

# Vidensafdækning: Sundhedsindsatser på det sociale område

Casestudie af fire sundhedsindsatser til håndtering af somatisk sygdom hos borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer



*Vidensafdækning: Sundhedsindsatser på det sociale område –  
Casestudie af fire sundhedsindsatser til håndtering af somatisk  
sygdom hos borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk  
funktionsevne eller sociale problemer*

© VIVE og forfatterne, 2022

e-ISBN: 978-87-7582-035-1

Modelfoto: Lars Degnbol/VIVE

Projekt: 302158

Finansiering: Socialstyrelsen

**VIVE – Viden til Velfærd**

**Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd**

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

[www.vive.dk](http://www.vive.dk)

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

**VIVE**

DET NATIONALE FORSKNINGS-  
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD

## Forord

VIVE har gennemført denne vidensafdækning på opdrag fra Socialstyrelsen. Vidensafdækningen bidrager med viden til Socialstyrelsens arbejde med udviklingen af indsatser til håndtering af somatisk sygdom hos borgere på socialområdet. Vidensafdækningen har særligt fokus på sundhedsindsatser til håndtering af somatiske sygdomme hos voksne borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer, som er i målgruppen for at modtage sociale tilbud efter serviceloven, såsom botilbud (SEL § 107 og § 108 samt ABL § 105), støtte- og kontaktpersoner (SEL § 99), bostøtte (SEL § 85) samt forskellige uvisiterede boformer (§ 110 boformer, såsom herberger og væresteder).

Formålet med vidensafdækningen er at tilvejebringe et overblik over et centralt udvalg af sundhedsindsatser på socialområdet og på den baggrund at udføre fire uddybende casestudier af særligt virksomme indsatser til målgruppen. Vidensafdækningen er baseret på desk research og en strategisk litteraturgennemgang samt kvalitative interview med ledere og medarbejdere i de fire udvalgte casestudier.

Første skridt er hermed taget i arbejdet med at indkredse og vurdere, om der er grundlag for at igangsætte et arbejde med at videreudvikle og modne udvalgte sundhedsindsatser, der øger trivsel og understøtter recovery for borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer. Socialstyrelsen fortsætter arbejdet, der indgår i Udviklings- og Investeringsprogrammet på voksenområdet for 2021.

Vidensafdækningen er gennemført af analytiker Sigrid Trier Grønfeldt, seniorforsker Helle Sofie Wentzer og seniorforsker Mette-Louise E. Johansen, der har været projektleder.

Rapporten er kvalificeret på baggrund af kommentarer fra to eksterne reviewere.

Vi håber, at vidensafdækningen og casestudierne vil være til inspiration for den videre udvikling af arbejdet med at håndtere somatiske sygdomme på socialområdet.

Vidensafdækningen er bestilt og finansieret af Socialstyrelsen.

*Kræn Blume Jensen*

Forsknings- og analysechef for VIVE Social

# Indhold

Sammenfatning .....	6	
1	Introduktion .....	11
1.1	Baggrund for undersøgelsen .....	11
1.2	Rapportens fokus og formål.....	12
1.3	Målgruppe.....	13
1.4	Afgrænsning .....	14
1.5	Rapportens opbygning .....	15
2	Baggrund: Ulighed i sundhed på socialområdet.....	16
2.1	Borgerens helbredsprofil og sundhedskompetence .....	16
2.2	Barrierer i mødet med læge og sundhedssystem.....	18
2.3	Den socialfaglige kontekst.....	20
2.4	Afrunding .....	21
3	Metoder i vidensafdækningen .....	22
3.1	Relevanskriterier .....	22
3.2	Desk research.....	23
3.3	Strategisk litteraturgennemgang.....	24
3.4	Screening af kilder .....	25
3.5	Kvalitative interview.....	25
4	Udvælgelse af fire casestudier .....	28
4.1	Fravalg og tilvalg .....	30
4.2	Endelig udvælgelse.....	30
5	Tænk somatikken med .....	31
5.1	Baggrund og formål .....	31
5.2	Målgruppe.....	33
5.3	Organisering og indhold .....	33
5.4	Hvad ser lovende ud?.....	36
5.5	Barrierer og udfordringer .....	38
5.6	Udviklingsstatus.....	39
5.7	Økonomi.....	39
6	Social Sundhed .....	40
6.1	Baggrund og formål .....	40
6.2	Målgruppe.....	41
6.3	Organisering og indhold .....	41
6.4	Hvad ser lovende ud?.....	43
6.5	Barrierer og udfordringer .....	44
6.6	Udviklingsstatus.....	45

6.7	Økonomi.....	45
7	Sundhedstjek på botilbuddet Tangkær .....	46
7.1	Baggrund og formål .....	46
7.2	Målgruppe.....	47
7.3	Organisering og indhold .....	47
7.4	Sundhedstjekket i en bredere kontekst.....	51
7.5	Hvad ser lovende ud?.....	52
7.6	Barrierer og udfordringer .....	54
7.7	Udviklingsstatus.....	56
7.8	Økonomi.....	56
8	Omsorgscenter PitStop .....	58
8.1	Baggrund og formål .....	58
8.2	Målgruppe.....	59
8.3	Organisering og indhold .....	59
8.4	Omsorgscentret i en bredere kontekst.....	63
8.5	Hvad ser lovende ud?.....	64
8.6	Barrierer og udfordringer .....	68
8.7	Udviklingsstatus.....	69
8.8	Økonomi.....	69
9	Tværgående opsamling .....	70
9.1	Krav-frihed i frivilligsektoren.....	70
9.2	Det menneskelige møde.....	72
9.3	Snitflader mellem sektorer og fagområder.....	73
	Litteratur .....	75
Bilag 1	Oversigt over alle fundne indsatser.....	78
Bilag 2	Søgedokumentation: Vidensafdækning om sundhedsindsatser.....	88
Bilag 3	Relevante referencer fra litteratursøgning.....	92
Bilag 4	Bruttoliste over sundhedsindsatser.....	96
Bilag 5	Oversigt over 11 Elementer i lovende praksis.....	99

# Sammenfatning

## Formål med vidensafdækningen

Denne rapport har til formål at afdække viden om eksisterende sundhedsindsatser til håndtering af somatisk sygdom hos borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer. Afdækningen bidrager med viden om, hvad der overordnet kendtegner et bredt udvalg af aktuelle sundhedsindsatser, der udbydes i regi af kommuner, regioner og civilsamfundsorganisationer. Rapporten går i dybden med 4 udvalgte cases, der giver indsigt i indsatser, der på forskellig måde lykkes med eller forventes at lykkes med at skabe en virksomhedsfuld og sammenhængende sundhedsindsats til borgerne på tværs af sektorer og tilbud.

Rapporten er bestilt af Socialstyrelsen med det formål at indkredse og vurdere, om der er grundlag for at igangsætte et arbejde med at udvikle, udbrede eller modne sundhedsindsatser til håndtering af somatisk sygdom hos borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer. Afdækningen formidler således viden, der potentielt kan bruges som grundlag for og inspiration til at prioritere nye initiativer til at håndtere sundhedsrelaterede problemstillinger på det sociale område.

## Målgruppe

Konkret fokuserer vidensafdækningen på sundhedsindsatser til håndtering af somatisk sygdom hos 1) borgere med betydelig nedsat fysisk og psykisk funktionsevne, dvs. borgere med psykiske vanskeligheder, fx i socialpsykiatrien, eller borgere med fysiske og kognitive funktionsnedsættelser, fx borgere med udviklingshæmning eller senhjerne-skade, samt 2) borgere med sociale problemer, dvs. borgere i en udsat position, som fx er hjemløse og/eller har et misbrug. Vidensafdækningen fokuserer på sundhedsindsatser, der håndteres af fagpersoner, der arbejder i tilbud under serviceloven, nærmere bestemt botilbud (SEL § 107 og § 108 samt ABL § 105), støtte- og kontaktpersoner (SEL § 99), bostøtte (SEL § 85) samt forskellige uvisiterede boformer (§ 110-boformer, såsom herberger og væresteder).

Der er i vidensafdækningen lagt vægt på at identificere og afdække sundhedsindsatser, der:

- styrker fagprofessionelle i at *identificere og opspore* somatisk sygdom hos borgeren
- *brobygger* og skaber bedre sammenhæng mellem praksis i de sociale tilbud og praksis i sundhedssystemet, fx hos borgerens praktiserende læge eller hospitalet
- *understøtter den rette diagnosticering* af somatisk sygdom hos borgeren
- *understøtter behandling* af somatisk sygdom hos borgeren.

Denne rapport er således baseret på borgernære sundhedsindsatser, der understøtter borgerens forløb, når somatiske sygdomme skal identificeres, diagnosticeres og behandles. Det skal understreges, at der er flere elementer på spil end diagnosticeringen

af sygdom, når borgeren skal tilses af en læge, fx kan mødet med lægen handle om smerter, justering af medicin, sårbehandling eller lignende sygdomsrelaterede problemer og behov. Indsatser, der understøtter den rette diagnosticering af somatisk sygdom, har derfor også et bredere fokus end selve diagnosticeringen, fx fokus på den gensidige forståelse mellem læge og borger. I to af de fire casestudier har vi medtaget sundhedsindsatser, der både håndteres af fagpersoner og frivillige i regi af civilsamfundsorganisationer, da det har vist sig i vidensafdækningen, at frivilligsektoren også varetager indsatser, der har en særlig lovende virkning i forhold til borgeren. Der er lagt vægt på at beskrive fire borgernære indsatser, som kan give inspiration på tværs af målgruppen af borgere med betydelig nedsat fysisk og psykisk funktionsevne eller sociale problemer. Rapporten sammenfatter nogle tværgående vidensinput, der kan bidrage til udviklingen af nye indsatser, som skal løfte håndteringen af somatisk sygdom bredt på socialområdet.

## Undersøgellesdesign og metode

Vidensafdækningen er gennemført ved brug af et metodedesign i fire fortløbende faser. Først er der udført en oversigtsskabende desk research og derefter en strategisk litteraturgennemgang, der samlet set afdækker et bredt udsnit af sundhedsindsatser og tilbud til borgeren. Med afsæt i 52 identificerede indsatser er der gennem en grundig udvælgelsesproces udvalgt fire særligt relevante indsatser/tilbud til nærmere casestudier. Disse er beskrevet ved hjælp af data fra 9 kvalitative interview med projektledere, medarbejdere og praktikere i tilknytning til de fire cases.

## Hvad viser vidensafdækningen

### Hvad findes der overordnet af sundhedsindsatser?

Vidensafdækningen viser, at der findes sundhedsindsatser rettet mod målgruppen både på socialområdet og i sundhedssystemet. Disse indsatser er udviklede med henblik på at kvalificere egen praksis inden for den enkelte sektors håndtering af somatisk sygdom hos borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer. Vi finder løsningsmodeller både på strukturelt niveau, såsom stillingsfunktioner, deciderede tilbud eller fremskudte indsatser, og på praksisniveau, såsom samarbejdsmodeller, projekter og indsatser. Selvom vi ikke har foretaget en udtømmende vidensafdækning, tegner der sig et billede af, at der er forholdsvis få indsatser. Ud fra en liste over sundhedsindsatser på socialområdet og i sundhedssystemet er der foretaget et valg om at fokusere på indsatser, der understøtter kvalificeringen af praksis på socialområdet. Der er blevet valgt fire casestudier ud på baggrund af følgende kriterier: 1) casene skulle afspejle borgerens forløb, 2) casene skulle indfange hele målgruppen, 3) casene skulle være mere gennemgribende for borgeren end akutindsatser og 4) casene skulle ikke pege på strukturelle løsninger, men på sundhedsindsatser eller samarbejdsmodeller, der organiseres inden for eksisterende rammer og ressourcer.

### Hvad viser de fire udvalgte cases?

"Tænk somatikken med" er et kompetenceudviklingsmateriale under udvikling hos Region Sjælland målrettet medarbejdere i socialpsykiatriske tilbud. Materialet er udvalgt

som case, fordi det på en anderledes måde giver somatiske problemstillinger en selvstændig plads i opgaveløsningen i socialpsykiatrien. Materialet vil også kunne bruges bredere end de sociale botilbud, fx af medarbejdere på hjemløseherberg og omsorgscentre (sidstnævnte beskrives i denne rapport), eller andre sammenhænge, hvor tværsektorielle eller tværdisciplinære faggrupper mødes omkring somatisk sundhed blandt borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer. Materialet, der er et visuelt online-materiale bestående af korte speed drawing-film og grafiske refleksionsøvelser, stiller gennem brug af narrative cases fra det virkelige liv i socialpsykiatrien skarpt på de forskellige dilemmaer og problematikker, der opstår, når somatiske problemstillinger skal håndteres i det daglige. Formålet med indsatsen er at styrke medarbejderne i at støtte borgerne, så de reagerer hurtigere og mere hensigtsmæssigt på kropsforandringer, samt i at forberede borgerne bedre til dialogen med sundhedssystemet og i højere grad mestre eget sygdoms- og behandlingsforløb. Materialets borgercases er udformet meget tæt på og relaterbart til både medarbejderens og borgerens hverdagspraksis, hvilket gør det relevant og vedkommende for personalet at tage til sig og bruge. Det narrative arbejde med borgercases stiller en konstruktiv platform for refleksion og nysgerrighed til rådighed og tillader, at personalet tør se åbent på de forskellige fortolkninger, der kan være på komplekse somatiske problematikker, samt finder frem til løsninger, der kan sikre korrekt diagnosticering og behandling til borgeren.

”Social Sundhed” er en landsdækkende følgeordning, hvor frivillige sundhedsfaglige studerende følger borgere til aftaler i sundhedssystemet. Tilbuddet er uvisitet og er rettet til at hjælpe alle borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer. Social Sundhed er udvalgt til casebeskrivelse, fordi tilbuddet fungerer som et brobyggende element mellem det sociale og sundhedsfaglige system, hvor borgeren støttes til aftaler hos lægen eller i sundhedssystemet. Samtidig har indsatsen et dobbelt formål om at klæde fremtidens sundhedsprofessionelle bedre på til at forstå, rumme og håndtere borgere med betydelig nedsat fysisk og psykisk funktionsevne eller sociale problemer. Der eksisterer i indsatsen konkrete og gode erfaringer med at drive en følgeordning i civilsamfundsregi og viden om, hvordan man gennem frivillighed formår at tilbyde borgeren et kravfrit tilbud, der gennem et gensidigt menneskeligt møde bidrager til at nedbryde de barrierer, som borgeren møder i sundhedssystemet.

”Sundhedstjek på det socialpsykiatriske botilbud Tangkær” har eksisteret siden 2011 og består af en sekstrinsmodel for et systematisk årligt sundhedstjek af botilbuddets borgere (Jensen et al., 2021). Formålet med sundhedstjekket er at øge den fysiske sundhed for borgere med betydelig nedsat fysisk og psykisk funktionsevne gennem en koordineret indsats og samarbejde mellem botilbuddet, lokalpsykiatrien, retspsykiatriske ambulatorier samt alment praktiserende læger. Samarbejdsmodellen består af et årligt sundhedstjek-statusmøde, hvor praktiserende læge, psykiater, farmaceut, fagpersoner fra botilbuddet og borgeren mødes på botilbuddet. Forinden foretages en gennemgang og afstemning af borgerens medicin, en forundersøgelse/helbredstjek og en samtale, der klæder borgeren på til mødet med lægen og psykiateren. Helbredstjekket består af blodprøver, målinger og andre undersøgelser, som kan løftes af praktiserende læge, men også alternativt af fagpersoner på botilbuddet ved hjælp af mobillaboratorie, hvis borgeren ønsker det. Dette letter arbejdsopgaven for lægen og sikrer, at borgeren bliver undersøgt. På statusmødet informeres borgeren om resultaterne fra forundersøgelsen



samt medicingennemgangen, og mødet tager derudover udgangspunkt i, hvilke sundhedstemaer borgeren selv ønsker at arbejde med eller få hjælp til. Statusmødet giver anledning til tværfaglig koordinering og sparring. Efter mødet lægges der en indsatsplan sammen med borgeren i forhold til forebyggelse og/eller behandling. Dette understøtter et vedvarende fokus på borgerens sundhedsmæssige trivsel og recovery i det daglige arbejde på botilbuddet. Ud over statusmødet afholdes et årligt samarbejds møde for alle fagpersoner, der indgår i sundhedstjekket, hvor der sikres faglig refleksion og sparring. Indsatsen giver en række konkrete løsninger til, hvordan medarbejdere på botilbud under SEL § 107, 108 og ABL § 105 kan implementere sundhedstjek og skabe en bedre relation og forståelse mellem borgerne, praktiserende læge og psykiater. Derudover sikrer sundhedstjekket en koordinering og vidensudveksling mellem almen praksis og psykiatrien, men det kunne udbredes til forskellige typer botilbuds samarbejde med andre typer aktører og faggrupper, fx koordinering med andre aktører i sundhedssystemet.

”Omsorgscenter PitStop” har eksisteret siden 2018 og drives i samarbejde mellem Røde Kors og Aarhus Kommune. Omsorgscentret hjælper borgere med sociale problemer, som ikke kan bo i eget hjem, med at få ro til at fortsætte eller afslutte behandling efter akut hospitalsforløb med det formål at forebygge en genindlæggelse. Sammen med to andre Røde Kors drevne omsorgscentre er PitStop den eneste type tilbud på landsplan til forebyggelse af genindlæggelser og understøttelse af behandling til disse borgere. Borgerne indskrives i 2-3 uger og får tilbudt et eneværelse, mad og ro til restitution samt støtte til behandling. Centret hjælper med at bygge bro til aktører tæt på borgeren ved udskrivelse. Der samarbejdes med et bredt netværk af aktører og myndigheder i kommunen og tæt med socialsygeplejerskerne på Aarhus Universitetshospital. På centret er ansat sundhedspersonale og socialfagligt personalet, og så gøres der brug af frivillige, som er til stede i dagligdagen. PitStop kan som civilsamfundsorganisation adskille sig fra det etablerede system ved ikke at sætte krav til borgeren, og personalet kan positionere sig som neutrale ”udefrakommende” omsorgspersoner i en tillidsrelation. Evalueringen viser, at den hvile, tryghed og restitution, som borgerne får, kan føre til øget refleksion over deres liv og fx en pause i og fremadrettet ønske om stop for deres misbrug. Desuden giver opholdet mulighed for opsporing af nye somatiske sygdomme og støtte til medicinbehandling.

### **Tværgående læring fra de fire cases**

Som udgangspunkt for læring og inspiration til den videre udvikling af indsatser, der kan understøtte arbejdet med håndteringen af somatisk sygdom på det sociale område, opsummerer rapporten tre tværgående temaer blandt de fire cases. Disse er kravfrihed i frivillighedssektoren, det menneskelige møde samt snitfladen i og mellem faggrupper og sektorer.

Casebeskrivelserne viser, at relationen mellem borger og fagpersoner/frivillige i civilsamfundsorganisationerne er anderledes end i andre tilbud, idet den tilbyder et alternativ til den mere eller mindre synlige kravstruktur, der ofte rettes mod borgeren i det øvrige sundheds- og myndighedssystem. Dermed bliver der i tilgangen til somatiske sygdomme stillet få krav til borgeren om forandring, og i stedet mødes borgeren som medmenneske i relationen til den frivillige. Man kan her yde støtte og pleje og rumme borgerens sociale problemer og sygdomme uden krav om forandring. Samtidig er erfaringen, at indsatsen

virker positivt på borgerens relation til de dele af systemet, der netop i forbindelse med diagnose og behandling af somatisk sygdom uundgåeligt er forbundet med krav til borgeren.

De fire cases har tilfælles, at de stiller skarpt på det menneskelige møde, som mødet med sundhedssystemet er for borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer. Det ses på tværs af vores materiale, at det er en kommunikativ og relationel opgave at støtte borgeren til lægebesøg og til aftaler i sundhedssystemet, som har at gøre med identificering, diagnosticering og behandling af sygdomme. Der er mange menneskelige faktorer på spil i borgerens forløb. Alle fire cases arbejder på forskellige måder med at give borgeren og sundhedspersonen de bedste forudsætninger for det gensidige møde om borgerens problematik inden for de rammer og ressourcer, der er til rådighed. De fire cases stiller på hver deres måde borgeren i en mindre sårbar rolle og position i mødet med sundhedssystemet. Det gøres bl.a. ved at få den praktiserende læge til at komme på botilbuddene og ved at klæde lægen bedre på til forståelsen af borgerens problemer og behov. Dette fokus gør relationen til lægen mindre kompleks og stiller borgeren i en stærkere position i forhold til at modtage behandling generelt.

Borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer er ofte i kontakt med sundhedssystemet på en måde, der berører både social- og sundhedsområdet samt frivillighedssektoren. Det betyder, at der er mange snitflader involveret i det faglige arbejde omkring somatisk sygdom. De forskellige cases viser, at den enkelte indsats skal tænkes ud over rammerne af hospitalet, psykiatrien, eller sociale tilbud, og at der skal være et solidt samarbejde med fagpersoner, der er tæt på borgernes hverdagsliv. De indsatser og tilbud, som er beskrevet i denne rapport, har tilfælles at de involverer "multiagency"-samarbejdsmodeller inden for eller på tværs af sektorerne. I samarbejdsmodellerne er erfaringen, at det er vigtigt, at ansvaret er tydeligt, at fagpersonerne møder hinanden og kan videreføre kontakten, og at der er forståelse for borgernes behov i forhold til deres nedsatte fysiske eller psykiske funktionsevne eller sociale problemer. Der ligger en central kommunikationsopgave i at finde den gode løsning for borgeren på tværs af fagfelter og sektorer. På sociale botilbud, hjemløseherberg m.m. er der ofte mange faggrupper ansat, og det giver ofte en proces, hvor der skal kommunikeres og "forhandles" mellem forskellige vidensformer, fagsprog og praksisformer, ligesom det også er tilfældet, når det sociale system skal kommunikere med sundhedssystemet. Casene viser, at det er afgørende i sundhedsindsatser til håndtering af somatisk sygdom hos borgerne, at fagpersoner støttes i at tydeliggøre egne kerneområder og være bevidste om, hvornår (og hvordan) andre fagområder bør overtage ansvaret. Dermed mindskes fagspecifikke snitfladeproblematikker inden for eller mellem de forskellige sektorer.

# 1 Introduktion

Denne rapport præsenterer resultaterne af en vidensafdækning af sundhedsindsatser til håndtering af somatisk sygdom hos borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer. Afdækningen formidler viden om, hvad der generelt findes af sundhedsindsatser der modtages af denne målgruppe af borgere, og udfolder på den baggrund fire udvalgte indsats-cases samt centrale temaer, der går på tværs af disse. Vidensafdækningen er baseret på desk research og en strategisk litteraturgennemgang samt kvalitative interview med ledere og medarbejdere i de fire sundhedsindsatser.

## 1.1 Baggrund for undersøgelsen

Borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer er generelt mere udsatte i forhold til somatisk sygdom end den øvrige befolkning. Ofte har borgerne lavere livskvalitet samt en gennemsnitlig lavere levealder end den øvrige befolkning. Samtidig har borgerne højere risiko for livsstilssygdomme såsom hjerte-kar-sygdomme, respiratoriske sygdomme, kræftsygdomme, diabetes og overvægt (Bochicchio et al. 2019; Bengtsson 2017). Mange faktorer spiller ind på borgernes ringere sundhedsmæssige trivsel. Blandt andet kan den forklares ved mindre motion og fysisk aktivitet, mere risikofyldt livsstil eventuelt med et højt forbrug af alkohol og stoffer samt generel social udsathed, hvad angår boligforhold, kriminalitet, vold og økonomiske forhold. Desuden er også bivirkninger af medicin samt utilstrækkelig medicinsk behandling og for sen opsporing af somatisk sygdom (diagnoseforsinkelse) medvirkende til et dårligere fysisk helbred hos borgerne (Wentzer 2013). Samtidig har det stor betydning, at borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne kan have svært ved selv at komme til læge eller mangler sprog og ikke selv kan give udtryk for at der er behov for at komme til læge (Jensen & Grønfeldt 2019). Vi ser også, at der kan være konkrete, praktiske barrierer for at komme til læge, såsom transport, og at der skal en medarbejder med. Endelig skal det understreges, at forholdene for den brede målgruppe af borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer påvirkes af borgernes generelle livsvilkår, strukturelle barrierer og (ulige) muligheder i livet. Mange af disse faktorer medvirker til udfordringer, der gør det særligt vanskeligt for disse borgere at tage vare på egen fysiske sundhed.

En stor andel borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer er i målgruppen for at modtage sociale tilbud efter serviceloven såsom botilbud (SEL § 107 og § 108 samt ABL § 105), støtte- og kontaktpersoner (SEL § 99), bostøtter (SEL § 85), samt forskellige uvisiterede boformer (§ 110 boformer, såsom herberg og væresteder). I borgerens dagligdag er det personalet på disse tilbud samt øvrige fagprofessionelle medarbejdere i kontakt med målgruppen, som skal støtte borgerne i at håndtere sundhedsproblematikker og opspore og forebygge sundhedsrelaterede problemstillinger. Undersøgelser viser dog, at de fagprofessionelle i kommunerne og de sociale tilbud oplever mange udfordringer med at identificere og håndtere somatiske sygdomme hos borgerne (Socialstyrelsen 2021). Det er en central udfordring, at det socialfaglige personale skal håndtere sundhedsfaglige problemstillinger.

Der savnes generelt mere viden om sundhedsindsatser til socialområdet, som er målrettet borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer, herunder viden om, hvad der virker lovende i forhold til opsporing, diagnosticering og behandling af somatisk sygdomme hos borgerne. Der savnes også viden om, hvordan indsatserne nedbryder de forskellige barrierer, der er forbundet med at håndtere somatisk sygdom hos borgerne, for eksempel i forhold til, at de har komplekse problemstillinger, samt hvordan denne viden bedst implementeres i en socialfaglig kontekst, så der opnås bedre brobygning mellem det socialfaglige og det sundhedsfaglige felt.

## 1.2 Rapportens fokus og formål

Formålet med denne rapport er at tilvejebringe et overblik over et centralt og afgrænset udvalg af sundhedsindsatser til håndtering af somatisk sygdom blandt borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer, samt at gå i dybden med fire udvalgte cases, der særligt repræsenterer virksomme eller lovende indsatser. Vidensafdækningen fokuserer på sundhedsindsatser, der handler om opsporing og behandling af somatisk sygdom, og afgrænser sig således til ikke at medtage et fokus på sundhedsfremmeinitiativer og forebyggelse. Baggrunden for denne afgrænsning uddybes i afsnit 1.3. Vidensafdækningen skal inspirere og bidrage til fremtidig udvikling af sundhedsindsatser til håndtering af somatisk sygdom på det sociale område ved at udfolde elementer og temaer, der viser sig væsentlige, når borgeren behøver støtte og hjælp i deres hverdagsliv og i kontakten til sundhedssystemet.

Rapportens hovedsigte er at fremhæve fire gode eksempler på eksisterende sundhedsindsatser, herunder indsatsernes centrale karakteristika, hvad der ser ud til at have en lovende virkning, samt barrierer og udfordringer i arbejdet med indsatserne. Konkret fokuserer rapporten på sundhedsindsatser, der udbydes følgende steder inden for det sociale område:

- Sundhedsindsatser, *som udbydes på og af tilbud* efter serviceloven, nærmere bestemt botilbud (SEL § 107 og § 108 samt ABL § 105), støtte- og kontaktpersoner (SEL § 99), bostøtte (SEL § 85), samt forskellige uvisiterede boformer (§110 boformer, såsom herberg og væresteder)
- Øvrige sundhedsindsatser, *som udbydes i regi af kommunerne/regionerne* til borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer, som modtager ovennævnte tilbud.

Denne rapport er således baseret på sundhedsindsatser til håndtering af somatisk sygdom blandt personale, der arbejder tæt på borgernes hjem og hverdag. De fire sundhedsindsatser, der er valgt ud, viser sig særligt virksomme i forhold borgerens forløb før, under og efter diagnosticering af somatiske sygdomme, nærmere betegnet er det indsatser, der:

- styrker fagprofessionelle i at *identificere og opspore* somatisk sygdom hos borgeren
- *brobygger* og skaber bedre sammenhæng mellem praksis i de sociale tilbud og praksis i sundhedssystemet, fx hos borgerens praktiserende læge eller hospitalet

- *understøtter den rette diagnosticering* af somatisk sygdom hos borgeren
- *understøtter behandling* af somatisk sygdom hos borgeren.

Selvom vi fokuserer på borgerens forløb før, under og efter diagnosticering, skal det understreges, at der er flere elementer på spil end diagnosticeringen af sygdom, når borgeren skal tilses af en læge. Eksempelvis kan mødet med lægen handle om smerter, justering af medicin, sårbehandling eller andre bredere sygdomsrelaterede problemer og behov. Indsatser, der understøtter den rette diagnosticering af somatisk sygdom, sigter derfor også bredere end kun at understøtte korrekt diagnosticering, fx kan de have fokus på at skabe gensidig forståelse mellem læge og borger.

I to af de fire casestudier har vi medtaget sundhedsindsatser, der både håndteres af fagpersoner og frivillige i regi af civilsamfundsorganisationer. Dette valg er taget på baggrund af vidensafdækningens fund, som peger på, at frivilligsektoren også varetager indsatser med en særlig lovende virkning i forhold til borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer.

Der er lagt vægt på at beskrive fire borgernære indsatser, som kan give inspiration på tværs af målgruppen og på tværs af sociale tilbud. Rapporten sammenfatter nogle tværgående vidensinput, der kan bidrage til udviklingen af nye indsatser, som skal løfte håndteringen af somatisk sygdom bredt på socialområdet.

**De fire udvalgte sundhedsindsatser, der er udvalgt som casestudier i denne rapporten er:**

**Tænk somatikken ind** – et kompetenceudviklingsmateriale til personale på sociale tilbud inden for socialområdet.

**Social Sundhed** – en følgeordning hvor frivillige følger borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer til aftaler i sundhedssystemet.

**Sundhedstjek på botilbud Tangkær** – en samarbejdsmodel mellem botilbuddets fagpersoner, borgere, praktiserende læge, psykiater, farmaceut og eventuelle andre sundhedspersoner koordinerer korrekt diagnosticering og behandling af sygdomme hos botilbuddets borgere.

**Omsorgscenter PitStop** – Røde Kors-center, der yder omsorg og restitution efter akut hospitalsindlæggelse til borgere med sociale problemer, hvorunder nogle også har betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.

### 1.3 Målgruppe

Konkret fokuserer vidensafdækningen på sundhedsindsatser til håndtering af somatisk sygdom hos 1) borgere med betydelig nedsat fysisk og psykisk funktionsevne, det vil

sige borgere med psykiske vanskeligheder, fx i socialpsykiatrien, eller borgere med fysisk og kognitive funktionsnedsættelser, fx borgere med udviklingshæmning eller senhjerneskade, samt 2) borgere med sociale problemer, dvs. borgere i en udsat position, som fx er hjemløse og/eller har et misbrug. Vidensafdækningen fokuserer på sundhedsindsatser, der håndteres af fagpersoner, der arbejder i tilbud under serviceloven, nærmere bestemt botilbud (SEL § 107 og § 108 samt ABL § 105), støtte- og kontaktpersoner (SEL § 99), bostøtte (SEL § 85), samt forskellige uvisiterede boformer (§ 110-boformer, såsom herberger og væresteder).

## 1.4 Afgrænsning

Formålet med denne vidensafdækning er ikke at gennemføre en systematisk og udtømmende kortlægning af alle eksisterende sundhedsindsatser til håndtering af somatisk sygdom hos borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer. Det er i højere grad målet at finde frem til nogle bud på relevante indsatser, der repræsenterer virksomme løsninger på de komplekse og mange-facetterede udfordringer, som opstår, når borgerne behøver hjælp og støtte til somatiske problemstillinger i sundhedssystemet. Det er ligeledes væsentligt at fremhæve, at de identificerede indsatser samt de fire udvalgte cases ikke i ligelig grad repræsenterer alle aspekter ved borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer.

### 1.4.1 Fravalg af misbrugsbehandling

Vi har valgt ikke at medtage indsatser målrettet misbrugsbehandling. Dette fravalg er begrundet i, at misbrugsbehandling er et meget specifikt fagområde, det omfatter fx skadesreducering, førstehjælp eller specifik medicinbehandling. Elementer, der ser ud til at have en lovende virkning i disse indsatser, kan derfor ikke som sådan læses på tværs af det sociale område eller relateres til den bredere målgruppe af borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer.

### 1.4.2 Fravalg af sundhedsfremme og forebyggelse

Vi har fravalgt at medtage sundhedsfremmeinitiativer og forebyggende sundhedsindsatser, der baseres på KRAM-faktorerne (kost, rygning, alkohol og motion). Disse indsatser blev frasorteret på baggrund af vidensafdækningens afgrænsninger i tilbuddet samt ud fra overvejelser over alvorlighedsgraden i de problemstillinger, der arbejdes med i de indsatser, der udvælges. Gennem vores søgning og praksistjek fremgår det, at sundhedsfremmeinitiativer er vigtige, men at der er så store basale udfordringer alene med at få identificeret sygdom, stillet en korrekt diagnose og understøttet behandling på det sociale område, at disse udfordringer ofte må løses, før der i praksis kan sættes fokus på arbejdet med sundhedsfremme. Sundhedsfremme og forebyggelse indgår dog som et element i flere af de fire valgte indsatser, men har ikke det primære fokus i denne rapport. Vi betragter KRAM-indsatser som et særskilt område, der ville kunne afdækkes i en særskilt fremtidig screeningsundersøgelse.

### 1.4.3 Vægtning af bestemte borgergrupper i vores fund

Vidensafdækningen har bestået af en søgning efter sundhedsindsatser til hele den brede målgruppe af borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer. Det er dog fremgået af vores søgning, at der er væsentligt flere sundhedsindsatser til nogle borgergrupper i målgruppen end andre. Vores fund peger særligt på indsatser til håndtering af somatisk sygdom blandt borgere inden for socialpsykiatrien, dvs. borgere med psykiske vanskeligheder eller kognitive funktionsnedsættelser, samt til borgere med sociale problemer, særligt på hjemløseområdet. Der vil derfor også være en vægtning af disse borgergrupper i casebeskrivelserne, hvor fx borgere med fysiske eller kognitive funktionsnedsættelser fremgår mindre tydeligt. Det skal dog understreges, at de fire casebeskrivelser kan læses på tværs af hele målgruppen og også relateres til forskellige medarbejders og personalegruppers håndtering af somatisk sygdom hos de borgergrupper, der ikke direkte fremgår i rapporten, fx borgere med fysiske funktionsnedsættelser eller særlige kognitive funktionsnedsættelser som senhjerneskade eller udviklingshæmning.

## 1.5 Rapportens opbygning

I rapportens kapitel 2 beskrives vidensafdækningens problemstilling vedrørende ulighed i sundhed, herunder uddybes særskilte problematikker omhandlende diagnoseforsinkelser og underbehandling af målgruppen. I kapitel 3 redegøres der for afdækningens metode og datagrundlag i form af desk research, litteraturgennemgang samt kvalitative interview. Dette kapitel indeholder også en beskrivelse af undersøgelsens analysestrategi med elementer fra værktøjet lovende praksis. I kapitel 4 redegøres der for udvælgelsen af sundhedsindsatser og valget af de fire cases begrundes. Kapitlerne 5-8 indeholder grundige beskrivelser af de fire indsatser; "Tænk somatikken med", Social Sundhed, Sundhedstjek på Tangkær samt Omsorgscenter PitStop. Kapitel 9 sammenfatter tværgående temaer, som er centrale i forhold til at give inspiration til den videre udvikling af indsatser til håndteringen af somatisk sygdom på det sociale område.

## 2 Baggrund: Ulighed i sundhed på socialområdet

Dette kapitel beskriver nogle af de strukturelle, kulturelle eller socioøkonomiske faktorer, der medvirker til, at borgere med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer befinder sig i en mere udsat eller sårbar position i mødet med sundhedssystemet.

Ved ulighed i sundhed forstås, at ikke alle borgere har det samme udgangspunkt for at modtage behandling i sundhedssystemet, selvom det danske sundhedsvæsen er lagt an på fri og lige adgang til sundhedshjælp. Alle borgere har principielt ret til og mulighed for den samme behandling i det offentlige sundhedssystem, men for borgere med betydelig nedsat fysisk og psykisk funktionsevne eller sociale problemer eksisterer der mange forskellige barrierer, der stiller dem mere sårbart i forhold til at modtage behandling.

At forstå, hvorfor borgerne alligevel er ulige stillet i forhold til at få hjælp i sundhedssystemet, fordrer en nuanceret tilgang til sundhedsbegrebet, der rummer, at den enkelte borgers sundhed og helbred både beror på individuelle livsstilsvalg og i høj grad også på den strukturelle kontekst, som sundhedsproblematikkerne udspiller sig i.

Kapitlet beskriver tre overordnede problematikker, der omhandler barrierer på borgersiden, udfordringer i sundhedssystemet samt den socialfaglige og tværsektorielle kontekst, som borgeren og medarbejdere på socialområdet befinder sig i. Vi vender tilbage til disse tre problemstillinger i rapportens kapitel 9, hvor vi foretager en tværgående opsamling af, hvordan de fire sundhedsindsatser søger at finde løsninger, der adresserer disse på forskellig vis.

