike Smith og Marion Ashlan, <i>Menneskelig opblomstring</i>, PsykoVision, København. Johanna Soini m.fl., <i>Styr livet med personcentreret planlægning</i>, Slotsvænget, København, 2011.</p>
<p>Forudsætninger evt. barrierer:</p>	<p>Samtykke</p> <p>Det er en forudsætning at borgeren giver sit samtykke til, at medarbejderne udveksler oplysninger om borgerens kriseplan. At møde borgeren ansigt til ansigt.</p> <p>Team</p> <p>Arbejdet med en kriseplan forudsætter, at medarbejderne samarbejder som et team. Borgeren skal derfor ved udarbejdelsen informeres om, at medarbejderne udveksler oplysninger om borgerens plan for at kunne samarbejde om løsning af krisen. Alle oplysninger skal behandles som fortrolige oplysninger i akuttilluddet.</p>