

Evaluering af fælles tværsektorielle teams med henblik på nedbringelse af tvang

Satspuljeprojekt – Sundhedsstyrelsen

Marts 2022

Indholdsfortegnelse

1	Baggrund og formål.....	1
1.1	Baggrund	1
1.2	Formål og undersøgelsesspørgsmål	2
1.3	Sammenfatning af evalueringens hovedfund	2
1.4	Læsevejledning.....	5
2	Evalueringsdesign	7
2.1	Resultatevaluering	7
2.2	Virkningsevaluering.....	7
2.3	Komparativ evaluering	10
3	Projekterne	11
3.1	Projekt Liv uden Tvang	11
3.2	Projekt Nedbringelse af tvangsindlæggelser	11
3.3	Projekt DIT-team.....	12
4	Resultater	13
4.1	Nedbringelse af tvangsindlæggelser	13
4.2	Borgernes oplevelse af tvangsindlæggelser.....	18
4.3	Øvrige resultater af indsatsen.....	19
4.4	Opsummering	23
5	Organisering.....	24
5.1	Fast versus ad hoc-team	24
5.2	Tværasektoriel ledelse versus monosektoriel ledelse	25
5.3	Behandlende versus brobyggende team	26
5.4	Organisering af det operationelle tværasektorielle samarbejde	27
5.5	Opsøgende og udgående	28
5.6	Øvrige organisatoriske forhold	28
5.7	Opsamling	29
6	Kompetencer	30
6.1	Sektorkompetencer.....	30
6.2	Peermedarbejdere	32
6.3	Udvikling og fastholdelse af tværasektorielt samarbejde og kompetencer	32
6.4	Øvrige kompetencer.....	33
6.5	Opsamling	34

7	Indsats	35
7.1	De gennemgående træk i indsatsen	35
7.2	Variationer i indsatsen	39
7.3	Opsamling	42
8	Tværgående konklusioner	43
8.1	Reduktion i anvendelsen af såvel indlæggelser, som tvangsindlæggelser	43
8.2	Sammenhængen mellem indsats og resultater	44
8.3	Erfaringer med implementering af tværsektorielle team	49
8.4	Perspektivering	52
9	Metode	56
9.1	Datakilder	56
9.2	Metodiske overvejelser og forudsætninger i den kvantitative dataanalyse	59
10	Bilag 1: Uddybende projektbeskrivelser	62
10.1	Projekt Liv uden Tvang	62
10.2	Projekt Nedbringelse af tvangsindlæggelser	64
10.3	Projekt DIT-team	68
11	Bilag 2: Analyse af udviklingen i omfanget af tvangsindlæggelser og øvrige kvantitativt belyste resultater af indsatserne	71
11.1	Region Midtjylland – Liv uden Tvang	71
11.2	Region Nordjylland – Nedbringelse af tvangsindlæggelser	77
11.3	Region Sjælland – DIT-team	84

1 Baggrund og formål

1.1 Baggrund

Sundhedsministeriet og regionerne har med partnerskabsaftalerne fra 2014 som målsætning at halvere brugen af tvangsfikseringer på de psykiatriske afdelinger og reducere brugen af øvrig tvang inden 2020¹. I praksis er der imidlertid i perioden sket en omlægning af tvangsformer og ikke en reel samlet nedbringelse af anvendelsen.²

Puljen, der er genstand for denne evaluering, er et forsøg på at adressere denne udvikling. Projekterne finansieret af puljen skal afprøve muligheden for en tidlig indsats i de enkelte borgerforløb for at forebygge en efterfølgende situation med tvang. Med midler fra puljen har tre regioner sammen med i alt otte kommuner derfor afprøvet samarbejder om indsatsen i tværsektorielle teams målrettet sårbare grupper med en særlig risiko for at komme til at opleve endnu en tvangsforanstaltning.

Det fælles formål med de tværsektorielle teams er, jævnfør Sundhedsstyrelsens vejledning til ansøgningspuljen, at levere en tidlig indsats og mindske unødvendige og konfliktfyldte indlæggelser. De tværsektorielle teams skal forebygge tilbagefald og indlæggelser ved at understøtte ensartet og høj kvalitet i indsatsen for udsatte grupper, som tidligere har oplevet en tvangsindlæggelse.

De tværsektorielle teams skal således være med til at styrke samarbejdet mellem region og kommune og understøtte en helhedsorienteret og koordineret indsats på tværs af sektorerne. Der skal tages udgangspunkt i evidensbaserede indsatser, der varetages af medarbejdere fra den regionale psykiatri og den kommunale socialsektor.

Det har været hensigten, at de tværsektorielle teams organiseres og tilrettelægges med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens Model for tværsektorielle teams til nedbringelse af tvang.

Projekterne er søgt af kommuner og regioner i fællesskab, og midlerne anvendes både i regionalt og kommunalt regi. De tre projekter, der har fået tildelt midler, er henholdsvis:

PROJEKT		
Liv uden Tvang	Nedbringelse af tvangsindlæggelser	DIT-team
<ul style="list-style-type: none"> • Region Midtjylland • Aarhus Kommune • Favrskov Kommune 	<ul style="list-style-type: none"> • Region Nordjylland • Aalborg Kommune • Mariagerfjord Kommune • Rebild Kommune • Vesthimmerlands Kommune 	<ul style="list-style-type: none"> • Region Sjælland • Ringsted Kommune • Slagelse Kommune

¹ www.regioner.dk/sundhed/psykiatri-og-social/maal-om-mindre-tvang-i-psykiatrien

² Monitorering af tvang i psykiatrien – opgørelse for perioden 1. juli 2017 til 30. juni 2018. Sundhedsstyrelsen, 2018

1.2 Formål og undersøgelsesspørgsmål

Formålet med evalueringen er at få viden om, hvordan tværsektorielle teams kan organiseres og være med til at nedbringe anvendelsen af tvang over for mennesker med psykiske lidelser. Der ønskes således viden om erfaringerne med afprøvningen af de tværsektorielle teams til nedbringelse af tvang, herunder udfordringer og gode løsninger, for eksempel effektive samarbejdsmodeller med videre. På baggrund af evalueringen er formålet desuden at udlede anbefalinger til national udbredelse af tværsektorielle teams til nedbringelse af tvang.

I denne rapport gives ikke konkrete anbefalinger til en fremtidig indsats, men der gives i stedet en afsluttende perspektivering, hvor evalueringens resultater ses i et fremadrettet blik.

Der knytter sig således tre undersøgelsesspørgsmål til evalueringen:

- 1) Reduceres tvangsansværelsen for borgere knyttet til det tværsektorielle team?
Tvangsansværelsen forstås her alene som tvangsindlæggelser.
- 2) I hvilken grad kan det tværsektorielle team tilskrives udviklingen i tvangsansværelse – og hvad er det virkningsfulde i organiseringen?
- 3) Hvilke erfaringer med afprøvning af de tværsektorielle teams er der i forhold til virkning og implementering – og hvilke udfordringer og gode løsninger kan påvises?

TVANGSINDLÆGGELSE

Patienter kan tvangsindlægges i henhold til reglerne for tvangsindlæggelse, som fremgår af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien med videre (psykiatriloven § 5).

En patient kan indlægges mod sin vilje på en psykiatrisk afdeling, hvis følgende er opfyldt:

Patienten er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, og det vil være uforsvarligt ikke at frihedsberøve den pågældende med henblik på behandling, fordi:

- Udsigten til helbredelse, eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden, ellers vil blive væsentligt forringet (helbredsindikation) (indlæggelse sker på gule papirer).
- Den pågældende frembryder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre (farekriteriet) (indlæggelse sker på røde papirer).

Alle læger er forpligtet til at tvangsindlægge patienter, som skønnes at opfylde ovenstående kriterier, og udfærdiger enten "gule" eller "røde" papirer, som afleveres til politiet, der sørger for det videre forløb.

De "gule" eller "røde" papirer er stort set ens og indeholder en beskrivelse af patientens psykiske tilstand, formodet diagnose og adfærd, som er til grund for enten farlighedskriteriet eller helbredsindikation.

1.3 Sammenfatning af evalueringens hovedfund

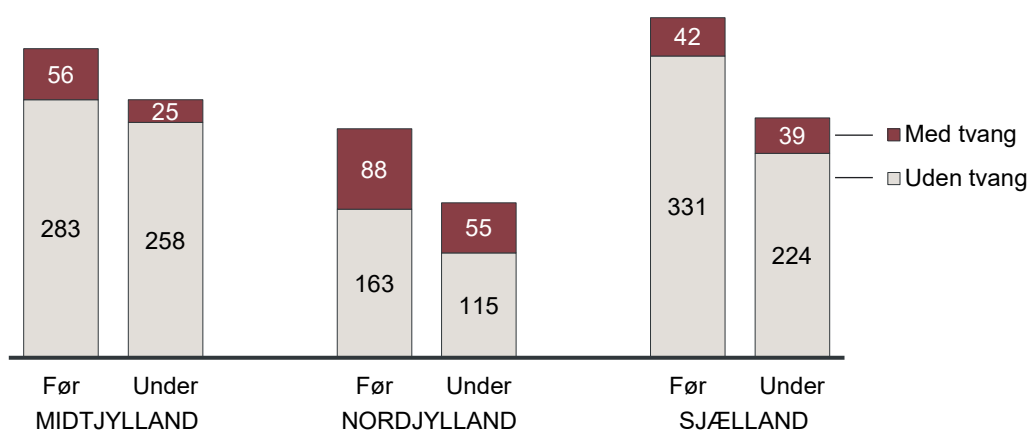
Sammenfattende viser evalueringen, at:

- En målrettet indsats i selv meget forskellige organisatoriske rammer kan føre til en betydelig reduktion i antallet af indlæggelser og tvangsindlæggelser.
- Et tværsektorielt team kan udmøntes på meget forskellig vis i forhold til både organisatorisk forankring, kompetencer og indsats.
- Der er behov for økonomiske analyser af de forskellige modeller for tværsektorielle teams, hvis det skal kunne vurderes, hvilken model der er mest effektiv.

I evalueringen er tre puljefinansierede projekter evalueret. Det er et grundvilkår for evalueringen, at de tre projekter i udgangspunktet har været meget forskellige, og at der skal tages en række forbehold for konklusionernes styrke grundet både den store tværgående variation og det relativt lille antal borgere, der har været tilknyttet de tre projekter.

Trods metodiske forbehold kan det konstateres, at alle tre konkrete udmøntninger af tværsektorielle teams har meget positive resultater med en markant reduktion i indlæggelser for de tilknyttede borgere. I to af de tre projekter er der desuden en markant reduktion i antallet af tvangsindlæggelser for de tilknyttede borgere.

Figur 1.1:
Antallet af indlæggelser med og uden tvang to år før og to år under de tre projekter



Det kan også konstateres, at de positive resultater lader til at kunne komme en bred borgergruppe til gode, hvor både borgere med en eller få tvangsindlæggelser og borgere med langvarige, komplekse og konfliktfyldte forløb kan profitere af indsatsen.

I evalueringen undersøges sammenhængen mellem fire forskellige forhold:

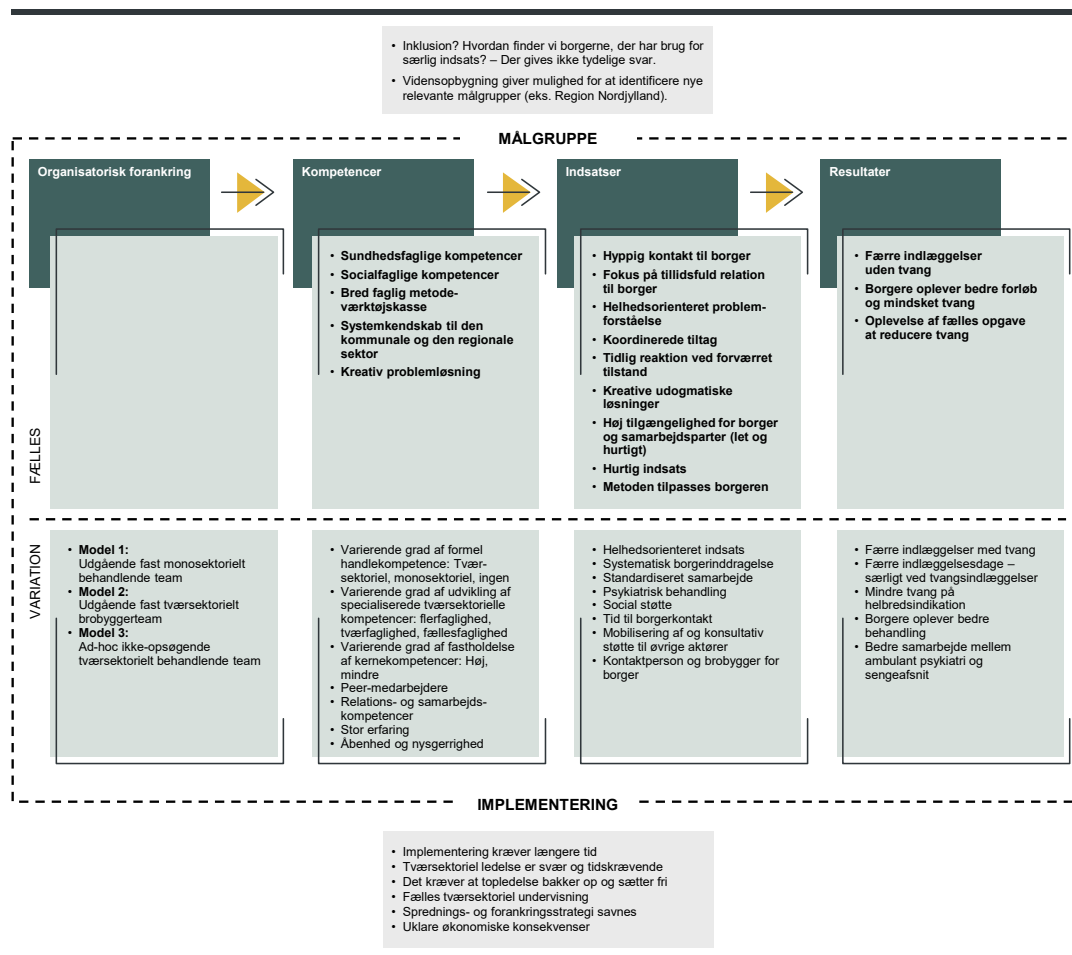
- De forskellige organisatoriske forankringer af en tværsektoriel indsats.
- De kompetencer, som de organisatoriske forhold giver adgang til.
- Den indsats, som tilbydes borgerne på baggrund af de tilstedeværende kompetencer.
- De resultater, der opnås for borgerne gennem indsatsen.

Undersøgelsen tager udgangspunkt i en forandringsteori, der på baggrund af eksisterende viden og tidligere erfaringer, peger på elementer, der formodes at være virksomme i sammenhæng.

Undersøgelsen af disse sammenhænge har i evalueringen ført til formulering af en nuanceret forandringsteori baseret på de empiriske fund. Der er i forandringsteorien identificeret en række forhold, der går på tværs af de tre projekter. Med udgangspunkt i de positive resultater kan de tværgående forhold opfattes som en bekræftelse af, at netop disse elementer kan bidrage til en reduktion i tvangsindlæggelser. Ligeledes er der identificeret en række forhold, der varierer på tværs af de tre projekter, som giver anledning til en konstatering af, at selv meget forskellige tilgange til en reduktion i tvangsindlæggelser kan have positive resultater.

Den nuancerede forandringsteori opsummeres i figuren herunder.

Figur 1.2: Nuanceret forandringsteori



Som det fremgår af figuren, er der særligt stor variation i den organisatoriske forankring af de tre typer af tværsektorielle teams. Ud over konstateringen af, at selv meget forskellige organisatoriske vilkår kan føre til betydelige positive resultater, kan det også konstateres, at forståelsen af, hvad et "tværsektorielt team" egentlig er, er kompleks og varierende på tværs af de relevante aktører. Krav om, eller anbefalinger til, indsatser baseret på tværsektorielle teams bør således kvalificeres yderligere, hvis der ønskes en højere grad af ensartethed på tværs af sundhedssektoren i landet.

Set i en bredere kontekst, der peger ud over de specifikke erfaringer i de tre undersøgte projekter, vanskeliggør det ambitionen om at komme med tydelige anbefalinger, at der ikke er et klart billede af de ressourcemæssige konsekvenser af arbejdet med tværsektorielle teams. Da der ikke er klarhed over omkostninger og gevinster, hverken på budgetøkonomisk niveau eller på samfundsøkonomisk niveau, skal alle konklusioner om en fremtidig indsats tages med forbehold for denne manglende viden.

Implement vurderer på denne baggrund, at der bør indhentes yderligere erfaringer med fokus på de ressourcemæssige omkostninger og gevinster. Endvidere vurderer Implement, at det umiddelbart forekommer mest sandsynligt, at en model, der tager afsæt i en fast samarbejdsstruktur, vil kunne føre til positive resultater. I denne samarbejdsstruktur nedsættes et ad hoc-team omkring den enkelte borger med deltagelse fra såvel den regionale behandlingspsykiatri som fra den kommunale sociale indsats og øvrige relevante parter.

Den faste samarbejdsstruktur vil skulle vedtages på tværs af den regionale behandlingspsykiatri og de relevante kommuner.

Modellen bør være målrettet borgere, hvor en tværgående indsats vurderes relevant i forlængelse af et konfliktfyldt borgerforløb.

I denne model bør der være en tæt samordnet indsats, der tager udgangspunkt i en helhedsorienteret forståelse af borgerens udfordringer og i borgerens egen oplevelse af støttebehov og udfordringer. Ved at arbejde med regelmæssig kontakt styrkes en tillidsfuld relation. Dette kan betyde, at både borgeren og de fagprofessionelle kan identificere specifikke adfærdsmønstre og blive i stand til tidligt at observere en forværring i borgerens tilstand og iværksætte forebyggende tiltag. Der kan endvidere peges på, at peerkompetencer styrker indsatsen, særligt i forhold til inddragelse af civilsamfundsbaserede aktører og i forhold til at skabe relationer til borgere, der har konfliktfyldte relationer til det professionelle støtte- og behandlingssystem.

En model som den beskrevne vil – skønsomt baseret på det foreliggende grundlag – både være implementérbar og ressourcemæssig realistisk.

Ligegyldigt hvilken model for indsatsen der vælges for at reducere antallet af tvangsindlæggelser, viser erfaringerne fra de tre undersøgte projekter, at der er behov for en tydelig strategi for implementering og driftsmæssig forankring af den nye praksis. Særligt bør der her være fokus på, hvordan der fastholdes et ledelsesmæssigt blik på samarbejdet i den daglige praksis – også efter en eventuel implementeringsperiode.

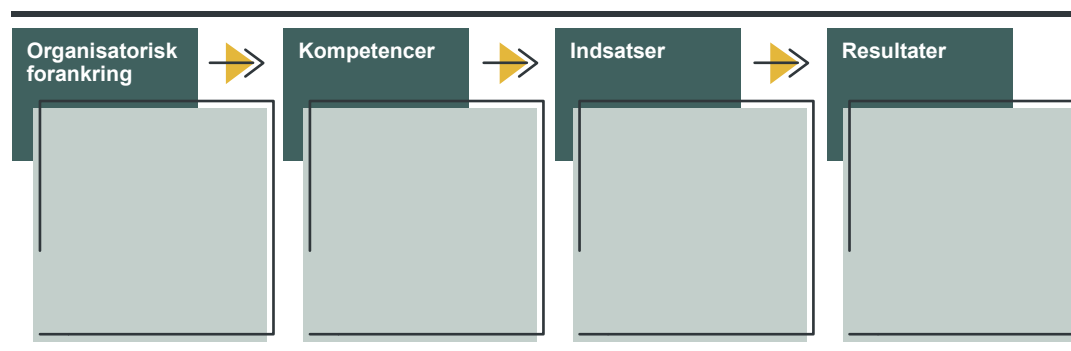
1.4 Læsevejledning

I dette afsnit gives først en kort indføring i evalueringsdesignet. Dette gøres for at klæde læseren på til at forstå formålet med de enkelte afsnit og for at give et billede af, hvordan evalueringen er blevet gennemført. De mere uddybende overvejelser om metode og datakilder kan findes i rapportens kapitel 9.

I kapitel 3 gives en kortfattet præsentation af de tre projekter, som har været genstand for evalueringen. En længere præsentation af disse projekter findes i rapportens bilag.

Som det fremgår af kapitlet om evalueringsdesign, er evalueringen bygget op om en forandringsteori, der består af fire overordnede elementer: organisatorisk forankring, kompetencer, indsats og resultater.

Figur 1.3: Forandringsteoretisk ramme



Hvert af disse elementer gennemgås i hvert sit selvstændige kapitel, hvor kapitlet om resultater kommer først (kapitel 4). Her præsenteres de opnåede resultater i de tre projekter, både med udgangspunkt i kvantitative og kvalitative data. En mere dybdegående gennemgang af analysen af de kvantitative data præsenteres i bilag til denne rapport.

I de følgende tre kapitler undersøges hvert af de tre øvrige elementers betydning for de opnåede resultater. Hvert af disse kapitler afrundes med en opsummering af, hvordan de empiriske observationer kan nuancere den generelle forandringsteori.

Efter gennemgangen af de fire elementer i forandringsteorien i kapitel 4, 5, 6 og 7 kigges der i kapitel 8 på tværs af de fire elementer for at konkludere på de tværgående sammenhænge. Her diskuteres mulige nuanceringer af den samlede forandringsteori, samt hvilke alternative hypoteser om indhold og sammenhæng mellem de forskellige elementer analysen giver anledning til. Endelig afrundes kapitlet med en perspektivering, hvor konklusionerne drøftes i et fremadrettet perspektiv.

2 Evalueringsdesign

De tre undersøgelsesspørgsmål er styrende for designet af evalueringen, og der er valgt en kombination af en resultat-, virknings- og komparativ evalueringstilgang. Der er således ikke tale om en effektevaluering (som for eksempel ved et lodtrækningsforsøg), men om at vi gennem en kombination af kvalitative og kvantitative data belyser og sandsynliggør resultaterne af indsatsen. Derudover belyses væsentlige aspekter i implementeringen af tværsektorielle teams.

I det følgende udfoldes de valgte tilgange, i forhold til hvordan de hver især bidrager til at svare på evalueringens undersøgelsesspørgsmål.

2.1 Resultatevaluering

Med den resultatevalueringsorienterede tilgang undersøges det, i hvor høj grad de tre projekter har bidraget til en reduktion af tvangsansværelsen. Det er i dialog med Sundhedsstyrelsen og projekterne besluttet at fokusere eksklusivt på tvangsindlæggelser i stedet for et bredere fokus på anvendelsen af tvang samlet set. Specifikt søges der svar på, hvordan arbejdet i de tværsektorielle teams har påvirket anvendelsen, antallet og omfanget af tvangsindlæggelser – også set i relation til indlæggelser uden tvang – samt hvordan projekterne har påvirket borgernes oplevelse af tvangsindlæggelser.

2.2 Virkningsevaluering

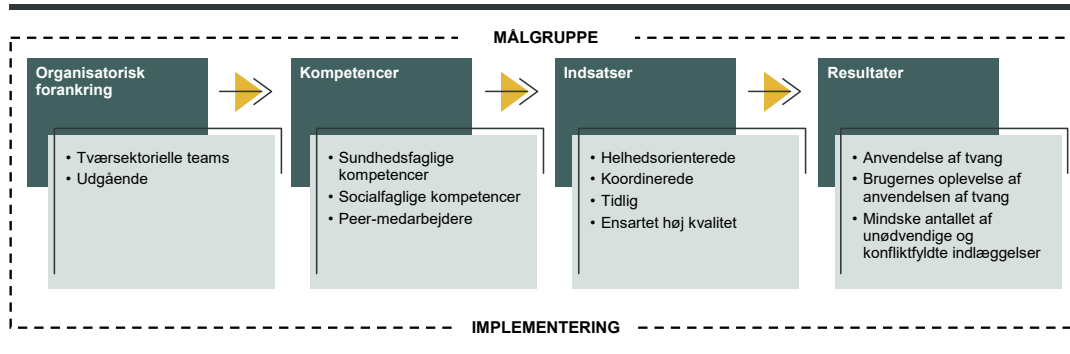
Ud fra et virkningsevalueringsperspektiv søges der etableret sammenhænge mellem indsats og virkning. Virkningsevaluering anvendes typisk, når der er fokus på, hvorfor noget virker, og på hvilken måde det virker for hvilke målgrupper.

I en virkningsevaluering er udgangspunktet teoridrevet, hvor en hypotetisk forestilling om sammenhængen mellem årsag og virkning ekspliciteres i en forandringsteori (teori om, hvad der skaber den ønskede forandring). Denne forandringsteori søges derefter belyst empirisk ved at indsamle og analysere data om de enkelte elementer i forandringsteorien. Gennem det analytiske arbejde søges det således at teste forandringsteorien, i forhold til hvorvidt sammenhængene kan eftervises som enten a) ikke virkningsfulde, b) nødvendige eller c) tilstrækkelige for opnåelsen af de ønskede resultater. Ligeledes kan der på baggrund af analysen opstilles nuancerede og alternative hypoteser om sammenhængen, der er sandsynliggjort i analysen.

Som udgangspunkt for analysen er der derfor formuleret en forandringsteori (Figur 2.1), der baserer sig på:

- Beskrivelsen af formålet med ansøgningspuljerne.
- De tre projektbeskrivelser som formuleret i puljeansøgningerne.
- Beskrivelse af Sundhedsstyrelsens Model for tværsektorielle teams til nedbringelse af tvang fra 2018.
- Implements erfaringer med tværsektorielt samarbejde i det offentlige.

Figur 2.1: Forandringsteoretisk model



Den hypotetiske sammenhæng illustreret i forandringsteorien kan formuleres som, at *organisationsformen* "tværsektorielle teams" giver et sæt specifikke *kompetencer*, der muliggør en *indsats*, der i højere grad end i dag er helhedsorienteret og koordineret, som betyder, at *resultatet* er et mindsket behov for anvendelse af tvangsindlæggelser. *Målgruppen* for indsatsen og den konkrete *implementering* er endvidere en afgørende kontekst for sammenhængen, som kan være med til at påvirke denne. Sammenhængen er skitseret i ovenstående figur.

Der skal indsamles data om hvert af disse elementer for at synliggøre og vurdere sammenhængen mellem tværsektorielle teams som den uafhængige variabel og anvendelsen af tvangsindlæggelser som den afhængige variabel. Nedenfor præsenteres særlige fokusområder for analysen. Det skal i denne sammenhæng dog samtidig præciseres, at der i det virkningsevalueringsmæssige perspektiv også er åbenhed for observation og analyse af ikke på forhånd definerede variable. Det er således en selvstændig pointe, at analysen også kan nuancere og tilføre forandringsteorien nye aspekter.

2.2.1 Organisatorisk forankring

I forhold til den organisatoriske forankring skal der gives svar på, hvordan indsatsen er organiseret. Der er her fokus på, hvordan det tværsektorielle team ledes – både i forhold til personaleledelse, faglig ledelse og daglig planlægning. Særligt er der fokus på de forskellige sektors repræsentation i ledelse og udførelse.

Endvidere ses der på, i hvilken grad og hvordan teamet er udgående og opsøgende i tilgangen til borgerne. Ligeledes ses der på, hvordan teamet i praksis arbejder sammen i forhold til for eksempel lokaler og fælles mødestrukturer.

2.2.2 Kompetencer

Det kortlægges, hvilke kompetencer der er tilgængelige i de tværsektorielle teams. Her skal der kortlægges såvel de *formelle* (beslutnings- og handle-) kompetencer, som de *faglige* og *uddannelsesmæssige* kompetencer.

Ligeledes beskrives måden, de forskellige sundhedsfaglige og socialfaglige kompetencer bringes i spil på og udvikles i de enkelte teams. Her kategoriseres der i forhold til en *flerfaglig*, en *tværfaglig* og en *fællesfaglig* tilgang.

Endelig skal der gives svar på, hvordan og i hvilket omfang peermedarbejdere (medarbejdere med brugererfaring fra behandlingspsykiatrien) har indgået i det tværsektorielle team.

2.2.3 Indsatser

I analysen af den indsats – eller praksis – der udføres af det tværsektorielle team, skal der gives svar på, i hvilken grad og hvordan indsatsen er helhedsorienteret, koordineret, tidlig og af ensartet høj kvalitet.

En *helhedsorienteret* indsats består af (minimum) to dimensioner: Helhedsorientering i forhold til **problempopfattelsen** og i forhold til **interventionen**. En helhedsorienteret indsats inddrager således relevante muligheder for indsatser på tværs af faglige domæner, lovgivninger og sektorgrænser med henblik på at skabe en samlet indsats, som tager højde for det samlede udfordringsbillede hos borgeren.

En *koordineret* indsats skal her forstås som en tids- og indholdsmæssigt samordnet indsats, der er rettet mod et fælles – eller som minimum ikke modstridende og fælles anerkendte – mål. Desuden kræver en koordineret indsats, at der er en hyppig, relevant og målrettet kommunikation mellem de relevante parter i indsatsen.

En *tidlig indsats* skal her forstås som tidligt i problemudviklingen, hvor der sættes ind med en relevant indsats allerede ved de første tegn på en forværret tilstand hos borgeren. På denne måde kan det forebygges, at der bliver behov for indlæggelse og brug af tvang.

En *ensartet høj kvalitet* skal i denne sammenhæng ses som muligheden for at anvende standardiserede og velbeskrevne evidensbaserede tilgange i indsatsen.

2.2.4 Resultater

I analysen af resultaterne af den indsats, der leveres af de tværsektorielle teams, skal der gives svar på en række spørgsmål, jævnfør afsnittet om resultatevaluering ovenfor.

I det omfang, det har været datamæssigt muligt, er der endvidere søgt viden om sammenhængen mellem den indsats, der er leveret af de tværsektorielle teams, og borgernes oplevelse af trivsel og kvalitet i indsatsen.

2.3 Komparativ evaluering

Konkret udfolder analysen sig som en komparativ analyse, hvor hvert af de tre projekter beskrives i forhold til de ovenfor præsenterede elementer i forandringsteorien. Selve analysen baseres blandt andet på en systematisk sammenligning af projekterne, hvor der vil være fokus på lighedspunkter og variation projekterne imellem.

I en sammenligning af årsag og virkning på tværs af de tre – gennem analysen udarbejdede – projektspecifikke forandringsteorier kan der drages slutninger om den generelle forandringsteoretiske model. Det er således i sammenligningen mellem fundene i hvert af de tre projekter, at der kan drages slutninger om at afvise, fastholde og/eller nuancere de årsags-virkningssammenhænge, som forandringsteorien beskriver.

De fire elementer i forandringsteorien danner også grundlaget for rapportens opbygning, hvor elementerne beskrives i hvert sit kapitel, der efterfølges af et kapitel med tværgående konklusioner.

3 Projekterne

I dette afsnit præsenteres de tre projekter kort. For en mere detaljeret beskrivelse, se afsnit 10, bilag 1: Uddybende projektbeskrivelser.

3.1 Projekt Liv uden Tvang

Projekt Liv uden Tvang er gennemført i et samarbejde mellem Psykiatrien i Region Midtjylland samt Favrskov og Aarhus Kommune. Projektet har været organiseret i et fast, samlokaliseret team med ansatte fra såvel den kommunale socialforvaltning som den regionale behandlingspsykiatri. Teamet har i høj grad været udgående, men har mødtes fast hver fredag til fælles supervision og sparring.

Alle medlemmerne i teamet har sideløbende fastholdt deres oprindelige ansættelse i henholdsvis region og kommune, hvor de ligeledes har haft deres personaleledelse. Den daglige ledelse i teamet har været varetaget af en tværsektoriel projektledelse.

Borgerne, der har fået tilbudt en indsats fra teamet, har haft mindst én forudgående tvangsindlæggelse i forbindelse med en psykisk lidelse inden for det affektive spektrum. I alt har 28 borgere været omfattet af indsatsen i projektperioden.

Som det bærende element i indsatsen har borgerne som udgangspunkt fået tilknyttet to faste kontaktpersoner fra det tværsektorielle team for at sikre stabilitet, kontinuitet og adgang i kontakten med borgeren. Kontaktpersonernes opgave har været at støtte borgeren i at forebygge nye tvangsindlæggelser – både ved at arbejde med borgeren selv og ved at støtte borgeren i kontakten med andre professionelle.

En stor del af opgaven for kontaktpersonerne har været at støtte borgeren i kontakten med andre aktører. I særlig grad har dette handlet om kontakten med behandlingspsykiatrien, men også med andre aktører som for eksempel borgerens arbejdsplads ved tilbagevenden til arbejde efter en indlæggelsesperiode.

Teamet har blandt andet arbejdet med tilgangen Åben Dialog og har i den forbindelse været initiativtagere til afholdelse af Åben Dialog-samtaler.

3.2 Projekt Nedbringelse af tvangsindlæggelser

Projektet Nedbringelse af tvangsindlæggelser er gennemført i et samarbejde mellem Region Nordjyllands Klinik Psykiatri Syd og fire kommuner. Disse er henholdsvis Aalborg, Mariagerfjord, Rebild og Vesthimmerlands Kommune, og projektet er en videreudvikling af det eksisterende Patientens Team med særligt fokus på at nedbringe antallet af tvangsindlæggelser.

Målgruppen for projektet har været borgere over 18 år, som har haft minimum én indlæggelse med tvang i projektperioden. Der har i alt været forløb med 72 borgere som en del af projektet.

Teamet er blevet sammensat ad hoc så hurtigt som muligt i forbindelse med en tvangsindlæggelse, hvor alle relevante parter omkring borgeren på tværs af sektorer er blevet afdækket og inkluderet. Der har i langt størstedelen af forløbene været tværsektoriel

deltagelse i teamet med psykiatrisk behandling repræsenteret. Derudover har der som udgangspunkt været såvel sundhedsfaglige som socialfaglige kompetencer repræsenteret. Der er her tænkt i en bredere deltagelse, end der har været praksis for tidligere. Som udgangspunkt har teamet ikke i højere grad været udgående eller opsøgende, end den enkelte teamdeltager har været i sin funktion i forvejen.

I forbindelse med projektet blev eksisterende praksis i Patientens Team med udarbejdelsen af en udskrivningsaftale styrket som afsæt for en fælles, tværsektoriel plan. Endvidere blev indsatsen intensiveret med faste og hyppige møder minimum hver tredje måned til forebyggelse af problemudvikling og mulighed for hurtig justering i indsatser. Derudover blev der arbejdet med en stafetholderfunktion med ansvar for mødeindkaldelse, udarbejdelse af referat samt opfølgning på aftaler. Der blev samtidig implementeret en fast dagsorden til møderne med et indarbejdet fokus på at undgå indlæggelser.

I udvalgte komplekse borgerforløb er der afholdt tværsektorielle samarbejds møder med fokus på fælles faglig sparring, erfaringsudveksling og vidensdeling på tværs af sektorer, eksempelvis i forhold til konflikthåndtering, deeskalering, socialpædagogisk tilgang og metodik eller andre relevante temaer. Møderne er videreudviklet til et bredt tilgængeligt formaliseret tilbud.

3.3 Projekt DIT-team

Projekt DIT-team – Dialektisk Intensivt Tværsektorielt team med henblik på nedbringelse af tvang er gennemført i et samarbejde mellem Psykiatrien i Region Sjælland og Slagelse og Ringsted Kommune.

