



**Udbredelse af sociale akuttilbud til mennesker  
med psykiske lidelser i egen bolig**  
Afsluttende evaluering

August 2017

# Indhold

## Sociale akuttilbud – indhold og resultater i overblik<sup>5</sup>

Sociale akuttilbud – formål og indhold	5
Resultater og virkninger af sociale akuttilbud	5
Målgrupper og brugernes karakteristika	7
Akuttilbuddenes økonomi til etablering og drift	8
<b>1 Indledning</b>	<b>9</b>
1.1 De sociale akuttilbud – tilbuddenes indhold og formål	9
1.2 Fremgangsmåde og datagrundlag	12
1.3 Læsevejledning	12
<b>2 Organisering af de sociale akuttilbud</b>	<b>14</b>
2.1 Introduktion til modelbeskrivelse	14
2.2 Organisationsmodeller – integreret eller semi-integreret model	15
2.3 Medarbejdersammensætning og tidsforbrug på arbejdsopgaver	16
2.4 Opsamling på organiseringen af de sociale akuttilbud	17
<b>3 Karakteristik af henvendelser og brugere</b>	<b>18</b>
3.1 Karakteristik af henvendelser	18
3.1.1 Omfang og karakteristika af henvendelser	18
3.1.2 Karakteristika af brugerne og baggrund for henvendelserne	20
3.1.3 Udfald af henvendelserne	22
3.2 Karakteristik af brugerne	23
3.2.1 Karakteristika ved den samlede målgruppe	23
3.2.2 Klyngeanalyse og de identificerede borgersegmenter i gruppen af brugere	25
3.3 Opsamling på karakteristik af henvendelser og brugere	29
<b>4 Implementeringsevaluering</b>	<b>30</b>
4.1 Introduktion til de fire centrale temaer i implementeringsevalueringen	30
4.2 Vurdering af implementeringen af de fire temaer	31
<b>5 Resultat- og virkningsevaluering</b>	<b>35</b>
5.1 Bruger- og medarbejderoplevede resultater og virkninger	35
5.1.1 Brugeroplevede resultater og virkninger	35
5.1.2 Medarbejderoplevede effekter	38
5.2 Resultater fra progressionsmålingerne	40
5.3 Virkninger ved de sociale akuttilbud	45
5.3.1 Flowanalyse for den samlede målgruppe	45
5.3.2 Flowanalyse for hvert af de identificerede borgersegmenter	47
5.3.3 Andre faktorer, som har betydning for virkningen	52
5.4 Opsamling og delkonklusioner vedrørende resultater og virkninger af akuttilbuddene	53

<b>6</b>	<b>Økonomisk evaluering</b>	<b>55</b>
6.1	Kortlægning af omkostninger ved de sociale akuttillbud	55
6.1.1	Kortlægning af udgifter fordelt på etablering og drift	55
6.1.2	Gennemsnitlige udgifter pr. henvendelse og pr. borger	56
6.1.3	Udgifter fordelt på organisationsmodel	57
6.2	Perspektivering af besparelser til alternative indsatser	58
<b>7</b>	<b>Bilag</b>	<b>60</b>
7.1	Fremgangsmåde, datagrundlag og metode	60
7.1.1	Implementeringsevaluering	60
7.1.2	Resultat- og virkningsevaluering	61
7.1.3	Økonomisk evaluering	74
7.2	Uddybet implementeringsevaluering	75
7.2.1	Samlet status på implementeringen af modelbeskrivelsens temaer	75
7.2.2	Implementering af kerneydelserne	76
7.2.3	Faglig tilgang og metodisk fundament	77
7.2.4	Samarbejde med andre myndigheder, personer eller organisationer	79
7.2.5	Udbredelse af kendskabet til akuttillbuddene	83
7.2.6	Opsamling og delkonklusioner vedrørende implementeringen af akuttillbuddene	84



# Sociale akuttilbud – indhold og resultater i overblik

En akut psykisk krise er ofte dårligt forenelig med åbningstiderne i flertallet af de 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 satspuljeprojekter arbejdet med afprøvning og udbredelse af sociale akuttilbud. Først med "Forsøg med akuttilbud til mennesker med sindslidelse" i perioden 2008-2011 med deltagelse af 8 kommuner. Herefter er gennemført indeværende projekt om *Udbredelse af sociale akuttilbud til mennesker med psykiske lidelser i egen bolig*, der løber i perioden 2015-2017 med deltagelse af 14 kommuner. Knap 4.400 borgere har i projektperioden (februar 2015 til december 2016) henvendt sig mere end 33.000 gange.

## Sociale akuttilbud – formål og indhold

Et socialt akuttilbud er et kommunalt forankret, døgnåbent og døgnbemandet tilbud, hvor borgere med akut psykisk krise kan henvende sig uden visitation og forudgående aftale. Tilbuddene er forankret i den kommunale socialpsykiatri, men det er intentionen, at de skal fungere i tæt samarbejde med den regionale behandlingspsykiatri.

Formålet med akuttilbuddene 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 skabe trykthed i hverdagen, så borgeren kan blive i egen bolig, og så indlæggelser i behandlingspsykiatrien reduceres.

De sociale akuttilbud er oprettet efter en fælles model med tre kerneydelser, der skal være til rådighed:

1. En akuttelefon, der er åben for telefoniske henvendelser døgnet rundt alle ugens dage.
2. Mulighed for, at borgerne døgnet rundt kan møde op i akuttilbuddene uden visitation eller forudgående aftale og modtage akut støtte, omsorg eller rådgivning.
3. Mulighed for, at borgerne kan overnatte i akuttilbuddene, hvis de oplever behov for dette.

## Resultater og virkninger af sociale akuttilbud

Evalueringen af projektet *Udbredelse af sociale akuttilbud til mennesker med psykiske lidelser i egen bolig* tager udgangspunkt i tre delelementer: 1) borgeroplevede resultater og virkninger, 2) medarbejderoplevede resultater og virkninger og 3) en registerbaseret virkningsevaluering.

I den registerbaserede evaluering undersøges det, om borgerne har færre indlæggelser, sengedage og ambulante besøg i behandlingspsykiatrien efter deres kontakt til de sociale akuttilbud sammenlignet med tiden op til deres første kontakt til akuttilbuddene. Det er ikke muligt at udføre et egentligt kontrolgruppedesign, hvorfor der i evalueringen er gennemført en før-efter-måling. Evalueringen kan derfor ikke udvise om egentlige effekter af akuttilbuddene, men om de virkninger, som de borgere, der har henvendt sig til akuttilbuddene, har oplevet og opnået. I det omfang virkningerne for borgerne kan henføres til den intervention, som henvendelsen til akuttilbuddene har medført, vil evalueringen give gode indikationer på virkninger af akuttilbuddene.

### Brugeroplevede resultater og virkninger

Brugerne 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.

Brugerne vurderer således, at de er mere trygge, hvilket skyldes en vished om, at der døgnet rundt er en livline, hvis de skulle få brug for hjælp. Flere udtrykker således, at muligheden for at ringe døgnet rundt er betryggende i sig selv, selvom de ikke altid benytter muligheden. Denne tryghed vurderer de er med til at understøtte dem i at bo i eget hjem og mindsker deres selvvaluerede kontakt til behandlingspsykiatrien.

Dette afspejler sig endvidere i, at brugernes mentale velbefindende øges med næsten 20 procent<sup>1</sup> i ugerne efter deres henvendelse til akuttilbuddene sammenlignet med deres mentale velbefindende på tidspunktet for deres henvendelse til akuttilbuddene.

### Medarbejderoplevede resultater og virkninger

Ligesom borgerne oplever, at akuttilbuddet har gjort en stor forskel for dem, er det medarbejdernes og projektledernes oplevelse, at akuttilbuddet er med til at dække et behov hos målgruppen. Både projektledere, medarbejdere og samarbejdspartnere vurderer overordnet set, at akuttilbuddene hjælper borgerne og opnår de virkninger, der er opsat i forandringsteorien<sup>2</sup> for sociale akuttilbud.

Medarbejderne oplever dog, at nogle grupper borgere får mere ud af akuttilbuddet som indsats end andre. Det opleves således, at gruppen af borgere uden forudgående kontakt til psykiatrien har særlig gavn af akuttilbuddets indsats. Personer, der har mange genindlæggelser, oplever også at have stor gavn af akuttilbuddet både som en forebyggende indsats mod genindlæggelser og som en indsats af mindre indgribende karakter. Modsat vurderes borgere, der er i meget svære akutte psykiske kriser, at have mindre gavn af akuttilbuddet, eftersom de ofte ikke er i stand til at tage del i udarbejdelsen af kriseplanen og tage ejerskab over planen.

### Virkninger på indlæggelser og sengedage

Brugerne af akuttilbuddene har færre indlæggelser og sengedage i tiden efter deres første henvendelse til akuttilbuddene sammenlignet med tiden op til deres første henvendelse. Det er således 29 procent af brugerne, der har været indlagt i måneden op til deres første henvendelse til de sociale akuttilbud, 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.

De færre indlæggelser og sengedage ser på den korte bane ud til at blive erstattet af en lille stigning i antal ambulante besøg i behandlingspsykiatrien. 24 procent af borgerne har således haft ambulante besøg i behandlingspsykiatrien i måneden op til deres første henvendelse mod 25 procent i den efterfølgende måned. Disse brugere har i gennemsnit haft 4,0 ambulante besøg i behandlingspsykiatrien i måneden op

### Centrale resultater

- Brugere giver udtryk for en styrket oplevet **tryghed**.
- Brugernes **mentale velbefindende** øges med næsten 20 procent i ugerne efter kontakten til de sociale akuttilbud.
- Brugere har **færre indlæggelser og sengedage** i tiden efter deres første henvendelse til akuttilbuddene sammenlignet med tiden op til første henvendelse. 29 procent har været indlagt måneden op til henvendelsen sammenlignet med 22 procent i måneden efter. Disse brugere har i gennemsnit 14,7 sengedage i måneden op til henvendelsen mod 4,9 sengedage i den efterfølgende måned.
- På kort sigt øges **antallet af ambulante besøg** i behandlingspsykiatrien, men tendensen er kortvarig, og efter seks måneder ses færre besøg. 24 procent har haft ambulante besøg måneden før mod 25 procent i den efterfølgende måned. Disse brugere har i gennemsnit 4,0 ambulante besøg før mod 4,4 efter.

<sup>1</sup> Brugernes mentale velbefindende er målt ved hjælp af den validerede skala Short Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (SWEMWBS).

<sup>2</sup> Forandringsteorien for de sociale akuttilbud findes på side 11.

til deres første henvendelse mod 4,4 ambulante besøg i den efterfølgende måned. Men over tid reduceres også de ambulante besøg, så der i en periode på et halvt år efter deres første henvendelse til akuttillbuddet er et fald i både indlæggelser, sengedage og ambulante besøg. Dette kan indikere, at akuttillbuddene gennem den tryghed og støtte, de kan give den enkelte, medvirker til, at borgerne i en periode kan nøjes med ambulante besøg fremfor indlæggelser, og at de i denne periode får den rette hjælp ambulant og derefter bliver tilstrækkeligt stabiliseret til at kunne få klaret deres behov med de mindre indgribende akuttillbud.

En stor del af brugerne henvender sig løbende til akuttillbuddet efter deres første kontakt. Af de brugere, det har været muligt at følge over tid i flowanalysen<sup>3</sup>, er cirka 70 procent således flergangsbrugere, mens 30 procent er registreret med blot én henvendelse i tidsperioden. Flergangsbrugerne har i gennemsnit haft mere end 20 henvendelser i den undersøgte periode. For nogle borgere er der således tale om et forløb med flere samtaler. Generelt ses der da også en større virkning for gruppen af brugere, der henvender sig gentagne gange, hvilket er forventeligt, da de har fået en mere omfangsrig indsats gennem deres flere kontakter med akuttillbuddet. For flergangsbrugere ses et betydeligt fald i både andelen af borgere, der har været indlagt, og antallet af sengedage, og virkningen er konsistent over tid. I måneden op til deres første henvendelse har 32 procent af flergangsbrugerne således været indlagt, mens dette blot gør sig gældende for 23 procent i den efterfølgende måned. De indlagte borgere har i gennemsnit haft 14,4 sengedage i måneden op til, mens dette falder til 4,4 i den efterfølgende måned.

For engangsbrugere ses et lille fald i andelen, der har været indlagt, fra 22 procent i måneden før henvendelsen til 19 procent i måneden efter. Dette fald er dog kun kortvarigt og kan således ikke spores i analysen, når den undersøgte periode udvides til to måneder op til og to måneder efter henvendelsen. Til gengæld ses der virkninger i forhold til det samlede antal sengedage for gruppen af engangsbrugere. Antallet af sengedage falder således betydeligt på kort sigt, men virkningen er ligeledes aftagende, når den undersøgte tidsperiode udvides udover den første måned efter henvendelsen.

Samlet set indikerer evalueringresultaterne således, at de sociale akuttillbud har positive virkninger – både for den enkeltes oplevede tryghed og mentale velbefindende og for den faktiske brug af den regionale psykiatri.

## Målgrupper og brugernes karakteristika

Den overordnede målgruppe for de sociale akuttillbud er borgere over 18 år, der oplever akutte psykiske kriser. Dette er en meget bred gruppe, og de sociale akuttillbud modtager derfor også henvendelser fra borgere med meget forskellige udgangspunkter.

Overordnet set varierer brugerne af akuttillbuddene i særligt to dimensioner. For det første, om brugerne ikke har haft forudgående kontakt til behandlingspsykiatrien, eller om de i året op til akuttillbuddenes opstart har været indlagt i behandlingspsykiatrien eller har haft ambulant kontakt til behandlingspsykiatrien. For det andet ses en variation i forhold til brugernes alder. Samlet set kan der således blandt brugerne af akuttillbuddene identificeres fem segmenter eller typer af borgere i den samlede målgruppe:

### Centrale resultater

- Akuttillbuddene **mindsker antallet af indlagte borgere og sengedage** for de borgersegmenter, der har tæt forudgående kontakt til behandlingspsykiatrien.
- Modsat fungerer akuttillbuddene som **indgang til systemet** for de brugere, der har lidt forudgående kontakt til behandlingspsykiatrien, og flere af disse borgere bliver således indlagt efterfølgende.
- Flergangsbrugere har større og længerevarende gavn af kontakten til de sociale akuttillbud sammenlignet med brugere, der kun henvender sig én gang.

<sup>3</sup> Brugere, der har henvendt sig i 2015 og 2016, hvor det har været muligt at foretage både en før- og en eftermåling ved minus/plus 1 måned med de eksisterende datakilder (det vil i praksis sige brugere, der har henvendt sig senest 30. november 2016).

1. Unge (90 procent af gruppen er 18-28 år) uden forudgående kontakt til psykiatrien (13 procent)
2. Brugere i alderen cirka 25-35 år med forudgående kontakt til psykiatrien (23 procent)
3. Brugere midt i 40'erne uden (eller med meget lidt) forudgående kontakt til psykiatrien (33 procent)
4. Brugere i slutningen af 40'erne med intensiv kontakt til psykiatrien (14 procent)
5. Enlige ældre, der oplever ensomhed, (17 procent).

Akuttilbuddene har forskellige virkninger for de fem identificerede borgersegmenter. De borgersegmenter, der har tæt forudgående kontakt til behandlingspsykiatrien, har færre indlæggelser og sengedage i perioden efter første henvendelse til akuttilbuddet. For gruppen af brugere i alderen 25-35 år med intensiv forudgående kontakt ses det for eksempel, at andelen af indlagte brugere falder fra 51 procent i den forudgående måned til 32 procent i den efterfølgende måned. Det gennemsnitlige antal sengedage for disse indlagte brugere falder ligeledes fra 16,4 forud for henvendelsen til 5,8 i den efterfølgende måned. For brugerne i midten af 40'erne med intensiv forudgående kontakt ses ligeledes, at andelen af brugere, der har været indlagt i behandlingspsykiatrien, falder fra 44 til 21 procent, mens det gennemsnitlige antal sengedage falder fra 18,8 til 5,5.

For de brugere, der derimod har en begrænset forudgående kontakt til behandlingspsykiatrien, ses lidt flere indlæggelser, og akuttilbuddene kan derfor for denne gruppe ses som en indgang til systemet, hvor akuttilbuddene kan være medvirkende til, at borgere, der har et reelt behov, også kommer i kontakt med behandlingspsykiatrien. Det ses for eksempel, at i gruppen af unge med lidt forudgående kontakt til behandlingspsykiatrien har 14 procent været indlagt i behandlingspsykiatrien i måneden forud for deres henvendelse, mens dette er steget til 22 procent i den efterfølgende måned. Disse brugeres indlæggelser er dog kortere i den efterfølgende måned (fra 4,3 sengedage før til 3,0 sengedage efter). Samme tendens ses for gruppen af brugere i 40'erne med lidt forudgående kontakt. Her stiger andelen, der har været indlagt fra 9 til 17 procent, mens det gennemsnitlige antal sengedage falder fra 6,9 til 3,9.

### Akuttilbuddenes økonomi til etablering og drift

Størstedelen af projektkommunerne har brugt 200.000-250.000 kr. på etablering. Efter etablering har de sociale akuttilbud i projektet anvendt i gennemsnit cirka 2,1 mio. kr. om året. Der ses variation i omkostningerne på tværs af akuttilbuddene, men halvdelen af de 14 akuttilbud ligger indenfor et spænd på 1,2-3,2 mio. kr. om året. Omkostningerne til den løbende drift udgøres helt overvejende af lønudgifter (cirka 90 procent).

De gennemsnitlige udgifter per henvendelse er cirka 1.800 kr. Mange brugere henvender sig dog flere gange, hvorfor omkostningen per bruger i akuttilbuddene i gennemsnit samlet set er cirka 13.700 kr.

Dette kan sammenholdes med, at en sengedag i behandlingspsykiatrien i 2016 kostede cirka 3.600 kr., mens et ambulante besøg i behandlingspsykiatrien kostede cirka 1.700 kr. Virkningsevalueringen indikerer, at de borgere, der har henvendt sig til akuttilbuddene, i gennemsnit har 6 færre sengedage i de første 3 måneder efter deres henvendelse sammenlignet med de tre måneder før deres henvendelse.

Hvis det antages, at denne virkning fuldt ud kan tilskrives akuttilbuddene, kan det således illustrativt opgøres til en besparelse på cirka 21.600 kr. mod de 13.700 kr., en borger i akuttilbuddene gennemsnitlig har kostet. Mange andre forhold spiller dog ind på en mere præcis opgørelse af et eventuelt økonomisk potentiale, men det illustrative regneeksempel indikerer dog, at der kan være et økonomisk potentiale, hvis akuttilbuddene kan være med til at reducere indlæggelser i behandlingspsykiatrien.

### Centrale resultater

- Størstedelen af projektkommunerne har brugt 200.000-250.000 kr. på etablering.
- De gennemsnitlige udgifter per henvendelse er cirka 1.800 kr.
- En bruger i akuttilbuddene koster i gennemsnit cirka 13.700 kr.
- Dette kan sammenholdes med, at en sengedag i behandlingspsykiatrien i 2016 kostede cirka 3.600, mens et ambulante besøg kostede cirka 1.700 kr.



# 1 Indledning

Denne rapport indeholder en slutevaluering af satspuljeprojektet *Udbredelse af sociale akuttillbud til mennesker med psykiske lidelser i egen bolig*. Formålet med projektet er, at flere borgere med psykiske lidelser kan opretholde et trygt liv i egen bolig og derved fastholde sociale relationer og andre centrale aspekter i hverdagen. I denne evaluering sættes fokus på implementeringen af indsatsen, resultater og virkninger af indsatsen og en økonomisk evaluering af tiltaget.

## 1.1 De sociale akuttillbud – tilbuddenes indhold og formål

En akut psykisk krise er ofte dårligt forenelig med åbningstiderne i flertallet af de 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.

For at modvirke disse udfordringer i den socialpsykiatriske indsats har Socialstyrelsen iværksat projektet *Udbredelse af sociale akuttillbud til mennesker med psykisk lidelse i egen bolig*, der er et satspuljeprojekt i årene 2014-2017. Projektet tager udgangspunkt i erfaringer fra tidligere afprøvning af sociale akuttillbud til mennesker med akut psykisk krise i et satspuljeprojekt i årene 2008-2011. Resultaterne heraf var blandt andet, at nærhedsprincippet og den lette ikke-visitede adgang havde stor betydning og værdi for brugerne og for akuttillbuddets funktion og resultater.<sup>4</sup> Niras, der gennemførte evalueringen, vurderede ligeledes, at akuttillbuddene havde en forebyggende og nedbringende effekt på behovet for genindlæggelser, omsorgsindlæggelser og indlæggelser, der af andre årsager vurderes som u hensigtsmæssige og kunne være undgået. Formålet med denne evaluering er derfor med et udvidet datagrundlag at belyse, om disse resultater kan genfindes i projektet *Udbredelse af sociale akuttillbud til mennesker med psykiske lidelser i egen bolig*, og belyse andre eventuelle virkninger af indsatsen.

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. Tilbuddene er forankret i den kommunale socialpsykiatri, og de fungerer om muligt i tæt samarbejde med behandlingspsykiatrien.

Denne tidlige og akutte indsats i akuttillbuddene forventes at have både en afhjælpende og en forebyggende betydning for mennesker med akut opståede psykiske kriser, eftersom de vil kunne yde en hurtig indsats, når den konkrete krise er opstået, og dermed undgå eskalering af krisen, samtidig med at eksistensen af tilbuddene forventes at give målgruppen mere tryghed i hverdagen.

Akuttillbuddene forventes således – gennem større tryghed hos borgerne – at medvirke til at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser i behandlingspsykiatrien, styrke muligheden for, at de kan klare sig i egen bolig, og forbedre deres mentale velbefindende.

---

<sup>4</sup> [http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id\\_64007/cf\\_202/NIRAS - Evaluering af kommunale akuttillbud til men.PDF](http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_64007/cf_202/NIRAS - Evaluering af kommunale akuttillbud til men.PDF) side 12.

Den primære målgruppe for akuttillbuddene er voksne borgere (fra 18 år og opefter), der enten er psykisk sårbare eller har en psykisk lidelse og bor i egen bolig, og som oplever et akut behov for støtte og omsorg, men som ikke har umiddelbart behov for psykiatrisk behandling. Borgerne kan henvendes sig anonymt, hvis de foretrækker dette.

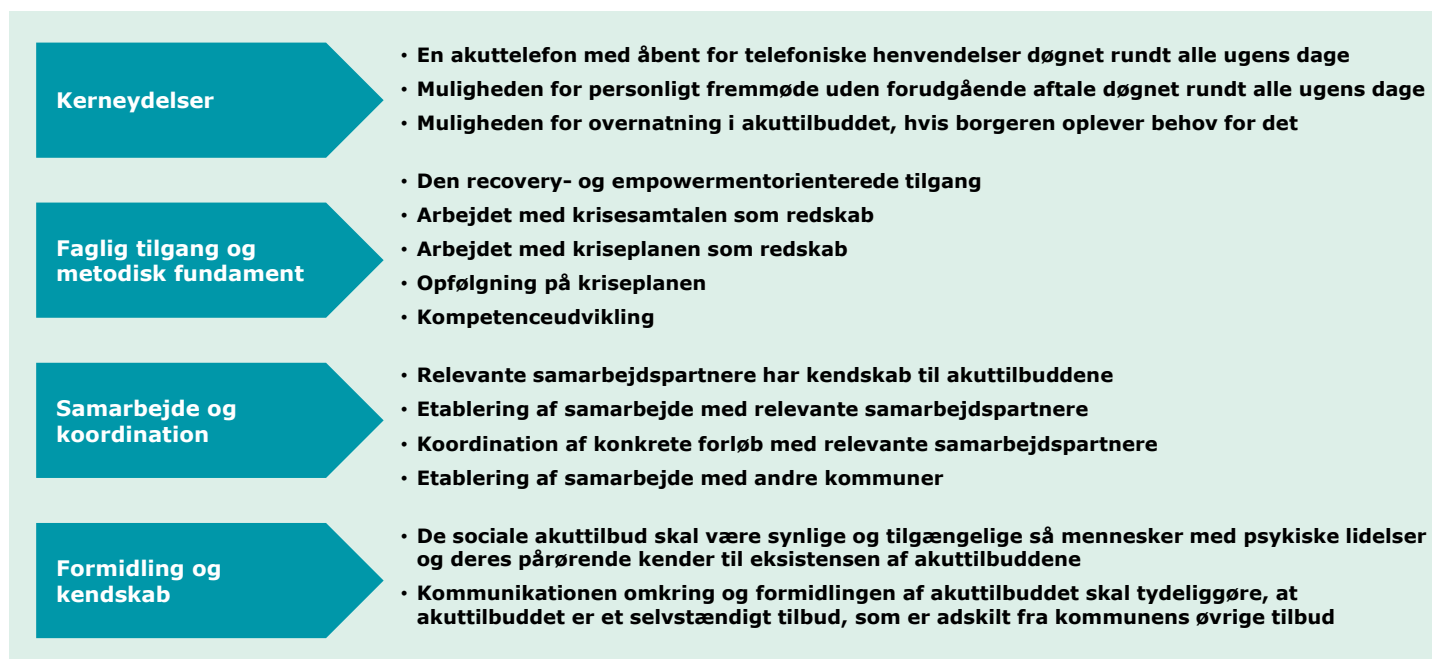
De sociale akuttillbud er oprettet efter en fælles model med tre kerneydelser, der som minimum skal være til rådighed i et velfungerende socialt akuttillbud:

1. En akuttelefon, der er åben for telefoniske henvendelser døgnet rundt alle ugens dage.
2. Mulighed for, at borgerne døgnet rundt kan møde op i akuttillbuddene uden visitation eller forudgående aftale og modtage akut støtte, omsorg eller rådgivning.
3. Mulighed for, at borgerne kan overnatte i akuttillbuddene, hvis de oplever behov for dette.

Den faglige tilgang i akuttillbuddene bygger på den recovery- og empowermentorienterede tilgang, der indebærer fokus på, at borgeren har mulighed for at komme sig helt eller delvis efter den psykiske krise, og at retten til at definere situationen er hos borgeren. Der er fokus på borgerens ønsker og behov i et ligeværdigt samarbejde, og det er centralt at udvikle borgerens kompetencer og ressourcer.<sup>5</sup>

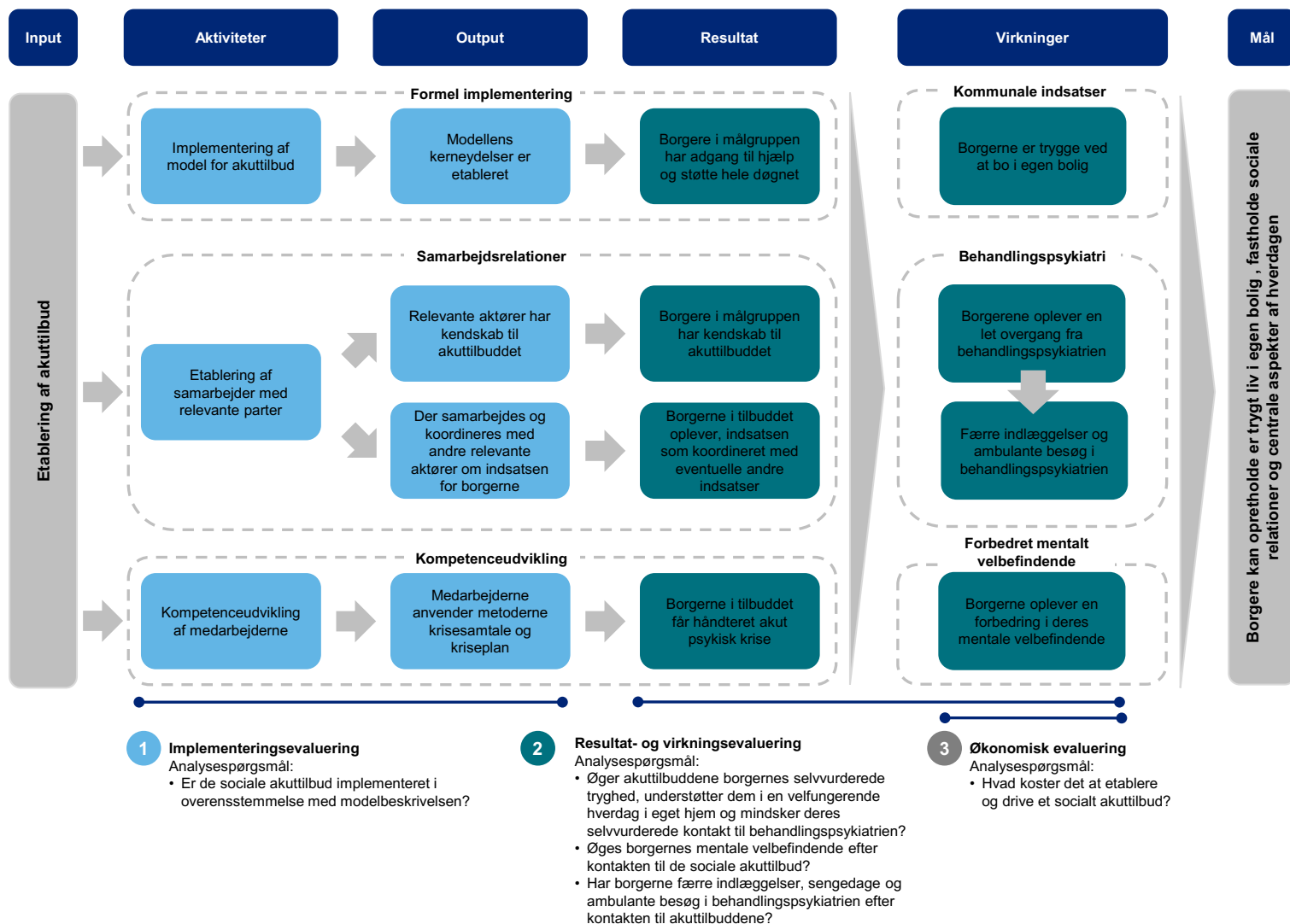
Kerneydelserne og den faglige tilgang i de sociale akuttillbud – sammen med en aktiv indsats for at øge kendskabet til akuttillbuddet og etablering af samarbejde og koordinering med relevante samarbejdspartnere – forventes gennem større tryghed hos borgerne at medvirke til, at borgerne oplever forbedret mentalt velbefindende og har færre indlæggelser, sengedage og ambulante besøg i behandlingspsykiatrien. Forandringsteorien for akuttillbuddene er skitseret nedenfor, og det er de enkelte delelementer i denne forandringsteori, som evalueringen er bygget op omkring.

Figur 1. Elementer i sociale akuttillbud



<sup>5</sup> Socialstyrelsens modelbeskrivelse for sociale akuttillbud, side 9.

Figur 2. Forandringsteori for de sociale akuttilbud



14 kommuner medvirker i projektet og afprøver i perioden 2015-2017 den fælles model for sociale akuttilbud. De 14 kommuner er:

- Fredericia/Middelfart
- Gladsaxe
- Greve
- Haderslev
- Jammerbugt
- Københavns
- Køge
- Nyborg
- Næstved
- Roskilde
- Skive
- Syddjurs
- Vesthimmerlands
- Viborg

Projektet *Udbredelse af sociale akuttilbud til mennesker med psykiske lidelser i egen bolig* indeholder tre understøttende dele: en kompetenceudviklingsdel, der varetages af Region Midt, processtøttedelen, der varetages af Socialstyrelsen, og et evalueringsspor, der varetages af Deloitte. Denne rapport indeholder slutevalueringen af projektet.

Evalueringen omfatter en implementeringsevaluering, en resultat- og virkningsevaluering og en økonomisk evaluering af indsatsen på tværs af disse 14 projektkommuner for brugere, der har henvendt sig i løbet af 2015 og 2016. I forlængelse af evalueringen er desuden udarbejdet et dokument med overvejelser og tjekliste til brug for implementering, hvori gode råd og erfaringer fra projektet indgår til inspiration til andre kommuner, der overvejer at oprette et socialt akuttillbud.

### 1.2 Fremgangsmåde og datagrundlag

Evalueringsdesignet er udformet, så der indgår såvel kvalitative som kvantitative elementer. Der er lagt stor vægt på at benytte flere forskelligartede datakilder til at belyse både implementeringen og resultaterne og virkningerne af de sociale akuttillbud. I den samlede evaluering indgår blandt andet:

- Oplysninger om alle henvendelser indsamlet via det i projektet udviklede registreringsværktøj.
- Telefoninterview med 33 brugere af de sociale akuttillbud.
- Spørgeskemaundersøgelse blandt projektledere og medarbejdere.
- Spørgeskemaundersøgelse blandt udvalgte samarbejdspartnere.
- Implementeringsbarometre indsamlet fra projektkommunerne fire gange i løbet af projektperioden.
- Registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.
- Oplysninger om andre foranstaltninger til borgerne (SEL §§ 85, 107 og 108) fra projektkommunerne.
- Oplysninger om omkostninger forbundet med etableringen og driften af de sociale akuttillbud leveret af de 14 projektkommuner.

I flowanalysen i virkningsevalueringen anvendes en klassisk før-/eftermåling til at illustrere virkningerne af de sociale akuttillbud. Dermed er der tale om et longitudinalt design, hvor borgerne følges i tiden op til deres første henvendelse til de sociale akuttillbud og i tiden umiddelbart efter denne første henvendelse. Der ses i analysen på forskellige tidsintervaller med henblik på at undersøge, om virkningen er stabil over tid. Ved denne tilgang bliver det muligt at identificere, om hver enkelt borger oplever et ændret mønster i antal indlæggelser, sengedage og ambulante besøg i behandlingspsykiatrien, i tiden efter de er kommet i kontakt med de sociale akuttillbud, sammenlignet med en tilsvarende periode op til deres første henvendelse til akuttillbuddene.

Denne tilgang har naturligvis sine begrænsninger, hvilket diskuteres i afsnit 7.1.2. For yderligere beskrivelse af metode, fremgangsmåde og datagrundlag for henholdsvis implementeringsevalueringen, resultat- og virkningsevalueringen og den økonomiske evaluering henvises til bilag.

### 1.3 Læsevejledning

Evalueringen falder i fem overordnede dele. I første del *Organisering af de sociale akuttillbud og karakteristika ved henvendelser og brugere* præsenteres den måde, hvorpå de sociale akuttillbud er organiseret, og en introducerende karakteristik af de henvendelser, som akuttillbuddene har modtaget i projektperioden. Endvidere præsenteres gruppen af brugere, der har anvendt de sociale akuttillbud. Dette kapitel har blandt andet til formål at give en introduktion til, hvordan de sociale akuttillbud er sammensat, og hvilke opgaver de varetager. I dette kapitel introduceres derfor de to organisationsmodeller samt medarbejder-sammensætningen, arbejdsopgaverne og tidsforbruget i de sociale akuttillbud.

I anden del præsenteres en karakteristik af de henvendelser, som akuttillbuddene har modtaget i perioden, herunder antal henvendelser, overnatninger mv., og en karakteristik af gruppen af brugere, der har anvendt de sociale akuttillbud. Afslutningsvis præsenteres yderligere karakteristika ved den del af målgruppen, der har angivet cpr-numre ved deres henvendelse, og resultaterne fra en klyngeanalyse, der er gennemført med henblik på at identificere relevante borgersegmenter i gruppen af brugere. Disse borgersegmenter anvendes videre i virkningsevalueringen, hvor det undersøges, om der ses forskellige virkninger for de identificerede borgersegmenter.

