

Sociale akuttilbud til mennesker med
psykiske lidelser i egen bolig
Model- og implementeringsguide

August 2017

Indhold

1	Hvorfor sociale akuttilbud?	3
2	Valg af organisationsmodel	6
3	Kerneydelser	8
4	Faglig tilgang og metodisk fundament	12
5	Samarbejde og koordination	16
6	Formidling af viden om akuttilbuddene til målgruppen	19
7	Hvad koster det?	21
	Bilag A. Socialstyrelsens modelbeskrivelse for satspuljeprojektet om udbredelse af sociale akuttilbud, 2014-2017	22

1 Hvorfor sociale akuttillbud?

En akut psykisk krise er ofte dårligt forenelig med åbningstiderne i flertallet af landets socialpsykiatriske tilbud, der ikke er tilgængelige i aften- og nattetimerne. Herudover kræver flertallet af de eksisterende socialpsykiatriske tilbud enten visitation eller forudgående aftale, hvorfor der med stor sandsynlighed er en gruppe borgere, der ikke har adgang til et tilbud, der matcher deres behov.

Derfor har Socialstyrelsen gennem to satspuljeprojekter¹ arbejdet med udvikling, afprøvning og udbredelse af sociale akuttillbud. Formålet med akuttillbuddene er at yde en hurtig og mindre indgribende indsats, der kan have både afhjælpende og forebyggende betydning for mennesker med akut opståede psykiske kriser. Målet er at undgå eskalering af krisen og at skabe tryghed i hverdagen, så borgeren kan blive i egen bolig, og indlæggelser i behandlingspsykiatrien kan reduceres.

Et socialt akuttillbud er et kommunalt forankret, døgnåbent og døgnbemandet tilbud, hvor borgere med akut psykisk krise kan henvende sig uden visitation og forudgående aftale. Borgerne kan henvende sig både telefonisk og ved personligt fremmøde, ligesom borgerne også har mulighed for at overnatte i akuttillbuddet, hvis det vurderes relevant. Borgerne har desuden mulighed for at henvende sig anonymt. Tillbuddene er forankret i den kommunale socialpsykiatri, mens der i modellen er lagt op til, at tilbuddene fungerer i tæt samarbejde med behandlingspsykiatrien. Dette har imidlertid vist sig sværere end forventet, men det anbefales fortsat at bestræbe sig herpå, da det forventes at understøtte et bedre samlet forløb for borgerne.

Denne model- og implementeringsguide har til formål at understøtte udbredelse og implementering af sociale akuttillbud med afsæt i erfaringerne fra projektet "Udbredelse af sociale akuttillbud til mennesker med psykiske lidelser i egen bolig". Formålet er således at præsentere relevante erfaringer og læring fra de 14 projektkommuners implementering af projektet, der vil kunne anvendes af andre kommuner, der overvejer at etablere et socialt akuttillbud. Erfaringer, læring og gode råd i guiden bygger således på den løbende erfaringsopsamling fra projektlederne, erfaringer fra uddannelsesleverandøren samt resultaterne fra evalueringsrapporten.

1.1 Hvorfor sociale akuttillbud?

Evalueringen af projektet "Udbredelse af sociale akuttillbud til mennesker med psykiske lidelser i egen bolig" viser følgende resultater for de borgere, der har haft kontakt med akuttillbuddene:

- Brugere oplever, at muligheden for at henvende sig døgnet rundt anonymt og uden forudgående visitation 1) øger deres oplevede tryghed, 2) understøtter dem i en velfungerende hverdag i eget hjem og 3) mindsker deres selvvaluerede kontakt til behandlingspsykiatrien.
- Brugernes mentale velbefindende øges i ugerne efter deres henvendelse til akuttillbuddene sammenlignet med deres mentale velbefindende på tidspunktet for deres henvendelse til akuttillbuddene². For den samlede målgruppe ses, at deres mentale velbefindende i gennemsnit øges med næsten 20 procent.
- Brugere har færre indlæggelser og sengedage i tiden efter deres første henvendelse til akuttillbuddene sammenlignet med tiden op til deres første henvendelse. Der er således 29 procent af brugerne, der har været indlagt i måneden op til deres første henvendelse til de sociale akuttillbud, mod 22 procent i den efterfølgende måned. Disse brugere har i gennemsnit 14,7 sengedage i måneden op til deres første henvendelse, mens de i gennemsnit har været indlagt 4,9 dage i den efterfølgende måned.

¹ Første satspuljeprojekt var *Forsøg med akuttillbud til mennesker med sindslidelser* (2008-2011), der blev evalueret af Niras. Evalueringsrapporten kan findes på http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_64007/cf_202/NIRAS_-_Evaluering_af_kommunale_akuttillbud_til_men.PDF.

² Brugernes mentale velbefindende er målt ved hjælp af den validerede skala Short Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (SWEMWBS).

- Der ses blandede resultater for antallet af ambulante besøg i behandlingspsykiatrien, men analysen indikerer flere ambulante besøg i tiden umiddelbart efter de første henvendelser. Det tyder dog på, at denne tendens er kortvarig, og udvides den undersøgte tidsperiode til seks måneder før første henvendelse og seks måneder efter første henvendelse, ses færre ambulante besøg for den samlede målgruppe.
- Omkostningerne forbundet med en henvendelse til de sociale akuttillbud er i gennemsnit cirka 1.800 kr. Som perspektivering kostede en sengedag i behandlingspsykiatrien i 2016 cirka 3.600 kr., mens et ambulant besøg i behandlingspsykiatrien kostede cirka 1.700 kr.

1.2 Sociale akuttillbud – overblik over centrale elementer

Et socialt akuttillbud kan organiseres på to måder:

1. Integreret model, hvor akuttillbuddet fysisk og organisatorisk samtænkes med et eksisterende socialpsykiatrisk tilbud (ofte botilbud).
2. Semi-integreret model, hvor akuttillbuddet samtænkes organisatorisk med andre socialpsykiatriske tilbud, men ikke integreres fysisk hermed.

Et socialt akuttillbud omfatter:



1.3 Relevante overvejelser og opmærksomhedspunkter i implementeringen

Etablering af et socialt akuttilbud kræver, at der tages stilling til især følgende:

1

Valg af organisationsmodel:

- Der skal tages stilling til, om akuttilluddet skal følge den integrerede eller semi-integrerede model.

2

Etablering af kerneydelser:

- Der skal tages stilling til, hvordan kerneydelserne implementeres ift. telefontilgængelighed, mulighed for personligt fremmøde og overnatning.

3

Faglig tilgang og metodisk fundament:

- Der skal tages stilling til hvilke redskaber, der skal anvendes, samt hvordan medarbejdernes kompetencer i arbejdet med metoderne sikres og holdes ved lige.

4

Samarbejde og koordination med relevante samarbejdspartnere:

- Der skal tages stilling til, hvorvidt der skal udarbejdes formelle samarbejdsaftaler og henvisningsprocedurer, eller hvordan koordination omkring konkrete forløb ellers sikres.

5

Formidling og kendskab:

- Der skal udarbejdes en kommunikationsplan, som sikrer kendskabet til akuttilluddet, og sikrer, at akuttilluddet formidles som adskilt fra kommunens øvrige indsatser.

6

Økonomi:

- Der skal tages stilling til, om der skal etableres sikkerhedsrum, flugtveje og/eller installeres videoovervågning for at sikre medarbejdernes tryghed. Der skal desuden tages stilling til udgifter til generel etablering, bemanning af akuttilluddet mv.

2 Valg af organisationsmodel

Et akuttilbud kan etableres enten som en integreret model, hvor akuttilbuddet etableres i fysisk og organisatorisk sammenhæng med et socialpsykiatrisk botilbud (SEL §§ 107 eller 108), eller som en semi-integreret model, hvor akuttilbuddet samtænkes organisatorisk med andre socialpsykiatriske tilbud, men ikke integreres fysisk hermed.

Overordnet har den semi-integrerede model en fordel i, at medarbejderne kun varetager opgaver i akuttilbuddet. Der er derfor fokus på netop akuttilbudsopgaven, og medarbejderne er vant til at varetage opgaven og udfører ofte krisesamtaler og udarbejder kriseplaner.

En udfordring ved denne model er dog, at der ofte er spildtid for medarbejderne (især i nattetimerne, hvor der er få henvendelser), hvorfor der også ses en tendens til, at udgifterne forbundet med denne model er lidt højere.

Den integrerede model har en fordel i, at medarbejderne også varetager opgaver i det tilstødende botilbud, hvorfor medarbejderne ikke har spildtid, når der ikke er henvendelser til akuttilbuddet. Af denne årsag ses en tendens til, at den integrerede model har lavere omkostninger.

En udfordring ved denne model er dog, at det kan være svært for medarbejderne at prioritere mellem opgaverne i botilbud og akuttilbud, ligesom mange forskellige medarbejdere ofte varetager opgaver i akuttilbuddet, og det derfor er sværere at vedligeholde kompetencer indenfor arbejdet med de sociale akuttilbuds redskaber og metoder, da der kan gå lang tid mellem, at den enkelte medarbejder varetager opgaven.

Fordele og ulemper ved de to organisationsmodeller uddybes i nedenstående oversigt.

Den største fordel er, at medarbejderne ikke har andre opgaver, de skal varetage. De har tid til at tage sig af borgeren med det samme og tager sig god tid. Det mærker borgeren tydeligt og føler sig ikke som et "irritationsmoment".

– Projektleder i semi-integreret tilbud

Det er enormt fleksibelt, og medarbejderne har rigtig gode kompetencer i forhold til at varetage opgaven. Derudover er det overkommeligt rent økonomisk.

– Projektleder i integreret tilbud

	Den integrerede model	Den semi-integrerede model
Fordele	<ul style="list-style-type: none"> • Samme medarbejdere kan dække både akuttilbud og botilbud, hvorved der opnås besparelser i forhold til samlet forbrug af medarbejderressourcer (især om natten). • De samlede udgifter er umiddelbart lavere ved denne model. • Stor personalegruppe, der kender hinanden godt og har fælles kultur. • Man kan sparre og trække på hinandens kompetencer. • Altid hjælp tilgængelig, hvis der opstår en vanskelig situation. Dette sikrer større sikkerhed og tryghed for medarbejderne. 	<ul style="list-style-type: none"> • Medarbejderne skal hovedsagelig løse opgaver i akuttilbuddet. Dette sikrer fokus på opgaverne i akuttilbuddet og ro til at tage imod borgerne, så de ikke føler sig som et "irritationsmoment", men oplever, at der er tid til dem. • Akuttilbuddet associeres ikke med et tilstødende botilbud, hvorfor dette ikke risikerer at afholde nogle borgere fra at henvende sig. • Erfaringerne fra projektet er, at de semi-integrerede tilbud har en større andel brugere uden forudgående kontakt til psykiatrien.
Udfordringer og opmærksomhedspunkter	<ul style="list-style-type: none"> • Det kan være svært for medarbejderne at prioritere mellem opgaver i botilbud og akuttilbud. • Nogle oplever, at der bliver taget ressourcer fra det eksisterende botilbud. • Fysisk placering sammen med botilbud kan opleves uhensigtsmæssigt på grund af forstyrrelser fra beboerne i botilbuddet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Medarbejderne arbejder ofte alene, og nogle føler sig til tider utrygge i den situation. • Det kan være svært at få døgndækket akuttilbuddet. • Medarbejdere, der er tilknyttet andre tilbud, kan opleve det som en gene, at de lejlighedsvis også skal dække akuttilbuddet.