Teamet har været et fast team organiseret og fysisk samlokaliseret i Psykiatrien Vest i Slagelse. Deltagerne i teamet var fuldtidsansat ind i teamet og bestod af henholdsvis to sygeplejersker, en psykolog, en socialrådgiver uden myndighedskompetence samt en peermedarbejder. Derudover har teamet haft en speciallæge i psykiatri fast tilknyttet til sparring angående udredninger, diagnosticering og medicinsk behandling. Den daglige ledelse samt personaleledelse i projektet blev varetaget af den tilknyttede psykiater.

Målgruppen for projektet har været borgere fra døgn- eller botilbud over 18 år med enten svær selvdestruktiv adfærd eller psykisk syge borgere med komplekse problematikker, som tidligere har været tvangsindlagt.

I projektperioden har i alt 16 borgere været tilknyttet Projekt DIT-team.

Borgerne blev tilbudt indsatsen fra DIT-team enten under indlæggelse i den regionale psykiatri eller ved kontakt med ambulans psykiatrisk indsats. Borgeren fik tilknyttet en primær og en sekundær kontaktperson fra teamet, og teamet har varetaget den psykiatriske behandlingsindsats for borgeren.

Teamet har været udgående og opsøgende og har gennem et intensivt relationsarbejde haft en støttende og koordinerende funktion for borgeren. I praksis har indsatsen indeholdt blandt andet dialektisk adfærdsterapi, mulighed for udredning og justering af medicin, tæt kontakt med borgeren samt koordinering i forhold til alle instanser omkring borgeren.

DIT-team har fast afholdt ugentlige møder, hvor hele teamet samt den tilknyttede speciallæge har deltaget. På disse møder er borgerforløbene blevet drøftet, og der er blevet lagt en videre plan for borgerne samt været mulighed for sparring.



4 Resultater

I det følgende præsenteres analysen af resultaterne af den indsats, der leveres af de tværsektorielle teams i de tre projekter.

Specifikt søges der, jævnfør forandringsteorien, svar på, hvordan arbejdet i tværsektorielle teams har påvirket anvendelsen af tvangsindlæggelser, herunder antallet og omfanget af tvangsindlæggelser – også set i relation til indlæggelser uden tvang. Derudover afdækkes det, hvordan de tværsektorielle teams har påvirket borgernes oplevelse af tvangsindlæggelser, i det omfang data muliggør det.

Der præsenteres endvidere viden om borgernes oplevelse af trivsel og tilfredshed med indsatsen.

Afsnittet er inddelt i et afsnit om nedbringelse af tvangsindlæggelse, et afsnit om borgernes oplevelse af tvangsindlæggelser og endelig et afsnit om øvrige resultater af indsatsen.

Der er indsamlet yderligere kvantitative data i de tre projekter, som ikke præsenteres her, da det ikke bidrager til den tværgående analyse, men som i stedet præsenteres mere omfattende i *Bilag 2: Analyse af udviklingen i omfanget af tvangsindlæggelser og øvrige kvantitativt belyste resultater af indsatserne*.

4.1 Nedbringelse af tvangsindlæggelser

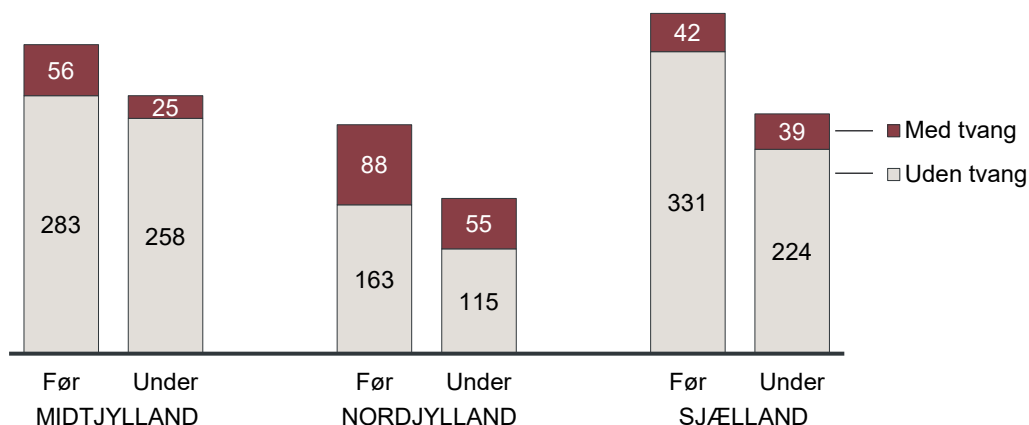
Det helt centrale mål med afprøvningen af de tværsektorielle teams er at nedbringe antallet af tvangsindlæggelser. I det følgende præsenteres udviklingen i indlæggelser med og uden tvang før og under de tre projektorløb.

Afsnittet bygger på aggregerede data, som bruges til at illustrere en mulig virkning eller udvikling.

4.1.1 Udvikling i antallet af indlæggelser

Helt overordnet ses en markant samlet reduktion i antallet af indlæggelser i psykiatrien på tværs af de tre projekter. Reduktionen ses altså både på antallet af indlæggelser uden tvang og på antallet af indlæggelser med tvang (*Figur 4.1*).

Figur 4.1: Antallet af indlæggelser med og uden tvang før og under projektet i Region Midtjylland, Region Nordjylland og Region Sjælland



Numerisk er reduktionen for alle tre projekter størst på indlæggelser uden tvang, mens reduktionen af antallet af indlæggelser med tvang i psykiatrien er varierende fra en lille reduktion af tvangsindlæggelser i Region Sjælland til cirka en halvering i Region Midt- og Nordjylland. Reduktionen i Region Midt- og Nordjylland er således markant. Trods de i metodekapitlet beskrevne begrænsninger i forhold til datas udsigelseskraft må dele af reduktionerne antages at være en konsekvens af de tværsektorielle teams' indsats for og med borgerne.

Reduktionen i antallet af indlæggelser med tvang i Region Sjælland kan forekomme lav. Der er imidlertid et markant fald i indlæggelser i det hele taget i Region Sjælland – og mere udtalt end i de to andre projekter. Således er en stagnation i antallet af indlæggelser med tvang ikke nødvendigvis det samme som en manglende virkning af de tværsektorielle teams. Virkningen kan være en forebyggelse af indlæggelser i det hele taget.

Målgrupper for indsatsen

Som beskrevet i gennemgangen af de enkelte projekter har der ikke været fælles inklusionskriterier på tværs af de tre projekter. Der har endvidere inden for det enkelte projekt været en betydelig variation i målgruppen for indsatsen, hvor inklusionskriterier også har udviklet sig undervejs i projektet.

I projektet i Region Sjælland har der været fokus på borgere med komplicerede og konfliktfyldte forløb, hvor der ikke nødvendigvis har været tvang involveret, men hvor de professionelle har vurderet, at der var en risiko for dette.

I Region Midtjylland, hvor indsatsen var målrettet selvskadende borgere med affektive lidelser, vurderer medarbejderne i det tværsektorielle team selv, at målgruppen ville kunne udbredes betragteligt, så også borgere med for eksempel skizofrenidiagnoser ville kunne deltage i og profitere af indsatsen.

I Region Nordjylland, hvor der er arbejdet systematisk med udvidet registrering af de enkelte forløb, har man gennem projektførelsen identificeret en målgruppe med behov for særlig opmærksomhed. Det drejer sig om borgere, der normalt ikke opfattes som en del af

psykiatriens målgruppe, men som alligevel har episoder, hvor tvangsindlæggelser kan være opfattet som nødvendige. Det er for eksempel borgere med omfattende vanskeligheder inden for autismespektrumforstyrrelser, hvor det øgede samarbejde mellem botilbud og behandlingspsykiatri opleves at have betydet en reduktion i antallet af tvangsindlæggelser for denne borgergruppe.

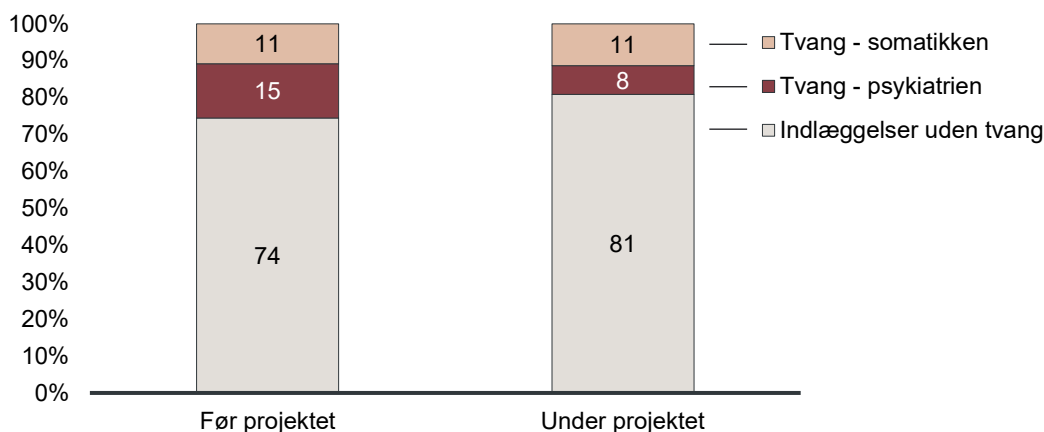
I Region Nordjylland peger flere projektmedarbejdere endvidere på, at projektet også har skærpet opmærksomheden på "grå tvang." Det vil sige borgere, der er indlagt på psykiatrisk sengeafsnit uden tvang, men under implicit eller eksplicit trussel om, at hvis de ikke blev indlagt frivilligt, ville det blive med tvang. Her er der opmærksomhed på, at også disse borgere har behov for en indsats, der kan reducere antallet af konfliktfyldte indlæggelser.

Sammenfattende kan det konstateres, at de positive resultater i de tre projekter spænder over en varieret målgruppe, hvor der samtidig er tegn på, at den potentielle målgruppe for en tvangsreducerende tilgang er endnu bredere, end den konkret har været i de tre projekter.

Tvangsindlæggelser i somatikken

I data fra Liv uden Tvang i Region Midtjylland fremgår det, at reduktionen i tvangsindlæggelser i psykiatrien ikke har afsmittende virkning på brugen af tvangsindlæggelser i somatikken (Figur 4.2 og Tabel 1). Tværtimod er andelen af tvangsindlæggelser i somatikken stabil, hvilket indikerer, at virkningen af de tværsektorielle teams er forbeholdt psykiatrien. Endvidere ser det ud til, at teamenes funktion er vanskelig at få overført til den somatiske del af hospitalsvæsenet, hvor det må antages, at der fortsat er forbedringspotentiale og behov for at tænke i andre løsningsmodeller, når det kommer til behandlingen af borgere med psykiske lidelser.

Figur 4.2: Procentvis andel af indlæggelser med og uden tvang i henholdsvis psykiatrien og somatikken før og under Projekt Liv uden Tvang i Region Midtjylland (n=23)



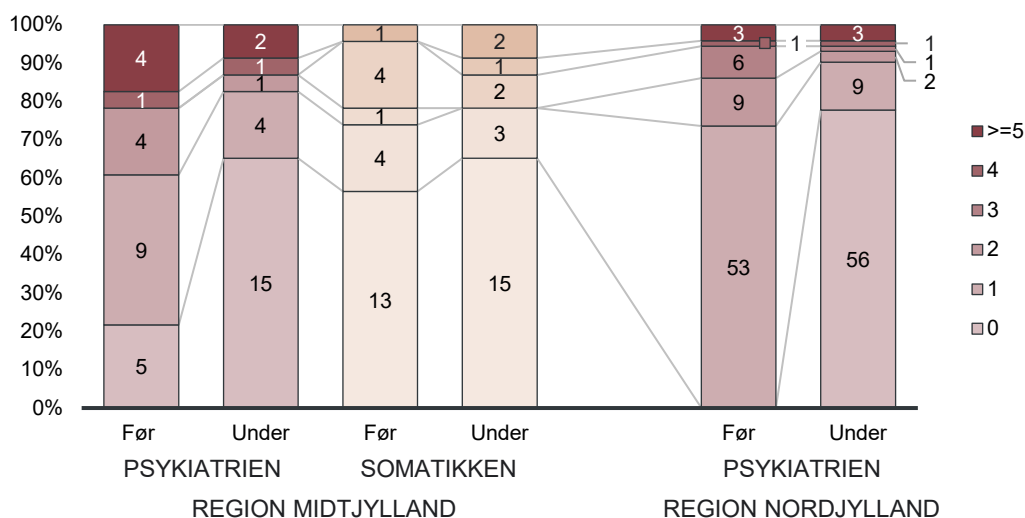
Tabel 1: Antallet af indlæggelser uden tvang og med tvang i henholdsvis psykiatrien og somatikken før og under projektet (n=23)

REGION MIDTJYLLAND		
	Før projektet	Under projektet
Indlæggelser uden tvang	283	258
Indlæggelser med tvang		
• I psykiatrien	56	25
• I somatikken	41	36
Total	380	319

Udvikling i antallet af indlæggelser for borgere med en historik med mange indlæggelser

Supplerende data (Figur 4.3) fra Projekt Liv uden Tvang i Region Midtjylland viser, at de tværsektorielle teams er i stand til at hjælpe borgere, som har en historik med mange indlæggelser med tvang. Således reduceres det totale antal borgere, som har fem eller flere tvangsindlæggelser, i forbindelse med projektet. Ligeledes stiger andelen af borgere, som indlægges uden tvang i projektperioden. Det indikerer, at de tværsektorielle teams formår at hjælpe de borgere, som er psykisk dårligst og mest belastede af indlæggelser med tvang – en udvikling, som ikke er at finde i data om indlæggelser med tvang i somatikken, hvor fordelingen stort set er stationær. Udviklingen er ikke lige så markant i Region Nordjylland, hvor der er et markant fald i antallet af borgere, som er udsat for indlæggelser med tvang, men ingen tydelig ændring for borgere med flere indlæggelser med tvang end én.

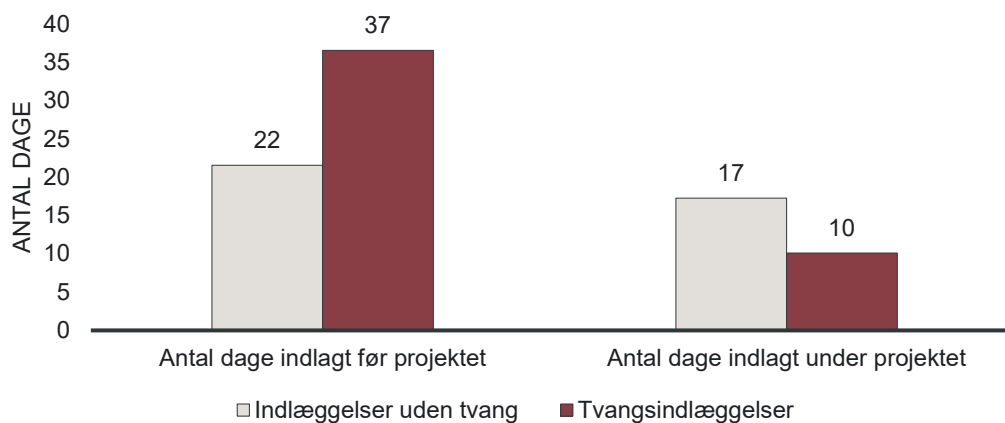
Figur 4.3: Andelen af borgere, som er udsat for 0, 1, 2, 3, 4, 5 eller flere indlæggelser med tvang i henholdsvis psykiatrien og somatikken i Region Nordjylland og i psykiatrien i Region Nordjylland



4.1.2 Udvikling i varighed af indlæggelser

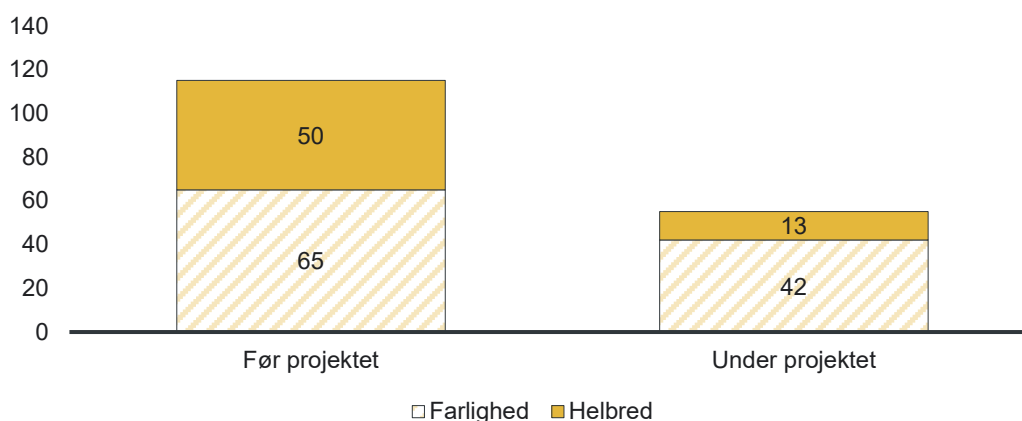
Sideløbende med at antallet af indlæggelser såvel med som uden tvang falder, falder også varigheden af indlæggelserne. I Region Nordjylland, hvor faldet i indlæggelsesvarigheden er mest markant, er denne virkning at finde både på indlæggelser med og uden tvang, men mest markant for indlæggelser med tvang (Figur 4.4).³

Figur 4.4: Indlæggelsesvarighed for indlæggelser med og uden tvang før og under projektet i Region Nordjylland (n=54)



En lignende interessant udvikling kan ses i Region Nordjylland, når det kommer til årsagerne til indlæggelser med tvang, hvor der er en markant reduktion i antallet af indlæggelser med tvang på behandlingsindikation (Figur 4.5).

Figur 4.5: Antallet af indlæggelser på farligheds- eller helbredsindikation før og under projektet i Region Nordjylland (n=54)



³ Indlæggelsesvarigheden falder ligeledes i Region Sjælland, dog kun for indlæggelser med tvang, og ændringen er så lille, at betydningen af fundet er tvivlsom (se figur 36 i bilag). Samtidig tælles interne overflytninger som nye indlæggelser i Region Sjælland, hvorfor indlæggelsesvarigheden er kunstigt lav (se afsnit 9.2).

4.2 Borgernes oplevelse af tvangsindlæggelser

Et væsentligt mål med arbejdet i de tværsektorielle teams er at påvirke borgernes oplevelse af tvangsindlæggelser til det bedre. I forhold til oplevelsen af tvangsindlæggelser kan flere parametre være i spil, for eksempel forståelsen af, hvornår en tvangsindlæggelse er hjælpsom, samarbejdet om forebyggelse af tvangsindlæggelser, samt hvordan forløbet op til og efter tvangsindlæggelsen udspiller sig.

4.2.1 Oplevelsen af mestring i eget forløb

Et af de udsagn, der går igen på tværs af flere interviews er, at samarbejdet med det tværsektorielle team har medført, at borgere har en øget oplevelse af at kunne påvirke eget støtte- og behandlingsforløb gennem en større grad af mestring af egne vanskeligheder. Flere borgere fortæller således, at de igennem samarbejdet med teamet er blevet bedre til tidligere at identificere tegn på forværring eller eskalering af egen tilstand. Dette har gjort det muligt at reagere forebyggende i forhold til at ende i en situation, hvor en tvangsindlæggelse ville være næste skridt. En borger udtrykker det, som følger: *"De [tvangsindlæggelserne] opstår slet ikke. Jeg har slet ikke lyst til at gøre selvskade. Det har været en flugt for mig i mange år, men jeg har ikke brug for den flugt mere. Jeg er ikke bange for mine følelser mere. Jeg var ikke i kontakt med mine følelser på samme måde, som jeg er i dag. Det er teamet, der har gjort det."*

Flere har ligeledes fortalt, at indlæggelser igennem forløbet er blevet et aktivt tilvalgt redskab i håndteringen af egen situation. Det tætte samarbejde med de fagprofessionelle i teamet har muliggjort klare aftaler om, hvornår, hvorfor og hvor længe indlæggelserne skulle iværksættes. Oplevelsen af at tilvælge en indlæggelse beskrives som, at *"psykiatrien er blevet til et valg i stedet for tvang,"* hvilket i praksis har givet borgeren oplevelsen af at kunne tage styring og aktivt ansvar for eget liv.

4.2.2 Kortere forløb – mindre tvang

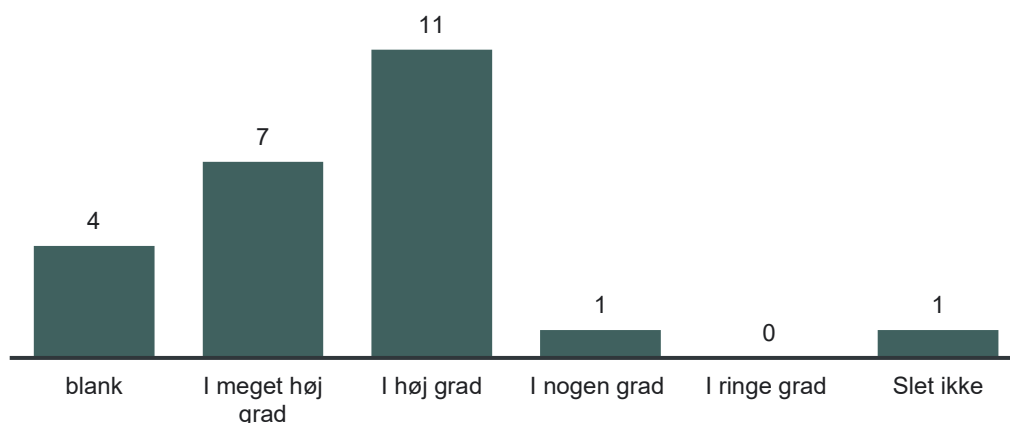
Flere af de interviewede borgere giver udtryk for, at de er overbeviste om, at de har undgået tvangsindlæggelser som følge af indsatsen fra det tværsektorielle team. Ligeledes mener flere, at når der har været anvendelse af tvang eller tvangsindlæggelser i deres forløb, så har det været af kortere varighed. Dette opleves som et resultat af, at de fagprofessionelle, såvel som borgeren selv, i kraft af en tættere kontakt reagerer hurtigere ved forværret tilstand. Den tættere kontakt har skabt en større forståelse for borgerens reaktionsmønstre og situation, hvilket øger muligheden for anden tidligere intervention end tvang. En borger fortæller, at oplevelsen af såvel mindre tvang som en oplevelse af en større grad af mestring af egen situation i sig selv har været med til at understøtte en højere grad af trivsel.

4.2.3 Samarbejde mellem kommune og psykiatri

Endelig er der flere borgere, der oplever, at det styrkede samarbejde mellem kommune og psykiatri har haft en gavnlig effekt i forhold til kommunens mulighed for at rumme og arbejde med borgeren, også når borgerens situation forværres. Det styrkede samarbejde er dermed også med til at undgå anvendelse af tvang og tvangsindlæggelser. En borger siger for eksempel: *”Jeg tror selv, at grunden til, at jeg ikke bliver indlagt mere, er, at folk lytter, og fordi de nu forstår, hvad der skal til. [...] De imødekommer mig nu – det er ikke farligt at fortælle, hvordan jeg har det. Jeg har en klar aftale med min psykolog, at jeg fortæller til ham – jeg har ellers været bange for at fortælle, fordi jeg har dårlige erfaringer – og vi har en aftale om, at vi ikke taler indlæggelser. Vi taler om, hvordan jeg kan få det bedre. Jeg har boet på en del bosteder – og når jeg fortalte om selvmordstanker – så blev jeg indlagt. Men efter jeg har fortalt min psykolog, at jeg ikke kan rumme, at det er en fare, hvis jeg fortæller, hvordan jeg har det, så har vi grebet det an på en anden måde.”*

I Region Nordjylland er borgerne i forbindelse med møder i Patientens Team blevet spurgt til oplevelsen af sammenhæng i indsatsen på tværs, hvor størstedelen af de borgere, der har besvaret, i høj eller meget høj grad oplever en sammenhæng i den hjælp, de modtager (Figur 4.6).

Figur 4.6: Borgernes oplevelse af sammenhæng i den hjælp, som modtages gennem Patientens Team (19 borgere har samlet besvaret 24 evalueringer)



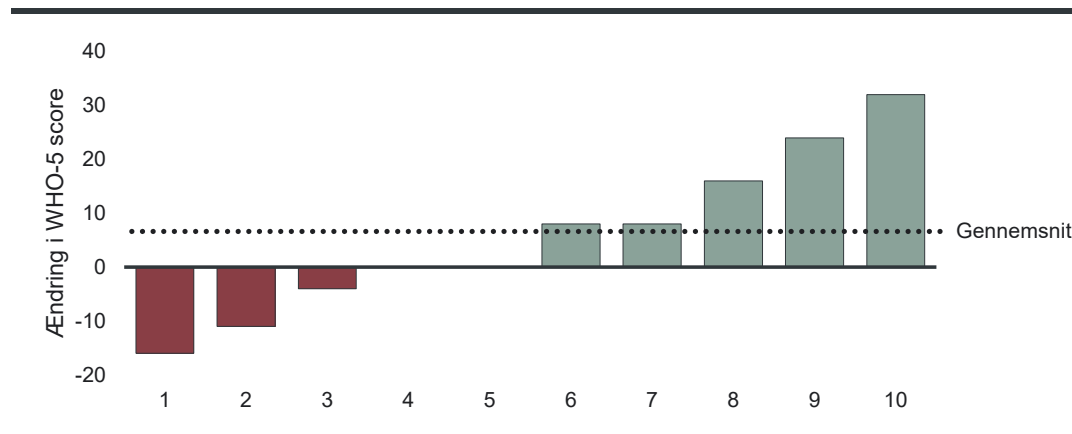
4.3 Øvrige resultater af indsatsen

I alle projekterne er der – i varierende omfang – systematisk indsamlet data om en række trivsels-, sundheds- og tilfredshedsparametre. Det drejer sig om spørgeskemabaserede data, der er søgt besvaret flere gange i løbet af borgerens forløb i de tværsektorielle teams. Disse data kan være med til at give et indtryk af resultaterne for borgerne af den indsats, borgerne har modtaget i de tværsektorielle teams. Der er ikke indsamlet samme standardiserede data på tværs af projekterne, men de vigtigste fund for de tre projekter præsenteres nedenfor under overskrifterne trivsel og tilfredshed. En yderligere gennemgang og præsentation af spørgeskemadata projekt for projekt kan findes i bilag afsnit 11.1.2, 11.2.4 og 11.3.3.

4.3.1 Udvikling i trivsel

I Region Midtjylland har 10 af borgerne besvaret WHO-5-trivselsmåling mere end én gang i løbet af deres kontakt med det tværsektorielle team. Ændringen i deres score fra første til anden måling er vist nedenfor i *Figur 4.7*.

Figur 4.7: Ændringen fra første til anden måling af WHO-5-score (n=10)



Den gennemsnitlige udvikling er på 6+ points, og fem borgere stiger i trivsel, to forbliver uændret, og tre falder i trivsel, hvilket må betegnes som en mindre positiv udvikling med det forbehold, at kun få borgere har svaret på skemaet, og at udviklingen på længere sigt ikke er kendt.

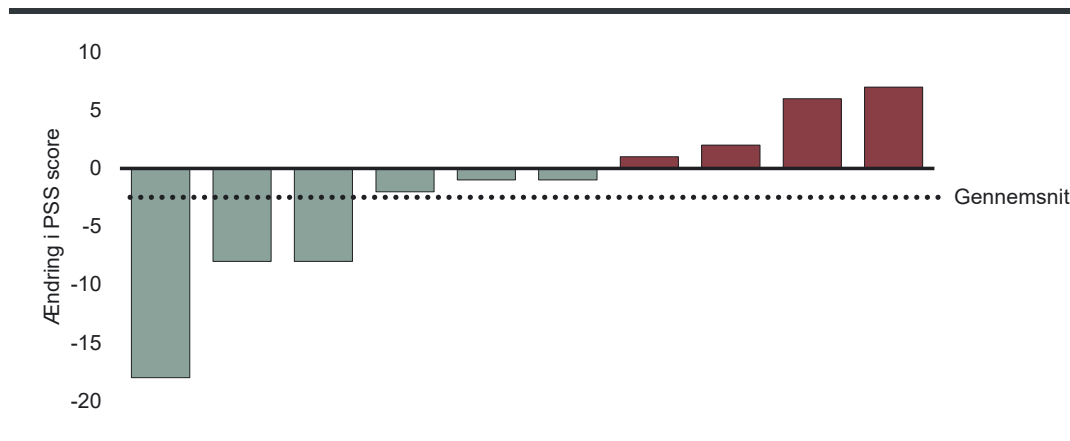
De interviewede borgere tilknyttet Projekt Liv ud tvang fortæller også, at de oplever en gradvis bedring i forhold til deres psykiske vanskeligheder og udfordringer i hverdagen.

I Region Sjælland er der gennemført en lang række trivselsmålinger omhandlende mentalt velvære, begrænsninger i hverdagen, selvværd og stress. Nedenfor er de primære fund sammenfattet, og de øvrige resultater fra trivselsmålingerne kan ses i bilag afsnit 11.3.3.

10-11 borgere har svaret på trivselsskemaerne mere end én gang. Sammenlignes resultatet af første med resultatet af sidste måling, er der generelt ingen eller en meget begrænset ændring at spore. Det er dog vigtigt her at bemærke, at der er stor individuel variation, ligesom hver enkelt borger ofte har store udsving på tværs af egne målinger. Data udfoldes yderligere i bilag afsnit 11.3.3.

Perceived Stress Scale (PSS) er den måling, hvor den største effekt er målbar, og hvor flest borgere oplever et fald i stressniveauer, og den gennemsnitlige ændring er på -2 points (*Figur 4.8*), hvor et fald i score skal opfattes som en mindsket oplevelse af stress. Dog er målingen kun foretaget for 10 borgere, og hvorvidt det er en varig effekt, er uvist.

Figur 4.8: Udviklingen i borgernes PSS-score fra første til sidste måling (n=10)

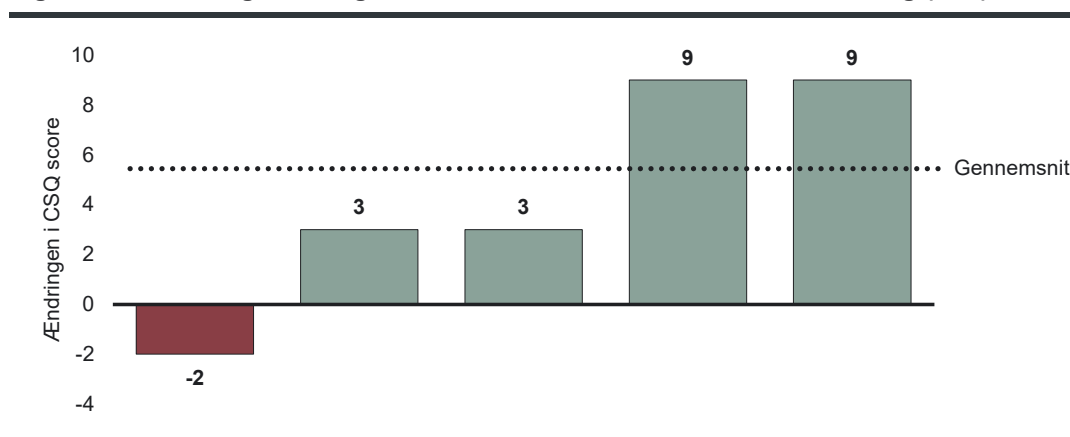


Flere borgere fortæller også, at de oplever selve den psykiatriske behandling, som de modtager gennem læge og specialpsykolog i teamet, som værende en bedre behandling end den, de tidligere har modtaget i psykiatrien.

4.3.2 Tilfredshed med indsatsen

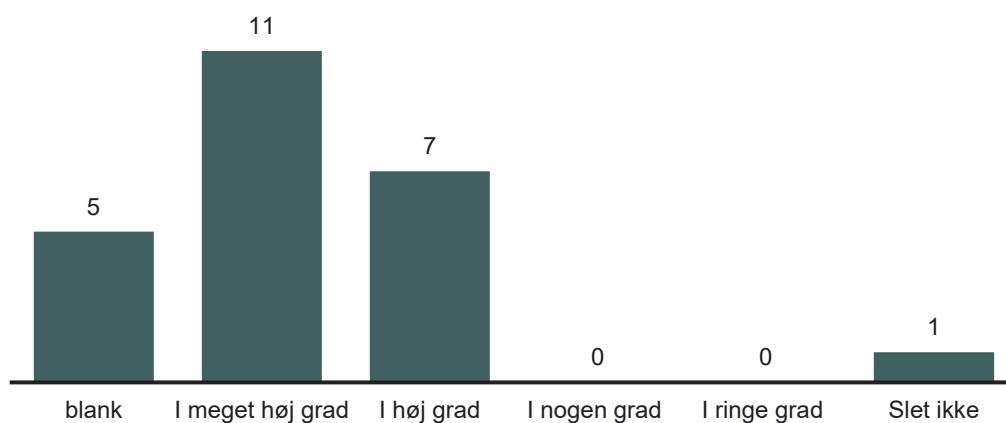
I Region Sjælland har borgerne svaret på et Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) omhandlende deres tilfredshed med behandlingen samt mængden og kvaliteten af den hjælp, de har modtaget. I alt har fem borgere udfyldt skemaet mere end én gang, og i Figur 4.9 er ændringen i de gentagne målinger opsummeret. Generelt opleves der stor tilfredshed med tilbuddet og med den behandling, borgerne har fået, og den gennemsnitlige stigning er på 4+ points. Dog skal det understreges, at målingerne kun omfatter fem borgere, og at borgerne formentlig vil være mere villige til at udfylde skemaet, såfremt de har haft en positiv oplevelse.

Figur 4.9: Udviklingen i borgernes QSC-score fra første til sidste måling (n=5)



I Region Nordjylland besvarer borgerne et spørgeskema i forlængelse af hvert møde med det tværsektorielle team om, hvorvidt de er tilfredse med mødet (*Figur 4.9*). Besvarelserne her viser, at langt størstedelen af borgerne, som har besvaret skemaet (19 ud af de 72 deltagende borgere har besvaret spørgeskemaet), i meget høj grad er tilfredse med møderne i Patientens Team.