### 2.1 Borgerens helbredsprofil og sundhedskompetence

Forskning viser, at borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer generelt er mere udsatte i forhold til somatisk sygdom end den øvrige befolkning. Borgere med alvorlige psykiske lidelser dør 15-20 år tidligere end gennemsnitsdanskerne – 15 år tidligere for kvinder og 20 for mænd (Nordentoft et al. 2013). Tilsvarende viser tal for helbredsprofilen for borgere med sociale problemer i en udsat position (forstået som brugere af herberger, væresteder, varmestuer, forsorgshjem og andre sociale tilbud), at den forventede middellevetid blandt mænd er 19 år kortere end blandt mænd i den øvrige befolkning, mens den blandt kvinder er 17 år kortere end i den øvrige befolkning (Strøbæk et al. 2017). Der ses også en væsentlig højere overdødelighed for borgere med sociale problemer i en udsat position på næsten syv gange større for mænd og otte gange større for kvinder sammenlignet med den øvrige befolkning. Dødsårsagerne skyldes i høj grad somatiske sygdomme som hjerte-kar-sygdomme, blodpropper i hjernen og hjerneblødning (Danske Regioner 2017) samt øvrige ikke-naturlige årsager som ulykker og selvmord samt én eller flere belastende livsomstændigheder i form af alkohol- og stofmisbrug, hjemløshed og fattigdom (Strøbæk et al. 2017). Borgere med sociale problemer i en udsat position har desuden ringere helbredsrelateret livskvalitet og markant højere forekomst af sygelighed end befolkningen generelt. Dette



kommer til udtryk som ubehag og specifikke smerter samt aktivitetsbegrænsning som følge af sygdom eller skade. Undersøgelser viser også, at borgernes sundhedstilstand og trivsel forværres, jo flere belastende livsomstændigheder, de udsættes for, eksempelvis fattigdom (Ahlmark et al. 2017).

De somatiske sygdomme, der dominerer billedet hos borgere med sociale problemer i en udsat position, er tilstande, som med den rette lægelige behandling kan behandles og forebygges. Det kan derfor umiddelbart forekomme paradoksalt, at borgere, som ofte er kendt af kommunerne, udvikler og dør af sygdomme, som kan opspores tidligt, behandles eller forebygges. Dette skyldes mange komplekse faktorer og barrierer, der i samspil påvirker borgernes udsatte sundhedstilstand.

Nogle barrierer kan relateres til borgerens kontakt til praktiserende læge eller mangel på samme samt de socioøkonomiske faktorer, der påvirker borgerens møde med og mulighedsrum i sundhedssystemet. Undersøgelser viser, at borgere med sociale problemer i en udsat position generelt har meget sporadisk eller slet ingen kontakt til praktiserende læge (Pedersen 2018). Nogle borgere har slet ikke en praktiserende læge, idet der er mangel på alment praktiserende læger i Danmark, særligt i de tyndt befolkede områder. Tildeling af praktiserende læge er desuden knyttet til den kommune, som borgeren har bopæl i. Dette betyder, at borgere uden en bopæl ikke har et sygesikringskort med adgang til praktiserende læge. Dette er tilfældet for en lang række mennesker i Danmark, som fx hjemløse, der ikke har adgang til hjælp ved sygdom (Rådet for Socialt Udsatte 2020). Nogle borgere fravælger også at bruge den praktiserende læge af økonomiske eller praktiske grunde, fordi de selv skal bestille tid og selv skal betale for eventuel medicin. En stabil relation til praktiserende læge vanskeliggøres desuden af disse borgeres til tider kaotiske og omskiftelige tilværelse med hyppige flytninger og deraf hyppige lægeskift (Pedersen 2018).

Ud over strukturelle eller praktiske forhindringer findes der også andre barrierer for lægebesøg i form af manglende kulturelle kompetencer, kognitive udfordringer samt frygt for stigmatisering, der forhindrer borgeren i at søge lægehjælp (Wentzer 2013, Pedersen 2018). Kompetencemæssigt forudsætter det, at borgeren kan forstå og fortolke sin krops signaler samt tegn på, at der er behov for hjælp. Litteraturen viser, at kulturelle forskelle gør, at mennesker fortolker kroppens signaler forskelligt, herunder hvad der er "normalt"/ikke-normalt (Wentzer 2013). Begrebet "sundhedskompetence" refererer til menneskers evne til at tilegne sig og forstå viden om sundhed, at vurdere denne viden samt at handle på den. Med andre ord handler begrebet om menneskers evne til at tage vare på eget helbred (Maindal & Vinther-Jensen 2016). Mange borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer oplever det at skulle tage vare på eget helbred og navigere i sundhedssystemet som en udfordring. Denne oplevelse skyldes måske, at de mangler de videnskæssige og sproglige kompetencer, som systemet forudsætter, at de har for at kunne forstå og håndtere den information, de modtager, og for at de kan agere på den. At modtage behandling i sundhedssystemet forudsætter ofte evnen til at forstå sundhedsinformation i avanceret fagsprog, ligesom det forudsætter, at man som borger kan navigere i digitale systemer via fx e-Boks og andre digitale sundhedsplatforme. Undersøgelser viser, at særlige befolkningsgrupper med lav socioøkonomisk status (fx lav eller ingen uddannelse) har lav sundhedskompetence, hvilket ofte vil være gældende for borgere med sociale problemer i en udsat position. Dette

betyder, at borgerne har vanskeligt ved at udøve den nødvendige sundhedskompetence og dermed har ringere forudsætninger for at tage vare på egen sundhed og helbredstilstand. Dette er særligt centralt, fordi en stor del af det danske sundhedssystem er lagt an på borgerens ansvar og egen-håndtering af sundhed, og dermed stiller krav til borgeren om selvstændigt at kunne håndtere eget helbred i forhold til forebyggelse og behandling (Maindal & Vinther-Jensen 2016). En undersøgelse viser, at det for mange borgere i en udsat position betyder, at store dele af ansvaret for deres helbred overlades til andre fagpersoner, eksempelvis en gadesygeplejerske (Pedersen 2018). Sundhedskompetencen er således determinerende for borgerens sundhed og kan pege på en dimension af den ulighed, der findes i relation til sundhed og helbred.

Ligesådan er sociale ressourcer og relationer i borgerens liv væsentlige for, hvordan borgeren fortolker og handler på sin krops signaler, herunder hvor tidligt man opsøger en læge. Her er relationer en væsentlig forudsætning for at identificere og tolke kroppens tegn på eventuel sygdom (Wentzer 2013). Har borgeren eksempelvis betydelig nedsat fysisk og psykisk funktionsevne, herunder kognitive funktionsnedsættelser eller udviklingshæmning, ses der ringere vilkår for selv søge hjælp, og borgeren vil være mere afhængig af kompetente, sociale relationer til at understøtte sig. Det gælder også vilkårene for at følge en behandlingsplan, der stiller krav til kompetencer og ændrer rammerne for borgerens hverdag på en måde, der kan vise sig vanskelig i praksis. Har borgeren både en psykisk lidelse og en eller flere somatiske diagnoser, stiger kompleksiteten og kravene til både kompetencer, hverdagen og tilgængeligheden af videnskæssige og økonomiske ressourcer. En somatisk diagnose og dertilhørende behandlingsplan med krav til fx både medicin og omlægning af vaner kan gøre det uoverskueligt for borgeren at opsøge hjælp. Krav til ændret livsstil, eksempelvis væggtab eller rygestop, som borgeren har vanskeligt ved at honorere, samt eventuel frygt for stigmatisering grundet udsathedsproblematikker skaber ofte dårligere erfaringer med at opsøge læge, hvorfor borgerne ofte undgår at søge hjælp til behandling af somatiske sygdomme. Dårlige oplevelser bidrager således også ifølge litteraturen til "diagnoseforsinkelser". Betydelige fysiske og psykiske funktionsnedsættelser og sociale problemer kan i nogle henseender være forbundet med stigmatiserende behandling og hermed også negative oplevelser, der påvirker tilliden til systemet og ønsket om at søge hjælp. Flere studier påviser, at det er et verdensomspændende problem, at borgere med psykiske lidelser oplever stigmatiserende adfærd fra fagpersoner i sundhedssystemet (Sølvhøj et al. 2021).

## 2.2 Barrierer i mødet med læge og sundhedssystem

Det danske sundhedssystem udmærker sig ved gratis og lige adgang til hjælp, og kontakten til den praktiserende læge er en hjørnesteen i dette. Alle danske borgere kan i udgangspunktet gå til deres egen læge med fysiske og psykiske problemer. Her er det praktiserende læges opgave at udrede enten i egen klinik eller ved henvisning til andre lægefaglige specialer såsom på hospitalet og i psykiatrien. En forudsætning for en somatisk diagnose eller behandling er således, at en borger henvender sig til sin læge og præsenterer sit problem og sine symptomer i et sprog, som lægen forstår. I praksis er der dog mange forhindringer for både at få en diagnose og modtage behandling, som også knytter sig til strukturelle udfordringer på læge- og systemsiden (Wentzer 2013).

På den lægefaglige side er diagnose- og behandlingsprocesserne påvirket af flere forhold. I forskningslitteraturen taler man om to skygger, der forhindrer, at borgernes somatiske lidelser diagnosticeres og behandles. De kaldes på engelsk "diagnostic overshadowing" og "treatment overshadowing". Oversat til dansk er der tale om en "diagnostiske skygge", når fx borgernes psykiske lidelse skygger for, at sundhedsprofessionelle ser de fysiske symptomer på somatisk sygdom. Borgere med psykiske lidelser, kognitive funktionsnedsættelser eller eventuelt flere samtidige psykiske lidelser, forudsætter således klinikere, der kan håndtere "kognitiv kompleksitet" i deres udredninger (Jones et al. 2008). Det kan være vanskeligt for selv erfarne fagpersoner at holde fysiske og psykiske symptomer fra hinanden samt forstå deres indbyrdes samspil, og vide, hvornår der er tale om en eller flere psykiske lidelser, en bivirkning af medicin og/eller en somatisk sygdom. Hovedpine, træthed, åndenød, brystspænding, mavesmerter kan fx alle være udtryk for psykiske såvel som fysiske sygdomme. "Behandlingsskyggen" refererer således til manglen på overblik over den samlede behandlingsplan for borgere med både psykiske vanskeligheder og fysiske sygdomme samt en uvillighed til at adressere barrierer for, at borgeren gennemfører behandlingen/-erne (Jones et al. 2008: 170).

Det menneskelige møde mellem borger og læge forudsætter, at lægen i høj grad imødekommer og rummer borgerens livssituation og eventuel afvigende adfærd og fremtræden. En kvalitativ undersøgelse af, hvordan borgere med sociale problemer i en udsat position oplever mødet med sundhedssystemet, peger på, at mange borgere ser den praktiserende læge som en "fremmed", der mangler forståelse for og indlevelse i de levevilkår og den udsatte position, der kendetegner deres liv. Ofte savnes en mere forståelig kommunikation fra lægens side, og der savnes desuden mere konkret og opsøgende hjælp fx til at læse og forstå breve fra hospitalsvæsenet (Pedersen 2018). Mødet mellem borger og læge kan således ufrivilligt være vanskeligt og udfordrende for begge parter.

Begrebet "kulturel sundhedskapital" kan bidrage til at forklare, hvorfor mødet mellem borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer og sundhedsperson kan udfolde sig på måder, der skaber ulighed i borgerens behandlingsmuligheder. Kulturel sundhedskapital beskriver, hvordan nogle patienters egenskaber og ressourcer er mere værdifulde end andres i mødet med sundhedsvæsenet, og hvordan bestemte borgerkarakteristika og handlemåder stiller nogle borgere mere gunstigt i mødet med sundhedsprofessionelle. Dette vedrører eksempelvis viden om medicinske emner, at mestre medicinsk sprogbrug, at være proaktiv og opsøgende i forhold til eget helbred samt kompetencer til at indgå i interaktion med andre og kommunikere helbredsinformationer på en forståelig måde. Disse kompetencer er centrale i forhold til at opnå et optimalt behandlingsforløb ved at sikre en optimal relation mellem borger og læge. Begrebet rummer således verbale og non-verbale kompetencer, som borgere kan have mere vanskeligt ved at udøve, og ressourcer, de ikke nødvendigvis har. Begrebet vedrører ikke kun borgerens ressourcer og kompetencer, men også den sundhedsprofessionelles kompetencer, væremåde og evne til at indgå i relation til borgeren – begrebet forklarer derfor, hvorfor der i samspillet mellem disse to udspiller sig en kommunikation og social proces, der skaber eller hindrer mulighed for god og lige behandling (Shim 2010).

Et kvalitativt studie viser, at mødet med sundhedssystemet kan påvirkes negativt af borgerens anderledes og afvigende væremåde eller borgerens manglende kulturelle og sociale kompetencer til at tilpasse sig hospitalsverdenen og til at mobilisere de "rette" ressourcer (set fra et medicinsk perspektiv). Ligeså påvirkes mødet negativt af sundhedspersonalets manglende evne til at imødekomme og fremme borgerens kulturelle sundhedskapital. Den gensidige forståelse og relation mellem læge og borger kan derfor have stor betydning for den endelige behandling, som borgeren opnår gennem mødet med sundhedssystemet. Inden for sundhedssystemet har man arbejdet på at løse aspekter af denne problematik ved at ansætte socialsygeplejersker eller sociallæger på sygehuse, der har viden om og kendskab til målgruppen. Samme undersøgelse peger desuden på, at følgeskab til lægeaftalen mindsker stigmatisering og fremmer gensidig forståelse mellem læge og borger, fordi bisidderen kan formidle borgerens situation, mindske borgerens følelse af at være "anderledes" og vække større empati hos lægen (Pedersen 2018). Ofte har sociale tilbud dog i praksis ikke mulighed for at tilbyde følgeskab, og hvis borgerne savner pårørende eller socialt netværk til at støtte dem, kan dette være endnu et element, der stiller borgeren i en sårbar position.

### 2.3 Den socialfaglige kontekst

I Danmark er det primært kommunerne, som har ansvaret for sociale forhold og forebyggelsesindsatser for borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer. At understøtte lægesøgende adfærd hos borgere med henblik på at få opsporet og behandlet somatisk sygdom er derfor også en kommunalt betinget opgave. En spørgeskemaundersøgelse bekræfter, at danske kommuner oplever problemer i håndteringen af sundhedsrelaterede problemstillinger på socialområdet (Socialstyrelsen 2021). Det gælder både i koordinering af samarbejde mellem sektorerne samlet set, mellem lovgivningerne, i udvikling af indsatser og kompetencemæssigt blandt fagprofessionelle. Kommunerne og de sociale tilbud mangler generelt indsatser og løsningsmodeller til at løfte denne opgave.

Disse udfordringer skyldes ligeledes de ofte meget komplekse støttebehov hos borgerne, samt at opgaveløsningen i relation til somatiske problemstillinger kan tage tid og ressourcer fra den rehabiliterende opgave (Benjaminsen et al. 2018). Ofte har medarbejderne i sociale tilbud en socialfaglig eller socialpædagogisk baggrund og mange er ikke sundhedsuddannede. Der er dog på botilbud og andre sociale tilbud en øget opmærksomhed på også at ansætte sundhedspersonale. Medarbejderne savner ofte den rette viden om de menneskelige og relationelle faktorer i borgerens møde med sundhedssystemet, og de fornødne kompetencer til at sikre korrekt håndtering af somatiske problemstillinger. Dette kan bl.a. resultere i snitfladeproblematikker og manglende sammenhæng mellem det socialfaglige og det sundhedsfaglige arbejde. Endelig er der som oftest tale om tværdisciplinære personalegrupper i de sociale tilbud, hvor fagpersonernes forskellige perspektiver, vidensformer og praksisser mødes og skal forhandles. Bl.a. kan der være stor forskel på, hvor stort fokus der er på somatisk sygdom i den daglige praksis.

Der findes også i den kommunale kontekst lavpraktiske barrierer for at sikre borgeren behandling, eksempelvis kan der på botilbud og herberg være behov for at skaffe transport til lægeaftaler. En funktionsnedsættelse kan hindre borgeren i at komme til læge eller selv give udtryk for, at der er behov for lægehjælp. Lægekontakten for borgere i de

sociale tilbud i kommunerne beror således i høj grad på medarbejdere, som er tætte på borgeren, og som har de fornødne ressourcer, tid og kompetencer til rådighed – hvilket i mange tilfælde ikke er virkeligheden i praksis (Benjaminsen et al. 2018).

Har borgeren flere sygdomme, eller er der tale om dobbeltdiagnoser, stiller det også krav om at afstemme og udvikle behandlingsplaner, pleje og omsorg. Den tidligere omtalte behandlingsskygge "formørkes" af, at borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer befinder sig inden for både socialområdet og i sundhedssystemet. Den tværsektorielle kontekst, hvor forløbet eksempelvis skal koordineres mellem både kommunale og regionale aktører, øger kompleksiteten og stiller yderligere krav til borgerens evne til at overskue og navigere i eget sundhedsforløb eller gør denne afhængig af sociale kontakter, der kan understøtte borgeren. For borgere med sociale problemer i en udsat position er det ofte et problem, at der mangler sådanne ressourcefulde relationer. Endelig har nogle borgere så tunge sociale problemer, at disse ofte skal løses, før en somatisk behandling kan starte. Har borgeren både en psykisk lidelse og fx et misbrug (en såkaldt dobbeltdiagnose), er kontakt og behandling yderligere vanskeliggjort, når systemets tilbud er betinget af, at borgeren ikke har et misbrug. Disse borgere oplever således ofte at blive afvist af systemet (Toft 2020).

## 2.4 Afrunding

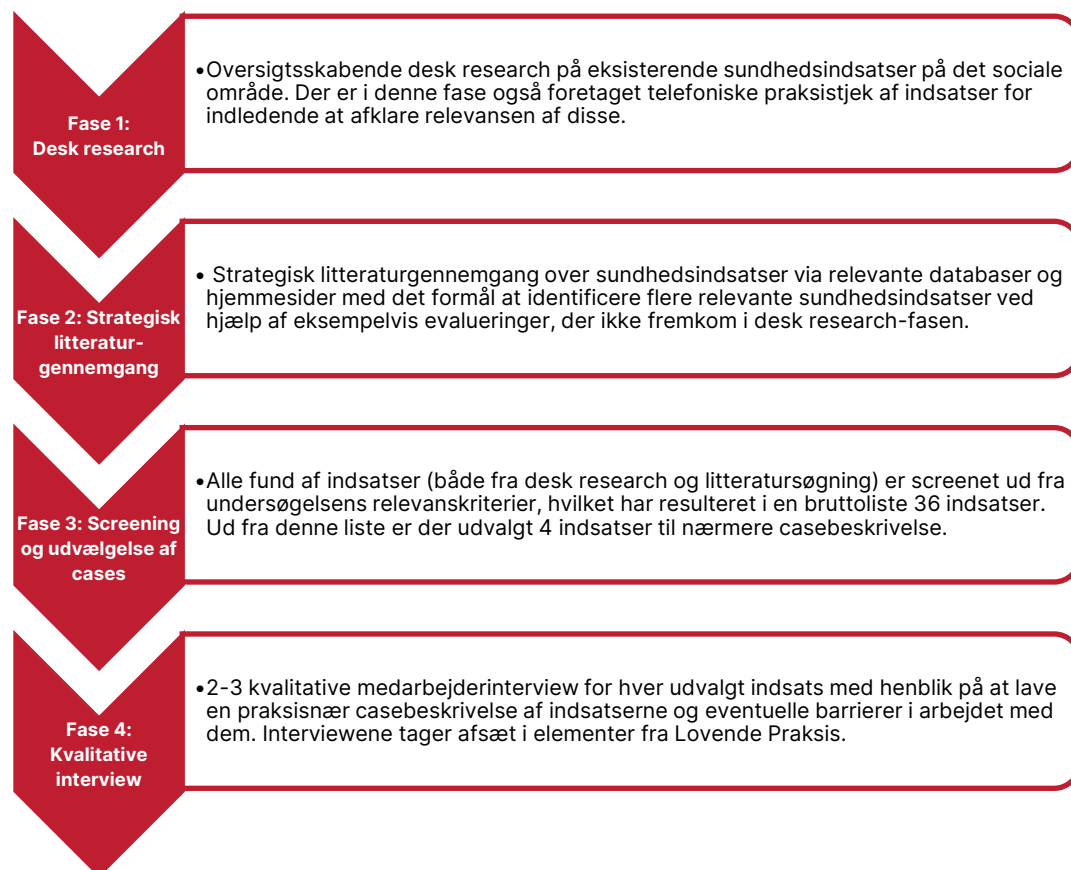
Dette kapitel har beskrevet nogle af de strukturelle, kulturelle og socioøkonomiske faktorer, der medvirker til, at borgere med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer befinder sig i en mere udsat og sårbar position i mødet med sundhedssystemet.

Samlet set peger de ovenfor beskrevne barrierer og udfordringer på, at der er mange grunde til, at borgerne har ulige forudsætninger for at opnå diagnose og behandling af somatiske sygdomme. Forklaringen på ulighed i sundhed handler i høj grad om ulige strukturer i det etablerede sundhedssystem samt de kulturelle og socioøkonomiske forudsætninger, der kræves for at navigere i det – evner og ressourcer, som borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer ofte ikke har til rådighed. Sundhedssystemet er i høj grad udformet og tilpasset til "raske" borgere uden komplekse problemer og med ressourcer og kompetencer til at navigere i og forstå de sociale og kulturelle betingelser, som giver adgang til den rette og rettidige behandling. Når man dertil tilføjer, at nogle borgerne har massive sociale problemer fx med hjemløshed og står uden et stabilt og kompetent netværk til at støtte deres selvomsorg i hverdagen, herunder at komme til læge og følge forebyggelses- og behandlingsplaner, så er det tydeligt, at der er stort behov for indsatser til håndtering af somatisk sygdom på socialområdet. Der er behov for indsatser, som understøtter fagpersoner på socialområdet i at sikre, at somatiske sygdomme opspores, diagnosticeres og behandles, og som samtidig rummer borgerne, der hvor de er, og understøtter dem kognitivt og socialt i at blive udredt og opretholde en sygdomsforebyggende hverdag. Ligeledes skyldes mange barriererne også borgernes komplekse støttebehov og de gennemgående snitfaldeproblematikker, der opstår i samspillet mellem det socialfaglige felt og sundhedssystemet, som skal arbejde sammen omkring borgeren. Der ses derfor behov for indsatser, der kalder på tværsektorielle løsninger, der bygger bro mellem det sundhedsfaglige og socialfaglige område.

## 3 Metoder i vidensafdækningen

I dette kapitel præsenteres vidensafdækningens metodedesign, der er opdelt i fire faser: desk research, litteraturgennemgang, screening/udvælgelsesproces samt kvalitative interview foretaget i forbindelse med casebeskrivelser. Selve udvælgelsesprocessen i forhold til valg af de fire sundhedsindsatser til casebeskrivelse beskrives mere dybdegående i kapitel 4.

**Figur 3.1** Vidensafdækningens design



I det følgende beskrives først undersøgelsens relevanskriterier, der har sat rammen for, hvilke typer indsatser der er søgt efter, samt hvilke målgrupper indsatserne har. Dernæst præsenteres undersøgelsens metodefaser hver for sig, inklusive beskrivelse af rapportens analysestrategi med anvendelse af elementer fra værktøjet Lovende Praksis (Cramer et al. 2016).

### 3.1 Relevanskriterier

Sundhedsindsatser til borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer har meget forskellige tilgange og fokusområder. I det vi i denne vidensafdækning er interesserede i at fremsøge viden om indsatser ud fra en fast defineret målgruppe samt nogle bestemte typer af indsatser, blev der på forhånd opstillet

specifikke inklusions- og eksklusionskriterier for søgningen. Relevanskriterier for målgruppe og indsætserne er som følger:

### 3.1.1 Målgruppe

Der søges efter indsætser, som tilbydes til følgende målgruppe:

Borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer (jf. SEL), som modtager følgende sociale ydelser:

- Botilbud til voksne (SEL §§ 107 og 108)
- Bostøtte (SEL § 85)
- støtte- og kontaktpersoner (§ 99)
- Botilbudslignende tilbud (ABL § 105)
- Hjemløseboformer (SEL § 110)
- Desuden søges efter sundhedsindsætser i kommuner og regioner samt civilsamfundstilbud, som retter sig særligt til målgrupperne for disse tilbud.

### 3.1.2 Indsætser

Der sigtes efter at identificere indsætser, som har følgende fokus eller karakter:

- Styrker fagprofessionelle i at *identificere og opspore* somatisk sygdom hos borgeren
- *Brobygger* og skaber bedre sammenhæng mellem praksis i de sociale tilbud og praksis i sundhedssystemet, fx hos borgerens praktiserende læge eller hospitalet
- *Understøtter den rette diagnosticering* af somatisk sygdom hos borgeren
- *Understøtter behandling* af somatisk sygdom hos borgeren.

## 3.2 Desk research

Som første led i undersøgelsen er der gennemført en oversigtsskabende og eksplorativ desk research på eksisterende sundhedsindsætser på socialområdet. Formålet med desk research fasen var ud fra ovenstående relevanskriterier, at foretage en bred, eksplorativ søgning på internettet efter aktuelle sundhedsindsætser og tilbud på området, samt at skabe et indledende overblik over, hvad der generelt findes af initiativer og projekter for målgruppen i relation til somatisk sygdom.

I desk research-fasen er der søgt efter indsætser på relevante hjemmesider (eksempelvis kommunernes egne hjemmesider, KL, Danske Regioner og lignende), vidensportaler (eksempelvis Socialstyrelsens egen vidensportal og lignende), i konferenceprogrammer vedrørende sundhed på socialområdet samt andre relevante hjemmesider om emnet med afsæt i VIVEs egen viden på området i projektgruppen samt blandt andre forskere på VIVE, der beskæftiger sig med det sociale og sundhedsrelaterede område. Opdrags-giver til rapporten gav ligeledes input til relevante steder at søge information om sundhedsindsætser til målgruppen. I desk research-fasen blev der anvendt en "sne-bold"-strategi, hvor information fra én side kunne lede videre til ny information om relevante

indsatser, og ligesådan blev kontaktpersoner i tilknytning til den fundne indsats noteret med henblik på at kunne kontakte vedkommende for at høre nærmere om indsatsens status eller i forbindelse med et kvalitativt interview, såfremt indsatsen blev udvalgt som casestudie.

I desk research-fasen blev der udarbejdet en oversigt over fund af indsatser, der kunne vise sig relevante efter en nærmere screening. Listen blev udvidet med fund af indsatser fra den strategiske litteraturgennemgang (fase 2). Den samlede liste over alle fund findes i bilag 1 (oversigt over alle fundne indsatser). Desk research-fasen blev afsluttet, da der viste sig en form for "mætning", ved at vi stødte på de samme indsatser flere gange. Desk research-fasen har selvstændigt tilvejebragt fund af indsatser og har ligeledes informeret litteratursøgningen i fase 2 med relevante søgeord og emner.

### 3.2.1 Telefoniske praksistjek

Undervejs i desk research-fasen er der ved behov blevet foretaget mindre praksistjek i form af telefonisk kontakt med nøglemedarbejdere eller eksperter i tilknytning til fundne indsatser. Disse praksistjek har givet mulighed for at afklare den umiddelbare relevans af en indsats og ligeledes få en status på et projekt/en indsats i forhold til, om den var videreudviklet i en ny form eller eventuelt ikke eksisterede mere, såfremt der ikke fandtes tilstrækkelig information om dette via tilgængelige kilder. Her viste en del indsatser sig ikke relevante. Årsager til dette var eksempelvis, at indsatsen ikke var rettet mod vidensafdækningens målgruppe, eller at indsatsen ikke længere eksisterede. Det blev foretaget praksistjek på 17 ud af 52 fund i oversigten over indsatser.

## 3.3 Strategisk litteraturgennemgang

I forlængelse af desk research-fasen er der i fase 2 foretaget en strategisk litteraturgennemgang på sundhedsindsatser i samarbejde med en informationsspecialist fra VIVEs bibliotek for at sikre kvalitet i søgningen. Der er søgt manuelt efter sundhedsindsatser via relevante databaser, hjemmesider, vidensportaler mv. med brug af udvalgte søgetermer. Fokus har været på at finde eksempelvis evalueringer og kortlægninger af dansksproget grå litteratur omhandlende sundhedsindsatser til målgruppen. Der blev søgt efter kilder fra 2015 og frem ud fra en vurdering af, at indsatserne skulle være aktuelle og igangværende. Søgningen har af hensyn til undersøgelsens omfang ikke omfattet litteratur fra videnskabelige tidsskrifter (peer-reviewed litteratur) eller engelsksproget litteratur.

Den strategiske litteraturgennemgang havde til formål at supplere det output af indsatser, der blev identificeret i desk research ved mere fokuseret at gennemgå udvalgte relevante databaser og hjemmesider for viden om sundhedsindsatser til målgruppen. Der har der været fokus på at sammensætte et udvalg af databaser og hjemmesider, som dækker forskellige sundhedsindsatser til den brede målgruppe, og indsatser i både kommuner og regioner (eksempler på hjemmesider: Danske Regioner, Kommunernes egne hjemmesider, Defactum, Kommunal Sundhed, REPHA, Rådet for Socialt Udsatte, Sundhedsstyrelsen m.fl.). En oversigt over besøgte sider ses i bilag 2 (Søgedokumentation).

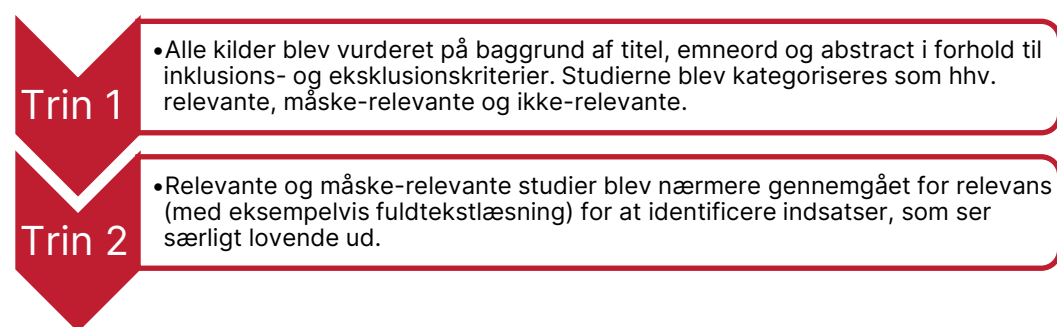


I alt fremkom der 121 antal fund i litteraturgennemgangen. I bilag 2 (Søgedokumentation) findes angivelse af databaser og hjemmesider, der er afsøgt for relevante sundhedsindsatser, samt antal fund i de enkelte databaser og sider (se bilag 2).

### 3.4 Screening af kilder

Idet litteraturgennemgangen foregik manuelt, er der løbende i processen foretaget en overordnet for-screening for relevans. Derudover blev alle fund fra litteraturgennemgangen screenet grundigt med det formål at identificere relevante indsatser i to arbejds-gange i referencehåndteringsprogrammet RefWorks:

**Figur 3.2 Screening af indsatser**



Det samlede udvalg over relevante kilder fra litteraturgennemgangen (bilag 3) blev gennemgået nærmere ud fra undersøgelsens relevanskriterier, og de relevante indsatser blev tilføjet den samlede oversigt over indsatser fra både desk research-fasen og litteraturgennemgangen på i alt 52 indsatser (se bilag 1).

Efter praksistjek af indsatser og nærmere undersøgelse af indsatser på listen blev antallet reduceret til en bruttoliste på i alt 36 indsatser, som findes i bilag 4 (Bruttoliste over indsatser). Denne proces er nærmere beskrevet i kapitel 4, som uddyber udvælgelsen af de fire endelige indsatser til casebeskrivelse.

### 3.5 Kvalitative interview

Den sidste fase består af kvalitative interview med udvalgte nøglepersoner i relation til de fire udvalgte cases. De kvalitative interview er foretaget med henblik på at kunne lave en praksisnær casebeskrivelse af de fire indsatser, som sammen med de skriftlige beskrivelser, der er tilgængelige om indsatserne, giver indblik i, hvad erfaringerne er med indsatserne i praksis, hvad der ser ud til at virke særligt godt, samt hvilke barrierer der er i arbejdet med indsatsen på forskellige niveauer. Beskrivelserne tegner et overordnet billede, fx af de faglige, organisatoriske, og ressourcemæssige udfordringer forbundet med arbejdet i indsatserne.

Der er gennemført i alt 9 interview af ca. 1 times varighed fordelt som 2-3 interview pr. case. I det fleste tilfælde er en projektleder samt en projektmedarbejder blevet interviewet, mens der i et enkelt tilfælde er interviewet kommunale medarbejdere, som har

anvendt eller har erfaring med indsatsen. Der er ikke blevet foretaget interview med borgere, da vidensafdækningen har haft fokus på indsatser, der skal understøtte fagpersoner og personalegrupper i deres daglige håndtering af somatisk sygdom hos borgerne.

Alle interview, med undtagelse af ét enkelt, er foretaget som telefoninterview. Dette er vurderet som den mest meningsfulde, givtige og ressourcebesparende dataindsamlingsmetode, grundet at dataindsamlingen er gennemført under COVID-19-pandemien. I rapporten har det ikke været muligt at anonymisere interviewpersoner på ledelsesniveau, da de i kraft af deres stillingsbetegnelse fremgår med en tydelig profil på tilbuddenes hjemmesider. De interviewede ledere har givet samtykke til at blive nævnt med deres navn og stillingsbetegnelse i rapporten. Alle andre interviewede medarbejdere på de fire tilbud/indsatser er anonymiserede, dvs. at deres navn og andre personhenførbare informationer er fjernede.

### 3.5.1 Analysestrategi – elementer fra Lovende Praksis

Som overordnet analyseværktøj i interviewfasen har vi valgt at anvende elementer fra værktøjet "Lovende Praksis" til at strukturere interviewene. Interviewguiden er således udarbejdet med inspiration fra redskabet "*Lovende Praksis på det specialiserede socialområde*":

#### **Lovende Praksis**

Lovende Praksis betegner den praksis, som har særlig stor sandsynlighed for at skabe positive forandringer for borgerne, men hvor der endnu ikke er sikker (effekt)viden om indsatsens resultater.

Typologien for Lovende Praksis er udviklet af det daværende SFI i samarbejde med Socialstyrelsen, baserer sig på en omfattende litteraturgennemgang og er valideret af en bred kreds af interessenter på området.

Lovende Praksis består af 11 tematisk forskellige elementer, såsom "faglig refleksion" eller "relationelt samarbejde". De består hver især af en række underspørgsmål, eksempelvis, "Er målene fastsat ud fra borgernes støttebehov?", eller, "Indgår det i praksis, at man systematisk reflekterer over faglige aktiviteter og handlinger?".

En samlet oversigt over alle elementer i værktøjet findes i bilag 5. Hensigten med at anvende Lovende Praksis som redskab i interviewene har været at indsamle bred viden om forskellige centrale elementer i indsatsen, såsom indsatsens målgruppe, formål og virkning, vidensgrundlag samt udfordringer og barrierer i relation til indsatsens praksis. Med brug af Lovende Praksis-elementer er det muligt at sammenligne på tværs af de fire indsatser og trække centrale temaer frem som omhandler indsatsernes virkning, barrierer og udfordringer.

Udgangspunktet i elementer fra Lovende Praksis har samtidig givet mulighed for individuel tilpasning og vægtning af interviewenes fokus i forhold til den enkelte indsats. Dette har været vigtigt, idet de fire udvalgte indsatser er forskellige i form, indhold, målgruppe, praksis, vidensgrundlag samt udviklingsmæssigt. Gennemgående har der dog på tværs af alle fire cases været fokus på at få udfoldet, hvordan de i praksis hjælper til at opspore,

identificere og understøtte diagnosticering og behandling af somatiske problemstillinger hos målgruppen.

Casebeskrivelserne (kapitel 5-8) er struktureret ud fra nogle overordnede temaer, der dels udspringer af værktøjet Lovende Praksis, og dels fra empirien selvstændigt. Her har vi struktureret analysen med afsæt i de elementer, der er fundet meningsfulde, for at beskrive indsatserne særskilt og med mulighed for at løfte tværgående temaer frem i relation til sundhedsindsatsernes indhold og virkning.

Alle interview er optaget på diktafon, og der er efter hvert interview skrevet et uddybet referat med henblik på efterfølgende analyse.

## 4 Udvælgelse af fire casestudier

Søgningen via hjemmesider, litteratur og praksistjek resulterede i en oversigt på 52 forskellige sundhedsindsatser, samarbejdsmodeller og strukturelle løsninger, som er målrettet somatisk sygdom hos borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer (bilag 1). De 52 fund blev beskrevet i en oversigtstabel med angivelse af kilder, formål, år/periode, målgruppe, hvem udfører, kommune, metode/indikation, nøgleperson/ekspert, og om der er udført praksistjek med nøglepersoner.

Fundene blev derefter kodet i to runder efter: 1) sektorforankring og type (indsats/samarbejdsmodel/strukturel løsning), 2) formål i forhold til borgerens forløb, dvs. opsporing, følgeordning, understøttelse af diagnosticering og behandlingsunderstøttelse.

I første koderunde fandt vi løsningsmodeller både inden for socialområdet og sundhedssystemet, som har haft til formål at kvalificere egen praksis inden for hver enkelt sektor. Vi fandt løsningsmodeller både på *strukturelt* niveau, såsom stillingsfunktioner, deciderede tilbud eller fremskudte indsatser, samt på *praksisniveau*, såsom samarbejdsmodeller, projekter og indsatser. Som det vil fremgå, har løsningen på socialområdet i nogle tilfælde været at ansætte lægefagligt personale og dermed integrere elementer fra sundhedssystemet i sociale tilbud. I boksen nedenfor angives fund på strukturelle løsningsmodeller i hver sektor. Det ene casestudie, der endte med at blive udvalgt, er markeret med fed.