Tredje del indeholder en implementeringsevaluering, hvor der er fokus på, om de 14 sociale akuttilbud er implementeret i overensstemmelse med Socialstyrelsens modelbeskrivelse for sociale akuttilbud til mennesker med psykiske lidelser i egen bolig.<sup>6</sup> Formålet med kapitlet er at vurdere, om modellen er implementeret efter hensigten, for derved at sandsynliggøre, at de identificerede resultater og virkninger har sammenhæng med en retmæssig implementering af modellen for de sociale akuttilbud, og sandsynliggøre, at de identificerede omkostninger faktisk dækker en tilstrækkelig implementering af modelbeskrivelsen for de sociale akuttilbud. Tredje kapitel giver også en kort introduktion til resultaterne fra implementeringsevalueringen, mens der i bilag findes en uddybet implementeringsevaluering (7.2). Der er ligeledes udarbejdet et separat dokument med overvejelser og tjekliste til brug for implementering, der har til formål at opsamle erfaringer, opmærksomhedspunkter og relevante overvejelser fra projektet, som andre kommuner vil kunne anvende, hvis de overvejer at etablere et socialt akuttilbud.

I fjerde del evalueres resultaterne og virkningerne af de sociale akuttilbud. Her tages udgangspunkt i tre tilgange til at vurdere resultaterne: 1) bruger- og medarbejderoplevede effekter, 2) progressionsmålinger ved hjælp af måleredskabet SWEMWBS<sup>7</sup> og 3) flowanalyse til analyse af de sociale akuttilbuds virkninger for den samlede målgruppe og for hvert af de identificerede borgersegmenter. Formålet er således at belyse, hvilken betydning de sociale akuttilbud har haft for den samlede målgruppe og for forskellige borgersegmenter i målgruppen, og belyse, om akuttilbuddene har størst indvirkning på bestemte borgersegmenter.

I femte del følger en økonomisk evaluering af indsatsen. Her kortlægges de omkostninger, som de 14 projektkommuner har haft i forbindelse med etableringen og driften af de sociale akuttilbud. Derudover perspektiveres omkostningerne forbundet med modtagelse af henvendelser i de sociale akuttilbud med standardomkostninger forbundet med andre indsatser rettet mod målgruppen.

Fremgangsmåde, datakilder og metode beskrives ikke i de enkelte delafsnit, men findes i bilag.

---

<sup>6</sup> Socialstyrelsens modelbeskrivelse er vedlagt som bilag i det separate dokument *Model- og implementeringsguide*, der er udviklet i forlængelse af evalueringsrapporten. Der henvises hertil for indhold i modelbeskrivelsen.

<sup>7</sup> Måleredskabet Short Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale er et redskab til at måle borgeres mentale velbefindende. Redskabet beskrives yderligere i afsnit 4.2.

## 2 Organisering af de sociale akuttilbud

I dette kapitel introduceres de forskellige muligheder for organisering af de sociale akuttilbud, herunder også fordele og ulemper ved hver af de to mulige organisationsmodeller, henholdsvis integreret og semi-integreret model. Derudover præsenteres medarbejdernes arbejdsopgaver og tidsforbrug på de forskellige opgaver.

### 2.1 Introduktion til modelbeskrivelse

Den primære målgruppe for akuttilbuddene er borgere, der enten er psykisk sårbare eller har en psykisk lidelse og bor i egen bolig, og som oplever et akut behov for støtte og omsorg, men som ikke har umiddelbart behov for psykiatrisk behandling. Desuden er tilbuddet primært målrettet borgere i alderen fra 18 år og opefter.

De sociale akuttilbud er oprettet efter en fælles model med tre kerneydelser, der som minimum skal være til rådighed i et socialt akuttilbud:

- En akuttelefon, der er åben for telefoniske henvendelser døgnet rundt alle ugens dage.
- Mulighed for, at borgerne døgnet rundt kan møde op i akuttilbuddene uden visitation eller forudgående aftale og modtage akut støtte, omsorg eller rådgivning.
- Mulighed for, at borgerne kan overnatte i akuttilbuddene, hvis de oplever behov for dette.

Udover de tre kerneydelser kan akuttilbuddene vælge at tilbyde en udkørende funktion, hvor en medarbejder fra akuttilbuddet kører ud til borgerne.

Modellen for de sociale akuttilbud indebærer desuden, at borgerne kan henvende sig anonymt til akuttilbuddene, hvis de skulle ønske dette.

Den faglige tilgang til borgerne i de sociale akuttilbud er baseret på en recovery- og empowermentorienteret tilgang, der indebærer fokus på, at borgerne har mulighed for at komme sig helt eller delvis efter den psykiske krise, og at retten til at definere situationen er hos borgerne. Der er fokus på borgernes ønsker og behov i et ligeværdigt samarbejde, og det er centralt at udvikle borgernes kompetencer og ressourcer.<sup>8</sup>

Desuden skal alle akuttilbud i deres teoretiske og metodiske tilgang anvende krisesamtalen og kriseplanen. En krisesamtale er en støttende og afklarende samtale, der kan hjælpe den enkelte borger til at håndtere en akut krise. En kriseplan er en plan, der lægges sammen med borgeren med udgangspunkt i vedkommendes ønsker og behov. Efter cirka fem dage skal der i samarbejde med borgeren følges op på kriseplanen.

Det er en central del af projektet, at akuttilbuddene samarbejder med øvrige centrale aktører på området. I forbindelse med etableringen af akuttilbuddene har akuttilbuddene derfor udarbejdet et overblik over relevante samarbejdspartnere i kommuner og regioner samt øvrige aktører. I forlængelse heraf er

---

<sup>8</sup> Socialstyrelsens modelbeskrivelse for sociale akuttilbud, side 9.

der udarbejdet en kommunikationsstrategi, der skal være med til dels at udbrede og vedligeholde kendskabet til akuttilbuddene, dels at sikre vedligeholdelse af kontakten til og samarbejdet med relevante samarbejdspartnere. Eksempler på relevante samarbejdspartnere er den regionale behandlingspsykiatri, kommunens socialforvaltning, psykiatrisk skadestue, politiet, praktiserende læger og kommunens arbejdsmarkedsforvaltning.

## 2.2 Organisationsmodeller – integreret eller semi-integreret model

Der er overordnet to organisationsmodeller for de sociale akuttilbud. Projektkommunerne har haft mulighed for at følge enten den integrerede model, hvor akuttilbuddet etableres i fysisk og organisatorisk sammenhæng med et socialpsykiatrisk botilbud (SEL §§ 107 eller 108), eller den semi-integrerede model, hvor akuttilbuddet samtænkes organisatorisk med andre socialpsykiatriske tilbud i kommunen, men ikke nødvendigvis integreres fysisk hermed. I spørgeskemaundersøgelsen til projektlederne har syv projektledere angivet, at akuttilbuddet er semi-integreret, og syv har angivet, at akuttilbuddet er integreret. Det betyder, at akuttilbuddene er organiseret meget forskelligt. Nogle er i høj grad integreret med et tilstødende tilbud, mens andre stort set er selvstændige enheder. Tabellen nedenfor skitserer projektledernes vurderinger af mulige fordele og udfordringer/opmærksomhedspunkter ved de to modeller.

	Den integrerede model	Den semi-integrerede model
<b>Fordele</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samme medarbejdere kan dække både akuttilbud og botilbud, hvorved der opnås besparelser i forhold til samlet forbrug af medarbejderressourcer (især om natten).</li> <li>• De samlede udgifter er umiddelbart lavere ved denne model.</li> <li>• Stor personalegruppe, der kender hinanden godt og har fælles kultur.</li> <li>• Man kan sparre og trække på hinandens kompetencer.</li> <li>• Altid hjælp tilgængelig, hvis der opstår en vanskelig situation. Dette sikrer større sikkerhed og tryghed for medarbejderne.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medarbejderne skal hovedsagelig løse opgaver i akuttilbuddet. Dette sikrer fokus på opgaverne i akuttilbuddet, og at der er ro til at tage imod borgerne, så man ikke risikerer, at de føler sig som et irritationsmoment, men oplever, at der er tid til dem.</li> <li>• Akuttilbuddet associeres ikke med et tilstødende botilbud, hvorfor dette ikke risikerer at afholde nogle borgere fra at henvende sig.</li> <li>• Erfaringerne fra projektet viser, at de semi-integrerede akuttilbud har en større andel brugere uden forudgående kontakt til psykiatrien.</li> </ul>
<b>Udfordringer og opmærksomhedspunkter</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det kan være svært for medarbejderne at prioritere mellem opgaverne i botilbud og akuttilbud.</li> <li>• Nogle oplever, at der bliver taget ressourcer fra det eksisterende botilbud.</li> <li>• Fysisk placering sammen med botilbud kan opleves u hensigtsmæssigt på grund af forstyrrelser fra beboerne i botilbuddet.</li> <li>• 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.</li> <li>• Separat indgang og lokaler kan kræve ombygning.</li> <li>• Mange medarbejdere og derfor flere udgifter til opkvalificering, ligesom det kan være svært at have tid og ressourcer til at sende alle på kursus.</li> <li>• Mange medarbejdere gør, at der kan gå lang tid imellem, at nogle medarbejdere varetager opgaven og gennemfører krisesamtaler.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medarbejderne arbejder ofte alene, og nogle føler sig til tider utrygge i den situation.</li> <li>• Det kan være svært at få døgndækket akuttilbuddet.</li> <li>• Medarbejdere, der er tilknyttet andre tilbud, kan opleve det som en gene, at de lejlighedsvis også skal dække akuttilbuddet.</li> <li>• Der kan opstå meget ventetid på tidspunkter, hvor der ikke er så mange henvendelser.</li> <li>• Erfaringerne fra projektet indikerer, at denne model som udgangspunkt er lidt mere udgiftstung på grund af højere lønomkostninger.</li> </ul>

### 2.3 Medarbejdersammensætning og tidsforbrug på arbejdsopgaver

Da flertallet af akuttillbuddene er samtænkt med andre tilbud, og da mange af medarbejderne varetager andre opgaver ved siden af akuttillbuddet, er det vanskeligt præcist at angive både de afsatte ressourcer og det faktiske tidsforbrug i akuttillbuddet. Det kan for eksempel være, at én medarbejder passer akuttelefonen i et par timer, mens der varetages andre opgaver i et tilstødende botilbud. Projektlederne i akuttillbuddene har angivet, at der sammenlagt er 58,3 årsværk ansat i akuttillbuddene. I gennemsnit er der således 4,2 årsværk (inklusive projektledelse) tilknyttet hvert enkelt akuttillbud. Der er dog forskelle på antallet af årsværk, der er afsat til opgaven. Størstedelen af akuttillbuddene har afsat 2-6 årsværk til opgaven, mens enkelte akuttillbud har mere end 6 årsværk.

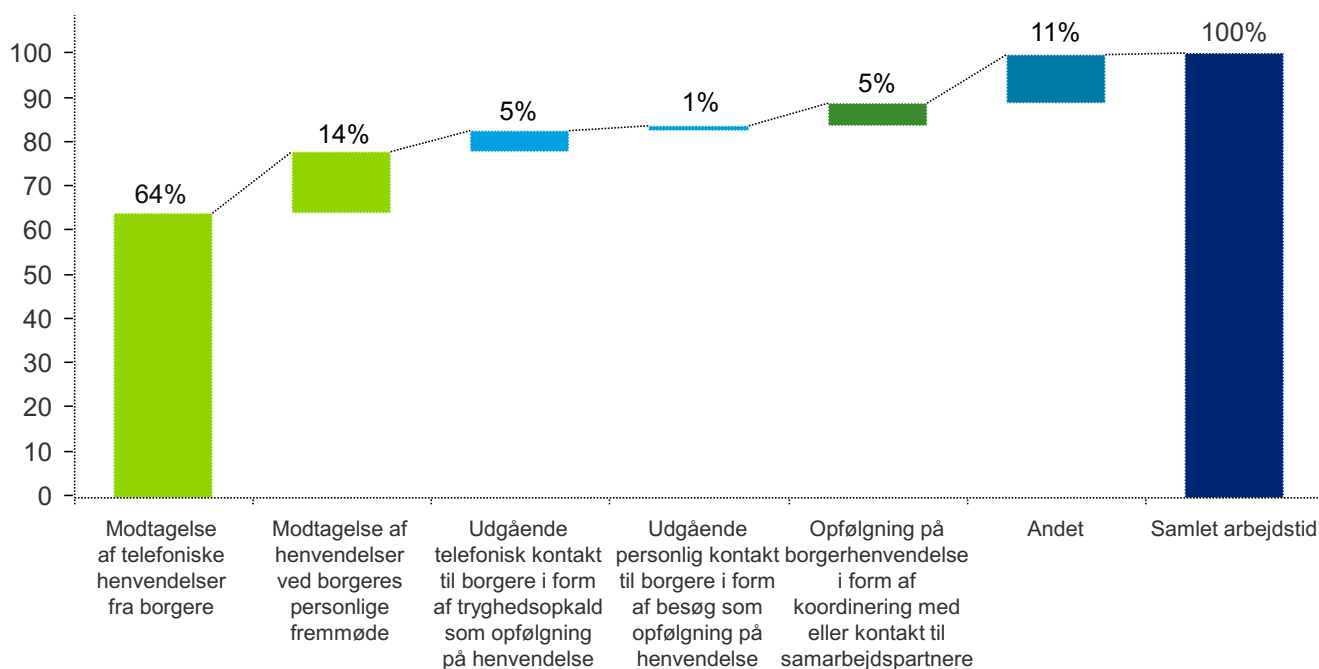
Der er ligeledes stor forskel på, om akuttillbuddene i de 14 projektkommuner har valgt at have en mindre gruppe fastansatte medarbejdere, der varetager opgaven, eller har valgt at have en større gruppe deltidsmedarbejdere. Projektlederne angiver, at i alt 234 medarbejdere er tilknyttet akuttillbuddene, hvilket giver et gennemsnit på 16,7 ansatte per akuttillbud. Dette dækker dog over meget store variationer i, hvor mange medarbejdere der er tilknyttet akuttillbuddene. I nogle akuttillbud er der således en lille fast kerne, der løser opgaverne, mens der i andre er en bredere gruppe medarbejdere, der løser opgaverne og sørger for, at akuttillbuddet er døgnbemandet. Fordelen ved det lille faste kerneteam vurderes at være, at alle medarbejdere ofte gennemfører krisesamtaler og udarbejder kriseplaner mv. og dermed holder deres kompetencer ved lige, hvilket kan være en udfordring i akuttillbud, der har mange deltidsmedarbejdere i kombination med få henvendelser. En stor gruppe deltidsmedarbejdere øger desuden udgifterne til kompetencegivende kurser, men øger også fleksibiliteten i vagtplanlægningen, og det kan derfor opleves nemmere at få døgndækket akuttillbuddet.

På spørgsmålet om, hvad deres arbejdstid i akuttillbuddet bruges på, angiver medarbejderne, at størstedelen (64 procent) af arbejdstiden i akuttillbuddene bruges på at modtage telefoniske henvendelser fra borgere, mens en mindre andel (14 procent) bruges på at modtage henvendelser ved personligt fremmøde. Derudover vurderer de, at cirka 5 procent af arbejdstiden bruges på udgående telefonisk og personlig kontakt til borgerne. I interviewene med borgerne nævner flere borgere, at de oplever dette særdeles positivt og mener, at den udgående kontakt i form af opfølgende opkald fra medarbejderne i akuttillbuddene har været særlig medvirkende til, at de har haft en god oplevelse med akuttillbuddene.

5 procent af arbejdstiden i akuttillbuddene går derudover til opfølgning på borgerhenvendelser i form af koordinering med eller kontakt til samarbejdspartnere. Medarbejderne i akuttillbuddene angiver desuden, at i gennemsnit 11 procent af deres arbejdstid i akuttillbuddet bruges på andet end at modtage henvendelser fra borgere eller kontakte borgere og samarbejdspartnere. Det nævnes, at denne tid især bruges på administrative opgaver, sparring, supervision, praktiske opgaver såsom rengøring eller registrering af henvendelser, der er sket i forbindelse med evalueringen.



Figur 3. Akuttilbudsmedarbejdernes vurdering af deres brug af arbejdstid i akuttilbuddene



Kilde: Spørgeskema til medarbejderne, december 2016/januar 2017. N: 161.

Det ses således, at langt størstedelen af medarbejdernes arbejdstid vurderes brugt på at modtage henvendelser fra borgerne. I det følgende gives en nærmere introduktion til disse henvendelser.

#### 2.4 Opsamling på organiseringen af de sociale akuttilbud

- Projektkommunerne har kunnet vælge mellem en integreret model, hvor akuttilbuddet fysisk og organisatorisk samtænkes med et eksisterende socialpsykiatrisk tilbud (ofte botilbud), eller en semi-integreret model med organisatorisk samtænkning. Syv kommuner har valgt den semi-integrerede model, og syv har valgt den integrerede model.
- Der er i gennemsnit tilknyttet 4,2 årsværk til hvert akuttilbud, men der ses stor variation mellem projektkommunerne.
- Nogle projektkommuner har valgt at organisere sig med et mindre kerneteam af fuldtidsansatte medarbejdere, mens andre har mange deltidsmedarbejdere. Spredningen i antallet af medarbejdere går således fra 6 til 48 medarbejdere. I gennemsnit er der 17 ansatte i akuttilbuddene.
- 78 procent af medarbejdernes arbejdstid bruges på modtagelse af telefoniske henvendelser og henvendelser ved personligt fremmøde. 6 procent af tiden bruges på udgående kontakt i form af opfølgende tryghedsopkald og opfølgning på kriseplan, mens 5 procent bruges på koordinering med relevante samarbejdspartnere.

## 3 Karakteristik af henvendelser og brugere

I dette kapitel præsenteres en generel karakteristik af henvendelserne, baggrunden herfor og udfaldet ved henvendelserne. Kapitlet indeholder også en karakteristik af brugerne i de sociale akuttillbud og herunder en klyngeanalyse til identifikation af forskellige borgersegmenter i målgruppen.

### 3.1 Karakteristik af henvendelser

De sociale akuttillbud åbnede for henvendelser i februar/marts 2015. I dette kapitel gives en indledende introduktion til de henvendelser, de 14 projektkommuner sidenhen har modtaget.

#### 3.1.1 Omfang og karakteristik af henvendelser

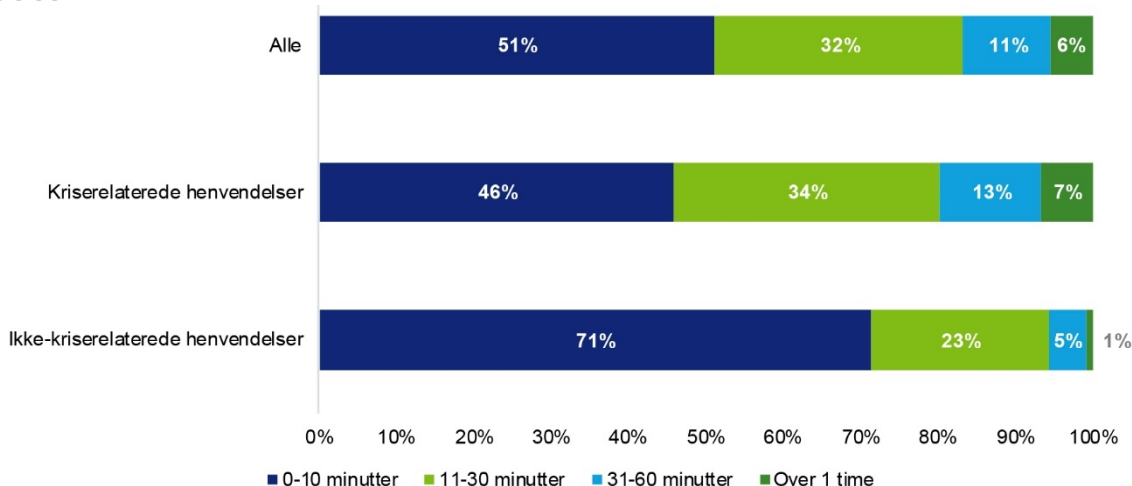
Siden opstarten er der per 1. januar 2017 registreret i alt 33.579 henvendelser på tværs af de 14 akuttillbud. Der har således været cirka 50 henvendelser per dag på tværs af de 14 akuttillbud, hvilket svarer til godt 3,5 henvendelser om dagen for hvert akuttillbud.

Disse opgørelser dækker dog over meget forskellige antal henvendelser i de 14 projektkommuner. Antallet af henvendelser varierer således mellem 92 og 9.771 per akuttillbud i den undersøgte periode (2015-2016). Dette skyldes naturligvis variationen i kommunestørrelse, hvorfor den potentielle brugermålgroupe varierer i størrelse. Forskellen mellem antal henvendelser er således markant mindre, når henvendelserne opgøres per 1.000 indbyggere.

Som tidligere nævnt kan borgerne henvende sig til de sociale akuttillbud på flere måder – først og fremmest kan man ringe til akuttelefonen, men der er også mulighed for at henvende sig ved personligt fremmøde og eventuelt overnatte i akuttillbuddet. Langt størstedelen af henvendelserne består af opkald til akuttelefonen. Dette gør sig gældende for samlet set 86,6 procent af henvendelserne. 12,0 procent af henvendelserne finder sted ved personlig henvendelse, mens de resterende 1,4 procent af henvendelserne hører under kategorien *anden henvendelsesmåde*, der for eksempel dækker over sms og mail.

Ser man på, hvor meget tid de sociale akuttillbud bruger på henvendelserne, ses det, at der i gennemsnit bruges lidt over 20 minutter på hver henvendelse. Dette dækker dog også over, at nogle typer henvendelser tager længere tid end andre. De kriserelaterede henvendelser varer generelt længere end de ikke-kriserelaterede henvendelser. I gennemsnit varer en ikke-kriserelateret henvendelse således knap 10 minutter, mens en kriserelateret henvendelse i gennemsnit varer 29 minutter. Hvis personen er i alvorlig krise, varer henvendelsen i gennemsnit 38 minutter.

**Figur 4. Tidsforbrug på henvendelserne opdelt på kriserelaterede og ikke-kriserelaterede henvendelser**

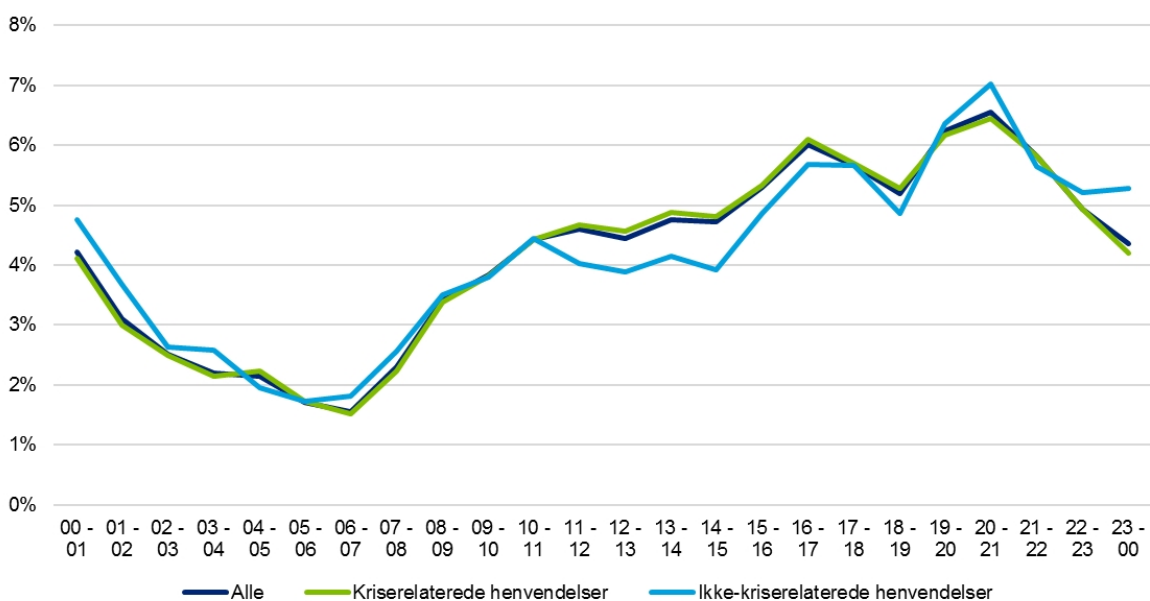


**Kilde:** Deloitte's registreringsværktøj, udtræk 1. januar 2017. **N:** 32.563 henvendelser, hvor der er angivet tidsforbrug.

Af modelbeskrivelsen for de sociale akuttilbud fremgår det, at akuttilbuddet skal være et tilbud til borgere, der har brug for hjælp til at håndtere akut psykisk krise – også udenfor socialpsykiatriens almindelige åbningstider. Derfor er det også interessant at belyse, hvor stor en andel af henvendelserne til de sociale akuttilbud, der falder udenfor de normale åbningstider. Erfaringerne fra projektet viser, at der generelt er flest henvendelser i tidsrummet kl. 15-22, mens der er færrest i de sene nattetimer. En række borgere angiver dog i interviewene, at de ikke nødvendigvis henvender sig om natten, men oplever, at der er stor trykthed ved at vide, at de kan kontakte akuttilbuddet døgnet rundt, hvor der ikke er andre tilbud, der har åbent.

Mønstret med flest henvendelser i tidsrummet kl. 15-22 og færrest i nattetimerne gælder for såvel kriserelaterede som ikke-kriserelaterede henvendelser, jf. figur 5. Det ses således, at der er efterspørgsel efter hjælp til akut opstået psykisk krise udenfor normal åbningstid i de socialpsykiatriske og de ambulante psykiatriske tilbud.

**Figur 5. Andel henvendelser opdelt på tidspunkter på dagen**



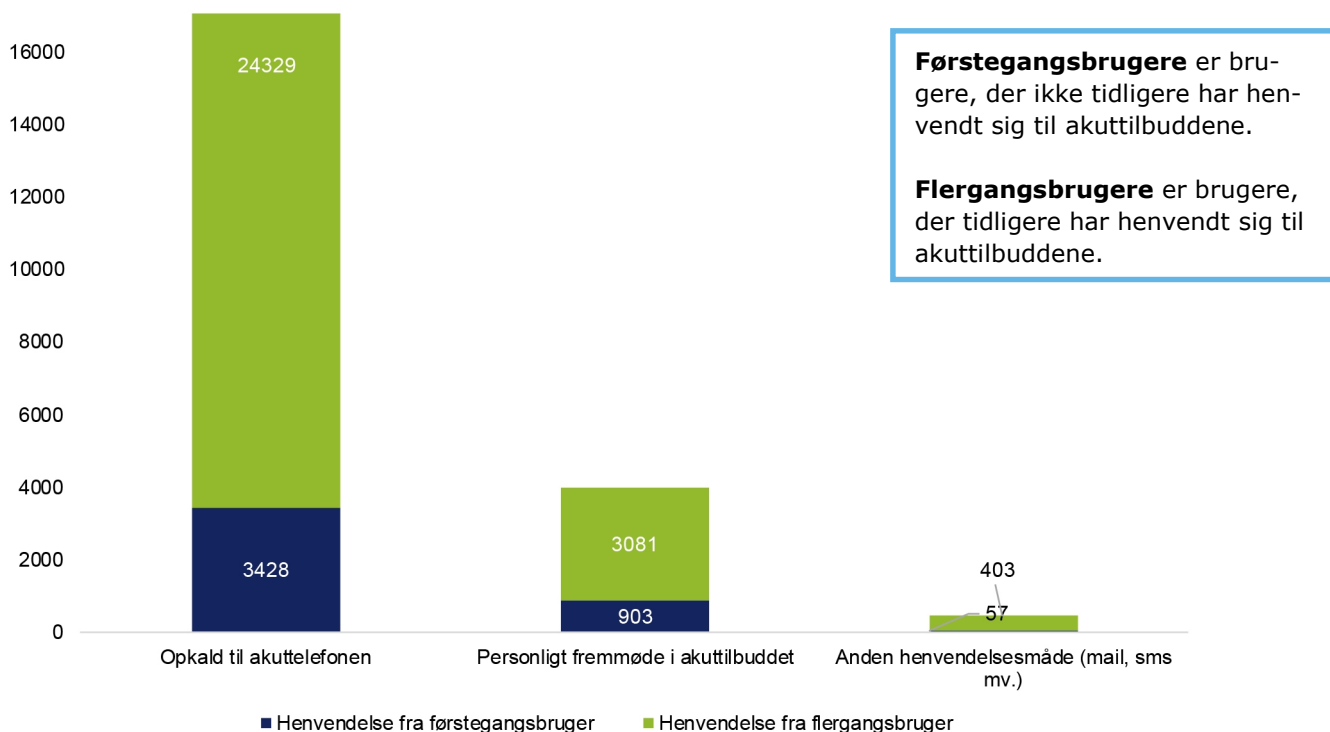
**Kilde:** Deloitte's registreringsværktøj, udtræk 1. januar 2017. **N:** 33.579 henvendelser.

Det er dog interessant, at akuttilbuddene ikke oplever en ændring i antallet af henvendelser i weekenden, hvor der i mindre grad er adgang til andre socialpsykiatriske tilbud og til den ambulante psykiatri.

### 3.1.2 Karakteristik af brugerne og baggrund for henvendelserne

De 33.579 henvendelser fordeler sig på 4.388 unikke brugere. Der er således mange henvendelser fra flergangsbrugere, hvilket også fremgår af figur 6, der illustrerer antallet af henvendelser fra henholdsvis førstegangs- og flergangsbrugere opdelt på henvendelsestyper.

**Figur 6. Antal henvendelser fra henholdsvis førstegangs- og flergangsbrugere opdelt på henvendelsestyper**



**Kilde:** Deloitte's registreringsværktøj, udtræk 1. januar 2017. **N:** 32.201 henvendelser, hvor det er angivet, om henvendelsen er fra en førstegangs- eller en flergangsbruger.

Heraf fremgår, at 27.813 henvendelser er fra flergangsbrugere, hvilket svarer til 86,4 procent af henvendelserne, mens samlet set 4.388 henvendelser er fra førstegangsbrugere, hvilket svarer til 13,6 procent af henvendelserne.

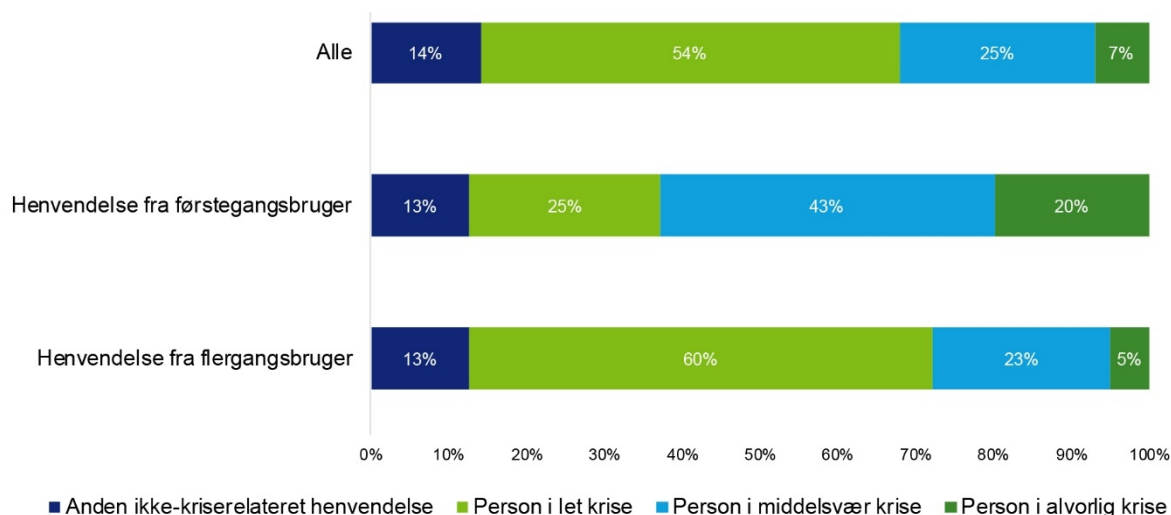
I modelbeskrivelsen for de sociale akuttilbud fremgår det, at målgruppen for de sociale akuttilbud er borgere i akut psykisk krise. Ser man på, hvor stor en andel af brugerne som medarbejderne ved henvendelsen registrerer som i akut psykisk krise, ses det, at 86 procent af henvendelserne til akuttilbuddet er fra personer, der vurderes at være i akut psykisk krise. De resterende 14 procent er andre ikke-kriserelaterede henvendelser. Af de 86 procent af alle henvendelser, der kommer fra borgere i psykisk krise, vurderer medarbejderne, at 54 procent er i let krise, 25 procent i middelsvær krise og de resterende 7 procent i alvorlig psykisk krise.

**Tabel 1. Definition af kriseniveauer**

Kriseniveau	Definition
Let krise	Borgere, der har behov for omsorg og tryghed og støtte til at håndtere deres 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 krisen.
Middelsvær krise	Borgere, der har behov for beroligelse og omsorg ved eksempelvis panik- eller angstanfald. Fokus er på at afhjælpe krisesituationen og skabe ro og tryghed for borgeren her og nu. Efterfølgende er fokus på at forebygge, at krisen optrappes, og støtte borgeren i håndteringen af krisen.
Alvorlig krise	Borgere, der er selvmordstruede, selvskadende og/eller på randen af indlæggelse/behandlingskrævende. Borgeren har behov for hjælp her og nu, hvor der primært er fokus på at købe tid. Den akutte hjælp har udelukkende karakter af at afhjælpe situationen eller hjælpe til indlæggelse. Dette er typisk borgere, der har en diagnose og tidligere har været indlagt i behandlingspsykiatrien.

**Kilde:** Socialstyrelsens modelbeskrivelse for sociale akuttilbud, side 2.

**Figur 7. Henvendelser opdelt på grader af krise og typer af bruger**



**Note:** I opgørelsen indgår kun henvendelser, der er registreret i 2016, da der efter projektledermødet i december 2015 har været ændringer i registreringspraksis. **Kilde:** Deloitte's registreringsværktøj, udtræk 1. januar 2017. **N:** 20.775.

Derudover ses det, at markant flere henvendelser fra førstegangsbbrugere (20 procent) vurderes at være fra personer i alvorlig krise sammenlignet med flergangsbbrugere, hvor 5 procent af henvendelserne vurderes at være fra borgere, der er i alvorlig krise. Dette indikerer, at en stor del af brugerne i akuttilbudene først henvender sig, når de befinder sig i en alvorlig krise, og derefter henvender sig ved mindre kriser. Dette stemmer overens med de interviewede borgeres oplevelser, hvor flere giver udtryk for, at de forud for deres første henvendelse til akuttilbuddet var i alvorlig psykisk krise og ikke så andre udveje end at række ud efter hjælp i akuttilbuddet, mens de efterfølgende oplevede tryghed i at kunne kontakte akuttilbuddet, før deres udfordringer eskalerede til alvorlige kriser.