Figur 4.10: Resultatet af tilfredshedsundersøgelsen blandt borgere i Patientens Team (19 borgere har samlet besvaret 24 evalueringer)



4.3.3 En fælles opgave

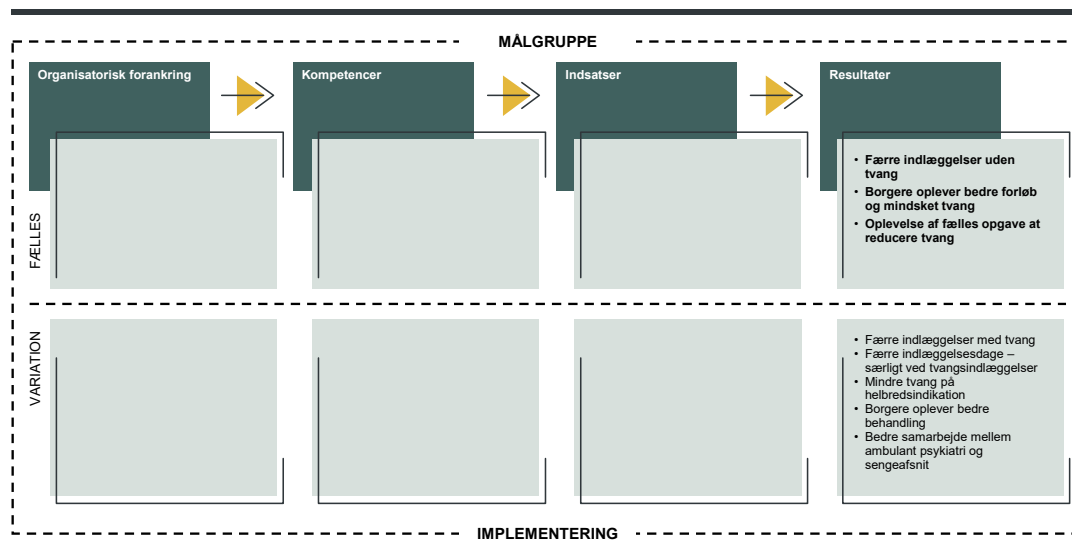
Det er fælles for alle projekterne, at medarbejdere og samarbejdspartnere oplever, at der i arbejdet med de tværsektorielle teams har udviklet sig en fælles forståelse af, at det er en fælles opgave på tværs af sektorer og aktører at nedbringe antallet af tvangsindlæggelser. Alle professionelle aktører vurderer dette som værende et vigtigt resultat af projekterne.

Det er dog ikke klart, hvor bredt denne opfattelse er spredt ud over deltagere i de tværsektorielle teams og de vigtigste samarbejdspartnere – som ofte er de psykiatriske sengeafsnit, kommunale botilbud og kommunal bostøtte.

4.4 Opsummering

I figuren nedenfor opsummeres de opnåede resultater for borgerne, der har været tilknyttet tværsektorielle teams. Resultaterne over den prikkede linje er de resultater, der kan genfindes på tværs af alle tre projekter, og resultaterne neden for linjen er de resultater, der varierer på tværs af de tre projekter.

Figur 4.11: Opsummering af resultater



5 Organisering



I det følgende præsenteres analysen af den organisatoriske forankring af de tre typer af tværsektorielle teams. I afsnittet besvares spørgsmålene om, hvordan det tværsektorielle team ledes, både i forhold til personaleledelse og faglige opgaver, i hvilken grad og hvordan teamet er udgående og opsøgende, og hvordan teamet i praksis arbejder sammen i forhold til for eksempel lokaler og mødestrukturer.

Jævnfør den forandringsteoretiske model er det organiseringen, der skaber rammerne for teamets handlemuligheder. I de tre projekter er der truffet forskellige valg på tværs af tre centrale organisatoriske principper, som illustreret i nedenstående tabel.

Fast team	versus	Ad hoc-team
Region Midtjylland Region Sjælland		Region Nordjylland
Tværsektoriel ledelse	versus	Monosektoriel ledelse
Region Nordjylland Region Midtjylland		Region Sjælland
Behandlerende team	versus	Brobyggende team
Region Nordjylland Region Sjælland		Region Midtjylland

Som det ses af tabellen, er der i hvert projekt truffet valg, der både placerer dem alene i en kategori, og valg, der placerer dem i en kategori med skiftevis det ene og det andet projekt. Der er således ingen af projekterne, der kan siges at have samme eller lignende organisatoriske forankring. Da der ikke kan identificeres fælles organisatoriske principper på tværs af de tre projekter, kan der således heller ikke identificeres generelt nødvendige organisatoriske principper ved at sammenligne disse. I stedet kan det beskrives, hvordan de tre projekter er forskelligt organisatorisk forankret, og hvilke erfaringer der er med de forskellige valg i forhold til dette.

5.1 Fast versus ad hoc-team

I både DIT-team (Region Sjælland) og Liv uden Tvang (Region Midtjylland) arbejdes der i et fast, samlokaliseret team, mens man i Nedbringelse af tvangsindlæggelser (Region Nordjylland) sammensætter teamet fra gang til gang med udgangspunkt i den aktuelle borger.

Den umiddelbare fordel ved det faste team, der går på tværs af oplevelserne i henholdsvis Region Sjælland og Region Midtjylland, er muligheden for løbende at modne samarbejdsformen. Ligeledes giver det mulighed for etablering af tætte samarbejdsrelationer såvel internt i teamet som til andre samarbejdspartnere. Særligt fremhæves det i DIT-team, der sidder sammen som et fuldtidsteam, at såvel aftaler som sagsgange lettes i kraft af organiseringen. Det betyder i praksis, at der er meget kort fra beslutning, til en behandling eller forebyggende indsats igangsættes eller justeres. Således giver det faste team mulighed for fleksibilitet i den enkelte sag, hvor indsats og tilgang løbende kan tilpasses med udgangspunkt i den enkelte borgers behov.

En organisering i et fast team giver samtidig mulighed for løbende at indarbejde og udvikle fokus på tvangsreducerende tiltag. I modsætning til dette kræver en ad hoc-organisering en anden form for struktur og fast rammesætning af teamets arbejde, som det er tilfældet i Region Nordjylland, for at sikre dette fokus på tværs af de skiftende teams.

Omvendt betyder organiseringen med et fast team også, at der etableres en ny organisatorisk enhed, der er afhængig af fast ressource tilførsel. Dette betyder, at det tværsektorielle team er sårbart ved projektperiodens ophør, hvor projektmidlerne udløber, og der skal findes finansiering på anden vis. Der er her ikke nogen tydeligt formuleret forankringsstrategi i hverken teamet i Region Sjælland eller i Region Midtjylland. Der er heller ikke en tydelig forankrings- eller spredningsstrategi i projektet i Region Nordjylland, men dette må vurderes at være mindre sårbart ved projektperiodens ophør, da det tværsektorielle team ikke er afhængigt af en selvstændig organisering.

I Region Nordjylland sammensættes teamet for den enkelte borger fra gang til gang med udgangspunkt i, hvem der allerede er aktører i borgerens forløb med betydning for den fremadrettede behandling og indsats. Ad hoc-sammensætningen af teamet opleves som meningsfuld og værdiskabende for såvel teamet som borgeren, fordi der tages udgangspunkt i etablerede relationer for borgeren. Der tages således også udgangspunkt i den eksisterende praksis, men med et styrket, tværgående samarbejde om behov for justeringer og nye forebyggende tiltag og indsatser, der kan reducere tvangsindlæggelser.

Ad hoc-sammensætningen af teamet udfordrer imidlertid muligheden for at modne samarbejdsformen og etablere en rutine i samarbejdet, der er bygget op om en fast mødekadence med formaliseret dagsorden og aftalereferater samt opfølgning, fordi deltagerne i teamet er forskellige fra borger til borger. Det er således erfaringen hos projektledelse og projektmedarbejdere, at det kræver en forholdsmæssig stor sagsvolumen i den enkelte kommune at oparbejde erfaringer med tovholder- og koordineringsrollen hos sagsbehandlere/kommunale tovholdere i et omfang, der understøtter etableringen af en egentlig ny samarbejdsform. Dette er i Aalborg Kommune håndteret med stor effekt, ved at en medarbejder varetager tovholder- og koordineringsrollen i alle kommunens sager, hvor der er etableret et Patientens Team.

5.2 Tværsektoriel ledelse versus monosektoriel ledelse

De to faste teams i Region Midtjylland og Region Sjælland er forankret forskelligt organisatorisk og ledelsesmæssigt. Hvor DIT-team sidder fysisk sammen og er organiseret i den regionale psykiatri under en fælles monosektoriel ledelse, er den daglige ledelse af Liv uden Tvang varetaget tværsektorielt af den fælles projektledelse fra henholdsvis kommune og region. Endvidere varetages den formelle personaleledelse for hvert enkelt medlem af teamet i det job, de er rekrutteret fra og stadig bruger halvdelen af deres tid på.

Organisatorisk kan opsplitningen i en daglig tværsektoriel ledelse på projektniveau kombineret med individuel personaleledelse i en anden organisation naturligt nok give udfordringer i forhold til prioriteringer i hverdagen, sygdom med mere. Det er samtidig erfaringen, at fastholdelsen af halv tid i den oprindelige stilling for de enkelte teammedlemmer i Liv uden Tvang giver en vigtig forankring i hverdagspraksis i forhold til den viden og aktualitet, der kan bringes ind i teamet. Samtidig er det også erfaringen, at det er en vanskelig balance for den enkelte medarbejder at skulle orientere sig i retning af to forskellige ledelsesrum samt to forskellige "arbejdstider." Derfor understreges det også fra medarbejdersiden, at der er behov for en ledelse, der er meget tydelig på rammer og muligheder, samt hvor der kan være elastik i rammerne. Der peges også på, at der er et behov for, at ledelsen agerer som rollemodeller i forhold til det tværsektorielle samarbejde.

Projekt Liv uden Tvang agerer i praksis som en selvstændig og fast enhed, der af både medarbejdere, samarbejdspartnere og borgere bliver betragtet som havende et "neutralt" udgangspunkt, der ikke repræsenterer en given sektor i mødet med borgeren eller samarbejdspartnere. Dette kan hænge sammen med, at teamet som udgangspunkt udelukkende arbejder brobyggende imellem sektorer. En borger fremhæver således, at det opleves som positivt, at teamet/kontaktpersonen ikke opfattes som værende en del af den "almindelige" psykiatri og derfor ikke associeres med dem, der udøver tvang.

I DIT-team, hvor medarbejderne er heltidsansatte, bliver det fremhævet, at den fælles ledelse og fuldtidsorganisering har været vigtig i forhold til at sikre stabilitet og fælles udvikling i teamet.

På trods af den formelle organisering af DIT-team i psykiatrien er det ikke oplevelsen, at teamet er blevet betragtet som en del af den "almindelige" regionale behandlingspsykiatri. Tilknytningen til psykiatrien og den fysiske placering har imidlertid gjort det muligt for teamet at følge og være opsøgende i forhold til borgere under et indlæggelsesforløb og dermed være tættere på samarbejdspartnere og beslutninger i psykiatrien i samme forbindelse. En samarbejdspartner fremhæver således, at det gør en forskel, at teamet sidder i huset, og at der derfor er en mere kontinuerlig kontakt, hvilket understøtter, at samarbejdet bliver mindre formelt end med "mere eksterne" samarbejdspartnere, eksempelvis bosteder.

I Region Nordjyllands Patientens Team er der fælles projektledelse, der er delt af en tværkommunal og en regional projektleder. Herudover orienterer hvert enkelt teammedlem sig imod egen lokale ledelse og bringer myndighed/kompetence med sig ind i teamet fra egen lokale organisation. Styrken ved denne organisering er, at det skaber synlighed og forståelse på tværs for muligheder og rammer inden for de enkelte områder og dermed styrker arbejdet med at gøre det til en fælles tværsektoriel opgave at nedbringe tvangsindlæggelser. Det er samtidig en organisering, hvor de eksisterende samarbejdsflader styrkes, i stedet for at der etableres nye i projektregi, hvilket på længere sigt kan have betydning for forankringen af projektets samarbejdsform efter projektophør. Det skal dog understreges, at samarbejdsformen kræver flere ressourcer end hidtidig praksis på området, og det er erfaringen, at særligt tovholder- og koordineringsopgaven er ressourcekrævende.

5.3 Behandlende versus brobyggende team

De tre teams har tre meget forskellige organisatoriske afsæt for behandling af den enkelte borger.

Hvor DIT-team som en selvstændig organisatorisk enhed overtager borgerens behandling for en periode, så samler man i Patientens Team alle dem, der varetager behandling eller en anden form for indsats eller støtte til den enkelte borger til jævnlige møder. Her mødes man så i en fast kadence for at sikre sammenhæng og helhedsorientering samt fokus på forebyggelse af tvang i alle led af kontakten med borgeren.

Teamet i Region Midtjylland varetager ikke behandling, da der, modsat de tværsektorielle teams i Region Nordjylland og Region Sjælland, ikke indgår en psykiatrisk speciallæge i teamet. I stedet arbejder teamet brobyggende i forhold til overgangen mellem sektorer og forebyggende gennem en samtalebaseret og støttende indsats.

Fælles for alle tre teams på tværs af organiseringsformer er imidlertid oplevelsen af, at der arbejdes målrettet med at reducere tvangsindlæggelser. Desuden er oplevelsen, at overgangen mellem sektorer er styrket igennem de virkemidler, der er tilgængelige i kraft af organiseringen på tværs.

Samtidig understreges det på tværs, at kompetencer i teamet er en væsentlig overvejelse i forbindelse med organiseringen – både behandlingskompetence og myndighedskompetence. Dette udfoldes yderligere i det næste kapitel om kompetencer.

Figur 5.1: Projekternes variation i forhold til organisatoriske principper

		BEHANDLENDE TEAM		BROBYGGENDE TEAM	
		Tværsektorielt	Mono-sektorielt	Tværsektorielt	Mono-sektorielt
FAST TEAM	Fuld tid		Region Sj.		
	Deltid			Region M	
AD-HOC-TEAM		Region N			

5.4 Organisering af det operationelle, tværsektorielle samarbejde

Også måden, det konkrete, borgerorienterede samarbejde i de tværsektorielle teams er organiseret på, varierer på tværs af de tre projekter. DIT-teamets og Projekt Liv uden Tvangs samarbejde tager afsæt i et fysisk samlokalisert team med såvel faste ugentlige sagsgennemgange som mulighed for ad hoc-møder og -sparring, hvor de aktuelle sager drøftes. Hvor DIT-team sidder sammen fuld tid og derfor har mulighed for løbende ad hoc-sparring, så understreges det fra teamet i Liv uden Tvang, at deres fredagsmøder for alle med fælles supervision og enkeltsagssparring er overordentligt vigtige.

Patientens Team har, i modsætning til de to andre teams, forskellige deltagere i hvert borgerforløb. Det operationelle princip for samarbejdet er derfor rammesat i en fast samarbejdsstruktur og standardiserede samarbejdsredskaber, der anvendes på alle sager. Hvor det som nævnt kan være svært at opbygge en rutine i samarbejdsstrukturen ved en for lille sagsvolumen i de mindre kommuner, er der dog enighed om, at strukturen og standardisering i dagsorden, mødeform, referat og opfølgning gør en stor forskel i forhold til såvel helhedsorienteringen i indsatsen som fremdriften i samarbejdet om den enkelte borger.

5.5 Opsøgende og udgående

De tre teams arbejder i forskellig grad henholdsvis opsøgende og udgående.

Således arbejder både Liv uden Tvang og DIT-team såvel opsøgende som udgående, hvilket bliver positivt fremhævet af både borgerne og projektmedarbejderne. Eksempelvis fortæller en borger, at: *"DIT-team har hjemmekørsel – holder møderne i hjemmet. Det har været langt fra, hvad jeg har prøvet i psykiatrien. Det har gjort en stor forskel, at jeg ikke skulle ud af mit space, hver gang jeg skulle tale med dem; i et hvidt lokale med en fremmed, jeg ikke anede, hvem var."*

Der er også i flere interviews blevet peget på, at teammedlemmer har været opsøgende i forhold til kontakt, også på tidspunkter, hvor borgeren ikke selv har oplevet et behov, hvilket har haft en positiv effekt over tid. En borger fortæller: *"De er stædige og blev ved med at komme. De sad i mit køkken og drak kaffe, selvom jeg ikke ville tale med dem. De forsøgte at komme i samtale med mig, men jeg ville gerne prøve selv, men til sidst gav jeg mig bare, og jeg har været så glad for det. De har prøvet meget på at holde relationen oppe, hvilket gør, jeg har den kontakt med dem, som jeg har i dag."*

I Region Nordjylland er Patientens Team som udgangspunkt hverken udgående eller opsøgende. Projektet har muligvis i nogen grad alligevel medført en mere opsøgende praksis i forhold til borgerne i kraft af det tætte og hyppigere samarbejde på tværs af alle involverede. Her kan en del af den aftalte praksis i forhold til den enkelte borger være en tættere og mere opsøgende kontakt fra fagprofessionelle i teamet. Teamet kan også ved behov være udgående, men som udgangspunkt holdes møderne i psykiatrien.

5.6 Øvrige organisatoriske forhold

På tværs af de forskellige organiseringsprincipper i de tre typer af teams er den fælles erfaring, at en af de væsentligste effekter af den tværsektorielle organisering i praksis er det styrkede samarbejde på tværs. Dette kommer blandt andet til udtryk ved en lettere og direkte adgang til sparring mellem kommune og psykiatri. I praksis betyder dette en væsentlig forskel for borgerne, da det foranlediger en anden form for forebyggende praksis, hvor der kan handles anderledes og afprøves andre former for indsatser og interventioner i kommunen med "psykiatrien i ryggen."

I Region Nordjylland er oplevelsen således, at projektet med sin organisering og den direkte – og løbende – kontakt mellem kommune og region har understøttet etableringen af en direkte mulighed for sparring på tværs. En mulighed, der i stigende grad igennem projektførelsen er bragt i anvendelse i forhold til at afklare tvivlsspørgsmål og skabe sikkerhed i den kommunale indsats for borgeren. Samtidig fremhæves det, at det har været muligt med støtte fra psykiatrien at afprøve nye indsatser for borgere på botilbud i regi af botilbuddet for at forebygge en (tvangs-)indlæggelse i situationer, hvor man tidligere ville have indlagt beboeren.

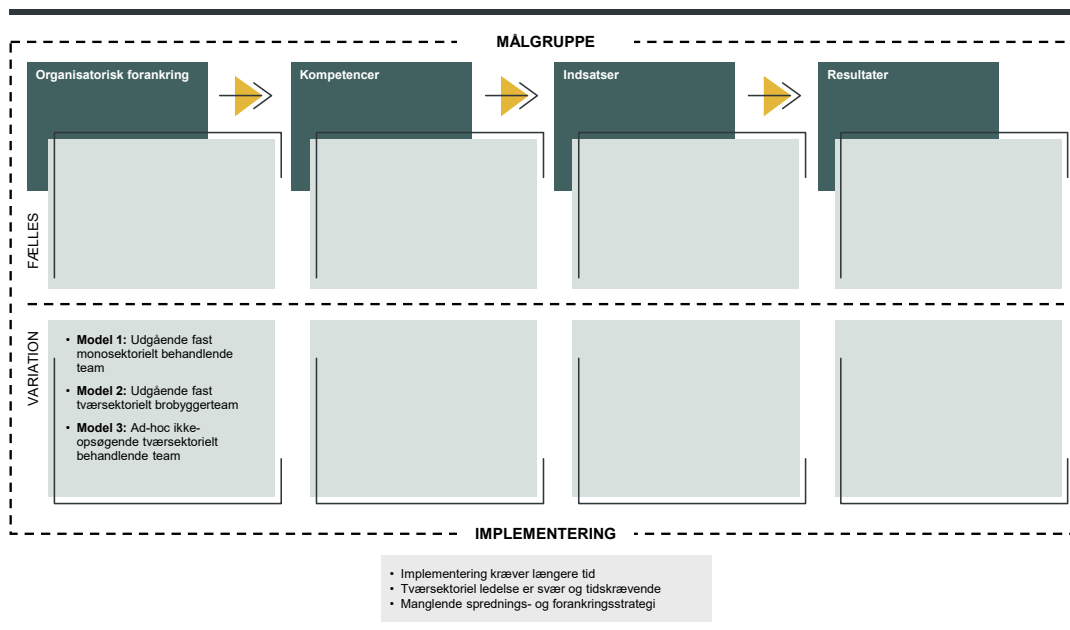
Endelig er det værd at fremhæve, at samarbejdsformen foranlediget af Corona-situationen med virtuelle møder i praksis har betydet, at deltagelse i møder i højere grad har været mulig for en bredere kreds af samarbejdspartnere. Særligt har det haft betydning for muligheden for samarbejdet med de praktiserende læger. Dog har det samtidig været vanskeligt for nogle borgere at gennemføre møder virtuelt i perioden med Corona-restriktioner.

5.7 Opsamling

I figuren nedenfor opsummeres, hvilken type organisatorisk forankring der har været afprøvet i de tværsektorielle teams. Det er her vigtigt at bemærke, at feltet over den prikkede linje er tomt, da der ikke er elementer i den organisatoriske forankring, der går igen på tværs af alle tre projekter. Elementerne neden for linjen er de elementer, der varierer på tværs af de tre projekter.

Ligeledes er de vigtigste pointer om implementering af tværfaglige teams noteret i figuren.

Figur 5.2: Opsummering af organisatorisk forankring





6 Kompetencer

I dette afsnit gives svar på spørgsmålet om, hvilke kompetencer der har været tilgængelige i de tværsektorielle teams, både i forhold til de formelle handle- og beslutningskompetencer og i forhold til uddannelses- og erfaringsbaserede videnskompetencer. Herunder også spørgsmålet om, hvilken rolle og hvilket perspektiv peermedarbejdere har bidraget med i projekterne.

Det drøftes endvidere, hvilke forudsætninger der har været for at udvikle en tværsektoriel og tværfaglig tilgang i arbejdet, og hvilke forudsætninger der har været for at fastholde en sektorspecifik kernefaglighed.

6.1 Sektorkompetencer

Sammensætningen af kompetencer har, ligesom organiseringen, varieret fra projekt til projekt. Alle teams har dog været flerfagligt sammensat, og der har, i alle teams, været tilknyttet projektmedarbejdere med både sundheds- og socialfaglige kompetencer.

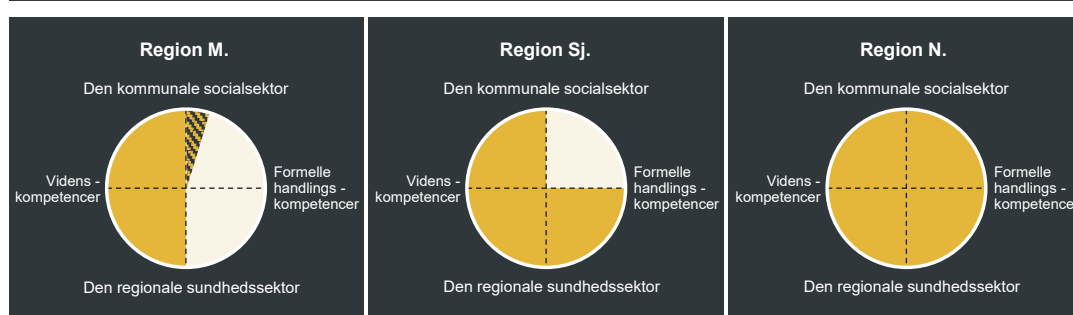
Figur 6.1: Oversigt over faglige kompetencer i de tværfaglige teams

		Region M	Region N.	Region Sj
Social- faglig	Socialrådgiver(e)	✓	✓	✓
	Pædagog(er)	✓	✓	
	Peermedarbejder(e)	✓	✓	✓
Sundheds- faglig	Psykolog(er)	✓	✓	✓
	Psykiater(e)		✓	✓
	Stud. psyk.	✓	✓	
	Sygeplejerske(r)	✓	✓	✓
	Fysioterapeut(er)	✓	✓	
	Ergoterapeut(er)	✓	✓	

I oversigten ovenfor fremgår det, hvilke fagligheder (her forstået som uddannelsesbaggrund), der har været repræsenteret i de tre projekter. I Region Nordjylland sammensættes det tværsektorielle team omkring borgeren i hvert enkelt borgerforløb, og potentielt kan alle faggrupperne derfor indgå – men vil ikke med nødvendighed gøre det i alle sager. Omvendt indgår alle de markerede fagligheder med sparring i alle borgerforløb i indsatsen i de tværfaglige teams i både Region Midtjylland og Region Sjælland.

For at give et nuanceret billede af ligheder og forskelle i kompetencerne i de enkelte projekter skelnes der mellem videnskompetencer og formelle handlekompetencer inden for både den kommunale socialsektor og den regionale sundhedssektor. Videnskompetencer omfatter her både viden om de forhold og muligheder, der er i de forskellige sektorer, og den relevante, faglige viden, der knytter sig til arbejdet i henholdsvis sundheds- og socialsektoren. De formelle handlekompetencer er de muligheder, som medarbejdere i teamene har haft for at træffe formelle beslutninger om indsatsen til den enkelte borger inden for henholdsvis sundheds- og sociallovgivningen. Figuren nedenfor illustrerer, i hvilken grad typerne af kompetencer har været til stede i de tre projekters tværsektorielle teams.

Figur 6.2: Oversigt over projekternes sektorkompetencer



Af figuren ses, at projektet i Region Nordjylland favner bredt og besidder både videns- og formelle handlekompetencer inden for begge sektorer. De tværsektorielle teams i projekt Nedbringelse af tvangsindlæggelser kan dermed siges at have den mest omfattende tværsektorielle sammensætning og handlemulighed.

Det faste fuldtidsteam i Region Sjælland har videnskompetencer i begge sektorer, men de formelle handlekompetencer begrænser sig til den regionale sektor. Handlekompetencen i den regionale behandlingspsykiatri er her – som i ad hoc-teamene i Region Nordjylland – formaliseret gennem den til teamet tilknyttede speciallæge. Medarbejderne i det tværsektorielle team har oplevet det som en udfordring i indsatsen, at der ingen formelle handlekompetencer har været i forhold til den kommunale socialsektor. Videnskompetencerne har været til stede i teamet gennem en socialrådgiver med erfaring fra den kommune, hvor de fleste borgere i projektet er bosiddende.

Teamet i Region Midtjylland har videnskompetencer inden for både den kommunale og den regionale sektor, men ingen formelle handlekompetencer inden for de to sektorer. Medarbejderne i teamet har dog ikke oplevet dette som en begrænsning i forhold til den opgave, som de har skullet løse, jævnfør afsnittet om det tværsektorielle team som en brobyggende enhed. Tværtimod har det ifølge både medarbejdere, borgere og

samarbejdspartnere betyder, at projektmedarbejderne i Projekt Liv uden Tvang har kunnet handle som en "neutral part." Visse af de konkrete indsatser, som er ydet af teammedarbejderne i Projekt Liv uden Tvang, kan i nogen grad sidestilles med at have handlekompetencer i den kommunale sociale sektor. For eksempel er der i nogle tilfælde tilbudt pædagogisk støttende indsatser i eget hjem, som den kommunale sektor ellers ville stå for. Denne "tilnærmelse" til handlekompetence i den sociale kommunale sektor er forsøgt illustreret med den skraverede del af cirklen i ovenstående figur.

For projektmedarbejdere i alle tre projekter har det været en selvstændig pointe, at der er opnået en høj grad af forståelse for forholdene og mulighederne på tværs af de to sektorer.

6.2 Peermedarbejdere

Ud over de fagprofessionelle projektmedarbejdere har også peermedarbejdere spillet en central rolle i projekterne.

I både Projekt DIT-team og Projekt Liv uden Tvang har en peermedarbejder indgået som en fast del af teamet, mens peermedarbejdere har været inddraget i udviklingsarbejdet i projekt Nedbringelse af tvang i Region Nordjylland. Peermedarbejdere og fagprofessionelle medarbejdere i teamene peger i begge projekter på, at peermedarbejderen har kunnet skabe kontakt med borgere, som ellers var svære at få kontakt til. Peermedarbejderen er blevet oplevet som en brobygger mellem teamet og borgerne. De borgere, der fortæller om oplevelser med peermedarbejdere, fortæller, at en peermedarbejder opleves som en, der bedre kan forstå borgerens situation – særligt i relation til behandlingspsykiatri og udfordringer med medicin og bivirkninger.

Derudover har peermedarbejderne også sat fokus på nye muligheder og har blandt andet inddraget NGO'er og frivillige, som ellers, ifølge de øvrige fagpersoner i teamet, ikke ville have været i spil.

6.3 Udvikling og fastholdelse af tværsektorielt samarbejde og kompetence

Rammerne for udvikling og fastholdelse af tværsektorielle kompetencer hænger tæt sammen med organiseringen af de forskellige projekter. Et fast team som DIT-team i Region Sjælland og Region Midtjylland har mulighed for en høj grad af specialisering og udvikling af kompetencer i forhold til den tværgående, tvangsreducerende tilgang. Derimod er det vanskeligere at opnå en fælles ekspertise i et ad hoc-team som i projekt Nedbringelse af tvangsindlæggelser i Region Nordjylland.

Et fast sammensat team som i Region Sjælland og Region Midtjylland har endvidere givet mulighed for, at der har kunnet udvikles en høj grad af fællesfaglighed, fælles forståelse og et fælles sprog. Dette har ført til et mere tværfagligt samarbejde, hvor de forskellige faglige perspektiver har kunnet supplere hinanden – særligt i forståelsen af borgernes udfordringer og situation.

Omvendt har vilkårene for fastholdelse og udvikling af monofagligheden, der ofte er knyttet til praksis i én sektor, haft gode vilkår i både projektet i Region Nordjylland og Region Midtjylland, hvor alle medarbejderne i de tværfaglige teams samtidig har fastholdt deres forankring i det "almindelige" monosektorielle arbejde.

Der er således grund til at antage, at hvor der i samarbejdsmodellen i Region Nordjylland er udgangspunkt for et velfungerende flerfagligt og tværfagligt samarbejde, så er der i Region Midtjylland og Region Sjælland endvidere mulighed for at udvikle en egentlig fællesfaglighed i indsatsen.

Der har i alle tre projekter været gennemført fælles tværsektoriel undervisning, herunder kurser i viden om tvang for kommunale medarbejdere og fælles undervisning i fælles tilgange og metoder for teammedarbejderne. Denne fælles kompetenceudvikling har været en meget positiv oplevelse for projektmedarbejderne. De oplever her at have udviklet et fælles sprog og en fælles forståelse, der har været gavnlig for det videre arbejde og samarbejde.

6.4 Øvrige kompetencer

Det var oprindeligt tiltænkt, at specifikke metoder, Åben Dialog og dialektisk adfærdsterapi, skulle være centrale i Projekt Liv uden Tvang og Projekt DIT-team. Dog har der ifølge projektmedarbejderne vist sig at være brug for en større grad af tilpasning af den konkrete metode til den enkelte borger. Der har således været behov for et bredt udvalg af metoder, hvor særligt den traumebevidste tilgang fremhæves som vigtig af teammedarbejderne i Region Midtjylland. Det store behov for tilpasning af den metodiske tilgang til den enkelte borger har betydet, at det var vigtigt, at medarbejderne i de tværsektorielle teams var erfarne medarbejdere med et bredt metodeapparat.

Både projektmedarbejdere og borgere peger på, at ikke bare faglige kompetencer, men også mere almene menneskelige kompetencer er afgørende i arbejdet. Der peges således på, at det er vigtigt at have en veludviklet evne til relationsdannelse og en høj grad af empati, åbenhed og nysgerrighed.

Som et specifikt eksempel på dette er der også blandt medarbejdere fra alle tre projekter nævnt evnen og modet til at sætte tvang på dagsordenen i samtalen med borgeren. De professionelle peger i denne forbindelse på, at det ofte er de fagprofessionelle medarbejdere, der har svært ved at tage initiativ til samtalen om tvang, og at særligt peermedarbejdere er med til at sætte fokus på dette behov.

For at sikre det gode og virkningsfulde samarbejde om borgere, der ofte kan have det vanskeligt med kontakten til psykiatrien og øvrige hjælpesystemer, peger både projektmedarbejdere og samarbejdspartnere i alle tre projekter på, at det er nødvendigt at kunne arbejde med kreative og udogmatiske løsninger. Især projektledelsen i projektet i Region Midtjylland fremhæver, at det er en generel forudsætning, at alle deltagere i de tværfaglige teams bibeholder en åben og nysgerrig tilgang til hinanden, til begge sektorer og til øvrige samarbejdspartnere.

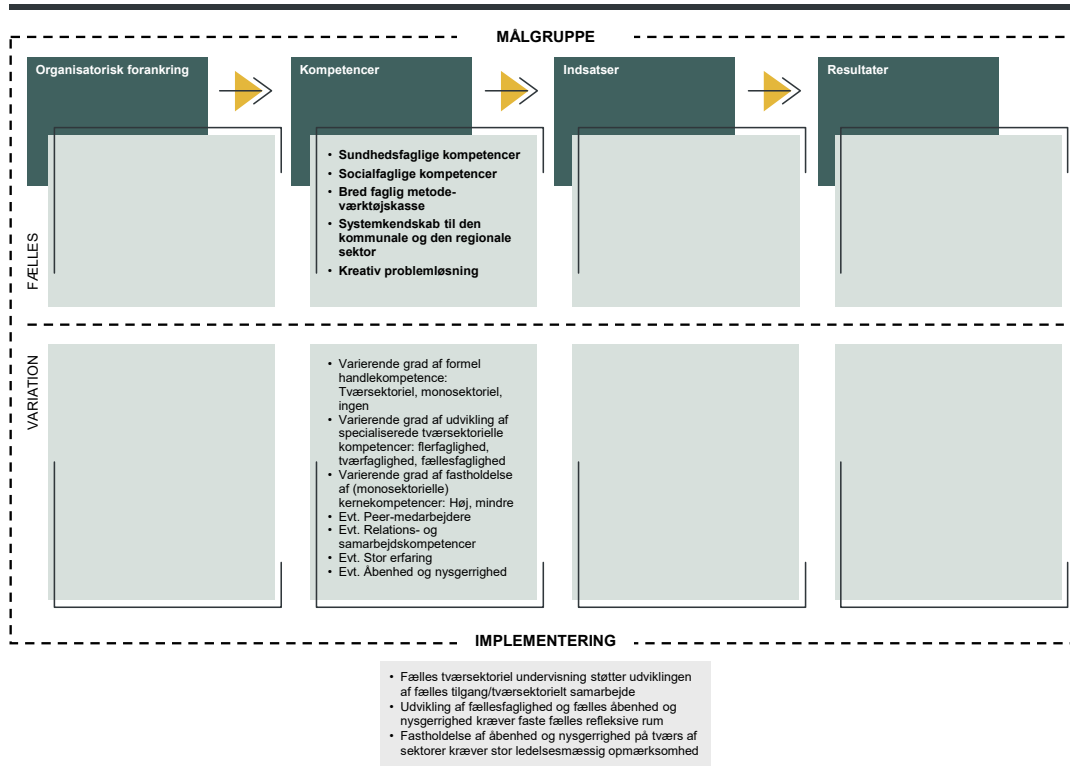
I Region Midtjylland oplever såvel projektledelse som teammedarbejdere endvidere, at den åbne, nysgerrige og udogmatiske tilgang til arbejdet med borgerne har været understøttet af fraværet af formel beslutningskompetence i samarbejdet med borgerne. Også de borgere og pårørende i Region Midtjylland, der er blevet interviewet, giver udtryk for, at medarbejderne i det tværsektorielle team har været imødekommende, og at der har været gode og tillidsfulde relationer mellem teamets medarbejdere og borgerne. For flere borgere har netop det, at medarbejderne i det tværsektorielle team ikke blev opfattet som repræsentanter for behandlingspsykiatrien, været med til at skabe et godt samarbejde båret af en tillidsfuld relation.

6.5 Opsamling

I figuren nedenfor opsummeres, hvilke kompetencer der har været oplevet som vigtige i de tværsektorielle teams af medarbejdere, samarbejdspartnere, borgere og pårørende. Elementerne over den prikkede linje er de elementer, der er fælles for alle tre projekter, og elementerne neden for linjen er de elementer, der varierer på tværs af de tre projekter.