### **Strukturelle løsninger på socialområdet:**

- Delte lægestillinger fx mellem hjemløseherberg og botilbud Frederiksberg (opsprende/understøttelse af diagnostik)
- Fast sundhedspersonale på botilbud i Region Hovedstaden (opsprende)
- Projekt "Fremskudt sundhedsindsats" Herning (opsprende)
- Sociolancen (opsprende)
- Akutteams (opsprende)
- Gadesygeplejersker (følgeordning)
- Gadeteams (følgeordning)
- Kommunale sygeplejersker (SEL § 82b) (følgeordning)
- **Omsorgscenter PitStop** (Røde Kors og Aarhus Kommune) (behandlingsunderstøttelse)

### **Strukturelle løsninger i sundhedssystemet:**

- Rullende lægepraksis "SundhedsTeam København" (opsprende/understøttelse af diagnostik)
- Socialsygeplejersker/brobyggersygeplejersker
- Sociallæger
- Akutteams
- Stjernepatienter fx hos lægefællesskab Grenaa
- Tværsektorielle teams til medicinpædagogik i Region Hovedstaden og Københavns Kommune

Hvor ovenstående boks viser de strukturelle løsningsmodeller, så indeholder næste boks løsningsmodeller, der tager form som indsatser, samarbejdsmodeller eller projekter, der skal kvalificere egen praksis inden for socialområdet og i sundhedssystemet:

**Projekter/indsatser/samarbejdsmodeller på socialområdet (løsninger på praksisniveau):**

- Sammen om min vej (følgeordning)
- Kostordning botilbud Kløverengen (KRAM)
- Sundere liv i socialpsykiatrien (KRAM)
- **Sundhedstjek på botilbud Tangkær** (understøttelse af diagnostik)
- Sammen om sundhed (væresteder) (KRAM)
- Ensartethed i personalets arbejde med sundhedsfremme i Egedal/Allerød (KRAM)
- 8 modelprojekter til gruppen af socialt udsatte stof- og alkoholmisbrugere samt hjemløse (KRAM): projekt "Sundhed for alle" til sundhedsfremme og helbredsundersøgelser for hjemløse (opsørende indsats), projekt "Sundhed på gadeplan" helhedsorienteret samarbejde, projekt "Bænken og hjørnet" sundhedsprofiler og samtaler, projekt "Grib chancen" sundhedsfremme, projekt "Lighed i sundhed og behandling" sundhedsfremme, projekt "Sundhedsprojektet ved Perron 4", projekt "Sundhedsplatform" samarbejde mellem misbrugsbehandling og sundhedssystem, projekt Kirkens Korshærs sundhedsprojekt
- Lomme kort til opsporing af alkoholisme (opsørende indsats)
- Tidlig opsporing kompetenceudviklingskursus (opsørende indsats)
- Indflydelse på egen sundhed (KRAM)
- Medicinsikre botilbud (behandlingsunderstøttelse)
- Sundhed i den Sociale Udviklingsfond sundhedsfremmeprojekt (KRAM)
- Liv i sundhed (KRAM)
- Livstilscafeer (KRAM)
- **Tænk somatikken med** (kompetenceudvikling/opsørende indsats)
- **Social Sundhed** (følgeordning)
- AKT-modellen (opsørende indsats)
- Navigatorkorpset (kommunale sygeplejersker og frivilligfølgeordning til sårbare ældre) (følgeordning).

**Projekter/indsatser/samarbejdsmodeller i sundhedssystemet (løsninger på praksisniveau):**

- Projekt Change (screening for diabetes, KOL m.m. hos skizofrene)
- Åreforkalkning og overdødelighed hos skizofrene
- Sammen om din vej
- Din sundhed ved psykisk sygdom
- Sikker psykiatri (medicin håndtering)
- Steno Diabetes Spots (kompetenceudviklingskurser) og diabetesbussen
- Fokus på somatik i psykiatrien (regionerne).

## 4.1 Fravalg og tilvalg

Efter kodningen blev der truffet beslutninger om fravalg og tilvalg af typen af sundhedsindsatser. Først og fremmest blev løsningsmodeller målrettet kvalificering af egen praksis i sundhedssystemet fravalgt. Beslutningen blev taget ud fra en faglig betragtning af, at screeningen skal tilvejebringe viden om borgernære indsatser på socialområdet, dvs. indsatser, som varetages af personale i borgerens hjem og/eller hverdagsliv. Sundhedssystemets egne indsatser har således ikke det direkte formål at kvalificere, udvikle eller understøtte arbejdet med somatisk sygdom hos målgrupper i tilbud under SEL §§ 85, 99, 107, 108 eller 110.

Derudover blev der truffet beslutninger om frasortering af forebyggelsesindsatser og sundhedsfremmeinitiativer, der baserer sig på KRAM-faktorerne (Kost, Rygning, Alkohol, Motion). Disse indsatser blev – som nævnt i rapportens indledning – frasorteret på baggrund af vidensafdækningens afgrænsninger i tilbuddet, samt ud fra overvejelser over alvorlighedsgraden i de problemstillinger, der arbejdes med i de indsatser, der udvælges (se afsnit 1.3). Gennem vores søgning og praksistjek fremgår det, at sundhedsfremmeinitiativer er vigtige, men der er så store basale udfordringer alene med at få identificeret sygdom, stillet en diagnose og understøttet behandling, at disse udfordringer ofte må løses af personale tæt på borgeren, før der kan sættes fokus på arbejdet med sundhedsfremme i praksis. Sundhedsfremme og forebyggelse indgår som element i flere af de fire valgte indsatser, men ikke som det primære fokus i denne rapport. Vi betragter KRAM-indsatser som et særskilt område der ville kunne afdækkes i en særskilt fremtidig screeningsundersøgelse.

Endelig ledte vores desk research og litteratursøgning frem til et fund af en ny type indsats, som går på tværs af målgruppen og socialrådets forskellige sociale tilbud. Denne kategori består af kompetenceudviklingsmateriale til personalegrupper i SEL § 85, § 107, § 108, § 110 og ABL § 105. Søgningen pegede på en efterspørgsel på kompetenceløft til personalegrupper i de forskellige SEL-tilbud samt et behov for større refleksion over egen praksis, særligt i nyere tilbud og i indsatser under udvikling.

## 4.2 Endelig udvælgelse

Efter kodningen blev relevante fund valgt ud til en bruttoliste (bilag 4) til drøftelse med Socialstyrelsen. Der blev udvalgt fire casestudier på baggrund af følgende kriterier: 1) casene skulle afspejle borgerens forløb, 2) casene skulle som helhed indfange hele målgruppen og som enkeltcases kunne pege på nogle temaer på tværs af målgruppen, 3) casene skulle være mere gennemgribende for borgeren end akutindsatser, og 4) casene skulle ikke pege på strukturelle løsninger, men på sundhedsindsatser eller samarbejdsmodeller, der organiseres inden for eksisterende rammer og ressourcer.

De fire casestudier er udvalgt, fordi de dækker forskellige faser af borgerens forløb før, under og efter diagnosticeringen af somatisk sygdom. Derudover rummer indsatserne som helhed den brede målgruppe, og de har i flere tilfælde intern relevans for hinanden. Endelig vil indsatserne være relevante i et fremadrettet perspektiv og en bredere kontekst end det enkelte sociale tilbud, som indsatserne på nuværende tidspunkt er udviklet til.

## 5 Tænk somatikken med

I det følgende afsnit præsenteres indsatsen "Tænk somatikken med", som er et online-materiale udviklet med fokus på at give medarbejdere i socialpsykiatriske tilbud bedre forudsætninger for at få blik for og yde støtte til somatiske problemstillinger hos borgerne.

"Tænk somatikken med" er en indsats, der på en ny og anderledes måde forsøger at give somatiske problemstillinger en selvstændig plads, samtidig med at man undgår at tænke sygdom som noget, der hindrer eller udfordrer den traditionelle opgaveløsning i socialpsykiatrien. I form og indhold tilbyder indsatsen en ramme, hvor medarbejderne på en undersøgende og reflekterende måde kan blive i det komplekse samspil mellem psykiske og somatiske symptomer både i et fælles fagligt forum, men også sammen med borgerne.

Indsatsen er under udvikling i Region Sjælland og testes i øjeblikket i socialpsykiatrien i kommunerne i regionen. Indsatsen forventes i drift fra efterår 2022. Det empiriske materiale, som ligger til grund for casebeskrivelsen udgøres af tre kvalitative interview med henholdsvis projektlederen hos Region Sjælland, Lone Hald, samt med to ledere fra socialpsykiatriske tilbud i to forskellige kommuner på Sjælland, der har erfaring med at anvende materialet. Derudover er der anvendt en testversion af hjemmesiden til "Tænk somatikken med" som dokumentation. Casebeskrivelsen uddyber centrale elementer i indsatsen, herunder fremhæves eksempelvis brugen af virkelige cases som særligt virkningsfulde i arbejdet med somatiske problemstillinger hos socialpsykiatriens borgere.

### 5.1 Baggrund og formål

#### 5.1.1 Afsæt i en tidligere virkningsfuld indsats

"Tænk somatikken med" er en del af programmet "Tidlig opsporing af kræft" under Region Sjælland. Programmet leverer forskning og udvikler og gennemfører kompetenceudviklende indsatser med fokus på at opspore fysisk sygdom tidligt.

Indholdet i "Tænk somatikken med" tager afsæt i en tidligere indsats under navnet "Gå til lægen i tide", som blandt andet blev udrullet som en ny og anderledes sundhedsoplysende indsats til medarbejdere i socialpsykiatrien på Sjælland i 2017-2019. Indsatsen skulle sætte fokus på de menneskelige faktorer, som skyldes, at somatisk sygdom hos borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne opdages og behandles for sent.

Indsatsen var udformet som en række kompetenceudviklende halvdagsarrangementer, som havde til formål at klæde medarbejderne på socialpsykiatriske tilbud bedre på til at hjælpe borgerne til at være mere opmærksomme på fysiske symptomer ved bl.a. at tale med borgeren om symptomerne samt at støtte borgeren til aftaler i sundhedssystemet ved fx at agere bisidder. Arrangementerne bestod af et sundhedsfagligt oplæg og dilemmaspil udført med hjælp fra professionelle skuespillere samt en facilitator, der ved hjælp af borgercases fra hverdagen i socialpsykiatrien skulle inddrage medarbejderne,

som også fik mulighed for at tage egne dilemmaer op, der blev spillet i plenum. Dilemmaspillene lagde op til fælles refleksion over udfordringer og løsninger i relation til somatiske problemstillinger. Deltagerne fik også selv mulighed for at deltage i rollen som fagperson med afsæt i egne borgercases og fik på den måde et større ejerskab og engagement end ved almindelige sundhedsoplysende arrangementer. Indsatsen "Gå til lægen i tide" fik positive evalueringer og feedback fra medarbejdere og ledere i socialpsykiatrien (Jensen & Grønfeldt 2019). Region Sjælland valgte herefter at videreudvikle indsatsen med afsæt i denne feedback, og dette er således blevet til indsatsen "Tænk somatikken med", der har viderebragt de centrale elementer fra den afprøvede indsats.

Særligt brug af cases fra det virkelige liv viste sig virkningsfuld i forhold til at skabe ejerskab hos medarbejderne i form af relevante og nærværende billeder af deres praksis, hvorfor "Tænk somatikken med" arbejder videre med brug af cases, der stammer fra virkelige borgersituationer fra socialpsykiatrien. Således forsøger "Tænk somatikken med" at arbejde videre med det undersøgende og nysgerrige rum, der blev skabt i form af dilemmaspillene for netop at invitere forskellige fagligheder ind i et rum, hvor barrierer og løsninger på somatiske problemstillinger kan italesættes og diskuteres. Der var dog ønske om et format, som var bedre tilpasset deres praksis, hvor der kunne arbejdes med materialet inden for de eksisterende rammer i hverdagen i socialpsykiatrien. Ligeledes sås der behov for et format, hvor de kontinuerligt kunne arbejde med emnet, idet evalueringen viste, at opmærksomheden på somatik aftog over tid og krævede kontinuerlig påmindelse og forankring. Derfor blev materialet udviklet som et online-format, som er let for en teamleder at sætte sig ind i og facilitere og kan afvikles på et eller flere personalemøder og efter behov være et fast element i en periode.

### 5.1.2 Formål

"Tænk somatikken med" lægger op til et fagligt udviklingsforløb, hvor målet er, at medarbejderne selv arbejder med at finde løsninger, der kan understøtte borgere i socialpsykiatrien i forbindelse med somatisk sygdom før, under og efter besøg ved praktiserende læge. Det centrale er, at medarbejderne gennem materialet tilbydes en fælles faglig ramme for refleksion, nysgerrighed og opmærksomhed på de barrierer og menneskelige faktorer, der er medvirkende til diagnose- og behandlingsforsinkelse hos målgruppen. Målet er, at materialet og dialogen omkring det skal medvirke til, at der blandt personalet stilles skarpt på somatisk sygdom, og at man finder frem til en god praksis, der i højere grad sikrer, at den rette diagnose stilles og behandles i tide.

Som resultat af indsatsen ønskes en forandringsproces, hvor medarbejdere i socialpsykiatrien tænker somatiske problemstillinger med ind i deres daglige praksis og føler sig bedre klædt på til at håndtere det komplekse samspil mellem somatiske og psykiske symptomer hos borgerne. Ligeledes er hensigten med indsatsen, at borgerne støttes i at reagere hurtigere og mere hensigtsmæssigt på kropsforandringer, er bedre forberedt til mødet og dialogen med sundhedssystemet og i højere grad mestrer eget sygdoms- og behandlingsforløb. Det langsigtede mål er at skabe mere lighed i sundhed og bidrage til bedre livskvalitet og øget livslængde for borgere i socialpsykiatriske tilbud.



## 5.2 Målgruppe

Målgruppen for indsatsen er medarbejdere i socialpsykiatriske tilbud i kommunerne og de borgere, de har kontakt med i deres daglige arbejde, som bor på fx botilbud eller modtager bostøtte. Disse borgere har behov for støtte af forskellig karakter, herunder støtte til at håndtere symptomer på somatisk sygdom samtidig med en eventuel psykiatrisk diagnose og/eller sociale udfordringer som eksempelvis et aktivt misbrug. Ofte er det svært for både borgerne selv og mennesker omkring dem at skelne fysiske og psykiske symptomer fra hinanden og at beskrive et meningsfuldt sygdomsbillede, som gør det tydeligt for en medarbejder, hvad der skal handles på. Det er derfor ofte en kompleks opgave at finde frem til den rette diagnose og behandling sammen med borgeren. Desuden har disse borgere ofte tidligere dårligere erfaringer med mødet med sundhedssystemet samt bekymring for, om de bliver forstået korrekt og får sagt de ting, de ønsker, hos lægen, på grund af deres psykiske lidelse. I det hele taget har denne borgergruppe ikke den udholdenhed, der skal til for på egen hånd at navigere i og få den rette og rettidige hjælp i sundhedssystemet, så de har i høj grad behov fra støtte fra fagprofessionelle, hvilket "Tænk somatikken med" forsøger at understøtte.

## 5.3 Organisering og indhold

Dette afsnit beskriver indholdet af indsatsen, først hvordan den er organiseret og dernæst indholdet. I afsnittet om indhold i indsatsen er der lagt vægt på beskrivelse af borgercases, idet disse er et bærende element i indsatsen.

### 5.3.1 Organisering og indhold

Materialet lægger op til korte faglige forløb på eksempelvis teammøder eller personale-dage, hvor medarbejderne gennem fælles faglig refleksion i en narrativ ramme sætter fokus på somatisk sygdom hos borgerne. Der lægges op til, at en leder eller en medarbejder med særlig fokus på sundhedsmæssige problemstillinger, eksempelvis en sundhedsfaglig koordinator, kan facilitere forløbene. Forløbene kan tilrettelægges fleksibelt som et enkeltstående tema eller som et forløb over længere tid. Første gang varer 45-60 minutter og derefter kan hver gang holdes på ca. 30 minutter, således at de kan indgå i den eksisterende hverdagsform på tilbuddene. Facilitatoren skal bruge ca. en time på at sætte sig ind i vejledningen samt orientere sig i materialet.

Materialet, som tilgås via en hjemmeside, består af tekstmateriale (fx korte PowerPoint-præsentationer) samt visuelt materiale i form af korte speed drawing-film på halvandet til to minutter, der giver introduktion til både selve udfordringen vedrørende somatiske problemstillinger samt til de borgercases, der kan arbejdes med. Til hver case hører to refleksionskort, der uddyber borgerens problemstilling og lægger op til refleksion og dialog i medarbejdergruppen om, hvad der kan være barrierer og løsninger på den konkrete problematik i casen. Alle dele af materialet er illustreret med grafiske tegninger af borgere og medarbejdere i hverdagssituationer, der medvirker til at gøre materialet mere nærværende og genkendeligt. Desuden indeholder materialet en vejledning til facilitatoren samt arbejdsark, der kan bruges sammen med borgeren til at tale om somatiske problemstillinger. På sigt vil der også blive udarbejdet en grafisk "symptomordbog", som kan

støtte borgeren i bedre at kommunikere fysiske symptomer, så det bliver lettere for medarbejderen at samtale med borgeren om de symptomer de oplever. Ordbogen skal kunne understøtte forberedelse af et lægebesøg sammen med borgeren, og understøtte at medarbejderen klædes grundigt på til at bisidde og støtte borgeren i at formidle symptomerne til lægen.

#### 5.3.1.1 Borgercases – praksisfortællinger fra det virkelige liv

Materialets omdrejningspunkt er eksempler fra virkelige borgercases eller praksisfortællinger fra hverdagen i socialpsykiatrien omhandlende under-diagnosticering og underbehandling af somatiske symptomer. Casene findes som både speed drawing-film og tekstmateriale. Alle cases er virkelige fortællinger indsamlet blandt personale, borgere og pårørende i socialpsykiatriske tilbud og rekonstrueret i anonymiseret form. Enkelte cases stammer tilbage fra "Gå til lægen"-indsatsen, men er videreudviklet, mens andre er nye. Der vil i alt være 16 borgercases at arbejde med, som alle repræsenterer forskellige, men genkendelige problematikker fra hverdagen i socialpsykiatrien. Der er lagt vægt på at have forskellige problematikker med i casene, så tilbuddene kan arbejde med de cases, der giver mening i forhold til deres målgruppe.

Casenes narrativer danner baggrund for nye måder at anskue og arbejde med somatiske problemstillinger på. Formålet er, at arbejdet med de konkrete borgercases skal tilbyde en alternativ form for fagligt refleksions- og dialogrum, hvor medarbejderne i fællesskab kan stille skarpt på og få blik for de barrierer og udfordringer, der kan være med til at forsinke, at borgerne får stillet den rette diagnose, og som kan hindre den rette behandling. Gennem brug af borgercasene samt inddragelse af egne praksiserfaringer sættes der fokus på, at medarbejderne finder løsninger, som i praksis kan understøtte borgerne bedst muligt i forbindelse med fysisk sygdom. Det kan eksempelvis være løsninger på, hvordan man kan tale med borgeren om fysiske symptomer og tegn på sygdom, eller hvordan man lavpraktisk kan støtte borgeren til lægebesøg ved at bisidde hos lægen, men også hvordan der følges op på den behandling af symptomer, der eventuelt kommer ud af lægebesøget sammen med borgeren.

Et eksempel på en case i materialet er fortællingen om borgeren Jan, der beskrives i både tekst og kortfilm på følgende måde: Jan på 44 år bor i egen lejlighed og modtager bostøtte en gang om ugen fra en af socialpsykiatriens medarbejdere, der hjælper med blandt andet medicin og med at betale regninger. Han lider af skizofreni, men klarer sig godt, når han er velmedicineret. En dag observerer medarbejderen, at Jan hoster meget. Hun spørger ind til hosten, og idet Jan kigger ned i sit lommeværk efter et hosteanfald, siger han "at der heldigvis ikke er blod med i dag". Medarbejderen bliver bekymret og siger til Jan, at hun synes at han skal tage til lægen, men det ønsker Jan ikke. Han går i hårdknude. Hun spørger ind til, hvorfor han ikke vil til læge, men Jan siger, at lægen bare vi have, at han skal stoppe med at ryge, og det vil han ikke. Han frygter også at blive indlagt. Medarbejderen mærker, at hun ikke kommer videre med samtalen, men er i tvivl om, hvordan hun skal håndtere situationen: Hun ved, at Jan bør tilses af lægen, men han ønsker det ikke. Hun spørger Jan, om de ikke kan aftale, at hvis hosten ikke er bedre ved næste besøg, skal han til lægen. Jan afviser hendes forslag og siger, at hvis hun fortsætter med at snakke om det med lægen, vil han ikke have, at hun kommer mere.

Medarbejderen forlader borgeren rådvild og tvivlende i forhold til, hvordan hun skal handle.

På det til casen tilhørende refleksionskort står der formuleret som et udsagn fra en medarbejder: *"Respekten for borgerens egne ønsker kan spænde ben for det, som vi med vores sundhedsfaglige viden ved, at der skal handles på."* Der lægges derefter op til fælles refleksion over følgende spørgsmål:

- Drøft citatet og problematikken.
- Hvad vil I kalde problematikken?
- Hvordan vil I løse lignende problematikker?

Fortællingen om Jan illustrerer dilemmaer, der let kan opstå, når en medarbejder skal forsøge at støtte en borger med psykiske lidelser, som oplever symptomer på somatisk sygdom, idet nogle af socialpsykiatriens borgere har meget vanskeligt ved at skulle til lægen. Casen og det tilhørende refleksionskort giver blandt andet anledning til at drøfte et centralt dilemma, der handler om medarbejderens sundhedsfaglige viden versus at udvise respekt for borgerens eget ønske om ikke at gå til læge. Medarbejderne får øje på problematikkerne og dilemmaerne generelt, hvilket fjerner fokus fra, at det er borgeren Jan, der har et problem. Det er derimod selve problemstillingerne i casen – fx hvordan man handler i spændingsfeltet mellem sundhedsfaglig faglig viden og respekt for borgeren – det centrale at få øje på, reflektere over og finde løsninger på.

Medarbejderne bliver tvunget til at forholde sig til problemstillingen og de barrierer, der hersker i forhold til et lægebesøg på et mere generelt plan, men med afsæt i casen. Her vil mange medarbejdere også typisk inddrage erfaringer fra egne borgere, hvor de selv har stået i lignende situationer. Casen er en måde, hvorpå medarbejderne undgår at blive for subjektive, og hvorpå de kan gøre deres observationer overførbare til lignende hverdagsituationer, som de kender fra deres arbejde. Det centrale er den fælles dialog om, hvilke barrierer der hindrer borgeren i at komme til lægen, hvilket ansvar medarbejderen har i forhold til at reagere på fysiske symptomer, og ikke mindst hvordan medarbejderen respekterer det enkelte menneskes ret til at bestemme over eget liv.

Projektlederen på "Tænk somatikken med" beskriver i relation til netop denne case, at det, som ofte bliver diskuteret blandt medarbejderne, er de barrierer, der gør, at Jan ikke ønsker at komme til lægen. Her får de øje på de barrierer, der eksisterer i forhold til lægebesøget, og får blandt andet udfoldet, hvordan den psykiske sygdom i Jans tilfælde kan spænde ben for, at borgeren kan agere rationelt i forhold til de fysiske symptomer, samt får talt om balancen i at passe på relationen til borgeren samtidig med at være vedholdende i forhold til at sikre borgeren den rette behandling. Derudover giver casen også anledning til at drøfte, hvilke løsninger der kan være på situationen, og hvordan medarbejderen kan imødekomme borgerens udfordringer ved at drøfte konkrete muligheder med borgeren, fx virtuel konsultation eller undersøge, om Jan har lyst til at have en pårørende med i stedet for.

På sigt er det også tanken, at nogle af casene skal kunne bruges i samspil mellem borger og medarbejder. For de borgere, der kognitivt kan have gavn af det, er det tanken, at

casen på samme måde kan danne grundlag for en nysgerrig dialog om fysiske symptomer, lægebesøg og behandling mellem medarbejder og borger. Casen vil her ligeledes fungere som en fælles samtaleplatform, hvor det ikke bliver den enkelte borgers problemstilling, der drøftes. Casen kan således danne grundlag for en dialog om somatiske problemstillinger og løsninger sammen med borgeren, som kan skabe bedre forudsætninger for at støtte borgeren meningsfuldt, når der opstår konkrete sygdomsrelaterede udfordringer.

## 5.4 Hvad ser lovende ud?

I det følgende afsnit beskrives de centrale elementer, der ser ud til at virke lovende ved indsatsen. Da indsatsen endnu ikke er i drift, er disse elementer baseret på de erfaringer, de to interviewede ledere har med at anvende materialet, samt den feedback, projektlederen selv har fået fra de kommuner, der er blevet præsenteret for materialet.

### 5.4.1 Let anvendeligt og fleksibelt format i en alternativ ramme

Det meget visuelle gør materialet "anderledes" og nyt og let at anvende, da casene understøttes grafisk, hvilket bidrager til at gøre dem mere levende og genkendelige og lette at arbejde med. Selvom det også er muligt at finde casene beskrevet i tekst på A4-ark, ønsker mange ikke at skulle fortælle casene med egne ord. De korte film gør det let at tage nye cases op over tid, fx på hvert møde i en periode, når først personalegruppen er introduceret til materialet, beskriver den ene leder. Det visuelle materiale tilbyder således en meget "simpel" samtaleplatform for et ellers potentielt komplekst emne, hvor alle fagligheder let kan byde ind og føle sig inkluderet, idet casene er let genkendelige og relaterbare på tværs af fagligheder.

Materialets form som et 30-minutters forløb giver mulighed for, at tilbuddene kan anvende "Tænk somatikken med" i det omfang, som er meningsfuldt for at styrke et kontinuerligt blik på somatik i den daglige opgaveløsning i socialpsykiatrien, uden det tager tid og fokus fra andre kerneopgaver. Desuden er det muligt at bruge materialet på mange niveauer. Man kan vælge at bruge enkelte dele af det, eller man kan gå i dybden i et længere forløb. Dette gør, at indsatsen er let at tilpasse i forskellige former for socialpsykiatriske tilbud og i den kontekst af borgere og fagligheder, der skal anvende det.

### 5.4.2 Vedholdende fokus på somatiske problemstillinger

"Tænk somatikken med" bidrager med en form, der kan give anledning til, at finde løsninger på egne cases og konkrete borgerproblematikker relateret til somatisk sygdom.

Én af de interviewede ledere beskriver, at hans bostøtte-team har oplevet øget vedholdenhed i forhold til at finde løsninger til en borger, som havde behov for ekstra understøttende behandling, og i forhold til at sikre en god tværfaglig løsning, der involverede andre aktører i kommunen. Teamlederen har præsenteret materialet for sine medarbejdere, og i teamet har man arbejdet videre med fokus på somatisk sygdom ud fra casene og perspektiverne i "Tænk somatikken med". Lederen oplever, at der efterfølgende er blevet langt større opmærksomhed på somatiske problemstillinger i teamets arbejde, og

at personalet er blevet mere vedholdende i forhold til at løse konkrete udfordringer i relation til somatisk sygdom.

Han beskriver følgende eksempel: En ældre borger, der er tilknyttet tilbuddets bostøtte-team, udviser ved et besøg tegn på somatisk sygdom, som bekymrer bostøtten. Borgeren har en psykiatrisk diagnose og alkoholmisbrug, men borgeren har også på grund af sin alder forskellige somatiske udfordringer. Borgeren er meget kaotisk og konfus, og personalet bliver bekymrede for, om borgeren får nok mad og væske og i det hele taget kan tage vare på sig selv rent helbredsmæssigt. De tager kontakt til borgerens praktiserende læge, som ønsker at indlægge borgeren på hospitalet imod borgerens ønske. Af forskellige grunde lykkes indlæggelse ikke i første omgang, men personalet holder fast, og efter en måned indlægges borgeren, men borgeren udskrives efter få timer og er tilbage i hjemmet uden mærkbar bedring. I stedet forsøger teamet at få hjemmepleje på borgeren, så borgeren tilses oftere for sin sundhedstilstand. I tæt og åben dialog med hjemmeplejen i kommunen finder de frem til en god støtte til borgeren, til trods for at hjemmeplejerne oplever det vanskeligt at yde hjælp til borgeren på grund af borgerens psykiatriske diagnose og modstand mod hjælpen.

Det konkrete eksempel har været taget op som en case på sparringsmøder i bostøtte-teamet, hvor medarbejderne har arbejdet med at finde løsninger på udfordringen med at sikre borgeren lægebehandling. Dette har de kunne gøre på en konstruktiv måde med afsæt i de mere generelle cases fra materialet. Lederen beskriver, at han oplever, at området i den socialpsykiatriske hverdag er meget "kasseopdelt", således at det ofte er vanskeligt i praksis at rykke på somatiske tiltag, hvis borgeren har en svær psykisk lidelse, da der typisk opstår uenighed om, hvem der har ansvar for at hjælpe borgeren. I det beskrevne eksempel blev hans medarbejdere ansvarliggjort, fordi det var en borger med en psykiatrisk diagnose, og fordi de stod fast på, at borgeren behøvede somatisk behandling og støtte i hjemmet fra en sundhedsaktør, fandt man frem til en bæredygtig løsning for borgeren i tæt samarbejde med hjemmeplejen i kommunen. Lederen beskriver, at det at blive præsenteret for og arbejde med "Tænk somatikken med" har givet teamet en større en forpligtelse og en opmærksomhed på at se hele vejen rundt om borgeren og tænke det somatiske sammen med det psykiatriske i løsningerne, hvor der rettes opmærksomhed på tydelighed i forhold til eget og andres ansvar. Eksemplet illustrerer også, hvordan materialet understøtter, at somatisk sygdom ikke blot tolkes ind i en række bivirkninger fra den psykiske lidelse, men sikrer, at fysiske symptomer får en selvstændig plads i borgerens samlede sygdomsbillede og i opgaveløsningen generelt.

#### 5.4.3 Narrativer skaber en tværfaglig platform

Ofte arbejder både socialpædagoger, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker m.fl. sammen i socialpsykiatrien, og det kan betyde, at der er mange forskellige faglige blikke og erfaringer i mødet med borgeren, og nogle gange er der ikke faglig enighed om, hvordan en situation skal håndteres, eller hvem der har ansvaret for borgerens fysiske helbred. Fordelen ved materialets format og særligt casene gør, at alle fagligheder inviteres ind i samtalen og får øje på, at de alle sammen er vigtige i forhold til at sikre borgeren den rette behandling, fortæller den ene af de to interviewede ledere. Det er meget ofte ikke manglende viden, der hindrer borgeren i at komme til lægen, men nogle

menneskelige faktorer, som de bliver opmærksomme og klogere på i fællesskab ved at arbejde casebaseret, siger projektlederen.

Ofte sættes fokus på borgeres somatiske sygdom på en måde så nogle medarbejdere kan føle, at de mangler viden, og at det ikke er alle fagligheder, der i lige høj grad kan byde ind, når det handler om somatiske sygdomme. "Tænk somatikken med" handler ikke om et vidensløft, fortæller projektlederen. Mange medarbejdere ved allerede rigtig meget om somatisk sygdom hos målgruppen og arbejder også med "De 12 sygeplejefaglige problemområder" til daglig, men der savnes et fokus på de menneskelige faktorer, der hindrer den rette diagnose og behandling, og som er langt mere komplekse at få øje på, italesætte og finde løsninger til, og her er det centralt, at alle slags fagligheder føler ejerskab for udviklingsarbejdet, hvilket brugen af cases bidrager til.

Den brede faglighed skaber netop øget behov for, at der findes en konstruktiv tværfaglig platform. Denne platform skal kunne udfolde forskellige perspektiver og løsninger på somatiske problemstillinger og tillade åbenhed for andres perspektiv. Ifølge interviewpersonerne kræver det mod til at blive længere i det komplekse rum, der handler om de menneskelige faktorer, og sammen være nysgerrige på, hvilke situationer problemstillingerne opstår i. Netop dette forsøger borgercasene at tilbyde, mener den ene leder, idet der tages afsæt i et generelt, men stadig nærværende og genkendeligt hverdageksempel. Et hverdageksempel kan bringe forskellige perspektiver på borgerens situation i spil, uden at bestemte faglige synspunkter dominerer. Narrativer fra den socialpsykiatriske hverdagspraksis kan på den måde give blik for forskellige perspektiver, der ikke kun bringer konkrete løsninger i spil, men samtidig fremmer det tværfaglige samarbejde omkring somatisk sygdom hos borgeren. Forståelse for forskellige faglige perspektiver, tilgange og ansvar i forhold til at håndtere og handle på fysisk sygdom hos borgerne er central i forhold til at sikre rettidig diagnose og behandling. Det er vigtigt at undgå, at borgeren ender mellem to stole – det gælder både mellem forskellige fagligheder i tilbuddet, men også blandt samarbejdspartnere fx hjemmesygeplejersker eller andre, der skal koordineres med, som det også illustreres i eksemplet ovenfor. På den baggrund kan hverdagscasene danne afsæt for at skabe bedre sammenhæng i sundhedsindsatsen og nedbryde nogle af de samarbejdsbarrierer, der kan opstå i forbindelse med somatiske problemstillinger for socialpsykiatriens borgere.

## 5.5 Barrierer og udfordringer

En barriere i relation til at udbrede indsatsen og få den i drift i kommunerne er, at ledere i de socialpsykiatriske tilbud skal have mod på at påtage sig facilitatorrollen. Det kræver ikke forudgående erfaring med det somatiske felt at facilitere forløbene, men det kræver, at man har mod på at guide samtalerne og kan se, at materialet vil være brugbart for personalegruppen. Tid og rammevilkår for medarbejderne i socialpsykiatrien kan også være en barriere. Der skal investeres tid i at sætte sig ind i materialet og afvikle forløbene, og dette kan muligvis være en udfordring i en hverdagspraksis, hvor der i mindre grad er tid og ressourcer til fagligt udviklingsarbejde. Faglige udviklingsforløb som "Tænk somatikken med" skal derfor prioriteres højt og løbende gøres vedkommende og relevante for ledere ude i kommunerne.

## 5.6 Udviklingsstatus

Materialet færdigudvikles i øjeblikket og skal i begyndelsen af 2021 færdigtestes, før det sættes i drift medio 2022. Det er planen, at indsatsen skal udbredes via forskellige ledelsesniveauer i kommunerne i Region Sjælland samt på uddannelsesinstitutioner, der uddanner fagligheder til socialpsykiatrien, således at kommende medarbejdere i socialpsykiatrien kender til problemstillingen og måden at arbejde på.

## 5.7 Økonomi

Rent udviklingsmæssigt har der, ud over projektlederens tid brugt på at udvikle og teste materialet i kommunerne, primært været omkostninger forbundet med at udvikle det visuelle materiale til indsatsen. Projektlederen har i samarbejde med en filmproducent og en tegner udarbejdet storyboards til tegninger, speed drawing-film og tekstmateriale til de første seks cases. Inden materialet sendes i drift, vil der være i alt 16 cases i materialet. De eksterne omkostninger angår alene udgifter til grafiker, filmproducent og tegner.

Hertil kommer projektlederens tid til udrulning af indsatsen. Selve driften af indsatsen ude i kommunerne er ikke forbundet med omkostninger, idet indsatsen er tænkt ind i deres dagligdag som en del af team- og personalemøder.

## 6 Social Sundhed

I det følgende afsnit præsenteres tilbuddet "Social Sundhed", som er en frivillig følgeordning, der har til formål at mindske social ulighed i sundhed. Følgeordningen er baseret på, at frivillige sundhedsfaglige studerende følger borgere til aftaler i sundhedssystemet. Følgeordningen har desuden et brobyggende formål, hvor der arbejdes på at understøtte kommunikationen og forståelsen mellem sundhedspersonale og borgere. Derfor bliver de frivillige i følgeordningen betegnet som brobyggere, og følgeaktiviteter bliver defineret som brobygning. Tilbuddet har lokalafdelinger i landets fire største kommuner samt dækker derudover Frederiksberg, Brøndby, Hjørring, Thisted og Fredericia og udførte i 2021 mere end 1.500 brobygninger.

Det empiriske materiale, som ligger til grund for casebeskrivelsen, udgøres af to kvalitative interview med henholdsvis Social Sundheds landsforkvinde og stifter Kristina Louise Bliksted og en fuldtidsansat koordinator i en af lokalafdelingerne. Derudover er der anvendt en kvalitativ evaluering af Social Sundhed fra 2020 (Ravn 2020).

### 6.1 Baggrund og formål

Social Sundhed er en landsdækkende civilsamfundsorganisation, der gennem en følgeordning bygger bro mellem borgeren og sundhedssystemet. Organisationen har eksisteret siden 2013, hvor landsforkvinden under en case competition i social innovation var med til at udvikle den idé, der i dag er grundlaget i Social Sundhed. Grundstenen i ideen var det dobbelte formål, hvor både borgeren og den frivillige får udbytte af tilbuddet gennem det gensidige møde.

Tilbuddet er i dag stadig organiseret som en følgeordning, hvor frivillige sundhedsfaglige studerende, fortrinsvis medicinstuderende og sygeplejestuderende, ledsager og støtter borgerne til aftaler med praktiserende læge og det specialiserede sundhedssystem. Den frivillige sundhedsfaglige studerende følger typisk borgeren til og fra aftalen og kan også efter aftale deltage under selve konsultationen, hvis borgeren ønsker det, ligesom den frivillige kan hjælpe med at følge op på aftalen bagefter.