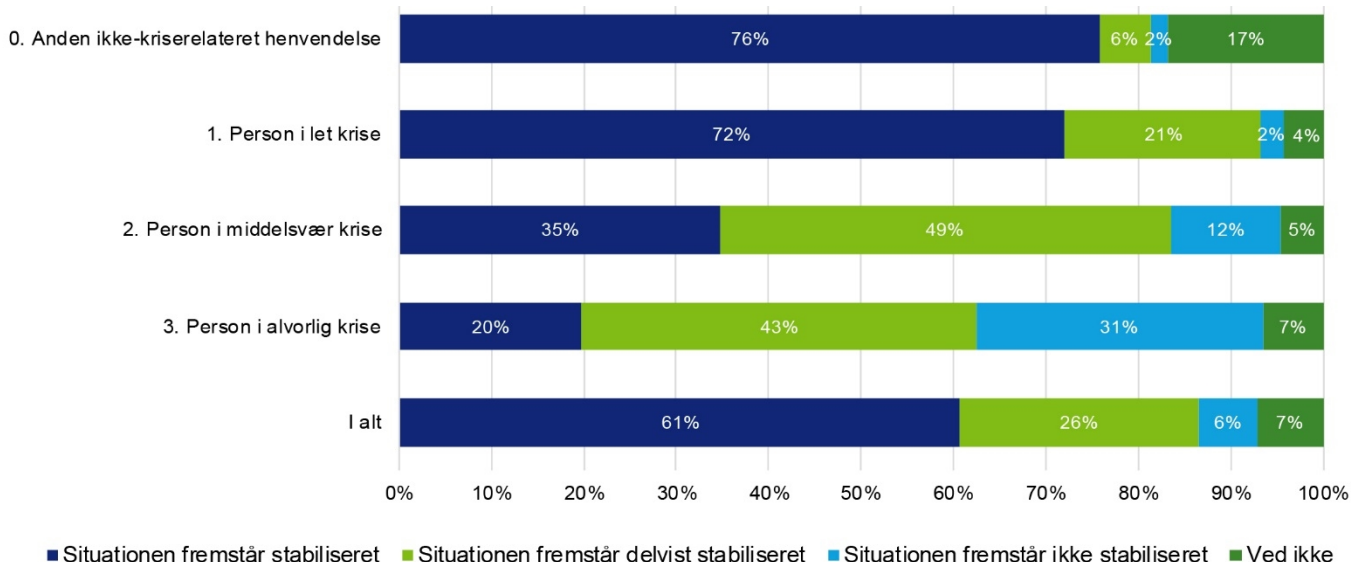
Ser man i stedet på årsagerne til den akut opståede psykiske krise og dermed henvendelsen til de sociale akuttilbud, ses det, at den hyppigste årsag er *ensomhed/social isolation*, der angives i 38 procent af alle henvendelser, efterfulgt af *angst/nervøsitet*, der angives i 32 procent af alle henvendelser. Ses der udelukkende på henvendelser fra førstegangsbbrugere, er årsagerne til henvendelserne generelt mere varierede og alvorlige. For 14 procent er årsagen således *selvskadende adfærd/selvmodstanker*, og for 19 procent angives årsagen at være *depression*. Dette understøtter formodningen om, at borgerne henvender sig første gang, når de befinder sig i en alvorlig krise, og derefter henvender sig ved mindre kriser. Denne hypotese understøttes af de kvalitative interview, hvor otte borgere nævner, at de var i en meget alvorlig psykisk krise, da de første gang valgte at kontakte akuttilbuddet. Efterfølgende har de jævnlig gjort brug af akuttilbuddet ved mindre kriser og har brugt det til gradvis at komme på fode igen.

Ikke-kriserelaterede henvendelser skyldes primært *ensomhed/social isolation*. Dette kan være borgere, der blot ringer ind for at snakke, uden at henvendelsen er kriserelateret. Herudover nævnes *behov for information, oplysning og vejledning* også som hyppig årsag til ikke-kriserelaterede henvendelser.

### 3.1.3 Udfald af henvendelserne

Ser man i stedet på udfaldet af henvendelserne, fremgår det af figur 8, at ved samlet set 61 procent af henvendelserne vurderer medarbejderne, at situationen er stabiliseret ved henvendelsens afslutning, mens 26 procent af henvendelserne vurderes at være delvis stabiliseret. I 6 procent af tilfældene vurderer medarbejderne dog ikke, at situationen er stabiliseret.

**Figur 8. Andel henvendelser opdelt på stabilitet ved henvendelsens afslutning og grader af krise**



**Kilde:** Deloitte's registreringsværktøj, udtræk 1. januar 2017. **N:** 33.579 henvendelser.

Ikke overraskende afhænger sandsynligheden for, at situationen fremstår stabiliseret ved henvendelsens afslutning, af borgerens grad af krise ved henvendelsen. Vurderes borgeren at være i alvorlig krise ved henvendelsen, ender 31 procent af henvendelserne således med at blive afsluttet, uden at situationen fremstår stabiliseret. Dette gør sig blot gældende for 2 procent af tilfældene, hvor borgeren blot vurderes at være i let krise. Ser man i stedet på andelen af henvendelser, hvor situationen ved afslutningen vurderes at være stabiliseret, gælder dette for 72 procent af henvendelserne fra personer i let krise, mens blot en femtedel af henvendelserne er stabiliseret ved afslutningen, når personen vurderes at være i alvorlig krise ved henvendelsen.

Sandsynligheden for, at akuttilbuddet igangsætter et tiltag, øges desuden, når situationen ikke fremstår stabiliseret ved henvendelsens afslutning. Akuttilbuddene søger således at stabilisere situation ved eksempelvis at bede borgeren om at møde op i akuttilbuddet eller ved at rette henvendelse til andre myndigheder. Der er ligeledes større sandsynlighed for, at der igangsættes et tiltag, når henvendelsen stammer fra førstegangsborgere eller ved henvendelser, hvor borgeren befinder sig i alvorlig krise.

De hyppigst iværksatte tiltag er aftale med borgeren om en ny samtale, eller at borgeren opfordres til at møde op i akuttilbuddet. Akuttilbuddene retter således sjældent henvendelse til andre aktører, ligesom de ved blot 6 procent af henvendelserne opfordrer borgerne til at kontakte andre aktører.

I nogle tilfælde vurderes det desuden nødvendigt at tilbyde borgerne overnatning i akuttilbuddet. Oplysningerne fra registreringsværktøjet viser, at borgerne overnatter i akuttilbuddet ved 2,4 procent af henvendelserne. Der er på tværs af de 14 akuttilbud registreret i alt 801 henvendelser, hvor en borger overnattede i akuttilbuddet. Ved 430 af disse henvendelser har borgeren overnattet én nat, mens det 34 gange er sket, at borgeren har overnattet i otte nætter eller derover.

### 3.2 Karakteristik af brugerne

Brugerne har haft mulighed for at henvende sig anonymt, og denne mulighed har borgerne gjort brug af ved knap halvdelen af henvendelserne. Der er således registreret cpr-nummer på 56 procent af henvendelserne, og for disse brugere (2.366 borgere) er det muligt at koble henvendelserne til data fra Danmarks Statistik og andre kilder for dermed at udarbejde en dybere karakteristik af målgruppen. Dette afsnit indeholder en karakteristik af den samlede målgruppe bestående af de 2.366 brugere, der er registreret cpr-nummer på. Derudover indeholder afsnittet en klyngeanalyse til identifikation af borgersegmenter, der efterfølgende vil blive anvendt i resultat- og virkningsevalueringen.

#### 3.2.1 Karakteristika ved den samlede målgruppe

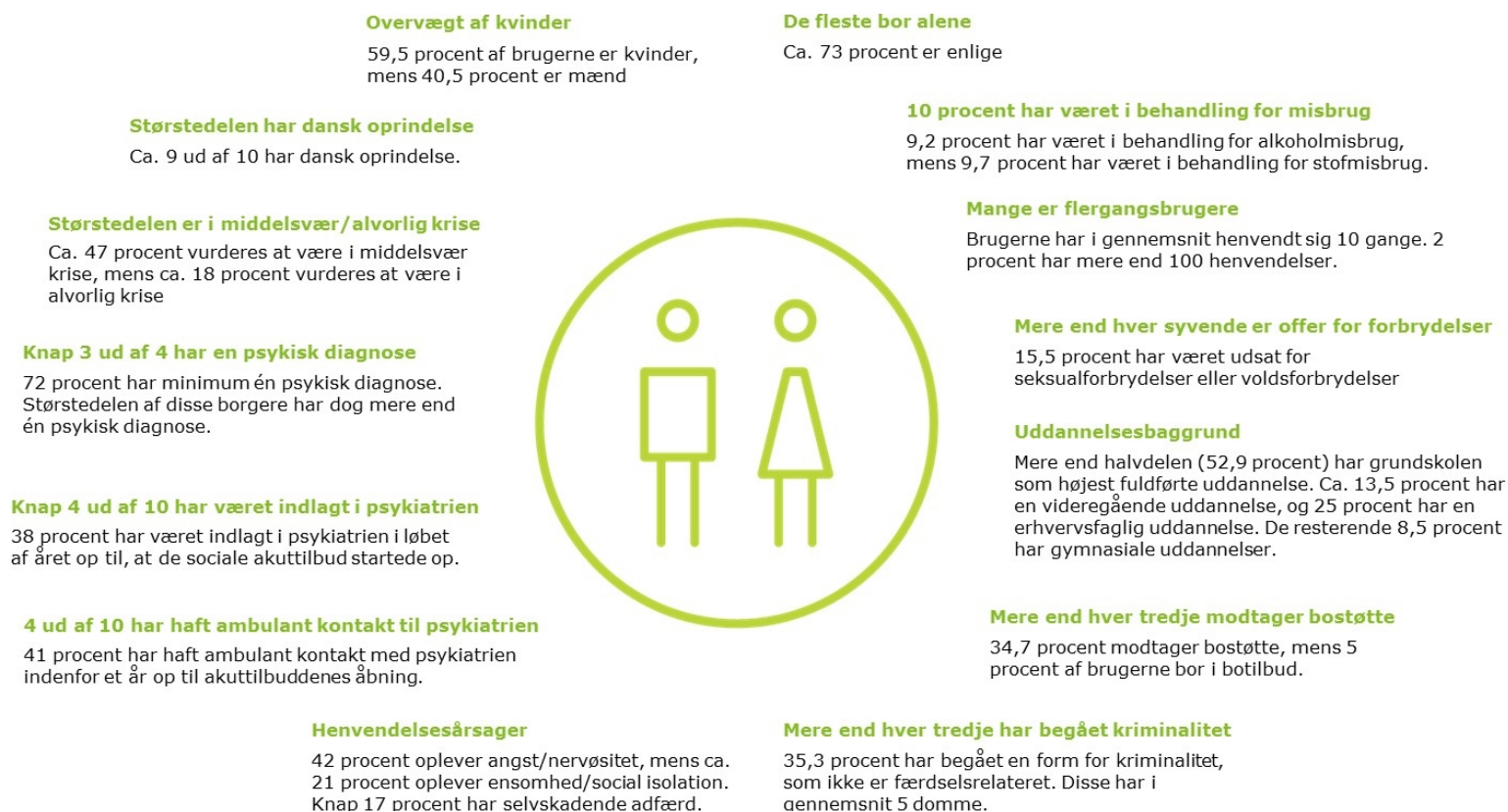
I dette afsnit beskrives forskellige karakteristika ved denne gruppe brugere, mens afvigelser i forhold til registreringerne på de samlede henvendelser også kommenteres, hvor sådanne afvigelser forekommer.

Data indikerer, at der er tale om en gruppe borgere, der har både sundhedsmæssige og sociale problemstillinger, ligesom de har forholdsvis lavt uddannelsesniveau og lille tilknytning til arbejdsmarkedet.

Figur 9 illustrerer udvalgte karakteristika ved den samlede målgruppe med angivet cpr-nummer bestående af de 2.366 brugere.



Figur 9. Karakteristika ved målgruppen



**Kilde:** Danmarks Statistik. **N:** 1904<sup>9</sup> og 10. **Note:** Opgørelserne dækker forskellige årstal og tidsperioder. Det er angivet i teksten nedenfor, hvor langt registreringerne går tilbage for hver enkelt opgørelse.

Som det fremgår af figuren, er gruppen af borgere, der er registreret cpr-nummer på, karakteriseret ved en overvægt af kvinder. Dette adskiller sig ikke videre fra den samlede gruppe brugere, selvom mændene i denne del er en smule overrepræsenteret i forhold til hele populationen af brugere, hvori anonyme brugere også indgår (cirka 40 procent mod cirka 35 procent i den samlede gruppe). Langt størstedelen (cirka 90 procent) er af dansk oprindelse, og de fleste (73 procent) bor alene.

Mange brugere er flergangsbrugere, og i gennemsnit har brugerne henvendt sig ti gange i den undersøgte periode. Størstedelen af brugerne er desuden i middelsvær eller alvorlig krise (henholdsvis 47 og 18 procent), hvormed denne gruppe samlet set afviger noget fra de gennemsnitlige henvendelser, hvor 25 procent vurderes at være i middelsvær krise, og 7 procent vurderes at være i alvorlig krise. Nogle af de hyppigste årsager til henvendelser er angst/nervøsitet og ensomhed/social isolation.

Mere end én ud af syv brugere har været udsat for seksualforbrydelser eller voldsforbrydelser, og disse brugere har i gennemsnit været udsat for 2,8 forbrydelser. Langt størstedelen (84 procent) har været udsat for én forbrydelse. Her bør det dog bemærkes, at dette dækker anmeldte forbrydelser, hvorfor den reelle andel muligvis er større, ligesom opgørelserne blot dækker forbrydelser siden 2001, hvorfor nogle sandsynligvis har været ofre for kriminalitet forud for disse opgørelser.

<sup>9</sup> Det har ikke været muligt at genfinde alle cpr-numre i de forskellige registre, hvorfor klyngeanalysen tager udgangspunkt i 1.904 brugere. Frafaldet har flere årsager, herunder fejl i de angivne cpr-numre, dødsfald, udflytning, tilflytning mv.

<sup>10</sup> Brugere fra Fredericia/Middelfart indgår ikke i opgørelsen over andelen af borgere, der modtager bostøtte eller bor i botilbud. Det skyldes, at Fredericia/Middelfart ikke har haft mulighed for at indlevere oplysninger om eventuelle foranstaltninger.



Knap tre fjerdedele af disse brugere har en psykisk diagnose. I 2015 er der således registreret mindst én psykisk diagnose på 72 procent af brugerne. Det skal dog nævnes, at registreringerne dækker perioden 1995-2015, hvorfor nogle psykiske diagnoser kan ligge langt tilbage. For langt størstedelen af disse brugere gælder desuden, at de har mere end én psykisk diagnose. Dette tyder på, at en stor del af brugerne er tidligere kendt i psykiatrien. Knap halvdelen har desuden været indlagt i psykiatrien i løbet af året, før de sociale akuttilbud startede op, mens godt 40 procent i samme periode har været i ambulans kontakt med psykiatrien. De resterende har ikke umiddelbart haft kontakt til psykiatrien forud for deres henvendelse til de sociale akuttilbud.

Ser man på den fjerdedel, der ikke bor alene, ses det, at deres pårørende<sup>11</sup> også i nogen grad er kendt i psykiatrien. 27,4 procent af de personer, der ikke er enlige, bor sammen med en pårørende, der har en psykisk diagnose.

Brugerne har desuden hyppig kontakt til praktiserende læge mv. dækket af sygesikringen. Tre fjerdedele har således været i kontakt med praktiserende læge eller lignende minimum ti gange i løbet af 2015.

Godt en tredjedel har desuden en dom for forskellige former for kriminalitet (frasortet færdselsrelaterede afgørelser). 35,3 procent har således en dom for kriminalitet, og disse borgere er i gennemsnit dømt for fem lovovertrædelser. Her skal det dog bemærkes, at cirka 5 procent af de kriminalitetsdømte har et højt antal domme (mere end ti domme hver), hvilket trækker det gennemsnitlige antal domme op, ligesom det også bør bemærkes, at opgørelserne indeholder domme tilbage til 1980.

Mere end halvdelen af brugerne har grundskolen som deres højst fuldførte uddannelse. Cirka 13,5 procent har en kort videregående uddannelse, en mellemlang videregående uddannelse eller en lang videregående uddannelse, mens 25 procent har en erhvervsfaglig uddannelse. De resterende 8,5 procent fordeles sig på almen- eller erhvervsfaglige uddannelser. Brugerne af akuttilbuddene er således lavere uddannede end almenbefolkningen, hvor blot cirka en fjerdedel i 2016 havde grundskolen som højst fuldførte uddannelse.<sup>12</sup>

Generelt har brugerne meget lille tilknytning til arbejdsmarkedet. 34 procent af brugerne modtager således førtidspension, 12,2 procent er på kontanthjælp, yderligere godt 12 procent modtager uddannelseshjælp, og 9,6 procent modtager sygedagpenge.

Cirka 40 procent af borgerne i gruppen har henvendt sig første gang til akuttilbuddene i 2015, mens de resterende godt 60 procent har henvendt sig første gang i 2016. Cirka to tredjedele har henvendt sig telefonisk ved første henvendelse, mens den sidste tredjedel har henvendt sig ved personligt fremmøde. Det er dog ikke muligt at vurdere, om denne sidste tredjedel, der har henvendt sig ved personligt fremmøde, har været i telefonisk kontakt med akuttilbuddet på forhånd, hvor medarbejderen har valgt først at registrere brugeren, når vedkommende mødte op i akuttilbuddet. Der er afholdt krisesamtale ved cirka 80 procent af brugernes første henvendelse, og 205 af borgerne har overnattet i akuttilbuddene. Disse 205 borgere står tilsammen for 479 af de i alt 1.758 overnatninger i de sociale akuttilbud over hele perioden.

### 3.2.2 Klyngeanalyse og de identificerede borgersegmenter i gruppen af brugere

Ovenstående giver et indblik i, hvordan den samlede gruppe brugere af de sociale akuttilbud ser ud. Der er imidlertid også stor intern variation i gruppen af brugere. Af modelbeskrivelsen fremgår det ligeledes, at de sociale akuttilbud har til formål *både* at afværge u hensigtsmæssige genindlæggelser i psykiatrien for brugere, der har haft intensiv forudgående kontakt til psykiatrien, *og* fungere som første kontakt for borgere med psykiske lidelser, der endnu ikke har modtaget anden hjælp eller er visiteret til et tilbud. Heri ligger således en forventning om, at brugerne af de sociale akuttilbud kommer med vidt forskelligt kendskab til og erfaring med psykiatriske tilbud og indsatser. På grund af disse forskellige udgangspunkter må de sociale akuttilbud også forventes at have forskellige virkninger for forskellige grupper.

<sup>11</sup> Pårørende er her defineret som dem, man deler familieident med i befolkningsstatistikken. Der er altså tale om de personer, der er registreret i familien på samme adresse som brugeren selv.

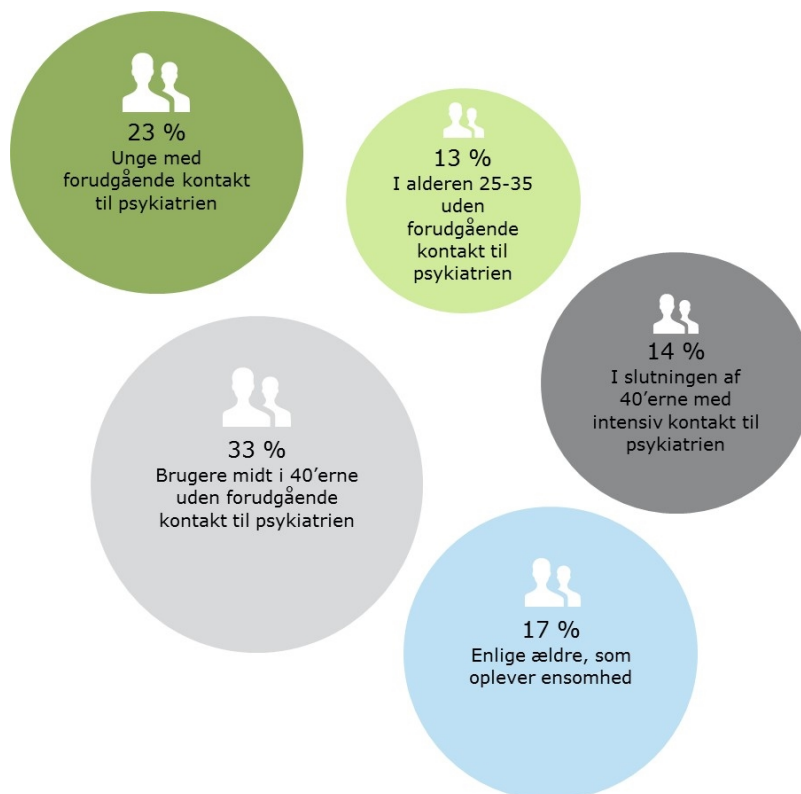
<sup>12</sup> <http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=2240>.

For den gruppe brugere, der har intensiv forudgående kontakt til psykiatrien (for eksempel borgere, der udskrives fra en psykiatrisk indlæggelse eller fraflytter et botilbud), forventes det for eksempel, at de sociale akuttillbud kan være med til at afhjælpe uhensigtsmæssige genindlæggelser eller lignende. For den gruppe brugere, hvor de sociale akuttillbud er det første sted, hvor de søger hjælp til deres kriser, er der ikke en klar forventning om virkningen. På den ene side kunne man forestille sig, at disse borgere er i alvorlig krise, før de tager initiativ til at søge denne første hjælp, hvorfor de sociale akuttillbud kan virke som en indgang til systemet, der sender borgerne videre til den rette (mere intensive) behandling. I disse tilfælde forventes det, at borgerne for eksempel oplever øget kontakt til psykiatrien efter deres henvendelse til de sociale akuttillbud. På den anden side kan man forvente, at en krisesamtale og eventuelt udarbejdelse af en kriseplan kan være tilstrækkeligt, til at denne gruppe brugere kan fortsætte hverdagen uden yderligere støtte. I disse tilfælde forventes der ikke yderligere efterfølgende kontakt til psykiatrien.

Der kan således forventes forskellige virkninger af de sociale akuttillbud ud fra borgerens udgangspunkt ved henvendelsen til de sociale akuttillbud. For at kunne undersøge, om de sociale akuttillbud har forskellige virkninger for forskellige grupper brugere (og om de har større betydning for nogle grupper end andre), gennemføres en klyngeanalyse til identifikation af relevante grupperinger i brugerne af de sociale akuttillbud. De identificerede borgersegmenter anvendes dernæst i en flowanalyse, der undersøger gruppernes grad af kontakt til psykiatrien før og efter deres henvendelse til de sociale akuttillbud og dermed undersøger ovennævnte forventninger til eventuelle virkninger.

Figur 10 illustrerer de fem borgersegmenter, der er identificeret via en klyngeanalyse af brugerne af akuttilluddene, med angivet cpr-nummer.<sup>13</sup>

**Figur 10. De identificerede segmenter i gruppen af brugere af de sociale akuttillbud**



Som det fremgår af figuren, differentierer borgersegmenterne sig primært på alder og forudgående kontakt til psykiatrien. Klyngeanalysen har således resulteret i fem grupper, hvoraf to grupper er forholdsvis

<sup>13</sup> Klyngeanalysen er udført med en hierarkisk model (Wards model). For yderligere beskrivelse af metode og fremgangsmåde henvises til bilag.

unge brugere, der har henholdsvis lav og høj grad af tidligere kontakt til psykiatrien. Derudover er der to grupper med en gennemsnitsalder i 40'erne, der på samme måde adskiller sig fra hinanden ved graden af forudgående kontakt til psykiatrien mv. Afslutningsvis er der en gruppe ældre, der adskiller sig ved i høj grad at være enlige ældre, der ofte angiver ensomhed som henvendelsesårsag. Disse fem borgersegmenter beskrives yderligere i det følgende.



### **13 procent unge med lidt forudgående kontakt til behandlingspsykiatrien**

Dette segment er især karakteriseret ved:

- Ingen eller forholdsvis lidt forudgående kontakt til behandlingspsykiatrien.
- Der er således 0 procent, der har været indlagt eller haft ambulante kontakt til behandlingspsykiatrien i året forud for de sociale akuttillbuds opstart.
- Gennemsnitsalderen er 23 år.
- Knap 30 procent har dog på et tidspunkt fået en psykisk diagnose, men der er tale om forholdsvis få diagnoser relativt til den samlede målgruppe.
- 15 procent har været udsat for en voldsforbrydelse eller seksuel krænkelse.
- 24,5 procent har minimum én dom for kriminalitet, hvilket er lavere end gennemsnittet for målgruppen.
- De har i gennemsnit henvendt sig til de sociale akuttillbud tre gange.



### **23 procent i alderen 25-35 år med forudgående kontakt til behandlingspsykiatrien**

Dette segment er især karakteriseret ved:

- Intensiv forudgående kontakt til behandlingspsykiatrien.
- Knap 85 procent har været indlagt i året op til akuttillbuddenes opstart. De har i gennemsnit i samme periode haft 28 indlæggelsesdage i psykiatrien.
- Knap 89 procent har i det forudgående år haft ambulante kontakt til behandlingspsykiatrien.
- Gennemsnitsalderen er 30 år.
- 21,5 procent har været udsat for en voldsforbrydelse eller seksuel krænkelse.
- 40,6 procent har begået kriminalitet, hvilket er højere end gennemsnittet for den samlede målgruppe.
- De har alle mindst én psykisk diagnose, og generelt er gruppen karakteriseret ved i gennemsnit at have mange psykiske diagnoser.
- 46 procent modtager bostøtte efter SEL § 85, mens 11,6 procent bor i botilbud efter SEL §§ 107 eller 108.
- De har i gennemsnit henvendt sig til de sociale akuttillbud ti gange.
- Der er desuden en forholdsvis høj ledighed blandt denne gruppe, og knap 23 procent modtager førtidspension.



### **33 procent i 40'erne med meget lidt forudgående kontakt til behandlingspsykiatrien**

Dette segment er især karakteriseret ved:

- Denne gruppe er karakteriseret ved ikke at have haft intensiv kontakt med behandlingspsykiatrien i perioden forud for akuttillbuddenes opstart.
- Det er således blot 6 procent af denne gruppe, der har været indlagt i psykiatrien i ovennævnte periode. Der er desuden tale om korte indlæggelser.
- Ingen af disse borgere har i perioden forud for akuttillbuddenes opstart haft ambulante kontakt til behandlingspsykiatrien.
- Disse brugere har desuden en lidt større tilknytning til arbejdsmarkedet og er en anelse bedre uddannet end de resterende brugere. Godt 36 procent er dog førtidspensionister.
- 18,6 procent har været udsat for en forbrydelse, hvilket er over gennemsnittet for den samlede målgruppe.
- 38,3 procent har desuden dom for kriminalitet.
- 28 procent af brugerne i dette segment modtager bostøtte.
- De har henvendt sig i gennemsnit seks gange til de sociale akuttillbud.



### **14 procent i midten/slutningen af 40'erne med intensiv kontakt til behandlingspsykiatrien**

Dette segment er især karakteriseret ved:

- Intensiv kontakt til behandlingspsykiatrien forud for de sociale akuttillbuds opstart. 100 procent havde således mindst én psykisk diagnose på forhånd, mens 73 procent har været indlagt i psykiatrien i samme periode (det gennemsnitlige antal sengedage er 27,5).
- 100 procent har i samme periode haft ambulante kontakt til psykiatrien.
- Af de personer, der bor sammen med en pårørende, deler mere end halvdelen hjem med en person, der har en psykisk diagnose.
- Gennemsnitsalderen er 47 år.
- 12,4 procent har været udsat for en voldsforbrydelse eller seksuel krænkelse.
- 39,8 procent har en dom for kriminalitet, hvilket er højere end gennemsnittet for målgruppen.
- 83,5 procent modtager førtidspension.
- Knap 55 procent modtager bostøtte efter SEL § 85.
- Mere end 10 procent bor desuden i botilbud efter SEL §§ 107 eller 108.
- De har i gennemsnit henvendt sig til de sociale akuttillbud 23 gange.



### **17 procent enlige ældre med blandet kontakt til behandlingspsykiatrien**

Dette segment er især karakteriseret ved:

- Der er tale om en gruppe med en forholdsvis høj gennemsnitsalder på 64 år.
- En stor andel (cirka 74 procent) af denne gruppe brugere er enlige.
- Der angives i højere grad ensomhed som henvendelsesårsag for disse brugere relativt til de andre grupper.
- Har et lidt højere uddannelsesniveau end de andre grupper.
- Samlet set tyder det på, at gruppen har en noget blandet kontakt til behandlingspsykiatrien forud for akuttilbuddenes opstart. Omkring en tredjedel har været indlagt i psykiatrien og har været i ambulans kontakt med psykiatrien forud for akuttilbuddenes opstart.
- Forholdsvis få bor i botilbud eller modtager bostøtte.
- De har i gennemsnit henvendt sig til de sociale akuttilbud ti gange.

## **3.3 Opsamling på karakteristik af henvendelser og brugere**

### **Karakteristik af de indkomne henvendelser**

- Fra opstarten i februar 2015 og frem til og med december 2016 er der på tværs af de 14 akuttilbud registreret i alt 33.579 henvendelser.
- Disse henvendelser kommer fra 4.388 individuelle brugere.
- Der bruges i gennemsnit lidt over 20 minutter per henvendelse.
- De fleste henvendelser finder sted i eftermiddags- og aften timerne.
- 86 procent af henvendelserne er kriserelaterede. Vurderes en henvendelse at være kriserelateret, angives det, om krisen vurderes at være let, middelsvær eller alvorlig. Af de kriserelaterede henvendelser vurderes 8,1 procent at være i alvorlig krise, 29,1 procent i middelsvær krise og de resterende 62,8 i let krise. De 14 procent af henvendelserne, der ikke er kriserelaterede, er for eksempel henvendelser fra samarbejdspartnere og pårørende.
- De primære årsager til henvendelserne angives i registreringsværktøjet at være ensomhed/social isolation, angst/nervøsitet og håbløshed/manglende overskud.
- Medarbejderne vurderer, at i 61 procent af henvendelserne er situationen stabiliseret ved afslutningen. 28 procent fremstår delvis stabiliseret, mens 6 procent ikke fremstår stabiliseret.
- 52 procent af henvendelserne fører til videre tiltag. Når en henvendelse fører til yderligere tiltag er det oftest aftale om en ny samtale eller opfordring til at møde op i akuttilbuddet, eller at borgeren sendes videre til sagsbehandler, praktiserende læge eller andre tilbud.
- Der er i alt 1.758 overnatninger fordelt på 801 personer. Det gennemsnitlige antal overnatninger per person er således 2,2.
- I gennemsnit varer en ikke-kriserelateret henvendelse knap 10 minutter, mens en kriserelateret henvendelse i gennemsnit varer 29 minutter. Hvis personen er i alvorlig krise, varer henvendelsen i gennemsnit 38 minutter.

### **Karakteristik af brugerne**

- Den samlede gruppe brugere kan overordnet inddeles i to hovedgrupper: en gruppe uden forudgående kontakt til psykiatrien og en gruppe, der i året op til akuttilbuddenes opstart har været indlagt i behandlingspsykiatrien eller har haft ambulans kontakt til behandlingspsykiatrien. Indenfor disse to grupper ses ligeledes forskel mellem forskellige aldersgrupper.
- Der kan identificeres fem borgersegmenter i den samlede målgruppe. Disse er:
  - 13 procent unge uden forudgående kontakt til psykiatrien.
  - 23 procent i alderen 25-35 år med forudgående kontakt til psykiatrien.
  - 33 procent brugere i 40'erne uden (eller med meget lidt) forudgående kontakt til psykiatrien.
  - 14 procent brugere i midten/slutningen af 40'erne med intensiv kontakt til psykiatrien.
  - 17 procent enlige ældre, der oplever ensomhed, med blandet kontakt til behandlingspsykiatrien.

## 4 Implementeringsevaluering

I dette kapitel foretages en kortfattet evaluering af implementeringen af modelbeskrivelsen for de sociale akuttillbud. Det belyses, om de forskellige elementer i modelbeskrivelsen kan siges at være tilstrækkeligt implementeret. Kerneydelserne og den recoveryorienterede tilgang vurderes at være fuldt implementeret, på samme måde som den metodiske tilgang – især krisesamtalen – også i høj grad vurderes at være implementeret. Der ses enkelte udfordringer med implementeringen af det formaliserede samarbejde med relevante samarbejdspartnere, men både projektledere og samarbejdspartnere vurderer, at der er et velfungerende uformelt samarbejde. For uddybning af nedenstående henvises til bilag.

### 4.1 Introduktion til de fire centrale temaer i implementeringsevalueringen

For at kunne sandsynliggøre, at de identificerede resultater og virkninger rent faktisk skyldes de sociale akuttillbud, er det først og fremmest vigtigt at få belyst, om modellen for de sociale akuttillbud er implementeret efter hensigten.

Modelbeskrivelsen for de sociale akuttillbud indeholder fire temaer, der alle er centrale dele i forandringsteorien for de sociale akuttillbud. De fire temaer er:

1. Kerneydelser
2. Faglig tilgang og metodisk fundament
3. Recoveryorienteret tilgang
4. Kendskab, samarbejde og koordinering.

Kerneydelserne består af:

- En akuttelefon med åbent for telefoniske henvendelser døgnet rundt alle ugens dage.
- Mulighed for personligt fremmøde uden visitation eller forudgående aftale døgnet rundt alle ugens dage.
- Mulighed for overnatning i akuttillbuddet, hvis borgeren oplever behov for dette.

I modelbeskrivelsen for de sociale akuttillbud fremgår det, at det er et krav til projektkommunerne, at de arbejder med en fælles faglig tilgang og metode. Under faglig tilgang og metodisk fundament hører:

- Krisesamtalen, der er en støttende og afklarende samtale, der kan hjælpe den enkelte borger til at håndtere en akut krise. Samtalen har til formål at hjælpe borgeren med at skabe ro på situationen og skabe tryghed. Når borgeren henvender sig til akuttillbuddet, gennemføres som udgangspunkt altid en krisesamtale ved første kontakt.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Modelbeskrivelse for sociale akuttillbud, Socialstyrelsen, side 9.

- Kriseplanen, der er en plan, der lægges sammen med borgeren med udgangspunkt i vedkommendes ønsker og behov. Ligesom krisesamtalen skal kriseplanen hjælpe borgeren med at håndtere den akutte krise og få magt over egen situation.<sup>15</sup>
- Opfølgning på kriseplanen, der indebærer, at medarbejderne i akuttilbuddet efter cirka fem dage ringer borgeren op til en opfølgende snak.
- Et kompetenceudviklingsforløb – Den Sociale Akutuddannelse – der blandt andet giver deltagerne kompetencer til at arbejde med akuttilbuddenes to primære metoder: krisesamtalen og kriseplanen. Det har ikke været muligt at få opgørelse af det faktiske omfang af uddannelsen fra uddannelsesleverandøren.