Den integrerede model	Den semi-integrerede model
<ul style="list-style-type: none">• Den fysiske placering sammen med botilbud kan afholde en del af målgruppen fra at henvende sig. Evalueringen viser, at gruppen uden forudgående kontakt til psykiatrien i mindre grad henvender sig til integrerede akuttilbud.• Separat indgang og lokaler kan kræve ombygning, ligesom der kan være yderligere udgifter i forbindelse med at etablere overfaldsalarm, videoovervågning, sikkerhedsdøre mv. for at sikre tryghed, hvis dette ikke allerede er etableret.• Mange medarbejdere og derfor flere udgifter til opkvalificering.• Mange medarbejdere gør, at der kan gå lang tid mellem, at nogle medarbejdere varetager opgaven og gennemfører krisesamtaler.	<ul style="list-style-type: none">• Der kan opstå meget spildtid på tidspunkter, hvor der ikke er så mange henvendelser.• Erfaringerne fra projektet indikerer, at denne model som udgangspunkt er lidt mere udgiftstung på grund af højere lønomkostninger.• Der kan opstå yderligere udgifter i forbindelse med at etablere overfaldsalarm, videoovervågning, sikkerhedsdøre og andre ting, der skal gøre medarbejderne trygge.

3 Kerneydelser

3.1 Formål og indhold

Formålet med alle tre kerneydelser er, at borgerne har mulighed for at få hjælp til akutte psykiske kriser uanset tidspunktet på døgnet. Intentionen er at opnå en tryghedsskabende effekt hos borgerne, der kan mindske antallet af indlæggelser og sengedage i behandlingspsykiatrien. Evalueringen indikerer, at borgernes oplevede tryghed øges, ligesom der også ses færre indlæggelser og sengedage, efter borgerne er kommet i kontakt med akuttilluddene, sammenlignet med perioden op til første henvendelse.

Modelbeskrivelsen for de sociale akuttillud indeholder tre kerneydelser:

1. En **akuttelefon** med åbent for telefoniske henvendelser døgnet rundt alle ugens dage.
2. Muligheden for **personligt fremmøde** uden visitation eller forudgående aftale døgnet rundt alle ugens dage, hvilket indebærer, at borgere har mulighed for at møde op i akuttilluddet uden på forhånd at have været i telefonisk kontakt med akuttilluddet.
3. Muligheden for **overnatning** i akuttilluddet, hvis borgeren oplever behov for dette.

3.2 Erfaringer fra projektet

- Der kan være udfordringer forbundet med forståelsen af **den åbne akuttelefon**, og erfaringen fra projektet er, at denne ydelse kan implementeres forskelligt – enten ved at man altid tager telefonen med det samme, eller ved at man giver besked (eventuelt via en telefonsvarer) om, at man ringer tilbage indenfor et antal timer.
- Tilrettelæggelsen af muligheden for **personligt fremmøde uden forudgående aftale døgnet rundt alle ugens dage** har betydning for behovet for personaleressourcer, da muligheden for at møde op uden forudgående telefonisk kontakt medfører, at der ofte prioriteres to nattevagter af hensyn til medarbejdernes tryghed.
- Dette har medført yderligere personaleomkostninger i særligt semi-integrerede akuttillud, hvor der ikke nødvendigvis er andre opgaver, medarbejderne kan varetage i nattetimerne, når der ikke er henvendelser til akuttilluddet.
- Brugere giver udtryk for, at det er tryghedsskabende at vide, at de altid kan møde op og **overnatte**, når de oplever behov for dette. Muligheden for at overnatte i akuttilluddet synes derfor at have en tryghedsskabende funktion blot ved at være til stede, hvorfor man skal være påpasselig med at vurdere effekten af overnatningsmuligheden udelukkende ud fra anvendelsen af denne kerneydelse.
- Der er flest henvendelser til akuttilluddet i de sene eftermiddagstimer og hen over aftenen, mens der i nattetimerne er et begrænset antal henvendelser. Dette gælder både telefoniske henvendelser og personligt fremmøde i akuttilluddet.

*Mere tryk? Ja, uden tvivl. Jeg ved, at hvis jeg vågner midt om natten, så er der et sted, man kan tage hen.
– Borger fra Næstved*

3.3 Relevante opmærksomhedspunkter i implementeringen

Det vigtigste i implementeringen af kerneydelserne er, at borgerne oplever akuttillbuddet som tilgængeligt, og at de føler sig mødt, så den tryghedsskabende effekt opnås. Den døgnåbne akuttelefon er central for denne tryghedsskabende effekt, herunder muligheden for personligt fremmøde, der kan foregå enten med eller uden forudgående telefonisk kontakt.

En akuttelefon med åbent for telefoniske henvendelser døgnet rundt alle ugens dage

I forbindelse med implementeringen af den døgnåbne akuttelefon er det et opmærksomhedspunkt, om det skal være muligt at tage imod henvendelser med det samme. Dette kan især være en udfordring ved integrerede akuttillbud, hvor medarbejderne varetager andre opgaver i det tilstødende botilbud, ligesom det generelt kan være en udfordring på tidspunkter med mange henvendelser.

Det skal sikres, at borgerne har oplevelsen af, at deres henvendelse er modtaget – at kontakten er etableret, og de ved, hvad det fører til. Det centrale er således, at borgerne føler sig mødt, og dette kan opnås uden at tage imod henvendelsen med det samme – for eksempel ved en telefonsvarer eller en sms med besked om, at man ringer tilbage indenfor et bestemt tidspunkt.

Der er derfor nogle relevante overvejelser forbundet med implementeringen af denne kerneydelse, så borgerne fortsat føler sig mødt og oplever akuttillbuddet som tilgængeligt.

Opmærksomhedspunkter

Det kan være en udfordring at have mulighed for at besvare henvendelser med det samme døgnet rundt

Relevante overvejelser

Hvor lang tids ventetid bør der maksimalt være ved opkald?

Hvordan sikres det, at borgeren føler sig mødt, hvis henvendelserne ikke kan modtages med det samme?

Hvordan holdes ventetiden nede, så oplevelsen af akuttillbuddet som tilgængeligt sikres?

Muligheden for personligt fremmøde uden forudgående aftale døgnet rundt alle ugens dage

På samme måde som ved akuttelefonen er det ved muligheden for personligt fremmøde et opmærksomhedspunkt, om medarbejderne skal have mulighed for at tage imod borgeren og gennemføre en krisesamtale, med det samme borgeren møder op, eller om der kan være ventetid (og i så fald hvor meget ventetid, der maksimalt bør være).

Derudover stiller muligheden for personligt fremmøde døgnet rundt uden forudgående telefonisk kontakt store krav til personaleressourcer (og dermed omkostningsniveauet), og det er derfor relevant at overveje, om muligheden for personligt fremmøde i nattetimerne kunne betinges af forudgående telefonisk kontakt. Fordelen ved denne model, hvor personligt fremmøde i nattetimerne er betinget af telefonisk kontakt, er, at man dermed kan spare personaleressourcer ved eksempelvis at have én nattevagt til at varetage akuttelefonen, der derefter kan tilkalde en ekstra vagt, i tilfælde af at en borger tilbydes personligt fremmøde. Dette vil især kunne mindske omkostningerne forbundet med personaleressourcer i de semi-integrerede akuttillbud, hvor der ofte opleves spildtid om natten, når der af hensyn til medarbejdernes tryghed er to medarbejdere på vagt, hvis borgere skulle møde uanmeldt op. Ulempen ved denne model med krav om forudgående telefonisk kontakt er imidlertid, at det muligvis vil kunne mindske borgerens oplevelse af akuttillbuddet som tilgængeligt, hvilke eventuelt kan påvirke den tryghedsskabende effekt.

Fordelen ved modellen, hvor borgerne døgnet rundt kan møde op uden forudgående telefonisk kontakt, er, at den opleves meget tilgængelig og tryghedsskabende for brugerne (jævnfør evalueringsrapporten), mens ulempen som ovenfor nævnt er, at modellen stiller store krav til personaleressourcer.

Opmærksomhedspunkter

Hvis medarbejderne varetager andre opgaver (eksempelvis i botilbud), kan der være ventetid ved personligt fremmøde, før man kan foretage krisesamtale.

Muligheden for personligt fremmøde døgnet rundt uden forudgående telefonisk kontakt stiller store krav til personaleressourcer og dermed omkostningsniveauet.

Relevante overvejelser

- ❓ Hvor lang tids ventetid bør der maksimalt være, fra borgeren møder op til en medarbejder har mulighed for at gennemføre krisesamtale?
- ❓ Hvordan sikres det, at borgeren føler sig mødt, hvis krisesamtalen ikke kan gennemføres med det samme borgeren er mødt op i akutt tilbuddet?

- ❓ Er muligheden for personligt fremmøde uden forudgående telefonisk kontakt nødvendig for den tryghedsskabende effekt?
- ❓ Vil det mindske oplevelsen af akutt tilbuddet som tilgængeligt, hvis personligt fremmøde om natten er betinget af forudgående telefonisk kontakt?

Muligheden for overnatning i akutt tilbuddet, hvis borgeren oplever behov for dette

Muligheden for at møde op og overnatte stiller ligeledes store krav til personaleressourcer. Fordelen er imidlertid, at det opleves som tryghedsskabende for brugerne at vide, at de har mulighed for at møde op og overnatte, hvis de oplever behov for dette (jævnfør evalueringsrapporten). Det er derfor vigtigt at overveje, hvor stor betydning overnatningsmuligheden har for borgernes oplevelse af akutt tilbuddet som tilgængeligt og dermed den tryghedsskabende effekt.

Oprettes overnatningsmuligheden er det også relevant at overveje, om borgerne bør tilbydes forplejning.

Jeg oplever en udfordring af mere praktisk karakter, i kraft af at borgeren selv skal stå for forplejning, hvilket ikke altid er muligt i en akut opstået krisesituation.
 – Samarbejdspartner

Opmærksomhedspunkter

Muligheden for overnatning stiller store krav til personaleressourcer og dermed omkostningsniveauet.

For nogle borgere kan det være en udfordring selv at skulle stå for forplejning.

Relevante overvejelser

- ❓ Er det i forhold til de økonomiske overvejelser om etablering af akutt tilbud også muligt at få den yderligere nytte af akutt tilbuddene ved at borgerne tilbydes ekstra tryghed med et tilbud om overnatning?

- ❓ Skal borgerne tilbydes forplejning ved overnatning?
- ❓ Er forplejning vigtigt for, at borgerne kan slappe af og føle sig i trygge rammer?

3.4 Tjekliste ved etablering af kerneydelser

Tjekliste

- ✓ Fastlæg servicemål for maksimal ventetid ved opkald til akuttelefonen.
- ✓ Fastlæg servicemål for maksimal ventetid på krisesamtale ved personligt fremmøde.
- ✓ Udarbejd retningslinjer for, hvordan det sikres, at borgerne føler sig mødt ved ventetid på kerneydelserne – både ved telefonopkald og ved personligt fremmøde.
- ✓ Prioritering af kerneydelser:
 - Beslut, om det skal være muligt med personligt fremmøde i nattetimerne uden forudgående telefonisk kontakt.
 - Beslut, om overnatningsmuligheden skal etableres.
- ✓ Hvis overnatningsmuligheden etableres, skal det besluttes, om borgerne skal tilbydes forplejning.

4 Faglig tilgang og metodisk fundament

4.1 Formål og indhold

Formålet med den fælles faglige tilgang og det metodiske fundament er at sikre, at der arbejdes ud fra den tænkte tilgang til målgruppen, hvor fokus er på, at borgeren kan komme sig ovenpå krisen, og at der arbejdes ud fra borgerens ønsker og behov. Ved implementering af sociale akuttillbud bør der derfor også være fokus på kompetenceudvikling, der har til formål at træne medarbejderne i at arbejde med de to primære redskaber i et socialt akuttillbud, nemlig krisesamtale og kriseplan. De centrale elementer i den faglige tilgang i akuttilluddene er:

- Den **recovery- og empowerment-orienterede tilgang**, der indebærer, at borgeren har mulighed for at komme sig efter den psykiske krise, og hvor vedkommendes kompetencer og ressourcer udvikles.
- **Krisesamtalen**, der er en støttende og afklarende samtale, der kan hjælpe den enkelte borger til at håndtere en akut psykisk krise.
- **Kriseplanen**, der er en plan, der lægges sammen med borgeren med udgangspunkt i borgerens ønsker og behov. Medarbejderne i akuttilluddet følger op på kriseplanen efter cirka fem dage.