Social Sundhed arbejder overordnet med at nedbringe ulighed i sundhed ud fra netop det dobbelte formål: dels er det at sikre, at borgerne har adgang til de sundhedsydelser, de har behov for, ved at følge og støtte borgerne i mødet med systemet, og dels på lang sigt at arbejde på en opkvalificering af fremtidens sundhedsprofessionelle i deres arbejde med denne målgruppe. Social Sundhed har således fokus på gensidig læring, hvor den frivillige sundhedsfaglige studerende ikke blot agerer bisidder for borgeren, men også gennem både uddannelsen som frivillig og den praktiske erfaring bliver gjort bevidst om usynlige barrierer, der møder borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer i sundhedssystemet. Social Sundhed er derfor mere end et "omsorgstilbud", beskriver koordinatoren og tilføjer, at flere frivilligforeninger tilbyder følgeordninger til borgerne, men brobygningen og den gensidige læring er helt central for Social Sundhed. Tilbuddet handler i høj grad om at minimere antallet af udeblivelser i sundhedssystemet samt at højne udbyttet af aftaler til gavn for borgerne og sundhedssystemet.



Følgeopgaven består både i at mødes med borgeren før aftalen, følge borgeren til det konkrete sted, hvor aftalen foregår, samt følge borgeren hjem igen bagefter. Ikke mindst er den frivilliges rolle også at "oversætte" det lægefaglige sprog for borgeren og at støtte lægen/sundhedspersonen i at møde borgeren på dennes præmisser. Desuden kan den frivillige tilbyde at tage noter om, hvad der bliver sagt, og tale det igennem med borgeren efterfølgende samt eventuelt at følge op med kontakt til andre i sundhedssystemet eller på socialområdet, som behøver at have viden om borgerens helbred.

## 6.2 Målgruppe

Målgruppen er alle borgere, der ønsker støtte til aftaler i sundhedssystemet. Tilbuddet er uvisiteret og er baseret på at tilbyde hjælp, når aktører/fagpersoner omkring borgeren mener, det er nødvendigt. Målet er at være et kravfrit tilbud for netop at give et alternativ til det offentlige myndighedssystem, hvor borgerens støttebehov ofte skal vurderes, før en ydelse kan tildeles. Social Sundhed arbejder for, at alle, der ønsker hjælp til en aftale i sundhedssystemet, oplever at få den. Centralt er det derfor også, at Social Sundhed ikke visiterer eller indsamler data om borgeren med det formål at vurdere, om vedkommende har brug for tilbuddet.

Målgruppen af borgere, som gør brug af følgeordningen, er derfor meget bred. Landsforkvinden og koordinatoren beskriver selv, at de hjælper borgere med stort set alle typer af problematikker, og det gælder både borgere med sproglige udfordringer i systemet grundet etnisk minoritetsbaggrund, som ellers ikke er udsatte, og ældre borgere, som er ensomme og mangler pårørende til at følge dem. Derudover bruges følgeordningen til en stor gruppe borgere med sværere problematikker som psykiske og fysiske funktionsnedsættelser, misbrug og sociale problemer fra eksempelvis socialpsykiatriske tilbud, hjemløseherberger eller forsorgshjem, som befinder sig i en situation, der gør det vanskeligt at møde op til en aftale ved lægen eller i sundhedssystemet. Social Sundhed har samarbejde med blandt andet socialpsykiatriske tilbud i kommunerne, omsorgscentre, sociale tilbud samt civilsamfundstilbud.

Det er enten borgeren selv eller – som oftest – en professionel i kontakt til borgeren, der tager kontakt til Social Sundhed for at få en frivillig. Social Sundhed assisterer med at sikre, at der foreligger det nødvendige samtykke fra borgeren, hvis det er nødvendigt i forhold til at videregive information om eksempelvis medicinering eller behandling efter aftalen.

## 6.3 Organisering og indhold

### 6.3.1 Organisering

Social Sundhed er en civilsamfundsorganisation organiseret som en frivillig forening, med lokalafdelinger og lokale sekretariater, lokalbestyrelser og en landsbestyrelse. Nedenfor beskrives den organisering, som Social Sundhed havde på dataindsamlingsstidspunktet, mens der i foråret 2022 arbejdes på at etablere et fællessekretariat med en mere centraliseret organisationsstruktur. Den nye struktur med et fælles landssekretariat

vil blandt andet arbejde på at sikre flere nationale midler, der gør, at der kan gennemføres flere landsdækkende projekter og tværgående udviklingsarbejde.

Social Sundhed har lokalafdelinger i de fire største kommuner – København, Aarhus, Odense og Aalborg – og dækker ligeledes Fredericia, Brøndby, Frederiksberg, Hjørring og Thisted. Lokalafdelingerne er organiseret som frivillige sociale foreninger med hver deres lokalbestyrelse og lokale vedtægter, samt med et mindre antal ansatte med ansvar for de frivillige, der er tilknyttet afdelingen. Lokalafdelingerne har eget lokalt sekretariat, som har ansvar for den lokale frivilligruppe og koordinerer alle følgeaftaler med borgere.

I hver lokalafdeling er der en til to lønnede koordinatore samt eventuelt studentermedhjælper, der har ansvar for at sikre drift og koordinering i de enkelte afdelinger. I alt er der 15 ansatte i hele organisationen. Det er ligeledes koordinatorene i de enkelte afdelinger, der understøtter rekruttering og uddannelse af de frivillige. Der er omkring 175 frivillige tilknyttet Social Sundhed på landsplan. Lokalafdelingerne ligner hinanden, men adskiller sig på forskellige parametre, herunder deres individuelle samarbejder, projekter og frivilligstab, som afhænger af, hvilke samarbejder og lokale udviklingsprojekter der er aktuelle i de forskellige byer/områder.

Hver afdeling har en lokalbestyrelse, som er ansvarlig for den lokale drift og for at etablere relationer og netværk til offentlige og private samarbejdspartnere i de enkelte lokalforeninger. Alle lokalforeninger er repræsenteret i Social Sundheds landsbestyrelse, som består af frivillige, som blandt andet sikrer den fælles strategi og nationale udvikling. Landsbestyrelsen sikrer desuden at Social Sundhed er det samme i alle afdelingerne, og at metoder og værdier fastholdes på tværs. Landsbestyrelsen understøtter lokalafdelingerne og kan have indflydelse på konkrete samarbejder i lokalafdelingerne i forbindelse med mere tværgående projekter. Desuden er det landsbestyrelsens ansvar at arbejde på, at Social Sundhed udbredes til flere byer med sundhedsfaglige uddannelser, hvor der kan rekrutteres frivillige.

### 6.3.2 Indhold

De konkrete brobygnings/følgeopgaver koordineres i de enkelte lokalafdelinger. Det er også i de lokale afdelinger, at der rekrutteres og uddannes frivillige. De frivillige rekrutteres oftest via sundhedsuddannelser, hvor Social Sundhed er synlige ved fx at holde oplæg om deres tilbud. Der arbejdes løbende på at udvide rekrutteringsgrundlaget ved at være til stede i områder, hvor der etableres nye sundhedsuddannelser. De frivillige modtager 20 timers uddannelse i at være brobyggere, inden de er klar til at følge borgere til aftaler. Da Social Sundhed arbejder ud fra et overordnet recovery-perspektiv, består frivilliguddannelsen i en indføring i nogle centrale tematikker såsom "værdier og praksis" samt "grænser og kommunikation", der klæder den frivillige på til at sikre en god og meningsfuld brobygning for borger og sundhedsperson. Da alle frivillige er sundhedsfaglige studerende, vil de alle have grundlæggende, men dog varierende kendskab til sundhedssystemet, hvilket også afhænger af, hvor langt de er på uddannelsen. På frivilliguddannelsen inddrages også eksterne fagpersoner til oplæg om eksempelvis recovery som metode, ligesom der gøres brug af oplæg fra andre organisationer, der har erfaring med indsatser til borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer.

Den konkrete brobygning foregår ved, at der er en til to frivillige på vagt om dagen, som bookes til aftaler via koordinatoren i afdelingen. Når borgeren eller en anden på vegne af borgeren tager kontakt til Social Sundheds lokalafdelinger bookes én af de frivillige, som er på vagt den givne dag. På den måde matches borgeren og den frivillige ikke nødvendigvis. Dette gør tilbuddet agilt og fleksibelt, så borgeren aldrig afvises når vedkommende henvender sig. Landsforkvinden forklarer, at der på den måde altid er en tilgængelig frivillig, hvilket ikke ville være tilfældet, hvis aftalen skulle koordineres med en bestemt frivillig med bestemte kompetencer i forhold til borgerens problematik. Der tilstræbes i alle afdelinger en praksis, hvor der både er en frivillig på dagvagt fra kl. 8-15 samt en frivillig kl. 8-20 (rådhedsvagt), som sikrer, at der kan aftales brobygning i ydertiden, hvor eksempelvis personale fra kommunen ikke vil have mulighed for at følge borgeren, særligt ved behov for akut hjælp. Som eksempel nævnes en aftale, hvor en kvinde om aftenen blev hentet og fulgt hjem af en frivillig efter en operation for brystkræft. Der følges altid op på følgeordningen, ved at koordinatoren foretager en debriefing med den frivillige. Her drøftes erfaringer med mødet, og der er mulighed for at den frivillige kan vende eventuelle udfordringer.

Social Sundhed arbejder hovedsageligt med følgeordningen, men arbejder også med brobygning under forskellige andre overskrifter, eksempelvis med mere udviklingsorienterede projekter, der har et bredere fokus på at mindske ulighed i sundhed. Eksempelvis har organisationen haft et projekt med midler fra sundhedsstyrelsen i forbindelse med COVID-19-vaccinationerne, hvor frivillige har understøttet mere lige adgang til information om vaccinen blandt borgere i områder med lav vaccinetilslutning. Derudover har organisationen aktuelt et projekt i Aarhus, der hedder "Foreningsbrobygning", som har til formål at følge og støtte borgere med sociale problemer til bedre tilknytning til foreningslivet, fx til idrætsforeninger. Her bruges en bredere skare af frivillige, så fx også idræts-, fysioterapi- og ergoterapistuderende agerer brobyggere. På den måde arbejder Social Sundhed også med brobygning under et forebyggende sundhedssparadigme. Det er ofte det kommunale samarbejde i de enkelte afdelinger, der former fokus i udviklingsprojekterne. I Aalborg arbejdes der meget på det boligsociale område, mens der eksempelvis i Odense er stort fokus på unge. I København er sekretariatet fysisk placeret sammen med et rusmiddelbehandlingscenter, hvorfor der er samarbejde omkring brugerne af centret. Ligeledes arbejder Social Sundhed på et samarbejde med Steno Diabetes Center i Region Sjælland, som har behov for følgeordninger.

## 6.4 Hvad ser lovende ud?

### 6.4.1 Uvisiteret og agilt tilbud

Social Sundhed er et uvisiteret tilbud, og brobygningen tilbydes uafhængigt af borgerens problematik og øvrig støtte i det kommunale system og regionen. Dette er centralt, idet formålet er at tilbyde et alternativ til det øvrige sundhedssystem og det offentlige system generelt, så borgeren netop ikke mødes af barrierer eller krav for at modtage støtte. Tilbuddet dækker nogle behov i det eksisterende sundhedssystem, fordi der ikke tænkes i målgrupper eller problematikker, men i et helt menneske med behov for støtte, forklarer interviewpersonerne. Samtidig gør det tilbuddet agilt i forhold til at springe til, når

borgeren har brug for det, for det er ofte det, der er udfordringen i det etablerede system. Det er meget sjældent, at en aftale ikke kan gennemføres, og der står altid en frivillig klar til at hjælpe, forklarer landsforkvinden. Tilbuddets fleksibilitet er dermed essentiel i forhold til at kunne hjælpe borgere med at navigere i et meget specialiseret og til tider mindre fleksibelt sundhedssystem.

Den frivillige fungerer som en uafhængig "pårørendesubstitut" uden tilknytning til noget system, men med nogle helt essentielle kompetencer til at navigere i sundhedssystemet på borgerens vegne. Tilbuddet bestræber at fungere som en platform af viden og kompetencer, som særligt borgere med sociale problemer, der befinder sig i en udsat position, kan have gavn af, fordi det gør mødet med sundhedssystemet mindre sårbart, forklarer koordinatoren.

#### 6.4.2 Frivillighed og gensidig læring skaber en anden relation

Et centralt element ved tilbuddet er den frivilliges rolle, som netop gennem uvildighed og ulønnet indsats tilbyder en medmenneskelighed og en anden indgang end aktører i det etablerede system, siger landsforkvinden. Hun uddyber, at det ofte vækker taknemmelighed og ydmyghed, og borgeren får lov til at føle sig værdifuld.

For mange af disse borgere har myndighederne spillet en negativ rolle i deres liv og i deres behov for støtte og hjælp. Forkvinden fremhæver, at borgerne bedre kan lægge dårlige erfaringer med myndigheds- og sundhedssystemet fra sig, når de får støtte fra en frivillig, fordi dennes indsats er ulønnet og interessebåret. Den frivillige kender ikke til hele borgerens sygdomshistorik eller udfordringer, før de mødes, hvilket er et bevist valg. Den frivillige får den nødvendige praktiske information for at kunne følge borgeren, såsom borgerens adresse, og hvad lægeaftalen drejer sig om, men fordi tilbuddet er uvisiteret, er det ikke centralt at have viden om borgerens udfordringer, psykiske vanskeligheder eller reaktioner på forhånd. Det centrale er at møde et andet menneske, som kan lære de frivillige noget nyt om sundhedssystemet, samtidig med at borgerne får den støtte, de behøver. Det er det møde, der er det interessante og læringsholdige for den frivillige, frem for at vide en masse om borgeren på forhånd, fortæller koordinatoren.

Social Sundhed sigter således mod at skabe en så ligeværdig relation mellem borger og frivillig som mulig, hvor læringen kan være gensidig. I mange tilfælde er det mindst ligeså vigtigt, at den frivillige får udbytte af relationen. Ifølge interviewpersonerne responderer borgerne positivt på oplevelsen af at kunne give de frivillige viden om forskellige vilkår i sundhedssystemet.

### 6.5 Barrierer og udfordringer

Som mange andre civilsamfundsorganisationer er den løbende finansiering en udfordring. Det kræver mange forskellige finansielle kilder at drive og udvikle tilbuddet, og der ligger meget uforsløst potentiale i det, som Social Sundhed kan og arbejder for, beskriver landsforkvinden. En mere kontinuerlig national finansieringskilde ville kunne understøtte organisationen fagligt og udviklingsmæssigt og sikre flere landsdækkende projekter og nationalt brobygningsarbejde. På nuværende tidspunkt er det begrænset af, at midlerne

kommer fra flere lokale aktører og samarbejdspartnere. Denne udfordring arbejdes der på med den nye organisationsstruktur.

På et mere lavpraktisk plan oplever interviewpersonerne udfordringer med løbende at motivere de frivillige, særligt fordi aftaler aflyses i sundhedssystemet eller af borgerne selv. Her er det løbende en udfordring at motivere de frivillige og holde fast i fleksibiliteten samt finde nye brobygningsområder, der er relevante. Det er en udfordring at afbalancere antallet af frivillige og sikre, at der er relevante brobygnings-/følgeopgaver nok. Derfor er der kontinuerligt fokus på at etablere samarbejder med områder, der kan give meningsfulde aftaler til de frivillige, eksempelvis herberger, socialpsykiatriske botilbud mv.

## 6.6 Udviklingsstatus

Social Sundhed har som mål i fremtiden at finde udbredelse og forankring i landområder, hvor det er mere udfordrende at rekruttere frivillige. I forhold til udbredelse skal der findes et rekrutteringsgrundlag af unge sundhedsfaglige studerende, og det kræver derfor nogle strukturelle løsninger, hvis Social Sundhed skal kunne være til stede i yderområder, hvor der fx hverken er sundhedsuddannelser eller bosat mange unge. Der arbejdes dog på fleksible løsninger, hvor frivillige har lidt længere transport før og efter aftalen. Derfor arbejdes der strategisk med at etablere samarbejder med de byer, hvor oprettes nye sundhedsuddannelser (eksempelvis i Køge eller Hillerød), men hvor der ikke nødvendigvis er bosat mange unge studerende.

Social Sundhed har et igangværende forskningsprojekt med Center for Praksisnær Rehabiliteringsforskning (CePR) (udføres af Defactum) med det formål at undersøge effekten af tilbuddet på ulighed i sundhed i et mere kvantitativt perspektiv.

## 6.7 Økonomi

Ligesom andre civilsamfundsorganisationer er Social Sundheds økonomi stykket sammen af midler fra flere forskellige aktører. Dels dækkes udgifter til drift og lønnede ansættelser fra fondsmidler og projektbevillinger, eksempelvis har de netop nu midler fra Sundhedsstyrelsen til at udvikle et særskilt ungeprogram til psykisk sårbare unge, som ligeledes skal udbredes til København. Derudover er der flere steder driftsaftaler med de kommuner, som lokalforeningerne befinder sig i og omkring, hvor kommunen eksempelvis bevilliger § 18-midler (midler til at støtte civilsamfundsarbejde i de enkelte kommuner), som anvendes til, at Social Sundhed kan være til rådighed i et bestemt område og tilbyde følgeordning til borgere i den enkelte kommune.

## 7 Sundhedstjek på botilbuddet Tangkær

I det følgende afsnit præsenteres indsatsen "Sundhedstjek", en indsats og samarbejdsmodel som er udviklet på det socialpsykiatriske botilbud Tangkær på Djursland i Region Midtjylland. Indsatsen er målrettet botilbuddets borgere og har eksisteret siden 2011, først som projekt og nu implementeret i botilbuddets drift. Det empiriske materiale, som ligger til grund for casebeskrivelsen, udgøres af to kvalitative interview med Susanne Ladegaard Møller, som er nuværende stedfortræder for lederen af botilbuddets socialpsykiatriske afdelinger og uddannet social- og sundhedsassistent. I et af disse interview deltog også en medicinsk ansvarlig medarbejder med sundhedsfaglig baggrund. Et tredje interview er foretaget med en tilknyttet klinisk farmaceut.

Stedfortræder for lederen var, sammen med daværende leder af botilbuddet, med til at udvikle indsatsen tilbage i 2011. Den kliniske farmaceut og medicinsk ansvarlige medarbejder har ligeledes været med siden 2011, hvor den medicinsk ansvarlige medarbejder har fungeret som bindeled til den direkte borgerkontakt. Farmaceuten er på nuværende tidspunkt i gang med et ph.d.-projekt der omhandler sundhedstjekket på Tangkær. Projektet undersøger desuden, hvilke erfaringer andre botilbud end Tangkær har gjort sig med lignende tiltag. Sundhedstjekket er velbeskrevet i evalueringer og rapporter, blandt andet i en rapport udgivet af VIVE i 2021, hvor indsatsens organisering er udførligt beskrevet (Jensen et al. 2021).

Casebeskrivelsen bygger på denne dokumentation og uddyber lovende elementer i indsatsen – herunder personalets nuværende oplevelser af indsatsens virkning for borgeren – samt udfordringer og barrierer i praksis.

### 7.1 Baggrund og formål

På botilbuddet Tangkær på Djursland har man siden 2011 arbejdet systematisk med et årligt sundhedstjek af botilbuddets borgere. Formålet med sundhedstjekket er at øge den fysiske sundhed for borgerne gennem en koordineret indsats og samarbejde mellem botilbuddet, Lokalpsykiatrien Djursland, retspsykiatrisk ambulatorium i Randers og Aarhus Universitetshospital samt alment praktiserende læger. Sundhedstjekket er en proces med forskellige faser, som vi vil gennemgå i dette afsnit. Det indebærer, at der én gang årligt foretages et statusmøde for hver borger på botilbuddet, hvor både praktiserende læge, psykiater, klinisk farmaceut, medarbejdere på botilbuddet samt borgeren deltager. Statusmødet afholdes på botilbuddet med henblik på at inddrage borgeren i en gennemgang af dennes sundhedstilstand og medicinordination og for at sikre, at behandling og forebyggelse af fysisk sygdom håndteres i et tværsektorielt forum. Forud for statusmødet afdækkes borgerens medicin og helbredstilstand, og efter mødet følges op på beslutninger vedrørende medicinering, behandling og forebyggende initiativer. Ud over selve sundhedstjekket foretages der hvert femte år et større helbredstjek ved praktiserende læge. Endelig afholdes der hvert år et samarbejds møde for alle professionelle aktører, der indgår i indsatsen, hvor erfaringer fra det seneste sundhedstjek gennemgås, og fremadrettede opmærksomhedspunkter aftales.

Den overordnede målsætning er forbundet med en række delmål, der går på tværs af de forskellige faser af sundhedstjekket. De handler primært om 1) at sikre korrekt medicinske behandling, 2) at øge socialpsykiatriens fokus på borgernes somatiske og psykiatriske helbredstilstand, 3) at alment praktiserende læger får tilset borgerne på Tangkær en gang om året for at optimere forebyggelse og lindring af sygdomme, samt 4) at effektivisere og koordinere indsatsen mellem borgerens socialpsykiatriske individuelle plan og somatisk og psykiatrisk behandlingsplan.

Sideløbende med sundhedstjekkets formål og delmål arbejdes der med forskellige fokuspunkter på botilbuddet. Disse fokuspunkter omhandler blandt andet personalets arbejde med borgerinddragelse, styrkelse af det tværsektorielle samarbejde, forebyggelse med afsæt i KRAM-faktorerne samt dagligt fokus på sundhed og somatisk sygdom.

Sundhedstjekket på Tangkær blev udviklet på baggrund af en lægelig afdækning af beboerne i 2008, som viste at beboernes sundhedstilstand generelt så rigtig dårlig ud. Afdækningen beskriver, at de svært psykisk syge har en usund livsstil, og at dette, kombineret med bivirkninger af den psykofarmakologiske behandling, øger risikoen for somatisk sygdom, herunder særligt metabolisk syndrom og hjerte-kar-sygdomme (Region Midtjylland 2011: 3). Dette understøtter en række nationale og internationale undersøgelser, der peger på, at sygeligheden og dødeligheden blandt mennesker med psykiske lidelser er markant højere end hos resten af befolkningen, som fremhævet i baggrundsafsnittet i nærværende rapport. Ifølge ledelsen på botilbuddet blev både forskningen og den lokale afdækning af beboergruppen lagt til grund for at inddrage praktiserende læger og psykiatere i en koordineret indsats på stedet.

## 7.2 Målgruppe

Tangkær er et botilbud for voksne med komplekse og svære psykiske lidelser, der har en betydelig nedsat funktionsevne og forringet livskvalitet pga. psykiatriske diagnoser, dobbeltdiagnoser samt Huntingtons sygdom. Beboernes funktionsnedsættelse kommer ofte i kombination med en række somatiske sygdomme, særligt livsstilssygdomme samt sygdomme forbundet med et aktivt misbrug. Alle beboergrupper tilbydes sundhedstjekket, og kun ganske få har ifølge ledelsen valgt ikke at deltage i selve statusmødet, hvor lægen og psykiateren er til stede på botilbuddet. Det vil sige, at det på trods af borgernes funktionsnedsættelse, eventuelle misbrug og svære psykiatriske diagnoser er lykkedes at inddrage hele beboergruppen i indsatsen.

## 7.3 Organisering og indhold

Sundhedstjekket består af en sekstrinsmodel, som sammenfatter og koordinerer lægefaglige, sundhedsfaglige og socialfaglige indsatser (Region Midtjylland 2015: 14). De seks faser er fordelt rundt om et årligt sundhedstjek-statusmøde mellem praktiserende læge, psykiater, klinisk farmaceut og borger. og over en cyklus på et år, hvilket betyder, at meget af arbejdet i indsatsen sker uden om selve statusmødet (Jensen et al. 2021: 101).

Sundhedstjekket blev udviklet som projekt i 2011-2014. På dette tidspunkt blev det primært drevet af få ildsjæle og ledelsen samt en administrativ koordinator på stedet. Ifølge interviewpersonerne var det afgørende at der var få personer som tog ansvar for at få det startet op og implementeret på stedet. Derefter er ansvaret for sundhedstjekkets forskellige faser blevet decentraliseret og hviler nu på en bred medarbejdergruppe: lederen, de medicinske ansvarlige medarbejdere, socialpædagogiske medarbejdere i teamet omkring borgeren, den administrative koordinator samt farmaceuten. Interviewpersonerne fortæller, at denne fordeling er afgørende for, at indsatsen kan oppebæres i den almindelige drift, så hele botilbuddet har en fælles tilgang og struktur i forhold til håndteringen af somatisk sygdom. Også botilbuddets andre fagpersoner inddrages i indsatsen i form af et øget fokus på borgernes sundhed i den daglige praksis.

Sundhedstjekkets årscyklus er organiseret som følger:

### 7.3.1 Helbredsundersøgelse/forundersøgelse hos praktiserende læge

Hvert femte år foretages en stor helbredsundersøgelse af alle borgerne på botilbuddet hos praktiserende læge, hvor hjerte og luftveje undersøges, ligesom der tages urinprøve og blodprøve og måles af højde, livvidde, vægt, blodtryk og puls. Kvindelige borgere opfordres til en Smear-undersøgelse og mammografiscreening fra det år, hvor de fylder 50. Blodprøven og målingerne kan også blive foretaget af fagpersoner på Tangkær, hvis borgeren foretrækker dette, så det sikres, at undersøgelsen gennemføres. Formålet med det store helbredstjek er at identificere sygdomme og risikotilstande i en tidlig fase. Ved ubalance i blodprøvesvarene tilbydes borgerne en kontrolltid (Laursen et al. 2015: 16). Borgerne følges til lægen af medarbejdere på Tangkær, hvis det er nødvendigt. Ud over det store helbredstjek foretages årligt en forundersøgelse af borgernes helbredstilstand før det årlige sundhedstjek-statusmøde på Tangkær. Forundersøgelsen afholdes 2-3 uger før (senest 4-5 dage før) statusmødet, da der skal være mulighed for at få svar på blodprøver (Jensen et al. 2021: 102-103). Det foretages ved praktiserende læge eller ved fagpersoner på botilbuddet (se afsnit 7.3.3 om afdækningsmødet).

### 7.3.2 Medicinafstemning og medicingennemgang

En medicinsk ansvarlig medarbejder foretager 2-3 uger før statusmødet en afstemning af medicin mellem borgerens medicinliste i Bostedsystemet og EPJ (Elektronisk Patient Journal). Medarbejderen udfylder et medicinskema, som sendes via ledelsen til en klinisk farmaceut, som foretager en medicingennemgang med baggrund i EPJ, opdateret lægemiddelliste, biokemi og journal historik. Fra 2013 har der som en fast ydelse på Tangkær været tilknyttet en klinik farmaceut til medicingennemgangen (Laursen et al. 2015: 17). Farmaceutens medicingennemgang sendes til den praktiserende læge inden statusmødet. Det store fokus på medicin skal ses i lyset af botilbuddets målgruppe, hvor aktivt misbrug og psykofarmaka kan have massiv indflydelse på borgernes sundhed.

### 7.3.3 Afdækningsmøde mellem borger og fagpersoner på Tangkær

Dette afdækningsmøde tager udgangspunkt i et afdækningsskema, og det løser nogle af de lægeopgaver, der normalt udføres af praktiserende læge ved et helbredstjek. Af-



dækningskemaet beskriver blodtryk, vægt, rygning, kost, motion, tandstatus, afhængighed, NADA (NADA er en non-verbal akupunktur-metode med focus på recovery og empowerment) og bivirkningsskema (Laursen et al. 2015: 18). Der foretages derudover blodprøver, hvor der bl.a. gøres brug af et mobil-laboratorium. Derudover beskrives borgerens egen sundhedsopfattelse og borgerens ønsker til, hvad der skal være i fokus i samtalen på statusmødet. Afdækningsmødet afholdes 3-4 uger før statusmødet, og skemaet sendes til ledelsen, som sender det til farmaceuten med henblik på at understøtte medicingennemgangen. Det er ifølge interviewpersonerne vigtigt på dette møde at indfange borgerens egen sundhedsopfattelse og at forberede borgeren på, hvad der er vigtigt at få talt om til statusmødet (se også Jensen et al. 2021: 103). Det er således også en pædagogisk opgave, der handler om at øge borgerens egne sundhedskompetencer og at motivere til borgerinddragelse. Afdækningskemaet sendes ikke til den praktiserende læge inden statusmødet, men drøftes på dette møde, når det er relevant.

#### 7.3.4 Årligt samarbejds møde med alle fagpersoner

En gang om året mødes alle involverede aktører til et styregruppemøde med henblik på erfaringsudveksling. Dette møde arrangeres også af den koordinerende sekretær på Tangkær og ligger umiddelbart efter det sidste sundhedstjek-statusmøde. På samarbejds mødet gennemgås de overordnede erfaringer, der er gjort ved årets statusmøder. Det er forskellige temaer, der er vokset frem på samarbejds møderne fra år til år, blandt andet har der været drøftelser om tidsrammen og effektiviteten i afholdelsen af møderne, indhold og motivation af borgerne til smear- og mammografiundersøgelser (Laursen et al. 2015: 20). Et eksempel på et af de seneste temaer, der er blevet drøftet, vedrører forebyggelse med afsæt i KRAM-faktorerne, herunder et fokus på koffeinindtaget blandt botilbuddets beboere. Afdækningsmøderne med borgerne har vist, at de indtager meget store mængder koffein, fordi de har en kaffemaskine tilgængelig, og koffeinen påvirker både deres sundhed og medicinering. Et fokuspunkt har derfor været at gøre koffeinfri kaffe tilgængelig for beboerne og at gøre det til et opmærksomhedspunkt i borgersamtalerne på stedet. De årlige samarbejds møder er til for faglig udveksling og erfaringsopsamling, og der er ifølge interviewpersonerne stor opbakning og deltagelse på disse møder på tværs af psykiatrien og lægehusene.

#### 7.3.5 Koordinerende Sundhedstjek-statusmøde

Statusmødet organiseres af en koordinerende sekretær på Tangkær, der i god tid indkalder lægehuse, psykiatere og farmaceut. Botilbuddet Tangkær har samarbejde med lokalpsykiatrien Djursland og Retspsykiatrisk ambulatorium i Randers og Skejby, dvs. tre psykiatere. Til hver psykiater er der tilknyttet en psykiatrisk medarbejder, i to tilfælde er det sygeplejersker. Botilbuddet har desuden gennem de sidste ti år etableret et tæt samarbejde med fire lægehuse på Djursland, som er aftagere af næsten hele botilbuddets beboergruppe. Hvert lægehus har en dag på Tangkær til at afholde statusmøder med alle deres borgere, typisk otte til ti borgerkonsultationer på en dag. Selve mødet med borgeren har samme varighed som en almindelig lægekonsultation, der varer 10-15 minutter. Det er primært et informationsmøde til borgeren og til afklaring og koordinering mellem fagpersonerne. På mødet får borgerne mulighed for at tage problemer op, som fylder for deres trivsel og sundhed, det er ofte planlagt med en medarbejder på afdæk-

ningsmødet, og borgeren støttes af en tillidsperson fra sit kontaktteam. Interviewpersonerne understreger, at det er vigtigt, at borgeren inddrages og får mulighed for at rejse helbredsproblemer på mødet hvor alle er samlede. Der er ifølge interviewpersonerne kun ganske få borgere som ikke kommer til statusmøderne, og borgerne har mulighed for at bede om, at nogle af fagpersonerne forlader mødet, hvis de ikke er trygge ved deres tilstedeværelse, det sker dog yderst sjældent. Ifølge interviewpersonerne er det problemer med bivirkninger af medicin, der udgør borgerens hovedfokus. Et hovedfokus for fagpersonerne på statusmødet er således også farmaceutens medicingennemgang og forslag til ændringer i medicineringen.

På statusmødet deltager borgeren, en medicinsk ansvarlig medarbejder, evt. en medarbejder fra borgerens kontaktteam, ledelsen, den praktiserende læge, en psykiater, en psykiatrisk medarbejder (fx sygeplejerske) samt den kliniske farmaceut.

På mødet præsenteres resultaterne fra de undersøgte områder, og borgeren får svar på blodprøver og respons på de forskellige målinger. Farmaceuten foretager derudover en gennemgang af medicineringen, hvor vedkommende i et interview fortæller, at hun har stor mulighed for at komme med interventionsforslag. Den praktiserende læge og psykiateren varetager en gennemgang af psykiatriske og somatiske problemstillinger og har mulighed for at afklare eventuelle tvivlsspørgsmål med hinanden, særligt i forhold til at adskille symptombillederne på fysisk og psykisk sygdom. Endelig koordineres den videre lægefaglige, sundhedsfaglige og socialfaglige indsats. Det vil sige, at statusmødet indeholder en tilbagemelding fra helbredstjekket/forundersøgelsen, inddragelse af information fra afdækningsmødet, interventionsforslag fra farmaceuten i forhold til medicinering, medicingennemgang, eventuelle smear- og mammografisvar, diagnosegennemgang samt koordineringsaftaler og beslutninger.

Efter statusmøderne foretages omfattende dokumentation af praksis. Der tages referat af statusmøderne, som bruges som grundlag og tjekliste til udarbejdelse eller opdatering af borgernes indsatsplaner. Det skal sikres, at borgerne har forstået de aftaler og ændringer, der blev lavet på mødet, og medicinændringer skal føres ind i sundhedsmodulet (i forhold til 12 punkter) i borgerens digitale platform, hvor sundhedsfaglige handleplaner noteres sideløbende med de socialfaglige planer (Jensen et al. 2021: 105-106).

### 7.3.6 På tværs af sundhedstjekkets årscyklus

Den ovenstående sekstrinsmodel er ifølge interviewpersonerne med til at sætte et dagligt fokus på borgernes sundhed på botilbuddet. Det betyder, at det ikke kun er til de forskellige møder at sundhed, medicinering og forebyggelse drøftes, det er snarere en indlejret del af stedets borgertilgang. Der er blandt andet ansat en diætist og en kok, der skal sørge for sund kost, og der er ansat aktivitetsmedarbejdere til at varetage daglige tilbud om motion. Praksisbeskrivelsen af sundhedstjekket i VIVEs rapport fra 2021 indrager eksempler på andre faggrupper, der også oplever det daglige fokus på sundhed som en spill-over-effekt af sundhedstjekket, blandt andet fysioterapeuter på stedet. Disse fagpersoner har ikke tid til at være opsøgende i det daglige arbejde og når primært kun de borgere, der selv henvender sig. Via dokumentationen fra sundhedstjekkene kommer der opmærksomhed på hele målgruppens behov for træning og forebyggelse, og fysioterapeuterne får henvist de borgere, der ikke selv er opsøgende (Jensen et al.

2021: 106). Efter sundhedstjek-statusmødet følges der op med planer for medicinering, behandling og forebyggelse med afsæt i KRAM-faktorerne for hver enkelt borger. Praxis dokumenteres i socialfaglige handleplaner fra kommunen og i sundhedsmodulet.

## 7.4 Sundhedstjekket i en bredere kontekst

Sundhedstjekket på Tangkær er valgt som casestudie i denne rapport, fordi det danner et erfaringsbaseret praksis-eksempel på, hvordan man inden for eksisterende rammer og ressourcer kan implementere en model til systematisk at gennemføre sundhedstjek på danske botilbud. I juni 2021 indstillede Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Regionernes Lønnings- og Takstnævn et forhandlingsforslag til en overenskomstaftale med fokus på ulighed i sundhed, sektorovergange og fastholdelse af ældre læger (Regionernes Lønnings- og Takstnævn 2021). PLO godkendte overenskomstaftalen i august 2021 med ikrafttrædelse 1. januar 2022 (Melbye2021; PLO 2021).

Med overenskomstaftalen indføres i 2022 sundhedstjek til personer med betydelig nedsat fysisk og psykisk funktionsevne, som opholder sig på botilbud (botilbud efter SEL § 107 og § 108 og botilbud efter almenboligloven med støtte efter SEL § 85). Sundhedstjekket har til formål at forebygge og behandle somatiske sygdomme for borgere, som opholder sig på botilbud, en målgruppe, der opgøres til ca. 25.000 personer. Alle praktiserende læger forpligtes til at indgå i den styrkede indsats ved at tilbyde sundhedstjek til borgere på botilbud (Regionernes Lønnings- og Takstnævn 2021: 7). I overenskomstaftalen understreges det at almen praksis ikke systematisk, herunder via klinikdata mv., kan tage initiativ til sundhedstjekket, og derfor vil den første kontakt som udgangspunkt organiseres af personalet på botilbuddene. Er den praktiserende læge vidende om borgerens ophold på botilbud, fx med baggrund i tidligere kontakt, kan lægen dog godt tage initiativ til sundhedstjekket, og efter første sundhedstjek bør lægen være drivende for at aftale sundhedstjekket fremover. Endvidere nævnes det, at sundhedstjekket skal gennemføres hvert andet år, men det kan ved komplicerede forløb, fx hvor borgeren har mange kontakter med det øvrige sundhedssystem, fx mange (gen)indlæggelser, benyttes en gang årligt. Endelig nævnes det i aftalen, at sundhedstjekket skal ydes på botilbuddet for at imødekomme borgerens behov.

Ydelsen Sundhedstjek til personer med betydelig nedsat fysisk og psykisk funktionsevne, som opholder sig på botilbud afregnes ifølge overenskomstaftalen uden for kronikerhonoraret for borgere med KOL og/eller diabetes type 2. Kronikerhonoraret dækker alle kontaktydelser (konsultation, e-mail og telefonkonsultationer samt specifik forebyggende indsats (årskontrol)), uanset årsag, dvs. uanset om kontakten skyldes borgerens kroniske lidelse eller andre problemer. Alle øvrige ydelser end dem, der er omfattet af kronikerhonoraret, afregnes særskilt, fx sygebesøg og tillægsydelser som blodprøvetagning mv. Relevante tillægsydelser (transport og kørselsgodtgørelse) og laboratorieundersøgelser kan afregnes samtidig med sundhedstjekket. Implementering af ydelsen sker over en treårig periode (Regionernes Lønnings- og Takstnævn 2021: 9).

