

Til
Socialstyrelsen

Dokumenttype
Evaluering og erfaringsopsamling af projekterne tilknyttet puljen 19M

Dato
Juni 2012

EVALUERING OG ERFARINGSOPSAMLING PROJEKTER MED TILSKUD FRA PULJEN 19M 2009-2012



**ERFARINGSOPSAMLING
TILSKUD FRA PULJEN 19M 2009-2012/**

INDHOLDSFORTEGNELSE

1.	Indledning	1
1.1	Kort om puljen 19M	1
1.2	Evaluerings fokus og metoder	1
1.3	Rapportstruktur	2
2.	Konklusion og læringspotentiale	3
3.	Puljens baggrund og særlige fokus	6
3.1	Forskellig udmøntning af projekterne	7
3.2	Fælles fokuspunkter på tværs af projekterne	8
4.	Projekternes fokus og modeller	11
4.1	Overordnede modeller og tilgange til styrkelse af koordinering	11
5.	Fællesteam	17
5.1	Udgangspunktet for at vælge fællesteam som model	17
5.2	Fællesteamets formål	18
5.3	Målgruppe	18
5.4	Aktiviteterne i fællesteamet	20
5.5	Variationer mellem projekterne	30
5.6	Hvor er fællesteamet særligt anvendeligt?	34
5.7	Læringspunkter på tværs	35
6.	Koordinerede funktioner	37
6.1	Koordinatorfunktionens formål	37
6.2	Koordinatorfunktionens målgruppe	38
6.3	Koordinatorfunktionens rolle	41
6.4	Variationer i den koordinerende funktion	45
6.5	Brugen af konkrete redskaber	51
6.6	Læringspunkter på tværs af projekterne	63
7.	Opsamling på de to overordnede modeller	65
8.	Opkvalificering og uddannelse af medarbejdere	69
8.2	Audit-metoden	70
9.	Generelle erfaringer fra puljen	72
9.1	Grundigt forarbejde	72
9.2	Klare snitflader til øvrige tilbud til målgruppen	73
9.3	Etablering og vedligeholdelse af samarbejdsrelationer	73
9.4	Opbakning og ejerskab i fællesteamene	75
9.5	Bliver projekterne et ekstra led i samarbejdet?	76
9.6	Læringspunkter på tværs af projekterne	77
10.	Puljens organisatoriske resultater	79
10.1	Styrket koordinering og fælles kultur	79
10.2	Helhedstænkning	82
10.3	Styrket medarbejdertilfredshed	83
	Bilag 1: Notat om evalueringens aktiviteter	85
	Bilag 2: Notat om 360°-måling	88
	bilag 3: Spørgeskema ved 360°-måling	93
	bilag 4: Skabelon til selvevaluering	98
	Bilag 5: Vejledning til selvevaluering	103
	Bilag 6: Samlede plancher fra midvejsseminar	109

1. INDLEDNING

1.1 Kort om puljen 19M

19M-puljen er en ansøgningspulje under Social- og Integrationsministeriet, hvor formålet er at støtte udviklingen af kommunernes sociale indsats over for mennesker med en sindslidelse. 19M-puljen blev i 2009 udmeldt som en 3-årig ansøgningspulje, hvor kommunerne kunne søge støtte til projekter, der sætter fokus på udmøntningen af sundhedsaftalerne mellem regioner og kommuner, som blev udarbejdet første gang i 2007.

Denne evaluering har fokus på de projekter, som har modtaget midler fra puljen i perioden 2009-2012, hvor hovedfokus har været på den kvalitet og sammenhæng i indsatsen for borgere med en sindslidelse, som bl.a. er formålet med sundhedsaftalerne mellem regioner og kommuner. Projekterne, som i denne periode har fået støtte fra puljen, har alle til formål at styrke koordineringen og samarbejdet i sager omkring sindslidende borgere. Med koordinering som udgangspunkt har projekterne arbejdet med metodeudvikling på et eller flere af følgende områder:

- Bedre koordinering af indsatsen, fx gennem kontaktpersoner, tovholdere eller team, der sikrer overgang mellem socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien.
- Bedre udredning og koordinerende indsats over for mennesker med dobbeltdiagnoser, herunder samarbejdet og arbejdsdeling mellem socialpsykiatri og behandlingspsykiatri.
- Forebyggelse og tidlig indsats i forhold til unge med sindslidelser.

I alt har 16 kommuner deltaget med projekter under puljen. De 16 kommuner er: Aalborg, Aarhus, Bornholm, Esbjerg, Frederikshavn, Gladsaxe, Halsnæs, Hvidovre, København, Næstved, Odense, Odsherred, Skanderborg, Skive, Vejle og Viborg.

Projektperioden har været fra den 1. april 2009 til den 31. marts 2012. Dog har en stor del af projekterne undervejs i projektperioden ansøgt om forlængelse frem til den 31. juli 2012, hvilket har betydet, at ikke alle projekter har været afsluttet ved evalueringens afslutning.

Erfaringsopsamlingen og evalueringen er gennemført af Rambøll på vegne af Social- og Integrationsministeriet og Socialstyrelsen.

1.2 Evalueringens fokus og metoder

Puljen til støtte af kommunernes sociale indsats over for sindslidende tager udgangspunkt i sundhedsaftalerne som indgåelse mellem kommuner og regionerne. Puljen har fokus på metodeudvikling for, hvordan samarbejdet og arbejdsdelingen mellem kommuner og regioner kan styrkes.

I forlængelse af puljens fokus på metodeudvikling har evalueringen haft som formål (i) at sikre løbende dokumentation af indsatser og resultater, (ii) at medvirke til at fastholde fokus og fremdrift i projekterne samt (iii) at opsamle og formidle projekternes erfaringer med vægt på de gode eksempler, der kan inspirere andre.

Der er gennem projektperioden gennemført følgende aktiviteter som en del af erfaringsopsamlingen og evalueringen:

- Indledningsvis forandringsteoriworkshop i alle projekter
- Tre 360°-målinger (nulpunktsmåling, midtvejsmåling og slutmåling) med fokus på samarbejde og koordinering mellem relevante aktører
- Halvårlige selvevalueringer med fokus på implementering og fremdrift i projekterne (i alt fem selvevalueringer)
- Indledende casestudier med fokus på opstart, udvikling og implementering i Hvidovre og Aalborg kommuner
- Afsluttende telefoninterview med alle projekter med fokus på drift, forankring og effekt
- Midtvejsseminar med fokus på gensidig refleksion mellem projekterne
- Afsluttende udviklingsseminar med projekterne.

I bilag 1 findes en uddybning af de enkelte evalueringsaktiviteter.

Projekterne har i forskellig grad arbejdet med borgerrettede aktiviteter og indsatser. I nærværende erfaringsopsamling og evaluering har fokus været på erfaringer og resultater vedrørende en styrkelse af koordinering og samarbejde mellem aktørerne på området, mens projekterne selv har stået for at gennemføre eventuelle erfaringsopsamlinger og evalueringer på det borgerrettede niveau og af de borgerrettede indsatser.

Der er tale om en erfaringsopsamling og evaluering af den samlede pulje, hvor formålet er at samle erfaringer og resultater, som kan inspirere kommuner og regioner, som ønsker at styrke koordineringen og samarbejdet vedrørende borgere med en sindslidelse. Rambøll har derfor søgt at se på tværs af puljens erfaringer og har på den baggrund formuleret overordnede modeller for samarbejde og koordinering frem for dybdegående beskrivelser og analyser af det enkelte projekt under puljen.

Vi har dog gennem rapporten søgt at give konkrete eksempler fra projekterne for at tydeliggøre variationerne på tværs af puljen samt videregive konkret inspiration til andre. De eksempler, som vises, har vi søgt at udvælge, således at de i videst muligt omfang kan opsummere erfaringerne fra flere projekter, som har arbejdet med samme tema.

1.3 Rapportstruktur

Rapporten er struktureret som følger:

Kapitel 2 giver en kort opsummering af puljens hovedresultater og erfaringer.

Kapitel 3 giver en kort præsentation af puljens baggrund og særlige fokuspunkter på tværs af projekterne.

I **kapitel 4** gives en overordnet præsentation af de koordinerende aktiviteter, som Rambøll har identificeret på tværs af puljen, bestående af *fællesteam*, *koordinerende funktioner samt opkvalificering og uddannelse af medarbejdere*. Kapitlet indeholder ligeledes en oversigt over de 16 projekter, og hvilken indsats de gennem projektperioden har arbejdet med.

I **kapitel 5** uddybes, hvad det er for indsatser og aktiviteter, som projekterne, der har arbejdet med *fællesteams* gennem projektperioden, har haft fokus på. Afsnittet afsluttes med tværgående anbefalinger til særlige fokuspunkter, hvis man skal implementere lignende indsatser og aktiviteter.

I **kapitel 6** uddybes, hvilke indsatser og aktiviteter som projekterne, der har arbejdet med *koordinerende funktioner* gennem projektperioden, har haft fokus på. Der afsluttes ligeledes her med en tværgående anbefaling til særlige fokuspunkter, hvis man skal implementere lignende indsatser og aktiviteter.

I **kapitel 7** opsummeres de overordnede ligheder og forskelle mellem fællesteamet og de koordinerende funktioner.

I **kapitel 8** præsenteres overordnet, hvordan projekterne har arbejdet med og haft fokus på *opkvalificering og uddannelse* af medarbejdere.

I **kapitel 9** opsummeres de generelle erfaringer projekterne har gjort sig på tværs af puljen.

I **kapitel 10** analyseres de organisatoriske resultater, der ses på tværs af puljen i forhold til en styrkelse af koordineringen for borgere med en sindslidelse.

2. KONKLUSION OG LÆRINGSPOTENTIALIA

Med puljen 19M har der i perioden fra april 2009 til marts 2012 været afsat midler til metodeudvikling af styrkede, koordinerende indsatser for borgere med en sindslidelse med udgangspunkt i sundhedsaftalerne, som indgås mellem regioner og kommuner. I alt 16 projekter har deltaget i metodeudvikling under puljen, og disse har i overvejende grad været forankret i kommunernes socialpsykiatri.

Baggrunden for puljen var at adressere de udfordringer, der opstår som følge af at indsatsen for borgere med en sindslidelse er delt mellem flere afdelinger i både regioner og kommuner. Der er tale om borgere, som på grund af deres særlige og komplekse problemstillinger har behov for en indsats fra flere dele af det kommunale system (fx socialpsykiatri, jobcenter, misbrugsbehandling) samt behandling fra regionerne, hvorfor samarbejde og koordinering mellem de forskellige aktører er afgørende for at sikre helhed og sammenhæng for den enkelte borger. Disse borgere har typisk selv meget vanskeligt ved at overskue koordineringen af deres indsatser.

Projekternes fokus skal derudover ses i lyset af, at den organisatoriske og faglige udvikling på området gennem de seneste år har stillet øgede krav til koordinering og samarbejde, både mellem kommuner og regioner og internt mellem afdelinger og forvaltninger i kommunen. Endelig ses der fortsat et udviklingspotentiale i forhold til at få sundhedsaftalerne implementeret i praksis.

På indledende workshops med projekterne blev det klart, at projekterne på tværs af puljen fra start havde en række fælles fokuspunkter som afsæt for deres koordinerende indsatser. Projekternes egne mål for metodeudviklingen på det organisatoriske plan, kan overordnet set sammenfattes i følgende punkter:

- Styrket helhedsfokus i indsatsen for borgere med en sindslidelse
- Styrket rolle- og ansvarsfordeling i forhold til en helhedsindsats for borgerne
- Styrket videndeling på tværs af afdelinger og sektorer
- Øget forståelse og respekt for hinandens fagligheder og beslutninger.

Trods dette fælles udgangspunkt er der imidlertid tale om 16 forskellige projekter, som varierer i forhold til deres konkrete formål, målgruppe og den specifikke indsats, og projekterne har i den konkrete metodeudvikling taget udgangspunkt i de særlige vilkår og udfordringer, som gør sig gældende i deres lokale kontekst.

Overordnet set har projekterne gennem perioden haft fokus på metodeudvikling af, hvordan koordinering og samarbejde mellem aktørerne, som arbejder med borgere med en sindslidelse, kan styrkes i deres lokale kontekst, og som følge anvender og tolker projekterne begrebet koordinering forskelligt. Samtidig ses, at der er stor forskel på, hvordan kommunerne har tilrettelagt udviklingsarbejdet. I nogle kommuner har man brugt en stor del af projektperioden til selve udviklingen af metoder til at styrke koordineringen og samarbejdet, mens andre projekter relativt hurtigt er kommet fra udvikling til afprøvning og derfor har haft en længere afprøvningsperiode.

To overordnede modeller

Gennem evaluering er der identificeret to overordnede modeller for koordinering og samarbejde:

- Fællesteam
- Koordinerende funktion

Fællesteam består af eksisterende medarbejdere fra forskellige enheder, som med faste intervaller mødes og koordinerer behandlingen af borgere med psykiske problemstillinger. Deltagerne i fællesteamet er typisk enten frontmedarbejdere eller ledere fra socialpsykiatrien, myndighedsfunktionen, distriktskykiatrien, psykiatriens sengeafsnit, misbrugsbehandlingen, jobcentret mv. Det overordnede formål med modellen er at sikre rammen for tværfaglig dialog og sparring med ledere og medarbejdere, dels om konkrete borgeres forløb, og dels i forhold til mere principielle drøftelser af rolle- og ansvarsfordeling.

I koordinatorfunktionen har omdrejningspunktet været koordinering af borgerens sag mellem de forskellige enheder. Koordinatorfunktionen kan organiseres sådan, at koordinatorene enten selv står for den primære borgerkontakt og nærmest agerer som case managere, eller sådan at koordinatorene udelukkende formidler kontakt mellem enhederne og koordinerer borgersagerne uden selv at have kontakt med borgerne. Fordi koordinatorene ofte har opbygget en særlig viden om målgruppen, og hvilke tilbud der er til målgruppen på tværs af afdelinger og sektorer, har koordinatorene derudover haft en konsulentrolle i forhold til andre medarbejdere på området, som har haft behov for råd, vejledning og sparring i forhold til konkrete borgers forløb.

Overordnet kan man sige, at fællesteammodellen medvirker til en forbedring af det generelle samarbejde mellem aktørerne på psykiatriområdet, mens koordinatorfunktionsmodellen skaber nye indsatser til borgerne. Begge modeller medvirker til et bedre samarbejde i enkeltssagsammenhænge og til, at de enkelte borgere får en bedre indsats.

Derudover har flere projekter også arbejdet med forskellige former for kompetenceudvikling.

Resultater

Inden for de to overordnede modeller har projekterne metodeudviklet konkrete redskaber, som kan danne inspiration eller direkte overføres til andre kommuner og regioner, som ønsker at styrke deres koordinerende indsatser i forhold til borgere med en sindslidende. Eksempler på de udviklede redskaber og brugen af dem kan findes i nærværende rapport. Erfaringerne herfra kan ligeledes udbredes til andre målgrupper på det sociale område.

Erfaringsopsamlingen og evalueringen viser, at projekterne gennem metodeudviklingen er nået et godt stykke i forhold til at styrke koordineringen mellem aktørerne, især på det sagsspecifikke niveau. Herunder oplever flere af projekterne, at de bidrager til at gøre sagsbehandlingen hurtigere og mere smidig, hvilket er til gavn for borgerne.

Set i forhold til om projekterne konkret har styrket helhedstænkningen, fælles sprog og kultur, koordinering og medarbejdertilfredshed, er det medarbejdernes indtryk på tværs af puljens projekter, at dette i høj grad er sket på det konkrete sagsniveau. Erfaringsopsamlingen og evalueringen tyder samtidigt på, at denne udvikling endnu ikke i betydelig grad er slået igennem i det brede samarbejde mellem afdelinger og sektorer på tværs i de enkelte kommuner og regioner.

En central del af projekternes arbejde har bestået i at afklare snitfald og få overblik over tilbud på tværs af afdelinger og sektorer, ligesom der har været stort fokus på at få etableret og vedligeholdt samarbejdsrelationer. Projekterne oplever, at den store energi, der er lagt i dette arbejde, er af stor betydning for projekternes implementering og forankring i de forskellige enheder og afdelinger. Projekternes indsats har yderligere bidraget til at skabe overblik over, hvem man skal kontakte i forskellige situationer, styrket videndeling og øget forståelse for hinandens prioriteringer og arbejdsvilkår. Dette har vist sig at være en styrke i det daglige samarbejde omkring konkrete borgerforløb.

Fremadrettet

Det er Rambølls vurdering, at hvis der skal skabes et styrket samarbejde mellem kommune og region som helhed, er der et fremadrettet behov for i højere grad at implementere fælles indsatser, hvor regioner og kommuner på lige fod er forpligtet ind i samarbejdet. Der er ligeledes behov for, at de respektive forvaltninger og afdelinger i kommunen, ud over Socialforvaltningen, forpligtes ind i samarbejdet.

På tværs af puljen peger erfaringerne på nogle centrale opmærksomhedspunkter, som er afgørende for en succesfuld implementering og styrket indsats. Dette drejer sig om:

- Et **grundigt forarbejde** hvor det er undersøgt, hvordan udfordringerne med koordinering og samarbejdet omkring udsatte borgere på tværs af aktører, forvaltninger og sektorer opleves, således at indsatsen, som skal implementeres, er målrettet de aktuelle behov. Det er herunder af stor betydning, at de centrale aktører er inddraget fra start, således at den nødvendige opbakning og inddragelse sikres.

- **Klare snitflader og rollefordeling** i forhold til de øvrige indsats til målgruppen, således at der ikke opstår uklarhed eller usikkerhed om, hvem der har hvilke roller eller kompetencer i forhold til målgruppen. Klarhed i snitflader og rollefordeling bidrager ligeledes til tydelighed i hvilken målgruppe, der skal være en del af indsatsen.
- **Etablering og vedligeholdelse af samarbejdsrelationer** tager tid, men er af stor betydning, både for den konkrete indsats, der skal igangsættes, og for den fremadrettede **opbakning og ejerskab** til projektet.

Endelig anbefales det at gøre sig overvejelser om, hvorvidt man ønsker at implementere en ny indsats og dermed potentielt **etablere et ekstra led** set i forhold til samarbejdet og koordineringen om borgerne, eller om man ønsker at styrke den eksisterende indsats til borgerne. Der kan være fordele og ulemper forbundet med etableringen af en ny indsats afhængigt af den lokale organisering, men hvis der etableres en ny indsats og et potentielt ekstra led er det vigtigt at gøre sig overvejelser om, hvordan dette påvirker indsatsen for borgeren og hvilken type dialog, der i givet fald er behov for på tværs af aktørerne.

3. PULJENS BAGGRUND OG SÆRLIGE FOKUS

Udgangspunktet for projekterne i puljen har været metodeudvikling for samarbejde og arbejdsdeling mellem kommunernes socialpsykiatri og behandlingspsykiatrien i regionerne. Projekterne har alle arbejdet med koordinering og samarbejde som det centrale fokuspunkt. Herunder har en række projekter arbejdet med et særligt fokus på borgere med en dobbeltdiagnose eller forebyggelse i forhold til unge med en sindslidelse.

Baggrunden for at vælge netop dette fokus for puljen har været at adressere de udfordringer, som opstår, som følge af at indsatsen over for en gruppe af sindslidende er delt mellem kommune og region. Kommunerne varetager helt overordnet den socialpsykiatriske, misbrugsbehandlende og øvrige sociale indsats i forhold til mennesker, der har en sindslidelse, ligesom kommunerne varetager beskæftigelsesindsatsen. Regionerne varetager en række behandlingsrelaterede opgaver i forhold til mennesker, der har en sindslidelse.

En stor del af de borgere som har brug for *både* behandling i regi af regionen og sociale tilbud i regi af kommuner, har komplekse problemstillinger og dermed behov for en indsats/støtte fra forskellige aktører. Det er derfor vigtigt med koordinerede, sammenhængende og helhedsorienterede indsatser.

Samarbejde og koordinering mellem aktørerne er i praksis en udfordring, fordi borgerne har behov for, at indsatserne er sammenhængende og understøtter hinanden, men borgerne kan være vanskelige at udrede og fastholde, ligesom de enkelte aktører ofte har hvert deres faglige fokus og prioriteringer. Udfordringer med sammenhæng og helhedsfokus bliver særligt tydelige i forhold til borgere med behov for parallelle indsatser, herunder sindslidende med behov for behandling fra behandlingspsykiatrien i regionen og for en socialpsykiatrisk indsats. Dette bliver ikke mindst tydeligt i forhold til borgere med dobbeltdiagnoser, hvor der er behov for en indsat både i forhold til borgerens sindslidelse, misbrug og evt. andre sociale problemstillinger.

Samarbejdet mellem de to sektorer er af stor betydning for borgerne, og hvor det ikke fungerer optimalt, kan det have direkte negative konsekvenser for den enkelte borger. Dette kan eksempelvis betyde, at borgeren ikke får den nødvendige støtte og behandling fra behandlingspsykiatrien, socialpsykiatrien eller misbrugsbehandlingen, eller at borgeren modtager den forkerte behandling, fordi det fra start ikke er ordentligt udredt, hvad borgerens behov og problemstillinger er.

Manglende koordinering kan ligeledes resultere i, at behandling og/eller støtte sættes for sent i gang, eller at medicinering ikke tilpasses den sociale støtte og indsats eller vice versa, som borgeren får i det hele taget. Dertil kommer, at der i nogle kommuner mangler tilbud, som kan tilpasses den enkeltes støttebehov.

Koordineringen og samarbejdet mellem kommunerne og regionerne er rammesat i sundhedsaftalerne, men der er fortsat lokale udfordringer med at få samarbejdet og koordineringen til at glide i praksis.

Ved puljens start havde kommunerne efter kommunalreformen overtaget ansvaret for hele den sociale indsats over for sindslidende, og de nye kommuner skulle integrere de tidligere kommuners forskellige tilbud i en ny, samlet, kommunal indsats. Der har derfor som en del af puljen været et stort fokus på at få skabt et samlet overblik over, hvilke tilbud der er til målgruppen lokalt.

Et andet område, som har fyldt meget gennem puljen, har været opsplitningen mellem forvaltninger i kommunerne som følge af lovkravet om, at jobcentre skal udgøre selvstændige enheder i kommunerne. Dette har øget behovet for koordinering mellem ikke mindst socialpsykiatrien, misbrugscentre, jobcentre og børne- og familieteam. Det har ligeledes udfordret borgernes og regionernes indgang til kommunen.

Endelig har der i psykiatriens sengeafsnit gennem de sidste år været et ændret fagligt fokus. Det betyder, at flere patienter behandles ambulantly via fx distriktspsykiatrien. I takt hermed er der blevet nedlagt flere sengepladser, og i den kommunale socialpsykiatri oplever man at skulle rumme flere og dårligere borgere inden for de kommunale tilbud. Et tæt samarbejde og koordinering med behandlingspsykiatrien bliver derfor mere vigtigt.

Set i denne kontekst, har det været puljens formål at styrke samarbejdet, helhedstænkningen og koordineringen omkring netop disse borgere. Særligt har formålet været, at erfaringerne herfra kan bidrage til at styrke sundhedsaftalerne mellem kommune og region, herunder styrke implementeringen i praksis, således at sundhedsaftalerne rykker sig fra primært at være et politisk og ledelsesmæssigt redskab til også at være et redskab, som kan anvendes i praksis, til at sikre helhedsorientering og tværfaglig indsats for borgerne.

3.1 Forskellig udmøntning af projekterne

Der har ikke i puljen været en fast ramme for, hvordan indsatsen har skullet tilrettelægges, hvilket har betydet, at projekterne, tilknyttet puljen, har grebet arbejdet med styrkelse af koordinering an på meget forskellig vis. De varierer derfor i høj grad med hensyn til formål, målgruppe og konkret indsats, ligesom erfaringsopsamlingen og evalueringen tegner et billede af, at projekterne anvender og tolker begrebet koordinering forskelligt. Der er således forskel på, om projekterne arbejder med fokus på direkte koordinering for borgeren eller koordinering af borgerens sag, dvs. om fokus er på at yde borgeren konkret koordinering, eller om man primært sørger for at guide samarbejdspartnere videre til rette tilbud eller aktører. For nogle projekter består koordinering af, at man følger borgeren og sagen videre i systemet, og for andre, at man primært har en rolle i forhold til at sikre, at borgerens sag igangsættes.

I nedenstående tabel 1 vises en oversigt over, hvilket fokus projekterne, som er tilknyttet puljen, overvejende har haft. Som det ses af tabellen har en række projekter haft særligt fokus på den direkte kontakt med og indsats for borgeren, mens andre særligt har haft fokus på det mere organisatoriske samarbejde mellem aktørerne på området. Andre igen har kombineret de to fokusområder. Aarhus Kommune har i projektet ikke arbejdet med en metode eller et projekt, som er direkte relateret til specifikke borgere, men har i stedet anvendt en auditmetode til at drøfte en række udfordrende sager på tværs af aktørerne med henblik på at lære af de erfaringer, der er, og få indsatsen for disse målgrupper styrket fremadrettet.

Tabel 1: Vægtningen i indsatserne

Kommune	Særlig fokus på social indsats rettet mod borgeren	Særlig fokus på koordinering mellem aktører	Både fokus på koordinering og borgerrettet indsats	Ingen borgerrettet metode
Bornholm			X	
Esbjerg			X	
Frederikshavn			X	
Gladsaxe	X			
Halsnæs	X			
Hvidovre		X		
København			X	
Næstved			X	
Odense		X		
Odsherred		X		
Skanderborg			X	
Skive			X	
Vejle			X	
Viborg		X		
Aalborg			X	
Aarhus				X

I nedenstående tabel 2 ses en opdeling af projekterne, i forhold til hvilken målgruppe det enkelte projekt har haft særlig fokus på.

Tabel 2: Målgrupper i projekterne tilknyttet puljen 19

Projekt/ mål-gruppe	Alle med sindslidelse og behov for indsats fra region og kommune*	Borgere med dobbelt-diagnoser	Unge/ynge sindslidende borgere (forebyggende)	De dårligste/ tungeste borgere	18-65-årige, som har været indlagt i mere end 1 måned
Bornholm			X		
Esbjerg		X			
Frederikshavn		X			
Gladsaxe	X				
Halsnæs			X		
Hvidovre	X				
København				X	X
Næstved	X				
Odense	X				
Odsherred	X				
Skanderborg		X			
Skive	X		X		
Vejle					X
Viborg		X			
Aalborg	X				
Aarhus		(X)		X	

* I denne gruppe har nogle af projekterne besluttet, at der også er et eksplicit fokus på personer med dobbeltdiagnose. Disse projekter har også et kryds i målgruppen: "Borgere med dobbeltdiagnose".

En række af projekterne har i projektperioden ud over koordinering og samarbejde haft særligt fokus på at udvikle sociale indsatser til borgere med en sindslidelse. Eksempelvis har projektet i Halsnæs haft stort fokus på at udvikle et tilbud til unge mænd med en sindslidelse, hvor man blandt andet arbejder med udredning af disse borgere og styrkelse af deres mestringsstrategier.

Uanset udgangspunktet har det været fælles for alle projekterne, at det organisatoriske og det borgerrettede niveau hænger sammen. Det har været den generelle opfattelse og tilgang til arbejdet i projekterne, at en forbedring på det borgerrettede niveau kræver en ændring og forbedring på det organisatoriske niveau.

For flere af projekterne har det været en central del at få skabt et overblik over feltet, herunder:

- Hvilke tilbud der i forvejen er til målgruppen internt i kommunen
- Hvilke tilbud der er til målgruppen hos eksterne samarbejdspartnere
- Hvilke retningslinjer og kommandoveje der er for samarbejdet mellem de respektive aktører og
- Hvorvidt disse retningslinjer og beslutningsstrukturer er tilstrækkelige og dækkende for samarbejdet.

3.2 Fælles fokuspunkter på tværs af projekterne

På tværs af projekterne har der været en række træk i forhold til de overordnede fokuspunkter og udfordringer, som man ønskede at løse. Dette blev ikke mindst tydeliggjort, da der som opstart på projekterne i efteråret 2009 blev afholdt forandringsteoriworkshops i alle 16 projekter, hvor der deltog repræsentanter fra de forskellige aktører på området. På tværs af projekterne gav deltagere på tværs af afdelinger og sektorer udtryk for, at de ønsker et godt samarbejde omkring de fælles borgere. Mange steder oplevede man fra start at have et godt samarbejde, særligt på individniveau, dvs. mellem konkrete medarbejdere omkring konkrete borgere.

I tabel 3 nedenfor er projekternes indledende fokuspunkter kort opsummeret.

Tabel 3 Projekternes indledende fokuspunkter

Særlige udfordringer ved projektstart, som ønskes løst via 19M-projekterne	Projekterne ønskede at løse dette ved...
Manglende helhed i indsatserne.	Fra start at styrke helhedsindsatsen for borgerne ved at skabe bedre overblik over de samlede tilbud på tværs af sektorerne og afdelinger i kommunen. At styrke kommunikationen og den tværfaglige indsats og opgaveløsning.
Mangel på klare rolle- og ansvarsfordelinger i forhold til en helhedsindsats og manglende fælles retning for, hvad man arbejder hen imod.	At sikre bedre koordination mellem behandlingsplaner i behandlingspsykiatrien og handleplaner i socialpsykiatrien, hvorigennem det tydeliggøres, hvordan de to sektorer i fællesskab bidrager til borgerens helhedsindsats.
Manglende videndeling på tværs af afdelinger og sektorer.	At udvikle samarbejdsmodeller/fora, som sikrer en tættere generel integration af viden og faglighed.
Til tider mangel på respekt og forståelse af de andres faglighed og beslutninger.	At udvikle samarbejdsmodeller/fora, som skulle sikre, at medarbejderne også i praksis inddrager hinanden og gør brug af hinandens fagligheder i en fælles indsats, herunder skabe forståelse, og dermed respekt, for de valg og beslutninger, der træffes i begge sektorer. Nøgleord her var ambitioner om at skabe fælles sprog, fælles fokus og fælles retning.
Manglende overblik på tværs af sektorer og afdelinger over, hvilke tilbud og indsatser der reelt er til rådighed for borgerne. Som følge opstår der nemt myter om, hvad den anden part kan og skal i forhold til borgeren, hvilket fører til irritation og til tider manglende forståelse af hinandens prioriteter.	At sikre, at medarbejderne hele tiden har et opdateret overblik over hinandens tilbud og kendskab til hinandens kompetencer, beføjelser og muligheder ift. borgerne.
Kommunerne er meget komplekse, og såvel borgere som samarbejdspartnere og medarbejdere internt i kommunerne har ofte vanskeligt ved at overskue, hvem de skal kontakte om hvad.	At sikre en tydeliggørelse af kommunikationsveje og samarbejdsrelationer, både <i>internt</i> i kommune og region og <i>eksternt</i> mellem myndigheder.
De eksisterende fora for samarbejde (særligt sundhedsaftalerne) er stadig under udvikling og kan gøres mere konkrete og borgerrettede.	At de eksisterende samarbejdsaftaler og fora inddrages og udbygges, hvor det er relevant og nødvendigt.
Øget borgerinddragelse	At arbejde med metoder og redskaber, som i højere grad skaber rum for borgerinddragelse. Der var særligt fokus på, gennem de koordinerende indsatser, at få skabt mulighed for, at borgerne kan deltage, at det bliver overskueligt for dem, hvem de skal kontakte om hvad, samt at der arbejdes med redskaber, som kan fremme dialogen mellem borgere og medarbejdere.

Overordnet set har projekterne gennem perioden haft fokus på metodeudvikling af, hvordan koordinering og samarbejde mellem aktørerne, som arbejder med borgere med en sindslidelse, kan

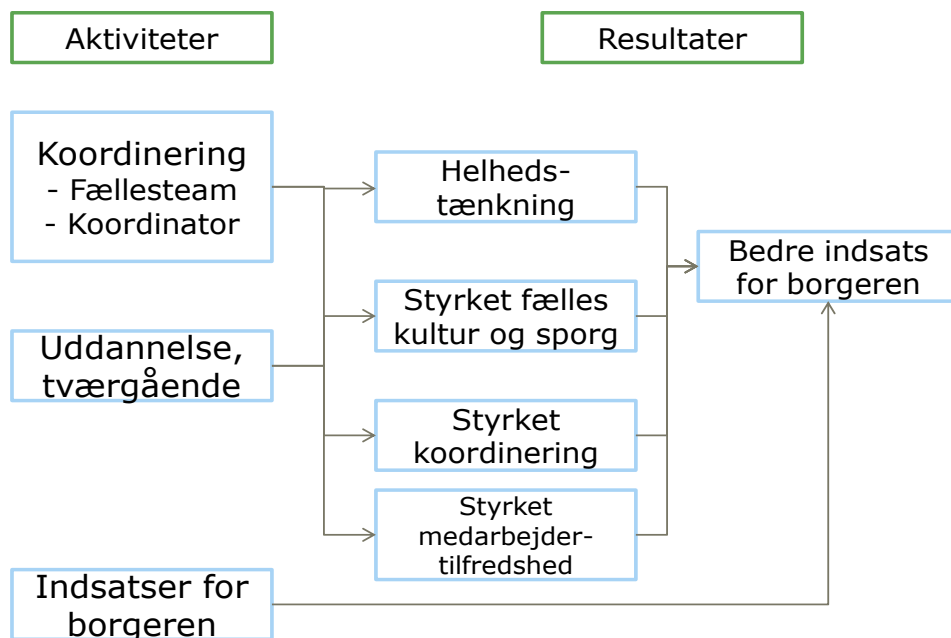
styrkes i deres lokale kontekst. Det centrale fokus for puljen har været selve udviklingen af metoder til at styrke samarbejde og koordinering på tværs af aktører. Nogle projekter har brugt en stor del af projektperioden til selve udviklingsarbejdet, blandt andet Københavns Kommune, men andre projekter har haft en længere afprøvningsperiode.

Som det fremgår af nedenstående figur 1, har vi på tværs af puljen identificeret to overordnede modeller for koordinering: Et fællesteam og en koordinatorfunktion. Dertil kommer, at flere projekter sideløbende med dette har arbejdet med tværgående uddannelse og opkvalificering.

Det overordnede mål for puljens projekter har været at sikre en bedre indsats for den enkelte borger gennem en styrket helhedstænkning, styrket koordinering og øget fælles fokus i den indsats, som borgeren får på tværs af tilbud, afdelinger og sektorer. I flere projekter har der ligeledes været et fokus at skabe øget medarbejdertilfredshed i arbejdet med disse udsatte borgere.

Puljens fokus har vi sammenfattet i nedenstående figur 1.

Figur 1 Overordnet forandringsteori – evalueringen af puljen 19M

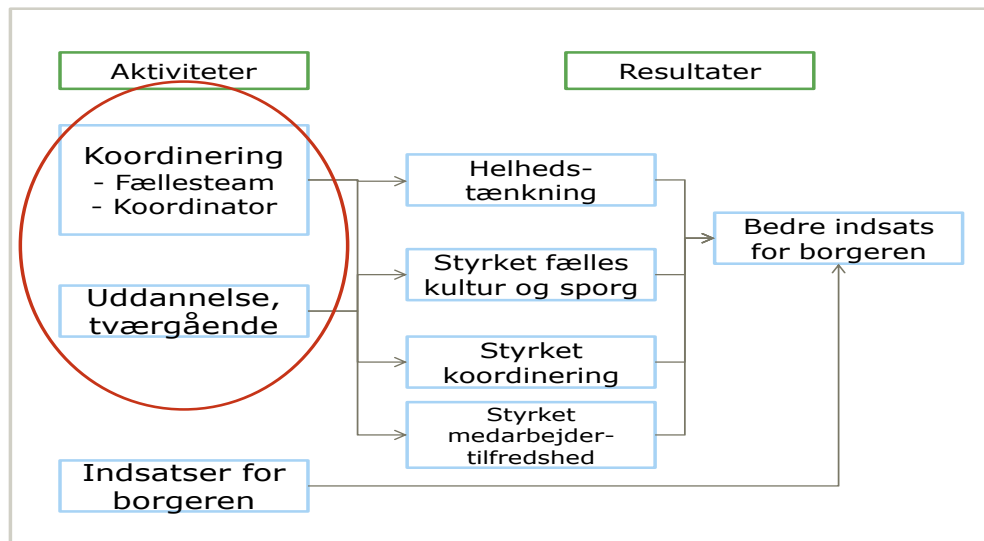


Gennem denne erfaringsopsamling og evaluering vil vi se nærmere på, hvordan projekterne konkret har udmøntet deres projekter, og hvilke erfaringer de har gjort sig.

4. PROJEKTERNES FOKUS OG MODELLER

I dette og de følgende kapitler vil vi gennemgå de overordnede typer aktiviteter, som de 16 projektkommuner har arbejdet med gennem projektperioden. For hver type aktivitet vil der være fokus på at beskrive de træk, der går igen på tværs af puljens projekter, ligesom vi vil inddrage konkrete eksempler undervejs, dels for at illustrere de forskelle og nuancer der er, og dels for herigennem at give konkret inspiration til redskaber og metoder, som er blevet afprøvet i løbet af projektperioden.

Figur 2 Puljens centrale aktiviteter



4.1 Overordnede modeller og tilgange til styrkelse af koordinering

Alle projekterne har fokuseret på at styrke samarbejdet og koordineringen i forhold til borgere med en sindslidelse, men projekterne varierer i forhold til deres mere specifikke formål, tilgange og måden at organisere arbejdet på. På baggrund af projekternes formål, tilgange og organisering kan projekterne overordnet set opdeles i to forskellige modeller:

- En model med et fællesteam
- En model med en koordinatorfunktion

Dertil kommer, at Aarhus Kommune som nævnt har arbejdet med brugen af en audit-metode til at drøfte en række udfordrende sager på tværs af aktørerne med henblik på at lære af de erfaringer, der er, og få indsatsen for disse målgrupper styrket fremadrettet. Metoden bygger på afholdelsen af en række audits, hvor et panel gennemgår udvalgte sager og kommer med anbefalinger til organisatoriske, praktisk og faglige ændringer til arbejdet med sindslidende i kommunen og regionen.

Kort fortalt, består et *fællesteam* af medarbejdere fra forskellige enheder, som med faste intervaller, fx hver 2. eller hver 4. uge, mødes og koordinerer behandlingen af borgere med psykiske problemstillinger. Deltagerne i fællesteamet er typisk enten frontmedarbejdere eller ledere fra socialpsykiatrien, myndighedsfunktionen, distriktspsykiatrien, psykiatriens sengeafsnit, misbrugsbehandlingen, jobcentret mv. I nogle af de kommuner, som benytter sig af denne form for samarbejde, er visse enheder fast repræsenteret i fællesteamet, mens andre aktører, fx borgerne sagsbehandlere, indkaldes ad hoc til møderne, når det er relevant, at de deltager.

Mens fællesteamet udgøres af medarbejdere, der er fast tilknyttet til de forskellige afdelinger, udgør *koordinatorfunktionen* ofte sin egen enhed og består typisk af projektansatte medarbejdere. Koordinatorfunktionen går ud på, at projektet varetager en koordinerende funktion mellem de øvrige enheder, som har med sindslidende borgere at gøre. Koordinatorfunktionen kan enten or-

ganiseres sådan, at koordinatorene selv står for den primære borgerkontakt og nærmest agerer som case managere, eller sådan at koordinatorene udelukkende formidler kontakt mellem enhederne og koordinerer borgersagerne uden selv at have kontakt med borgerne. I nedenstående figur 3 er hovedelementerne i de to modeller opsummeret.

Figur 3 Hovedindholdet i de to modeller, Fællesteam og Koordinatorfunktion



Udover de to modeller med fællesteamet og koordinatorfunktionen har uddannelse og opkvalificering af de faste medarbejdere været et tema, som er gået på tværs af alle projekterne. Opkvalificeringen af medarbejderne drejer sig typisk om at give de faste medarbejdere, især frontmedarbejderne, kompetencer til at håndtere og forstå de særlige problemstillinger, som borgerne i målgruppen kan have.

På næste side findes en oversigt over de 16 projekter. Oversigten indeholder en kort beskrivelse af projekterne, herunder deres målgruppe, særlige fokusområder og aktiviteter. Aarhus Kommunes projekt med auditmetoden er indsat under projekter, som har særligt fokus på kompetenceudvikling.

I projekterne har der særligt for de koordinerende indsatser været stor sammenhæng mellem de koordinerende indsatser og sociale indsatser til borgeren, idet man 1) som borgerens primære koordinerende kontaktperson bliver en vigtig støtte for borgeren i forhold til borgerens samlede situation, eller 2) som borgerens støtteperson får en vigtig rolle i forhold til den koordinerende indsats med andre aktører. Derfor kan de to indsatser være vanskelige (og måske ikke hensigtsmæssige) at adskille i praksis.

Idet vores primære fokus i denne erfaringsopsamling og evaluering er på de koordinerende indsatser, har vi i tabellen alligevel valgt en opdeling mellem koordinatorfunktionens og socialpsykiatrisk indsats for at give et overblik over variationen mellem projekterne. I tabellen er der under socialpsykiatriske indsatser udelukkende angivet projekter, hvor der er tilknyttet en indsats, som kan sidestilles med indsatser efter Servicelovens §§ 85 og 99. For de projekter, hvor den koordinerende indsats er en integreret del af en sådan social indsats, har vi angivet, hvad indholdet af hhv. den koordinerende og den sociale indsats er. For de øvrige projekter er projektets fokus samlet beskrevet under den koordinerende funktion.

En lang række projekter har arbejdet med forskellige typer opkvalificerende indsatser, herunder forskellige temadage mv. I tabellen nedenfor er der kun medtaget særlige, opkvalificerende uddannelsesforløb, hvor fokus har været på at opkvalificere faste medarbejdere i kommune og/eller region gennem længere uddannelsesforløb.

I de næste fire kapitler beskrives henholdsvis modellen med fællesteamet, modellen med koordinatorfunktionen og indsatserne med fokus på at opkvalificere de eksisterende medarbejdere.

Table 4 Projekterne under puljen 19M

Kommune	Projekt navn	Borgermålgruppe	Fællesteam	Koordinatorfunktion	Socialpsykiatrisk indsats	Opkvalificering af faste medarbejdere
Bornholm	Projekt BRISK – Bru- gerdeltagelse I Sty- ring og Koordination	Sindslidende med til- knytning til behandlings- psykiatrien		Koordinatorfunktion del af socialpsykiatrisk indsats. Afklaring af funktionsni- veau. Fokus på udvikling af fælles udgangspunkt, sprog og mål for alle aktø- rer. Brugerinddragelse.	Udgangspunkt i ACT- metoden (Assertive Community Treat- ment). Forskellige fagligheder i teamet styrker den tværfag- lige indsats ift. bor- geren.	Udbredelse af ICF- metoden til afklaring af funktionsniveau.
Esbjerg	Psykosocialt Rådgiv- ningsteam	Borgere med en dobbelt- diagnose	Afklaring af konkrete sager. Forum for med- arbejdere og ledere.	Koordinatorfunktion med borgerkontakt. Koordinatorfunktionen er tæt knyttet til fællestea- met, og følger op på de borgersager der drøftes her. Koordinatoren har herudover egen sags- stamme. Koordinatorfunktionen her har som den eneste reel myndigheds- og bevil- lingskompetence.		
Frederiks- havn	Dobbeltdiagnosepro- jektet	Borgere med en dobbelt- diagnose	Fokus på behandlings- koordinering.			Medarbejdere i socialpsy- kiatrien har gennemført uddannelse i "på vej mod et bedre liv" ved Vi- denscenter for Rusmid- delpspsykiatri, Risskov.
Gladsaxe	Styr på livet	Sindslidende generelt	Forum for medarbejde- re.	Koordinatorfunktion del af socialpsykiatrisk indsats. Har ikke hovedansvaret for at koordinere borgernes sager, men hjælper med at give borgeren overblik over sine relationer og etablerer kontakt mellem borgeren og relevante ak- tører.	Gruppeforløb, som skal give mestrings- strategier og bedre livskvalitet.	Projektet har udviklet metoder til at afholde gruppeforløb, som den faste medarbejdergruppe er blevet uddannet i.