Ligeledes er de vigtigste pointer om implementering af tværfaglige teams noteret i figuren.

Figur 6.3: Opsamling af kompetencer





7 Indsats

I dette afsnit besvares spørgsmål om, i hvilken grad og hvordan indsatsen er helhedsorienteret, koordineret, tidlig og af ensartet høj kvalitet. Endvidere er der spurgt bredere til indsatsens elementer, og der sammenlignes på tværs, så der kan gives et samlet billede af, hvor de tre typer af tværsektorielle teams har fælles indhold, og hvor de adskiller sig, for på denne måde at kunne identificere de vigtigste elementer i indsatsen.

7.1 De gennemgående træk i indsatsen

Nedenfor præsenteres de elementer i indsatsen, som kan genfindes på tværs af de tre projekter i forskellige udmøntninger.

7.1.1 Hyppig kontakt

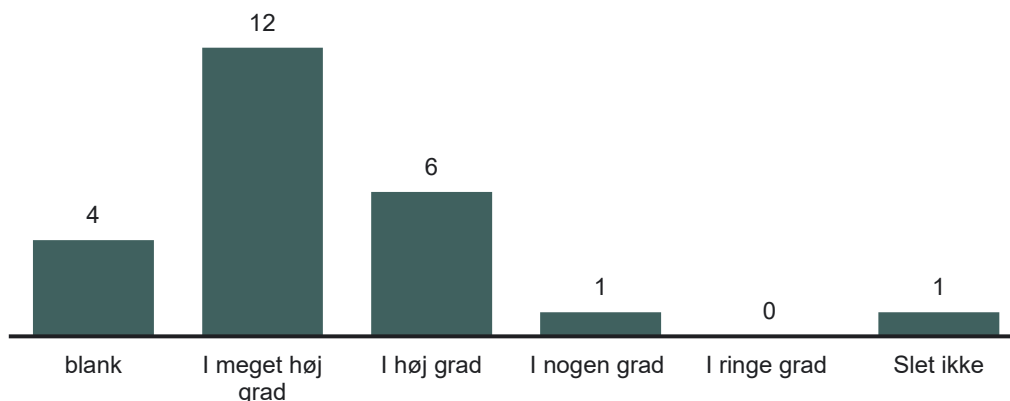
Der har i alle tre projekter været arbejdet med en hyppigere og løbende kontakt med borgere, der var tilknyttet det tværsektorielle team. Den hyppige kontakt har bestået af mange former for kontakt, for eksempel fysiske og virtuelle møder, telefonkontakt, sms-kontakt, besøg og ledsagelse. I to af projekterne – i Region Sjælland og Region Midtjylland – har kontakten haft en varierende intensitet med perioder med kontakt op til flere gange dagligt og perioder med mindre kontakt. Det har i begge projekter været muligt at tilpasse løbende i forhold til det oplevede behov hos borgeren og i nogle tilfælde i samarbejde med borgeren selv. Også i projektet i Region Nordjylland har der været hyppig kontakt. Her har kontakten med det tværsektorielle team (Patientens Team) været standardiseret, hvor der har været afholdt møder med en fast kadence cirka hver tredje måned.

Ligesom der har været hyppig kontakt med borgere, har der også været hyppig kontakt med samarbejdspartnere i og uden for det tværsektorielle team. På disse møder har der været fokus på en reduktion af tvang i indsatsen for borgerne og på koordinering af den samlede indsats.

7.1.2 Relationsopbygning

Der har endvidere været fokus på at skabe en tillidsfuld relation til borgeren for at udvikle et samarbejde, der tager udgangspunkt i borgerens ønsker til støtte og aktuelt oplevede udfordringer. Særligt i Region Sjælland og Region Midtjylland har medarbejderne (og samarbejdspartnere) oplevet, at der var væsentligt mere tid til den enkelte borger end i den normale indsats. Også borgerne giver udtryk for, at de i indsatsen fra det tværsektorielle team er blevet mødt på en måde, hvor de oplever sig forstået og respekteret. Borgerne understreger vigtigheden af, at relationen opleves som gensidig, og at samtalen opleves som mere end en række tjeklistespørgsmål. I forbindelse med møder i Patientens Team i Region Nordjylland er borgerne på bagkant af møderne blevet bedt om at evaluere oplevelsen af mødet ved at svare på tre spørgsmål. Her angiver størstedelen af de borgere, der har besvaret skemaet, at de i høj eller meget høj grad oplever sig lyttet til samt en høj eller meget høj tilfredshed med mødet samlet set.

Figur 7.1:
Brugerundersøgelse af, i hvor høj grad borgerne i Patientens Team føler, at der bliver lyttet til dem på møder i teamet (19 borgere har besvaret 24 evalueringer)



Samtidig er indsatsen i Region Nordjylland så vidt muligt varetaget af de aktører, der i forvejen er en del af borgerens hverdag, hvorfor der her arbejdes med at styrke en allerede eksisterende relation.

Hvor samarbejdet og indsatsen således på tværs bygger på en tillidsfuld relation opbygget gennem løbende og hyppig kontakt, bliver indsatsen sårbar i forhold til personaleudskiftninger, ferie, sygdom med mere. Borgerne fortæller, at det er svært at skulle skifte kontaktperson. Derfor er der også i både Projekt Liv uden Tvang og Projekt DIT-team arbejdet med en topersonersordning, hvor alle borgere i projektet får tilknyttet to kontaktpersoner. De borgere, der i Region Midtjylland samtidig modtager social støtte i den kommunale sociale sektor, fortæller endvidere, at de kan have samtaler med medarbejderne i det tværsektorielle team om andre ting, end de oplever at kunne have med deres "normale" sociale støttepersonale.

I Region Midtjylland kædes de positive oplevelser med relationsdannelse, og deraf følgende konstruktivt samarbejde med borgeren, sammen med muligheden for at være en neutral tredjepart, der står på borgerens side i kontakten med de to sektorer.

7.1.3 Tilgængelighed

I alle tre typer af tværsektorielle teams har der været fokus på, at teamet, og særligt den enkelte borgers kontaktperson, skulle være let at få kontakt til. Derfor har der også været mulighed for telefonisk kontakt og sms-kontakt, også uden for normal arbejdstid. Borgerne har oplevet, at det har været let at få kontakt til deres kontaktpersoner, og at dette har været med til at gøre dem trygge i situationer, hvor de ellers kan opleve at have det svært.

Også samarbejdspartnere peger på, at de tværsektorielle teams er lette at få kontakt med, både på grund af hurtigt svar ved henvendelse, men også fordi det for samarbejdspartnere har været tydeligt, hvor – eller til hvem – man skal tage kontakt.

7.1.4 Hurtig og tidlig indsats

Både samarbejdspartnere, borgere og medarbejdere i alle tre projekter fremhæver muligheden for en hurtig indsats i situationer, hvor borgerens tilstand forværres, eller borgeren oplever situationer, der gør borgeren utryk. Det handler særligt om overgangssituationer, såsom indlæggelse, udskrivning, flytning med videre, hvor de tværsektorielle teams ofte med meget kort varsel har kunnet tilbyde at støtte borgeren i den konkrete situation. Dette er ofte sket ved at møde op hos borgeren og være til stede i den svære situation sammen med borgeren.

Den hyppige kontakt og den høje grad af tilgængelighed betyder også, ifølge projektmedarbejdere i alle tre projekter, at medarbejderne – og i visse tilfælde også borgerne, ifølge interviews med borgerne – får bedre mulighed for at opdage og reagere hensigtsmæssigt på en forværring i den enkelte borgers tilstand. Således fortæller projektmedarbejdere fra Region Nordjylland eksempelvis, at man igennem det tværsektorielle team allerede i forbindelse med udskrivningen har fået en viden, der gør det muligt at identificere mønstre i borgernes adfærd. Denne viden gør det muligt på et tidligt tidspunkt at opdage en forværring i borgernes tilstand og dermed igangsætte konkrete handlinger for at forebygge yderligere problemskalering og undgå tvangsindlæggelse.

En borger fortæller i forlængelse af dette, at hun nu, gennem arbejdet med det tværsektorielle team, er blevet mere opmærksom på egen udvikling. Det betyder, at hun nu ofte ringer til sin kontaktperson og får en samtale, når hun får det psykisk dårligt, i stedet for at selvskade, som tidligere ofte har resulteret i tvangsindlæggelse.

Den tætte kontakt mellem borger og professionelle betyder således, at en tidligere indsats kan mindske behovet for tvangsindlæggelser.

7.1.5 Helhedsorienteret problemforståelse

I alle tre projekter arbejdes der, som vist i kapitlet om kompetencer, med en bredt sammensat, tværfaglig gruppe, der har viden om indsatser og forståelsesrammer i begge sektorer. Dette betyder ifølge medarbejdere i alle tre projekter, at der er mulighed for en bredere forståelse af borgernes konkrete situation og udfordringer. Modsat den normale monosektorielle praksis bliver borgeren derfor mødt med en helhedsorienteret problemforståelse, hvor der tages højde for langt flere aspekter af borgerens liv og udfordringer, end man gør i den normale indsats.

Indsatsen har på denne måde været karakteriseret af en åben og nysgerrig tilgang til borgerne og deres vanskeligheder. Det har blandt andet betydet, at flere borgere har fået ændret deres diagnose og den medicinske psykiatriske behandling under kontakten med det tværfaglige team.

7.1.6 Fleksible og kreative løsninger

På tværs af medarbejdere og samarbejdspartnere i de tre projekter bliver der endvidere peget på, at indsatsen har været præget af, at støtten til borgerne er blevet tilpasset den enkelte borgers aktuelle behov på en fleksibel og kreativ måde. Således er der blevet lavet "særaftaler" om indsatsen for flere borgere, hvor de normale arbejdsgange, for eksempel i forbindelse med frivillig indlæggelse på sengeafsnit, er blevet tilpasset den enkelte borger. Disse aftaler har betydet, at man har kunnet sænke stress og utryghed for borgerne og dermed være med til at forebygge behov for tvangsindlæggelse.

I Region Midtjylland peger både projektmedarbejdere og samarbejdspartnere på, at muligheden for mere fleksible løsninger også er blevet understøttet af, at medarbejderne i det tværsektorielle team ikke har skullet følge eller dokumentere i planer og statusnotater, i samme grad som medarbejdere i den "ordinære" drift skal. Denne frihed fra administrative opgaver og styringsdokumenter har både frigivet tid og givet mulighed for at tænke ud over "vi plejer."

Særligt i Region Midtjylland og Region Nordjylland peger projektledelsen på, at den fleksible og kreative tilgang til indsatsen for borgerne kræver stor tillid fra ledelsen i begge sektorer. Ligeledes peger projektledelsen i alle tre projekter på, at det tager tid at etablere den tillid på tværs af medarbejdere, samarbejdspartnere og borgere, der skal til, for at fleksible og kreative løsninger kan sættes i værk. Der peges også på, at implementeringsperioden derfor burde have været længere i de tre projekter. I alle tre projekter er det oplevelsen blandt projektledere og projektmedarbejdere, at det først er nu ved projekternes afslutning, at man for alvor er begyndt at kunne høste frugterne af det forbedrede samarbejde.

7.1.7 Borgerspecifik metode

Med udgangspunkt i den tætte kontakt til borgerne, den helhedsorienterede problemopfattelse og interessen for borgernes ønsker til støtte og behandling har det, som beskrevet i afsnittet om kompetencer, været muligt at tilpasse indsatsen til den enkelte borger. Derfor har man også kunnet vælge de metoder i indsatsen, som borgerne og de fagprofessionelle kunne blive enige om var relevante i den konkrete sammenhæng. Borgeren er således kommet før metoden i indsatsen i de tværsektorielle teams. Den valgte indsats og metode er blevet kvalificeret og løbende tilpasset gennem de tværsektorielle og tværfaglige drøftelser, som har fundet sted i de tværsektorielle teams.

Som udgangspunkt har DIT-team for eksempel arbejdet med en tilgang inspireret af dialektisk adfærdsterapi, som skal munde ud i en kontrakt, som sikrer et gensidigt forpligtende samarbejde mellem kontaktpersonen og borgeren. Det har dog, grundet den meget komplekse patientgruppe, der har været tilknyttet teamet, ikke været muligt med denne tilgang for alle borgere. Derfor har der været behov for at supplere med andre metoder og tilgange, og det har i praksis ofte været udfordrende at gennemføre terapeutiske samtaler.

7.1.8 Øvrige aktører

Endelig har der på tværs af de tre projekter været et fokus på at mobilisere og kvalificere støtten til borgerne hos andre aktører. Der har således været et stort fokus på den støtte, som en række borgere, der har haft bolig på botilbud, har modtaget på botilbuddet, og hvordan personalet på botilbuddet har kunnet bidrage til at nedbringe anvendelsen af tvangsindlæggelser.

Der er skabt gode relationer til en række øvrige aktører, hvor der er blevet givet konsultativ støtte. Der er i nogle tilfælde blevet gennemført undervisning for eksterne samarbejdspartnere, for eksempel om de formelle rammer for anvendelse af tvang i psykiatrien.

I projektet i Region Nordjylland fremhæves det af projektledelsen og projektmedarbejdere, at det gennem opbygning af systematisk viden om, hvilke borgergrupper der tvangsindlægges, er blevet muligt at samarbejde med botilbud om indsatsen til borgere, som ikke normalt er tilknyttet psykiatrien, men hvor der er historik med tvangsindlæggelse. Samarbejdet om borgere, som ikke er en del af den gruppe af borgere, der modtager egentlig behandling i psykiatrien, har betydet, at også indsatsen for disse borgere forbedres gennem et styrket samarbejde med den regionale psykiatri.

Et eksempel på dette er borgere med autismspektrumforstyrrelse, der ikke bliver fulgt i psykiatrien. Her har man med sparring fra psykiatrien oplevet at kunne arbejde meget mere forebyggende i forhold til tvangsindlæggelser i den sociale indsats på bosteder. Det har i praksis betydet, at bostederne har været trygge ved at beholde beboerne i længere tid på bostedet, og i mange tilfælde har man helt undgået indlæggelser.

7.2 Variationer i indsatsen

7.2.1 Standardiseret samarbejde eller mere tid med borgerne

I indsatsen for borgerne ses der en grundlæggende forskel mellem indsatsen i Region Nordjylland på den ene side og indsatsen i Region Sjælland og Region Midtjylland på den anden side.

Medarbejderne i Region Nordjylland peger på det standardiserede og systematiserede samarbejde med og om indsatsen til borgerne som den vigtigste forskel fra den normale praksis. Samarbejdet er lagt ind i faste rammer med en fast mødekadence, fast dagsorden, skriftligt referat og systematisk fokus på borgernes oplevelse af indsatsen og nedbringelse af tvang.

Medarbejdere og samarbejdspartnere i Region Sjælland og Region Midtjylland peger entydigt på, at det er den fleksible, ekstra tid, der kan anvendes sammen med borgeren, der er den vigtigste forskel fra den normale indsats. Den ekstra tid gør en stor forskel i forhold til at lykkes med at opnå kontakt og etablere en tillidsfuld relation med borgeren.

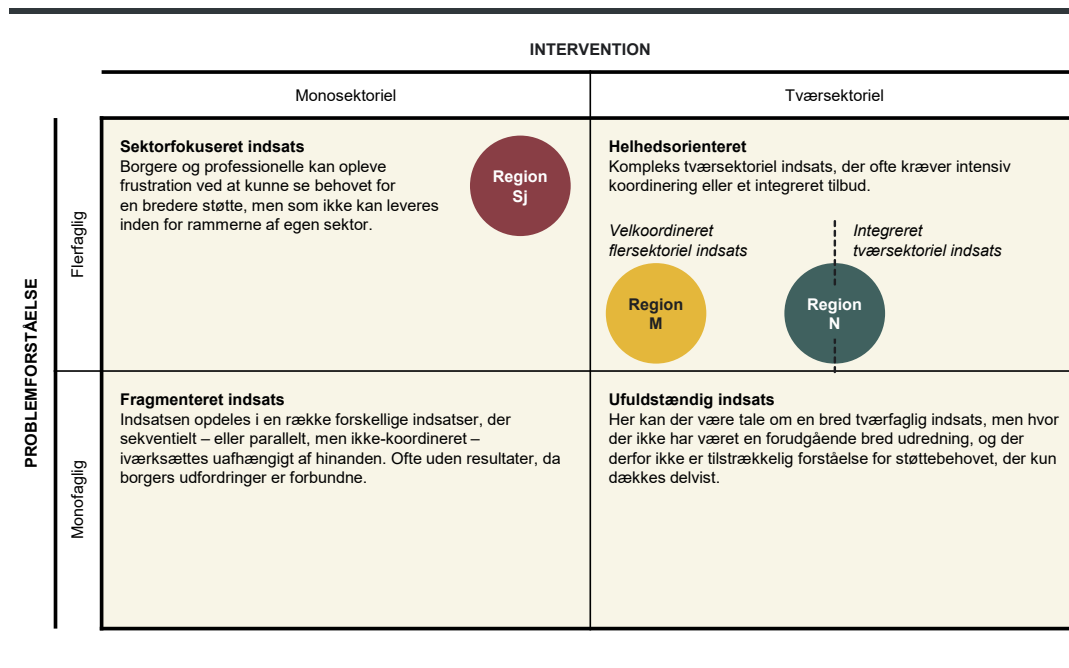
Den store fleksibilitet i den praktiske tilrettelæggelse af indsatsen såvel som selve behandlingen har ifølge medarbejderne i DIT-team betydet en større tilslutning til teamet fra borgernes side. Behandlingen gives samtidig i højere grad end ellers i form af samtalerapi og omfatter særaftaler. Det opfattes som betydningsfuldt, at borgerne selv har haft indflydelse på forløbet, både i forhold til intensiteten og hyppigheden af besøg fra teamet.

Alt andet lige, og uden at dette har været et selvstændigt tema i evalueringen, så vil der skulle anvendes flere ressourcer til opretholdelse af en indsats baseret på mere borgertid end på en indsats, hvor det nye er en standardiseret samarbejdsstruktur og en tovholderfunktion. Omvendt skal der ved den standardiserede samarbejdsform være en fortsat tværsektoriel ledelsesmæssig opmærksomhed på, at standarden anvendes. Denne opmærksomhed har projektledelsen varetaget i projektperioden, men det er ikke klart, hvor denne opgave ligger efter udløb af projektperioden.

7.2.2 Helhedsorientering i indsatsen

Som vi så ovenfor, er der i alle teams kompetencer til at sikre en helhedsorienteret problemforståelse grundet de tværsektorielt funderede videnskompetencer i alle teams. Anderledes ser det ud med helhedsorienteringen i selve indsatsen, hvor der er forskelle mellem alle tre projekter. Set i en skematik, hvor vi har problemforståelse på den ene akse og interventionen eller indsatsen på den anden akse samt opdelt i henholdsvis en monofaglig og tværfaglig og monosektoriel og tværsektoriel tilgang, kan vi karakterisere indsatserne, som det er gjort i figuren nedenfor.

Figur 7.2: Grader af helhedsorientering i problemforståelse og intervention



Projektet i Region Sjælland kan karakteriseres som en sektorfokuseret indsats, hvor der netop ikke er handlemuligheder i forhold til socialektoren. Dette giver også, ifølge interviews med projektmedarbejdere i Region Sjælland, anledning til frustrationer over ikke at kunne levere en "rigtig" helhedsorienteret indsats.

Selvom teams i både Region Midtjylland og Region Nordjylland formelt er tværsektorielle, er der imidlertid i Liv uden Tvang i Region Midtjylland snarere tale om en indsats, der, fordi der ikke er handlekompetencer ind i sektorerne, ikke i sig selv er tværsektoriel. Indsatsen kan imidlertid gennem en meget høj grad af koordinering alligevel siges at være helhedsorienteret. Dette kunne kaldes *en velkoordineret, flersektoriel* indsats. Også indsatsen, der leveres i projektet i Region Nordjylland, kan siges at være flersektoriel snarere end egentlig tværsektoriel, da indsatsen i høj grad leveres i hver sin sektor, men koordineres tæt gennem de løbende møder i Patientens Team. Der er dog i Projekt Nedbringelse af tvangsindlæggelser en højere grad af tværsektoriel handling end i Liv uden Tvang, da handlekompetencerne ligger i selve teamet.

En fuldt ud helhedsorienteret indsats ville bestå af et team, som overtog den samlede indsatsopgave i både sundheds- og socialsektoren. Det kunne ligne teamet, som det ser ud i Region Sjælland, men hvor leveringen af den sociale støtte, jævnfør serviceloven, også blev overtaget af det tværsektorielle team, som det i meget begrænset omfang gør sig gældende i det tværsektorielle team i Region Midtjylland.

7.2.3 Pårørendefokus

I både DIT-team og Liv uden Tvang har det været en ambition at skabe bedre og mere inddragelse af pårørende i indsatsen. I Projekt Liv uden Tvang har Åben Dialog været anvendt som redskab til inddragelse af pårørende. Dette har dog ifølge medarbejderne i teamet vist sig vanskeligt, hvilket bakkedes op i et interview med en pårørende. Den interviewede pårørende oplevede Åben Dialog-møderne som en snak uden mål og uden handling. Medarbejderne i det tværsektorielle team oplevede, at det i mange tilfælde var vanskeligt at få inddraget de pårørende i mødet, og at Åben Dialog-indsatsen begyndte at fungere bedre, da medarbejderne aktivt involverede borgerne i at definere deltagerne i Åben Dialog-møderne. Også i DIT-teamet fortæller medarbejderne, at arbejdet med de pårørende er en prioriteret opgave.

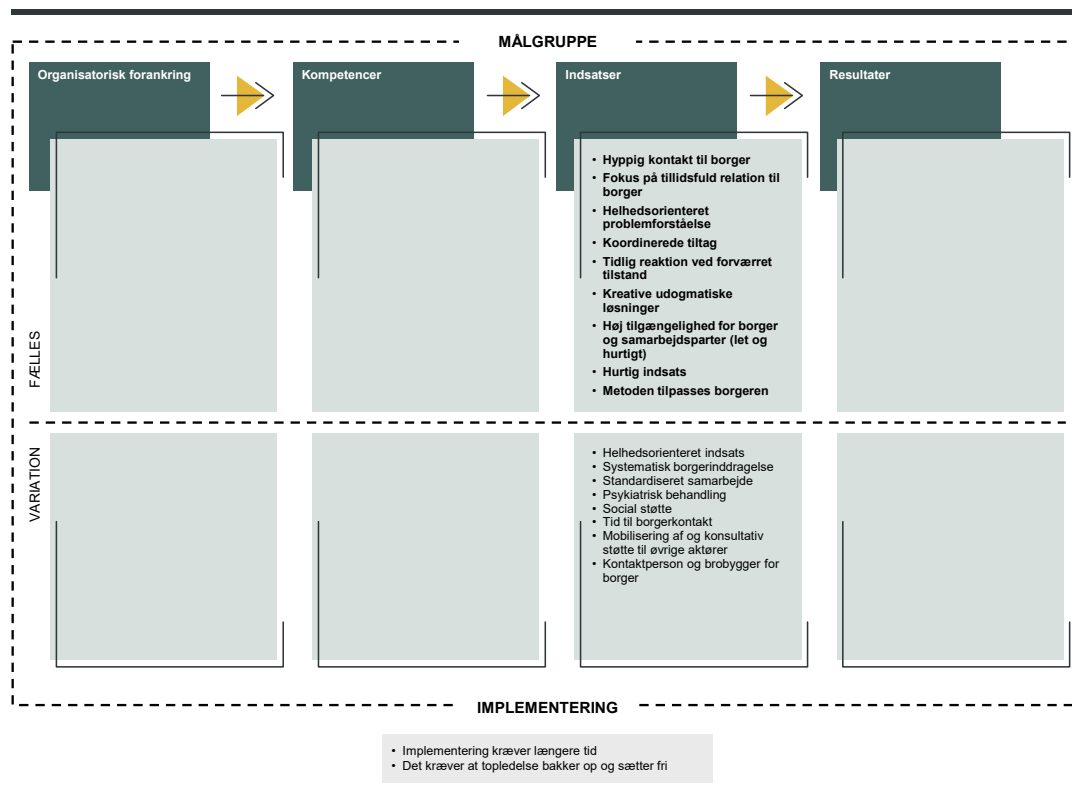
I Region Nordjylland inddrages pårørende i Patientens Team, hvis borgeren oplever det meningsfuldt. Der er samtidig igennem interviews givet udtryk for, at projektet har muliggjort et mere målrettet arbejde med de pårørende på sengeafsnittet.

7.3 Opsamling

I figuren nedenfor opsummeres, hvilke indsatser der har været oplevet som vigtige i de tværsektorielle teams af henholdsvis medarbejdere, samarbejdspartnere, borgere og pårørende. Elementerne over den prikkede linje er de elementer, der er fælles for alle tre projekter, og elementerne neden for linjen er de elementer, der varierer på tværs af de tre projekter.

Ligeledes er de vigtigste pointer om implementering af tværfaglige teams noteret i figuren.

Figur 7.3: Opsumming af indsatser



8 Tværgående konklusioner

I dette afsnit gives der et samlet svar på evalueringens undersøgelsesspørgsmål med udgangspunkt i de analytiske gennemgange præsenteret i kapitlerne ovenfor.

Endvidere gives en samlet perspektivering på evalueringens hovedfund, hvor det drøftes, hvordan resultaterne af evalueringen kan ses i kontekst.

EVALUERINGSUNDERSØGELSESPØRGSMÅL

1. Reduceres tvangsansvarelsen for borgere knyttet til det tværsektorielle team? Tvangsansvarelsen forstås her alene som tvangsindlæggelser.
2. I hvilken grad kan det tværsektorielle team tilskrives udviklingen i tvangsansvarelse – og hvad er det virkningsfulde i organiseringen?
3. Hvilke erfaringer med afprøvning af de tværsektorielle teams er der i forhold til virkning og implementering – og hvilke udfordringer og gode løsninger kan påvises?

8.1 Reduktion i anvendelsen af såvel indlæggelser som tvangsindlæggelser

Med de forbehold, som er beskrevet i kapitlet om metodiske overvejelser, kan det konstateres, at alle tre konkrete udmøntninger af tværsektorielle teams medfører en markant reduktion i indlæggelser for de tilknyttede borgere. I to af de tre projekter er der desuden en markant reduktion i antallet af tvangsindlæggelser, hvor der i det sidste projekt kun er en meget begrænset reduktion i antallet af tvangsindlæggelser.

Det er samtidig meget tydeligt hos både interviewede professionelle og borgere, at indsatsen opleves at have ført til mindsket tvang og til bedre forløb for den enkelte borger.

Sekundært skal nævnes en række konklusioner, både i forhold til tvangsansvarelse og i forhold til øvrige forhold, som kan findes i et eller to projekter, men ikke i alle tre:

- For det første kan indsatsen i de tværsektorielle teams føre til en markant reduktion af indlæggelsesdage. Dette gør sig særligt gældende ved tvangsindlæggelser, men også ved frivillige indlæggelser.
- For det andet ser det ud til, at indsatsen i mindst et af de tværsektorielle teams primært fører til mindskelse af tvangsindlæggelser på baggrund af helbredsindikation.
- For det tredje, og uden at være direkte relateret til tvang, kan indsatsen i et tværsektorielt team betyde, at borgerne oplever en bedre og mere sammenhængende psykiatrisk behandling.
- For det fjerde kan det tværsektorielle team, igen uden direkte relation til tvang, bidrage til et styrket samarbejde mellem ambulans psykiatri og sengeafsnit.
- Endelig er det en tværgående konklusion, at der blandt projektmedarbejderne og nærmeste samarbejdspartnere har udviklet sig en forståelse af, at reduktion af tvangsindlæggelser er en fælles opgave på tværs af aktører og sektorer. Det understreges af de interviewede, at dette er et markant og vigtigt skift, som står i modsætning til en tidligere eksisterende forestilling om, at tvang primært var noget, som behandlingspsykiatrien kunne arbejde med.

8.1.1 Målgrupper

I alt 106 borgere er inkluderet i de kvantitative analyser af reduktionen af tvangsindlæggelser. Der har dog ikke været ens inklusionskriterier på tværs af de tre projekter, og der har endvidere været variationer inden for det enkelte projekt, i forhold til hvor stramt inklusionskriterierne er blevet tolket. I ét projekt har der ikke været kriterier for, hvilke psykiske lidelser borgerne skulle være diagnosticeret med, hvor det i et andet projekt primært har været en indsats rettet mod selvskadende borgere diagnosticeret med affektiv lidelse, og i den sidste region var det borgere med svær selvdestruktiv adfærd eller særligt komplicerede forløb, der kunne tilbydes indsatsen. Der har derfor været en betydelig variation i gruppen af borgere inkluderet i projekterne.

Der kan således ikke på baggrund af denne evaluering gives tydelige konklusioner i forhold til målgrupper og inklusionskriterier. I stedet kan det konstateres, at projekterne viser, at en bred gruppe af borgere, der har været udsat for tvangsindlæggelse, kan have gavn af de afprøvede indsatser. Samtidig kan det konstateres, at projekterne ikke giver tydelige svar på, hvilke borgere der kan profitere mest af indsatsen i de tværsektorielle teams. Der gives heller ikke forslag til, hvordan der bedst rekrutteres til indsatsen i de tværsektorielle teams.

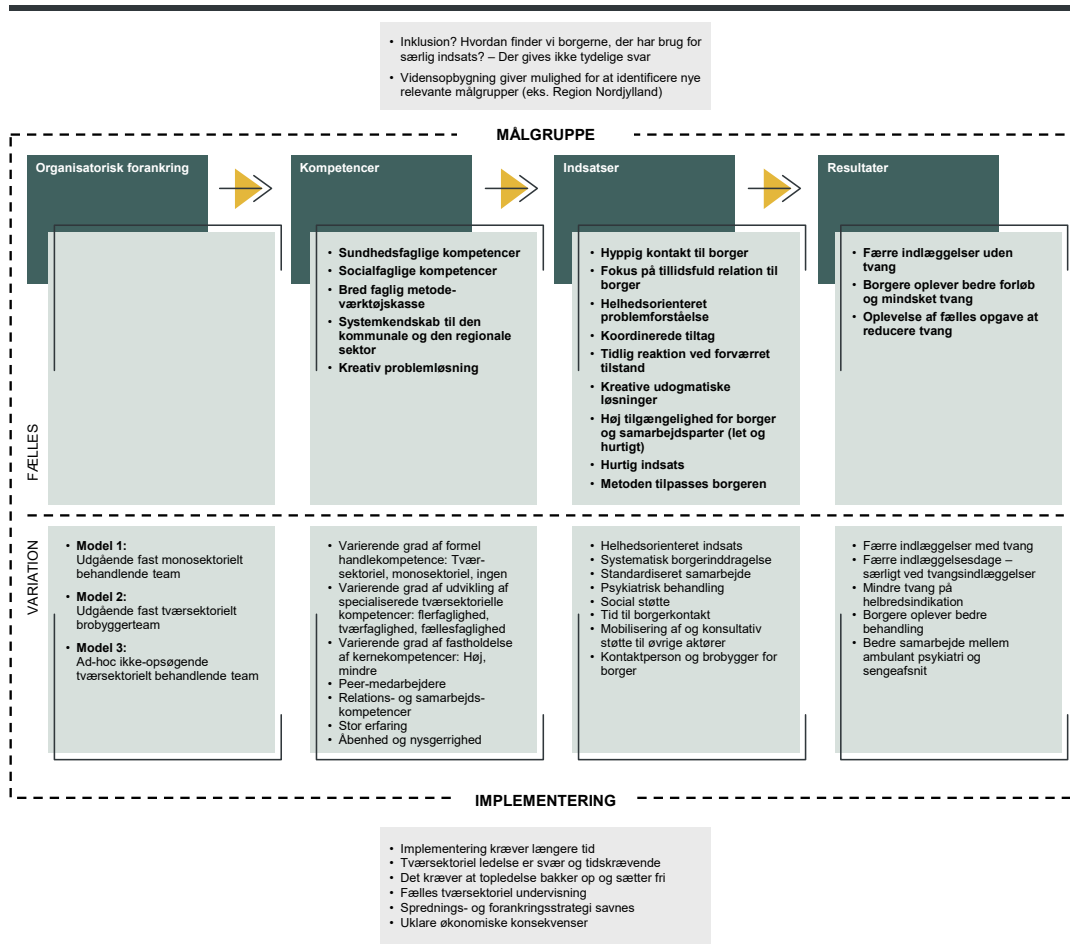
8.2 Sammenhængen mellem indsats og resultater

Et væsentligt sigte med evalueringen er at kaste lys over tværgående sammenhænge mellem arbejdet i de tværsektorielle teams og de opnåede resultater. Er det de tværsektorielle teams, der har ført til den positive udvikling? Og hvad er det virkningsfulde i disse?

For at komme svaret på dette nærmere kan fundene fra de fire foregående kapitler opsummeres i en samlet forandringsteori, hvor der skelnes mellem de dele af det enkelte element i forandringsteorien (organisation, kompetencer, indsats og resultat), der kan genfindes på tværs af de tre projekter, og de dele af elementerne, som kun kan observeres i et eller to af projekterne.

Resultatet er således en forandringsteori, der er blevet nuanceret og tilrettet på baggrund af de empiriske observationer, som opsummeres i figuren nedenfor.

Figur 8.1: Samlet nuanceret forandringsteori



Denne oversigt over de empirisk observerede sammenhænge mellem de enkelte elementer i forandringsteorien giver anledning til en række alternative hypoteser om sammenhængen mellem tværsektorielle teams og tvangsindlæggelser.

Først og fremmest må det konstateres, at der er meget stor variation på tværs af de tre projekter, hvor det særligt springer i øjnene, at der ikke er centrale, fælles elementer i projekternes organisatoriske forankring. Den store variation betyder, at sammenligninger på tværs ikke giver entydige svar på, hvad der udgør de virkningsfulde elementer i forandringsteorien. Snarere vil en række hypoteser kunne afvises, og alternative hypoteser om sammenhængen opstilles og drøftes.

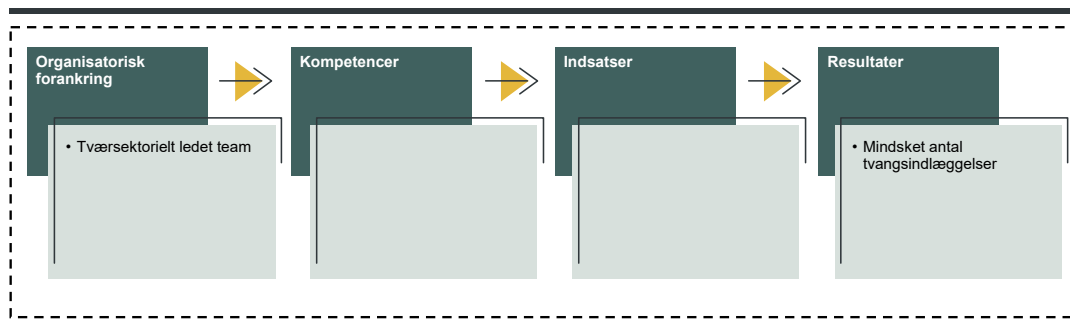
8.2.1 Konklusion A: Anything goes?