Patientforeningen LEV har i en årrække arbejdet for at få indført denne overenskomstaftale, så den dækker praktiserende læges sundhedstjek af borgere med udviklings-

hæmning på botilbud. I vores praksistjek med formanden for LEV i december 2021 fremhævede hun, at det systematiske sundhedstjek er afgørende for netop denne målgruppe, fordi borgere med udviklingshæmning kan mangle sprog og have særligt vanskeligt ved at mærke og reagere på kroppens signaler. Desuden understregede hun, at borgerinddragelse er afgørende for at kunne gennemføre en efterfølgende forebyggelsesindsats og behandlingsplan sammen med borgerne. I 2015-2018 tildelte Sundhedsstyrelsen midler fra satspuljen til at gennemføre sundhedstjek hos personer med betydelig nedsat fysisk og kognitiv funktionsevne i fire udvalgte kommuner. I Roskilde Kommune afprøvede man rutinemæssige sundhedstjek på botilbud for borgere med udviklingshæmning, og i Svendborg, København og Allerød/Egedal Kommuner afprøvede man forskellige modeller af sundhedstjekket på botilbud for borgere med betydelig nedsat fysisk eller kognitiv funktionsevne. Projektet i Roskilde Kommune viste at otte ud af ti borgere med udviklingshæmning havde brug for at blive sendt i videre behandling af både milde og livstruende sygdomme efter sundhedstjekket, dvs. der blev opsporet sygdomme hos 78 % af den gruppe, der blev tilbudt indsatsen (LEV 2016). Det viser et massivt behov for udbredelsen af sundhedstjek til borgere med betydelig nedsat fysisk og kognitiv funktionsevne, herunder med udviklingshæmning. De fire projekter byggede på inspiration fra botilbuddet Tangkær og søgte at opnå samme positive effekt af sundhedstjekket i forskellige typer målgrupper og tilbud, hvilket også blev opnået ifølge evalueringen af projekterne fra COWI i 2019 (Sundhedsstyrelsen 2019). Danske Handicaporganisationer (Danske Handicaporganisationer 2019), LEV og de ovennævnte kommuner og botilbud har således dokumenteret erfaringer med sundhedstjekket forud for overenskomstaftalen mellem Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings- og Takstnævn i 2021. Materialet kan danne yderligere inspiration til forskellige modeller, der er blevet brugt til implementeringen af sundhedstjekket.

## 7.5 Hvad ser lovende ud?

På baggrund af interviewmaterialet, evalueringer og anden skriftlig dokumentation har vi med inspiration fra elementer i "Lovende Praksis" undersøgt, hvilke centrale dele af Sundhedstjekket på botilbuddet Tangkær der ser ud til at have en særligt god virkning i forhold til borgerne samt i forhold til det tværsektorielle samarbejde på socialområdet. I det følgende præsenteres disse elementer, som også vil blive diskuteret yderligere i en tværgående opsamling af de fire casestudier i rapportens sidste afsnit.

### 7.5.1 Koordinering og faglig refleksion

Materialet om sundhedstjekket på Tangkær peger på, at sundhedstjek-statusmøderne og de faglige samarbejds møder understøtter en fælles professionel faglig refleksion. På statusmøderne er det muligt for den praktiserende læge og psykiateren at tale sammen om symptomer og lægge en fælles strategi for den enkelte borgers behandling fremadrettet. Derved forsøges det i fællesskab at mindske risikoen for blandt andet "diagnostiske skygger", hvor borgerens psykiske lidelse skygger for, at sundhedsprofessionelle ser de fysiske symptomer på somatisk sygdom (Jones et al. 2008). "Diagnostiske skygger" er et problem, der både kan opstå i psykiatrien og i almen praksis. Når fagpersonerne sammen gennemgår resultaterne fra de undersøgte områder, og når medarbejdere omkring borgeren også kan bidrage med beskrivelser af borgerens symptomer, søger

man at undgå, at et fagfelt overskygger et andet i en fælles fortolkning af sygdomsbilledet. I vores interview fortæller stedfortræderen for lederen samt farmaceuten, at fagpersonerne kan virke usikre på hinandens fagområder og stiller spørgsmål, som afklarer en del tvivl på møderne. Psykiateren kan for eksempel afklare spørgsmål vedrørende medicin, der er ordineret af praktiserende læge, og omvendt. Statusmøderne er således ikke kun tidsbesparende for disse faggrupper, men også fagligt meningsfyldte, både fordi de monofaglige områder ridses op, og fordi sparringen på tværs af områderne kommer i centrum (Jensen et al. 2021: 107).

I forhold til det specifikke fokus på medicinering på botilbuddet Tangkær, hvor en del af målgruppen har dobbeltdiagnoser og et aktivt misbrug, fremhæves det i evalueringen fra 2012, at sundhedstjekket ser ud til at understøtte koordineringen af den somatiske og psykiatriske lægemiddelbehandling (Birkeskov 2012: 11). Den privat praktiserende læge varetager det somatiske, og en psykiatrisk læge varetager psykofarmaka, men med en klinisk farmaceut til at koordinere sektorsamarbejdet omkring den enkelte borgers samlede medicinering opnås et helhedsbillede på tværs af fagområderne. Ved at resultatet af medicingennemgangen præsenteres for begge behandlere på mødet, kan man synliggøre nogle farmakologiske problemstillinger, som ikke umiddelbart er synlige for den enkelte behandler, isoleret set. Den kliniske farmaceut kan, qua sin farmakologiske baggrundsviden og sit specifikke fokus på lægemidler, bidrage til optimering af lægemiddelbehandlingen samt til øget patientsikkerhed inden for lægemiddelområdet (Birkeskov 2012). I interviewet med farmaceuten fremhæver hun, at der ofte mangler en dialog mellem læge og psykiater, men på statusmøderne får de mulighed for at tale om samspillet mellem medicinen. Psykiateren kan derved koncentrere sig om psykofarmaka og blive tryk ved de somatiske præparater og deres indvirkning på psykofarmaka, ligesom den praktiserende læge kan blive tryk ved psykofarmaka.

### 7.5.2 Relationelt samarbejde

Det fremgår af vores interview, at lægerne har givet udtryk for, at de oplever en reduktion af mængden af ad hoc-opkald fra borgerne på botilbuddet, og når de får ad hoc-opkald, så kender de borgeren og det personale, der eventuelt ringer dem op (se også Jensen et al. 2021: 107). Lægerne har også fået kendskab til psykiateren og fortæller til personalet, at den personbårne kontakt gør det lettere at ringe vedkommende op, hvis de har tvivlsspørgsmål eller behov for sparring. Hvis der opnås en relations-kontinuitet mellem faggrupperne i kraft af møderne på botilbuddet, hvor fagpersonerne lærer hinanden at kende og får åbnet kontakten til et mere effektivt generelt samarbejde, har det således indflydelse på den daglige løsning af borgernes problemer på tværs af organisationerne. Vi ved fra andre sammenhænge (fx Luckow et al. 2021) at koordinering ofte fungerer bedst, hvis der er en personbåren kontakt mellem fagpersonerne. I kraft af at netværket af fagpersoner, som indgår i sundhedstjekket, møder hinanden to gange årligt til fysiske møder på Tangkær, understøttes denne nærhed i det relationelle samarbejde.

### 7.5.3 Virkning for borgeren

Evalueringer og rapporter (Birkeskov 2012; Laursen et al. 2015; Jensen et al. 2021) om sundhedstjekket på Tangkær viser, at indsatsen har højnet livskvaliteten hos borgerne på botilbuddet. Borgernes medicinforbrug er generelt reduceret i den periode, hvor

sundhedstjekket har eksisteret, og nye diagnoser er blevet identificeret og behandlet (Jensen et al. 2021: 106). Stedfortræderen for lederen af Tangkær uddyber i vores interview, at nye diagnoser som regel er blevet opdaget i det daglige arbejde, fordi der er kommet et vedvarende fokus på somatisk sygdom. Dette fokus har også haft den virkning, at der arbejdes på at højne borgernes aktivitetsniveau gennem motion og træning på stedet. Vores interview tilføjer til denne dokumentation, at sundhedstjekket kan have positiv indflydelse på borgernes tillid til det etablerede system, idet medarbejderne på Tangkær bygger bro til fagpersonernes borgerkontakt og målgruppeforståelse.

Ifølge ledelsen er en afledt positiv effekt af samarbejdet med de fire lægehuse, at lægerne har fået større forståelse for borgernes funktionsnedsættelser og behov. Det betyder for eksempel, at nogle læger lader borgerne dukke op til en lægekonsultation på dagen uden et fast tidspunkt, hvis borgeren ikke magter at komme til tiden. Denne fleksibilitet gør, at borgerne ikke mister en lægetid, og opstiller en ramme, der er tilpasset den enkeltes behov. Et andet eksempel på relationen til lægehusene er, at lægerne også begynder at komme ud til botilbuddet i andre sammenhænge end til statusmøderne, hvis der er behov for en læge. Der har fx været et dødsfald på botilbuddet for nylig, hvor en læge kom ud for at tale med borgerne om hvad der er sket op til dette. Stedfortræder for lederen understreger at relationen til psykiaterne er lige så veletableret på grund af sundhedstjekket, og at de kommer jævnligt på botilbuddet.

## 7.6 Barrierer og udfordringer

Den kliniske farmaceut, som indgår i vores interview til dette casestudie, påbegyndte i oktober 2020 et ph.d.-projekt, der omhandler Sundhedstjekket mere bredt i Danmark. Studiet har blandt andet fokus på at udvikle og teste en ny medicinsamarbejdsmodel, som kan reducere brugen af anti-psykotika uden at nedsætte livskvaliteten blandt borgere på socialpsykiatriske botilbud. I forbindelse med forskningsprojektet undersøger farmaceuten, hvordan sundhedstjekket fungerer på Tangkær, og hvilke erfaringer andre botilbud end Tangkær har gjort sig med lignende tiltag. Idet sundhedstjekket har vist sig svært at udbrede, er hun blandt andet ved at udarbejde en barriere-analyse, der afdækker fremmere og forhindringer i implementeringen af indsatsen. Ph.d.-projektet har haft fokus på aktører med relationer til fire forskellige botilbud ud over Tangkær (både kommunale og regionale), og der er foretaget interview med borgere, bostøtter, behandlere og beslutningstagere. Forskerens analyse er under udarbejdelse, og fundene er derfor præliminære, men alt tyder ifølge projektet på, at botilbuddenes betingelser for at implementere sundhedstjekket er meget forskellige. Disse betingelser har betydning for, hvilke barrierer botilbuddene skal håndtere, og også for udformningen af den model for sundhedstjekket, som forskeren udvikler.

### 7.6.1 Kompetencer og lægedækning

Den første barriere handler om kompetencer og lægedækning. Ifølge farmaceuten er de kommunale botilbud mere overladte til sig selv i forhold til psykiatrien end de regionale botilbud, som har en psykiater tilknyttet til stedet. De regionale botilbud er til gengæld "mere "lost" når det handler om at inddrage og samarbejde med praktiserende læger" (interview med farmaceut, januar 2022). På de kommunale botilbud kan der desuden

være udfordringer med personalets faglige kompetencer, da der på nogle botilbud primært er ansat socialpædagogisk personale, og der er ikke tilknyttet en sundhedsfaglig medarbejder. Det giver nogle mere besværlige og langtrukne arbejdsgange i forhold til håndtering af somatisk sygdom, hvor personalet skal have inddraget en læge for at kunne tage beslutninger vedrørende borgerens sundhed og helbredstilstand. Ifølge interviewpersonen oplever plejepersonalet på botilbuddene en barriere i forhold til at "komme igennem til den praktiserende læge, fordi denne ikke vil tage stilling til psykiaterens medicin, og de kan ikke få fat i psykiaterne, de er ofte meget svære at få kontakt til". Hun uddyber, at erfaringen er, at plejepersonalet ikke ved, hvad de skal sige til den praktiserende læge for at få vedkommende i tale.

En anden barriere, der har vist sig at fylde noget i praksis på botilbuddene, er, at der ikke er en farmaceut tilknyttet til stedet. Borgeren og farmaceuten er forankret forskellige steder: farmaceuter på private apoteker må samarbejde med borgerne, farmaceuter i regionshusene må samarbejde med praktiserende læger, og farmaceuter på hospitalsapotekerne må kun samarbejde med sundhedssystemet, herunder psykiateren. Det har betydning for, hvordan medicingennemgangen kan foretages, for eksempel må hospitalets kliniske farmaceut, som kan tilgå EPJ, ikke bruges på kommunale botilbud. På regionens botilbud må de gerne bruge hospitalets farmaceuter. Hvis borgeren kun har en praktiserende læge, vil lægen vælge regionshusenes farmaceut, som ikke samarbejder med psykiateren eller borgeren. Borgeren kan selv gå ind på et privat apotek og få et medicintjek, men her kan farmaceuten ikke gennemgå EPJ. Disse specifikke forskelle illustrerer, hvordan både lovgivning og organiseringen af samarbejdet på tværs af sektorerne har ganske stor betydning for, hvem der kan inddrages i sundhedstjekket afhængigt af botilbuddets kommunale eller regionale forankring. Det bliver blandt andet af disse strukturelle årsager ikke det samme koncept på de forskellige botilbud.

### 7.6.2 Afholdelse af fælles sundhedstjek-statusmøder

En anden væsentlig barriere i udbredelsen af indsatsen vedrører manglende etablering af fællesmøderne. Det viser sig udfordrende på de fire undersøgte botilbud systematisk at få etableret sundhedstjek-statusmøderne, hvor læge, psykiater, farmaceut og borger er samlet. De tre interviewpersoner har ikke kendskab til andre botilbud, hvor der systematisk afholdes fællesmøder baseret på borgerinddragelse og tværsektoriel dialog. Vi skal understrege, at dette sandsynligvis vil ændre sig med den nye overenskomst, hvor praktiserende læger tildeles ansvar for sundhedstjekket, og der opfordres til, at det ydes ude på botilbuddene. På de kommunale botilbud kan der desuden være udfordringer med, at kommunen finansierer botilbuddet inden for det sociale område og ikke vil betale til indsatser, som hører til sundhedsområdet. Ifølge interviewpersonerne er det ikke alle botilbud, der kan sige til kommunen, at det følger med på botilbuddet, at der skal finansieres en koordinerende sekretær eller andre udgifter forbundet med sundhedstjek-statusmødet. De fremhæver, at det er afgørende, at kommunikere til kommunerne, at statusmødet er der, hvor sundheds- og socialområdet mødes.

Et væsentligt element i statusmøderne er borgerinddragelsen, som også lægges til grund for, at sundhedstjekket bør ydes ude på botilbuddene i overenskomstaftalen. Interviewpersonerne indikerer, at der kan være steder, hvor borgerens mistillid til det etablerede system og til læger generelt udfordrer borgerinddragelsen på statusmøderne. Der kan

også være barrierer i forhold til personalets forforståelse af borgerne, der gør, at de anser dem for at være for sårbare til at deltage i et sådant fagligt forum. Disse holdninger og denne forforståelse skal tages i betragtning i forhold til organiseringen af sundhedstjekket. En måde at håndtere dem på i regi af botilbuddet Tangkær har blandt andet været at sørge for, at borgeren har en medarbejder fra sit kontaktteam med til statusmødet.

### 7.6.3 Brug af sundhedstjekket som proces

Endelig kan en barriere i implementeringen af samarbejdsmodellen i andre kontekster være at fastholde, at indsatsen er en proces og ikke en enkeltstående intervention. Sundhedstjekket på Tangkær er en proces, som strækker sig over hele året og dermed også siver ned i det daglige fokus på sundhed og håndtering af både psykisk og fysisk sygdom. Det store fælles statusmøde skal ifølge interviewpersonerne ikke stå alene, men skal bruges som grundlag til at arbejde videre med forskellige indsatsområder i det daglige. Det kræver ledelsesopbakning og ressourcer i starten, hvor sundhedstjekket skal implementeres, og hvor der i den forbindelse måske også skal arbejdes med at udvikle nye daglige rutiner, som indebærer et øget fokus på somatik. På Tangkær har disse rammer været der, og det er således lykkedes at gennemføre, at der er et blik for somatik og sundhed i det daglige arbejde på stedet.

## 7.7 Udviklingsstatus

Sundhedstjekket på botilbuddet Tangkær har eksisteret siden 2011. Projektet er veldokumenteret, bl.a. fra følgeforskning foretaget af CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, og der foreligger en evalueringsrapport fra 2015 udarbejdet af hospitalsapoteket Aarhus. Erfaringen med sundhedstjekket er, at det kan være udfordrende at udbrede modellen til andre botilbud. Denne udfordring er i fokus i et igangværende ph.d.-projekt, som beskriver modellen.

## 7.8 Økonomi

Et helt centralt element i sundhedstjekket på Tangkær er, at det er udviklet inden for de eksisterende ressourcer blandt de involverede aktører, kun med begrænsede midler tilført til en koordinator (ti timer om ugen) som sørger for organiseringen af statusmøderne og samarbejds møderne. Den praktiserende læge har i mange borgeres tilfælde kunnet gøre brug af kronikerhonoraret (se afsnit 7.4) til deltagelse i sundhedstjekket. Det skal nævnes, at der med den nye overenskomsttaftale vil være udvidede ressourcer i taksten til almen praksis, således at sundhedstjekket kan gennemføres ude på botilbuddene (transporttid og kørselsgodtgørelse).

I modellen på Tangkær er rammerne og ansvarsopgaverne dog gentænkt, så sundhedstjekket gøres attraktivt for almen praksis. For at inddrage lægehusene og sikre, at de praktiserende læger kommer ud til botilbuddet til de årlige statusmøder, er en del af lægeopgaven blevet løftet over til fagpersoner på Tangkær. Som det fremgår af beskrivel-



sen af indsatsen, varetages forundersøgelsen gerne af personalet på botilbuddet i stedet for hos lægen, herunder opgaver som blodprøvetagning, måling af blodtryk, vægt, livvidde samt eftersyn af tandstatus m.m. Interviewpersonerne beskriver denne opgavefordeling som et afgørende led i at motivere de praktiserende læger til at deltage i statusmøderne. Det kræver, at der er medarbejdere med sundhedsfaglige kompetencer ansat på botilbuddet, selvom blodprøvetagning kan gøres via mobillaboratoriet.

En anden afledt positiv effekt af at sundhedstjekket ydes på botilbuddet, er, at lægekonsultationen effektiviseres, da det har skabt et stabilt fremmøde blandt borgerne. Ifølge interviewpersonerne er der meget få afbud fra borgerne, fordi de støttes af deres kontaktperson til at komme til den aftalte tid, og borgerne er på afdækningsmødet blevet klædt på af personalet til, hvordan de skal "indtage rummet og sørge for, at der bliver talt om det de har brug for" (interview med stedfortræder for leder, december 2021). Derudover er sundhedstjekket effektiviseret ved at blive afholdt på én dag, hvor samtlige af lægens patientkonsultationer finder sted. Lægehusene tager uddannelseslæger og nye læger med til sundhedstjekket og sørger for at indføre deres medarbejdere i indsatsen.

Stedfortræderen for lederen af Tangkær fremhæver, at de praktiserende læger har givet tydeligt udtryk for, at det betaler sig at indgå i sundhedstjekket på botilbuddet. De sparer tid ved mødet, som effektivt sikrer konsultationer med alle deres borgere inden for almindelig konsultationstid, borgerne kommer uden aflysninger, og nogle af lægeopgaverne løses for dem inden mødet. Personalets forberedende arbejde med afdækningskemaet, medicinafstemningen og medicingennemgangen understøtter og delvist kvalificerer de opgaver, som ellers varetages af lægen (særligt farmaceutens interventionsforslag).

## 8 Omsorgscenter PitStop

I det følgende afsnit præsenteres Omsorgscenter PitStop i Aarhus, der er et tilbud, som har eksisteret under Røde Kors siden 2018. Omsorgscenter PitStop hjælper hjemløse og borgere med sociale problemer, som ikke kan bo i eget hjem, med få ro til at fortsætte eller afslutte behandling efter akut hospitalsforløb og derved forebygge en genindlæggelse. Centret har otte hjemlige eneværelser, hvor borgerne kan restituere i en periode på to-tre uger. Det er ikke et behandlingscenter, men der er ansat sundhedsfagligt personale, som kan understøtte behandling og løse lette sygeplejeopgaver. Det empiriske materiale, som ligger til grund for casebeskrivelsen, udgøres af to kvalitative interview med centrets leder, Margit Krabbe, der har en faglig baggrund som sygeplejerske, samt med en sygeplejerskeuddannet medarbejder, der har været ansat siden centrets opstart. PitStop er evalueret af Defactum i 2019, dvs. et år efter at det blev etableret, og hvor stadig var under udvikling (Axelsen & Kristensen 2019). Desuden er der publiceret to forskningsbaserede artikler om Røde Kors' center i København og tilbuddets effekt i forhold til borgernes genindlæggelser (Pedersen et al. 2018; Bring et al. 2020). Centret har dertil selv udviklet lette formidlingsdokumenter om tilbuddet (Røde Kors Aarhus 2020 **Fejl! Linkreferencen er ugyldig.**). Casebeskrivelsen bygger på denne dokumentation og interview, praksistjek med projektleder i Røde Kors, samt baggrundsviden fra tilsvarende omsorgscentre i Danmark. I casebeskrivelsen uddyber vi lovende elementer af den behandlingsunderstøttende praksis på centret – herunder lederens og medarbejdernes nuværende oplevelser af virkningen for borgeren – samt udfordringer og barrierer i praksis.

### 8.1 Baggrund og formål

Omsorgscenter PitStop blev etableret i 2018 i et samarbejde mellem Aarhus Kommune og Røde Kors' lokalafdeling Aarhus. Omsorgscentret er inspireret af et lignende initiativ i København, Omsorgscenter Thorsgade (nu Eirsgaard), som er drevet af Røde Kors Hovedstaden. Omsorgscenter Svalegangen i Middelfart blev etableret i samarbejde med Region Syddanmark i 2020. Det overordnede formål med omsorgscentrene er at forebygge genindlæggelser af hjemløse og borgere med sociale problemer efter en akut hospitalsindlæggelse. Dertil er formålet at tilbyde borgere med sociale problemer, der af andre grunde har behov for restitution, nogle rammer med ro og omsorg, det kan for eksempel være borgere, der har behov for at få kræfter forud for en operation eller borgere, der får "social rengøring" af deres bopæl, der kan være på PitStop, mens rengøringen finder sted (Axelsen & Kristensen 2019: 3). Borgerne tilbydes mad og et værelse i 2-3 uger, og når de udskrives sørger centret, for at der er en overlevering til en professionel kontakt eller pårørende hvis muligt.

Baggrunden for Røde Kors' initiativ til omsorgscentrene skal findes i et stort antal genindlæggelser af målgruppen efter endt hospitalsforløb. Når borgere med hjemløseproblematikker og/eller et eventuelt funktionelt misbrug udskrives til gaden, har de meget ringe betingelser for restitution og dårlige vilkår for at få understøttet en eventuel medicinsk behandling (Pedersen et al. 2018: 539). I international sammenhæng viser om-

sorgscentre af lignende slags sig at have positiv effekt på nedbringelsen af genindlæggelser (Doran et al. 2013) og en analyse af Omsorgscenter Thorsgade i København peger på samme resultater (Bring et al. 2020: 2). I Aarhus lavede socialsygeplejerskerne på Aarhus Universitetshospital en optegnelse af, hvor mange borgere de udskrev uden opfølgning og færdigbehandling i en periode før 2018 (interview med leder af PitStop, januar 2022). De var optagede af, at de sendte nogle af de dårligst fungerende borgere på gaden, før de var færdigbehandlede. De gjorde opmærksomme på optegnelsen over for hospitalets ledelse og Aarhus Kommune. På baggrund af dette lokale billede og erfaringer fra Omsorgscenter Thorsgade, indgik Aarhus Kommune en aftale med Røde Kors om at finansiere PitStop. De tre Røde Kors-omsorgscentre i Danmark er de eneste tilbud, som har til formål at yde restitution og behandlingsunderstøttelse til hjemløse efter hospitalsindlæggelse. De dækker således et hul på tværs af sundheds- og socialområdet i det etablerede system, hvor der er et stort behov for tilbud til målgruppen.

## 8.2 Målgruppe

Målgruppen for Omsorgscenter PitStop er voksne borgere, der er syge og hjemløse eller funktionelt hjemløse. Målgruppen kan både være borgere, der ved henvises af socialsygeplejerskerne på Aarhus Universitetshospital i forbindelse med en udskrivning fra en akut indlæggelse, eller som kommer direkte ind fra gaden/henvises af varmestuer, hjemløseherberg, gadesygeplejersker, akutteam, hjemmepleje eller bostøtter/mestringsvejledere, fordi de har behov for restitution eller for eksempel skal samle kræfter inden en operation.

Målgruppen skal være i stand til at fungere socialt med de andre borgere på centret, de skal kunne sove der selv om natten, og de skal være indstillede på at bruge tilbuddet. Hvis borgerne ikke har været på centret i over to døgn, har de udskrevet sig selv. Endvidere skal borgerne kunne klare sig selv i forhold til personlig hygiejne. Borgerne er tilladt at have et funktionelt misbrug, så længe det ikke generer de andre beboere på centret.

## 8.3 Organisering og indhold

PitStop afspejler sig ved at være civilsamfundsorganiseret. Tilbuddet ligger i et lejlighedskompleks i udkanten af Aarhus, hvor det er strategisk placeret væk fra byens centrum og de områder, hvor hjemløsemiljøet primært hører til. Samtidig er det placeret væk fra både hospitalet og andre institutioner og myndigheder i det etablerede system. Det er ifølge interviewpersonerne helt centralt for centret, at det drives af en civilsamfundsorganisation, der trækker på frivilligkræfter og adskiller sig fra de krav, relationer og betingelser, som det etablerede system repræsenterer. Som også nævnt i baggrundsafsnittet til nærværende rapport kan tilliden til læger og hospitaler være svækket hos borgere med sociale problemer, og der kan være en del krav forbundet med det kommunale system, som særligt hjemløse borgere kan have meget vanskeligt ved at imødekomme. Røde Kors' formelle principper om medmenneskelighed, upartiskhed, neutralitet, uafhængighed og frivillighed er derfor yderst vigtige for personalet og ledelsen at afspejle og tydeliggøre i relationen til målgruppen, således at PitStop kan tilbyde et "krav-frit" og

neutralt frirum og hvilested, hvor borgeren "mødes der hvor han/hun er" (interview med leder og medarbejder, januar 2021).

Når borgerne indskrives på PitStop får de et eneværelse og mad til rådighed. Der tilbydes en samtale og støtte med udgangspunkt i borgerens ønsker og behov, fx medicinstøtte, støtte til struktur, støtte til at koordinere aftaler og kontakt til samarbejdspartner og støtte til en god udskrivelse fra PitStop. Stedet drives af lederen/forstanderen, tre deltidsansatte og frivillige. Lederen og to ansatte har en sundhedsfaglig baggrund, mens den tredje ansatte har en socialfaglig baggrund. De frivillige har meget forskellige grunde til at arbejde på stedet, de er både studerende på sundheds-, pædagog- og socialfaglige uddannelser samt pensionister og folk i arbejde. De frivillige har ikke de nødvendige sundhedsfaglige kompetencer til at måtte administrere medicin eller varetage behandlingsunderstøttelse.

De fastansatte er på centret på skift og afløser hinanden, det vil sige, at der er en fastansat til stede fra kl. 8 til 19 i hverdagen. Der er ikke personale på centret om natten og i weekenden er der frivillige og et weekendhold af ansatte, der dækker nogle af timerne/weekenderne. Det faste personale danner dog bagvagt for de frivillige.

Hverdagen på PitStop er lagt i faste rammer med meget få krav til borgerne. Der serveres aftensmad hver dag, som borgerne opfordres til at deltage i, og de inddrages i madlavningen og indkøb sammen med de frivillige, hvis de kan. En del borgere i målgruppen sover længe og spiser ikke morgenmad, flere er ude af huset i løbet af dagen, så andre måltider indtages efter behov. Der er foruden de otte separate værelser flere badeværelser tilgængelige på gangen, en spisestue forbundet med køkkenet, en opholdsstue med TV og en tilgængelig computer, et kontor til personalet og et toilet til frivillige og ansatte. Der er ligeledes en have til rådighed, som et overvejende flertal af borgerne benytter, når de skal ryge. De borgere, der får ophold på PitStop, får råderet over deres eget værelse i den tid, opholdet varer, og får ligeledes nøgle til værelset. Det er kun tilladt at misbruge på eget værelse. Fællesrum, spisestue og køkken er til fri afbenyttelse, ligesom borgerne hele tiden har mulighed for at tage mad i det fælles køleskab. PitStop har tilknyttet et rengøringsfirma, men borgerne inddrages i lette oprydningsopgaver, hvis de kan. Borgerne må modtage gæster/pårørende, hvis der forud er lavet aftale med personalet. De frivillige på stedet spiller spil, går ture, har samtaler og ser TV sammen med borgerne eller laver andre aktiviteter efter borgernes ønsker. Nogle borgere har brug for hjælp til sociale problemer og bruger også PitStop som en støtte i forhold til hjemsendelse til egen bolig, økonomi, kontakt med socialpsykiatrien m.m.

Borgere, der overleveres fra socialsygeplejerskerne på Aarhus Universitetshospital, er ifølge interviewpersonerne ofte godt beskrevet i det udskrivningsbrev, de har med fra hospitalet. I udskrivningsbrevet er deres faste medicin og behandlingsmedicin noteret sammen med sygdomme og behandling på hospitalet. Nogle borgere har været igennem afrusning under indlæggelsen, men kan være på kraftig medicin og kan have kraftige bivirkninger af medicinen, når de ankommer til PitStop. Personalet oplever i den situation borgerne som "omtågede". En del af målet ved restitutionsforløbet er således også, at de forbedres fra den tilstand og bliver i stand til at komme "hjem". På hospitalet har socialsygeplejerskerne været omkring borgerne og noterer centrale problematikker i ud-

skrivningsbrevet, eksempelvis om der er bostøtter/mestringsvejledere som skal kontaktes, om der er behov for rengøring af hjemmet eller kontakt til hjemmeplejen. Socialsygeplejersken kan godt anbefale at personalet på PitStop er inde over at styre medicinen. Ifølge personalet ved de fleste, der henvises fra hospitalet godt, at de har brug for restitution og understøttelse af behandling. Det kan blandt andet være, at de kommer med en infektion, som skal færdigbehandles på centret. Udskrivningsbrevet gør det også klart, hvilken anden fast medicin borgeren tager ud over den behandlingsrelaterede medicin. Denne kommunikation illustrerer, at der er et samarbejde mellem socialsygeplejerskerne og personalet på PitStop, hvilket vil blive uddybet i det følgende.

### 8.3.1 Plejebenhov og behandlingsunderstøttelse

Den understøttende behandling og omsorg på PitStop er individuelt tilrettelagt, da borgerne har komplekse problemer, som kræver forskellige løsninger på forskellige niveauer. En lille del af arbejdet handler om at understøtte medicin, dog handler det meste arbejde om koordinering og samtaler med borgeren og om at understøtte aftaler og gennemføre relationelt arbejde. Den medicinske behandling kan inddrages i tre kategorier ifølge personalet. Der er de borgere, som selv kan administrere deres egen medicin, og som har indsigt i eget sygdomsbillede. Så er der borgere, som har brug for at få hjælp med dosering af deres medicin i en medicinbeholder og derefter selv kan administrere den. Endelig er der borgere, der kommer ind og har brug for, at personalet styrer deres medicin og behandling for dem. Borgerne på PitStop har oftest udfordringer på det sociale, fysiske og psykiske plan samt har misbrugsproblematikker. Der arbejdes skadesreducerende, fx ved at give rene kanyler til heroinstofbrug, at understøtte nedsættelse af stofforbrug eller fx at understøtte afholdenhed, hvis det er det, borgeren ønsker. Borgerne, der kommer ind direkte fra gaden eller overleveres fra anden myndighed, kan komme med en dårlig almentilstand med behov for hvile og restitution. Nogle borgere har en ringe medicin-*compliance*, hvilket ikke er noget, der ændres på 2-3 uger, men personalet forsøger at understøtte medicinsk behandling. Erfaringen er ofte, at når borgerne kender stedet og personalet, bliver det nemmere at understøtte medicinsk behandling. Sundhedspersonalet har ansvaret for håndteringen af medicin og kan også opbevare medicinen for borgerne. Da det er vigtigt for personalet på PitStop at tilbyde borgerne et ophold baseret på omsorg og hvile, bliver der ikke sat krav i forhold til styring af medicin. I den henseende er det borgerdrevet, hvad der bliver bedt om støtte til i forhold til somatiske, psykiske eller sociale problemstillinger, og behandlingsunderstøttelse ydes dermed kun i samarbejde med borgeren. Det er hensigten at skabe et ophold i trygge rammer, hvor borgerne har tillid til personalet og kan få den ro, der skal til at klare at komme tilbage til det hårde liv på gaden, særligt efter en hospitalsindlæggelse.

Ifølge personalet har borgere, der kommer ind fra varmestuerne eller gadesygeplejerskerne, ofte behov for støtte til behandling af somatiske sygdomme. De bliver genindlagt, fordi de ikke tænker på deres medicinkure og dermed ikke bliver færdigbehandlet, for eksempel for infektiøse tilstande. Ved henvisning fra hospitalet eller gadesygeplejerskerne bliver infektiøse tilstande færdigbehandlet på PitStop. I forbindelse med en indskrivning vil personalet undersøge sammen med samarbejdspartnere, fx borgerens praktiserende læge, gadesygeplejersker eller socialsygeplejersker, hvilken medicin borgeren skal have. Personalet kan undersøge, hvad det er for fast medicin, borgeren evt.

også tager, og gennem den tillidsbaserede relation til borgeren kan det ofte lykkes at understøtte en genopstart af behandlingen.

Ydermere kan borgerne have et funktionelt misbrug og/eller et ønske om at få vanedannende medicin. Lederen fortæller, at personalet kan beslutte at tage kontakt til praktiserende læge og aftale, at vanedannende medicin udskrives, men styres af medarbejderne på PitStop. Ved behov for fortsat behandlingsunderstøttelse efter udskrivning fra PitStop arbejder personalet på at videregive information til de rette personer, der har kontakt med borgerne. Det kan være sundhedspersonalet på hjemløseherberg eller hjemmeplejen i eget hjem.

De somatiske sygdomme, som borgerne typisk har problemer med, er livsstilssygdomme som KOL og diabetes, infektioner og hjertekarsygdomme eller sygdomme forårsaget af deres misbrug. Derudover har borgerne ofte dårlig tandstatus. De bruger ofte fast blodfortyndende medicin eller hjerte- eller lungemedicin. PitStop modtager også borgere, som kommer efter operationer på hospitalet, og som af den årsag ikke kan klare at blive udskrevet til gaden.

Omsorgscentret har fokus på skadesreduktion og har mulighed for at udlevere værktøj til borgerne.

Personalet gør brug af en "sårsygeplejerske" fra hjemmeplejen eller specialiserede tilbud i sundhedssystemet til sårpleje, som de ikke har specialkompetencer til, men kan tage sig af let sårpleje.

### 8.3.2 Organisering af samarbejde ud af huset

PitStop har en central placering i overgangen fra region til kommune, når borgerne bliver henvist efter en hospitalsindlæggelse. Derudover har omsorgscentret en væsentlig rolle som samarbejdspartner med gadesygeplejerskerne m.fl. omkring færdigbehandling af sygdomme hos de hjemløse, der indskrives fra gaden. Der er siden 2018 etableret et tæt samarbejde med socialsygeplejerskerne på Aarhus Universitetshospital, som henviser til PitStop, og som personalet har direkte kontakt med vedrørende borgernes behandling og medicin, når de indskrives på centret efter hospitalsindlæggelse. Socialsygeplejerskerne kan godt notere, hvis der skal tages kontakt til en bostøtte/mestringsvejleder eller hjemmeplejen, men det er PitStop, der agerer bindeled fra hospitalet til kommunens aktører på socialområdet omkring borgeren. PitStop samarbejder tæt med gadesygeplejerskerne, der også kommer på stedet nogle gange. Derudover samarbejdes bredt med kommunens akutteam, bostøtter/mestringsvejledere, hjemløseherberg, varimestuer, forsorghjem, kommunens socialsygeplejersker og myndigheder. Fordi borgerne på PitStop gerne må have et funktionelt misbrug, har det også været centralt at etablere en relation til misbrugscentret Broen og alkoholklinikken, og der findes ofte løsninger sammen med disse aktører omkring borgernes misbrug før udskrivning. PitStop har ikke tilknyttet en læge, men gør brug af borgerens praktiserende læge, og det er også muligt at rådføre sig med misbrugscentrets læge. Centret gør brug af Social Sundhed som følgeordning til borgere, der skal til praktiserende læge eller til undersøgelser på hospitalet. Endelig samarbejdes så vidt som muligt med hjemmeplejen, som personalet har mulighed for at få ud til en visiteret borger på omsorgscentret. Erfaringen er, at hvis ikke der er sociale tiltag, der fungerer rundt om borgeren (fx gadeplansmedarbejdere der kender borgeren,

bostøtter/mestringsvejledere osv.) så kan det være udfordrende at få borgeren til at tage imod hjemmeplejen eller socialsygeplejerskerne. Der skal støtte og opbakning til socialt for at få borgeren til at bruge det etablerede system. Derfor samarbejder PitStop også med de instanser, der kan gøre borgeren tryk i forhold til at modtage hjemmeplejen.

