

Sundhedsstrategisk ledelse

Laboratorium 14

Forebyggelse af akutte indlæggelser (psykiatri)

Oktober 2018

Indhold

Indledning.....	2
Målgruppe	2
Borger - patient.....	3
Egen læge og vagtlægen.....	3
Leverance 1 – Viden om og kortlægning af nuværende tilbud – hvem bruger hvilke tilbud og hvornår	3
Borgerinddragelse.....	4
Indgang til hospitalet.....	4
Patienter med mange indlæggelser	6
Leverance 2 – Koordinering af indsats, fælles sprog, relationsdannelse, fælles indsats på individ niveau	6
Leverance 3 – Er der behov for nye tilbud?	10
Økonomi	12
Anbefalinger.....	13
Bilagsfortegnelse	13
Bilag 1 Tilbud på psykiatriområdet i Syddjurs, Norddjurs, Randers og Favrskov Kommuner	15
Bilag 2 Kriseplan for akut tilbud	23
Bilag 3 Tilbagefaldsplan	31

Indledning

Stadig flere patienter modtager psykiatrisk behandling. Det gælder både for børn og unge og for voksne. Samtidig kan det konstateres, at patienter med psykiske sygdomme i gennemsnit lever 15 – 20 år kortere end andre mennesker. De totale udgifter til psykiatrien er steget over en årrække, mens den gennemsnitlige udgift pr. patient er faldende. Ventetiden er bragt ned trods et stigende antal patienter.

Borgere med en psykisk sygdom møder ikke kun regionspsykiatrien i forbindelse med indlæggelse eller ambulant behandling. Ligesom resten af befolkningen er man i kontakt med de somatiske hospitaler, går hos egen læge i praksissektoren, ses i lægevagten og er borger i en kommune. Dette kalder på et styrket samarbejde på tværs af sektorer og viser nødvendigheden af nye samarbejdsformer med fokus på den bedste kvalitet og sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykisk sygdom.

Den politiske dagsorden siger, at antallet af akutte indlæggelser skal mindskes. Det gælder således også for de psykiatriske patienter. Der ses endvidere en del genindlæggelser hos en gruppe af de psykiatriske patienter.

I regi af sundhedsstrategisk ledelse blev der 21. september 2017 afholdt en udviklingsdag, hvor det blev aftalt, at laboratorie 14 og 15 skal omhandle psykiatrien. Denne rapport omhandler laboratorie 14, hvor emnet er forebyggelse af akutte indlæggelser – den rigtige løsning i situationen.

Der er aftalt følgende leverancer med sponsorerne for laboratoriet:

1. Viden om og kortlægning af nuværende tilbud – hvem bruger hvilke tilbud og hvornår
2. Koordinering af indsats, fælles sprog, relationsdannelse, fælles indsats på individ niveau
3. Er der behov for nye tilbud?

Der findes i dag tilbud inden for psykiatrien i både kommuner og region, som kan forebygge akutte indlæggelser. Med forebyggelse forstås i denne rapport, at der gives det rigtige tilbud til borgerne (social sundhed) – det skal ikke forstås således, at man forsøger at undgå at tage sig af opgaven og skubbe den over til andre.

Denne rapport vil undersøge, hvordan vi får de eksisterende tilbud til at fungere bedre, og om der evt. skal sættes nye tiltag i værk.

Målgruppe

Målgruppen er borgere over 18 år som indlægges akut med psykiatriske problemstillinger. Målgruppen opdeles i to typer af indlæggelser:

- Korte indlæggelser, hvor patienten har begrænset antal indlæggelser pr. år
- Indlæggelser, hvor patienten har mange indlæggelser pr. år.

Mange akutte indlæggelser vedrører patienter som oftest har problemer i forhold til ensomhed, alkohol/stoffer, depression, behov for tryghed og/eller har en kortvarig krise og gentagne henvendelser til 112 uden påviselige fysiske sygdomme.

Vi har valgt i rapporten ikke at medtage psykiatriske patienter, som allerede er i forløb som f.eks. skizofrene eller bipolar lidelse. Det skyldes, at vi mener, at der er veludviklede tilbud til denne gruppe borgere. Herudover beskæftiger rapporten sig ikke med patienter som er tvangsindlagte, demente og patienter med dom.

Patienter med brugerstyret kontrakt er heller ikke medtaget, men vi anbefaler, at man bruger de brugerstyrede kontrakter/senge mere fleksibelt. Der findes kun i begrænset omfang akutte overnatningsmuligheder, som ikke er indlæggelser.

Borger - patient

Mellem sektorerne er der forskellige præferencer i omtalen af det menneske, vi har med at gøre. Vi ser det som en naturlig konsekvens af, at vi har forskellige opgaver. Patienten er syg og har behov for behandling/rådgivning for at kunne leve bedst muligt med sin sygdom. Borgeren kan både være syg og rask, men har rettigheder og pligter i forhold til samfundet. Vi vil primært anvende betegnelsen "patient" i tilknytning til regionspsykiatrien, almen praksis og vagtlægesystemet og betegnelsen "borger", når der er tale om kommunalt regi.

Egen læge og vagtlægen

I henhold til akutaftalen fra 2012 mellem Region Midtjylland og PLO-Midtjylland foregår al akut visitation af patienter til hospitalerne på hverdage kl. 8 – 16 gennem egen læge eller via lægevagten, som er bemandet i tidsrummet kl. 16-08 på hverdage og hele døgnet i weekender og helligdage. Af de godt og vel 700.000 opkald om året i Region Midtjylland afsluttes 60 % med råd, vejledning og behandling, mens 30 % visiteres til en konsultation med en vagtlæge i Herning, Holstebro, Ringkøbing, Viborg, Silkeborg, Skive, Horsens, Randers, Århus eller Grenå. 10 % visiteres til besøg i hjemmet.

Ved cpr.-opslag får vagtlægen adgang til borgerens navn, folkeregisteradresse, sygesikringsgruppe, det fælles medicinkort og navn på egen læge. Har borgeren tidligere været i kontakt med vagtlægesystemet, er der adgang til notaterne derfra.

Vagtlægesystemet giver hverken adgang til egen læges journal eller patientens eventuelle journal i det sociale system, sygehusjournal eller epikriser.

I sjældne tilfælde findes der en CAVE-meddelelse indsendt af egen læge, der kan give oplysninger om patientens lidelse og forslag til behandling hos patienter, hvor der forventeligt er behov for vagtlægebesøg. CAVE-meddelelser skal accepteres af patienten.

Vagtlægesystemet indeholder tillige information om apotekers åbningstid, giver adgang til en vagtlægehåndbog med faglig information og telefonnumre til regionens hospitaler og kommunernes hjemme- og akutsygepleje.

Leverance 1 – Viden om og kortlægning af nuværende tilbud – hvem bruger hvilke tilbud og hvornår

Der findes mange forskellige sociale tilbud til psykiatriske borgere i de fire kommuner Randers, Norddjurs, Syddjurs og Favrskov samt i regionspsykiatrien. Kommunernes tilbud er beskrevet i bilag 1.