Kommune	Projekt navn	Borgermålgruppe	Fællesteam	Koordinatorfunktion	Socialpsykiatrisk indsats	Opkvalificering af faste medarbejdere
Halsnæs	Tidlig socialpsykiatrisk indsats for unge mænd	Unge mænd med en sindslidelse		Koordinatorfunktion del af socialpsykiatrisk indsats. Afklaring af behov for indsats og støtte. Udvikling af handleplan. Tæt samarbejde med den eksisterende sagsbehandler.	Fokus på at etablere en tryk base for den unge og få den unge koblet til det etablerede system. Netværksaktiviteter og virksomhedsbesøg. Bevilges som § 85-bøstøtte.	
Hvidovre	Koordination af samarbejdet mellem Hvidovre Kommune og Psykiatrisk Center Hvidovre	Sindslidende generelt		Koordinatorfunktion uden borgerkontakt med særligt fokus på vejledning af andre medarbejdere/aktører.		
København	Den Koordinerende Kontaktperson	Borgere med sindslidelse, som: - for nylig har afsluttet et behandlingsforløb i behandlingspsykiatrien, og som står foran udskrivning eller netop er udskrevet fra behandlingsstedet. - afsoner en behandling på et behandlingssted, og som står overfor udskrivning fra behandlingsstedet. Derudover skal borgeren være mellem 18 og 65 år, og borgernes sag skal have en vis kompleksitet.		Koordinatorfunktion med borgerkontakt.		Udvikling af metode til koordinerende kontaktperson, som skal udbredes til faste medarbejdere. Fokus på fremskudt sagsbehandling og mulighed for at reagere tidligere som sagsbehandler.
Næstved	Sammenhæng og helhed i den sociale indsats for mennesker med en sindslidelse i Næstved kommune	Psykisk sårbare borgere generelt		Koordinatorfunktion med borgerkontakt plus vejledning af andre medarbejdere/aktører.		
Odense	Forløbskoordination på psykiatriområdet i Odense Kommune	Sindslidende generelt		Koordinatorfunktion med borgerkontakt. Borgerinddragelse.		Uddannelse i "Åben Dialog".

Kommune	Projekt navn	Borgermålgruppe	Fællesteam	Koordinatorfunktion	Socialpsykiatrisk indsats	Opkvalificering af faste medarbejdere
Odsherred	Et samtidigt ansvar	Komplicerede sager hvor medarbejderne oplever at være 'kørt fast'	Afklaring af konkrete sager. Forum for medarbejdere og ledere.	Koordinatorfunktion med borgerkontakt. Koordinatorerne er forankret i forskellige afdelinger og indgår i projektet på deltid.		
Skanderborg	Projekt Dobbelt diagnose	Borgere med en dobbelt diagnose	Fokus på principielle sager, udgangspunkt i konkrete sager. Forum for ledere.			Medarbejdere i socialpsykiatrien har gennemført uddannelse i "på vej mod et bedre liv" ved Videnscenter for Rusmiddepsykiatri, Risskov.
Skive	Projekt Indsats på Tværs	Primært unge kontanthjælpsmodtagere med en sindslidelse eller psykisk sårbarhed		Afklaring af behov for indsats og støtte. Udvikling af handleplan. Afholdelse af netværksmøder.	Fokus på at etablere en tryk base for den unge, styrke netværk og hjælpe den unge med overgangen til uddannelse eller praktik og arbejde.	
Vejle	Socialpsykiatrisk Forebyggelsesteam	Målgruppen i projektet er borgere mellem 18 og 65 år, som forventes at være indlagt på Psykiatrisk Afdeling i mere end 30 dage, og som skal udskrives til og har behov for socialpsykiatrisk støtte i egen bolig efter endt behandling.		Koordinatorfunktion med borgerkontakt. Særligt fokus på udskrivningssituationen og på forebyggelse af genindlæggelser.		
Viborg	Fællesteam Dobbelt diagnose	Borgere med en dobbelt diagnose	Afklaring af konkrete sager. Forum for medarbejdere og ledere.			
Aalborg	Projekt Udskrivningskoordinator	Borger, der står foran en udskrivning fra behandlingspsykiatrien		Koordinatorfunktion med borgerkontakt. Særligt fokus på udskrivningssituationen og på forebyggelse af genindlæggelser.		

Kommune	Projekt navn	Borgermålgruppe	Fællesteam	Koordinatorfunktion	Socialpsykiatrisk indsats	Opkvalificering af faste medarbejdere
Aarhus	Dokumentation, evaluering og udvikling af praksis – de tunge sager	Ikke aktuelle borgersager				Afholdelse af audits har tilvejebragt anbefalinger om faglighed, praksis og organisering. Anbefalingerne er samlet i rapporter, som bl.a. bruges af specifikke arbejdsgrupper.

5. FÆLLESTEAM

Fællesteamet er en samarbejdsform, som har til formål at sikre, at relevante afdelinger og medarbejdere i henholdsvis kommunen og regionen samarbejder om koordineringen af borgersager, sådan at borgerne får en sammenhængende, helhedsorienteret og rettidig indsats.

Fællesteamet handler om at dele viden og om at skabe relationer. I nogle tilfælde bruges fællesteamet til at afklare rollefordelingen i konkrete enkeltsager. I andre tilfælde handler møderne i fællesteamet om drøftelser af en mere generel karakter, såsom overordnede spørgsmål eller afklaring af principielle snitflader.

Deltagerne i fællesteamet kommer fra socialpsykiatrien, myndighedsfunktionen, distriktpsychiatrien, psykiatriens sengeafsnit, misbrugsbehandlingen, jobcentret og mange andre steder, afhængigt af, hvilket fokus det enkelte projekt har lagt.

Under 19M-puljen har projekterne i Esbjerg, Frederikshavn, Gladsaxe, Odsherred, Skanderborg og Viborg Kommune beskæftiget sig med denne model. Dette kapitel er baseret på de erfaringer, som projekterne har gjort sig i arbejdet med og udviklingen af modellen.

I de enkelte kommuner har modellen fået forskellige navne. Disse fremgår af tabellen nedenfor. I denne rapport har vi for at øge læsevenligheden valgt konsekvent at bruge navnet fællesteam.

Tabel 5 Oversigt over projekter som arbejder med fællesteam under puljen 19M

Kommune	Navn
Esbjerg	Psykosocialt rådgivningsteam
Frederikshavn	Tværasektoriel koordineringsgruppe
Gladsaxe	Arbejdsgruppen/"sandwichmøder"
Odsherred	Samarbejdsenhed
Skanderborg	Fællesteam
Viborg	Fællesteam

5.1 Udgangspunktet for at vælge fællesteam som model

De projekter, som fra puljens start har valgt at arbejde med fællesteam, er alle projekter med særligt fokus på at sikre koordinering og samarbejde omkring borgere med en dobbeltdiagnose eller særligt komplicerede borgersager. Gladsaxe Kommune har senere herefter, med inspiration fra disse projekter, valgt at implementere modellen som et forum, hvor medarbejdere, som arbejder med sindslidende borgere, kan møde hinanden på tværs og få øget kendskab og viden omkring hinandens indsatser. Der er her ligeledes mulighed for at drøfte konkrete sager.

Fælles for projekterne er, at de som udgangspunkt har fokus på medarbejderne og på at sikre, at medarbejderne får den hjælp og støtte fra hinanden, som de har behov for i forhold til vanskelige borgersager.

De projekter, som har særligt fokus på borgere med en dobbeltdiagnose, har begrundet deres valg af fællesteammodellen med, at de oplever, at der er et særligt behov for formaliseret samarbejde og koordinering, fordi behandlingen af hhv. misbrug og sindslidelse er delt mellem kommune og region, hvorfor der som udgangspunkt ikke er tale om at lave integreret behandling af misbrug og sindslidelse og den socialpsykiatriske indsats.

Projekterne, som arbejder med fællesteam, oplevede inden projekternes opstart, at der på dette område er tale om særligt tunge og vanskelige borgersager med et særligt stort koordineringsbehov, hvor medarbejderne ofte oplever at stå alene med en sag, som er kørt fast. De oplever afmagt, i forhold til hvordan disse borgeres sager kan eller skal løses, og de kan ofte have svært ved at finde rundt i systemet.

Fra start var der ligeledes en oplevelse af, at man på tværs af de forskellige sektorer og afdelinger, som arbejder med denne målgruppe, har forskellige tilgange til, hvem borgerne er, hvordan man skal forholde sig til dem, og hvad formålet med medarbejdernes indsatser er, og at det i høj grad er via en styrkelse af dialog og tværfaglige drøftelser, at dette skal løses.

I de fem kommuner var der altså fra projekternes start en oplevelse af, at der i forhold til disse borgere var et særligt behov for at få skabt fælles forståelse mellem medarbejderne og at kunne sikre et helhedsorienteret samarbejde omkring borgerne. Projektlederen i Odsherred siger blandt andet herom: *"Det er sager, som bliver taget op af medarbejdere, som føler, at de har et problem, som de ikke selv kan løse. Fokus i Samarbejdsenheden er ikke på borgeren, men på at hjælpe hinanden med nogle vanskelige borgere."*

At der er fokus på medarbejderne, og på hvordan de bedst muligt fagligt kan understøtte hinanden, bakkes op af projektlederen i Skanderborg, som fortæller, at de i deres projektudformning fik sparring fra Videnscenter for Rusmiddelpsykiatri: *"De [Videnscenter for Rusmiddelpsykiatri] anbefalede, at vi primært skulle fokusere på medarbejderne, fordi der er så stor afmagtsfølelse fra medarbejdernes side. Medarbejderne føler tit en stor afmagt, i forhold til hvordan de skal håndtere disse borgers sager. Udfordringen er i høj grad i samarbejdet mellem de professionelle"*.

Der har derfor været et stort fokus på at arbejde med at få etableret den mest hensigtsmæssige form og struktur for disse møder og at motivere de enkelte aktører til at deltage i fællesteamet.

I Esbjerg og Odsherred kommuner har man valgt at supplere fællesteamet med koordinerende indsatser målrettet borgerne. Disse indsatser er beskrevet i det kapitel, som omhandler de koordinerende indsatser.

5.2 Fællesteamets formål

Med ovenstående som udgangspunkt kan fællesteamenes formål beskrives på to forskellige niveauer. Det ene niveau handler om at forbedre forholdene for medarbejderne og organisationerne, og det andet handler om at forbedre indsatsen for borgerne.

I forhold til medarbejderniveauet nævnes følgende formål:

- Aktiv videndeling på tværs af sektorer og afdelinger
- Afklaring af principielle snitflader
- Afklaring af snitflader og rollefordelinger i konkrete sager
- Udvikling af relationer
- Udvikling af fælles sprog og forståelse for hinandens kulturer og handlinger
- Udvidelse af den enkelte medarbejders 'værktøjskasse' ift. håndteringen af de enkelte sager
- Forbedret arbejdsmiljø, idet ansvaret for vanskelige sager deles med andre.

I forhold til borgerne nævner de kommuner, som har arbejdet med fællesteamet, følgende formål:

- Borgerne får det rigtige tilbud på baggrund af en tværfaglig vurdering og indsats
- Borgerne får tilbuddet på det rigtige tidspunkt i kraft af et proaktivt, tværfagligt samarbejde
- Risikoen for genindlæggelser og forværringer af borgernes psykiske og sociale tilstande reduceres.

5.3 Målgruppe

Med udgangspunkt i disse overordnede overvejelser har projekterne som udgangspunkt haft som mål at nå så bredt ud som muligt på det organisatoriske medarbejderniveau. Målgruppen på det organisatoriske niveau har været de aktører, som er involveret i arbejdet med den konkrete borgermålgruppe. Målgruppen har omfattet medarbejdere og/eller ledere fra socialpsykiatrien, myndighedsfunktionen, distriktspsykiatrien, psykiatriens sengeafsnit, misbrugsbehandlingen, jobcent-

ret og mange andre steder, afhængigt af projektet. I Odsherred Kommune har de desuden valgt at bruge fællesteamet som forum for samarbejdet med politiet (PSP-samarbejdet).

Boks 1 Den overordnede organisatoriske målgruppe for fællesteam under puljen 19M

Den overordnede **organisatoriske målgruppe** for 19M-projekterne, der arbejder med fællesteam er:

- Leder og/eller medarbejdere fra socialpsykiatrien
- Leder og/eller medarbejdere fra myndighedsfunktionen
- Leder og/eller medarbejdere fra behandlingspsykiatrien
- Leder og/eller medarbejdere fra misbrugsbehandlingen
- Leder og/eller medarbejdere fra jobcentret
- Leder og/eller medarbejdere fra andre relevante aktører, afhængigt af projekt

I forhold til borgerne er formålet med fællesteamet som nævnt at koordinere indsatserne til den enkelte borger fra flere forskellige afdelinger på en sammenhængende og effektiv måde. På borgerniveauet er målgruppen for fællesteamet derfor borgere med komplekse psykiske og sociale problemstillinger, som kræver indsatser fra mange forskellige aktører. Problemstillingerne omfatter især psykiatriske diagnoser, bl.a. ADHD og OCD, misbrug, dårlig økonomi og boligforhold, dårlige sociale relationer og isolation. Nogle borgere har indgået i fællesteamenes målgruppe pga. af deres komplekse problemstillinger og længerevarende behov for multiple indsatser, mens andre borgere har haft behov for fællesteamenes koordinering pga. overgang fra støtte i et regi til et andet. Projekterne har fokuseret på voksne borgere, men vil kunne udvides til også at omfatte familier, børn af forældre med psykiske lidelser og børn med psykiske lidelser.

Boks 2 Den overordnede borgermålgruppe for fællesteam under puljen 19M

Den overordnede **borgermålgruppe** for 19M-projekterne, der arbejder med fællesteam:

- Borgere med komplekse psykiske og sociale problemstillinger, fx psykiatriske diagnoser, misbrug, dårlig økonomi og boligforhold, dårlige sociale relationer og isolation
- Borgere, som falder udenfor de gængse tilbud
- Borgere med behov for indsatser fra flere forskellige aktører
- Borgere i overgang fra støtte i et regi til et andet

Fællesteamene i Esbjerg, Frederikshavn, Skanderborg og Viborg har udelukkende beskæftiget sig med sager, hvor der foruden en sindslidelse også var et misbrug eller en formodning herom. I Gladsaxe og Odsherred har misbrug ikke været et kriterium for udvælgelsen af sagerne til fællesteamene, men et evt. misbrug kan have været med til at øge kompleksiteten i sagerne og dermed at skabe behov for en indsats fra fællesteamene.

Af nedenstående tabel fremgår borgermålgruppen for de seks projekter, som har arbejdet med fællesteam:

Tabel 6 Borgermålgruppen fordelt på de seks projekter

Kommune	Borgermålgruppe
Esbjerg	Borgere med en dobbeltdiagnose
Frederikshavn	Borgere med en dobbeltdiagnose
Gladsaxe	Sindslidende generelt
Odsherred	Komplicerede sager, hvor medarbejderne oplever at være 'kørt fast'
Skanderborg	Borgere med en dobbeltdiagnose
Viborg	Borgere med en dobbeltdiagnose

5.4 Aktiviteterne i fællesteamet

Projekternes rolle har været at arrangere, indkalde til og afholde møderne i fællesteamet. Møderne i temaet har ligget fast, fx den sidste fredag i måneden kl. 8-10. Proceduren har typisk været den, at en medarbejder eller leder (men typisk en medarbejder) har kunnet henvende sig til projektet, hvis de havde en sag, som de ønskede drøftet på det næste møde i fællesteamet. Møderne er typisk indledt med, at den eller de medarbejdere, som har budt ind med en sag, fremlægger sagen. Herefter har de øvrige deltagere mulighed for at stille spørgsmål og komme med forslag til, hvad der kan gøres i den pågældende sag.

Formålet med møderne i fællesteamene er som udgangspunkt tværfaglig sparring og dialog. Herunder har møderne i nogle projekter været fora, for at de medarbejdere, som oplever, at de er 'kørt fast', kan forelægge en problemstilling, hvorefter der på mødet bliver lavet en tydelig rollefordeling af, hvad der herefter skal ske i borgerens sag. Deltagerne på møderne skal ligeledes kunne få råd og vejledning af de øvrige deltagere, og de skal herigennem opleve at blive aflastet. Projektlederen i Skanderborg siger herom: *"I første omgang er det den enkelte medarbejder, der oplever at blive aflastet. Men det er også lederen, for når sagen først er kommet i teamet, er sagen meget kompleks, og det kan optage hele afdelingen. Fællesteamet betyder, at det ikke er så tungt for den enkelte institution at håndtere sagen"*.

Medarbejderne skal dermed opleve, at det flytter noget i den enkelte sag at deltage på mødet, at de får hjælp, eller at de bliver aflastet. Der kan være tale om sager, hvor der særligt er behov for at få borgeren yderligere udredt og/eller indhentet yderligere oplysninger til sagen. Der kan også være tale om sager, hvor borgeren konkret skal henvises til en bestemt type tilbud. Endelig kan der også været tale om mere principielle drøftelser af, hvad rollefordelingen mellem afdelinger og sektorer skal være.

På tværs af puljen er det både medarbejdere og ledere, som deltager på møderne, hvilket generelt opleves som den mest hensigtsmæssige form, idet medarbejderne kan dække teamets behov for konkrete oplysninger og videndeling, mens lederne dækker behovet for særlige kompetencer til at visitere borgere til konkrete tilbud og til at tage principielle drøftelser.

Boks 3 Case forsøg med borgerdeltagelse på fællesteam i Skanderborg

Borgerdeltagelse på Fællesteam

Udgangspunktet for Fællesteamene er som nævnt fokus på medarbejderne. I Skanderborg har man en enkelt gang haft en borger med på mødet, hvor han fremlagde hans eget syn på sin sag og problemstillinger. Projektlederen fra Skanderborg anbefaler, at der fremadrettet eksperimenteres mere med borgerdeltagelse på denne type møder også.

I Esbjerg er man åben over for inddragelse af borgerne på møderne, men som formen på Fællesteamet er tilrettelagt nu, er formålet sparring mellem frontpersonalet, og man vurderer at møderne skal have en anden form og formål, hvis de skal indbefatte borgerdeltagelse.

Ved borgerdeltagelse på Fællesteam bør man overveje hvilke borgere der vil være i stand til at deltage på denne type møder og som kan profitere heraf, samt hvilken læring medarbejderne kan få ud af denne type møder og drøftelser. Det skal ligeledes overvejes hvad formålet med Fællesteamet er, og om der med en borger til stede fortsat vil være det nødvendige rum for tværfaglig dialog og sparring mellem frontpersonale samt mulighed for drøftelse af principielle sager mellem afdelinger og sektorer.

På tværs af puljen har der været stort fokus på at motivere de rette til at deltage på møderne og tydeliggøre, hvad man i fællesskab kan få ud af møderne. Derudover har der været stort fokus på udviklingen af selve formen samt faciliteringen af møderne, således at alle oplever, at det er rart at komme, og at de får noget ud af at deltage. Projekterne anbefaler, at man løbende drøfter formen på møderne og justerer det efter behov.

Projektlederen fra Esbjerg fortæller eksempelvis, at frontmedarbejderne i starten oplevede det som en form for eksamenssituation at deltage på møderne, når de skulle fremlægge en sag. Derfor valgte man her en form, hvor de medarbejdere, der har sagen, kan deltage sammen, når de fremlægger, således at de kan støtte hinanden.


5.4.1 Materiale til møderne

Erfaringen fra puljen peger på, at det er vigtigt at gøre sig konkrete overvejelser om, hvilket materiale der indhentes til møderne, og hvordan det fremstilles. Dette sker for at sikre det bedste mulige grundlag for fælles drøftelser, hvor der er tilstrækkelig med viden, men uden at mødedeltagerne drukner i materiale.

I Skanderborg Kommune sendte man oprindeligt al materialet på den pågældende sag til mødets deltagere forud for mødet, men det er man gået væk fra. I stedet bliver den medarbejder, som har bedt om at få en sag drøftet på fællesteamet, bedt om at udfylde et informationsskema med de mest essentielle oplysninger om sagen, således at der maksimalt er tale om 1-2 sider om hver borger.

Nedenfor vises eksempel på det informationsskema, som man har udviklet og anvender i projektet i Skanderborg.

Boks 4 Informationsskema fra fællesteamet i Skanderborg

	
<p>Fællesteamet (udfyldes og sendes til mødelederen inden mødet)</p>	
Borgerens navn: Sagen fremføres af: Medarbejder/enhed:	Cpr-nr. Dato for fællesteamet:
Anamnese/historik:	
Psykiatrisk udredning/diagnose: (evt. psykiatrisk screening SCL-90, PRISM, MINI PLUS, ICD 10 – bilag)	Dato:
Rusmiddeludredning: (evt. AUDIT, CAGE, DUDIT - bilag) Brugerens egne udsagn:	Dato:
Somatisk udredning/tilstand: Evt. borgerens egne somatiske symptomer:	Dato:
Social: Egen bolig:	Boligløs:
Økonomisk forsørgelsesgrundlag: Netværk: Tilknytning til arbejdsmarked/aktivitet:	Bor hos andre:
Andet:	
Aktuelt funktionsniveau (herunder psykiske, kognitive, sociale og fysiske færdigheder inden for og uden for hjemmet): (Evt. COPM, GAF score, ADL) Er borgeren omfattet af et tilbud? Hvis ja, hvilket?	
Hvad ønsker borgeren? Ønsker han/hun en forandring? Hvad er borgeren motiveret til/motivationsniveauet?	
Fremlæggers vurdering (Hvad skal der til?):	
Andre relevante oplysninger:	

På tværs af projekterne, som har arbejdet med fællesteam, er der gode erfaringer med, at deltagerne forud for mødet får tilsendt grundoplysninger omkring borgeren og sagsforløbet samt en kort beskrivelse af, hvilke udfordringer man ønsker at få drøftet på mødet. Deltagerne får hermed mulighed for at forberede sig i forhold til deres eventuelle kendskab til borgeren, og har dermed mulighed for at inddrage deres erfaring, samtidig med at det effektiviserer møderne på forhånd at vide konkret, hvad der er behov for at drøfte.

5.4.2 Fast mødeform og dagsorden

Erfaringen fra puljen viser ligeledes, at det er hensigtsmæssigt at udvikle en form for standarddagsorden til møderne, således at der er en bestemt form, hvorpå mødet gennemføres og sagerne drøftes. Dette gør, at deltagerne på mødet ved, hvad der forventes af dem i deltagelsen på mødet, og der er enighed om, hvad der skal komme ud af mødet. I boks 5 nedenfor er vist et eksempel fra den standarddagsorden, som anvendes i projektet i Frederikshavn Kommune, som er opdelt i forskellige faser, hvilket sikrer, at drøftelserne og mødet faciliteres omkring:

- 1) Afklaring og deling af viden vedrørende borgerne
- 2) Drøftelser om tilgængelige handlemuligheder
- 3) En vurdering af og beslutning om, hvad man fremadrettet vil gøre, og
- 4) En endelig udmøntning af en endelig plan for det videre arbejde med borgeren.

Altså en fokuseret dagsorden, som rammesætter de nødvendige skridt i drøftelsen af, hvilken løsning der kan og skal findes i forhold til netop den enkelte borgers særlige problemstillinger.

Boks 5 Standard dagsorden fra fællesteamet i Frederikshavn

Standarddagsorden for koordinationsmøde

Standarddagsordenen er disponeret i 4 hovedområder:

VED:	Afklaring og deling af eksisterende relevant viden.
KAN:	Afklaring af mulige handlealternativer og opstilling af mulige tiltag.
VIL:	Vurdering af og beslutning om hvad man vælger at sætte i værk.
GØR:	Udarbejdelse af en plan for den koordinerede tværfaglige indsats. Dokumentationen for GØR-fasen er den planlægning, der skrives ind i stafetloggen, og som samtidig udgør referatet af mødet.

Standarddagsorden:

1. Velkomst og kort præsentation af problemstillingen ved stafetholder (den der har meldt sagen ind).
2. Præsentationsrunde blandt tilstedeværende.
 - a) Navn, myndighed, rolle, ansvarsområde og beslutningskompetence.
3. Gøre den samlede viden til fælles viden (VED-fasen). Hvad ved vi til sammen om den nuværende situation.
 - a) Gennemgå relevante elementer i vurderingen.
 - b) Borgerens opfattelse af situationen (så vidt muligt).
 - c) Orientering om allerede iværksatte og påtænkte tiltag.
4. Overvej forskellige handlemuligheder i fællesskab (KAN-fasen).
 Hvad er uønsket i den nuværende situation?
 Hvad er vores fælles sigte/ønske om den fremtidige situation?
 - a) Gennemgå kort hvilke mål hver især ser/har for den kommende indsats.
 - b) Drøft handlemuligheder og alternativer.
 - c) Drøft fælles målsætning for den tværfaglige indsats.
5. Beslutte fælles målsætning og udarbejde plan for tværfaglig indsats (VIL-fasen).
 - a) Fastlæg fælles målsætning for den tværfaglige indsats.
 - b) Fastlæg hvordan de enkelte aktørers handleplaner skal koordineres.
 - c) Tydeliggør og sørg for at samordne målsætninger for de enkelte elementer af indsatsen på alle niveauer.
 - d) Fastlæg hvordan der skal følges op undervejs, når indsatsen er i gang.
 - e) Fastlæg hvornår den tværfaglige indsats evalueres, og hvem der tager initiativ til det.
6. Udarbejd plan for den tværfaglige indsats (GØR-fasen).
 - a) Overvej om der er yderligere forhold, der skal afklares, inden planen kan iværksættes.
 - b) Gennemgå planen og indgå konkrete aftaler om de første kridt i planen.
 - c) Fastlæg hvem der skal orienteres om den tværfaglige indsats, og hvem der skal stå for orienteringen.

Efter mødet udfyldes stafetloggen og rundsendes til mødedeltagerne og de der ellers skal orienteres.

Udgangspunktet i alle projekterne er, at den eller de medarbejdere, som vil tage en sag op, fremlægger den for de øvrige deltagere, hvorefter de øvrige deltagere har mulighed for at stille spørgsmål. Når deltagerne ikke har flere spørgsmål til sagen, kan de byde ind med forslag til, hvordan sagen kan håndteres. At der forud for møderne fremsendes materiale til deltagerne, således at de kan forberede sig inden, og at der er en klar ramme for drøftelsen af sagerne på selve møderne, har vist sig at være en god form til at få de forskellige fagligheder i spil, og man er blevet klogere på hinanden, og hvordan man hver især kan byde ind i forhold til borgeren.

Denne grundige og fokuserede forberedelse sikrer ligeledes, at de rigtige repræsentanter inviteres til at deltage i mødet, og at møderne dermed bliver handlingsorienterede for medarbejderne.

Boks 6 Case fra rådgivningsteamet i Esbjerg

I projektet i Esbjerg har man for at få en bedre helhed i borgersagerne inviteret repræsentanter fra 'alle' dele af borgerens liv med til møderne.

En rådgiver havde bragt en sag op for rådgivningsteamet. Til mødet blev der inviteret UU-vejleder og repræsentanter fra borgerens skole, botilbud og fra en special klinik som borgere var tilknyttet med. På mødet kom det frem via repræsentanten fra specialklinikken, at borgeren også havde en anden diagnose, end de øvrige aktører var klar over. Informationen var blevet givet til borgerens forældre, men var ikke kommet videre til de øvrige aktører. På mødet blev årsagen til de udfordringer, der var ift. borgeren, tydeliggjort, så man fremadrettet bedre kunne håndtere dette

5.4.3 Samtykke fra borgerne

Når der har været drøftet konkrete borgersager, har der forud for afholdelsen af møderne i fællesteamene været indhentet samtykke fra borgeren, for at medarbejderne har måttet drøfte sagen med de øvrige deltagere. Nogle af projekterne, som arbejder med drøftelse af konkrete borgersager, har udarbejdet en skabelon til samtykkeerklæring, som borgeren har underskrevet, mens andre har haft som praksis, at den medarbejder, som ønsker sagen drøftet på mødet, selv er ansvarlig for at indhente samtykke fra borgeren.

Der er på tværs af puljen forskellige erfaringer med, hvordan der indhentes samtykke fra borgeren. Erfaringerne afhænger i høj grad af, hvordan relationen i forvejen er til borgeren, og hvordan formålet med drøftelsen på mødet fremlægges for borgeren. På tværs af puljen har der i starten været en række overvejelser omkring, hvilken type oplysninger man må dele på tværs af forvaltninger og sektorer, hvordan man må dele dem, og hvordan samtykke fra borgeres sikres. I de fleste projekter har man valgt at have fokus på borgerens samlede situation og dermed sikre helhedstænkningen, og man har fundet en løsning, hvor man har kunnet dele oplysninger på tværs af forvaltninger og sektorer. I Frederikshavn Kommune havde man fra start ligeledes fra projektets side en intention om at have dette helhedsfokus på fællesteamet, men man har undervejs i processen valgt at have et fokus udelukkende på behandlingskoordinering mellem socialpsykiatrien, misbrugsbehandlingen og behandlingspsykiatrien. Dette valgte man, fordi repræsentanterne fra hhv. misbrugsbehandlingen og behandlingspsykiatrien oplever, at det ikke er etisk forsvarligt at dele oplysninger om borgerne med jobcentret, også i tilfælde hvor borgeren har givet samtykke hertil.

Boks 7 Fokus på behandlingskoordinering i Frederikshavn

Fokus på behandlingskoordinering i Frederikshavn Kommune

I Frederikshavn har man valgt ikke at inddrage Jobcentret i fællesteamet, og i stedet har man holdt møderne som ren behandlingskoordinering. Deltagerne fra behandlingspsykiatrien og misbrugsbehandlingen har vurderet at de etisk ikke oplever at kunne dele oplysninger om borgerne med jobcentret, som de har tilegnet sig gennem borgerens behandling. Der er altså her ikke tale om en koordinering, som har helhedsblikket på borgeren, set i forhold til borgerens jobrelaterede indsatser og samlede situation, men et fokus på at sikre, at der er et helhedsfokus på borgerens behandlingsmæssige indsats for misbrug og psykisk lidelse. Behandlingspsykiatrien og misbrugsbehandlingen står for de psykologiske udredninger af borgeren, og de er af den opfattelse, at det er etisk forkert at dele disse oplysninger med andre. Herunder er det eksempelvis muligt at været anonym i misbrugsbehandlingen.

Erfaringen fra flere af projekterne peger på, at langt de fleste borgere har givet samtykke til at hans/hendes sag er blevet drøftet på fællesmøderne. Projektlederen i Esbjerg fortæller, at her har man endnu ikke oplevet, at borgere har sagt nej til at give samtykke. Medarbejderne har forud for mødet haft en samtale med borgeren, hvor de fortæller borgeren, at de har behov for sparring fra kollegaer og medarbejdere fra andre tilbud til, i forhold til hvordan borgeren bedst kan hjælpes. Fokus har her været, at det er medarbejdere, der behøver hjælp til at udføre hans/hendes arbejde. Heller ikke Frederikshavn har oplevet, at borgere har sagt nej til at give samtykke hertil.

Da formålet med drøftelserne i fællesteamet er at sikre medarbejderne den nødvendige tværfaglige sparring, har man eksempelvis i Esbjerg Kommune besluttet, at hvis borgere ikke ønsker at give samtykke til, at medarbejderen må drøfte borgerens sag på fællesteamet, kan man tage en sag op som en mere principiel drøftelse, hvor borgerens navn og cpr-nr. ikke oplyses, og hvor borgerens identitet ikke er genkendelig for de øvrige deltagere.

Boks 8 Eksempel på samtykkeerklæring fra fællesteamet i Skanderborg

Fællesteamet under Projekt Dobbeldiagnose

Socialpsykiatrien, Skanderborg Kommune

Samtykke-erklæring

Jeg giver hermed samtykke til, at Fællesteamet, Projekt Dobbeldiagnose må indhente og videregive oplysninger af relevans for en målrettet, individuel koordination mellem relevante parter: Ved samtykke, sæt venligst kryds:

- Repræsentanter fra Socialpsykiatrien
- Repræsentanter fra Rusmiddelcentret
- Repræsentanter fra Jobcentret
- Repræsentant fra myndighedsafd. i sekretariatet Ældre og Handicap
- Repræsentanter fra Lokalpsykiatrien
- Center for Kvalitetsudvikling – evaluering af Fællesteamet, Projekt Dobbeldiagnose
- Repræsentanter fra andre af kommunens institutioner, der indkaldes ad hoc.:

Relevante oplysninger må videresendes til egen læge (sæt kryds her)

Formålet med indhentning og videregivning af oplysninger er at skabe sammenhæng i den fremtidige støtte/behandling. Den der anvender samtykket, forpligter sig til at orientere dig.

Navn _____

CPR-nr.: _____

Samtykket gives for et år, gældende indtil den _____
- men kan til enhver tid kaldes tilbage.

Dato _____ Underskrift _____

Samtykket er indhentet af: _____

Dato _____ Navn og instans _____

1365 af 07/12 2007. Forvaltningslov (Forvaltningsloven), Nr. 571 af 19. december 1985, Justitsministeriet, jf. lovbek. nr. 1365 af 7. december 2007

Ændringer siden seneste lovbekendtgørelse

Kapitel 8

Videregivelse af oplysninger til en anden forvaltningsmyndighed

Noter § 28. For videregivelse af oplysninger om enkeltpersoner (personoplysninger) til en anden forvaltningsmyndighed gælder reglerne i § 5, stk. 1-3, §§ 6-8, § 10, § 11, stk. 1, § 38 og § 40 i lov om behandling af personoplysninger, jf. denne lovs § 1, stk. 3.

Stk. 2. Oplysninger af fortrolig karakter, som ikke er omfattet af stk. 1, må kun videregives til en anden forvaltningsmyndighed, når

- 1) den, oplysningen angår, udtrykkeligt har givet samtykke,
- 2) det følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov, at oplysningen skal videregives, eller
- 3) det må antages, at oplysningen vil være af væsentlig betydning for myndighedens virksomhed eller for en afgørelse, myndigheden skal træffe.

Stk. 3. Ved samtykke efter stk. 2, nr. 1, forstås enhver frivillig, specifik og informeret viljestilkendegivelse, hvorved den, oplysningen angår, indvilger i, at oplysningen videregives.

Stk. 4. Et samtykke efter stk. 3 kan tilbagekaldes.

5.4.4 Bevillingskompetence og opfølgning på møderne

Fællesteamene under puljen har typisk ikke haft nogen bevillingskompetencer, og de har heller ikke haft til opgave at beslutte, hvordan en sag skal håndteres. I stedet har de været et forum, hvor medarbejdere og ledere har kunnet deltage med deres kompetencer fra deres respektive afdelinger og i samarbejde finde ud af, hvordan der skal arbejdes videre med de pågældende sager. Det primære fokus på møderne er dermed tværfaglig sparring og dialog.

Boks 9 Eksempel på sagstype i fællesteamet i Esbjerg

I fællesteamet i Esbjerg drøftes blandt andet borgersager, hvor man oplever at være kørt fast, eller hvor det ikke er lykkedes at fastholde eller motivere en borger til en indsats. Et eksempel kan være, at man i behandlingspsykiatrien oplever en borger, som gentagne gange bliver indlagt, og hvor man oplever, at borgeren ikke får den nødvendige støtte fra kommunen. Ofte har de forskellige aktører ikke sat sig sammen tidligere og haft en fælles drøftelse om, hvad der skal til. En drøftelse i fællesteam kan åbne op for de tiltag, som de forskellige aktører har haft i forhold til den konkrete borger, og man kan i fællesskab drøfte, hvad der fremadrettet kan gøres.

Sagen kan blive taget op af de forskellige aktører eller af den case manager, som i Esbjerg er tilknyttet fællesteamet, og som bliver opmærksom på en sag, hvor der er behov for en tværfaglig drøftelse af det fremadrettede behov.

Projekterne har haft forskellige praksisser, i forhold til hvordan der samles op på møderne i fællesteamene. På tværs af projekterne har der dog været stort fokus på at sikre, at der følges konkret op på møderne, og at medarbejderne derved i deres daglige arbejde oplever en konkret aflastning og sparring i forhold til deres videre arbejde og indsats med borgeren.

I Skanderborg har projektet lavet et beslutningsreferat efter hvert møde. Projektet har arbejdet med formen på referatet og er endt på en slanket udgave, sådan at referatet indeholder 3 punkter:

1. Hvad er opgaven her?
2. Hvem har rollen?
3. Succeskriterier med hensyn til tidshorisont.

Projektlederen i Skanderborg fortæller, at tidshorisonten er vigtig at have med, idet den gør målet og arbejdet derhenimod mere fokuseret og konkret.

I Frederikshavn har projektet efter hvert møde i fællesteamet udarbejdet en 'stafet-log', som er skabt på baggrund af materiale udarbejdet i forbindelse med projektet "Bedre tværfaglig indsats for børn i familier med misbrug eller sindslidelse"¹ for Socialstyrelsen.

¹ <http://www.tvaerfaglig-indsats.dk/filer/stafetlog/view>

Boks 10 Eksempel på 'stafet-log' fra fællesteamet i Frederikshavn

Stafet-log – Frederikshavn				
Borgerens navn: Borgerens cpr-nr.: Stafet-loggen er oprettet af (navn): Dato for oprettelse af stafet-log : Nuværende stafet-holder: Dato for sidste opdatering:				
Beskrivelse af viden og indsatsen hidtil				
Hvad er problemstillingen?				
For hvem er det et problem?				
På hvilken måde er det et problem?				
Hvad siger og ønsker brugeren?				
Hvad sker der konkret i sagen nu?				
Tværfaglig indsats: Ud fra standarddagsordnen for koordineringen.				
Startdato for tværfaglig indsats:				
Er der indhentet samtykke fra borgeren?				Ja Nej
Dato for samtykke:				
Er der udfyldt kontaktkort?				Ja Nej
Dato for udfyldt kontaktkort:				
Beskrivelse af flere aktørers samlede indsats for borgeren:				
Dato og personer ved fastlæggelsen af indsatsen. <i>Ny dato og nye navne hver gang den tværfaglige indsats justeres.</i>		Dato:	Personer:	
Fælles målsætning for borgeren. <i>Husk datoer ved ændringer.</i>		Dato:	Målsætning:	
Hvem er stafet-holder? <i>Husk dato ved ændringer.</i>		Dato:	Navn:	
Hvem har 'øje på' borgeren? <i>Husk dato ved ændring.</i>		Dato:	Navn:	
De forskellige aktører: <i>Indsæt relevante aktører herunder</i>	Dato for ændring:	Hvilken indsats iværksættes?	Hvornår følges der op på indsatsen?	Hvem følger op på indsatsen?

På møderne i Frederikshavn udpeges der en 'stafetholder', som er ansvarlig for at sikre, at beslutningerne fra mødet gennemføres. Stafetholderen er oftest den medarbejder, som har taget sagen op, og som har kontakten til borgeren på det pågældende tidspunkt. I nogle tilfælde overdrages kontakten og stafetholderfunktionen til en anden person, hvis mødedeltagerne når frem til, at det er en anden indsats, som borgeren har behov for.

Projekterne har forskellige praksisser, i forhold til hvordan der samles op på sagerne fra de forrige møder. I Frederikshavn bliver sagerne fra forrige møde som oftest taget op igen i starten af et nyt møde. Dette gøres ved, at stafetholderen kort fremlægger, hvad der er sket siden sidst. I Skanderborg har projektet valgt, at der ikke skal være en fast gennemgang af sagerne fra forrige møde. Dette er gjort for dels at begrænse tidsforbruget, og dels at undgå udfordringer i forhold til tavshedspligt og samtykke, hvis der er nye deltagere ved det næste møde.

I Odsherred og Esbjerg er opfølgningen på sagerne arrangeret anderledes. Her er fællesteamene suppleret af en koordinatorfunktion (tovholderfunktion eller case manager). Koordinatorerne kobles på sagerne, som drøftes i teamene, når der er behov herfor, og koordinatoren får ansvaret for at sikre, at de anbefalinger og beslutninger, som er truffet på møderne, gennemføres af de ansvarlige aktører. I Odsherred, hvor tovholderfunktionen deles af en række medarbejdere, udpeges den konkrete tovholder på mødet, mens der er i Esbjerg er tale om én case manager, en socialrådgiver med bevillingskompetence, som følger op på de borgere, som drøftes på møderne.

5.5 Variationer mellem projekterne

På tværs af de projekter, som under puljen arbejder med et fællesteam, er der en række variationer. Projekterne har undervejs gjort sig erfaringer med de forskellige fokuspunkter og har løbende justeret deres model for fællesteamet.

I nedenstående tabel 7 har vi søgt at opsummere de mest centrale variationer mellem projekterne.