Det fremgår af sammenligningen mellem de tre typer af tværsektorielle teams, at der ikke er en bestemt organisatorisk forankring, der er nødvendig for at opnå et fald i antallet af indlæggelser. Sagt på en anden måde betyder dette, at den organisatoriske forankring ikke er afgørende for udfaldet i forhold til antallet af indlæggelser: Alle de afprøvede organisatoriske modeller kan føre til en reduktion af antallet af tvangsindlæggelser.

8.2.2 Konklusion B: Er tværsektorielt ledelsesansvar nødvendigt for en reduktion af tvangsindlæggelser?

Når vi kigger snævrere på resultaterne i forhold til en reduktion i antallet af tvangsindlæggelser, ses det, at det tværsektorielle team i Region Sjælland er uden et egentligt tværsektorielt ledelsesansvar. Det er også det tværsektorielle team, hvor der ikke er skabt en markant reduktion i antallet af tvangsindlæggelser. Det kan således – på det foreliggende grundlag – ikke afvises, at det er en nødvendig forudsætning, at det tværsektorielle team skal være ledelsesmæssigt forankret i begge sektorer, for at indsatsen kan føre til en reduktion i antallet af tvangsindlæggelser.

Figur 8.2: Alternativ hypotese B



Antallet af indlæggelser i Region Sjælland falder imidlertid i samme grad som for de to øvrige projekter. En mulig forklaring på, at antallet af indlæggelser falder, uden at der er en tilsvarende reduktion i antallet af tvangsindlæggelser i Region Sjælland, kan være (som hypotese), at det tværsektorielle team leverer en forbedret behandlende indsats. Dog kan der være en manglende mulighed for en formel samordning med den kommunale sociale indsats, hvilket kan betyde, at tvangsindlæggelserne ikke påvirkes. Det er ofte netop mobiliseringen af kommunale bostøtter og botilbudsmedarbejdere, som bidrager til at hindre eller forebygge tvangsindlæggelser.

8.2.3 Konklusion C: Specifikt kompetencebehov

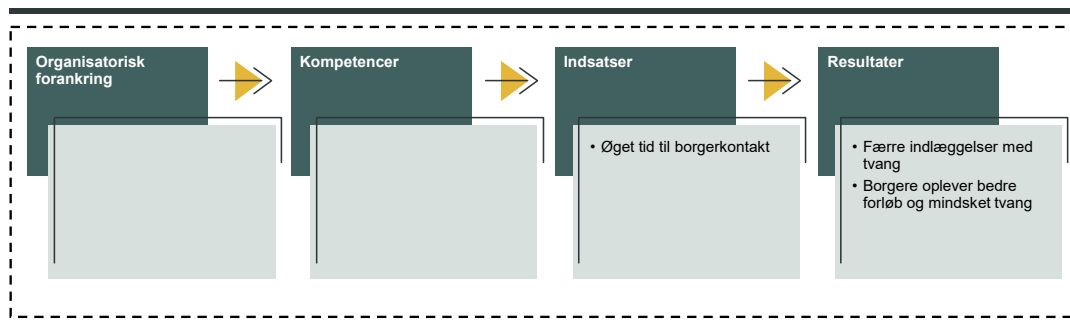
Med afsæt i overvejelserne om betydningen af ledelsesforankring for de positive resultater er der samtidig grund til at kigge nærmere på, hvordan kompetencesammensætningen kan bidrage til at forklare de tværsektorielle teams resultater. Det kan her, på tværs af de tre projekter, konstateres, at der opnås positive resultater selv med meget store variationer i kompetencesammensætningen. Her særligt i forhold til, hvorvidt der indgår peer-kompetencer i teamet, samt hvorvidt der er tværsektorielle, formelle handlekompetencer til stede i det tværsektorielle team. En hypotese i forhold til handlekompetencer kunne være, at gode resultater kræver formelle handlekompetencer i begge sektorer. Dette kan dog afvises med henvisning til både projektet i Region Midtjylland og i Region Sjælland.

Det er imidlertid fælles for alle tre projekter, at der i det tværsektorielle team har været både sundhedsfaglige og socialfaglige kompetencer. Ligeledes har der været kendskab til vilkår og muligheder i begge sektorer samt en bred metodisk værktøjskasse og villighed til at tænke uden for de vante rammer. Det kan således ikke afvises, at netop disse kompetencer er nødvendige for at opnå positive resultater. Det skal dog konstateres, at det i langt de fleste tilfælde vil være kompetencer, der i forvejen er til stede i indsatsen for den enkelte borger – dog i en mere fragmenteret form.

8.2.4 Konklusion D: Mere tid med borgeren

Vi har set, at hverken en specifik organisatorisk forankring eller en særlig kompetencesammensætning alene kan forklare de gode resultater, hvilket bringer os til at se nærmere på selve indsatsen. Her peges der i to af projekterne på, at den vigtigste forskel i det tværsektorielle teams indsats er den øgede tid til kontakt og relationsopbygning med borgeren. En hypotese kunne således være, at en reduktion i antallet af indlæggelser kan opnås ved at øge timetallet til kontakt med den enkelte borger, uden at der er specielle krav til organiseringen af og kompetencerne i denne indsats (ud over at det skal være de kompetencer, der allerede er til stede i de to sektorer).

Figur 8.3: Alternativ hypotese D

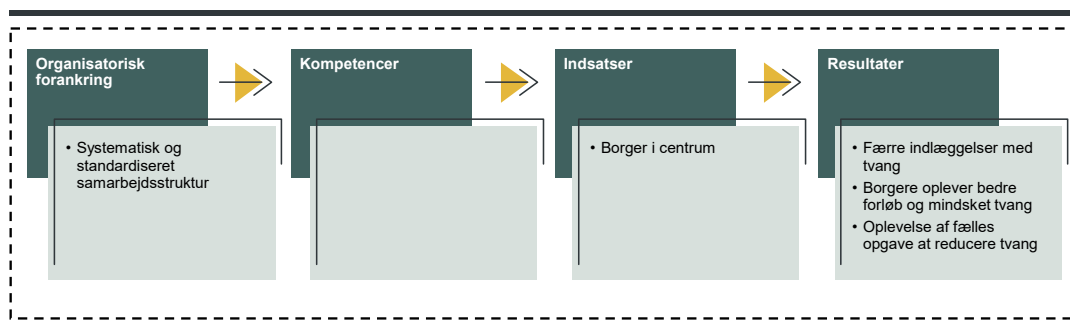


Denne hypotese kan dog afvises som værende nødvendig for at opnå positive resultater, da det tværsektorielle team i Region Nordjylland opnår betydelige positive resultater, uden at der samtidig sker en betydelig opnormering i indsatsen for den enkelte borger. Selvom hypotesen kan afvises som værende nødvendig for et positivt resultat, kan den ikke afvises som tilstrækkelig. Her vil det – uden at dette dog har været et tema i denne evaluering – være interessant at se nærmere på de økonomiske forudsætninger for denne type af indsats, hvor det må formodes, at en betydelig opnormering også vil betyde en betydelig budgetforøgelse. Se mere om det økonomiske konsekvensperspektiv i afsnittet nedenfor om implementering.

8.2.5 Konklusion E: Standardiseret, tværsektoriel samarbejdsstruktur

En anden alternativ hypotese kan opstilles i forlængelse af ovenstående drøftelse. Denne bygger på, at den standardiserede, tværsektorielle samarbejdsmodel, der udgør strukturen for samarbejdet i Region Nordjylland, er tilstrækkelig til at reducere antallet af tvangsindlæggelser. I denne hypotese optræder den standardiserede, systematiske ramme om det tværsektorielle samarbejde snarere som en organisatorisk ramme for arbejdet end som en egentlig indsats. Indsatsen leveres inden for de normale organisatoriske enheder, men der sker en tværsektoriel samordning af indsatsen på de faste møder i Patientens Team, hvor der også sikres et fokus på at sætte borgerens ønsker og oplevelser i centrum for indsatsen.

Figur 8.4: Alternativ hypotese E

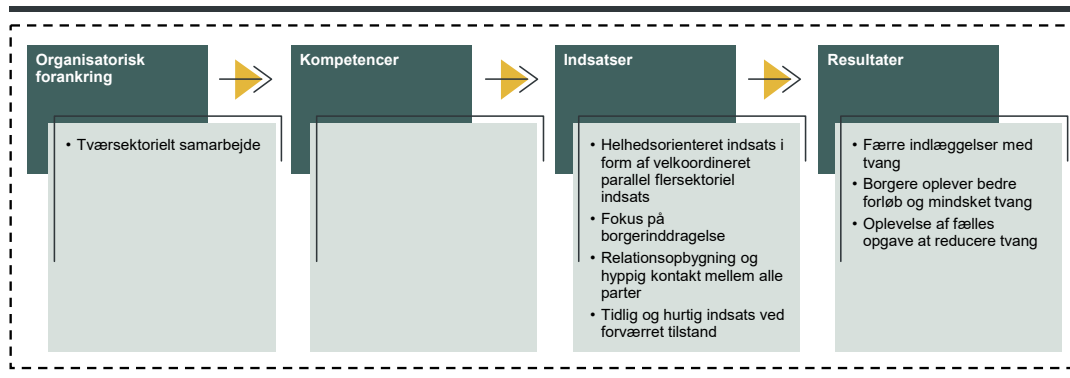


Også denne hypotese kan afvises som en nødvendig forudsætning for de positive resultater på baggrund af de gode resultater i Region Sjælland og Region Midtjylland, men kan ikke afvises som tilstrækkelig på det foreliggende grundlag. Denne model for en tværsektoriel indsats kan være ressourcemæssig interessant set i forhold til hypotese D ovenfor.

8.2.6 Konklusion F: En tværfaglig og flersektoriel indsats

Der kan på baggrund af analysen af erfaringerne med selve indsatsen i de tre typer af tværsektorielle teams opstilles en hypotese om en indsats, som bygger på en kombination af de elementer, der går igen på tværs af de tre tværsektorielle teams. Hypotesen er, at reduktionen i antallet af tvangsindlæggelser og reduktionen i antallet af indlæggelsesdage bygger på evnen til at sætte hurtigt og forebyggende ind med enten alternativer til indlæggelse eller frivillig indlæggelse. Dette kræver netop en så tæt relation til borgeren, at der opnås et stærkt kendskab til borgerens adfærdsmønstre på tværs af de relevante aktører omkring borgeren. Kendskabet udvikles på baggrund af en helhedsorienteret problemforståelse og tæt gensidig samordning mellem aktørerne, så indsætterne i de to sektorer er afstemt med hinanden. Den tætte samordning kræver hyppig og let adgang til kontakt borgere og aktører imellem. Indsatsen behøver ikke nødvendigvis at være tværsektorielt ledet, og der behøves ikke at blive inddraget andre kompetencer i indsatsen, end der i forvejen er til stede i sektorerne, som vi så i konklusion A og C.

Figur 8.5: Alternativ hypotese F



På baggrund af erfaringerne fra de tre projekter kan denne hypotese afvises som nødvendig for at opnå positive resultater. Til gengæld kan den ikke afvises som værende tilstrækkelig for at opnå en markant reduktion i antallet af tvangsindlæggelser, en forbedret oplevelse af indlæggelsesforløb for borgerne og en styrket, fælles opgaveløsning på tværs af aktører og sektorer.

8.3 Erfaringer med implementering af tværsektorielle teams

Hvordan sikrer man, at tværsektorielle teams kan sættes i værk? Hvordan sikres det, at tiltagene kan implementeres?

På tværs af alle tre projekter er der en række fællestræk, som går igen hos to eller flere af projekterne. Disse er essentielle for at forstå de nuværende udfordringer med implementering, samt hvilken læring der kan drages herfra til fremtidig implementering af tværsektorielle og helhedsorienterede indsætter.

Seks generelle pointer går igen i de tre projekter og bliver præsenteret i afsnittene nedenfor:

- Implementering kræver en længere projektperiode
- Tværsektoriel ledelse er vanskelig og tidskrævende
- Topledelsen skal bakke op og sætte fri
- Fælles tværsektoriel undervisning understøtter implementeringen
- Sprednings- og forankringsstrategier savnes
- Uklare økonomiske konsekvenser

8.3.1 Implementering kræver en længere projektperiode

Projektledelsen i alle tre projekter peger på, at projektperioden ikke har været lang nok til for alvor at få udbytte af projekterne. Der peges på, at der med etableringen af tværsektorielle teams er et stort arbejde i at opbygge et nyt organisatorisk samarbejde, hvor et gensidigt kendskab og forståelse for kompetencer og viden er begrænset og først skal opbygges.

Således fortælles i alle projekter om, at der i begyndelsen af projektperioden var en indkøringsperiode, hvor organisering, relationer og konkrete opgaver skulle tilpasses og finde sin form. Ligeledes vurderer alle projektledere, at projekterne først er blevet rigtigt velfungerende ved udgangen af projektperioden, hvor de største frugter af arbejdet endnu ikke har kunnet høstes.

8.3.2 Tværsektoriel ledelse er vanskelig og tidskrævende

I alle tre teams er det endvidere konstateret, at tværsektoriel ledelse og ledelse af tværsektorielt ansatte medarbejdere kan være vanskelig og tidskrævende. Generelt kan det konkluderes, at der bør være:

- En fast mødestruktur om ledelse, både i teamet og i ledelsesniveauet over teamet
- Tværsektoriel ledelsesopmærksomhed, både i formen med faste teams og i modeller uden en fast organisatorisk enhed
- At ledelsesdialogen skal inddrage det operationelle niveau i de strategiske drøftelser

En vellykket implementering af de tværsektorielle teams kræver tværsektoriel ledelse og opbakning, som er synlig for medarbejderne. Ligesom de tværsektorielle teams kræver regelmæssige møder og struktur, gør det samme sig gældende på ledelsesniveau. Den tværsektorielle ledelse skal sættes i system og prioriteres for at skabe de bedste vilkår for de tværsektorielle teams. Dette gælder både i forbindelse med de faste tværsektorielle teams og ad hoc-teams i Region Nordjylland.

Også i projektet i Region Sjælland, der har været monosektorielt ledet, har der været behov for en løbende tværsektoriel ledelsesopbakning. En opbakning, som i projektperioden er blevet givet af projektets styregruppe, hvor der har været bred repræsentation fra ledelsen i både kommuner og psykiatri. I en driftssituation efter projektperiodens ophør vil der formodentlig fortsat være behov for tværsektoriel, ledelsesmæssig opbakning, og der bør udvikles modeller for dette, som dog ikke har været et tema i projektperioden.

I Region Nordjylland, hvor der ikke har været et fast team, er der derfor ikke oprettet en ny selvstændig organisatorisk enhed. Der har dog ligeledes været behov for løbende tværsektoriel ledelsesopbakning fra en styregruppe bestående af repræsentanter for både den regionale psykiatri, de kommunale forvaltninger og for almen praksis. I styregruppen fremhæves det, at det har været en fordel, at der både har været deltagelse fra topledelse og fra ledere tættere på den daglige praksis i psykiatri og kommuner. Dette har sikret, at fokus i styregruppen blev fastholdt på det operationelle niveau.

I projektperioden har projektledelsen varetaget opgaven med løbende at sikre en fortsat opmærksomhed på det tvangsindlæggelsesreducerende formål i Patientens Team og på løbende at justere og optimere den standardiserede samarbejdsstruktur. Også her bør der være en opmærksomhed på, hvordan dette fokus fastholdes med løbende opbakning fra alle parter i samarbejdet.

I projektet i Region Midtjylland har der været en kompleks ledelsesmodel, hvor den daglige faglige ledelse har været varetaget i et tværsektorielt makkerpar, men den formelle personaleledelse har været fastholdt i medarbejdernes oprindelige arbejdsplads. Dette har betydet, at man ikke har skullet etablere en selvstændig, tværsektoriel ledelse med personaleansvar. Det tværsektorielle team er derfor ikke bundet op på en sådan varig konstruktion, men kan i princippet organiseres uden forskydning af personaleledelsesopgaver. På den anden side har denne konstruktion medført en del praktiske vanskeligheder for den daglige ledelse af det tværsektorielle team, da de ingen personaleledelsesbeføjelser har haft. Ved etablering af et mere permanent tværsektorielt team vil der skulle indgås klare aftaler om fordelingen af de personaleledelsesmæssige opgaver mellem de formelle personaleledere og de daglige ledere af teamet.

8.3.3 Topledelsen skal bakke op og sætte fri

Det understreges af projektledelserne, at den kreative og udogmatiske tilgang til at løse udfordringerne i den enkelte borgers forløb har været afhængig af topledelsens opbakning til dette og delegering af beslutningsansvar til projektledelsen. Også dette perspektiv skal kunne fastholdes i en driftssituation. Her bliver det spørgsmålet om, i hvilken grad det på længere sigt kan accepteres, at det tværsektorielle team arbejder efter andre vilkår end de øvrige dele af de to sektorer. Ligeledes vil det være et spørgsmål om, i hvilken grad indsatsen kan sættes fri, samtidig med at der er en vis grad af styring af opgaveløsningen.

8.3.4 Fælles tværsektoriel undervisning understøtter

I alle projekter er det blevet understreget af både projektledelse, projektmedarbejdere og samarbejdspartnere, at fælles tværsektoriel undervisning understøtter samarbejdet i det tværsektorielle team. Her er undervisningen med til at give et fælles sprog og en fælles forståelse for rammer og muligheder. Ligeledes understøtter det generelt samarbejdet mellem sektorerne, og flere foreslår, at der generelt skal lægges mere vægt på tværsektoriel undervisning i den behandlings- og socialpsykiatriske indsats.

Disse spørgsmål giver erfaringerne fra de tre projekter ingen tydelige svar på.

8.3.5 Sprednings- og forankringsstrategi savnes

Det er et fælles fund på tværs af de tre projekter, at der ikke har været arbejdet med en strategi for, hvordan erfaring og læring fra de etablerede tværsektorielle teams kan forankres efter projektperiodens udløb. Ej heller har der været arbejdet med, hvordan erfaring og læring fra samarbejdet mellem den regionale psykiatri og de få projektkommuner kan spredes til samarbejdet mellem regional psykiatri og de øvrige kommuner i regionen.

Dette betyder, at der er en risiko for, at de erfaringer, der er gjort, ikke kan fastholdes i indsatsen, og at projekterne får en virkning af begrænset varighed på reduktionen af anvendelsen af tvangsindlæggelser. Dette gør sig i særlig grad gældende, hvor den tværsektorielle indsats har været bundet op på et fast team med egen selvstændig organisering, der ikke fortsættes efter projektperioden.

Størst sandsynlighed for at fastholde erfaringer og ny praksis er der formodentlig i Region Nordjylland, hvor det tværsektorielle team er forankret i eksisterende praksis og ikke er afhængig af en selvstændig driftsbevilling. Dog er der heller ikke her nogen tydeligt formuleret strategi for, hvordan det tværsektorielle fokus på samarbejdet og på en reduktion af antallet af tvangsindlæggelser skal fastholdes.

8.3.6 Uklare økonomiske konsekvenser

Trods de forbehold, der knytter sig til de kvantitative data, så er der effektueret en betydelig reduktion i antallet af indlæggelser henholdsvis med og uden tvang i alle projekter. Dette gør, at projekterne alt andet lige må betragtes som succesfulde, dog er det som med andre puljeprojekter, at midlerne er midlertidige, og finansieringen ophører med udgangen af projektperioden.

Der har ikke i projekterne været fokus på de økonomiske konsekvenser af indsatsen i de tværfaglige teams, hverken i forhold til omkostninger eller gevinster. De ressourcemæssige forhold har formodentlig betydelig indflydelse på mulighederne for at fastholde indsatsen i de tværsektorielle teams. Hvis det kunne vises, at den ekstra omkostning til drift af de tværsektorielle teams blev opvejet af reducerede udgifter til psykiatriske sengedage og tvangsindlæggelser, ville dette være et stærkt argument for at permanentgøre eller udvide en tværsektoriel indsats til nedbringelse af tvangsindlæggelser.

Tvangsindlæggelser er ressourcekrævende både økonomisk, når det kommer til arbejdstimer, ekstra foranstaltninger og risikoen for fysiske og psykiske arbejdsskader, men også menneskeligt for både personalet og i særdeleshed for borgerne. At koble en cost-effectiveness-analyse til projekterne ville gøre det muligt dels at beskrive de økonomiske konsekvenser, dels at vurdere projekternes potentiale i et større økonomisk og strategisk perspektiv.

8.4 Perspektivering

I dette afsnit perspektiveres resultaterne af den gennemførte evaluering, i forhold til hvor den indsamlede viden kan bringe feltet hen. Perspektiveringen sætter resultaterne i en bredere kontekst, hvor der suppleres med øvrig tilgængelig viden om såvel det faglige område som det tværsektorielle samarbejde og implementering og forandring i den offentlige sektor.

Det nytter!

Et centralt fund i evalueringen er, at *det nytter* at gøre en målrettet indsats for at nedbringe omfanget af indlæggelser generelt for mennesker, der har været udsat for tvangsindlæggelse. Det gælder både for mennesker, der har været udsat for én enkelt eller ganske få tvangsindlæggelser, og for mennesker, der har været udsat for gentagne tvangsindlæggelser gennem flere år. Indsatsen er således afprøvet på en ganske bred og relativt uselekeret gruppe af borgere med erfaring med tvangsindlæggelser, og der er derfor begrundet håb om, at en bred gruppe af patienter i psykiatrien vil kunne profitere af indsatsen. Et vigtigt yderligere fund i evalueringen, som supplerer reduktionen i antallet af indlæggelser med og uden tvang, er en reduktion i indlæggelsesvarighed, som ligeledes vidner om flere positive aspekter af indsatsen.

En helhedsorienteret og relationsbåret hurtig indsats

Den meget store variation på tværs af de tre afprøvede modeller for en tværsektoriel indsats betyder, at der ikke kan udledes et entydigt svar på, hvilke elementer der er mest virkningsfulde.

Det kan dog udledes, at hvis borgeren mødes med en indsats, der bygger på nedenstående elementer, så kan omfanget af tvangsindlæggelser sandsynligvis mindskes.

- Borgeren mødes i en ligeværdig dialog, hvor der tages udgangspunkt i borgerens egne ønsker, og der afsættes tid til udvikling af en tillidsfuld relation (dette vil endvidere styrke en recovery-orienteret tilgang til behandling af borgere med psykiske lidelser generelt).
- Der er regelmæssig og hyppig kontakt med borgeren og mellem relevante samarbejdspartnere.
- Indsatsen tager udgangspunkt i en helhedsorienteret problemforståelse og i en samordning på tværs af de relevante aktører, der har adgang til løbende gensidig, tværsektoriel sparring.
- Indsatsen baseres på såvel sundhedsfaglige som socialfaglige kompetencer samt kendskab til rammer, muligheder og begrænsninger i både den kommunale socialektor, den regionale sundhedssektor og frivillige civilsamfundsaktører. Dette kan med fordel suppleres med peerkompetencer.
- Der er let adgang til kontakt med kontaktpersoner for både borgere og samarbejdspartnere.

Hvis borgeren mødes med en indsats, der bygger på ovenstående elementer, vil der være mulighed for, at både borgeren og professionelle kan gribe tidligere ind ved en eventuel forværret tilstand hos borgeren. Den tidligere indgriben kan både handle om, at der iværksættes alternativer til indlæggelse, og at borgeren indlægges frivilligt for på denne måde at undgå tvangsindlæggelse og mindske behovet for indlæggelse generelt.

Evalueringen peger på, at der ikke er én organisatorisk model, der kan fremhæves frem for andre i det tværsektorielle samarbejde. Dette betyder, set med optimistens blik, at indsigterne om kompetencer og indsats fra denne evaluering kan indlejres i allerede eksisterende organiseringer, hvilket alt andet lige vil lette implementeringen af en styrket indsats.

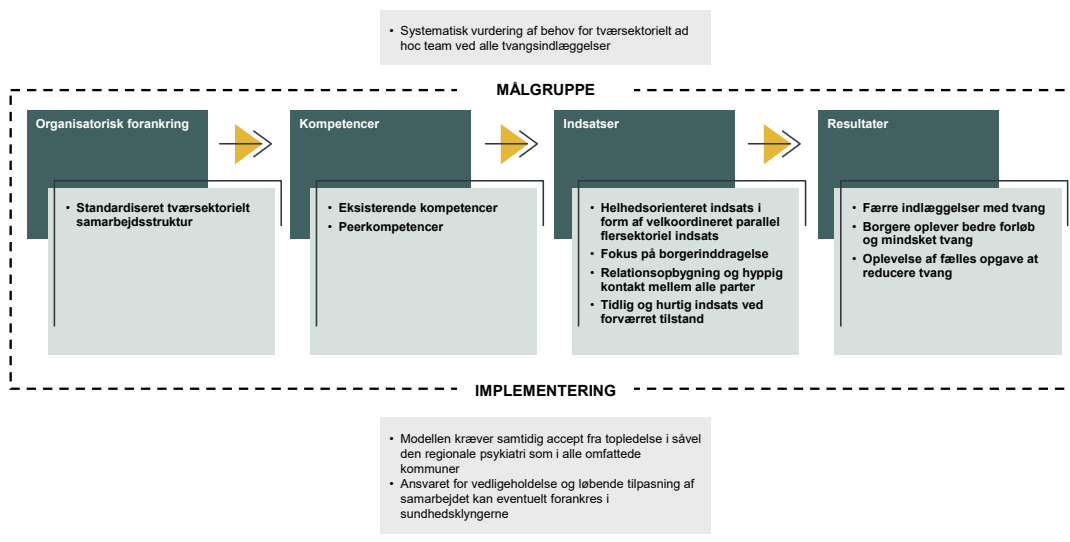
Mulig fremtidig model for indsats

Den gennemførte evaluering gør os ikke klogere på de samlede økonomiske konsekvenser af den målrettede tvangsindlæggelsesreducerende indsats. Der kan derfor ikke med udgangspunkt i evalueringen peges på den mest omkostningseffektive model for indsatsen. Når vi inddrager erfaringer fra andre evalueringer og generel viden om økonomiske omkostninger og gevinster, kan vi alligevel give et billede af en mulig fremtidig model, der kan være interessant at afprøve nærmere i praksis.

Implement vurderer således, at en model bygget på hypotesen om en sammenhæng mellem indsats og resultater, som skitseret i konklusion F ovenfor, vil være mest ressourceeffektiv og desuden nemmest at implementere inden for de eksisterende organisatoriske rammer – forudsat at modellen kombineres med en standardiseret samarbejdsstruktur og samordning af eksisterende kompetencer omkring borgeren.

Ligeledes vurderes denne model også at kunne fungere organisatorisk inden for rammerne af de kommende sundhedsklynger, hvor det tværsektorielle samarbejde kan understøttes gennem klyngesamarbejdet.

Figur 8.6: Mulig fremtidig model



Modellen bygger på idéen om et standardiseret samarbejde mellem den regionale psykiatri og den kommunale indsats med de aktører, der i forvejen er tilknyttet den pågældende indsats. Således er den konkrete indsats forankret hos et team sammensat til netop den konkrete opgave. Der kan trækkes på de i forvejen eksisterende kompetencer i de respektive sektorer og suppleres med peerkompetencer, som ikke nødvendigvis er til stede i indsatsen i dag. Endvidere bør der være fokus på at inddrage borgerens ønsker til sammensætningen af teamet.

Det er således et bud på en generel samarbejdsmodel, der vil kunne fungere som fundamentet for et bredt tværsektorielt samarbejde, der har fokus på mere end kun en reduktion af tvang.

I forhold til selve indsatsen skal denne i højere grad end i dag være en helhedsorienteret og relationsbåret hurtig indsats, som beskrevet i de fire punkter i afsnittet ovenfor om dette.

Fordelen ved netop denne model er først og fremmest, at den kan implementeres i det eksisterende organisatoriske landskab uden større tilpasninger, og uden at nye ledelsesstrenge skal opbygges. Vi undgår således, at der opbygges nye og særlige enheder med et særligt fokus for i stedet at udbygge og styrke den eksisterende indsats.

Dog skal det tværsektorielle ansvar for fastholdelse og løbende tilpasning af samarbejdet placeres tydeligt i samarbejdet om tvangsreduktion på såvel topledelsesniveau som driftsnært ledelsesniveau.

Denne model vil formodentlig ikke kræve et væsentligt større ressourceforbrug per borger til drift, da der ikke arbejdes med en generel opnormering af indsatsen. Det skal dog understreges, at der ikke er gennemført en økonomisk evaluering af elementerne i modellen, hverken i forhold til omkostninger eller gevinster.

Supplerende specialteam til de mest komplicerede borgerforløb

Den ovenfor præsenterede model kan eventuelt suppleres med en indsats til de mest komplicerede borgerforløb, som kræver en meget tæt og intensiv indsats. Denne hypotese bygger på en tilpasset udgave af det tværsektorielle team, som det ser ud i Region Sjælland. Her skal teamet blot suppleres med handlekompetencer på det kommunale socialområde og med en tværsektoriel ledelse.

Dette team vil kunne udvikle en højt specialiseret fællesfaglighed og vil kunne "overtage" den samlede sundhedsfaglige og socialfaglige indsats for borgeren i en integreret og helhedsorienteret indsats. Samlet set kan indsatsen beskrives som i figuren nedenfor.

Figur 8.7: Supplerende indsats til særligt komplicerede forløb



Tid og strategi

Baseret på såvel projektejernes som projektledernes oplevelse er der behov for mere tid til implementering af den tværsektorielt baserede indsats, end der har været tænkt ind i dette projektforsøg. Det er vurderingen, at der fremadrettet i forbindelse med implementering af en mulig model skal arbejdes med en langt tydeligere projektoptimeringsstrategi og en tydeligere understøttelse af implementeringsprocessen. Ligeledes er det centralt, at der fra starten af et forløb, hvor en tvangsindlæggelsesreducerende indsats skal indføres, lægges en tydelig strategi for, hvordan den nye praksis skal forankres på længere sigt, herunder hvordan indsatsen skal finansieres.

I et udviklingsperspektiv viser evalueringen, at der kan være stor gavn af en systematisk og løbende opmærksomhed på, hvilke borgergrupper der tvangsindlægges med henblik på udvikling af indsatsen. Det vil således være vigtigt at koble et tværsektorielt, strategisk ansvar til samarbejdet om den tvangsreducerende indsats. Det strategiske ansvar skal både sikre, at fokus fastholdes på den tværsektorielle samarbejdsstruktur, og samtidig sikre fortsat udvikling af indsatsen til specifikke målgrupper. Også her er dette forhold, som med fordel kan indtænkes i den videre operationalisering af arbejdet i sundhedsklyngerne.

9 Metode

I dette afsnit uddybes evalueringsdesignet, som præsenteret i kapitel 2, med overvejelser om datakilder og metodemæssige overvejelser og forudsætninger.

9.1 Datakilder

Evalueringen gør brug af såvel kvalitative som kvantitative datakilder. I det følgende præsenteres de konkrete datakilder, der anvendes til at besvare evalueringens undersøgelsesspørgsmål.

9.1.1 Kvalitative datakilder

Der er i forbindelse med evalueringen gennemført en række interviews med relevante aktører i de tre projekter for at afdække oplevede erfaringer med implementering. Der har ligeledes været fokus på udfordringer og muligheder i arbejdet med de tværsektorielle teams i praksis samt på at sikre en nuancering af de kvantitative data. Der er således gennemført fokusgruppeinterviews med følgende interessenter i hvert af projekterne:

- Styregruppen, bestående af de overordnede ledere for projektet i kommuner og region.
- Projektledelsen, bestående af ledere og udviklingskonsulenter i region og kommune, der har haft dagligt ansvar for projektet.
- Projektmedarbejdere fra kommune og region, som har været en del af projektarbejdet.
- Samarbejdspartnere, herunder projekternes vigtigste regionale og kommunale samarbejdspartnere, samt repræsentanter for almen praksis, der har været påvirket af projektarbejdet.

I forbindelse med evalueringen er der ligeledes gennemført en række interviews med borgere og pårørende, der har været i kontakt med et af de tre tværsektorielle teams i forbindelse med en tvangsindlæggelse. Interviewene er ikke repræsentative på tværs af de mange og differentierede borgere, der har været i målgruppen for teamindsatsen på tværs af de tre regioner, men de fungerer som vigtige udsagn, der nuancerer erfaringerne med de tværsektorielle teams set fra en borgervinkel.

Interviewene har, afstemt efter deltagerne, været tilrettelagt med afsæt i følgende hovedtemaer:

- Vurdering af relevans og kvalitet af teamets indsatser til målgruppen.
- Vurdering af relevans og kvalitet af teamets indsatser til personalet med henblik på kompetenceudvikling.
- Vurdering af teamets betydning for det øvrige samarbejde mellem sektorerne.
- Vurdering af resultaterne af teamet for nedbringelse af tvang.
- Vurdering af andre resultater af teamet.
- Vurdering af implementeringsprocessens betydning for resultaterne.
- Vurdering af, om noget har overrasket særligt positivt eller negativt gennem projektarbejdet.

9.1.2 Kvantitative datakilder

De kvantitative data, der anvendes i evalueringen, udgøres af historiske data samt løbende registreringer i de tre projekter i projektperioden. Det er forskelligt fra projekt til projekt, hvilke data det har været muligt at levere, men flere datasæt indeholder følgende:

- Antal indlæggelser i psykiatrien
- Antal indlæggelser med tvang i psykiatrien og somatikken
- Tvangsindlæggelsesindikation (helbreds- eller farekriteriet)
- Anvendelse af andre typer af tvang
- Demografiske data, for eksempel køn, alder, boform etc.
- Trivselsmålinger
- Brugertilfredshedsmålinger

Grundet variation i de tre projekters design, målgruppe, udførelse og inklusionskriterier for borgere i projektet er der en lang række styrker, men også begrænsninger, ved datakilderne, der har betydning for fortolkningsmulighederne. Disse gennemgås i afsnit 0: Metodiske overvejelser og forudsætninger i den kvantitative dataanalyse.

9.1.3 Samlet dataoverblik

Nedenfor vises et samlet overblik over data fra de tre projekter.