Samarbejdet ud af huset handler både om borgerens adfærd under opholdet og om borgerens situation under og efter udskrivelse. I det daglige samarbejde personalet tæt med opsøgende gademedarbejdere og gadesygeplejersker, eksempelvis hvis en borger ikke har været på centret nogle dage, hvor de kan tale med gademedarbejderne om at lede efter dem ude i miljøet. Lederen understreger, at man er nød til at have sådan en tæt kontakt med gadeplan omkring målgruppen, der kan være ustabil og forsvinde fra stedet uden at informere om, hvad der sker. Ved udskrivelse vil personalet, ifølge ledelsen, altid forsøge at informere en person, der er i kontakt med borgeren, om borgerens tilstand og behov, hvilket er den eneste form for efterværn, der kan tilbydes. Hvis borgerne ikke selv ønsker, at der kontaktes nogen, så udskrives de uden koordinering med aktører i kommunen, men personalet har fokus på at vejlede til, at udskrivningen sker i samarbejde med kontaktpersoner omkring borgeren.

### 8.3.3 Faglig supervision

Det faste personale og lederen får supervision inden for organisationen i forhold til deres daglige arbejde. Et af de temaer, der arbejdes med i supervisionen, er afmagt i forhold til de store sociale problemer hos målgruppen. Lederen understreger, at personalet på omsorgscentret skal have målgruppeerfaringer og robusthed til at håndtere de tunge problemstillinger, som denne målgruppe kommer med.

## 8.4 Omsorgscentret i en bredere kontekst

PitStop er et af tre omsorgscentre under Røde Kors i Danmark. De tre centre er forskelligt finansieret, og de er også forskelligt forankret i forhold til region og kommune. PitStop i Aarhus er finansieret af Aarhus Kommune og modtager kun borgere fra Aarhus Universitetshospital og Aarhus Kommune. Omsorgscenter Svalegangen i Middelfart er finansieret af Region Syddanmark og modtager derfor borgere fra alle sygehuse i regionen og fra 22 kommuner. Svalegangen har via Socialstyrelsen modtaget støtte til indsatsen fra Den Europæiske Fond for Bistand til de Socialt Dårligst Stillede (FEAD) og er fra 2022 finansieret af regionen. Omsorgscenter Eirsgaard er delvist finansieret af Region Hovedstaden og delvist af Røde Kors Hovedstaden og modtager primært borgere fra kommuner og hospitaler på Sjælland, langt størstedelen af borgerne kommer dog fra Region Hovedstaden.

PitStop og Svalegangen er fra januar 2022 lagt ind under den centrale ledelse under National Afdeling, Røde Kors. I et praksistjek med ledelsen i den nationale afdeling fremgår det, at organisationen ser omstruktureringen som en mulighed for at rammesætte fagligheden på en anden måde fra centralt hold. Det landsdækkende kontor har flere ressourcer til at arrangere omsorgscentrene, bl.a. med en kommunikationsafdeling, der når bredt ud og kan understøtte motivering og rekruttering af flere frivillige til centrene. Man kan også fra centralt hold bedre sørge for en fælles faglig professionel refleksion

mellem personalegrupperne på tværs af de tre omsorgscentre. Desuden har det landsdækkende kontor politisk fortalervirksomhed. Ifølge lederen er det en vision og et strategisk sigte at etablere et omsorgscenter i hver region i fremtiden. Der er ikke en udviklingsplan for indsatsen som sådan, da konceptet fungerer i sin nuværende form, og både lederen af PitStop og Røde Kors' nationale afdeling peger på, at omsorgscentrene ikke må blive for store. Grunden til dette er, at de skal kunne yde ro og trygge omgivelser, hvilket sætter en begrænsning for, hvor mange borgere der kan være på stedet samlet, før det begynder at blive forstyrrende for den enkelte.

Det har ganske stor betydning, om omsorgscentret drives i samarbejde mellem Røde Kors og regionen eller kommunen. For PitStop betyder det kommunale samarbejde, at der kun henvises fra Aarhus Universitetshospital, og at der er fokus på samarbejdet med kommunen, dens tilbud, gadesygeplejerskerne, opsøgende teams og akutteamet. I PitStop er målgruppen desuden udvidet til borgere i eget hjem med bostøtte/mestringsvejledere og hjemmepleje, hvor der i Eirsgaard for eksempel kun modtages borgere der er hjemløse eller funktionelt hjemløse. Omsorgscenter Eirsgaard er blevet renoveret i forhold til fysisk tilgængelighed, så borgere i kørestol også kan bruge stedet. I Aarhus er samarbejdet begrænset til de aktører, der sidder i en enkelt bykommune, og det gør det muligt langt hen ad vejen at have personbårne relationer til samarbejdspartnere. Personalet kender gadesygeplejerskerne, bostøtter/mestringsvejledere, akutteams osv., som ind imellem kommer på omsorgscentret. Det gør ifølge ledelsen en stor forskel, om der er denne nærhed i samarbejdet, når borgeren skal hjem fra et ophold, men også i forhold til henvisningen af borgere, der ikke kan være i eget hjem. I Svalegangen samarbejdes der med et meget større netværk af aktører, idet omsorgscentret sender borgere tilbage til deres hjemkommuner, og der er flere hospitaler, som henviser, og dermed flere socialsygeplejersker. I Eirsgaard henvises fra hele Sjælland, hvorfor personalet på dette omsorgscenter også har et stort netværk af aktører at forholde sig til.

Fordi der er fokus på at udbrede konceptet med omsorgscentre, er det vigtigt at fremhæve, at betingelserne for, hvordan omsorgscentrene fungerer i forhold til at løfte en opgave i håndteringen af somatisk sygdom blandt borgere med sociale problemer og hjemløshed, er afhængige af, om det er region eller kommune, der finansierer og er samarbejdspartner. Det har betydning for, hvor stort et netværk af professionelle personalet skal samarbejde med, hvem der henviser borgere, hvor bred målgruppen kan være, og om omsorgscentrene kan bygge bro mellem hospitalet og kommunens aktører omkring borgeren på "gaden".

## 8.5 Hvad ser lovende ud?

På baggrund af interviewmaterialet og anden skriftlig dokumentation har vi med inspiration fra elementer i "Lovende Praksis" undersøgt, hvilke centrale dele af Omsorgscenter PitStop der ser ud til at have en særlig god virkning i forhold til borgerne samt i forhold til det tværsektorielle samarbejde på tværs af socialområdet og sundhedssystemet. I det følgende præsenteres disse elementer, som også vil blive diskuteret yderligere i en tværgående opsamling af de fire casestudier i rapportens sidste afsnit. PitStop skal ses i lyset af, at der ikke eksisterer andre tilbud, der har direkte til formål at yde restitution



og behandlingsunderstøttelse for at reducere genindlæggelser af hjemløse og borgere med sociale problemer.

### 8.5.1 Civilsamfundsorganisationens særlige indgang

Det er helt afgørende for, at det lykkes omsorgscentret at være positivt "virksomt" i forhold til målsætningen om ro, tryghed og restitution, at centret er drevet af en civilsamfundsorganisation. Organisationen har en særlig position uden for det etablerede system. Ledelsen på PitStop understreger, at borgerne lægger mærke til Røde Kors' logo, når de kommer ind på stedet. De kender Røde Kors fra deres hverdag, blandt andet fra varmetuerne, og de forbinder det med et sted, hvor de kan få omsorg, mad og hjælp. De borgere, der kommer på PitStop, har erfaringer med det etablerede system fra kontakten til kommunen, lægen og hospitalet, hvor myndighederne kan have spillet en negativ rolle i deres liv. Mange har oplevet vanskeligheder, der gør, at de nærer mistillid til systemet eller til bestemte faggrupper i systemet. Derfor er det yderst vigtigt for Røde Kors at adskille sig fra både regionens tilbud og kommunens tilbud og fagprofessionelle, så de har en "neutral" indgang til borgerne.

Et konkret eksempel, der fylder noget for PitStop på nuværende tidspunkt, er, at stedet måske skal flytte lokation. Parallelt med dette skal der etableres nye plejehjem for borgere med sociale problemer i kommunen, og i den forbindelse er en af lokaliteterne for et plejehjem blevet nævnt som en mulig samtidig lokation for PitStop. Stedet er stort nok til at rumme både plejehjem og omsorgscenter, og det giver måske umiddelbart mening, fordi det er samme målgruppe, men ifølge interviewpersonerne medfører ideen også en række bekymringer. Ved at være placeret i samme bygning er det svært at adskille PitStop fra det kommunale tilbud, og grænsen mellem kommunen og civilsamfundsorganisationen vil blive flydende for borgeren. Samtidig er det en væsentlig bekymring, at centret vil komme helt tæt på hjemløsemiljøet. En af måderne, som centret kan give ro og tryghed til borgerne på, er ved at der er langt til "gaden" og dens fristelser, fx i forhold til misbrug, men også dens problemer med konflikter, vold eller trusler i miljøet. Personalet beskriver at målgruppen har brug for at lægge afstand til miljøet mens de er på omsorgscentret. Det er derfor afgørende for stedet, at borgerne ikke træder lige ud i dette miljø, når de går ud af hoveddøren for at gå en tur eller ryge, og det vil ikke være muligt at tilbyde borgerne det samme frirum, hvis de er nabo til et plejehjem for hjemløse.

Personalet fremhæver, at Røde Kors' indgang til borgerne har stor indflydelse på, hvor succesfuld udskrivningsprocessen bliver. Medarbejderne og de frivillige arbejder på at positionere sig i en tillidsposition over for borgerne, og når det lykkes, kan de nogle gange også positivt påvirke borgernes tillid til andre fagpersoner. For eksempel forsøger de at invitere hjemmeplejen til at komme på centret og derigennem styrke relationen til borgerne, der kan have svært ved at skulle modtage hjemmeplejen i eget hjem. Det samme gælder for borgernes relation til praktiserende læger. Personalet gør brug af Social Sundhed og følger også selv til lægen, hvis det er nødvendigt. Det kan have afgørende betydning for borgerne, der er under behandling under deres ophold og som har brug for justering af bl.a. medicin, sårpleje eller helbredstjek. Den neutrale indgang er også afgørende i brobygningen mellem borgerne og socialfaglige aktører i kommunen omkring borgerens sociale situation. Her agerer personalets socialfaglige medarbejder

brobygger, og lederen understreger, at det er afgørende for denne praksis, at medarbejderen ikke selv repræsenterer systemet og dets krav om forandring, som borgerne kan have et svært forhold til. Den tillidsrelation, som personalet arbejder på at etablere, får betydning i udskrivningen af borgeren, hvor andre aktører skal i kontakt med vedkommende for at sikre overgangen til eget hjem/hverdagslivet på gaden.

### 8.5.2 Tydelige ansvarsområder og kompetenceudvikling

Det fremgår af vores materiale, at personalets relationelle kompetencer er afgørende for, at omsorgscentret kan nå sin målsætning om omsorg og støtte til behandling af både fysisk og psykisk sygdom. De mange genindlæggelser af målgruppen i sundhedssystemet peger på, at behandling sjældent kan fungere, uden at der er nogle rammer for den, og her er det netop en målsætning for praksis at skabe trygge og rolige rammer. For at sætte disse rammer er det vigtigt, at der er en klar ansvarsfordeling på stedet, særligt i forhold til brugen af frivillige.

På PitStop følges instrukser fra Styrelsen for Patientsikkerhed vedrørende håndtering af medicin og somatisk sygdom. Instrukserne er tilgængelige og danner grundlag for, hvad de frivillige må arbejde med. Der er klare retningslinjer, der afgrænser, at de frivillige ikke må have noget med somatisk sygdom at gøre, og de må ikke udlevere medicin, helt ned til udlevering af paracetamol. Det er en måde at gøre det tydeligt for de frivillige på, men også en måde at passe på dem på stedet. Det er et krav, at de frivillige læser og har kendskab til frivillighedshåndbogen. Instrukserne fra Styrelsen for Patientsikkerhed er tilgængelig for de frivillige på centret.

I forhold til kompetenceudvikling af de frivillige har PitStop haft et forløb sammen med Røde Kors om mentalisering og et forløb om krisehåndtering. Lederen understreger dog, at de kommer med nogle tilbud om kurser i Røde Kors-regi, men at de frivillige ikke altid tager imod dem. Hun peger dog på at COVID-19-pandemien kan have haft stor indflydelse på dette, og det er svært at vide, hvordan det vil blive fremover. De frivillige tilbydes supervision af lederen. De får en introduktion og følgevagter og har en bagvagt blandt det faste personale, der kan altid kontaktes, når de er alene på stedet. Personalet og lederen modtager ligeledes regelmæssig supervision.

### 8.5.3 Borgerens øgede refleksion over sin nuværende situation

For det første oplever personalet, at restitution kan skabe refleksion hos borgerne. Denne oplevelse understøttes af en survey foretaget blandt borgerne i evalueringen af PitStop i 2019 (Axelsen & Kristensen 2019: 34). Ifølge interviewpersonerne kan denne refleksion være positiv og konstruktiv, fordi den er løsningsorienteret og peger fremad i forhold til sociale problemer og eventuelt misbrug. Den kan dog også være emotionelt udfordrende, fordi borgerne kommer til at reflektere over tab og brud i relationer til vigtige personer i deres liv. Der er mange, som har en tristhed, og nogle gange må personalet udskrive borgerne, når de netop har fået restitution nok til at mærke sorg og tyngden af deres sociale problemer eller dårlige fysiske helbred. Også af denne årsag er det vigtigt, at borgeren udskrives til nogle kontaktpersoner (med såvel sundhedsfaglig som socialfaglig baggrund), der kan følge op, når de er tilbage i egen bolig eller på gaden, således at eventuel fortsat restitution eller fast behandling oppebæres.

#### 8.5.4 Øjenhøjde

Interviewpersonerne nævner relationsarbejdet med borgerne som noget af det, der er mest vigtigt for den positive virkning af praksis over for borgerne. Personalet understreger, at de har erfaringer med, at borgerne responderer positivt på de frivilliges og personalets tilgang til dem, hvor de "mødes der, hvor de er", med de krav, der stilles (og ikke stilles) individuelt tilpassede til deres tilstand, og i kraft af at der "vises tillid til dem, bl.a. ved, at de kan være på stedet selv. og at de kan deltage i måltider og eventuelt hjælpe til". Det er personalets hensigt, at frivillighedstilgangen kan medvirke til, at borgerne får overskud til at komme sig, blandt andet over somatiske sygdomme, der kræver ro til færdigbehandling. Lederen fortæller, at det er afgørende, at personalet har relationelle kompetencer til at tale med borgerne på en respektfuld måde og giver sig tid til at sætte sig ned og tale med dem.

#### 8.5.5 Periode med tryghed for borgeren

Materialet viser, at det at sikre trygge rammer på PitStop også indebærer rammer for borgernes sikkerhed (se også Pedersen et al. 2018: 542). For at sikre, at der er de rette forudsætninger for tryghed på stedet, instrueres borgerne i, at de ikke skal fortælle deres omgivelser, hvor de opholder sig, når de er på PitStop. Desuden instrueres de i, at de ikke må åbne hoveddøren for andre, med mindre der er lavet en tydelig aftale om, at der kommer en bostøtte/mestringsvejleder på besøg eller en pårørende – ellers er det personalet, der åbner dørene. Borgerne får udleveret en brik til at åbne døren med, og den kan blokeres, hvis de mister den. PitStop gør ikke brug af alarm- og overvågnings-systemer, da tidligere erfaringer med et vagtfirma har vist, at vagterne ikke tør komme ud på stedet, men sender politiet, og det har personalet besluttet, at de selv kan varetage. PitStop har tidligere haft kvinder i ophold, som var truede af voldelige mænd i deres miljø, og for disse borgere – ligesom som for andre borgere i lignende sårbare positioner – er det vigtigt, at der ikke er åbne døre. I weekenden og om aftenen er borgerne selv på stedet, men der har kun været en episode, der har indebåret alvorlig vold på stedet, hvor personalet blev informeret med det samme næste dag. Hvis borgerne er udadreagerende, truende eller voldelige, bliver de bortvist med det samme og en sjælden gang imellem har personalet ringet til politiet. Disse episoder har bevirket, at personalet er blevet endnu mere opmærksomme på at undersøge og informere deres samarbejdspartnere, som henviser borgerne, om, at målgruppen ikke må være udadreagerende eller kaotiske i deres opførsel. Der arbejdes således målrettet for borgernes sikkerhed og tryghed på stedet.

#### 8.5.6 Midlertidig reduktion i misbrug

I kraft af at borgerne kommer væk fra miljøet og får ro til hvile, er en anden afledt effekt af opholdet, at borgerne også har et midlertidigt ophold i deres misbrug og udskrives med et ønske om at stoppe deres misbrug. I evalueringen fra 2019 pointeres at fere borgere nævner PitStop som "et 'skridt på vejen' mod at komme ud af misbrug og få en mere stabil tilværelse" og en pause fra livet på gaden, hvor støttesystemer som PitStop er vigtige, når borgeren ikke har et netværk at støtte sig op ad, når vedkommende skal arbejde sig hen imod en bedre og mindre udsat tilværelse (Axelsen & Kristensen 2019: 35; Pedersen et al. 2018).

### 8.5.7 Opsporing af sygdom

Opsporing af udiagnosticerede sygdomme sker i sundhedspersonalets daglige arbejde, hvis borgerne viser tydelige symptomer på sygdom, der ikke er forbundet med den medicin, som personalet har indblik, i at de får. Hvis personalet ser, at de har udslæt, sår, der ikke vil heles, eller at de hoster, ser blege ud, sveder, har angst eller siger, at de har det dårligt, kontakter de den praktiserende læge og sørger for en følgeordning, hvis borgeren ikke selv kan komme frem til lægen. Personalet tilbringer en del tid sammen med borgerne, hvor de taler med dem om deres psykiske og fysiske tilstand i hverdagen, og det begrænsede antal sengepladser gør det muligt at se alle borgerne på en vagt. Hvis personalet oplever, at borgerne er så dårlige, at de ikke kan være på stedet, kontaktes praktiserende læge, vagtlæge eller akutteamet i Aarhus Kommune, og så bliver de ofte hentet med ambulance og indlagt. Disse borgere kommer ofte tilbage igen efter indlæggelsen.

## 8.6 Barrierer og udfordringer

De barrierer, som personalet og lederen beskriver som mest centrale for deres praksis og målsætning på centret, handler primært om kontakten til specifikke faggrupper samt borgerens komplekse problemstillinger, som sætter begrænsninger for borgerne ved udskrivning fra PitStop.

### 8.6.1 Udfordringer i samarbejder ud af huset

Der kan være barrierer i samarbejdet med hjemmeplejen i forhold til at få personalet ind på centret. Udfordringen går begge veje mellem fagpersonerne og borgerne. Borgerne kan nære mistillid til hjemmeplejen, og i nogle tilfælde har hjemmeplejens medarbejdere udtrykt utryghed i forhold til borgerne på PitStop. Interviewpersonerne beskriver, at de har oplevet, at hjemmeplejen fx holder uden for centret, men ikke vil komme ind, fordi de ikke vil komme enkeltvis, men ønsker, at der er to personer til stede samtidig, når de kører ud til stedet. Ifølge personalet handler det om medarbejdernes tryghed, og hjemmeplejen har i pågældende tilfælde ikke accepteret at lade en sundhedsfaglig medarbejder eller leder fra PitStop udgøre den anden del af dette makkerpar. PitStops personale har et ønske om at skabe en bedre relation mellem borgeren og hjemmeplejen, som er en vigtig aktør ved hjemsendelsen af borgere til egen bolig.

Interviewpersonerne fortæller, at de arbejder på et samarbejde med psykiatrisk hospital om at modtage borgere, som er stabile ved udskrivning fra psykiatrien. Dermed arbejdes der på, at PitStop ikke kun modtager borgere fra somatikken, men også fra psykiatrien, så længe de er stabile og færdigbehandlede og fx kan være på PitStop alene om natten. PitStop har været tøvende med at indskrive borgere fra psykiatrien, fordi erfaringen har været, at de er for udfordrede psykiatrisk til indskrevet. Ledelsen er i gang med at etablere kontakt og samarbejde med psykiatrien, bl.a. for at skabe en større forståelse for, hvad det er for en målgruppe, de kan henvise til PitStop. Udfordringer med fælles faglig refleksion i dagligdagen

Det er ifølge lederen en udfordring på omsorgscentret at finde tid og rum til refleksion over praksis på centret, fordi det faste personale er der på skift og ikke har vagter sammen. Det betyder, at samtaler på tværs af personalegruppen afgrænses til møder og skriftlig dokumentation (noteringer af, hvad der er sket på en vagt, som læses af næste frivillige/medarbejder, når vedkommende kommer på arbejde). Faglig refleksion kan ikke foregå løbende mellem de ansatte i den daglige praksis. Dette er et ressourcspørgsmål, men lederen peger på at det ville kunne kvalificere praksis, hvis de ansatte fik mulighed for at holde refleksionsmøder hvor de kan løfte blikket fra driften i dagligdagen. Ved omstruktureringen, hvor de tre omsorgscentre er blevet lagt ind under det landsdækkende kontor i 2022, er muligheden for fælles faglig refleksion på tværs af de tre centre blevet nævnt som noget, man vil kunne understøtte fra centralt hold.

### 8.6.2 Udfordringer med borgere, der skal bortvises

Lederen fortæller i et interview, at der er nogle borgere, som har så kaotisk og hektisk et liv, at de ikke kan finde den ro, der skal til for at være på PitStop. De tager af sted og er ude i byen og finder ikke tilbage for at sove på stedet, og de gør ikke brug af tilbuddets rammer. Der er klare retningslinjer for, at hvis ikke borgerne har været på stedet i to døgn, så har de udskrevet sig selv. Det er dog en del af målgruppebilledet, at borgerne er ustabile og søger tilbage i deres miljø i stedet for at få optimal nytte af tilbuddet. Lederen fortæller, at hun også ind imellem må bortvise borgere, fordi de ikke kan fungere socialt med de andre på stedet, også selvom det ikke er hensigtsmæssigt i forhold til deres helbredstilstand. Lederen har ansvar for at sørge for både borgernes, de frivilliges og medarbejdernes sikkerhed på stedet og for, at tilbuddet bruges af de borgere, som er indskrevet. Hun er derfor nødt til at agere i situationer, hvor borgere bliver udadretterende eller har anden uhensigtsmæssig adfærd, også selvom det betyder, at de ikke er færdigbehandlede. Denne udfordring er således ikke en strukturel barriere, men hænger sammen med målgruppens karakter og særligt de socialpsykiatriske problemstillinger, som præger borgerne. Det skal tages med i betragtning, når man organiserer omsorgscentrenes indsats, at afgrænsningen af målgruppen er en væsentlig del af, hvordan hverdagen på stedet kan fungere, og om det lykkes at nå målsætningen om ro og hvile for hele målgruppen.

## 8.7 Udviklingsstatus

Omsorgscenter PitStop har eksisteret siden 2018, og der findes nu lignende omsorgscentre i to andre byer. Centret er evalueret af Defactum i 2018, men efterfølgende videreudviklet. Ifølge lederen blev evalueringen lavet meget tidligt i opbygningen af centret, og den giver derfor ikke et billede af, hvordan omsorgscentret fungerer i dag.

## 8.8 Økonomi

PitStop har et årsbudget på ca. 2,2 millioner kroner, som dækker løn og centrets drift. Det er ifølge lederen presset, så meget som det kan: Der kan ikke være færre timer til ansatte, hvis det skal fungere. Der udtrykkes ønske om, at budgettet udvides til, at der også er en ansat til stede på centret sammen med de frivillige i weekenderne.

## 9 Tværgående opsamling

I dette kapitel af rapporten vil vi præsentere tre overordnede temaer, som går på tværs af de fire indsats. Disse temaer kan skabe grobund for læring og inspiration til den videre udvikling af indsats, der kan understøtte arbejdet med håndteringen af somatisk sygdom på socialområdet. De tre temaer er:

- Krav-frihed i frivillighedssektoren
- Snitfladen i og mellem sektorerne
- Det menneskelige møde.

De tre temaer er fortrinsvis baseret på de fire cases beskrevet i kapitlerne 5-8, men temaerne vil samtidig indeholde elementer, der er repræsenteret blandt i de øvrige indsats og tilbud, der er screenet og undersøgt i rapporten i forbindelse med desk research-fasen, den strategiske litteraturgennemgang samt udvælgelsesprocessen.

De tværgående temaer peger tilbage til de overordnede problemstillinger, som vi har udfoldet i kapitel 2 om ulighed i sundhed på socialområdet. Baggrundskapitlets første problemstilling handler om borgerens helbredsprofil, adgangen til læge og den til tider sårbare position over for det etablerede system. Her ser vi, at borgerens manglende sundhedskompetence, negative erfaringer, udfordringer forbundet med funktionsnedsættelser eller sociale problemer samt systemets indretning udfordrer mødet med og adgangen til sundhedssystemet. Denne problematik adresseres særligt tydeligt i nedenstående tværgående tema om krav-frihed i frivilligsektoren, hvor vi peger på civilsamfundsorganisationernes unikke position i løsningen af bestemte opgaver hvor de kan skabe tillid, forståelse og brobygning til det etablerede system. Baggrundskapitlets anden problemstilling handler om, at mødet med sundhedssystemet er et menneskeligt møde, der i høj grad baserer sig på bestemte former for verbal og non-verbal kommunikation samt på borgerens sociale sundhedskapital eller mangel på samme. Dette påvirkes i høj grad også af strukturelle, kulturelle og socioøkonomiske faktorer, der har indflydelse på borgerens adgang til behandling. I nedenstående tværgående tema om det menneskelige møde fremhæver vi, hvordan de fire indsats på hver deres måde forsøger at løse problematikker forbundet med disse faktorer. Endelig omhandler baggrundskapitlets tredje problemstilling den socialfaglige kontekst og socialområdets udfordringer med håndteringen af borgers somatiske sygdomme. Denne overordnede problemstilling går naturligvis på tværs af de fire casestudier og er underlæggende for deres løsningsmodeller. Nedenstående sidste tværgående tema adresserer særligt de tværdisciplinære og tværsektorielle snitflader inden for og mellem socialområdet og sundhedssystemet og fremhæver de fire indsatsers erfaringer med at skabe gode praksisbaserede samarbejdsmodeller.

### 9.1 Krav-frihed i frivilligsektoren

En af de store udfordringer i håndteringen af somatiske sygdomme hos borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer er, at der for denne gruppe er mangel på indsats/tilbud i det etablerede systems tilbud før, under

og efter diagnosticering af somatisk sygdom. En stor del af de sundhedsindsatser, der er undersøgt i forbindelse med vidensafdækningen, forsøger på forskellig vis at finde løsninger på disse mangelfulde områder. Nogle indsatser arbejder eksempelvis på bedre sammenhæng mellem det somatiske og det sociale område ved at finde strukturelle løsningsmodeller. Der er dog også tale om udfordringer, som er mere komplekse at finde løsninger på, og hvor der skal en anden tilgang eller metode til, for at indsatsen giver mening og sikrer behandling og bedring hos borgeren.

I denne rapport har vi berørt to af disse mangelfulde områder ved at beskrive en følgeordning der skal støtte borgeren i at møde op til aftaler i sundhedssystemet (Social Sundhed) og et omsorgscenter der skal støtte borgeren i at blive færdigbehandlet og restitueret efter hospitalsindlæggelse (PitStop). Disse indsatser er drevet af civilsamfundsorganisationer og viser, at frivillighedssektoren har et unikt potentiale for at dække og understøtte behov og indsatser i det etablerede system, som ikke i samme grad kan dækkes uden om frivilligheden. Det kan organisationerne ifølge vores interviewpersoner, fordi de kan tilbyde noget andet end det etablerede system, blandt andet fordi de har et andet udgangspunkt i mødet med borgeren.

For begge indsatser viser det sig, at krav-frihed er en grundlæggende værdi og indgang til borgeren. Det etablerede system – både det offentlige myndighedssystem og det generelle sundhedssystem – er ofte karakteriseret ved at stille direkte eller indirekte krav til borgeren. Det kan være krav om forandring eller progression i den somatiske eller psykiske tilstand, som præger tilgangen til borgeren, om end mange indsatser er individuelt tilrettelagt og forsøger at balancere kravene efter målgruppens behov. Det kan være vanskeligt at leve op til krav om forandring i forhold til livsstilssygdomme og fysiske sygdomme generelt, når de er forbundet med en tilværelse som hjemløs eller borger med betydelig psykisk funktionsnedsættelse og/eller et aktivt misbrug. Eksempelvis kan et mere eller mindre direkte krav til borgeren om et rygestop i forbindelse med behandling af somatisk sygdom betyde, at borgeren takker nej til behandling af frygt for at blive konfronteret med sine (usunde) livsstilsvalg.

Vores materiale peger på at relationen mellem borger og den frivillige/fagpersoner i civilsamfundsorganisationerne er anderledes, idet den undviger den etablerede kravstruktur, og dermed bliver samtalen om og tilgangen til somatiske sygdomme og deres årsager og løsninger også en anden. Man kan her i højere grad tale somatik med det formål alene at yde støtte og pleje og rumme borgerens livstilsproblematikker uden krav om forandring. I civilsamfundsorganisationerne er kravet om forandring taget ud af mødet mellem borgeren og de frivillige/ fagpersonerne, således at de positivt understøtter de dele af systemet, der netop i forbindelse med behandling ofte og helt uundgåeligt er forbundet med krav til borgeren. På den måde giver den krav-frie tilgang anledning til en forandring i sig selv, fordi borgeren i relationen til de frivillige modtager støtte til behandling og lægeaftaler, som de måske ellers ville have takket nej til.

Organisationerne tilbyder ikke parallelydelser til systemet – disse skal afdækkes og udvikles inden for systemets egne rammer. Derimod afgrænser de sig fra det etablerede system og dækker ikke bare en indsats, som systemet selv ville kunne dække, hvis der var ressourcer til det, men en indsats, som systemet vil have vanskeligt ved at dække

på samme virkningsfulde måde pga. dets givne tilgange, krav, strukturer, mål, protokoller og lignende.

## 9.2 Det menneskelige møde

Mødet med sundhedssystemet er et menneskeligt møde. Det viser sig helt tydeligt på tværs af vores materiale, at det er en kommunikativ og relationel opgave at støtte borgeren til lægebesøg, diagnosticering og behandling. Vores litteraturgennemgang og desk research pegede på, at der er strukturelle udfordringer med at få lægedækning til borgere med sociale problemer, særligt på hjemløseområdet, og at det generelt kan være en udfordring for personalet i kommunens tilbud at få adgang en læge. Men det er ikke kun et spørgsmål om strukturel udfordring og koordinering at understøtte borgerens somatiske problemstillinger. Der er i høj grad også menneskelige faktorer på spil i forhold til at sikre lægebesøg, diagnosticering og behandling hos læge, på hospital eller hos andre centrale fagpersoner (fx en psykiater).

De fire cases har det tilfælles, at de stiller skarpt på det menneskelige møde, som mødet med sundhedssystemet er. De fire indsatser arbejder på forskellig vis med at give borgeren og sundhedspersonen de bedste forudsætninger for mødet inden for de rammer og ressourcer, der er til rådighed. De forsøger på hver deres måde at gøre de usynlige barrierer, der kan være på spil for borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer, mere synlige i borgerens vej til diagnose.

Der opstår eksempelvis ofte kommunikative udfordringer med at håndtere informationer, som skal gives og modtages mellem borgeren og lægen og andre fagpersoner, eller udfordringer med at følge op på information, behandling og aftaler i sundhedssystemet. Ofte ser vi, at borgeren står i en udsat position i forhold til at komme til læge, i at håndtere selve mødet med lægen – og særligt i forhold til at varetage behandling efterfølgende. De fire cases har det fællestræk, at de på hver deres måde forsøger at stille borgeren i en mindre sårbar position i forhold til mødet med sundhedssystemet ved samtidig at tænke lægens rolle ind i indsatsen på en måde, der også gør lægen bedre i stand til at hjælpe borgeren. De stiller med andre ord skarpt på mødet og relationen mellem borger og læge til fordel for begge parter.

På Tangkær har man lagt vægt på at få lægen fysisk ud til borgeren og dermed at lade borgeren være på hjemmebane, samtidig med at der løftes en socialpædagogisk opgave med at klæde borgeren på til at få talt om de vigtige ting på mødet. Denne indsats handler således om at skabe relationen både til lægen og psykiateren, hvor de også får lov til at være stærke i deres monofaglige kompetencer og kan bruge hinanden som sparring til at opnå et samlet sygdomsbillede på borgeren. I "Social Sundhed" følges borgeren til lægeaftaler, men det er ikke kun det konkrete fysiske møde, der dermed sikres, følgepersonen kan være med til at "oversætte" borgerens problemer for lægen og dermed lette en del af den komplekse kommunikationsopgave, der ligger hos lægen i at sikre, at borgeren går derfra med den nødvendige information. "Tænk somatikken med" arbejder med at synliggøre de menneskelige faktorer i det professionelle samspil omkring udredningen af somatisk sygdom, og hvordan man taler med borgeren og forbereder denne til at tale med lægen.



For de praktiserende læger har det i disse indsatser vist sig at føre til en større forståelse for målgruppen og for, hvordan egen praksis kan tilrettelægges mere effektivt og smidigt efter målgruppens særlige behov. Dette fokus på at tilrettelægge indsatserne rundt omkring nogle menneskelige faktorer, der spiller ind i såvel borgerens liv og hverdag som i selve mødet med lægen, gør relationen mindre kompleks og stiller borgeren i en mindre sårbar position i forhold til at komme til lægen og modtage behandling generelt.

### 9.3 Snitflader mellem sektorer og fagområder

Borgerens forløb før, under og efter diagnosticering af somatisk sygdom er en vej, der berører både social- og sundhedsområdet samt frivillighedssektoren. Det betyder, at der er mange snitflader involveret i det faglige arbejde, som i sidste ende skal øge trivslen og understøtte recovery for borgeren i dennes hverdagsliv. Det specialiserede sundhedssystem udvikler løbende både strukturelle løsninger, såsom socialsygeplejerskerne og sociallægerne, samt indsatser og projekter, såsom screeninger til opsporing af sygdomme hos borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer, som tilsammen skal forbedre kvaliteten af egen praksis i sundhedssektoren. De forskellige løsningsmodeller viser, at den enkelte indsats skal tænkes ud over rammerne af hospitalet, psykiatrien eller det sociale tilbud, særligt i forhold til samarbejde med fagpersoner, der er tæt på borgernes hverdagsliv (tilbud under SEL § 107, § 108, § 110, § 85 m.fl.).

Der er et før og et efter borgerens møde med sundhedssektoren, og særligt når det handler om udskrivning af hjemløse efter en hospitalsindlæggelse, er det nødvendigt, at der kan følges op med behandlingsunderstøttelse og restitution tæt på borgeren. Inden for socialområdet er der tydelige behov for samarbejde på tværs med sundhedssystemet, blandt andet i forhold til at få adgang til læger samt at få lægen i spil. Også i sundhedssystemet udvikles strukturelle løsninger for at håndtere lægedækning, såsom overenskomstaftalen om sundhedstjekket mellem Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) samt indsatser og projekter, der kan etablere et bedre møde mellem borgeren og almen praksis, som vi har beskrevet i case-studierne.

Ud over disse indsatser er der mere strukturelle tiltag til at få sundhedspersonale i spil tæt på borgerne, for eksempel fremskudte indsatser som akutteams og Sociolancen, eller mobile lægepraksisser og Sundhedsteam København. Fagpersoner i borgernes hjem, botilbud eller hjemløseherberg har i dag også god brug af mobile laboratorier, diabetesbusser m.m., som kan understøtte personalet i at opspore sygdomme. Men vi ser også i vores desk research, at der overordnet set ikke findes mange indsatser eller redskaber til personalets håndtering af somatisk sygdom. I vores litteratursøgning fremgår det, at der er en tendens til, at der satses mere på at ansætte sundhedspersonale på de kommunale botilbud, hvor opsporing af sygdom ellers skal håndteres af socialpædagogisk personale. Derudover findes en række projekter, som tidligere er blevet udviklet med satspuljemidler fra Sundhedsstyrelsen, og som har haft en brobyggerfunktion i samarbejdet mellem aktører og tilbud inden for socialområdet (fx Modelprojekter for gruppen af socialt udsatte stof- og alkoholmisbrugere samt hjemløse).

De indsatser og tilbud, som er beskrevet i denne rapport, har tilfælles, at de involverer "multiagency"-samarbejdsmodeller inden for eller på tværs af sektorerne. I samarbejdsmodellerne er erfaringen, at det er vigtigt, at ansvaret er tydeligt, at kerneopgaven er defineret i forhold til andre fagfelter, at fagpersonerne møder hinanden og kan videreføre kontakten, og at forståelsen af borgerens funktionsnedsættelse og behov bliver styrket i mødet med borgeren.