4.2 Erfaringer fra projektet

Den primære erfaring fra projektet er, at det har stor betydning for arbejdet med metoderne og redskaberne, om akuttilluddene vælger at organisere sig med et lille fast kerneteam eller med mange deltidsansatte medarbejdere. Det skyldes, at antallet af medarbejdere, der varetager opgaverne i akuttilluddet, har betydning for, hvor ofte den enkelte medarbejder arbejder med redskaberne.

Erfaringerne fra arbejdet med den faglige tilgang og det metodiske fundament er desuden:

- Medarbejderne kan have forskellige opfattelser af, hvad **den recovery- og empowerment-orienterede tilgang** indebærer. Det er erfaringen, at introduktion til tilgangen er vigtig, for at medarbejderne får ens forståelse og formår at arbejde derudfra i praksis.
- I akuttillbud med få henvendelser og mange medarbejdere, der varetager opgaven, kan der gå lang tid, mellem at medarbejderne gennemfører **krisesamtaler** og udarbejder **kriseplaner**, hvorfor nogle føler sig ude af træning.
- Nogle brugere opleves som ude af stand til at tage del i udarbejdelse af en **kriseplan**. Det gør sig ofte gældende for brugere i alvorlig krise.
- Nogle medarbejdere oplever, at opfølgning på kriseplanen er en god anledning til at få endnu en snak med borgeren, og at denne opfølgning og interesse opleves positivt af borgeren. Andre synes, at borgerne oplever det negativt at blive mindet om deres krise.

De største barrierer har til dels været processen i, at medarbejderne har skullet arbejde empowerment-orienteret – at gå fra ekspertrollen til at lade borgerne tage ansvar der, hvor de selv kan. At omstille sig til dette kan tage længere tid for nogle medarbejdere end for andre.
– Projektleder i akuttillbud

4.3 Relevante opmærksomhedspunkter i implementeringen

Antallet af medarbejdere, der varetager opgaverne i akuttillbuddet. Akuttillbuddene kan organiseres med et lille fast kerneteam eller med flere deltidsansatte medarbejdere. Fordelen ved det lille faste kerneteam er, at alle medarbejdere ofte gennemfører krisesamtaler og udarbejder kriseplaner og dermed holder deres kompetencer ved lige. Modsat kan det være en udfordring at holde kompetencerne i arbejdet med krisesamtale og kriseplan ved lige i akuttillbud, der har mange deltidsmedarbejdere i kombination med få henvendelser. En større gruppe deltidsmedarbejdere øger desuden udgifterne til kompetencegivende kurser. Mange deltidsmedarbejdere øger dog modsat fleksibiliteten i vagtplanlægningen, og det kan derfor opleves nemmere at få døgndækket akuttillbuddet. Det er derfor relevant at overveje, hvordan akuttillbuddet organiseres i forhold til antal medarbejdere for at sikre, at medarbejderne jævnlige gennemfører krisesamtaler og udarbejder kriseplaner, samtidig med at der er nok medarbejdere til at få vagtplanlægningen til at gå op.

Kompetenceudvikling, for at medarbejderne kan varetage opgaverne i akuttillbuddet. Det er nødvendigt med introduktion til målgruppen, for at medarbejderne er i stand til at håndtere for eksempel opkald fra borgere med selvskadende adfærd, selvmordstanker mv. Derudover er kompetenceudvikling centralt i forhold til at sikre, at medarbejderne forstår, hvordan den pågældende kommune fungerer, og hvilke andre tilbud og indsatser der eksisterer, som medarbejderne kan henvise til. Introduktion til den recovery- og empowerment-orienterede tilgang samt redskaberne krisesamtale og kriseplan er ligeledes centralt i kompetenceudviklingen.

Noget af det vigtigste er at afmystificere arbejdet med krisesamtaler og kriseplaner med det samme – mange medarbejdere kan i starten være utrygge og i tvivl, om de er kompetente nok til at arbejde med "krise".

– Projektleder i akuttillbud

Kriseplan og opfølgning. Der kan være udfordringer i forbindelse med arbejdet med kriseplanen og opfølgningen herpå. Udfordringerne består i, at nogle borgere – især dem i akut krise – opleves som svære at engagere i arbejdet med kriseplanen. Medarbejderne oplever, at dette skyldes, at nogle borgere er i så alvorlig krise, at de har svært ved at overskue en plan. Nogle medarbejdere giver desuden udtryk for, at borgerne kan opleve opfølgningen på kriseplanen som negativ og oplever, at de bliver mindet om deres krise. Mange borgere oplever dog opfølgningen som positiv. Der er derfor en række relevante overvejelser i forhold til, hvordan der arbejdes med kriseplanen og opfølgningen herpå.

De borgere, der får mindst udbytte af akuttillbuddet, er formentlig dem, der er i så alvorlig krise, at de har svært ved at henvende sig til os, og dem, der ikke kan overskue kriseplanen.

– Medarbejder i socialt akuttillbud

De har også ringet til mig efterfølgende og spurgt, hvordan jeg har det. Man føler, at man betyder noget, at man ikke bare er et nummer i rækken. Når man er skrøbelig, har det meget at sige.

– Borger fra Gladsaxe

Opmærksomhedspunkter

Der kan være forskel i, hvordan den recovery- og empowermentorienterede tilgang forstås. Kompetenceudviklingskurset har til formål at sikre fælles forståelse, og det er vigtigt at sikre, at alle involverede medarbejdere deltager i kompetenceudviklingskurser.

Det kan være en udfordring for nogle medarbejdere at holde deres kompetencer ved lige ift. arbejdet med krisesamtale og kriseplaner, hvilket særligt kan være en udfordring i akuttillbud, som har mange medarbejdere, der varetager opgaven, i kombination med få henvendelser.

Erfaringen fra projektet er, at særligt borgere i alvorlig krise kan have svært ved at tage del i udarbejdelsen af kriseplanen, og disse brugere vurderes af projektledere og -medarbejdere at få mindst udbytte af akuttilluddene.

Nogle medarbejdere har i projektet givet udtryk for, at borgerne oplever opfølgningen på kriseplanen meget blandet. Nogle borgere oplever opfølgningen som positiv, mens andre borgere har en negativ oplevelse med at blive "mindet om" deres krise.

Projektledere, medarbejdere og kompetenceleverandør vurderer, at løbende opfølgning, vejledning og supervision er centrale elementer i et velfungerende akuttillbud.

Relevante overvejelser

- ⊙ Hvordan sikres fælles forståelse for den faglige tilgang i akuttillbud, hvor mange medarbejdere varetager opgaven, eller hvor der er stor medarbejderudskiftning? Og hvordan forholder man sig til perioder med stor medarbejderudskiftning?
- ⊙ Hvilket kompetenceudviklingskursus skal medarbejderne modtage; hvad skal indholdet være, hvem skal afholde kurset og hvor ofte skal det afholdes?

- ⊙ Hvad er det optimale antal medarbejdere i forhold til, at medarbejderne ofte udfører krisesamtaler og udarbejder kriseplaner, samtidig med, at vagtplanen kan gå op?

- ⊙ Hvordan præsenteres kriseplanen bedst muligt for borgere i alvorlig krise?
- ⊙ Hvordan synliggøres fordelene ved at udarbejde en kriseplan?
- ⊙ Hvordan motiveres borgerne til at tage del i udarbejdelsen af kriseplanen, så de får størst muligt udbytte af indsatsen?
- ⊙ Er kriseplanen anvendelig for alle borgere, eller er der andre relevante redskaber til brugere i særlig alvorlig krise?

- ⊙ Er opfølgningen på kriseplanen en central del af den metodiske tilgang i akuttilluddet?
- ⊙ Hvordan gennemføres opfølgningen på kriseplanen, så det sikres, at borgeren får en positiv oplevelse ved opfølgningen?
- ⊙ Hvordan sikres vidensdeling omkring "best practice" i forbindelse med gennemførelse af opfølgningssamtaler?

- ⊙ Hvordan sikres og planlægges løbende opfølgning, vejledning og supervision?
- ⊙ Hvem skal facilitere løbende vejledning og supervision? (eksterne eller interne aktører)
- ⊙ Hvordan sikres og understøttes løbende kollegial sparring?

4.4 Tjekliste for arbejdet med den faglige tilgang og det metodiske fundament

Tjekliste

- ✔ Udarbejd retningslinjer for fælles forståelse af den faglige tilgang, så det sikres, at medarbejderne arbejder ud fra samme tilgang.
- ✔ Kompetenceudvikling til medarbejderne:
 - Træf beslutning om indhold.
 - Træf beslutning om leverandør af kursus.
 - Træf beslutning om, hvor ofte kurset skal afholdes for at vedligeholde kompetencer og sikre, at nye medarbejdere modtager kompetenceudviklingskursus.
 - Træf beslutning om andre typer opfølgende kompetenceudvikling såsom sparring og supervision.
- ✔ Udarbejd retningslinjer for, hvordan kriseplanen præsenteres for borgerne (særligt for borgere i alvorlig krise, der viser modvilje overfor arbejdet med kriseplanen), så borgerne bliver motiveret til at arbejde med planen.
- ✔ Beslut, om kriseplanen skal anvendes i arbejdet med alle borgere.
- ✔ Beslut, om der skal følges op på kriseplanen.
- ✔ Hvis der arbejdes med opfølgning på kriseplanen, fastlæg da retningslinjer for, hvordan det sikres, at borgerne får en positiv oplevelse ud af opfølgningen.
- ✔ Fastlæg retningslinjer for, hvordan der sikres videndeling om bedste praksis i arbejdet med diverse redskaber.

5 Samarbejde og koordination

5.1 Formål og indhold

Det er vigtigt for et velfungerende akuttillbud at indgå et samarbejde med relevante samarbejdspartnere. Formålet er at sikre, at borgerne modtager en koordineret indsats. Samarbejde og koordination i akuttillbuddene omfatter især tre centrale elementer:

- Akuttillbuddene skal **udbrede kendskabet til akuttillbuddet til relevante samarbejdspartnere**, herunder udarbejde en kommunikationsstrategi.
- Akuttillbuddene skal identificere og **etablere samarbejde med relevante samarbejdspartnere**.
- Akuttillbuddene skal udarbejde procedurer for **sikring af koordination af konkrete forløb med relevante samarbejdspartnere**, så borgerne oplever sammenhængende forløb.

5.2 Erfaringer fra projektet

- Samarbejdspartnerne oplever, at uklarhed om akuttillbuddets funktion og målgruppe besværliggør samarbejdet, eftersom det medfører udfordringer i henvisningen af borgere til akuttillbuddet. Nogle samarbejdspartnere oplever at henvise borgere, der ikke kan modtage den rette hjælp i akuttillbuddet, fordi de ikke hører til målgruppen. Det er derfor erfaringen, at det kan have stor betydning at øge **kendskabet** til akuttillbuddets funktion og målgruppe blandt samarbejdspartnere.
- Det kan imidlertid være svært at udbrede kendskabet til akuttillbuddet blandt relevante samarbejdspartnere, hvilket også skyldes, at meget samarbejde er relationsbåret og ikke formaliseret.
- Der er dog ofte et **velfungerende uformelt samarbejde**. Udfordringen er hermed, at det bliver personbåret og dermed sårbart i forhold til medarbejderudskiftning hos både akuttillbud og samarbejdspartnere.
- Samarbejdspartnere efterspørger **formelle samarbejdsaftaler**. Det skyldes, at uformelle samarbejdsaftaler opleves at føre til misforståelser.
- Manglende formelle samarbejdsaftaler besværliggør **koordinationen** af forløb, ligesom manglende henvisningsaftaler udgør en udfordring.
- Koordinationen besværliggøres yderligere af, at der ikke indsamles cpr-numre for alle brugere, ligesom der kan være udfordringer i deling af oplysninger om borgere.