Tabel 2: Samlet overblik over data fra de tre projekter

	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland
Projektdokumenter	Projektansøgning Statusrapport fra midtvejsevalueringen Medarbejderoversigt	Projektansøgning Statusrapport fra midtvejsevalueringen Skabeloner til dagsorden til møder i Patientens Team Patientpjece "Vi arbejder sammen i Patientens Team" Evalueringsspørgsmål til møder i Patientens Team Aftaleark til møder i Patientens Team Samtykkeerklæring Sparring – invitation til fællesfaglig drøftelse	Projektansøgning Statusrapport fra midtvejsevalueringen
Interviews med professionelle	I alt 18 informanter fra: Styregruppen: <ul style="list-style-type: none"> • Seks ledere fra region og kommune Projektledelsen: <ul style="list-style-type: none"> • To ledere fra kommune og region 	I alt 23 informanter fra: Styregruppen: <ul style="list-style-type: none"> • Otte ledere fra kommune og region Projektledelsen: <ul style="list-style-type: none"> • To ledere fra kommune og region 	I alt 10 informanter fra: Projektledelsen: <ul style="list-style-type: none"> • To ledere fra region Projektmedarbejdere: <ul style="list-style-type: none"> • Fire DIT-team-medarbejdere fra kommune og region

	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland
	<p>Projektmedarbejdere:</p> <ul style="list-style-type: none"> Seks medarbejdere fra region og kommune <p>Samarbejdspartnere:</p> <ul style="list-style-type: none"> To kommunale medarbejdere fra Rådgivning og visitation for voksne To sundhedsfaglige medarbejdere fra psykiatrien 	<p>Psykiatriledelsen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fire ledere fra psykiatrien <p>Arbejdsgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Seks medarbejdere fra kommune og region <p>Medarbejdere:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tre medarbejdere fra kommune og region 	<p>Samarbejdspartnere:</p> <ul style="list-style-type: none"> En kommunal medarbejder fra jobcenter En regional medarbejder i psykiatrisk akutmodtagelse To regionale medarbejdere i psykiatrien
Interviews med borgere og pårørende	Interviews med fire borgere og to pårørende.	Interviews med tre borgere.	Interviews med fire borgere.
Projektregistreringer	<p>Logbøger, herunder dokumentation og evaluering af konkrete indsatser.</p> <p>Referater fra netværksmøder.</p>	<p>Patientevalueringer af de enkelte møder i Patientens Team.</p> <p>Projektlog.</p>	Skema over borgere, opstartsdato.
Kvantitative data om tvangsindlæggelser og andre borgerregistreringer	<p>Registrering af antallet af indlæggelser med og uden tvang før og under projektet.</p> <p>Målinger af selvskade.</p> <p>Trivselsmålinger via WHO-5-skema.</p>	<p>Registreringer af antallet af indlæggelser med og uden tvang, indlæggelsesårsag samt antal møder holdt om den enkelte patient.</p> <p>Supplerende data i form af køn, alder, hjemkommune, boform og diagnose.</p>	<p>Registreringer af antallet af indlæggelser med og uden tvang samt brugen af andre tvangsforanstaltninger.</p> <p>Supplerende data, blandt andet køn, alder, hjemkommune, kommunal støtte, boform, diagnose, misbrug.</p> <p>Trivselsmålinger via følgende skemaer: WBS, K10, SDS, RSES, GSE og PSS.</p> <p>Brugertilfredshed vurderet via CSQ-skema.</p>
Øvrigt		<p>Samarbejds møde med praktiserende læger.</p> <p>Evaluering af dagsorden og aftaleark.</p> <p>Medarbejderevaluering af afsluttede forløb.</p> <p>Patientevaluering.</p>	

9.2 Metodiske overvejelser og forudsætninger i den kvantitative dataanalyse

En væsentlig datakilde til evaluering af projekterne og vurderingen af resultatet af de tværsektorielle teams er de kvantitative data genereret i de tre projekter. For at kunne anvende og tolke data på en meningsfuld måde er der imidlertid visse rammer samt begrænsninger for den lokale dataindsamling, der indgår som en forudsætning for analysen. Disse udfoldes i det følgende.

9.2.1 Gentagne målinger

Helt overordnet indeholder data for alle tre delprojekter gentagne målinger for de samme borgere fra før inklusion i projektet samt under inklusion i projektet. Generelt er gentagne målinger på samme borger at betragte som valide data, da variationen mellem individer elimineres, og borgeren udgør sin egen kontrol.

9.2.2 Ændringer i borgerens tilstand

Borgernes grundmorbus, den psykiske sygdom, er ikke en stabil tilstand, og der kan således være pludselig forværring såvel som bedring. Psykisk sygdom er påvirkelig af eksterne faktorer i borgernes liv og kan ændre sig over tid. Disse fluktuationer og deres betydning for risikoen for indlæggelse i psykiatrien med eller uden tvang er et grundvilkår for data. Det er således en variation, der vil være gældende for alle borgere på tværs af projekter samt for såvel perioden før som under projektet.

9.2.3 Diagnoser

I hvert af de tre projekter er der inkluderet borgere med forskellige diagnoser, herunder autismespektrumforstyrrelser, alkohol- og cannabisafhængighedssyndrom, personlighedsforstyrrelser samt mani og bipolar lidelse. Det er diagnoser med forskellig psykiatrisk fænotype og forskellige behandlingsmuligheder og remissionsrater, hvilket bidrager med stor variation i hvert af projekterne.

9.2.4 Overvejelser om de kvantitative datas kvalitet på tværs

Den store variation mellem projekterne samt vide rammer for inklusion i projekterne vanskeliggør entydige konklusioner om sammenhænge i forhold til reduktionen i brugen af tvang.

På tværs af de tre projekter er der samtidig stor forskel i valg af metode, inklusionskriterier og den indsats, der tilbydes af de tværsektorielle teams, hvilket vanskeliggør sammenligninger på tværs.

Endelig er de kvantitative data indhentet på forskellig vis. Nogle er trukket fra Sundhedsplatformen med forskellige tidshorisonter, mens andre data er fremkommet via manuel tælling, hvilket grundlæggende giver nogle forskellige metodiske begrænsninger og styrker de tre projekter imellem.

Nedenfor følger derfor en gennemgang af data samt metodiske overvejelser specifikt for hvert projekt.

Liv uden Tvang: I Projekt Liv uden Tvang i Region Midtjylland er der inkluderet 28 borgere løbende over 2½ år, heraf fem borgere, som ikke har været udsat for tvang i 2 år op til projektet eller under projektperioden. De fem borgere falder uden for målgruppen for projektet og ekskluderes derfor fra de kvantitative analyser af resultaterne.

Nedbringelse af tvangsindlæggelser: I Projekt Nedbringelse af tvangsindlæggelser i Region Nordjylland er der inkluderet 72 borgere løbende over 2½ år. Alle borgere er inkluderet i forbindelse med en tvangsindlæggelse. De inkluderede borgere kan have fire mulige forløb:

- Inklusionsindlæggelsen er eneste indlæggelse (forløb A)
- Der er indlæggelser op til inklusionsindlæggelsen (forløb B)
- Der er indlæggelser før og efter inklusionsindlæggelsen (forløb C)
- Der er alene indlæggelser efter inklusionsindlæggelsen (forløb D)

Nedenstående tabel viser fordelingen af borgere på de fire typer af forløb. Inklusionsindlæggelsen tæller med i antallet af indlæggelser "før projektet."

Tabel 3: Illustration og fordeling af antallet af borgere per forløb

A:		Forløb	A	B	C	D	Total
B:	→	Antal borgere	18	23	22	9	72
C:	→						
D:	→						
	Inklusions indlæggelsen						

Den løbende inklusion i projekterne gør, at borgerne bidrager med forskellige risikoperioder, ligesom der er inkluderet borgere med store forskelle i tvangshistorik, som vil bidrage med forskellig vægt til analyserne. For at undersøge betydningen heraf er der foretaget en underanalyse af borgere med forløb C med ens tidsinterval før og efter inklusionsindlæggelsen, som viser den samme tendens som de overordnede udregninger (Figur 11.10, bilag). Der er en samlet nedgang i antallet af indlæggelser generelt og også af indlæggelser med tvang. Formentlig er de usikkerheder forbundet med data gennemgående for hele datasættet og derfor af mindre betydning for resultaterne.

DIT-team: I Projekt DIT-team i Region Sjælland er der løbende inkluderet 16 borgere over 2½ år, hvoraf fem ikke har været udsat for tvang. De fem borgere er ekskluderet fra de kvantitative resultatanalyser, da de ikke er en del af målgruppen for projektet. Data om tvang er kun trukket fra Psykiatrien Vest i Region Sjælland. Tvang i andre dele af regionen eller i en anden region fremgår således ikke af tallene. Indlæggelsesdata viser reelt antallet af kontakter og ikke forløb, hvorfor interne overflytninger tæller med som en ny indlæggelse. Derfor er alle kontakter, som ikke er med Psykiatrien Region Sjælland, frasorteret. Begge fejlkilder er gennemgående for datasættet før og under projektet og må derfor forventes ikke at skævvride data. Derudover er der en mindre tidsdiskrepans mellem de to datatræk, da indlæggelsesdata er fra 25. november 2017 (opstart af Sundhedsplatformen), mens data på tvang er fra d. 1. januar 2017.

9.2.5 Generelt

Opfølgende data på perioden efter projektets afslutning er uden for evalueringsrammen, hvorfor data ikke kan anvendes til en vurdering af, hvorvidt det er en langsigtet og mere permanent virkning af de tværsektorielle teams indsats.

Indholdet i de tværsektorielle teams indsats, samt hvad der virker, kan ligeledes ikke konkluderes på baggrund af de kvantitative data. Data bruges således i samspil med de kvalitative data og som en illustration af en ændring med flere mulige årsager.

10 Bilag 1: Uddybende projektbeskrivelser

I dette afsnit præsenteres hvert af de tre projekter. Projekterne præsenteres, som de fremstår ved slutevalueringen – det vil sige i efteråret 2021.

10.1 Projekt Liv uden Tvang

Projekt Liv uden Tvang er gennemført i et samarbejde mellem Psykiatrien i Region Midtjylland, Aarhus og Favrskov Kommune.

10.1.1 Målgruppen

Borgerne, der har fået tilbudt en særlig indsats fra Projekt Liv uden Tvang, er bosat i Aarhus eller Favrskov Kommune og har haft mindst én forudgående tvangsindlæggelse i forbindelse med en psykisk lidelse inden for det affektive spektrum. 28 borgere har været omfattet af indsatsen i projektperioden. Borgerne har som hovedregel haft oplevelser med selvskadende adfærd.

En del borgere i projektet har boet i botilbud, og nogle borgere har boet i egen selvstændig bolig.

10.1.2 Organisering

Projektet har været organiseret omkring et fast, samlokaliseret team, hvor der har været ansatte fra såvel den kommunale socialforvaltning som fra den regionale behandlingspsykiatri. Der har ligeledes været flere ledelsesstrøge i teamet, hvor de regionalt ansatte medarbejdere har haft personaleledelse hos deres respektive regionale leder, mens de kommunalt ansatte har haft personaleledelsen hos deres respektive kommunale ledere.

Alle medarbejdere tilknyttet teamet har samtidig været ansat i deres "normale" ansættelse i henholdsvis region og kommune. Dette er valgt for at fastholde en solid forankring i den daglige "almindelige" praksis. Det tværsektorielle i teamet er således tydeligt i både ledelse og i medarbejdernes fastholdelse af kontakten med hver deres sektor i det daglige arbejde. Samtidig taler medarbejderne i teamet selv om, at deres position er "neutral" – at de hverken er kommunale eller regionale og således måske snarere sektorfri end tværsektorielle.

Teamet har i høj grad været udgående, men har mødtes fast hver fredag til fælles supervision og sparring.

Den daglige ledelse er blevet varetaget af projektledelsen, der har bestået af et topersonersteam fra kommune og region.

10.1.3 Medarbejdere

Der har været flere medarbejdere ansat i teamet i løbet af projektperioden. Ved projektets afslutning var der ni medarbejdere med en ugentlig arbejdstid på mellem seks og 25 timer. Medarbejderne har fordelt sig på en række social- og sundhedsfaglige uddannelser, ligesom der har været medarbejdere med brugererfaring:

- Specialpsykolog, region
- Peermedarbejder, kommune og region
- Sygeplejerske, region
- Psykologistuderende, region
- Fysioterapeut, region
- Socialrådgiver, kommune
- Pædagog, kommune
- Ergoterapeut, kommune

Medarbejderne har perioden igennem været ansat dels i det tværsektorielle team, dels i en sektorspecifik kommunal eller regional stilling.

10.1.4 Den borgerrettede praksis i det tværsektorielle team

Hver borger, der har været optaget i projektet, har som udgangspunkt fået tilknyttet to faste kontaktpersoner fra det tværsektorielle team for at sikre stabilitet, kontinuitet og løbende mulighed for kontakt med borgeren.

Kontaktpersonernes opgave har været at støtte borgeren i at forebygge nye tvangsindlæggelser – både ved at arbejde med borgeren selv og ved at støtte borgeren i kontakten med andre professionelle.

Kontakten med borgeren har bestået af besøg i hjemmet, besøg på psykiatrisk afdeling under indlæggelser, sms-kontakt, telefonisk kontakt, deltagelse i netværksmøder, udskrivelsessamtaler og deltagelse i møder med andre aktører.

Endvidere har teamet arbejdet med tilgangen Åben Dialog og har i den forbindelse været initiativtagere til afholdelse af Åben Dialog-samtaler. Hvor det har været relevant og muligt, har pårørende og øvrige professionelle deltaget i disse (flere gange med tværsektoriel deltagelse, som for eksempel personale fra botilbud og fra sengeafsnit).

Kontakten har været tilrettelagt meget fleksibelt alt efter vurderingen af borgerens behov, og der har været stor opmærksomhed på at være opsøgende og fleksibel i kontakten med borgeren.

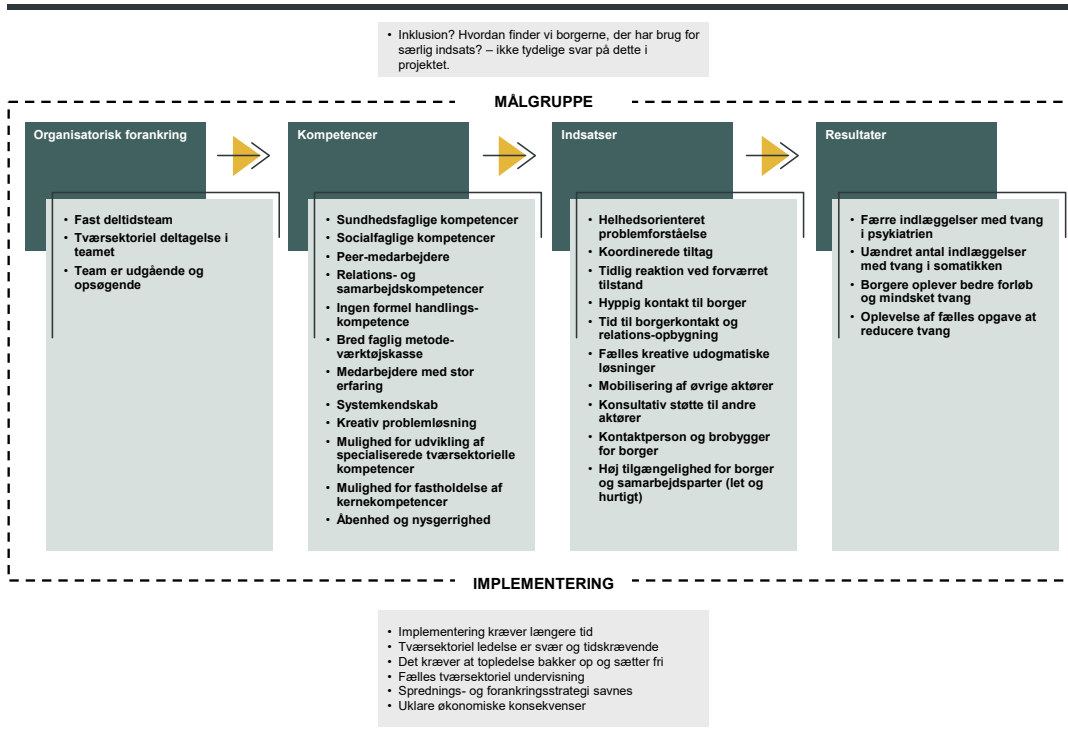
Kontakten har mest bestået i samtaler, og her er der trukket på en bred vifte af metoder og tilgange, hvor særligt Åben Dialog, en traumebevidst tilgang og compassion-fokuseret terapi har været centrale, fælles fokuspunkter.

En stor del af opgaven for kontaktpersonerne har været at støtte borgeren i kontakten med andre aktører. I særlig grad har dette handlet om kontakten med behandlingspsykiatrien, men også med andre aktører som for eksempel borgerens arbejdsplads ved tilbagevenden til arbejde efter en indlæggelsesperiode.

10.1.5 Øvrige aktiviteter

Der har i projektperioden været gennemført fælles undervisning for medarbejderne i projektteamet. Her har der været fokus på fælles tilgange og metoder i arbejdet med borgerne.

Figur 10.1: Opsummering som forandringsteori



10.2 Projekt Nedbringelse af tvangsindlæggelser

Projektet er et samarbejde mellem Region Nordjyllands Klinik Psykiatri Syd og fire kommuner, henholdsvis Aalborg, Mariagerfjord, Rebild og Vesthimmerlands Kommune.

Projektet er en videreudvikling og intensivering af erfaringerne med Patientens Team fra et tidligere projekt mellem Aalborg Kommune og psykiatrien i Region Nordjylland. I videreudviklingen af teamets arbejde har der været et særligt fokus på at nedbringe antallet af tvangs- og konfliktfyldte indlæggelser.

10.2.1 Målgruppen

Målgruppen for projektet er borgere over 18 år, der er bosat i en af de fire kommuner, og som har haft minimum én indlæggelse med tvang i projektperioden.

Der har i alt været forløb med 72 borgere som en del af projektet. Derudover er der indhentet samtykke fra yderligere et antal borgere til at indgå i et forløb, hvor forløbet ikke er sat i gang efterfølgende. Dette kan for eksempel være, fordi borgerne har sagt ja til at indgå i forbindelse med indlæggelsen, men efterfølgende har trukket samtykket tilbage eller har givet et ukomplet samtykke.

10.2.2 Organisering

Teamet er tværsektorielt sammensat med udgangspunkt i den enkelte borger, og teammedlemmerne er organiseret med såvel daglig ledelse som personaleledelse i deres respektive ansættelsesforhold. Tovholder- og koordineringsfunktionen er hos enten en kommunal sagsbehandler eller en medarbejder, der varetager denne rolle på tværs af sager i kommunen. I Aalborg Kommune er en medarbejder frikøbt som tovholder for alle forløb i projektperioden.

Projektledelsen varetages af en tværkommunal og en regional projektleder i fællesskab.

10.2.3 Personalet tilknyttet projektet

Patientens Team sammensættes ad hoc med udgangspunkt i, hvilke fagprofessionelle på tværs af sektorer der er aktive aktører i borgerens hverdag og er relevante i forhold til indsatsen. Der er i langt størstedelen af forløbene tværsektoriel deltagelse i teamet med regional psykiatrisk behandling repræsenteret. Derudover vil der som udgangspunkt være såvel sundhedsfaglige som socialfaglige kompetencer repræsenteret.

Bruttolisten i forhold til mulige deltagere er:

- Den kommunale tovholder
- Socialrådgiver i psykiatrien
- Behandler(e) i psykiatrien
- Praktiserende læge
- Botilbud/bostøtte/støttekontaktperson
- Rådgiver i myndighedsafdeling
- Rådgiver i jobcenter
- Udskrivningskoordinator/mentor
- Hjemmeplejen/hjemmesygeplejen
- Andre – rådgiver i familieafdelingen, misbrugsafdelingen eller lignende
- Pårørende eller andre relevante personer for sagen

Sammensætningen af teamet aftales i tæt samarbejde med borgeren.

10.2.4 Den borgerrettede praksis i det tværsektorielle team

Projektet er en videreudvikling og intensivering af erfaringerne med Patientens Team fra et tidligere projekt mellem Aalborg Kommune og psykiatrien i Region Nordjylland. I videreudviklingen af teamets arbejde har der været et særligt fokus på at nedbringe antallet af tvangsindlæggelser og konfliktfyldte indlæggelser.

Patientens Team sammensættes med udgangspunkt i den enkelte borger i forbindelse med indlæggelse, og hensigten er at samle alle relevante samarbejdspartnere omkring borgeren. Dette gøres med henblik på i fællesskab at sikre en sammenhængende indsats og dermed forebygge yderligere problemudvikling, herunder også nye tvangsindlæggelser.

Teamet sammensættes så hurtigt som muligt i borgerens forløb i forbindelse med en tvangsindlæggelse efter indhentelse af samtykke, hvor alle relevante parter omkring borgeren på tværs af sektorer afdækkes og inkluderes. Der er udarbejdet en informationspjece til borgerne i projektet, der kort introducerer til Patientens Team.

I forbindelse med projektet er praksis i Patientens Team intensiveret med:

- Kvalificering af indhold i udskrivningsaftale med særligt fokus på tvangsreducerende aftaler og indsatser
- En fast og hyppig mødekadence hver tredje måned som minimum, der muliggør forebyggelse af problemudvikling, samt en løbende opfølgning på og justering af aktuelle aftaler.
- Involvering af en bredere gruppe i Patientens Team, eksempelvis hjælpere fra bosteder samt egen læge.
- En stafetholder, der sørger for indkaldelse til møder i Patientens Team samt referat og opfølgning på aftaler.
- En fast dagsorden med indarbejdet fokus på at undgå indlæggelser.
- Et aftalereferat til borgeren og alle deltagere i teamet.
- Evaluering af møder i teamet med borgerne.

Omdrejningspunktet for møderne i Patientens Team har været et eksplicit fokus på forebyggelse af ny indlæggelse med tvang. Dette gøres eksempelvis ved igangsættelse af sundhedsfaglige og socialfaglige indsatser som supplement til den hjælp, som i øvrigt ydes til borgeren. Sigtet med disse indsatser er, at de er af midlertidig karakter, og at behandling og social støtte primært varetages af de medarbejdere i Patientens Team, som sædvanligvis arbejder med og er kendte af borgeren.

Dagsordenen for møderne i Patientens Team er bygget op om følgende overordnede faste punkter:

- Velkomst og præsentation
- Opfølgning på aftaler
- Borgerens ønsker til mødet
- Vigtige emner bordet rundt
- Særlige forhold til forebyggelse af ny tvangsindlæggelse
- Aftaler til udskrivningsaftale/koordinationsplan
- Fælles opsummering af aftaler
- Dato for næste møde og udpegning af stafetholder

Møderne i Patientens Team bliver ligeledes brugt til fællesfaglig sparring og erfaringsudveksling og vidensdeling på tværs af sektorer. Det kan for eksempel være i forhold til konflikthåndtering, deeskalering, psykopatologi, medicin, selvskade, udarbejdelse af beboerplan, socialpædagogisk tilgang og metodik eller et andet emne, som er relevant at udfolde i fællesskab. Generelt har der været opmærksomhed på at bygge bro og overføre tiltag og indsatser fra én situation og sektor til en anden.

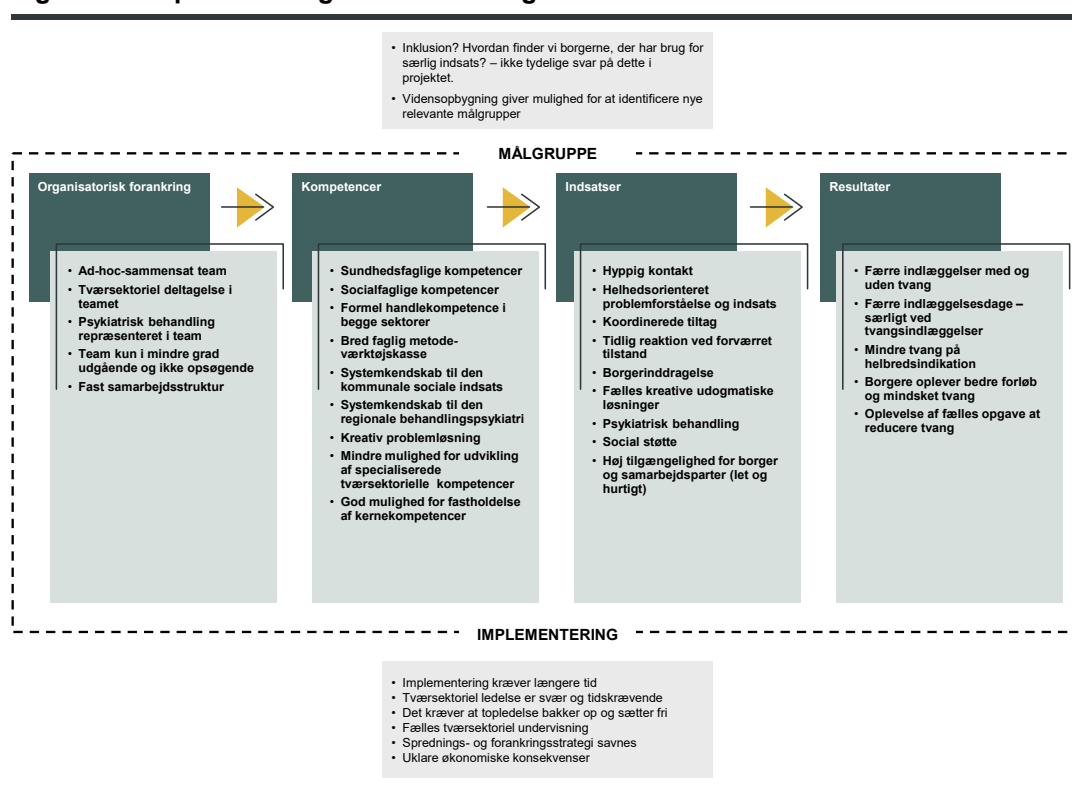
Teamet er ikke som udgangspunkt i højere grad udgående eller opsøgende, end den enkelte teamdeltager i kraft af sin funktion har været i forvejen.

10.2.5 Øvrige aktiviteter – projektets ikke direkte borgerrettede indsatser

Der er i forbindelse med projektet afholdt kompetenceudvikling på tværs med en temadag for kommunalt ansatte om nedbringelse af tvang.

Derudover har arbejdsgruppen afholdt samarbejds møde med praktiserende læger på tværs af de fire kommuner med henblik på at indsamle fælles viden om, hvordan tvangsindlæggelser kan forebygges.

Figur 10.2: Opsummering som forandringsteori



10.3 Projekt DIT-team

Projekt DIT-team – Dialektisk Intensivt Tværsektorielt team med henblik på nedbringelse af tvang – er gennemført i et samarbejde mellem Psykiatrien i Region Sjælland og Slagelse og Ringsted Kommune.

10.3.1 Målgruppen

Målgruppen for projektet er borgere over 18 år med enten svær selvdestruktiv adfærd eller psykisk syge borgere med komplekse problematikker, som tidligere har været tvangsindlagt. Borgerne bor alle på døgn- og botilbud eller botilbudslignende tilbud i en af de to kommuner.

I projektperioden har i alt 16 borgere været tilknyttet Projekt DIT-team, henholdsvis to fra Ringsted Kommune og 14 fra Slagelse Kommune. Fem af disse borgere har ikke oplevet tvang, men blev vurderet som værende i risiko for tvang, uden at det dog er kommet dertil.

10.3.2 Organisering

Teamet har været organiseret og fysisk samlokalisert i Psykiatrien Vest i Slagelse. Deltagerne i teamet er fuldtidsansat og har derfor haft mulighed for daglig sparring internt samt mulighed for at besøge tilknyttede borgere, såfremt de har været indlagt.

Den daglige ledelse samt personaleledelse i projektet er varetaget af den tilknyttede speciallæge i psykiatri.

10.3.3 Personalet tilknyttet projektet

DIT-team er et fast team bestående af fuldtidsmedarbejdere med følgende baggrund:

- To sygeplejersker, region
- En psykolog, region
- En socialrådgiver, kommune (uden myndighedskompetence)
- En peermedarbejder, region

Alle medarbejderne i DIT-team har fungeret som projektmedarbejdere i teamet og har bidraget med hver deres fagekspertise.

Ved projektets start var der tilknyttet to socialrådgivere fra Slagelse Kommune på deltid. De to deltidstillinger blev undervejs sammenlagt til én fuldtidssocialrådgiverstilling. Den tilknyttede socialrådgiver er ansat som projektmedarbejder og har derfor ikke myndighedskompetence med ind i teamet. Socialrådgiverens rolle har således været at bringe viden om den kommunale praksis, muligheder og rammer ind i teamet.

Derudover har teamet haft en speciallæge i psykiatri fast tilknyttet til sparring angående udredninger, diagnosticering og medicinsk behandling.

10.3.4 Den borgerrettede praksis i det tværsektorielle team

Borgerne er blevet tilbudt indsatsen af DIT-team, enten under indlæggelse i den regionale psykiatri eller ved kontakt med en ambulant psykiatrisk indsats. Herefter er et opstartsmøde blevet afholdt, hvor også den tilknyttede speciallæge har deltaget. Ved dette møde er der blandt andet blevet taget stilling til, om borgeren skulle udredes på ny. Borgeren har herefter fået tilknyttet en primær og en sekundær kontaktperson fra teamet, og teamet har varetaget den psykiatriske behandlingsindsats for borgeren.

Teamet har været udgående og opsøgende og har gennem et intensivt relationsarbejde haft en støttende og koordinerende funktion for borgeren. I praksis har indsatsen indeholdt:

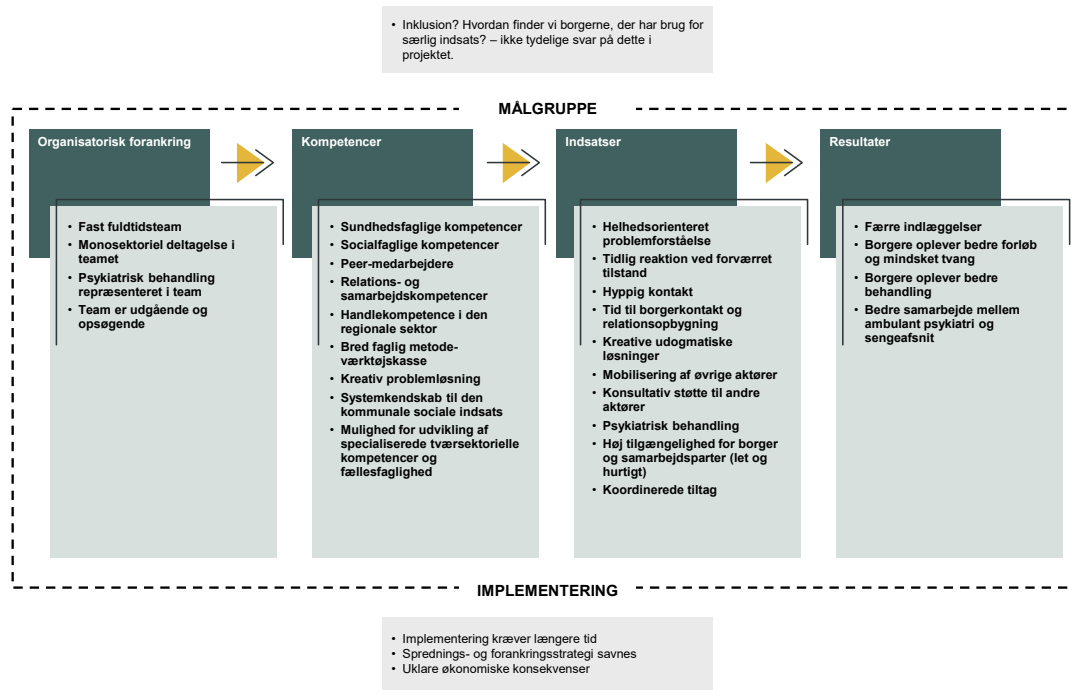
- Dialektisk adfærdsterapi
- Mulighed for justering og skift af medicin samt udredning
- Fast og hyppig kontakt – selv når borgere har afvist teamet, har de været insisterende og opsøgende
- Flexibilitet i arbejdstider, mødesteder og behandlingsform – herunder særordninger for borgere, der ikke var interesserede i "almindelig" behandling
- En koordinerende funktion for alle instanser omkring borgeren – bosteder, jobcenter, sengeafsnit etc. Dette gælder ligeledes i forbindelse med særordninger

DIT-team har fast afholdt ugentlige "mandagsmøder" af to timers varighed. Her har hele teamet samt den tilknyttede speciallæge deltaget. På disse møder har der været en fast struktur, hvor borgerforløbene er blevet drøftet. Der er desuden blevet lagt en videre plan for borgerne samt været mulighed for sparring. Der er blevet ført referat ved hvert møde.

10.3.5 Øvrige aktiviteter – projektets ikke direkte borgerrettede indsatser

Hele DIT-teamet har gennemført undervisning i dialektisk adfærdsterapi (DAT), da det ikke var muligt at ansætte sundhedspersonale med ambulant psykiatrierfaring eller psykoterapiuddannelse i teamet.

Figur 10.3: Opsummering som forandringsteori



11 Bilag 2: Analyse af udviklingen i omfanget af tvangsindlæggelser og øvrige kvantitativt belyste resultater af indsatserne

I dette afsnit følger en mere fyldestgørende præsentation af de kvantitative data, der supplerer de centrale konklusioner i kapitel 4 – Resultater. Således vil hvert af de tre projekter have et afsnit nedenfor, hvor resultaterne udfoldes og uddybes, samt en del supplerende data præsenteres.

For præsentationen af data og de konklusioner, som kan udtrages, gør forudsætningerne, som beskrevet i afsnit

Metodiske overvejelser og forudsætninger i den kvantitative dataanalyse, sig gældende.

11.1 Region Midtjylland – Liv uden Tvang

I Projekt Liv uden Tvang er hovedfundene, at de tværsektorielle teams:

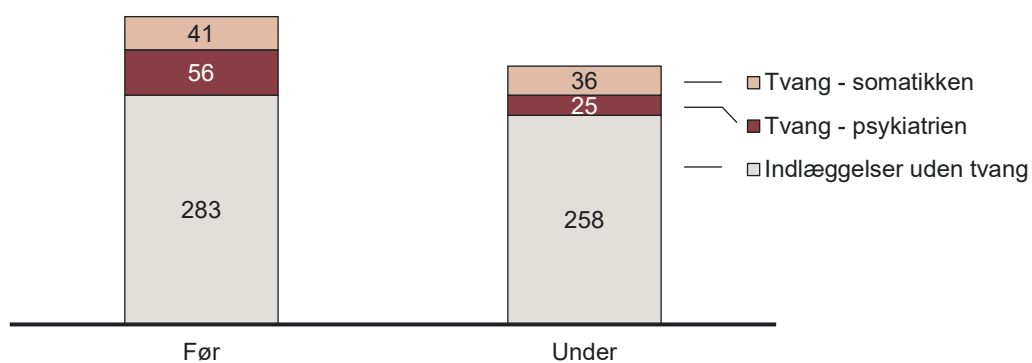
- Markant reducerer antallet af indlæggelser med tvang i psykiatrien.
- Reducerer antallet af indlæggelser med tvang i psykiatrien uafhængigt af antallet af forudgående tvangsindlæggelser for den enkelte borger.
- Reducerer antallet af borgere, som ofte tænker på eller planlægger selvskade.
- Øger borgernes selvvalgte trivsel målt med WHO-5-spørgeskema.

Projektet har inkluderet 28 borgere løbende over projektets 2½ år, heraf fem borgere, som ikke har været udsat for tvang i 2 år op til projektet, eller under projektperioden, men har haft problemfyldte indlæggelser. De fem borgere ekskluderes fra de videre kvantitative analyser omhandlende tvangsindlæggelser, men inkluderes i analyser af supplerende data.