Borgerinddragelse

Arbejdsgruppen har haft besøg af en borger med problematikker vedrørende personlighedsforstyrrelse, selvskade og selvmordsforsøg. Det er ikke muligt at generalisere ud fra én borger, men gruppen har vurderet følgende udsagn fra borgeren, som er relevant for denne rapport:

- Borgeren er så langt i sit sygdomsforløb, at vedkommende kan mærke, når der er noget på vej. Borgeren oplever i den tidlige fase af sin sygdom at blive afvist ved kontakt til sygehus, fordi vedkommende i den fase ikke er syg nok. Borgeren foreslog, at andre borgere, der kan mærke, at en indlæggelse er på vej, ringer direkte til psykiatrisk sengeafdeling.
- Når borgeren mødes af fagpersoner, som vedkommende oplever ikke forstår hendes situation – så forværres affekttilstanden.
- Borgeren har ofte "blot" behov for kontakt og tryghed.
- Borgeren har behov for kendte relationer – at det altid er en kendt medarbejder, borgeren møder. Vedkommende havde behov for fysisk kontakt (ikke telefon) – videosamtale kunne godt være en mulighed.
- Borgeren har vanskeligt ved at bruge sit netværk (venner), da vedkommende bl.a. er flov over sine selvskadende handlinger. Der kunne muligvis være behov for en professionel ven.

Indgang til hospitalet

Psykiatriske patienter meldes til Hospitalsvisitationen enten af praktiserende læge eller vagtlæge. Hospitalsvisitationen kan evt. tilbyde en hurtig ambulant tid (HAT). Der er mulighed for at booke én patient pr. hverdagsdøgn. Hvis problemstillingen ikke er akut, kan indlæggende læge kontakte Psykiatriens centrale visitation (PCV) med henblik på elektiv tid inden for en uge.

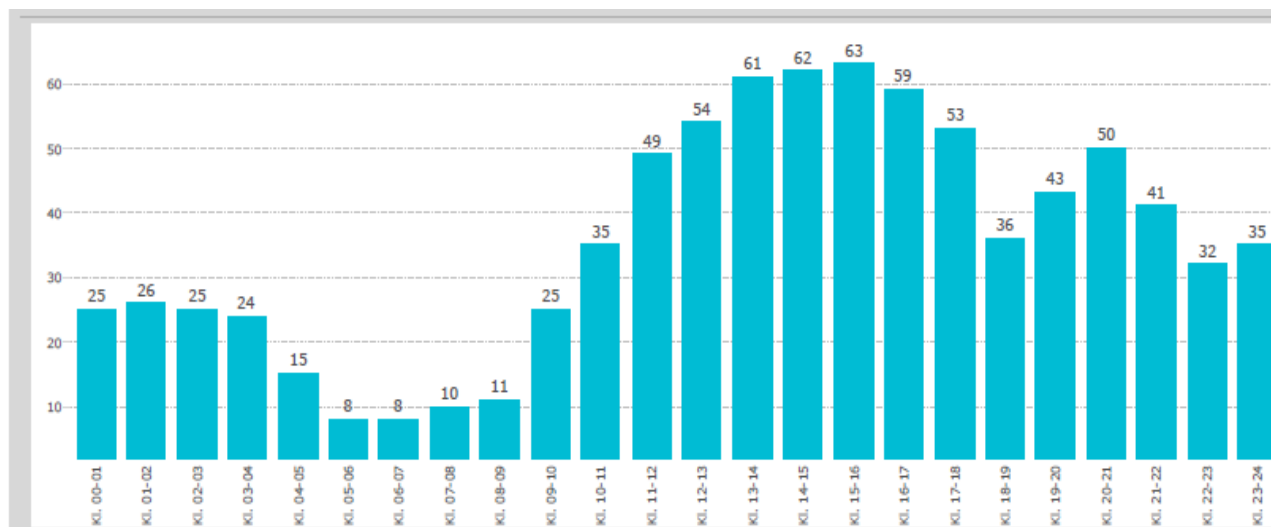
Praktiserende læger og vagtlæger henter typisk information om henvisning og indlæggelsesprocedurer i Region Midtjylland på www.sundhed.dk ved her f.eks. at vælge "Fagperson" > "Region Midtjylland" > "Almen praksis". Her er information om psykiatriske problemstillinger og såvel akutte indlæggelser som elektive henvisninger til regions psykiatrien imidlertid både sparsom og meget spredt placeret. Mere udførlig og en væsentlig del af den type viden ligger på Region Midtjyllands hjemmeside www.rm.dk – slå op på www.psykiatrien.rm.dk > vælg "Fagfolk". Det er svært at finde disse oplysninger og ikke en oplagt hjemmeside at opsøge for de praktiserende læger og vagtlæger. Måske kunne informationen gøres mere tilgængelig ved, at der et centralt og relevant sted på www.sundhed.dk > "Fagperson" > "Region Midtjylland" > "Almen praksis" oprettes en genvej til psykiatriens hjemmeside sammen med en kortfattet beskrivelse af, hvad der findes af særdeles relevant information.

Når en psykiatrisk patient indlægges i Akutafdelingen, modtages patienten af en sygeplejerske og læge fra Akutafdelingen. Nogle situationer klares med en overnatning, og patienten udskrives næste dag. Andre situationer konfereres med psykiater, eller psykiateren kommer til patienten i Akutafdelingen. Patienten kan enten udskrives til ambulant opfølgning eller indlægges i psykiatrisk afdeling.

Akutafdelingen har lavet en opgørelse for perioden 1. januar – 23. september 2018, der viser, hvornår på dagen patienterne indlægges samt med hvilken diagnose

(udskrivningsdiagnose). Der har i alt i perioden været 850 indlæggelser, hvilket giver et gennemsnit på 3,2 indlæggelser pr. døgn.

Figur 1 Antal akutte psykiatriske indlæggelser på akutafdelingen i Randers fordelt på timer



Figur 1 viser, at de fleste indlæggelser foregår i tidsrummet kl. 11 – 18. I tidsrummet kl. 00-10 er der færrest indlæggelser. Det er overraskende for arbejdsgruppen, at de fleste indlæggelser sker i dette tidsrum, da egen læge har åbent, samt kommunernes tilbud ligeledes er tilgængelige. En af forklaringerne kan være helt lavpraktisk, at det tager tid inden patienten kommer til lægen – så skal konsultationen gennemføres, henvisning skrives og akutmodtagelsen kontaktes. Derefter skal patienten transporteres til sygehuset – der er som oftest ventetid på siddende transport – og så er klokken i hvert fald ved at være 11. Arbejdsgruppen ser potentiale i muligheden for at forebygge nogle af disse indlæggelser.

Nedenstående tabel viser, at indlæggelserne fordeler sig på følgende udskrivningsdiagnoser:

Udskrivningsdiagnose	Antal indlæggelser
Misbrug	338
Angst/belastningstilstande	207
Manisk enkeltepisode	96
Skizofreni (ikke medtaget i denne rapport)	87
Hyperkinetiske forstyrrelser	86
Spec. Forstyrrelser af personlighedsstrukturen	20
Spec. Udviklingsforstyrrelse af tale og sprog	10
Mental retardering af let grad	6
I alt	850

Misbrug og angst/belastningstilstande er den hyppigste udskrivningsdiagnose efterfulgt af manisk enkeltepisode og hyperkinetiske forstyrrelser. Som beskrevet tidligere indgår skizofreni ikke i rapporten.

60 % af de psykiatriske patienter, som kommer ind på akutafdelingen er "ukendte", som går videre i ambulant regi eller udskrives.

Patienter med mange indlæggelser

På idemødet med sponsorerne blev det oplyst, at det særligt er 12 patienter, som har rigtig mange indlæggelser. Arbejdsgruppen har analyseret disse patienter med henblik på, om indlæggelserne kunne være undgået eller antallet af dage mindsket. Arbejdsgruppen vurderer, at alle 12 patienter har behov for indlæggelser i psykiatrien. Arbejdsgruppen vurderer ligeledes, at ved at forbedre de interne procedurer i psykiatrien i form af bedre overblik og let tilgængelig information, især i forhold til behandlingsplaner og samarbejdsaftaler (tværsektoriel, udskrivningsaftale og koordinationsplaner) kunne arbejdsgangene forbedres, og dermed kunne antallet af dage måske reduceres. Psykiatrien arbejder videre med at forbedre dette. Visitationsoverblikket er således allerede nu forbedret med handlingsanvisninger. Patienter med mange indlæggelser vil derfor ikke blive behandlet yderligere i denne rapport.

Leverance 2 – Koordinering af indsats, fælles sprog, relationsdannelse, fælles indsats på individ niveau

Det blev hurtigt tydeligt i arbejdsgruppen, at det er uklart, hvordan praktiserende læger/vagtlæger kan komme i kontakt med kommunerne, når de har en borger inden for denne rapports målgruppe. Såvel egen læge som vagtlægernes alternativ til indlæggelse kunne være en kontakt til kommunerne, men det kræver, at egen læge og vagtlægerne ved, at der bliver taget hånd om borgerne.

Arbejdsgruppen har vurderet, at der er behov for at kende to telefonnumre i hver kommune samt et i regionen for at forebygge indlæggelser. Det er nummeret i dagtiden og nummeret aften/nat.

Den koordinerende indsats er særligt udfordret i forhold til kommunikation med borger/patient, idet der ikke er implementeret ensartet fælles kommunikationsværktøj mellem kommune og region.

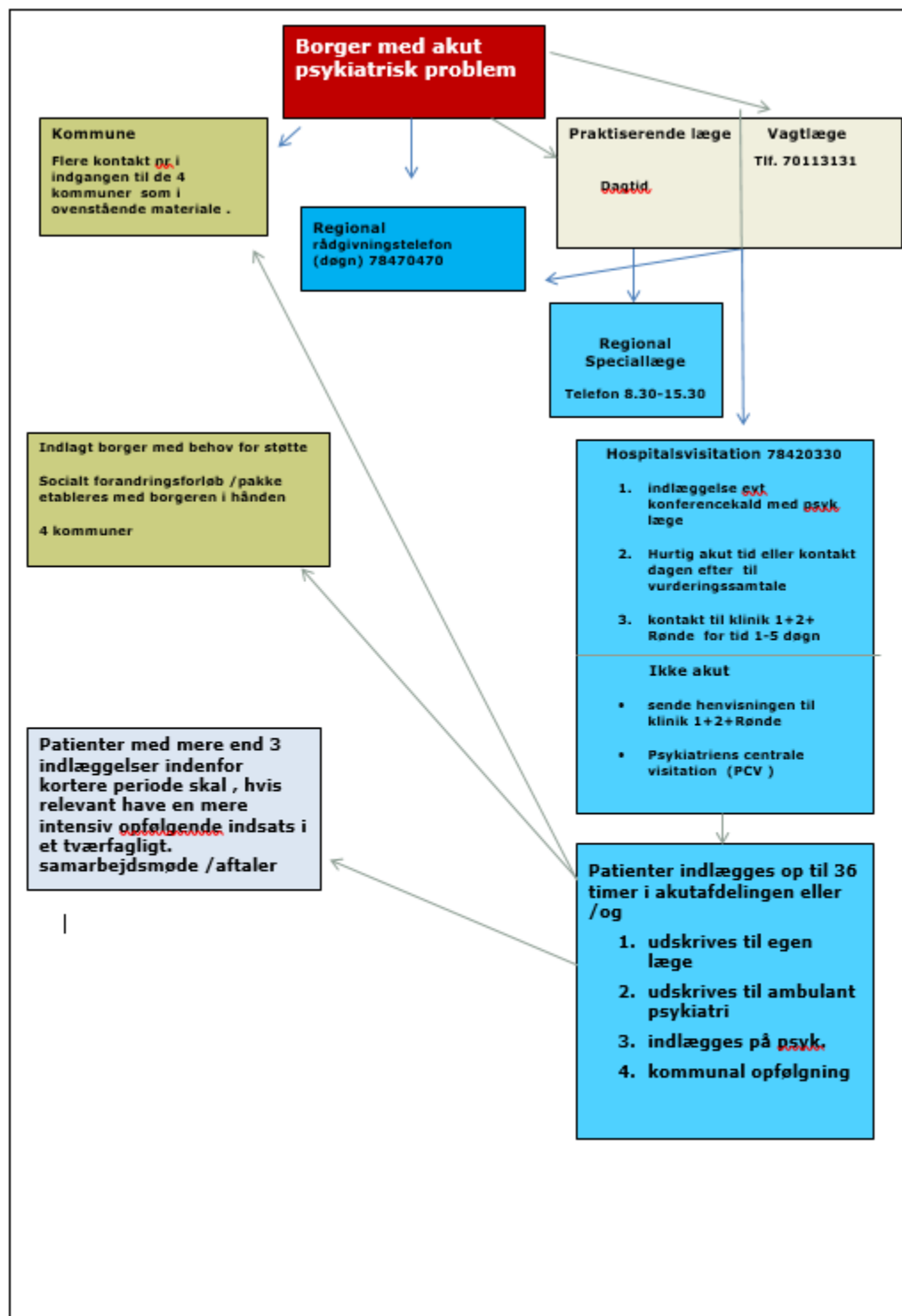
Kontakten til kommunerne/region er følgende:

Kommune	Dagtid henvendelser visiteret/uviseret)	Akuttelefon	Akuttelefonen Visiteret/ uviseret
Norddjurs	8959 1010 – spørg efter myndighedsafdelingen. Mandag – fredag kl. 9-10. Der kan indtales besked på telefonsvaren	2261 7812 (døgnaaben)	Alle
Syddjurs	8753 5000 Mandag - tirsdag: 8.30 - 15 Onsdag: Lukket Torsdag: 8.30 - 17.00 Fredag: 8.30 - 12.00	5135 6476 (kl. 12 – 22)	Alle
Randers	2974 9020 Hverdage kl. 8.00 – 15.00	2490 0783 Alle hverdag kl. 15.00 – 22.00	Alle

		Weekender kl. 8.00 - 22.00 2490 0911 Alle dage kl. 22.00 – 8.00.	
Favrskov	8964 2017 Mandag – onsdag kl. 9-15 Torsdag kl. 14-18 Fredag kl. 9-12	Kun for visiterede borgere	Visiteret
Regionspsykiatrien	Hele døgnet 7847 0470 (patienter) 7847 5352 (praktiserende læger og speciallæger)	Hele døgnet 7847 0470 (patienter) 7847 5352 (praktiserende læger og speciallæger)	Alle

784) 75352

Nedenstående figur beskriver borgerens muligheder, når der opleves et akut psykiatrisk problem



Borgeren har mulighed for at kontakte egen læge i dagtid kl. 8-16. Senere på døgnet har borgeren mulighed for at ringe til vagtlægen. En anden mulighed er kontakt til kommunale socialpsykiatriske foranstaltninger. Endelig er der mulighed for, ved behov for råd og vejledning, at kontakte den regionale rådgivningstelefon.

Den praktiserende læge og vagtlæge kan henvise til Hospitalsvisitationen, som kan rådgive i forhold til evt. HAT tid (subakut tid i psykiatrien dagen efter), henvisning til klinik 1-2 i Randers eller Rønde eller henvisning til indlæggelse i Akutafdelingen.

Som noget nyt gives der mulighed for praktiserende læge at kontakte psykiatrisk speciallæge 8.30-15.30.

Akutafdelingen/psykiatrisk afdeling kan ved behov kontakte kommunerne angående et socialt forandringsforløb.

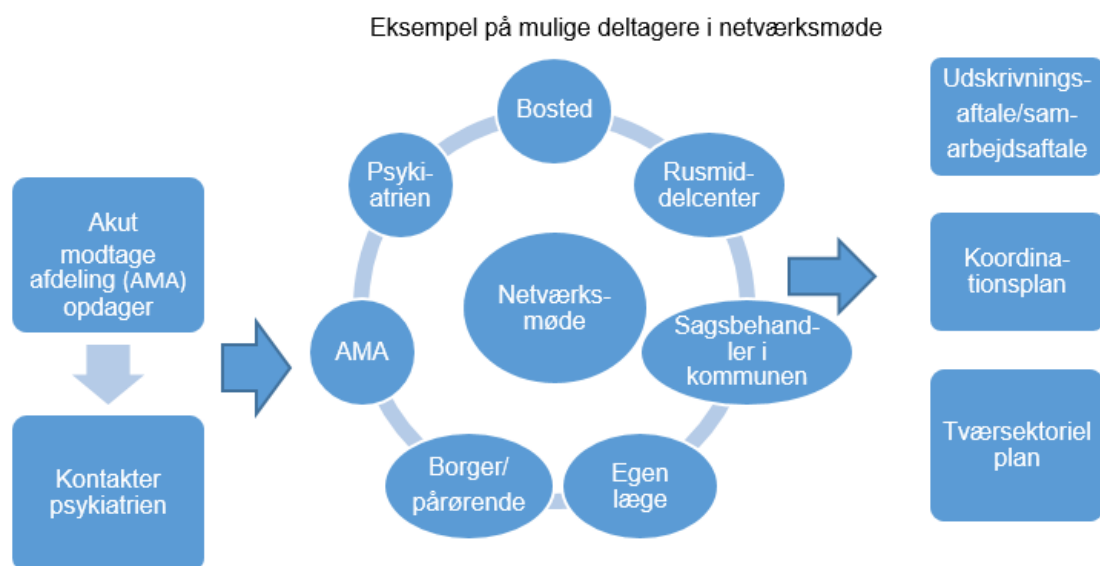
Der findes en indgang og et nummer til hospitalet via Hospitalsvisitationen. Der ses flere indgange og kontaktnumre i indgangen til kommunerne.

Når en borger har været i kontakt med hospitalet, har hospitalet mulighed for, i samarbejde med borgeren, at kontakte kommunen med henblik på et socialt forandringsforløb eller fokuseret indsats for borgeren.

Det er for nuværende ikke gældende praksis, at praktiserende læge kan kontakte kommunen angående forandringsforløb for en borger.

Akutafdelingen har mulighed for at kontakte kommunen med henblik på opfølgning af patienten.

Ved frekven flyers/High risk patienter med flere indlæggelser inden for kort tid er der for nuværende mulighed for at indkalde til netværksmøde i samarbejde med patienten (se nedenstående).



Et vigtigt opmærksomhedspunkt er, at myndighedspersoner altid skal inviteres i mødesammenhæng, når det handler om bevillinger af timer eller øgning af indsats.

Er der i f.eks. en koordinationsplan oplysninger og overvejelser om, hvordan genindlæggelser måske kan forebygges, kan den psykiatriske overlæge – med patientens accept – med fordel via en korrespondancemeddelelse foreslå egen læge en kort oplysende tekst til indføjeelse i vagtlægesystemet som CAVE-meddelelse. En vigtig oplysning her kan f.eks. være et tlf.-nummer til en instans, der har adgang til oplysningerne i koordinationsplanens ordlyd og forslag. Bedst er det, hvis den psykiatriske overlæge tillige ringer til egen læge for personlig kontakt for at sikre, at meddelelsen indfanges og sættes i værk. Skønsmæssigt vil det dreje sig om 25 borgere i Randersklyngen pr. år.

Leverance 3 – Er der behov for nye tilbud?

Arbejdsgruppen foreslår en ny indsats i forbindelse med en fokuseret og bedre udnyttelse af de tilbud, der findes i forvejen. Udgangspunktet er, at der derfor skal etableres mere sikre overgange mellem sektorerne til at forebygge den næste indlæggelse. Det er vanskeligt at forhindre den første indlæggelse, men vi ser mulighed for at minimere yderligere indlæggelser. Gruppens forslag inddrager også borgernes omgivelser i målet mod at mindske antallet af indlæggelser.

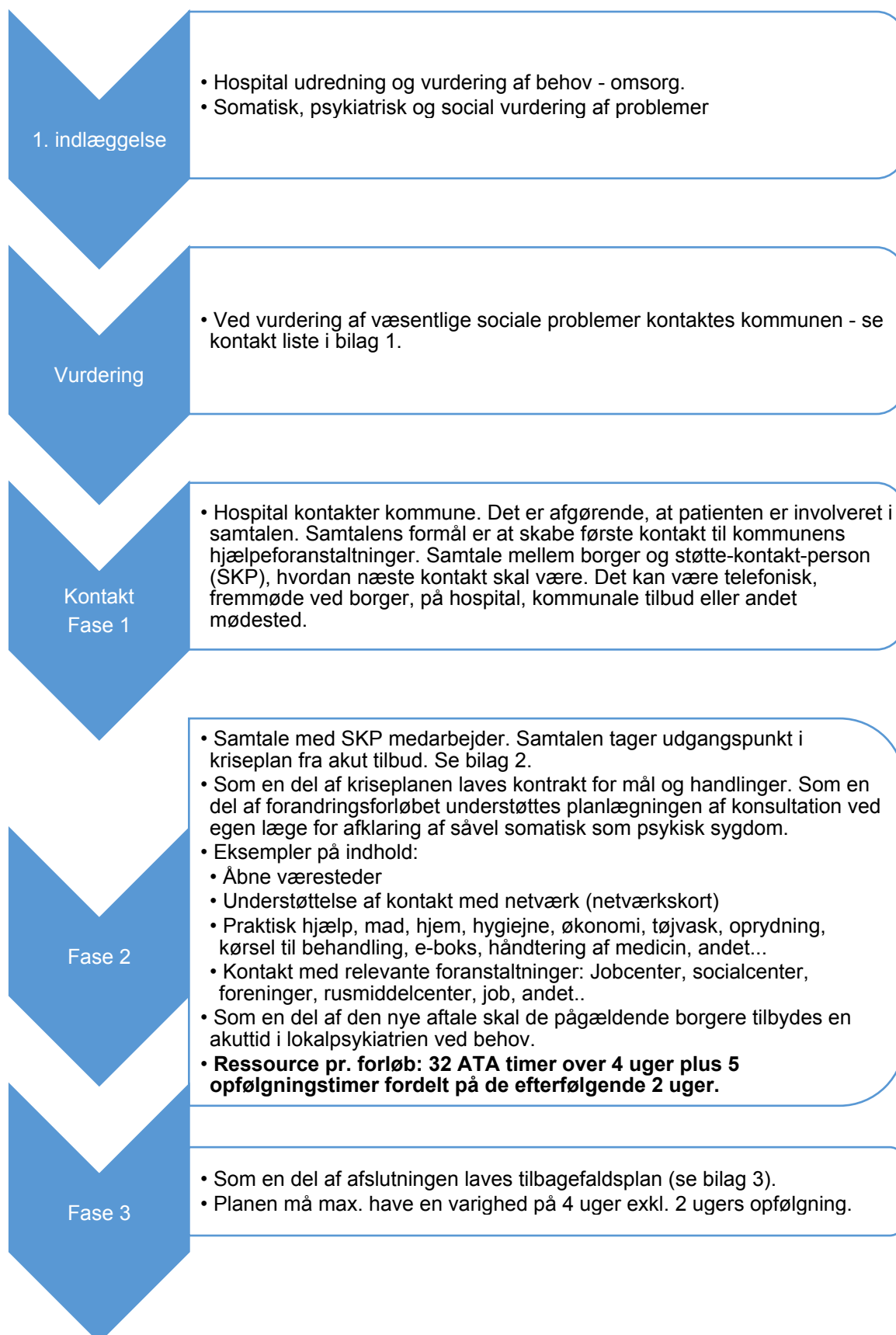
I behandlingspsykiatrien behandles patienten på baggrund af diagnoser. Borgeren indlægges altså med henblik på bedring af tilstanden.

Kommunerne har forpligtelse til at give hjælp og støtte i det sociale område og på bedst mulig måde sikre, at borgerens oplevede livskvalitet forbedres eller opretholdes.

Vi vurderer, at en skærpet og hurtig tilrettelagt indsats på det sociale område vil kunne forebygge akutte indlæggelser samt social deroute.

Målet er at lave sociale forandringsspakker, så indlæggelse nummer 2 og nummer 3 forebygges. Målgruppen er borgere, som kommer på akutafdelingen, og som udskrives igen uden at komme omkring psykiatrisk afdeling.

Forløbet kunne se således ud:



Ved borgerens første indlæggelse er egen læge orienteret via korrespondancebrev.

Ved anden indlæggelse ringer hospitalet sammen med borgeren til kommunen. Der aftales en samtale med borgeren om den videre kontakt og konkrete handlinger. Det er en ganske kort samtale ca. 15 minutter. Første samtale med borgeren foregår dermed under indlæggelse.

I fase 1 kan det aftales med borgeren, at der ikke gøres yderligere eller at akut-tilbuddet i kommunen følger op indtil sagen overdrages til SKP-(støtte-kontakt-person) indsats. SKP'erne laver en afklaringssamtale med borgeren i forhold til brug af det sociale forandringsforløb.

I fase 2 laves en kontrakt med borgeren gældende for 4 uger + 2 ugers opfølgning enten pr. telefon eller fysisk møde. Tanken i hele forløbet er, at borgeren hurtigst muligt skal kunne klare sig selv.

Forandringsforløbet kan indeholde mange forskellige tilbud. Eksempler er brug af værestederne, hjælp til understøttelse af kontakt til netværk, understøttelse til psykiatri hjælp (udredningsdelen), hjælp til genetablering af bolig (rengøring, møbler mv.), støttesamtaler, praktisk hjælp til medicin, mad, hygiejne/tøjvask, økonomi, kørsel til behandling, e-boks oprydning, skype-videomøder, kendskab til muligheder og kontaktoplysninger i foreningslivet m.v.

I fase 3 laves tilbagefaldsplan.

Kontrakten med borgeren indeholder følgende:

- Varighed
- Mål
- Handlinger
- Forventninger
- Hvem gør hvad
- Prioritering – foretages af borgeren
- Aftaler med andre "hjælpere"
- Relevant samtykke laves.

Økonomi

Udgifter til speciallægetelefon:

225.000 kr. pr. år (1 patient mindre pr. dag grundet telefontid).

Udgifter til forandringspakken:

Udgifterne skal udredes nærmere med hjælp fra økonomikonsulent.

Anbefalinger

Arbejdsgruppen anbefaler,

- at speciallæge telefonen iværksættes. Se afsnittet om økonomi
- at forandringsmodellen implementeres. Se afsnittet om økonomi
- brugen af CAVE meddelelser til vagtlægesystemet ved high risk patienterne. Se afsnittet om vagtlægen og afsnittet om leverance 2
- at hospitalet opdaterer visitationsoverblikket for at sikre arbejdsgange. Se afsnittet om patienter med mange indlæggelser
- Brug af fælles ensartet kommunikationsværktøj, der kunne lette kommunikationen mellem hospital og kommune. Se leverance 2
- Mere fleksibel brug af de brugerstyrede senge
- Etablering af akut overnatningsmulighed fælles for kommunerne beliggende i Randers tæt på hospitalet. Der findes kun i begrænset omfang akutte overnatningsmuligheder, som ikke er indlæggelser. Se side 3 øverst
- At der et centralt og relevant sted på www.sundhed.dk > "Fagperson" > "Region Midtjylland" > "Almen praksis" oprettes en genvej til Psykiatriens hjemmeside sammen med en kortfattet beskrivelse af, hvad der findes af særdeles relevant information. Se afsnittet Indgang til hospitalet

Bilagsfortegnelse

Bilag 1 Tilbud på psykiatriområdet i Syddjurs, Norddjurs, Randers og Favrskov Kommuner

Syddjurs Kommune

INDSATSOMRÅDE						
Indsatsen/navn	Periode	Målgruppe	Antal deltagere	Indhold	Effekten	Visitation/Kontakt
SL§82a Udvidet råd og vejledning	hverdage	Ad hoc psykosociale problemer	Ad hoc	Praktisk råd og vejledning og ad hoc støtte til kortere varende forløb. Myndighed varetager	Problemløsning af konkrete afgrænsede problemer	Socialcenter 87535000 syddjurs@syddjurs.dk
SL§82b Gruppe tilbud		Angst, stres depression m.m.	5-8	Gruppe orienteret terapi inkl. mindfulness	Længerevarende forløb	24865368 rak@syddjurs.dk
SL§82 c Akuttelefonen	12 -22 Alle dage	Borgere +18 år der har akutte psykosociale problemer	Uvisiteret	Råd og vejledning i forhold til håndtering af krise	Håndtering af problemer. Bliver koblet til relevant hjælpesystem.	Alle dage 20 -22 Tlf. 51356476
§99 støtte kontaktperson	Ad hoc hverdage	Borgere der ikke selv opsøger hjælp ved psykosocialproblemer	Uvisiteret	Råd og vejledning , praktisk hjælp	Kontakt med system	40150152 skp@syddjurs.dk
Væresteder – frivillig støtte	Ad hoc	Alle borgere	Ad hoc	Gratis fællesspisning 6 steder i kommunen	Brude isolation Praktisk støtte Besøgsvenner	Kontakt: 30515056 psej@syddjurs.dk facebook :Nye veje
Rusmidler	Ad hoc	Borgere med rusmiddel problem	Ad hoc	Behandling Unge tilbud		Tlf 87910220 rusmiddelcentersyddjurs.dk
Bostøtte SL§85	fast	Borgere +18 år	Ad hoc Individuel visitation	Træning Kompensation vejledning	Håndtering af nødvendige gøremål	Socialcenter 87535000 syddjurs@syddjurs.dk

		Der har svære psykosociale problemer			for bevarelse af hjem, socialt liv og aktivitet	
mentorLAB 31b	fast	Borgere +18 år Der har svære psykosociale problemer og samtidigt har en sag i Jobcenteret	Ad hoc Individuel visitation	Træning Kompensation Vejledning I forhold til job og uddannelse	Håndtering af opgaver møntet mod job eller uddannelse	Socialcenter 87535000 syddjurs@syddjurs.dk
Botilbuddet Kollegiet	2-3 år	Unge 18-25 år Autisme spektre forstyrrelser	7	Træning Kompensation Vejledning i praktiske og sociale færdigheder	Får kompetencer til at kunne bo selvstændigt eller i mindre indgribende foranstaltning	Socialcenter 87535000 syddjurs@syddjurs.dk
"Lige om hjørnet" Beskæftigelses tilbud	hverdage	Unge 18-30 år Minus skolegang. Psykosociale eller/og neuropsykiatriske diagnoser.	6 -10	Træning Kompensation Vejledning i praktiske og sociale færdigheder samt understøttelse af uddannelse og job/træning	Opøvelse af kompetencer rettet mod job/uddannelse. Folkeskolens afgangsprøve, Fremmøde stabilitet, Sociale kompetencer m.m.	
SL104 – Midtpunktet Aktivitets og værested	Hverdage	18 år + Svære psykosociale problemer. Ofte på førtidspension	Ad hoc	Træning Kompensation Vejledning igennem praktiske, kreative, fysiske og sociale aktiviteter.	Stabilisering og styrkelse af mestringskompetencer. Netværksskabelse,. Opøvelse af sociale, praktiske og kreative kompetencer	Socialcenter 87535000 syddjurs@syddjurs.dk

Norddjurs Kommune

INDSATSOMRÅDE						
Indsatsen/navn	Periode	Målgruppe	Visitation	Indhold	Effekten	Kontakt
SL§85 Dolmer Have	0-24 alle dage		Visiteret	Vagttelefon/ tryghedsopkald		
SL§107 Dolmer Have	0-24 alle dage		Visiteret (hurtig sags- Behandling)	Midlertidig botilbud		
SL§85 Glesborg Bofællesskab	8-16 (- 19) + lør. 9-15		Visiteret			
SL§85 Bostøtte T-68 Grenå	8-16 hverdage		Visiteret			
SL§85 Bostøtte Auning/Allingåbro	8-16 hverdage		Visiteret			
SL-§85/99 Socialt udsatteteam	8-22 hverdage		Visiteret og uvisiteret	Skiftende arbejdstider		
SL§104 AUC – aktivitet og udvikling	9-15 hverdage (tirs. 9- 12.30)		Visiteret			
SL§104 No 17 i Auning aktivitet og udvikling	Man-ons- fre 9-15		Visiteret			
SL§85 (§82a) SFT	1 x uge/9 mnd		Visiteret/uvisiteret	Gruppeforløb		

SUL§141, SL§101 Rusmiddelcenter Norddjurs	9-16 (18) hverdage	Visiteret ingen ventetid	Grenå og Allingåbro	
SL§85 Neuropæd team	8-16 hverdage	Visiteret		
SL§83, 85 Tværgående sociorehabteam	8-16 hverdage	Hurtig visitation	Til borgere, hvor der er et behov for både sundhedsmæssigt og socialpædagogisk indsats	Max. 3 måneder

Randers Kommune

INDSATSOMRÅDE						
Indsatsen/navn	Periode	Målgruppe	Visitation	Indhold	Effekten	Visitation/Kontakt
SL§104 Væresteder og aktivitetscentre			Visiteres			
SL§85 Bostøttecentre			Visiteres	Borgerne har en del udfordringer, der gør, at de ikke kan bo i egen bolig pt.		
Infanterivej	8-21					
Nørrebrogade	8-21					
Sjællandsgade	8-21 (de tre tilbud dækkes af en fælles medarbejder i weekend)					
Solsorten	8-22 (weekend 14-22)					
SL§85 Bostøtte	Individuelt		Visiteres	Borgerne skal gennem fremskudt rådgivning		
SL§85 Botilbud Vestre Tværevej			Visiteres			
SL§107 Paderuphus			Visiteres	Unge mellem 18 og 30 år		
SL§99			Uvisiteret			

**Støtte/kontakt
personer**

Rådgivningstelefon	15-22		24900783
	hverdag		24900911
	8-22		
	weekender		
	og		
	helligdage		
	22-08 alle		
	dage		
SL\$82	Tirs 12-16	Uvisiteret	89157103
Fremskudt rådgivning	(fremmøde)		fremskudtpsykiatri@randers.dk
	Tirs 10-11.30		
	(telefon)		
	Tors 12-15		
	(fremmøde)		
	Tors 10-		
	11.30		
	(telefon)		

Favrskov Kommune

INDSATSOMRÅDE						
Indsatsen/navn	Periode	Målgruppe	Visitation	Indhold	Effekten	Visitation/Kontakt
Handicap- og Psykiatri-rådgivningen	Telefontid alle dage 9.00-10.00 - undtaget onsdag		Visiteres	Myndigheds- afdelingen		8964 4326 socialindsats@favrskov.dk jees@favrskov.dk
SL§821, 82b, 82d Social Indsats	Man-onsdag 9.00-15.00 Torsdag 14.00-18.00 Fredag 9.00- 12.00		Uvisiteres			8964 2017 socialindsats@favrskov.dk
SL§104 LÆR/Væresteder STU	Varierende åbningstider Man- torsdag 8.00-14.30 Fredag 8.00- 12.45		Uvisiteres	Gruppeforløb og Væresteder		8964 2637 mlil@favrskov.dk 8964 2581 8964 2582 sude@favrskov.dk
SUL141 og 142, SL§101 Favrskov Rusmiddelcenter	Hverdage					2349 2443 sude@favrskov.dk
SL§85 Bostøtte Psykiatri	Hverdage		Visiteres			8696 0183 jmr@favrskov.dk

SL\$85 Bostøtte ADHD/Asperger og Bostøtte Carma	Hverdage	Visiteres	8964 2626 kabr@favrskov.dk
SL\$85 Boligerne Jagtvej	Dagtimer	Visiteres	8696 0182 jmr@favrskov.dk
SL\$85, 107 Harebakken	Døgntilbud + akutpladser	Visiteres	8964 2630 anks@favrskov.dk
SL\$107 Carma	Dagtimer	Visiteres	2347 9298 kabr@favrskov.dk

Bilag 2 Kriseplan for akut tilbud

Bilag 2 til Vejledning til ansøgning om støtte fra puljen til udbredelse af sociale akuttilbud til mennesker med en psykisk lidelse i egen bolig FL § 15.74.10.40

KRISESAMTALE	
Formål	En krisesamtale skal i det telefoniske eller personlige møde med borgeren hjælpe borgeren i akut psykisk krise med at få skabt ro over situationen og etablere tryghed, så borgeren kan blive i stand til at håndtere krisen.
Anvendelse	Krisesamtalen anvendes ved den første kontakt med borgeren, hvad enten denne er telefonisk eller personlig.
Teoretisk grundlag	Der findes ikke kun én måde at udføre en krisesamtale på, og formen og rammerne for samtalen kan således tilpasse den konkrete situation. Det teoretiske fundament for krisesamtalen er en recovery- og empowerment orienteret tilgang, hvilket definerer, hvordan samtalen grundlæggende skal gribes an. Recovery: <i>Recovery kan defineres som følger:</i> <i>En unik, personlig og social proces, hvor igennem mennesker kan komme sig helt eller delvist fra en psykisk lidelse.¹</i> En recovery-understøttende professionel praksis støtter borgerens personligt definerede recovery-proces. Dette betyder i forhold til brug af krisesamtalen i akuttilbuddet, at: • Medarbejderen støtter den enkelte borgers ret til selv at definere sin egen vej, tage informerede beslutninger på egne vegne, at løbe risici og fejle på vejen mod bedring. • Medarbejderen synliggør og fremmer den enkelte borgers styrke. • Medarbejderne skaber en reel samarbejdsrelation mellem medarbejderen og borgeren Empowerment: <i>Empowerment kan defineres som følger:</i> <i>At genvinde magten over eget liv, finde styrke til at handle (ved hjælp eller med støtte fra andre) og at få handlemuligheder eller kompetencer, som kan skabe positiv forandring.²</i> Ovenstående betyder i forhold til krisesamtalen, at: • Det er borgeren, der kontrollerer processen – også selvom vedkommende er kriseramt • Det er borgeren, der forvalter egne ressourcer og definerer ønsker og behov. • Borgeren arbejder ud fra sin egen selvforståelse. • Borgeren gives reelle muligheder for at træffe kvalificerede valg og beslutninger • Borgeren opnår ejerskab til egen situation og handlinger, fordi handlingerne er udformet på borgerens præmisser. • Borgeren får øje på egne ressourcer og tiltager sig løbende mere kontrol over egen hverdag - også i forhold til akutte tilspidsede situationer.
Medarbejderens rolle	Medarbejderen optræder ikke som ekspert, men som katalysator for borgerens proces. Det vil sige, at medarbejderen stiller sig til rådighed og deler sin viden med borgeren, løser problemer og opgaver sammen med borgeren og sætter borgeren i stand til i stigende grad at tage initiativ, søge informationer, træffe valg og handle for

¹ Mennesker med psykiske vanskeligheder. Sociale indsatser, der virker. Socialstyrelsen 2013

² Ibid.

Bilag 2 til Vejledning til ansøgning om støtte fra puljen til udbredelse af sociale akuttilbud til mennesker med en psykisk lidelse i egen bolig FL § 15.74.10.40

	sig selv. Medarbejderen har en væsentlig rolle i at inspirere til håb for fremtiden.
Krisesamtalens faser	Krisesamtalen består som udgangspunkt af tre faser. Det konkrete indhold af hver fase vil afhænge af den enkelte borger og af den konkrete situation, men målet med hver af samtalens faser er det samme i alle situationer. Fase 1. Skabe tryghed Borgeren har ved den akutte krisehenvendelse ofte et stort behov for omsorg og støtte. Det handler derfor i første omgang for den medarbejder, der møder borgeren, om at være til stede i samtalen – dvs. være nærværende, vise overskud og rummelighed. Det handler derudover om hurtigt at skabe en relation til borgeren. Fase 2. Afdækning af borgerens situation Medarbejderen skal, når trygheden er etableret, forsøge at afdække, om borgeren er alene eller sammen med andre, og om der er pårørende (eller andre i borgerens netværk), der kan støtte borgeren. Er der personer, der kan støtte, skal borgeren opfordres til at tage kontakt til dem, så de evt. kan støtte borgeren gennem krisen Medarbejderen skal afdække, om borgeren på nogen måde er truet (selvmordstruet eller på anden måde truet), og om borgeren har brug for hurtig psykiatrisk eller somatisk behandling frem for en samtale med akuttilbuddets medarbejder. Hvis borgeren har brug for psykiatrisk eller somatisk behandling, skal borgeren hjælpes med at tage kontakt til den relevante instans. Fase 3. Afslutning Når tryghed/ro er etableret og borgerens situation er afdækket kan krisesamtalen afsluttes. Samtalen kan herefter antage en anden form, fx rådgivende eller motiverende samtale, eller samtalen afsluttes helt. Hvis samtalen afsluttes helt, og borgeren ikke henvises videre til anden instans, bør medarbejderen opfordre borgeren til at kontakte akuttilbuddet, hvis en akut krise opstår igen.
Redskaber	Nedenstående redskaber støtter op omkring den recovery- og Empowermentorienterede tilgang. Hv-spørgsmål En vigtig færdighed i krisesamtalen er at kunne stille åbne og udforskende spørgsmål, som tager udgangspunkt i den antagelse, at borgeren selv har svar på sine udfordringer og med den rette støtte kan finde frem til svarene. Det handler derfor om at stille de rigtige spørgsmål. Akuttilbuddets medarbejdere kan i samtalen med fordel anvende hv-spørgsmål (hvad, hvordan, hvem etc.) for at få borgeren til at åbne sig og fortælle om krisesituationen. Hv-spørgsmål er med til at vise borgeren, at der er interesse for vedkommendes situation. De lægger op til beskrivende svar, giver mulighed for et dybere niveau af information om følelser og motivation og skaber flow og udvikling i samtalen. Aktiv lytning Aktiv lytning anvendes for at inspirere borgeren til at fortælle samt for at sikre, at borgernes budskab er forstået. Den aktive lytter åbner for talerens synspunkter og forsøger at inspirere vedkommende til selv at se, hvordan problemerne kan løses. Ved aktiv lytning er det centralt at: • Den talende er midtpunkt • Den lyttende koncentrerer sig om at forstå den talendes budskab, ikke kun ordene, men også de følelser, der ligger bag. Det kræver empati og stor opmærksomhed. Den aktive lytter overtager noget af ansvaret for, at taleren

Bilag 2 til *Vejledning til ansøgning om støtte fra puljen til udbredelse af sociale akuttillbud til mennesker med en psykisk lidelse i egen bolig FL § 15.74.10.40*

	bliver forstået. • Den aktive lytter skal forsøge at tænke sammen med den, der taler, og samtidig forsøge at inspirere den talende til at få meninger klart frem. Dette kan i nogle tilfælde hjælpe den talende til at løse eventuelle problemer selv. • Den aktive lytter skal sikre sig, at vedkommendes oplevelse af problemet er i overensstemmelse med den talendes. Dette kan gøres ved at stille uddybende spørgsmål – fx: Har jeg forstået dig rigtigt, når du siger, at? Det du er vred over, er altså? Hvordan tror du at?
Forudsætninger	Forudsætninger for at gennemføre en krisesamtale er at: • Medarbejderen har både faglige og personlige kompetencer til at arbejde med den recovery- og Empowerment-orienteret tilgang i forhold til et menneske i psykisk krise. • Der er tid og ro til samtalen. • Medarbejderen har mulighed for faglig sparring med kollegaer eller andre.

Bilag 3 til Vejledning til ansøgning om støtte fra puljen til udbredelse af sociale akuttilbud til mennesker med en psykisk lidelse i egen bolig FL § 15.74.10.40

KRISEPLAN	
Formål	Kriseplanen skal hjælpe borgeren i akut krise med at håndtere krisen og genvinde kontrollen over eget liv
Anvendelse	Alle borgere i akut psykisk krise får ved den første henvendelse til akuttilbuddet tilbud om udarbejdelse af en kriseplan. Udarbejdelse af kriseplan kan ikke foregå telefonisk, så borgeren skal som forudsætning for udarbejdelse af kriseplanen være mødt op personligt op i akuttilbuddet. Kriseplanen udarbejdes sammen med en medarbejder i akuttilbuddet.
Teoretisk grundlag	Det teoretiske fundament for kriseplanen er en Recovery- og Empowerment-orienteret tilgang, hvilket har betydning for, hvordan arbejdet med kriseplanen gribes an. For en uddybning se tilsvarende afsnit i bilag 2 Krisesamtale. Kriseplanen er udviklet med inspiration fra den engelske sygeplejerske og ph.d. Mike Smith, som gennem mange år har forsket i, hvad der hjælper mennesker til at løse psykiske kriser og mestre længerevarende psykiske vanskeligheder.¹
Medarbejderens rolle	Medarbejderen skal tilbyde borgeren individuelt tilpasset støtte til at realisere kriseplanen, på baggrund af de aftaler, der er indgået i kriseplanen. Der skal være mulighed for at justere aftalen.
Kriseplanens trin	1. trin: Introduktion til kriseplanen - Samtalen om kriseplanen indledes med en introduktion til og præsentation af kriseplanen. - Medarbejder og borger aftaler, hvem der undervejs i samtalen udfylder planen. - Medarbejder og borger laver aftale om afholdelse af statusmøde 5 dage efter udarbejdelsen af planen 2. trin: Afdækning af den aktuelle status på 5 vigtige domæner i borgerens liv med underområder. Domænerne afdækkes gennem spørgsmål til en række underområder. De 5 domæner er: Evne til at passe på sig selv - Bolig - Økonomi - Netværk - Arbejde/uddannelse - Helbred - Oplevede sikkerhed - Den akutte situation Forståelse for egen situation - Selvindsigt - Erkendelse af situationen - Udløsning af den akutte psykiske situation - Opsøgningen af hjælp Udtryk for følelser - Evnen til at udtrykke følelser - Opmærksomhed på egne følelser og situationer, de opstår i - Evnen til at håndtere egne følelser - Evnen til at mestre forandringer/kriser Ansvarlighed - Niveauet af og evnen til selvkontrol

¹ Smith, Mike og Ashlan, Marion, Menneskelig opblomstring, Psykovsion, København

	Oplevede muligheder for indflydelse på eget liv Mestringsstrategier i forhold til indflydelse og selvkontrol Overblik over, hvem der er ansvarlig for hvad i situationen • Netværk Det nære netværk Øvrige netværk Ressourcepersoner i forhold til den aktuelle situation Problemfyldte relationer i forhold til den aktuelle situation Borgeren vurderer sin situation indenfor de 5 domæner på en skala fra 1-5 (hvor 1 er meget dårlig og 5 er meget god). 3. trin: Målsætning Borgeren formulerer dernæst mål for sin situation 5 dage fra udarbejdelsesdagen. Målene skal være praktiske, mulige og positive. Hvis borgeren skal nå målene på 5. dagen er det vigtigt at formulere praktiske, positive og mulige mål for de mellemliggende dage. Medarbejderen undersøger sammen med borgeren hvilke barrierer, der kan være for at nå målene, hvem der kan støtte borgeren i at tage første skridt, og hvordan borgeren kan bede om hjælp. 4. trin: Opbygning af styrke og mestringskompetencer Borgeren har sandsynligvis brug for at opbygge styrke og mestringskompetencer, så på dette trin afdækker medarbejderen sammen med borgeren, hvad borgeren selv kan gøre, og hvad akuttillbuddet skal bidrage med for at realisere målsætningerne. Processen er fokuseret på handling og på at definere, hvad der skal gøres af hvem og hvornår. 5. trin: Hvem skal involveres? Borgeren og medarbejderen finder sammen frem til de personer, som borgeren har brug for at få inddraget i løsningen af krisen. Medarbejderen kan fx tilbyde borgeren at tegne et netværksskema. Følgende er eksempler på personer, som kan være relevante at inddrage: • Kommunal sagsbehandler – fx ved problemer omkring økonomi eller boligforhold • Behandlingspsykiatrien eller praktiserende læge – fx ved somatisk sygdom eller problemer omkring medicin • Pårørende eller venner – fx hvis der er børn, der skal tages hånd om eller problemfyldte relationer • Arbejdsgiver eller uddannelsessted – fx hvis der skal ske en sygemelding Der laves en aftale om, hvem borgeren selv tager kontakt til, og hvem medarbejderen kontakter på vegne af borgeren. 6. trin: Det første skridt – handling Efter afdækning af de 5 domæner, formulering af mål for de enkelte dage, identifikation af, hvem der skal involveres og formulering af aftaler, som styrker og udvikler borgerens mestringskompetencer, skal de egentlig handlinger identificeres og der handles. 7. trin: Evaluering på 5. dagen På 5. dagen foretages en opfølgning på borgerens situation. Borgeren skalerer igen sin situation indenfor de 5 domæner og ud fra resultatet tages der stilling til om: • Borgeren fortsat har brug for støtte fra akuttillbuddet • Situationen er stabiliseret
--	---

Bilag 3 til Vejledning til ansøgning om støtte fra puljen til udbredelse af sociale akuttilbud til mennesker med en psykisk lidelse i egen bolig FL § 15.74.10.40

	• Borgeren føler sig sikker og tryk og har kontrol over sin situation • Henviſning til andre tilbud er relevante
Forudsætninger	Team En forudsætning for at kunne støtte borgeren i forbindelse med kriseplanen er, at der altid er medarbejdere til stede i akuttilbuddet, som kender til borgerens situation. Borgeren skal derfor være informeret om, at medarbejderne udveksler oplysninger om borgerens plan for at kunne samarbejde om løſning af krisen. Samtykke Det er en forudsætning for gennemførelse af kriseplanen, at borgeren giver sit samtykke til at oplysninger i nogle situationer kan udveksles med andre end medarbejderne i teamet fx borgerens hjemkommune i tilfælde hvor borgeren ikke er fra samme kommune som akuttilbuddet er beliggende i.

Samtale i akuttilbuddet

- Hvad vil borgerne have ud af samtalen
- Hvad er baggrunden for borgerne krise
- Hvad er borgernes ønske
- Hvad forhindrer borgerne i at komme igennem krisen
- Den aktuelle sårbarhed
- Hvad er vores fælles fokus for problemstillingen
- Zoom ind på problemet
- Lav en plan

Fase 1 Krisen

Skabe tryghed. Ved den akutte krisehenvendelse er der ofte et stort behov for omsorg og støtte. være nærværende, vise overskud og rummelighed.

Relation, en alliance sammen med borgerne.

Hjælpe Spørgsmål der kan anvendes

- Hvad hedder du
- Hvor sider du
- Er du alene
- Den telefon du ringer fra, er det dit nummer
- Er det første gang du oplever at have det psykisk dårligt
- Er der noget særligt du er urolig over
- Hvordan har du sovet de sidste døgn
- Har jeg forstået dig rigtigt, når du siger, at....

Fase 2 Helbred og følelser

Afdækning af borgerens situation.

- Hvornår begyndt du at få det dårligt
- Er det noget der sker ofte
- Hvad plejer du at gøre, når du begynder og få det dårligt
- Har du mange tanker
- Har du familie
- Er der nogen i dit netværk der er i nærheden, f.eks. naboer
- Har du mange bekymringer
- Hvem har du snakket med i dag
- Er der andre der ved at du har det psykisk dårligt
- Det du er vred over, er altså

Fase 3

Afslutning når tryghed og ro er etableret

Spørgsmål

- Ved du hvad du skal, her efter vores samtale
- Hvad skal du i morgen, er der nogen du vil kontakte
- Kan du være alene, eller skal du have kontaktet en` der kan hjælpe dig igennem resten af døgnet
- Hvordan tror du at

Afslutning på samtalen

Må vi, en af mine kollegaer kontakte dig igen

Bilag 3 Tilbagefaldsplan

TILBAGEFALDSPLAN

Resultater til nu.	Hvad har du ændret fra starten af forløbet og til nu? Hvordan kan du fortsat anvende disse færdigheder i dagligdagen? Hvordan kan du planlægge at holde fast i forandringer? Hvilke hindringer vil der opstå? Hvordan kan du tackle disse hindringer?
Advarsels-symptomer	Hvad er de tidlige tegn på tilbagefald, som jeg skal være opmærksom på? Indre (som jeg kan mærke/være opmærksom på): Ydre (som jeg og andre kan være opmærksomme på):
Højrisiko-situationer	Hvilke mulige højrisikosituationer er der for mig i forhold til tilbagefald
Det gode at gøre i fremtiden	
1.	
2.	
3.	