5.3 Relevante opmærksomhedspunkter i implementeringen

Det er vigtigt at identificere samarbejdspartnere og informere dem om akuttillbuddet, så det er klart for samarbejdspartnerne, hvilken funktion og målgruppe akuttillbuddet har, og udarbejde klare henvisningsaftaler. Dermed skal det sikres, at akuttillbud og samarbejdspartnere ikke henviser til hinanden, i tilfælde hvor borgerne efterfølgende ikke kan tilbydes den hjælp, de er blevet lovet.

Nedenstående er de mest relevante samarbejdspartnere for et akuttillbud:

- Den regionale behandlingspsykiatri
- Kommunens socialforvaltning
- Psykiatrisk skadestue
- Politiet
- Praktiserende læger
- Kommunens arbejdsmarkedsforvaltning.

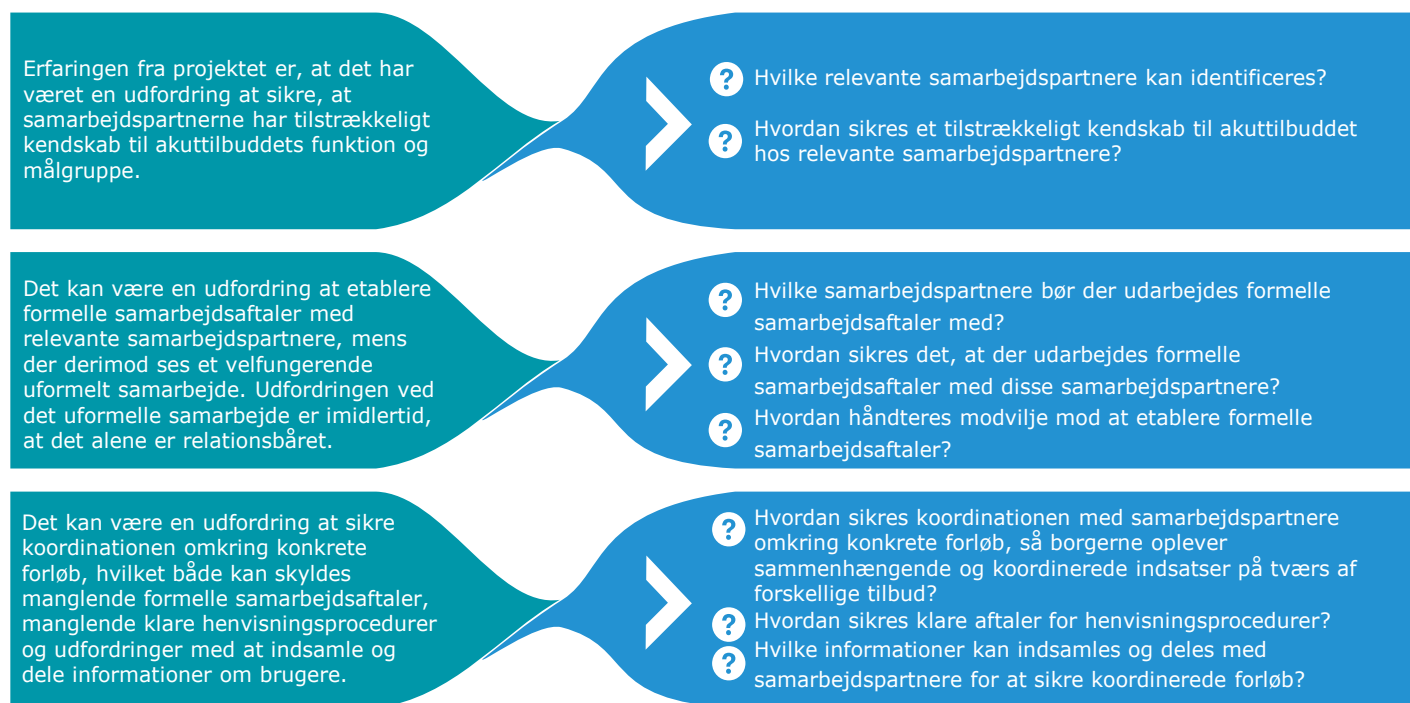
Uformelle samarbejder er vigtige, men kan blive sårbare, da de ofte er relationsbårne, samtidig med at der ofte er mange forskellige medarbejdere tilknyttet akuttillbuddet. Det er derfor centralt også at etablere et formaliseret samarbejde med relevante samarbejdspartnere. Formaliserede samarbejdsaftaler og klarere arbejdsgange kan medvirke til at lette alle parter arbejde og sikre et bedre forløb for borgerne.

I tilfælde hvor relevante samarbejdspartnere afviser formelle samarbejdsaftaler, kan det være en fordel at gå sammen med andre akuttillbud om at etablere et formelt samarbejde. Dette er for eksempel relevant i etableringen af et formelt samarbejde med regionen, der ofte skal samarbejde med flere forskellige akuttillbud.

*I forhold til samarbejdspartnere er det vigtigt, at man udarbejder en koordineringsplan ud fra de rammer, de enkelte tilbud arbejder ud fra. Dette er i forhold til at give borgerne den rette støtte, så de på den måde får den rette hjælp i tide.
– Borger fra Gladsaxe*

Derudover kan det være relevant at overveje, hvordan det synliggøres overfor samarbejdspartnere, at akuttillbuddene nogle gange afhjælper, at borgerne skal have yderligere støtte. Samarbejdspartnerne ser primært, at man henviser nye borgere og dermed skaber flere opgaver for samarbejdspartnerne. Et tættere samarbejde vil muligvis kunne synliggøre, at akuttillbuddene også afværger behov for yderligere støtte.

Opmærksomhedspunkter



5.4 Tjekliste for arbejdet med samarbejde og koordination

Tjekliste

- ✓ Identificer relevante samarbejdspartnere.
- ✓ Fastlæg retningslinjer for, hvordan et tilstrækkeligt kendskab til akuttilluddet sikres hos relevante samarbejdspartnere (for eksempel retningslinjer for løbende statusmøder eller lignende).
- ✓ Udarbejd plan for, hvilke samarbejdspartnere der skal udarbejdes formelle samarbejdsaftaler og henvisningsprocedurer med.
- ✓ Udarbejd formelle samarbejdsaftaler og henvisningsprocedurer med de samarbejdspartnere, hvor det er relevant og muligt.
- ✓ Samarbejdsaftalerne skal fastlægge og beskrive, hvordan koordinationen af konkrete borgeres forløb sikres, så borgerne oplever sammenhængende forløb.
- ✓ Udarbejd i samarbejde med relevante samarbejdspartnere og borgere aftaler om, hvordan oplysninger om borgere indsamles og eventuelt deles med henblik på at sikre koordinerede forløb.

6 Formidling af viden om akuttilbuddene til målgruppen

6.1 Formål og indhold

For at etablere et velfungerende akuttilbud er det centralt, at målgruppen kender til tilbuddet, ligesom formidlingen skal være rettet mod den konkrete målgruppe, man ønsker at nå med det sociale akuttilbud. Det skal derfor overvejes, hvilken målgruppe der skal nås med akuttilbuddet, hvorefter der skal udarbejdes en målrettet kommunikationsstrategi mod netop denne gruppe borgere.

De centrale elementer i forhold til formidlingen af og kendskabet til akuttilbuddet er følgende:

- De sociale akuttilbud skal være **synlige og tilgængelige**, så mennesker med psykiske lidelser og deres pårørende kender til eksistensen af akuttilbuddene.
- Kommunikationen om og formidlingen af akuttilbuddet skal tydeliggøre, at **akuttilbuddet er et selvstændigt tilbud**, som er adskilt fra kommunens øvrige tilbud.

6.2 Erfaringer fra projektet

- Samarbejdspartnerne er vigtige i arbejdet for, at målgruppen kender til akuttilbuddet. Det skyldes, at relevante samarbejdspartnere ofte er i kontakt med store dele af akuttilbuddets målgruppe.
- Integrerede akuttilbud, der er fysisk samtænkt med et eksisterende botilbud, har en mindre andel brugere uden forudgående kontakt til behandlingspsykiatrien. Det skyldes sandsynligvis, at nogle brugere uden forudgående kontakt afholder sig fra at henvende sig til et integreret akuttilbud, fordi det associeres med botilbuddet. Det betyder, at valg af organisationsmodel og formidlingen af akuttilbuddet har betydning for, hvilken målgruppe akuttilbuddet primært når ud til – dem uden forudgående kontakt eller dem, der er kendt i psykiatrien.

6.3 Relevante opmærksomhedspunkter i implementeringen

En relevant overvejelse er, hvilket behov akuttilbuddet skal udfylde og for hvilken målgruppe, hvorefter kommunikationen kan rettes præcist mod denne gruppe. For at udbrede kendskabet til akuttilbuddet er det centralt at informere relevante samarbejdspartnere, der allerede er i kontakt med dele af målgruppen.

Derudover er det et opmærksomhedspunkt at holde akuttilbuddet fysisk og formidlingsmæssigt adskilt fra kommunens øvrige socialpsykiatriske tilbud, herunder også det botilbud, som akuttilbuddet kan være integreret med. Det skyldes, at det muligvis kan afholde den del af målgruppen, der ikke tidligere har været i kontakt med psykiatrien, fra at henvende sig til akuttilbuddet, hvis det opleves som tydeligt associeret med et botilbud. Hvis man med akuttilbuddet ønsker at nå den del af målgruppen, der ikke har forudgående kontakt til psykiatrien, kan det derfor være en fordel at holde akuttilbud og botilbud tydeligt fysisk adskilt.

Ved den integrerede model er det ligeledes relevant at overveje, hvordan det sikres, at man når ud til de borgere, der ikke bruger botilbuddet eller indgår i kommunens øvrige socialpsykiatriske tilbud.

Opmærksomhedspunkter

Diversiteten i målgruppen gør, at det kan være en udfordring at målrette formidlingsaktiviteter mod potentielle brugere.

I større kommuner, hvor målgruppen er stor, kan aktiviteter med henblik på at øge kendskabet til akuttilbuddet medføre større efterspørgsel end akuttilbuddet har kapacitet til at håndtere.

Erfaringen fra projektet er, at fysisk sammenhæng med et eksisterende socialpsykiatrisk tilbud muligvis kan afholde dele af målgruppen fra at anvende akuttilbuddet.

Relevante overvejelser

- ❓ Hvilke andre indsatser findes til den samlede målgruppe i kommunen?
- ❓ Er der en bestemt del af målgruppen, som akuttilbuddet er særligt relevant for? (som eksempelvis ikke har andre tilbud)
- ❓ Hvordan øges kendskabet til akuttilbuddet hos den relevante målgruppe?
- ❓ Hvilke samarbejdspartnere er særligt i kontakt med den relevante målgruppe?
- ❓ Hvordan kan samarbejdspartnere inddrages i arbejdet med at øge kendskabet til akuttilbuddet hos den relevante målgruppe?
- ❓ Hvordan sikres det, at akuttilbuddet fremstår synligt og tilgængeligt for målgruppen?

- ❓ Hvor stor vurderes målgruppen for akuttilbuddet at være?
- ❓ Hvor mange henvendelse vil akuttilbuddet have kapacitet til at håndtere?
- ❓ Hvor stor en stigning i antal henvendelser vurderes formidlingsaktiviteterne at kunne medføre?