Samtidig anerkender casene, at det er en kommunikationsopgave på tværs af fagprofessionerne at få borgeren til læge/diagnosticeret/behandlet og i sidste ende at øge trivsel og recovery hos borgeren. Også her er der menneskelige faktorer på spil – fagpersoner kan have forforståelser af borgerne eller være usikre på hinandens fagfelter, særligt når de lapper ind over hinanden, som fx i tilfældet med praktiserende læger og psykiatere. Når symptomer på somatisk sygdom overses, kan det nogle gange have at gøre med, at det ene diagnostiske felt overskygger det andet, fx at borgerens psykiatriske lidelser skygger for symptomer på somatisk sygdom, eller at tegn på fysisk sygdom tolkes som bivirkning af psykofarmaka. På socialpsykiatriske botilbud, hjemløseherberg, omsorgscentre m.m. er der ofte mange faggrupper ansat, og det resulterer ofte i en proces, hvor der skal kommunikeres og "forhandles" mellem forskellige vidensformer, fagsprog og praksisformer, ligesom det også er tilfældet, når det sociale system skal kommunikere med sundhedssystemet. Det kan være afgørende i indsatser til håndtering af somatisk sygdom i socialpsykiatrien, at fagpersoner hjælpes i at tænke ud over egne kerneopgaver eller netop at definere disse, og at det står klart, hvor egen opgave slutter, og hvor (og hvordan) den næste overtager, for at man kan mindske fagspecifikke snitfaldeproblematikker inden for eller mellem de forskellige sektorer.

## Litteratur

- Ahlmark, N., Sørensen, I., Davidsen, M., & Ekholm, O. (2017). *SUSY UDSAT 2017: Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark og udviklingen siden 2007*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Axelsen, M. G., & Kristensen, L. S. (2019). *Evaluering af omsorgscenter PitStop*. Aarhus: Defactum.
- Benjaminsen, L., Grønfeldt, S. T., & Jensen, M. C. F. (2018). *Kompleksitet i borgersager og opgaveløsning i socialpsykiatrien: En kvalitativ undersøgelse i fire kommuner*. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Bengtsson, S. (2017). *Foreløbige resultater fra SHILD 2016. Arbejdsnotat*. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Birkeskov, T. (2012). *Evalueringsrapport: Farmaceut på psykiatrisk bosted - Tangkær, Ørsted*. Viborg: Region Midtjylland.
- Bochicchio, L., Stefancic, A., Gurdak, K., Swarbrick, M., & Cabassa, L. J. (2019). "We're All in this Together": Peer-specialist Contributions to a Healthy Lifestyle Intervention for People with Serious Mental Illness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 46(3), 298-310.
- Bring, C., Kruse, M., Ankarfeldt, M. Z., Brünés, N., Pedersen, M., Petersen, J., & Andersen, O. (2020). Post-hospital medical respite care for homeless people in Denmark: a randomized controlled trial and cost-utility analysis. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1-11.
- Cramer, D. J., Pedersen, M. J., Pejtersen, J. H., & Amilon, A. (2016). *Indkredsning af lo-vende praksis på det specialiserede socialområde*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Danske Handicaporganisationer. (2019). *Tilbud om helbredsundersøgelse (sundhedstjek): Tidlig opsporing blandt borgere med kognitive eller psykiske handicap*. Tilgået 02/03/2022 fra Danske Handicaporganisationer: <https://handicap.dk/arbejder-vidensbank/forebyggende-helbredsundersogelse-sundhedstjek-forslag>
- Danske Regioner. (2017). *Sundhed for livet: Forebyggelse er en nødvendig investering*. København: Danske Regioner.
- Doran, K. M., Ragins, K. T., Iacomacci, A. L., Cunningham, A., Jubanyik, K. J., & Jenq, G. Y. (2013). The revolving hospital door: Hospital readmissions among patients who are homeless. *Medical Care*, 51(9), 767-773.
- Jensen, M. C. F., & Grønfeldt, S. T. (2019). *Fokus på sundhed i socialpsykiatrien: Evaluering af indsatsen "Gå til lægen i tide"*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

- Jensen, M. C. F., Neidel, A., Maack, S., Røgeskov, M., Kastrup Lausten, S., Nicolajsen, J. S., & Olsen, L. (2021). *Kortlægning af god kvalitet i praksis på botilbud: En kvalitativ undersøgelse af kvalitet på botilbud for mennesker med psykiske vanskeligheder*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Jones, A., Howard, L., & Thornicroft, G. (2008). 'Diagnostic overshadowing': worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(3), 169-271.
- Laursen, A. M. F., Martinussen, J., & Bording, L. (2015). *Sundhedstjek 2011 – 2014*. Ørsted: Tangkær, Specialområde Socialpsykiatri Voksne.
- LEV – Livet med Udviklingshæmning. (2016). *Sundhedsprojekt dokumenterer massivt behov for sundhedstjek*. Tilgået 01/03/2022 fra LEV: <https://www.lev.dk/viden-om/nyheder/nyhed/2016/august/sundhedsprojekt-i-roskilde-dokumenterer-massivt-behov-for-sundhedstjek/>
- Luckow, S. T., Rasmussen, P. S., & Olsen, L. (2021). *Samarbejdet omkring børn og unge med funktionsnedsættelser: En opfølgende undersøgelse med fokus på sagsbehandlernes perspektiver*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Maindal, H. T., & Vinther-Jensen, K. (2016). Sundhedskompetence (Health literacy) – teori, forskning og praksis. *Klinisk Sygepleje*, 30(1), 3-16.
- Melbye, T. (2021). *PLO og Danske Regioner er enige om ny overenskomst*. Tilgået 01/03/2022 fra Dagens Medicin: <https://dagensmedicin.dk/plo-og-danske-regioner-er-enige-om-ny-overenskomst/>
- Nordentoft, M., Wahlbeck, K., Hällgren, J., Westman, J., Ösby, U., Alinaghizadeh, H., Gissler, M., & Larsen, T. M. (2013) Excess Mortality, Causes of Death and Life Expectancy in 270,770 Patients with Recent Onset of Mental Disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PloS one*, 8(1), 1-11.
- Pedersen, P. V. (2018). *Socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet*. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Pedersen, M., Bring, C., Brünés, Andersen, O., Petersen, J., & Jarden, M. (2018). Homeless people's experiences of medical respite care following acute hospitalisation in Denmark. *Health and Social Care in the Community*, 26(4), 538–546.
- PLO. (2021). *Ny overenskomst for de praktiserende læger har fokus på ulighed i sundhed og faglig udvikling: Fælles pressemeddelelse*. Tilgået 01/03/2022 fra PLO: <https://www.laeger.dk/nyhed/ny-overenskomst-for-de-praktiserende-laeger-har-fokus-paa-ulighed-i-sundhed-og-faglig>
- Ravn, M. B. (2020). *Borgere og brobyggeres oplevelser og erfaringer med Social Sundhed – Et kvalitativt pilotprojekt*. Aarhus: Defactum.
- Region Midtjylland. (2011). *Sundhedstjek på Tværs*. Ørsted: Tangkær, Specialområde Socialpsykiatri Voksne.

- Regionernes Lønnings- og Takstnævn. (2021). *Forhandlingsaftale af 19. juni 2021*. København: Danske Regioner.
- Røde Kors Aarhus. (2020). *Omsorgscenter PitStop*. Tilgået 01/03/2022 fra Røde Kors Aarhus: <https://aarhus.drk.dk/aktiviteter/omsorgscenter-pitstop/>
- Rådet for Socialt Udsatte. (2020). *Socialt udsattes situation: Årsrapport 2020*. Rønne: Rådet for Socialt Udsatte.
- Shim, J. K. (2010). Cultural health capital: A theoretical approach to understanding health care interactions and the dynamics of unequal treatment. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1), 1-15.
- Socialstyrelsen. (2021). *Udfordringer i forhold til voksne på det specialiserede social-område: Kommunale perspektiver*. Odense: Socialstyrelsen.
- Strøbæk, L., Davidsen, M., & Pedersen, P. V. (2017). *Socialt udsattes dødelighed og brug af sundhedsvæsenet: Registeropfølgning 2007-2015*. København: Rådet for Socialt Udsatte & Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Sundhedsstyrelsen. (2019). *Tidlig opsporing af sygdom hos borgere med betydelige kognitive og psykiske funktionsevnedssættelser: Anden delrapport af satspulje-projektet "Fremme af lighed i sundhed og sundhedsvæsenet"*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sølvhøj, I. N., Kusier, A. O., Pedersen, P. V., & Nielsen, M. B. D. (2021). Somatic health care professionals' stigmatization of patients with mental disorder: a scoping review. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1-19.
- Toft, N. (2020). Systemet er designet til at svigte mennesker med dobbeltdiagnose. *Sygeplejersken*, 2020(10), 22-23.
- Wentzer, H. S. (2013). *Menneskelige faktorer i forsinket diagnostik: Et litteraturstudie af international forskningslitteratur*. København: KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

## Bilag 1 Oversigt over alle fundne indsatser

Navn på indsats	Link/kilde/litteratur om indsats	Årstal	Formål med indsats	Målgruppe	Hvor/ hvem udfører	Evt. kommune/aktør
<b>Sammen om min vej</b>	"Bedre sundhed og trivsel for sårbare borgere", 2018, Binzer, Kristine; Hansen, Marianne Søgaard, Dansk Sundhedsvæsen 94(6). "Systemet skal tilpasses sårbare borgere - ikke omvendt", 2018, Binzer, Kristine; Hansen, Marianne Søgaard. "Sammen om min vej – Slutevaluering", april 2018, Broen til Bedre Sundhed, Sammen om min vej [Omtale af projektet på Socialstyrelsens Vidensportal] 2019, "Sammen om min vej – slut evaluering", Region Sjælland, 2020.	2015-2017	Koordinerende støttefunktion i form af en forløbspartner til sårbare borgere. Forløbspartner er bindeled mellem borger, kommune (fx jobcenter, misbrugscenter mv), sygehus og praktiserende læge.	Sårbare borgere	Kommune	Guldborgsund og Lolland
<b>Din sundhed ved psykisk sygdom</b>	Konferenceprogram og notat	2019 og notat 2017	Model for tværsektorielt samarbejde målrettet borgere/patienter med vedvarende sindsslidelser og somatiske problemstillinger	Psykiatriske patienter	Kommune	Frederiksberg Sundhedscenter og Psykiatrisk Center København
<b>Kostordning på psykiatrisk botilbud Kløverengen</b>	Konferenceprogram + hjemmeside: <a href="https://kloeverengen.dk/familiepaarørende/botraening-og-madlavning/">https://kloeverengen.dk/familiepaarørende/botraening-og-madlavning/</a>	2019	Projekt til integreret tilbud	Botilbud	Kommune	Ishøj
<b>Sammen om dit helbred</b>	Konferenceprogram + hjemmeside: <a href="https://www.regionh.dk/Sundhedsaf-tale/Fokusomraader-og-projek-ter/projekter/forskningsprojekter-omsaerlige-maalgrupper/Sider/sammen-om-dit-helbred-psykisk%20syg-dom%20og%20somatiske%20kroni-ske%20sygdomme.aspx">https://www.regionh.dk/Sundhedsaf-tale/Fokusomraader-og-projek-ter/projekter/forskningsprojekter-omsaerlige-maalgrupper/Sider/sammen-om-dit-helbred-psykisk%20syg-dom%20og%20somatiske%20kroni-ske%20sygdomme.aspx</a>	2019	Opsporing og behandling af udvalgte somatiske kroniske sygdomme hos personer med svær psykisk sygdom.	Personer med svær psykisk sygdom	Sektion for Tværsektoriel Forskning, Center for Klinisk, Forskning og Forebyggelse	
<b>Fokus på somatik i socialpsykiatrien</b>	Konferenceprogram	2019	Kompetenceudvikling af medarbejdere	Borgere i socialpsykiatriske tilbud	Region Sjælland	

Navn på indsats	Link/kilde/litteratur om indsats	Årstal	Formål med indsats	Målgruppe	Hvor/ hvem udfører	Evt. kommune/aktør
<b>Fast sundheds-personale på herberg og botilbud i Region H</b>	Budgetforslag	2020-2021	Forslag om finansiering af sundhedspersonale eller udgående team der kan screene på herberg og botilbud.	Herberg	Region H	
<b>Åreforkalkning som årsag til sygelighed og dødelighed hos patienter med skizofreni</b>	Notat fra SIF	2016-2018	Et samarbejdsprojekt mellem specialerne psykiatri og kardiologi om udredning og opsporing af hjertesygdom blandt op til 300 patienter med skizofreni.	Mennesker med skizofreni	Aalborg Universitetshospital	Aalborg
<b>Sundere liv i social-psykiatrien</b>	Notat fra SIF + projektbeskrivelse fra Defactum: <a href="https://www.defactum.dk/siteassets/defactum/3-projektsite/multisygdom/slips-folgeforskning/projektbeskrivelse---folgeforskning.pdf">https://www.defactum.dk/siteassets/defactum/3-projektsite/multisygdom/slips-folgeforskning/projektbeskrivelse---folgeforskning.pdf</a>	2012-2015	Fremme sundhed blandt mennesker med psykisk sygdom, forebygge kronisk sygdom og understøtte strukturelle sundhedsfremmende aktiviteter (specielt omkring sund mad, bevægelse og røgfrihed) via kompetenceudvikling af medarbejdere i bo- og aktivitetstilbud.	Botilbud	Region Midt	Randers, Syddjurs, Herning og Holstebro Kommuner samt botilbuddene Sct. Mikkel, Viborg Blåkærgård, Viborg, Tangkær, Ørsted, Sønderparken, Hornsyld (regionale psykiatriske botilbud)
<b>Sundhedstjek på botilbuddet Tangkær</b>	Notat fra SIF	2011-2014	Udviklet en model ("Sundhedstjek") for en sammenhængende somatisk, psykiatrisk og social indsats med henblik på at øge sundheden for Tangkærs beboere og sikre en tidlig opsporing og behandling af kronisk sygdom.	Borgere på botilbud	Region Midtjylland, Botilbud og egen læge	Djursland
<b>Sikker Psykiatri</b>	Notat fra SIF (evalueret af SDU men rapport ikke tilgængelig)	2015-2018	Forbedre patientsikkerhed i psykiatrien (herunder reduktion af overdødelighed) ved at arbejde målrettet med en række kliniske og organisatoriske indsatsområder; hhv. medicin-håndtering, selvmordsforebyggelse, somatisk screening, udredning og behandling, reduktion af tvang samt ledelse og inddragelse af patienter og pårørende.	Psykiatri	Dansk Selskab for Patientsikkerhed	Samarbejde med de fem regioner og finder sted på otte lokaliteter fordelt på de fem regioner og på Færøerne.
<b>Sammen om sundhed (bred forebyggelse, fx diabetes, væresteder)</b>	Hjemmeside: <a href="https://sonderborgkommune.dk/borger/sundhedstilbud-til-psykisk-saarbare">https://sonderborgkommune.dk/borger/sundhedstilbud-til-psykisk-saarbare</a>	2020-i drift i 2021	Forebyggende indsats til væresteder, cafetilbud, gruppeforløb, individuelle sundhedsdialoger, sygeplejerske sidder på et nyt værested hver dag og patienterne er i forløb i et lille år. Opsørende arbejde og fokus på livsstilssygdomme.	Væresteder	Kommune	Sønderborg Kommune

Navn på indsats	Link/kilde/litteratur om indsats	Årstal	Formål med indsats	Målgruppe	Hvor/ hvem udfører	Evt. kommune/aktør
<b>Projekt Fremskudt Sundhedsindsats, Herning</b>	Evaluering	2015-18	Forebyggelse, opsporing og håndholdt indsats gennem etablering af et opsøgende sundhedsteam, bestående af en sundhedsfaglig og en socialfaglig medarbejder med erfaringer og speciale i psykiatri. Forankret ved Skovlyset, som er et socialpsykiatrisk bo- og aktivitetstilbud under Herning Kommune.	§82b	Kommune	Herning
<b>Helhedsorienteret indsats med sundhedsfaglig kompetenceudvikling af borgernes hjemm vejleder og systematisk sundhedstjek (Erfaringer med sundhedstjekket)</b>	COWI evaluering tidlig opsporing og hjemmeside: <a href="https://kommunalsundhed.dk/sundhedstjek-i-roskilde-fanger-helbredsproblemer-hos-udviklingshaemmede/">https://kommunalsundhed.dk/sundhedstjek-i-roskilde-fanger-helbredsproblemer-hos-udviklingshaemmede/</a>	2015-2017	Systematisk årligt sundhedstjek	§85 borgere med udviklingshæmning	Kommune	Roskilde
<b>Sundhedstjek</b>	Overenskomstaftale PLO og Regionerne	2021	Sundhedstjek for alle botilbud hvert andet år med en takst til lægerne og ansvaret placeret ved lægerne	Personer på 18 år og derover, med betydelig og varigt nedsat fysisk og psykisk funktionsevne, som opholder sig på botilbud, med henblik på at øge deres levetid samt livskvalitet.		
<b>Helbredstjek/sundhedstjek (aftale mellem socialpsykiatri og almen området i Randers)</b>	Helbredstjek/sundhedstjek (aftale mellem socialpsykiatri og almen området i Randers)	2015?	Årligt sundhedstjek for borgere i socialpsykiatrien. Tjekkes op – måske er det mere en aftale end en indsats, men nævnes i VIVE-rapporter om kvalitet i bostøtte samt i udgivelsen sundere valg i socialpsykiatrien.	Borgere i kommunens socialpsykiatriske tilbud og bostøtten som opfordrer til helbredstjek ved lægen (§85)	Samarbejde mellem soc psyk og praktiserende læger	Randers (eksempel botilbud Tangkær; se udgivelse: 'Sundere valg i socialpsykiatrien' for eksempel)
<b>Årligt sundhedstjek</b>	COWI evaluering tidlig opsporing	2015-18	Tidlig opsporing af sygdom gennem sundhedstjek	§107 §108	Kommune	Svendborg
<b>Ensartethed i pædagogisk personales arbejde med sundhedsfremme og årligt sundhedstjek</b>	COWI evaluering tidlig opsporing	2015-17	Sundhedstjek og ensartethed af pædagogisk personales arbejde med sundhedsfremme	§107, 108, 85, Borgere med psykosociale handicaps, der modtager et socialkommunalt tilbud	Kommune	Egedal/Allerød
<b>Årligt sundhedstjek</b>	COWI evaluering tidlig opsporing	2015-17	Årligt sundhedstjek for borgere på botilbud og bofællesskaber	§107, 108 betydelig kognitiv og psykisk funktionsnedsættelse	Kommune	København



Navn på indsats	Link/kilde/litteratur om indsats	Årstal	Formål med indsats	Målgruppe	Hvor/ hvem udfører	Evt. kommune/aktør
<b>Sundhed for alle</b>	Slutevaluering af "Modelprojekter for gruppen af socialt udsatte stof- og alkoholmisbrugere samt hjemløse	2009-11	Der gennemføres sundhedsfremmende aktiviteter og helbredsundersøgelser. Fokus på brugerinddragelse. Opkvalificeringsprojekt for personale, der allerede er en del af indsatsen i kommunen.	Personer med langvarigt misbrug, som har afstedkommet fysiske og/eller psykiske helbreds-mæssige skader.	Kommune	Fredericia Kommune og værestederne Havnecaféen og A-caféen
<b>Sundhed på gadeplan</b>	Slutevaluering af "Modelprojekter for gruppen af socialt udsatte stof- og alkoholmisbrugere samt hjemløse	2009-11	Fokus på helhedsorienteret indsats, opsøgende arbejde, samarbejde på tværs af faggrænser.	Primært alkoholmisbrugere, men også stof og blandingsmisbrugere med nedsat evne til at varetage egen sundhed. Mange med psykiske lidelser.	Kommune	Herlev
<b>Bænken og Hjørnet</b>	Slutevaluering af "Modelprojekter for gruppen af socialt udsatte stof- og alkoholmisbrugere samt hjemløse	2009-11	Fokus på sundhedsfremmende aktiviteter, udarbejdelse af sundhedsprofiler og den motiverende samtale.	Hjemløse og socialt udsatte, der har fravalgt alle andre tilbud. Ofte med dobbeltdiagnoser.	Kommune	Langeland forebyggelsescentret og værestedet Hjørnet
<b>Grib chancen</b>	Slutevaluering af "Modelprojekter for gruppen af socialt udsatte stof- og alkoholmisbrugere samt hjemløse	2009-11	Fokus på sundhedsfremmende aktiviteter Fokus på metoden "Du bestemmer" og opkvalificering af handlekompetencer hos brugerne. Opsøgende arbejde.	Brugerne af værestedet Havnen. Primært ældre alkoholmisbrugere med diverse somatiske sygdomme og en gruppe voldsomt udadreagerende unge med et blandingsmisbrug.	Kommune	Lolland Kommune og værestedet Havnen
<b>Lighed i sundhed og behandling</b>	Slutevaluering af "Modelprojekter for gruppen af socialt udsatte stof- og alkoholmisbrugere samt hjemløse	2009-11	Fokus på sundhedsfremmende aktiviteter, udvikling af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde. Fokus på opsøgende arbejde.	Hjemløse, alkohol- og stofmisbrugere, udsatte med psykiske problemer. Generelt i meget dårlig helbredsmæssig stand.	Odense Kommune, Om-sorgsafdelingen St. Dan-nesbo og Kir-kens Korshærs Varmestue i Odense	Odense
<b>Sundhedsprojektet ved Perron 4</b>	Slutevaluering af "Modelprojekter for gruppen af socialt udsatte stof- og alkoholmisbrugere samt hjemløse	2009-11	Fokus på sundhedsfremmende aktiviteter og øget bevidsthed om sundhed hos brugerne, uddannelse af personale på værested, brobygning til det etablerede sundhedssystem.	De mest udsatte brugere ved værestedet Perron 4 og Center for Stofmisbrugsbehandling.	Kommune	Randers Kommune, værestedet Perron 4 og Center for Stofmisbrugsbehandling

Navn på indsats	Link/kilde/litteratur om indsats	Årstal	Formål med indsats	Målgruppe	Hvor/ hvem udfører	Evt. kommune/aktør
<b>En sundhedsplatform i det sociale arbejde</b>	Slutevaluering af "Modelprojekter for gruppen af socialt udsatte stof- og alkoholmisbrugere samt hjemløse	2009-11	Fokus på sundhedsfremmende aktiviteter og på at skabe samarbejdsrelationer mellem aktører på misbrugsområdet og aktører i det etablerede sundhedssystem.	Mennesker med stof- og alkoholmisbrug samt hjemløse.	Sundhedsplatformen er organisatorisk en del af Center for misbrugsbehandling og samarbejder desuden med Regionspsykiatrien og Kirkens Korshær.	Silkeborg Kommune, Misbrugscenter Silkeborg og Kirkens Korshær Silkeborg Sundhedsplatformen er organisatorisk en del af Center for misbrugsbehandling.
<b>Kirkens Korshærs Sundhedsprojekt</b>	Slutevaluering af "Modelprojekter for gruppen af socialt udsatte stof- og alkoholmisbrugere samt hjemløse	2009-11	Fokus på sundhedsfremmende aktiviteter og helbredsundersøgelser gennem stor brugerinddragelse.	Personer med langvarigt misbrug, som har afstedkommet fysiske og/eller psykiske helbredsmæssige skader.	Primært organiseret under Kirkens Korshær, der samarbejder med Aalborg Kommunes brobygningssafdeling	Aalborg Kommune
<b>Steno Diabetes Center Fusionsklinik, Region Sjælland</b>	360 GRADER RUNDT OM MULTISYGDOM, danske regioner, link: <a href="file:///C:/Users/B074366/Downloads/2020-09-07_Multisygdom.pdf">file:///C:/Users/B074366/Downloads/2020-09-07_Multisygdom.pdf</a>	2020	I Region Sjælland er åbnet en fusionsklinik mellem diabetes og psykiatri – Steno diabetes center i psykiatrien. Centret bliver et specialiseret tilbud målrettet patienter med både psykiske lidelser og diabetes. Fusionsklinikken er et eksempel på en målrettet og sammenhængende indsats med tværfaglig ekspertise og et helhedsorienteret blik på patienten. Fusionsklinikken laver også opsøgende aktiviteter og samarbejder fx med bosteder om at aflægge besøg. Målet er at nå flere og bidrage til mere lighed sundhed.	Kompetenceudvikling af personalegrupper	Steno center Sjælland	Region Sjælland
<b>Steno Diabetes Spots</b>	<a href="https://www.stenoaarhus.dk/uddannelse/for-sundhedsprofessionelle/StenoSpots/">https://www.stenoaarhus.dk/uddannelse/for-sundhedsprofessionelle/StenoSpots/</a>	forår 2021	E-læring, 90 min kursus for personale i kommune og botilbud og plejehjem med spot på forskellige dele af diabetes	Personale i kommuner og botilbud	Steno center Aarhus	Aarhus
<b>Akutteam Aarhus Kommune</b>	<a href="https://kommunalsundhed.dk/akutteam-maalrettet-botilbud-kraevede-kulturaendringer/">https://kommunalsundhed.dk/akutteam-maalrettet-botilbud-kraevede-kulturaendringer/</a>	2018	Akutteam af sygeplejersker med fokus på somatisk sygdom der sendes ud til botilbud	§110, §12, §99 mm	Kommune	Aarhus
<b>Gadeteamet Aarhus Kommune</b>		-	4 gadesygeplejersker	§12	Kommune	Aarhus

Navn på indsats	Link/kilde/litteratur om indsats	Årstal	Formål med indsats	Målgruppe	Hvor/ hvem udfører	Evt. kommune/aktør
<b>SundhedsTeam KBH</b>	<a href="http://www.hjemlosesundhed.dk/">http://www.hjemlosesundhed.dk/</a> og <a href="https://sundhedsteamet.kk.dk/">https://sundhedsteamet.kk.dk/</a>	2005-	4 sygeplejersker med lang erfaring fra alle dele af sundhedsvæsenet, 1 læge med erfaring fra sundhedsvæsenet, misbrugsbehandlings- og hjemløsesystemet samt 1 læge med baggrund i almen praksis. Teamet har gennem alle årene bestået af de samme personer, kontinuitet (eksisterer stadig som projekt og er ikke kørt i drift men fungerer godt og er evidensbaseret og virkningsfuldt – skal overvejes som casestudie.) Både opsporende, følgeordning, behandlingsvaretagelse – samarbejder bl.a. med sygelejecentre om opbevaring af medicin for de hjemløse, og sørger for at de tager deres medicin).	SundhedsTeam er en del af Københavns Kommunes hjemløsearbejde og er en sundhedsfaglig indsats rettet mod de borgere som ønsker hjælp, men som ikke selv formår at opsøge den. SundhedsTeam er placeret som en selvstændig enhed under Aktivitetscentret Sundholm.	Fungerer som lægepraksis med ydernummer men placeret i kommunens socialafdeling og er i virkeligheden stadig et projekt. Kan flyve frit mellem region, kommune, frivillighedsorganisationer osv. Er ikke et ønske, at det skal blive regionalt.	København
<b>Lommekort til opsporing af alkoholisme (konkret værktøj)</b>	DIÆTISTEN august 2020	Kompetenceudvikling/undervisning afsluttet i 2019	Opsporingsværktøj til at identificere alkoholisme i sundhedsvæsenet, bliver i 2020 testet af sygeplejersker på indlagte patienter. Lignende AUDIT skema med spørgsmål om alkoholforbrug er også blevet brugt i jobcentre.	Ingen tilbud – bred målgruppe, ikke nødvendigvis sårbare	Udviklet af Alkohol og Sundhed og testet i 2020 på region H's hospitaler	Region H
<b>Tidlig Opsporing</b>	SOCIAL UDVIKLING: Social- og ledelsesfagligt tidsskrift 6-2019, link: <a href="https://sociallederforum.dk/mtw/wp-content/uploads/Internet-3.pdf">https://sociallederforum.dk/mtw/wp-content/uploads/Internet-3.pdf</a>	Kompetenceudvikling/undervisning afsluttet i 2019	Kursus i tidlig opsporing af sygdom, kompetenceudvikling af personale, kurset er satsprojektpå fra sundhedsstyrelsen. For at sikre helheden i kompetenceløftet er der tre leverandører på uddannelsesforløbet: Social- og sundhedsskolen Fyn, lokale apoteker samt kommunens egne sygeplejersker.	Bo & Aktiv er en organisation, som omfatter 7 botilbud (ABL 105) med støtte jf. §83, 85 i Lov om Social Støtte, 3 dagtilbud § 104 jf. Lov om Social Service og et aflastningstilbud i Faaborg - Midtyn Kommuner jf. § 84, 87 og §107 i Lov om Social Service. Bo- & dagtilbuddene benyttes af 58 i alderen 18-70 år.	Botilbud	Faaborg og Midfyn Kommuner

Navn på indsats	Link/kilde/litteratur om indsats	Årstal	Formål med indsats	Målgruppe	Hvor/ hvem udfører	Evt. kommune/aktør
<b>Projekt CHANGE</b>	Psykiatrisk center KBH, region Hs psykiatri. Link: <a href="https://research.regionh.dk/psykiatrien/da/projects/change--det-gaelder-livet(5506143b-2823-4075-b81f-6a9d552a06cf).html">https://research.regionh.dk/psykiatrien/da/projects/change--det-gaelder-livet(5506143b-2823-4075-b81f-6a9d552a06cf).html</a>	2016	Projekt CHANGE er en målrettet intervention, der systematisk tager fat i de udfordringer, som mennesker med skizofreni oplever i forhold til livsstil, underdiagnosticering og underbehandling af somatisk sygdom. I CHANGE afprøves effekten af et tværfagligt sundhedsteam, som tilbyder den enkelte hjælp til rygestop og bedre kostvaner, og som sikrer relevante lægeundersøgelser og en kontinuerlig kontakt til egen læge, så somatiske helbredsproblemer kortlægges og behandles.	Psykiatriske patienter	Forsknings- og interventionsprojekt	Region H's psykiatri
<b>Tværsætorielle teams (medicinpædagogik, to botilbud, region H og KBH Kommune)</b>	Evaluering af Tværsætorielle Teams i Region H og KBH Kommune, "Tværsætorielle teams gør en forskel for sårbare borgere og personale i Københavns Kommune", 2016, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, Region Hovedstaden.	2016	Eksempel på samarbejdsmodel. For at styrke indsatsen for sårbare borgere med psykiske lidelser har Københavns Kommune (KK) og Region Hovedstadens Psykiatri (RHP) etableret to tværsætorielle teams med fokus på hhv. medicinpædagogik og misbrug, der yder en opsøgende og integreret indsats til borgere på botilbud.	Borgere på botilbud med psykiatrisk lidelse og samtidigt misbrug	Sundbyhus botilbud	Region H's psykiatri og KBH Kommune
<b>Stjernepatienter (særlig ordning) i lægefællesskab i Grenaa</b>	Danske regioner 360 grader rundt om borgere med multisygdom, link: <a href="file:///C:/Users/B074366/Downloads/2020-09-07_Multisygdom.pdf">file:///C:/Users/B074366/Downloads/2020-09-07_Multisygdom.pdf</a> , se også omtale: <a href="https://mo.infomedia.dk/ShowArticle.aspx?Duid=e88a9cb1&amp;UrIID=bd01abd4-e2eb-4787-b309-88fffb3c9765&amp;Link=">https://mo.infomedia.dk/ShowArticle.aspx?Duid=e88a9cb1&amp;UrIID=bd01abd4-e2eb-4787-b309-88fffb3c9765&amp;Link=</a>	2020	Multisyge, komplekse og sårbare patienter identificeres af læger og klinikpersonale, når de henvender sig i klinikken. Særligt sårbare markeres med stjerne (stjerne-patient) og får særlige "rettigheder". Stjernepatienterne tilbydes i dag inden for gældende overenskomst: Længere og hyppigere konsultationer, tid samme dag – hyppigere hjemmebesøg, tættere opfølgning fx daglige eller ugentlige opringninger, konsultationer med det team af sygeplejersker og læger, som samarbejder om patientens problemstillinger og målsamtaler med kortlægning af forløb og samarbejde med patienten om prioritering i forhold til patientens forløb det næste år.	Multisyge, alle borgere, særligt for sårbare	Lægefællesskab Grenaa	Privat lægefællesskab
<b>Brobyggersygeplejesker</b>	Danske regioner 360 grader rundt om borgere med multisygdom, link: <a href="file:///C:/Users/B074366/Downloads/2020-09-07_Multisygdom.pdf">file:///C:/Users/B074366/Downloads/2020-09-07_Multisygdom.pdf</a>	2020	Formålet med arbejdsfunktionen er at skabe mere sammenhæng ved udskrivningen fra hospital til kommune, er på baggrund af regionernes anbefaling indført i mange regioner/kommuner. Der mangler fokus på udskrivning til botilbud og særligt hjemløse, hvad er sygeplejerskens rolle og erfaring der?	Borgere med multisygdomme	Fx Region Nordjylland, (Aalborg) og Region Sjælland	Region

Navn på indsats	Link/kilde/litteratur om indsats	Årstal	Formål med indsats	Målgruppe	Hvor/ hvem udfører	Evt. kommune/aktør
<b>Indflydelse på egen sundhed</b>	Et af satspuljeprosjekterne fra sundhedsstyrelsen "Styrket sundhedsindsats for socialt udsatte og sårbare grupper." link: <a href="file:///C:/Users/B074366/Downloads/Sundhedsinformati-onsh%C3%A6fte_2015_Indfly-delse_egen_sundhed%20(1).pdf">file:///C:/Users/B074366/Downloads/Sundhedsinformati-onsh%C3%A6fte_2015_Indfly-delse_egen_sundhed%20(1).pdf</a>	2015	Fokus på at øge sundhed og trivsel for borgere med udviklingshæmning. Projektet har haft som mål, at borgerne får mulighed for at træffe beslutninger for egen sundhed og eget liv. Kørt fra september 2011 til juni 2014	Borgere med udviklingshæmning	Viborg, Morsø, Lemvig, Struer og Mariagerfjord Kommuner har deltaget i projektet i samarbejde med CFK Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland	Kommune
<b>Projekt Medicinsikre botilbud</b>	<a href="file:///C:/Users/B074366/Downloads/Botilbud%20vil%20have%20bugt%20med%20med%20medicinfejl%20-%20Kommunal%20Sundhed.pdf">file:///C:/Users/B074366/Downloads/Botilbud%20vil%20have%20bugt%20med%20med%20medicinfejl%20-%20Kommunal%20Sundhed.pdf</a>	2021 (2 årigt projekt)	Minimere fejl af medicinering af botilbudsbeboere	Botilbud	10 kommuner deltager fx Assens og Skive Kommuner	Dansk Selskab for Patientsikkerhed
<b>Årlige sundhedssamtaler på botilbud</b>	<a href="https://viborg.dk/om-kommunen/nyheder-og-presse/pressemeddelelser/aarlige-sundhedssamtaler-giver-nye-vaner-paa-botilbud-569401142261459/">https://viborg.dk/om-kommunen/nyheder-og-presse/pressemeddelelser/aarlige-sundhedssamtaler-giver-nye-vaner-paa-botilbud-569401142261459/</a>	2020	Sundhedssamtalerne er del af en bredere sundhedsfaglig indsats, som blandt andet har betydet kompetenceudvikling af alle medarbejdere på botilbud i sundhedsfaglig dokumentation, medicin håndtering, samt observation og opfølgning på sundhedsfaglige indsatser. Det pædagogiske personale er også blevet undervist i sygdomslære.	Botilbud samt øvrige tilbud på socialområdet	Kommune	Viborg
<b>Sundhed i Den Sociale Udviklingsfond</b>	Sundhed i den sociale udviklingsfond (SUS) Aktionsforskningsprojekt på botilbud Frederiksberg BOAS	2021	Sundhedsfremme med fokus på kost, søvn, bevægelse på botilbuddet.	SIF/SUS botilbud	SUF	Frederiksberg
<b>Liv i Sundhed (satspuljeprosjekt fra sundhedsstyrelsens Styrket sundhedsindsats for socialt udsatte og sårbare grupper)</b>	Liv i Sundhed – En sundhedsfremmende indsats for psykisk sårbare borgere i Silkeborg Kommune	2012-15	Bred vifte af tilbud med fokus på KRAM, trivsel og sundhed, styrke psykisk syges sundhedskompetence, opsporing og behandling osv.	Kommune	Kommune og region	Silkeborg

Navn på indsats	Link/kilde/litteratur om indsats	Årstal	Formål med indsats	Målgruppe	Hvor/ hvem udfører	Evt. kommune/aktør
<b>Navigatorkorps (satspuljeprojekt sundhedsstyrelsen "Fremme af lighed i sundhed og sundhedsvæsenet")</b>	Evaluering af navigatorprojekterne (Cowi 2018)	2015-18	Korps af frivillige, navigatorkorps, som skal støtte de mest udsatte borgere i forhold til psykosociale og praktiske problemstillinger i kontakten til sundhedsvæsenet og de borger-nære sundhedstilbud. Navigatorprojekterne bygger på erfaringerne fra et tidligere lignende projekt, som Kræftens Bekæmpelses har udviklet og afprøvet for socialt sårbare kræftpatienter. Projektet viste, at under navigatorforløbet ændrede patienterne sig på det sundhedsfaglige og sociale område samt på det personlige plan. Bl.a. fik patienterne større forståelse for egen behandling, når navigatoren bistod i kommunikationen med det sundhedsfaglig personale omkring bl.a. behandling og tilbud, og de fik styrket selvværd og evne til at magte sygdom. Målet med de fire nævnte navigatorprojekter er, at de skal opnå de samme positive effekter, som Kræftens Bekæmpelses projekt viste.	Kommune	Kommune	Ishøj, Kerteminde og Kolding samt Patientforeningen Sjældne diagnoser
<b>Sundhedspakke</b>	STRUKTUR PÅ SUNDHEDEN - inspiration til sundhedsindsatser til borgere med psykiske lidelser (Sundhedsstyrelsen 2014), link: <a href="file:///C:/Users/B074366/Downloads/Struktur%20p%C3%83%C2%A5%20Sundheden%20inspiration%20til%20sundhedsindsatser%20til%20borgere%20med%20psykiske%20lidelser%20(1).pdf">file:///C:/Users/B074366/Downloads/Struktur%20p%C3%83%C2%A5%20Sundheden%20inspiration%20til%20sundhedsindsatser%20til%20borgere%20med%20psykiske%20lidelser%20(1).pdf</a>	2014	Fokus på trivsel og sundhedsfremme, KRAM. Denne publikation er udviklet på baggrund af en række projekter i Region Midtjylland: "Forebyggelse af multisygdom blandt sårbare mennesker med kronisk lidelse" (2009-2013), "Sundere liv i socialpsykiatrien" (2011-2015) og "Sundhedscafé i lokal- og socialpsykiatrien i Silkeborg" (2011-2015). Projekterne er fulgt og dokumenteret af COWI og har alle vist gode resultater i forhold til rekruttering, implementering og fastholdelse. Fokus på fysisk aktivitet, selvvurderet helbred, kost og BMI.	Socialpsykiatriske tilbud	Socialpsykiatriske borgere	Kommuner og botilbud
<b>Diabetesbussen</b>	"Rullende ambulatorium opsøger sårbare med diabetes", Henrik Boesen, Sygeplejersken 2020 ; (13): 12.	2020	Rullende ambulatorium opsøger sårbare med diabetes. Region Sjælland tilbyder test for komplikationer som følge af diabetes til særligt udsatte borgere der, hvor de bor.	Særligt udsatte borgere, §110, §85	Region	Bussen kører ud til botilbud i Vordingborg, Guldborgsund og Lolland Kommuner.
<b>Ansættelse af læge lokalt i delt stilling på klynge af §110 + 108 tilbud på Frederiksberg</b>	Udsatte ældre borgere i hjemløshed: en kvalitativ undersøgelse af kompleksitet i udsathed samt muligheder og udfordringer i indsatserne, 2021, Lars Benjaminsen og Heidi Hesselberg Lauritzen (VIVE rapport).	2020	Læge i tværgående funktion mellem botilbud og herberg.	§110, §107, §108	Kommune/ botilbud	Frederiksberg