Tabel 7 Eksempler på variationer mellem projekterne med fællesteam

Kommune	Formål og indhold	Deltagerkreds	Møde-frekvens	Opfølgning	Opmærksomhedspunkter
Esbjerg	<p>Bedre samarbejde.</p> <p>Bedre kendskab til hinanden.</p> <p>Forum hvor medarbejdere og ledere kan få råd og vejledning.</p> <p>Afklaring af konkrete sager.</p>	<p>Faste repræsentanter fra:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kriminalforsorgen - Behandlingspsykiatrien - Misbrugsbehandlingen - Socialpsykiatrien - Udsatte-området - Case Manager fra Voksen Handicap - Social & Tilbud, Voksen Handicap - Social & Tilbud, Stab/Udvikling <p>Repræsentanterne er både medarbejdere og ledere.</p> <p>Udover de faste repræsentanter deltager:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sagsbehandleren, der har sagen - En tidligere praktiserende læge, som er lønnet for sin deltagelse - En case manager, som er ansat under projektet (som en koordinatorfunktion) - Øvrige centrale repræsentanter fra borgerens liv 	Hver måned i 2 timer.	<p>Referat af alle møder.</p> <p>Ved konkrete sager udfyldes et skema med bl.a. teamets anbefalinger, som sendes til alt personale, som har tilknytning til borgeren, plus alle, som har deltaget på mødet.</p> <p>En case manager (en koordinatorfunktion), som er ansat under projektet, tilknyttes relevante sager.</p>	<p>Rådgivningsteamet har skabt broer til behandlingspsykiatrien – koordinatorfunktionen skabt samarbejde i de enkelte sager.</p> <p>Koordinatorfunktionen har i nogle tilfælde opsnappet sager, inden de blev så komplicerede, at de nåede til Rådgivningsteamets møder og dermed mindsket behovet for Rådgivningsteamet.</p>
Frederikshavn	<p>Specifikt fokus på behandlingskoordinering.</p> <p>Integreret behandling af misbrug og psykiatri.</p> <p>Koordinering og samarbejde mellem behandlingspsykiatrien, misbrugsbehandlingen og socialpsykiatrien.</p> <p>Afklaring af konkrete sager.</p>	<p>Faste deltagere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Behandlingsansvarlig psykolog, Behandlingscenter Nordenfjord - Udredningsmedarbejder, Afd. for misbrug og socialt udsatte - Socialrådgiver, Social Myndighed - Socialrådgiver, Social Myndighed - Overlæge, Distriktspsykiatrien - Socialrådgiver, Distriktspsykiatrien, - Projektleder, Dobbelt diagnoseprojekt 	Hver måned i 1 time.	<p>Referat i form af en 'stafetlog'.</p> <p>Der udpeges en 'stafetholder', som er ansvarlig for at sikre, at beslutningerne fra mødet gennemføres. Stafetholderen er oftest den medarbejder, som har taget sagen op, og som har kontakt til borgeren.</p>	<p>Projektet har et rent behandlingsfokus, idet der fx ikke deltager bostøtter eller repræsentanter fra jobcentret i koordineringsgruppens møder.</p>

Kommune	Formål og indhold	Deltagerkreds	Møde-frekvens	Opfølgning	Opmærksomhedspunkter
Gladsaxe	<p>Bedre samarbejde.</p> <p>Bedre kendskab til hinanden.</p> <p>Forum hvor de almindelige medarbejdere kan mødes.</p> <p>Deling af generel information.</p> <p>Afklaring af konkrete sager.</p>	<p>Et forum særligt for medarbejderne.</p> <p>Ingen faste repræsentanter, men mulighed for at alle interesserede kan deltage. Deltagerne er blandt andre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - OPUS-teamet - OP-teamet - Distriktspsykiatrien - Jobkonsulenter fra Jobcentret - Medarbejdere fra Rusmiddelcentret - Myndighedspersonalet fra handicapdelen - Konsulenter fra Børne- og Familieafdelingen - Ergoterapeuter fra hjemmeplejen - Medarbejdere fra forebyggelsescentret - § 85- og § 104-medarbejdere. 	<p>Møde hver 2. og 4. fredag i måneden.</p> <p>Projektet sørger for sandwiches til alle deltagerne.</p>	<p>Referat af møderne.</p> <p>Ingen systematisk opfølgning på de sager, der er blevet drøftet på tidligere møder.</p>	<p>Det har været et bevidst valg fra projektet at satse på medarbejderne frem for lederne til deltagelse i fællesteamet. Dette skyldes dels, at projektet i andre sammenhænge har oplevet, at det er svært at engagere lederne. Derudover skyldes det, at projektet bygger på en opfattelse af, at "samarbejde består af relationer". Med udgangspunkt i den opfattelse har projektet ønsket at sikre, at medarbejderne føler sig trygge og kender de mennesker, som de skal henvende sig til, og her har fællesteamet været en god løsning.</p>
Odsherred	<p>Bedre samarbejde.</p> <p>Bedre kendskab til hinanden.</p> <p>Forum hvor medarbejdere og ledere kan få råd og vejledning.</p> <p>Afklaring af konkrete sager – også akutte sager.</p> <p>Deling af generel information.</p>	<p>Deltagelse af både medarbejdere og ledere.</p> <p>Faste deltagere i møderne:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Distriktspsykiatrien - Behandlingspsykiatrien - "Med drømme som mål" - "Et samtidigt ansvar" - Familieteamet - Misbrugsteamet - Socialpsykiatrien. <p>Derudover har der været deltagere fra botilbud og jobcentret og en række andre steder. Politiet deltager én gang om måneden.</p>	<p>Hver uge i 2 timer.</p>	<p>Udførligt referat af hvert møde.</p> <p>Ingen systematisk opfølgning på de sager, der er blevet drøftet på tidligere møder.</p> <p>En tovholder manager (en koordinatorfunktion), som er ansat under projektet, tilknyttes relevante sager.</p>	<p>Hyppigheden i fællesteamets møder medfører et stort resourceforbrug. Nogle aktører synes, at det er et stort tidsforbrug, mens andre mener, at møderne er tidsbesparende, fordi de medvirker til, at de komplicerede sager løses nemt og hurtigt.</p>

Kommune	Formål og indhold	Deltagerkreds	Møde-frekvens	Opfølgning	Opmærksomhedspunkter
Skanderborg	<p>Bedre samarbejde.</p> <p>Bedre kendskab til hinanden.</p> <p>Forum hvor lederne kan mødes.</p> <p>Afklaring af konkrete sager.</p> <p>Afklaring af principielle problemstillinger.</p> <p>Deling af generel information.</p>	<p>5 faste repræsentanter, som alle er ledere, plus projektlederen, som fungerer som mødeleder.</p> <p>Deltagerne repræsenterer følgende enheder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Socialpsykiatrien - Jobcentret - Rusmiddelcentret - Myndighedsfunktion – specialrådgivningen - Lokalpsykiatrien <p>Derudover deltager der typisk en eller to medarbejdere på mødet, som fremlægger konkrete sager.</p>	Hver måned.	Referat af hvert møde.	<p>De sager, der drøftes i fælles-teamet, handler nogle gange om principielle snitflader, og derfor er det vigtigt, at lederne er med.</p> <p>Lederne skal være beslutningsdygtige til at handle, når problemstillinger om grænseflader drøftes.</p> <p>Medarbejdere ved noget om de konkrete opgaver, og derfor skal de være der, når deres sag drøftes.</p>
Viborg	<p>Bedre samarbejde.</p> <p>Bedre kendskab til hinanden.</p> <p>Forum hvor medarbejdere og ledere kan få råd og vejledning.</p> <p>Afklaring af konkrete sager.</p> <p>Deling af generel information.</p>	<p>4 faste deltagere plus ad hoc deltagere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 fra behandlingspsykiatrien, hvoraf den ene er afdelingsleder - 1 fra socialforvaltningen, som er afdelingsleder og sidder med i visitationsudvalget - 1 deltager fra Rusmiddelcentret, som har fået delegeret beslutningskompetence fra afdelingsleder. <p>Til hvert møde inviteres relevante sagsbehandlere.</p>	Hver måned i 2 timer.	Den medarbejder, som fremlægger sagen, har ansvaret for at teamets anbefalinger udføres.	<p>Ledelses- og beslutningskompetencer skal være til stede, for at møderne bliver effektive.</p> <p>Når dette er opfyldt, opvejer udbyttet i form af en hurtig og smidig sagsbehandling og koordinering klart tidsforbruget.</p>

5.5.1 Projekternes varierede fokus

Variationerne inden for projekterne med et fællesteam kan illustreres med nedenstående eksempler. Som nævnt er fællesteamene i Esbjerg og Odsherred suppleret med en koordinatorfunktion, men på trods af at projekterne arbejder med de samme modeller, er modellernes fokus og vægtning forskellige i de to projekter.

Projektlederne i Odsherred og i Esbjerg er enige om, at fællesteamet har formået at bygge broer til behandlingspsykiatrien, og at fællesteamet befordrer et kendskab og samarbejde på tværs af sektorerne, i højere grad end koordinatorfunktionen kan gøre. Grunden hertil er blandt andet, at koordinatorfunktionen ikke i samme grad som fællesteamet bringer medarbejderne fysisk sammen, samt at ledelsesniveauet er repræsenteret i fællesteamet.

I Esbjerg er det allerede besluttet at forankre koordinatorfunktionen, fordi man oplever, at koordinatorfunktionen har haft stor betydning for den indsats, man kan give til borgere med en dobbeltdiagnose, og at denne funktion supplerer det fokus, som man har i kommunen. Derudover vurderer man i Esbjerg, at fællesteamets tværfaglige drøftelser og sparring ligeledes har haft stor betydning, men man er endnu ikke sikker på, i hvilken form det fremadrettet skal forankres. Man er blandt andet i kommunen ved at udarbejde en ny masterplan på området, og det skal vurderes, hvordan de forskellige indsatsbedst kan supplere hinanden. At det allerede er besluttet at forankre koordinatorfunktionen, begrundes blandt andet med, at koordinatoren har en meget stor, positiv betydning for koordineringen og samarbejdet i den enkelte sag, og at der ikke vil være nogen til at følge op på sagerne i fællesteamet, hvis der ikke er en koordinatorfunktion.

I Odsherred har projektlederen den modsatte oplevelse. Hun ser helst, at fællesteamet og koordinatorfunktionen følges ad, men hun mener, at teamet godt kan implementeres alene, idet det bygger på "hjælp til selvhjælp", mens koordinatorfunktionen er afhængig af den viden, som generes på fællesteamets møder.

De øvrige fællesteam har ikke nogen koordinatorfunktion til at følge op på de sager, der drøftes på teamenes møder. Da projektlederen i Skanderborg blev spurgt, om de savner en sådan funktion, svarede han, at de i stedet har været meget opsatte på at uddelegere ansvaret for de dobbeltdiagnosesager, som teamet arbejder med. Projektlederen fortalte, at der er en stærk tendens til, at sagsbehandlere og praktiserende læger gerne vil have, at andre overtager deres sag, hvis de får en sag om en borger med en dobbeltdiagnose, fordi de oplever, at sagerne er svære. Projektlederen fortæller, at projektets filosofi har været, at projektet ikke skal blive et nyt tilbud, men i stedet skal forsøge at få de institutioner, som allerede har beføjelserne og midlerne, til at arbejde sammen og tage deres del af ansvaret.

Eksemplerne illustrerer, at der er fordele forbundet med de forskellige modeller, og at den lokale kontekst spiller ind, i forhold til hvilken model der er mest hensigtsmæssig.

I kapitel 6 beskrives koordinatorfunktionen nærmere.

5.6 Hvor er fællesteamet særligt anvendeligt?

Projekternes arbejde med fællesteamet har vist, at modellen er særligt anvendelig i *sager med stor kompleksitet*, og hvor der er mange aktører involveret i forhold til den enkelte borger. Der er i disse sager et stort behov for et tæt samarbejde mellem aktører, som traditionelt set 'sitter langt fra hinanden', har forskelligt fokus i deres arbejde og er præget af forskellig lovgivning og kulturer.

I Odsherred har man erfaret, at fællesteamet skaber blik for helhed og sammenhæng i indsatsen. Her har man blandt andet drøftet sager, hvor der har været mistanke om omsorgssvigt af et barn. Drøftelserne er gået på, hvordan man støtter og hjælper den samlede familie, samtidig med at hver afdeling har deres særlige ansvarsområder. Fx er Familieafdelingens særlige fokus på barnet, men hvis barnet skal hjælpes, skal forældrene også gerne have hjælp.

Fællesteamet har også vist sig særligt velegnet til at håndtere *sager med dobbeltdiagnoseproblematikker*. En del af de projekter under 19M-puljen, som har fokus på borgere med både en

sindslidelse og et misbrug, har valgt netop at etablere et fællesteam. Projekterne fortæller, at fællesteamet er velegnet til at behandle sager om dobbeltdiagnoser, fordi fællesteamet netop kan håndtere de mange aktører og den kompleksitet, som ligger i sager om dobbeltdiagnoser, hvor der er behov for en parallel indsats og behandling fra forskellige aktører.

I både Viborg og Frederikshavn har man gode erfaringer med at bruge fællesteamet til at afklare sager, som er 'kørt fast', og hvor sagsbehandleren ikke ved, hvad han eller hun skal gøre for at komme videre. Sagerne er typisk havnet i en situation, hvor den ene part siger, at borgeren skal i psykiatrisk behandling, inden vedkommende kan afruses, og den anden part siger, at borgeren først skal afruses, inden den psykiatriske behandling kan påbegyndes. Fællesteamet skaber her et forum, hvor parterne sammen kan drøfte mulighederne og træffe en beslutning om, hvad der videre skal ske i sagen. Ifølge projektet i Frederikshavn fortæller sagsbehandlerne, at de efter oprettelsen af fællesteamet ikke længere skal vurdere, om sindslidelsen eller misbruget kommer først, men at de i stedet kan forholde sig til det hele menneske.

Projektet i Frederikshavn fortæller også, at dét, at aktørerne deler oplysninger på fællesteamets møder, betyder, at borgeren slipper for at fortælle den samme historie tre forskellige steder, fordi medarbejderne allerede er orienteret. Borgerne får derfor, ifølge projektet, en fornemmelse af, at medarbejderne ved, hvad der sker andre steder.

Samlet set har projektet i Frederikshavn oplevet, at fællesteamet har gjort det nemmere at fastholde borgerne i misbrugsbehandlingen, fordi aktørerne nu i højere grad kører parallelle forløb. Projektet fortæller, at der har været en problematik omkring, at borgerne på det åbne sengeafsnit kom og gik, at de tog rusmidler med ind på afsnittet, og at de blev udskrevet før tid, fordi de brugte behandlingen uhensigtsmæssigt. Projektet oplever, at denne problematik efter etableringen af fællesteamet er blevet mindre.

5.7 Læringspunkter på tværs

Gennem erfaringsopsamlingen og evalueringen på tværs af projekterne er en række særlige opmærksomhedspunkter blevet tydelige. Disse punkter er vigtige at forholde sig til ved implementering af lignende indsatser i nye kommuner.

Tabel 8 Læringspunkter på tværs af projekterne vedr. Fællesteam

Særlige fokuspunkter	Kort beskrivelse
Inddragelse af centrale aktører	Inddragelse af de centrale samarbejdspartnere, som skal indgå i teamet, er vigtig så tidligt som muligt i processen for fremadrettet at sikre forankring og ejerskab til fællesteamet. Alle kan blive hørt i forhold til behov og ønsker for temaet, og det sikrer, at man ikke etablerer overlappende indsats i forhold til noget eksisterende, og at man evt. kan bygge videre på noget eksisterende.
Målgruppe (borgerniveau)	En klar afgrænsning af, hvilken borgergruppe som er målgruppen for fællesteamet. Det anbefales, at der forud for målgruppeafgrænsningen laves en grundig afklaring af, hvilke målgrupper der kan have gavn af denne indsats, og hvilke andre tilbud der er til målgruppen. Det anbefales ligeledes, at det undersøges, hvilke behov der er blandt medarbejdere, som arbejder på området.
Formål med fællesteamet	Klar definition af, hvad der er formålet med fællesteamet: Faglig sparring og erfaringsudveksling, konkret sagsbehandling, visitation til videre tilbud mv.
Kompetencebehov	Skal teamet have egentlig kompetence til at visitere borgere til konkrete tilbud, eller skal de i højere grad være handlingsanvisende eller vejledende i deres anbefalinger?

Særlige fokuspunkter	Kort beskrivelse
Deltagerkreds /fagområder (organisatorisk målgruppe)	Med udgangspunkt i borgermålgruppedefinitionen og formålet med teamet skal der tages stilling til, hvilke fagområder, der er behov for, skal være repræsenteret i fællesteamet.
Repræsentationsniveau	<p>Med udgangspunkt i teamets formål og kompetence skal der tages stilling til, på hvilket niveau de enkelte fagområder skal være repræsenteret på møderne. Er der behov for ledelsesdeltagelse, eller skal møderne i højeres grad være medarbejderfora.? Eller er der behov for deltagelse af begge niveauer?</p> <p>Skal det være de samme repræsentanter fra de enkelte fagområder hver gang, eller kan de skifte fra gang til gang?</p>
Organisering	<p>Hvilken rolle og funktion skal de involverede fagområder/-personer have inden møderne, på møderne og efter møderne?</p> <p>Hvordan sikres det, at de relevante aktører inddrages, og hvad gør man, hvis der er aktører, som det ikke umiddelbart er muligt at inddrage?</p> <p>Skal der i tilknytning til teamet oprettes en styregruppe, følgegruppe eller ledergruppe?</p>
Forankring	<p>Hvor skal "ansvaret" for teamet være forankret? Hvem har ansvaret for at indkalde til møderne og drive fællesteamet? Hvordan sikres opbakning til fællesteamet? Hvordan inddrages ledere? Og hvordan sikres det, at der spredes information omkring teamet til de relevante aktører?</p>
Mødefrekvens	<p>Der skal tages stilling til mødefrekvensen. Dette afhænger til dels af, hvad formålet med teamet er. Hvis formålet er konkret sagsbehandling og visitation, er der behov for oftere mødekadence, end hvis det primære formål er gensidig sparring og faglige drøftelser.</p> <p>Erfaringerne fra puljen peger på, at det med fordel kan være et fast mødetidspunkt, fx hver fredag kl. 8.00 eller den sidste fredag i måneden kl. 8 eller lignende.</p>
Forberedelse af møderne	<p>Hvordan får man en sag op på mødet? Hvordan indkaldes til møderne – er det alle, som deltager hver gang, eller indkaldes fagområder ad hoc? Hvordan og i hvilken form fremsendes det materiale, som skal drøftes på mødet til deltagerne?</p>
Form og struktur på møderne	<p>Hvordan fremlægges sagen på mødet? Og hvordan foregår den efterfølgende drøftelse?</p>
Opfølgning på møderne	<p>Hvordan følges der op på mødet? Og hvordan aftales det, hvem der efterfølgende gør hvad?</p>
Samtykke fra borgeren og hvordan oplysninger deles	<p>Hvordan indhentes samtykke fra borgerne til drøftelse af sagen? Og hvad gør man, hvis ikke borgeren ønsker at give samtykke hertil. Hvem må man dele disse oplysninger med?</p>

6. KOORDINERENDE FUNKTIONER

Under puljen har 12 projekter arbejdet med forskellige koordinerende funktioner. På tværs af de 12 projekter er der stor variation i forhold til formål, målgruppe, indhold og praktisk udmøntning af den koordinerende funktion. Af tabellen nedenfor fremgår, hvilke kommuner der har arbejdet med koordinerende funktioner under puljen, og det er angivet, hvilken betegnelse man lokalt har valgt at give denne funktion.

Tabel 9 Oversigt over projekter som arbejder med en koordinatorfunktion under puljen 19M

Kommune	Navn på koordinatorfunktionen
Vejle	Kontaktperson
Aalborg	Udskrivningskoordinator
Gladsaxe	Projekt Styr på livet
Bornholm	ACT-team
Næstved	Tovholder
Odense	Forløbskoordinator
Halsnæs	Kontaktperson
Skive	Kontaktperson plus en jobkonsulent og en underviser
København	Den Koordinerende Kontaktperson
Hvidovre	Psykiatrikoordinator
Esbjerg	Case manager
Odsherred	Tovholder

Som det ses af ovenstående tabel, har de enkelte kommuner hver især givet koordinatorfunktionen dens eget navn, som passer ind i kommunens organisation og sprog, fx tovholder, case manager, kontaktperson, psykiatrikoordinator eller udskrivningskoordinator. I denne rapport har vi valgt konsekvent at bruge navnet *koordinatorfunktionen* for at øge læsevenligheden.

Gennem dette kapitel vil vi søge at skitsere, hvordan projekterne under puljen har arbejdet med disse koordinerende funktioner. Herunder vil vi søge at illustrere, hvilke redskaber og metoder der er blevet udviklet og anvendt, samt hvilke forskelle og variationer der ses på tværs af puljens projekter i forhold til formål, målgruppe, og hvordan indsatsen evt. hænger sammen med sociale indsatser over for målgruppen.

6.1 Koordinatorfunktionens formål

De koordinatorfunktioner, som er blevet udviklet under 19M-puljen, har haft fokus på at styrke samarbejdet om psykisk syge borgere mellem den kommunale socialpsykiatri, den regionale behandlingspsykiatri og andre relevante dele af den kommunale organisation, herunder særligt jobcentret, misbrugscentret og børne- og familieteam.

Mange af koordinatorfunktionerne har fokuseret på problemstillingen, at borgere ofte er ekstra udsatte, når de overgår fra kommunalt til regionalt regi eller omvendt, dels fordi overgangen er en stor omvæltning for borgeren selv, og dels fordi der ikke altid er sammenhæng i indsatserne på tværs af de to regi. Koordinatorerne har derfor til formål at skabe sammenhæng både for borgerne og i medarbejdernes samarbejde. Flere projekter har derfor særligt fokus på overgange, som fx udskrivninger og det fyldte 18. år.

Projekterne under 19M-puljen har desuden haft fokus på, at det ofte også er nødvendigt at styrke det interne kommunale samarbejde på tværs af afdelinger og forvaltninger for at sikre, at borgerne får sammenhængende og helhedsorienterede indsatser. Denne del er kommet til at fylde mere end forventet for nogle af projekterne undervejs. Det er derfor ikke alle koordinatorfunktionerne, som har fokuseret på overgangen mellem region og kommune – nogle projekter har i stedet i bredere forstand beskæftiget sig med borgere med en psykisk lidelse, som har haft behov for støtte og koordinering – uanset om borgerne har været i en overgangsfase eller ej.

Koordinatorfunktionens formål kan beskrives på to niveauer, et borgerniveau og et medarbejder- eller organisatorisk niveau.

I forhold til borgerne nævner de kommuner, som har arbejdet med koordinatorfunktionen, følgende formål:

- Én indgang til kommunen for den enkelte borger
- Borgerne får et sammenhængende og helhedsorienteret forløb
- Borgerne bliver inddraget og føler sig trygge i forløbet
- Risikoen for genindlæggelser og forværringer af borgernes psykiske og sociale tilstande reduceres
- Borgerne får et tilbud, som passer til dem.

I forhold til medarbejderniveauet nævnes følgende formål:

- Én indgang til kommunen for den regionale behandlingspsykiatri
- Styrket samarbejde mellem aktører i forskellige afdelinger og imellem aktører i regionalt og kommunalt regi
- Udvikling af fælles sprog og forståelse for hinandens kulturer og handlinger
- Udvidelse af den enkelte medarbejders viden om målgruppen og om mulige tilbud og indsatser.

Hvordan de enkelte projekter har vægtet de forskellige formål, er meget varierende. Nogle projekter har primært fokuseret på at give den enkelte borger et bedre forløb, mens andre projekter har fokuseret på at lette samarbejdet mellem de forskellige aktører. Nogle projekter har udviklet deciderede nye tilbud til borgerne, mens andre har arbejdet på at formidle viden og samarbejde mellem de eksisterende tilbud og borgerne og evt. deres sagsbehandlere.

6.2 Koordinatorfunktionens målgruppe

Da koordinatorfunktionerne har haft mål i forhold til både borgerne og samarbejdet mellem aktørerne, har koordinatorfunktionerne også haft to målgrupper; en borgergruppe og en medarbejdergruppe.

Overordnet set er borgermålgruppen den samme for koordinatorfunktionen som for fællesteamet, nemlig borgere med komplekse psykiske og sociale problemstillinger, som kræver indsatser fra mange forskellige aktører.

Boks 11 Den overordnede borgermålgruppe for de koordinerende funktioner under puljen 19M

Den overordnede **borgermålgruppe** for er den koordinerende funktioner under puljen 19M:

- Borgere med komplekse psykiske og sociale problemstillinger, fx psykiatriske diagnoser, misbrug, dårlig økonomi og boligforhold, dårlige sociale relationer og isolation
- Borgere, som falder uden for de gængse tilbud
- Borgere med behov for indsatser fra flere forskellige aktører
- Borgere i overgang fra støtte i et regi til et andet.

De enkelte projekter har haft mere specifikke målgrupper, som fremgår af tabel 10 nedenfor.

Tabel 10 De koordinerende funktions specifikke borgermålgruppe

Kommune	Borgermålgruppe
Bornholm	Sindslidende med tilknytning til behandlingspsykiatrien.
Esbjerg	Borgere med en dobbeltdiagnose.
Gladsaxe	Sindslidende generelt.
Halsnæs	Unge mænd med en sindslidelse.
Hvidovre	Sindslidende generelt.
København	Projektets målgruppe omfatter borgere med sindslidelse, som: - for nylig har afsluttet et behandlingsforløb i behandlingspsykiatrien, og som står foran udskrivning eller netop er udskrevet fra behandlingsstedet. - afsoner en behandlingsdom på et behandlingssted, og som står overfor udskrivning fra behandlingsstedet. Derudover skal borgeren være mellem 18 og 65 år, og borgernes sag skal have en vis kompleksitet.
Næstved	Psykisk sårbare borgere generelt.
Odense	Sindslidende generelt.
Odsherred	Komplicerede sager, hvor medarbejderne oplever at være 'kørt fast'.
Skive	Primært unge kontanthjælpsmodtagere med en sindslidelse eller psykisk sårbarhed.
Vejle	Målgruppen i projektet er borgere mellem 18 og 65 år, som forventes at være indlagt på Psykiatrisk Afdeling i mere end 30 dage, og som skal udskrives til og har behov for socialpsykiatrisk støtte i egen bolig efter endt behandling.
Aalborg	Borger, der står foran en udskrivning fra behandlingspsykiatrien.

En erfaring, som mange af projekter har gjort sig, har været, at det er vigtigt at have klarhed omkring afgrænsningen af målgruppen, både for at arbejdet med borgerne kan målrettes og for at skabe klare snitflader og rollefordelinger i forhold til de øvrige aktører. Erfaringen fra puljen peger på, at denne afgrænsning af målgruppen ikke altid er så lige til. Der kan på tværs af afdelinger og sektorer være forskellige interesser for og perspektiver omkring, hvorfor målgruppen bør afgrænses på en bestemt måde.

I projektet på Bornholm gjorde man sig tidligt i projektforsøget den erfaring, at det er vigtigt, at visitationskriterierne er meget præcise og kendt af alle på forhånd. Af projektets selvevaluering fra oktober 2010 fremgår det blandt andet: *"Hvad BRISK angår, havde man formuleret detaljerede kriterier, der var kendt af alle. Imidlertid havde man ikke været tilstrækkelig præcis, hvad angår "behovet for støtte". Konkret viste det sig, at de borgere, der ellers passede på kriterierne, generelt havde et støttebehov, der lå over "det normale", hvilket igen betød, at man måtte reducere i indtaget. I BRISK skulle man nok have været mere specifik i visitationskriterierne – fx havde det været mere fremkommeligt, hvis man havde rekrutteret færre personer med et mindre støttebehov."*

En lignende erfaring har projektet i København gjort sig. Her har man gennem projektperioden arbejdet meget på at få afgrænset målgruppen. Fra start var målgruppen tænkt som borgere, som efter længerevarende indlæggelse på psykiatrisk afdeling stod for en udskrivning. Længerevarende indlæggelse var her defineret som værende minimum en måned. Men erfaringerne fra projektet viste hurtigt, at målgruppen her var for snæver. Udviklingen af området har gjort, at det i dag er et fåtal, som er indlagt op til en måned. Der er i psykiatriens sengeafsnit meget fokus på kortere og kortere indlæggelser, og kommunerne oplever i dag, at borgerne udskrives meget hurtigt, og ikke mindst hurtigere end tidligere, og at man dermed skal løfte en meget tunge gruppe borgere i socialpsykiatrien.

I stedet for denne 'snævre' definition af målgruppen blev det aftalt, at projektet skulle fokusere på kompleksiteten i forhold til den enkelte borger, men målgruppedefinitionen er stadig noget, som man arbejder med i projektet. Sagsbehandlere, som har den endelige beslutning, i forhold til om den enkelte borger skal være en del af målgruppen, vil meget gerne have en meget fast definition, så de undgår flest mulige diskussioner om, hvem der er en del af målgruppen, og hvem der ikke er. Sagsbehandlere vil gerne have målgruppen til at omfatte alle borgere, som er

tilknyttet socialcentret, mens man i den regionale behandlingspsykiatri gerne vil have fokus på kompleksiteten i den enkelte sag, fordi de har vanskeligt ved at finde rundt i kommunens forvaltninger. Erfaringerne fra projektet har gjort det nemmere undervejs for sagsbehandlerne at finde ud af, hvem der er målgruppen, men projektlederen vurderer, at diskussionen om målgruppen nok bliver ved.

Der er som en del af projektet nu udarbejdet konkrete vurderingskriterier som vejledning til medarbejderne for at kunne afgrænse målgruppen. I boks 12 nedenfor ses beskrivelsen af projektets vurderingskriterier.

Boks 12 Vurderingskriterier i Københavns Kommunes projekt *Den Koordinerende Kontaktperson*

Vejledende kan det siges, at der er brug for en koordinerende kontaktperson til borgere, hvor:

- **Interne parter:** En række fagpersoner internt i Socialforvaltningen er/skal involveres, og forskellige tiltag skal koordineres, fx bolig, hjemmepleje, SKP, hjemmevejleder, Børne-familieenhed mv.
- **Eksterne parter:** Der er flere eksterne samarbejdsparter involveret, fx beskæftigelsesforvaltningen (mht. forsørgelse), distriktspsykiatri, psykiatrisk center, kriminalforsorgen mv. Dvs. at en række fagpersoner eksternt kommunen skal involveres i sagsforløbet og medvirke til at skabe et velkoordineret forløb i samarbejde med Den Koordinerende Kontaktperson og borgeren.
- **Kompleksitet:** Sagen er kompleks: Borgeren har risiko for at miste bolig, forsørgelse, beskæftigelse mv.
- **Sygdomsbillede:** Borgeren har en sygdom, der i karakter og grad kræver særlig støtte, for at borgeren oplever en velkoordineret overgang fra indlæggelse til udskrivning og opfølgning, hvor der er etableret stabil bolig, forsørgelse, god kombination af behandling og social indsats mv.

Vejledende skal det fremhæves, at der ikke er behov for, at sagsbehandleren i Voksenenheden er koordinerende kontaktperson, når:

- **Borgeren er tilknyttet et OP-team.** Her varetager den udstationerede socialforvaltnings-medarbejder i OP-teamet koordinatorfunktionen sammen med kolleger i teamet.
- **Borgeren allerede har en kontaktperson** (dog ikke SKP), fx i bocenter, og sagen allerede er afklaret ift. arbejde/økonomi og bolig.
- **Borgeren afviser en koordinerende kontaktperson** på sin sag.

I forhold til medarbejderniveauet har målgrupperne for koordinatorfunktionerne været de aktører, som har haft kontakt med projektets borgere. Dette har været medarbejdere og/eller ledere fra socialpsykiatrien, myndighedsfunktionen, jobcentret, børne- og familieafdelingen, distriktspsykiatrien, psykiatriens sengeafsnit, misbrugsbehandlingen, bostøtter og hjemmeplejen samt flere andre, afhængigt af det konkrete projekt og den konkrete borger. Mange projekter har i høj grad også samarbejdet med private eller frivillige tilbud til borgergruppen eller med private virksomheder, praktikpladser eller uddannelsesinstitutioner, men disse aktører skal snarere ses som samarbejdspartnere end som en del af den egentlige målgruppe for projekterne.

Endelig kan det nævnes, at projektet i Skive har haft et særligt fokus på at få unge med en sindslidelse videre i job eller uddannelse frem for at få tilkendt en førtidspension. Derfor har der til dette projekt være tilknyttet en jobkonsulent, som har haft en stor rolle i forhold til at besøge virksomheder og finde praktikpladser til de unge, ligesom jobkonsulenten har været bindeledet mellem borgeren og virksomheden, hvis der har været problemer.

Vi vil i kapitel 9 nærmere beskrive det arbejde, som projekterne har haft i forhold til etablering og vedligeholdelse af disse samarbejdsrelationer, som i alle projekter har været et stort arbejde og har fyldt meget gennem hele projektføreløbet. Fordi projekterne som udgangspunkt alle steder primært har været forankret i kommunernes socialpsykiatri, har det været en stor opgave at motivere andre på tværs af afdelinger og sektorer til at deltage aktivt i projekterne på lige fod med socialpsykiatrien.

6.3 Koordinatorfunktionens rolle

Koordinatorfunktionen har typisk været organiseret som et team, bestående af en projekt- eller teamleder og et varierende antal medarbejdere fra forskellige faggrupper. I Odsherred har koordinatorfunktionen været organiseret lidt anderledes, og koordinatorene (i Odsherred kaldet tovholderne) har været udgjort af faste medarbejdere, som er blevet frikøbt til tovholderfunktionen i typisk 10 timer om ugen.

I de forskellige projekter har koordinatorfunktionerne haft tre overordnede funktioner:

1. En koordinerende funktion
2. En konsulentfunktion ift. samarbejdspartnerne
3. En støttefunktion ift. borgerne.

Den **koordinerende funktion** har været den helt centrale funktion, og den har bestået i at koordinere den enkelte borgers sag og samarbejdet mellem de forskellige aktører.

Konsulentfunktionen har også været en vigtig funktion for mange af projekterne. Konsulentfunktionen er opstået, fordi projekterne har opbygget så meget viden om målgruppen og de forskellige aktører og tilbud på området. Projekterne er på denne måde blevet en form for vidensbank, som de øvrige aktører kan kontakte, når de har behov for råd og vejledning. Dette kan fx være, hvis en medarbejder står med en sag, som han/hun ikke ved, hvordan han/hun skal løse, eller hvis medarbejderen har behov for en bestemt indsats til en borger, men ikke ved, hvor han/hun skal henvende sig – udover hos koordinatoren i projektet.

Den sidste funktion er en **støttefunktion i forhold til borgerne**. Funktionen består i at sørge for, at borgeren føler sig tryk i forløbet. Alle projekter, som har den direkte borgerkontakt, lægger særligt vægt på relationsarbejdet i forhold til borgeren, som et vigtigt grundlag for arbejdet. Derudover består funktionen i at give borgeren den nødvendige støtte til, at borgeren kan drage nytte af de forskellige indsatser. Dette kan fx være at agere bisidder eller følge borgeren til forskellige sociale tilbud. Støtten kan også bestå i at besøge borgeren i borgerens hjem eller at være tilgængelig pr. telefon, hvis borgeren har brug for hjælp. Mange af projekterne med en koordinatorfunktion beskriver, at de har arbejdet meget med at udvikle borgernes egen forståelse af deres sårbarheder og med at give dem forskellige strategier til, hvordan de kan håndtere sårbarhederne. Samtidig er der en del projekter, som fortæller, at det har været svært at trække grænsen for, hvilken slags støtte projekterne skal yde. Projektet i Skive fortæller for eksempel, at de har taget sig af de enkeltstående behov (som fx at følge borgeren til et enkelt møde med banken), mens borgerne så vidt muligt har fået tildelt anden hjælp, fx en støtte-kontaktperson (SKP) til de mere vedvarende behov (fx vedvarende behov for hjælp til at handle ind eller styre økonomien).

Nedenstående boks 13 viser som eksempel beskrivelsen af den rolle, som Den Koordinerende Kontaktperson i Københavns Kommune er tiltænkt at have i forhold til borgerne og i forhold til andre aktører på området.

Boks 13 Beskrivelse af roller for den koordinerende kontaktperson (DKK) i Københavns Kommune

Den koordinerende kontaktperson samler trådene

Helt overordnet har den koordinerende kontaktperson til opgave at samle trådene i borgerens sag og sikre, at borgeren guides rundt i systemet og modtager en samlet indsats, hvor alle relevante parter inddrages, og alle arbejder i samme retning på tværs af faglige og organisatoriske skel.

Den koordinerende kontaktperson skal ikke overtage opgaver fra nogle af de øvrige samarbejdspartnere og myndigheder. De skal fortsat bidrage som hidtil. Der er i udgangspunktet heller ikke tale om ændrede beslutningskompetencer.

De koordinerende funktioner kan opdeles i forhold til, hvem kontaktpersonen orienterer sig mod: borgeren eller de involverede fagpersoner.

Roller i forhold til Borgeren

I relation til borgeren kan funktionerne omhandle at:

være borgerens kontaktperson i forvaltningen i overgangsperioden, dvs. at være den person, borgeren skal tage kontakt til. Sikre, at borgeren oplever en entydig "én indgang" til kommunen, have løbende kontakt med borgeren og eventuelle pårørende, støtte borgeren i at overskue sit eget sagsforløb, sikre borgerens mulighed for indflydelse på egen sag, guide borgeren rundt i det kommunale system, understøtte borgerens kontakt til andre relevante fagpersoner i og uden for kommunen, være på forkant med, hvilke behov der skønnes at kunne opstå fremover, indkalde og forberede borgeren til koordineringsmøder sammen med andre fagpersoner samt efter mødet klargøre for borgeren, hvad beslutningerne betyder for borgeren.

Roller i forhold til interne og eksterne samarbejdspartnere

I relation til interne og eksterne samarbejdspartnere kan funktionerne omhandle at:

være kontaktperson – dvs. være den kommunale medarbejder, som andre fagpersoner i og uden for kommunen kan tage kontakt til i forbindelse med borgerens sagsforløb. Koordinere sagsforløbet – dvs. at samordne de faglige tiltag, både indholdsmæssigt og tidsmæssigt, med udgangspunkt i de opstillede mål for indsatsen (handleplanen), skabe overblik over, hvilke samarbejdspartnere (internt og eksternt) der er involveret i den pågældende sag, og orientere dem om, hvem der har koordinatorfunktionen.

Formidle relevante oplysninger løbende, fx pr. e-mail til de involverede samarbejdspartnere, have ansvar for at indkalde og udsende dagsorden til koordinerende møder, når sagens problemstillinger eller udvikling i sagen gør en mundtlig drøftelse nødvendig.

Facilitere gode møder og sikre at der er en mødeleder og en referent på møder samt at alle relevante parter modtager informationer om beslutninger.

De tre funktioner har gjort sig gældende både i forhold til de kommunale og regionale tilbud og medarbejdere og i forhold til de private/frivillige tilbud. I mange af projekterne har der nemlig ligget en stor opgave i at kortlægge de eksisterende tilbud på området, også de private/frivillige tilbud, og udbrede denne viden til de kommunale og evt. regionale medarbejdere. Denne opgave hører ind under konsulentfunktionen. Fokus på de private/frivillige tilbud findes også under den koordinerende funktion og under støttefunktionen. Her har det henholdsvis drejet sig om også at inddrage de private/frivillige tilbud i forhold til samarbejdet om og med borgerne samt om fx at følge borgeren til et nyt tilbud, hvis han eller hun ønsker at starte der, men ikke har lyst til at gå derhen alene første gang.

Som det eneste af de 12 projekter under 19M-puljen med en koordinatorfunktion, er projektet i Hvidovre tilrettelagt uden direkte borgerkontakt og dermed uden støttefunktionen. Projektet fortæller, at der i Hvidovre Kommune er mange muligheder for at få støtte- eller kontaktpersoner, og projektet har derfor i stedet fokuseret på at sætte de forskellige, eksisterende "led" sammen. Projektet ser deres koordinator som en ressourceperson og et kvalificerende led i samarbejdet mellem kommunen og behandlingspsykiatrien.

I nedenstående tabel 11 fremgår projekternes fokus i arbejdet med koordinerende funktioner.

Table 11 Projekternes særlige fokus i de koordinerende funktioner

Kommune	Formål	Koordinatorfunktion	Konsulentfunktion	Støttefunktion
Bornholm	At sikre at borgerne får en sammenhængende og helhedsorienteret indsats på tværs af sektorerne.	Koordinatorfunktion del af socialpsykiatrisk indsats. Afklaring af funktionsniveau. Fokus på udvikling af fælles udgangspunkt, sprog og mål for alle aktører. Brugerinddragelse. Netværksmøder.		Udgangspunkt i ACT-metoden (Assertive Community Treatment). Forskellige fagligheder i teamet styrker den tværfaglige indsats ift. borgeren.
Esbjerg	At sikre at borgerne får en sammenhængende og helhedsorienteret indsats på tværs af sektorerne.	Koordinatorfunktion med borgerkontakt. Meget opsøgende ift. samarbejdspartnerne og ift. at 'opsøre' sager. Afklaring af behov og koordinering indsatser.	Rådgivning af aktører sker også gennem fællesteamet.	Personlig relation og støtte. 'Holder borgerne i hånden'.
Gladsaxe	At etablere gruppetilbud for borgere med psykiske lidelser i kommunen. At sikre at borgerne får en sammenhængende og helhedsorienteret indsats på tværs af sektorerne.	Koordinatorfunktion del af socialpsykiatrisk indsats. Har ikke hovedansvaret for at koordinere borgernes sager. Hjælper borgeren med at få overblik over sine relationer. Etablerer kontakt mellem borgeren og det eksisterende system. Etablerer kontakt til andre relevante aktører. Netværksmøder.	Rådgivning af aktører sker gennem fællesteamet.	Gruppeforløb, som skal give mestringsstrategier, netværk og bedre livskvalitet.
Halsnæs	Socialtræning af unge mænd. At skabe en tryk base for de unge. At styrke de unges netværk. At koble de unge til det etablerede system.	Koordinatorfunktion del af socialpsykiatrisk indsats. Afklaring af behov for indsats og støtte. Udvikling af handleplan. Tæt samarbejde med den eksisterende sagsbehandler. Inddragelse af privat netværk.		Fokus på at etablere en tryk base for den unge og få den unge koblet til det etablerede system. Relationsarbejde, netværksaktiviteter, socialtræning og virksomhedsbesøg. Bevilges som § 85-bostøtte.
Hvidovre	At fungere som én indgang til kommunen og regionen. At være et kvalificerende led i samarbejdet mellem kommunen og regionen.	Koordinatorfunktion uden borgerkontakt. Initierer og kvalificerer samarbejde mellem aktører i kommunen og regionen. Fungerer som én indgang til både kommunen og regionen. Videreformidler henvendelser.	Giver viden om kommunale og regionale systemer og praksisser. Fungerer som vidensbank.	
København	Udvikling af metode til koordinerede kontaktperson med særligt fokus på fremskudt sagsbehandling og mulighed for at reagere tidligere som sagsbehandler.	Koordinatorfunktion med borgerkontakt. Har til opgave at samle trådene i borgerens sag og sikre, at borgeren guides rundt i systemet og modtager en samlet indsats, hvor alle relevante parter inddrages og alle arbejder i samme retning på tværs af faglige og organisatoriske skel.		

Næstved	At sikre at borgerne får en sammenhængende og helhedsorienteret indsats på tværs af sektorerne.	Koordinatorfunktion med borgerkontakt. Koordinering af borgerens indsatser. Netværksmøder.	Rådgivning af aktører og pårørende om konkrete problemstillinger og relevante tilbud og indsatser. Formidling af kontakt.	Personlig relation og støtte. 'Holder borgeren i hånden'. Bisidder.
Odense	At sikre at borgerne får en sammenhængende og helhedsorienteret indsats.	Koordinatorfunktion med borgerkontakt. Afklaring af behov og koordinering indsatser. Etablering af kontakt til tilbud mm.	Rådgivning af aktører om konkrete problemstillinger og relevante tilbud og indsatser.	Personlig relation og støtte. 'Holder borgeren i hånden'. Initiering af borgerens medansvar for eget liv.
Odsherred	At sikre at borgerne får en sammenhængende og helhedsorienteret indsats på tværs af sektorerne.	Koordinatorfunktion med borgerkontakt. Afklaring af behov og koordinering indsatser. Netværksmøder. Koordinatorerne er forankret i forskellige afdelinger og indgår i projektet på deltid. Dette sikrer tværfaglighed i deres arbejde.	Rådgivning af øvrige aktører sker også gennem fællesteamet. Koordinatorerne kan spare med hinanden, fordi de kommer fra og er forankrede i forskellige afdelinger.	Personlig relation og støtte. 'Holder borgeren i hånden'.
Skive	At nedbringe antallet af unge, der får en førtidspension. At nedbringe støttebehovet hos de unge, der får en førtidspension. At sikre at borgerne får en sammenhængende og helhedsorienteret indsats på tværs af sektorerne.	Koordinatorfunktion med borgerkontakt Afklaring af behov for indsats og støtte. Hjælp med etablering af kontakter. Afholdelse af netværksmøder. Udvikling af handleplan.		Samarbejde med værested med daglige aktiviteter. Netværksaktiviteter. Hjælp med overgangen til uddannelse eller praktik og arbejde. Formidling af praktikpladser. Bisidder i enkeltstående tilfælde.
Vejle	At sikre at borgerne får en sammenhængende og helhedsorienteret indsats på tværs af sektorerne. Særligt fokus på udskrivningssituationen og på forebyggelse af genindlæggelser. Intensiv og tidsbegrænset indsats på 3 mdr.	Koordinatorfunktion med borgerkontakt. Den primære kontakt til borgeren. Afklaring af behov. Tæt samarbejde med en socialrådgiver fra myndighedsafdelingen i kommunen og med en socialrådgiver fra psykiatrisk afdeling på sygehuset. Socialrådgiverne har koordineret indsatsen, indkaldt til netværksmøder mm. Projektmedarbejderne har stået for afholdelse af netværksmøderne.	Kommer på sygehuset og fungerer som én indgang til kommunen for sygehuspersonalet i den enkelte sag. Informerer om, hvad borgeren udskrives til: Hvordan ser hjemmet ud, og hvilke indsatser er på plads?	Personlig relation og støtte. 'Holder borgeren i hånden'. Kommer i borgerens hjem og hjælper med overgang fra sygehuset. Inddrager det private og professionelle netværk. Udvikler mestringstrategier.
Aalborg	At sikre at borgerne får en sammenhængende og helhedsorienteret indsats på tværs af sektorerne. Særligt fokus på udskrivningssituationen og på forebyggelse af genindlæggelser. Tidsbegrænset indsats.	Koordinatorfunktion med borgerkontakt. Den primære kontakt til borgeren. Hovedansvar for koordineringen af udskrivningen og opfølgende indsatser. Inddragelse af aktører til udskrivningskonferencer i regionen. Bevillingskompetence på 5 timers § 85-bostøtte. Udarbejdelse af handleplaner.	Udbygget viden om målgruppen, tilbuddene og snitfladerne mellem aktørerne.	Personlig relation og støtte. 'Holder borgeren i hånden'. 1-2 opfølgende hjemmebesøg.

Af tabellen fremgår det, hvordan de enkelte projekter har valgt at fokusere den koordinerende funktion. Som det fremgår af tabellen, er der stor variation projekterne imellem, men der er også en række ligheder.

Vi vil i de kommende afsnit se nærmere på projekternes erfaringer, brug af redskaber og metoder samt ligheder og variationerne mellem projekterne.

6.4 Variationer i den koordinerende funktion

Set på tværs af puljens projekter, er koordinatorfunktionen (på nær i projekterne i København og Odsherred) en selvstændig enhed bestående af en eller flere medarbejdere, som har til opgave at koordinere konkrete borgersager og/eller generelle henvendelser. De sager, som falder ind under koordinatorernes område, er komplekse sager, hvor der er behov for koordinering af indsatser leveret fra flere forskellige aktører. Koordinatorerne forsøger at koordinere indsatserne, så de forskellige aktører får et gnidningsløst samarbejde, og borgerne får et sammenhængende forløb.

Set i forhold til fællesteamet er koordinatorfunktionen en indsats, som i højere grad er sammensat af forskellige redskaber og tilgange til samarbejdet med borgeren og andre aktører. Enkelte projekter, som fx i Københavns Kommune, har benyttet det meste af projektperioden til at udvikle og tilpasse den konkrete metode og tilhørende redskaber, som de ønsker at implementere som en del af kommunens sagsbehandlers redskabskasse.