- ❓ Hvordan sikres det, at akuttilbuddet fremstår som et selvstændigt tilbud, der er adskilt fra kommunens øvrige socialpsykiatriske tilbud?

6.4 Tjekliste for arbejdet med formidling og kendskab

Tjekliste

- ✓ Kortlæg andre relevante indsatser til målgruppen.
- ✓ Udarbejd kommunikationsstrategi, der retter sig mod potentielle brugere og deres pårørende.
- ✓ Udarbejd kommunikationsstrategi, der retter sig mod relevante samarbejdspartnere.
- ✓ Udarbejd retningslinjer for den eksterne kommunikation, så det sikres, at akuttilbuddet fremstår som et selvstændigt tilbud, der er adskilt fra kommunens øvrige socialpsykiatriske indsatser.

7 Hvad koster det?

7.1 Erfaringen fra projektet

Formålet med dette afsnit er at give et indblik i, hvad det koster at etablere og drive et socialt akuttillbud, herunder hvad de samlede omkostninger har været samt gennemsnitlige udgifter per henvendelse og per borger.

De gennemsnitlige udgifter per henvendelse og per borger er udregnet på baggrund af de løbende drifts-omkostninger i 2016 og det samlede antal henvendelser og antal borgere, der har henvendt sig, i 2016. På den måde illustreres det, hvad en henvendelse og en unik borger koster, når akuttillbuddet er veletableret og i drift.

- Et akuttillbud koster i gennemsnit 2,1 mio. kr. om året. Halvdelen af akuttillbuddene har årlige omkostninger mellem 1,2 og 3,2 mio. kr. om året.
- Halvdelen af akuttillbuddene har brugt mellem 100.000 og 250.000 kr. på etableringen, og størstedelen af dem har brugt mellem 200.000 og 250.000 kr.
- De gennemsnitlige driftsudgifter per henvendelse er cirka 1.800 kr. Én bruger i akuttillbuddene koster i gennemsnit cirka 13.700 kr., hvilket skyldes, at en stor del af brugerne henvender sig flere gange.
- Semi-integrerede akuttillbud er som udgangspunkt dyrere end integrerede akuttillbud. Det skyldes, at de integrerede akuttillbud for eksempel har mulighed for at dække nattetimerne med ansatte, der også varetager opgaver i det tilstødende botilbud.
- Det har betydning for økonomien, om der er mulighed for personligt fremmøde om natten uden forudgående telefonisk kontakt, og om der etableres mulighed for overnatning.

7.2 Relevante overvejelser og tjekliste

Tjekliste

- ✓ Overvej udgifter forbundet med etablering af lokaler og løbende udgifter til husleje.
- ✓ Overvej, om ombygning er nødvendigt for at sikre separat indgang og lokaler til akuttillbuddet.
- ✓ Beslut, om der skal etableres sikkerhedsrum, flugtvej og videoovervågning med henblik på at sikre medarbejdernes tryghed.
- ✓ Beslut, om der skal være mulighed for personligt fremmøde om natten, og om der skal etableres overnatningsmulighed.
- ✓ Fastlæg omfanget af nødvendig kompetenceudvikling til medarbejderne.
- ✓ Overvej udgifter forbundet med formidlingsaktiviteter.
- ✓ Beslut, om der skal tilbydes forplejning.

Bilag A. Socialstyrelsens modelbeskrivelse for satspuljeprojektet om udbredelse af sociale akuttilbud, 2014-2017

I forbindelse med satspuljeprojektet "Udbredelse af sociale akuttilbud til mennesker med psykiske lidelser i egen bolig" fra 2014 til 2017 har Socialstyrelsen udarbejdet en modelbeskrivelse for sociale akuttilbud, som implementeringen af projektet i de 14 projektkommuner har taget udgangspunkt i.

Implementeringsevalueringen i den afsluttende evaluering har taget udgangspunkt i nedenstående model for at vurdere, om modellen er blevet implementeret efter hensigten i de 14 projektkommuner.

Projektet "Udbredelse af sociale akuttilbud til mennesker med psykiske lidelser i egen bolig" har imidlertid medført erfaring og læring, der kan være relevant at overveje og inddrage til justering af nedenstående modelbeskrivelse i forbindelse med en fremtidig implementering af akuttilbud. De vigtigste erfaringer og læringspunkter er gennemgået i evalueringen af akuttilbuddet og i en mere kondenseret form i denne model- og implementeringsguide. De væsentligste overvejelser i relation til den oprindelige modelbeskrivelse, som gengivet nedenfor, er:

- Valget af organisationsmodel har betydning for, hvilken målgruppe akuttillbuddene appellerer mest til.
- Kerneydelserne kan implementeres på forskellige måder, for eksempel i forhold til telefontilgængelighed, mulighed for personligt fremmøde og mulighed for overnatning. Det vigtigste vurderes at være, at borgerne føler, at deres henvendelse er modtaget, og at de føler sig mødt.
- Medarbejderne kan have forskellige forståelser af den recovery- og empowerment-orienterede metode, og en introduktion til tilgangen kan være med til at sikre, at medarbejderne arbejder efter samme tilgang.
- Der kan være udfordringer i arbejdet med kriseplanen som redskab, eftersom nogle borgere – især borgere med alvorlige kriser – kan have svært ved at tage ejerskab over planen.
- Samarbejde med omkringliggende kommuner har vist sig ikke at blive anvendt i projektkommunerne.
- Formaliserede samarbejdsaftaler har vist sig at være besværlige at udarbejde i praksis, men vurderes at kunne forbedre borgernes oplevelse af et samlet forløb.

Nedenfor gengives Socialstyrelsens modelbeskrivelse for de sociale akuttilbud i den form, som de sociale akuttilbud er blevet afprøvet i forbindelse med projektet "Udbredelse af sociale akuttilbud til mennesker med psykiske lidelser i egen bolig".

Socialstyrelsens modelbeskrivelse for satspuljeprojektet "Udbredelse af sociale akuttilbud", 2014-2017, for de 14 projektkommuner	
Socialpsykiatrisk akuttilbud til mennesker med en psykisk lidelse	<p>Regioner og kommuner har over en årrække haft stigende fokus på rehabilitering og mindre indgribende indsatser til mennesker med en psykisk lidelse, og der opleves et øget behov for mere fleksible tilbud, der kan tilpasses borgernes akutte behov.</p> <p>En del mennesker med psykiske lidelser oplever akutte psykiske kriser eller akut opståede krisesituationer. Akutte kriser er ofte dårlig forenelige med åbningstiderne i de socialpsykiatriske tilbud, der generelt ikke er tilgængelige i aften- og nattetimerne. Desuden kræver flertallet af eksisterende socialpsykiatriske tilbud visitation eller forudgående aftale. I tilfælde, hvor en borger med psykisk lidelse oplever en akut psykisk krise, men ikke vurderes at have behov for psykiatrisk behandling, kan et socialt akuttilbud bidrage til at forebygge en unødigt optrapning af krisen. En tidlig og akut indsats kan således medvirke til at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser i behandlingspsykiatrien. Dette gælder særligt i forhold til borgere, der udskrives fra behandlingspsykiatrien samt borgere der flytter fra botilbud til egen bolig, idet der i disse overgange er øget risiko for, at en akut psykisk krise eller utryghed opstår. For borgere i overgangsfaser kan adgang til et socialt akuttilbud derfor have stor betydning for muligheden for at skabe og/eller opretholde et trygt liv i egen bolig.</p> <p>Et socialt akuttilbud har derved såvel et afhjælpende som et forebyggende sigte. Afhjælpende, da det giver mennesker i akut psykisk krise et let tilgængeligt og mindre indgribende tilbud om støtte, omsorg og rådgivning. Forebyggende, da borgerens mulighed for at blive i egen bolig og undgå uhensigtsmæssige indlæggelser styrkes.</p>
Målgruppe	<p>Den primære målgruppe for et socialt akuttilbud afgrænses ud fra følgende punkter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Målgruppen har en psykisk lidelse, eller er psykisk sårbar: Borgere med psykisk lidelse - både med og uden en psykiatrisk diagnose. Målgruppen er både borgere, der er, eller tidligere har været, i kontakt med social- eller behandlingspsykiatrien samt borgere, der ikke tidligere har været i kontakt med psykiatrien. • Målgruppen bor i egen bolig: Borgere, der bor i egen bolig, enten alene eller samme med andre. Målgruppen omfatter også borgere, der bor i et § 107 tilbud, hvor der ikke er døgndækning. • Målgruppen oplever en akut psykisk krise: Borgere der oplever et akut behov for støtte og omsorg, men som ikke har umiddelbart behov for psykiatrisk behandling. En henvendelse betegnes som "akut", når en borger henvender sig til akuttilbuddet på eget initiativ, og borgeren selv oplever situationen som akut. Pårørende, samarbejdspartnere eller andre i kontakt med en person i akut psykisk krise kan også henvende sig til akuttilbuddet. • Målgruppens alder: Borgere i alderen fra 18 år og opefter. Akuttilbuddet kan dog, på baggrund af en vurdering af situationen som akut, tage imod borgere under 18 år. Ved modtagelse af borgere under 18 år er akuttilbuddets medarbejdere underlagt reglen om skærpet underretningspligt (SEL kap. 27, §§ 152-153) gældende for børn og unge under 18 år. jf. afsnittet 'Anonymitet'. <p>Hvornår er en henvendelse akut?</p> <p>En henvendelse betegnes som 'akut', når en borger henvender sig til akuttilbuddet på eget initiativ, og borgeren selv oplever situationen som akut. Hvis en borger henvender sig til akuttilbuddet, men vurderes ikke at være en del af målgruppen, må borgeren som udgangspunkt aldrig afvises, men skal hjælpes videre til den rette instans.</p> <p>Der findes forskellige grader af 'akuthed' og medarbejdere i akuttilbud bør have kompetencer i at vurdere dette. Generelt vil graden af 'akuthed' kunne placeres på nedenstående skala:</p> <p>Borgere der er selvmordstruede, selvskadende og/eller på randen af indlæggelse/behandlingskrævende. Borgeren har behov for her og nu-hjælp, hvor der primært er fokus på at købe tid. Den akutte hjælp har udelukkende</p>

	<p>karakter af at afhjælpe situationen eller hjælpe til indlæggelse. Dette er typisk borgere, der har en diagnose og tidligere har været indlagt i behandlingspsykiatrien.</p> <p>Borgere der har behov for beroligelse og omsorg ved fx panik- eller angstanfald. Fokus er på at afhjælpe krisesituationen og skabe ro og tryghed for borgeren her og nu. Fokus er efterfølgende på at forebygge, at krisen optrappes og støtte borgeren i håndteringen af denne.</p> <p>Borgeren har behov for omsorg og tryghed og støtte til at håndtere sin situation. Dette kan typisk være borgere, der oplever ensomhed og/eller borgere uden en diagnose. Fokus er på at forebygge, at krisen optrappes og støtte borgeren i håndteringen af denne.</p>
<p>Formål</p>	<p>Formålet med et socialt akutilbud er:</p> <p>'At borgere med en psykisk lidelse kan opretholde et trygt liv i egen bolig, og derved fastholde sociale relationer og centrale aspekter af hverdagen, herunder arbejde og uddannelse.'</p> <p>Derudover er formålet at borgere i målgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Får mulighed for, og føler sig tryggere ved, at flytte fra et botilbud til egen bolig. • Undgår uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser i behandlingspsykiatrien, herunder særligt indlæggelser, der kan forebygges gennem akut støtte og omsorg og en stabilisering af situationen • Oplever en nemmere overgang ved udskrivning fra behandlingspsykiatrien til egen bolig. • Samt at færre borgere har behov for at vende tilbage til et botilbud efter udskrivning.
<p>Kerneydelser</p>	<p>Der er tre kerneydelser, der som minimum skal være til rådighed i et socialt akutilbud for at det kan betegnes som et sådan. De tre kerneydelser er:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En akuttelefon med åbent for telefoniske henvendelser døgnet rundt alle ugens dage. • Mulighed for, at borgeren kan møde op i akutilbuddet uden visitation eller forudgående aftale og modtage akut støtte/omsorg/rådgivning • Mulighed for, at borgeren kan overnatte i akutilbud, hvis borgeren oplever behov herfor. <p>Derudover kan sociale akutilbud vælge at tilbyde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En udkørende funktion, hvor en medarbejder fra akutilbuddet kører til der, hvor borgeren befinder sig. <p>Det er centralt, at disse kerneydelser udbredes ensartet i alle kommuner, så alle borgere i projektet modtager samme tilbud. Desuden skal alle akutilbud i kommunerne i deres metodiske og teoretiske tilgang anvende krisesamtalen og kriseplanen, som disse er beskrevet i denne modelbeskrivelse samt i bilag 2 og 3 i vejledningsmaterialet til ansøgningsprocessen.</p> <p>Nedenfor beskrives de væsentligste erfaringer, der til nu er gjort med hver kerneydelse og hvad der skal tages højde for i implementeringen af ydelserne³.</p> <p>Døgnbemandet akuttelefon</p> <p>Akuttelefonen er borgernes mest benyttede kontakt til akutilbuddet, og det er typisk herigennem, at den første kontakt mellem borger og akutilbud etableres. Erfaringen i tidligere og eksisterende akutilbud er, at ca. tre ud af fire henvendelser til akutilbuddene sker via telefonen. Det skyldes bl.a., at telefonen giver let og hurtig adgang, og at den telefoniske kontakt opleves som mindre grænseoverskridende, da borgeren kan bevare sin anonymitet og ikke konfronteres ansigt til ansigt. Erfaringen er, at telefonsamtaler i mange tilfælde er nok til at få tilstrækkelig ro på situationen til, at der ikke er grundlag for at handle yderligere.</p>

³ Se desuden rapporten *Evaluering af forsøg med akutilbud til mennesker med sindslidelse* (NIRAS, 2013) <http://www.socialstyrelsen.dk/udsatte/sindslidende/projekter/akutilbud-til-sindslidende>

	<p>Generelt er erfaringen, at der er flest henvendelser til akutt tilbuddet i de sene eftermiddagstimer og henover aftenen, mens der i nattetimerne er et begrænset antal henvendelser. Dette gælder for alle typer af henvendelser – både de telefoniske og ved borgerens fremmøde i akutt tilbuddet.</p> <p>Akutte telefonen er, i tidsrummet uden for "almindelig åbningstid", en af akutt tilbuddets absolutte kerneydelser, hvorfor alle sociale akutt tilbud i projekt "Udbredelse af sociale akutt tilbud til mennesker med psykiske lidelser" skal etablere en døgnåben og døgnbemandet telefonlinje.</p> <p>Akutte telefonen kan suppleres med mulighed for mail eller smskontakt.</p> <p>Personligt fremmøde i akutt tilbuddet</p> <p>Godt og vel hver femte henvendelse til akutt tilbuddet sker ved, at borgeren personligt møder op i akutt tilbuddet. Som oftest sker fremmødet efter en forudgående henvendelse enten fra borgeren selv, en pårørende eller en samarbejdspartner.</p> <p>Erfaringen er, at noget af det, der afhjælper den akutte krise når borgeren personligt møder op i akutt tilbuddet, er, at akutt tilbuddets medarbejdere kan yde støtte og omsorg til borgeren her og nu, fx i form af NADA-behandling eller krisesamtale. Det kan desuden skabe ro og tryghed for borgeren at befinde sig i andre rammer end i eget hjem og sammen med andre mennesker. Det, at borgeren tilbydes rådgivning og konkret hjælp til at håndtere krisen, fx ved brug af kriseplanen, er også af afgørende betydning i forhold til at støtte borgeren i at håndtere krisen.</p> <p>Overnatning i akutt tilbuddet</p> <p>Det er erfaringen i tidligere og eksisterende akutt tilbud, at på trods af at tilbuddet om overnatning ikke anvendes i lige så høj grad som akutt tilbuddets øvrige kerneydelser, så er muligheden for overnatning en vigtig del af akutt tilbuddets ydelser.</p> <p>Det skyldes for det første, at en overnatning i et akutt tilbud kan være en kærtkommen mulighed for nogle borgere for at opnå ro i trygge rammer. For det andet er erfaringen, at selvom relativt få borgere benytter sig af overnatningsmuligheden, så giver <i>bevidstheden</i> om, at muligheden er der, tryghed og beroligelse i sig selv.</p> <p>Muligheden for at overnatte i akutt tilbuddet synes derfor at have en tryghedsskabende funktion blot ved at være til stede, hvorfor man skal være varsom med at vurdere effekten af overnatningsmuligheden udelukkende på den reelle anvendelse af ydelsen.</p> <p>Udkørende funktion</p> <p>En udkørende funktion, hvor en medarbejder fra akutt tilbuddet kører derhen, hvor borgeren befinder sig, har den fordel, at borgere, som af forskellige årsager har svært ved på egen hånd at transportere sig til akutt tilbuddet også får mulighed for at anvende tilbuddet. En udkørende funktion kan være særlig relevant i kommuner med geografisk store afstande.</p> <p>Erfaringen er dog, at den udkørende funktion organisatorisk og administrativt er meget omkostningstung set i forhold til efterspørgslen. Har akutt tilbuddet en udkørende funktion, er ekstra bemanning – også om natten – nødvendig, da akutt tilbuddet samtidig skal være døgnbemandet og klar til at modtage andre akutte henvendelser.</p> <p>I nogle kommuner er der gode erfaringer med at erstatte den udkørende funktion med en taxa-service, hvor borgere med behov herfor transporterer sig i taxa til akutt tilbuddet for akutt tilbuddets regning.</p>
<p>Samarbejdspartnere</p>	<p>Der er en række aktører, som det er helt centralt at indgå i enten formelt eller uformelt samarbejde med i forbindelse med etablering og drift af et socialt akutt tilbud.</p>

	<p>Der skal i forbindelse med etableringen af akuttillbuddet udarbejdes et samlet overblik over, hvilke relevante samarbejdsparter der findes i henholdsvis kommunen, regionen samt øvrige relevante aktører. Der skal i forlængelse heraf udarbejdes en kommunikationsstrategi, som dels skal være med til at udbrede og vedligeholde kendskabet til akuttillbuddet samt sikrer vedligeholdelse af kontakten til relevante samarbejdspartnere og øvrige relevante aktører.</p> <p>Der skal desuden ved etableringen af akuttillbuddet, og i forbindelse med udarbejdelse af akuttillbuddets kommunikationsstrategi, udarbejdes en procedure for, hvordan det sikres, at akuttillbuddets indsats koordineres med øvrige indsatser, som borgere der henvender sig hos akuttillbuddet enten modtager, eller kan have behov for, således at det sikres, at borgeren fra akuttillbuddet sendes videre til relevant tilbud eller efterværn (se afsnittet 'Formidling' vedr. indhold af kommunikationsstrategien).</p> <p>Kriseplanen kan bidrage til at sikre, at borgeren modtager en koordineret indsats (se afsnit 'Faglige tilgang og metodiske fundament' vedr. kriseplanen)</p> <p>Samarbejde med relevante samarbejdsparter kan desuden ske ved at inddrage relevante parter i akuttillbuddets styregruppe og følgegruppe.</p> <p>Samarbejde med omkringliggende kommuner</p> <p>Det er centralt for akuttillbuddets udbredelse at indgå formelle samarbejdsaftaler med omkringliggende kommuner. Dette skal skabe grundlag for en bredere adgang til akuttillbuddet, herunder også for borgere i kommuner, hvor målgruppen f.eks. vurderes for begrænset til at oprette et tilbud. Det kan være særlig relevant at indgå samarbejde med omkringliggende kommuner, der har sammenfaldende optageområde for behandlingspsykiatrien som ansøgerkommunen. Det forventes, at et solidt tværkommunalt samarbejde kan være med til at understøtte forankringen af akuttillbuddet efter projektperiodens udløb.</p> <p>Bilag 1 er vedlagt til inspiration som eksempel på en model for en samarbejdsaftale⁴. Der vil i udvælgelsen af projektkommuner blive lagt vægt på, at kommunerne har indgået lignende samarbejdsaftale med flere omkringliggende kommuner. Det er ikke et krav, at samarbejdsaftalen opbygges som modellen i bilag 1, men alle punkter i modellen skal som minimum indgå i samarbejdsaftalen. Samarbejdsaftalen skal bl.a. skabe grundlag for en fast aftale med omkringliggende kommuner om finansieringen af disse kommuners brug af akuttillbuddets ydelser samt aftale om udveksling af oplysninger på borgerniveau.</p> <p>Samarbejde med øvrige kommunale aktører og tilbud</p> <p>Kommunerne forpligter sig på, at akuttillbuddet samarbejder med de øvrige kommunale tilbud til målgruppen, hvis borgerne enten har eller skal have tilbud om en specialiseret indsats f.eks. socialpsykiatriske botilbud (SEL §§ 107 og 108), bostøtte i eget hjem (SEL § 85), beskyttet beskæftigelse (SEL § 103), aktivitets- og samværstilbud (SEL § 104), opsøgende kontakt og støttekontaktpersonsordning (SEL § 99) samt mentorstøtteordning (LAB § 31 b).</p> <p>Kommunerne skal etablere samarbejde med borgernes bopælskommuner i forhold til at sikre sammenhæng til den kommunale bostøtte eller andre tilbud, som borgerne allerede modtager, eller mhp. at bopælskommunen kan vurdere, om borgere skal visiteres til et relevant tilbud.</p> <p>Samarbejde med regionale aktører</p> <p>Der bør i forbindelse med etableringen af akuttillbuddet indgås samarbejde med regionen, herunder behandlingspsykiatrien bl.a. i forbindelse med udskrivning efter indlæggelse, samarbejde med de regionale ambulante akutteams, eller andre regionale akutindsatser, så der sikres koordinering og sammenhæng i indsatsen. Det kan desuden være relevant for akuttillbuddet at samarbejde med praktiserende læger, vagtlæger og det somatiske behandlingssystem.</p> <p>Samarbejde med øvrige relevante aktører</p>
--	---

⁴ Modellen er udarbejdet med inspiration fra en samarbejdsaftale, der anvendes i Lyngby-Taarbæk Kommune i forbindelse med kommunens akuttillbud.

	<p>Det bør i forbindelse med etableringen af akuttillbuddet nøje overvejes, hvem det ellers vil være relevant at indgå et systematisk og formelt samarbejde med. Her bør være særlig fokus på aktører, som kan forventes at møde målgruppen. Særlig relevante aktører er f.eks. pårørende eller andre fra borgernes netværk, bruger- og pårørendeorganisationer, politi, viceværter, frivillige foreninger mv.</p>
<p>Anonymitet</p>	<p>Alle borgere i målgruppen har mulighed for at henvende sig anonymt til akuttillbuddet, men ved forløb, der strækker sig over mere end én telefonsamtale, skal cpr-nummer oplyses. Det skyldes for det første, at erfaringer fra det tidligere forsøg med akuttillbud er, at anonymitetsprincippet kan skabe en række udfordringer i forhold til at sikre et sammenhængende forløb for borgeren. Dette specielt i situationer, hvor borgeren allerede indgår i et andet forløb eller modtager et andet tilbud. For det andet er det i forbindelse med projektet centralt at kunne følge op på effekterne af sociale akuttillbud på borgerniveau, og i den forbindelse er det nødvendigt at kende borgernes cpr-nummer. Derudover er cpr-nummeret nødvendig i forbindelse med at opnå betaling, når akuttillbuddet giver ydelser til borgere fra samarbejdskommuner.</p> <p>Erfaringen er, at selvom borgerne tillægger muligheden for anonymitet stor betydning, så har langt de fleste ikke betænkeligheder ved at give afkald på anonymiteten, når de først føler sig trygge i forhold til akuttillbuddet og når de oplyses om, hvad cpr-nummeret anvendes til.</p> <p>Ved henvendelser fra unge under 18 år er akuttillbuddets medarbejdere underlagt regler om skærpet underretningspligt (SEL kap. 27, §§ 152-153) gældende for børn og unge under 18 år. Det vil sige, at unge under 18 år godt kan henvendes sig anonymt i akuttillbuddet og modtage rådgivning, men at medarbejderne har pligt til at underrette de sociale myndigheder i den unges hjemkommune, hvis medarbejderne får kendskab til, at en ung under 18 år har brug for særlig støtte eller udsættes for vold eller andet overgreb.</p> <p>Som del af den tværgående evaluering af projektet udarbejdes en fælles procedure for, hvordan cpr-nummer og henvendelser til akuttillbuddet dokumenteres (se afsnittet 'dokumentation').</p>
<p>Formidling</p>	<p>Det sociale akuttillbud skal være synligt og tilgængeligt, så mennesker med psykisk lidelse og deres pårørende kender eksistensen af det, ligesom øvrige relevante aktører og samarbejdspartnere skal kende til tilbuddet.</p> <p>Akuttillbuddets navn</p> <p>Erfaringerne fra tidligere forsøg med akuttillbud viser, at akuttillbuddets navn kan have stor betydning for, hvorvidt borgerne ønsker at benytte sig af tilbuddet. Her er to forhold centrale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Borgere kan afholde sig fra at kontakte tilbuddet, hvis ordet 'sindslidende' indgår i navnet, da en stor gruppe af de borgere, som reelt har brug for og udbytte af tilbuddet, ikke nødvendigvis opfatter deres tilstand som en sindslidelse. Man risikerer derfor, at denne del af målgruppen afholder sig fra at benytte tilbuddet af frygt for stigmatisering, eller fordi de ikke tror, at tilbuddet er henvendt til dem. • Tilsvarende kan gøre sig gældende, hvis akuttillbuddet er placeret i sammenhæng med og deler navn med et eksisterende socialpsykiatrisk tilbud. <p>Kommunikationsstrategi</p> <p>Projektkommunerne skal arbejde systematisk med at synliggøre akuttillbuddet ved udarbejdelse af en kommunikationsstrategi, hvor man i første omgang afdækker mulige samarbejdspartnere og øvrige relevante aktører. Kommunikationsstrategien skal bidrage til at udbrede og vedligeholde kendskabet til akuttillbuddet og være den køreplan, der sikrer vedligeholdelse af kontakten til relevante samarbejdspartnere og øvrige relevante aktører.</p> <p>Kommunikationsstrategien skal som minimum give svar på følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvilke samarbejdspartnere og øvrige relevante aktører skal prioriteres?

	<ul style="list-style-type: none"> • Hvilke budskaber er relevante for hvilke samarbejdspartnere og øvrige relevante aktører? • Hvordan kommunikeres der bedst med samarbejdspartnere og øvrige relevante aktører? • Hvor, hvornår og hvor ofte skal der tages kontakt til samarbejdspartnere og øvrige relevante aktører? • Hvordan sikres en koordineret indsats mellem akuttilbuddet og samarbejdspartnere om borgerens forløb – også når borgeren forlader akuttilbuddet? <p>Kendskab kan f.eks. skabes gennem annoncering i lokalaviser, udgivelse af pjecer og postkort, foredrag for lederforum i kommunen, foredrag for interessenter, kontakt og løbende information til samarbejdspartnere, samt igennem en styregruppe samt evt. en følgegruppe.</p>
<p>Faglig tilgang og metodisk fundament</p>	<p>Tilgangen til borgeren i et socialt akuttilbud er baseret på en recovery og empowermentorieret tilgang⁵. Det betyder som udgangspunkt at:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indsatsen bygger på en tilgang, hvor den enkelte ses som et menneske, der ikke blot er i rollen som 'syg'. • Indsatsen har et recovery-perspektiv, hvor tilgangen til borgeren er baseret på viden om, at det er muligt at komme sig helt eller delvist efter en akut psykisk krise og genvinde kontrollen over eget liv • Retten til at definere og benævne borgerens virkelighed ligger hos borgeren. Det vil sige, at der er fokus på borgerens ønsker og behov, ligesom borgeren skal være en del af forandringsprocessen og inddrages i planlægningen af sit eget forløb. • Samarbejdet mellem borger og medarbejder i akuttilbuddet har karakter af et partnerskab med ligeværdige relationer. Medarbejderen skal balancere en professionel og personlig tilgang til borgeren. • Empowerment er et vigtigt element i indsatsen. Indsatsen skal udvikle borgerens kompetencer og identificere og styrke borgerens ressourcer. Det vil sige, at medarbejderen skal dele sin viden med borgeren, løse problemer og opgaver sammen med borgeren og sætte borgeren i stand til i stigende grad at tage initiativ, søge informationer, træffe valg og handle for sig selv. <p>Metodisk tilgang</p> <p>Det er et krav til projektkommunerne, at de arbejder med metoderne krisesamtale og kriseplan.</p> <p>Når borgeren henvender sig i akuttilbuddet, gennemføres som udgangspunkt altid en krisesamtale ved første kontakt.</p> <p>Efterfølgende tilbydes borgeren som udgangspunkt altid at få udarbejdet en kriseplan – med mindre kontakten udelukkende er telefonisk. Krisesamtale og kriseplan kan derudover suppleres med andre metoder og redskaber alt efter den enkelte borgers behov og den konkrete situation. Der er i tidligere forsøg med akuttilbud gode erfaringer med bl.a. Åben Dialog, Coaching og NADA-terapi.</p> <p>En krisesamtale er en støttende og afklarende samtale, der kan hjælpe den enkelte borger til at håndtere en akut krise. En krisesamtale skal hjælpe borgeren med at skabe ro på situationen og skabe tryghed (se beskrivelse af krisesamtale i bilag 2 i vejledningsmaterialet til ansøgningsprocessen).</p> <p>Kriseplanen er en plan, der lægges sammen med borgeren med udgangspunkt i borgerens ønsker og behov. Kriseplanen skal, som krisesamtalen, hjælpe borgeren med at håndtere den akutte krise og få magt over egen situation. (se beskrivelse af kriseplan i bilag 3 i vejledningsmaterialet til ansøgningsprocessen.).</p>

⁵ *Mennesker med psykiske vanskeligheder. Sociale indsatser, der virker.* Socialstyrelsen 2013

I det følgende beskrives to forskellige organisationsmodeller for sociale akuttillbud. Projektkommuner i projekt "Udbredelse af sociale akuttillbud til mennesker med psykiske lidelser" skal vælge en af disse modeller og fastholde denne under den samlede projektperiode.

DEN INTEGEREDE ORGANISATIONSMODEL	
Organisering	<p>Akuttillbuddet etableres i fysisk og organisatorisk sammenhæng med et socialpsykiatrisk botilbud (SEL §§ 107 eller 108). Dette muliggør synergieffekt i forbindelse med daglig ledelse og bemanning, idet akuttillbuddet bliver en funktionsudvidelse af botilbuddets opgaver, som varetages af den samlede medarbejdergruppe.</p> <p>Der udarbejdes forud for etableringen af akuttillbuddet et organisationsdiagram, hvoraf det klart fremgår, hvor i kommunen akuttillbuddet organisatorisk forankres, samt hvem der er overordnet ansvarlig for etablering, drift og forankring af akuttillbuddet.</p> <p>Ledelse:</p> <p>Der ansættes en leder af akuttillbuddet samt en projektleder for den samlede projektperiode. Lederen af akuttillbuddet og projektlederen kan være samme person, men dette er ikke et krav. Lederen af akuttillbuddet/projektlederen kan være leder af det tilknyttede botilbud, men dette er heller ikke et krav.</p> <p>Der udarbejdes forud for etableringen af akuttillbuddet et organisationsdiagram, hvoraf det klart fremgår, hvem der er henholdsvis projektleder og leder af akuttillbuddet, og hvor øvrige funktioner er beskrevet. Akuttillbudslederens opgaver og rolle skal være klart beskrevet og defineret. Rollen som leder af akuttillbuddet skal tydeligt kunne adskilles fra vedkommendes eventuelle opgaver i botilbuddet.</p> <p>Der skal nedsættes en styregruppe for akuttillbuddet bestående af leder/projektleder, en kommunalpolitisk repræsentant og evt. repræsentanter fra relevante samarbejdspartnere. Det skal tilstræbes, at der er en regional repræsentant i styregruppen.</p> <p>Styregruppen mødes minimum to gange årligt i projektperioden f.eks. i forbindelse med statusafrapportering til evalueringen, og gerne oftere efter behov. Styregruppen er ansvarlig for at sikre projektets fremdrift, herunder at tidsplanen for implementeringen og de medfølgende aktiviteter følges, at der sker en rettidig indrapportering af data til den samlede evalueringen af projektet samt at projektbudgettet overholdes. Styregruppen skal reagere, hvis dette ikke er tilfældet. Desuden bør styregruppen forholde sig til evt. udfordringer i projektet, og til hvorvidt disse kræver justeringer i projektet.</p> <p>Der kan desuden med fordel nedsættes en følgegruppe, hvor bl.a. øvrige samarbejdspartnere og brugerorganisationer kan indgå.</p> <p>Medarbejdere:</p> <p><i>Ressourcer:</i></p> <p>Som udgangspunkt bør der altid være mindst én medarbejder i akuttillbuddet døgnet rundt. En stor fordel ved at etablere akuttillbuddet i en integreret model er, at de samme medarbejdere kan benyttes i henholdsvis akuttillbuddet og botilbuddet. Herved opnås en besparelse i forhold til det samlede forbrug af medarbejderressourcer.</p> <p>Besparelsen gør sig særlig gældende om natten, hvor der ofte er færrest henvendelser i akuttillbuddet, i og med, at de samme medarbejdere kan dække både botilbud og akuttillbud. Herved sikres det akutte beredskab samtidig med, at medarbejderne, såfremt der ikke er brugere eller opgaver i akuttillbuddet, kan varetage opgaver i botilbuddet.</p> <p>Den integrerede model kræver opkvalificering af en større medarbejdergruppe (se afsnit 'kompetencer'), da en større medarbejdergruppe (fra botilbuddet) vil komme i berøring med akuttillbuddet. Det bør klart fremgå af den enkelte medarbejders arbejdsbeskrivelse, hvorvidt vedkommende er tilknyttet akuttillbuddet, og hvilke konkrete opgaver vedkommende varetager i akuttillbuddet.</p> <p><i>Sammensætning:</i></p>

	<p>Der bør tilstræbes en tværfaglig sammensætning af personalet i akuttillbuddet f.eks. pædagoger, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker, socialrådgiver, ergoterapeuter mv. Dette har baggrund i ønsket om at skabe et fleksibelt og bredt tilbud, som kan rumme alle borgere i målgruppen og forskellige typer af henvendelser.</p> <p>Der bør tilstræbes en teambaseret opgaveløsning, så opgaveløsningen ikke er afhængig af, at bestemte medarbejdere er på arbejde. Her kommer flerfagligheden til sin ret, da forskellige fagligheder har forskellige måder at anskue målgruppen og dennes problemstillinger på, hvilket kan være en stor kvalitet. Det kræver selvfølgelig, at faglighederne spiller sammen og trækker i samme retning.</p> <p><i>Kompetencer:</i></p> <p>Erfaringer fra tidligere forsøg med social akuttillbud har vist, at medarbejdernes tværfaglighed og kendskab til medicin og diagnoser er vigtigt, men helt afgørende er evnen til at kunne rumme et menneske i krise samt flair for menneskelig kontakt.</p> <p>Ledere og medarbejdere skal deltage i et uddannelsesforløb med henblik på at udvikle en fælles referenceramme og tilgang til målgruppen, da akutarbejdet kræver en række kompetencer, der ikke nødvendigvis følger med den uddannelsesmæssige baggrund.</p> <p>Uddannelsesforløbet skal give medarbejderne kompetencer til at arbejde med akuttillbuddets to primære metoder – krisesamtale og kriseplan og vil herunder indeholde temaer som fx:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Håndtering af et menneske i akut psykisk krise • Samtaleteknikker og aktiv lytning <p>I forhold til kompetenceudvikling er der både fordele og ulemper ved den integrerede organisationsmodel.</p> <p><i>Fordele:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Medarbejderne har i forvejen en fælles kultur • Fælles faglig udvikling til alle medarbejdere • Gode muligheder for sparring med medarbejdere i botilbuddet, hvis der er behov for viden, som de aktuelle medarbejdere i akuttillbuddet ikke har. <p><i>Ulemper:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Flere udgifter til opkvalificering, da flere medarbejdere skal uddannes • Det kan være vanskeligt fastholde en forskellig faglig tilgang til de to målgrupper i henholdsvis botilbud og akuttillbud, når medarbejdere går på tværs af hhv. botilbud og akuttillbud.
<p>Fysisk placering og indretning</p>	<p>Akuttillbuddet etableres i fysisk sammenhæng med et eksisterende botilbud.</p> <p>Der kan være behov for ombygning, når akuttillbuddet etableres i fysisk sammenhæng med et eksisterende botilbud, da det er meget vigtigt, at der er en fysisk adskillelse mellem akuttillbuddet og botilbuddet. Når akuttillbuddet integreres med et eksisterende botilbud, er erfaringen, at dette i sig selv kan afholde nogle borgere fra målgruppen fra at benytte akuttillbuddet. Det kan enten skyldes frygt for stigmatisering, eller skyldes, at de ikke oplever sig selv som en del af målgruppen for akuttillbuddet, fordi de opfatter dette som forbundet med botilbuddet. Dette gør sig særlig gældende for borgere, der ikke tidligere har været i kontakt med social- eller behandlingspsykiatrien.</p> <p>Akuttillbud og botilbud skal derfor være tydeligt fysisk adskilte bl.a. ved separate indgange samt lokaler, der sikrer, at borgere, der opsøger akuttillbuddet, ikke kommer i kontakt med botilbuddets faciliteter og ikke færdes i samme lokaler og områder som botilbuddets beboere.</p>
<p>Formidling</p>	<p>På samme måde som den fysiske adskillelse af akuttillbud og botilbud er vigtig, er det vigtigt i kommunikationen omkring og formidlingen af akuttillbuddet at tydeliggøre, at akuttillbuddet er et selvstændigt tilbud, der er helt adskilt fra botilbuddet.</p> <p>Der bør derfor ikke være sammenfald mellem akuttillbuddets og øvrige tilbuds logo, designlinje mv.</p>

	<p>Det samme gør sig gældende i forhold til en evt. hjemmeside for akuttilbuddet, som bør være separat fra kommunens øvrige tilbud. Se desuden det tværgående afsnit 'Formidling'.</p>
--	--

DEN SEMI-INTEGEREDE MODEL	
Organisering	<p>Akuttilbuddet sammentænkes organisatorisk med andre socialpsykiatriske tilbud i kommunen, men integreres ikke nødvendigvis fysisk hermed. Det kan f.eks. være en sammentænkning med socialpsykiatriske botilbud (SEL §§ 107 og 108), bostøtte i eget hjem (SEL § 85), beskyttet beskæftigelse (SEL § 103), aktivitets- og samværstilbud (SEL § 104), opsøgende kontakt og støttekontaktpersonsordning (SEL § 99) eller mentorstøtteordning (LAB § 31 b).</p> <p>Der udarbejdes forud for etableringen af akuttilbuddet et organisationsdiagram hvoraf det klart fremgår, hvor i kommunen akuttilbuddet organisatorisk forankres, samt hvem der er overordnet ansvarlig for etablering, drift og forankring af akuttilbuddet.</p> <p>Ledelse:</p> <p>Der ansættes en leder af akuttilbuddet samt en projektleder for den samlede projektperiode. Lederen af akuttilbuddet og projektlederen kan være samme person, men dette er ikke et krav. Lederen af akuttilbuddet og projektlederen kan også være leder af andre socialpsykiatriske tilbud i kommunen, men dette er heller ikke et krav.</p> <p>Der udarbejdes forud for etableringen af akuttilbuddet et organisationsdiagram, hvoraf det klart fremgår, hvem der er henholdsvis projektleder og leder af akuttilbuddet, og hvor øvrige funktioner er beskrevet. Desuden skal akuttilbudslederens opgaver og rolle i forbindelse med akuttilbuddet være klart beskrevet og defineret, og rollen som leder af akuttilbuddet skal tydeligt kunne adskilles fra vedkommendes eventuelle andre opgaver, som lederen måtte have.</p> <p>Der skal nedsættes en styregruppe for akuttilbuddet bestående af leder/projektleder, en kommunalpolitisk repræsentant og evt. repræsentanter fra relevante samarbejdspartnere. Det skal tilstræbes, at der er en regional repræsentant i styregruppen.</p> <p>Styregruppen mødes minimum to gange årligt i projektperioden f.eks. i forbindelse med statusafrapportering til evalueringen, og gerne oftere efter behov. Styregruppen er ansvarlig for at sikre projektets fremdrift, herunder at tidsplanen for implementeringen og de medfølgende aktiviteter følges, at der sker en rettidig indrapportering af data til den samlede evalueringen af projektet samt at projektbudgettet overholdes. Styregruppen skal reagere, hvis dette ikke er tilfældet. Desuden bør styregruppen forholde sig til evt. udfordringer i projektet, og til hvorvidt disse kræver justeringer i projektet.</p> <p>Der kan desuden med fordel nedsættes en følgegruppe, hvor bl.a. øvrige samarbejdspartnere og brugerorganisationer kan indgå.</p> <p>Medarbejdere:</p> <p><i>Ressourcer:</i> Den semi-integrerede akuttilbudsmodel giver potentiale for udnyttelse af medarbejderressourcer på tværs af kommunens tilbud, idet bemanningen af akuttilbuddet kan sammentænkes med bemanningen af andre socialpsykiatriske tilbud. Dette kan give en væsentlig besparelse af medarbejderressourcer, specielt om natten, hvor der ofte er færre henvendelser i akuttilbuddet.</p> <p><i>Sammensætning:</i> Der bør tilstræbes en tværfaglig sammensætning af personalet i akuttilbuddet fx pædagoger, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker, socialrådgiver, ergoterapeuter mv. Dette har baggrund i ønsket om at skabe et fleksibelt og bredt tilbud, som kan rumme alle borgere i målgruppen og forskellige typer af henvendelser.</p> <p>Der bør tilstræbes en teambaseret opgaveløsning, så opgaveløsningen ikke er afhængig af, at bestemte medarbejdere er på arbejde. Her kommer flerfagligheden til sin ret, da forskellige fagligheder har forskellige måder at anskue målgruppen og dennes problemstillinger på, hvilket kan være en stor kvalitet. Det kræver selvfølgelig, at faglighederne spiller sammen og trækker i samme retning.</p>

	<p><i>Kompetencer:</i> Erfaringer fra tidligere forsøg med sociale akuttilbud har vist, at medarbejdernes tværfaglighed og kendskab til medicin og diagnoser er vigtigt, men helt afgørende er evnen til at kunne rumme et menneske i krise samt flair for menneskelig kontakt.</p> <p>Ledere og medarbejdere skal deltage i et uddannelsesforløb med henblik på at udvikle en fælles referenceramme og tilgang til målgruppen, da akutarbejdet kræver en række kompetencer, der ikke nødvendigvis følger med den uddannelsesmæssige baggrund.</p> <p>Uddannelsesforløbet skal give ledere og medarbejdere kompetencer til at arbejde med akuttilbuddets to primære metoder – krisesamtale og kriseplan og vil herunder indeholde temaer som fx:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Håndtering af et menneske i akut psykisk krise • Samtaleteknikker og aktiv lytning <p>I forhold til kompetenceudvikling i den semi-integrerede model, så afhænger fordele og ulemper her af organiseringsformen.</p> <p>Integrerer man mange medarbejdere fra andre tilbud i opgaveløsningen, kan det have følgende fordele og ulemper:</p> <p>Fordele:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der gives et kompetenceløft til en stor gruppe medarbejdere. • Der er gode muligheder for sparring med medarbejdere i andre tilbud, da man får kendskab til hinanden og kan gøre brug af hinandens viden <p>Ulemper:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det kræver større indsats at skabe en fælles kultur • Medarbejderne, som arbejder på tværs af tilbud, kan have vanskeligt ved at fastholde forskellige faglige tilgange til de forskellige målgrupper i henholdsvis akuttilbud og øvrige tilbud. <p>Vælger man at organisere sig med et mindre fast team omkring opgaveløsningen i akuttilbuddet, som kun suppleres med ganske få medarbejdere fra andre tilbud, har det modsatte konsekvenser.</p>
<p>Fysisk placering og indretning</p>	<p>Akuttilbuddet kan placeres som en selvstændig fysisk enhed eller i sammenhæng med andre socialpsykiatriske tilbud i kommunen.</p> <p>Hvis akuttilbuddet placeres i fysisk sammenhæng med andre socialpsykiatriske tilbud, kan der være behov for ombygning, da det er meget vigtigt, at der er en fysisk adskillelse mellem akuttilbud og øvrige tilbud. Erfaringen er, at nogle borgere afholder sig fra at benytte akuttilbuddet, hvilket enten kan skyldes frygt for stigmatisering, eller at borgerne ikke oplever sig selv som en del af målgruppen for akuttilbuddet, fordi de opfatter dette som forbundet med andre socialpsykiatriske tilbud. Dette gør sig særlig gældende for borgere, der ikke tidligere har været i kontakt med social- eller behandlingspsykiatrien.</p> <p>Akuttilbud og øvrige socialpsykiatriske tilbud skal derfor være tydeligt fysisk adskilt bl.a. ved separate indgange samt lokaler, der sikrer, at borgere, der opsøger akuttilbuddet, ikke kommer i kontakt med øvrige tilbuds faciliteter og ikke færdes i samme lokaler og områder.</p>
<p>Formidling</p>	<p>Ligesom den fysiske adskillelse af akuttilbuddet og andre tilbud er vigtig, er det vigtigt i kommunikationen omkring og formidlingen af akuttilbuddet f.eks. i informationspjecer mv. at tydeliggøre, at akuttilbuddet er et selvstændigt tilbud adskilt fra andre tilbud i kommunen. Der bør derfor ikke være sammenfald mellem akuttilbuddets og øvrige tilbuds logo, designlinje mv.</p> <p>Det samme gør sig gældende i forhold til en evt. hjemmeside for akuttilbuddet, som bør være separat fra kommunens øvrige tilbud. Se desuden det tværgående afsnit 'Formidling'.</p>

Sociale akuttillbud til mennesker med psykiske lidelser i egen bolig

Model- og implementeringsguide

Indholdet er udarbejdet af:

Deloitte Consulting
Weidekampsgade 6
2300 København S
www.deloitte.dk

Publikationen er udgivet af:

Socialstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf: 72 42 37 00
E-mail: info@socialstyrelsen.dk
www.socialstyrelsen.dk

Udgivet august 2017

Download eller se publikationen på www.socialstyrelsen.dk.
Der kan frit citeres fra publikationen med angivelse af kilde.

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-93407-78-7