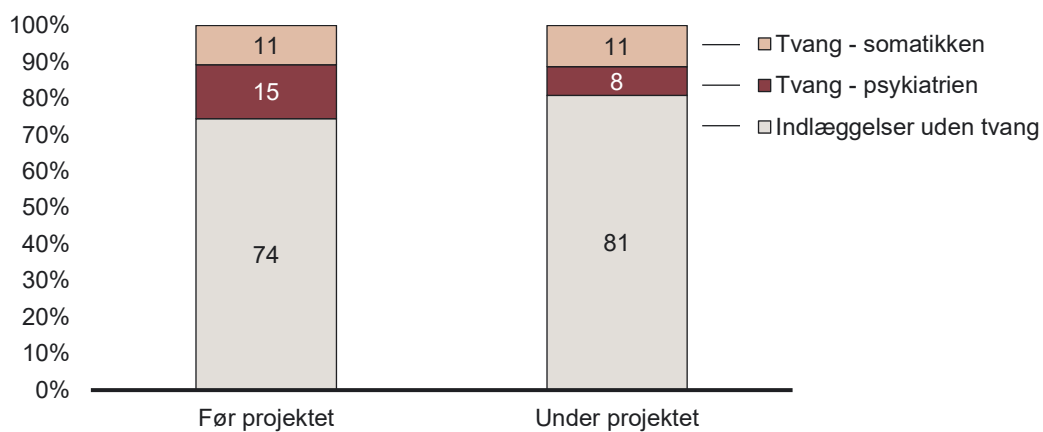
11.1.1 Udvikling i tvangsindlæggelser

Antallet af indlæggelser uden tvang og antallet af indlæggelser med tvang i psykiatrien og i somatikken før og under projektet er sammenfattet i nedenstående figur. Her ses den markante reduktion i antallet af indlæggelser med tvang i psykiatrien fra 56 indlæggelser i de 2 år før projektet til 25 indlæggelser under projektperioden på 2½ år. Samtidig ses et relativt stabilt niveau i antallet af indlæggelser uden tvang og i antallet af indlæggelser med tvang i somatikken. Der er, som nævnt i afsnit 9.2, usikkerhed knyttet til forskellige tidsperioder før og under projektet og forskellige inklusionstidspunkter.

Figur 11.1: Antallet af indlæggelser med og uden tvang i henholdsvis psykiatrien og somatikken før og under Projekt Liv uden Tvang i Region Midtjylland (n=23)



Figur 11.2: Procentvis andel af indlæggelser med og uden tvang i henholdsvis psykiatrien og somatikken før og under Projekt Liv uden Tvang i Region Midtjylland (n=23)



Tabel 4: Antallet af indlæggelser uden tvang og med tvang i henholdsvis psykiatrien og somatikken før og under projektet (n=23)

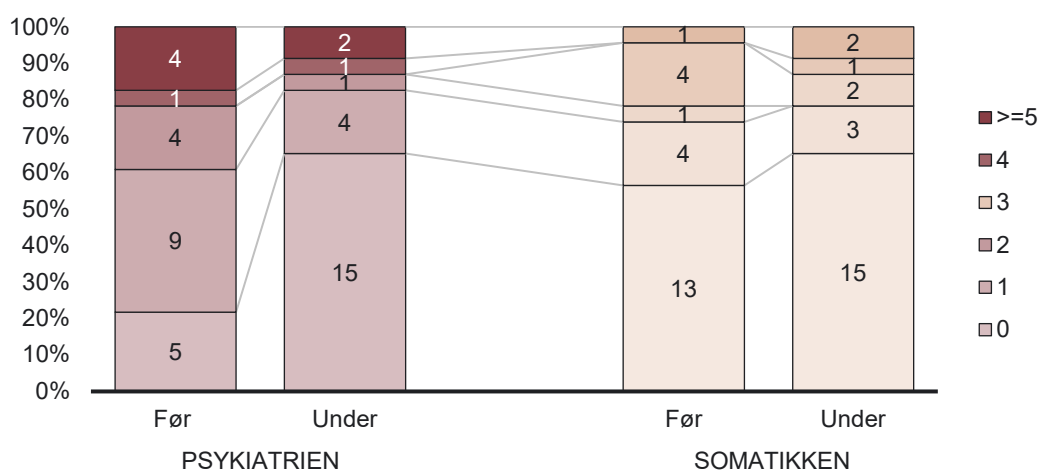
REGION MIDTJYLLAND		
	Før projektet	Under projektet
Indlæggelser uden tvang	283	258
Indlæggelser med tvang		
• I psykiatrien	56	25
• I somatikken	41	36
Total	380	319

Reduktionen i antallet af indlæggelser med tvang i psykiatrien kan formodentlig i store træk tilskrives indsatsen i de tværsektorielle teams. En tilsvarende reduktion er ikke til at finde i antallet af indlæggelser i psykiatrien uden tvang, hvilket kan skyldes, at det, som før var indlæggelser med tvang i psykiatrien, bliver konverteret til frivillige indlæggelser.

Antallet af indlæggelser med tvang i somatikken er stabilt. Selvom dette ikke nødvendigvis er at ligestille med en manglende virkning, kan det opfattes som en indikator for, at effekten af de tværsektorielle teams kun gør sig gældende i psykiatrien. En reduktion af tvang i somatikken kræver muligvis andre typer af interventioner, som er tilpasset somatikken.

Undersøges fordelingen i antallet af borgere med henholdsvis 0, 1, 2, 3, 4 eller 5 eller flere indlæggelser med tvang i psykiatrien og somatikken, ses samme tendens (Figur 11.3). Antallet af borgere med et højt antal af indlæggelser med tvang i psykiatrien før projektperioden er reduceret i projektperioden. Således ser det ud til, at de tværsektorielle teams er i stand til at hjælpe de borgere, som har flest indlæggelser med tvang før projektet, og som ofte er betragtet som de borgere, der har været sværest at behandle for deres psykiske sygdom.

Figur 11.3: Fordelingen i antallet af borgere, som har henholdsvis 0, 1, 2, 3, 4 eller 5 eller flere indlæggelser med tvang i psykiatrien og somatikken før og under projektet (n=23)

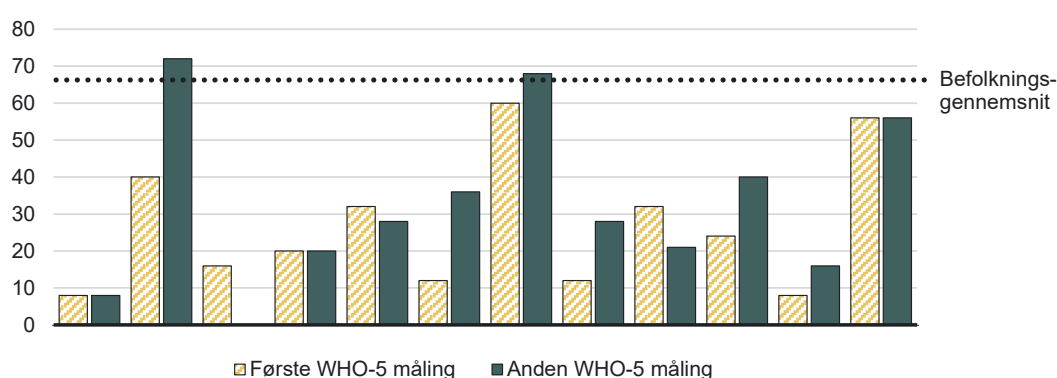


Den samme udvikling er ikke at finde for indlæggelser med tvang i somatikken. Her er både antallet af indlæggelser og fordelingen i antallet af borgere, som er udsat for 0, 1, 2, 3, 4, 5 eller flere indlæggelser med tvang stationært. Dette underbygger, at de tværsektorielle teams ikke har haft samme påvirkning af tvangsindlæggelser i somatikken.

11.1.2 Udvikling i trivsel

Borgerne i Projekt Liv uden Tvang har under projektet fået foretaget målinger af selvvurderet trivsel med WHO-5-skemaet. I nedenstående *Figur 11.14* er resultaterne af første og anden WHO-5-måling for de borgere, som har gennemført mere end én måling, vist. Som det kan ses, oplever størstedelen af borgere en stigning i selvvurderet trivsel, om end de fleste ligger betydeligt under befolkningsgennemsnittet på 68 points (den gule streg).⁴

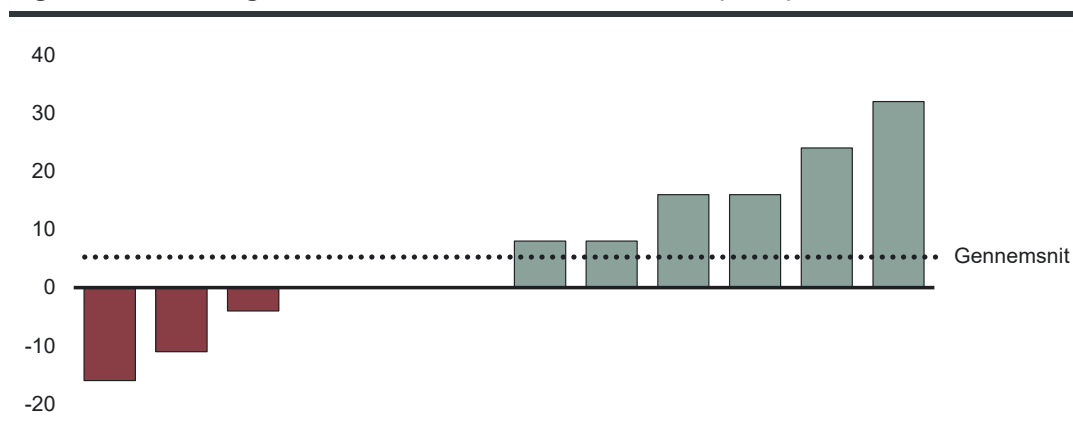
Figur 11.4: Første og anden WHO-5-trivselsmåling for deltagerne, som har udfyldt begge i projektperioden (n=10)



⁴ Guide til trivselsindekset: WHO-5, Sundhedsstyrelsen

Forskellen mellem borgernes første og anden måling er illustreret i nedenstående figur, hvor den gennemsnitlige ændring viser en stigning på 6+ points i selv vurderet trivsel (figur 11.5).

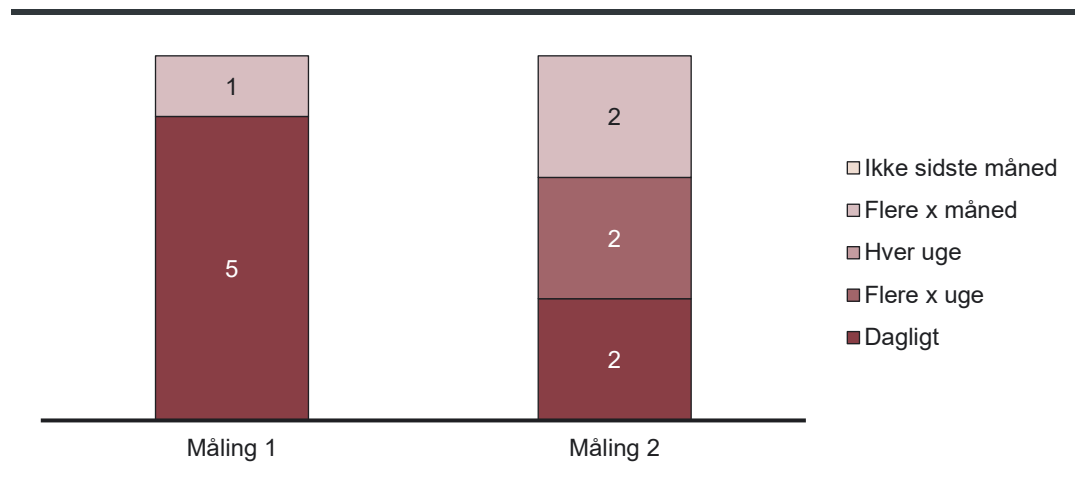
Figur 11.5: Ændringen fra første til anden WHO-5-score (n=10)



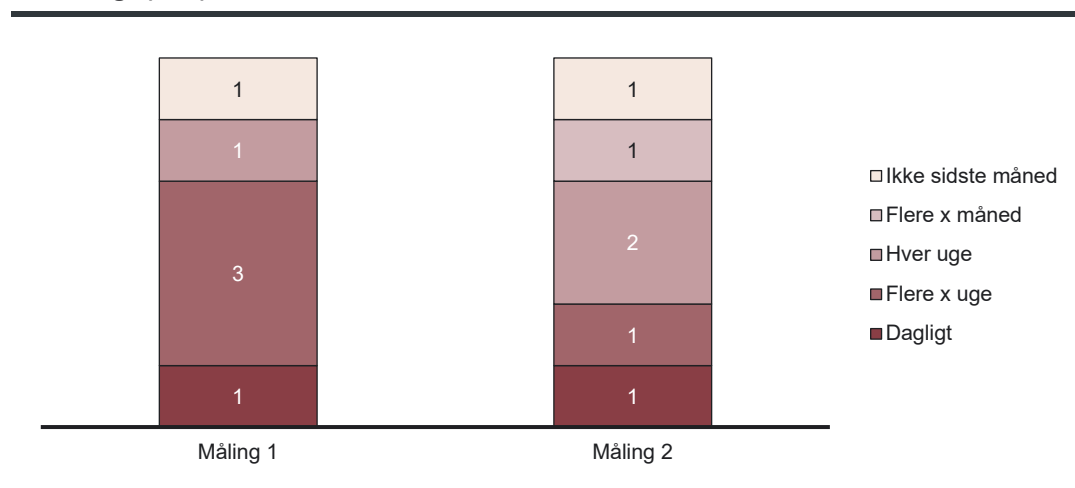
Dette indikerer, at der sammen med en reduktion i antallet af indlæggelser med tvang i psykiatrien ligeledes er en stigning i selv vurderet trivsel. Dog er dette behæftet med betydelig usikkerhed, da under halvdelen af borgerne har besvaret skemaet mere end én gang. Der kan desuden være bias i, at det er de borgere med bedst trivsel, som med størst sandsynlighed udfylder skemaet.

En lille andel af borgerne har udfyldt skemaer om, hvor ofte de tænker på, planlægger og udøver selvskade, og her ses en lignende tendens. Data beror på seks borgere, som har udfyldt første og anden måling, hvorfor generaliserbarheden er begrænset. Dog er den generelle effekt, at hyppigheden, hvormed der tænkes, planlægges eller udøves selvskade, reduceres (Figur 11.6, Figur 11.7 og Figur 11.8, bilag). Af de tre nedenstående figurer kan det ses, at færre borgere tænker og planlægger selvskade, mens fordelingen af borgere, der udøver selvskade, er nogenlunde stationær. Dog knytter der sig de samme forbehold til data, som nævnt i ovenstående afsnit, da det er seks borgere, som har udfyldt skemaet mere end én gang, og der kan være bias, i forhold til hvem der svarer på skemaet.

Figur 11.6: Andelen af borgere, som har tanker om selvskade dagligt, ugentligt eller månedligt (n=6)



Figur 11.7: Andelen af borgere, som planlægger selvskade dagligt, ugentligt eller månedligt (n=6)



Figur 11.8:
Andelen af borgere, som selvskader dagligt, ugentligt eller månedligt (n=6)



11.2 Region Nordjylland – Nedbringelse af tvangsindlæggelser

I Projekt Nedbringelse af tvangsindlæggelser er hovedfundene, at de tværsektorielle teams:

- Markant reducerer antallet af indlæggelser med og uden tvang i psykiatrien.
- Markant reducerer indlæggelsesvarigheden, både for indlæggelser med og uden tvang.
- Antallet af tvangsindlæggelser på helbredskriteriet reduceres meget markant.
- Særligt tvangsindlæggelser af borgere, som bor i eget hjem, reduceres.

Projektet har inkluderet 72 borgere løbende over projektets 2½ år. I nedenstående *Tabel 5* er sammenfattet borgerkarakteristika ved inklusion i projektet.

Tabel 5

Alle borgere (n=72)	
Køn (kvinde), (n (%))	31 (43%)
Alder (år), (mean (min; max))	42 (20:77)
Hjemkommune (n (%))	
• Mariagerfjord	17 (23)
• Vesthimmerland	5 (7)
• Aalborg	50 (70)
Bolig (n (%))	
• Bosted, forsorgshjem, støttebolig	22 (31)
• Ældrebolig	1 (1)
• Plejehjem	2 (3)
• Hjemme hos familie	6 (8)
• Egen bolig	41 (57)

Borgerne, som får tildelt et Patientens Team, bliver inkluderet i forbindelse med en indlæggelse med tvang og kan følge et af fire scenarier (*Table 6*). **A:** Inklusion ved første tvangsindlæggelse og har ikke yderligere indlæggelser. **B:** Inklusion efter en eller flere forudgående indlæggelser og uden indlæggelser efter inklusion. **C:** Inklusion efter en eller flere forudgående indlæggelser og med efterfølgende indlæggelser. **D:** Inklusion ved første tvangsindlæggelse og med efterfølgende indlæggelser.

Tvangsindlæggelsen, som medfører inklusion i projektet, tæller med i perioden før projektet. *Table 6* opsummerer antallet af borgere fordelt på de fire forløb.

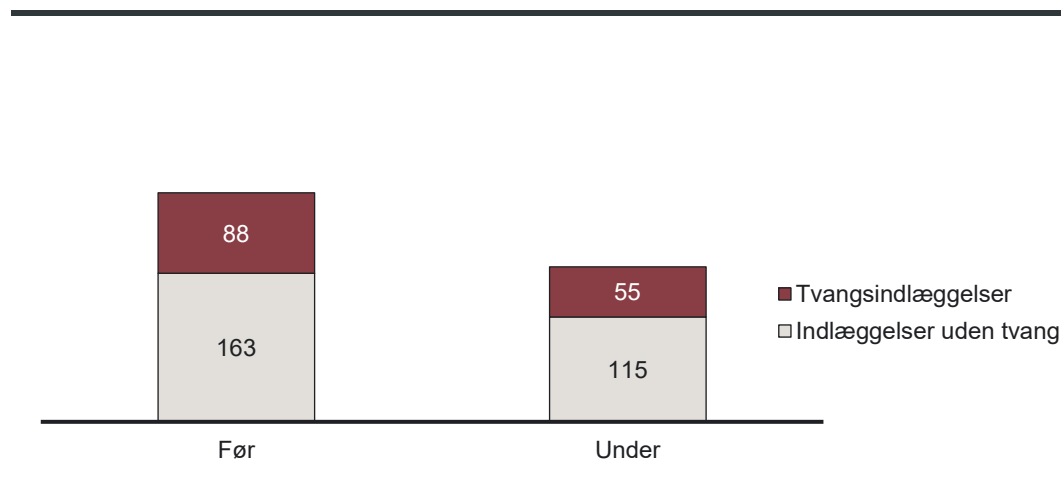
Table 6: Illustration og fordeling af antallet af borgere per forløb

A:		Forløb	A	B	C	D	Total
B:	→	Antal borgere	18	23	22	9	72
C:	→						
D:	→						
	Inklusions indlæggelsen						

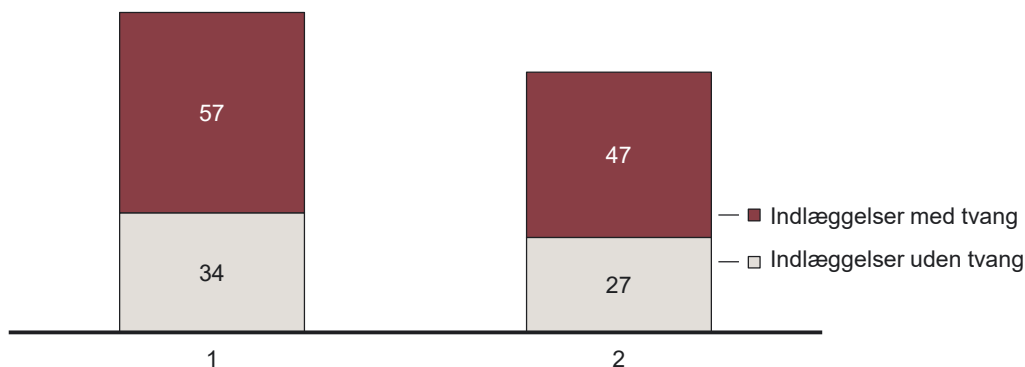
11.2.1 Udviklingen i indlæggelser med og uden tvang

Figur 11.9 viser antallet af indlæggelser med og uden tvang før og under projektet. Grundet forskellene i inklusionstidspunkt og opfølgningstid i projektet er der foretaget en yderligere analyse kun på borgere i forløb C korrigeret for tidsforskellene (*Figur 11.10*). Her ses ligeledes en reduktion i antallet af indlæggelser med og uden tvang. *Figur 11.11* viser udviklingen i indlæggelser med og uden tvang før og under projektet.

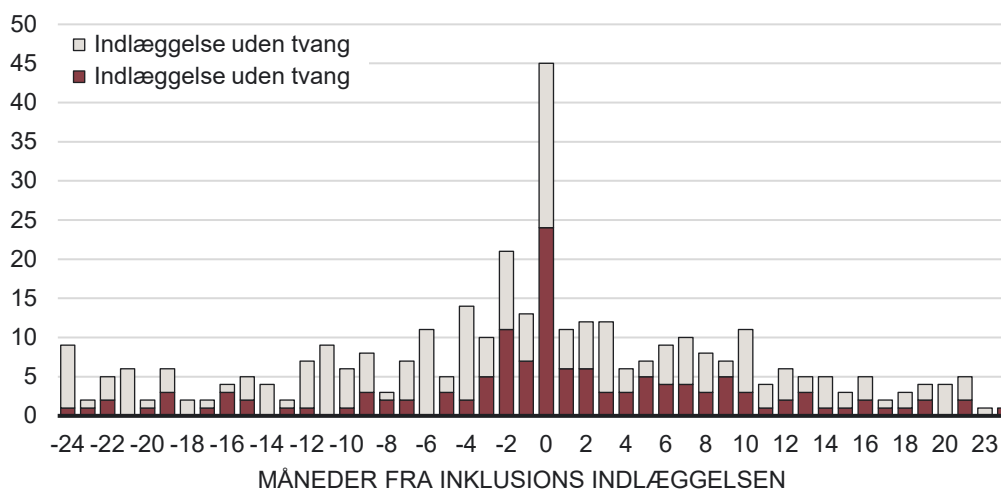
Figur 11.9: Antallet af indlæggelser med og uden tvang før og under projekt
Nedbringelse af Tvang i Region Nordjylland (n=54)



Figur 11.10: Antallet af indlæggelser med og uden tvang for borgere i forløb C, men ens tidsperiode før og under projektet (n=22)



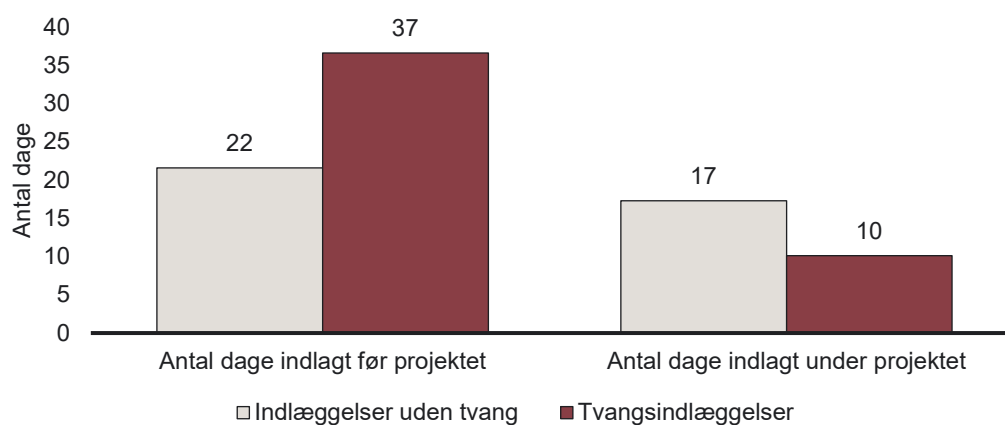
Figur 11.11: Antallet af indlæggelser før og efter inklusion i projektet for borgere i forløb B, C og D (n=54)



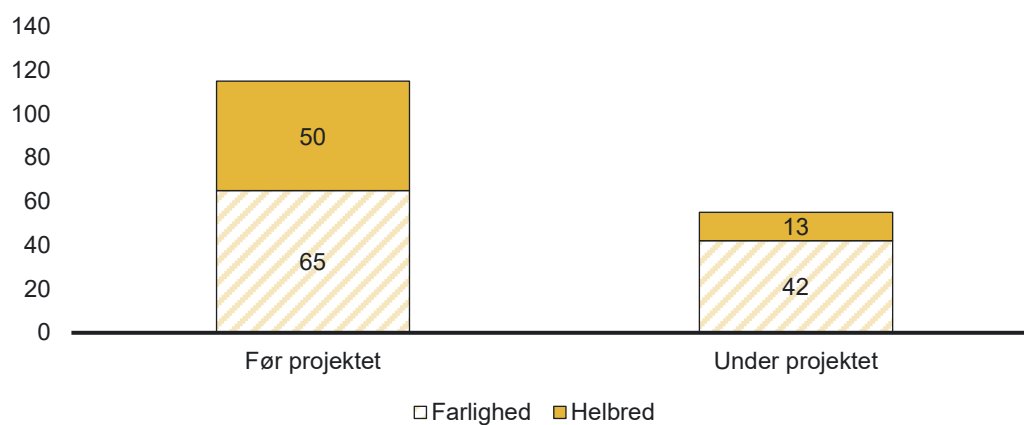
11.2.2 Indlæggelsesvarighed og indikation for indlæggelse

De tværsektorielle teams har ikke kun betydning for antallet af indlæggelser med og uden tvang, men også for andre parametre relateret til indlæggelserne, herunder indlæggelsesvarighed og indikation for indlæggelse med tvang. Således falder indlæggelsesvarigheden for indlæggelser uden tvang, men mest markant for indlæggelser med tvang (Figur 4.4). Under projektet reduceres særligt antallet af borgere indlagt på helbredsindikationen og i mindre grad antallet indlagt på farlighedskriteriet (Figur 4.5).

Figur 11.12: Indlæggelsesvarighed for indlæggelser med og uden tvang før og under projektet i Region Nordjylland (n=54)



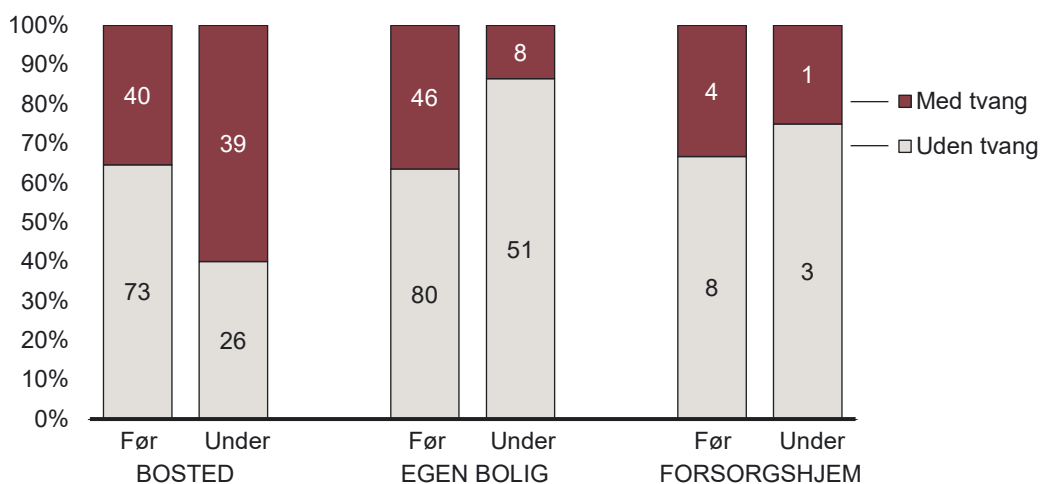
Figur 11.13: Antallet af indlæggelser på farligheds- eller helbredsindikation før og under projektet i Region Nordjylland (n=54)



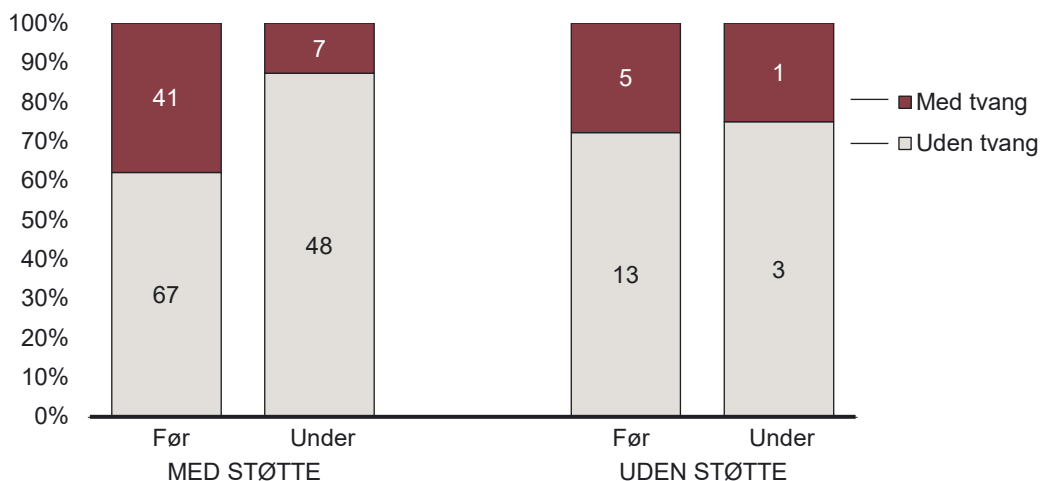
11.2.3 Udviklingen i indlæggelser med og uden tvang koblet til boform ved inklusion

Kobles indlæggelsesdata med data om boform, ses en interessant, men forskellig udvikling afhængigt af boform. Således reduceres antallet af indlæggelser uden tvang i psykiatrien for borgere på bosteder, mens borgere i eget hjem har en markant reduktion i antallet af indlæggelser med tvang. Borgere i eget hjem har en lidt mindre markant reduktion i antallet af indlæggelser uden tvang. Der ses også en reduktion i antallet af indlæggelser med og uden tvang for borgere på forsorgshjem, men der er her tale om få borgere og få indlæggelser (Figur 11.14). Der er foretaget en underanalyse af borgere i egen bolig. Denne viser, at der for *borgere med støtte* er en reduktion i antallet af indlæggelser med og uden tvang, mens der for *borgere uden støtte* er en mest markant reduktion i antallet af indlæggelser uden tvang (Figur 11.15).

Figur 11.14: Andelen af indlæggelser med og uden tvang afhængigt af boform ved projektets start (n=54)



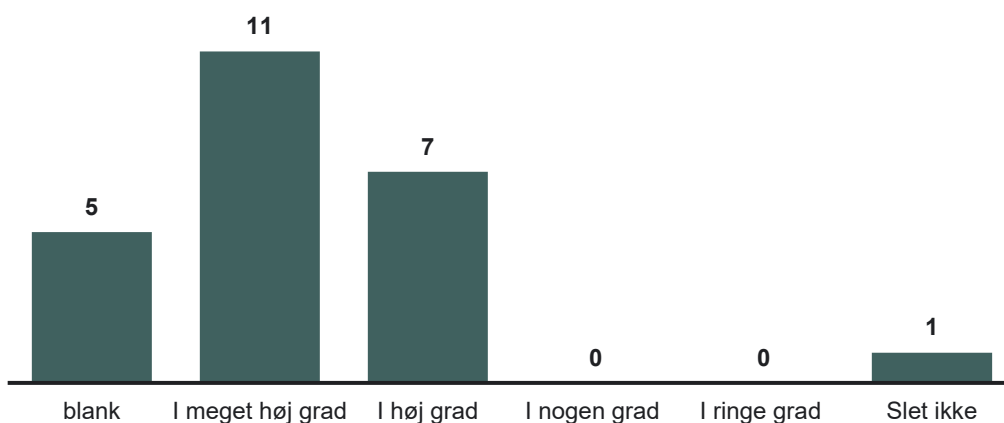
Figur 11.15: Andelen af indlæggelser med og uden tvang før og under projektet i Region Nordjylland for borgere i eget hjem henholdsvis med og uden støtte (n=45)



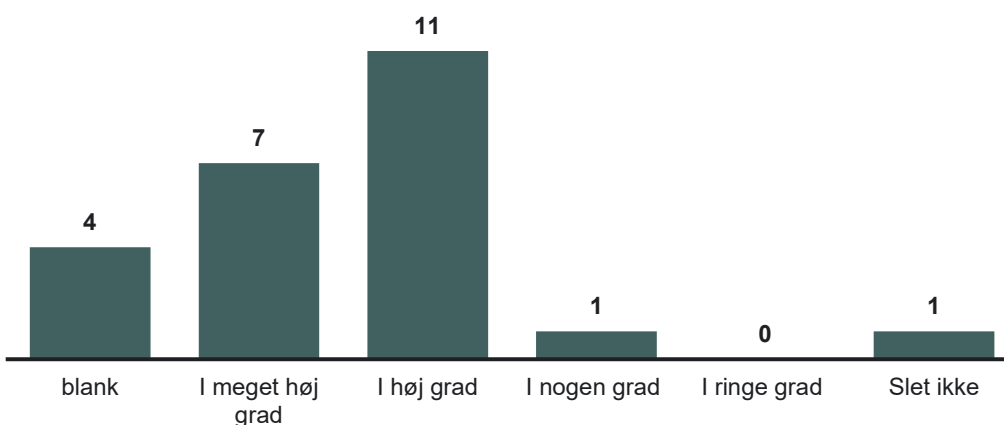
11.2.4 Brugerundersøgelse fra Patientens Team

Borgerne i Patientens Team, som deltager i møderne, evaluerer, hvor tilfredse de har været med mødet, om de oplever sammenhæng i den hjælp, de får gennem Patientens Team, og om hvorvidt de føler, at der bliver lyttet til dem. Af de 72 borgere inkluderet i projektet i Region Nordjylland har 19 borgere besvaret skemaet en eller flere gange. Dette har resulteret i 24 besvarelser. Resultatet er vist nedenfor i *Figur 11.16*, *Figur 11.17* og *Figur 11.18*.

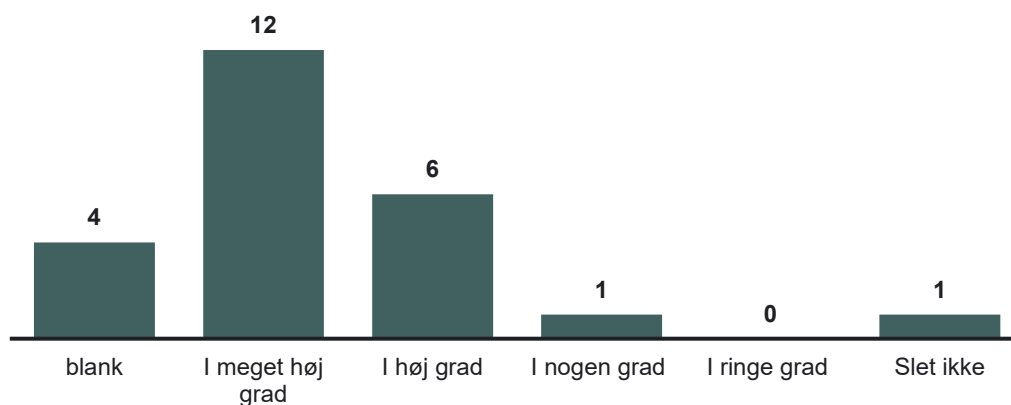
Figur 11.16: Resultatet af tilfredshedsundersøgelsen blandt borgere i Patientens Team (19 borgere har besvaret 24 evalueringer)



Figur 11.17: Brugerundersøgelse af, i hvilken grad borgere i Patientens Team oplever sammenhæng i den hjælp, de får (19 borgere har besvaret 24 evalueringer)



Figur 11.18: Brugerundersøgelse af, i hvor høj grad borgerne i Patientens Team følte, at der blev lyttet til dem (19 borgere har besvaret 24 evalueringer)



11.3 Region Sjælland – DIT-team

I Projekt DIT-team er hovedfundene, at de tværsektorielle teams:

- Markant reducerer antallet af indlæggelser uden tvang i psykiatrien.
- Muligvis reducerer indlæggelsesvarigheden, særligt for indlæggelser med tvang.