På tværs af projekterne er det som tidligere nævnt tydeligt, at den koordinerende indsats mange steder hænger tæt sammen med sociale indsatser til borgerne i de projekter, som har fokus på den borgerrettede koordinering, idet man 1) som borgerens primære koordinerende kontaktperson bliver en vigtig støtte for borgeren i forhold til borgerens samlede situation eller 2) som borgerens støtteperson får en vigtig rolle i forhold den koordinerende indsats med andre aktører.

For projekterne i Halsnæs, Skive og Gladsaxe er den koordinerende indsat ikke en selvstændig funktion men en integreret del af en socialpsykiatrisk indsats for borgere med en sindslidelse, hvor den socialpsykiatriske medarbejder i større eller mindre grad har fungeret som borgerens kontaktperson og har en central rolle i forhold til at støtte borgeren i kontakten med det etablerede system.

Boks 14 Eksempler på koordinerende indsats som en integreret del af en social indsats

Socialpsykiatriske indsatser med en koordinerende rolle

Projekterne i Halsnæs og Skive arbejder begge med sociale indsatser for unge. I begge projekter er der et særligt fokus på at etablere en tryk base for unge, styrke deres netværk og deres mestringsstrategier. Som en del af denne indsats er der fokus på at få den unge koblet til det etablerede system, og dermed har medarbejderne i projektet haft en koordinerende funktion og fungeret som tovholder eller case manager for de unge. Der har i projekterne været stort fokus på funktionsafklaring af de unge, netværksopbygning og koordinering på tværs af forvaltninger og sektorer.

I Halsnæs har der gennem projektet været særligt fokus på unge mænd med psyko-sociale problemer med henblik på at forebygge anbringelser uden for hjemmet og styrke de unges mestringsstrategier i forhold til at blive i stand til fremadrettet at kunne klare sig uden støtte. Projektlederen siger herom: *"Vi arbejder efter princippet om at 'holde en hånd i ryggen' på de unge, hvor vi 'støtter dem, uden at vi bærer dem'. Gennem vores støtte og indsats skal de unge selv blive i stand til at kunne, ellers sker der ingen udvikling. Det er vigtigt for os, at vi bevæger os væk fra omsorg hen imod udvikling. Vi skal ikke fratage dem de muligheder, de har for at skabe udvikling i deres liv, ved at vi gør tingene for dem."*

I Skive har der været et særligt fokus på at nedbringe antallet af unge, som får førtidspension, og sekundært at nedbringe støttebehovet hos de unge, som har fået en førtidspension tildelt. Her har man haft særligt fokus på at få styrket samarbejdet mellem de fagprofessionelle, som er involveret i den enkelte unges forløb. Medarbejderne har fungeret som kontaktperson for borgere og har indkaldt til tværfaglige handleplansmøder.

I Gladsaxe har man arbejdet med gruppetilbud til borgere fra jobcentret, som er for dårlige til at arbejde. Man har her arbejdet med at lære borgerne at håndtere deres sårbarheder og styrke deres mestringsstrategier og netværk. Medarbejderne støtter borgerne i at tage kontakt til deres sagsbehandler mv., men har ikke hovedansvaret for at koordinere borgerens

Omvendt har man som medarbejder også en vigtig social rolle i forhold til borgeren, når man har rollen som den primære koordinerende kontaktperson. Det er vores vurdering, at dette blandt andet hænger tæt sammen med, at projekterne er forankret i socialpsykiatrien, hvor der er stort fokus på at arbejde recovery-orienteret. Her er fokus i høj grad på, at borgeren er inddraget i egen sag, og at man sammen med borgeren finder frem til, hvilke mål og drømme borgeren har for sit liv. Herunder er en god og tillidsfuld relation til borgeren afgørende for at kunne arbejde med denne. Den koordinerende indsats hænger derfor i mange af projekterne tæt sammen med udredningen af borgeren og vurderingen af, hvad der skal til for at skabe den ønskede udvikling. Projektlederen i Næstved pointerer, at det i den koordinerende funktion er utroligt afgørende, at den personlige relation bliver prioriteret højt. Hun siger: *"Tilliden er rigtig vigtig, og det er vigtigt, at man bruger ressourcer på, at denne tillid bygges op."*

I boks 15 nedenfor fremgår to case-eksempler på, hvilken rolle case manageren i projektet i Esbjerg kan have i forhold til borgere, hvor der lægges stor vægt på relationen til borgeren og en tæt opfølgning og støtte, som er tilpasset den enkeltes situation og aktuelle behov. Der tages udgangspunkt i, hvor borgeren er, samt hvilke ønsker han/hun har, og case manageren søger at støtte borgeren heri samt i kontakten med øvrige samarbejdspartnere for at understøtte, at borgerens mål og ønsker kan blive ført ud.

Boks 15 Case eksempler på case managerens rolle i projektet i Esbjerg

Case 1: En kvinde sidst i 30'erne, som har et kompliceret forløb med tidligere svært misbrug, nu dagligt brug af hash, og personfarlig kriminalitet bag sig. Borgeren er svær at fastholde i tilbud, og hun er paranoid, misligholder hendes lejlighed, rager uklar med naboer mv. Hun ønsker ikke samarbejde med psykiatrien, har ingen sygdomserkendelse. Case manageren søger at skabe et tæt samarbejde med alle instanser omkring borger, herunder misbrugscentret, egen læge og bostøtte-regi.

Det tætte samarbejde betyder, at case manageren er til rådighed og kan være udkørende med forholdsvis kort varsel. Case manageren er koordinerende i forhold til indkaldelse til møder, lyttende i forhold til både borgerens ønsker og i forhold til de ting, som samarbejdsparter fortæller – og skal gerne finde en rød tråd i ønsker og behov. Det er vigtigt, at case manageren er synlig, både i tilbudene, i borgerens bevidsthed samt i forhold til muligheder/begrænsninger. Der er derfor brugt meget tid på at være synlig dels i bostøtte-regi, dels på det § 110-tilbud, som borgeren har boet i i en periode, dels på misbrugscentret.

Borgeren har nu fast bostøtte, ønsker botilbud og samarbejder omkring sine behov. Der arbejdes fortsat på motivation til medicinering. Borgeren har profiteret af, at der ikke er "givet op", at det ikke har været muligt at lave "splitting" mellem samarbejdspartnere grundet det tætte samarbejde.

Case 2: En ung mand i starten af 20'erne, som har været involveret i kriminalitet og tidligere hash-misbruger, nu primært benzodiazepiner. Han er præget af voldsom adfærd ved indtagelse af alkohol. Han er svær at fastholde i tilbud, og han har tidligere haft hashpsykoser, han er præget af angst, og har ikke noget sted at bo.

Borgeren ønsker ikke ophold på § 110-tilbud eller anden hjælp. Han ønsker forandring og vil gerne i aktivering. Case manageren holder kontakt i samarbejde med kriminalforsorgen i frihed. Tager med til læge flere gange, samtaler med diverse samarbejdspartnere. Ringer ofte til borgeren. Er meget guidende – uden at tage over.

Borgeren ønsker, efter endnu en dom, at få bostøtte, starte i projekt/aktivering for livsstilsændring.

Tager mere over i forhold til eget liv. Borgeren er beholdt i sagsstamme ved case manageren for at bevare relationen – som minimum frem til bostøtten kan begynde, og der her er opbygget en relation.

I andre kommuner er der tale om en mere 'ren' koordinatorfunktion. Dette gælder fx i Hvidovre Kommune, hvor koordinatorfunktionen har sit primære fokus på det organisatoriske niveau og dermed på koordinering mellem de professionelle aktører, der er involveret i den enkelte borgers sag. Det har her været vurderingen, at der ikke er behov for, at koordinatorfunktionen indgår i forhold til den primære borgerkontakt, idet der allerede er en lang række tilbud til målgruppen. Omvendt oplever man et stort behov for organisatorisk koordinering, fordi der typisk er tale om borgersager med stor kompleksitet, hvor de forskellige aktører har behov for, at nogen har overblik og fokus på koordineringen. Man oplever tilmed at have fået en rådgivningsfunktion for de professionelle aktører, også ift. borgere, som falder uden for den direkte målgruppe.

I boks 16 nedenfor beskriver koordinatoren fra Hvidovre et eksempel på den type henvendelser, som projektet i Hvidovre typisk har.

Boks 16 Eksempel på typisk henvendelsestype i projektet i Hvidovre

"Behandlingspsykiatrien ringer fx angående en borger, som har et boligproblem. Der skal bare rettes henvendelse til boligområdet. Vi har gjort en dyd ud af, at behandlingspsykiatrien ikke behøver at sætte sig ind i hele kommunen. Umiddelbart ville man måske tænke, at der ikke var behov for en koordinerende indsats, når det bare drejer sig om en bolig. Men på den måde kan der nemt gå koks i det. Hvis behandlingspsykiatrien derimod ringer til mig, ved jeg, at der er mange fagpersoner, som skal ind over, når en borger skal have en bolig. Og at der derfor er behov for koordinering. Hvis der ikke blev koordineret, kunne der ske fejl ved, at informationer mistes, eller de nødvendige personer ikke blev inddraget."

Generelt tyder meget på, at det særligt er koordineringen mellem de forskellige aktører, som har været en stor udfordring inden projekternes start. Altså en sikring af at man ved, hvad man hver især tilbyder borgeren, og at der er sammenhæng og helhed for den enkelte borger.

Tendensen til, at koordineringen fylder meget i projektet, gør sig også gældende i Odense. Her er det vurderingen, at andre forvaltninger og medarbejdere oplever, at projektets forløbskoordinatore er med til at kvalificere indsatsen for borgerne. Koordinatorerne her bliver brugt som facilitatorer og vidensbank i forhold til borgernes muligheder.

En tilsvarende vurdering har man gjort sig i Aalborg Kommune. Her angiver man, at det er den generelle oplevelse, at de forskellige aktører virkelig har brug for en koordinator, fordi de oplever, at der er borgere, som bliver udskrevet, uden at efterfølgende aftaler og tilbud er koordineret.

Nogle projekter har fra starten vidst, at det er koordineringen, som har været den største udfordring, mens det for andre er en viden, de har tilegnet sig gennem projektførelsen. Fx angiver projektet i Skanderborg, at dets fokus har ændret sig siden opstarten. Fra at have haft en decideret opsøgende funktion er projektets rolle i højere grad blevet at være konsulenter for andre, der foretager opsøgende arbejde.

Andre kommuner havde forestillet sig at have en mere koordinerende rolle, end tilfældet indtil nu har været.

De enkelte projekters indsats og fokus er i høj grad præget af, hvad der i forvejen er af tilbud og indsatser i den enkelte kommune, og dermed også af hvilke centrale udfordringer der blev identificeret i det daglige arbejde inden projektstart. Dette betyder, at der er stor variation på tværs af puljen.

6.4.1 Fokus på udskrivning og overgange i koordinatorfunktionen

Projekterne i Aalborg, Vejle og København har arbejdet specifikt med at sikre gode overgange til de kommunale socialpsykiatriske indsatser for borgere, som har været indlagte til psykiatrisk behandling i regionen. Alle tre projekter arbejder på at få et tæt samarbejde med psykiatriens sengeafsnit og bliver sat i kontakt med borgerne i god tid, inden de skal udskrives, og nogle gange allerede når borgeren indlægges. Projekterne har en tæt kontakt med borgerne og står derudover for at afholde netværksmøder og sikre, at de forskellige indsatser er klar, når borgeren bliver udskrevet. Af nedenstående boks 17 fremgår en beskrivelse af deres fokus i projektet. Her fremgår det, at man har valgt et særligt fokus på udskrivningssituationen, hvor det kan være et skrøbeligt tidspunkt for borgere, som udskrives fra en psykiatrisk indlæggelse. Hvis borgeren ikke får den rette støtte i denne overgang, er der et risiko for, at borgerens tilstand hurtigt forværres igen med behov for genindlæggelse.

Boks 17 Fokus på udskrivninger i Aalborg

Som udgangspunkt tilbydes alle indlagte borgere, bosiddende i Aalborg Kommune, at blive tilkøbt projektet. Projektteamet bliver typisk kontaktet, såfremt borgeren har behov for ændring i den socialpsykiatriske eller -faglige indsats. Er det ikke tilfældet, kommer projektteamet ikke altid i kontakt med borgeren ved en evt. genindlæggelse.

Borgerne har typisk brug for hjælp til at lette overgangen fra behandlingspsykiatrien til eget hjem. Som beskrevet i tidligere selvevalueringer, er projektets primære indsats koordinerende, idet relevante samarbejdspartnere inddrages, indsatsen iværksættes, og borgeren mærker størst mulig tryghed ved udskrivelse. En del af borgerne har intet netværk, hvorfor de er isoleret med problemstillingerne og har svært ved at klare sig selv efter udskrivelse. Projektets tilknytning til borgeren efter udskrivelse eller til bostøtte er iværksat, giver borgeren en større tryghed ved at skulle udskrives til eget hjem.

For de projekter, som har et særligt fokus på udskrivninger, har det været centralt at få etableret en tæt kontakt til psykiatriens sengeafsnit og myndighedssagsbehandlere for at få samarbejdet omkring udskrivningerne til at fungere. Af boks 18 nedenfor fremgår en case-beskrivelse af, hvordan projektet i Vejle har sikret en tæt inddragelse af både den psykiatriske afdeling og myndighedssagsbehandlere.

Boks 18 Inddragelse af myndighedssagsbehandler og behandlingspsykiatrien i projektet i Vejle

I projektet i Vejle har man ud over kontaktpersonerne tilknyttet en socialrådgiver fra myndighedsafdelingen i kommunen og en socialrådgiver fra psykiatrisk afdeling på sygehuset. Samarbejdet med socialrådgiverne fungerer rigtig godt. De er integreret som en del af teamet. Socialrådgiveren fra kommunen deltager både i teammøder, selvevalueringer, temadage mv. Det har socialrådgiveren fra sygehuset ikke på samme måde haft mulighed for, og har deltaget i et mindre omfang. Socialrådgiverne har fremsendt sager på de borgere, man i projektet har skullet arbejde med, og kontaktpersoner har deltaget i alle møderne på sygehuset.

I projektet er det vurderingen, at det har været altafgørende for projektets succes at have inddraget disse to sagsbehandlere så aktivt i projektet. Kontakten til socialrådgiveren på sygehuset har været afgørende, fordi hun har været teamets kontakt til borgerne. Vejle Kommune arbejder efter BUM-modellen, hvilket betyder, at al kommunikation omkring borgeren, fx hvem der gør hvad, fungerer på myndighedsniveau. Basisedarbejdere er derfor afhængige af, at visitationen fungerer, som den skal, hvorfor det også har været afgørende at have et tæt samarbejde med myndighedssagsbehandleren.

Medarbejderne fra projektet i Vejle fortæller, at de oplever, at personalet på psykiatriens sengeafsnit sætter stor pris på, at projektet fungerer som én indgang til kommunen for dem. Personalet på sygehuset får gennem projektet indblik i, hvad borgerne bliver udskrevet til. Det giver sygehuspersonalet en ekstra tryghed, og det gør, at de ved noget mere om, hvad de har at arbejde med i forhold til den enkelte borger. Projektlederen i Vejle siger herom: *"Borgerne siger, at de ikke opfatter indlæggelsen og forebyggelsesteamet (projektet) som to forskellige indsats. De opfatter det som en indsats – der er stor sammenhæng. Det er nok den største ros, som projektet kan få. Sygehuset har introduceret forebyggelsesteamet for borgerne og fortalt, at forebyggelsesteamet arbejder sammen med sygehuspersonalet, og så har borgerne gladelig taget imod os og ikke tænkt, at vi var en anden instans."*

I Aalborg oplever de øvrige aktører, at projektet tager ansvaret for, at udskrivningerne kommer til at forløbe koordineret og sammenhængende – et ansvar, som ikke i samme grad blev taget før projektet. I Aalborg er man ved at se på, i hvor høj grad projektet har haft en positiv indflydelse på, at udgifterne til færdigmeldinger er blevet reduceret². *"Vi har føling med, hvornår borgerne skal udskrives. Vi kan koordinere udskrivningen. Vi kan være opmærksomme på, om udskrivning fremrykkes. Tidligere var der ingen, der sørgede for, at alle blev kontaktet, sådan at det relevante netværk var til stede på udskrivningskonferencerne. Opgaver, der ikke tidligere blev løst, bliver nu placeret hos os og løst her. Vi har fået en stor viden om kommunen og behandlingspsykiatrien, som kun få har."*

Efter projektet i Aalborg er blevet iværksat, har kommunen oplevet, at udgifterne til færdigmeldinger er blevet reduceret markant. Det kan ikke påvises, hvilken rolle projektet har spillet i den forbindelse, men det er projektets oplevelse, at det har været en betydelig medvirkende faktor.

6.4.2 Myndighedskompetencer eller ej

Koordinatorfunktionerne i de forskellige projekter under 19M-puljen påtager sig i de fleste tilfælde hovedansvaret for at koordinere borgernes sager, og langt de fleste af projekterne har en stor rolle i forhold til fastsættelse af mål i samarbejde med borgeren for denne udvikling og for udarbejdelse af handleplaner.

Som det fremgår af nedenstående tabel 12, har projekterne som udgangspunkt arbejdet uden myndighedskompetence, på nær projektet i Aalborg, som har bevillingskompetence op til 5 ansigt til ansigt-timer (ATA-timer) i henhold til Servicelovens § 85, og ikke mindst projektet i Esbjerg, hvor koordinatoren er socialrådgiver og har samme kompetence som de øvrige sagsbehandlere i kommunen.

² Færdigmeldingsudgifterne dækker over kommunale udgifter til borgere, som fortsat er indlagt på hospitalet, efter at de er blevet meldt færdigbehandlet af regionen, fordi borgerne ikke kan udskrives. Dette skyldes typisk, at borgeren ikke har en bolig, eller at den nødvendige bostøtte til borgeren ikke er på plads.

Tabel 12 Overblik over projekter med myndigheds-/bevillingskompetence

Kommune	Myndighedskompetence
Bornholm	Nej
Esbjerg	Ja, kompetence på lige fod med kommunens øvrige sagsbehandlere
Gladsaxe	Nej
Halsnæs	Nej
Hvidovre	Nej
København	Nej
Næstved	Nej
Odense	Nej
Odsherred	Nej
Skive	Nej
Vejle	Nej
Aalborg	Bevillingskompetence på op til 5 ATA-timer i henhold til SEL § 85

Projektmedarbejderne har kompetence til at visitere borgere ind i projektet, men det er de færreste af projektmedarbejderne, som har nogen myndighedskompetencer udover det, og det er de typisk glade for. Projektlederen i Odense siger herom: *"Det er af stor betydning for borgerne. Vi er frie til at hjælpe borgerne, til at understøtte deres ønsker og behov. Vi skal ikke tage beslutninger, og det betyder, at vi ikke har noget fast regelsæt, som vi er fanget af".*

Dette bakkes op af flere af de øvrige projekter. Når projekterne er glade for ikke at have nogen myndighedskompetence, udover måske at være selvvisiterende, skyldes det flere ting. Flere af projekterne lægger vægt på, at det giver koordinatorfunktionen mulighed for at tænke mere kreativt og fagligt, at funktionen ikke er bundet af nogen myndighedsopgaver. Koordinatoren i projektet i Hvidovre siger herom: *"Jeg kan komme med kreative løsninger, fordi jeg ikke tænker i systemet. Det ser vi som en fordel. Man er nødt til at tænke udover det enkelte myndighedsområde. Komplekse sager kræver kreativitet."*

Derudover nævner en del af projekterne, at det gør samarbejdet med de øvrige aktører nemmere. Projekterne fortæller, at fraværet af myndighedskompetence gør rollefordelingen mellem koordinatorfunktionen og de øvrige aktører klarere og at det desuden har betydet, at de øvrige aktører ikke i så høj grad har frygtet, at koordinatorfunktionen ville overtage nogle af deres kerneopgaver.

En del af projekterne nævner også, at det gør samarbejdet med borgerne nemmere, at koordinatorfunktionen ikke har nogen myndighedskompetence. I Odense fortæller projektet, at koordinatorene er frie til at understøtte borgernes ønsker og behov. I Gladsaxe, hvor projektet har afholdt gruppeforløb for borgere med en psykiske lidelse, fortæller projektet følgende: *"I forhold til gruppetilbuddene er det nemmere at skabe empowerment hos gruppedeltagerne, i kraft af at vi ikke har nogen bevillingskompetencer. Vi kan italesætte ideer og visioner, da det ikke er os, som man skal overbevise om, at man har behov for pension eller lignende."*

I Aalborg har projektets medarbejdere, udskrivningskoordinatorerne, haft bevillingskompetence på op til 5 ATA-timer iht. Servicelovens § 85. Dette, fortæller projektlederen, har de set som en klar fordel, fordi bevillingskompetencen har gjort sagsbehandlingen smidigere og har betydet, at borgerne hurtigere har fået deres indsatser: *"Fordelene er uden tvivl, at det kan bevilges hurtigere – mens borgeren stadig er indlagt. Borgeren kommer ikke til at være alene."*

Kun i projektet i Esbjerg har case manageren, som er socialrådgiver, en egentlig bevillings- og myndighedskompetence, hvilket, koordinatoren her oplever, har været en vigtig del af den indsats, hun kan tilbyde borgerne. Koordinatoren her er forankret i samme enhed som de øvrige myndighedssagsbehandlere i kommunen og har samme beføjelser som dem. Forskellen er, at hun har specialiseret sig i målgruppen med tunge og meget komplicerede borgersager, hvor borgeren har en dobbeltdiagnose. Hun har hermed opnået en særlig viden omkring denne målgrup-

pe og deres behov og har ligeledes oparbejdet et meget tæt samarbejde med de samarbejdspartnere, der er centrale i forhold til denne særlige målgruppe. Derudover har hun en mindre sagsstamme end de øvrige sagsbehandlere på grund af kompleksiteten i de enkelte sager, hvor der er et stort behov for at kunne afsætte mere tid og flere ressourcer til den enkelte borger. Koordinatoreren har ligeledes et tæt samarbejde med en medarbejder, som har lignede funktion på hjemløseområdet. Generelt oplever hun, at hun via hendes funktion og forankring er blevet implementeret som en naturlig del af den ordinære organisation, samt at hun reelt aflaster de øvrige sagsbehandlere og har styrket indsatsen for en konkret målgruppe med nogle særlige behov. I boks 19 nedenfor fortæller hun om sin myndighedskompetence.

Boks 19 Erfaringer med myndighedskompetence fra Esbjerg

"Via min funktion har jeg mulighed for at komme tættere på en gruppe borgere, som det ikke tidligere er lykkedes os at fastholde en kontakt med, og give den støtte, de har behov for. Jeg har lagt meget vægt på at opbygge en tillidsfuld relation til både borgerne og medarbejdere på de forskellige tilbud, fx herbergerne. Derfor er jeg til stede på disse tilbud, jeg tager min bærbare computer med derud, hvor jeg er tilgængelig og synlig, og de kan bruge mig, når de har behov for det.

At jeg har myndighedskompetencen betyder, at jeg langt nemmere har kunnet følge og støtte den enkelte borger. Disse borgere flytter sig hele tiden.

Eksempelvis har jeg en borger, som vi har haft svært ved at finde et tilbud til; han har flyttet rundt mellem forskellige tilbud og herberger rundt om i landet. Jeg har kunnet følge med, kunnet støtte ham i de valg, han har truffet undervejs, og jeg har kunnet bakke ham op. Jeg har tid og mulighed for at være der for den enkelte borger på en helt anden måde, end de øvrige sagsbehandlere har.

Jeg har oparbejdet en vigtig viden omkring dobbeltdiagnoseområdet, og jeg kan hurtigt finde ud af, hvilke smuthuller og muligheder der er for at kunne hjælpe den enkelte borger. Det betyder også, at jeg bliver brugt som sparringspartner af en række samarbejdspartnere.

For min funktion er det helt centralt, at jeg kan sikre helhed og kontinuitet i forhold til den enkelte borger, for jeg følger borgeren, også hvis vedkommende skifter mellem tilbud eller flytter mellem forskellige herberger rundt om i landet. Derudover kan jeg meget hurtigt udarbejde borgerens § 141-handleplan og de nødvendige indstillinger, fordi jeg kender borgeren. Jeg skal ikke først til at sætte en anden ind i det, så vi kan handle meget hurtigt, hvilket er en stor fordel i forhold til denne målgruppe."

At der i langt de fleste projekter ikke er denne kompetence, samtidig med at de har en betydelig rolle i forhold til koordinering af borgerens sag, har betydet, at der er en stor opgave i forhold til at sikre et godt og tæt samarbejde med myndighedssagsbehandlerne/bevillingskompetencen.

Til at sikre dette tætte samarbejde med andre har projekterne brugt en række forskellige metoder og redskaber, som vi i de næste afsnit vil se nærmere på. Koordinatoren i Esbjerg har, i modsætning til de øvrige projekter med koordinatorfunktion, været meget afhængig af et tæt samarbejde med de udførende medarbejdere på området, og hun siger herom: *"Det handler alt sammen om forankring og relationer og at turde være positivt nysgerrige på hinandens bevæggrunde, frem for at se begrænsninger i at de forskellige aktører handler forskelligt. Det samme gør sig gældende i forhold til fx samarbejdspartnere i regionen og kriminalforsorgen. Jeg har opbygget meget værdifulde relationer til dem, og jeg bruger disse relationer aktivt. Når jeg er i tvivl om noget, så ringer jeg til dem!"*.

6.5 Brugen af konkrete redskaber

Udover de tre hovedfunktioner har projekterne beskæftiget sig med en række forskellige redskaber, hvoraf mange er gået igen i de forskellige projekter.

Gennem projektperioden har flere kommuner arbejdet med forskellige redskaber, som har bidraget til en øget systematik. Den øgede systematik drejer sig om systematik, både i forhold til afklaring af og dialog med borgeren omkring hans/hendes private netværk, udredning af borgeren

og afklaring af ressourcer og funktionsniveau, fælles fokus mellem afdelinger og sektorer, samt i forhold til hvordan dialogen mellem aktørerne kan foregå.

De redskaber, som især er trådt frem i projekternes selvevalueringer og i telefoninterviewene, er følgende:

- Udarbejdelse af konkrete forløbsbeskrivelser og handlevejledninger mv.
- Netværksmøder
- Inddragelse af borgeres netværk og øvrige tilbud (herunder netværkskort)
- Afklaring af funktionsniveau
- Konkrete redskaber til mødestruktur

Vi vil i de næste afsnit se nærmere på disse redskaber.

6.5.1 Udarbejdelse af konkrete forløbsbeskrivelser og handlevejledninger

Et særligt fokus for projekterne, som har arbejdet med en koordinatorfunktion, har som tidligere nævnt været på at få overblik over, hvilke andre tilbud der er til målgruppen, samt hvilken rolle de har ift. til borgerne, og dermed sikre konkrete aftaler omkring snitflader, og hvordan det konkrete samarbejde bedst forløber. Dette har været en stor del af opgaven for projekterne og har fyldt meget, for mange langt mere end forventet. Som en del af dette arbejde har nogen af projekterne udarbejdet konkrete forløbsbeskrivelser, som præciserer, hvem der har hvilken rolle i forhold til borgerne, og som præciserer forventninger og krav til samarbejdet.

I projektet i Vejle har man arbejdet med en meget systematisk og faseopdelt metode, idet projektet har haft særligt fokus på samarbejdet mellem de centrale aktører ved borgerens udskrivning. De centrale aktører har her været projektteamet, myndighedssagsbehandleren i kommunen og den psykiatriske afdeling. For hver fase er rollefordelingen angivet.

Boks 20 Faser i projektet i Vejle

Projektet i Vejle har beskrevet sine arbejdsgange og -redskaber "Når tværsektorielt samarbejde lykkes...". Her beskrives kontakten til borgeren i forskellige faser, som omfatter:

a) Motivationsfasen

Socialrådgiver fra Psykiatrisk Afdeling er ansvarlig for at:

- Vurdere i samarbejde med behandler på Psykiatrisk Afdeling, hvorvidt den indlagte patient tilhører målgruppen.
- Kontakte borgeren og dennes netværk for at informere om projektet og muligheden for støtte. Udleverer pjece om projektet.
- Motivere ved gentagne kontakter borger og netværk til at modtage støtte fra Forebyggelsesteamet.
- Kontakte sagsbehandler fra myndighed i Forebyggelsesteamet.

Forebyggelsesteamet er ansvarlig for at:

- visitere borgeren til projektet.
- 2 kontaktpersoner fra Forebyggelsesteamet udpeges.

b) Under indlæggelsen (første møde)

Mødet holdes inden for 3 arbejdsdage, efter at borgeren har givet tilsagn om at ville deltage i projektet. Deltagere på mødet er borgeren, dennes netværk/pårørende, en socialrådgiver fra Psykiatrisk Afdeling og en fra Forebyggelsesteamet, en kontaktperson fra Psykiatrisk Afdeling og to kontaktpersoner fra Forebyggelsesteamet. På mødet er følgende temaer centrale:

- Introduktion til projektet – hvad handler det om?
- Hvor er man henne behandlingsmæssigt?
- Koordinering af den fremtidige indsats. Alle involverede er til stede. Rollefordelingen er klar; alle ved, hvem der gør hvad.

c) Den vigtige kontaktetableringsfase

Den individuelle støtte iværksættes tidligt under indlæggelsen, idet der etableres relationer mellem den sindslidende borger og Forebyggelsesteamets kontaktpersoner. Kontaktpersonerne besøger borgeren 2 gange om ugen. Hvis borgeren ikke indledningsvist er motiveret for at deltage, kommer indsatsen i første omgang til at dreje sig om motivationsarbejde. Her er det en vigtig faktor, at medarbejderne har den tid til rådighed, der er brug for, for at være fleksibel, vedholdende og rummelig i motivationsarbejdet.

d) Indsatsen under indlæggelsen

Forebyggelsesteamet udarbejder i samarbejde med borgeren en indledende funktionsbeskrivelse, som tager udgangspunkt i følgende 3 temaer:

1. Projektdeltagerens nuværende situation og ønsker.
2. Ressourcer og sårbarhed.
3. Dagligdag og socialt netværk.

I et samarbejde mellem borgerne, teamet og den psykiatriske afdeling udarbejdes på baggrund heraf en 'personlig strategiplan' for borgeren.

e) Udskrivningsmøde/når borgeren er færdigbehandlet

Deltagere ved mødet er borgeren, netværket, sagsbehandler fra Myndighedsafdelingen, 1 repræsentant fra Psykiatrisk Afdeling og medarbejderne fra Forebyggelsesteamet, som fremover skal være kontaktpersoner.

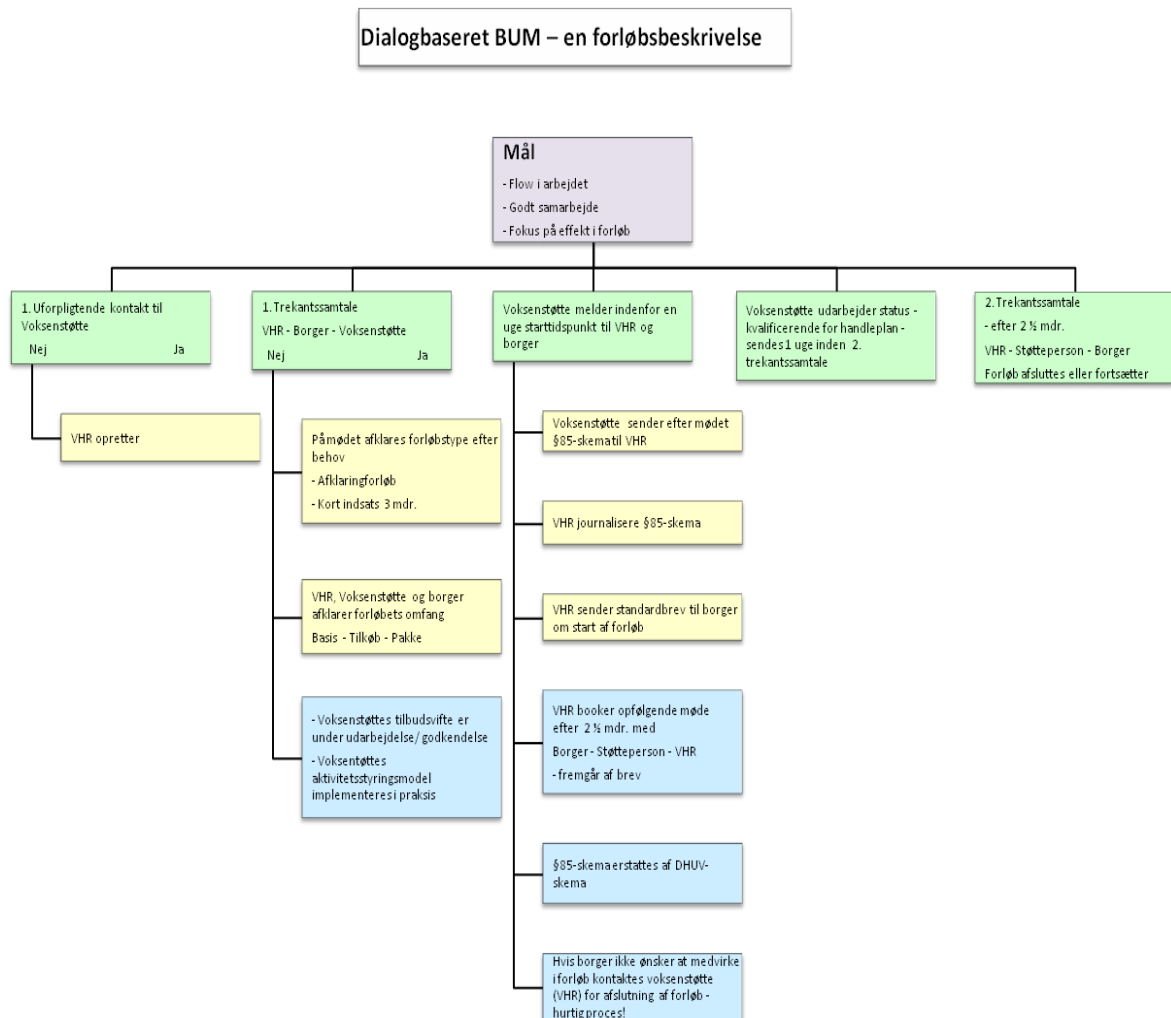
- Der er en klar fordeling af ansvar og roller efter udskrivning.
- Rammerne for det fremtidige samarbejde i støtteperioden fastlægges.
- Det defineres, hvad en henholdsvis hensigtsmæssig og uhensigtsmæssig indlæggelse vil være i støtteperioden.
- Det aftales, hvordan den praktiserende læge inddrages, og hvem der er ansvarlig for det.

Endelig er det beskrevet, hvilke støttemuligheder der er for borgeren fra teamet, når han/hun er hjemme igen. Her er der mulighed for en intensiv støtte i en afgrænset periode, ligesom borgeren og pårørende har mulighed for at genkontakte teamet i op til 3 måneder efter afsluttet forløb.

I andre projekter har man arbejdet med en mindre fastlagt metode eller forløb for den enkelte borger, men på tværs af puljen har flere projekter arbejdet med at få afklaret og defineret, hvad det er for et forløb, som den enkelte borger kan komme igennem, hvilke aktører der er centrale i forhold til disse borgeres indsats/støtte, samt hvilken rolle de enkelte aktører har i forhold til borgeren og i forhold til hinanden.

I figur 4 nedenfor vises forløbsbeskrivelse udarbejdet af projektet i Halsnæs, som har haft fokus på udredning og samarbejdet vedr. unge mænd med en sindslidelse. Det har her været centralt at få etableret et koordinerende samarbejde med fx børne- og familieteam ift. overgangen, når den unge fylder 18 år, samt med jobcentret i forhold til efterfølgende forløb.

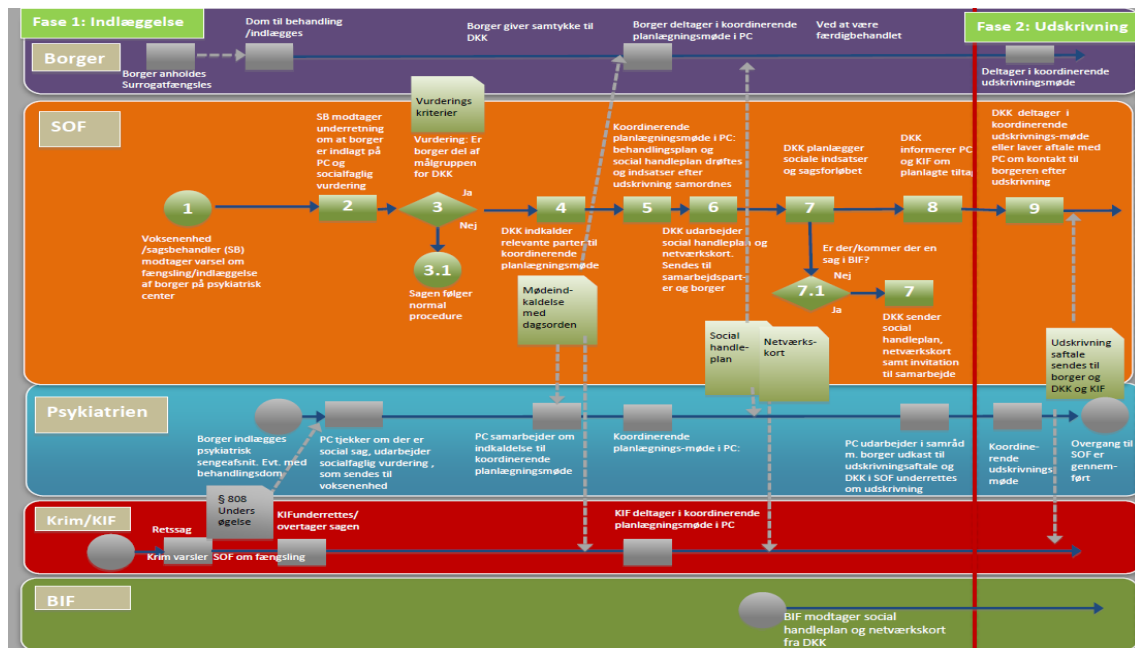
Figur 4 Forløbsbeskrivelse Halsnæs



Et andet eksempel på et projekt, som har arbejdet meget indgående med at få udarbejdet forløbsbeskrivelse, herunder forventninger til rolle og samarbejde, er projektet i Københavns Kommune. Her er der udarbejdet et konkret flow chart for forløb samt en handlevejledning, som beskriver rolle og forventninger til koordinering og samarbejde vedr. borgere, som er indlagte på psykiatrisk hospital skridt for skridt³.

³ Flow chartet fra Københavns Kommune fremgår af nedenstående figur og kan ligeledes findes på kommunens hjemmeside: <http://www.kk.dk/sitecore/content/Subsites/dkk/SubsiteFrontpage/Vaerktoejskasse.aspx>

Figur 5 Flow chart for projekt *Den Koordinerende Kontaktperson Københavns Kommune*



I projektet i København har man for at understøtte dette i lighed med projektet i Vejle udarbejdet en handlevejledning for de mest centrale samarbejdspartner, som særligt omhandler regionens behandlingstilbud, som dækker over både sengeafsnit samt ambulante tilbud i distriktpsychiatrien og OPUS for unge.

Handlevejledningen beskriver roller og forventninger i forbindelse med:

Fase 1: Etablering af samarbejdet ved indlæggelse	Beskrivelse af, hvem der skal kontaktes, hvornår og om hvad.
Fase 2: Aftaler ved udskrivning	Beskrivelse af, hvordan der sikres konkrete aftaler og overdragelse af viden i forbindelse med udskrivning.
Fase 3: Opfølgning (efter udskrivning)	Beskrivelse af, hvordan opfølgningen sker efter udskrivningen, herunder iværksættelse af støtte og opdatering af den sociale handleplan (§ 141 Serviceloven).

Handlevejledningen kan ligeledes findes på kommunens hjemmeside om den koordinerende kontaktperson:

<http://www.kk.dk/sitecore/content/Subsites/dkk/SubsiteFrontpage/Vaerktoejskasse.aspx>

6.5.2 Netværksmøder

Det redskab, som flest projekter med en koordinatorkompetence har benyttet sig af, er netværksmødet. Alle projekter på nær projektet i Hvidovre og Gladsaxe kommuner arbejder med en eller anden form for netværksmøder. At arrangere, indkalde til og afholde netværksmøder har været en helt central del af koordinatorenes arbejde i forhold til at sikre koordinering i borgernes sager. Alle projekterne fortæller, at netværksmøderne virkelig har haft stor betydning for koordineringen og samarbejdet mellem aktørerne i den enkelte sag.

Projekterne nævner en lang række formål med netværksmøderne, men et af de helt centrale formål er at afdække, hvilke ressourcer der findes omkring borgeren. Formålene kan opgøres som i listen nedenfor.

Formål med afholdelse af netværksmøder:

- Borgeren sættes i centrum for sin egen udvikling
- Alle i borgerens både professionelle og private netværk kan inviteres
- Personerne i borgerens netværk betragtes som ressourcer
- De professionelle samarbejdspartnere bliver opmærksomme på, hvem de skal samarbejde med
- Borgeren bliver mere klar over, hvilke ressourcer han eller hun har i sit liv, og hvor han eller hun kan søge hjælp
- Der kan indgås konkrete aftaler, som sikrer, at alle arbejder i samme retning og kan støtte op om borgerens udvikling.

Projekterne fortæller, at netværksmøderne for borgerne er med til at skabe ro og tryghed omkring en svær situation. Projekterne fortæller også, at de involverende medarbejdere oplever, at møderne er gode til at skabe klarhed over de forskellige aftaler og gør samarbejdet i den enkelte sag nemmere. Endelig har mange af projekterne også gode erfaringer med at inddrage de private netværk i netværksmøderne. Projektlederen i Odsherred siger om deres erfaringer med Netværksmøderne: *"De er med til at vise, hvad der ligger af ressourcer omkring borgeren – hvem kan gøre hvad? Er der fx en god veninde eller en fagperson? Det skaber ro og tryghed omkring en svær situation, og gør borgeren mere klar over, hvad der er af ressourcer omkring ham eller hende."*

Dette bakkes op af projektlederen i Skive, som siger: *"Det betyder det, at man bliver mere sikker i sit felt. Man ved, at man kan henvise borgeren til den, som ved noget om fx økonomi. Man bliver skarpere på sit felt og tryggere i forhold til at sende opgaver inden for andre felter videre til andre medarbejdere. Man får også sat ansigt på hinanden. Det gør, at samarbejdet glider nemmere. Man bliver hurtigere til at bruge hinanden. Man kan naturligvis ikke aftale alt på møderne; man er nødt til at snakke sammen indimellem."*

I projekterne er der gjort sig en række overvejelser om, hvad indholdet på møderne skal være, og hvordan de skal afholdes. Mange steder er der lagt stor vægt på, at der skabes et trygt, anerkendende rum, hvor borgeren og medarbejdere på tværs af afdelinger og sektorer kan møde hinanden og i fællesskab lægge en plan for, hvad der fremadrettet skal være fokus på. Projektet i Vejle har lavet en kort guide til afholdelse af netværksmøder, som fremgår af nedenstående boks 21.

Boks 21 Guide til netværksmøder fra projektet i Vejle

Skabelon og metode ved netværksmøder

Tilgang

En Anerkendende, Ressourcefokuseret og Relationsorienteret tilgang.

Nøgleord vil være Relationer og Interaktion:

- Alle deltagere, pårørende, behandlere og andet netværk er velkommen.
- Vi har et ønske om, at ingen skal tabe ansigt til mødet.
- Vi behandler pårørende og andet netværk i deltageres videre recovery som medspillere.
- Vi tror på, at den enkelte fra netværket er en ressource for deltageren.

Miljø/lokale

Lokalet, hvor mødet holdes, skal udvise Rummelighed og Harmoni.

Midler til at opnå dette kan være:

- Lokalet er lyst
- Der er stillet bord og stole klar til alle mødedeltagere
- Stearinlys på bordet eller i vinduet
- Servere vand, kaffe og the
- Til større møder serveres der kaffe, the, brød og frugt.

Dagsorden

Formål:

- At der afholdes møde med fokus på deltageren og vedkommendes videre recovery.

Roller:

- Én er mødeleder, som styrer mødet og sørger for at følge dagsorden. Der må gerne ændres på rækkefølgen af punkter, hvis dette er/bliver nødvendigt.
- Én har fokus på relationer i mødet. Er med til at opdage, hvis dagsorden skal ændres. Fokus er på deltageren og ikke behandleren; der skal hele tiden føres tilbage til deltageren – vi er der for deltagerens skyld!