Navn på indsats	Link/kilde/litteratur om indsats	Årstal	Formål med indsats	Målgruppe	Hvor/ hvem udfører	Evt. kommune/aktør
<b>PITSTOP (i KBH/Bispebjerg findes Thorsgade indsatsen, pendant til denne og der er en undersøgelse af den)</b>	Evaluering af Omsorgscenter Pitstop: Axelsen, Mette Gubi; Kristensen, Line Søgaard, Defactum/CFK+Metodecenter.	2018-	Omsorgscenter Pitstop er et midlertidigt tilbud til hjemløse og funktionelt hjemløse borgere, der har brug for restitution efter endt hospitalsophold og borgere, der har brug for en pause fra gaden. Navnet Pitstop er meget retvisende, for det er, hvad tilbuddet er for borgerne: et tilbud om ro, om mad, om en seng og et tilbud om at deltage i et fællesskab med andre borgere, frivillige og medarbejdere. Tilbuddet drives af Røde Kors i samarbejde med Aarhus Kommune (som er driftsherre) og AUH.	§110, hjemløse	Røde Kors	Aarhus Kommune
<b>Livstilscafe tilbud</b>	Kvalitet i bostøtte: et litteraturstudie om kvalitet i bostøtte til mennesker med psykiske vanskeligheder i egen bolig, 2020, VIVE.		Sundhedsfremme initiativ, som ser ud til at være meget udbredt.	Mennesker, der modtager bostøtte	Kommune	
<b>Gå til læge i tide</b>	Fokus på sundhed i socialpsykiatrien: evaluering af indsatsen "Gå til lægen i tide", Jensen, Maya Christiane Flensborg; Grønfeldt, Sigrid Trier, VIVE, 2019.	2019-	Kompetenceudvikling			
<b>Tænk Somatikken med</b>	Fremkommet via praksistjek på Gå til læge i tide indsatsen via telefon med Region Sjælland. Videreudvikling af Gå til læge i tide. Intet materiale udgivet endnu.	2021 (endnu ikke udrullet)	Kompetenceudvikling	Medarbejdere og borgere i socialpsykiatrien	Region Sjælland	I første omgang kommuner på Sjælland
<b>Social Sundhed</b>	<a href="https://www.defactum.dk/publikationer/showPublication?publicationId=881&amp;pageld=309986">https://www.defactum.dk/publikationer/showPublication?publicationId=881&amp;pageld=309986</a>	2013	Brobyggerordning, hvor sundhedsstuderende ledsager socialt udsatte til aftaler i sundhedssystemet.	Bred gruppe af udsatte borgere	Frivillig NGO (sundhedsstuderende)	Aarhus, København, Odense, Aalborg, Herning/Midtvest og Fredericia

## Bilag 2 Søgedokumentation: Vidensafdækning om sundhedsindsatser

Formål: Identificere virksomme sundhedsindsatser. Metode: Oversigtssøgning via databaser, hjemmesider og fagkilder foretaget ultimo okt. – primo nov. 2021

Studietyper: danske studier, kun grå litteratur (rapporter, evalueringer, undersøgelser mv)

Periode: 2015 - ult. okt. – primo nov. 2021, sprog: Dansk

Referencedatabase: RefWorks

**Bibliotek.dk** – fællesbase for danske biblioteker inkl. Den Danske Artikeldatabase, søgt. d. 29. 10. 2021:

(basen kan ikke håndtere større søgesæt i kombinationer, så derfor er søgningen og gennemgangen af søgeresultater opdelt i flere delsøgninger)

#1 (phrase.subject=("psykisk syge" OR "psykiske problemer" OR "psykisk sygdom" OR "psykiske sygdomme" OR "psykiske vanskeligheder" OR "psykiske funktionsforstyrrelser" OR "psykiske udfordringer" OR "psykiske problemer" OR psykiatri\* OR "psykisk syge" OR sindslid\* OR sindssyg\* OR "mental sygdom" OR "mental forstyrrelse" OR "psykisk sårbar" OR "psykosociale problemer" OR "psykiske lidelser" OR "mental sundhed" OR "psykisk sundhed")) OR TI=("psykisk syg" OR "psykisk syge" OR "psykisk sygdom" OR sindslid\* OR "psykiske vanskeligheder" OR "psykiske problemer" OR "psykisk syg" OR "psykisk diagnose" OR "psykisk lidelse" ) AND (facet.type="bog" OR facet.type="ebog" OR facet.type="tidsskriftsartikel") AND (facet.date="2015" OR facet.date="2016" OR facet.date="2017" OR facet.date="2018" OR facet.date="2019" OR facet.date="2020" OR facet.date="2021"): (3920)

#2 (phrase.subject=("social udsathed" OR "socialt udsatte" OR "udsatte grupper" OR "sociale problemer" OR "socialt udstødte" OR udsat\* OR hjemløs\* OR ensom\* OR "social isolation" OR "social tilbagetrækning" OR "social eksklusion" OR "social udstødelse" OR "socialt handicappet" OR marginalisere\* OR arbejdsløs\* OR kriminel\* OR kriminalitet\* OR "socioøkonomiske problemer" OR kognitionsproblem\* OR "kognitive problemer" OR "nedsat funktionsevne" OR "nedsat fysisk funktionsevne" OR "nedsat psykisk funktionsevne" OR funktionsnedsættelse OR "psykisk udviklingshæmmede")) AND (facet.type="bog" OR facet.type="ebog" OR facet.type="tidsskriftsartikel") AND (facet.date="2015" OR facet.date="2016" OR facet.date="2017" OR facet.date="2018" OR facet.date="2019" OR facet.date="2020" OR facet.date="2021"): (4677)

#3 TI=("socialt udsat" OR "sociale problemer" OR "social problematik" OR "socialt udsatte" OR "social udsathed" OR "socialt udstødte" OR "komplekse problemer" OR "sammensatte problemer" OR multifaktoriel\* OR problemkompleks\* OR "multiple problemer" OR multisygdom\* OR ensomhed\* OR "social isolation" OR "socialt isoleret" OR hjemløs\* OR arbejdsløs\* OR marginalisere\* OR "kognitive problemer" OR funktionsneds\*) AND (facet.type="bog" OR facet.type="ebog" OR facet.type="tidsskriftsartikel") AND (facet.date="2015" OR facet.date="2016" OR facet.date="2017" OR facet.date="2018" OR facet.date="2019" OR facet.date="2020" OR facet.date="2021"): (804)

#4 (phrase.subject=(misbrug\* OR stofmisbrug\* OR rusmidler OR lægemiddelmisbrug OR narkoman\* OR alkoholmisbrug\* OR alkoholisme OR dobbeltdiagnose\* OR alkoholiker\* OR sårbarhed OR



kriminalitet OR kriminelle OR vold\* OR ludoman\* OR spilafhængig\* OR gambling)) OR TI=( problem-  
adfærd\* OR udadreager\* OR adfærdsforstyrrelse\* OR adfærdsvanskeligheder\* OR misbrug\* OR  
rusmid\* OR stofbrug\* OR stofmisbrug\* OR hashmisbrug\* OR alkoholmisbrug\* OR alkoholiker\* OR  
druk\* OR dobbeltdiagnos\* OR "samtidigt misbrug" OR sårbar\* OR vold\* OR ludoman\* OR spilaf-  
hængig\* OR tilpasningsvanskelighed\*) AND (facet.type="bog" OR facet.type="ebog" OR fa-  
cet.type="tidsskriftsartikel") AND (facet.date="2015" OR facet.date="2016" OR facet.date="2017"  
OR facet.date="2018" OR facet.date="2019" OR facet.date="2020" OR facet.date="2021"): (5673)

#5 (phrase.subject=(Botilbud\* OR bosted\* OR "beskyttede boliger" OR boformer OR døgnbehand-  
ling\* OR døgninstitutioner\* OR døgntilbud\* OR opholdssted\* OR "socialpsykiatrisk botilbud" OR  
bocent\* OR opholdssteder OR "SEL § 107" OR "servicelovens § 107" OR "SEL § 108" OR "service-  
lovens § 108" OR bostøtte\* OR "SEL § 85" OR "servicelovens § 85" OR hjemløseherberg\* OR her-  
berg\* OR værested\* OR "SEL § 110" OR "servicelovens § 110" OR støttekontakt\* OR støtteperson\*  
OR kontaktperson\* OR "SEL § 99" OR "servicelovens § 99")) OR TI=(botilbud\* OR bosted\* OR bo-  
form\* OR bocenter\* OR bocentre\* OR døgninstitution\* OR døgntilbud\* OR opholdssted\* OR "be-  
skyttet bolig" OR "beskyttede boliger" OR "beskyttet boform" OR "beskyttede boformer" ) AND  
(facet.type="bog" OR facet.type="ebog" OR facet.type="tidsskriftsartikel") AND (fa-  
cet.date="2015" OR facet.date="2016" OR facet.date="2017" OR facet.date="2018" OR fa-  
cet.date="2019" OR facet.date="2020" OR facet.date="2021"): (432)

#6 (phrase.subject="sundhedsindsats")) OR TI=(indsats\* OR intervention\* OR tiltag\* OR sund-  
hedsindsats\* OR sundhedsintervention\* OR sundhedsvæsen\* OR sundhedssektor\* OR sundheds-  
tjeneste\* OR sundhedsydelse\* OR sundhedsfremme\* OR sundhedsarbejde\* OR sundhedstilbud\*  
OR sundhedseffekt\* OR "effekt på sundhed" OR sundhedstilstand\* OR sundhedssystem\* OR be-  
handling\* OR opspor\* OR brobyg\* OR følgeordning\* OR sundhedstjek\* OR sundhedsforebygge\*  
OR sygdomsforebygge\* OR "forebygge sygdom" OR "forebyggende behandling" OR "forebyg-  
gende indsats" OR forebyggelsesindsats\* OR "forebyggende indsatser" OR "særlig støtte" OR "fy-  
sisk sundhed" OR "fysisk aktivitet" OR "fysiske aktiviteter" OR livsstilsændr\* OR "ændring af livsstil"  
OR afvæn\* OR træningsindsats\* OR motionsindsats\* OR bevægelsesindsats\* OR "bedre helbred"  
OR helbredsforbedring\*) AND (facet.type="bog" OR facet.type="ebog" OR facet.type="tidsskrifts-  
artikel") AND (facet.date="2015" OR facet.date="2016" OR facet.date="2017" OR fa-  
cet.date="2018" OR facet.date="2019" OR facet.date="2020" OR facet.date="2021"): (4039)

**Søgesæt kombineret** – alle søgesæt gennemset og evt. fund relevante overført til RefWorks:

#7 (1 + 6): (192), gennemset, valgt til RW: 13 fund

#8 (2 + 6): (130), gennemset, valgt til RW: 6 fund

#8 (3 + 6): (39), gennemset, valgt til RW: 2 fund

#9 (4 + 6): (191), gennemset, valgt til RW: 4 fund

#10 (5 + 6): (31), gennemset, valgt til RW: 1 fund

**I alt 26 fund + yderligere 2 fund fundet ved videresøgning i bibliotek.dk**

### Hjemmesidesøgning:

Bedre Psykiatri: <https://bedrepsykiatri.dk/> - Publikationer + sidens emneindgange gennemset,  
intet valgt

Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Regionshospital Nordjylland: <https://rhnordjylland.rn.dk/forskning/center-for-klinisk-forskning> - Publikationer gennemset 2015- nov. 2021, ingen valgt (de fleste engelsksprogede, videnskabelige publikationer)

Center for Patientinddragelse (CPI), Region H: <https://www.regionh.dk/patientinddragelse/udgivelser/tema/Sider/default.aspx> -Gennemset Udgifter, temaer: Psykiatri og handicap, Kroniske og alvorlige sygdomme samt Sammenhængende forløb og sektorovergange, valgt: **3 fund**

Dansk Fagligt Netværk for Dobbelt diagnose: <https://dobbeltdiagnose.net/> - Alle publikationer gennemset 2015 - 1. nov. 2021, intet valgt

Dansk socialrådgiverforening: <https://socialraadgiverne.dk/> - Gennemset Rapporter og undersøgelser, 2015- nov. 2021, ingen valgt

Danske Regioner: <https://www.regioner.dk/services/publikationer> - Publikationer gennemset 2015 - 1. nov. 2021, valgt: **4 fund + 2 fund** (fundet ved videresøgning / Region Midtjylland)

Defactum (før marts 2016: CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling) : <https://www.defactum.dk/> - Publikationer 2015 – 2. nov. 2021 gennemset, valgt: **9 fund**, Projekter: **1 fund**

Fagbladet Socialrådgiveren: <https://socialraadgiverne.dk/publikation/socialraadgiveren-08-09-21/> - Gennemset temaer/titler (2015-nov. 2021): **1 fund**

Fagbladet Sygeplejersken: <https://dsr.dk/sygeplejersken> inkl. fagbladet Fag & Forskning fra DSR - Gennemset temaer/titler (2015-nov. 2021): Behandling: 0 fund, Beredskab: 0 fund, Brugerdeltagelse: 0 fund, Depression: 0 fund, Diabetes: **1 fund**, Diagnostik: 0 fund, Dilemma: 0 fund, Epilepsi: 0 fund, Evaluering: 0 fund, Forebyggelse: **1 fund**, Forebyggende behandling: 0 fund, Fysisk aktivitet: 0 fund, Fængsel: 0 fund, Hjerne: 0 fund, Hjerteinfarkt: 0 fund, Implementering, 0 fund, KOL: 0 fund, Kommune: 0 fund, Kommunal sundhedstjeneste: 0 fund, Livsstil: 0 fund, Lungesygdom: 0 fund, Mundpleje: 0 fund, Nyresvigt: 0 fund, Socialsygepleje: **2 fund**, Vold: **1 fund**

KL – Kommunernes Landsforening: <http://www.kl.dk/> - Gennemset tema med tilknyttede publikationer: Socialområdet / Udsatte voksne: **1 fund**

Kommunal Sundhed, nyhedsmedie: Søgt: Botilbud, bostøtte, valgt: **5 fund** – Gennemset Emner: Social + Forebyggelse & sundhedsfremme, ingen yderligere valgt

Metodecenteret: <https://metodecentret.dk/> - Gennemset emne: Støtte til voksne med mentale handicaps: **1 fund**

Psykiatrifonden: <https://psykiatrifonden.dk/viden/fakta-forskning/egne-rapporter> - Rapporter 2017 - 2021 gennemset, ingen relevante. Nyt fra forskningen gennemset, intet relevant

REPHA – Videncenter for Rehabilitering og Palliation: <https://www.rehpa.dk/udgivelser/> - **2 fund**

Rådet for Socialt Udsatte: <https://www.udsatte.dk/> - Publikationer gennemset 2015 – 29. okt. 2021 + søgt: sundhed / sundhedsindsats, botilbud, valgt: **4 fund**

Sektion for Tværsektoriel Forskning, Region H: <https://www.regionh.dk/tfe/om-tfe/Sider/default.aspx> -Gennemset projekter + Inspiration til litteratur/det tværsektorielle sundhedsområde, Mennesker med samtidig somatisk og psykisk sygdom + Tidlig forebyggelse af social ulighed i sundhed, valgt: **2 fund**

Socialstyrelsen, Vidensportalen, vedr. Voksne / Psykiske vanskeligheder : <https://socialstyrelsen.dk/voksne>: valgt: **7 fund**

Socialt Udviklingscenter SUS: <https://www.sus.dk/udgivelser/> - Publikationer gennemset 2015 – primo nov. 2021, valgt: **3 fund**

Statens Institut for Folkesundhed SIF: <https://www.sdu.dk/da/sif> - Rapporter og øvrige publikationer gennemset 2015 – primo nov.. 2021: **12 fund** - + gennemset Projekter: Ulighed i sundhed: **1 fund**

Sundhedsstyrelsen: <https://www.sst.dk> - Publikationer gennemset 2015 nov. 2021 via emneindgange: Alkohol: 0 fund, Ernæring: **1 fund**, Forebyggelse: **1 fund**, Fysisk aktivitet: 0 fund, Genoptræning: , KOL: 0 fund, Overvægt: 0 fund, Psykiske lidelser: **2 fund**, Rehabilitering: 0 fund, Screening: 0 fund. Søgt: sundhedsindsats: **2 fund** (heraf 1 fra 2014 valgt) - Temaside/Sundhedsstyrelsen: Ulighed i sundhed / "En af os": Fokus på ulige behandling af mennesker med psykisk sygdom i mødet med det somatiske sundhedsvæsen - <https://ulighed-i-sundhed.dk/>: **8 fund**

Tidsskriftet 'Uden for Nummer': <https://socialraadgiverne.dk/fag-og-debat/tidsskriftet-uden-for-nummer/> - Gennemset titler 2015 – nov. 2021, ingen valgt

VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (tidl. KORA/SFI): <https://vive.dk> - Publikationer gennemset 2015 – nov. 2021 - Emner: Sundhed / Det specialiserede voksenområde / Psykiatri / Hjemløshed. Søgt: Botilbud, bostøtte, valgt: **16 fund**

### **I alt i basen: 121 fund**

Der er desuden i afdækningen (inklusive desk-research) afsøgt følgende øvrige sider:

Diabetesforeningen: [www.diabetes.dk/](http://www.diabetes.dk/)

Hjerneskadeforeningen: <https://hjerneskadet.dk/> /

Hjerteforeningen: / <https://hjerteforeningen.dk/> /

Kræftens bekæmpelse: <https://www.cancer.dk/> /

Lungeforeningen: <https://www.lunge.dk/> /

Nyreforeningen: [www.nyre.dk](http://www.nyre.dk)

Komponent: [www.cok.dk](http://www.cok.dk)

Sikker psykiatri: [www.sikkerpsykiatri.dk](http://www.sikkerpsykiatri.dk)

Lev [www.lev.dk](http://www.lev.dk)

Udvalgte kommuners hjemmesider er desuden afsøgt.

## Bilag 3 Relevante referencer fra litteratursøgning

(VIVE Bibliotek, udskrift fra RefWorks database)

### References

- Arnth Nielsen, L., Meillier, L., Burau, V., & Væggemose, U. (2014). *Projektbeskrivelse: Sundere liv i socialpsykiatrien. partnerskabsgruppen for sundere liv i socialpsykiatrien*. Aarhus: CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland.
- Axelsen, M. G., & Kristensen, L. S. (2019). *Evaluering af omsorgscenter PitStop*. Aarhus: DEFACTUM.
- Benjaminsen, L., & Lauritzen, H. H. (2021). *Udsatte ældre borgere i hjemløshed: En kvalitativ undersøgelse af kompleksitet i udsathed samt muligheder og udfordringer i indsatserne*. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Binzer, K., & Hansen, M. S. (2018). Bedre sundhed og trivsel for sårbare borgere. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen*, 94(6), 26-37.
- Binzer, K., & Hansen, M. S. (2018). Systemet skal tilpasses sårbare borgere - ikke omvendt. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen*, 94(1), 4-15.
- Boesen, H. (2020). Rullende ambulatorium opsøger sårbare med diabetes. *Sygeplejersken*, 2020(13), 12.
- Broen til Bedre Sundhed. (2018). *Sammen om min vej - slutevaluering, april 2018*. Sorø: Region Sjælland.
- Brünés, N. (2018). Socialsygeplejersker giver øget lighed i adgang til sundhed. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen*, 94(1), 26-33.
- Danielsen, D. (2021). *Sundhed i den sociale udviklingsfond. Et aktionsforskningsprojekt*. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Danske Regioner (2020). *Regionernes arbejde for mere social lighed i sundhed*. København: Danske Regioner.
- Danske Regioner. (2018). *6 cases til inspiration for det videre arbejde med helhedsorienterede patientforløb*. København: Danske Regioner.
- Danske Regioner. (2021). *360 grader rundt om multisygdom*. København: Danske Regioner.

- Defactum. (2018). *Brugeroplevelser og organisering af strukturel forebyggelse i Socialpsykiatrien*. Retrieved 2. nov. 2021 from <https://www.defactum.dk/publikationer/showProject?projectId=1250&pageId=309986>
- Ersbøll, A. K., Kristensen, M. S., Tjørnhøj Thomsen, T., & Ahlmark, N. (2017). *Evaluering af Sociolancen*. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Flink, C. E., Kehlet, K. H., á Rogvi, S., & Gut, R. (2017). *Kortlægning af danske initiativer til inddragelse af socialt sårbare patienter*. Frederiksberg: Kompetencecenter for Patientoplevelser, Region Hovedstaden.
- Hannemann, N. (2019). *Sammen om min vej*. Retrieved 27. okt. 2021 from <https://vidensportal.dk/voksne/indsatser-til-borgere-med-svaere-psykiske-lidelser-og-komplekse-stottebehov/indsatser/sammen-om-min-vej>
- Hjelmar, U., Mikkelsen, A. R., & Pedersen, P. V. (2014). *Opsøgende sundhedsindsatser over for socialt udsatte borgere: En evaluering af indsatsen i fire kommuner*. København: KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Jensen, M. C. F., & Grønfelt, S. T. (2019). *Fokus på sundhed i socialpsykiatrien: Evaluering af indsatsen "Gå til lægen i tide"*. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Kjær, A. A., Kirkegaard, S., Grønfelt, S. T., & Olsen, L. (2020). *Kvalitet i bostøtte: Et litteraturstudie om kvalitet i bostøtte til mennesker med psykiske vanskeligheder i egen bolig*. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd & Socialstyrelsen.
- Kjellberg, J. (2020). OK-forhandlinger: Får udviklingshæmmede opsøgende sundhedstjek? Retrieved 27. okt. 2021 from: <https://kommunalsundhed.dk/ok-forhandlinger-faar-udviklingshaemmede-opsoegende-sundhedstjek/>
- Kølbæk, C. Ø., Andersson, A., & Korgaard, L. (2016). *Tværasektorielle teams gør en forskel for sårbare borgere og personale i Københavns Kommune*. Frederiksberg: Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, Region Hovedstaden.
- Laursen, A. M. F., Martinussen, J., & Bording, L. (2015). *Sundhedstjek 2011 - 2014*. Ørsted: Tangkær, Specialområde Socialpsykiatri Voksne.
- Nielsen, B. S. (2019). Tværfagligt samarbejde om tidlig opsporing af sygdom til gavn for sårbare borgere. *Social Udvikling*, 6(Dec./jan.), 33-37.
- Nielsen, R. B., Søndergård, G., Noti, D., Weibel, H. S., Lauritsen, B., Jensen, R. R., Pedersen, T. S., Santhirasegaram, S., Karlsen, C., & Wermuth, A. K. (2015). *Indflydelse på egen sundhed*. Viborg: CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling.

- Nordentoft, M., Krogh, J., Lange, P., & Moltke, A. (2015). *Psykisk sygdom og ændringer i livsstil*. København: Vidensråd for Forebyggelse.
- Nordentoft, M., Madsen, T. A., & Drivsholm, S. (Eds.). (2016). *Projekt CHANGE: Livsstilsændringer i praksis*. København: PsykiatriFonden.
- Pinborg, K. (2021a). *Årlige sundhedssamtaler hjælper borgere på botilbud til at ændre vaner*. Retrieved 3. nov. 2021: <https://kommunalsundhed.dk/aarlige-sundhedssamtaler-hjaelper-borgere-paa-botilbud-til-at-aendre-vaner/>
- Pinborg, K. (2021b). *Botilbud vil have bugt med med medicinfejl*. Retrieved 3. nov. 2021: <https://kommunalsundhed.dk/botilbud-vil-have-bugt-med-med-medicinfejl/>
- Pinborg, K. (2021c). *Tangkærs sundhedstjek*. Retrieved 3. nov. 2021 from <https://www.svo.rm.dk/botilbud/tangkar---socialpsykiatri/aktiviteter-og-tilbud/sundhedstjek/>
- Primdahl, R., & Sandø, N. (Eds.). (2014). *Struktur på sundheden: Inspiration til sundhedsindsatser til borgere med psykiske lidelser*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Psykiatriens Hus Silkeborg. (2019). *Liv i sundhed – en sundhedsfremmende indsats for psykisk sårbare borgere i Silkeborg kommune*. Silkeborg: Silkeborg Kommune.
- Rådet for Socialt Udsatte. (2020). *Lighed i sundhed – Rådet for Socialt Udsattes sundhedspolitiske forslag*. Retrieved 5. nov. 2021 from <https://www.udsatte.dk/publikationer/116/lighed-i-sundhed-raadet-for-socialt-udsattes-sundhedspolitiske-forslag>
- Region Sjælland. (2020). *Sammen om min vej*. Retrieved 27. okt. 2021 from <https://www.regionsjaelland.dk/Kampagner/broen-til-bedre-sundhed/broen-til-bedre-sundhed/Sider/default.aspx>
- Ryttov, O. (2018). Tværsektorielt samarbejde hjælper psykisk syge med misbrugsproblemer. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen*, 94(1), 16-25.
- Sandholt, M. (2020). *Livsstilscafé*. Retrieved 27. okt. 2021 from <https://vidensportal.dk/voksne/indsatser-til-borgere-med-svaere-psykiske-lidelser-og-komplekse-stottebehov/indsatser/livsstilscafeen>
- Sektion for Tværsektoriel Forskning. (2017). *Projektbeskrivelse: Opsporing og behandling af udvalgte somatiske kroniske sygdomme hos personer med svær psykisk sygdom - udvikling og afprøvning af en koordineret tværsektoriel og tværfaglig indsats*. Frederiksberg: Sektion for Tværsektoriel Forskning, Region H.
- Skovsgaard, K. (2020). *Et godt og sundt liv i socialpsykiatrien*. Retrieved 27. okt. 2021 from <https://vidensportal.dk/voksne/indsatser-til-borgere-med-svaere-psykiske-lidelser-og-komplekse-stottebehov/et-godt-og-sundt-liv-i-socialpsykiatrien>
- Socialstyrelsen. (2019). *Omkostningsvurdering af livsstilscafé*. Odense: Socialstyrelsen.

Socialt Udviklingscenter SUS, & Socialstyrelsen. (2021). *Faglige pejlemærker for kvalitet i bostøtten*. Odense: Socialstyrelsen.

Speyer, H. (2017). Overvægtige psykisk syge. Batter intervention? *iPraksis*, 4(4), 36-41.

Sundhedsstyrelsen. (2018). *Evaluering af navigatorprojekterne: Første delrapport af satspuljeprojektet: "Fremme af lighed i sundhed og sundhedsvæsenet"*. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen. (2019). *Tidlig opsporing af sygdom hos borgere med betydelige kognitive og psykiske funktionsevnedssættelser: Anden delrapport af satspuljeprojektet "Fremme af lighed i sundhed og sundhedsvæsenet"*. København: Sundhedsstyrelsen.

## Bilag 4 Bruttoliste over sundhedsindsatser

Samlet bruttoliste over sundhedsindsatser til målgrupper under SEL § 85, 99, 107, 108, 110 + ABL 105

**Til brug for udvælgelse i samarbejde med Socialstyrelsen**

### Brobygning og følgeordning

Note: Her er vi gået efter en indsats, som retter sig til borgeren, der hvor de bor, vi finder meget lidt i primærsektoren (som det fremgår, er brobyggerfunktionen tydeligere i det specialiserede sundhedsvæsen).

Type	Målgruppe SEL §	Udfører
*Sammen om min vej – indsats (kan også være indsats som led i samarbejdsmodel)	Psykisk sårbare	Region Sjælland/Guldborgsund og Lolland (følgeperson kommune, sygehus, psykiatri, praktiserende læge)
Brobyggerpsygeplejersker – arbejdsfunktion	Alle sårbare, særligt støtte ifm. Udskrivning	Region – fx Aalborg Sygehus
Socialsygeplejersker – arbejdsfunktion		Region
Gadesygeplejersker – arbejdsfunktion	12, 99	Kommune – fx Aarhus, Sønderborg (sammen om sundhed)
Navigatorkorpset	Mest udsatte, alle psykisk sårbare	Kommune (Ishøj, Kerteminde, Kolding)
ACT-modellen	Hjemløse	Kommuner
Social Sundhed – frivillig brobyggerordning med sundhedsstuderende	Bred gruppe af socialt udsatte	Frivillig NGO (sundhedsstuderende)

### Opsporing (evt. understøttelse af behandling)

Note: Her er vi gået efter opsporende teams/indsatser til botilbud i kommunalt regi. Der er en del fremskudte indsatser, men de har akutfunktion og er arbejdsfunktioner.

Type	SEL §	Udfører
Sammen om dit helbred (todelt: opsporing og behandling) – samarbejdsmodel	Alle personer med skizofreni, skizoaffektiv lidelse eller bipolar lidelse	Region H + praktiserende læge
Åreforkalkning (screening og behandling, opfølgning af sygeplejerske)	Alle patienter med skizofreni	Region Nordjylland, Aalborg Sygehus
*Fremskudt sundhedsindsats, opsøgende sundhedsteam	107, 108	Herning kommune
Fremskudt indsats – akutteam – arbejdsfunktion	110, 99, 85	Akutteam – fx Aarhus Kommune
Sociolancen (akut funktion)	110, 99	København
Diabetesbussen	107, 108, 85, 110	STENO, Region H, kører i Vordingborg, Guldborgsund og Lolland Kommuner



## Lægedækning/diagnosticering

Note: Generelt finder vi, at der er behov for lægedækning, særligt i forhold til hjemløse (egen læge er mere tydelig i botilbud). Vi har set efter botilbud med erfaring med lægesamarbejde, fx Tangkær.

Type	SEL §	Udfører
Fast sundhedspersonale – budgetforslag 2021	110, 107, 108	Region H
Sundhedstjekket (dette er vedtaget i overenskomstaftale)	107, 108, 85	Praktiserende læge (§107, 108 erfaringer fra Svendborg, Egedal, KBH botilbud) og (§85 erfaringer fra Roskilde Kommune)
Helbredstjek lokalt	107, 108	Randers botilbud <i>Tangkær</i> (erfaringer med sundhedstjek)
Sundhedsteam KBH	110 (herberg, væresteder, gaden)	Lægepraksis, projekt der ønsker at forankres i kommune
Stjernepatienter	Multisyge	Praktiserende læge – Lægefællesskabet Grenaa
Læge ansat i delt stilling mellem tilbud 110 og 107-108 på Frederiksberg	107, 108, 110	Botilbud og herberg delt/kommune

## Medicinering/understøttelse af behandling

Note: Vi finder, at der mangler understøttende indsatser til varetagelse af behandling af somatisk sygdom for hjemløse, §110 tilbud må ikke opbevare medicin, og der er få tilbud til hjemløse til hjælp til at varetage behandling. Vi har set efter indsatser/samarbejdsmodeller til både botilbud og til hjemløse. En del af indsatserne i denne gruppe kan også suppleres med indsatser med kompetenceudvikling og medicinpædagogik til personalegrupper (se længere nede).

Type	SEL §	Udfører
Sikker psykiatri	Psykiatriske centre/sundhedssystem	5 Regioner
Projekt Medicinsikre botilbud	107, 108	Region (10 deltager kommuner, fx Assens og Skive)
Tværasektorielle teams medicin-pædagogik – misbrug, god samarbejdsmodel	107, 108	Region H og KBH Kommune
Pitstop (+ Svalegangen, + KBH indsats Røde Kors)	110 og gaden	Røde Kors – Omsorgscenter der hjælper med behandling
Flexklinikken	Alle udsatte patienter (misbrug)	Region H (Bispebjerg Sygehus)

## Forebyggelse og recovery – fx KRAM

Note: Her er en del indsatser, som tidligere har modtaget satspuljemidler fra Sundhedsstyrelsen, fx modelprojekterne på SEL §110-området.

Type	SEL §	Udfører
Kostordning	107, 108	Botilbud Kløveengen (Ishøj)
Sundere liv i socialpsykiatrien	107, 108	Region Midt (Randers <i>Tangkær</i> , Syddjurs, Herning, Holstebro, Viborg)
8 Modelprojekter med sundhedsfremmende indsatser	110 (herberg og væresteder)	Erfaringer fra Aalborg, Herlev, Fredericia, Silkeborg, Langeland, Lolland, Odense, Randers (perron 4)
Projekt Change	Alle patienter med skizofreni	Region H
Indflydelse på egen sundhed	107, 108 udviklingshæmning	Kommune (Viborg, Morsø, Lemvig, Struer, Mariagerfjord)
Sundhed i den sociale udviklingsfond (fokus på kost, søvn, bevægelse)	107, 108	Frederiksberg botilbud BOAS
Din sundhed ved psykisk sygdom	Alle psykiatriske patienter	Frederiksberg sundhedscenter
Sundhedspakken – implementeringsværktøj/model fra sundhedsstyrelsen (ikke indsats)	107, 108, socialpsykiatriske centre	Botilbud eller kommune

### Kompetenceudvikling af personalegrupper

Type	SEL §	Udfører
Fokus på somatik i socialpsykiatrien	Alle (socialpsykiatri)	Region Sjælland
STENO centre kursus (vi peger på diabetesbussen i stedet for disse kurser)	Personale 107, 108, kommune	Steno
Tidlig opsporing	107, 108	Faaborg og Midt fyns Kommuner (SOSU-skole Fyn, apoteker, kommunens sygeplejersker)
Gå til lægen i tide → Tænk Somaticken med (nuværende form)	Personale på 85, 107, 108, ABL 105	Region Sjælland

## Bilag 5    Oversigt over 11 elementer i lovende praksis

Hovedkategorier og elementer, der kendetegner 'lovende praksis'

Hovedkategori	Element	Forklaring af elementet
Vidensgrundlag  <i>Elementer, som omhandler det teoretiske og videnskæssige udgangspunkt for den 'lovende praksis' og dens virkning.</i>	Teori og viden	Praksis er forankret i veldefineret teori og aktuelt bedste viden (Best practice).
	Virkning	Der er empiri, som peger i retning af, at praksis er positivt 'virksom' i forhold til en eller flere af de målsætninger, som er formuleret for praksis.
Koncept  <i>Elementer, som omhandler den måde, som praksis er funderet og forankret på.</i>	Beskrivelse	Praksis er velbeskrevet med angivelse af konkrete redskaber og adfærd.
	Mål	Praksis indeholder klare og relevante (individbaserede og/eller aggregerede) målsætninger for målgruppens progression og/eller velfærd.
	Overførbarhed	Praksis er overførbar på tværs af tilbud, der er målrettet tilsvarende målgrupper af borgere som den pågældende praksis.
	Økonomi	Praksis er forbundet med en vis grad af økonomisk rentabilitet.
Udfoldelse  <i>Elementer, som omhandler fagligheden og de fagprofessionelles kompetencer og dømmekraft, som understøttes<sup>1</sup> og bringes i spil af praksis.</i>	Faglig refleksion	Praksis understøtter en fælles professionel faglig refleksion.
	Relationelt samarbejde	Praksis understøtter, at medarbejderne har de professionelle relationskompetencer, der skal til for at indgå i et konstruktivt samspil med borgerne, kollegaerne samt andre fagprofessionelle – i eller på tværs af praksis.
	Individuel tilrettelæggelse	Praksis tager udgangspunkt i målgruppens specifikke behov og ressourcer – og involverer borgerne i praksis.
Tilpasning  <i>Elementer, som medvirker til at sikre løbende vurdering og justering af praksis, således at praksis vedbliver med at være virksom i forhold til målgruppen.</i>	Monitorering	Praksis omfatter en systematisk monitorering af målgruppens progression og/eller velfærd i forhold til de målsætninger (individbaserede og/eller aggregerede), som er opstillet for praksis.
	Opfølgning	Praksis omfatter løbende opfølgning og tilpasning af praksis.

Kilde: VIVE – Indkredsning af lovende praksis på det specialiserede socialområde, 2016

<sup>1</sup> Hermed anses organisatoriske forhold, som danner ramme for, at faglig refleksion og relationelt samarbejde kan finde sted.

**VIVÉ**

DET NATIONALE FORSKNINGS-  
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD