

# Karakteristik af borgere tilknyttet FACT i Midtklyngen



*Karakteristik af borgere tilknyttet FACT i Midtklyngen*

© VIVE og forfatterne, 2024

e-ISBN: 978-87-7582-303-1

Projekt: 301925

Finansiering: Novo Nordisk Fonden

**VIVE**

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 støtter FN's verdensmål og angiver her, hvilket eller hvilke verdensmål der knytter sig til publikationen.



## Forord

Svært psykisk syge borgere har komplekse sundhedsmæssige og sociale udfordringsbilleder. De har behov for behandling og indsatser fra mange sektorer og instanser, hvilket skaber udfordringer i et fragmenteret offentligt system. Flexible Assertive Community Treatment (FACT) er en koordinerende og integreret indsats, der forsøger at imødekomme behovet for koordination på tværs af sektorer. Midtklyngen har siden 2020 arbejdet med implementering af FACT. Denne rapport er en karakteristik af de borgere, der har været tilknyttet FACT fra 2020 til 2022. Karakteristikken skal være med til at informere det videre arbejde med implementeringen af FACT i Midtklyngen.

Rapporten er udarbejdet af analytiker Kathrine Vixø, studentermedhjælper Paul Lynggård Hansen og senioranalytiker Caroline Louise Westergaard.

Rapporten er en del af et forskningsprojekt hos Aarhus Universitet og Midtklyngen og er finansieret af Novo Nordisk Fonden. VIVE vil gerne rette stor tak til Aarhus Universitet, Region Midtjylland, Skive, Silkeborg og Viborg Kommune for et godt samarbejde med givtig sparring. Rapporten har været i eksternt og internt review, og vi takker begge reviewere for deres kommentarer og input.

*Sanne Schioldann Haase*

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed



# Indholdsfortegnelse

---

DEL 1 Afrapportering	6
----------------------	---

---

Hovedresultater	7
-----------------	---

---

1	Indledning	10
1.1	Baggrund	10
1.2	Formål	11
1.3	Metode	11
1.4	Læsevejledning	12

---

2	FACT: Et tværsektorielt og tværfagligt samarbejde	13
2.1	Udviklingen af FACT	13
2.2	Evidensen af FACT	15
2.3	FACT-modellen i dansk kontekst	16
2.4	FACT-teams i Midtklyngen	17
2.5	Målgruppen for FACT i Midtklyngen	19

---

3	Karakteristik af borgerne i FACT	22
3.1	FACT-borgernes demografiske og socioøkonomiske profil	23
3.2	FACT-borgernes sygdomsmønster	28
3.3	FACT-borgernes sociale udfordringer	42

---

4	Konklusion	45
---	------------	----

---

DEL 2 Dokumentation	47
---------------------	----

---

5	Data og metode	48
5.1	Population	48
5.2	Metode	48
5.3	Data	49

---

Litteratur	56
<hr/>	
Bilag 1 Tabeller til DEL 1	60



**DEL 1**

**Afrapportering**

# Hovedresultater

Svært psykisk syge borgere er mere udsatte og oplever en højere grad af komorbiditet, overdødelighed, skadeligt forbrug af rusmidler, hjemløshed og andre komplekse sociale udfordringer sammenlignet med den almene befolkning (Behandlingsrådet, 2023; Benjaminsen et al., 2018; Plana-Ripoll et al., 2019). Borgere med svær psykisk sygdom oplever ofte barrierer i kontakten til velfærdssystemet (Mik-Meyer, 2018). Dette skyldes de svært psykisk syge borgeres komplekse udfordringsbillede, der medfører et behov for indsatser og ydelser på tværs af sektorer og lovgivningsområder. I et fragmenteret system medvirker dette til koordineringsudfordringer (Benjaminsen et al., 2018; Mik-Meyer, 2018).

I de seneste år er der blevet udviklet og afprøvet flere koordinerende og integrerede indsatser, der har til formål at støtte tværgående indsatser og samarbejde om borgere med komplekse sundhedsmæssige og sociale udfordringer (Sundhedsstyrelsen, 2022). En af disse indsatser er Flexible Assertive Community Treatment (FACT), som Region Midtjylland, Skive, Silkeborg og Viborg Kommune (Midtklyngen) har arbejdet med siden 2020.

Formålet med denne rapport er at karakterisere de 51 borgere, der har været tilknyttet FACT i Midtklyngen. Karakteristikken skal informere det videre arbejde med FACT i Midtklyngen.

## **FACT-borgerne er enlige mænd i 30'erne uden erhvervskompetencegivende uddannelse**

75 % af borgerne tilknyttet FACT er mænd. Det er en forholdsvis ung gruppe borgere med en gennemsnitsalder på 36,3 år; 29 % er mellem 20-29 år, 35 % er mellem 30-39 år, og 36 % er over 40 år. 80 % af FACT-borgerne har aldrig været gift. 86 % af borgerne har ikke en erhvervskompetencegivende uddannelse.

### **Flexible Assertive Community Treatment (FACT)**

FACT er et tværsektorielt samarbejde mellem Skive, Silkeborg og Viborg Kommune og Regionspsykiatrien Midt. Det er en organiserings- og samarbejdsform, som består af et fast team (FACT-team) af fagpersoner fra både regionen og kommunerne. FACT-teamet er tværfagligt, arbejder med den psykiatriske behandling og de sociale indsatser og er kendetegnet ved at være fleksibelt, udgående og opsøgende.

### **FACT-borgernes beskæftigelsesgrad er faldende over tid, mens tildeling af førtidspensioner er stigende**

FACT-borgernes gennemsnitlige beskæftigelsesgrad for 2018 til 2022 er 6 %. Beskæftigelsesgraden er faldende frem til slutningen af 2022, hvor beskæftigelsesgraden er 1 %. Samtidig er der i slutningen af 2022 49 % af FACT-borgere, der er tildelt førtidspension – en stigning fra 22 % i 2018. Nationalt er der ligeledes en stigning i andelen af personer på førtidspension i samme periode, dog en mindre stigning end for FACT-borgerne (Danmarks Statistik, 2022).

### **FACT-borgerne har i gennemsnit 2-3 psykiatriske lidelser**

FACT-borgerne har i gennemsnit 2,2 psykiatriske lidelser, hvoraf den hyppigst forekomne er skizofreni – 61 % af borgerne har skizofreni. Den anden hyppigst forekomne psykiatriske lidelse er adfærdsforstyrrelser forårsaget af misbrug (45 %), og den tredje er ADHD (41 %).

I perioden 2018-2022 har borgere tilknyttet FACT i gennemsnit 16,7 årlige ambulante kontakter til den regionale psykiatri. Derudover har de i gennemsnit 50,8 psykiatriske sengedage. Der har over perioden 2018-2022 været en stigning i antallet af psykiatriske ambulante besøg. Dette kan være forårsaget af en forværring i deres sundhedstilstand eller en højere grad af imødekommelse af deres sundhedsmæssige behov.

Borgerne har ud over deres komplekse psykiatriske sygdomsbillede også flere somatiske lidelser, hvoraf de hyppigst forekomne er mave-tarm-sygdomme, som 24 % af borgerne lider af. Yderligere har FACT-borgerne i gennemsnit 2,8 årlige somatiske ambulante kontakter og 4,8 sengedage. Antallet af ambulante kontakter har været stigende over perioden 2018-2022. Dette kan ligesom for de psykiatriske kontakter både skyldes forværring af deres sundhedstilstand, eller at de i højere grad får den behandling, de har behov for.

### **FACT-borgerne kæmper med skadeligt brug af rusmidler og hjemløshed**

Mange af FACT-borgerne har dobbeltdiagnoser, hvilket betyder, at de samtidig med svær psykisk sygdom har et skadeligt brug af rusmidler. 20 % af FACT-borgerne har modtaget medicin for alkoholafhængighed, og 18 % har modtaget medicin mod opioidafhængighed i perioden 2018-2022.

Flere af borgerne tilknyttet FACT har udfordringer med at fastholde en bolig. 37 % af FACT-borgerne har været tilknyttet et forsorgshjem eller herberg med en gennemsnitlig varighed på næsten 3 måneder i perioden 2018-2022.



## Konklusion

Analysen viser, at FACT-indsatsen går til den tiltænkte målgruppe – en målgruppe, som det ofte er svært at fastholde i indsatser. Analysen viser desuden, at gruppen af FACT-borgere har oplevet en stigning i kontakten til sundheds-  
væsnet over perioden 2018-2022 samt en stigning i andelen af borgere på førtidspension. Det er på baggrund af indeværende rapport ikke muligt at konkludere, om disse udviklinger skyldes, at FACT-borgernes udfordringer i hø-

jere grad behandles (fx foranlediget af tilknytningen til FACT), eller om det skyldes en forværring i deres sundhedstilstand.

## Fakta om undersøgelsen

Undersøgelsen bygger på data fra nationale registre, data fra Viborg, Skive og Silkeborg Kommune samt data fra Region Midtjylland.

Der er identificeret 51 borgere på tværs af de tre kommuner. FACT-borgerne er identificeret retrospektivt, hvilket medfører en usikkerhed om, hvorvidt alle relevante borgere er inkluderet.

Data dækker som udgangspunkt perioden 2018-2022.

# 1 Indledning

## 1.1 Baggrund

Svært psykisk syge borgere har høj grad af komorbiditet og overdødelighed samt en lang række andre sociale udfordringer (Behandlingsrådet, 2023). De står oftere uden for arbejdsmarkedet, og de oplever i højere grad hjemløshed og misbrug (Benjaminsen et al., 2018). I gennemsnit har svært psykisk syge borgere 7 og 10 års lavere forventet levealder, for henholdsvis mænd og kvinder, sammenlignet med den generelle befolkning (Plana-Ripoll et al., 2019). Det er estimeret, at der i Danmark lever ca. 80.000 personer med svær psykisk sygdom (Benjaminsen et al., 2018). Af dem har ca. 50 % (39.000) et samtidigt misbrug (en såkaldt dobbeltdiagnose), og 11 % (9.000) både et misbrug og kompleksitet i form af hjemløshed, fængselsophold eller kronisk misbrugsrelateret somatisk sygdom (ibid.).

Borgere med svær psykisk sygdom og sociale udfordringer kan opleve flere barrierer i adgangen til sundhedsydelser. En af årsagerne er et komplekst og fragmenteret system med manglende koordinering (Benjaminsen et al., 2018; Sundhedsstyrelsen, 2022). Dette skyldes blandt andet sektorovergange, og at social- og sundhedsydelser er organiseret under forskellige lovgivninger. Borgere med behov for mange kontaktpunkter til det offentlige, grundet deres komplekse sygdomsbillede og sociale udfordringer, kan have svært ved at navigere i et sådant system. Begrebet *dobeltdiagnose* (samtidig svær psykisk sygdom og misbrugsproblemer) er et illustrativt eksempel på det fragmenterede system, da det i højere grad beskriver et opdelt behandlingssystem end borgernes egen oplevelse af deres livssituation (Mik-Meyer, 2018).

For at imødekomme disse udfordringer er der igennem de senere år blevet udviklet og implementeret flere integrerede og koordinerende indsatser (Sundhedsstyrelsen, 2022). En af disse indsatser er *Flexible Assertive Community Treatment* (FACT), der er udviklet i Holland og er en videreudvikling af *Assertive Community Treatment* (ACT). FACT er opbygget omkring koordinerende, tværsektorielle teams sammensat af sundheds- og fagprofessionelle (Van Veldhuizen & Bähler, 2013). Modellen har til formål at skabe bedre muligheder for rehabilitering og recovery for borgere med svær psykisk sygdom igennem en fleksibel helhedsorienteret indsats (Van Veldhuizen, 2007).

På nuværende tidspunkt er der oprettet FACT-teams i alle fem danske regioner. Ved udarbejdelsen af denne rapport eksisterer der dog kun tværsektorielle FACT-teams i Region Midtjylland samt i Silkeborg, Skive og Viborg Kom-

mune (Midtklyngen), der har arbejdet med FACT siden 2020. I de øvrige regioner består FACT-teamet udelukkende af medarbejdere fra regionspsykiatrien, og de samarbejder derfor ikke med de relevante kommuner i behandlingen af borgerne (Midtklyngens FACT-projektgruppe, 2023; Viborg Kommune, 2019).

## 1.2 Formål

Denne rapport har til formål at give en kort introduktion til FACT, beskrive hvordan FACT udmønter sig i Midtklyngen og undersøge, hvad der karakteriserer de borgere, der har været tilknyttet FACT i Midtklyngen. Karakteristikken skal bruges i det videre arbejde med FACT i Midtklyngen.

## 1.3 Metode

Denne rapport baserer sig på dataudtræk fra Silkeborg, Skive og Viborg Kommune og fra Region Midtjylland samt diverse nationale registre. Der er benyttet simpel deskriptiv statistik i form af gennemsnit og fordelinger. Der har været fokus på borgernes kontakt til det kommunale og regionale sundhedsvæsen samt det kommunale social- og ældreområde i den udstrækning, data har været tilgængelige.

### Boks 1.1 Population

Analyserne i denne rapport baserer sig på 51 borgere. Borgerne er identificeret af de tre kommuner, Silkeborg, Skive og Viborg, som har været tilknyttet FACT i hele eller dele af perioden 2020-2022.

Kommune	Silkeborg	Skive	Viborg
Antal borgere	19	16	16

Se rapportens Kapitel 5 for en mere detaljeret beskrivelse af datagrundlag og anvendte metoder.

Grundet den lille og heterogene population er det ofte nødvendigt at behandle alle 5 år samlet grundet diskretioneringshensyn. Diskretioneringshensynet forudsætter, at der ikke rapporteres på beregninger foretaget på færre end tre individer.

## **1.4 Læsevejledning**

Kapitel 2 giver en beskrivelse af FACT, og hvilke principper FACT bygger på. Derudover redegør kapitlet for FACTs implementering i de tre kommuner i Midtklyngen.

I Kapitel 3 karakteriseres borgerne, der har været og stadig er i et FACT-forløb mellem 2020 og 2022. Først karakteriseres borgernes demografiske og socio-økonomiske profil, herefter deres sygdomsmønstre og kontakt til sundhedsvæsenet og til slut deres sociale udfordringer og brug af ydelser under serviceloven.

I Kapitel 4 følger konklusionen.

Kapitel 5 i DEL 2 afdækker rapportens datagrundlag samt metode.

## 2 FACT: Et tværsektorielt og tværfagligt samarbejde

I dette kapitel gives en kort introduktion til FACT, og hvordan Midtklyngen arbejder med FACT. Denne rapport er ikke tiltænkt som en metoderapport, og der gives derfor i dette afsnit kun en overordnet introduktion til FACT.

### 2.1 Udviklingen af FACT

Flexible Assertive Community Treatment (FACT) er en integreret og koordinerende model målrettet svært psykisk syge borgere. FACT er en videreudvikling af *Assertive Community Treatment* (ACT), der blev introduceret i USA efter

#### Tværfagligt og tværsektorielt

Et **tværfagligt** FACT-team er sammensat af medarbejdere med forskellige fagligheder og kompetencer. De forskellige fagligheder består af psykiatere, sygeplejersker, psykologer, misbrugsbehandlere, socialrådgivere, beskæftigelseskonsulenter, peer-støttemedarbejdere og bostøttemedarbejdere. Et **tværsektorielt** team samarbejder på tværs af sektorer eller institutioner. I en dansk FACT-kontekst refererer det tværsektorielle samarbejde til samarbejdet mellem region og kommune.

en afinstitutionisering af psykiatrien i 1970'erne af Arnold Marx, Mary Ann Test og Leonard Stein (Stein & Test, 1980; Van Veldhuizen & Bähler, 2013). ACT-modellen har til formål at støtte borgere med psykiske udfordringer i deres lokalsamfund (community) og derved undgå vedvarende psykiatriske genindlæggelser (Stein & Test, 1980). ACT-metoden er bredt anerkendt som evidensbaseret og benyttes i lande som USA, Australien, Canada og flere europæiske lande, herunder Holland, England, Norge og Danmark (Trane et al., 2021; Van Veldhuizen & Bähler, 2013).

I 2000'erne blev ACT-modellen videreudviklet i Holland (og i en hollandsk kontekst) under navnet Flexible ACT (FACT) af J. Remmers Van Veldhuizen og Michiel Bähler (Van Veldhuizen & Bähler, 2013). FACT bygger på samme fundament som ACT med en integreret og helhedsorienteret indsats leveret af et tværfagligt og tværsektorielt team tæt på borgeren. FACT giver i tillæg mulighed for større fleksibilitet og kontinuitet i perioder med mindre behov for støtte og behandling hos borgeren (Nielsen et al., 2021; Van Veldhuizen & Bähler, 2013). FACT har igennem de senere år vundet indpas, og der er etableret FACT-teams i blandt andet Norge, Belgien, Danmark, Sverige, Irland og Canada foruden Holland (CCAF, n.d.).

FACT er en biopsykosocial model, der bygger på en helhedsorienteret indsats til borgere med svær psykisk sygdom (Van Veldhuizen & Bähler, 2013). Bio-psykosociale modeller inkorporerer både medicinske, sociale og psykologiske aspekter af en sygdom. Modellen skal ifølge Van Veldhuizen og Bähler:

- understøtte håndtering af sygdom og symptomer (behandling)
- give vejledning og praktisk hjælp til dagligdagen
- støtte rehabilitering<sup>1</sup>
- være recovery-understøttende<sup>2</sup>.

Alt dette skal ske tæt på borgeren, fx i eget hjem og med fokus på borgerens individuelle behov og ønsker (Nielsen et al., 2021; Van Veldhuizen & Bähler, 2013). Indsatsen varetages af et integreret, tværfagligt team bestående af psykiatere, sygeplejersker, psykologer, misbrugsbehandlere, socialrådgivere, beskæftigelseskonsulenter, peer-støttemedarbejdere og bostøttemedarbejdere. FACT-teamet har til formål at sikre kontinuitet i plejen, og derigennem forebygge psykiatriske indlæggelser samt at stimulere inklusion, så borgerne kan deltage succesfuldt i samfundet (Van Veldhuizen & Bähler, 2013). Dette sker igennem støtte til alt fra sygdomshåndtering, bolig og økonomi. Indsatsen er ikke tidsbegrænset, men intensiteten af indsatsen kan i stedet op- og nedjusteres afhængig af borgerens behov på forskellige tidspunkter (Nielsen et al., 2020; Van Veldhuizen & Bähler, 2013). Teamet har mulighed for at skifte mellem de to niveauer af indsats afhængig af den nødvendige intensitet påkrævet af borgeren. Hvis en borger for eksempel oplever en forværring og er i risiko for indlæggelse, kan indsatsen intensiveres ved, at borgeren overgår til fælles sagsbehandling af hele teamet. Når borgeren på et tidspunkt oplever forbedring, er det muligt at nedskalere og atter lade borgeren overgå til individuel sagsbehandling (Van Veldhuizen & Bähler, 2013). Det er heri "fleksibiliteten" ligger. Hvis teamet ikke har denne fleksibilitet og dermed ikke har justeringsmuligheder i forhold til intensiteten i indsatsen, kan det medføre, at borgeren må overgå til en anden indsats og et andet team ved lav-intensitetsperioder. Muligheden for inden for samme team at op- og nedjustere intensiteten af indsatsen sikrer kontinuitet for borgeren og reducerer frafald.

---

<sup>1</sup> Rehabilitering i FACT tager udgangspunkt i facilitering af social og funktionel inklusion i relation til fx bolig og arbejde. Se (Van Veldhuizen & Bähler, 2013) for yderligere uddybning af rehabilitering i en FACT-setting.

<sup>2</sup> Recovery i FACT har fokus på borgerens egen præmis og herunder at styrke borgerens autonomi og færdigheder. Se (Van Veldhuizen & Bähler, 2013) for yderligere uddybning af rehabilitering i en FACT-setting.

## 2.2 Evidensen af FACT

På det psykiatriske område er ACT bredt anerkendt, og megen evidens har dokumenteret, at ACT medvirker til færre genindlæggelser, højere subjektiv livskvalitet og mere stabil boligsituation (Bond et al., 2001; Marshall & Lockwood, 2000; Thoegersen et al., 2019; Van Veldhuizen & Bähler, 2013).

Der findes i mindre grad evidens for effekten af FACT-modellen. Nogle studier indikerer dog, at FACT har de samme effekter som ACT. I et studie fra Danmark viser Nielsen et al. (2020), at borgere i et FACT-forløb har flere ambulante kontakter og færre indlæggelser, når man sammenligner med borgere tilknyttet ACT-forløb eller Community Mental Health Teams (CMHTs) (Nielsen et al., 2020). Dog er den FACT-model, der evalueres i Region Hovedstaden, ikke sammenlignelig med Midtklyngens, da den kun opererer inden for den regionale psykiatri.

De fleste studier, som undersøger effekterne af FACT, er hollandske, eftersom det var her, FACT-modellen først blev indført. Nugter et al. (2016) undersøger FACT i Holland og finder et fald i antal indlæggelser samt indlæggelsesdage (dog er analysen lavet uden en kontrolgruppe) (Nugter et al., 2016). Andre resultater fra Holland viser positive effekter for borgerne, bl.a. ved forbedret helbred, hvis de modtog tilstrækkelig støtte til håndtering af psykotiske symptomer (Drukker et al., 2008). Det findes også, at borgerne i FACT har flere ambulante konsultationer og scorer lavere på HoNOS-skalaen<sup>3</sup>, hvilket betyder, at deres mentale helbred er bedre (Drukker et al., 2013).

I England finder Firn et al. (2013) tilsvarende Nugter et al. færre antal indlæggelser samt indlæggelsesdage i et mirror-image-studie over 12 måneders før-og-efter-måling (hvor individer agerer egen kontrolgruppe, og derved sammenlignes resultaterne i en "spejlbillede"-undersøgelse) (Firn et al., 2013). Senere finder Firn et al. (2018) langvarige effekter, hvor borgerne har signifikant færre indlæggelser og sengedage i de 4 efterfølgende år sammenlignet med baseline-året, dog er der en signifikant stigning i de aftaler, som er en del af FACT-indsatsen (Firn et al., 2018).

I Sverige finder Lexén og Svensson (2016) igennem et kvalitativt interviewbaseret studie, at der er større arbejdsglæde og mindre stress blandt medarbejderne, som arbejder i FACT-teams (Lexén & Svensson, 2016). Modsat de tidligere studier finder Svensson et al. (2018) dog, at antallet af indlæggelser er stigende blandt borgerne i FACT, og ligeledes finder de en stigning i ambulante konsultationer. Svensson et al. (2018) finder også, at FACT har en positiv

---

<sup>3</sup> HoNOS (Health of Nation Outcome Scales) vurderingsskalaen er et værktøj, der anvendes til at identificere de udfordringer, der har ført en person til at søge hjælp inden for det psykiatriske behandlingssystem. Desuden evalueres det, om der er sket fremskridt eller forbedringer i disse udfordringer i løbet af behandlingsforløbet (Kaspersen, n.d.).

indflydelse på borgernes hverdag, da de fungerer bedre med praktiske opgaver og socialt (Svensson et al., 2018).

Overordnet set tyder evalueringerne af FACT på, at der er positive resultater for både borgerne, som er i et FACT-forløb, FACT-teamet og sundhedsvæsenet. Det er særligt de færre indlæggelser og indlæggelsesdage, som er positivt for både borgere og systemet. Resultater fra tidligere forskning tyder på, at de ambulante kontakter er tilsvarende stigende med faldet i indlæggelser.

## 2.3 FACT-modellen i dansk kontekst

I Sundhedsaftalen fra 2019 mellem Region Midtjylland, de 19 midtjyske kommuner i Region Midtjylland og PLO Midtjylland blev aftaleparterne enige om 'den nære psykiatri' som et af deres tre fokusområder for 2019-2023 (Region Midtjylland, De 19 midtjyske kommuner, & PLO-Midtjylland, 2019). Et af initiativerne under 'den nære psykiatri' har fokus på de mest udsatte borgere, herunder voksne med svær psykisk sygdom (Alliancen om den nære psykiatri, 2019). Initiativet blev forankret hos blandt andet Midtklyngen. Med initiativet var der et ønske om at forbedre det tværsektorielle samarbejde på tværs af kommuner og region igennem tværsektorielle teams (Viborg Kommune, 2019). Midtklyngen indgik et samarbejde med den hollandske organisation *Certification Centre for ACT and Flexible ACT* (CCAF) om at udarbejde en modificeret udgave af FACT tilpasset en dansk kontekst målrettet svært psykisk syge borgere, der ikke er tilknyttet et bosted (Alliancen om den nære psykiatri, n.d.). Projektet blev finansieret af EU-Kommissionens støtteprogram for strukturreformer (ibid.).

I den første fase af arbejdet med FACT er der ikke foretaget en fuld implementering af FACT-modellen i Midtklyngen (Westen et al., 2021; Midtklyngens FACT-projektgruppe, 2023). Midtklyngens indledende arbejde med FACT bygger på det, som de selv kalder *borgercentreret koordineret indsats* (3CP – client-centered coordination platform), der er en mindre omfangsrig udgave af FACT og er udarbejdet af CCAF (Region Midtjylland, 2023; Westen et al., 2021). 3CP bygger på de samme elementer som den oprindelige hollandske udgave af FACT ved at være fleksibel via op- og nedskalering af intensiteten i arbejdet med borgeren, individuelt tilpasset den enkelte borgers behov, være recovery-orienteret, integreret med mange forskellige fagligheder og opsøgende. 3CP er dog mere fleksibel i sine krav til teamet, og hvor meget teamet arbejder med FACT (Region Midtjylland, 2020b; Westen et al., 2021). FACT-teamet har ikke, i modsætning til den oprindelige model, været allokert fuld tid til FACT og de borgere, der er visiteret til FACT, og de har kun mødt en gang om ugen. Desuden er der i hver af de tre kommuner ikke visiteret tilstrækkeligt med borgere svarende til den oprindelige model, hvor hvert team har op mod 250 borgere tilknyttet.



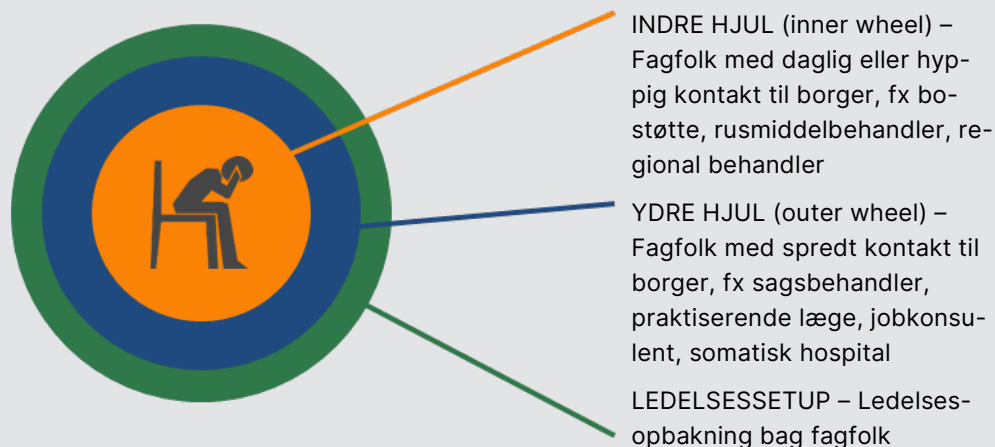
Der arbejdes fortsat videre med implementeringen af FACT i Midtklyngen. FACT er blevet en del af sundhedsaftalen for 2024-2027, og det er planen, at FACT-teamsene i Silkeborg og Viborg i 2024 bliver selvstyrede teams med egen ledelse (Midtklyngens FACT-projektgruppe, 2023).

## 2.4 FACT-teams i Midtklyngen

Teamet af fagprofessionelle i region Midtjylland er organiseret i et hjul på tre niveauer af fagfolk som vist i Figur 2.1 (Region Midtjylland, 2020b; Westen et al., 2021). Organiseringen består af et indre hjul (inner wheel), hvor fagfolk med daglig kontakt til borgerne befinder sig. Det kan fx være bostøttemedarbejdere, rusmiddelbehandlere eller regionale behandlere. Det andet niveau i organiseringen af teamet er det ydre hjul (outer wheel), som består af fagfolk med spredt kontakt til borgerne. Det kan fx være sagsbehandlere, praktiserende læger eller jobkonsulenter. Det sidste niveau er et ledelsessetup, der sørger for den ledelsesmæssige opbakning til fagfolkene i det indre og ydre hjul (Westen et al., 2021).

Fagfolkene i det indre hjul er ansvarlige for at planlægge og udføre den samlede indsats til borgeren. Planlægningen foregår sammen med borgeren og med udgangspunkt i borgerens mål, hvis dette er muligt (Region Midtjylland, 2020b). Det indre hjul er et driftsteam, der arbejder med fælles målsætninger, hvor der er fokus på borgerens mål og borgerens netværk. De har mulighed for at arbejde med parallelle indsatser, som kan skrues op og ned. Teamet i det indre hjul har ugentligt koordinerende møder på tværs af forløb. Fagfolkene i det ydre hjul deltager i det omfang, det er relevant, i de enkelte forløb (Region Midtjylland, 2020a). Det er altid fagfolk i det indre hjul, der vælger at involvere ekspertise fra fagfolk i det ydre hjul, hvis de finder det nødvendigt. Møderne kan foregå face-to-face eller som videomøder og bliver organiseret, så de kan være en del af den daglige drift. Ledelsesniveauet skal sikre fremdriften i samarbejdet mellem det indre og ydre hjul (Region Midtjylland, 2020b).

**Figur 2.1    Organisering af FACT I Midtklyngen**



Kilde: Figuren er udarbejdet af Region Midtjylland, Region Midtjylland, 2020.

Tabel 2.1 viser, hvilke fagfolk der indgår i de tre kommuners FACT-teams pr. 2022. Der er på tværs af de tre kommuner relativt stort overlap mellem FACT-teamsene i Skive og Viborg, dog med forskellig fordeling af de kommunale og regionale medarbejdere. Silkeborg har det største team med flest forskellige fagligheder. Dette skyldes, at Silkeborg bygger FACT på et allerede etableret tværsektorielt samarbejde mellem kommunen og regionen (Mejsner et al., 2023).

**Tabel 2.1 FACT-team i de tre kommuner**

	<b>FACT-team</b>	<b>Mødested/placering</b>
<i>Skive</i>	<u>Regionen</u> 3 sygeplejersker 1 mellemlider <u>Kommunen</u> 9 opsøgende bostøttemedarbejdere 1 socialrådgiver	<u>Kommunen</u> Center for psykiatri og rusmiddel
<i>Silkeborg</i>	<u>Regionen</u> 5 sygeplejersker 2 læger 2 sekretærer 2 mellemlidere <u>Kommunen</u> 4 opsøgende bostøttemedarbejdere 3 misbrugsrådgivere 2 sekretærer 3 mellemlidere 1 udviklingsmedarbejder	<u>Regionen/kommunen</u> Psykiatriens Hus
<i>Viborg</i>	<u>Regionen</u> 8 sygeplejersker 1 mellemlider <u>Kommunen</u> 4 opsøgende bostøttemedarbejdere 1 mellemlider	<u>Kommunen</u> Rusmiddelcenter Viborg og Forsorgscenter Viborg

Kilde: (Mejsner et al., 2023).

## 2.5 Målgruppen for FACT i Midtklyngen

FACT-indsatsen er målrettet de mest udsatte af de svært psykisk syge borgere bosat i Midtklyngen. Det er borgere, der ikke er tilknyttet et fast bosted, men som kæmper med psykisk sygdom, somatisk sygdom, komplekse sociale problemstillinger som hjemløshed, økonomisk kaos og svære familiære relationer samt selvskadende adfærd fx i form af skadeligt brug af stoffer (Region Midtjylland, 2020). Indsatsen er for nuværende det mest intensive tilbud til borgere, der ikke er tilknyttet faste botilbud.

Det er borgere, som typisk ikke selv søger hjælp og har svært ved at fastholde tilknytning til eksisterende tilbud (ibid.). Alt dette medvirker til, at borgerne har mange kontaktpunkter i det offentlige system, og at de trækker mange ressourcer, da fastholdelse af borgerne i deres behandling og indsatser kræver hyppig og direkte kontakt mellem borgere og fagfolk samt fagfolk imellem (ibid.). Fælles for målgruppen er, at der er tale om borgere, der som følge af deres komplekse problembillede vurderes til at have behov for en fleksibel og helhedsorienteret indsats (ibid.).

## Boks 2.1 Karakteristika ved borgerne i FACT

FACT er borgerforløb med høj kompleksitet, hvor borgerne er karakteriseret ved flere af følgende:

- Har en svær og/eller kompleks sindslidelse
- Er svær at hjælpe med de gængse indsatser
- Har lav behandlingsvillighed
- Har få ressourcer
- Har sparsom sygdomsindsigt
- Har problemskabende adfærd fx udadreagerende eller selvskadende
- Har ofte et misbrug
- Har svære familiære forhold fx mistet kontakt med pårørende eller har ressourcefattige pårørende
- Hjemløshed
- Økonomisk kaos
- Somatisk sygdom.

(Region Midtjylland, 2020)

Borgere kan visiteres til FACT, hvis de opfylder to kriterier (Region Midtjylland, 2020):

1. Borgere, som har behov for hjælp fra både den kommunale socialpsykiatri og regionspsykiatrien.
2. Borgere, som i forvejen er visiteret til kommunale tilbud (jf. funktionsbeskrivelse/VUM (voksenudredningsmetoden), eller hvor det er åbenlyst, at der skal laves en VUM).

Visitation foretages af to ledere i hver kommune (en regional og en kommunal repræsentant). Anvisning til visitation af borgere til FACT sker via bostøtte-medarbejdere og andre fagprofessionelle, som vurderer, at borgerne kunne have gavn af FACT (Midtklyngens FACT-projektgruppe, 2023). Visitationsprocessen er kort og baseres på individuelle vurderinger. Indtil videre har alle borgere anvist til FACT fået tildelt FACT. Tilknytning til FACT er ikke tidsbe-

stemt og forløber, indtil borgeren flytter fra kommunen, indskrives i et botilbud, overgår til det retspsykiatriske system, til det vurderes, at borgeren har oplevet permanent og markant forbedring, eller til borgeren ikke længere selv ønsker at være en del af FACT.

Det komplekse udfordringsbillede vil blive karakteriseret i det følgende kapitel. Karakteristikken beskriver, hvilke kontaktpunkter borgere tilknyttet FACT har i regionen, praksissektoren og kommunen i relation til psykiatrisk og somatisk sygdom, rusmiddelbehandling, hjemløshed og socialpædagogisk støtte.

# 3 Karakteristik af borgerne i FACT

I dette kapitel karakteriseres borgerne tilknyttet FACT. Analysen er foretaget på baggrund af data leveret fra de tre kommuner, Region Midtjylland og de nationale registre. Analysen dækker demografiske karakteristika, uddannelse, arbejdsmarkedstilknytning, sygdomskarakteristik, kontakt til alle dele af sundhedsvæsenet og brug af velfærdsydelser under serviceloven.

Karakteristikken har til formål at oplyse det videre arbejde med FACT i Midtklyngen igennem bedre kendskab til de inkluderede borgers sygdoms- og kontaktmønstre i et makroperspektiv på tværs af alle tre kommuner. At kende kontaktmønstrene gør det muligt bedre at forstå, hvilke typer af borgere der inkluderes i FACT, og dermed tilrettelægge indsatser, der er tilpasset borgerne. Medarbejdere i kommunen kan kontekstualisere resultaterne i rapporten yderligere igennem deres kendskab til og arbejde med borgerne.

Populationen består af de 51 individer, kommunerne har identificeret som værende modtagere af FACT. Der er 19 borgere i Silkeborg, 16 borgere i Skive og 16 borgere i Viborg Kommune. De første borgere blev tilknyttet indsatsen i 2020, og løbende igennem 2021 og 2022 er flere borgere blevet visiteret til FACT i de tre kommuner. Kommunerne har ikke holdt oversigter over, hvilke borgere der har været visiteret til FACT, og hvornår de er blevet visiteret. Borgere er derfor identificeret retrospektivt, hvilket har medvirket til usikkerhed i forhold til, om alle borgere er identificeret, i forhold til tidspunktet for visitationen og tidspunkt for evt. afbrydelse i modtagelsen af FACT. Det har af disse grunde ikke været muligt at lave effekt- eller tidsserieanalyser, der fx beskriver psykiatriske indlæggelser før og efter visitation til FACT.

Opgørelserne over modtagelse af offentlige ydelser, kontakt til sundhedsvæsenet samt diagnoser er baseret på årlige gennemsnit for perioden 2018-2022. Da borgernes tilknytning til FACT er sket løbende i perioden 2020-2022, og der er inkluderet meget få borgere, har det været nødvendigt at benytte data over en 5-årig periode for at sikre diskretioneringshensyn<sup>4</sup>. Diskretioneringshensyn har også umuliggjort en sammenligning på tværs af kommuner.

Hvor det er muligt, vil borgerne i FACT blive sammenlignet med den fulde population af borgere med svær psykisk sygdom, misbrug og kompleksitet<sup>5</sup>, som

---

<sup>4</sup> Diskretioneringshensynet forudsætter, at der ikke rapporteres på beregninger foretaget på færre end tre observationer.

<sup>5</sup> I *Socialt udsatte borgers brug af velfærdssystemet* kategoriseres de som personer med svær psykisk sygdom og misbrug (gruppe 6) og personer med svær psykisk sygdom, misbrug og kompleksitet (gruppe 8), hvor kompleksitet er defineret som hjemløshed, ubetinget fængselsstraf eller misbrugsrelateret somatisk lidelse (Benjaminsen et al., 2018). Ved sammenligning i indeværende rapport er gruppe 6 og 8 lagt sammen.

identificeret af Benjaminsen et al. (2018) i *Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet*. Sammenligningen skal være med til at informere, hvordan borgerne i FACT adskiller sig fra den fulde population af borgere, der kunne være i målgruppen for FACT. Det har ikke været muligt at sammenligne med en kontrolgruppe fra den almene befolkning grundet begrænset adgang til data.

Kapitlet er struktureret som følger: Først bliver FACT-borgernes demografiske og socioøkonomiske profil gennemgået herunder deres kontakt til arbejdsmarkedet, dernæst bliver deres psykiatriske og somatiske sygdomsmønstre og kontakt til sundhedsvæsenet gennemgået, herefter borgernes brug af rusmiddelbehandling og til slut deres udfordringer med hjemløshed og bolig samt deres brug af socialpædagogisk støtte.

### **3.1 FACT-borgernes demografiske og socioøkonomiske profil**

FACT-borgernes demografiske og socioøkonomiske karakteristika er opgjort for 2022 og er vist i Tabel 3.1. Størstedelen af borgerne tilknyttet FACT er mænd (75 %). Gennemsnitsalderen er 36,3 år, og 64 % er under 40 år. Borgerne visiteret til FACT i Midtklyngen er dermed flere mænd og markant yngre end den samlede population af svært psykisk syge borgere med misbrug eller misbrug og kompleksitet<sup>6</sup> identificeret af Benjaminsen et al. (2018). Her er kun 63 % mænd, og 45 % af borgerne er under 40 år.

Flertallet af borgerne tilknyttet FACT er ugifte (80 %). Kun 10 % er gift.

Borgerne i FACT har et relativt lavt uddannelsesniveau, hvor 14 % aldrig har fuldført grundskolen, og 65 % har grundskolen som deres højest fuldførte uddannelse. Ingen af borgerne, der modtager FACT, har en videregående uddannelse. Denne fordeling stemmer overens med andelen fundet af Benjaminsen et al. (2018) blandt psykisk syge med misbrug eller misbrug og kompleksitet. Der er dog en lille gruppe blandt borgerne i analysen af Benjaminsen et al. (2018), som har en videregående uddannelse, og kun 4 % af borgerne har ingen uddannelse sammenlignet med 14 % blandt FACT-borgerne.

---

<sup>6</sup> Kompleksitet er defineret som hjemløshed, ubetinget fængselsstraf eller misbrugsrelateret somatisk lidelse (Benjaminsen et al., 2018).

**Tabel 3.1 FACT-borgernes demografiske og socioøkonomiske karakteristika pr. 2022**

	Borgere i FACT		Borgere med svært psykisk sygdom samt misbrug eller misbrug og kompleksitet*
	Antal	Pct.	Pct.
<i>Køn</i>			
Mænd	38	75	67
Kvinder	13	25	33
<i>Alder</i>			
20-29 år	15	29	45
30-39 år	18	35	
40-49 år	12	24	55
50 år og derover	6	12	
Gennemsnitsalder	36,3 år		
<i>Civilstatus</i>			
Gift	5	10	22
Skilt	5	10	78
Ugift	41	80	
<i>Uddannelsesniveau</i>			
Ingen uddannelse	7	14	4
Grundskoleuddannelse	33	65	70
Gymnasial/erhvervsuddannelse	11	22	23
Videregående uddannelse	0	0	3

Anm.: N = 51.

Kilde: Civilstatus og uddannelsesstatus: BEF - Befolkningen, 2022 & køn og alder: Kommunale data, 2023, omregnet til værdier svarende til 2022. \*Benjaminsen et al. (2018).

### 3.1.1 Halvdelen af FACT-borgerne modtager førtidspension

Der er en meget lav grad af beskæftigelse blandt borgerne tilknyttet FACT. 55 % af borgerne visiteret til FACT har ingen registreret beskæftigelse i hele perioden fra 2018-2022 (Bilagstabel 1.1).

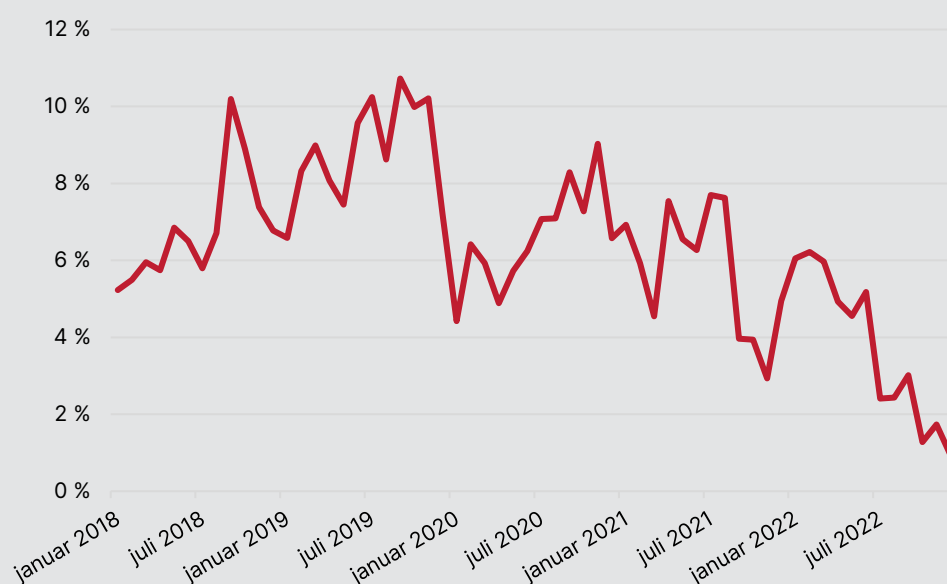
Figur 3.1 angiver den månedlige beskæftigelsesgrad<sup>7</sup> blandt FACT-borgerne fra 2018-2022. Den gennemsnitlige beskæftigelsesgrad for hele perioden er 6 %. Udviklingen er svingende med en stigende tendens i beskæftigelsesgraden frem til 2020, hvorefter beskæftigelsesgraden er faldende frem til slutningen af 2022, hvor beskæftigelsesgraden er på 1 %. Den faldende beskæftigelse er mest markant i perioden fra ultimo 2019 til primo 2020. Grundet det lave antal observationer, analysen er foretaget på baggrund af, kan en større ændring i få borgeres beskæftigelsesgrad påvirke gennemsnittet markant. De

<sup>7</sup> Beskæftigelsesgrad angiver andelen af registrerede beskæftigede timer ud af en fuldtidsbeskæftigelse på 160,33 timer pr. måned svarende til 37 timer pr. uge.



store udsving og den meget lave beskæftigelsesgrad viser, at meget få er i beskæftigelse, og at beskæftigelsesstatussen er meget omskiftelig for den enkelte person fra måned til måned. Der kan på baggrund af denne figur ikke laves en kobling mellem borgernes tilknytning til FACT og ændringer i beskæftigelsesgraden.

**Figur 3.1 Månedlig beskæftigelsesgrad for alle FACT-borgere, gennemsnit 2018-2022**



Anm.: N = 51.

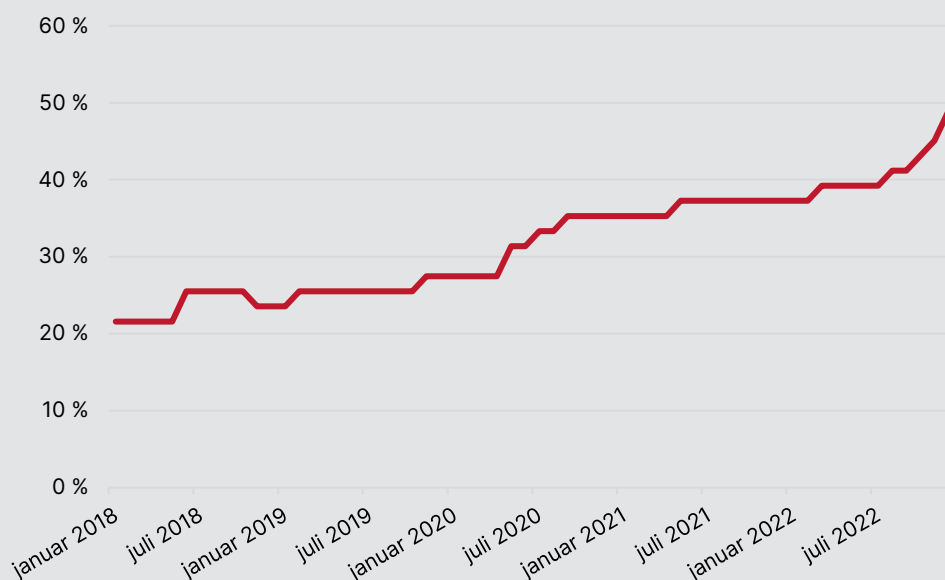
Beskæftigelsesgrad udregnet som arbejdstimer delt med en normal arbejdstid på 37 timer om ugen. De første borgere blev visiteret til FACT i starten af 2020.

Kilde: DREAM - Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM, 2018-2022.

Figur 3.2 angiver andelen af FACT-borgere, der er tildelt førtidspension. I januar 2018 modtog 22 % af borgerne førtidspension, hvor det ved udgangen af 2022 var 49 %. Der har dermed været over en fordobling i andelen af borgere på førtidspension over den 5-årige periode. Det er igen ikke muligt at lave en kobling mellem borgernes tilknytning til FACT og tildelingen af førtidspension. Stigningen i andelen af borgere på førtidspension er dog mest markant i årene efter opstarten af FACT i starten af 2020, hvilket kunne indikere, at FACT har sikret nogle borgere bedre mulighed for en permanent beskæftigelsesløsning. Stigningen kan dog også skyldes en forværring i sygdomsbilledet blandt borgerne eller en ændring i praksis i tildeling af førtidspension. Nationalt ses der også en stigning af andelen af førtidspensionister i samme periode (Danmarks Statistik, 2021, 2023). Stigningen er dog mindre nationalt (i aldersgrupperne

tilsvarende FACT-borgernes alder), end den har været for FACT-borgerne. Grundet den nationale stigning kan det også være udfordrende at sammenligne med Benjaminsen et al. (2018), da deres opgørelse er baseret på tal fra 2022. I deres opgørelse er der også markant færre, der er tildelt førtidspension – 28 % af de svært psykisk syge borgere med misbrug eller misbrug og kompleksitet under 60 år er på førtidspension.

**Figur 3.2 Månedlig andel af FACT-borgere, der er tildelt førtidspension, 2018-2022**



Anm.: N = 51.

De første borgere blev visiteret til FACT i starten af 2020. Se Tabel 5.1 for benyttede DREAM-koder.

Kilde: DREAM - Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM, 2018-2022.

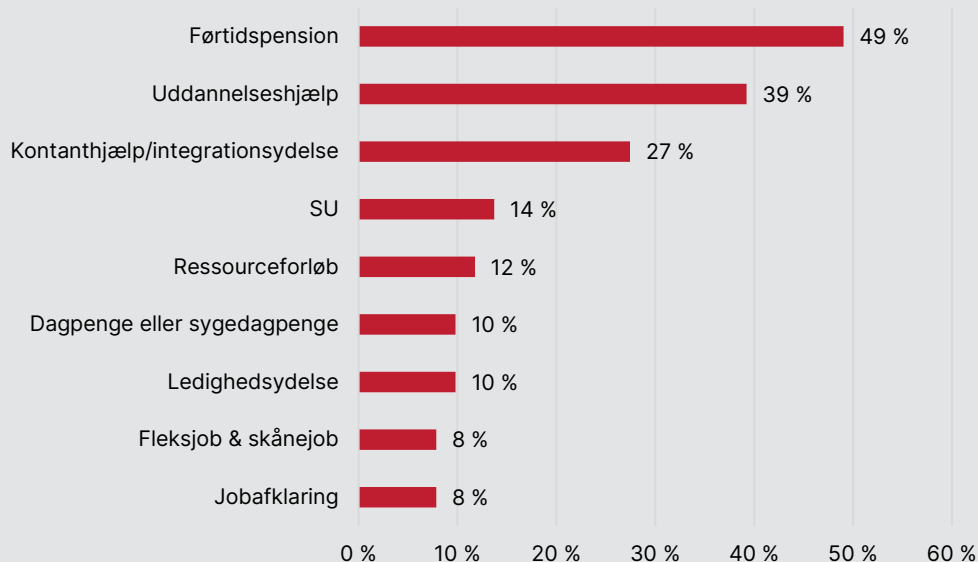
Figur 3.3 viser andelen af borgere, der har modtaget en given offentlig overførsel i løbet af perioden 2018-2022. Som nævnt var halvdelen af borgerne tildelt førtidspension ved udgangen af 2022. Kontanthjælp (herunder også uddannelseshjælp og integrationsydelse) er den næstmest forekommende overførsel til borgerne. 39 % af borgerne har modtaget uddannelseshjælp<sup>8</sup> i løbet af perioden. Dette stemmer overens med den store andel af borgere, der er under 30 år (29 % i 2023) og ikke har en erhvervskompetencegivende uddannelse (84 % i 2022). Andelen af borgere, der har modtaget uddannelseshjælp, er større end andelen af borgere under 30 år pr. 2022, da populationen er blevet ældre over

<sup>8</sup> Uddannelseshjælp tildeles personer under 30 år og uden erhvervskompetencegivende uddannelse i stedet for kontanthjælp (Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering, 2023).

den 5-årige periode. En fjerdedel af borgerne har modtaget kontanthjælp (eller integrationsydelse) i perioden 2018-2022, og 14 % har modtaget SU. Dog er der ingen af FACT-borgerne, der modtager SU ved udgangen af 2022 (Bilagstabel 1.2). På baggrund af de data vi har tilgængelige, vides det ikke, om årsagen er endt uddannelse, eller om de har forladt studiet før tid.

Det er relevant at undersøge antallet af forskellige ydelser, borgerne modtager, og i hvilken grad borgerne skifter mellem forskellige overførsler og selvforsørgelse (ingen overførsel), da dette kan give en indikation af, om borgerne modtager beskæftigelsesindsatser, der giver stabilitet og kontinuitet. I gennemsnit har FACT-borgerne modtaget 2,2 forskellige offentlige overførsler i løbet af den 5-årige periode og haft 3,4 skift mellem forskellige ydelser eller selvforsørgelse. 59 % af borgerne har modtaget en form for overførselsindkomst igennem hele perioden, dog har en del haft en form for tilknytning til arbejdsmarkedet sideløbende – fx har 65 % af borgerne været i virksomhedspraktik<sup>9</sup>, mens de har modtaget en offentlig ydelse.

**Figur 3.3 Andelen af FACT-borgere, der har modtaget en given offentlig overførsel i perioden 2018-2022**



Anm.: N = 51.

Se DREAM-koder i Tabel 5.1.

Kilde: DREAM - Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM, 2018-2022.

<sup>9</sup> Virksomhedspraktik tælles ikke med i andelen af beskæftigelse.

## 3.2 FACT-borgernes sygdomsmønster

I dette afsnit belyses FACT-borgernes sygdomsmønstre og deres brug af sundhedsydelse. Vi karakteriserer borgernes sygdomsmønstre ved at kortlægge omfanget af deres psykiatriske og somatiske lidelser, deres kontakt til sundhedsvæsenet samt deres brug af rusmiddelsbehandling. Opgørelsen er baseret på kontakt til det regionale sundhedsvæsen, praksissektoren, den kommunale sektor og indløste recepter i perioden 2018-2022.

### 3.2.1 FACT-borgerne har mange og komplekse psykiske udfordringer

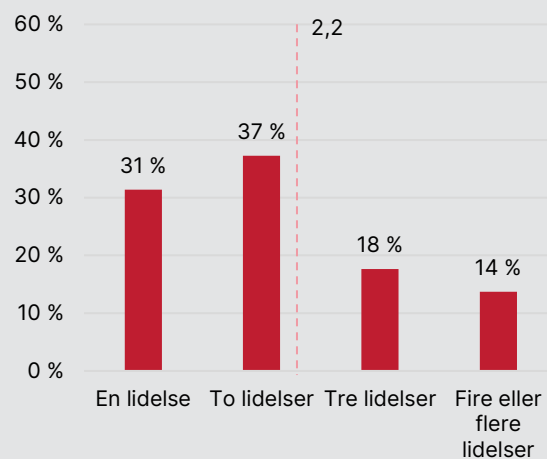
Målgruppen for FACT-indsatsen er de mest udsatte af svært psykisk syge borgere, der ikke er tilknyttet faste bosteder. Det er mennesker, som er multi-belastede af psykisk sygdom, somatisk sygdom og/eller selvskadende adfærd fx i form af misbrug (Region Midtjylland, 2020b). Analysen af borgernes psykiatriske lidelser og kontakt til behandlingspsykiatrien (den regionale psykiatri) tager udgangspunkt i perioden 2018-2022 og er baseret på data leveret af Region Midtjylland.

#### Det psykiatriske sygdomsmønster

Figur 3.4 viser, at en tredjedel (32 %) af borgerne tilknyttet FACT har tre eller flere psykiatriske lidelser. I gennemsnit har borgerne 2,2 lidelser.

Figur 3.5 viser de psykiatriske lidelser, som borgerne er blevet udredt eller har modtaget behandling for fra 2018-2022. Den hyppigst forekomne lidelse (61 %) er skizofreni. Den anden og tredje hyppigst forekomne psykiatriske lidelse er hhv. adfærdsforstyrrelser forårsaget af misbrug og ADHD og andre adfærds- og udviklingsforstyrrelser, herunder autisme. 45 % af borgerne har modtaget behandling for adfærdsforstyrrelser forårsaget af misbrug, og 41 % af borgerne i FACT har modtaget

**Figur 3.4 Antal psykiatriske lidelser blandt FACT-borgere i perioden 2018-2022**



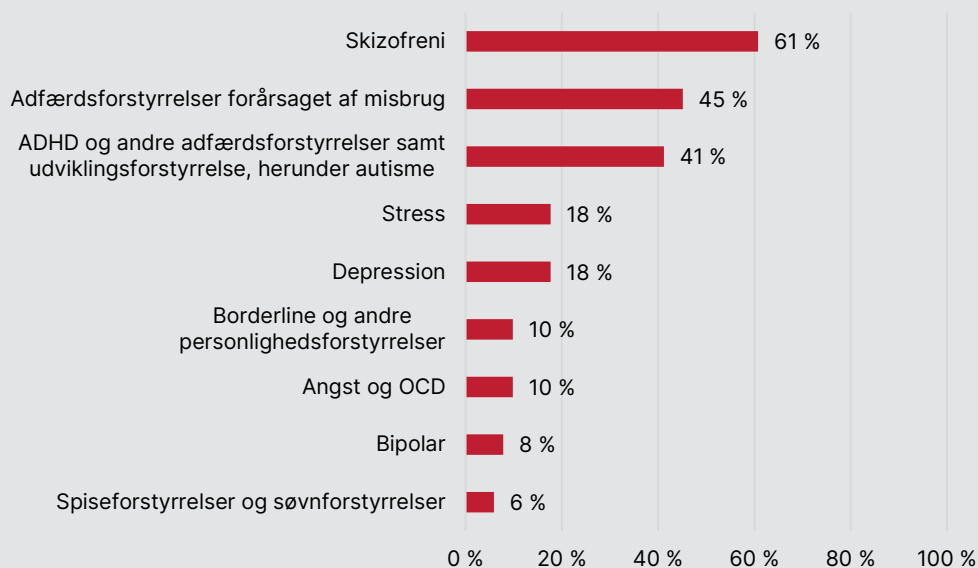
Anm.: N = 51.

Den stiplede linje angiver middelværdien. Hjerneskade og mental retardering er ikke medtaget. Antallet af lidelser er opgjøret som antallet af forskellige psykiatriske aktionsdiagnoser mellem 2018-2022.

Kilde: LPR2 & LPR3, 2018-2022, Region Midtjylland.

behandling for ADHD og andre adfærdsforstyrrelser og udviklingsforstyrrelse, herunder autisme.

**Figur 3.5 Psykiatriske lidelser blandt FACT-borgere i perioden 2018-2022**



Anm.: N = 51.

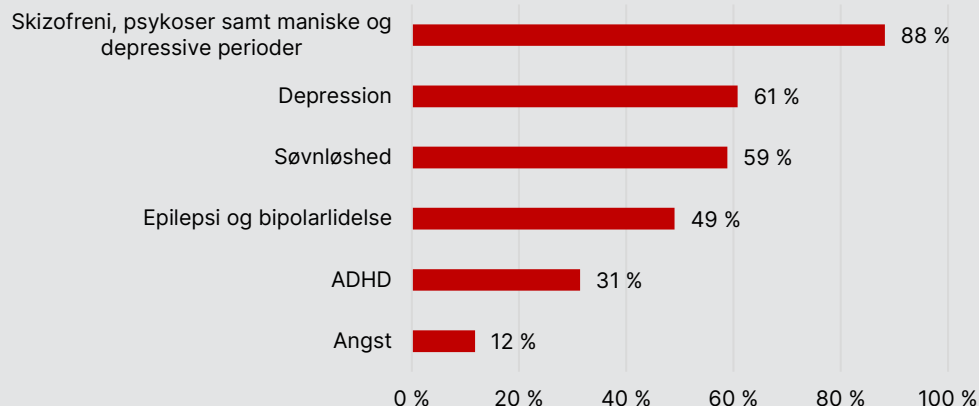
Hjerneskade og mental retardering er ikke medtaget. Psykiatriske lidelser er opgjort på baggrund af psykiatriske aktionsdiagnoser mellem 2018-2022. Se specifikke ICD-10-koder i Tabel 5.2.

Kilde: LPR2 & LPR3, 2018-2022, Region Midtjylland.

Ud over den psykiatriske behandling, som borgerne har modtaget ved at være i kontakt med sygehusvæsenet, har de også modtaget medicinsk behandling for deres psykiatriske lidelser.

Figur 3.6 viser de mest forekomne psykiske lidelser, borgerne modtog medicinsk behandling for (opgjort på baggrund af receptafhentninger) i 2018-2022. Den hyppigste gruppe af lidelser, borgerne modtager medicin for, er skizofreni, psykoser og maniske og depressive perioder (88 %). Yderligere behandles over halvdelen af borgerne for henholdsvis depression og søvnløshed.

**Figur 3.6 Andelen af FACT-borgere, der har modtaget medicin for forskellige psykiatriske lidelser i perioden 2018-2022**



Anm.: N = 51.

Psykiatriske lidelser er opgjort på baggrund af afhentede recepter mellem 2018-2022. Se specifikke ATC-koder i Tabel 5.5.

Kilde: Lægemiddeldatabasen, 2018-2022.

### **Kontakt til den regionale behandlingspsykiatri**

Tabel 3.2 illustrerer, hvordan borgernes kontakter med psykiatrien fordeler sig mellem ambulante besøg og indlæggelser fra 2018-2022. Størstedelen af borgernes kontakter til psykiatrien er ambulante besøg. Borgere tilknyttet FACT havde i gennemsnit 16,7 årlige ambulante besøg til behandlingspsykiatrien i perioden 2018-2022 (Tabel 3.2). Halvdelen af borgerne havde flere end 15 besøg, og ca. 10 % havde over 30 årlige besøg i gennemsnit. FACT-borgerne havde i gennemsnit 2,8 årlige indlæggelser svarende til 21,7 årlige sengedage i gennemsnit<sup>10</sup>. 85 % af alle indlæggelserne var akutte. Det er med de data, vi har modtaget fra Region Midtjylland, ikke muligt at opgøre ambulante besøg i planlagte og akutte besøg.

Borgerne med psykiske lidelser og misbrug eller misbrug og kompleksitet i Benjaminsen et al. (2018) havde i gennemsnit 0,5 årlige indlæggelser svarende til 10,1 årlige sengedage. Det væsentligt lavere antal sengedage tyder på, at populationerne potentielt adskiller sig i forhold til graden af sygelighed. Det kan dog også skyldes, at FACT-borgerne i højere grad får den behandling, de

<sup>10</sup> Det gennemsnitlige antal sengedage for de personer, der er indlagt, er 50,8. Da ikke alle har en psykiatrisk indlæggelse i løbet af et år, er dette tal væsentligt højere.

har behov for. Det er ikke muligt at sammenligne ambulante besøg grundet forskellige opgørelsesmetoder.

Særligt bemærkelsesværdigt er det, at flere af borgerne har år med over 100 psykiatriske sengedage, hvilket understreger alvorligheden af deres tilstande. Dog er der 25 % af borgerne, som ikke har nogen psykiatriske indlæggelser i løbet af 2018-2022 (se Bilagstabel 1.3).

**Tabel 3.2 Det gennemsnitlige årlige antal regionale psykiatriske hospitalskontakter for FACT-borgerne fra 2018-2022**

Årligt gennemsnit	FACT-borgerne
Alle psykiatriske ambulante besøg	16,7
Alle psykiatriske indlæggelser	2,8
Akutte psykiatriske indlæggelser	2,4
Psykiatriske sengedage	21,7
Akutte psykiatriske sengedage	17,5

Anm.: N = 51. Kun daterede observationer fra 2018-2022 er inkluderet.

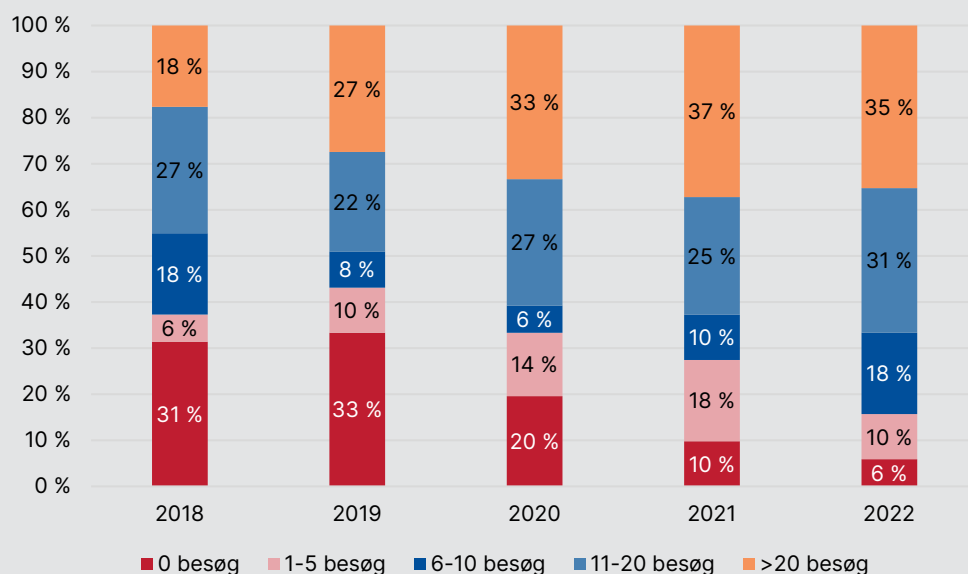
Årligt gennemsnit pr. FACT-borger er udregnet på baggrund af antal besøg og indlæggelser fra 2018-2022.

Kilde: LPR2 & LPR3, 2018-2022, Region Midtjylland.

Figur 3.7 viser udviklingen i fordelingen af det gennemsnitlige årlige antal psykiatriske ambulante besøg for FACT-borgerne. I 2018 havde en tredjedel af borgerne ingen besøg. I de efterfølgende år falder andelen af FACT-borgere uden et ambulante besøg. Derimod er der en stigning i antallet af borgere med mere end 10 besøg til psykiatrien. I 2018 havde 45 % flere end 10 besøg, hvor det i 2022 var 66 % af borgerne, der havde flere end 10 besøg.

Der er altså en stigning i de psykiatriske ambulante besøg for FACT-borgerne i den periode, hvor de har været tilknyttet FACT. Det kan være en indikation på et stigende behov for tilknytning til sundhedsvæsenet. Det er dog ikke muligt at afgøre, om borgerne oplever en forværring i deres tilstand, eller om systemet i højere grad imødekommer borgernes faktiske behov for behandling. Fx kunne en forværring i deres tilstand også være det, der var med til, at en borger blev tilknyttet FACT.

**Figur 3.7 Udviklingen i antallet af psykiatriske ambulante besøg for FACT-borgere fra 2018-2022**



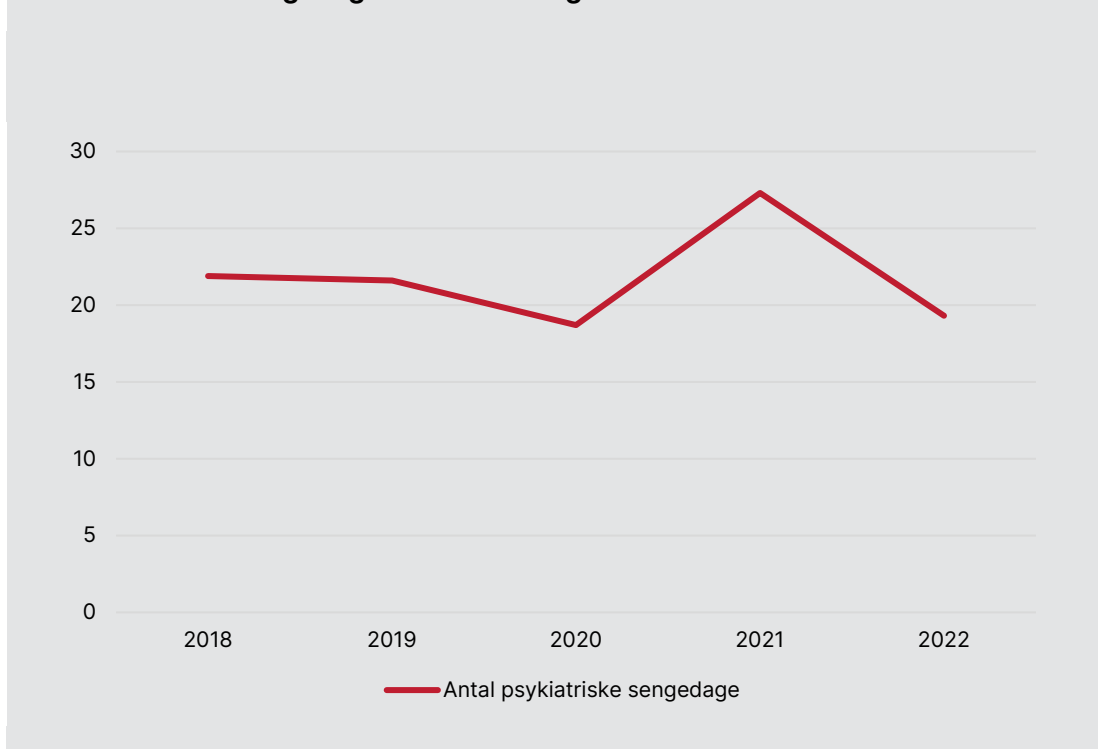
Anm.: N = 51.

Kilde: LPR2 & LPR3, 2018-2022, Region Midtjylland.

Figur 3.8 angiver antallet af gennemsnitlige årlige psykiatriske sengedage fra 2018-2022 blandt FACT-borgerne. Der er ikke et tydeligt mønster i udviklingen. Faldet i antal psykiatriske sengedage i 2020 tyder på, at covid-19 også har haft en betydning for denne gruppe af svært psykisk syge borgere. Dette stemmer også med et overordnet fald i psykiatriske indlæggelser i det samlede sygehjælpssystem i 2020 forårsaget af covid-19 (Sundhedsstyrelsen, 2020). Det umiddelbare fald i 2022 kan skyldes, at alle indlæggelser påbegyndt i 2022 endnu ikke er opgjort, da indlæggelser først registreres ved deres afslutning. Akutte psykiatriske sengedage udgør den absolut største andel af det samlede antal psykiatriske sengedage. Udviklingen i akutte psykiatriske sengedage kan dog ikke afrapporteres grundet diskretioneringssyn. Akutte psykiatriske sengedage udgør en nogenlunde stabil andel af det samlede antal psykiatriske sengedage over den 5-årige periode – måske med en tendens til en lille stigning.



**Figur 3.8**    **Udviklingen i det gennemsnitlige antal psykiatriske sengedage for FACT-borgere fra 2018-2022**



Anm.: N=51.

Kilde: LPR2 & LPR3, 2018-2022, Region Midtjylland.

### **3.2.2    FACT-borgernes somatiske helbred er præget af deres udsathed**

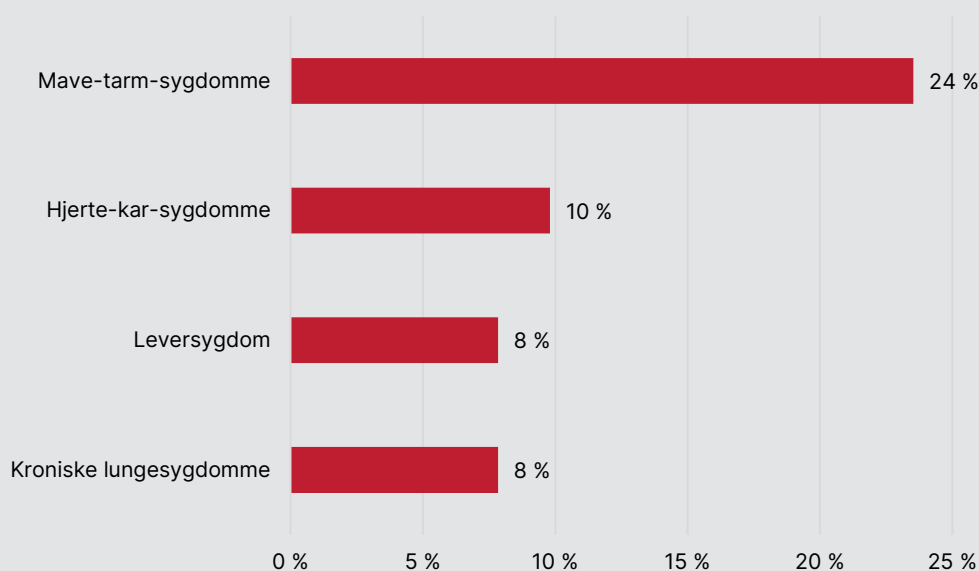
I dette afsnit beskriver vi det somatiske sygdomsbillede og kontakten til det somatiske sygehusvæsen for borgerne tilknyttet FACT. Borgere med svær psykisk sygdom oplever ofte også at have et stort behov for kontakt med det somatiske sygehusvæsen. Gruppen oplever længere og flere indlæggelsesperioder og overdødelighed i sammenligning med patienter uden psykisk lidelse (Behandlingsrådet, 2023). Der er flere årsager til øget somatisk sygelighed blandt borgere med svær psykisk sygdom, men en af de årsager, der ofte bliver nævnt, er, at nervemedicin kan have metaboliske bivirkninger, der påvirker sygeligheden (ibid.). Derudover har svært psykisk syge personer ofte en mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, der medvirker til øget sygelighed (Jensen et al., 2018). Opgørelserne i dette afsnit er baseret på data leveret af Region Midtjylland og dækker perioden 2018-2022.

### Borgernes somatiske sygdomsmønster

Borgernes somatiske helbred bærer præg af et liv i udsathed med flere somatiske, kroniske sygdomme. Denne analyse bygger på udvalgte somatiske sygdomme, som Behandlingsrådet har identificeret, at personer med psykiske lidelser generelt er i øget risiko for at udvikle (Behandlingsrådet, 2023).

Figur 3.9 viser, at de mest prævalente kroniske, somatiske sygdomme er mave-tarm-sygdomme (24 %) og hjerte-kar-sygdomme (10 %). Diabetes og overvægt er ikke inkluderet i opgørelsen grundet diskretioneringssyn. Det er en relativt ung gruppe af borgere, men på trods af dette er prævalensen af de opgjorte kroniske sygdomme markant højere blandt FACT-borgerne sammenlignet med den almene befolkning i samme aldersgruppe (Jacobsen et al., 2023; Sundhedsdatastyrelsen, 2023b). Derudover er det muligt, at prævalensen er højere end angivet, da flere studier viser, at borgere med svær psykisk sygdom oplever en forsinkelse i diagnosticering (Behandlingsrådet, 2023) eller en underdiagnosticering (Helsefonden, n.d.).

**Figur 3.9 Andelen af FACT-borgere med forskellige kroniske, somatiske lidelser**



Anm.: N = 51.

Somatiske lidelser er opgjort på baggrund af somatiske aktionsdiagnoser mellem 2018-2022. Se specifikke ICD-10-koder i Tabel 5.3.

Kilde: LPR2 & LPR3, 2018-2022, Region Midtjylland.

## Den somatiske hospitalskontakt

Tabel 3.3 viser, hvordan borgernes somatiske kontakter fordeler sig mellem ambulante besøg og indlæggelser fra 2018-2022. Størstedelen af borgernes somatiske kontakter er ambulante besøg. Borgerne tilknyttet FACT havde i gennemsnit 2,8 årlige ambulante besøg til det somatiske sygehusvæsen i perioden 2018-2022. Ca. 15 % af borgerne havde ingen somatiske ambulante besøg igennem hele perioden. FACT-borgerne havde i gennemsnit 1,4 årlige indlæggelser, hvilket svarede til 1,3 sengedage<sup>11</sup>.

FACT-borgerne har flere hospitalskontakter end den fulde population af psykisk syge borgere med misbrug og psykisk syge borgere med misbrug og kompleksitet mellem 18 og 59 år (det er den aldersgruppe, der bedst svarer til aldersfordelingen blandt FACT-borgerne) identificeret af Benjaminsen et al. (2018). De finder 0,6 årlige somatiske indlæggelser svarende til 1,6 sengedage.

Tabel 3.3 sammenholdt med Tabel 3.2 understreger, at målt på sygehuskontakt, så er det de psykiske sygdomsudfordringer, der dominerer.

**Tabel 3.3 Det gennemsnitlige årlige antal regionale psykiatriske hospitalskontakter for FACT-borgerne fra 2018-2022**

Årligt gennemsnit	FACT-borgerne
Somatiske ambulante besøg	2,8
Somatiske indlæggelser	1,4
Somatiske sengedage	1,3

Anm.: N = 51.

Årligt gennemsnit pr. FACT-borger er udregnet på baggrund af antal besøg og sengedage fra 2018-2022.

Kilde: LPR2 & LPR3, 2018-2022, Region Midtjylland.

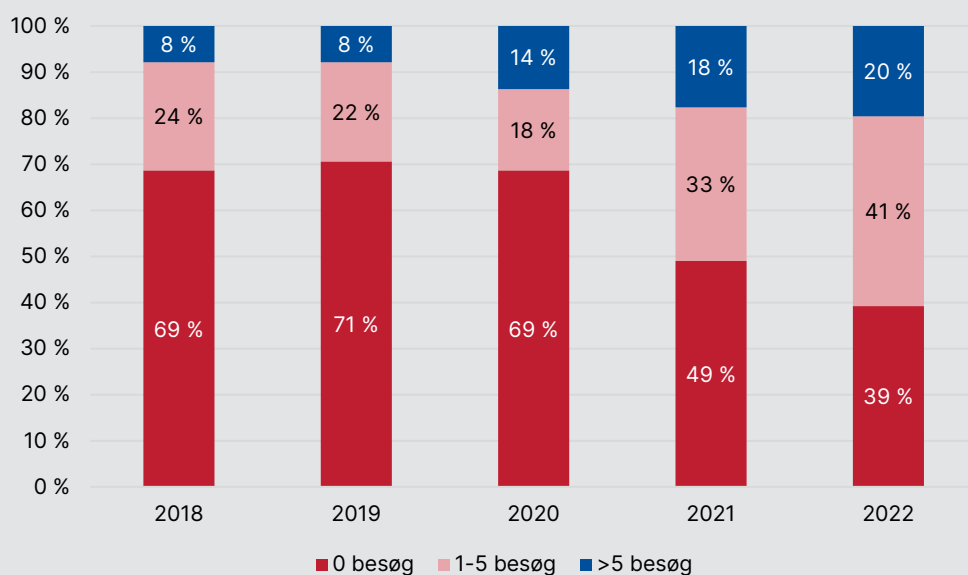
Figur 3.10 viser udviklingen i fordelingen af det gennemsnitlige årlige antal somatiske ambulante besøg for FACT-borgerne. I 2018 havde to tredjedele af borgerne ingen somatiske besøg. I de efterfølgende år falder andelen af FACT-borgere uden et ambulante besøg. Derimod er der en stigning i antallet af borgere med mere end fem besøg. I 2018 havde 8 % flere end fem besøg, hvor det i 2022 var 20 % af borgerne, der havde flere end fem besøg.

Det er igen ikke muligt at udlede en korrelation mellem borgernes tilknytning til FACT og antallet af ambulante besøg. Faldet i antallet af borgere uden ambulante besøg kan skyldes en forværring i deres sundhedstilstand. Det kan dog

<sup>11</sup> Det gennemsnitlige antal sengedage for de personer, der er indlagt er 4,8. Da ikke alle har en somatisk indlæggelse i løbet af et år, er dette tal væsentligt højere.

også skyldes, at borgerne i højere grad får den behandling, de har behov for, fx foranlediget af deres tilknytning til FACT.

**Figur 3.10** Udviklingen i antallet af somatiske ambulante besøg for FACT-borgere fra 2018-2022



Anm.: N = 51.

Kilde: LPR2 & LPR3, 2018-2022, Region Midtjylland.

Som nævnt viser tidligere analyser, at der er en stor grad af underdiagnosticering og forsinkelse af diagnosticering af somatisk sygdom blandt svært psykisk syge borgere (Behandlingsrådet, 2023; Helsefonden, n.d.). Denne ulighed findes både i forhold til diagnosticering af sygdomme, men også i forhold til akutte henvendelser samt undersøgelser og behandlinger hos denne gruppe patienter (Behandlingsrådet, 2023). Ovenstående overblik indbefatter dermed forventeligt en vis grad af underrapportering.

### 3.2.3 FACT-borgernes skadelige brug af rusmidler

I alle tre kommuner er det et fokus at inkludere borgere med dobbeltdiagnoser (borgere med psykiatriske diagnoser og skadeligt brug af rusmidler) i FACT. I Tabel 2.1 kan man se, at *Center for psykiatri og rusmiddel* og *Rusmiddelcenter Viborg* i hhv. Skive og Viborg Kommune er mødested for FACT-teamet. I Silkeborg er der tre misbrugsrådgivere i selve FACT-teamet. I Silkeborg har der også indledningsvis været fokus på borgere med dobbeltdiagnoser defineret

ved behandlingskrævende psykiatrisk sygdom, sociale problemer og behandlingskrævende brug af rusmidler (Silkeborg Kommune, n.d.).

Det har ikke været muligt at få data over rusmiddelbehandling i Viborg og Skive Kommune. Da Silkeborg Kommune indledningsvist har haft fokus på borgere med dobbeltdiagnoser, har alle 19 borgere tilknyttet FACT i Silkeborg ikke overraskende på et eller flere tidspunkter modtaget rusmiddelbehandling ved kommunens rusmiddelcenter. Det ville være interessant at undersøge borgernes tilknytning til den kommunale rusmiddelbehandling, da det er et kerneelement i FACT i Midtklyngen, og da der er flere kendte udfordringer for personer med dobbeltdiagnoser. Det er en kendt udfordring, at behandlingen af psykisk sygdom og skadelig brug af rusmidler behandles uafhængigt af hinanden i det kommunale og regionale sundhedsvæsen, og at fx skadeligt brug af rusmidler ofte kan ekskludere personer mod behandling i den regionale psykiatri og omvendt i den kommunale rusmiddelsbehandling (Damsgaard, 2023).

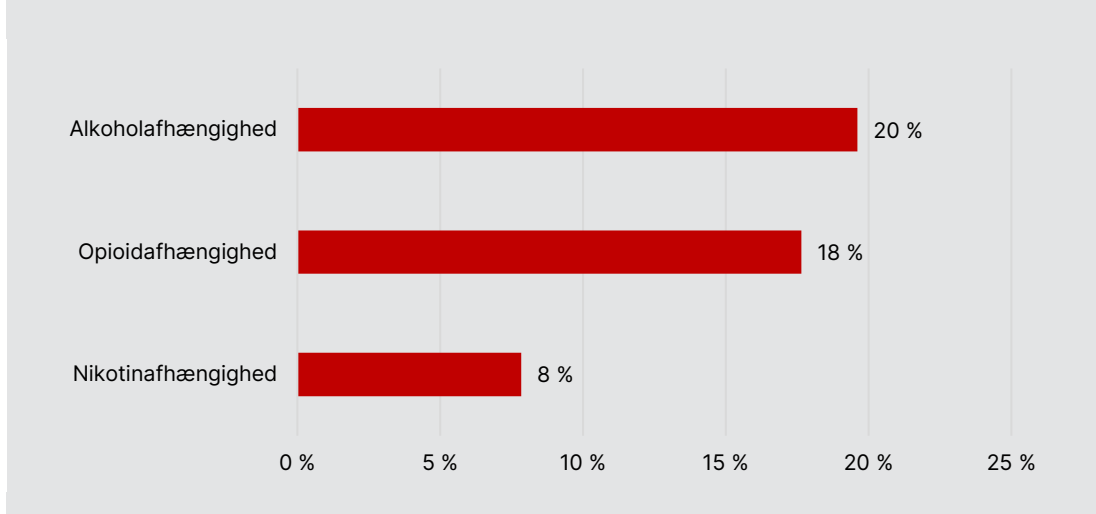
Vi kan dog opgøre forbruget af medicin mod afhængighedsforstyrrelser<sup>12</sup>. Figur 3.11 viser, at en femtedel af FACT-borgerne har modtaget medicin for alkoholafhængighed. Ud over medicin for alkoholafhængighed får 18 % også medicin mod opioidafhængighed, og 8 % får medicin for nikotinafhængighed. Det kan være lægemidler, der påvirker craving, ruspåvirkning eller agerer afværgende som fx antabus.

En af konsekvenserne af borgernes misbrug er, at de kommer til skade og bliver forgiftet af det stof, som de indtager. Næsten 40 % af borgerne har i løbet af 2018-2022 været i kontakt med sygehusvæsenet grundet skader, og en femtedel har været udsat for forgiftninger (inkl. alkoholforgiftninger) (Bilagstabel 1.4). Herunder ligger også forgiftning af lægemidler eller ikke-medicinske midler, hvor sidstnævnte blandt andet kan være euforiserende stoffer.

---

<sup>12</sup> ATC-kode N07B.

**Figur 3.11 Andelen af FACT-borgere, der har benyttet lægemidler mod misbrug**



Anm.: N = 51.

Medicin mod afhængighed er opgjort på baggrund af afhentede recepter mellem 2018-2022. Se specifikke ATC-koder i Tabel 5.5.

Kilde: Lægemiddeldatabasen, 2018-2022.

### 3.2.4 FACT-borgerne har et højt forbrug af almen praksis

Kontakten til praksissektoren er også relevant i forhold til at danne et samlet billede af FACT-borgernes fulde ressourcetræk på sundhedsvæsenet. Opgørelsen over kontakten til praksissektoren er opgjort på baggrund af Sygesikringsregisteret for årene 2018-2021<sup>13</sup>.

Tabel 3.4 viser det gennemsnitlige årlige antal ydelser for borgerne tilknyttet FACT blandt udvalgte udbydere i praksissektoren. Yderligere viser tabellen, hvor stor en andel af borgerne i FACT, som har været i kontakt med de forskellige udbydere i praksissektoren. I perioden fra 2018-2021 har alle borgere været i kontakt mindst en gang med en alment praktiserende læge. I gennemsnit har borgerne 24 årlige ydelser hos den alment praktiserende læge. Samarbejdet mellem FACT-teamet og borgerens alment praktiserende læge er ikke formaliseret, og lægerne er ikke en fast del af FACT-teamet (Midtklyngens FACT-projektgruppe, 2023). Der er samarbejde mellem FACT-teamet og den alment praktiserende læge, men det er blandt andet udfordret af, at mange af borgerne har forskellige praktiserende læger (ibid.).

<sup>13</sup> Ved udarbejdelsen af denne rapport var Sygesikringsregisteret endnu ikke tilgængeligt for 2022.

I den fireårige periode har 67 % af borgerne været ved tandlægen. Dermed har 33 % af borgerne ikke været til tandlægen i perioden. Det anbefales, at alle danskere som minimum får en statusundersøgelse hos tandlægen hvert andet år (Sundhedsstyrelsen, 2016). Det kan desuden være et større behov for denne gruppe af borgere, da der er en sammenhæng mellem et misbrug af stoffer (cannabis, amfetamin, kokain og ecstasy) og udfordringer med oral sundhed (Pedersen, 2017).

En meget lille andel har ydelser til privatpraktiserende psykologer og psykiatere. FACT-borgerne er svært psykisk syge med en række andre sociale og somatiske udfordringer, hvilket betyder, at deres behandling varetages igennem regionspsykiatrien og socialpædagogisk personale hos kommunerne og ikke i praksissektoren. Det er kun 12 %, som har været i kontakt med en psykiater, og 6 %, som har modtaget psykologhjælp i perioden fra 2018-2021.

Det er ikke meningsfuldt at sammenligne med Benjaminsen et al. (2018), da deres opgørelser er baseret på et enkelt år, hvor vores er baseret på fire år.

**Tabel 3.4 FACT-borgeres kontakt til praksissektoren**

Praksissektor	Gennemsnitligt årligt antal ydelser pr. borger	Andel med en eller flere ydelser i løbet af 2018-2021
	Antal	Pct.
Alment praktiserende læge	24,0	100
Tandlæge	1,4	67
Psykiater	0,1	12
Psykolog	0,2	6
Speciallæger*	1,2	43

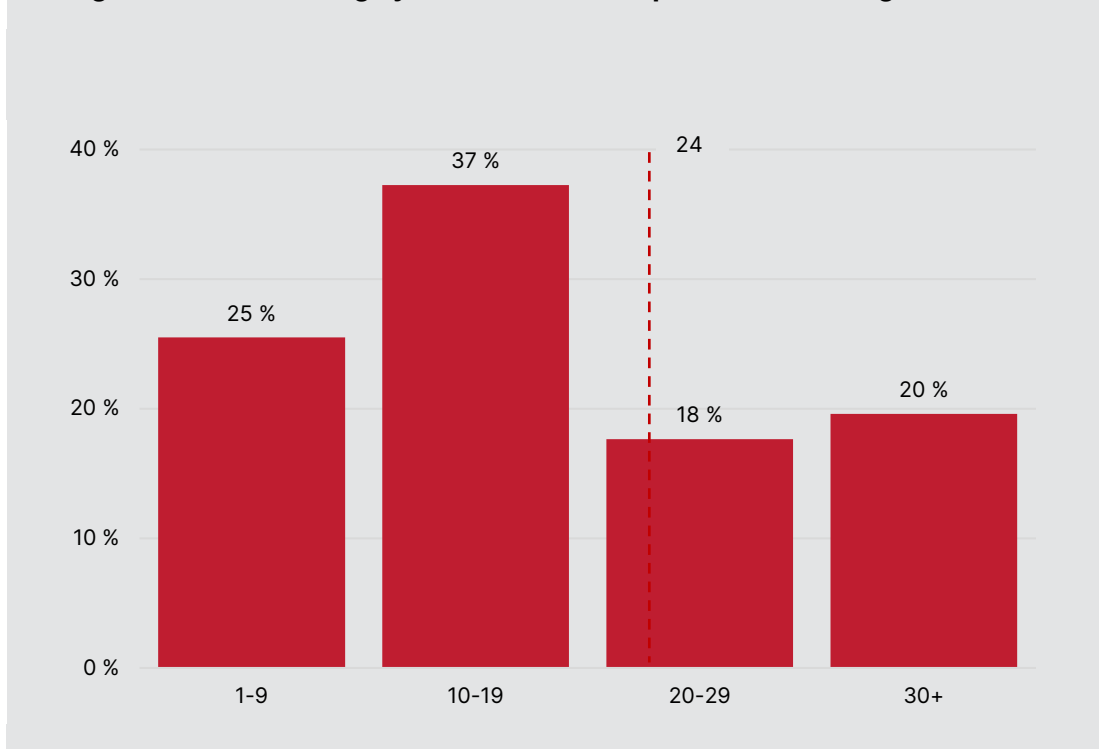
Anm.: Data for 2022 var endnu ikke tilgængelige ved udarbejdelsen af denne rapport.

Note: \*Ørelæge, øjenlæge, fysioterapeut, kiropraktor, fodterapeut, speciallæge og øvrige. Se specifikke koder i Tabel 5.6.

Kilde: Sygesikringsregisteret 2018-2021.

Som Tabel 3.4 viste, har alle borgerne modtaget ydelser ved den alment praktiserende læge. I Figur 3.12 vises fordelingen af borgernes gennemsnitlige antal årlige ydelser ved den alment praktiserende læge i perioden 2018-2021. Over halvdelen af borgerne har modtaget under 20 ydelser ved den alment praktiserende læge.

**Figur 3.12 Antal årlige ydelser hos alment praktiserende læge**



Anm.: N = 51.

Den stiplede linje angiver middelværdien.

Kilde: Sygesikringsregistret, 2018-2021.

### 3.2.5 FACT-borgernes forbrug af medicin

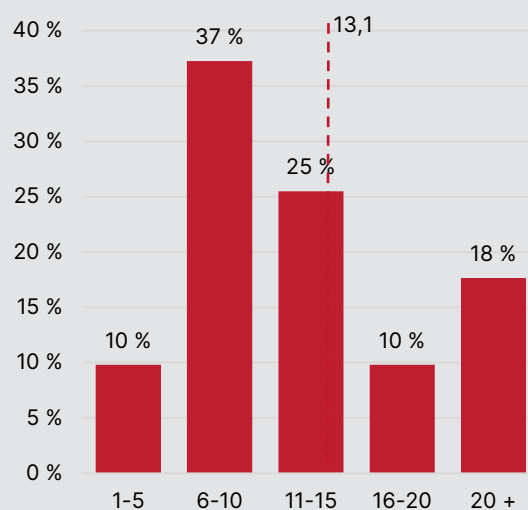
Borgere tilknyttet FACT modtager med deres komplekse sygdomsbillede meget forskellig medicin, både i forhold til deres omfattende psykiatriske udfordringer og deres somatiske sygdomme. Det er forventeligt, at denne gruppe af borgere vil have et stort forbrug af medicin, men det er relevant at undersøge nærmere i forhold til eventuelle mønstre. Opgørelserne over deres medicinforbrug er baseret på Lægemedeldatabasen for perioden 2018-2022.



Figur 3.13 viser en oversigt over antallet af forskellige lægemidler, FACT-borgerne i gennemsnit har fået i perioden 2018-2022. I gennemsnit modtog hver borger 13 forskellige lægemidler over den 5-årige periode. Næsten en femtedel modtog mere end 20 forskellige lægemidler.

Figur 3.14 viser, at over halvdelen af borgerne er polyfarmacipatienter<sup>14</sup>. Figur 3.14 viser, at der er en stigning i andel af borgerne, som modtager mere end fem forskellige lægemidler fra 2018 til 2021, hvor 73 % af borgerne bliver behandlet med mere end 5 forskellige lægemidler.

**Figur 3.13** Antallet af forskellige lægemidler afhentet ved recept over 5 år



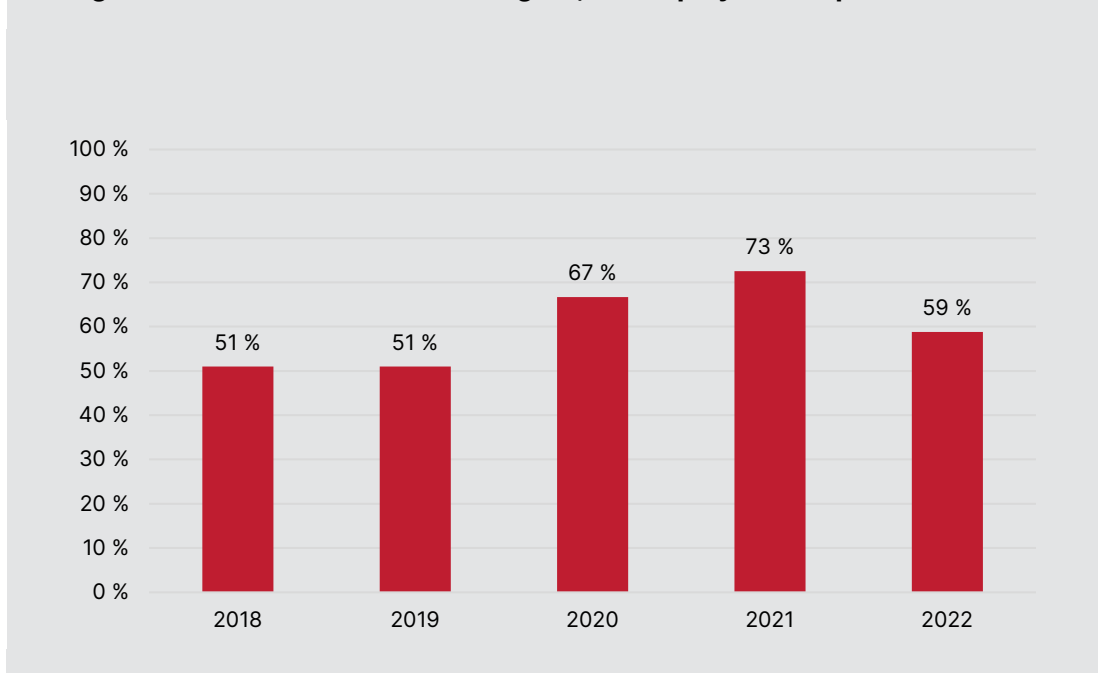
Anm.: N = 51.

Den stiplede linje angiver middelværdien. Antallet af forskellige lægemidler er opgjort på ATC4-niveau.

Kilde: Lægemedeldatabasen, 2018-2022.

<sup>14</sup> I denne analyse defineres polyfarmaci som fem forskellige lægemidler opgjort ved ATC-niveau 4 på 6 måneder.

**Figur 3.14 Andelen af FACT-borgere, der er polyfarmacipatienter**



Anm.: N = 51.

Polyfarmaci er defineret som mindst fem forskellige lægemidler opgjort ved ATC-niveau 4 over 6 måneder.

Kilde: Lægemiddeldatabasen, 2018-2022.

Som forventet har denne gruppe af borgere et højt forbrug af medicin – også deres alder taget i betragtning. Polyfarmaci bør dog altid være et opmærksomhedspunkt, da det øger risikoen for behandling med uhensigtsmæssige lægemidler, lavere grad af compliance og øget risiko for medicinske interaktioner, bivirkninger og utilsigtede hændelser (Christensen, 2023).

### 3.3 FACT-borgernes sociale udfordringer

Borgerne tilknyttet FACT har, ud over deres somatiske og psykiatriske udfordringer beskrevet i de foregående afsnit, en lang række sociale udfordringer relateret til fx bolig. De modtager derfor flere sociale serviceydelser fra kommunen, som gennemgås i dette afsnit. Formålet med lov om social service (bedre kendt som serviceloven) er at tilbyde rådgivning og støtte for at forebygge sociale udfordringer samt at tilbyde en række almene serviceydelser, der også kan have et forebyggende sigte, og tilgodese behov, der følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer (Social- og Ældreministeriet, 2022). Opgørelserne i dette afsnit er baseret på data leveret af Silkeborg, Skive og Viborg Kommune samt supplerende data

fra det nationale register **Handicapydelse** (HANDIC). Opgørelserne er baseret på årene 2018-2022.

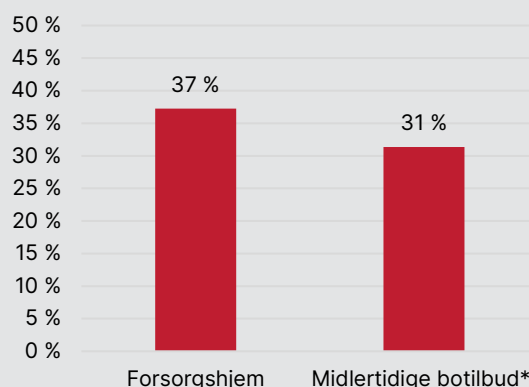
### 3.3.1 FACT-borgernes udfordringer med hjemløshed

Borgerne tilknyttet FACT kan have svært ved at fastholde eller på anden måde administrere en bolig og er dermed udsatte over for hjemløshed. 37 % af borgerne i FACT har været på et forsorgshjem<sup>15</sup> i perioden fra 2018-2022 (Figur 3.15). Det gennemsnitlige antal gange borgerne er blevet tilknyttet et forsorgshjem er 1,3 gange i den 5-årige periode. For de 37 %, som har været tilknyttet et forsorgshjem eller herberg, har den gennemsnitlige varighed af hvert ophold været 82 dage.

Borgere med betydelig nedsat fysisk og/eller psykisk funktionsevne kan få tilbudt midlertidigt botilbud eller botilbudslignende hjælp, hvilket inkluderer en del af borgerne i FACT. Fra et midlertidigt botilbud eller et forsorgshjem kan borgere få tilbudt en udslusningsbolig, inden de skal ud på det almindelige boligmarked. Der er 31 % af borgerne, som har fået midlertidigt botilbud, botilbudslignende eller en udslusningsbolig i løbet af 2018-2022. I gennemsnit opholder de 31 % af borgerne sig 370 dage i et midlertidigt boligtilbud.

Det er ikke meningsfuldt at sammenligne FACT-borgernes brug af midlertidige botilbud og forsorgshjem med de psykisk syge borgere med misbrug og psykisk syge borgere med misbrug og kompleksitet identificeret af Benjaminsen et al. (2018). Dette skyldes, at hjemløshed bliver brugt til at definere grupperne som en kompleksitet. Derudover opgiver de andelen af borgere, der har været på forsorgshjem eller modtaget midlertidige botilbud i et enkelt år (2014), hvilket ikke gør det sammenligneligt med den 5-årige periode, vi opgør over grundet diskretioneringssyn.

**Figur 3.15 Tilknyttet et forsorgshjem eller modtager af midlertidigt botilbud**



Anm.: N = 51.

Note: \*Inkluderer udslusningsbolig og botilbudslignende. Se flere detaljer i Tabel 5.7 og Tabel 5.8.

Kilde: Kommunale data fra Silkeborg, Skive og Viborg Kommune fra 2018-2022. HANDIC – Handicapydelse, 2018-2021, & HANDICM – Handicapydelse – målgruppe, 2018-2021.

<sup>15</sup> Forsorgshjem tilbyder midlertidigt ophold til personer med særligt sociale problemer, som ikke har adgang til egen bolig (serviceloven §110).

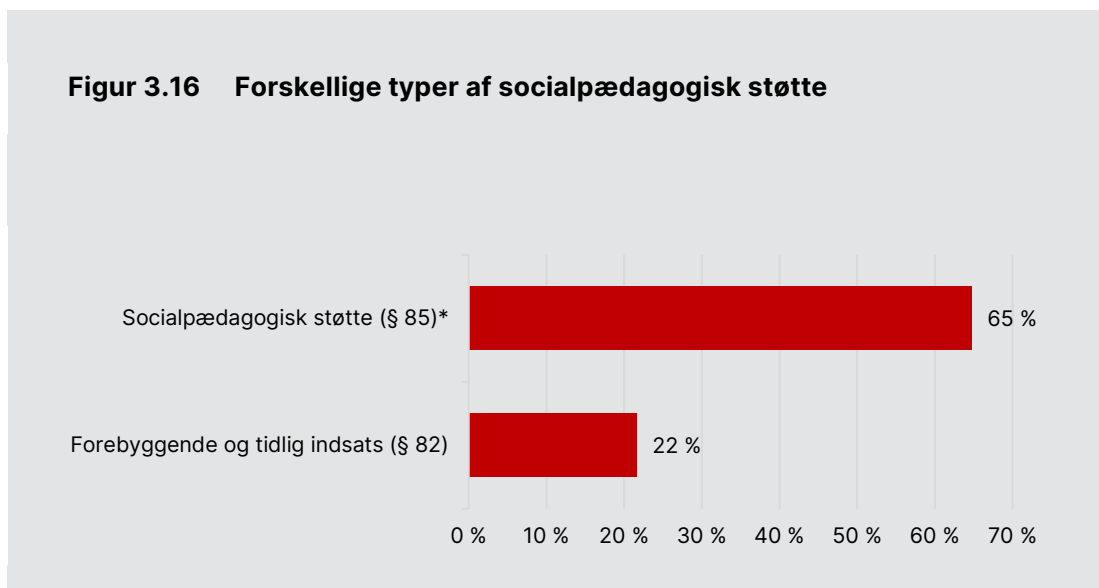
### 3.3.2 FACT-borgernes brug af socialpædagogisk støtte

Ud over misbrugsbehandling og støtte til bolig er en af de primære ydelser, som borgerne i FACT modtager, bostøtte og socialpædagogisk støtte under servicelovens § 85.

Figur 3.16 viser andelen af borgere tilknyttet FACT, der modtager forskellige former for socialpædagogisk støtte fra kommunen. Ud af de 51 borgere, som er tilknyttet FACT, har 65 % modtaget socialpædagogisk støtte (bostøtte) i eget hjem i løbet af 2018-2022. Bostøtte dækker over støtte til praktiske opgaver i hjemmet og støtte til aktivering i hverdagen samt hjælp til personlig pleje såsom medicinbehandling og økonomiske udfordringer (serviceloven § 85).

22 % har modtaget forebyggende eller tidlig indsats fra kommunen, hvor fokus er at mindske de udfordringer, der følger af den funktionsnedsættelse eller borgernes sociale udfordringer (serviceloven § 82).

Det er ikke meningsfuldt at sammenligne med Benjaminsen et al. (2018), da vi opgør over 5 år, og de kun opgør over 1 år.



Anm.: N = 51.

Note: \*Inkluderer øvrig socialpædagogisk støtte (bostøtte), som ikke leveres på botilbud eller botilbudslignende tilbud samt individuel tidsbegrænset socialpædagogisk hjælp og støtte. Se flere detaljer i Tabel 5.7 og Tabel 5.8.

Kilde: Kommunale data fra Silkeborg, Skive og Viborg Kommune fra 2018-2022. HANDIC – Handicapydelse, 2018-2021, & HANDICM – Handicapydelse – målgruppe, 2018-2021.

## 4 Konklusion

FACT er en koordinerende og integreret indsats målrettet svært psykisk syge borgere, ofte med misbrugsproblemer og andre komplekse sociale udfordringer. FACT bygger på teams bestående af medarbejdere fra region og kommune og fokuserer på rehabilitering og recovery igennem koordinering. FACT er implementeret i alle fem regioner i Danmark, men kun i Region Midtjylland bygger FACT på et samarbejde mellem regionen og kommunen – Silkeborg, Skive og Viborg Kommune kaldet Midtklyngen. Midtklyngen begyndte at implementere FACT i 2020.

Denne rapportes karakterisering viser, at det primært er mænd i alderen 20-39 år, som er i et FACT-forløb i Midtklyngen. De fleste har grundskole som højest fuldførte uddannelse. Selvom en del FACT-borgere har erhvervserfaring, modtager langt hovedparten offentlige overførselsindkomster, herunder modtager 49 % permanent overførselsindkomst i form af førtidspension i 2022, hvilket er en stigning i forhold til 22 % i 2018.

Borgerne har typisk 2-3 psykiatriske diagnoser (i gennemsnit 2,2) – oftest skizofreni og/eller adfærdsforstyrrelser forårsaget af misbrug. Derudover har borgerne også flere somatiske lidelser: 24 % har mave-tarm-sygdomme, og 10 % har hjerte-kar-sygdomme, der blandt andet kan være forårsaget af skadeligt forbrug af rusmidler, uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og brug af nervemedicin, der kan påvirke det metaboliske system. Borgerne har ikke overraskende et højt forbrug af sundhedsydelser med 16,7 psykiatriske og 2,8 somatiske årlige ambulante kontakter. Dette er markant flere, end Benjaminsen et al. (2018) finder for borgere med psykisk sygdom og misbrug og borgere med psykisk sygdom, misbrug og kompleksitet. FACT-borgerne oplever en markant stigning i antallet af både psykiatriske og somatiske ambulante besøg over perioden. Der er ikke noget tydeligt mønster i udviklingen i antallet af psykiatriske sengedage fra 2018 til 2022, og andelen af psykiatriske indlæggelser er nogenlunde stabil – måske med en tendens til at være svagt stigende.

Borgerne i FACT afhenter i gennemsnit 13,1 forskellige lægemidler om året. De har alle været hos almen praksis, mens 67 % har været til tandlægen, og 43 % har været til en speciallæge mindst en gang fra 2018-2022.

Borgerne i FACT har også en lang række sociale udfordringer, blandt andet hjemløshed. 37 % af borgerne tilknyttet FACT har i løbet af 2018-2022 været indskrevet på et forsorgshjem (været hjemløse).

Rapporten giver et indledende indblik i FACT-borgernes sygdoms- og kontaktmønster med det offentlige. Karakteristikken viser dermed, at FACT-indsatsen når ud til den ønskede målgruppe (Boks 2.1). Dette er et indledende

positivt resultat af FACT, da denne målgruppe ofte er svær at få tilknyttet og fastholdt i indsatser. På baggrund af denne rapport er det ikke muligt at afgøre, om stigningen i antallet af ambulante besøg skyldes en forværring i deres sundhedstilstand, eller om de i højere grad modtager den behandling, som de har brug for, fx foranlediget af deres tilknytning til FACT. Dog fandt Nielsen et al. (2020), der evaluerede effekten af FACT i Region Hovedstaden<sup>16</sup>, en stigning i antallet af ambulante kontakter blandt borgere, der gik fra at modtage ACT eller CMHT<sup>17</sup> til FACT, og de fandt ingen ændring i antallet af senge-dage (Nielsen et al., 2020). Dette stemmer overens med de udviklinger, som vi observerer, hvilket kunne indikere, at stigningen i ambulante besøg skyldes FACT-borgernes tilknytning til FACT. Ligeledes kan stigningen i andelen af FACT-borgere på førtidspension være forårsaget af ændringer i praksis for tildelingen af førtidspension, ud over at det kan være et tegn på forværring i sundhedstilstanden, eller at de i højere grad har fået en permanent indsats, som de har haft brug for. I perioden 2018-2022 har der nationalt været en stigning i tildeling af førtidspension – dog mindre end den stigning, FACT-borgerne har oplevet (Danmarks Statistik, 2021, 2022, 2023). På samme måde er det heller ikke muligt at afgøre, om FACT-borgernes højere forbrug af hospitalsydelser samt den højere andel på førtidspension sammenlignet med svært psykisk syge borgere med misbrug eller misbrug og kompleksitet i Benjaminsen et al. (2018) skyldes forskellig grad af sygelighed, at FACT-borgerne i højere grad modtager den behandling, de har behov for, eller om det er forårsaget af ændringer i systempraksis fra deres dataperiode til vores.

At det ikke har været muligt at undersøge effekten af FACT nærmere i denne rapport, skyldes blandt andet et for lille og usikkert datagrundlag for populationen. For yderligere kvantitativ indsigt i effekten (herunder også den økonomiske effekt) af FACT-indsatsen i Midtklyngen er der behov for yderligere analyse. Dette forudsætter dog, at et større antal borgere tilknyttes FACT.

I en nyere rapport af Benjaminsen (2023) pointeres det, at der er et uudnyttet potentiale i forhold til brugen af tværfaglige og teambaserede indsatser. Kommunernes oplevelse er, at med brugen af tværfaglige teams får den tværfaglige indsats tilføjet en ny dimension, som giver mulighed for en mere sammenhængende og helhedsorienteret indsats for borgeren. Dog er det en udfordring at etablere teamet i praksis, da de sundhedsfaglige indsatser primært er placeret i regionerne, mens de sociale indsatser er placeret i kommunen (Benjaminsen, 2023). Dette underbygger relevansen af det videre arbejde med og den potentielle værdi af FACT.

---

<sup>16</sup> FACT var her et andet setup, da det udelukkende var implementeret i regionen og ikke i kommunerne.

<sup>17</sup> ACT: assertive community treatment og CMHT: community mental health treatment.



**DEL 2**

**Dokumentation**

# 5 Data og metode

I dette kapitel gennemgår vi datagrundlaget og metoden benyttet i rapportens analyser. Analyserne er baseret på data fra nationale registre, data fra Viborg, Skive og Silkeborg Kommune samt data fra Region Midtjylland. Data dækker som udgangspunkt perioden 2018-2022, dog dækker data ang. kontakt til praksissektoren kun frem til 2021, da 2022 endnu ikke var udgivet på tidspunktet for udarbejdelsen af denne rapport.

## 5.1 Population

Populationen er identificeret på baggrund af optegnelser fra de tre kommuner. Kommunerne har ikke holdt detaljerede oversigter over, hvilke borgere der har været tilknyttet FACT, og hvornår de har været tilknyttet. Borgerne er derfor identificeret retrospektivt, hvilket medfører en usikkerhed om, hvorvidt alle relevante borgere er inkluderet. Der er af denne grund heller ikke præcise opgørelser over, hvornår alle borgerne har været tilknyttet FACT i de tre kommuner.

Populationen består af 51 individer (19 fra Silkeborg kommune, 16 fra Skive Kommune og 16 fra Viborg Kommune). De 51 individer er blevet tilknyttet FACT mellem 2020 og 2022.

## 5.2 Metode

Rapporten bygger på årlige gennemsnit og andele udregnet på enkelte år eller hele perioden 2018-2022. Det har ofte været nødvendigt at slå alle 5 år sammen grundet diskretioneringshensyn forårsaget af den meget lille population. Diskretioneringshensynet forudsætter, at der ikke rapporteres på beregninger foretaget på færre end tre observationer/individer. For enkelte opgørelser har det været muligt at lave simple deskriptive tidsserieanalyser for 2018-2022.

Grundet populationens lille størrelse, den store usikkerhed omkring tilknytningstidspunkt og manglende mulighed for at lave relevante kontrolgrupper formidler denne rapport udelukkende deskriptive karakteristikker.



## 5.3 Data

Opgørelserne i denne rapport baserer sig på registerdata fra Danmarks Statistik samt data fra Silkeborg, Skive og Viborg Kommune og Region Midtjylland, der dækker perioden 2018-2022. Data fra de nationale registrer, kommunerne og regionen er blevet trukket på baggrund af CPR-numre fra kommunerne. CPR-numrene er blevet pseudonymiseret af Danmarks Statistik.

### 5.3.1 Socioøkonomiske og demografiske data

Oplysninger om populationens køn og alder stammer fra kommunerne. Oplysninger om civilstatus og uddannelse er indhentet fra registrene **Hustande og Familier** og **Uddannelse**. Civilstand kodes i tre kategorier, efter hvorvidt man er gift, ugift eller fraskilt. Uddannelsesniveau kodes i fire kategorier: ingen uddannelse, folkeskoleuddannelse, gymnasial uddannelse og erhvervsfaglig uddannelse. Da ingen af borgerne i denne analyse har uddannelse på højere niveau end erhvervsfaglig uddannelse, inkluderes disse ikke.

Information om populationens tildeling af overførselsindkomster stammer fra **DREAM** (førtidspension, uddannelseshjælp, integrationsydelse, kontanthjælp, SU, ressourceforløb, ledighedsydelse, dagpenge, sygedagpenge, jobafklaring, fleksjob eller skånejob). Oplysningerne er opgjort på ugebasis og indeholder også oplysninger om deltagelse i beskæftigelsesrettede indsatser, fx om borgerne har haft beskæftigelse med løntilskud eller været i virksomhedspraktik.

Beskæftigelsesgrad er defineret som andelen af uger i løbet af et år, som en borger ikke modtager overførselsindkomster, og er baseret på *grad\_yyyy\_mm*.

Tabel 5.1 viser, hvilke DREAM-koder der er benyttet for de forskellige offentlige overførselsindkomstkategorier.

**Tabel 5.1 DREAM-koder benyttet til inddeling af offentlige overførsler**

Offentlige overførsler	DREAM-kode
Førtidspension	783, 784
Uddannelseshjælp	140-149, 720-729
Kontanthjælp/integrationsydelse	130-139, 730-739, 160-169, 700-709
SU	651, 652
Ressourceforløb	810-818
Dagpenge/sygedagpenge	111, 115, 121, 213-219, 881, 890-899
Ledighedsydelse	740-748
Fleksjob/skånejob	771, 774, 781
Jobafklaring	870-878

Kilde: (Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering, 2019).

## 5.3.2 Sundhedsdata

### 5.3.2.1 Diagnosekoder

Informationer om populationens diagnoser stammer fra **Landspatientregisteret** (LPR2 og LPR3) leveret af Region Midtjylland. Landspatientregisteret indeholder oplysninger om alle kontakter til somatiske og psykiatriske sygehuse i Danmark.

Opgørelsen over populationens psykiatriske diagnoser er baseret på aktionsdiagnoser på deres kontakter til sygehusvæsenet mellem 2018-2022. Tabel 5.2 viser de benyttede ICD-10 koder.

**Tabel 5.2 Psykiatriske diagnoser med tilhørende ICD-10-koder**

Psykiatriske diagnoser	ICD-10-koder	Indhold
Adfærdsforstyrrelser forårsaget af misbrug	F1	Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af psykoaktive stoffer
Skizofreni	F2	Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser
Bipolar lidelse	F31	Bipolar affektiv sindslidelse
Depression	F32, F33, F38	Depressiv enkeltepisode, periodisk depression, andre affektive sindslidelser eller tilstande
Angst og OCD	F40, F41, F42	Fobiske angsttilstande, andre angsttilstande, obsessiv-kompulsiv tilstand
Stress	F43	Reaktioner på svær belastning og tilpænsningsreaktioner
Spise- eller søvnforstyrrelser	F50, F51	Spiseforstyrrelser, ikke-organiske søvnforstyrrelser
Borderline og andre personlighedsforstyrrelser	F60, F61, F63	Specifikke forstyrrelser af personlighedsstrukturen, forstyrrelser i personlighedsstruktur af blandet og anden type, patologiske vane- og impulshandlinger
ADHD (herunder andre adfærdsforstyrrelser) og udviklingsforstyrrelser (herunder autisme)	F8, F90, F98, F99	Hyperkinetiske forstyrrelser, psykiske udviklingsforstyrrelser, andre adfærdsmæssige og emotionelle forstyrrelser opstået i barndom eller adolescens, psykiske lidelser eller forstyrrelser ikke nærmere specificeret

Kilde: (Sundhedsdatastyrelsen, 2023a).

Populationens somatiske diagnoser er ligeledes opgjort på baggrund af de aktionsdiagnoser, der er tilknyttet deres kontakter til sygehusvæsenet mellem

2018-2022. De somatiske sygdommes diagnoser er delt op i kroniske sygdomme, ulykker og forgiftninger. De kroniske sygdomme er udvalgt på baggrund af *Behandlingsrådets rapport vedrørende ulighed i somatisk behandling af patienter med psykiske lidelser* (Behandlingsrådet, 2023). Ikke alle diagnoser er repræsenteret i populationen. Tabel 5.3 viser de benyttede ICD-10 koder.

**Tabel 5.3 Kroniske somatiske diagnoser med tilhørende ICD-10 koder**

Kroniske somatiske diagnoser	ICD-10-koder	Indhold
Diabetes	E10-E14	Sukkersyge
Kroniske lungesygdomme	J40-J47	Kroniske sygdomme i nedre luftveje
Hjerte-kar-sygdomme	G45-G46	Episodiske og anfaldsvise lidelser
Leversygdom	B1, K7	Viral leverbetændelse og sygdomme i leveren
Mave-tarm-sygdomme	A0, K2, K3, K5, K6, K9, R1	Infektiøse tarmsygdomme, sygdomme i spiserøret, mavesækken og tolvfingertarmen samt symptomer og abnorme fund i fordøjelsessystemet
Overvægt	E6	Fedme og anden form for øget fødeindtagelse

Kilde: (Sundhedsdatastyrelsen, 2023b).

### 5.3.2.2 Sygehuskontakt

Opgørelser over sygehuskontakter er opgjort på baggrund af **Landspatientregisteret** (LPR2 og LPR3) leveret af Region Midtjylland. Landspatientregisteret indeholder oplysninger om alle kontakter til somatiske og psykiatriske sygehuse i Danmark. Kontakter til sygehusvæsenet opdeles i psykiatriske og somatiske ambulante besøg og indlæggelser. Besøg dækker over alle typer af ambulante registreringer for borgeren – herunder også ydelser uden besøg, fx koordinerende indsatser mellem medarbejdere i region og kommune, mailkorrespondance med borgeren, eller hvis borgeren har været oppe på konference. Ambulante besøg er defineret af regionen via variabelen *KonPatTypeTekst* (LPR2) og *Kontype* (LPR3) og er opgjort i tabellen *booking\_data*. Opgørelsen inkluderer besøg med start i 2018-2022. Indlæggelser opgøres som antal indlæggelser og antal sengedage. Antallet af indlæggelser er underrapporteret i 2022, da indlæggelser først registreres i Landspatientregisteret ved afslutningen af en indlæggelse. Dette medfører, at alle indlæggelser med startdato i 2022, men som først er afsluttet i 2023, ikke er inkluderet.

Der sker et databrud i 2019 ved overgangen fra LPR2 til LPR3, hvor definitionen af en ambulankontakt ændrer sig fra at være mere forløbsbaseret til at

være besøgsbaseret. Dette har dog umiddelbart ikke nogen betydning for denne opgørelse, da besøg bliver benyttet igennem hele perioden 2018-2022.

Det ser ud til, at covid-19 kan have påvirket antallet af både psykiatriske og somatiske indlæggelser og sengedage i 2020 og 2021, hvor antallet af psykiatriske sengedage falder, og antallet af somatiske sengedage stiger.

Yderligere identificeres kontakter relateret til forgiftninger og skader. Disse er ofte misbrugsrelaterede. Tabel 5.4 angiver de benyttede ICD-10 koder for forgiftninger og skader.

**Tabel 5.4 ICD-10 koder for forgiftninger og skader**

Forgiftninger og skader	ICD-10-koder	Indhold
Forgiftning	T3-T8	Skadelig virkning af lægemidler og ikke-medicinske substanser, komplikation efter medicinsk behandling
Skader	S0-S9, T0, T1, T2	Hovedlæsion, thoraxlæsion, læsion på abdomen, lænden, bækkenet, skulder, overarm, albue, underarm, håndled, hånd, hofte, lår, knæ, underben, ankel og fod samt læsion på flere legemsregioner og uden nærmere angivelse, forbrændinger og ætsninger

Kilde: (Sundhedsdatastyrelsen, 2023b)

### 5.3.2.3 Lægemiddelforbrug

**Lægemiddeldatabasen** benyttes til at identificere lægemiddelforbrug via afhentede recepter. Vi opgør lægemiddelforbrug for psykiatriske sygdomme og misbrugsudfordringer (ATC-klassifikation N). Tabel 5.5 angiver lægemidler til forskellige nervesygdomme og den tilknyttede ATC-kode.

**Tabel 5.5 Lægemidler til nervesygdomme med tilhørende ATC-koder**

Nervesygdomme	ATC-kode på niveau 4
Smertestillende	N02AA, N02AJ, N02AX, N02BA, N02BE, N02CC
Epilepsi og bipolarlidelse	N03AE, N03AF, N03AG, N03AX
Parkinsonssyge	N04AA, N04AB
Skizofreni, psykoser samt maniske og depressive perioder	N05AD, N05AF, N05AH, N05AN, N05AX
Angst	N05BB, N05BE, N05CD,
Abstinenser	N05BA
Søvnløshed	N05CF, N05CH
Depression	N06AA, N06AB, N06AX
ADHD	N06BA
Nikotinafhængighed	N07BA
Alkoholafhængighed	N07BB
Opioidafhængighed	N07BC

Kilde: (Thrane & Reersted, 2022).

### 5.3.2.4 Kontakt til praksissektoren

Oplysninger om ydelser under sygesikringen, herunder kontakter til praktiserende læger og speciallæger, kommer fra **Sygesikringsregisteret**. Data bygger på et årligt udtræk fra Det Fælleskommunale Sygesikringssystem, som bruges af regionerne ved afregning af sygesikringsydelser med de enkelte ydere, fx læger, tandlæger, fysioterapeuter, kiropraktorer mv. Ved hjælp af en 6-cifret specialekode er kontakterne til læger og sundhedsfaglige terapeuter bestemt. De første to cifre i den 6-cifrede kode angiver yderens speciale (fx praktiserende læge, tandlæge, psykolog osv.), hvilket er angivet i Tabel 5.6.

**Tabel 5.6 Sygesikringsregisteret**

Sundhedsfaglige ydere	Specialekode
Alment praktiserende læge	80, 83
Tandlæge	50
Psykiater	24
Psykolog	63
Speciallæge (øre- og øjnlæge, fysioterapeut, kiropraktor, fodterapeut og øvrige)	04, 05, 07, 08, 09, 19, 21, 51, 53, 54, 57, 62, 96

Anm.: Speciale: SPEC2 yders speciale.

Kilde: (Danmarks Statistik, n.d.-b).

### 5.3.3 Data om sociale ydelser

Data om misbrugsbehandling, hjemløshed, botilbud og social støtte er baseret på data fra de tre kommuner samt registeret **Handicapydelse**. I Tabel 5.7 vises oversigten over, hvilke data de tre kommuner har bidraget med.

Fra serviceloven kommer ydelserne misbrugsbehandling (§ 141 og § 142), social støtte (§ 85, § 82 og § 104) og boligtilbud (§ 107) samt ophold på forsorgshjem (§ 110). Andre boligtilbud som udslusningsbolig og midlertidig bolig er ydelser fra almenboligloven (§ 105 og § 63).

De kommunale data er koblet med handicapregisteret angående data om botilbud, socialpædagogisk støtte og aktivitets- og samværsydelse, som vist i Tabel 5.7.

**Tabel 5.7 Kategorisering af servicelovsydelser iht. kommunale data**

Indsats	Silkeborg Kommune	Skive Kommune	Viborg Kommune	HANDIC – registeret
Misbrugsbehandling § 141 og § 142	Alkoholbehandling Stofmisbrugsbehandling			
Hjemløshed § 110	Forsorgshjem	§ 110 (psyk) § 107 midlertidige botilbud	Forsorgshjem	
Botilbud § 107, § 105 og § 63	Aflastningstilbud Udslusningsbolig		Botilbudslignende, midlertidige botilbud	Midlertidige botilbud
Socialpædagogisk støtte § 85	Bostøtte	§ 85 Ikke botilbud/botilbud	Socialpædagogisk støtte, bostøtte	Socialpædagogisk støtte i botilbudslignende tilbud  Individuel tidsbegrænset socialpædagogisk hjælp og støtte  Øvrig socialpædagogisk støtte
Forebyggende og tidlig indsats § 82	Tidlig indsats	§ 82b	Forebyggende indsats	
Aktivitets- og samværsydelse § 104	Beskyttet beskæftigelse		Aktivitets- og samværstilbud	Aktivitets- og samværsydelse

Kilde: Kommunale data fra Silkeborg, Skive og Viborg Kommune fra 2018-2022. HANDIC – Handicapydelse, 2018-2021, & HANDICM – Handicapydelse – målgruppe, 2018-2021.

Tabel 5.8 viser en oversigt over, hvilke ydelseskoder der er benyttet til inddelingen af ydelser efter serviceloven. Alle ydelser er karakteriseret ud fra ydelsesmodtagerens målgruppe, hvilket angiver, på hvilken baggrund den enkelte ydelse er tildelt. Alle handicapydelse er tildelt med enten Intellectuel/kognitiv forstyrrelse (1.2.1)<sup>18</sup>, Sindslidelse (1.2.2) eller Socialt problem (2).

**Tabel 5.8 Ydelseskoder for handicapregisteret**

<b>Serviceloven, ydelse</b>	<b>Ydelseskode</b>
Aktivitets- og samværsydelse	1.1
Socialpædagogisk støtte i botilbudslignende tilbud	1.12.0.1
Individuel tidsbegrænset socialpædagogisk hjælp og støtte	1.18.2
Øvrig socialpædagogisk støtte	1.12.0.2
Midlertidige botilbud	12

Kilde: HANDIC – Handicapydelse, 2018-2021, & HANDICM – Handicapydelse – målgruppe, 2018-2021. (Danmarks Statistik, n.d.-a).

<sup>18</sup> Kode for ydelsesmodtagerens målgruppe.

# Litteratur

- Alliancen om den nære psykiatri. (n.d.). Initiativer for de mest udsatte. Retrieved October 18, 2023, from sundhedsaftalen.rm.dk website: <https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/Den-naere-psykiatri/den-naere-psykiatri/initiativer-for-de-mest-udsatte/>
- Alliancen om den nære psykiatri. (2019). *Den nære psykiatri - Borgeren i centrum*. Region Midtjylland: Alliancen - En fælles retning for den nære psykiatri i Region Midtjylland.
- Behandlingsrådet. (2023). *Behandlingsrådets rapport vedrørende ulighed i somatisk behandling af patienter med psykiske lidelser*. Aalborg: Behandlingsrådets.
- Benjaminsen, L. (2023). *Integreret indsats til borgere med kompleks udsathed - Notat om perspektiver ved anvendelse af ACT-metoden*. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Benjaminsen, L., Birkelund, J. F., Enemark, M. H., & Andrade, S. B. (2018). *Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet - Samfundsøkonomiske aspekter*. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Bond, G. R., Drake, R. E., Mueser, K. T., & Latimer, E. (2001). Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Illness. *Disease Management and Health Outcomes*, 9(3), 141–159.
- CCAF. (n.d.). Certification Centre for ACT and Flexible ACT. Retrieved October 19, 2023, from CCAF.nl website: <https://ccaf.nl/fact-facts/english/>
- Christensen, M. B. (2023). Polyfarmaci. Retrieved December 6, 2023, from medicin.dk website: [https://pro.medicin.dk/Specielleemner/Emner/318739#Ref\\_3208](https://pro.medicin.dk/Specielleemner/Emner/318739#Ref_3208)
- Damsgaard, D. (2023). Ny aftale om misbrug og særlige pladser: "Endelig." Retrieved January 18, 2024, from Ugeskrift for Læger website: <https://ugeskriftet.dk/nyhed/ny-aftale-om-misbrug-og-saerlige-pladser-endelig>
- Danmarks Statistik. (n.d.-a). MODT\_YDELSE\_KODE. Retrieved January 18, 2024, from dst.dk website: <https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/Times/handicap/modt-ydelse-kode>
- Danmarks Statistik. (n.d.-b). Speciale. Retrieved January 18, 2024, from dst.dk website: <https://www.dst.dk/da/TilSalg/Forskningservice/Dokumentation/hoejkvalitetsvariable/sygesikring---ydelser/speciale>
- Danmarks Statistik. (2021). Tabel PEN121: Førtidspensionister med bopæl i Danmark efter ydelsestype, alder, køn, familietype og enhed. Retrieved January 18, 2024, from Statistikbanken website: <https://www.statistikbanken.dk/pen121>



- Danmarks Statistik. (2022). Tabel PEN111: Førtidspensionister efter område, ydelsestype, alder, køn og modtagere. Retrieved January 4, 2024, from Statistikbanken website: <https://www.statistikbanken.dk/pen111>
- Danmarks Statistik. (2023). Tabel PEN113: Førtidspensionister efter område, køn, alder, ydelsestype og modtagere. Retrieved January 18, 2024, from Statistikbanken website: <https://www.statistikbanken.dk/PEN113>
- Drukker, M., Maarschalkerweerd, M., Bak, M., Driessen, G., à Campo, J., de Bie, A., ... Delespaul, P. (2008). A real-life observational study of the effectiveness of FACT in a Dutch mental health region. *BMC Psychiatry*, *8*(93), 1–10.
- Drukker, M., Visser, E., Sytema, S., & van Os, J. (2013). Flexible Assertive Community Treatment, Severity of Symptoms and Psychiatric Health Service Use, a Real life Observational Study. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, *9*(1), 202–209.
- Firn, M., Hindhaugh, K., Hubbeling, D., Davies, G., Jones, B., & White, S. J. (2013). A dismantling study of assertive outreach services: Comparing activity and outcomes following replacement with the FACT model. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *48*(6), 997–1003.
- Firn, M., White, S. J., Hubbeling, D., & Jones, B. (2018). The replacement of assertive outreach services by reinforcing local community teams: A four-year observational study. *Journal of Mental Health*, *27*(1), 4–9.
- Helsefonden. (n.d.). Somatisk sygdom hos borgere med psykiske lidelser. Retrieved January 18, 2024, from <https://helsefonden.dk/projekter/somatisk-sygdom-hos-borgere-med-psykiske-lidelser>
- Jacobsen, J. K. R. H., Korkmaz, S., Westergaard, C. L., & Heebøll, A. V. (2023). Beregner for investeringer i sundhed. Retrieved January 18, 2024, from VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd website: <https://vive.shinyapps.io/BISundhed/>
- Jensen, H. A. R., Davidsen, M., Ekholm, O., & Christensen, A. I. (2018). *Danskernes sundhed - Den nationale sundhedsprofil 2017*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Kaspersen, H. (n.d.). HoNOS. Retrieved January 18, 2024, from Region Hovedstaden website: <https://www.psykiatri-regionh.dk/CCMH/HoNOS/Sider/default.aspx>
- Lexén, A., & Svensson, B. (2016). Mental health professional experiences of the flexible assertive community treatment model: A grounded theory study. *Journal of Mental Health*, *25*(4), 379–384.
- Marshall, M., & Lockwood, A. (2000). Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2*, CD001089, 1–51.
- Mejsner, S. B., Fehsenfeld, M., Burau, V., Lundberg, L., Bech, M., Westergaard, C. L., & Vixø, K. (2023). Tackling social inequalities in health: assessing contexts for implementing inte-grated health access for people with severe mental illness. Working paper. *International Journal of Health Planning and Management*.

- Midtklyngens FACT-projektgruppe. (2023). *Forskningsgruppemøde 16. juni 2023*.
- Mik-Meyer, N. (2018). *Fagprofessionelles møde med udsatte klienter - Dilemmaer i den organisatoriske praksis*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Nielsen, C. M., Hjorthøj, C., Killaspy, H., & Nordentoft, M. (2020). The effect of flexible assertive community treatment in Denmark: A quasi-experimental controlled study. *The Lancet Psychiatry*, 8(1), 27–35.
- Nielsen, C. M., Hjorthøj, C., Nordentoft, M., & Christensen, U. (2021). A qualitative study on the implementation of flexible assertive community treatment - An integrated community-based treatment model for patients with severe mental illness. *International Journal of Integrated Care*, 21(2).
- Nugter, M. A., Engelsbel, F., Bähler, M., Keet, R., & van Veldhuizen, R. (2016). Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT) Implementation: A Prospective Real Life Study. *Community Mental Health Journal*, 52(8), 898–907. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9831-2>
- Pedersen, A. M. L. (2017). Illegale euforiserende stoffer og mundhulen. *Videnskab Og Klinik*, (11), 950–954.
- Plana-Ripoll, O., Pedersen, C. B., Agerbo, E., Holtz, Y., Erlangsen, A., Canudas-Romo, V., ... Laursen, T. M. (2019). A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: A nationwide, register-based cohort study. *The Lancet*, 394(10211), 1827–1835.
- Region Midtjylland. (2020). *Målgruppe for tværsektorielle fact teams i Midtklyngen, Bilag 2*. Region Midtjylland.
- Region Midtjylland, De 19 midtjyske kommuner, & PLO-Midtjylland. (2019). *Et nært og sammenhængende sundhedsvæsen i balance. Sundhedsaftalen 2019-2023*. Region Midtjylland: De 19 midtjyske kommuner, PLO-Midtjylland.
- Region Midtjylland. (2020a). *FACT-team: Inner Whell, Bilag 1*. Region Midtjylland.
- Region Midtjylland. (2020b). Hvad er FACT? Retrieved January 18, 2024, from <https://www.fagperson.psykiatrien.rm.dk/ansatte/informationer-fra-afdelingerne/regionspsykiatrien-midt/fact/hvad-er-fact/>
- Region Midtjylland. (2023). *FACT afslutningskonference*.
- Silkeborg Kommune. (n.d.). FACT - Flexible Assertive Community Treatment. Retrieved January 18, 2024, from silkeborg.dk website: <https://silkeborg.dk/Kommunen/Afdelinger-og-ledelse/Socialafdelingen/Udvikling-og-projekter/FACT-Flexible-Assertive-Community-Treatment>
- Social- og Ældreministeriet. (2022). Bekendtgørelse af lov om social service.
- Stein, L. I., & Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry*, 37(4), 392–397.

- Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering. (2019). *DREAM vejledning version 44 v2. Notat*. København: Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering.
- Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering. (2023). Kontanthjælp og uddannelseshjælp. Retrieved January 18, 2024, from <https://star.dk/ydelser/ledighed/kontanthjaelp-og-uddannelseshjaelp/>
- Sundhedsdatastyrelsen. (2023a). SKS-browser, vers 4.06. Retrieved January 18, 2024, from <https://medinfo.dk/sks/brows.php>
- Sundhedsdatastyrelsen. (2023b). SKS-browser, vers 4.06.
- Sundhedsdatastyrelsen. (2023c). Udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser. Retrieved January 18, 2024, from esundhed.dk website: <https://www.esundhed.dk/Emner/Operationer-og-diagnoser/Udvalgte-kroniske-sygdomme-og-svaere-psykiske-lidelser>
- Sundhedsstyrelsen. (2016). *Nationale kliniske retningslinjer for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2020). *COVID-19: Monitorering af aktivitet i sundhedsvæsenet - Beskrivelse af udviklingen i aktivitet i sundhedsvæsenet under COVID-19 epidemien - 3. rapport*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2022). *Sundhedsindsatser målrettet socialt udsatte borgere - Udvalgte eksempler*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Svensson, B., Hansson, L., & Lexén, A. (2018). Outcomes of clients in need of intensive team care in Flexible Assertive Community Treatment in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry, 72*(3), 226–231.
- Thoegersen, M. H., Morthorst, B. R., & Nordentoft, M. (2019). Assertive community treatment versus standard treatment for severely mentally ill patients in Denmark: A quasi-experimental trial. *Nordic Journal of Psychiatry, 73*(2), 149–158.
- Thrane, L., & Reersted, T. M. (2022). ATC-koder, hvad er det? Retrieved January 18, 2024, from Medicin.dk website: <https://pro.medicin.dk/Artikler/Artikel/184>
- Trane, K., Aasbrenn, K., Rønningen, M., Odden, S., Lexén, A., & Landheim, A. (2021). Flexible assertive community treatment teams can change complex and fragmented service systems: experiences of service providers. *International Journal of Mental Health Systems, 15*(1), 1–12.
- Van Veldhuizen, J. R. (2007). FACT: A Dutch version of ACT. *Community Mental Health Journal, 43*(4), 421–433.
- Van Veldhuizen, J. R., & Bähler, M. (2013). *Manual FACT, Flexible Assertive Community Treatment: Vision, model, practice and organization*. AG Groningen, The Netherlands: CCAF.
- Viborg Kommune. (2019). *Integrating services for adult citizens with serious mental illness*. Viborg: Viborg Kommune.
- Westen, K., Delespaul, P., & Kroon, H. (2021). *Håndbog: Borgercentreret koordineret indsats 3CP*. The Netherlands: CCAF.

# Bilag 1 Tabeller til DEL 1

**Bilagstabel 1.1 Andelen af FACT-borgere med en beskæftigelsesgrad over 0**

Indkomst og beskæftigelse	Borgere i FACT	
	Antal	Pct.
<i>Beskæftigelsesgrad større end 0</i>		
2018	11	22
2019	13	25
2020	9	18
2021	12	24
2022	9	18
2018-2022	28	45

Anm.: N = 51. Variablen GRAD\_XXXX\_XX: Månedlig beskæftigelsesgrad.

Kilde: DREAM – Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM, 2018-2022.

**Bilagstabel 1.2 FACT-borgeres forsørgelsesgrundlag i december 2022 og tilknytning til virksomhedspraktik**

Indkomst og beskæftigelse	Borgere i FACT	
	Antal	Pct.
<i>Forsørgelsesgrundlag i december 2022</i>		
Førtidspension	25	49
Uddannelseshjælp	9	18
Kontanthjælp	6	12
Ledighedsydelse	4	8
SU	0	0
Andet*	7	14

Anm.: N = 51. Variablen Y\_XXXX er benyttet. Hvilken ydelse personen har modtaget på uge-niveau.

Note: \*Ressourceforløb, jobafklaring, sygedagpenge, fleksjob eller skånejob, ingen ydelse.

Kilde: DREAM – Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM, 2018-2022.

### Bilagstabel 1.3 Årlige psykiatriske sengedage

Psykiatriske indlæggelser	Borgere i FACT	
	Antal	Pct.
<i>Gennemsnit pr. år pr. borger</i>		
0	13	25
0-4	9	18
5-9	9	18
10-29	7	14
≥30	13	25

Anm.: N = 51.

Kilde: LPR2 & LPR3, 2018-2022, Region Midtjylland.

### Bilagstabel 1.4 Skader og forgiftninger

Kontakt til sundhedsvæsenet	Borgere i FACT	
	Antal	Pct.
Skader	20	39
Forgiftninger	11	22

Anm.: N = 51.

Kilde: LPR2 & LPR3, 2018-2022.

**VIVE**