Som ovenfor beskrevet, har projekterne gode erfaringer generelt med afholdelse af netværksmøderne. Derudover har eksempelvis projektet i Vejle gode erfaringer med afholdelse af netværksmøder med en bred deltagelse fra borgerens private og professionelle netværk, fordi alle på denne måde har været til stede og har været med i drøftelserne og de overvejelserne, der ligger bag den indsats, der fremadrettet aftales. Men erfaringen har også vist, at det ved det indledende møde nogen gange kan være overvældende for borgerne, at der er så mange deltagere med til møderne. Projektlederen siger herom: "*Nogle gange har vi lavet en light-udgave, hvor vi har netværket for sig og borgeren med en enkelt kontaktperson i et andet møde. Medarbejderne kan komme fra et møde og sige: Hammer godt møde, mens borgerne i nogle tilfælde kan synes, at det var for overvældende.*"

Erfaringen fra projekterne peger dermed på, at det hele tiden er vigtigt at følge op på de erfaringer, som man gør sig, og justere indhold og form, hvis det viser sig, at der er behov for det.

6.5.3 Inddragelse af borgeres netværk og øvrige tilbud

Generelt er der flere projekter, som har søgt at fokusere på, hvordan man kan styrke borgerens private netværk. Særligt har projektet i Vejle arbejdet meget målrettet med dette.

Projektet i Vejle fortæller, at en af de erfaringer, de har haft mest succes med gennem projektperioden, er inddragelsen af borgernes private netværk.

Boks 22 Case-eksempel på inddragelse af netværk

Projektlederen fra Vejle fortæller om et eksempel på, hvordan inddragelsen af det private netværk virkelig har hjulpet en kvinde, som havde været indlagt i længere tid på grund af en svær depression. Kvinden havde en mand og to børn på henholdsvis 4-5 år og 9 år.

"Vi holdt et par netværksmøder hjemme hos hende, hvor manden og børnene også var inddraget. Vi snakkede om, hvad sygdommen var, og hvad den indebar. Børnene var meget inddraget, og de fik bl.a. en bog, som de kunne læse i. Den mindste kunne ikke læse, men kunne bogen uden ad og kunne fortælle om, at mor var syg ligesom personen i bogen.

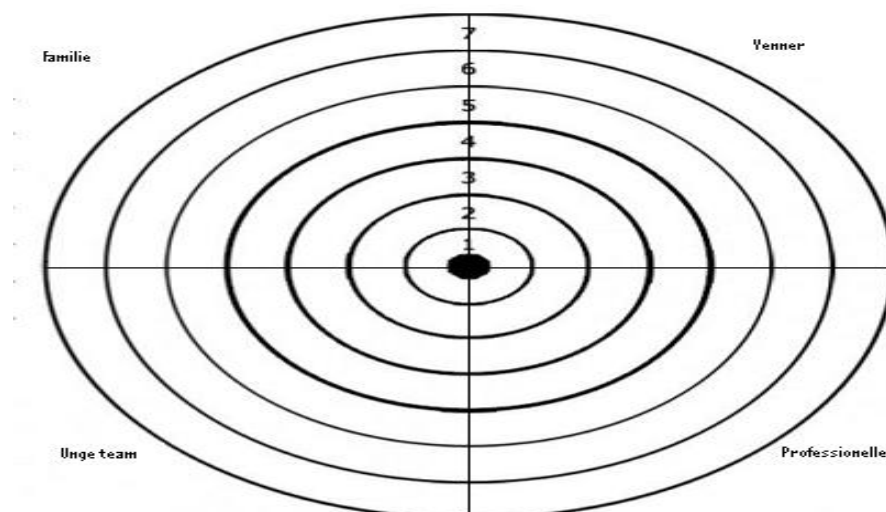
Vi snakkede om, hvad det var, moren havde brug for. Det kom frem, at hun havde brug for nogle pauser. Vi nåede også frem til, at hun kunne holde pause ved at strikke. Børnene spurgte efterfølgende ofte moren, om hun havde brug for en pause: "Mor, du ser lidt træt ud. Har du brug for en pause? Skal jeg hente strikketøjet til dig?"

Børnene er på den måde med til at opretholde morens strategier. Nogen spørger måske, om det er vold mod børn at inddrage dem på den måde. Vores hypotese er, at børnene er inddraget uanset hvad, og at det derfor er bedre, at de forstår, hvad der sker."

Koordinatorerne fra projektet havde ligeledes inddraget personalet fra det ene barns børnehave og hjulpet moren med at snakke med dem om, hvorfor hun kan have svært ved at hente barnet. Dette gav børnehavepersonalet en forståelse af, at når moren ikke hentede barnet, var det ikke, fordi hun ikke ville. Desuden førte det til en dialog om, hvad børnehavepersonalet kan gøre for at støtte familien, som fx at sørge for, at barnet er klart til at blive hentet på et bestemt tidspunkt.

Til inddragelse af borgerens private og professionelle netværk har nogle projekter arbejdet med systematisk at kortlægge borgernes netværk. Et redskab til dette er netværksskortet, som blandt andre projekterne i Vejle, København og Halsnæs har benyttet sig af. Netværksskortene i de tre projekter er lidt forskellige, men er bygget op omkring en "skydeskive", hvor borgeren plotter sine relationer. Jo tættere på centrum, jo mere central betydning har personer for borgeren. Skabelonen for Halsnæs' netværksskort ses nedenfor. Vejles netværksskort minder om det, men skydeskiven er her i stedet for de fire felter, der ses nedenfor, inddelt i følgende fem felter: Familie, Slægt (de familiemedlemmer, som vi ikke er i kontakt med i det daglige), Venner, Professionelle og Uнге team, arbejde, fritids, hobby- og foreningsliv.

Figur 6 Netværksskort fra Halsnæs



Projekterne fortæller, at netværkskortet fungerer som dialogredskab og er godt til at give medarbejderne såvel som borgerne et overblik over borgernes ressourcer. Projektlederen i Halsnæs, hvor projektets målgruppe er unge, psykisk sårbare mænd, fortæller:

"Ideen er at få et overblik over, hvem der er de centrale ressourcepersoner for de unge, og sammen med de unge få dem placeret på skydeskiven, ift. hvor tæt de er på de unge nu, og hvor tæt de unge ønsker, at de skal være på dem. Her taler man blandt andet med de unge om grænser og intimsfærer, og man taler meget konkret med de unge, om hvad det er for en liv, de har nu, og hvordan de evt. ønsker, det skal se ud. Det kan blandt andet dreje sig om en ung, som har mange konflikter med forældrene. Drøftelserne med de unge kan handle om, hvorvidt de ønsker, at deres forældre kommer tættere på, og i givet fald, hvordan det skal ske, hvad der skal til, for at det kan lykkes, og hvem der skal hjælpe dem til det."

I projektet i Københavns Kommune er der udviklet en skabelon således at netværkskortet hele tiden kan sikre overblik over de involverede personer og indsatser i borgerens sagsforløb, og som dermed fungerer som et redskab til den koordinerende kontaktperson i socialforvaltningen og samarbejdspartner. Kortet skal løbende opdateres og sendes ud til relevante involverede parter. Skabelonen kan findes på kommunens hjemmeside om den koordinerende kontaktperson: <http://www.kk.dk/sitecore/content/Subsites/dkk/SubsiteFrontpage/Vaerktoejskasse.aspx>

6.5.4 Afklaring af funktionsniveau

Flere af projekterne har god erfaring med at arbejde med metoder til udarbejdelse af funktionsbeskrivelser og handleplaner for borgerne, herunder en styrkelse af brugen af borgerens § 141-handleplan. Et vigtigt led i styrkelsen af § 141-handleplanen er et tættere samarbejde med myndighedssagsbehandlere, som før omtalt.

Et andet systematisk redskab, som er blevet benyttet af projekterne under 19M-puljen, er funktionsafklaring. Eksempelvis har projekterne i Vejle og på Bornholm arbejdet med hver deres funktionsafklaringsredskab, som de hver især har fundet givtigt. Projektet i Halsnæs afprøvede i en periode også et redskab til funktionsafklaring, men uden samme positive oplevelse. Projektlederen i Halsnæs fortæller bl.a., at det var vanskeligt at implementere funktionsafklaringen som et dynamisk redskab i den konkrete kontekst.

På Bornholm har projektet arbejdet med WHO's internationale klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand, ICF. Projektteamet og 3 andre fagpersoner er blevet trænet i at anvende metoden. ICF bruges til at beskrive borgerens funktionsevne ud fra nogle prædefinerede områder. Oplysningerne til funktionsbeskrivelsen stammer fra undersøgelser og observationer, udført af medarbejderne og fra samtaler med borgerne. Når funktionsevnen er beskrevet, drøftes den sammen med borgeren i forhold til de mål, som borgeren har for sin udvikling. Det drøftes også, hvilke indsatser der er behov for fra henholdsvis borgeren selv og fagpersonerne, for at borgeren kan nå sine mål.

I projektet på Bornholm er alle enige om, at arbejdet med ICF har ført til et fagligt løft, som har gjort arbejdet med borgeren mere konkret og målrettet, både i forhold til borgerens konkrete funktionsniveau og borgerens ønsker, muligheder og drømme. Til at understøtte dette arbejde anvender man i projektet på Bornholm et redskab, som hedder Fællesræsonnement. Af boks 23 nedenfor ses en kort beskrivelse af, hvordan man på Bornholm arbejder med Fællesræsonnement.

Boks 23 Brugen af Fællesræsonnement på Bornholm til at udarbejde handleplan for borgeren med udgangspunkt i ICF-udredning

I projektet på Bornholm bruges Fællesræsonnement som en proces til, sammen med borgeren, at drøfte hans eller hendes styrker og ressourcer i forhold til de mål, der arbejdes efter, og på baggrund heraf udarbejdes der en konkret samarbejdsaftale mellem borgeren og teamet.

Helt konkret afholdes et samarbejds møde, hvor borgerens mål og handleplan drøftes og konkretiseres. På mødet deltager borgeren sammen med de to medarbejdere fra teamet, som han eller hun er tættest på. Den af de to medarbejdere, som kender borgeren *mindst*, fungerer som moderator på mødet.

Med udgangspunkt i de mål, der er opstillet for borgeren, drøfter man her, hvad der vil være gavnligt for borgeren. Borgeren bliver spurgt, hvad han eller hun selv oplever som hæmmende og fremmede for de mål, der er sat op. Resultatet bliver en god kombination af borgerens egen vurdering og medarbejdernes faglige vurderinger af, hvad der skal ske for at støtte borgeren. På baggrund heraf udarbejdes en konkret samarbejdsaftale mellem borgeren og teamet, hvor de mål, der arbejdes efter, fremgår, og det er konkretiseret, hvad der skal til for at nå disse mål.

Der laves en opfølgning på samarbejdsaftalen efter 3 måneder.

I Vejle har projektet arbejdet med en funktionsbeskrivelse, som er inspireret af CARE metodologi, som er beskrevet lidt nærmere i boksen nedenfor.

Boks 24 Funktionsbeskrivelse med udgangspunkt i CARE metodologi i Vejle

Projektet i Vejle har haft fokus på borgere, som har været indlagt til behandling i den regionale behandlingspsykiatri, og som har stået overfor en udskrivning. Projektet har derfor udført funktionsbeskrivelsen, mens borgeren har været indlagt, for at få afklaret borgerens funktionsniveau i tide til at kunne tilrettelægge de nødvendige indsatser, sådan at disse stod klar, når borgeren blev udskrevet.

Funktionsbeskrivelsen har taget udgangspunkt i følgende 3 temaer:

1. Borgerens nuværende situation og ønsker
2. Ressourcer og sårbarhed
3. Dagligdag og socialt netværk.

I forbindelse med udarbejdelsen af funktionsbeskrivelsen har borgeren også skullet give sig selv en score på en skala fra 1 til 10 i forhold til 8 spørgsmål, bl.a. "Hvordan er din livskvalitet lige nu?" og "Hvor godt mestrer du din sygdom lige nu?" Funktionsbeskrivelsen er blevet udfyldt, mens borgeren er indlagt på hospitalet og igen ca. to måneder efter, at borgeren er blevet udskrevet. Om funktionsbeskrivelsen siger projektlederen i Vejle:

"At borgerne kan se deres egne fremskridt i løbet af bare to måneder, giver dem selvsikkerhed. De får en succesoplevelse, og de tager store skridt fremad. Borgerne bliver selv opmærksomme på deres fremskridt."

I Vejle har den systematiske udarbejdelse af funktionsbeskrivelsen og det tætte samarbejde mellem borgerne, teamet og psykiatriens sengeafsnit betydet, at der for borgerne har været en konkret og individuel plan for, hvad borgeren har behov for af støtte ved udskrivningen. Gennem projektet er der blandt andet i kommunen kommet øget fokus på, at der er en gruppe borgere, som har behov for en intens støtte ved udskrivningen for at undgå u hensigtsmæssige genindlæggelser, som inden for den ordinære måde at bevillige § 85-støtte på ikke kan dækkes af, og det er sikret, at støtten er bevilliget, inden borgeren udskrives.

På både Bornholm og i Vejle oplever projekterne, at funktionsbeskrivelserne i betydelig grad har styrket mulighederne for at samarbejde, både i relation til den enkelte borger og i relation til øvrige aktører.

Ifølge projekterne er styrkerne ved den systematiske funktionsafklaring følgende:

- Både medarbejder og borger kommer til at forholde sig mere konkret og målrettet til borgers sårbarheder.
- Der skabes fokus på rehabilitering.
- Borgeren bliver sat i centrum, og det medvirker til, dels at borgeren i højere grad tager ejerskab for egen udvikling, og dels at målene for udviklingen i højere grad er realistiske.
- Funktionsbeskrivelsen betyder, at både borgeren og de involverede aktører får et grundlag for et fælles sprog og fælles mål.
- Funktionsbeskrivelsen betyder også, at de professionelle samarbejdspartnere får en samlet viden om borgeren, som de måske ellers ikke ville have.

Projektlederen på Bornholm siger supplerende hertil: *"Vi har fået et fælles grundlag at arbejde ud fra, og som vi kan lægge planer ud fra – fælles betyder både på tværs af afdelinger og sektorer, men i høj grad også med borgeren. Man slipper hermed for fejlfortolkninger og for, at der lægges forskellige planer eller planer, som borgeren ikke er enig i."*

6.5.5 Konkrete redskaber til mødestruktur

Et element, som flere projekter har arbejdet med, er en styrkelse af dialogen med andre samarbejdspartnere. Herunder har der ikke mindst været fokus på at styrke dialogen med behandlingspsykiatrien, hvor der har været fokus på at få skabt rum og mulighed for, at de kommunale medarbejders faglighed kommer i spil på lige fod med den faglighed, som behandlingspsykiatrien repræsenterer. På de indledende workshops italesatte flere projekter, at der er et magtforhold eller gældende hierarki, i hvilket det var vanskeligt for de kommunale medarbejdere at slå igennem.

Erfaringerne fra projekterne peger på, at systematiske redskaber, såsom udredningerne i det foregående afsnit, kan styrke denne del. Erfaringerne fra blandt andet projektet i Københavns Kommune peger ligeledes på, at meget basale redskaber som en konkret mødestruktur i høj grad har styrket deres mødeledelseskompetencer og gjort det nemmere for dem at styre møderne med behandlingspsykiatrien og byde ind med deres faglighed. Kompetencerne har medvirket til, at sagsbehandlerne nu tør sætte sig ved bordenden til møderne med eksempelvis psykiatriens sengeafsnit, og at dialogen her er blevet langt mere ligeværdig. Det er lignende erfaringer, som gør sig gældende for systematikken fra fællesteamenes afholdelse af møder, og formen for den dialog man har på møderne.

Boks 25 Mødeindkaldelse fra Den Koordinerende Kontaktperson Københavns Kommune

Mødeindkaldelse, dagsorden og referat for koordinerende møder			
<p>Du indkaldes hermed til koordinerende møde i forbindelse med nedenstående borgers sag. Dagsorden og målet med mødet fremgår nedenfor. Du er velkommen til at fremsende yderligere punkter til dagsorden til den koordinerende kontaktperson - dog senest 4 dage før mødet.</p>			
Mødetype: (opstart, opfølgning, afslutning): Dato: Start: Slut: Sted: Deltagere: Afbud: Referent:		Borgeren Navn: Adresse: Fødselsdato: Telefon Mail: Evt. aktuelt opholdssted:	Koordinerede kontaktperson i SOF's voksenenhed: Telefon/mobil: Mail:
	Emne (og ansvarlig)	Hvad skal vi opnå med mødeemnet?	Tid (min.)
1.	Velkommen og kort præsentation af mødedeltagere.		
2.	Valg af referent		
<i>Fleksibel dagsordens-del: Andre emner indsættes nedenfor</i>			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.	Opdatering af netværkshortet over aktører		
8.	Evt.		
9.	Opsummering ved referenten: Hvilke opgaver er aftalt undervejs på mødet og hvem har ansvaret?		

6.6 Læringspunkter på tværs af projekterne

Gennem erfaringsopsamlingen og evalueringen er en række særlige opmærksomhedspunkter på tværs af projekterne blevet tydelige. Disse punkter er vigtige punkter i forhold til implementering af lignende indsatser i nye kommuner.

Tabel 13 Læringspunkter på tværs af projekterne vedr. de koordinerende funktioner

Særlige fokuspunkter	Kort beskrivelse
Målgruppeafgrænsning	En klar afgrænsning af, hvilken målgruppe tilbuddet henvender sig til. Det anbefales forud for målgruppedefinitionen, at der laves en grundig afklaring af hvilke målgrupper, der kan have gavn af denne indsats, og hvilke andre tilbud der er til målgruppen.
Formål	En klar beskrivelse af, hvad der er formålet med den koordinerende funktion. Er formålet fx at sikre koordinering for den enkelte borger, hvor man bliver borgerens primære kontaktperson? Eller er funktionen snarere tænkt som en koordinerende og rådgivende funktion for andre fagprofessionelle, som har behov for vejledning eller sparring i forhold til konkrete sager? Er der til indsatsen tilknyttet en case managerfunktion eller socialtræning af borgeren?
Overblik over andre tilbud	Som en del af den indledende afklaring anbefales det, at der skabes et samlet overblik over de tilbud, der er til den konkrete målgruppe på tværs af kommune og region samt frivillige/private tilbud, herunder skabe et overblik over, hvilken rolle de forskellige aktører har i forhold til borgeren, og hvilken rolle de vil spille i forhold til det konkrete samarbejde. Dette er med til at sikre, at man ikke etablerer tilbud, som allerede eksisterer, og fremadrettet er det en vigtig viden at have i forhold til samarbejde og helhedsindsats til borgeren. Det anbefales at inddrage de forskellige aktører i dialog om, hvad de ser som de særlige behov for målgruppen, og hvad der eventuelt mangler. Dette kan bidrage til at sikre opbakning til indsatsen efterfølgende.
Tydelig afgrænsning ift. andre tilbud og indsatser	Tydelig afgrænsning af indsatsen i forhold til øvrige indsatser på området, således at det er klart, hvilken rolle og funktion netop denne indsats har, og hvorledes indsatsen spiller sammen med/supplerer andre indsatser og tilbud. Hermed sikres det også, at der ikke er unødige og uklare overlap mellem de forskellige aktørers indsats, rolle og funktion.
Aktiviteter	Klarhed over, hvilke aktiviteter der skal ligge i indsatsen, herunder hvilken særlig rolle medarbejderen/medarbejderne skal have, og dermed hvilke metoder og redskaber der skal inddrages i indsatsen. Erfaringen fra puljen peger på, at det kan anbefales at inddrage systematiske metoder og redskaber i forhold til udredning og afklaring af borgerens ressourcer, i forhold til afklaring og inddragelse af netværk som dialogredskab med borgeren, således at borgeren sikres inddraget, og i forhold til dialog og samarbejde med andre samarbejdspartnere.

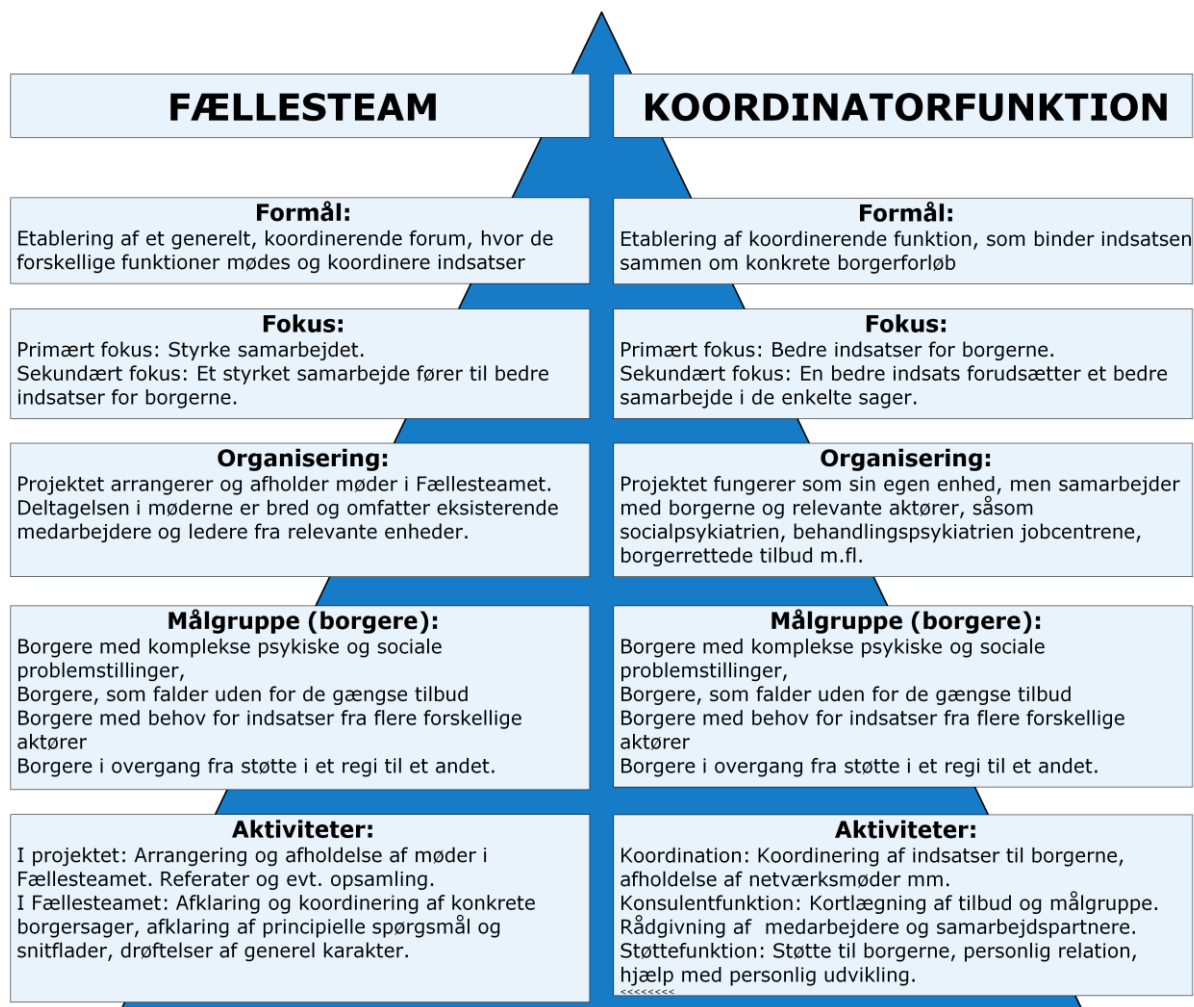
Særlige fokuspunkter	Kort beskrivelse
Forankring	<p>Afklaring af, hvor indsatsen er forankret, herunder hvilken leder indsatsen referer til, og hvordan medarbejderen/medarbejderne indgår i det kollegiale og faglige fællesskab i øvrigt.</p> <p>Herunder skal der tages stilling til, om indsatsen forankres som en integreret del af den øvrige indsats, eller om man med indsatsen opretter et "ekstra led" mellem de forskellige afdelinger og sektorer. Hvis der er tale om et "ekstra led", anbefales det, at man løbende drøfter erfaringerne hermed og sikrer, at indsatsen matcher det aktuelle behov i forhold til koordinering mellem aktører, og at det løbende drøftes, hvorledes man sikrer dialogen på tværs af øvrige aktører.</p>
Klar visitationsprocedure	Klarhed om, hvordan borgere visiteres til indsatsen, og hvem der har kompetencen hertil.
Kompetence	<p>Klarhed over, hvilken kompetence indsatsen/funktionen har, herunder om medarbejderen/medarbejderne har myndighedskompetence og visitationskompetence til andre indsatser og tilbud.</p> <p>Hvis der ikke er myndighedskompetence indeholdt i funktionen, er det afgørende at etablere et tæt samarbejde med myndighedssagsbehandlere. Omvendt, hvis der er myndighedsfunktion, skal der sikres et tæt samarbejde med relevante udgående funktioner.</p>
Særlige kvalifikationer	Klarhed over, hvilke typer særlige kvalifikationer der er behov for i indsatsen, herunder fx uddannelse, særlig erfaring fra kommunal eller regional indsats, en særlig tilgang til samarbejde med andre mv.
Særlig tilgang til samarbejdet med andre	<p>Erfaringen fra puljen peger på, at det kan være afgørende, hvilken holdning og tilgang man har til samarbejdet med andre aktører:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vær opsøgende og imødekommende - Vær vedholdende - Synliggør, hvad "de andre kan få ud af samarbejdet med dig".

7. OPSAMLING PÅ DE TO OVERORDNEDE MODELLER

De foregående kapitler har beskrevet de to overordnede modeller, som projekterne under 19M-puljen har beskæftiget sig med, nemlig fællesteamet og koordinatorfunktionen. Dette kapitel har til formål at opsummere de overordnede ligheder og forskelle mellem de to modeller.

Figuren nedenfor præsenterer kort de vigtigste forskelle og ligheder mellem modellerne.

Figur 7 Vigtigste forskelle og ligheder mellem de to modeller, fællesteam og koordinatorfunktion



Som figuren viser, er formålene for de to modeller forskellige. Mens projekterne, som har arbejdet med fællesteammodellen, har haft til formål at etablere et tværfagligt og tværsektorielt forum for de eksisterende medarbejdere og ledere, har projekterne, som har arbejdet med koordinatorfunktionsmodellen, haft til formål at etablere en koordinerende funktion, som binder indsatsene i konkrete borgerforløb sammen. Også fokus i og organiseringen af modellerne er forskellige. Det primære fokus i fællesteammodellen er at styrke samarbejdet. Dette fokus er understøttet af organiseringen, hvor ledere og medarbejdere fra relevante afdelinger mødes og i fællesskab drøfter generelle spørgsmål og konkrete borgersager og derigennem lærer hinanden bedre at kende, afklarer snitflader og rollefordelinger og generelt set forbedrer samarbejdet. Fællesteammodellen bygger på en antagelse om, at et forbedret samarbejde medfører en bedre indsats for borgerne, og den forbedrede borgerrettede indsats er derfor et sekundært fokus for fællesteammodellen.

I forhold til i fællesteammodellen er fokus i koordinatorfunktionsmodellen omvendt i den forstand, at koordinatorfunktionens fokus primært er på at forbedre indsatserne til borgerne, mens et forbedret samarbejde omkring de enkelte sager ses som en forudsætning for at forbedre ind-

satserne til borgerne. Begge modeller fokuserer således både på at forbedre indsatserne til borgerne og styrke samarbejdet, men fællesteamet fokuserer på at styrke samarbejdet, mens koordinatorfunktionen fokuserer på at forbedre indsatserne til borgerne. Desuden arbejder fællesteamet med samarbejdet på både på et generelt plan og for nogens vedkommende også på enkelt-sagsniveau, mens koordinatorfunktionen hovedsageligt arbejder med samarbejdet i enkelt-sags-sammenhænge.

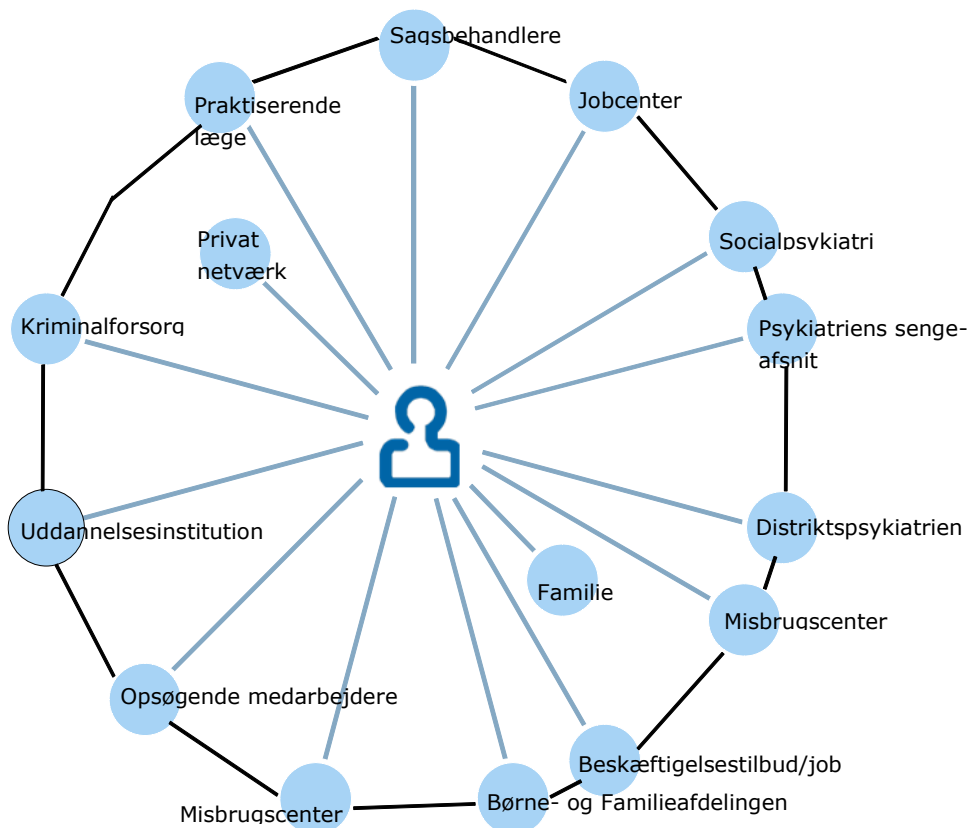
For koordinatorfunktionen betyder fokuset på indsatsen til borgeren, at modellens aktiviteter er tilrettelagt omkring leveringen af en konkret, borgerrettet indsats, og at koordinatorfunktionen er organiseret som sin egen enhed, der binder de øvrige enheder og indsats sammen.

Opsummerende kan det siges, at forskellene i formål og fokus i de to modeller resulterer i forskellige organiseringer. Dette er illustreret i nedenstående to figurer (figur 8 og 9). Borgeren er i centrum i begge modeller, og de forskellige aktører er placeret i en cirkel omkring borgeren. Samarbejdet mellem aktørerne og borgeren er markeret med linjer, og det er disse linje, som projekterne, hvad enten de er baseret på koordinatorfunktionen eller fællesteammodellen, har været med til at skabe og styrke.

Organiseringen af fællesteamet sker omkring, hvad man kan kalde et tæt koblet system. I kraft af møderne i fællesteamet samarbejder alle aktørerne direkte med hinanden, og alle har en gensidigt ansvar for, at samarbejdet lykkes. (Se figur 8).

Sammenholdt med organiseringen af fællesteamet kan organiseringen af koordinatorfunktionen kaldes løst koblet. Her foregår samarbejdet omkring borgerne mere direkte mellem hver enkelt aktør og borgeren og i forhold til en bestemt indsats. Her har hver enkel enhed en større grad af autonomi i tilgangen til borgeren og i samarbejdet med hinanden. (Se figur 9). I netværksmøder, som koordinatorfunktionerne tit har arrangeret, skabes der dog en tættere struktur, som svarer til den i fællesteamene.

Figur 8: Fællesteam: Tæt koblet system



Figur 9 Koordinatorfunktion: Løst koblet system



På trods forskellene i organisering, fokus og formål mellem modellerne, er der ingen systematiske forskelle mellem borgermålgrupperne for henholdsvis fællesteammodellen og koordinatorfunktionsmodellen, hvilket ligeledes fremgår af den indledende figur til kapitlet (figur 7). En stor del af fællesteamene har specifikt fokuseret på borgere med dobbeltdiagnoser (både en sindslidelse og et misbrug), men denne målgruppe kan også høre ind under koordinatorfunktionen. Det sidste trin i den indledende figur 7 opsummerer aktiviteterne i de to modeller. Disse aktiviteter udgør også udgangspunktet i nedenstående figur 10, som viser overblikket over fælles og specifikke aktiviteter og resultater i de to modeller.

Figur 10 viser, hvordan aktiviteter og resultater enten er specifikke for en enkelt model eller fælles for dem begge. Aktiviteter og resultater, som er specifikke for fællesteammodellen er markeret med blå, mens aktiviteter og resultater, som er specifikke for koordinatorfunktionsmodellen, er markeret med gul. Aktiviteter og resultater, som er fælles for begge modeller, er markeret med grøn.

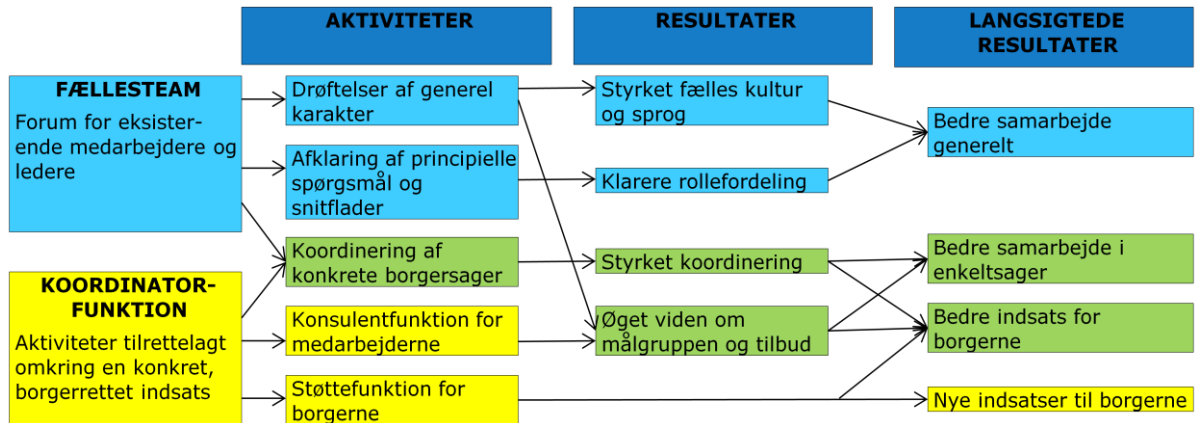
Aktiviteterne i fællesteamet indebærer drøftelser af generel karakter, som fører til styrket fælles kultur og sprog. Aktiviteterne indebærer også afklaring af principielle spørgsmål og snitflader, hvilket medvirker til en klarere rollefordeling. Til sammen fører disse resultater til et generelt bedre samarbejde på længere sigt – et resultat, som er kendetegnende for fællesteammodellen og udspringer af modellens tidligere omtalte fokus og organisering. For koordinatorfunktionen er et specifikt langsigtet resultat, som ikke ses i fællesteammodellen, at der tilbydes nye indsatser til borgerne. Dette resultat er afhængigt af støttefunktionen, som er specifik for koordinatorfunktioner med borgerkontakt. Foruden støttefunktionen indebærer koordinatorfunktionen en konsulentfunktion for øvrige medarbejdere og aktører, og denne funktion medfører en øget viden om målgruppen og om tilbud til målgruppen blandt medarbejderne og aktørerne. Denne øgede viden er et resultat, som er fælles for de to modeller, idet den både skabes af koordinatorfunktionens konsulentfunktion og af fællesteamets drøftelser.

En sidste, men helt central aktivitet, som både sker i fællesteamet og i koordinatorfunktionen, er koordinering af konkrete borgersager. Denne koordinering fører sammen med den øgede viden

om målgruppen og om tilbuddene på området til, at samarbejdet i enkeltsager forbedres, og at borgerne får en bedre indsats.

Figur 10 opsummerer således, hvordan fællesteammodellen medvirker til en forbedring af det generelle samarbejde mellem aktørerne på psykiatriområdet, mens koordinatorfunktionsmodellen skaber nye indsatser til borgerne. Figuren viser også, at begge modeller medvirker til et bedre samarbejde i enkeltsagssammenhænge og til, at de enkelte borgere får en bedre indsats.

Figur 10 Overblik over fælles og specifikke aktiviteter og resultater i de to modeller



8. OPKVALIFICERING OG UDDANNELSE AF MEDARBEJDERE

En del kommuner har sideløbende med deres øvrige aktiviteter haft fokus på at opkvalificere de faste medarbejdere til bedre at kunne mestre de problemstillinger, som deres pågældende projekt er søsat for at løse. Opkvalificeringen drejer sig typisk om at give især frontmedarbejderne kompetencer til at håndtere og forstå de særlige problemstillinger, som eksempelvis borgere med dobbeltdiagnoser kan have. De fleste enheder er specialiseret i enten misbrugsafvænnning eller psykiatri (eller noget helt andet) og har derfor ikke altid den fornødne forståelse for kompleksiteten i disse borgerens problemstillinger til at hjælpe dem godt videre. Kompetenceløftet til medarbejderne i især behandlingenhederne består derfor primært af tilføjelse af viden om problemstillingerne, dialogværktøjer og at arbejde med holdningsændringer over for borgeren. Kun i mindre grad og hos enkelte kommuner er der tale om en reel opkvalificering til at mestre samarbejdet med de øvrige enheder bedre. Man kan dog argumentere for, at uddannelse i borgernes komplekse problemstillinger naturligt vil indeholde informationer om de øvrige relevante enheders arbejde og dermed kunne skabe grobund for et bedre samarbejde med de pågældende enheder i fremtiden.

Opkvalificeringen tager typisk form af kurser af kortere eller længere varighed, fyraftensmøder eller temadage. På kurserne undervises der eksempelvis i dobbeltdiagnoser, Åben Dialog og netværksdannelse mv.

Langt de fleste projekter under puljen har afholdt en eller flere temadage, mens projekterne i Frederikshavn, Gladsaxe, København, Odense, Skanderborg, Aarhus og på Bornholm derudover har haft særligt fokus på opkvalificering og uddannelse af faste medarbejdere. Projekternes erfaring er, at disse temadage er af stor betydning, både fordi man her får øget viden omkring målgruppen, metoder eller andet, som er i fokus på dagene, men i lige så høj grad fordi mange af projekterne bredt har inviteret deres samarbejdspartnere med til temadagene. Medarbejdere og ledere har her fået mulighed for at mødes på tværs i mere uformelle rammer, hvor man har kunnet drøfte hinandens tilgang til arbejdet med målgruppen og rammebetingelserne for arbejdet og herigennem har få øget kendskab til hinanden og hinandens indsats i forhold til borgerne.

Boks 26 Den udtryksfulde temadag

”Den udtryksfulde temadag”

Projektet i Skanderborg har haft fokus på borgere med dobbeltdiagnoser, og de har grebet afholdelsen af temadage lidt anderledes an og arbejdet med ”Den udtryksfulde temadag”. Om temadagen siger projektlederen:

”Området med dobbeltdiagnoser er relativt tungt at arbejde med, og der er meget afmagt blandt personalet. Vi har derfor været nødt til at gøre temadagen spændende. Vi har brugt fortælling – story telling – musik, dans og video. Det har ikke været for at underholde, men for at formidle det faglige.”

8.1.1 Uddannelse i ICF-metoden

På Bornholm er projektets medarbejdere plus 3 øvrige fagpersoner blevet trænet i at anvende ICF-metoden til at udarbejde beskrivelser af borgernes funktionsniveau. På Bornholm har der desuden været overvejelser om, at flere medarbejdere i behandlingspsykiatrien og hele myndighedsdelen skal uddannes i brugen af ICF.

8.1.2 Åben Dialog

Åben Dialog er en tilgang, som betyder, at man møder hinanden fra en ”ikke-vidende” position og ikke gør sig til ekspert på hinandens områder. Under 19M.puljen har 4 projekter i henholdsvis Halsnæs, Odense og Odsherred arbejdet med uddannelse i Åben Dialog.

Den tilgang til kommunikation og måde at kommunikere på, som der undervises i i Åben Dialog, kan både bruges i samarbejdet med borgeren og i samarbejdet mellem de professionelle. Herudover er et omdrejningspunkt i Åben Dialog idéen om, at borgerens sociale netværk udgør en vigtig ressource for borgeren. Åben Dialog taler derfor for, at borgeren og dennes pårørende og netværk skal inddrages, så alle føler sig set og hørt i behandlingen⁴.

Man kan læse mere om Åben Dialog her:

<http://www.servicestyrelsen.dk/handicap/socialpsykiatri/praksis/aben-dialog>.

8.1.3 "På vej mod et bedre liv"

"På vej mod et bedre liv" er et kursus med fokus på dobbeltdiagnoser, som udbydes af Videnscenter for Rusmiddelpsykiatri i Risskov. Kurset forløber over 6 dage og klæder kursisterne på til at træne dobbeltdiagnosticerede i at blive bedre til at forstå og håndtere deres situation. Størstedelen, hvis ikke alle, medarbejdere i socialpsykiatrien i Frederikshavn og Skanderborg kommuner har gennemført uddannelsen.

Ifølge projekterne er styrkerne ved uddannelsen, at den giver medarbejdernes faglighed et løft. Den øgede faglighed betyder ifølge projektlederne, at medarbejderne føler mindre "afmagt" i forhold til at håndtere de vanskelige dobbeltdiagnosesager eller møde borgerne, hvilket i sidste ende giver bedre tilbud til borgerne. Derudover giver kurset deltagerne et fælles sprog, hvilket gør samarbejdet og koordineringen nemmere.

8.2 Audit-metoden

Aarhus Kommunes projekt har, til forskel fra de øvrige projekter tilknyttet puljen, ikke form af en indsats, hvor en gruppe medarbejdere er udvalgt til at arbejde med en bestemt metode i forhold til borgerrettet samarbejdet med forskellige enheder og sektorer. Projektet i Aarhus Kommune har i stedet som omdrejningspunkt systematisk at gennemgå udvalgte sager for at få viden og erfaring om, hvordan disse er håndteret. Formålet med projektet er på den helt lange bane at skabe øget kvalitet i indsatsen for borgerne. På den kortere bane er projektets mål at generere viden og skabe kvalitetsudvikling i forhold til samarbejde om og koordination af de svære og tunge sager.

Projektet har arbejdet med audit-metoden, som går ud på, at projektet forbereder en audit ved at vælge et tema og indsamle sagsmateriale fra 2-4 relevante sager. Herefter indkalder projektet et auditpanel. Projektet fastlægger panelets sammensætning i forhold til den aktuelle audits karakter, men tilstræber, at der både er kommunale og regionale repræsentanter, en repræsentant med borgerbaggrund og eksterne, fagprofessionelle repræsentanter.

Panelet mødes en hel dag og drøfter sagsmaterialet. I løbet af dagen kommer panelet med analyser og anbefalinger, både faglige og organisatoriske. Projektet samler anbefalinger i rapporter, som blandt andet er blevet brugt af specifikke arbejdsgrupper.

Om metoden siger projektlederen følgende: *"Det er en systematisk analyse og en fremadrettet brug af bagklogskab. Med baggrund i udvalgte sager kan man se, hvilke fejl man tidligere har lavet og blive klogere af det."*

Audit-metoden minder til dels om fællesteamene, som er beskrevet i kapitel 5. Forskellen er dog, at de sager, som drøftes på en audit, ikke nødvendigvis er aktuelle, bl.a. fordi det tager lang tid at indhente al sagsmaterialet og forberede en audit. Metoden bruges derfor ikke til sagsbehandling, sådan som fællesteamene ofte gør, men til behandling af principielle problemstillinger.