Den recoveryorienterede tilgang indebærer, at:

- Indsatsen bygger på en tilgang, hvor den enkelte ses som et menneske, der ikke blot er i rollen som syg.
- Indsatsen har et recoveryperspektiv, hvor tilgangen til borgeren er baseret på viden om, at det er muligt at komme sig helt eller delvis 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.

I modelbeskrivelsen lægges der også stor vægt på, at akuttilbuddene koordinerer og samarbejder med relevante samarbejdspartnere, så borgerne modtager en koordineret indsats og eventuelt sendes videre til andre relevante tilbud. Temaet kendskab, samarbejde og koordinering dækker over:

- Kendskabet blandt relevante samarbejdspartnere.
- Etablering af samarbejde med relevante samarbejdspartnere.
- Etablering af samarbejde med andre kommuner.
- Graden af koordinering med samarbejdspartnere.

Erfaringen fra projektet er, at nedenstående er nogle af de mest relevante samarbejdspartnere for et akuttilbud:

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

Implementeringsevalueringen tager således udgangspunkt i en evaluering af, i hvor høj grad disse fire temaer er implementeret i de 14 projektkommuner.

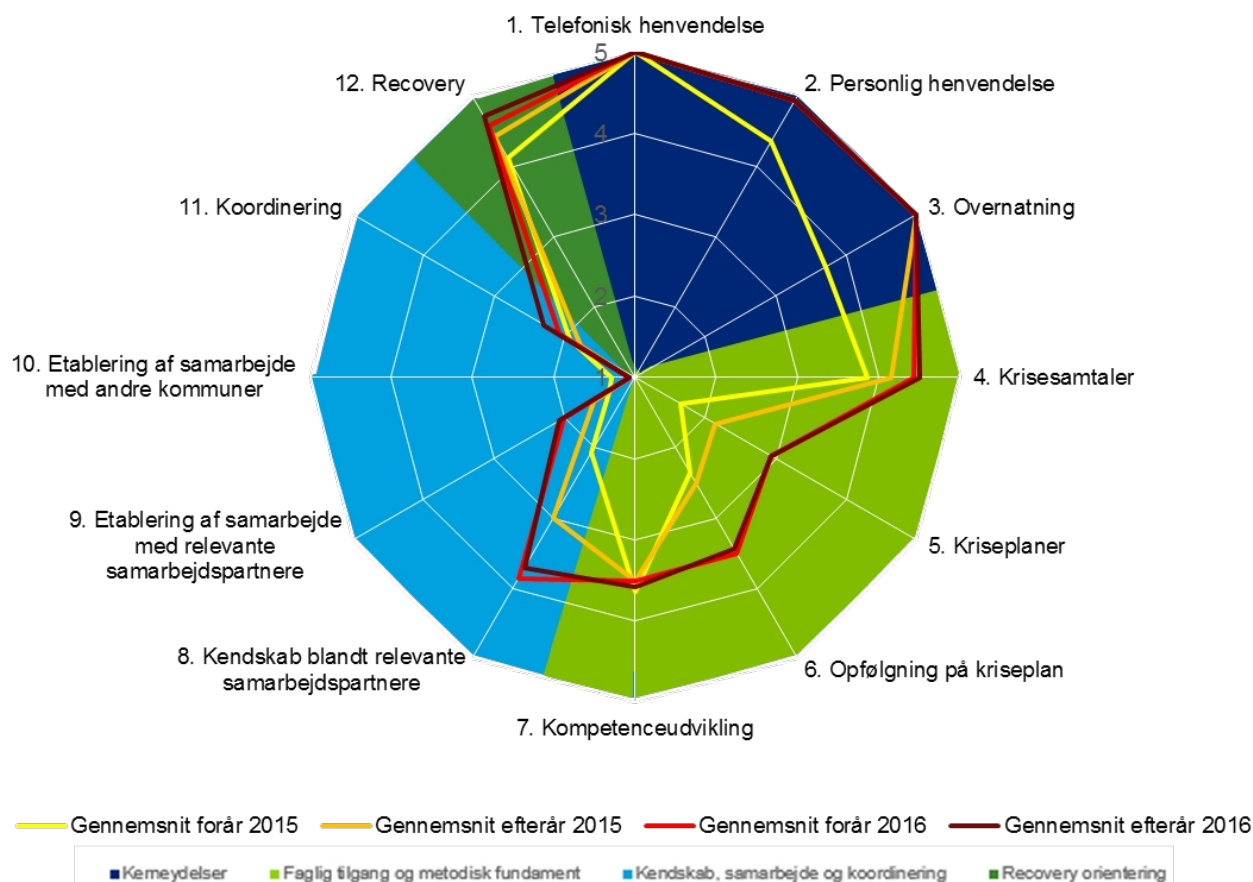
#### 4.2 Vurdering af implementeringen af de fire temaer

For løbende at kunne monitorere implementeringsgraden i projektkommunerne har projektlederne fire gange i løbet af projektperioden svaret på spørgsmål vedrørende disse fire temaer i implementeringsbarometret. Implementeringsbarometret indikerer således implementeringsgraden på en række parametre under hvert af de fire temaer i modelbeskrivelsen for de sociale akuttilbud. Figur 11 viser den gennemsnitlige implementeringsgrad på tværs af alle 14 projektkommuner ved de fire målinger, der er foretaget i løbet af projektperioden.

<sup>15</sup> Modelbeskrivelse for sociale akuttilbud, Socialstyrelsen, side 10.



**Figur 11. Gennemsnit af projekternes vurdering af implementeringsgrad for de tolv parametre, forår 2015, efterår 2015, forår 2016 og efterår 2016**



**Note:** Figuren angiver den gennemsnitlige implementeringsgrad for hvert parameter på tværs af alle projekter. **Kilde:** Svar fra implementeringsbarometer, der ad fire omgange er sendt til de 14 projektkommuner i henholdsvis maj 2015, november 2015, maj 2016 og november 2016.

Som det fremgår af figur 11, har kerneydelserne ved de seneste tre målinger stort set været fuldt implementeret. Muligheden for telefonisk og personlig henvendelse døgnet rundt og muligheden for overnatning er således fuldt implementeret i alle akuttilbud. Det vurderes dog, at selvom kerneydelserne som udgangspunkt er fuldt implementeret i alle projektkommuner, er der nogen variation i måden, hvorpå de er implementeret. I nogle kommuner er kerneydelserne med åben telefon døgnet rundt således implementeret, så det altid er muligt at få kontakt til en medarbejder, mens der andre steder vil være perioder, hvor telefonsvaren er sat på, hvorefter man efterfølgende vil blive ringet op. I disse tilfælde vurderes det, at der indimellem kan gå nogle timer, før der er mulighed for at ringe tilbage til borgeren. Det vurderes dog, at det centrale i leveringen af denne kerneydelse er, at borgerne føler sig mødt og ved, at deres henvendelse er modtaget, og at de vil blive ringet op af akuttilbuddet.

Erfaringen fra projektet er, at muligheden for overnatning er meget forskelligt implementeret i projektkommunerne. I nogle kommuner har denne mulighed således været et centralt og velfungerende element i akuttilbuddet. Nogle projektledere oplever således muligheden for overnatning som en vigtig del af tilbuddet til brugerne, og de oplever også, at muligheden har stor betydning for borgerne. Dette understøttes også af flere brugere, der i telefoninterview har givet udtryk for, at det er tryghedsskabende at vide, at de altid kan møde op og overnatte, hvis de oplever behov for dette.

Figuren indikerer ligeledes, at der i alle projektkommuner i høj grad arbejdes efter en recoveryorienteret tilgang. Det vurderes dog, at nogle medarbejdere kan have svært ved at arbejde recovery- og empowermentorienteret, ligesom der kan være store forskelle i opfattelserne af, hvad det vil sige at arbejde recovery- og empowermentorienteret.



Der ses mere blandede resultater for parametrene under temaet faglig tilgang og metodisk fundament, hvor der dog på de fleste parametre ses en stigende implementeringsgrad i løbet af projektperioden. Det er erfaringen fra projektet, at der har været nogle udfordringer med implementeringen af både krisesamtalen og kriseplanen, der skyldes, at der i nogle akuttillbud, hvor der er få henvendelser og mange forskellige medarbejdere, der varetager opgaven, kan gå længe imellem, at medarbejderne gennemfører krisesamtaler og udarbejder kriseplaner, hvorfor nogle medarbejdere føler sig ude af træning. Medarbejderne giver desuden udtryk for, at det er en udfordring i implementeringen af kriseplanen, at nogle brugere opleves som ude af stand til at tage del i udarbejdelsen af en kriseplan. Dette gør sig ofte gældende for brugere i alvorlig krise.

I forhold til kompetenceudvikling ses der også udfordringer med implementeringen. Det er erfaringen fra projektet, at det kan være en udfordring at få alle medarbejdere med på kompetenceudviklingskursus. Ved spørgeskemaundersøgelsen i december 2016 var det således blot halvdelen af medarbejderne, der angav, at de havde deltaget i kompetenceudviklingskurset. Dette skyldes *både*, at nogle projektkommuner har organiseret sig med store medarbejdergrupper (for eksempel med mange deltidsansatte og/eller som følge af en integreret model, hvor mange deler opgaven), *og* løbende udskiftning i medarbejderstaben.

Figur 11 indikerer ligeledes udfordringer med implementeringen af de fleste parametre under temaet kendskab, samarbejde og koordinering, og på parametrene under dette tema har der heller ikke været den store fremgang over projektperioden. Udfordringen er imidlertid, at besvarelserne i implementeringsbarometrene omhandler formaliserede samarbejdsaftaler og koordinering. Projektledere, medarbejdere og relevante samarbejdspartnere er derfor blevet bedt om at vurdere omfanget og kvaliteten af det eksisterende samarbejde,<sup>16</sup> og både projektledere, medarbejdere og samarbejdspartnere vurderer, at der er tale om et velfungerende uformelt samarbejde. Udfordringen ved den uformelle samarbejdsform er imidlertid, at det kan blive personbåret og dermed sårbart i forhold til udskiftning af medarbejdere hos både akuttillbud og samarbejdspartnere. Flere samarbejdspartnere har således i forbindelse med evalueringen givet udtryk for et ønske om mere formelle samarbejdsaftaler. Det er ligeledes erfaringen fra projektet, at de manglende formelle samarbejdsaftaler nogle gange besværliggør koordineringen af forløb, ligesom manglende henvisningsaftaler nogle gange udgør en udfordring.

Samarbejdspartnerne vurderer desuden, at den største udfordring i samarbejdet har været manglende klarhed om akuttillbuddenes funktion og målgruppe, men det vurderes også, at dette er blevet mere klart over projektperioden.

For uddybning heraf henvises til den uddybede implementeringsevaluering (7.2) og det separate dokument med overvejelser og tjekliste til brug for implementering.

På denne baggrund vurderes følgende:

- Kerneydelserne er i høj grad implementeret på tværs af de 14 projektkommuner. Der ses således en næsten fuld implementering af 1) muligheden for telefonisk kontakt døgnet rundt alle ugens dage, 2) muligheden for personligt fremmøde uden forudgående aftale døgnet rundt alle ugens dage og 3) muligheden for, at borgerne kan overnatte i akuttillbuddene, hvis de oplever behov for dette.
- Det vurderes dog, at der på tværs af de 14 projektkommuner er nogen variation i selve leveringen af kerneydelserne. Nogle steder er akuttelefonen for eksempel altid åben, mens det andre steder forekommer, at der i løbet af nogle timer er telefonsvarer på, hvor borgerne kan lægge en besked for efterfølgende at blive ringet op, når en medarbejder har mulighed herfor. Der vurderes også at være variation mellem de forskellige akuttillbud i forhold til muligheden for overnatning. Nogle steder vurde-

---

<sup>16</sup> Projektlederne i de 14 projektkommuner har bidraget til at identificere relevante samarbejdspartnere. Det er derfor udelukkende samarbejdspartnere, som projektlederne har angivet, der har modtaget spørgeskema vedrørende omfang og kvalitet af samarbejdet med akuttillbuddene, hvilket der bør tages forbehold for i vurderingen af resultaterne.

res denne kerneydelse som meget central, og her anvendes den også i høj grad. Andre steder vurderes kerneydelsen ikke som vigtig for målgruppen, og her benyttes muligheden for overnatning ofte i mindre grad.

- I alle projektkommunerne arbejdes der ligeledes i høj grad efter den recovery- og empowermentorienterede tilgang.
- Den fælles faglige tilgang og det metodiske fundament i form af krisesamtale, kriseplan, opfølgning og deltagelse i kompetenceudviklingskursus vurderes også at være implementeret efter hensigten. Arbejdet med kriseplanen kunne eventuelt styrkes, ligesom organiseringen med mange deltidsmedarbejdere flere steder har medført, at en stor del af medarbejderne ikke har deltaget i Socialstyrelsens kompetenceudviklingskursus.
- Temaet kendskab, samarbejde og koordinering er i lavere grad implementeret. Det skyldes især en meget lav grad af formaliseret samarbejde og koordinering med relevante samarbejdspartnere. Både projektledere, medarbejdere og samarbejdspartnere vurderer dog, at der generelt eksisterer et velfungerende uformelt samarbejde.
- Den største udfordring i samarbejdet med relevante samarbejdspartnere har været uklarhed om akuttilbuddenes målgruppe og funktion.
- Det vurderes ligeledes, at kendskabet til akuttilbuddet fortsat kan forbedres hos den relevante målgruppe.

Ud fra den løbende monitorering af implementeringen vurderes det således, at modellen for de sociale akuttilbud som udgangspunkt er implementeret efter hensigten, hvilket er med til at sandsynliggøre, at eventuelle resultater og virkninger skyldes den implementerede model. Kerneydelserne og den fælles faglige og metodiske tilgang – herunder både den recoveryorienterede tilgang og redskaberne i form af krisesamtale og kriseplan – vurderes således at være implementeret i projektkommunerne. Samarbejdet er ikke formaliseret som beskrevet i modelbeskrivelsen, men både projektledere og samarbejdspartnere vurderer, at der er tale om et velfungerende uformelt samarbejde.

# 5 Resultat- og virknings- evaluering

I dette kapitel præsenteres 1) de bruger- og medarbejderoplevede resultater og virkninger, 2) resultaterne fra progressionsmålingerne og 3) en flowanalyse til illustration af akuttillbuddenes virkning for den samlede målgruppe og for de forskellige borgersegmenter. Både borgere, medarbejdere og samarbejdspartnere vurderer, at akuttillbuddene har stor betydning for borgerne. Derudover indikerer analysen, at akuttillbuddene øger brugernes mentale velbefindende i ugerne efter henvendelsen, hvilket især gør sig gældende for bestemte målgrupper. Flowanalysen viser, at den samlede målgruppe har færre indlæggelser og sengedage i tiden umiddelbart efter deres første henvendelse til akuttillbuddene sammenlignet med tiden op til. Desuden ses forskellige virkninger for de fem identificerede borgersegmenter i målgruppen, ligesom virkningen også varierer, afhængigt af om brugerne er engangs- eller flergangsbrugere.

## 5.1 Bruger- og medarbejderoplevede resultater og virkninger

Både brugere, projektledere, medarbejdere og samarbejdspartnere har tiltro til, at de sociale akuttillbud har stor betydning og dækker et behov for målgruppen. I de 33 telefoninterview giver brugerne udtryk for, at muligheden for at henvende sig døgnet rundt anonymt og uden forudgående visitation 1) øger deres tryghed, 2) understøtter dem i en velfungerende hverdag i eget hjem og 3) mindsker deres selvvaluerede kontakt til behandlingspsykiatrien.

### 5.1.1 Brugeroplevede resultater og virkninger

I forbindelse med evalueringen af de sociale akuttillbud er der gennemført 33 interview med brugere af akuttillbuddene (2-3 brugere fra hver projektkommune), hvor brugerne er blevet spurgt ind til, hvilken effekt de har oplevet i kontakten med akuttillbuddene. I dette afsnit præsenteres hovedpointerne fra disse interview.

### Brugernes generelle opfattelse af akuttillbuddets virkning

Der er generelt blandt de interviewede borgere en meget positiv holdning til akuttillbuddene, og flere angiver, at kontakten med akuttillbuddet har haft stor betydning for dem. Brugere lægger særlig vægt på muligheden for at henvende sig døgnet rundt og uden at være visiteret til tilbuddet, ligesom mange møder en afslappet stemning, hvor medarbejderne tager sig tid til at snakke med dem og møder borgerne der, hvor de er, og på deres egne præmisser.

De interviewede borgere blev bedt om at angive, om akuttillbuddet på en skala fra 1 til 5 havde ydet den optimale hjælp, hvor 1 er ingen hjælp, og 5 er den optimale hjælp. De interviewede borgere gav i gennemsnit akuttillbuddene 4,5 i score. Fem af de interviewede personer har uopfordret sagt, at akuttillbuddet har reddet deres liv.

---

*I mit tilfælde har det været en god snak over et par gange. Det er ikke meget, men det er meget for mig.*

*– Bruger fra Skive*

---

---

*Det har været meget vigtigt for mig, at jeg har haft akuttillbuddet. Der har jeg været i kontakt med en kvinde, som bare var klar til at smide alt, hvad hun havde i hænderne.*

*– Bruger fra Næstved*

---

### Akuttillbuddet øger målgruppens oplevede tryghed

Brugere oplever ligeledes, at akuttillbuddet har givet dem øget tryghed i hverdagen. 27 ud af de 32 interviewede brugere har således udtrykt, at de oplever en øget tryghed efter deres kontakt til akuttillbuddet, mens de resterende fem ikke har svaret direkte på spørgsmålet.

---

*Jeg er blevet meget, meget mere tryk. Jeg havde ikke klaret mig uden dem. Så var det gået helt galt. Det gør mig tryk at vide, at der er nogen derude.*

*– Bruger fra København*

---

---

*Jeg vil sige, at når vi har akuttillbuddet, får jeg ikke nær så ofte behov for at ringe, fordi jeg ved, at de er der.*

*– Bruger fra Syddjurs*

---

Borgerne mener især, at den øgede tryghed skyldes, at de har en vished, om, at der døgnet rundt er en livline, hvis de skulle få brug for hjælp. Flere udtrykker således, at muligheden for at ringe, hvis de oplever problemer, er betryggende i sig selv, selvom de ikke altid benytter den. Alene visheden om, at det er muligt at få hjælp, medfører ifølge nogle borgere, at de ikke har brug for hjælpen. Akuttillbuddet har ligeledes medført, at de ikke længere føler, at de er alene med deres problemer.

### Akuttillbuddet understøtter målgruppen i en velfungerende hverdag i eget hjem

Et andet formål med akuttillbuddene er, at borgerne skal kunne opretholde en velfungerende hverdag i eget hjem. 25 ud af de 32 borgere, der er blevet interviewet, mener, at akuttillbuddet har betydet, at de bedre kan opretholde en hverdag i eget hjem. 3 borgere mener, at akuttillbuddet ikke har haft en effekt på dette, mens de resterende 4 ikke har svaret på spørgsmålet.

Borgerne angiver flere grunde til, at de vurderer bedre at kunne opretholde en hverdag i eget hjem. Primært nævnes det, at det skyldes den øgede tryghed, der følger af, at man har nogle at støtte sig op ad, når man har det svært. Herudover nævner flere borgere, at akuttillbuddet har hjulpet med konkrete opgaver, der har virket uoverskuelige for

---

*Det er næsten det bedste. Man ved, at de eksisterer. Det gør, at man kan være lidt mere rolig herhjemme.*

*– Bruger fra Gladsaxe*

---

dem, for eksempel udfyldelse af papirer, vejledning og kontakt med andre myndigheder og pårørende. En borger nævner, at akuttilbuddet sågar har hjulpet vedkommende i skole.

### **Akuttilbuddet mindsker målgruppens selvvalgte kontakt til behandlingspsykiatrien**

Et andet formål med de sociale akuttilbud er at mindske målgruppens kontakt til behandlingspsykiatrien, herunder for eksempel at være med til at forebygge unødvendige indlæggelser mv. I forlængelse heraf giver flere borgere udtryk for, at de muligvis var blevet indlagt eller havde benyttet behandlingspsykiatrien mere, hvis de ikke havde haft mulighed for at kontakte akuttilbuddet.

Disse brugere deler sig i to grupper.

1. Borgere, der er nye i det socialpsykiatriske system og behandlingspsykiatrien, og hvor der er mulighed for, at situationen eskalerer. Disse borgere angiver, at de har set akuttilbuddet som en mulighed for at få hjælp, og mener, at situationen ville være blevet forværret uden akuttilbuddet, hvorfor de efter egen vurdering muligvis ville være blevet indlagt.
2. Borgere, der er gengangere i socialpsykiatrien og/eller behandlingspsykiatrien. Disse borgere angiver, at de tidligere ville have kontakttet et andet og mere indgribende socialpsykiatrisk tilbud eller psykiatrisk skadestue. I stedet kontakter de nu akuttilbuddet, hvilket medvirker til, at de bedre kan opretholde et velfungerende liv i egen bolig.

---

*Det er en mellemting mellem at klare sig selv og blive indlagt. Jeg var endt med at blive indlagt, hvis jeg ikke havde haft det her. Der tænker jeg, at jeg muligvis kunne have fået det værre. Der kunne jeg forestille mig, at det, man vil få med derfra, er noget, man kan blive syg af.*

*– Bruger fra Haderslev*

---

*Man kan sige, at det jo er forebyggende mod min sygdom og eventuel indlæggelse. Så kan de tage problemerne i opløbet, i stedet for at det hele kokser igen. Det ville være værre, hvis jeg ikke havde akuttelefonen.*

*– Bruger fra Syddjurs*

### **Borgerne oplever personalets tilgang som konstruktiv**

Borgerne fremhæver især to elementer, som de mener er særlig gode ved akuttilbuddene. Det nævnes, at personalet er meget kompetent, venligt og imødekommende. En borger siger for eksempel: "Jeg har bemærket, at de takker for ens henvendelse. Så tænker jeg, at jeg ikke længere er en belastning. Man føler sig velkommen." En anden borger fortæller: "Jeg var i kontakt med en kvinde (medarbejder i akuttilbuddet), som var klar til at smide alt, hvad hun havde i hænderne for at hjælpe mig."

I forlængelse heraf nævner flere, at den empowerment- og recoveryorienterede tilgang er meget positiv, da de føler, at kontakten til akuttilbuddet er på deres egne præmisser, at der bliver taget udgangspunkt i deres situation, og at der ikke er fordomme overfor dem. Herudover nævner de fleste af borgerne, at akuttilbuddet er meget tilgængeligt, da det er døgnåbent og ikke kræver nogen forudgående aftale. Det bevirker, at de ikke føler, at de presser sig på, eller ikke føler sig uvelkomne.

Derudover nævner især de borgere, der har været i kontakt med behandlingspsykiatrien, at de oplever, at akuttilbuddet er bedre til at tage sig tid til den enkelte, og at de ikke føler sig som et nummer i rækken.

---

*De har også ringet 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, så har det meget at sige.*

*– Bruger fra Gladsaxe*

---

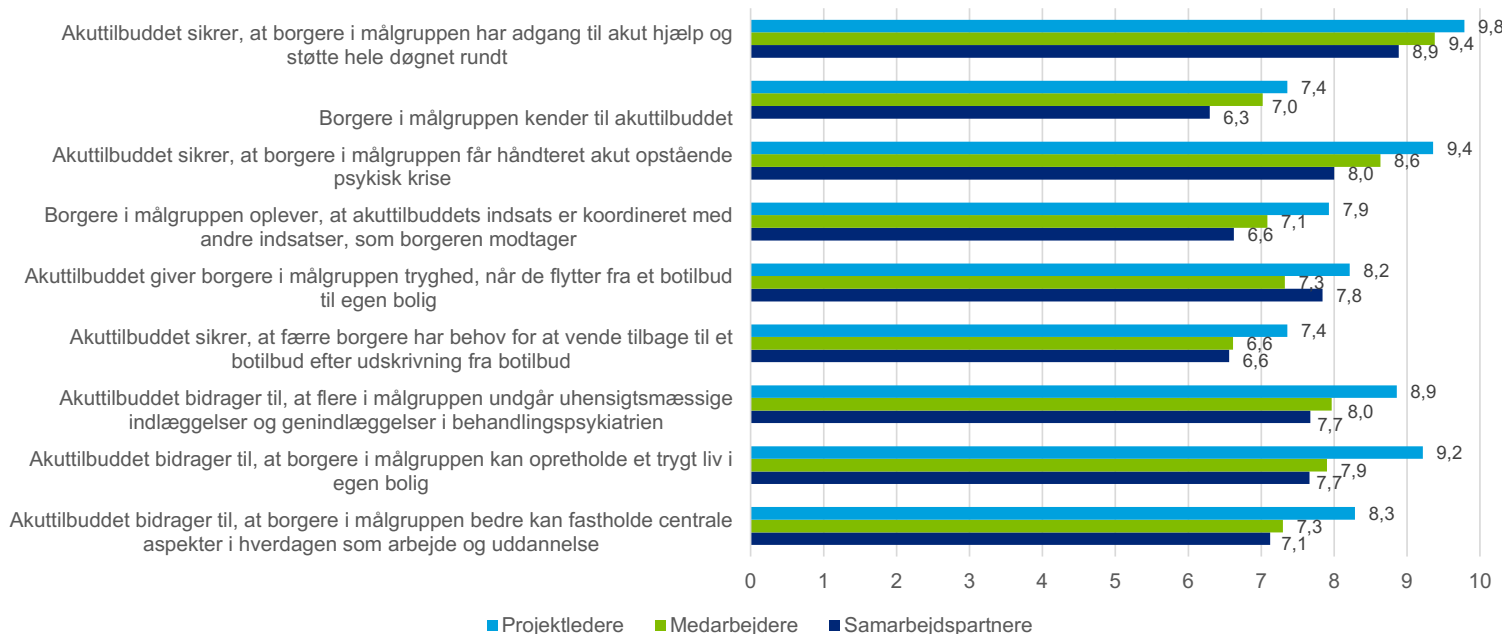
Flere brugere giver ligeledes udtryk for, at den telefoniske opfølgning fra medarbejderne opleves positivt. Interviewene indikerer, at borgerne oplever opfølgningen som en interesse for dem.

Enkelte borgere nævner, at akuttilbuddet var en stor hjælp, men at det ikke var tilstrækkeligt til at hjælpe dem i den konkrete situation, og at de derfor havde behov for yderligere hjælp i det psykiatriske behandlingssystem. Disse borgere oplevede dog, at akuttilbuddet var med til at hjælpe dem videre i systemet – enten i form af praktiserende læge eller videre til psykiatrisk skadestue.

### 5.1.2 Medarbejderoplevede effekter

Ligesom størstedelen af borgerne oplever, at akuttilbuddet har gjort en forskel for dem personligt, er det også generelt projektledernes, medarbejdernes og samarbejdspartneres oplevelse, at akuttilbuddene er med til at dække et behov hos målgruppen. Både projektledere, medarbejdere og samarbejdspartnere er i spørgeskemaundersøgelser blevet spurgt ind til deres vurdering af, om akuttilbuddene har en effekt for målgruppen. Her har alle tre grupper modtaget ni spørgsmål, der følger den overordnede forandringsteori udarbejdet af Socialstyrelsen. Disse ni spørgsmål består af udsagn, som respondenterne kan erklære sig mere eller mindre enige i på en skala fra 1 (helt uenig) til 10 (helt enig). Projektlederes, medarbejderes og samarbejdspartneres gennemsnitlige værdier på de ni spørgsmål fremgår af figur 12.

**Figur 12. Medarbejdernes, projektledernes og samarbejdspartneres oplevelse af udbyttet af akuttilbuddene**



**Kilde:** Spørgeskema til projektledere, medarbejdere og samarbejdspartnere, december 2016/januar 2017. **N:** 14 projektledere, 162 medarbejdere og 115 samarbejdspartnere.

Både projektledere, medarbejdere og samarbejdspartnere vurderer overordnet set, at akuttilbuddene hjælper borgerne, og er enige i, at akuttilbuddene opnår de virkninger, der er opsat i forandringsteorien. Som det fremgår af figur 12, er der en tendens til, at projektlederne vurderer akuttilbuddenes effekter en smule mere positivt end medarbejderne, mens medarbejderne også vurderer effekterne en anelse mere positivt end samarbejdspartneres generelle opfattelse.

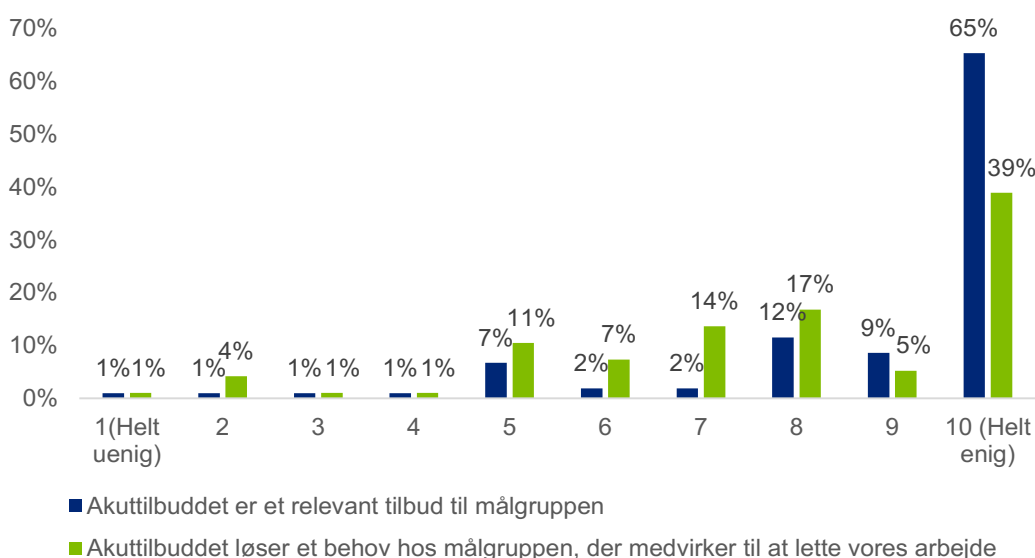
Både projektledere, medarbejdere og samarbejdspartnere scorer akuttilbuddene relativt lavt på spørgsmålet om, hvorvidt borgerne i målgruppen kender til akuttilbuddene. Dette understøtter konklusionerne fra kapitel 2, hvor det blev påpeget, at der fortsat er nogle udfordringer med at udbrede kendskabet til akuttilbuddene.

Medarbejdere og projektledere vurderer, jf. figur 12, at borgere i målgruppen med akuttilbuddet i høj grad har adgang til akut hjælp og støtte døgnet rundt og får håndteret akut psykisk krise, mens de i mindre grad oplever, at akuttilbuddenes indsats er koordineret med andre indsatser, som borgerne modtager. Dette understreger konklusionerne fra implementeringsevalueringen, hvori det vurderes, at kerneydelserne er implementeret i alle akuttilbuddene, mens der dog fortsat opleves udfordringer med koordineringen af samarbejdet med andre aktører.

Projektledere og medarbejdere vurderer akuttilbuddene en smule lavere på, om akuttilbuddet giver borgere i målgruppen tryghed, når de flytter fra et botilbud til egen bolig, og akuttilbuddet sikrer, at færre borgere har behov for at vende tilbage til et botilbud efter udskrivning fra botilbud end på de andre parametre. I forlængelse heraf er der flere medarbejdere og projektledere, der angiver, at de har svært ved at besvare disse spørgsmål, da de kun sjældent er i kontakt med borgere, der er udskrevet fra botilbud. Ser man på de tre sidste parametre, hvor der spørges ind til de konkrete effekter, ses det, at projektledere, medarbejdere og samarbejdspartnere vurderer akuttilbuddene højest, i forhold til at *akuttilbuddene bidrager til, at flere i målgruppen undgår uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser i behandlingspsykiatrien, og akuttilbuddet bidrager til, at borgere i målgruppen kan opretholde et trygt liv i egen bolig*, mens de generelt vurderer en smule lavere på spørgsmålet om, *hvorvidt akuttilbuddet bidrager til, at borgere i målgruppen bedre kan fastholde centrale aspekter i hverdagen som arbejde og uddannelse*. Overordnet set vurderer projektledere, medarbejdere og samarbejdspartnere dog, at akuttilbuddene opfylder den overordnede målsætning, nemlig at borgere med en psykisk lidelse eller sårbarhed kan opretholde et trygt liv i egen bolig og derved fastholde sociale relationer og centrale aspekter af hverdagen såsom arbejde og uddannelse. Det skal dog nævnes, at projektledere eller medarbejdere sjældent er i kontakt med borgerne på længere sigt, hvorfor det kan være vanskeligt at vurdere den konkrete effekt af akuttilbuddene. Ovenstående bør derfor læses med dette forbehold.

Udover de ni spørgsmål har samarbejdspartnerne modtaget to yderligere spørgsmål vedrørende akuttilbuddenes effekt. Disse omhandler, hvorvidt samarbejdspartnerne vurderer, at akuttilbuddet er et relevant tilbud til målgruppen, og om det løser et behov hos målgruppen og dermed medvirker til at lette samarbejdspartnerens arbejde. Fordelingen af samarbejdspartnerens besvarelser på disse spørgsmål fremgår af figur 13.

**Figur 13. Samarbejdspartnerens vurdering af, om akuttilbuddet er et relevant tilbud, og om det dækker et behov hos målgruppen, der medvirker til at lette deres arbejde**



**Kilde:** Spørgeskema til samarbejdspartnere, januar 2017. **N:** 115 samarbejdspartnere.

Ud fra ovenstående ses det, at samarbejdspartnerne i høj grad vurderer, at akuttilbuddet er et relevant tilbud til målgruppen. To tredjedele er således helt enige i, at dette er tilfældet. Dette tyder på, at akuttilbuddet ud fra samarbejdspartnerens perspektiv har noget at bidrage med udover de eksisterende tilbud i indsatskommunerne. Derudover ses det, at samarbejdspartnerne også i nogen grad vurderer, at akuttilbuddene dækker et behov hos målgruppen, der medvirker til at lette deres arbejde. 39 procent er således helt enige i, at dette er tilfældet, mens resten som udgangspunkt fordeler sig på kategorierne fra 5 til 9.

### Målgrupper med henholdsvis størst og mindst udbytte af akuttilbuddene

Projektlederne og medarbejderne er ligeledes spurgt ind til, om der er nogle målgrupper, som akuttilbuddet har henholdsvis størst og mindst effekt for. Her har flere projektledere og medarbejdere angivet, at der er to grupper, der har særlig gavn af akuttilbuddet. Det drejer sig om borgere, der ikke tidligere har været i kontakt med systemet for at få hjælp til deres psykiske lidelser. For disse borgere oplever projektledere og medarbejdere stor effekt i forhold til at afhjælpe den akutte krise, der har medført, at borgeren henvender sig, men også i forhold til at kunne hjælpe dem videre til andre relevante tilbud, i tilfælde hvor det vurderes nødvendigt. Denne gruppe, der første gang opsøger hjælp, oplever projektledere og medarbejdere derfor har stor gavn af akuttilbuddet.

Derudover oplever ledere og medarbejdere også, at borgere, der genindlægges mange gange, ofte har stor gavn af akuttilbuddene, eftersom disse borgere giver udtryk for, at akuttilbuddene kan afhjælpe kriser, før de bliver så alvorlige, at genindlæggelse er nødvendig. Derudover har det en tryghedsskabende funktion for disse borgere. Medarbejderne giver ligeledes udtryk for, at borgere med angstproblematikker og ensomhed generelt opleves at have stor gavn af akuttilbuddet, og flere giver udtryk for, at de borgere, der er stærke nok til at tage del i udarbejdelsen af kriseplanen og drage nytte heraf, har større gavn af akuttilbuddene.

Denne sidste del nævnes også af både projektledere og medarbejdere i forhold til grupper, der får mindst udbytte af akuttilbuddene – nemlig de borgere, der ikke er i stand til at tage del i udarbejdelsen af kriseplanen og drage nytte af den. Generelt vurderer både projektledere og medarbejdere, at borgere med meget svære psykiske lidelser har mindre udbytte af akuttilbuddene. Dette begrundes med, at denne gruppe både kan have svært ved at henvende sig (og efterspørger derudover en mere udkørende funktion), og ofte har brug for mere indgribende indsatser.

## 5.2 Resultater fra progressionsmålingerne

I dette afsnit gives en første indikation af, om borgerne oplever progression som følge af deres kontakt med akuttilbuddene på baggrund af de indsamlede progressionsmålinger i registreringsværktøjet, som medarbejderne i akuttilbuddene løbende har gennemført ved borgernes første henvendelse og ved telefonisk opfølgning 14 dage efter første henvendelse. Ud fra progressionsmålingerne ses det, at borgerne oplever et bedre mentalt velbefindende i ugerne efter deres henvendelse til de sociale akuttilbud sammenlignet med deres mentale velbefindende på tidspunktet for deres henvendelse til akuttilbuddene. Resultaterne fra progressionsmålingerne viser desuden, at akuttilbuddene har positiv indvirkning på brugernes mentale velbefindende for alle identificerede borgersegmenter.

I registreringsværktøjet bruges værktøjet Short Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (SWEMWBS) til at måle borgerens mentale velbefindende, når de kontakter akuttilbuddene. Skalaen fokuserer udelukkende på positive aspekter af mentalt velbefindende. Skalaen består af

### SWEMWBS – baseret på syv udsagn

1. Jeg har følt mig optimistisk i forhold til fremtiden.
2. Jeg har følt mig nyttig.
3. Jeg har følt mig afslappet.
4. Jeg har klaret problemer godt.
5. Jeg har tænkt klart.
6. Jeg har følt mig tæt på andre mennesker.
7. Jeg har været i stand til at danne min egen mening om ting.

syv udsagn, der måles på en 5-point Likert-skala (aldrig, næsten aldrig, en gang imellem, ofte og meget ofte), der repræsenterer en score for hvert udsagn fra 1 til 5. Der kan derfor opnås en score på mellem 7



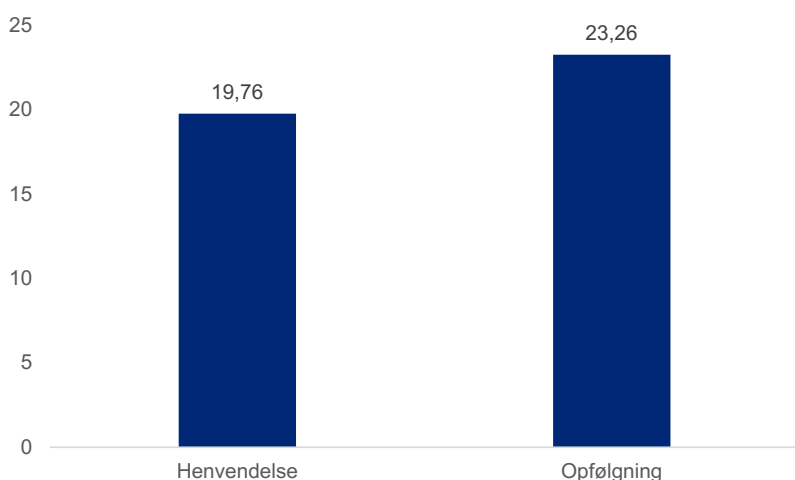
og 35. De syv udsagn ses i boksen. Den første måling foretages, når borgeren henvender sig til akuttilbuddet. Målingen foretages ved, at borgeren vælger det svar, der bedst beskriver, hvordan vedkommende har haft det de seneste to uger for hvert af de syv udsagn. Efter to uger følges der op på borgeren, hvor denne igen bedes vurdere sig selv på SWEMWBS.

Skalaen er professionelt oversat til dansk, og det er denne oversættelse, der bruges i registreringsværktøjet. Imidlertid er skalaen endnu ikke valideret i Danmark, og der foreligger derfor ikke danske normaltal. I en national undersøgelse i England var gennemsnittet i den engelske befolkning omkring 26, mens den nederste kvartil havde under 24 i score.<sup>17</sup>

Der er i alt gennemført 306 målinger, hvor der er foretaget både første måling og den opfølgende progressionsmåling<sup>18</sup>. I denne analyse tages der udelukkende udgangspunkt i de 306 målinger, hvor der er foretaget både den første måling og den opfølgende progressionsmåling, mens der ses bort fra førstemalinger på borgere, der ikke har fået foretaget en opfølgingsmåling.

I figur 14 ses den gennemsnitlige score ved første måling og ved den opfølgende progressionsmåling 14 dage efter første henvendelse.

**Figur 14. Gennemsnitlig score på SWEMWBS ved første henvendelse og ved den efterfølgende opfølgning**



**Kilde:** Deloitte's registreringsværktøj, udtræk 1. januar 2017. **N:** 306 borgere, der har fået foretaget såvel måling ved henvendelse som en efterfølgende opfølgning.

Her ses det, at borgerne ved deres første henvendelse har en gennemsnitlig score på 19,76, hvilket ligger noget under gennemsnittet i den engelske befolkning. Det indikerer ikke overraskende, at de borgere, der henvender sig til akuttilbuddene med en akut psykisk krise, har et mentalt velbefindende, der er noget under gennemsnittet i den engelske befolkning.

Ved den opfølgende progressionsmåling scorer disse borgere i gennemsnit 23,26, hvilket vurderes at være en betydelig fremgang. Det er dog fortsat omkring den nederste kvartil i den engelske befolkning.<sup>19</sup>

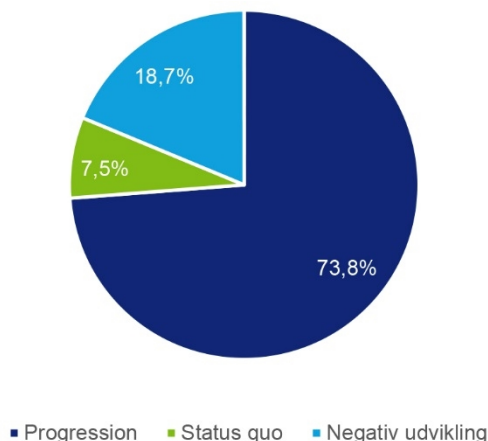
<sup>17</sup> Health Survey for England (2011). Bemærk, at resultaterne fra undersøgelsen skal konverteres i henhold til Warwick Medical Schools konverteringstabel.

<sup>18</sup> Det gælder for en del målinger, at borgeren ikke har taget stilling til alle syv udsagn. I opgørelsen tages alle målinger med, hvor der er svaret på fire eller flere udsagn. For de udsagn, der ikke er taget stilling til, bruges gennemsnitscoren for dem, der er taget stilling til.

<sup>19</sup> Health Survey for England (2011). Bemærk, at resultaterne fra undersøgelsen skal konverteres i henhold til Warwick Medical Schools konverteringstabel.

Gennemsnitsscoren for de 306 borgere og den gennemsnitlige fremgang mellem de to målinger dækker naturligvis over forskellige udviklinger for de 306 borgere. Figur 15 viser andelen af de 306 borgere, der har oplevet henholdsvis progression, ingen udvikling og negativ udvikling.

**Figur 15. Andel borgere, der oplever progression mellem første måling og den efterfølgende opfølgingsmåling**



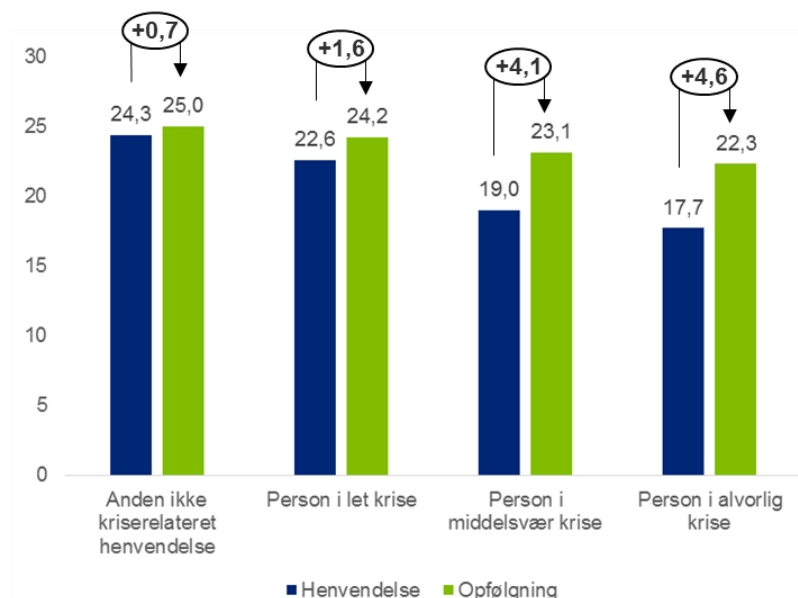
**Kilde:** Deloitte's registreringsværktøj, udtræk 1. januar 2017. **N:** 306 borgere, der har fået foretaget såvel måling ved henvendelse som en efterfølgende opfølgning.

Som det fremgår af figuren, oplever knap tre fjerdele progression i deres mentale velbefindende i løbet af de 14 første dage efter deres kontakt til det sociale akuttilbud. 7,5 procent oplever ingen udvikling i løbet af de første 14 dage efter kontakten, mens 18,7 procent oplever et fald i deres mentale velbefindende.

De borgere, der befinder sig i alvorlig krise, har ikke overraskende den laveste score på SWEMWBS, jf. figur 16 nedenfor, der viser den gennemsnitlige score på SWEMWBS for borgere i henholdsvis let, middelsvær og alvorlig krise ved første henvendelse og ved den efterfølgende opfølgning. Disse borgere i alvorlig krise oplever samtidig også den største progression og går i gennemsnit 4,6 point frem på SWEMWBS. Personer i middelsvær krise går 4,1 point frem, mens personer i let krise går 1,6 point frem. Der er dermed en udjævning af scorerne, og borgernes mentale velbefindende nærmer sig hinanden, uagtet den mentale krise de befandt sig i ved første kontakt med akuttilbuddet.

Den mindste fremgang ses ikke overraskende ved de henvendelser, der af medarbejderne vurderes ikke at være kriserelaterede.

**Figur 16. Gennemsnitlig score ved første måling og den opfølgende progressionsmåling opdelt på grader af krise**



**Kilde:** Deloitte's registreringsværktøj, udtræk 1. januar 2017. **N:** 306 borgere, der har fået foretaget såvel måling ved henvendelse som en efterfølgende opfølgning.

Samlet set tyder resultaterne fra progressionsmålingen på, at borgerne oplever et forbedret mentalt velbefindende mellem første måling og den opfølgende progressionsmåling. Som ovenfor beskrevet er der betydelig forskel på brugerne af de sociale akuttilbud, hvorfor det heller ikke er utænkeligt, at de sociale akuttilbud er bedre til at håndtere bestemte borgersegmenter og derfor formår at gøre en større forskel for nogle bestemte brugeres mentale velbefindende. Figur 17 indikerer, at dette er tilfældet. Heraf fremgår det først og fremmest, at brugerne i alle borgersegmenter oplever progression i deres mentale velbefindende mellem deres henvendelse og den opfølgende måling efter 14 dage. Det ses ligeledes, at der er betydelig variation i, hvor meget brugernes velbefindende forbedrer sig i løbet af de 14 dage mellem målingerne.

**Figur 17. Udvikling i progressionsmålingerne opdelt på de identificerede borgersegmenter**



Akuttillbuddene ser således ud til at have størst indvirkning på brugernes mentale velbefindende for de brugere, der hører til tredje og fjerde segment i figuren.

Størst betydning ser akuttillbuddene ud til at have for de borgere, der er midt i 40'erne, og som ikke har haft forudgående kontakt til behandlingspsykiatrien. Dette kan indikere, at akuttillbuddene lykkes med at være en indsats, der afhjælper psykiske kriser hos borgere, der ellers kunne tænkes at have opsøgt et mere indgribende tilbud.

Dernæst følger gruppen med brugere i slutningen af 40'erne, der har intensiv forudgående kontakt til behandlingspsykiatrien. Dette indikerer, at akuttillbuddene muligvis lykkes med at afhjælpe løbende kriser for denne gruppe borgere, der dermed muligvis er i stand til at undgå genindlæggelser. Dette undersøges yderligere i det følgende, hvor udviklingen i kontakten til behandlingspsykiatrien (ambulante henvendelser og indlæggelser) før og efter henvendelse til de sociale akuttillbud undersøges for målgruppen samlet og for hvert af de identificerede borgersegmenter.

### 5.3 Virkninger ved de sociale akuttillbud

Ovenstående tyder på, at både borgere, projektledere, medarbejdere og samarbejdspartnere oplever, at akuttillbuddene gør en forskel for brugerne, mens de indsamlede progressionsmålinger ligeledes indikerer, at de sociale akuttillbud øger brugernes mentale velbefindende i løbet af de første uger efter deres henvendelse. I dette afsnit ses nærmere på, om de bruger- og medarbejderoplevede effekter kan genfindes i opgørelserne af, om brugerne for eksempel oplever færre indlæggelser i tiden umiddelbart efter kontakten til akuttillbuddene.

Som beskrevet ovenfor er der betydelig forskel på brugerne af de sociale akuttillbud, hvorfor det også må forventes, at indsatsen har forskellige virkninger for forskellige borgersegmenter i målgruppen. Ovenstående afsnit om progressionsmålinger for forskellige borgersegmenter indikerer netop, at dette kan være tilfældet. Derfor undersøges ligeledes, om der ses forskellige virkninger for de tidligere identificerede borgersegmenter i forhold til indlæggelser, sengedage og ambulante besøg.

I flowanalysen anvendes en klassisk før-/eftermåling til at illustrere virkningerne af de sociale akuttillbud. Der er dermed tale om et longitudinalt design, hvor borgerne følges i tiden op til deres første henvendelse til de sociale akuttillbud og tiden umiddelbart efter denne første henvendelse. Der tages udgangspunkt i første henvendelse, eftersom data viser, at en stor del af brugerne er flergangsbrugere, der henvender sig flere gange over perioden efter deres første henvendelse, hvorfor første henvendelse vurderes at være det bedste skæringstidspunkt for vurdering af indsatsens betydning. Der ses i analysen på forskellige tidsintervaller med henblik på at undersøge, om virkningen er stabil over tid. Borgerne følges således på række parametre både 1 måned før/efter, 2 måneder før/efter, 3 måneder før/efter og 6 måneder før/efter deres første henvendelse til akuttillbuddene. Ved denne tilgang bliver det muligt at identificere, om hver enkelt borger oplever et ændret mønster i antal indlæggelser, sengedage og ambulante besøg i behandlingspsykiatrien, i tiden efter de er kommet i kontakt med de sociale akuttillbud, sammenlignet med en tilsvarende tidsperiode op til deres første henvendelse til akuttillbuddene.

Dette designvalg medfører dog nogle begrænsninger. Identifikation af et ændret mønster i brugernes kontakt til behandlingspsykiatrien kan ikke med sikkerhed tilskrives akuttillbuddenes indsats, hvilket skyldes, at det ikke har været muligt at danne en sammenlignelig kontrolgruppe. For yderligere uddybning af begrænsningerne ved designvalget og argumentationen for valget af netop denne tilgang henvises til bilag (7.1.2).

Flowanalysen bygger på data for de brugere, der har henvendt sig i løbet af 2015 og angivet deres cpr-nummer ved henvendelsen. På grund af manglende datatilgængelighed er det ikke muligt at udføre flowanalysen på brugere, der har henvendt sig i 2016, eftersom registrene med indlæggelser og ambulante besøg i behandlingspsykiatrien per april 2017 ikke er opdateret med data for 2016. Dette medfører også, at nogle af delelementerne i flowanalysen bygger på data for brugere, der har henvendt sig i akuttillbuddenes opstartsfasen. For præcist antal brugere i hver delanalyse (forskellige grupperinger og forskellige tidsintervaller) henvises til bilag (7.1.2).

Flowanalysen viser, at den samlede målgruppe har færre indlæggelser og sengedage i tiden efter deres første henvendelse til akuttillbuddene sammenlignet med tiden op til deres første henvendelse. Der ses blandede resultater for ambulante besøg i behandlingspsykiatrien. Flowanalysen viser derudover, at akuttillbuddene har forskellig betydning for de fem identificerede borgersegmenter. Den generelle tendens er, at akuttillbuddene mindsker antallet af indlagte borgere og sengedage for de borgersegmenter, der har tæt forudgående kontakt til behandlingspsykiatrien, mens akuttillbuddene i stedet fungerer som indgang til systemet for de brugere, der har lidt forudgående kontakt til behandlingspsykiatrien. For disse ses flere indlagte og flere sengedage.

#### 5.3.1 Flowanalyse for den samlede målgruppe

For den samlede målgruppe ses det generelt, at andelen af brugere, der har været indlagt i behandlingspsykiatrien, og det samlede antal sengedage falder umiddelbart efter kontakten til akuttillbuddet.

Ser man således på, hvor stor en andel af brugerne, der har været indlagt i måneden op til deres første henvendelse til akuttillbuddene, udgør disse 29 procent af den samlede målgruppe. Ser man på andelen, der har været indlagt i løbet af måneden efter deres første henvendelse til akuttillbuddene, er denne andel imidlertid faldet til 22 procent af den samlede målgruppe. Der er således færre, der bliver indlagt måneden efter deres første henvendelse til akuttillbuddene, sammenlignet med måneden op til deres første henvendelse<sup>20</sup>.

Antallet af sengedage i behandlingspsykiatrien falder samlet set fra 2.991 sengedage i måneden op til brugernes første henvendelse til 761 sengedage i den efterfølgende måned. Det skal dog bemærkes, at dette ikke nødvendigvis skyldes akuttillbuddenes indsats, men lige så vel kan være udslag af, at behandlingen i de forudgående indlæggelser har betydning for brugernes efterfølgende forløb. Det styrker imidlertid tiltroen til akuttillbuddenes betydning, at tendensen til færre indlæggelser og færre sengedage ser ud til at være konsistent over tid. Som det fremgår af figur 19 ses således også et fald i andelen af borgere, der har været indlagt, og antallet af sengedage, når den målte periode udvides til henholdsvis tre måneder før og efter brugernes henvendelse. Tendensen ses ligeledes, når perioden udvides til et halvt år før og efter første henvendelse<sup>21</sup> med forbehold for et relativt lavt antal respondenter i disse opgørelser (N=316). Trods det relativt lave antal brugere i denne analyse ses fortsat et statistisk signifikant fald i det samlede antal sengedage.

Der ses ligeledes et betydeligt fald i det gennemsnitlige antal sengedage for de brugere, der har været indlagt henholdsvis før og efter deres henvendelse til de sociale akuttillbud. De brugere, der har været indlagt, har således i gennemsnit 14,7 sengedage i behandlingspsykiatrien op til deres første henvendelse til de sociale akuttillbud. I måneden efter har brugerne, der har været indlagt, i gennemsnit 4,9 sengedage i behandlingspsykiatrien. Denne tendens til kortere indlæggelsesperioder ses ligeledes, når den undersøgte tidsperiode udvides. En mulig forklaring herpå kan være, at borgerne er mere trygge ved at blive udskrevet, når de har mulighed for at henvende sig til de sociale akuttillbud, hvormed de kan udskrives efter færre sengedage. Muligheden for at kontakte akuttillbuddene døgnet rundt kan således være med til at øge borgernes tryghed ved at blive udskrevet, hvilket kan være en forklaring på de kortere indlæggelser.

Figur 18. Udvikling for den samlede målgruppe en måned før og efter henvendelsen

**Status 1 mdr. før henvendelse:**

- **29 procent** har været indlagt i behandlingspsykiatrien.
- Disse brugere er i gennemsnit indlagt **14,7 sengedage**.
- **14 procent** har haft ambulanskontakt til psykiatrien.
- Disse brugere har i gennemsnit haft **2,1 ambulante besøg**

**Henvendelse til de sociale akuttillbud**



**Status 1 mdr. efter henvendelse:**

- **22 procent** har været indlagt i behandlingspsykiatrien.
- Disse brugere er i gennemsnit indlagt **4,9 sengedage**.
- **17 procent** har haft ambulanskontakt til psykiatrien.
- Disse brugere har i gennemsnit haft **2,6 ambulante besøg**



**Kilde:** Data fra Danmarks Statistik og registreringsværktøjet. **N:** 708.

Der ses umiddelbart mere uklare resultater for udviklingen i antal ambulante besøg i behandlingspsykiatrien hos målgruppen. Sammenlignes måneden op til brugernes første henvendelse med den efterfølgende måned, ses det, at andelen af brugerne, der har været i ambulansbehandling, stiger fra 14 procent før henvendelsen til de sociale akuttillbud til 17 procent i måneden efter henvendelsen. Derudover ses det, at de brugere, der er i ambulansbehandling, i gennemsnit har lidt flere ambulante besøg i den

<sup>20</sup> Undersøgt ved hjælp af paired t-test, hvor det undersøges, med hvor stor sikkerhed gennemsnittet ved de to målinger er forskellige.

<sup>21</sup> De konkrete tal fremgår i bilag.

efterfølgende måned. En forklaring på stigningen i ambulante henvendelser kan være, at nogle akuttillbud henviser især unge uden forudgående kontakt til psykiatrien til en samtale i behandlingspsykiatrien med henblik på eventuel udredning og forebyggelse.

Denne svage stigning i antallet af ambulante henvendelser, der ses i Figur 18, ser imidlertid ud til at være kortvarig. Udvides den undersøgte periode til at være tre måneder før og efter henvendelsen, er forskellen næsten væk, og udvides perioden yderligere til et halvt år før og efter henvendelsen, ses i stedet et mindre fald i andelen med ambulante henvendelser og antallet af ambulante henvendelser, jf. bilaget. Her skal dog igen tages forbehold for det forholdsvis lave antal respondenter, som det har været muligt at foretage før- og eftermålinger for på et halvt år.

Figur 19. Udvikling for den samlede målgruppe tre måneder før og efter henvendelsen

#### Status 3 mdr. før henvendelse:

- **37 procent** har været indlagt i behandlingspsykiatrien.
- Disse brugere er i gennemsnit indlagt **26,8 sengedage**.
- **24 procent** har haft ambulante kontakt til psykiatrien.
- Disse brugere har i gennemsnit haft **4,0 ambulante besøg**



#### Henvendelse til de sociale akuttillbud



#### Status 3 mdr. efter henvendelse:

- **29 procent** har været indlagt i behandlingspsykiatrien.
- Disse brugere er i gennemsnit indlagt **13,1 sengedage**.
- **25 procent** har haft ambulante kontakt til psykiatrien.
- Disse brugere har i gennemsnit haft **4,4 ambulante besøg**



**Kilde:** Data fra Danmarks Statistik og registreringsværktøjet. **N:** 628.

### 5.3.2 Flowanalyse for hvert af de identificerede borgersegmenter

Ovenstående indikerer, at brugerne af de sociale akuttillbud får færre indlæggelser og færre sengedage efter deres kontakt til de sociale akuttillbud. Som tidligere nævnt forventes det dog, at akuttillbuddene har forskellige virkninger for de forskellige borgersegmenter i målgruppen. Overordnet forventes det, at akuttillbuddene vil være med til at forebygge genindlæggelser for de brugere, der tidligere har haft intensiv kontakt til behandlingspsykiatrien, på grund af den tryghed, brugerne vil have i, at de har mulighed for at henvende sig til akuttillbuddene døgnet rundt. Omvendt forventes det, at akuttillbuddene kan virke som en indgang til systemet for de brugere, der ikke tidligere er kendt i behandlingspsykiatrien, og derfor forventes disse borgersegmenter at få tæt kontakt i form af både indlæggelser og ambulante besøg.

Nedenfor belyses derfor de forskellige borgersegmenters forløb før og efter brugernes første henvendelse til de sociale akuttillbud. Resultaterne lever umiddelbart op til forventningerne. Generelt mindskes antallet af indlæggelser og ambulante besøg for borgersegmenter, der tidligere har haft tæt kontakt til behandlingspsykiatrien, mens antallet af indlæggelser og ambulante besøg øges for de borgersegmenter, der ikke tidligere har været i intensiv kontakt med behandlingspsykiatrien. Borgere, der ikke tidligere har været i tæt kontakt med behandlingspsykiatrien, får således via akuttillbuddet mere kontakt til behandlingspsykiatrien, mens borgere, der tidligere har været i tæt kontakt med behandlingspsykiatrien, efter deres kontakt til akuttillbuddet får mindre kontakt til behandlingspsykiatrien.



### 13 procent unge med lidt forudgående kontakt til behandlingspsykiatrien

For gruppen af unge med lidt forudgående kontakt til behandlingspsykiatrien ses ikke overraskende flere indlæggelser og ambulante kontakter til behandlingspsykiatrien efter deres første henvendelse til de sociale akuttilbud. 14 procent har således været indlagt i behandlingspsykiatrien i måneden op til deres første henvendelse til akuttilbuddet, mens 22 procent har været indlagt i den efterfølgende måned. Det gennemsnitlige antal sengedage per bruger, der har været indlagt, falder dog fra 4,3 til 3 dage, hvilket indikerer, at selvom flere brugere er indlagt, er de gennemsnitlig indlagt i kortere tid.

Der ses ligeledes en stigning i andelen af brugere, der har været i ambulant kontakt med behandlingspsykiatrien i måneden efter deres første henvendelse, sammenlignet med den forudgående måned (fra 8 til 18 procent), mens det gennemsnitligt antal ambulante besøg per borger, der er i ambulant kontakt, også stiger fra 2 til 3,6 besøg.

Tendensen er umiddelbart stabil over tid, men det lave antal respondenter i dette segment, som det har været muligt at følge over tid (N=65) medfører generelt stor usikkerhed om udviklingen, ligesom det lave antal brugere medfører, at der blot i få tilfælde er tale om statistisk signifikante forskelle.

Ovenstående indikerer umiddelbart, at akuttilbuddene fungerer som en indgang til systemet for dette segment, og at akuttilbuddene formår at henvise videre til yderligere relevant behandling.

Figur 20. Udvikling en måned før og efter henvendelsen for første segment – Unge med lidt forudgående kontakt til behandlingspsykiatrien

#### Status 1 mdr. før henvendelse:

- **14 procent** har været indlagt i behandlingspsykiatrien.
- Disse brugere er i gennemsnit indlagt **4,3 sengedage**.
- **8 procent** har haft ambulant kontakt til psykiatrien.
- Disse brugere har i gennemsnit haft **2,0 ambulante besøg**



#### Henvendelse til de sociale akuttilbud



#### Status 1 mdr. efter henvendelse:

- **22 procent** har været indlagt i behandlingspsykiatrien.
- Disse brugere er i gennemsnit indlagt **3,0 sengedage**.
- **18 procent** har haft ambulant kontakt til psykiatrien.
- Disse brugere har i gennemsnit haft **3,6 ambulante besøg**



**Kilde:** Data fra Danmarks Statistik og registreringsværktøjet. **N:** 65.





**23 procent i alderen 25-35 år med forudgående kontakt til behandlingspsykiatrien**

For gruppen af brugere i alderen 25-35 år med betydelig forudgående kontakt til behandlingspsykiatrien ses færre indlæggelser i måneden efter deres første henvendelse sammenlignet med måneden op til henvendelsen til de sociale akuttillbud. 51 procent har således været indlagt i behandlingspsykiatrien i måneden op til henvendelsen, mens dette blot gør sig gældende for 32 procent i den efterfølgende måned.

De brugere, der har været indlagt, får ligeledes gennemsnitlig færre sengedage. Tendensen til fald i andelen med indlæggelser og antal sengedage er umiddelbart både stabil og statistisk signifikant over tid. Det tyder på, at akuttillbuddene kan være medvirkende til, at nogle borgere i dette segment undgår uhensigtsmæssige genindlæggelser, og at de oplever tryghed ved at blive udskrevet efter færre sengedage.

Der ses dog en mindre tendens til flere ambulante kontakter til behandlingspsykiatrien i perioden efter første henvendelse til de sociale akuttillbud. Denne tendens er dog kun kortvarig og statistisk insignifikant. Ses der i stedet på tre måneder forud for og efter første henvendelse, ses marginalt færre ambulante kontakter. Udvides perioden til seks måneder forud for og efter første henvendelse, ses endda et statistisk signifikant fald i andelen med ambulante kontakter. På grund af antallet af respondenter er der imidlertid nogen usikkerhed om dette.

Figur 21. Udvikling for andet segment en måned før og efter henvendelsen – Brugere i alderen 25-35 år med forudgående kontakt til behandlingspsykiatrien

**Status 1 mdr. før henvendelse:**

- **51 procent** har været indlagt i behandlingspsykiatrien.
- Disse brugere er i gennemsnit indlagt **16,4 sengedage**.
- **27 procent** har haft ambulante kontakt til psykiatrien.
- Disse brugere har i gennemsnit haft **2,2 ambulante besøg**



**Henvendelse til de sociale akuttillbud**



**Status 1 mdr. efter henvendelse:**

- **32 procent** har været indlagt i behandlingspsykiatrien.
- Disse brugere er i gennemsnit indlagt **5,8 sengedage**.
- **31 procent** har haft ambulante kontakt til psykiatrien.
- Disse brugere har i gennemsnit haft **2,3 ambulante besøg**



**Kilde:** Data fra Danmarks Statistik og registreringsværktøjet. **N:** 169.



### 33 procent i 40'erne med lidt forudgående kontakt til behandlingspsykiatrien

For brugerne i dette segment med lidt forudgående kontakt til behandlingspsykiatrien ses ikke overraskende flere indlæggelser og flere ambulante kontakter til behandlingspsykiatrien umiddelbart efter deres første henvendelse til akuttilbuddene. 9 procent har således været indlagt i måneden op til henvendelsen, mens 17 procent har været indlagt i løbet af den efterfølgende måned. Der er ligeledes flere brugere i denne gruppe, der efterfølgende har haft ambulante kontakt til behandlingspsykiatrien. Begge tendenser er stabile og statistisk signifikante over tid. Det tyder på, at akuttilbuddene for nogle brugere i dette segment fungerer som en indgang til systemet.

Selvom flere brugere i dette segment har været indlagt i måneden efter deres første henvendelse til akuttilbuddene sammenlignet med måneden op til henvendelsen, ses sammenlagt blot marginalt flere sengedage for brugerne (155 sengedage i måneden efter mod 151 sengedage i måneden forud for henvendelsen). Det skyldes, at brugerne er indlagt i kortere tid. Selvom flere brugere i dette segment således er indlagt i den efterfølgende måned, medfører det ikke nogen betydelig stigning i det samlede antal sengedage.

Figur 22. Udvikling for tredje segment en måned før og efter henvendelsen – Brugere i 40'erne med lidt forudgående kontakt til behandlingspsykiatrien

#### Status 1 mdr. før henvendelse:

- **9 procent** har været indlagt i behandlingspsykiatrien.
- Disse brugere er i gennemsnit indlagt **6,9 sengedage**.
- **3 procent** har haft ambulante kontakt til psykiatrien.
- Disse brugere har i gennemsnit haft **2,9 ambulante besøg**

#### Henvendelse til de sociale akuttilbud



#### Status 1 mdr. efter henvendelse:

- **17 procent** har været indlagt i behandlingspsykiatrien.
- Disse brugere er i gennemsnit indlagt **3,9 sengedage**.
- **8 procent** har haft ambulante kontakt til psykiatrien.
- Disse brugere har i gennemsnit haft **2,7 ambulante besøg**



**Kilde:** Data fra Danmarks Statistik og registringsværktøjet. **N:** 232.



### 14 procent i midten/slutningen af 40'erne med intensiv kontakt til behandlingspsykiatrien

For gruppen af brugere i 40'erne med intensiv forudgående kontakt til behandlingspsykiatrien ses et betydeligt fald i andelen af borgere, der har været indlagt i måneden efter deres første henvendelse til akuttilbuddene sammenlignet med den forudgående måned. 44 procent af brugerne i denne gruppe har således været indlagt i måneden op til sammenlignet med 21 procent i den efterfølgende måned, og denne udvikling er statistisk signifikant over tid. Det samlede antal sengedage falder fra 922 til 133 (jf. bilaget), og det ses således, at det gennemsnitlige antal sengedage per indlagt bruger falder fra 18,8 i den forudgående måned til 5,5 i den efterfølgende måned. Tendensen er stabil – omend faldende – over tid (jf. bilaget).

Andelen af brugere, der har været i ambulante kontakt med behandlingspsykiatrien, falder ligeledes, når man sammenligner måneden op til henvendelsen med den efterfølgende måned. De brugere, der har ambulante kontakt, har dog gennemsnitlig flere ambulante besøg i perioden efter henvendelsen. Samlet set er der således ikke tale om færre ambulante henvendelser, men de ambulante besøg er fordelt på færre personer i perioden efter.

Figur 23. Udvikling for fjerde segment en måned før og efter henvendelsen – Brugere i midten/slutningen af 40'erne med intensiv kontakt til behandlingspsykiatrien

#### Status 1 mdr. før henvendelse:

- **44 procent** har været indlagt i behandlingspsykiatrien.
- Disse brugere er i gennemsnit indlagt **18,8 sengedage**.
- **23 procent** har haft ambulante kontakt til psykiatrien.
- Disse brugere har i gennemsnit haft **1,9 ambulante besøg**



#### Henvendelse til de sociale akuttilbud



#### Status 1 mdr. efter henvendelse:

- **21 procent** har været indlagt i behandlingspsykiatrien.
- Disse brugere er i gennemsnit indlagt **5,5 sengedage**.
- **20 procent** har haft ambulante kontakt til psykiatrien.
- Disse brugere har i gennemsnit haft **2,8 ambulante besøg**



**Kilde:** Data fra Danmarks Statistik og registreringsværktøjet. **N:** 111.



#### 17 procent enlige ældre med blandet kontakt til behandlingspsykiatrien

For denne gruppe brugere ses generelt færre indlæggelser i behandlingspsykiatrien i perioden efter deres henvendelse til de sociale akuttilbud sammenlignet med perioden op til henvendelsen. Det ses således, at 29 procent har været indlagt i perioden op til, mens 17 procent har været indlagt i perioden umiddelbart efter. Det ses ligeledes, at de brugere, der har været indlagt, i gennemsnit er indlagt i kortere tid efterfølgende. Tendensen er stabil over tid, selvom usikkerheden er stor, når der ses på seks måneder op til og efter første henvendelse, grundet det lave antal brugere, det er muligt at udregne både før- og eftermåling på ved plus/minus seks måneder (N=67).

For denne gruppe ses ingen klar udvikling i antallet af ambulante henvendelser.

Figur 24. Udvikling for femte segment en måned før og efter henvendelsen – Enlige ældre med blandet kontakt til behandlingspsykiatrien

#### Status 1 mdr. før henvendelse:

- **29 procent** har været indlagt i behandlingspsykiatrien.
- Disse brugere er i gennemsnit indlagt **12,4 sengedage**.
- **14 procent** har haft ambulante kontakt til psykiatrien.
- Disse brugere har i gennemsnit haft **1,8 ambulante besøg**



#### Henvendelse til de sociale akuttilbud



#### Status 1 mdr. efter henvendelse:

- **17 procent** har været indlagt i behandlingspsykiatrien.
- Disse brugere er i gennemsnit indlagt **5,3 sengedage**.
- **13 procent** har haft ambulante kontakt til psykiatrien.
- Disse brugere har i gennemsnit haft **2,3 ambulante besøg**



**Kilde:** Data fra Danmarks Statistik og registreringsværktøjet. **N:** 126.

### 5.3.3 Andre faktorer, der har betydning for virkningen

Ovenstående tyder på, at de sociale akuttillbud har de forventede virkninger for de forskellige borgersegmenter. For de borgersegmenter, der tidligere har været i intensiv kontakt med behandlingspsykiatrien, ses betydelig færre borgere med indlæggelser og færre indlæggelsesdage, mens akuttilluddene ser ud til at fungere som indgang til systemet for de borgersegmenter, der ikke tidligere har været i kontakt med behandlingspsykiatrien.

Det er imidlertid også relevant at undersøge, om andre faktorer kan have betydning for virkningen for borgerne. I dette afsnit undersøges det derfor, om der for de 14 forskellige projektkommuner og for integrerede versus semi-integrerede organisationsmodeller er forskellige virkninger for engangsbrugere og flergangsbrugere.

#### Virkninger for engangsbrugere og flergangsbrugere

Ser man først på før- og eftermålingerne opdelt på engangsbrugere og flergangsbrugere, ses betydelige forskelle i virkningerne for de to grupper, jf. bilag, afsnit 7.1.2. Ikke overraskende ses større virkning for flergangsbrugerne.

For flergangsbrugerne ses et betydeligt fald i både andelen af borgere, der har været indlagt, og antallet af sengedage, og virkningen er konsistent og stærkt statistisk signifikant over tid.

**Engangsbrugere** er brugere, der i den målte periode har henvendt sig til akuttilluddene én gang.

**Flergangsbrugere** er brugere, der i den målte periode har henvendt sig gentagne gange til akuttilluddene.

For engangsbrugere ses ikke umiddelbart nogen konsistent betydning for andelen, der har været indlagt. Ser man på måneden op til henvendelsen og den efterfølgende måned, ses et mindre fald i andelen, der har været indlagt, men faldet er ikke statistisk signifikant. Faldet er desuden kortvarigt og kan således ikke spores i analysen, hvor tidsperioden er udvidet til to måneder op til og efter henvendelsen. Til gengæld ses der virkninger for det samlede antal sengedage for gruppen af engangsbrugere. Antallet af sengedage falder således betydeligt på kort sigt, og dette fald er statistisk signifikant. Virkningen er dog i høj grad aftagende, når den undersøgte periode udvides, og der ses ikke længere et statistisk signifikant fald, når måleperioden udvides udover den første måned efter henvendelsen.

Generelt ses således en tydeligere virkning for gruppen af flergangsbrugere, hvilket er forventeligt, da de har fået den største indsatsmængde gennem deres flere kontakter med akuttilluddet. For engangsbrugere ses kun en kortvarig virkning.

#### Virkninger på tværs af projektkommuner

For at sikre, at ovenstående resultater ikke blot er et udslag af enkelte, virkningsfulde akuttillbud, men er virkninger af selve modellen akuttillbud, er virkningen for hver af de 14 projektkommuner undersøgt.

Analysen viser umiddelbart samme tendens på tværs af alle projektkommuner, selvom nogle akuttillbud naturligvis opnår større virkning i forhold til indlæggelser og sengedage end andre. Dette kan dog også skyldes forskelle i målgrupper – for eksempel hvor stor en del akuttilluddene har i borgersegmenter med henholdsvis lidt eller intensiv forudgående kontakt til behandlingspsykiatrien<sup>22</sup>.

Antallet af sengedage for den samlede målgruppe mindskes dog i alle projektkommuner, hvilket tyder på, at ovenstående resultater skyldes den samlede model for de sociale akuttillbud fremfor enkeltstående virkningsfulde akuttillbud.

<sup>22</sup> Det er desværre ikke muligt at undersøge dette yderligere, eftersom antallet af brugere er for lille til at foretage yderligere underopdelinger under hver projektkommune.

## Virkninger på tværs af organisationsmodeller

Med henblik på at sikre, at ovenstående resultater ikke blot gør sig gældende for én af de to organisationsmodeller, der har været anvendt i projektet, er det ligeledes undersøgt, om resultaterne af flowanalysen varierer på tværs af organisationsmodeller.

Analysen viser (jf. bilag, afsnit 7.1.2), at ovenstående virkninger gør sig gældende for både integrerede og semi-integrerede akuttillbud. Der ses således ikke betydelig forskel mellem resultaterne for de integrerede og semi-integrerede akuttillbud.

### 5.4 Opsamling og delkonklusioner vedrørende resultater og virkninger af akuttillbuddene

Resultat- og virkningsevalueringen viser først og fremmest, at både brugere, projektledere, medarbejdere og samarbejdspartnere alle har stor tiltro til, at de sociale akuttillbud har betydning for borgerne.

Det er brugernes generelle oplevelse, at akuttillbuddene har gjort en stor forskel for dem, og at tilbuddets form har haft betydning for deres udbytte af indsatsen. Brugerne oplever, at muligheden for at henvende sig døgnet rundt anonymt og uden forudgående visitation og personalets tilgang til borgerne har haft stor betydning for dem. Brugerne oplever således, at:

- Akuttillbuddet øger deres oplevede tryghed.
- Akuttillbuddet understøtter brugerne i en velfungerende hverdag i eget hjem.
- Akuttillbuddet mindsker målgruppens selvvaluerede kontakt til behandlingspsykiatrien.

Ligesom størstedelen af brugerne oplever, at akuttillbuddene gør en forskel for dem personligt, er det også generelt projektledernes, medarbejdernes og samarbejdspartnernes oplevelse, at akuttillbuddet er med til at dække et behov hos målgruppen. Projektlederne er overordnet set lidt mere positivt indstillede end medarbejderne, der igen vurderer betydningen af akuttillbuddet lidt højere end samarbejdspartnere.

Det ses også, at brugerne oplever et bedre mentalt velbefindende i ugerne efter deres henvendelse til de sociale akuttillbud sammenlignet med deres mentale velbefindende på tidspunktet for deres henvendelse til akuttillbuddene. Der ses således betydelig progression i brugernes mentale velbefindende for de 306 borgere, hvor der er indsamlet besvarelse på SWEMWBS både ved første henvendelse og ved opfølgning 14 dage derefter.

Forventningen var dog også, at akuttillbuddene kunne have varierende betydning og virkning for forskellige borgersegmenter i målgruppen. Resultater fra progressionsmålingerne viser, at de sociale akuttillbud har positiv virkning på brugernes mentale velbefindende i alle identificerede borgersegmenter. Samtidig ses det dog også, at akuttillbuddene formår at højne det mentale velbefindende i højere grad for nogle af de identificerede borgersegmenter relativt til andre. Størst udvikling i den gennemsnitlige score på SWEMWBS ses for gruppen af brugere midt i 40'erne uden forudgående (eller med forholdsvis lav grad af forudgående) kontakt til behandlingspsykiatrien efterfulgt af gruppen af brugere i slutningen af 40'erne med intensiv forudgående kontakt til behandlingspsykiatrien. Den mindste fremgang ses hos de brugere, der tilhører segmentet i 25-35 år uden forudgående kontakt til behandlingspsykiatrien.

Det ses ligeledes i flowanalysen, at akuttillbuddene har forskellige virkninger for de fem identificerede borgersegmenter. For den samlede målgruppe ses det, at brugerne generelt er i mindre kontakt med behandlingspsykiatrien i tiden efter deres første henvendelse til akuttillbuddene sammenlignet med tiden op til. Færre brugere er således indlagt i tiden efter, ligesom de også har færre sengedage. Tendensen er desuden konsistent over tid. Disse generelle tendenser dækker imidlertid over forskellige virkninger for de fem identificerede borgersegmenter. Flowanalysen viser således, at de borgersegmenter, der har intensiv forudgående kontakt til behandlingspsykiatrien, har betydelig færre indlæggelser og sengedage i perioden efter deres første henvendelse til akuttillbuddene sammenlignet med en tilsvarende periode op

til første henvendelse. For de borgersegmenter, der ikke har betydelig forudgående kontakt til behandlingspsykiatrien, ses det derimod, at akuttillbuddene kommer til at fungere som indgang til systemet, og disse grupper oplever således flere indlæggelser og sengedage i perioden efter deres første henvendelse sammenlignet med perioden før.

For ambulante besøg ses et mindre konsistent billede. For den samlede målgruppe ses det, at brugerne umiddelbart får flere ambulante kontakter til behandlingspsykiatrien i perioden efter deres første henvendelse til akuttillbuddene. Denne tendens forsvinder dog, når den undersøgte periode udvides, hvilket indikerer, at tendensen til flere ambulante besøg for den samlede målgruppe er forholdsvis kortvarig.

Opdelt på de identificerede borgersegmenter ses mindre variationer i forhold til udviklingen i antallet af ambulante kontakter. Den generelle tendens er, at der ses en lidt større stigning i andelen med ambulante kontakt og antallet af ambulante kontakter for de grupper, der ikke tidligere har haft tæt kontakt til behandlingspsykiatrien, sammenlignet med de borgersegmenter, der har haft en sådan tæt kontakt.

## 6 Økonomisk evaluering

Den økonomiske evaluering består af en omkostningsanalyse på tværs af de 14 projektkommuner og en perspektivering til omkostninger til alternative indsatser til borgerne. Omkostningskortlægningen illustrerer de sociale akuttillbuds udgifter opdelt på udgifter til etablering og drift med det formål at give et indblik i, hvad det koster at etablere og drive akuttillbud med forskellige organisationsformer. Omkostningskortlægningen viser meget forskellige udgifter på tværs af de 14 projektkommuner. Der ses dog en tendens til, at lønudgifterne på tværs af alle akuttillbud fylder en stor del af det samlede budget, mens udgifterne også er mærkbart højere for semi-integrerede akuttillbud i forhold til de integrerede akuttillbud. Den gennemsnitlige udgift per henvendelse i 2016 er cirka 1.800 kr., mens de gennemsnitlige udgifter per borger i 2016 udgør cirka 13.700 kr.

### 6.1 Kortlægning af omkostninger ved de sociale akuttillbud

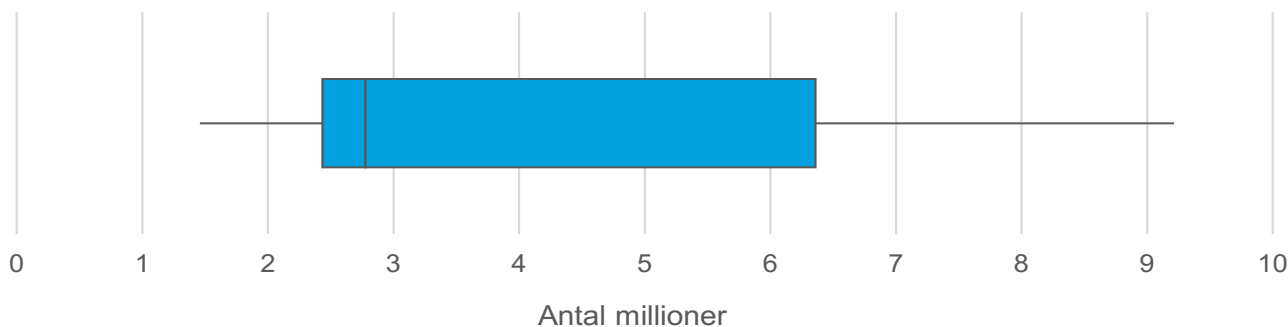
I denne omkostningskortlægning præsenteres de 14 projektkommuners udgifter i forbindelse med etableringen og driften af de sociale akuttillbud. Først præsenteres de samlede og de gennemsnitlige omkostninger for de 14 projektkommuner opdelt på etablering og drift. Derefter følger et afsnit, hvor omkostningerne sættes i perspektiv i form af opgørelser af gennemsnitlige udgifter per henvendelse og gennemsnitlige udgifter per borger. Dernæst følger et afsnit, hvor omkostningerne for de to forskellige organisationsmodeller gennemgås. Afslutningsvis perspektiveres udgifterne til omkostninger forbundet med alternative indsatser til borgerne.

I forhold til kortlægningen af omkostningerne bør det nævnes, at det især ved integrerede akuttillbud kan være vanskeligt at adskille udgifterne til henholdsvis akuttillbud og botilbud, mens det forhold, at projektet er puljefinansieret, også kan påvirke udgiftsniveauet, eftersom der kan være en tendens til at anvende alle tilgængelige midler.

#### 6.1.1 Kortlægning af udgifter opdelt på etablering og drift

De sociale akuttillbud har i gennemsnit haft udgifter for 4,3 mio. kr. i løbet af 2015 og 2016. Som ovenfor nævnt dækker dette dog over betydelige variationer akuttillbuddene imellem, hvilket fremgår af figuren nedenfor, hvor den vertikale streg i den blå boks angiver udgifterne for medianen blandt de 14 akuttillbud.

Figur 25. Spredning i samlede udgifter for de 14 akuttilbud



**Note:** Figuren angiver spredningen i de samlede udgifter for de 14 akuttilbud. Boksen angiver, hvordan udgifterne for den midterste halvdel af akuttilbuddene fordeler sig, mens de horisontale linjer i hver ende angiver udgiftsniveauet for projektkommunerne i henholdsvis nederste og øverste kvartil (de 25 procent af akuttilbuddene med laveste udgifter og de 25 procent af akuttilbuddene med højeste udgifter). Den vertikale linje i den blå boks angiver udgifterne for medianen.

Omkostningerne fordeler sig overordnet set på to kategorier – etablering og drift. De 14 projektkommuner har i gennemsnit anvendt cirka 320.000 kr. til etablering i hver projektkommune, mens de gennemsnitlige driftsomkostninger udgør cirka 4 mio. kr. samlet i løbet af 2015 og 2016.

Som det fremgår af figur, er der stor spredning i de samlede udgifter på tværs af projektkommunerne, hvor især sidste kvartil trækker gennemsnittet op. Det samme gør sig gældende for etableringsomkostningerne, hvor størstedelen af projektkommunerne har udgifter for 200.000-250.000 kr., mens enkelte kommuner med høje etableringsomkostninger trækker gennemsnittet op over 300.0000 kr.

På den anden side er der nogle kommuner, der enten ikke har haft udgifter til etablering, eller også er der tale om meget lave udgifter. Denne tendens ses især for projektkommuner, der har valgt den integrerede organisationsmodel. I disse kommuner, hvor akuttilbuddet blev etableret i fysisk sammenhæng med et eksisterende botilbud, tyder det ikke på, at man for eksempel har haft samme behov for udgifter til anskaffelse og/eller renovering af lokaler mv. i forbindelse med etableringen af akuttilbuddene, hvorfor der er en tendens til, at udgifterne til etableringen er lavere.

Lønomsomkostningerne udgør desuden godt 80 procent af de samlede omkostninger, inklusive etableringsomkostninger, mens de udgør cirka 87 procent af omkostningerne forbundet med den løbende drift af akuttilbuddene.

### 6.1.2 Gennemsnitlige udgifter per henvendelse og per borger

De gennemsnitlige udgifter per henvendelse og per borger udregnes på baggrund af de løbende driftsomkostninger i 2016 og det samlede antal henvendelser og borgere, der har henvendt sig i 2016<sup>23</sup>. På den måde gives et billede af, hvad en henvendelse og en unik borger koster, når akuttilbuddet er veletableret og i drift.

Ser man først på udgifterne som omkostninger per henvendelse, ses det, at en henvendelse til de sociale akuttilbud i gennemsnit koster cirka 1.800 kr.<sup>24</sup>, hvilket dog dækker over betydelig variation på tværs af de 13 projektkommuner, som det fremgår af figuren nedenfor. Her ses det ligeledes, at nogle akuttilbud trækker de gennemsnitlige omkostninger per henvendelse betydeligt op. Medianen blandt de 13 projektkommuner har således gennemsnitlige omkostninger forbundet med en henvendelse på cirka 1.400 kr.

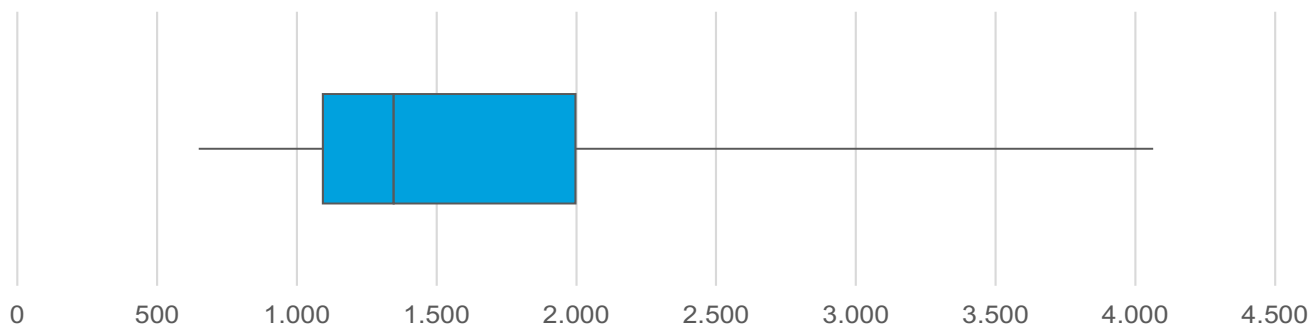
<sup>23</sup> På grund af det lave antal registrerede henvendelser er Jammerbugt Kommune udeladt af opgørelserne i dette afsnit, eftersom data ikke er sammenlignelige med de resterende 13 akuttilbud.

<sup>24</sup> Dette er udregnet på baggrund af de gennemsnitlige udgifter per henvendelse for hvert enkelt akuttilbud, hvorefter gennemsnittet af de 13 akuttilbuds udgifter per henvendelse er udregnet. Dette er gjort med henblik på at undgå, at nogle akuttilbud påvirker de gennemsnitlige omkostninger per henvendelse uforholdsmæssigt meget. Samme fremgangsmåde er anvendt ved udregningen af omkostninger per borger.



Det skal dog nævnes, at dette er udregnet ud fra det antal henvendelser, der er registreret i løbet af projektperioden, hvori henvendelser i form af opfølgning på kriseplaner ikke indgår. Der er således nogle henvendelser, der ikke indgår i det samlede antal henvendelser, og udgifterne per henvendelse ville naturligvis være lavere, hvis disse henvendelser også indgik. Det er dog ikke muligt at sige, hvor mange henvendelser der er tale om.

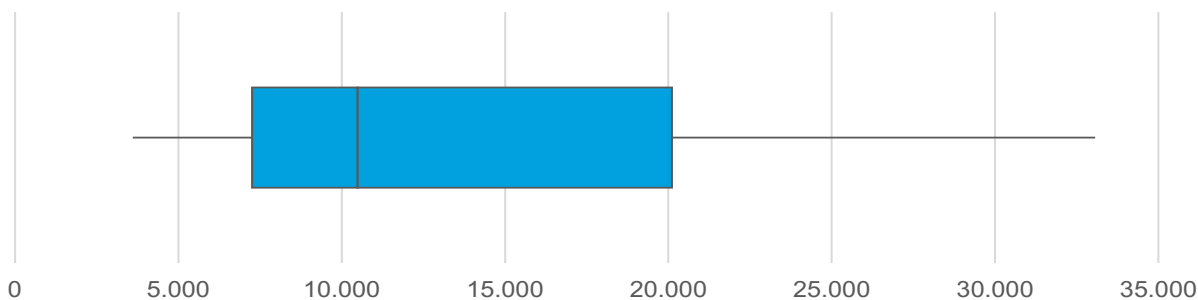
Figur 26. Spredning i udgifter per henvendelse



**Note:** Figuren angiver spredningen i udgifter per henvendelse for de 13 akuttilbud. Boksen angiver, hvordan udgifterne for den midterste halvdel af akuttilbuddene fordeler sig, mens de horisontale linjer i hver ende angiver udgiftsniveauet for projektkommunerne i henholdsvis nederste og øverste kvartil (de 25 procent af akuttilbuddene med laveste udgifter per henvendelse og de 25 procent af akuttilbuddene med højeste udgifter per henvendelse). Den vertikale linje i den blå boks angiver udgifterne per henvendelse for medianen.

Som tidligere nævnt er en stor del af henvendelserne fra flergangsbrugere. Samlet set har der således været 4.362 unikke brugere i de 13 sociale akuttilbud, hvoraf 2.522 har henvendt sig første gang i 2016. De gennemsnitlige udgifter per borger udgør cirka 13.700 kr., hvilket imidlertid dækker over betydelig variation på tværs af de 13 projektkommuner, som det ligeledes fremgår af figuren nedenfor. Her ses det ligeledes, at nogle akuttilbud trækker de gennemsnitlige udgifter per borger op. Medianen er således cirka 10.500 kr. per borger.

Figur 27. Spredning i udgifter per unik borger



**Note:** Figuren angiver spredningen i udgifter per borger for de 13 akuttilbud. Boksen angiver, hvordan udgifterne for den midterste halvdel af akuttilbuddene fordeler sig, mens de horisontale linjer i hver ende angiver udgiftsniveauet for projektkommunerne i henholdsvis nederste og øverste kvartil (de 25 procent af akuttilbuddene med laveste udgifter per borger og de 25 procent af akuttilbuddene med højeste udgifter per borger). Den vertikale linje i den blå boks angiver udgifterne per borger for medianen.

### 6.1.3 Udgifter opdelt på organisationsmodeller

Som beskrevet i kapitel 1 og 2 er der forskel på, hvordan de 14 projektkommuner har valgt at organisere akuttilbuddet. Den primære forskel ligger i valget mellem henholdsvis den integrerede og den semi-integrerede organisationsmodel, og det forventes, at valget af organisationsmodel kan have betydning for omkostningerne.

Der ses generelt en tendens til, at de semi-integrerede akuttilbud har højere udgifter end de integrerede akuttilbud. Det ses således, at de gennemsnitlige udgifter for de integrerede akuttilbud ligger på cirka 3 mio. kr. samlet i perioden fra 2015 til 2016, mens de gennemsnitlige udgifter er godt 5,5 mio. kr. for de

semi-integrerede akuttillbud i samme periode. Opgøres omkostningerne i stedet som udgifter per unik borger, der er i kontakt med akuttillbuddene i 2016, ses fortsat forskel i omkostningerne for de integrerede og de semi-integrerede modeller. De gennemsnitlige udgifter per unik borger er således cirka 9.500 kr. i de integrerede akuttillbud mod cirka 17.500 kr. i de semi-integrerede akuttillbud. De gennemsnitlige udgifter per henvendelse i 2016 er godt 1.500 kr. for de integrerede akuttillbud mod knap 2.000 kr. for de semi-integrerede tilbud.

Akuttillbuddene peger selv på, at mulige forklaringer på forskellene for eksempel kan være, at døgndækningen af akuttelefonen, muligheden for personligt fremmøde døgnet rundt og muligheden for overnatning stiller store krav til bemanningen af akuttillbuddet, og her har den integrerede organisationsmodel en fordel i at være etableret i fysisk sammenhæng med et eksisterende botilbud. I integrerede akuttillbud har man således mulighed for at drage nytte af, at der allerede er døgnbemanning i det eksisterende botilbud, hvorfor akuttelefonen typisk varetages af eksisterende nattevagter, mens de semi-integrerede har høje lønudgifter forbundet med døgnbemanning af akuttillbuddet, hvor medarbejderne ikke nødvendigvis har andre opgaver at varetage.

Et eksempel herpå er et integreret akuttillbud, hvor man har lave samlede udgifter og lave udgifter per henvendelse og per unik borger. Her dækker akuttillbuddets medarbejdere akuttillbuddet fra kl. 8.00 til kl. 23.00. Herefter overtager medarbejderne i botilbuddet akuttelefonen og påtager sig ligeledes opgaverne ved personligt fremmøde og overnatning. I dagtimerne hjælper medarbejderne i det sociale akuttillbud til med mindre opgaver i botilbuddet, når der ikke er henvendelser eller andre opgaver i akuttillbuddet. På den måde holdes lønomkostningerne på et lavt niveau.

Den fysiske placering i sammenhæng med botilbuddet muliggør ligeledes den løsning, hvor der er én medarbejder på arbejde ad gangen. Dette er dog ikke i samme grad en mulighed i semi-integrerede akuttillbud, hvor akuttillbuddene ofte ligger fysisk adskilt fra andre tilbud, hvorfor der af sikkerhedshensyn ofte er to medarbejdere på vagt i nattetimerne, hvilket naturligvis øger lønudgifterne til akuttillbuddene betragteligt. I en af projektkommunerne, hvor man har organiseret sig efter den semi-integrerede model, har man for eksempel to medarbejdere på vagt i både dag- og nattetimerne, mens aften timerne dækkes ind af én medarbejder, der har mulighed for at tilkalde projektejeren, der kan være på stedet indenfor få minutter, hvis der skulle opstå problemer.

Ovenstående tyder således på, at valget mellem integreret eller semi-integreret organisationsmodel har betydning for lønudgifterne og dermed også de samlede omkostninger. Et andet forhold, der kunne forventes at påvirke udgiftsniveauet, er antallet af overnatninger i akuttillbuddet. Umiddelbart tyder de indleverede omkostningsoplysninger fra projektkommunerne dog ikke på, at antallet af overnatninger i akuttillbuddene har betydning for de samlede omkostninger, når selve overnatningsmuligheden er etableret. Det forventes dog, at det har betydning for omkostningsniveauet, om overnatningsmuligheden er etableret, hvilket det imidlertid ikke har været muligt at undersøge i denne omkostningskortlægning.

## 6.2 Perspektivering af besparelser til alternative indsatser

Som det fremgår af ovenstående, er de gennemsnitlige udgifter per henvendelse til de sociale akuttillbud cirka 2.000 kr., hvilket dækker over, at de gennemsnitlige udgifter per henvendelse til de integrerede akuttillbud er 1.900 kr. mod cirka 2.400 kr. for de semi-integrerede tilbud.

Det er ikke muligt at estimere, hvor stor en andel af brugerne der ville have gjort brug af andre indsatser i fraværet af de sociale akuttillbud. Standardpriser for andre indsatser til målgruppen (eller bestemte segmenter i målgruppen) kan dog anvendes til at sætte gennemsnitsomkostningerne per henvendelse til de sociale akuttillbud i perspektiv. Derfor perspektiveres her til standardpriserne på sengedage og ambulante besøg i psykiatrien ud fra Sundhedsdatastyrelsens vejledning til takstsystemet fra 2016.

Heraf fremgår det, at standardprisen på en sengedag i behandlingspsykiatrien i 2016 er 3.564 kr. Hvis ét besøg i de sociale akuttillbud dermed kan afhjælpe én sengedag i behandlingspsykiatrien, er der dermed tale om en mere økonomisk rentabel indsats, men det skal bemærkes, at dette blot er til perspektivering.

Standardprisen på en ambulans behandling i psykiatrien angives af Sundhedsdatastyrelsens takstsystem at være 1.703 kr., hvilket indikerer, at en ambulans henvendelse til psykiatrien som udgangspunkt er billigere per henvendelse end en gennemsnitlig henvendelse til de sociale akuttillbud. For de integrerede akuttillbud er de gennemsnitlige omkostninger per henvendelse dog fortsat lavere end udgifterne til en ambulans henvendelse til psykiatrien.

Som virkningsevalueringen viser, falder den samlede målgruppes antal sengedage i psykiatrien umiddelbart efter henvendelsen til de sociale akuttillbud. Ser man på måneden før første henvendelse sammenlignet med en måned efter, falder antallet af sengedage med i gennemsnit cirka 3 sengedage per borger<sup>25</sup>. Dette medfører en gennemsnitlig besparelse på cirka 11.200 kr. per borger i den tid, der følger umiddelbart efter henvendelsen, når det antages, at borgernes indlæggelsesmønster ikke ville ændre sig, hvis de ikke havde kontaktet akuttillbuddene. Udvides den undersøgte periode i virkningsevalueringen til tre måneder før og efter første henvendelse, ses et fald i antal sengedage på i gennemsnit cirka 6 sengedage per borger<sup>26</sup>. Dette medfører en besparelse på cirka 21.600 kr. per borger. Udvides den undersøgte periode yderligere, ses et større fald i gennemsnitligt antal sengedage per borger<sup>27</sup>. Her udgør faldet i gennemsnit cirka 7 sengedage per borger, hvilket svarer til en gennemsnitlig besparelse på cirka 25.600 kr. per borger.

Hvis det antages, at virkningerne fuldt ud kan tilskrives akuttillbuddene, kan det således illustrativt for en periode på tre måneder efter første henvendelse opgøres til en besparelse på cirka 21.600 kr. mod de 13.700 kr., en borger i akuttillbuddene gennemsnitlig har kostet. Mange andre forhold spiller dog ind på en mere præcis opgørelse af et eventuelt økonomisk potentiale, men det illustrative regneeksempel indikerer dog, at der kan være et økonomisk potentiale, hvis akuttillbuddene kan være med til at reducere indlæggelser i behandlingspsykiatrien.

Det skal bemærkes, at ovenstående udregninger ikke kan sammenlignes direkte med de gennemsnitlige udgifter per borger. Det skyldes, at den undersøgte periode for fald i antal sengedage ikke er direkte sammenlignelig med den periode, som de gennemsnitlige omkostninger til en borger i de sociale akuttillbud er opgjort for.

Dertil kommer, at de gennemsnitlige udgifter per borger er udregnet på baggrund af alle 4.388 borgere, der i hele perioden har henvendt sig til de sociale akuttillbud, mens virkningsevalueringen blot er udregnet på de borgere, der har henvendt sig i 2015, og som det dermed har været muligt at følge over tid.

Disse borgere, som virkningsevalueringen er udregnet på baggrund af, adskiller sig desuden ved at have flere henvendelser, hvorfor det også må forventes, at disse koster mere end den gennemsnitlige borger.

Man skal således være påpasselig med at sammenligne ovenstående udregninger af potentielle besparelser med de gennemsnitlige udgifter per borger, ligesom det ikke nødvendigvis kan forventes, at faldet i sengedage vil gælde for alle brugere af akuttillbuddene. Beregningerne giver dog en indikation af, at akuttillbuddene er med til at nedbringe antallet af sengedage for målgruppen, hvilket medfører besparelser i udgifter til indlæggelser i behandlingspsykiatrien.

---

<sup>25</sup> De 708 borgere, det her har været muligt at følge, har i måneden op til deres første henvendelse sammenlagt haft 2.991 sengedage, mens de i den efterfølgende måned har haft 761 sengedage, hvilket giver et samlet fald på 2.230 sengedage og 3,15 sengedage i gennemsnit per borger.

<sup>26</sup> De 546 borgere, det har været muligt at følge her, har i de tre måneder før haft 5.365 sengedage mod 2.096 de efterfølgende tre måneder, hvilket svarer til et samlet fald på 3.269 sengedage og 5,98 sengedage i gennemsnit per borger.

<sup>27</sup> De 318 borgere, det har været muligt at følge her, har i de sidste seks måneder op til deres henvendelse haft 5.361 sengedage mod 3.092 i de efterfølgende seks måneder, hvilket svarer til et samlet fald på 2.269 sengedage og 7,18 sengedage i gennemsnit per borger.

# 7 Bilag

## 7.1 Fremgangsmåde, datagrundlag og metode

Overordnet bestræber evalueringen sig på at anvende flere forskellige datakilder til at belyse betydningen af de sociale akuttilbud. Der er således gennemført både kvalitative interview med brugerne af akuttilbuddene, spørgeskemaundersøgelser blandt projektledere, samarbejdspartnere og medarbejdere, registerbaserede kvantitative opgørelser samt omkostningsopgørelser fra de 14 projektkommuner mv.

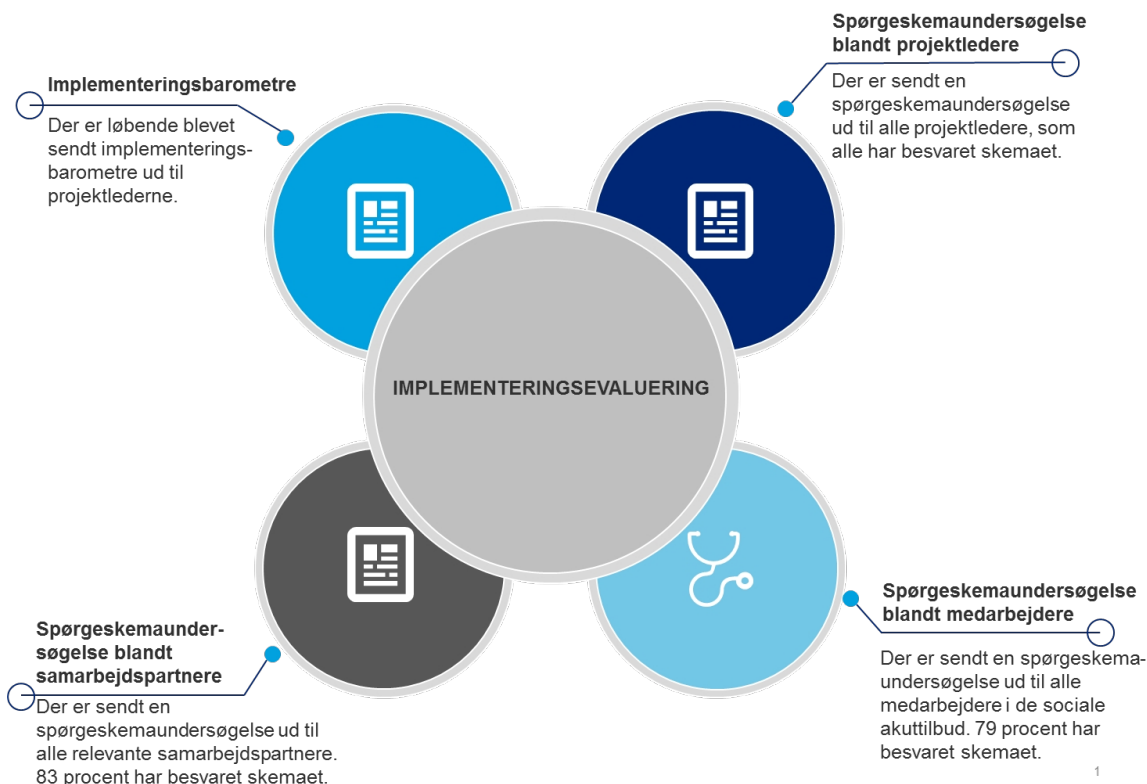
I det følgende præsenteres fremgangsmåden, datagrundlaget og den anvendte metode for hver af de tre delevalueringer – implementeringsevalueringen, resultat- og virkningsevalueringen og den økonomiske evaluering.

### 7.1.1 Implementeringsevaluering

Implementeringsevalueringen tager udgangspunkt i en række datakilder. Først og fremmest anvendes implementeringsbarometre, der er indsamlet fire gange frem til udgangen af 2016. I disse implementeringsbarometre vurderer projektlederne implementeringsgraden opdelt på fire temaer og herunder i alt 14 forskellige parametre.

Derudover inddrages forhold, der er belyst ved hjælp af tre forskellige spørgeskemaundersøgelser blandt henholdsvis de 14 projektledere, alle medarbejdere i de sociale akuttilbud og de relevante samarbejdspartnere til de sociale akuttilbud. For alle tre spørgeskemaer er der opnået tilfredsstillende svarprocenter (100 procent for projektledere, 79 procent for medarbejdere og 83 procent for relevante samarbejdspartnere). Derudover trækkes på interview med uddannelseskonsulent Bo Kristian Nielsen samt enkelte besøg og interview med projektledere i de sociale akuttilbud.

Figur 28. Datamodel for implementeringsevalueringen



### 7.1.2 Resultat- og virkningsevaluering

Resultat- og virkningsevalueringen tager ligeledes udgangspunkt i en række forskellige datakilder. Udover ovennævnte spørgeskemaundersøgelser blandt projektledere, medarbejdere og samarbejdspartnere er der gennemført telefoninterview med 33 brugere af de sociale akuttilbud med henblik på at belyse de brugeroplevede effekter af akuttilbuddene.

De indsamlede oplysninger om henvendelserne og brugerne fra registreringsværktøjet er derudover beriget med yderligere data om brugerne fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, hvilket har muliggjort kvantitative, statistiske opgørelser af borgersegmenter i målgruppen og virkningerne af de sociale akuttilbud for disse forskellige borgersegmenter. I den forbindelse er ligeledes anvendt oplysninger om andre typer foranstaltninger, som borgerne har modtaget, i form af bostøtte (SEL § 85) og botilbud (SEL §§ 107 og 108). Disse oplysninger er leveret af de 14 projektkommuner.

Figur 29. Datamodel for resultat- og virkningsevalueringen



### Klyngeanalyse

Til at identificere relevante borgersegmenter i gruppen af brugere er anvendt en hierarkisk klyngeanalysemodel, nærmere bestemt Wards minimum variance method. Denne model estimerer det optimale antal klynger ved at identificere spredningen i hver enkelt klynge ved hjælp af summen af de kvadrerede afvigelser for alle punkterne i forhold til gennemsnitspunktet for den samlede klynge. Metoden maksimerer således ligheden internt i klyngerne, samtidig med at variansen mellem klyngerne maksimeres.

Til at identificere relevante klynger er der i klyngeanalysen anvendt variable vedrørende brugernes:

- Psykiske indlæggelser i året op til akuttilbuddenes opstart.
- Ambulante besøg i behandlingspsykiatrien i året op til akuttilbuddenes opstart.
- Antallet af henvendelser til de sociale akuttilbud i hele den undersøgte periode.
- Forsørgelsesgrundlag (om brugerne modtager førtidspension).

- Alder.

### Flowanalyse

I flowanalysen anvendes en klassisk før-/eftermåling til at illustrere virkningerne af de sociale akuttilbud. Der er dermed tale om et longitudinalt design, hvor borgerne følges i tiden op til deres første henvendelse til de sociale akuttilbud og tiden umiddelbart efter denne første henvendelse. Der ses i analysen på forskellige tidsintervaller med henblik på at undersøge, om virkningen er stabil over tid. Borgerne følges således på række parametre både en måned før/efter, to måneder før/efter, tre måneder før/efter og seks måneder før/efter deres første henvendelse til akuttilbuddene. Ved denne tilgang bliver det dermed muligt at identificere, om hver enkelt borger oplever et ændret mønster i antal indlæggelser, sengedage og ambulante besøg i behandlingspsykiatrien, i tiden efter de er kommet i kontakt med de sociale akuttilbud, sammenlignet med en tilsvarende periode op til deres første henvendelse til akuttilbuddene.

Ulempen ved denne tilgang er imidlertid, at det er svært at tilskrive faldet i indlæggelser og sengedage til akuttilbuddets indsats. Det skyldes, at der ikke sammenlignes med en tilsvarende gruppe, der ikke modtager indsatsen. Flowanalysen kan således blot illustrere, at der omkring det tidspunkt, hvor borgerne henvender sig til akuttilbuddene, sker noget, der ændrer deres mønster i forhold til indlæggelser, sengedage og ambulante besøg. Det kan således ikke udelukkes, at borgerne på det tidspunkt, hvor de henvender sig til akuttilbuddene, også opsøger andre former for hjælp, eller at andre begivenheder indtræffer, der egentlig skaber faldet.

Der skal således tages forbehold for, at udviklingen i borgernes antal indlæggelser og sengedage derfor ikke med sikkerhed kan tilskrives de sociale akuttilbuds indsats, eftersom det med det anvendte design ikke er muligt at isolere effekten af akuttilbuddene. En måde, hvorpå effekten kunne isoleres, var ved at anvende et kvasiekperimentelt design, hvor statistiske metoder (fx propensity score matching) kunne anvendes til at konstruere en sammenligningsgruppe, der ligner brugerne af de sociale akuttilbud. Dermed kunne forløbet for brugerne sammenlignes med forløbet for denne konstruerede kontrolgruppe, der har samme udgangspunkt, men ikke henvender sig til akuttilbuddene. Årsagen til, at dette imidlertid ikke har været muligt, ligger i diversiteten i gruppen af brugere og det forhold, at psykisk sygdom som udgangspunkt er uobserverbart. For en stor del af brugerne – særligt dem uden forudgående kontakt til psykiatrien – vil det således ikke være muligt at matche dem med en, der har samme udgangspunkt, men som ikke vælger at anvende de sociale akuttilbud. Det skyldes, at det ikke er muligt at observere den psykiske krise (eller det, der forårsager den) for den enkelte bruger, og hvis der således matches på observerbare karakteristika, risikerer man at sammenligne en bruger med psykisk krise med en bruger uden psykisk krise. For at den kvasiekperimentelle tilgang skal kunne anvendes, er det således nødvendigt at kunne identificere en gruppe af borgere med psykiske lidelser, hvor nogle anvender akuttilbuddene, mens kontrolgruppen ikke gør. Den store diversitet i gruppen af brugere og den manglende mulighed for at observere psykiske kriser eller det, der udløser psykiske kriser, og på den baggrund (og dertil udfordringer med selvsektion) matche en kontrolgruppe gør, at det ikke har været muligt at anvende denne tilgang.

På ovenstående baggrund er det vurderet, at det bedst mulige sammenligningspotentiale ligger i at sammenligne brugerne med deres eget udgangspunkt forud for deres første henvendelse til akuttilbuddene. En yderligere udfordring herved er, at det ikke kan udelukkes, at man blot indfanger en generel tendens/udvikling i brugernes kontakt til behandlingspsykiatrien. Hvis alle brugere således oplever en udvikling, der indebærer færre indlæggelser og sengedage – uanset kontakten til akuttilbuddene – risikeres dermed at tilskrive akuttilbuddene en betydning, der egentlig blot er en generel udvikling, der ville forekomme uden akuttilbuddenes støtte. Eftersom behandlingspsykiatrien generelt over en længere årrække har oplevet flere indlæggelser,<sup>28</sup> er det dog ikke sandsynligt, at udviklingen med færre indlæggelser og færre patienter med indlæggelser blot er udtryk for en generel udvikling på området. Modsat har behandlingspsykiatrien over de seneste ti år oplevet et fald i antal sengedage, hvorfor det ikke er utænkeligt, at faldet i sengedage er udtryk for en generel tendens, og at borgerne dermed ville få færre sengedage uanset akuttilbuddets støtte. Om faldet er større, er det ikke muligt at vurdere, eftersom det ikke er muligt at konstruere en sammenlignelig kontrolgruppe. Denne udfordring kan derfor ikke udelukkes med det

<sup>28</sup> <http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=2240>.

valgte design, og der bør derfor tages forbehold for, at udviklingen ikke med sikkerhed kan tilskrives de sociale akuttilbuds arbejde.

Flowanalysen bygger på data for de brugere, der har henvendt sig i løbet af 2015 og angivet deres cpr-nummer ved henvendelsen. På grund af manglende datatilgængelighed er det ikke muligt at udføre flowanalysen på brugere, der har henvendt sig i 2016, eftersom registrene med indlæggelser og ambulante besøg i behandlingspsykiatrien per april 2017 ikke er opdateret med data for 2016. Dette medfører også, at nogle af delementerne i flowanalysen bygger på data for brugere, der har henvendt sig i akuttilbuddenes opstartsfasen. Ved flowanalysen for brugerne, hvor deres indlæggelsesmønstre undersøges seks måneder op til og efter deres første henvendelse til akuttilbuddene, har det således kun været muligt at basere analysen på de brugere, der har henvendt sig i første halvdel af 2015, da det for de resterende ikke har været muligt at få en eftermåling, der løber over seks måneder. Da akuttilbuddene over tid må formodes at blive yderligere velfunderede og få styrkede kompetencer og træning i værktøjerne, kan der være en tendens til, at de gennemførte målinger på henvendelserne i opstartsfasen undervurderer de faktiske resultater.

## Flowanalyse for den samlede målgruppe

Tid	Minus 1 måned	Plus 1 måned	Minus 2 måneder	Plus 2 måneder	Minus 3 måneder	Plus 3 måneder	Minus 6 måneder	Plus 6 måneder
N	708		628		546		316	
Antal indlæggelser i alt	368	303	429	415	491	440	517	419
Antal sengedage i alt	2.991	761	4.629	1.602	5.365	2.096	5.361	3.092
Antal indlagte personer	204	154	207	162	200	160	154	120
Andel, der har været indlagt	0,29	0,22	0,33	0,26	0,37	0,29	0,49	0,38
Antal sengedage per indlagt person	14,7	4,9	22,4	9,9	26,8	13,1	34,8	25,8
Antal indlæggelser per indlagt person	1,8	2,0	2,1	2,6	2,5	2,8	3,4	3,5
Antal ambulante besøg i alt	212	314	345	486	521	610	654	503
Antal personer, der har været i ambulans behandling	100	121	120	135	129	138	106	88
Andel, der har været i ambulans behandling	0,14	0,17	0,19	0,21	0,24	0,25	0,34	0,28
Antal ambulante besøg per person i ambulans behandling	2,12	2,6	2,9	3,6	4,0	4,4	6,2	5,7



## Flowanalyse for de fem identificerede segmenter

### Segment 1. Unge med lidt forudgående kontakt til behandlingspsykiatrien

Tid	Minus 1 måned	Plus 1 måned	Minus 2 måneder	Plus 2 måneder	Minus 3 måneder	Plus 3 måneder	Minus 6 måneder	Plus 6 måneder
N	65		55		45		19	
Antal indlæggelser i alt	14	18	11	15	.	19	.	5
Antal sengedage i alt	39	42	36	21	12	29	.	9
Antal indlagte personer	9	14	7	11	.	13	.	.
Andel, der har været indlagt	0,14	0,22	0,13	0,20	.	0,29	.	.
Antal sengedage per indlagt person	4,3	3,0	5,1	1,9	.	2,2	.	.
Antal indlæggelser per indlagt person	1,6	1,3	1,6	1,4	.	1,5	.	.
Antal ambulante besøg i alt	10	43	13	65	.	65	.	.
Antal personer, der har været i ambulant behandling	5	12	.	12	.	8	.	.
Andel, der har været i ambulant behandling	0,08	0,18	.	0,22	.	0,18	.	.
Antal ambulante besøg per person i ambulant behandling	2,0	3,6	.	5,4	.	8,1	.	.

## Segment 2. Brugere i alderen 25-35 år med forudgående kontakt til behandlingspsykiatrien

Tid	Minus 1 måned	Plus 1 måned	Minus 2 måneder	Plus 2 måneder	Minus 3 måneder	Plus 3 måneder	Minus 6 måneder	Plus 6 måneder
N	169		152		134		86	
Antal indlæggelser i alt	156	115	194	167	235	167	294	193
Antal sengedage i alt	1.408	315	2.189	527	2.532	676	3.013	1.159
Antal indlagte personer	86	54	88	59	87	57	67	53
Andel, der har været indlagt	0,51	0,32	0,58	0,39	0,65	0,43	0,78	0,62
Antal sengedage per indlagt person	16,4	5,8	24,9	8,9	29,1	11,9	44,9	21,9
Antal indlæggelser per indlagt person	1,8	2,1	2,2	2,8	2,7	2,9	4,4	3,6
Antal ambulante besøg i alt	100	122	172	180	282	245	395	273
Antal personer, der har været i ambulans behandling	45	52	55	59	63	59	54	43
Andel, der har været i ambulans behandling	0,27	0,31	0,36	0,38	0,47	0,44	0,63	0,50
Antal ambulante besøg per person i ambulans behandling	2,2	2,3	3,1	3,1	4,5	4,2	7,3	6,3

### Segment 3. Voksne uden tæt forudgående kontakt til behandlingspsykiatrien

Tid	Minus 1 måned	Plus 1 måned	Minus 2 måneder	Plus 2 måneder	Minus 3 måneder	Plus 3 måneder	Minus 6 måneder	Plus 6 måneder
N	232		198		168		80	
Antal indlæggelser i alt	48	77	44	93	35	93	21	55
Antal sengedage i alt	151	155	155	305	91	262	43	199
Antal indlagte personer	22	40	18	38	13	35	9	18
Andel, der har været indlagt	0,09	0,17	0,09	0,19	0,08	0,21	0,11	0,23
Antal sengedage per indlagt person	6,9	3,9	8,6	8,0	7,0	7,5	4,8	11,1
Antal indlæggelser per indlagt person	2,2	1,9	2,4	2,4	2,7	2,7	2,3	3,0
Antal ambulante besøg i alt	20	49	15	71	16	76	18	42
Antal personer, der har været i ambulans behandling	7	18	5	19	5	21	.	10
Andel, der har været i ambulans behandling	0,03	0,08	0,03	0,10	0,03	0,13	.	0,13
Antal ambulante besøg per person i ambulans behandling	2,9	2,7	3,0	3,7	3,2	3,6	.	4,2

## Segment 4. Voksne med intensiv forudgående kontakt til behandlingspsykiatrien

Tid	Minus 1 måned	Plus 1 måned	Minus 2 måneder	Plus 2 måneder	Minus 3 måneder	Plus 3 måneder	Minus 6 måneder	Plus 6 måneder
N	111		103		95		64	
Antal indlæggelser i alt	81	49	95	78	113	93	121	106
Antal sengedage i alt	922	133	1.457	422	1.634	601	1.478	1.011
Antal indlagte personer	49	24	52	31	54	33	46	28
Andel, der har været indlagt	0,44	0,21	0,50	0,30	0,57	0,35	0,72	0,43
Antal sengedage per indlagt person	18,8	5,5	28,0	13,6	30,3	18,2	32,1	36,1
Antal indlæggelser per indlagt person	1,7	2,0	1,8	2,5	2,1	2,8	2,6	3,8
Antal ambulante besøg i alt	47	62	95	113	149	153	169	130
Antal personer, der har været i ambulans behandling	25	22	35	25	39	28	30	17
Andel, der har været i ambulans behandling	0,23	0,20	0,34	0,24	0,41	0,29	0,47	0,27
Antal ambulante besøg per person i ambulans behandling	1,9	2,8	2,7	4,5	3,8	5,5	5,6	7,6

## Segment 5. Ensomme ældre

Tid	Minus 1 måned	Plus 1 måned	Minus 2 måneder	Plus 2 måneder	Minus 3 måneder	Plus 3 måneder	Minus 6 måneder	Plus 6 måneder
N	126		116		100		67	
Antal indlæggelser i alt	68	44	85	62	104	68	81	60
Antal sengedage i alt	458	116	792	327	1.096	528	827	714
Antal indlagte personer	37	22	42	23	43	22	32	18
Andel, der har været indlagt	0,29	0,17	0,36	0,20	0,43	0,22	0,48	0,27
Antal sengedage per indlagt person	12,4	5,3	18,9	14,2	25,5	24,0	25,8	30,7
Antal indlæggelser per indlagt person	1,8	2,0	2,9	2,7	2,4	3,1	2,5	3,3
Antal ambulante besøg i alt	31	37	50	57	71	71	72	56
Antal personer, der har været i ambulans behandling	17	16	21	20	21	22	19	17
Andel, der har været i ambulans behandling	0,14	0,13	0,18	0,17	0,21	0,22	0,28	0,25
Antal ambulante besøg per person i ambulans behandling	1,8	2,3	2,4	2,9	3,4	3,2	3,8	3,3

## Flowanalyse for engangs- og flergangsbrugere

### Engangsbrugere

Tid	Minus 1 måned	Plus 1 måned	Minus 2 måneder	Plus 2 måneder	Minus 3 måneder	Plus 3 måneder	Minus 6 måneder	Plus 6 måneder
N	211		187		159		86	
Antal indlæggelser i alt	88	73	86	106	86	117	94	101
Antal sengedage i alt	722	216	1.012	528	1.080	731	1.391	1.135
Antal indlagte personer	46	41	41	41	40	43	31	28
Andel, der har været indlagt	0,22	0,19	0,22	0,22	0,25	0,27	0,36	0,33
Antal sengedage per indlagt person	15,7	5,3	24,7	12,9	27,0	17,0	44,9	40,5
Antal indlæggelser per indlagt person	1,9	1,8	2,1	2,6	2,2	2,7	3,0	3,6
Antal ambulante besøg i alt	39	49	49	87	81	100	94	101
Antal personer, der har været i ambulans behandling	20	23	20	26	24	27	20	20
Andel, der har været i ambulans behandling	0,10	0,11	0,11	0,14	0,15	0,17	0,23	0,23
Antal ambulante besøg per person i ambulans behandling	2,0	2,1	2,5	3,3	3,4	3,7	4,7	5,0

## Flergangsbrugere

Tid	Minus 1 måned	Plus 1 måned	Minus 2 måneder	Plus 2 måneder	Minus 3 måneder	Plus 3 måneder	Minus 6 måneder	Plus 6 måneder
N	497		441		387		230	
Antal indlæggelser i alt	280	230	343	309	405	323	423	318
Antal sengedage i alt	2.269	545	3.617	1.074	4.285	1.365	3.968	1.957
Antal indlagte personer	158	113	166	121	160	117	123	92
Andel, der har været indlagt	0,32	0,23	0,38	0,27	0,41	0,30	0,53	0,40
Antal sengedage per indlagt person	14,4	4,8	21,8	8,9	26,8	11,7	32,3	21,3
Antal indlæggelser per indlagt person	1,8	2,0	2,1	2,6	2,5	2,8	3,4	3,5
Antal ambulante besøg i alt	173	265	296	399	440	510	560	402
Antal personer, der har været i ambulans behandling	80	98	100	109	105	111	86	68
Andel, der har været i ambulans behandling	0,16	0,20	0,23	0,25	0,27	0,29	0,37	0,30
Antal ambulante besøg per person i ambulans behandling	2,2	2,7	3,0	3,7	4,2	4,6	6,5	5,9

## Flowanalyse for integrerede og semi-integrerede akuttilbud

### Integrerede akuttilbud

Tid	Minus 1 måned	Plus 1 måned	Minus 2 måneder	Plus 2 måneder	Minus 3 måneder	Plus 3 måneder	Minus 6 måneder	Plus 6 måneder
N	326		302		267		166	
Antal indlæggelser i alt	186	140	222	189	251	200	264	229
Antal sengedage i alt	1.585	354	2.577	771	2.990	1.176	3.394	2.050
Antal indlagte personer	99	70	103	76	107	80	86	66
Andel, der har været indlagt	0,30	0,21	0,34	0,25	0,40	0,30	0,52	0,40
Antal sengedage per indlagt person	16,0	5,1	25,0	10,1	27,9	14,7	39,5	31,1
Antal indlæggelser per indlagt person	1,9	2,0	2,2	2,5	2,3	2,5	3,1	3,5
Antal ambulante besøg i alt	97	167	188	238	274	287	407	225
Antal personer, der har været i ambulans behandling	48	61	65	67	72	71	62	49
Andel, der har været i ambulans behandling	0,15	0,19	0,22	0,22	0,27	0,27	0,37	0,30
Antal ambulante besøg per person i ambulans behandling	2,0	2,7	2,9	3,6	3,8	4,0	6,6	4,6



## Semi-integrerede akuttillbud

Tid	Minus 1 måned	Plus 1 måned	Minus 2 måneder	Plus 2 måneder	Minus 3 måneder	Plus 3 måneder	Minus 6 måneder	Plus 6 måneder
N	343		290		246		137	
Antal indlæggelser i alt	151	134	166	182	194	195	208	163
Antal sengedage i alt	1.233	356	1.812	710	2.036	784	1.704	977
Antal indlagte personer	92	70	88	68	79	64	61	47
Andel, der har været indlagt	0,27	0,20	0,30	0,23	0,32	0,26	0,45	0,34
Antal sengedage per indlagt person	13,4	5,1	20,6	10,4	25,8	12,3	27,9	20,8
Antal indlæggelser per indlagt person	1,6	1,9	1,9	2,7	2,5	3,0	3,4	3,5
Antal ambulante besøg i alt	108	133	146	227	223	300	233	262
Antal personer, der har været i ambulans behandling	49	53	50	60	51	59	41	36
Andel, der har været i ambulans behandling	0,14	0,15	0,17	0,21	0,21	0,24	0,30	0,26
Antal ambulante besøg per person i ambulans behandling	2,2	2,5	2,9	3,8	4,4	5,1	5,7	7,3

### **7.1.3 Økonomisk evaluering**

Den økonomiske evaluering tager primært udgangspunkt i de indleverede omkostningsoplysninger, som de 14 projektkommuner har samlet i den udleverede økonomidatamodel og indsendt. Disse oplysninger gør det muligt at identificere projektkommunernes samlede udgifter opdelt på etablerings- og driftsomkostninger og herunder forskellige yderligere udgiftskategorier såsom lønomkostninger, husleje mv.

Omkostningerne perspektiveres desuden til standardomkostninger forbundet med andre indsatser, som målgruppen alternativt kunne modtage, herunder for eksempel standardpriser på et indlæggelsesdøgn i behandlingspsykiatrien.

## 7.2 Uddybet implementeringsevaluering

I dette afsnit uddybes kapitel 3 vedrørende implementeringsevalueringen. Der foretages således en mere dybtgående evaluering af implementeringen af modelbeskrivelsen for de sociale akuttillbud. I den forbindelse belyses graden, hvormed de forskellige elementer i modelbeskrivelsen kan siges at være tilstrækkeligt implementeret. Kerneydelserne og den recoveryorienterede tilgang vurderes at være fuldt implementeret, mens den metodiske tilgang – især krisesamtalen – også i høj grad vurderes at være implementeret. Der ses enkelte udfordringer med implementeringen af det formaliserede samarbejde med relevante samarbejdspartnere, men både projektledere og samarbejdspartnere vurderer, at der er et vel-fungerende uformelt samarbejde.

### 7.2.1 Samlet status på implementeringen af modelbeskrivelsens temaer

For at kunne sandsynliggøre, at de identificerede resultater og virkninger rent faktisk skyldes de sociale akuttillbud, er det først og fremmest vigtigt at få belyst, om modellen for de sociale akuttillbud er implementeret efter hensigten.

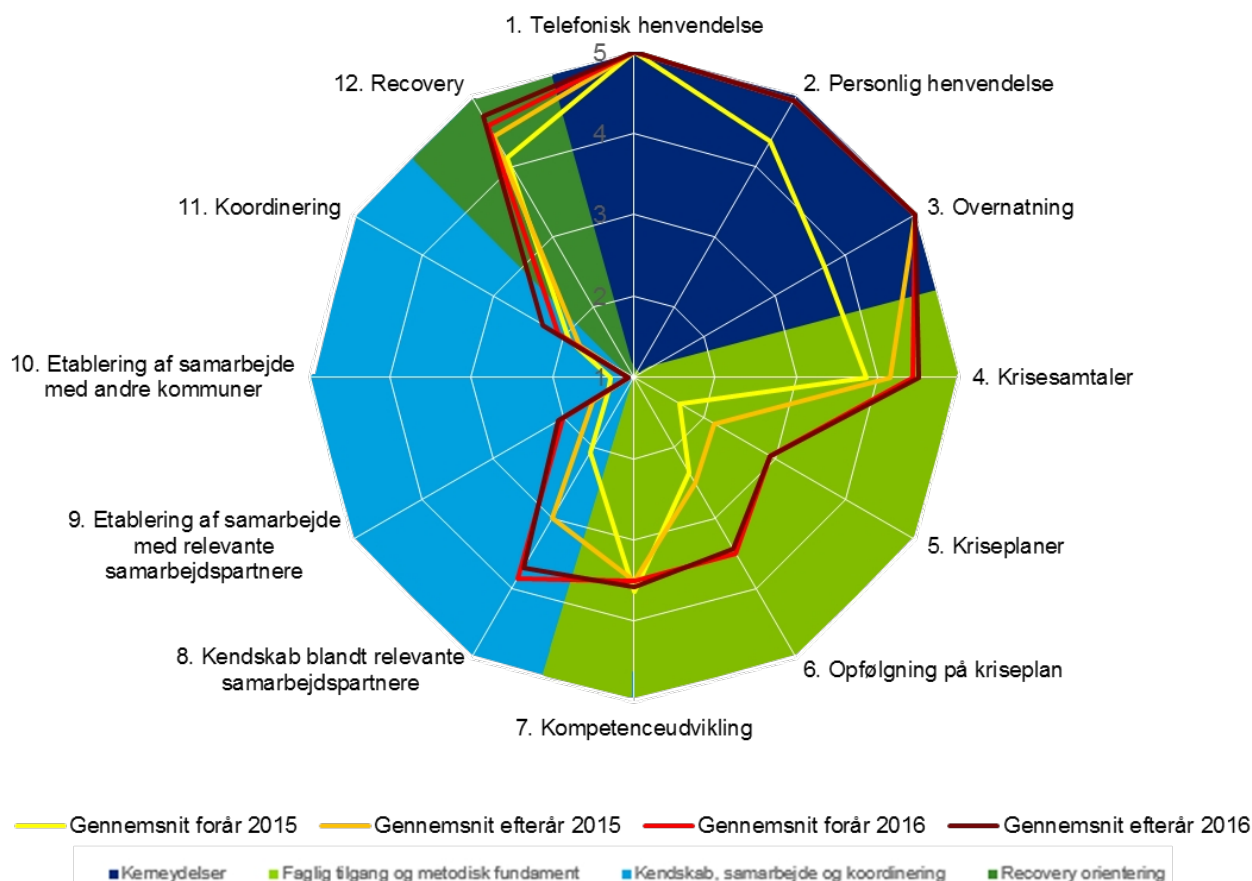
Modelbeskrivelsen for de sociale akuttillbud indeholder fire temaer, der alle er centrale dele i forandringsteorien for de sociale akuttillbud. Disse fire temaer er:

1. Kerneydelser
2. Faglig tilgang og metodisk fundament
3. Kendskab, samarbejde og koordinering
4. Recoveryorienteret tilgang.

For at vurdere implementeringsgraden af disse fire temaer i forandringsteorien er temaerne blevet operationaliseret i en række parametre, der indgår i implementeringsbarometret. For løbende at kunne monitorere implementeringsgraden i projektkommunerne har projektlederne i alt fire gange svaret på spørgsmålene vedrørende disse parametre.

Implementeringsbarometret indikerer således implementeringsgraden på en række parametre under hvert af de fire temaer i modelbeskrivelsen for de sociale akuttillbud. Figuren nedenfor viser den gennemsnitlige implementeringsgrad på tværs af alle 14 projektkommuner ved de fire målinger, der er foretaget i løbet af projektperioden.

**Figur 30. Gennemsnit af projekternes vurdering af implementeringsgrad for de tolv parametre, forår 2015, efterår 2015, forår 2016 og efterår 2016**



**Note:** Figuren angiver den gennemsnitlige implementeringsgrad for hvert parameter på tværs af alle projekter. **Kilde:** Svar fra implementeringsbarometer, der ad fire omgange er sendt til de 14 projektkommuner i henholdsvis maj 2015, november 2015, maj 2016 og november 2016.

Som det fremgår af ovenstående figur, har kerneydelserne ved de seneste tre målinger stort set været fuldt implementeret. Muligheden for telefonisk og personlig henvendelse døgnet rundt og muligheden for overnatning er således fuldt implementeret i alle akuttilbud (med en enkelt mindre undtagelse).

Figuren indikerer ligeledes, at der i alle projektkommuner i høj grad arbejdes efter en recoveryorienteret tilgang, mens der ses mere blandede resultater for parametrene under temaet faglig tilgang og metodisk fundament, hvor der dog ses stigende implementeringsgrad i løbet af projektperioden på de fleste parametre. Derudover indikerer figuren udfordringer med implementeringen af de fleste parametre under temaet kendskab, samarbejde og koordinering, mens der på disse parametre under dette tema heller ikke har været den store fremgang over projektperioden.

Implementeringen af hvert tema og parametrene herunder udfoldes i de efterfølgende afsnit.

### 7.2.2 Implementering af kerneydelserne

Som ovenfor nævnt er kerneydelserne ved seneste måling i november 2016 i meget høj grad implementeret på tværs af de 14 projektkommuner. Kerneydelserne er:

- En akuttelefon med åbent for telefoniske henvendelser døgnet rundt alle ugens dage.
- Mulighed for personligt fremmøde uden visitation eller forudgående aftale døgnet rundt alle ugens dage.
- Mulighed for overnatning i akuttilbuddet, hvis borgeren oplever behov for dette.

Alle 14 projektkommuner har fuldt implementeret alle parametre med ganske få undtagelser. Det vurderes dog, at selvom kerneydelserne som udgangspunkt er fuldt implementeret i alle projektkommuner, er der nogen variation i måden, hvorpå de er implementeret. I nogle kommuner er kerneydelserne med åben telefon døgnet rundt således implementeret, så det altid er muligt at få kontakt til en medarbejder, mens der andre steder vil være perioder, hvor telefonsvaren er sat på, hvorefter man vil blive ringet op efterfølgende. I disse tilfælde vurderes det, at der nogle gange kan gå nogle timer, før der er mulighed for at ringe tilbage til borgeren.

Erfaringen fra projektet er, at muligheden for overnatning er meget forskelligt implementeret i projektkommunerne. I nogle kommuner har det således været et centralt og velfungerende element i akuttillbuddet, og nogle projektledere oplever således muligheden for overnatning som en vigtig del i tilbuddet til brugerne, mens de samtidig oplever, at det har stor betydning for borgerne. Dette understøttes også af flere brugere, der i telefoninterview har givet udtryk for, at det er tryghedsskabende at vide, at de altid kan møde op og overnatte, hvis de oplever behov for dette. I andre projektkommuner har man ikke oplevelsen af, at muligheden for overnatning har stor betydning for målgruppen, og den er heller ikke anvendt specielt meget i disse kommuner. Den økonomiske evaluering viser desuden, at der ikke umiddelbart er sammenhæng mellem antallet af overnatninger og udgiftsniveauet for akuttillbuddet, når selve overnatningsmuligheden er etableret. Det har dog ikke været muligt at belyse, hvilke omkostninger der er forbundet med at etablere overnatningsmuligheden.

### 7.2.3 Faglig tilgang og metodisk fundament

I modelbeskrivelsen for de sociale akuttillbud fremgår det, at det er et krav til projektkommunerne, at de arbejder med metoderne krisesamtale og kriseplan. En krisesamtale er en støttende og afklarende samtale, der kan hjælpe den enkelte borger til at håndtere en akut krise, og samtalen har til formål at hjælpe borgeren med at skabe ro på situationen og skabe tryghed. Når borgeren henvender sig til akuttillbuddet, gennemføres som udgangspunkt altid en krisesamtale ved første kontakt.<sup>29</sup> En kriseplan er en plan, der lægges sammen med borgeren med udgangspunkt i vedkommendes ønsker og behov, og kriseplanen skal som krisesamtalen hjælpe borgeren med at håndtere den akutte krise og få magt over egen situation.<sup>30</sup> Opfølgning på kriseplanen indgår ligeledes som et relevant parameter til at vurdere implementeringen af den faglige tilgang og det metodiske fundament. Til at vurdere implementeringen af den faglige tilgang og det metodiske fundament indgår derudover et parameter vedrørende kompetenceudvikling hos medarbejderne.

Som det fremgår af ovenstående figur, er det blandet, om parametrene under faglig tilgang og metodisk fundament generelt er implementeret i projektkommunerne ved målingen i november 2016. Især ved parametret vedrørende kriseplanen er der fortsat udfordringer med implementeringen.

#### Krisesamtale

Som det fremgår af ovenstående figur, har langt de fleste akuttillbud fuldt implementeret denne metode i deres arbejde. Gennemsnittet på besvarelserne fra implementeringsbarometret ligger på 4,5 på en skala fra 1 til 5. Dette billede kan suppleres med registreringer fra registreringsværktøjet, hvor det for alle kriserelaterede henvendelser er angivet, om der er udført krisesamtale. Heraf fremgår det, at der er gennemført krisesamtale i forbindelse med 80,5 procent af alle kriserelaterede henvendelser.

Krisesamtalen vurderes af både projektledere og medarbejdere at være et centralt værktøj i arbejdet med målgruppen, og kompetenceudviklingskurset vurderes i høj grad at klæde medarbejderne på til at kunne gennemføre krisesamtaler. En udfordring ved arbejdet med krisesamtalen vurderes af medarbejderne at være, at der i nogle akuttillbud, hvor der er få henvendelser og mange forskellige medarbejdere, der varetager opgaven, kan gå lang tid imellem, at medarbejderne gennemfører krisesamtaler, hvorfor nogle medarbejdere føler sig ude af træning. Et opmærksomhedspunkt er derfor at organisere sig med et

<sup>29</sup> Modelbeskrivelse for sociale akuttillbud, Socialstyrelsen, side 9.

<sup>30</sup> Modelbeskrivelse for sociale akuttillbud, Socialstyrelsen, side 10.

antal medarbejdere, hvilket gør, at medarbejderne også jævnligt gennemfører krisesamtaler. Derudover anbefales løbende sparring på gennemførelse af krisesamtaler.

### **Kriseplan og opfølgning herpå**

Anvendelse af kriseplaner er knap så udbredt som anvendelse af krisesamtaler. Gennemsnittet på besvarelserne fra implementeringsbarometret ligger for dette parameter på 2,9. Suppleres projektledernes vurderinger i implementeringsbarometret med registreringer fra registreringsværktøjet ses det, at der blot udarbejdes kriseplaner i samlet set 28,9 procent af de relevante tilfælde, der defineres som kriserelaterede henvendelser ved personligt fremmøde. Det skal dog bemærkes, at de 28,9 procent er en opgørelse over hele projektperioden (2015 og 2016), mens andelen af udarbejdede kriseplaner har været stigende over projektperioden.