Projektet har inkluderet 16 borgere, hvoraf fem ikke har været udsat for tvang og derfor er ekskluderet fra de videre analyser. I nedenstående tabel (*Table 7*) er borgernes karakteristika ved inklusion opgjort.

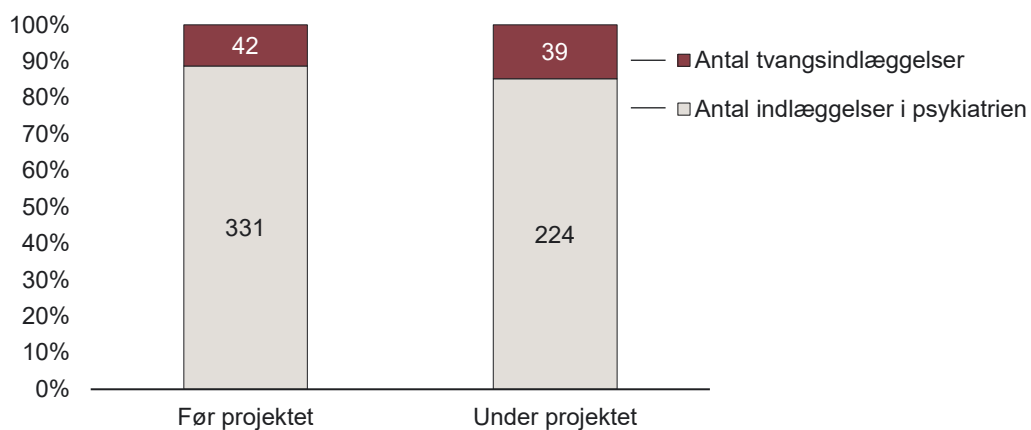
Table 7: Karakteristika for borgerne ved inklusion

Alle borgere (n=11)	
Køn (kvinde), (n (%))	9 (82)
Alder (år), (mean (min; max))	28 (18;47)
Alder ved debut (år), (mean (min; max)) (n=15)	21 (11;37)
Somatisk komorbiditet (ja), (n (%))	
Bolig (n (%))	
• Bosted	4 (36)
• Hjemme hos familie	1 (9)
• Egen bolig	6 (55)
Uddannelseslængde (år), (mean (min; max))	11 (9;17)
Kontakt til misbrugscenter (n (%))	
• Ja	1 (9)
• Nej	8 (73)
• Ukendt	2 (18)
DIT-team kontakt til politiet (n (%))	
• Ja	4 (36)
• Nej	7 (64)

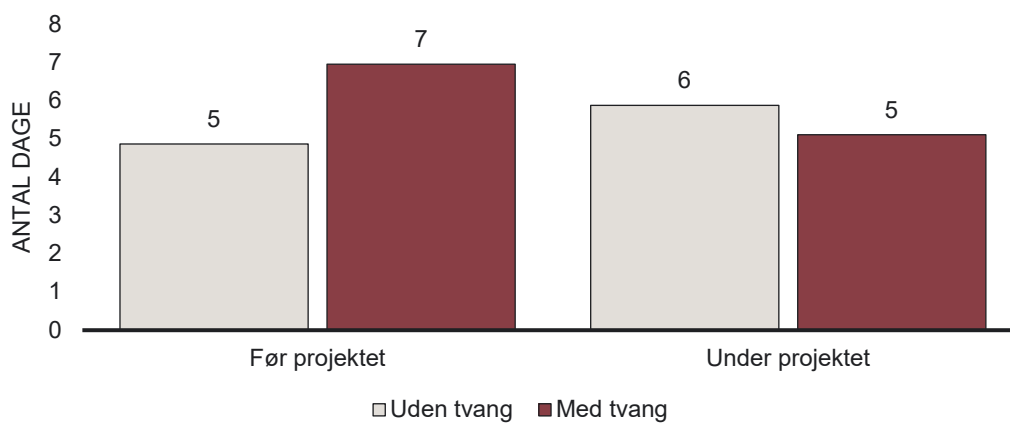
11.3.1 Indlæggelser med og uden tvang og indlæggelsesvarighed

I Projekt DIT-team reducerer de tværfaglige teams antallet af indlæggelser uden tvang, men har ikke nogen synlig effekt på antallet af indlæggelser med tvang (*Figur 11.19*). Der er en lille reduktion i varigheden af indlæggelser med tvang under projektet. Antallet af overflytninger tæller i datasættet med som individuelle indlæggelser, hvorfor både antallet af indlæggelser er kunstigt højt og indlæggelsestiden kunstigt lavt (*Figur 11.20*). Dette er en fejlkilde, der er gennemgående for hele datasættet (se afsnit 9.2.4) – både før og i projektperioden. Derfor må det antages, at fejlkilden ikke skævrider data, men vanskeliggør sammenligning på tværs af de tre projekter.

Figur 11.19: Fordelingen i antallet af indlæggelser med og uden tvang i psykiatrien før og under projektet (n=11)



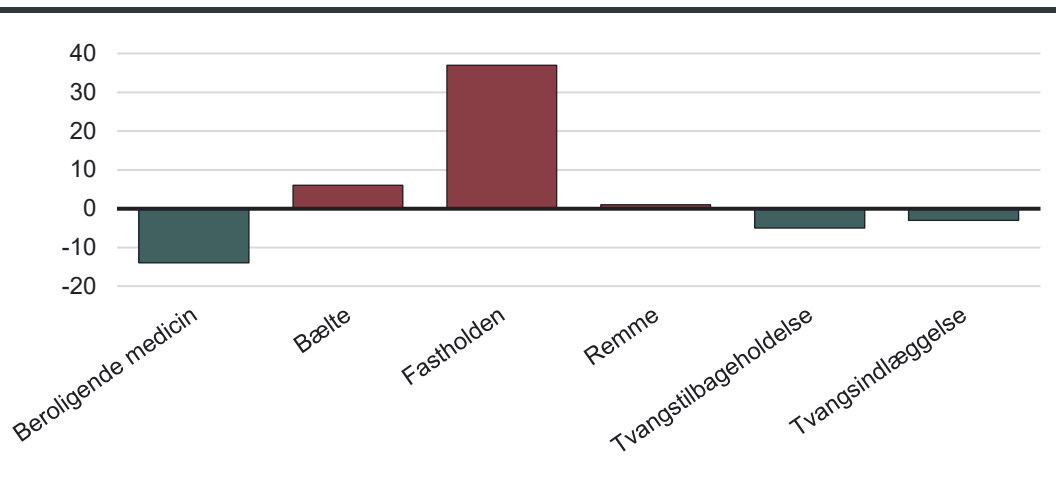
Figur 11.20: Varigheden af indlæggelser med og uden tvang før og under projektet (n=11)



11.3.2 Anvendelse af tvangstilbageholdelser med mere

Ikke kun antallet af indlæggelser med og uden tvang og deres varighed er reduceret, også brugen af tvangstilbageholdelser og brugen af akut beroligende medicin er reduceret i indsatsen for borgerne tilknyttet projektet i Region Sjælland (Figur 11.21).

Figur 11.21: Numerisk ændring i brugen af tvangsforanstaltninger før og under projektet i Region Sjælland (n=11)



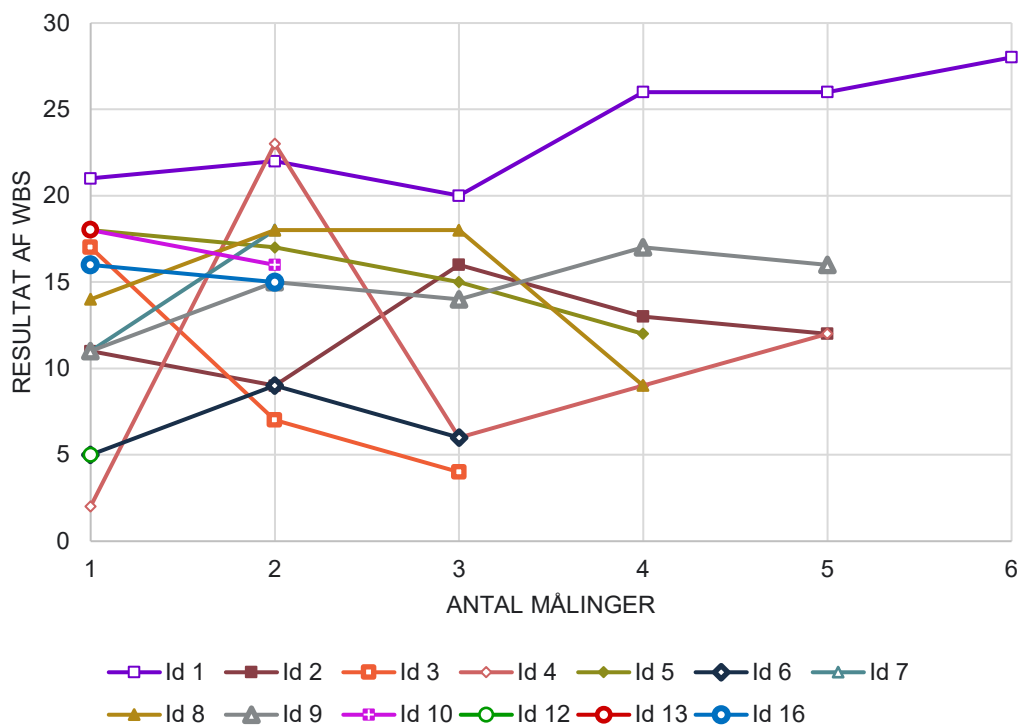
11.3.3 Trivselsmålinger

I Region Sjælland er borgernes mentale trivsel blevet vurderet gennem forløbet med en række standardiserede og validerede spørgeskemaer. I nedenstående afsnit er resultaterne fra de forskellige målinger vist. De vises dels som borgernes individuelle udvikling over tid, dels som ændringen mellem første og sidste måling for de borgere, der har udfyldt mere end ét skema.

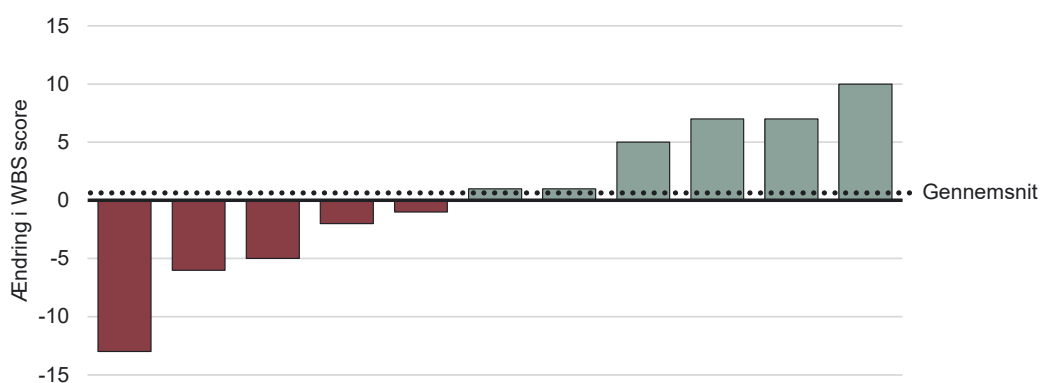
De udfyldte skemaer er Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WBS), Kessler Psychological Distress Scale (K10), Sheehan Disability Scale (SDS), Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), General Self-Efficacy Scale (GSE) og Perceived Stress Scale (PSS). Fraset SDS, RSES og PSS er en stigning i score et udtryk for bedring.

Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale

Figur 11.22: Resultatet af gentagne WBS-målinger for borgerne (n=13)

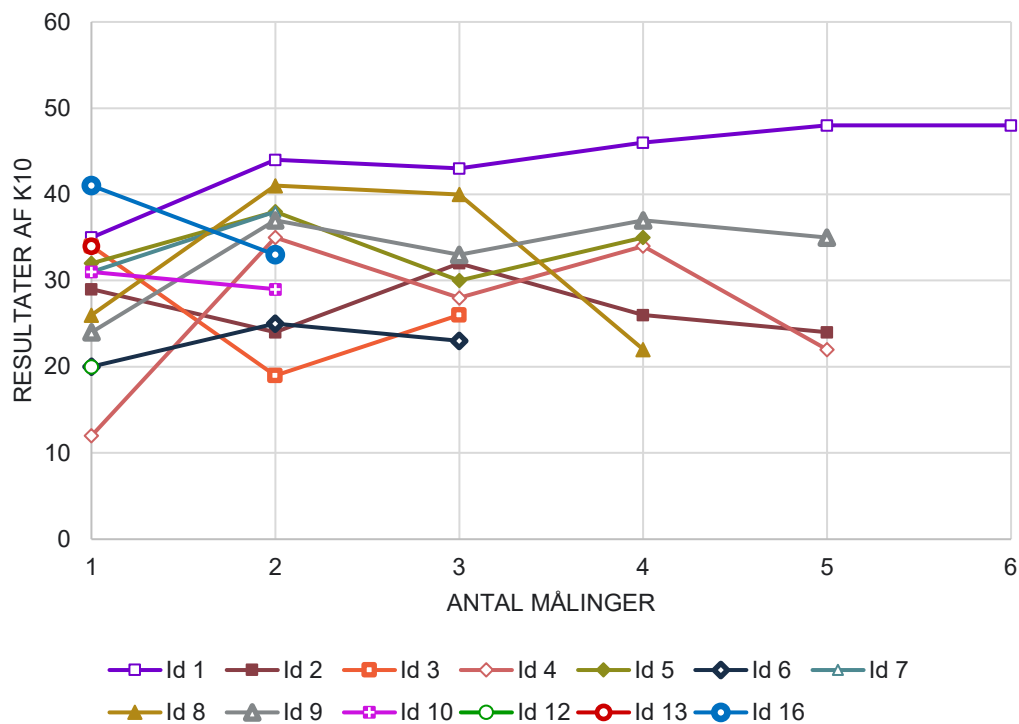


Figur 11.23: Udviklingen i borgernes WBS-score fra første til sidste måling (n=11)

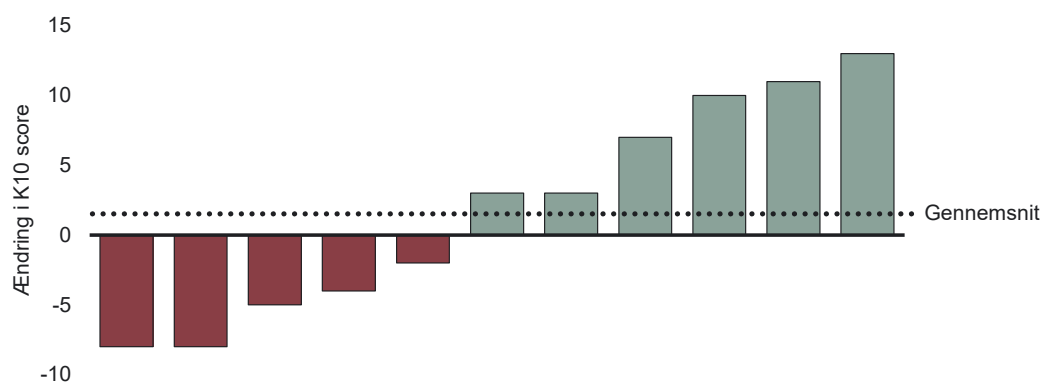


K10-målinger

Figur 11.24: Resultatet af gentagne K10-målinger for borgerne (n=13)

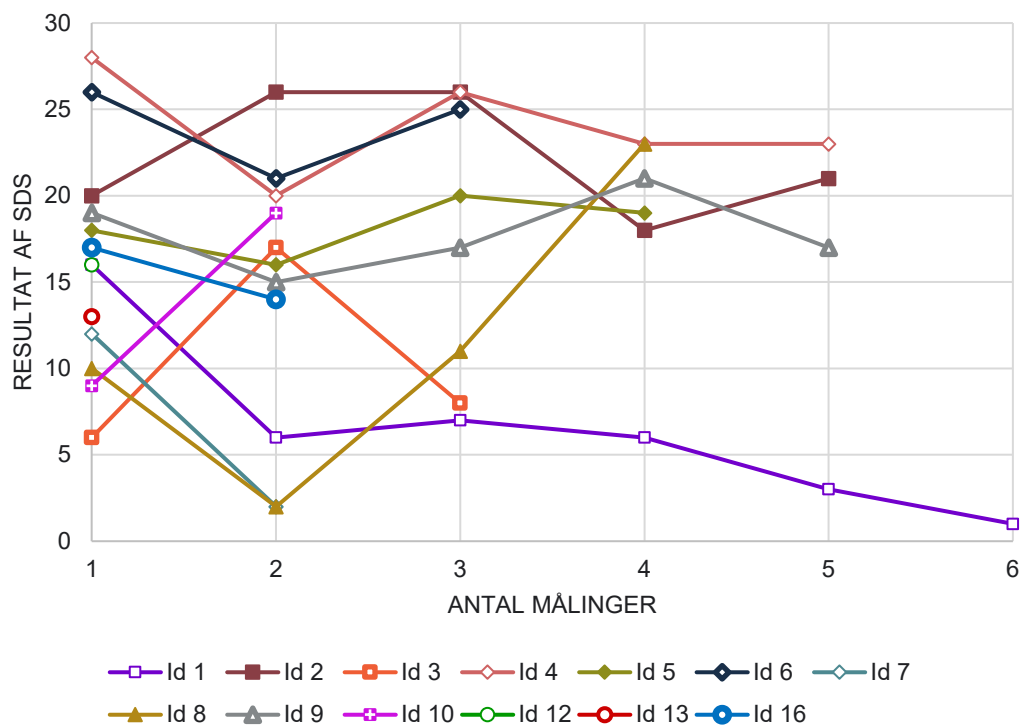


Figur 11.25: Udviklingen i borgernes K10-score fra første til sidste måling (n=11)

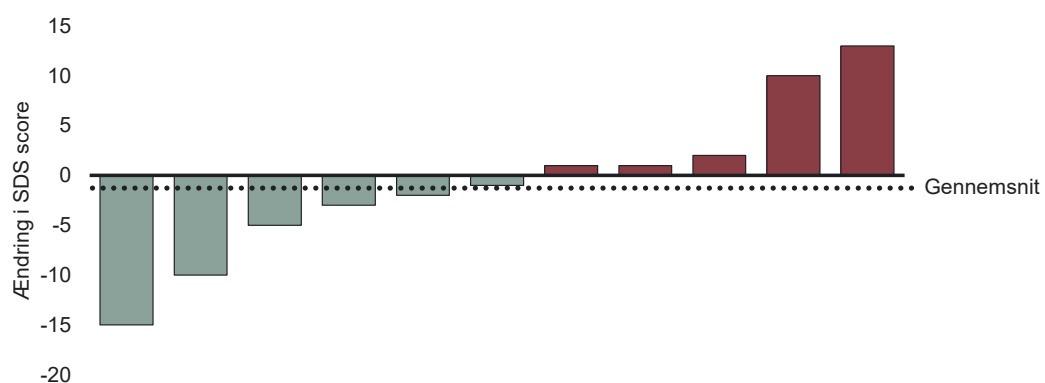


Sheehan Disability Scale

Figur 11.26: Resultatet af gentagne SDS-målinger for borgerne (n=13)

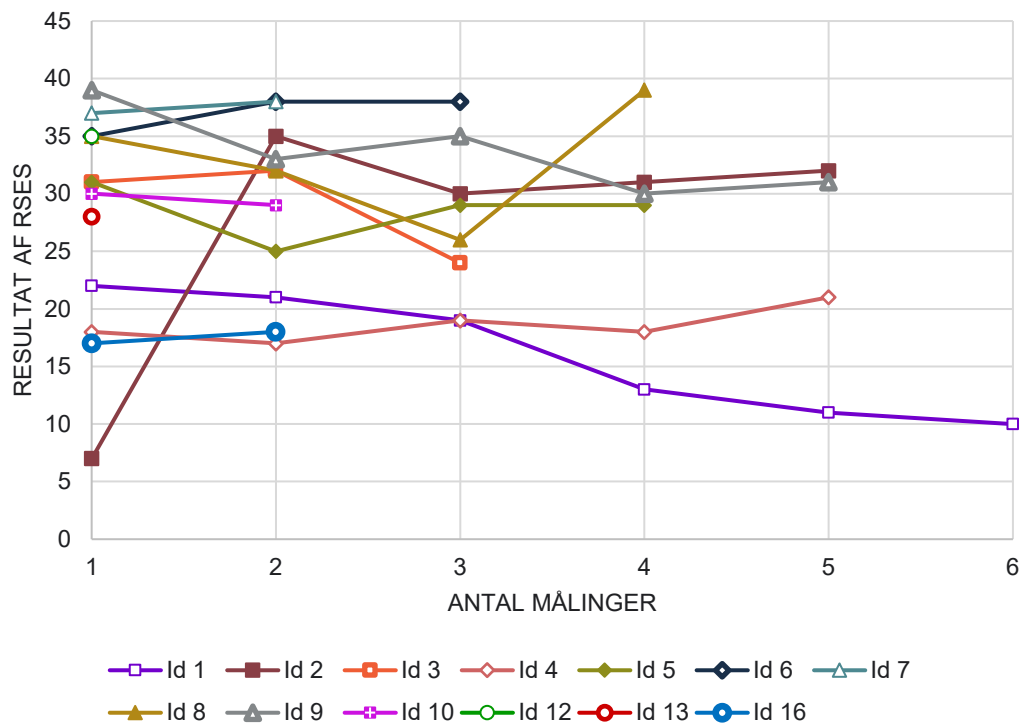


Figur 11.27: Udviklingen i borgernes SDS-score fra første til sidste måling (n=11)

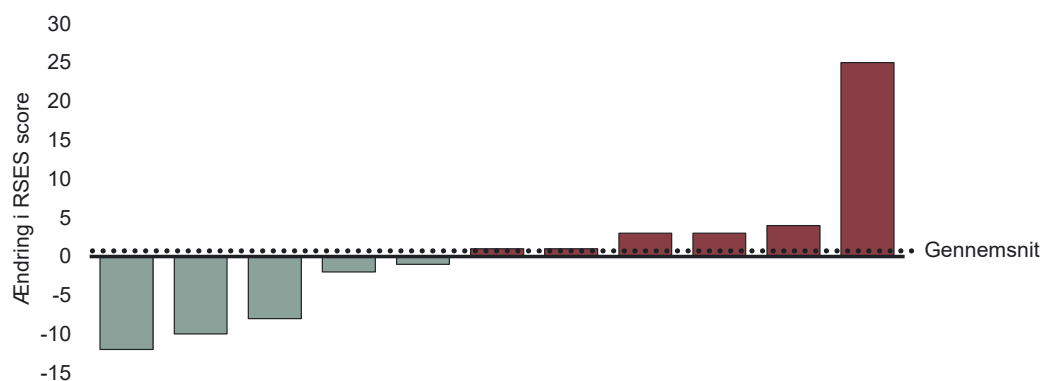


Rosenberg Self-Esteem Scale

Figur 11.28: Resultatet af gentagne RSES-målinger for borgerne (n=13)

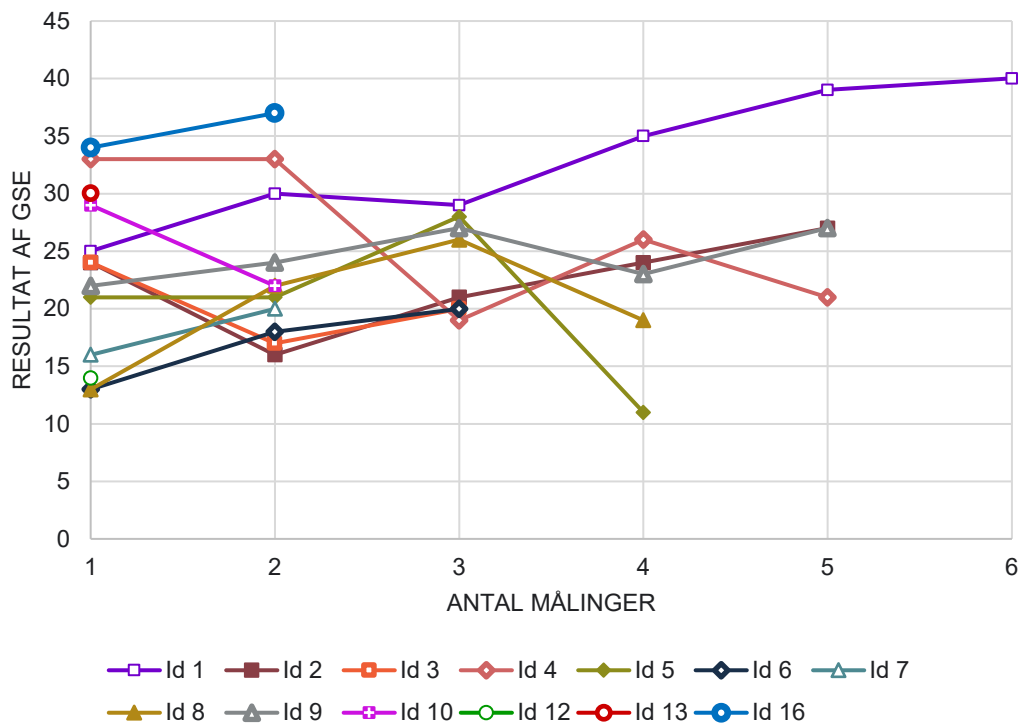


Figur 11.29: Udviklingen i borgernes RSES-score fra første til sidste måling (n=11)

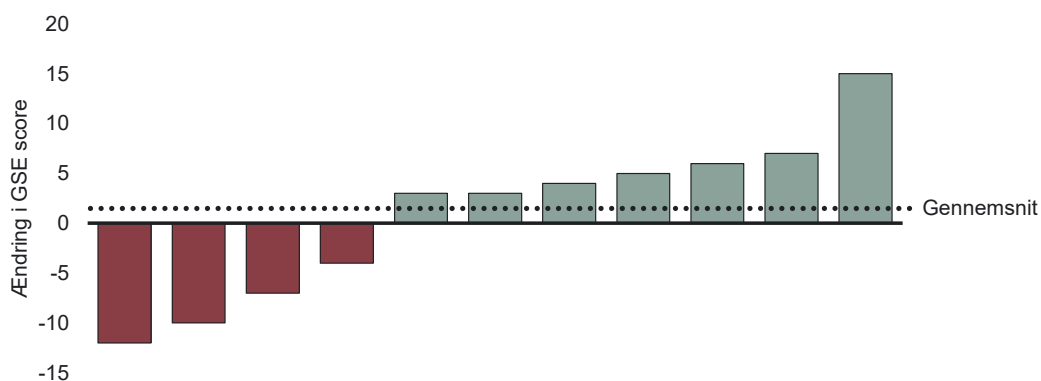


General Self-Efficacy Scale

Figur 11.30: Resultatet af gentagne GSE-målinger for borgerne (n=13)

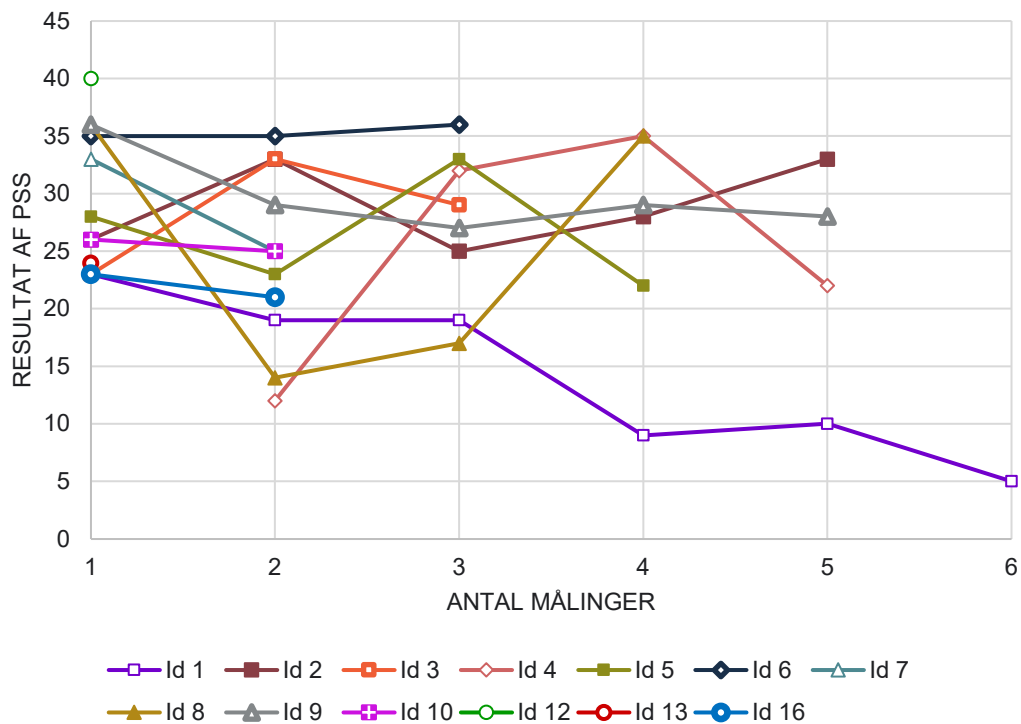


Figur 11.31: Udviklingen i borgernes GSE-score fra første til sidste måling (n=11)

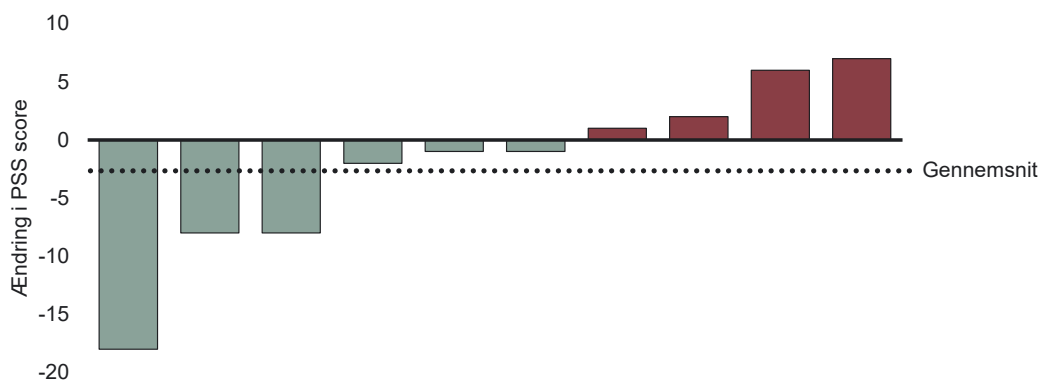


Perceived Stress Scale

Figur 11.32: Resultatet af gentagne PSS-målinger for borgerne (n=13)



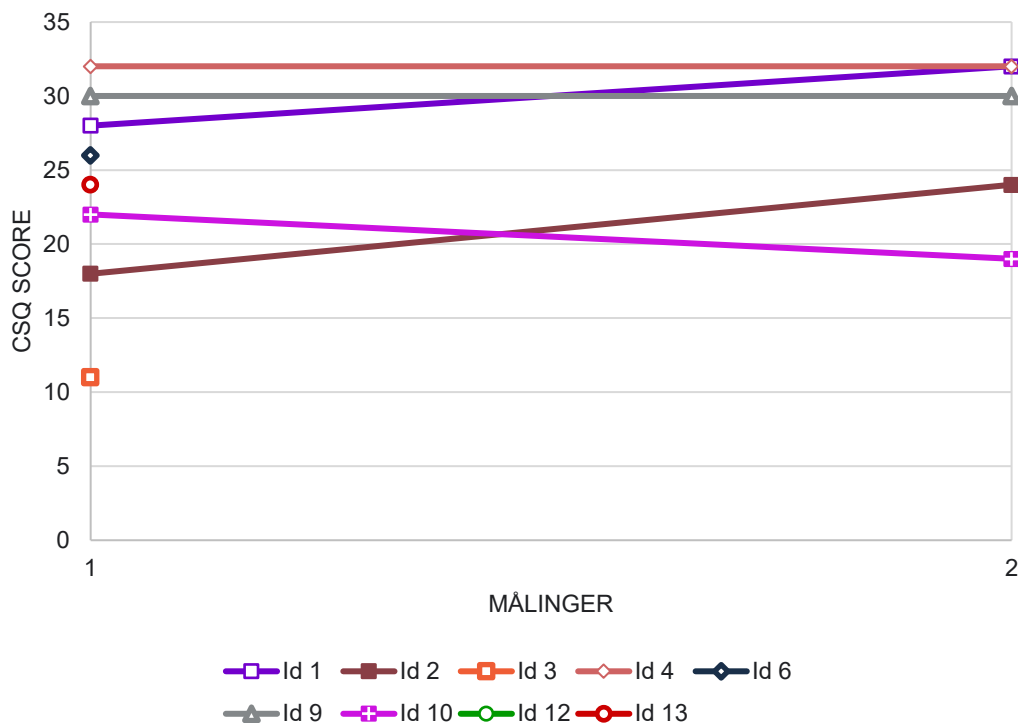
Figur 11.33: Udviklingen i borgernes PSS-score fra første til sidste måling (n=10)



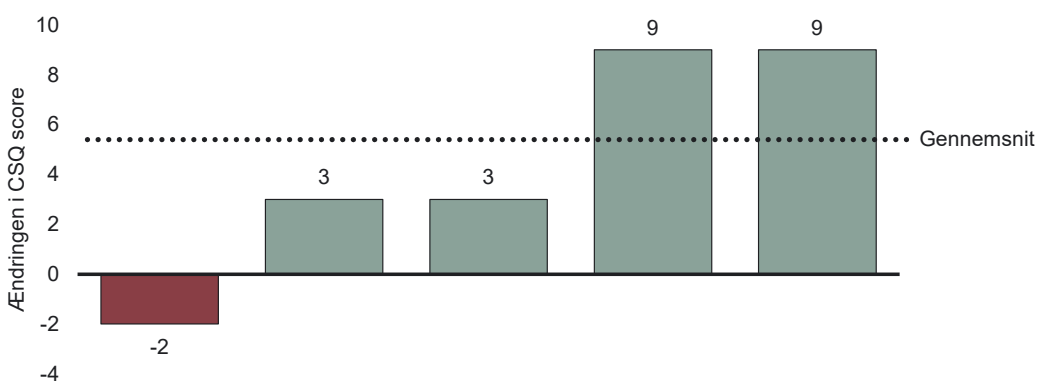
11.3.4 Borgertilfredshedsundersøgelse

Borgerne i projektet har ydermere besvaret spørgeskemaet Client Satisfaction Questionnaire (CSQ), som omhandler den behandling, de har fået, og hvor tilfredse de har været med den. Data er præsenteret som under trivselsmålingerne. Kun fem borgere har svaret på mere end ét skema (Figur 11.34 og Figur 11.35).

Figur 11.34: Resultatet af første (n=8) og sidste (n=5) CSQ-måling



Figur 11.35: Udviklingen i borgernes QSC-score fra første til sidste måling (n=5)



Implement Consulting Group

Strandvejen 54

2900 Hellerup, Denmark

implementconsultinggroup.dk

Phone: +45 4586 7900

Email: info@implement.dk

CVR: 32767788

BANK: Danske Bank