⁴ Balleby, Marianne og Søbjerg, Lene Mosegaard, 2011. *Et samtidigt ansvar – evalueringsrapport*. Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Projektet har i skrivende stund afholdt fire audits og planlagt en femte. Temaerne for audits har været følgende:

1. "De 10 personer, der har ventet længst på en plads i et bofællesskab eller i en boform pr. 31. juli 2009" (gennemført i 2010).
2. "Det kommunale regionale samarbejde om mennesker med sindslidelse og misbrug" (gennemført d. 10. november 2010 kl. 8.30-15.30).
3. "2 konkrete sagsforløb med hver 3 hovedproblemstillinger" (gennemført d. 16. juni 2011 kl. 9-15).
4. "Genindlæggelser" (gennemført d. 11. august 2011 i kl. 9-15.30).
5. Der er taget initiativ til den femte audit med temaet "Forventninger, motivation og modstand i forbindelse med udskrivning".

Projektlederen vil klart anbefale metoden til andre kommuner og projekter. Ifølge hende er styrkerne ved audit-metoden følgende:

Boks 27 Auditmetodens styrker

For det første skaber auditsne et samlet overblik over de enkelte sagsforløb; et overblik, som aktørerne fra de forskellige involverede afdelinger sjældent har.

For det andet er sagsgennemgangene på auditsne med til at skabe en forståelse for, hvordan der resoneres i de forskellige afdelinger.

For det tredje betyder panelsammensætningen, at deltagerne bliver sat sammen med andre personer, end dem de arbejder med i deres daglige arbejde, og dette er med til at befordre en tværfaglig tænkning og styrke samarbejdet på tværs af afdelingerne.

For det fjerde bidrager de eksterne fagfolk, som også bliver inviteret til auditsne, med nye øjne og perspektiver. De kan stille de spørgsmål, som man ikke selv stiller, fordi man er så vant til den måde, tingene fungerer på, og de kan komme med inspiration til, hvordan tingene kan gøres i fremtiden.

Projektlederen fortæller, at der dog også er nogle udfordringer forbundet med auditmetoden. For det første er det meget ressourcekrævende at forberede en audit, og det kræver en stor viden om både fagområdet og arbejdsgangene i kommunen og regionen. Derudover har projektet oplevet, at der har været udfordringer med at implementere anbefalingerne fra auditen. Nedenstående beskrivelse er taget fra en af projektets selvevalueringer:

Erfaringerne fra projektet har vist, at implementering af anbefalingerne er udfordret af flere faktorer:

- Anbefalingerne er ofte på tværs af sektorer eller kommunale ledelsesområder, og det er vanskeligt at forpligte organisationerne/enhederne samlet. Det er ikke usædvanligt, at anbefalingerne understøtter en enheds indsats, men optræder på tværs af en anden enheds præferencer.
- Anbefalingerne er ofte af meget praksisnær karakter. Det betyder, at de aktuelle ledere skal forpligte sig til at understøtte implementeringen i eget regi.
- Ikke alle auditpanelernes anbefalinger er velegnede til implementering. Det kan både skyldes, at anbefalingerne er vanskelige at implementere, uhensigtsmæssige og ikke i overensstemmelse med øvrige kommunale/regionale tiltag, eller at anbefalingerne i mellemtiden er overhalet af virkeligheden.

9. GENERELLE ERFARINGER FRA PULJEN

Gennem erfaringsopsamlingen og evalueringen har Rambøll identificeret nogle tværgående erfaringer, som gør sig gældende, både i forhold til projekter med koordinatorfunktion og med fællesteam. Erfaringerne beskrives i dette kapitel, og drejer sig om vigtigheden af at udføre et grundigt forarbejde i opstartsperioden, at sikre klare snitflader til samarbejdspartnerne, hvordan man etablerer, udvikler og vedligeholder samarbejdsrelationer, og skaber ejerskab og opbakning i et fællesteam. Sidst i kapitlet diskuteres problematikken omkring, hvorvidt en koordinerende indsats kommer til at udgøre et organisatorisk ekstra-led på sindslidendeområdet.

9.1 Grundigt forarbejde

Det er en generel erfaring fra puljen, at opstarten og implementeringen af projekterne har taget betydelig længere tid end først antaget. Herunder har det taget lang tid at få etableret et samarbejde med både de øvrige aktører internt i kommunerne og med de eksterne samarbejdspartnere. Alle projekterne har været afhængige af at få etableret nogle gode samarbejder med de øvrige aktører, dels for at få relevante borgere henvist, og dels for at kunne hjælpe borgerne videre. Alle projekterne har erfaret, at det er nødvendigt kontinuerligt at have fokus på at vedligeholde og videreudvikle samarbejdet.

Det er erfaringen i projekterne, at det er vigtigt for udrulningen af et koordinerende indsats at have lavet et grundigt forarbejde. Herunder har projekterne især fokuseret på at kortlægge:

- Målgruppe
- Eksisterende tilbud (samarbejdsparters organisering, kompetenceområder og arbejdsmetoder)
- Samarbejdsstrukturerne på feltet
- Hvilke udfordringer der er i den lokale kontekst (eksempelvis håndtering af komplekse strukturer, omorganiseringer eller manglende formelle samarbejdsrelationer og kommandoveje).

For alle projekter har det indledningsvist være en helt central aktivitet at få afdækket, hvilke andre tilbud der er til målgruppen i forvejen, og hvilken rolle de hver især har i forhold til borgerne. Afdækningen har bidraget til konkret viden om, hvilke tilbud der allerede eksisterede, og hvor der var behov for yderligere indsats eller en styrkelse af den eksisterende indsats.

Projektet i Hvidovre havde fra start et stort fokus på at få kortlagt relevant viden om samarbejdspartnerne, og den ansatte koordinator søgte blandt andet information om tilbud og indsatser til målgruppen på nettet og ved at ringe rundt for at få yderligere informationer. Da projektet startede op og i samarbejde med Rambøll afholdte forandringsteoriworkshop, var der del af dette arbejde, som blev lettere, fordi projektet her havde en konkret anledning til at møde de mest centrale samarbejdspartnere og derudfra få en dialog om, hvilke behov de havde i forhold til koordinatorens rolle og funktion. Koordinatoren siger herom: *"Afholdelsen af forandringsteoriworkshoppen gjorde det nemmere, fordi der var blevet sat ansigter på mange af de relevante personer. Efter workshoppen ringede jeg derfor rundt til afdelingerne og sagde, at vi sammen skulle finde ud af, hvad der skal være i koordinatorfunktionen. Det var en åben tilgang. Vi havde selvfølgelig en agenda og en plan, men måden var "positivt motiverende". Jeg brugte tid på at gå rundt og besøge alle afdelinger, som vi anså som relevante."*

I nogle kommuner viste det sig at være en udfordring i forhold til at igangsætte projektet og samarbejdet, hvis projektlederne og projektmedarbejderne var nyansatte i kommunen. Hvor dette har været tilfældet, har projektmedarbejderne og -ledere oplevet udfordringer i forhold til at arbejde sig ind på området, få overblikket over den komplekse kommunale organisation og få overblikket over andre relevante aktører på området. Det har været en stor opgave for disse projekter at skulle sætte sig ind i og navigere i de forskellige kulturer og forståelser.

9.2 Klare snitflader til øvrige tilbud til målgruppen

Erfaringerne fra puljen har vist, at klare snitflader og en tydelig rollefordeling er afgørende for at skabe et velfungerende projekt. Herunder en afklaring af hvordan eksempelvis den koordinerende funktion hænger sammen med eller afgrænses i forhold til de øvrige indsatser til borgerne (bl.a. SEL § 85 og § 99). Uklarhed kan betyde, at projektet ikke får de tiltænkte opgaver og fx ikke bliver inddraget i relevante sager, eller at projektet ikke inddrager de relevante samarbejdspartnere.

En vigtig forudsætning for at skabe klare snitflader og rollefordelinger er, at de involverede aktørers forventninger til hinanden afstemmes. En måde at gøre dette på er ved at involvere de berørte aktører i selve udviklingen af projektet. For eksempel viste den første runde casestudier, at de aktører, som havde været med i udviklingen af projektet, i højere grad oplevede klarhed omkring samarbejdet med projektet og i højere grad følte, at projektet udfyldte en relevant opgave. Involveringen i udviklingen af projektet har betydet, at samarbejdspartnerne fra starten har haft mulighed for at præge projektet, sådan at projektet passede ind i deres rammer og behov. Desuden lader det til, at en tidlig involvering gør det nemmere senere hen at tilpasse uhensigtsmæssige snitflader mm.

Både første og anden runde af casestudier har imidlertid også vist, at det kan være uhyre svært at skabe klare snitflader og rollefordelinger. Dette skyldes, at projekterne er nye tiltag, og at projekterne i høj grad har måttet definere sig selv og deres opgaver. Definitionerne har især afhængt af samarbejdspartnerne behov samt de rent praktiske muligheder i organisationerne, lovgivningen og økonomien, hvilket har betydet, at projekterne er blevet defineret, efterhånden som de er blevet rullet ud.

For flere af projekterne har denne del fyldt gennem projektperioden. Under casestudiet i projektet i Aalborg Kommune fortalte projektlederen blandt andet, at dette især i deres opstart var noget, de måtte have fokus på: *"Det var svært at definere vores egen funktion. Når vi så sad til møder med rådgivere, havde de spørgsmål om dobbeltarbejde – de oplevede, at de gjorde det i forvejen, som projektet skulle. Vi har arbejdet meget på at definere vores roller."* Undervejs i projektforløbet er projektets rolle, funktion og kompetencer dermed blevet justeret i dialog med særligt myndighedssagsbehandlere på området, for at sikre at de to funktioner bedst muligt supplerede hinanden.

9.3 Etablering og vedligeholdelse af samarbejdsrelationer

På tværs af projekterne er der gode erfaringer med etableringen af samarbejdet mellem projektet og deres samarbejdspartnere. Flere af projektlederne beskriver, at det særligt har været via de konkrete sager, at samarbejdet og behovet herfor er blevet etableret og tydeliggjort.

Alle projekter har erfaret vigtigheden i et stort informationsarbejde omkring projektet, og dette er et område, som alle projekter har prioriteret højt. Bl.a. på Bornholm beskriver man, hvor vigtigt, men også hvor stor en opgave det er at sikre det rigtige informationsniveau, og balancen i forhold til at dimensionere dette arbejde i forhold til det øvrige arbejde i projektet.

Boks 28 Erfaringer fra Bornholm om information til samarbejdspartnere

Det er overordentlig vigtigt, at der skabes mulighed for, at alle parter får en grundig information i den indledende fase. Projektet tilrettelagde en grundig "informationskampagne", der rettede sig mod dels medarbejdere/ledere/kontaktpersoner i socialpsykiatrien og dels potentielle borgere.

Under alle omstændigheder har det vist sig, at denne indsats er meget tidskrævende. Projektet har erfaret, at man ikke kan "springe over, hvor gærdet er lavest", hvad angår oplysnings- og informationsindsatsen. Det er erfaringen, at de ressourcer, man anvender i den indledende fase, kommer flere gange igen på et senere tidspunkt. Vanskeligheden ligger i at dimensionere ressourcerne, idet informationsbehovet er markant større i begyndelsen af projektet – samtidig med at der også er andre opgaver, der skal passes.

Også projektet i Aalborg har erfaret vigtigheden af en tæt dialog med samarbejdspartnere for at sikre, at den rette målgruppe henvises til projektet. Projektlederen her fortæller, at projektet løbende har gjort opmærksom på behovet for en kontinuerlig tilgang af borgere til projektet. Her har man lagt vægt på en næsten daglig dialog med behandlingspsykiatrien, hvorigennem projektet bliver tilkoblet nye udskrivningsforløb.

Andre steder har man i projekterne undervejs oplevet, at behovet for kommunikation og information er blevet tydeligere og er øget i takt med at projektet er blevet etableret og samarbejdspartnere har fået kendskab til og vist interesse for projektet. Dette har fx gjort sig gældende for projektet i København.

Flere projekter nævner ligeledes, at det er et stort arbejde at få etableret de relevante samarbejdsrelationer, at vedligeholde disse samt at få engageret alle parter. Flere projekter beskriver, at de løbende har udvidet deres samarbejdsrelationer – i starten afprøvede de samarbejdet med deres primære samarbejdspartner og etablerede derefter samarbejde med de mere sekundære samarbejdspartnere. I nogle af de kommuner (og regioner), der gennem projektperioden har været præget af store organisatoriske ændringer, har det ligeledes været erfaringen, at det efter større omorganiseringer har været nødvendigt at etablere samarbejdsrelationerne på ny.

På det mere konkrete plan beskriver projektet i Hvidovre, at det hos dem har været en kombination af brugen af formelle samarbejdsaftaler, relationer samt det personlige kendskab, som har givet resultater. Man har i dette projekt hele tiden haft fokus på at bygge videre på eksisterende formelle samarbejdsrelationer, herunder sundhedsaftalen med regionen. Derudover har man gjort meget ud af at styrke den personlige relation med og kendskabet til de centrale medarbejdere på området. Dette er blandt andet gjort ved at deltage i faste samarbejds møder med relevante aktører i både den kommunale forvaltning og psykiatrisk center. Derudover har projektet løbende søgt at udvide deres samarbejdsrelationer ved at lave en fokuseret indsats hos de enkelte samarbejdspartnere. Psykiatrikoordinatoren her startede med at skabe samarbejde med de mest centrale aktører såsom myndighedssagsbehandlere i kommune og medarbejdere fra Distriktspsykiatrien. Herefter udførte hun en fokuseret indsats for at få samarbejdet med jobcentret etableret. Projektets erfaring er, at det tager tid at etablere samarbejdet, og der er forskellige, særlige opmærksomhedspunkter, herunder rammer og rutiner for arbejdet, lovgivning, kultur og særlige procedurer mv., der skal tages hensyn til i etableringen af samarbejdet hos de forskellige aktører, hvorfor det er afgørende at etablere disse samarbejdsrelationer grundigt og én ad gangen.

Et princip, som er blevet vægtet højt på tværs af projekterne i puljen, er princippet om den personlige relation. Dette gælder, ud over i kontakten til borgeren, også i forhold til medarbejderne, hvor projekterne fortæller, at den personlige relation og dét at have fået "sat ansigt" på hinanden gør det nemmere for medarbejderne at tage initiativ til at samarbejde, og det betyder i nogle tilfælde også, at samarbejdet glider mere smidigt.

Flere kommuner nævner, at det er vanskeligt at inddrage praktiserende læger, fordi de praktiserende lægers har nogle andre arbejdsrammer, end de øvrige aktører typisk har. I boks 29 nedenfor fremgår erfaringer fra projekterne med fællesteam i forhold til inddragelse af praktiserende læger. Herunder har projektet i Esbjerg inddraget en pensioneret praktiserende læge i projektet, fordi det ikke lykkedes dem at få motiveret nogen til at deltage, som er aktivt praktiserende.

Boks 29 Erfaringer med inddragelse af praktiserende læger under puljen 19M

Erfaringer med inddragelse af praktiserende læger

De praktiserende læger kan i forhold til samarbejde og koordinering for borgere med en sindslidelse være centrale aktører. Projekterne under 19M-puljen har generelt – uanset om der er arbejdet med et Fællesteam eller en koordinatorfunktion – oplevet, at det har været svært at få etableret et samarbejde med de praktiserende læger. Oplevelsen blandt projekterne er, at lægerne umiddelbart gerne vil samarbejde, men at deres anderledes arbejdsvilkår gør det tæt på umuligt. Nedenfor gennemgås tre eksempler på, hvordan projekterne har forsøgt at få praktiserende læger til at deltage i møderne i Fællesteamene.

I Odsherred har projektet tilbudt at betale for lægernes tabte arbejdsfortjeneste ved deltagelse i møderne i Fællesteamet, men det er ikke lykkedes projektet at få lægerne til at deltage.

I Skanderborg inviteres de praktiserende læger, når det er relevant, fx når en af deres patienters sag drøftes. Oplevelsen er dog også her, at det er svært at få lægerne til at deltage. Projektlederen har derfor udviklet en praksis, hvor han inden et møde ringer til den pågældende læge og orienterer om, at der er et møde i Fællesteamet om den pågældende sag, og hører om lægens synspunkt på sagen. Projektlederen fremlægger efterfølgende samtalen med lægen på mødet, sådan at lægens synspunkt er repræsenteret, selvom lægen ikke deltager i mødet. Efter mødet orienterer han tilsvarende lægen om, hvad der er kommet ud af mødet.

I Esbjerg har projektet valgt at gå anderledes til værks. Projektet har fået kontakt til en pensioneret læge, som nu deltager i Fællesteamets møder og bidrager med et lægeligt perspektiv på sagerne. Lægen bliver lønnet for sin deltagelse i Fællesteamet.

Generelt har projekterne erfaret, at der i inddragelse af de forskellige aktører kan være forskellige hensyn at tage i forhold til forskellige arbejdsrammer og vilkår, som er nødvendige at forholde sig til, hvis man skal inddrage de forskellige aktører. Dette blev blandt andet drøftet under afholdelsen af det afsluttende udviklingsseminar med projekterne i april 2012. Her fortalte en af de projektledere, som arbejder med fællesteam, at de hos dem havde oplevet, at myndighedssagsbehandlere var vanskelige at motivere til at deltage i alle fællesteammøderne. *"De kommer kun, når de selv har en sag på. Andre siger, at det skal være en fælles opgave at være omkring borgeren. Men man må acceptere, at nogen er pressede, og finde en struktur, der passer til dem også."*

Erfaringerne fra puljen peger endvidere på, at samarbejdsrelationer ikke er etableret en gang for alle; det er et fortløbende arbejde, der hele tiden skal udvikles og vedligeholdes.

I det følgende nævnes nogle af de redskaber, projekterne har brugt til at skabe og vedligeholde samarbejdet med andre aktører:

- Informationsmøder på afdelinger og på tværs af sektorer
- Udarbejdelse af informationsmateriale om projektet, som deles rundt
- Udarbejdelse af fælles informationsmateriale, herunder om sundhedsaftalerne
- Direkte, tæt og opsøgende dialog med samarbejdspartnere
- Deltagelse i diverse arbejdsgrupper og følgegrupper
- Netværksmøder og samarbejds-møder – både formelle og uformelle (kom-forbi-møder)
- Udarbejdelse af rundbords-samtaleguide
- Udarbejdelse af håndbog til medarbejdere, som indeholder retningslinjer, metoder og procedurer for arbejdet med borgere med dobbeltdiagnose

Generelt er der flere projekter, som fremhæver, at det at være opsøgende og møde op selv i forhold til samarbejdspartnere har stor betydning for projektet, og for at samarbejdet i tilstrækkelig grad etableres, herunder også det at signalere en høj grad af tilgængelighed.

9.4 Opbakning og ejerskab i fællesteamene

En generel udfordring for fællesteamene har været at skabe og vedligeholde opbakningen og ejerskabet til teamet. Projekterne har oplevet, at det i denne sammenhæng er vigtigt, at lederne

i de enkelte afdelinger tydeligt prioriterer, at de selv eller medarbejderne deltager i teamet. Projekterne har også oplevet, at opbakningen kan være meget personafhængig, og at et lederskifte kan ændre en afdelings generelle holdning til fællesteamet og deltagelsen i dets møder.

Projekterne fortæller, at opbakningen er så vigtig, fordi fællesteamet både handler om at *modtage* og *give* information og sparring. Det er ikke altid, at den eller de sager, der drøftes på fællesteamets møder, vedrører alle deltagerne eller deres afdelinger direkte, men der er behov for, at deltagerne møder op alligevel, så de berørte deltagere og afdelinger har nogen at sparre med. Projektlederen på projektet i Odsherred fortæller: *"At udvikle samarbejdet handler primært om at give, og derfor kan det ikke nytte kun at komme, når man skal have."* Hun uddyber, at udbredelsen af denne forståelse har medvirket til, at en del medarbejdere og ledere er begyndt at komme fast til teamets møder. Samme billede gør sig gældende i Skanderborg. Her understreger projektlederen, at der er behov for et forpligtende samarbejde og en følelse af, at deltagerne er sammen om fællesteamet. Han fortæller desuden, at man, efter at fællesteamet har kørt et stykke tid, i højere og højere grad oplever, at man godt kan bidrage, selvom sagen ikke ligger i ens egen institution. Han fortæller også, at det tit viser sig, at den pågældende sag og borger er kendt i andre sammenhænge og i andre institutioner.

Udfordringen med at skabe opbakning til fællesteamet blev drøftet på Udviklingsseminaret under puljen den 16. april 2012. Her nåede projekterne frem til forskellige bud på, hvordan opbakningen kan sikres. For det første var projekterne enige om, at det er vigtigt at sprede informationen om fællesteamet. Derudover lagde projekterne også vægt på, at det er vigtigt at være nysgerrig over for de enkelte aktørers virkeligheder og anerkende, at nogle aktører måske er mere presset end andre og har sværere ved at deltage i fællesteamets møder. I forhold til disse aktører kan det være nødvendigt at være åbne og innovative og finde på nye løsninger for samarbejdet, selvom løsningerne kan betyde, at aktørerne deltager på et mindre niveau end de øvrige aktører.

Projektet i Esbjerg har desuden gode erfaringer med at bruge styregruppen som en platform til at skabe opbakning til fællesteamet. Projektet fortæller, at repræsentanterne i kraft af deres deltagelse i styregruppen har taget ejerskab for projektet og fællesteamet, og at de har bragt ejerskabet videre til deres områder. I styregruppen har der været repræsentanter, både fra voksenhandicap-afdelingen, misbrugsbehandlingen, behandlingspsykiatrien og fra tilbuddene.

9.5 Bliver projekterne et ekstra led i samarbejdet?

Den første runde af casestudier i vinteren 2010-2011 viste, at der kunne være risiko for, at projekterne under 19M-puljen blev et ekstra led i organiseringen, som kunne hæmme det direkte samarbejde mellem de forskellige aktører på psykiatriområdet. Risikoen kunne opstå i de tilfælde, hvor projekterne påtog sig opgaven med at tage kontakt til de forskellige aktører, indhente og dele informationer mellem aktørerne, eller indgå aftaler med aktørerne i forhold til konkrete borgersager.

I anden runde af casestudier i foråret 2012 blev projektlederne spurgt, om risikoen for det ekstra led var en problemstilling, som de kendte til, og hvordan de forholdt sig til den. Nogle projektledere svarede, at det var en overvejelse, som de havde gjort sig, og et projekt fortalte, at det også var noget, som de havde oplevet konkret. Projektet fortalte, at de oplevede, at aktørerne overlod "for mange" opgaver til projektets koordinatorfunktion og selv fralagde sig ansvaret for opgaveløsningen. Dette gjaldt blandt andet i forhold til at tage kontakt til og kommunikere med de øvrige aktører. Projektet vurderede, at dette blandt andet skete, fordi projektets funktion ikke var defineret klart nok over for projektet selv og dets samarbejdspartnere.

Andre projekter medgav, at projekterne og koordinatorfunktionerne kan blive et ekstra led, men de fastholdt, at det er et *nødvendigt* ekstra led for at sikre et velkoordineret samarbejde og en effektiv sagsbehandling. Dette var også den fremtrædende holdning på Udviklingsseminaret den 16. april 2012, afholdt af Rambøll, da spørgsmålet blev drøftet. Et af de projekter, som har denne holdning, er projektet i Aalborg. Projektlederen mener, at projektets berettigelse er blevet vist i løbet af projektperioden, blandt andet i kraft af kommunens besparelser på færdigmeldinger i regionen.

I Hvidovre har projektet målrettet arbejdet med at blive et ekstra led, idet man har søgt at fratage kommunen og behandlingspsykiatrien ansvaret for at sætte sig ind i hinandens systemer. Begrundelsen for dette har været, at begge systemer er meget komplekse og derudover ændrer sig ofte. Projektet har derfor set koordinatorfunktionen som en ressourceperson, der kan kvalificere samarbejdet mellem kommunen og regionen og derigennem effektivisere sagsbehandlingen og give aktørerne mulighed for at fokusere deres ressourcer på at løse deres kerneopgaver.

Andre projekter har anvendt en modsat strategi. Fx fortæller projektlederne i København og på Bornholm, at de gennem hele projektforsløbet har haft stort fokus på at sikre, at projektets metoder og redskaber bliver implementeret i den normale drift for at sikre, at projektet ikke bliver et ekstra led.

Den første runde af casestudier, hvor samarbejdspartnerne til to projekter blev interviewede, viste, at oplevelsen af, at projektet kan udgøre et ekstra led, gjorde sig gældende blandt samarbejdspartnere i både kommunen og i behandlingspsykiatrien. På begge sider var parterne enige om, at kommunikationen helst skal foregå direkte for at minimere risikoen for, at information går tabt. Nogle samarbejdspartnere nævnte derfor, at projektet kan være til utrolig stor gavn i forhold til at finde frem til de rigtige tilbud og personer samt koordinere disse, men at de forskellige medarbejdere altid bør være med til møderne, selvom projektets koordinatorene også er der, for at sikre den direkte kommunikation. Denne holdning er også fremtrædende blandt projekterne, hvoraf mange lægger vægt på, at især netværksmøderne har været med til at forbedre samarbejdet mellem de forskellige aktører.

9.6 Læringspunkter på tværs af projekterne

Gennem erfaringsopsamlingen og evalueringen er en række særlige opmærksomhedspunkter på tværs af projekterne blevet tydelige. Disse punkter er vigtige punkter i forhold til implementering af lignende indsætter i nye kommuner.

Tabel 14 Læringspunkter på tværs af alle projekter tilknyttet puljen

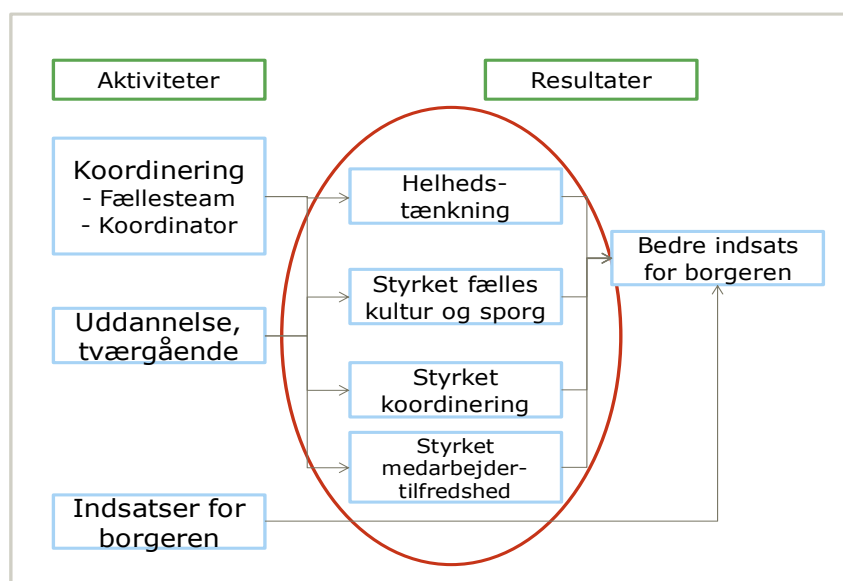
Særlige fokuspunkter	Kort beskrivelse
Grundigt forarbejde	Det er afgørende for en koordineringsindsats' implementering i praksis, at der allerede inden indsatsbeskrivelsen udarbejdes, er foretaget et grundigt forarbejde i form af kortlægning af viden om målgruppen, eksisterende tilbud, samarbejdsstrukturer og udfordringer på feltet. Dette sikrer, at indsatsen formuleres målrettet i forhold til de behov, der reelt er. Man undgår herved overlap til tilbud og indsætter, som allerede eksisterer. I dette forarbejde er det af stor betydning, at de forskellige aktører på området inddrages aktivt. Hver især sidder med vigtig viden, som sammen giver en helhedsbilledet af området og behovet. Tidlig inddragelse fordrer ligeledes senere opbakning og inddragelse.
Klare snitflader og rollefordeling til øvrige tilbud	I forlængelse af forarbejdet er det ligeledes af stor betydning, at der er klare snitflader og rollefordeling til øvrige tilbud til målgruppen. Hvis der er uklarhed herom, risikerer man modvilje mod indsatsen, hvis andre aktører og tilbud oplever, at indsatsen overtager (dele af) deres opgaver. Der kan ligeledes opstå stor usikkerhed omkring henvisning af borgere til indsatsen, hvis samarbejdspartnere er usikre på, hvilken rolle koordineringsindsatsen reelt har.
Etablering og vedligeholdelse af samarbejdsrelationer	Information om koordineringsindsatsen til samarbejdspartnere og etablering af konkrete samarbejdsrelationer, herunder indgåelse af konkrete aftaler om, hvad man forventer af hinanden i samarbejdet, er af stor betydning. Dette arbejde kræver tid og ressourcer indledningsvist, og samarbejdsrelationerne skal kontinuerligt vedligeholdes. Der sker konstant medarbejderudskiftninger og organisationsændringer, som kræver en løbende indsats for at sikre et fortsat samarbejde, ligesom de

Særlige fokuspunkter	Kort beskrivelse
	konkrete erfaringer, man gør sig undervejs, kan bidrage til en løbende justering af samarbejdsrelationerne.
Opbakning og ejerskab	Forarbejde, etablering og vedligeholdelse af samarbejdsrelationer er af stor betydning for den senere opbakning og ejerskab, der er til indsatsen, og det er derfor vigtigt kontinuerligt at huske på, at man har brug for et godt samarbejde med de øvrige aktører på området for at kunne gøre en forskel for borgerne. Den tid og de ressourcer, det kræver at skabe et godt samarbejde, er således nødvendige og godt givet ud.
Etablering af et ekstra led	I etablering af en ny koordineringsindsats kan der være både fordele og udfordringer, hvis indsatsen bliver 'et ekstra led' i organiseringen på sindslidendeområdet. Uanset holdningen hertil, er det af stor betydning, at man gør sig bevidst, om man ønsker at etablere et 'ekstra led', eller man ønsker at styrke den eksisterende indsats. Hvis man etablerer et 'ekstra led', er det ligeledes af stor betydning, at man forholder sig til, hvad det har af betydning for indsatsen til borgeren og for dialogen mellem de forskellige aktører, og hvordan man vil håndtere dette.

10. PULJENS ORGANISATORISKE RESULTATER

I dette kapitel ses på, hvilke resultater puljen har opnået i forhold til de overordnede målsætninger om styrket koordinering, helhedstænkning, styrket fællessprog og -kultur og styrket medarbejdertilfredshed. Puljen havde i udgangspunktet især fokus på at styrke samarbejdet mellem socialpsykiatrien (både bestillende og udførende) og regionen. Allerede tidligt i projektforsløbet blev det imidlertid tydeligt, at der var stort udviklingspotentiale i at udbrede samarbejdet til også at omfatte de øvrige afdelinger i kommunen, der beskæftiger sig med sindslidende borgere. Det er således både samarbejdsrelationerne mellem kommune og region og internt i kommunen, som projekterne under puljen gennem deres koordinerende arbejde har søgt at styrke.

Figur 11 Puljens centrale fokusområder



Eftersom evalueringens primære fokus har været på de elementer i projekterne, der retter sig mod den organisatoriske udvikling, er det også de organisatoriske resultater, der fokuseres på i dette kapitel.

For at danne et indtryk af, hvilke organisatoriske resultater puljen har opnået, inddrager erfaringsopsamlingen og evalueringen flere forskellige kilder. Der ses således både på projekternes løbende selvevalueringer, de gennemførte casestudier og surveys i form af 360°-målingerne, som blev gennemført elektronisk som en før-og-eftermåling blandt alle samarbejdspartparter på sindslidendeområdet i de involverede kommuner og regioner. Endelig er der også inddraget drøftelser fra midtvejsseminar og udviklingsseminar afholdt med de 16 projekter i hhv. marts/april 2011 og april 201.

10.1 Styrket koordinering og fælles kultur

Den helt overordnede målsætning for puljen har været at styrke koordineringen mellem de forskellige aktører, der inden for kommunen og regionen arbejder med sindslidende, med henblik på at sagsbehandlingen for den enkelte borger styrkes.

Projekterne har gennem selvevalueringer og case-rundringninger vurderet deres organisatoriske og samarbejdsresultater. Generelt giver projekterne udtryk for, at de oplever bedre og mere samarbejde på tværs af afdelinger og sektorer. Det er også deres indtryk, at der er kommet øget, gensidig forståelse for forskellige kulturer og fagområder – men samtidigt at der mange steder fortsat skal arbejdes på en formalisering af samarbejdet, hvis det skal udbredes til en større gruppe medarbejdere. Det er også projekternes vurdering, at projekterne har skabt samarbejdsrelationer mellem medarbejderne som gør, at flere tager kontakt på tværs af sektorer og arbejdsområder. Blandt andet pointeres det, at det at få sat ansigter på hinanden betyder, at det

er mere naturligt at tage kontakt i konkrete borgerforløb efterfølgende. Især fællesteam-projekterne oplever også, at de bidrager til at gøre sagsbehandlingen hurtigere og mere smidig, hvilket er til gavn for borgerne. I Viborg og i Odsherred fortæller projekterne desuden, at deltagelse i fællesteamet kan være tidsbesparende, netop fordi sagsbehandlingen bliver hurtigere og nemmere.

I forhold til klarere snitflader og rollefordeling oplever enkelte projekter at have bidraget til, at søjletænkningen nedbrydes. De fleste pointerer dog, at de med projekterne er startet på bedre rolle- og opgavefordeling, og at der stadig er behov for mere tydelighed, i forhold til hvem gør hvad, hvornår og hvordan. Disse udsagn underbygger indtrykket af, at det er en stor opgave at ændre på kultur og vaner i arbejdsgangen, og at puljens erfaringer kan bidrage til at bane vejen for dette.

Det kvalitative materiale peger endvidere på, at det især er koordineringen af enkeltsager, der er blevet udviklet, og at samarbejdet, især i relation til disse sager, er blevet styrket. Det betyder også, at puljens oprindelige ambitioner om at skabe en mere strukturel kulturændring i hhv. kommune og region er blevet nedtonet. At det forholder sig således, bakkes også op fra flere af projektlederne; på Bornholm pointeres det, at projektet ikke som sådan har medført en fælles kultur på tværs af kommune og region, men i stedet har styrket den daglige praksis omkring sagerne, og den dialog der føres om sagerne på tværs af afdelinger. I Viborg fortæller projektlederen, at fællesteamet er en genvej for den enkelte medarbejder, i forhold til hvordan man navigerer i systemerne, og evt. også en genvej til visitationer snarere end en indsats, som skal opkvalificere alle sagsbehandlere til at have specifik viden om målgruppen og om samarbejdsfladerne generelt. Projektlederen fortæller, at denne vægtning er hensigtsmæssig, da området er præget af mange omstruktureringer og personudskiftninger. I Aalborg understreger projektlederen i tråd hermed, at det især er i forhold til enkeltsager, at samarbejdet er forbedret: *"I nogle sager har vi været med til at forbedre samarbejdet, men i det store hele er det det samme, tror jeg. Man er meget koncentreret hvert sit sted. Man har ikke så stort indblik i hinandens opgaver. Men netop i de sager, som vi har været inde over, har vi medvirket til et bedre samarbejde."*

At puljen har styrket og formaliseret koordineringen ift. enkeltsager snarere end decideret at skabe fælles kultur på tværs af kommune og region, understøttes også af resultaterne fra 360°-målingen. Ved projekternes opstart blev der, bl.a. med baggrund i projekternes forandringsteorier, identificeret nogle konkrete udviklingspunkter i forhold til det overordnede organisatoriske samarbejde, som projekterne skulle bidrage til at fremme. Der er gennem projektforløbet blevet målt på udviklingen på disse punkter blandt medarbejdere, der arbejder med sindslidende, i de relevante enheder i kommune og region i hver projektkommune. De organisatoriske målepunkter omkring samarbejdet om sindslidende borgere drejer sig om, i hvilken grad medarbejderne oplever, at:

- man har tilstrækkeligt viden om hinandens tilbud til sindslidende
- samarbejdspartnerne inddrager ens fagområde
- der er klarhed omkring rollefordelingen og koordineringen
- man bliver rettidigt involveret i relevante sagsforløb
- relevant information udveksles i enkeltsager
- man har viden om, hvem man skal ringe til
- der er aftalt konkrete procedurer for samarbejdet.

I målingen har medarbejdere svaret på rækken af samarbejdsspørgsmål for hver af de enheder i kommunen og regionen, som de samarbejder med omkring sindslidende. Dvs. at medarbejdere fra fx socialpsykiatrien har vurderet deres samarbejde med hhv. distriktspsykiatrien, psykiatriens sengeafsnit, socialforvaltningens myndighedsfunktion og, alt efter projektkommune, også jobcenter, misbrugsafdeling og børnefamilieafdeling osv. Sammenlignes de svar, der blev givet i 2010, helt i starten af projektperioden med besvarelserne i 2012, er det muligt at undersøge, om der i perioden er sket en udvikling på de forskellige målepunkter.

360-målingen viser, at der overordnet set, med undtagelse af et enkelt målepunkt, ikke er sket en nævneværdig udvikling på målepunkterne fra 2010 til 2012, hverken i negativ eller positiv retning. Dog er der, som det fremgår af nedenstående, for visse aktører – især beskæftigelses-

misbrugs- og børne- og familieafdelingen – en mindre positiv udvikling at spore på nogle af punkterne (for en mere uddybende gennemgang af de enkelte målepunkter, se bilag 2).

I målingen skiller et enkelt målepunkt sig ud, ved at der her er en positiv udvikling at spore fra 2010 til 2012. Det drejer sig om det spørgsmål, der afdækker, hvorvidt medarbejdernes har **tilstrækkeligt viden om de ydelser og tilbud**, som deres samarbejdsparter kan tilbyde sindsiddende. Her ses en positiv udvikling i, at 39 pct. i 2010 svarede, at de i høj grad besad denne viden, mens 46 pct. i 2012 vurderede, at de i høj grad havde viden om samarbejdsparternes tilbud.

Ses der på, om aktørerne oplever en udvikling i, at de bliver **inddraget i deres samarbejdspartneres beslutningsproces**, er tendensen, at der for flertallet af aktører ikke er sket megen udvikling på dette punkt. En undtagelse er i samarbejdet med beskæftigelsesforvaltningen, hvor der er sket en lille udvikling fra, at 22 pct. i 2010 vurderede, at de i høj grad blev inddraget, til at 27 pct. i 2012 havde denne oplevelse. Også i forhold til inddragelsen af misbrugsrådgivningen er der sket en lille stigning på 3 procentpoint.

Hvad angår spørgsmålet om, **hvor klare rollerne og koordineringen i samarbejdet er**, viser målingen for alle samarbejdsparterne, at der ikke er sket nogen nævneværdig udvikling på dette område.

Ses der på udviklingen i, i hvor høj grad aktørerne vurderer at **blive rettidigt involveret i sagsforløb**, er det det generelle indtryk, at der har været en svagt positiv fremgang i forhold til dette, i og med at nogle få procent (2-4 procentpoint) er rykket, fra at opleve at de i mindre grad involveres, til at de i nogen grad involveres. Andelen, der vurderer, at de i høj grad involveres, har ikke rykket sig for de enkelte aktører, med undtagelse af misbrugsafdelingen. Målingen viser her, at der er sket en udvikling, fra at 31 pct. i 2010 følte, at misbrugsafdelingen i høj grad inddragede rettidigt, til at 38 pct. i 2012 er af denne opfattelse.

Målingen viser, at der heller ikke inden for området, om der **udveksles relevant information i enkeltsager**, er sket megen udvikling fra 2010 til 2012. Den eneste udvikling, der er at spore, er sket i samarbejdsparternes vurdering af misbrugsafdelingen, hvor der er sket en stigning, fra at 37 pct. af samarbejdsparterne i 2010 vurderede, at de i nogen grad udvekslede relevant information med misbrugsbehandlingen, til at 47 pct. af samarbejdsparterne i 2012 havde denne vurdering.

I målingen er der også spurgt til, i hvilken grad de forskellige aktører har viden om, **hvem hos deres samarbejdsparter de skal ringe til** i relevante sager. På dette punkt er der ikke sket nogen videre udvikling fra 2010 til 2012, med undtagelse af misbrugsrådgivningen, hvor der er sket en stigning, fra at 47 pct. af samarbejdsparterne i høj grad vidste, hvem i misbrugsafdelingen de skulle ringe til i relevante sager, til at 61 pct. i 2012 havde denne viden.

Når det kommer til udviklingen i, om der fra 2010 til 2012 er **aført konkrete procedurer** med de forskellige samarbejdsparter, er der en positiv udvikling at spore i andelen af samarbejdsparter, der angiver at have procedurer med børne- og familieafdelingen. Andelen, der har konkrete procedurer, er 50 pct. i 2010 og stiger til 60 pct. i 2012. For de resterende aktører er der ikke sket en nævneværdig udvikling.

Alt i alt er det således tendensen, at der, med undtagelse af øget viden om samarbejdsparternes tilbud, overordnet set ikke er sket en nævneværdig udvikling på målepunkterne, der skulle afdække, om der på strukturelt niveau er kommet en styrket koordinering. Der er imidlertid Rambølls vurdering, at læsningen af resultaterne skal ses i lyset af en række omstændigheder.

For det første er det vigtigt at notere sig, at mange af samarbejdsparterne i udgangspunktet havde en forholdsvis positiv vurdering af målepunkterne. Især var samarbejdsparternes vurdering af samarbejdet med socialpsykiatrien og socialforvaltningens myndighedsfunktion i udgangspunktet meget positiv (på næsten alle målepunkter vurderer 40-60 pct. af samarbejdsparterne, at der i høj grad er godt samarbejde med disse to afdelinger), hvilket i sagens natur betyder, at der ikke er så stort et udviklingspotentiale at arbejde med i forhold til de enkelte punkter. Dette

billede stemmer også overens med det indledende indtryk af, at man mange steder havde et godt samarbejde allerede fra start, om end man samtidigt havde ønsker om at få samarbejdet mere formaliseret.

For det andet har projekternes opstartsfasen, som beskrevet ovenfor, taget længere tid end forventet for projekterne. Det har været en omfattende opgave at kortlægge området og arbejds-gaverne inden for kommune og region, at skabe relationer til samarbejdspartener, at gøre projektet kendt i organisationerne og i det hele taget at udvikle metoden. Selvevalueringerne viser, at op imod halvdelen af projektperioden mange steder er gået med denne type af aktiviteter. Set i lyset af dette, er det ikke overraskende, at resultaterne på det brede medarbejderniveau endnu ikke er slået igennem.

For det tredje har det vist sig vanskeligere at ændre på kulturforskelle mellem kommune og region, end man i udgangspunktet havde håbet. Fagkulturerne i disse organisationer har hersket igennem mange år og er dybt forankret på flere niveauer i organisationerne. Det ville derfor nok kræve en mere gennemgribende og længerevarende indsats end det, de relativt små projekter under puljen har haft mulighed for at byde ind med. Målet om at ændre på det brede niveau har måske heller ikke stået helt mål med de aktiviteter, der har været i projekterne: Projekternes koordineringsaktiviteter, der har fokuseret på at bringe relevante medarbejdere sammen og/eller gøre relevant information tilgængeligt for medarbejderne, har betydet en styrkelse og en formalisering af samarbejdet i relevante enkeltsager, men er ikke nødvendigvis slået igennem på strukturelt niveau i de forskellige enheder.

Frem for at skabe resultater i forhold til *generel opkvalificering*, som er det, målepunkterne beskæftiger sig med, har projekterne i højere grad sat ind, hvor der har været behov, afhængigt af enkeltsager, og har på dette niveau styrket samarbejdet. En decideret kulturel ændring på det strukturelle niveau lader altså ikke til at være skabt endnu. I stedet er det Rambølls vurdering, at projekterne under puljen har lykkedes med at styrke samarbejdsrelationer og forståelse for hinandens fagområder på tværs af afdelinger på det mere sagsnære niveau, bl.a. via udviklingen af konkrete redskaber til bedre koordination, og at det vil være oplagt at arbejde videre med disse erfaringer. Der er med andre ord skabt et godt og vigtigt afsæt til på længere sigt at skabe en mere fælles kultur og sprog, og erfaringerne og redskaberne fra projekterne er et godt bidrag til det videre arbejde med disse ændringer.

Det er således Rambølls vurdering, at de begrænsede 360°-resultater ikke skal tages som udtryk for, at puljen ikke har opnået resultater i forhold til koordinering, men i stedet at koordineringen er foregået mere på det sagspecifikke plan end på det strukturelle plan: koordineringsindsatsen har fundet sted ud fra sagsbehov snarere end som en generel opkvalificering. Det er endvidere vurderingen, at der er sket en formalisering af den sagsbetingede koordinering, således at den nu i mindre grad er afhængig af personrelationer, og projekterne, som har været tilknyttet puljen, har taget de første og meget afgørende skridt mod en øget fælleskultur på tværs af kommune og region.