Projektledere og medarbejdere giver ligeledes udtryk for, at dette parameter har været vanskeligt at implementere i praksis.<sup>31</sup> Flere giver således udtryk for, at der er en forholdsvis stor gruppe brugere, der ikke er i stand til at deltage i udarbejdelsen af kriseplanen, og at denne gruppe brugere derfor heller ikke opnår det fulde udbytte af tilbuddet. Derudover registreres kriseplanen som udarbejdet, hvis den er skriftlig, mens mundtlige planer og aftaler ikke registreres som en egentlig udarbejdelse af kriseplanen. Nogle projektledere og medarbejdere giver derfor udtryk for, at de mange tilfælde, hvor der ikke angives at være udarbejdet en kriseplan, ikke nødvendigvis betyder, at der ikke foreligger en plan eller aftale, men at det i mange tilfælde blot ikke er skriftliggjort. Både projektledere og medarbejdere vurderer dog, at kriseplanen er et vigtigt værktøj i arbejdet med målgruppen.

For opfølgning på kriseplanerne ses i besvarelserne på implementeringsbarometret et gennemsnit på 3,4. Flere projektledere og medarbejdere giver udtryk for, at eventuel manglende opfølgning kan skyldes, at medarbejderne oplever borgernes reaktioner på opfølgningen meget forskelligt.<sup>32</sup> Nogle oplever, at borgerne er meget positive overfor opfølgningen, mens andre giver udtryk for, at borgerne ikke er glade for at blive mindet om deres krise, hvorfor det nedprioriteres af nogle medarbejdere. Dette skal dog ses i lyset af, at de interviewede brugere generelt oplever opfølgning som meget positivt.<sup>33</sup> Der er dog stor sandsynlighed for, at de brugere, der oplever opfølgningen som positiv, også er stærkt overrepræsenterede i gruppen af borgere, der har sagt ja til at blive interviewet i forbindelse med evalueringen af de sociale akuttilbud. Det er derfor ikke et entydigt billede af, hvordan opfølgningen på kriseplanerne opleves.

### **Kompetenceudvikling**

Af modelbeskrivelsen fremgår det, at "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."<sup>34</sup> Som led i projektet tilbyder Socialstyrelsen derfor medarbejderne i akuttilbuddene et fælles kompetenceudviklingsforløb (Den Sociale Akutuddannelse), der varetages af Region Midt. Uddannelsen giver blandt andet deltagerne kompetencer til at arbejde med akuttilbuddenes to primære metoder: krisesamtalen og kriseplanen.

51 procent af de medarbejdere, der er tilknyttet akuttilbuddene, angiver i spørgeskemaundersøgelsen at have deltaget i Den Sociale Akutuddannelse. Blandt de medarbejdere, der arbejder fuldtid i akuttilbuddene, har 56 procent gennemført uddannelsesforløbet, mens 46 procent af de deltidsansatte medarbejdere har gennemført uddannelsesforløbet.

Nogle projektledere har desuden givet udtryk for, at det især er en udfordring at få tilbudt kompetenceudviklingsforløbet til alle medarbejdere i de tilfælde, hvor der er valgt en integreret organisationsmodel,

<sup>31</sup> Spørgeskemaundersøgelser blandt projektledere og medarbejdere samt interview med enkelte projektledere og medarbejdere i forbindelse med udarbejdelse af slutevalueringen.

<sup>32</sup> Erfaringsopsamlingsworkshops og interview med enkelte projektledere og medarbejdere gennemført i forbindelse med slutevalueringen.

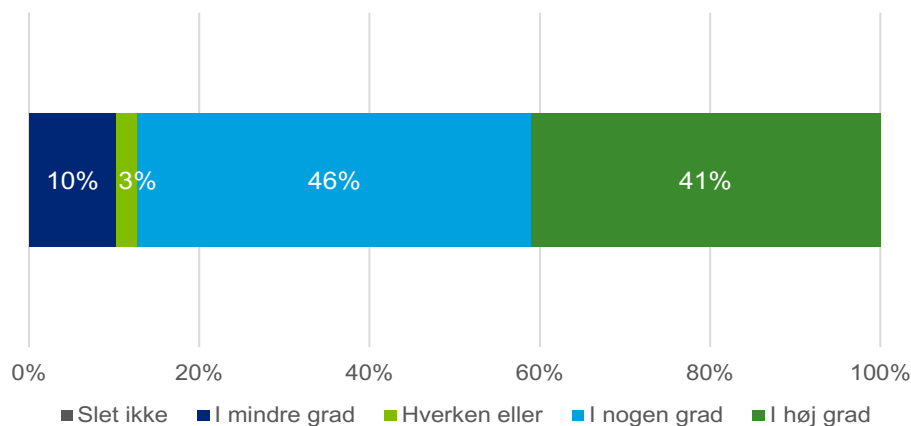
<sup>33</sup> Interview med 32 brugere af de sociale akuttilbud (udført i foråret 2016).

<sup>34</sup> Modelbeskrivelse for sociale akuttilbud, Socialstyrelsen, side 12-13.

hvor mange medarbejdere i det tilknyttede botilbud også går ind og dækker akuttelefonen, mens det også kan være en udfordring, hvis organiseringen indebærer mange deltidsansatte.

De medarbejdere, der angiver at have deltaget i kompetenceudviklingsforløbet, vurderer i høj grad, at kompetenceudviklingsforløbet har klædt dem fagligt på til at håndtere opgaverne i akuttilbuddet.

**Figur 31. I hvor høj grad vurderer du, at kompetenceudviklingsforløbet giver den faglige viden, der er nødvendig for at håndtere opgaverne i akuttilbuddet?**



**Note:** Det er kun de 78 medarbejdere, der har deltaget i Den Sociale Akutuddannelse, der har modtaget spørgsmålet.  
**Kilde:** Spørgeskema til medarbejderne, december 2016/januar 2017. **N:** 78.

I modelbeskrivelsen for de sociale akuttilbud fremgår det ligeledes, at tilgangen til borgeren i et socialt akuttilbud skal være baseret på en recovery- og empowermentorienteret tilgang. Ud fra de indsendte implementeringsbarometre ses det, at der i langt de fleste akuttilbud altid arbejdes efter en recoveryorienteret tilgang.

#### 7.2.4 Samarbejde med andre myndigheder, personer eller organisationer

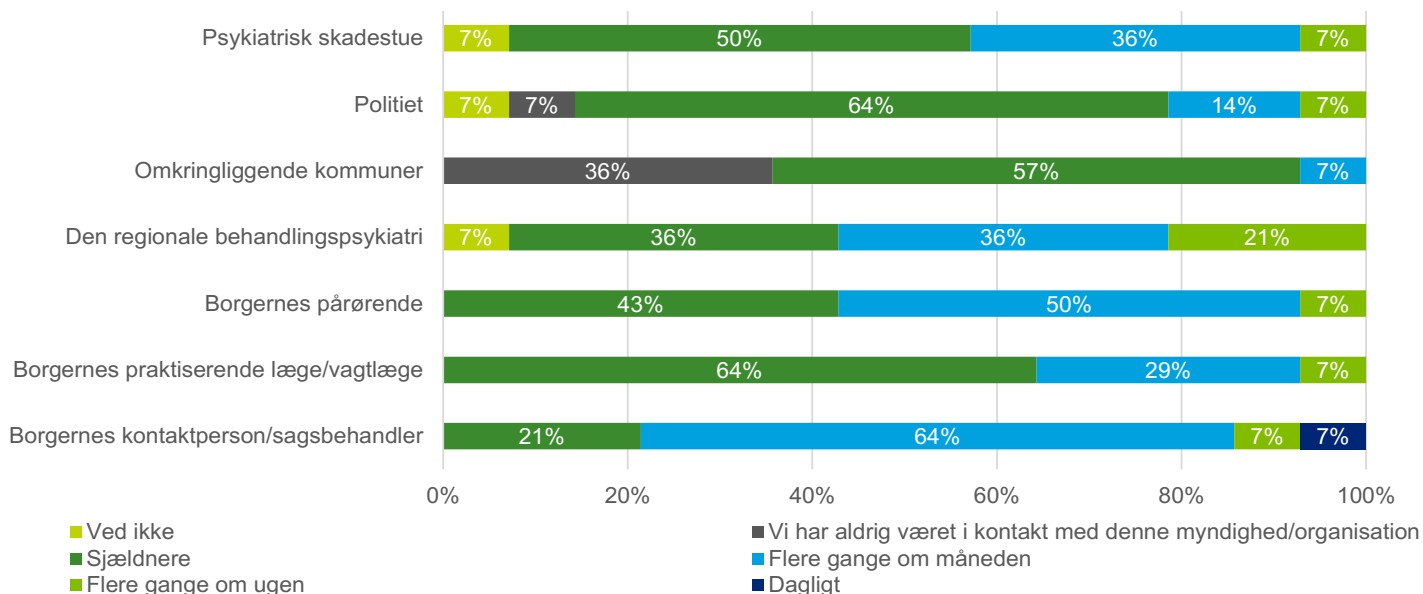
I modelbeskrivelsen for de sociale akuttilbud lægges der stor vægt på, at akuttilbuddene koordinerer og samarbejder med relevante samarbejdspartnere, så borgerne modtager en koordineret indsats og eventuelt sendes videre til andre relevante tilbud. Derfor indgår i implementeringsbarometret også spørgsmål om 1) kendskabet blandt relevante samarbejdspartnere, 2) etablering af samarbejde med relevante samarbejdspartnere, 3) etablering af samarbejde med andre kommuner og 4) graden af koordinering med samarbejdspartnere.

Som det fremgår af figur 30 ovenfor, er der nogle udfordringer med den samlede implementering af disse fire parametre. Udfordringen er imidlertid, at besvarelserne i implementeringsbarometrene omhandler formaliserede samarbejdsaftaler. Projektlederne giver således udtryk for, at resultaterne fra implementeringsbarometrene ikke nødvendigvis betyder, at der ikke er et eksisterende og velfungerende uformelt samarbejde. I det følgende behandles derfor projektlederes, medarbejderes og samarbejdspartneres oplevelser af samarbejdet med henblik på at belyse omfanget og kvaliteten af også det uformelle samarbejde.

#### Projektledernes og medarbejdernes vurdering af samarbejdets omfang og kvalitet

Af projektledernes spørgeskemabesvarelser fremgår det, at der er flere samarbejdspartnere, som akuttilbuddene jævnligt er i kontakt med. Cirka fire ud af fem projektledere angiver for eksempel at have kontakt med borgeres kontaktperson/sagsbehandler flere gange om måneden eller oftere. Mere end halvdelen af projektlederne vurderer ligeledes, at de er i kontakt med den regionale behandlingspsykiatri og borgernes pårørende flere gange om måneden eller oftere. Mindst kontakt vurderes der at være med omkringliggende kommuner, hvor blot én projektleder vurderer at være i kontakt med disse flere gange om måneden. Projektlederne vurderer heller ikke, at der er særlig tæt kontakt til politiet.

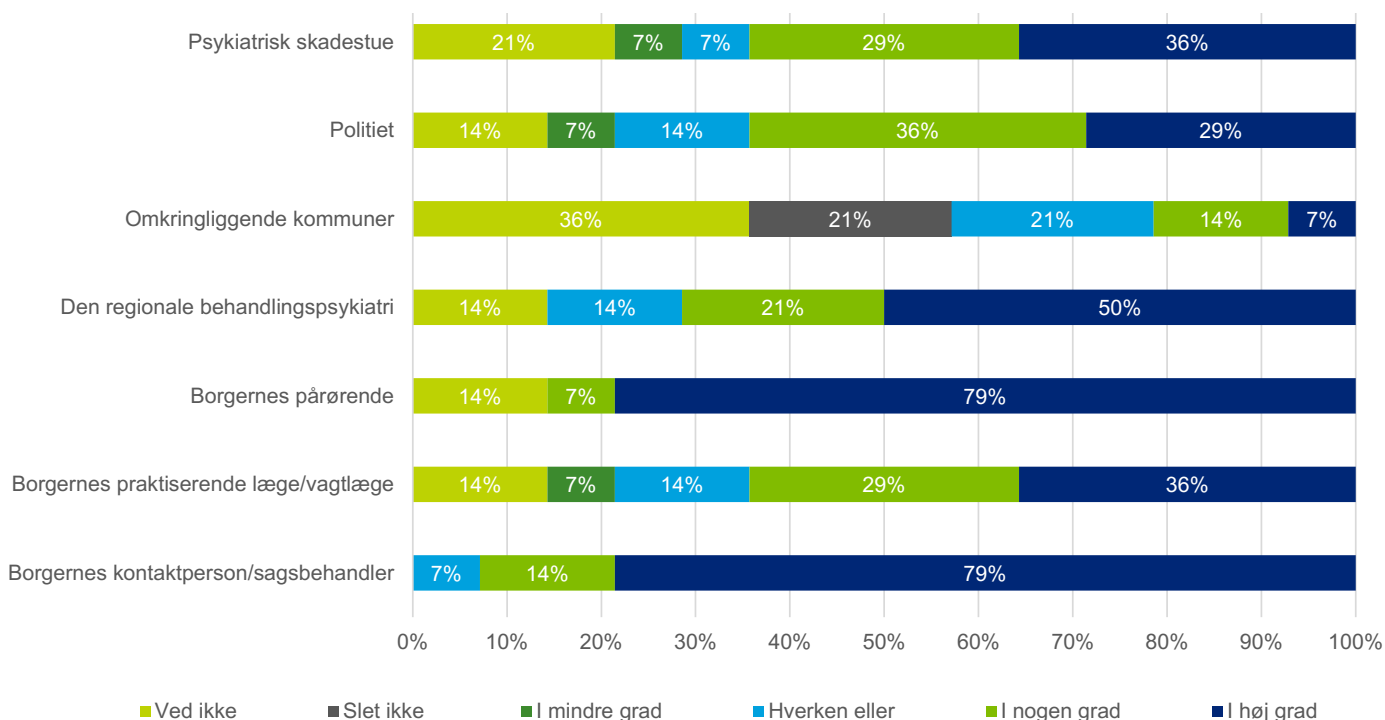
**Figur 32. Hvor ofte medarbejderne i akuttilbuddet er i kontakt med følgende myndigheder, personer og organisationer**



**Kilde:** Spørgeskema til projektledere, december 2016/januar 2017. **N:** 14.

Akuttilbuddene er således oftest i kontakt med borgernes pårørende, den regionale behandlingspsykiatri og borgernes kontaktperson/sagsbehandler. Som det fremgår af figur 33, er det ligeledes samarbejdet med disse samarbejdspartnere, som projektlederne vurderer som mest tilfredsstillende.

**Figur 33. Projektledernes vurdering af, om samarbejdet med følgende myndigheder, personer og organisationer fungerer tilfredsstillende**



**Kilde:** Spørgeskema til projektledere, december 2016/januar 2017. **N:** 14.



11 ud af 14 projektledere vurderer således, at samarbejdet med borgernes pårørende og kontaktperson/sagsbehandler i høj grad fungerer tilfredsstillende. Tilfredsheden er ligeledes forholdsvis høj ved samarbejde med den regionale behandlingspsykiatri, hvor syv projektledere vurderer, at samarbejdet i høj grad fungerer tilfredsstillende. Det fremgår også af figuren, at samarbejdet vurderes mindre tilfredsstillende i de tilfælde, hvor der ikke er særlig meget kontakt.

På spørgsmålet om, hvad det er i samarbejdet, der fungerer særlig godt, giver flere projektledere udtryk for, at der med tiden er opbygget en god forståelse af, hvad akuttilbuddet kan. Det er således blevet mere klart for samarbejdspartnerne, hvilken funktion akuttilbuddet har, og hvilken målgruppe akuttilbuddet arbejder med. Projektlederne oplever, at samarbejdspartnerne generelt har forståelse for akuttilbuddets funktion og respekt for akuttilbuddets arbejde. Derudover vurderes det løbende samarbejde omkring konkrete sager at fungere rigtig godt, og projektlederne giver udtryk for, at det formaliserede samarbejde derfor ikke vurderes at være nødvendigt.

På spørgsmålet om, hvad der indtil videre har fungeret mindre godt i samarbejdet, oplever projektlederne nogle gange, at samarbejdspartnerne bruger akuttilbuddet til at placere borgere, som de ikke ved, hvad de ellers skal stille op med. Flere projektledere har således oplevet at få henvist misbrugere og hjemløse, som akuttilbuddet ikke vurderes at være det rette tilbud til at håndtere.

De medarbejdere, der har taget stilling til, om samarbejdet med de forskellige samarbejdspartnerne fungerer tilfredsstillende, er overvejende af den opfattelse, at samarbejdet i høj grad fungerer tilfredsstillende.

På spørgsmålet om, hvad der fungerer særlig godt i samarbejdet, vurderer medarbejderne – ligesom projektlederne – at de fleste samarbejdspartnerne har en god forståelse af, hvad akuttilbuddet kan og ikke kan. Medarbejderne oplever ligeledes, at der generelt er en god dialog og vejlje i samarbejdet. Flere medarbejdere nævner desuden, at samarbejdet med psykiatrisk skadestue fungerer godt, og at man begge veje er gode til at sende videre til det rette tilbud.

---

*Misbrugscentret afviser, da borgeren skal være stabil – psykisk – for at få hjælp der. Endvidere kan det være svært for psykiatrien at være behjælpelig, før der kommer styr på misbrugsproblematikken. Vi finder altid en løsning, men vejen dertil kan være lang og frustrerende –for både borgeren og personalet. – Medarbejder i socialt akuttilbud*

---

På spørgsmålet om, hvad der fungerer mindre godt i samarbejdet, nævner flere medarbejdere, at der fortsat nogle gange er uklarhed om, hvad akuttilbuddets funktion og målgruppe er. Derudover oplever nogle medarbejdere, at samarbejdspartnerne ikke fortæller det hele om borgeren, når de henviser borgeren videre, hvorfor det kan ende med, at akuttilbuddet efterfølgende må afvise borgeren.

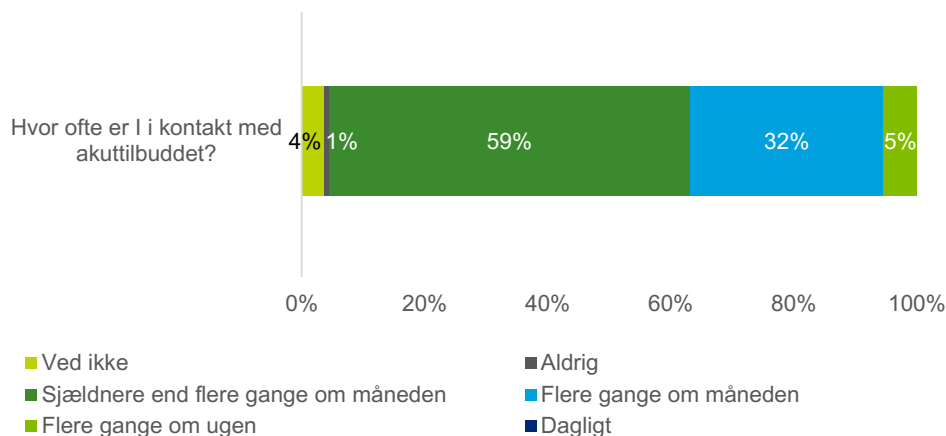
Nogle medarbejdere oplever ligeledes, at det kan være en udfordring at henvise borgeren videre til det rette tilbud, når borgerne har flere problematikker. Dette kan for eksempel være, hvis en borger har både misbrugsproblematikker og psykiske lidelser. Her kan det være uklart for medarbejderne, hvor borgeren skal henvises til for at modtage den rette hjælp.

### **Samarbejdspartnerne vurdering af samarbejdets omfang og kvalitet**

For at belyse kendskabet, samarbejdet og koordineringen med samarbejdspartnerne er det ligeledes relevant at inddrage relevante samarbejdspartneres perspektiv og oplevelser. Dette gør sig især gældende i de tilfælde, hvor en stor del af samarbejdet i mindre grad er formaliseret og i stedet fungerer uformelt fra sag til sag. Samarbejdspartnerne er derfor blevet spurgt om, hvor ofte de er i kontakt med akuttilbuddet, og hvordan de vurderer samarbejdet.

Af figur nedenfor fremgår det, at godt en tredjedel af samarbejdspartnerne har kontakt til akuttilbuddet flere gange om måneden eller mere.

**Figur 34. Samarbejdspartners vurdering af, hvor ofte de er i kontakt med akuttilbuddene**



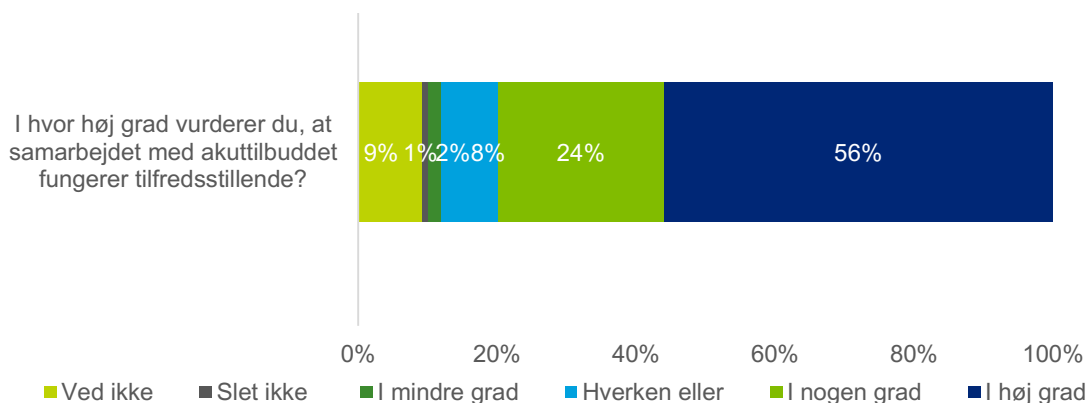
**Kilde:** Spørgeskema til samarbejdspartnere, januar 2017. **N:** 111.

Derudover er samarbejdspartnerne blevet spurgt, om de har aftaler med akuttilbuddet om, hvordan de kan anvende akuttilbuddet. Her angiver 39 procent, at de ikke har formelle samarbejdsaftaler med akuttilbuddet, men størstedelen har dog indgået mundtlige aftaler på møder eller via telefonisk kontakt.

På spørgsmålet, om samarbejdspartnerne løbende koordinerer deres samarbejde med akuttilbuddet, svarer 59 procent, at der foregår en sådan koordinering af samarbejdet. Koordineringen foregår primært over telefon, men mange angiver også at koordinere via mail.

Ovenstående tyder på, at der er mange, der har et forholdsvis uformelt samarbejde, der koordineres fra sag til sag. Samarbejdspartnerne er ligeledes blevet spurgt, om de vurderer, at samarbejdet med akuttilbuddet fungerer tilfredsstillende. Deres vurdering heraf fremgår af figuren nedenfor.

**Figur 35. Samarbejdspartners vurdering af, om samarbejdet med akuttilbuddet fungerer tilfredsstillende**



**Kilde:** Spørgeskema til samarbejdspartnere, januar 2017. **N:** 109.

Som det fremgår af figuren, er mere end halvdelen af samarbejdspartnerne i høj grad enige i, at samarbejdet fungerer tilfredsstillende, og knap en fjerdedel vurderer, at samarbejdet i nogen grad fungerer tilfredsstillende.

Dette tyder på, at samarbejdspartnerne oplever at have et velfungerende samarbejde med akuttilbudene, selvom samarbejdet i mange tilfælde ikke er formaliseret. Dette fremgår også af samarbejdspartneres uddybninger af tilfredsheden med samarbejdet.

Her giver samarbejdspartnerne generelt udtryk for, at samarbejdet fungerer godt – henvisninger mellem tilbud fungerer godt, og man inddrager hinanden, hvor det giver mening. Samarbejdspartnerne oplever desuden akuttilbuddet som professionelt og med kompetente medarbejdere, og flere samarbejdspartnere giver udtryk for, at der er en gensidig faglig respekt for hinandens arbejde. Mange samarbejdspartnere oplever desuden at blive mødt med en positiv og konstruktiv indstilling, og akuttilbuddene fremstår fleksible, tilgængelige og nærværende, og kommunikationen til samarbejdspartnerne opleves klar og tydelig.

---

*Samarbejdet er ikke formaliseret, men der er ingen tvivl om, at man står til rådighed for os og de borgere, som kommer hos os.*

---

Nogle samarbejdspartnere oplever ligeledes, at akuttilbudene fungerer som en god indgang til systemet og formår at henvise videre til andre relevante tilbud for den enkelte bruger. Generelt oplever samarbejdspartnerne, at samarbejdet fungerer godt ved konkrete sager, hvilket også vurderes at skyldes, at man efterhånden kender hinanden godt, hvilket letter samarbejdet. Nogle samarbejdspartnere oplever også, at samarbejdet med akuttilbuddene fungerer godt i forhold til mere generel rådgivning og vejledning.

---

*De er modtagelige for, hvad jeg oplever med borgeren, og tager det med i deres betragtninger. Synes altid, jeg bliver hørt, og har jeg et pædagogisk dilemma, kan jeg altid vende det med en af medarbejderne.*

---

På spørgsmålet om, hvad der fungerer mindre godt i samarbejdet, efterspørger nogle samarbejdspartnere dog fortsat mere klarhed om, hvilke borgere de kan henvise til akuttilbuddene, og hvilke forpligtelser samarbejdspartnerne har, når de modtager borgere henvist fra akuttilbuddene. Nogle har således oplevet at henvise borgere, der afvises i akuttilbuddene, og nogle har oplevet at modtage borgere henvist fra akuttilbuddene, der ikke var henvist til rette sted. I forlængelse heraf står nogle samarbejdspartnere uforstående overfor, at borgere, som samarbejdspartneren har henvist til akuttilbuddet, er blevet afvist. Enkelte har også oplevet, at akuttilbuddet har lovet borgere noget, som samarbejdspartnerne efterfølgende ikke kan leve op til.

Udover en klarere afgrænsning af, hvem der kan henvises begge veje, efterspørger nogle samarbejdspartnere generelt et tættere samarbejde. Det er ligeledes interessant, at flere samarbejdspartnere direkte efterspørger formaliserede, skriftlige samarbejdsaftaler på spørgsmålet om, hvad der kunne forbedre samarbejdet med akuttilbuddene.

### **7.2.5 Udbredelse af kendskabet til akuttilbuddene**

De sociale akuttilbud skal være synlige og tilgængelige, så borgere med en akut psykisk krise og deres pårørende kender eksistensen af dem. Det indgår derfor i modelbeskrivelsen, at akuttilbuddene som en del af projektet aktivt forsøger at udbrede kendskabet til akuttilbuddene til både borgere og samarbejdspartnere.

Alle projektledere angiver således, at de aktivt har forsøgt at udbrede kendskabet til akuttilbuddene via en række initiativer. Mest brugt er udarbejdelse af marketingmateriale, møder og oplæg hos relevante aktører og indrykning af annoncer i lokalaviser og på sociale medier. Derudover angiver projektlederne, at informationsmateriale fra akuttilbuddene i meget høj grad er at finde hos relevante samarbejdspartnere, hvor målgruppen kan tænkes at være. Derudover har flere gennemført diverse kampagner på uddannelsesinstitutioner eller andre steder, der er vurderet relevante for deres målgruppe.

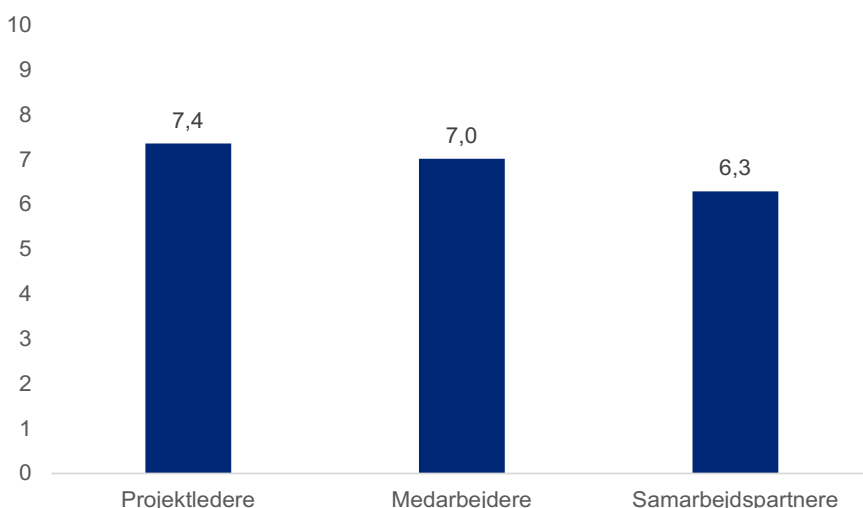
De gennemførte interview med borgere indikerer ligeledes, at borgerne er blevet opmærksomme på akuttilbuddene gennem en række forskellige kanaler. Borgerne angiver, at de især er blevet opmærksomme på akuttilbuddene på tre måder: 1) En pårørende har fortalt dem om akuttilbuddet, 2) De blev henvist dertil af en offentlig myndighed, fx deres sagsbehandler, støttekontaktperson eller praktiserende

læge, eller 3) Borgeren modtog allerede støtte som for eksempel et botilbud og fik herigennem information om akuttilbuddets eksistens. Udover disse tre primære grunde nævner enkelte, at de fandt kontaktoplysningerne i en brochure eller i et blad.

Flere borgere vurderer umiddelbart, at der mangler tilstrækkelig information om akuttilbuddene, og at der er et behov for mere reklame herfor. I denne sammenhæng skal det dog nævnes, at de fleste akuttilbud har arbejdet yderligere med udbredelsen af kendskabet til akuttilbuddene, siden borgerinterview blev gennemført i sommeren 2016.

Både projektledere, medarbejdere og samarbejdspartnere er derudover blevet bedt om at vurdere på en skala fra 1 til 10, hvor enige de er i udsagnet "Borgerne i målgruppen kender til akuttilbuddet". Deres gennemsnitlige besvarelser fremgår af figuren nedenfor.

**Figur 36. Projektlederens, medarbejderens og samarbejdspartnerens vurdering af, om borgerne i målgruppen kender til akuttilbuddet**



**Kilde:** Spørgeskema til projektledere, medarbejdere og samarbejdspartnere, december 2016/januar 2017. **N:** 14 projektledere, 162 medarbejdere og 115 samarbejdspartnere.

Af figuren fremgår det, at projektlederne generelt vurderer målgruppens kendskab til akuttilbuddet som 7,4 på en skala fra 1 til 10. Medarbejderne er en smule mere skeptiske med en gennemsnitlig vurdering på 7,0, mens samarbejdspartnerens gennemsnitlige vurdering ligger på 6,3.

Størstedelen af projektlederne vurderer også, at de ville kunne nå en større andel af den samlede målgruppe ved at gennemføre yderligere aktiviteter til at øge kendskabet. I fire projektkommuner vurderes det dog, at man ved at gennemføre yderligere aktiviteter med henblik på at øge kendskabet til akuttilbuddet kan nå en så stor andel af målgruppen, at man ikke længere vil have kapacitet til at servicere dem. Dette perspektiv er således relevant at have med i vurderingen af, om manglende aktiviteter for at øge kendskabet egentlig afspejler en mangelfuld implementering af modelbeskrivelsen, eller om det i stedet skyldes hensyn til det nuværende kapacitetsniveau.

### **7.2.6 Opsamling og delkonklusioner vedrørende implementeringen af akuttilbuddene**

I dette kapitel er status på implementeringen af modelbeskrivelsen i de 14 projektkommuner gennemgået. Formålet med denne del af evalueringen er at sandsynliggøre, at resultater og virkninger faktisk skyldes indsatsen.

Implementeringsevalueringen bygger på en række forskellige datakilder, herunder løbende implementeringsbarometre, spørgeskemaundersøgelser blandt projektledere, medarbejdere og samarbejdspartnere og løbende erfaringsindsamling. På den baggrund vurderes følgende:

- Kerneydelserne er i høj grad implementeret på tværs af de 14 projektkommuner. Der ses således en næsten fuld implementering af 1) muligheden for telefonisk kontakt døgnet rundt alle ugens dage, 2) muligheden for personligt fremmøde uden forudgående aftale døgnet rundt alle ugens dage og 3) muligheden for, at borgerne kan overnatte i akuttilbuddene, hvis de oplever behov for dette.
- Det vurderes dog, at der er nogen variation i selve leveringen af kerneydelserne på tværs af de 14 projektkommuner. Nogle steder er akuttelefonen for eksempel altid åben, mens det andre steder forekommer, at der i nogle timer er telefonsvarer på, hvor borgerne kan lægge en besked for efterfølgende at blive ringet op, når en medarbejder har mulighed for det. Der vurderes også at være variation i muligheden for overnatning mellem de forskellige akuttilbud. Nogle steder vurderes denne kerneydelse som meget central, og her anvendes den også i høj grad. Andre steder vurderes kerneydelserne ikke som vigtig for målgruppen, og her benyttes muligheden for overnatning ofte i mindre grad.
- Der arbejdes ligeledes i høj grad efter den recovery- og empowermentorienterede tilgang i alle projektkommuner.
- Den fælles faglige tilgang og det metodiske fundament i form af krisesamtale, kriseplan, opfølgning og deltagelse i kompetenceudviklingskursus vurderes også at være implementeret efter hensigten. Arbejdet med kriseplanen kunne eventuelt styrkes, ligesom organiseringen med mange deltidsmedarbejdere flere steder har medført, at en stor del af medarbejderne ikke har deltaget i Socialstyrelsens kompetenceudviklingskursus.
- Temaet kendskab, samarbejde og koordinering er implementeret i lavere grad. Dette skyldes især en meget lav grad af formaliseret samarbejde og koordinering med relevante samarbejdspartnere. Både projektledere, medarbejdere og samarbejdspartnere vurderer dog, at der generelt eksisterer et velfungerende uformelt samarbejde.
- Den største udfordring i samarbejdet med relevante samarbejdspartnere har været uklarhed om akuttilbuddenes målgruppe og funktion.
- Det vurderes ligeledes, at kendskabet til akuttilbuddet fortsat kan forbedres hos den relevante målgruppe.

Samlet set vurderes de mest centrale elementer i modelbeskrivelsen således at være implementeret. Kerneydelserne og den fælles faglige og metodiske tilgang – herunder både den recoveryorienterede tilgang og redskaberne i form af krisesamtale og kriseplan – vurderes således at være implementeret i projektkommunerne. Samarbejdet er ikke formaliseret, som beskrevet i modelbeskrivelsen, men både projektledere og samarbejdspartnere vurderer, at der er tale om et velfungerende uformelt samarbejde.

**Udbredelse af sociale akuttillbud til mennesker med psykiske lidelser i egen bolig**

Afsluttende evaluering

Indholdet er udarbejdet af:

Deloitte Consulting  
Weidekampsgade 6  
2300 København S  
[www.deloitte.dk](http://www.deloitte.dk)

Publikationen er udgivet af:

Socialstyrelsen  
Edisonsvej 1  
5000 Odense C  
Tlf: 72 42 37 00  
E-mail: [info@socialstyrelsen.dk](mailto:info@socialstyrelsen.dk)  
[www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk)

Udgivet august 2017

Download eller se publikationen på [www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk).  
Der kan frit citeres fra publikationen med angivelse af kilde.

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-89152-40-0