10.2 Helhedstænkning

Ud over den styrkede koordinering mellem enheder var der også en række andre punkter, som man på tværs af puljen forventede at skabe resultater på. Et af punkterne hænger tæt sammen med den skærpede koordinering og angår øget helhedstænkning omkring borgeren. Det er som nævnt ofte tilfældet, at en sindslidende borgers sag ikke blot er relevant i social- og distriktspsykiatrien samt psykiatriens sengeafsnit, men i den grad også i andre kommunale enheder, såsom jobcenter, misbrugsbehandling, og for sindslidende der har børn, eller som er unge og snart skal overgå til voksensystemet, børne- og familieafdelingen. Som vist ovenfor, var der ikke en markant udvikling på målepunkterne *overordnet set*, men til gengæld var der på flere af punkterne positive udviklinger at spore i samarbejdspartnerne vurderinger af netop disse kommunale afdelinger, der spiller en rolle, der kan siges at være perifer i forhold til den sindslidendes behandling, men ikke desto mindre vigtig i forhold til en helhedsorienteret indsats for borgeren. 360°-målingen viser endvidere, at det netop er for jobcenter, misbrugsbehandling og børne- og familieafdelingen, at samarbejdet i udgangspunktet har været svagest, og det er Rambølls vurdering,

at projekterne har haft god succes med at styrke samarbejdet mellem disse afdelinger og hhv. socialpsykiatrien, distriktspsykiatrien og psykiatriens sengeafsnit.

Flere af projekterne har gennem selvevalueringerne givet udtryk for, at behovet for etablering af samarbejdsrelationer med netop disse afdelingen har været meget efterspurgt af både socialpsykiatrien og regionen og har fyldt meget i projektforsløbet. Flere projekter understreger desuden, at de bidrager til at *"give borgeren med komplekse problemer en mere helhedsorienteret behandling af systemet"*.

Helhedstænkningen og helhedsorienteringen omkring de borgeres sag, der har været omfattet af projektkoordineringen, vurderes således at være blevet styrket gennem puljen.

10.3 Styrket medarbejdertilfredshed

Et andet punkt, som fyldte en del på de indledende forandringsteoriworkshops, var den frustration, som manglende koordinering og manglende viden om hinandens tilbud kunne føre til hos medarbejdergrupperne i de forskellige afdelinger. Om medarbejdertilfredsheden er styrket, og frustrationerne faldet, er ikke blevet afdækket i 360°-målingen. Til gengæld lyder det fra flertallet af projekter, at en af virkningerne ved den styrkede koordinering netop har været, at medarbejderne også har følt sig styrket. De oplever ikke længere at stå alene med komplicerede sager, eller at sagerne falder ned mellem to stole, når man slipper en borger på den videre vej gennem systemet. En af de ting, som er med til at underbygge denne tendens, er ifølge flere projekter *den personlige relation*: Dét, at man på tværs af afdelinger har mødt hinanden ansigt til ansigt betyder, at man har nemmere ved at kontakte hinanden og samarbejde i fremtiden. Dette er noget, der er med til at påvirke medarbejdertilfredsheden, som det fx lyder fra projektlederen i Odsherred: *"Samarbejdsenheden bidrager til at skabe større arbejdsglæde for den enkelte medarbejder, i kraft af at de ikke står alene med komplicerede sager og borgere"*.

I forlængelse heraf lyder det fra projekterne, at den tværfaglige dialog og løsning af borgernes problemstillinger er blevet styrket gennem projektperioden. Det er projekternes indtryk, at faglighederne på tværs i højere grad anerkendes, hvilket har bidraget til at kvalificere den tværfaglige faglighed, og at man er blevet mere konkret i arbejdet med mål for borgerne og i opfølgningen af disse mål og aftaler.

Projekterne fortæller også om, at det kan aflaste den enkelte medarbejder, når medarbejderen på fx fællesteam-møder får *hjælp til løsningen af sin sag*. Projektlederen i Skanderborg fortæller desuden, at fællesteamet også kan være med til at aflaste de enkelte afdelinger, fordi de sager, der drøftes i teamet, er så komplicerede, at de godt kan optage en hel afdeling.

Ud over det øgede fælles sagsansvar og den tværfaglige anerkendelse vurderer flere projekter, at de konkrete redskaber, som er udviklet gennem projektperioden, har været med til at understøtte medarbejderens faglighed og tilfredshed med deres arbejdsindsats. Det gælder eksempelvis konkrete redskaber til mødeledelse, til øget inddragelse af borgere (og deres netværk) og til udredning af borgere.

Måske har projekterne endnu ikke nået at skabe en stor forandring i samarbejdet i den brede medarbejdergruppe i kommunerne og regionerne, men det er vores vurdering, at projekterne i høj grad har været værdifulde i det daglige samarbejde omkring konkrete sager, og at de medarbejdere, som har været tilknyttet disse indsats, har haft stor værdi af projekterne. Vores vurdering er også, at projekterne har været til stor læring omkring indsatsen til målgruppen, hvordan man kan arbejde med dem, og at de har bidraget med vigtige, faglige input til, hvordan området kan styrkes fremadrettet. Dette er illustreret godt i indledningen til den 5. selvevaluering fra projektet i Vejle. Her har medarbejderne svaret på, hvad de oplever at have fået ud af at deltage i projektet. Deres besvarelser fremgår af nedenstående boks.

Boks 30 Medarbejderudtalelser fra Vejle om deres oplevede erfaringer med projektet

Socialpsykiatrisk forebyggelsesteam har været et særdeles spændende udviklingsprojekt for såvel ledelse som medarbejdere. Det har været et privilegium at være med til at udvikle metoder og samarbejde på tværs af behandlings- og socialpsykiatri.

Medarbejderne udtrykker følgende om deres deltagelse i projektet:

- Godt at kunne trække på hinanden tværfagligt, jeg har fået mere viden om behandling i psykiatrien.
- Jeg har opnået større viden om arbejde med børn og netværk.
- Lært at se tingene fra andre positioner, styrken ved forskellighed og anerkendelsen og læren heraf.
- Flexibilitet gør en kæmpe forskel.
- At turde inddrage pårørende og derigennem erfare, at patienten herigennem får det bedre.
- Er blevet klogere på mig selv! Jeg kan arbejde meget hurtigt, troede før hun kun var til lange, seje træk med "tunge" klienter.
- Har nydt denne målgruppe, som både har et arbejds- og familieliv.
- Det har været godt at turde inddrage børnene.
- Fokus på flexibilitet og tilpas forskellighed har givet en synergieffekt!
- Nu tør vi gøre en forskel, og jeg tør se på mig selv og den helhed, vi tilsammen udgør: kollegaer, borgere og brugere.
- At turde se i øjnene, at det er svært, og at der er mange flere muligheder, end jeg troede. At turde fortælle og tale åbent, også om tabuer.
- At arbejde med "normalisering" har været godt for borgerne, de er glade for ikke at blive puttet i en kasse for de syge, at der er holdt fast i, at de også hører til "de normale", selvom de har det svært.
- Glad for den tidsbegrænsede indsats, som har givet mere målrettet arbejde og hurtigere udvikling.
- Brug af vores forskellighed og forskellige styrkesider har bevirket større forståelse og større flexibilitet og givet større indflydelse.

På baggrund af disse kvalitative fund er det Rambølls vurdering, at puljen har styrket denne dimension af arbejdet med sindslidende i de deltagende kommuner.

BILAG 1: NOTAT OM EVALUERINGENS AKTIVITETER

1. Afholdelse af forandringsteoriworkshops

Som opstart på puljen blev der i alle projekter afholdt forandringsteoriworkshop i efteråret og vinteren 2009/2010. Formålet med workshoppen var at tale projektbeskrivelserne igennem og sikre inddragelse af centrale samarbejdspartnere. På workshoppen deltog projektejeren, projektlederen samt de konkrete projektmedarbejdere. Derudover deltog ledere og centrale nøglemedarbejdere fra centrale samarbejdspartnere.

I første del af workshoppen var det primære fokus på afdækning af problemfelt, opstilling af målsætninger og afgrænsning af målgruppe og interessenter. Dette fokus skyldes puljens fokus på samarbejde og arbejdsdeling mellem forskellige organisationer og afdelinger, og at det derfor var særligt vigtigt, at der blev skabt en fælles forståelse af, hvilke problemer projektet skulle adressere, og dermed hvad der skulle være fokus på i metodeudviklingen.

I anden del af workshoppen var fokus på udvikling og konkretisering af de metoder eller modeller, som skulle afprøves i det enkelte projekt, samt en opstilling af indikatorer for måling af resultater i form af organisatoriske forandringer og effekter i form af oplevede forandringer for målgruppen.

På baggrund af workshoppen tilrettede alle projekter deres oprindelige projektbeskrivelser.

2. 360°-måling

I forlængelse af de afholdte forandringsteoriworkshops udviklede og operationaliserede Rambøll indikatorer til brug for den tværgående del af evalueringen af puljen, og på den baggrund blev der udarbejdet et spørgeskema til brug for en nulpunktsmåling, midtvejsmåling og slutmåling blandt projektmedarbejdere og ledere og medarbejdere hos centrale samarbejdspartnere omkring udviklingen af det organisatoriske samarbejde.

Spørgeskemaet blev udsendt som elektronisk spørgeskema i Rambølls elektroniske spørgeskemaværktøj SurveyXact.

Et uddybende notat om 360°-målingerne er vedlagt som bilag 2.

Spørgeskemaet er vedlagt som bilag 3.

3. Løbende selvevalueringer

Det bærende element i den løbende dokumentation af udviklingen og implementeringen af metoderne er gennemført som 5 halvårige selvevalueringer i de enkelte projekter. Rambøll har udviklet en skabelon til selvevalueringen samt en vejledning hertil, som er udsendt til projektlederne.

Skabelonen har indeholdt en række kvalitative spørgsmål vedr. målgruppen, ressourceanvendelse, aktiviteter, kompetencer, redskaber og observerede resultater. Ud over at selvevalueringerne har bidraget med vigtige input til erfaringsopsamlingen og evalueringen, har Rambøll anbefalet, at projekterne har anvendt selvevalueringen til systematiske statusmøder i projektteamet med fokus på interne drøftelser om projektets fremdrift og udvikling, og at skabelonen dermed blev anvendt som en systematisk projektlog for projekterne.

Undervejs i projektføreløbet er der blevet tilføjet enkelte supplerede spørgsmål, som har været til gavn for dels erfaringsopsamlingen og evalueringen, og dels erfaringsudvekslingen mellem projekterne. Herunder blev der i de sidste tre selvevalueringer tilføjet spørgsmål om projekternes forankringstiltag.

Skabelonen til den sidste selvevaluering er vedlagt som bilag 4, og vejledningen hertil er vedlagt som bilag 5.

4. Casestudier

Gennem projektføreløbet er der gennemført 2 runder casestudier som supplement til projekternes egne beskrivelser og refleksioner.

Der blev gennemført to casestudier i januar 2011 i Hvidovre og Aalborg kommuner. Fokus i disse casestudier var på opstart, udvikling og implementering. I disse to kommuner blev der gennemført interview med projektteamet, projektlederen, projektejeren samt med medarbejdere og ledere fra de centrale samarbejdspartnere.

I marts 2012 blev der gennemført case-rundringninger til alle 16 projekter med fokus på drift, forankring og effekt. Fordi det gennem projektforløbet blev tydeligt hvor forskellig tilgang projekterne på tværs af puljen har haft i forhold til fokus, målgruppe og indsats, blev det besluttet, at disse afsluttende casestudier blev gennemført som telefoninterview med projekterne, fordi det på den måde er muligt at dække flere projekter.

5. Midtvejsseminar med kollegial refleksion

I marts og april 2010 blev der gennemført midtvejsseminar, baseret på kollegial refleksion. Kollegial refleksion er en videreudvikling af fokusgruppeinterview i relation til analyser af organisering og praksis.

Metoden har et dobbelt fokus, nemlig:

- At skabe øget refleksion blandt praktikerne om de udtalte og ubevidste rationaler, som ligger til grund for egen handling og praksis.
- At udvikle praksisnære forslag til bedre håndtering af udtalte og ubevidste rationaler i praksis og dermed udvikle nye handlemuligheder og ny praksis. Metodens særlige styrke er, at den i højere grad end traditionelle dataindsamlingsmetoder skubber til deltagernes selvforståelser, fordi deltagerne konstant bliver konfronteret med deres hidtidige praksis.

Midtvejsseminaret blev afholdt over to dage med to ugers mellemrum for at skabe mest mulig grundlag for refleksion.

På midtvejsseminarets første dag afholdte projekterne "Markedsplads", hvor de dels kort skulle præsentere deres projekt og angive, hvilke erfaringer de gerne ville "sælge" videre til andre projekter, og hvilke erfaringer de gerne ville "købe" fra andre projekter. På dagen udarbejdede hvert projekt en planche, som blev samlet og udsendt til projekterne efterfølgende. Plancherne er vedlagt her som bilag 6.

På dag to introducerede Rambøll de foreløbige erfaringer fra puljen, og efterfølgende blev projekterne inddelt i grupper, hvor de drøftede følgende temaer:

- **Gruppe 1: Udarbejdelse af samarbejdsaftaler og motivering af andre aktører:** Hvilke særlige erfaringer har projekterne gjort sig vedr. udarbejdelse af samarbejdsaftaler med andre aktører, og hvilke særlige udfordringer har de mødt? Er der særlige aktører, der er vanskelige at få etableret et samarbejde med? Hvordan motiveres de eksisterende organisationer til at deltage i udvikling og ændringer?
- **Gruppe 2: Borgerinddragelse:** Hvordan får man borgergruppen inddraget i projektet?
- **Gruppe 3: Effekter:** Hvordan får man indsamlet viden om effekterne i projekterne generelt og specifikt for borgerne? Og hvordan bliver denne viden formidlet til de relevante parter/aktører?
- **Gruppe 4: Fokus i det videre arbejde i projekterne:** Hvilket fokus skal projekterne have i deres videre arbejde? Fokus på videreudvikling af metoder eller på vedligeholdelse og implementering af nuværende metoder?
- **Gruppe 5: Forankring:** Hvilke erfaringer/overvejelser har projekterne gjort sig vedr. forankring? Hvilke overvejelser/erfaringer har projekterne gjort sig i forhold til drøftelser med beslutningstagerne herom? Hvilke udfordringer har de mødt? Hvordan kan projekterne gribe dette an fremadrettet?

6. Afsluttende udviklingsseminar

I april 2012 blev der afholdt et afsluttende udviklingsseminar, hvor projektledere og eventuelle centrale projektmedarbejdere deltog.

Dagen blev afholdt som en veksling mellem oplæg fra Rambøll om de tendenser og erfaringer, der var på tværs af puljen, og gruppediskussioner, hvor udvalgte temaer blev drøftet på tværs af projekterne.

BILAG 2: NOTAT OM 360°-MÅLING

Ved projekternes opstart blev der, bl.a. med baggrund i projekternes forandringsteorier, identificeret nogle konkrete udviklingspunkter ift. det overordnede, organisatoriske samarbejde, som projekterne skulle bidrage til at fremme. Der er gennem projektforløbet blevet målt på udviklingen på disse punkter blandt medarbejdere, der arbejder med sindslidende, i de relevante enheder i kommune og region i hver projektkommune. De organisatoriske målepunkter omkring samarbejdet om sindslidende borgere drejer sig om, i hvilken grad medarbejderne oplever, at:

- man har tilstrækkeligt viden om hinandens tilbud til sindslidende
- samarbejdspartnerne inddrager ens fagområde
- der er klarhed omkring rollefordelingen og koordineringen
- man bliver rettidigt involveret i relevante sagsforløb
- relevant information udveksles i enkeltsager
- man har viden om, hvem man skal ringe til
- der er aftalt konkrete procedurer for samarbejdet.

I målingen har medarbejdere svaret på rækken af samarbejdsspørgsmål for hver af de enheder i kommunen og regionen, som de samarbejder med omkring sindslidende. Dvs. at medarbejdere fra fx socialpsykiatrien har vurderet deres samarbejde med hhv. distriktspsykiatrien, psykiatriens sengeafsnit, socialforvaltningens myndighedsfunktion og, alt efter projektkommune, også jobcenter, misbrugsafdeling og børnefamilieafdeling osv.

I dette bilag gennemgås resultaterne af de enkelte målepunkter i 360°-målingen. Der ses både på den overordnede udvikling på målepunkterne fra 2010 til 2012 og på udviklingen i samarbejdet mellem de enkelte aktører på de forskellige punkter.

Tilstrækkelig viden om hinandens tilbud til sindslidende

Ses der på den overordnede udvikling i, hvorvidt medarbejderne gennem projektperioden har øget deres viden om de ydelser og tilbud, som deres samarbejdspartner kan tilbyde sindslidende, er der en positiv udvikling at spore fra 2010 til 2012. Udviklingen består i, at 39 pct. i 2010 svarede, at de i høj grad besad denne viden, mens 46 pct. i 2012 vurderede, at de i høj grad havde viden om samarbejdspartnerens tilbud, som det fremgår af nedenstående tabel.

I hvilken grad oplever du, at du har tilstrækkelig viden om de ydelser og tilbud, som dine samarbejdspartner kan tilbyde sindslidende?

	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	Total
				361
2010	9 %	52 %	39 %	100 %
				518
2012	9 %	45 %	46 %	100 %
				879
Total	9 %	48 %	43 %	100 %

Fagområde bliver inddraget i den proces og de beslutninger, samarbejdspartnerne træffer vedrørende borgeren

Ses der på udviklingen i, om aktørerne oplever en udvikling i, at de bliver inddraget i deres samarbejdspartners beslutningsproces, er tendensen, at der for flertallet af aktører ikke er sket megen udvikling på dette punkt. En undtagelse er i samarbejdet med beskæftigelsesforvaltningen, hvor der er sket en lille udvikling, fra at 22 pct. i 2010 vurderede, at de i høj grad blev inddraget, til at 27 pct. i 2012 havde denne oplevelse. Dette fremgår af nedenstående tabel.

I hvilken grad oplever du, at dit fagområde bliver inddraget i den proces og de beslutninger, beskæftigelsesforvaltningen træffer vedrørende borgeren?

	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	Total
				175
2010	36 %	42 %	22 %	100 %
				273
2012	33 %	40 %	27 %	100 %
				448
Total	34 %	41 %	25 %	100 %

Også i forhold til inddragelsen af misbrugsrådgivningen er der sket en ganske lille stigning på 3 procentpoint.

Ses der på tværs af aktørerne, er tendensen, at det er i samarbejdet med psykiatriens sengeafsnit, at færrest oplever, at deres fagområde inddrages, og der er sket en negativ udvikling, fra at 43 pct. i 2010 til 50 pct. i 2012 føler, at de i mindre grad eller slet ikke bliver inddraget i den proces og de beslutninger, som psykiatriens sengeafsnit træffer om borgeren. Blot 16 pct. vurderer, at de i høj grad inddrages. Omkring 25 pct. af respondenterne vurderer, at deres fagområde i høj grad inddrages af hhv. distriktspsykiatrien, beskæftigelsesforvaltningen og børne- og familieafdelingen. Andelen af positive besvarelser angående inddragelse stiger, når man ser på inddragelsen i misbrugscentret, hvor 38 pct. vurderer i høj grad at være inddraget, i socialforvaltningens myndighedsfunktion, hvor tallet er 42 pct., og endelig topper socialpsykiatrien, hvor 49 pct. af samarbejdsparterne føler, at socialpsykiatrien inddrager deres fagområde i beslutninger omkring borgeren.

Klarhed omkring rollefordelingen og koordineringen i samarbejdet

Et andet spørgsmål, respondenterne er blevet stillet, angår, hvor klare rollerne og koordineringen i samarbejdet er. For alle samarbejdsparterne viser målingen, at der ikke er sket nogen nævneværdig udvikling på dette område. Surveyen viser samtidigt også, at der er en vis variation på tværs af aktørerne, ift. hvordan samarbejdsparterne vurderer rollefordelingen. Den aktør, hvor samarbejdsparterne oplever den laveste grad af klarhed, er psykiatriens sengeafsnit, hvor blot 24 pct. af samarbejdsparterne vurderer, at der er en høj grad af klarhed omkring roller og koordinering. Derefter følger distriktspsykiatrien, hvor 31 pct. i høj grad oplever klarhed. Anderledes ser det ud for socialpsykiatrien, hvor 48 pct. af samarbejdsparterne oplever klarhed, og for socialforvaltningens myndighedsfunktion er andelen 40 pct.

En nærmere analyse viser, at der internt i regionen er lidt mere klarhed omkring rollerne, idet 40 pct. af respondenterne fra distriktspsykiatrien vurderer, at der er klarhed omkring roller i samarbejdet med psykiatriens sengeafsnit, og omvendt vurderer 53 pct. fra psykiatriens sengeafsnits side, at der er klarhed omkring rollefordelingen med distriktspsykiatrien.

Rettidig involvering i relevante sagsforløb

Ses der på udviklingen i, i hvor høj grad aktørerne vurderer at blive rettidigt involveret i sagsforløb, er det generelle indtryk, at der har været en svag positiv fremgang i forhold til dette, i og med at nogle få procent (2-4 procentpoint) er rykket fra at opleve, at de i mindre grad involveres, til at de i nogen grad involveres. Andelen, der vurderer, at de i høj grad involveres, har ikke rykket sig for de enkelte aktører, med undtagelse af misbrugsafdelingen. Målingen viser her, at der er sket en udvikling, fra at 31 pct. i 2010 følte, at misbrugsafdelingen i høj grad informerede rettidigt, til at 38 pct. i 2012 er af denne opfattelse, som det ses i nedenstående tabel.

I hvilken grad oplever du, at den kommunale misbrugsbehandling og -rådgivning rettidigt involverer jer i relevante sagsforløb?

	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	Total
				110
2010	29 %	40 %	31 %	100 %
				150
2012	21 %	41 %	38 %	100 %
				260
Total	24 %	41 %	35 %	100 %

Socialpsykiatrien og -forvaltningen er de afdelinger, der i højest grad vurderes at involvere samarbejdspartenerne rettidigt, idet omkring en tredjedel af deres samarbejdspartener vurderer, at dette sker i høj grad. Lavest placeret er psykiatriens sengeafsnit hvor blot 11 pct. af samarbejdspartenerne vurderer at blive rettidigt inddraget. For distriktpspsykiatrien, beskæftigelsesafdelingen og børne-familieafdelingen gør det sig gældende, at omkring 20 pct. af deres samarbejdspartener føler sig rettidigt involveret i sagsforløb.

En nærmere analyse viser, at respondenter fra socialforvaltningens myndighedsfunktion i højere grad end gennemsnittet føler sig rettidigt inddraget ift. beskæftigelsesforvaltningen og misbrugsbehandlingen. I både socialforvaltningens myndighedsfunktion og socialpsykiatrien er der oplevet en positiv udvikling ift. graden af rettidigt involvering fra beskæftigelsesafdelingen og misbrugsbehandlingen.

Relevant information udveksles i enkeltsager

Målingen viser, at der heller ikke inden for området vedrørende at udveksle relevant information i enkeltsager er sket megen udvikling fra 2010 til 2012. Den eneste udvikling, der er at spore, er sket ift. samarbejdspartenernes vurdering af misbrugsafdelingen, hvor der er sket en stigning, fra at 37 pct. af samarbejdspartenerne i 2010 vurderede, at de i nogen grad udvekslede relevant information med misbrugsbehandlingen, til at 47 pct. af samarbejdspartenerne i 2012 havde denne vurdering, som det fremgår af nedenstående tabel.

I hvilken grad oplever du, at der udveksles relevant information med den kommunale misbrugsbehandling og -rådgivning i enkeltsager?

	I mindre grad	I nogen grad	Total
			110
2010	63 %	37 %	100 %
			154
2012	53 %	47 %	100 %
			264
Total	57 %	43 %	100 %

Misbrugsafdelingen placerer sig i den allerlaveste ende, når det kommer til samarbejdspartenernes vurdering af graden af informationsudvekslingen, idet ingen vurderer, at man i høj grad formår at udveksle information. Det er socialpsykiatrien, der modtager den klart mest positive vurdering, idet 58 pct. af samarbejdspartenerne i høj grad vurderer, at de udveksler relevant information med socialpsykiatrien. Andelen, der har denne vurdering ift. socialforvaltningens myndighedsfunktion, er 45 pct. I den modsatte ende vurderer 20 pct. af psykiatriens sengeafsnits samarbejdspartener, at der i høj grad udveksles information, mens andelen for de resterende afdelinger ligger på omkring 30 pct.

En nærmere analyse viser, at der er sket en positiv udvikling i både socialforvaltningens myndighedsfunktion og socialpsykiatriens vurdering af, at der udveksles information med beskæftigelsesforvaltningen. For distriktpspsykiatrien er der sket en negativ udvikling mht. udvekslingen af information med både socialpsykiatrien og psykiatriens sengeafsnit. Også hos psykiatriens sengeafsnit har man oplevet et større fald i vurderingen af god informationsudveksling med social-

psykiatrien. Man har dog ikke oplevet et fald i udvekslingen af information med distriktspsykiatrien.

Viden om, hvem man skal ringe til i relevante situationer/sager

Målingen har også spurgt til, i hvilken grad de forskellige aktører har viden om, hvem hos deres samarbejdspartner de skal ringe til i relevante sager. På dette punkt er der ikke sket nogen videre udvikling fra 2010 til 2012, med undtagelse af misbrugsrådgivningen, hvor der er sket en stigning, fra at 47 pct. af samarbejdspartnerne i høj grad vidste, hvem i misbrugsafdelingen de skulle ringe til i relevante sager, til at 61 pct. i 2012 havde denne viden.

Andelen af medarbejdere hos samarbejdspartnerne, der i høj grad har viden om, hvem de skal ringe til, ligger relativt høj på tværs af aktørerne. Således har omkring 60 pct. af socialpsykiatriens og socialforvaltningens myndighedsfunktioners samarbejdspartner i høj grad viden om, hvem de skal ringe til. Andelen for distriktspsykiatrien er 45 pct., og for de resterende aktører gælder det, at omkring 35 pct. af samarbejdspartnerne i høj grad ved, hvem de skal ringe til i relevante sager med sindslidende borgere.

En nærmere analyse viser, at der er sket en negativ udvikling i medarbejdere hos socialforvaltningens myndighedsfunktioners viden om, hvem de skal ringe til i distriktspsykiatrien, fra at 41 pct. af medarbejdere hos socialforvaltningens myndighedsfunktion i høj grad havde viden om dette i 2010, til at 27 pct. besidder denne viden i 2012. Der er til gengæld sket en stigning i deres viden om, hvem de skal ringe til i beskæftigelsesafdelingen og misbrugsafdelingen.

I socialpsykiatrien er der over hele linjen sket en positiv udvikling i viden om, hvem hos samarbejdspartnerne man skal ringe til i relevante situationer, med undtagelse af hvem man skal ringe til hos psykiatriens sengeafsnit, hvor der ikke er sket nogen udvikling. Den største udvikling har fundet sted i socialpsykiatriens medarbejderes kendskab til, hvem de skal ringe til hos beskæftigelsesafdeling og misbrugsbehandling.

For distriktspsykiatrien er der sket en svagt positiv udvikling i kendskabet til, hvem man skal ringe til i misbrugsafdelingen. Til gengæld er der sket et fald i kendskabet til, hvem man skal ringe til hos socialpsykiatrien.

Medarbejderne hos psykiatriens sengeafsnit har i perioden 2010-12 fået større kendskab til, hvem hos beskæftigelsesafdelingen de skal ringe til i relevante sager, ligesom der også er sket en positiv udvikling i kendskabet til, hvem man skal ringe til i distriktspsykiatrien.

Internt aftalt konkrete/skriftlige procedurer for samarbejdet

Når det kommer til udviklingen i, om der fra 2010 til 2012 er aftalt konkrete procedurer med de forskellige samarbejdspartner, er der en positiv udvikling at se i andelen af samarbejdspartner, der angiver at have procedurer med børne- og familieafdelingen. Andelen, der har konkrete procedurer, er 50 pct. i 2010 og stiger til 60 pct. i 2012. For de resterende aktører er der ikke sket en nævneværdig udvikling.

Mellem 35- 55 pct. af samarbejdspartnerne angiver at have konkrete procedure med samarbejdspartner; flest har med socialforvaltningens myndighedsfunktion og socialpsykiatrien, og færrest med misbrugsbehandling, beskæftigelsesafdelingen og distriktspsykiatrien.

Ses der på de enkelte aktører, giver over 70 pct. af medarbejderne fra socialforvaltningens myndighedsfunktion udtryk for, at de har konkrete samarbejdsaftaler med alle de øvrige aktører, på nær distriktspsykiatrien, som blot 43 pct. har samarbejdsaftaler med, og misbrugsafdelingen, som 60 pct. har aftaler med.

For socialpsykiatriens vedkommende har man i begrænset omfang, under 30 pct., konkrete samarbejdsaftaler med beskæftigelses-, misbrugs- og børnefamilieafdelingen. Omkring 45 pct. har aftaler med behandlings- og distriktspsykiatrien, og 68 pct. har med socialforvaltningens myndighedsfunktion.

I distriktspsykiatrien er der sket fremskridt i andelen af aftalte konkrete procedurer med misbrugsbehandling og beskæftigelsesafdelingen fra 2010 til 2012, og 25-30 pct. af medarbejderne

giver i 2012 udtryk for, at der aftales med disse aktører. Også mht. procedurerne med psykiatriens sengeafsnit er der sket en positiv udvikling fra 73 pct. i 2010 til 92 pct. i 2012. Med socialforvaltningens myndighedsfunktion og socialpsykiatrien er der for omkring 40-45 pct. aftalt procedurer.

For psykiatriens sengeafsnits vedkommende er der over hele linjen sket en positiv udvikling ift. at have skriftlige procedurer med samarbejdspartenerne, med undtagelse af aftalerne med socialpsykiatrien, hvor der ikke er sket en udvikling.

BILAG 3: SPØRGESKEMA VED 360°-MÅLING

NB: spørgeskemaet er udsendt elektronisk.

Kære samarbejdspartnere i arbejdet med sindslidende

Du modtager dette spørgeskema, fordi du arbejder med sindslidende enten i en kommune eller i en region. Den kommune, du arbejder i eller samarbejder med, har igangsat et projekt med fokus på samarbejde og koordinering af indsatsen i forhold til sindslidende. Du er udvalgt til at deltage i denne spørgeskemaundersøgelse som en del af evalueringen af dette projekt.

Rambøll Management Consulting evaluerer puljen 19M for Servicestyrelsen, som dette projekt er tilknyttet. Puljen har særligt fokus på, hvordan kommunernes sociale indsats over for sindslidende kan styrkes gennem øget fokus på samarbejde og tydelig arbejdsdeling mellem kommuner og regioner. Formålet med projekterne er at få gode erfaringer med, hvordan en helhedsorienteret indsats for sindslidende borgere kan styrkes i landets kommuner og på tværs af de kommunale og regionale sektorer.

Inden du besvarer de enkelte spørgsmål, er det en god idé at læse spørgsmål og svarmuligheder igennem først. Under hvert spørgsmål er der opstillet en række svarmuligheder med tilhørende svarkasser. Du besvarer spørgsmålet ved at sætte kryds i den kasse, der bedst passer med din vurdering.

Hvis du ønsker at besvare spørgsmålene over flere omgange, lukker du bare browseren ned og genoptager besvarelsen senere. Svarene, som du allerede har afgivet, gemmes løbende.

Rapporteringen af resultater fra spørgeskemaundersøgelsen vil foregå således, at enkeltbesvarelser ikke kan identificeres. Vi håber meget, at du har lyst og mulighed for at besvare spørgeskemaet, fordi netop din viden og dine erfaringer er vigtige både for projektets videre forløb og for den samlede evaluering! Det tager ca. 10 min. at udfylde skemaet.

Har du spørgsmål til besvarelse af skemaet, er du meget velkommen til at kontakte Mie Carstensen eller Gro Munk Nielsen fra Rambøll Management Consulting.

På forhånd tak for hjælpen!

BAGGRUNDSOPLYSNINGER

1. Hvilken kommune er du ansat i eller har du samarbejde med?

- (1) Bornholms Regionskommune
- (2) Esbjerg Kommune
- (3) Frederikshavn Kommune
- (4) Gladsaxe Kommune
- (5) Halsnæs Kommune
- (6) Hvidovre Kommune
- (7) Københavns Kommune
- (8) Næstved Kommune
- (9) Odense Kommune
- (10) Odsherred Kommune
- (11) Skanderborg Kommune
- (12) Skive Kommune
- (13) Vejle Kommune
- (14) Viborg Kommune
- (15) Aalborg Kommune

Der kan være forskel på, hvilken betegnelse der anvendes i de enkelte kommuner, om forskellige enheder. Vælg den betegnelse, som dækker din enhed bedst.

2. Hvor er du organisatorisk forankret?

- (1) Socialpsykiatrien (SKP, bostøtte, botilbud mv.)
- (2) Socialforvaltningens myndighedsfunktion (sagsbehandlere mv.)
- (3) Misbrugsrådgivning og -behandling (kommunalt)
- (4) Børne- og familieafdeling
- (5) Arbejdsmarkedsforvaltning/Beskæftigelsesafdeling/Jobcenter
- (6) Distriktspsykiatrien (Distriktspsykiatrisk Center, OP-team)
- (7) Behandlingspsykiatrien (hospital og sygehus)

3. Er du ansat i projektet, der er tilknyttet 19M-puljen?

- (1) Ja
- (2) Nej

Der kan være forskel på, hvilken betegnelse der anvendes i de enkelte kommuner om forskellige funktioner. Vælg den betegnelse, som dækker din funktion bedst.

4. Hvilke funktioner varetager du primært i din nuværende stilling?

- (1) Opsøgende og kontaktskabende indsats
- (2) Socialpædagogisk støtte og indsats
- (2) Sagsbehandling
- (3) Psykiatrisk behandling og pleje
- (3) Misbrugsrådgivning og behandling (social eller medicinsk)
- (4) Hjemmepleje
- (6) Anden behandling
- (9) Udviklingsopgaver
- (10) Ledelsesopgaver
- (11) Andet, skriv hvad: _____

5. Hvor længe har du været i din nuværende stilling?

- (1) Mindre end 1 år
 (2) 1-2 år
 (3) 3-4 år
 (4) 5-9 år
 (5) 10 år eller mere

6. Hvor længe har du samlet set arbejdet indenfor området?

- (1) Mindre end 1 år
 (2) 1-2 år
 (3) 3-4 år
 (4) 5-9 år
 (5) 10 år eller mere

7. Hvem af de følgende aktører er væsentlige samarbejdspartnere i dit arbejde med sindslidende?

Sæt gerne flere kryds

(Vi er opmærksomme på, at listen ikke nødvendigvis er udtømmende for alle dine samarbejdsrelationer)

- (1) Socialpsykiatrien (SKP, bostøtte, botilbud mv.)
 (2) Socialforvaltningens myndighedsfunktion (sagsbehandlere mv.)
 (3) Misbrugsrådgivning og -behandling (kommunalt)
 (4) Børne- og familieafdeling
 (5) Arbejdsmarkedsforvaltning/Beskæftigelsesafdeling/Jobcenter
 (6) Distriktpsikiatrien (Distriktpsikiatrisk Center, OP-team)
 (7) Behandlingspsykiatrien (hospital og sygehus)

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad	Ikke relevant	Ved ikke
8. I hvilken grad oplever du, at du har tilstrækkelig viden om de ydelser og tilbud, som dine samarbejdspartnere kan tilbyde sindslidende?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>

Følgende spørgsmål gentages for hver enhed, der i ovenstående spørgsmål er angivet at have samarbejde med. Om samarbejdet med enhederne " Beskæftigelsesafdeling/Jobcenter ", " Børne/Familieafdelingen ", " Misbrugsbehandling " skal der kun besvares spørgsmål markeret med *

SAMARBEJDSRELATIONER

De første spørgsmål omhandler de formelle rammer for samarbejdet med [enhed] i forhold til sindslidende.

9. Er der internt aftalt konkrete/skriftlige procedurer for samarbejdet mellem din enhed og [enhed]?

- (1) Ja
 (2) Nej
 (3) Ved ikke

10. (hvis ja)

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad	Ikke relevant	Ved ikke
*I hvilken grad er procedurerne kendte og bliver fulgt af relevante medarbejdere?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>

11. I hvilken grad oplever du, i samarbejdet med [enhed]...:

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad	Ikke relevant	Ved ikke
*At I samlet set har et godt samarbejde?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
*At du har viden om, hvem du skal ringe til i relevante situationer/sager?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
At der er klarhed omkring rollefordelingen og koordineringen i samarbejdet	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
*At dit fagområde bliver inddraget i den proces og de beslutninger, som de træffer vedrørende?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
*At de rettidigt involverer jer i relevante sagsforløb?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
At I formår at udveksle relevant information i enkeltsager?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
I hvilken grad synes du, at din leder tydeligt prioriterer vigtigheden af samarbejde med [enhed]?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>

12. Er der samarbejdspartnere, som du optimalt burde samarbejde med i dit daglige arbejde med sindslidende, men som du i dag ikke samarbejder med?

Sæt gerne flere kryds

- (1) Nej
- (1) Socialpsykiatrien (SKP, bostøtte, botilbud mv.)
- (2) Socialforvaltningens myndighedsfunktion (sagsbehandlere mv.)
- (3) Hjemmepleje
- (4) Handicapafdeling
- (5) Misbrugsrådgivning og -behandling (kommunalt)
- (6) Øvrig Socialforvaltning, angiv hvor: _____
- (7) Børne- og familieafdeling
- (8) Arbejdsmarkedsforvaltning/Beskæftigelsesafdeling/Jobcenter
- (9) Distriktpsikiatrien (Distriktpsikiatrisk Center, OP-team)
- (10) Behandlingspsykiatrien (hospital og sygehus)
- (11) Misbrugsrådgivning og -behandling (regionalt)
- (12) Somatisk behandling (hospital, sygehus, praktiserende læge)
- (13) Kriminalforsorgen
- (14) Andet, hvad: _____

13. Hvad er årsagen til, at du i dag ikke har et samarbejde med disse enheder?

Sæt gerne flere kryds

- (1) Jeg ved ikke nok om hvilke tilbud den pågældende enhed har
- (2) Jeg ved ikke hvem jeg skal kontakte i den pågældende enhed
- (3) Jeg har forsøgt at samarbejde med dem, men de mener ikke at et samarbejde er relevant for dem
- (4) Der mangler formaliserede rammer for samarbejde mellem min enhed og disse enheder
- (5) Jeg har ikke haft tid til at etablere et samarbejde med dem
- (6) Ved ikke
- (7) Andet: _____

AFSLUTNING

14. Har du øvrige kommentarer til undersøgelsen, er du meget velkommen til at skrive dem her:

Tak fordi du deltog i undersøgelsen!

BILAG 4: SKABELON TIL SELVEVALUERING

NB: Dette eksempel på en selvevaluering udgør den sidste skabelon i rækken, dvs. den, som projekterne skulle udfylde inden projektafslutning. Vejledningen til selvevalueringen er vedlagt i bilag 5.

Til

Rambøll Management

Dokumenttype

5. selvevaluering

Projekt navn

[Indsæt projektnavn]

Dato

[Indsæt dato og årstal]

SELVEVALUERING 19M

1. INDLEDNING

Rapporten opbygges omkring en række hovedtemaer, der skal hjælpe med at koordinere jeres refleksion. Inden for hvert tema skal I komme omkring en række punkter, der er beskrevet nedenfor.

Det er vigtigt, at I både forholder jer til den borgerrettede målgruppe, og den målgruppe som er rette mod de aktører I ønsker at påvirke direkte med jeres indsats og via projektet ønsker at få et styrket samarbejde med, fx medarbejderne i behandlingspsykiatrien eller andre kommunale enheder fx beskæftigelsesforvaltningen.

I de følgende afsnit er temaerne opridset. Under hvert tema er der en række punkter, I skal komme omkring i jeres refleksion og i selve rapportteksten. Det er vigtigt, at I forholder jer eksplícit til hvert punkt. Hvis punktet ikke er relevant i for jeres projektet og dermed jeres selvevaluering noterer I blot dette samt begrundelsen for det.

Selvevalueringens omfang bør samlet set ikke overstige 5-6 normalsider. Formålet med selvevalueringen og gode råd til hvordan I griber det er, er nærmere beskrevet i vejledningen til selvevalueringen.

I skal beskrive fremdriften i projektet med udgangspunkt i nedenstående fem overordnede temaer:

- Målgruppe
- Aktiviteter og metoder
- Inddragede aktører
- Forankring
- Oplevede effekter

Vi anbefaler, at I, så vidt muligt, i jeres besvarelser af de enkelte temaer forsøger at 1) beskrive hvordan praksis er, og hvad det er I har gjort, 2) forholde jer kritisk til praksis og 3) komme med jeres vurdering af, hvad det betyder for det fremadrettede projektførløb.

Hvor det er muligt, anbefaler vi, at I ligeledes henviser til, hvor I har denne viden fra, så I også på et senere tidspunkt kan finde tilbage til det.

Vi har her nedenfor indsat et eksempel på, hvordan dette kunne gøres. Dette er blot et eksempel og I kan naturligvis tilpasse jeres besvarelse, så det passer i forhold til jeres praksis.

	Svar
<p>Spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvad er jeres erfaringer med aktiviteterne, og de metoder, I har brugt i projektet? 	<p>Beskrivende</p> <p>Metoden er blevet anvendt i 47 % af alle klientforløb. 78 % af professionelle i målgruppen er blevet trænet i metoden på 2-dages forløb.</p> <p><i>Det ved vi fordi:</i> Kvartalsvis audit af repræsentativ stikprøve af klientforløb (vedlagt bilag 1)</p> <p>Analyserende</p> <p>Metoden er efter indledende forsøg blevet evalueret tilpasset behandlernes ønsker, hvilket har øget anvendelsen. Tilfredshed med træningsforløb var markant og anvendelse korrelerer positivt med udbredelse af træningen. Kommunale ledere som udtrykker stor støtte til projektet sender også større andel professionelle på træningsforløb.</p> <p><i>Det ved vi fordi:</i> Deltagerevalueringer af træningsforløb</p>

	<p>(vedlagt bilag 2)</p> <p>Vurderende Metoden er nu indholdsmæssigt fuldt udviklet, men mangler fortsat fuld udrulning. Er på vej til at indfri målsætning 2 om anvendelse i 80 % af alle klientforløb. Fortsat fokus på ledelsesopbakning er en prioritet</p> <p><i>Det ved vi fordi:</i> Statusrapport 3 til projektets styregruppe (feb.2010) analyserer sammenhæng mellem træning (behandlingere som har gennemgået træning) og anvendelse af metoden (vedlagt bilag 5)</p>
--	---

2. MÅLGRUPPE

➤ Hvem er deltagerne i projektet?

Borgerniveau:

Projekt/målgruppe	Alle med sindslidelse og behov for indsats fra behandlingspsyk og kommunal*	Borgere med dobbeltdiagnoser	Unge/ynge sindslidende borgere (forebyggende)	De dårligste/tungeste borgere	18-65-årige, som har været indlagt mere end 1 måned

- Hvor mange borgere har siden projektets opstart været tilknyttet projektet?
- Stemmer antallet af deltagere overens med det forventede antal deltagere i projektet (på dette tidspunkt)? Hvis ikke, hvordan og hvorfor adskiller antal deltagere sig fra det forventede?
- Hvad karakteriserer de borgere, der er tilknyttet projektet (er der visse karakteristika der går igen, fx køn, alder, typer af problemstillinger?)
- Hvorfor har netop disse borgere haft et særligt behov for at indgå i projektet?
- Stemmer disse behov overens med det som, oprindeligt var forestillingen med indsatsen i projektet?
- Har behovet for indsatsen i praksis vist sig at være anderledes end forventet? Er der fx visse typer af borgere, som det ikke er lykket at etablere en kontakt med? Og ved I hvad årsagen hertil har været?
- Har erfaringerne med projektet givet anledning til særlige aktiviteter, eller andre ændringer, for at sikre en fortsat tilgang af borgere til projektet (fx for at nå en bestemt type borgere, for at nå nogle borgere det frem til nu ikke er lykket at nå?)

Medarbejderniveau:

- Hvilke medarbejdergrupper på det organisatoriske plan har indtil nu været inddraget i projektet? (fx hvilke medarbejdere og enheder i fx socialpsykiatrien, kommunen generelt og behandlingspsykiatrien)
- 'Hvilke konkrete erfaringer har I siden projektets start gjort jer i forhold til inddragelse af andre aktører i projektet?
- Er der enheder/sektorer som det ikke har været muligt at inddrage i projektet, eller som det har været vanskeligere end forventet at inddrage? Og ved I hvad årsagen hertil har været?
- Er der enheder/sektorer som ikke var tænkt som deltagere i projektet fra start, men som erfaringerne med projektet har tydeliggjort et behov for at inddrage i projektet?
- Har erfaringerne vedr. projektets deltagere på medarbejderniveau givet anledning til konkrete handlinger og/eller ændringer i forhold til projektet?

3. AKTIVITETER OG METODER I PROJEKTET

➤ **Hvordan er indsatsen vægtet (sæt gerne flere krydser)**

Ingen borgerrettet metode	Borgerrettet metode med fokus på social indsats	Borgerrettet metode med fokus på koordinering mellem aktører	Borgerrettet metode med både koordinering og socialfaglig indsats	Rådgivning/vejledning af andre aktører om relevante tilbud til borgerne	Uddannelse/opkvalificering af andre fagpersoner

➤ **Hvordan er teamet/indsatsen sammensat og forankret i kommunen?**

- Hvordan er medarbejderne tilknyttet projektet/hvordan er teamet sammensat? (er der fx tale om en eller flere fastansatte medarbejdere og/eller er medarbejderne tilknyttet ad hoc efter behov)
- Beskriv kort hvilken konkret rolle teamet har ift. borgerne og samarbejdspartner (giv eksempelvis case-eksempler, som illustrerer teamet som fx kontaktperson for en borger, som udskrivningskoordinatorer og/eller som ad hoc baserede koordinerende teams).
- Hvor teamet/medarbejderne beslutningskompetence?

➤ **Hvilke aktiviteter og metoder har projektet i den forgangne periode haft særligt fokus på at arbejde med?**

- På borgerniveau
- På medarbejder/organisatorisk niveau
- Hvad er jeres erfaringer med aktiviteterne, og de metoder, I har brugt i projektet?
- Har erfaringerne med projektet frem til nu givet anledning til at ændre i de valgte metoder eller tilgange i projektet?
- Har projektet givet øgede muligheder for at sikre samarbejde og koordinering i forhold til de enkelte borgere og som helhed på tværs af sektorer og enheder?
- Hvis ja, beskriv hvilke konkrete erfaringer I har gjort jer.
- Har erfaringerne fra projektet frem til nu givet anledning til at ændre i projektets fokus og indsats vedr. samarbejde og koordinering?

4. KONTEKST

➤ **Er der særlige forhold i projektets omgivelser, der har indflydelse på projektet eller målopfølgelsen?**

- Er der sket eller planlagt væsentlige organisatoriske omstruktureringer i projektet eller hos samarbejdspartner?
- Hvis ja, er dette noget, der påvirker, eller I regner med kommer til at påvirke, projektet, og hvordan?
- Er der sket eller planlagt væsentlige besparelser på områder, der direkte eller indirekte påvirker projektet eller målopfølgelsen?
- Hvis ja, hvordan regner I med, at dette kommer til at påvirke projektet?

5. FORANKRING

➤ **Hvorledes sikres forankring af projektet og hvilke tiltag har der været siden sidst?**

- Har I siden projektets start gjort jer erfaringer med/overvejelser om hvordan den viden og de erfaringer, der bliver skabt via projektet, også vil være tilgængelige og inddraget i kommunens indsats, når projektperioden er afsluttet?
- Er der siden sidst gennemført konkrete forankringstiltag med henblik på at forankre selve indsatsen/erfaringerne fra indsatsen? (fx oplæg til beslutningstagere, drøftelser i ledelsesgruppe, udarbejdelse af informationsmateriale til øvrige medarbejdere, uddannelse/opkvalificering af andre medarbejdere mv.)
- Er der truffet konkrete beslutninger vedr. projektets videreførelse og/eller overdragelse af viden til andre medarbejdere i kommunen?
- Hvis ja, hvilke overvejelser og tiltag har ligget til grund for disse beslutninger? Har I fx gennemført konkret dokumentation og/eller udarbejdet oplæg på baggrund af jeres erfaringer, eller har der været drøftelser på tværs af de afdelinger/aktører som I har samarbejdet med gennem projektperioden?
- Er det på nuværende tidspunkt planlagt hvad der fremadrettet skal ske ift. forankringen af projektet/indsatsen og /eller erfaringerne herfra?
- Hvornår stopper jeres bevilling fra Servicestyrelsen?

6. OPLEVEDE EFFEKTER

➤ **Hvilke effekter har I oplevet at projektet har haft på organisatorisk niveau? Giv gerne konkrete eksempler**

- Oplever I, at projektet har været med til at skabe bedre samarbejde mellem de afdelinger i kommunen og regionen, der arbejder med sindslidende borgere: mellem hvem, hvordan og hvorfor?
 - Er snitflader blevet klarere?
 - Er opgavefordelingen blevet klarere?
 - Er rollefordelingen blevet klarere?
- Oplever I, at de forskellige samarbejdsparter fået større viden om målgruppen?
- Oplever I, at de forskellige samarbejdsparter fået større viden om hinandens kulturer, rammer og lovgivning?
- Oplever I, at de forskellige samarbejdsparter *oftere* kommunikerer sammen?
- Oplever I, at de forskellige samarbejdsparter *bedre* kommunikerer sammen?

7. ANDET

➤ **Er der andre erfaringer eller andet som har påvirket projektet i den forgangne periode?**

BILAG 5: VEJLEDNING TIL SELVEVALUERING

NB: Dette eksempel på en vejledning til selvevaluering er vejledningen til den sidste skabelon i rækken, dvs. den, som projekterne skulle udfylde inden projektafslutning. Skabelonen til selvevalueringen er vedlagt i bilag 4.

Til

Projekter tilknyttet puljen 19 M: Puljen til støtte af kommunernes sociale indsats over for sindslidende

Dokumenttype

Vejledning til selvevaluering

Dato

Januar 2012

SELVEVALUERING I 19M VEJLEDNING

1. INDLEDNING

Denne vejledning skal danne grundlag for den sidste halvårslige selvevaluering af projekterne tilknyttet Indenrigs- og Socialministeriets pulje, 19M.

Puljen 19M evalueres af Rambøll Management Consulting (RMC), og de løbende selvevalueringer indgår som en del af denne evaluering.

Resultaterne fra selvevalueringen er et vigtigt redskab for de enkelte projekter til at kunne følge den løbende udvikling og fremdrift i projektet. Derudover vil selvevalueringerne tilføre den samlede evaluering viden om fremdriften i de enkelte projekter og erfaringerne på tværs af puljen.

Formålet med denne vejledning er at give en indføring i, samt gode råd til, hvordan I kan arbejde med selvevalueringen og gøre det til en konstruktiv del af jeres praksis i projekterne.

Kapitel 1 i vejledningen giver en kort introduktion til puljen 19M, og den samlede evaluering af puljen, som RMC gennemfører på vegne af Servicestyrelsen. Kapitel 2 i vejledningen giver en indføring i hvad selvevaluering er, mens kapitel 3 beskriver, hvordan selvevalueringen skal gribes an i de enkelte projekter. Afslutningsvist i kapitel 4 findes kontaktoplysninger på RMCs konsulenter.

Vi forestiller os, at den samlede selvevalueringsrapport er på omkring 5-6 normalsider. Når selvevalueringsrapporten er færdig, skal den sendes til Rambøll Management Consulting, att. Tine Ane Nielsen: TNAN@r-m.com

Frist for indsendelse af selvevalueringen er **onsdag d. 15. februar 2012**.

Vi har fra forandringsteoriworkshops, projektansøgninger og første runde af selvevalueringen fået en god grundviden om projekterne. Fokus i selvevalueringerne skal derfor primært være på de erfaringer, I har gjort jer i den forgangne projektperiode, og hvorvidt det har givet anledninger til ændringer fx i forhold til målgruppe, metode eller samarbejdsrelationer.

1.1 Kort om puljen 19M

Puljen 19M (Puljen til støtte af kommunernes sociale indsats over for sindslidende) har fokus på metodeudvikling af samarbejde og koordinering af arbejdet med sindslidende mellem kommuner og regioner.

Puljen har 3 fokusområder:

- Koordination i indsatsen,
- Indsatsen for personer med dobbeltdiagnoser og
- Forebyggende indsats (med primær fokus på forebyggelse vedr. børn og unge).

For at støtte denne metodeudvikling og sikre, at der sker en vidensopsamling samt en viden-delning på tværs af projekterne, evalueres puljen af RMC.

Evalueringen af 19M består overordnet af to delevalueringer: En målopfyldelsesevaluering og en virkningsevaluering.

Målopfyldelsesevalueringen afdækker i hvilken grad de støttede projekter realiserer egne målsætninger og dermed også puljens målsætninger. I forbindelse med denne del af evalueringen er der i første omgang været afholdt workshops med alle puljens projekter, hvor projekternes formål klart blev opridset. Derudover vil der blive udsendt et spørgeskema tre gange i projektførløbet til projekternes relevante aktører. Formålet er at måle udviklingen i samarbejdsrelationer i projekterne.

Virkningsevalueringen har til formål at skabe et indblik i, hvordan implementeringen af projekterne har indflydelse på, hvordan det kommunale og regionale samarbejde, som projekterne skal fremme, kommer til at forløbe. Det er således i denne del af evalueringen, at den egentlige erfa-

ringsopsamling fra projekterne omkring, *hvordan* et godt samarbejde og en god arbejdsdeling kan skabes, kommer til at ligge. Projekternes erfaringer på disse områder vil blive indsamlet dels ved hjælp af halvårlige selvevalueringer, hvor medarbejderne på de enkelte projekter løbende reflekterer over og nedskriver deres strategier, valg og erfaringer, og dels via casebesøg, hvor RMC besøger fem udvalgte projekter. Der vil blive gennemført 2 casestudier hvor fokus vil være på opstart, udvikling og implementering. Og 3 casestudier med fokus på drift, forankring og effekt.

Der vil derudover blive afholdt et midtvejsseminar og et afsluttende udviklingsseminar, hvor der er mulighed for kollegial refleksion og erfaringsudveksling og videndeling på tværs af projekterne.

Formålet med evalueringen af 19M er derfor på samme tid at kunne hjælpe til at dokumentere, hvad der virker i kommunerne, at sikre videndelingen på tværs af projekter og kommuner samt at sikre fremdriften i de enkelte projekter ved at facilitere en løbende refleksion over praksis.

Evalueringen løber frem til efteråret 2012. Selvevalueringerne startede op i det første kvartal 2010 og løber til og med andet kvartal 2012.

2. HVAD ER SELVEVALUERING?

I evalueringen af puljen 19M er selvevalueringen et redskab til at indsamle de løbende erfaringer i de enkelte projekter i forhold til de forskellige valg, der er blevet truffet gennem projektforløbet.

Selvevalueringen giver jer ude i de enkelte projekter en metode til på en systematisk måde at få diskuteret jeres daglige praksis og de erfaringer I har gjort jer med projektet og de valgte metoder, og via disse diskussioner få spurgt: Hvorfor gør vi som vi gør, hvad kan og vil vi ændre, og hvordan gør vi så det? Selvevalueringen vil bidrage til at I får diskuteret og handlet på de vigtige refleksioner i jeres projektforløb, og dermed kan det være en hjælp til hele tiden at udvikle projektet.

Formålet med et selvevalueringsforløb er:

- At tilvejebringe en grundig og systematisk viden om jeres nuværende praksis og de erfaringer I har gjort jer i projekt frem til nu
- At sætte en proces i gang der stimulerer til selvrefleksion og bidrager til hele tiden at udvikle projektet og de metoder I anvender.

Selvevalueringen bliver et systematisk værktøj som de enkelte projekter kan anvende til at følge udviklingen og fremdriften af indsatsen, og dermed løbende og systematisk kunne følge op på, om der er behov for ændringer.

Selvevalueringerne kommer ligeledes til at indgå som vigtig viden og input til den samlede evaluering. Det er netop *de enkelte projekters* oplevelser og erfaringer omkring projekterne, der er vigtige at få indblik i. Ved at de enkelte projekter løbende beskriver deres metoder og deres erfaringer med disse metoder etc., bliver det muligt for RMC at få indblik i, hvordan man griber problemstillingerne an i de forskellige projekter, og hvilke erfaringer der er i forhold til hvad der virker og hvad der ikke virker.

Udover at selvevalueringen giver mulighed for at få indblik i hvilke erfaringer projekterne gør sig, og kunne hjælpe med til at dele disse erfaringer ud til andre, kan selvevalueringen tilføre vigtig viden til de enkelte projekter selv. Ved at der løbende afsættes tid af til at reflektere over praksis, de ændringer der er foretaget, og hvilke ændringer, der eventuelt skal foretages fremadrettet, skabes der rum for at få sat ord på mange af de antagelser, der ellers som regel forbliver usagte. Selvevalueringen kan herunder skabe indblik i, hvor I internt i projektet er enige, og hvor I har forskellige syn på, hvad der virker og ikke virker.

3. HVORDAN GRIBES SELVEVALUERINGEN AN?

Selvevalueringen i 19M er opbygget omkring mininotater på ca. fem-seks sider, som hvert projekt skriver løbende gennem projektperioden. Notaterne opbygges efter en struktur, der er udviklet af RMC. Formålet med notatet er, at man både *beskriver*, *analyserer* og *vurderer* egen praksis.

Skabelonen vil blive sendt til jer i en elektronisk form, hvor projekterne løbende kan beskrive implementeringen og udviklingen i deres metoder. Hvert projekt skal gennemføre selvevalueringen hvert halve år. RMC vil forud for hver selvevaluering sende en mail ud, hvor projekterne mindes om, at det igen er til for selvevalueringen.

3.1 Beskrivelse af notatskabelonen

Notatskabelonen er grundlæggende opbygget omkring nogle udvalgte temaer, hvor hovedfokus er på at tydeliggøre fremdriften på det organisatoriske plan i forhold til samarbejde og koordinering mellem de forskellige aktører som er involveret i projektet.

Hovedtemaerne er:

- Målgruppe
- Aktiviteter og metoder
- Forankring

Derudover er der mulighed for at tilføje oplysninger om andre forhold der er vigtige i forhold til at kunne beskrive fremdriften i projektet, og de erfaringer I har gjort jer ind til nu med arbejdet.

Det er vigtigt at I forholder jer til disse temaer ud fra de erfaringer, I har gjort jer siden forrige selvevaluering, og at I for hvert punkt grundigt beskriver hvilke overvejelser, I har gjort jer. Jo mere fyldig en beskrivelse, vi i RMC har at arbejde videre med, jo bedre bliver den viden og erfaring, vi efterfølgende kan formidle videre til andre projekter. Samtidig vil udførlige beskrivelser gøre det nemmere for jer at gå tilbage og se hvilke diskussioner, I tidligere har haft i projektføreløbet.

Der vil sandsynligvis være forskel på, hvor mange overvejelser og hvor meget diskussion, I har til de forskellige punkter i selvevalueringsskabelonen. Der kan også være punkter, der af forskellige årsager ikke er relevante i forhold til jeres selvevaluering. I sådanne tilfælde skriver I blot under punktet, at det ikke har været relevant i jeres projekt samt årsagen til dette.

Vi anbefaler, at I, så vidt muligt, i jeres besvarelser af de enkelte temaer forsøger at 1) beskrive hvordan praksis er, og hvad det er I har gjort, 2) forholde jer kritisk til praksis og 3) komme med jeres vurdering af, hvad det betyder for det fremadrettede projektføreløb.

Hvor det er muligt, anbefaler vi, at I ligeledes henviser til, hvor I har denne viden fra, så I også på et senere tidspunkt kan finde tilbage til det.

Vi har her nedenfor indsat et eksempel på, hvordan dette kunne gøres. Dette er blot et eksempel og I kan naturligvis tilpasse jeres besvarelse, så det passer i forhold til jeres praksis.

	Svar
<p>Spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvad er jeres erfaringer med aktiviteterne, og de metoder, I har brugt i projektet? 	<p>Beskrivende</p> <p>Metoden er blevet anvendt i 47 % af alle klientforløb. 78 % af professionelle i målgruppen er blevet trænet i metoden på 2-dages forløb.</p> <p><i>Det ved vi fordi:</i> Kvartalsvis audit af repræsentativ stikprøve af klientforløb (vedlagt bilag 1)</p>

	<p>Analyserende Metoden er efter indledende forsøg blevet evalueret tilpasset behandlernes ønsker, hvilket har øget anvendelsen. Tilfredshed med træningsforløb var markant og anvendelse korrelerer positivt med udbredelse af træningen. Kommunale ledere som udtrykker stor støtte til projektet sender også større andel professionelle på træningsforløb.</p> <p><i>Det ved vi fordi:</i> Deltagerevalueringer af træningsforløb (vedlagt bilag 2)</p> <p>Vurderende Metoden er nu indholdsmæssigt fuldt udviklet, men mangler fortsat fuld udrulning. Er på vej til at indfri målsætning 2 om anvendelse i 80 % af alle klientforløb. Fortsat fokus på ledelsesopbakning er en prioritet</p> <p><i>Det ved vi fordi:</i> Statusrapport 3 til projektets styregruppe (feb.2010) analyserer sammenhæng mellem træning (behandlere som har gennemgået træning) og anvendelse af metoden (vedlagt bilag 5)</p>
--	--

3.2 Den praktiske tilgang til selvevalueringen

I udarbejdelsen af selvevalueringen er det vigtigt, at alle projektets medarbejdere samt lederen som minimum er repræsenteret. Derudover kan andre relevante personer også inddrages, fx de aktører, projektet arbejder tættest sammen med. RMC anbefaler, at I sætter ca. ½ dag af til selvevalueringen, hvor alle er samlet, fx i forbindelse med et personalemøde, hvor alle kan bidrage til udviklingen af det lille notat. Det er afgørende, at der er sat tid nok af, og at alle har mulighed for at komme med deres inputs.

Ansvar for udfyldelsen af notatskabelonen og at indsende selvevalueringen til RMC ligger hos den enkelte projektleder. Tag evt. en computer med til mødet og tag noter undervejs om de diskussioner I har om de enkelte temaer og underspørgsmål.

Selvevalueringen vil finde sted hvert halve år i hele projektperioden, der vil altså blive gennemført selvevaluering i alt fem gange. Det kan være en fordel for jer at bruge selvevalueringen som en form for logbog, som I løbende skriver ind i hver gang I foretager ændringer eller tager nye beslutninger.

3.3 Skabelse af et rum for refleksion

For at I kan få det optimale ud af selvevalueringen, og bruge det i udviklingen af praksis i jeres projekt, er det afgørende, at I får skabt et rum, hvor det er muligt for jer som medarbejdere at reflektere over jeres nuværende praksis og fordele og ulemper herved. Det er vigtigt, at møder omkring selvevalueringen bygger på dialog, samarbejde og åbenhed, således at alle kan komme til orde og I kan få belyst områderne fra så mange sider som muligt. Nedenfor er opridset tre gode råd til at skabe den gode dialog:

- Sørg for at alle kommer til orde i diskussionen
- Fokuser på både styrker og svagheder
- Begrund jeres udsagn – både i diskussionen og i den endelige rapport

Det vil være en fordel, hvis I til hvert møde vælger en referent, der kan sikre, at I kommer grundigt omkring alle emnerne. Referenten kan også sikre, at diskussionen holdes på sporet samt at alle i gruppen kommer til orde.

Derudover er det en fordel løbende gennem diskussionen at lave opsummeringer af, hvad der er blevet diskuteret, og hvad I er kommet frem til. Udover at synliggøre hvad I er kommet frem til

og hvad I har diskuteret, vil det her også blive tydeligt for jer, om der er forskel på hvad I hver især mener I er kommet frem til.

3.3.1 Det er i orden at være uenig

I vil sandsynligvis opdage, når I begynder at diskutere, at det ikke er altid I har samme syn på det, I ellers troede I var enige om. Selvevaluering handler imidlertid ikke om at være enige, og uenigheder er ofte det, der virkelig sætter gang i refleksionerne. Det er derfor helt i orden at være uenige, også i de selvevalueringsrapporter, I skriver. Lad uenighederne fremgå af det, I skriver, og beskriv de forskellige synspunkter, der er kommet op i forbindelse med diskussionerne.

3.3.2 Hav altid forandringsteorien med

Brug den forandringsteori, I udarbejdede på forandringsteoriworkshoppen og forhold jer til den på selvevalueringsmøderne. Dette kan hjælpe til sikre, at de indsatser, I sætter i gang, har sammenhæng med de mål, I ønsker at opnå. Derudover kan forandringsteorien være en støtte til at se, hvor der eventuelt skal foretages ændringer i indsatsen.

4. AFSLUTNING

Jo mere I kan indarbejde selvevalueringen som en del af jeres praksis, jo bedre. På denne måde vil I sikre løbende refleksion og sikre, at jeres erfaringer ikke går tabt. Derudover bliver det muligt at udbrede den viden, I har opsamlet i forløbet til andre projekter, der fremover skal starte op.

Hvis I har spørgsmål vedrørende selvevalueringen og hvordan I skal gribe det an, er I meget velkomne til at kontakte konsulent Mie Carstensen eller Gro Munk Nielsen.

BILAG 6: SAMLEDE PLANCHER FRA MIDVEJSSEMINAR

Til
Projekterne i 19M

Dato
April, 2011

19M PROJEKTERNE PLANCHER FRA MIDTVEJSSEMINAR



1. AALBORG KOMMUNE

1.1 Hvad gør vi?

- Sikrer borgeren et helhedsorienteret og trygt udskrivningsforløb
- Møder borgeren kort efter indlæggelse for at afklare støttebehov
- Koordinerer samarbejdet mellem borgerens relevante aktører
- Formidler viden om tilbud til borger, samarbejdspartner og pårørende
- Bevillingskompetence på 5 timers bostøtte iht. SEL § 85 (kun hos førtidspensionister)
- Opfølgning hjemme hos borgeren efter udskrivelse.

1.2 Hvad vil vi købe!

- Erfaringer ift. forankring af projekt ex med kommunal aktør
- Erfaringer ifm. afgrænsning og definition af projektrolle
- Erfaringer med pårørende kontakt

1.3 Hvad vil vi sælge:

- Erfaringer med "missing link" strategi, når borgeren genindlægges
- God samarbejdsmodel med psykiatrien
- Et fagligt kvalificeret samarbejdstilbud til borger og samarbejdspartner

1.4 Kontakt

Michael Andersen
Projektleder
Tlf.nr.: 31 99 09 33
E-mail: chae-ah@aalborg.dk

Projekt Udskrivningskoordinator
Østerbrogade 144
9400 Nørresundby

<http://www.aalborgkommune.dk/Borger/Voksne/Handicap/raedgivning-og-stoette/Sider/Sindslidelse-udskrivningskoordinatorene.aspx>

2. AARHUS KOMMUNE

2.1 Vi gør:

- Dokumentation, evaluering og udvikling af praksis – de tunge sager.
- Et metodeudviklingsprojekt.
- Projektet har til formål at undersøge de sager, der udfordrer fagligheden og samarbejdet i kommunalt regi og samarbejdet mellem den regionale behandlingspsykiatri og den kommunale socialpsykiatri.
- Audit-metoden anvendes til kvalitetssikring og -udvikling; som et særligt metodisk redskab til systematisk faglig vurdering, refleksion og drøftelse internt i kommunen fx samarbejde mellem drift og myndighed på tværs af kommune og region.
- audit vedrørte samarbejdet om mennesker med sindslidelse og misbrug.

2.2 Vi vil sælge:

Audit-metoden

2.3 Vi vil købe:

Strategier i forhold til videndeling og implementering af anbefalinger, dvs. metoder til at skaffe "de rigtige" i tale i en tid præget af besparelser og organisationsforandringer.

2.4 Kontakt

Udviklingskonsulent Dorte Elleby

Tlf.nr.: 87 13 34 29

E-mail: del@aarhus.dk

Fuldmægtig Annette Brøndum

Tlf.nr.: 87 13 34 28

E-mail: annbr@aarhus.dk

3. BORNHOLMS REGIONSKOMMUNE

BORGERDELTAGELSE I STYRING OG KOORDINATION

- Metode- og samarbejdsprojekt
- Partnerskab mellem Bornholms Regionskommune og Psykiatrisk Center Bornholm
- Borgerne som projektdeltagere
- Projektdeltagerne er aktive og meddesignere på deres eget rehabiliteringsforløb

3.1 Hvad gør vi?

Bruger ICF som fælles udgangspunkt for understøttelse af projektdeltagernes mål

Arbejder med fælles rehabiliteringsplaner

- Projektdeltageren og de professionelle ræsonnerer sammen over funktionsevne ud fra den meget specifikke udredning i forhold til konkrete mål og opstilling af en meget specifik plan med udgangspunkt i projektdeltagerens hverdagsliv.
- Det er projektdeltagerens målsætninger, der styrer samarbejdet – ikke de professionelles forståelser af projektdeltageren.
- Det fælles ræsonnement, den specifikke plan, projektets værdier og tilgang binder de professionelle og projektdeltagerne til at arbejde ud fra de fælles fortolkninger og vurderinger.

Systematik og klarhed

Det fælles udgangspunkt giver grundlæggende en fælles systematik og øget klarhed på mål, opgaver og rollefordeling.

Tværfaglighed:

- Koordinerende sagsbehandlere
- Teamet
- Psykiatrisk Center
- Jobcenter
- Praktiserende læger
- Væresteder

Arbejder i team

I det daglige hviler projektet på samarbejdet mellem projektdeltageren og teamet.

Samarbejdet er en gensidig læreproces, som giver deltageren og de professionelle indsigt og forståelse.

I samarbejdet fokuserer teamet på rehabiliteringsplanen og projektdeltagernes egne handlemuligheder og personlige udvikling frem for at yde kompenserende services.

Konkrete mål giver konkrete indsatser

Ud fra planen aftaler projektdeltageren, teamet og de øvrige involverede professionelle hvem, der gør hvad med fokus på udvikling af projektdeltagerens egne handlemuligheder.

Centrale erfaringer:

- Projektdeltagerne får ejerskab gennem at være med til at lave deres egen udredning.
- Ændret tilgang har sat deltagerens "dagsorden" i centrum.
- De konkrete mål og aftaler øger projektdeltagernes egne handlemuligheder og personlige udvikling.
- Tæt samarbejde omkring den enkelte projektdeltager er styrket i perioden.

3.2 Hvad vil vi sælge?

- En samlet pakke med organisering, arbejdsprocesser og redskaber som kvalificerer til målsætninger og planarbejde.
- Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde på grundlag af borgernes egne mål.
- ICF som fælles redskab til målarbejde og fælles rehabiliteringsplan.

3.3 Hvad vil vi købe?

Hvordan fungerer ACT team andre steder

IT-understøttet fagsystem, som underbygger tværsektorielt samarbejde og samarbejde med borgeren

3.4 Kontakt

Erik Pedersen (Psykiatri- og Handicapchef)

Tlf.nr.: 56 92 78 02, mobil: 60 26 78 02

E-mail: erikpedersen@brk.dk

Bodil Wermelin

Leder af socialpsykiatrien

Psykiatri og Handicap

Bornholms Regionskommune

E-mail: Bodil.Wermelin@brk.dk

4. ESBJERG KOMMUNE

Primær fokus er: Dobbeltdiagnostiserede, forankret i myndighedsafdelingen, Voksen Handicap. Tilbuddet er til frontpersonaler.

Tilknyttet en case manager (Socialrådgiver), som har kompetence efter Servicelovens regler jf. de paragraffer der arbejdes ud fra i Voksen Handicap (Primært SEL §§ 85, 103, 104, 107 samt 108).

4.1 Formålet med psykosocialt rådgivningsteam skal hjælpe med at:

Nuancere den dobbeltbelastedes borgers problemstillinger.

Opnå et bedre samarbejde mellem fagområder/sektorer – internt samt eksternt

Foretage brobygning mellem fagområder/sektorer

Opnå forståelse af og have respekt for hinandens fagområder

Kompetenceløfte frontpersonalet bl.a. via afholdelse af temadage

Sparring i forhold til at frontmedarbejderne kan koordinere en helhedsorienteret indsats for borgeren

Få afdækket organisatoriske udfordringer i forhold til arbejdet med dobbeltbelastede borgere

4.2 Psykosocialt rådgivningsteam består af repræsentanter fra;

Behandlingspsykiatrien, sygeplejerske Fra klinik for skizofreni

Kriminalforsorgen, socialrådgiver fra Kriminalforsorgen i Frihed

Socialpsykiatrien, Forstander for § 107-tilbud

Udsatteområdet, Forstander for §§ 85-, 107- og 110-tilbud

Misbrugsbehandling, Forstander

Voksen Handicap, Kontorchef samt case manager

Stab & Udvikling, Projektleder samt sekretær

Læge: Tidl. praktiserende læge

4.3 Hvad kan teamet:

Tværfaglig/tværasektoriel rådgivning/vejledning

Tværfagligt/tværasektorielt faglig sparring

Brobygning mellem fagområder

Forslag til fremtidig opgaveløsning

4.4 Case managerens funktion;

er at opbygge en særlig kompetence i forhold til dobbelt-belastede borgere

afdække og udrede dobbeltbelastede borgere

tovholder/koordinator i forhold til de dobbeltbelastede borgere

indgår PSP-samarbejde

4.5 Hvad kan en frontmedarbejder bruge teamet til;

Til sparring i forhold til afklaring af borgerens aktuelle situation f.eks. "har du været hele vejen rundt", afdækning af evt. andre indsats områder og løsningsforslag

Hvis du er i kontakt med en dobbeltbelastet borger som udviser en problematisk adfærd, der gør, at du vurderer, at du har brug for, at få et nuanceret perspektiv på borgerens situation inden der kan iværksættes helhedsorienterede, sammenhængende og koordinerede fremadrettede indsatser.

"Afklaring af om jeg er på rette vej i sagen" -Teamet mødes den sidste torsdag i måneden. Der skal være en lille skriftlig forberedelse til teamet inden mødet. Borgeren skal helst have givet sit samtykke til fremlæggelsen, ellers kan den foreligges anonymt. Der tages ingen beslutninger, der gives råd og vejledning.

4.6 Vi vil gerne købe:

Samarbejde med Behandlingspsykiatrien

4.7 Vi vil gerne sælge

Modellen "psykosocialt rådgivningsteam"

4.8 Kontakt

Charlotte Torbensen

Socialfaglig konsulent

Social & Tilbud/Stab/Udvikling

Sct. Knuds Allé 7

6740 Bramming

Tlf.nr.: 76 16 91 41

Mobil: 27 74 14 07

E-mail: chtor@esbjergkommune.dk

www.esbjergkommune.dk

5. FREDERIKSHAVNS KOMMUNE

Projektet er forankret i Socialpsykiatrien
Styregruppen er bredt forankret i kommunen

5.1 Aktiviteter:

Borgerrettet indsats
SKP og Bedre Liv kurser

Faglig sparring
Til medarbejdere i socialpsykiatrien og andre kerneaktører – herunder udgiver projektet en håndbog med metode og retningslinjer

Uddannelse
Medarbejdere på udsatteområdet, i Jobcenteret og i Socialpsykiatrien (ca. 75 medarbejdere) kommer på kurset: På vej mod et bedre liv ved Team for Misbrugspsykiatri. Projektets indsatsgruppe (11 medarbejdere) kommer på Dobbeldiagnoseuddannelsen ved Team for Misbrugspsykiatri.

Tværgående intern dobbeltdiagnosegruppe
En gruppe på 11 medarbejdere fra de 3 socialpsykiatriske støttecentre, socialpsykiatrisk bosted, udsatte SKP gruppen, og fra myndighedsafdelingen får særlige dobbeltdiagnosekompetencer og samarbejde omkring tovholderfunktion for borgerne. Får konsulent funktion i deres bagland og har fælles faglig sparring og supervision.

Tværasektoriel koordinering
Projektet er tovholder på samarbejdet mellem misbrugscenteret, distriktskykiatrien og kommunens bevillende myndighed. Har lavet redskaber som p.t. benyttes til at kommunikere det der er aftalt på tværs og dokumentere dette. Stafetlog + en standard dagsorden (bruges p.t. ikke).

Temadage og fyraftensmøder
Afholdes med det formål at formidle viden om målgruppen, metoder og samarbejde. 3 afholdt. yderligere 2 planlagt.

Snitflader og retningslinjer
Projektet skal klarlægge ansvarsfordeling og opgaver i forhold til målgruppen + beskrive retningslinjer.

Evaluering og rapportering
Dokumentation af indsats og effekt. + forslag til driftsmodel og forankring.

5.2 Det vi vil sælge:

Tværasektoriel koordinering (redskaber og metoder)
Taktik i forhold til samarbejdspartnere: Fagpersoner til relevant faggruppe, fx indhente psykiatere til at kommunikere faglig relevant viden til andre psykiatere eller psykologer. Faglig sparring til bostøtter ved anden erfaren SKP'er.
Vægt på MEDARBEJDER – udvikling, faglighed/metode, supervision, viden og uddannelse.

5.3 Det vi vil købe:

Forankring: Hvordan griber vi det an?
Driftsmodel
Snitflader og retningslinjer – hvordan?

5.4 Kontakt

Louise Rohde
Projektleder i dobbeltdiagnoseprojektet
Socialpsykiatrien
Direkte tlf.nr.: 98 45 53 87
Mobil: 21 15 02 14
E-mail: loro@frederikshavn.dk

6. GLADSAXE KOMMUNE

6.1 Hvad gør vi:

I Gladsaxe laver vi korte intensive gruppeforløb til borgere med psykiske eller sociale problemstillinger.

Vores metodeudvikling operer indenfor følgende teorier:

- tematisk tilgang til rehabiliteringens 8 livsdomæner
- systemisk tilgang
- individuel læring
- refleksionsrum.

6.2 Købes:

- Koordineringserfaring med målgruppe 18 - 23 år (og hvad er det den aldersgruppe vil have?)
- Gode erfaringer i samarbejde med jobcenter og hospitaler
- Fælleskultur om begrebsforståelse (recovery).

6.3 Sælges:

Praksiserfaring med:
 Rehabilitering
 Empowerment
 Recovery-orienteret tilgang
 Selvlæring
 Forskellige gruppetilgange
 Motivering af målgruppen

6.4 Kontakt

Leder for Psykosocial Område
 Jonny Holme-Pedersen
 Bagsværd Hovedgade 177
 Tlf.nr.: 39 57 56 38, mobil: 30 32 13 61
 E-mail: johope@gladsaxe.dk

7. HALSNÆS KOMMUNE

Tidlig indsats for 15 mænd i alderen 17 - 25 år med psykiske lidelser.
Projektet har 2 ben - den traditionelle § 85 del og en netværksdel, hvor vi bl.a. arbejder med alderssvarende unge medarbejdere.

Metodeudvikling ift. målgruppen samt in- og eksterne samarbejdspartnere.

7.1 Købes

Idéer til forankringsredskaber og dokumentationsmetoder.
Idéer til forældrehåndtering og til samarbejde med "pressede" samarbejdspartnere.

7.2 Sælges

Erfaring ift. arbejde med alderssvarende unge.
Erfaring med forskelsbehandling.
Erfaring med begrebet "En hånd i ryggen" ctr. at "bære."

7.3 Kontakt

Bo Bromberg Olsen
Projektleder/ Ungekoordinator
Halsnæs Kommune
Voksenstøtte
Valseværksstræde 5 | 3300 Frederiksværk
Direkte tlf.nr.: 25 48 00 50, Fax: 47 77 00 52, Mobil: 25 48 00 50
E-mail: bobo@halsnaes.dk
www.socialpsykiatrien.halsnaes.dk

8. HVIDOVRE KOMMUNE

8.1 Hvad gør vi?

Vi er insisterende ift. koordination - grænsende til det irriterende
Vi er opsøgende og vedholdende i kontakten til både in- og eksterne aktører
Vi bringer relevante aktører sammen
Vi genererer viden på området

8.2 Salg:

"Kontaktbarhed" og hurtig respons
Basale salgsstrategier – "What is in it for me"
Forhandling og dialog

8.3 Køb:

Hvordan får man adgang til psykiatrisk hospital, fx fast mødefora
Hvordan får man adgang til jobcenteret
Hvorledes kan man udveksle borgerrelateret information mellem region og kommune

8.4 Kontakt

Berit Langkjær
Psykiatrikoordinator
Hvidovre Kommune
Tlf.nr.: 51 58 76 05
E-mail: gkj@hvidovre.dk

Socialpsykiatrien – Hvidovre
Kettegård allé 14a
2650 Hvidovre
www.socialpsykiatrien.hvidovre.dk
Tlf.nr.: 36 48 88 57

9. KØBENHAVNS KOMMUNE

Projektet er et treårigt udviklingsprojekt, der skal sikre en koordineret indsats overfor sindslidende borgere i deres overgang fra regionen til kommunen.

9.1 Hvor er vi:

Projektet er i gang med den 3. fase, som er en afprøvningsfase, hvor vores 20 deltagende sagsbehandlere (der nu fungerer som koordinerende kontaktpersoner) tester modellen samt redskaberne for projektet på 60-80 borgere med sindslidelse. Forud for Afprøvningsfasen er gået 1 ½ år med afdækning af feltet, de involverede aktører, en kortlægning af det konkrete behov for koordinering samt en udviklingsfase, hvor redskaber og modellen for den koordinerende kontaktpersons funktion blev produceret.

Afprøvningsfasen løber frem til december 2011, hvorefter der skal evalueres og justeres på redskaberne og modellen, inden projektet tager hul på Implementeringsfasen.

9.2 Sælges:

Gode erfaringer med vedvarende kommunikation, herunder:

Oplæg for de deltagende parter.

Udgivelse af blad: Koordinatoren

Udbredelse af kendskab til projektet samt positiv opmærksomhed omkring projektet:

Oplæg i psykiatrien om projektet

Kompetenceløft/Uddannelse som en del af projektet

Medinddragelse af div. parter i alle faser

Udvikling af model samt redskaber:

Mødekoordinering og -facilitering

Netværkskort

Koordinatormappe

Pjecer til samarbejdspartnere og borgeren

Tidsregistrering

Oversigt over borgerens forløb fra indlæggelse til udskrivning

9.3 Købes

Kvalitetssikring uden overvågning af de deltagende sagsbehandlere.

Forankring af model og redskaberne på sigt.

Sikring af en nem og direkte kontakt mellem region og kommune.

Målgruppe afgrænsning

Forpligtigelse af andre forvaltninger/samarbejdspartnere med afgørende betydning for projektet

9.4 Kontakt

Projektleder Hanne Olsen

Bernstorffsgade 17, 4. sal

1592 København V

Tlf.nr.: 33 17 32 19

E-mail: BI46@sof.kk.dk

www.kk.dk/dkk

10. NÆSTVED KOMMUNE

10.1 Hvad gør vi?

Knokler med MANGE sager!

Stor bredde i henvendelserne hvilket sætter store krav til viden på psykiatriområdet og systemerne!

Henvendelserne spænder fra 10 min. Rådgivning til meget langvarige og komplicerede tovholderfunktioner

Vi påvirker holdninger, giver indsigt og viden videre

10.2 Erfaringer vi vil købe?

Få mere hold på indsatsområderne og analysen af dem

Få mere hold på analysen på det organisatoriske niveau

Udvikling af metoder der kan give bedre sammenhæng på psykiatriområdet

10.3 Erfaringer vi vil sælge?

Viden og erfaring i den gode respektfulde dialog med samarbejdspartnere også når det er rigtig svært og udfordrende

At der skal gives tid, omsorg og ressourcer på at opnå det!

At opdage og bruge den "gode historie" også når det ser værst ud!

10.4 Kontakt

Projektleder Rikke Jannerup

E-mail: rijan@naestved.dk

Tlf.nr.: 55 74 02 60

Mobil: 25 45 05 57

11. ODENSE KOMMUNE

11.1 Vi gør:

Vi fungerer som borgerens GPS
Mønsteropsamling i samarbejdet
Metodeudvikling

11.2 Vi vil gerne købe:

Videns deling af personoplysninger på tværs af afsnit (elektronisk)
Data indsamlings metode
Tanker om rollen som koordinator

11.3 Vi vil gerne sælge:

Engageret styregruppe med stor indflydelse i organisationen
Indbygget projekt koncept
Projekthåndbog
Supportfunktion og opbakning
Kommunikationsplan
Dataindsamling
Godt startforløb
Projektgruppens faglige sammensætning

11.4 Kontakt

Heidi Hansen, (projektleder)
Handicap- og Psykiatridelingen
Tigergården
Nørregade 77-79, 4.sal
5000 Odense
Tlf.nr.: 20 55 82 87
E-mail: HEIH@odense.dk

12. ODSHERRED KOMMUNE

12.1 Vi gør:

Samarbejdsenheden (et tværfagligt samarbejdsorgan)
Relations- og netværksarbejde – Åben Dialog
Forskning
Tværsektoriel konference
Uddannelse – fælles sprog
PSP og Kriminalforsorg

12.2 Vi vil gerne købe:

Tovholderbeskrivelser, herunder myndighedsansvar
Vidensflow mellem region og kommune, fx koordinerende handleplaner, IT-løsninger
Informationsmateriale
Forslag til implementeringsplaner
Samarbejde med de praktiserende læger

12.3 Til salg! ☹ - Opgaver som er vanskelige at håndtere eller løse

Projektarbejdsform i en driftsorganisation
Tilskudskontorets projekt- og økonomistyring
Projektejerskab og fysiske forhold

12.4 Kontakt

Odsherred Kommune
Grethe Bertel
Projektleder
Tlf.nr.: 24 98 96 00
E-mail: gb@odsherred.dk

13. SKANDERBORG KOMMUNE

13.1 Hvad gør vi?

Læring:

Temadage, konferencer omhandlende den borgerrettede indsats, det tværsektorielle samarbejde og koncept for formidling/læring.

Koordination:

Etablering og udvikling af fællesteam

Udvikling af systematisk samarbejdsmodel

Udbrede og inspirere andre i forhold til arbejde med den systematiske samarbejdsmodel.

Udvikling af og fokus på retningslinjer for samarbejdet på området (kommunalt, regionalt og nationalt)

Sammenhæng:

Sparring på enkeltsager (SKP, praktiserende læger, interne og eksterne samarbejdspartnere)

Musiske aktiviteter med borgerne

13.2 Hvad vil vi købe?

Erfaringer med udvikling af forpligtende samarbejde med behandlingspsykiatrien vedr. dobbelt-diagnostiserede.

Erfaringer med "myndiggjort" tovholder på de sværeste sager som en del af almen drift.

13.3 Hvad vil vi sælge?

Konceptet for læring

Systematisk samarbejdsmodel

Erfaring med udvikling af retningslinjer

13.4 Kontakt

Henrik Andersen

Projektleder

Dobbeltdiagnoseprojektet

Socialpsykiatrien

Tlf.nr.: 51 53 07 44

E-mail: henrik.andersen@skanderborg.dk

14. SKIVE KOMMUNE

Fokus på både koordinering og faglig indsats, med hovedvægt på yngre borgere under 30 år

14.1 Hvad gør vi:

Screening af alle nytilkomne kontanthjælpsmodtagere, match 2 og 3.

Henvisning til egen læge, hvis screeningen viser problematikker, der bør tages lægefaglig stilling til. Selvfølgelig med samtykke fra borger.

Screeningsresultat i form af grundig rapport til myndighedsudøver i Arbejdsmarkedsafdelingen, som herefter står for den videre indsats for den konkrete borger. Nogle henvises til visitation hos Indsats på tværs. Andre henvises til andre tilbud.

Cafe med mødepligt 3 gange 2 timer pr. uge.

6 ugers prøveperiode ved visitation til projekt Indsats på tværs. Dette for at vurdere borgerens motivation.

Koordinerende kontaktperson til alle indskrevne i Indsats på tværs.

Tværfaglige møder for alle indskrevne.

Tværfaglig handleplan laves for alle.

Hotline med telefon/sms fra kl.7 – 22 på hverdage.

Udplacering og opfølgning i ordinær uddannelse og virksomhedspraktik.

Efterværn – hvor det vurderes nødvendigt.

14.2 Erfaringer vi gerne vil købe:

Behandlingserfaringer i forhold til borgere med sindslidelser og samtidigt misbrug.

Aktivitets-indhold i cafe.

Effektmåling (konkret i forhold til de indskrevne borgere).

14.3 Erfaringer vi gerne vil sælge:

Screening af nytilkomne kontanthjælpsmodtagere, match 2 og 3.

Tværfaglige møder og handleplaner.

Efterværn.

Forankring, som er påbegyndt i proces fra nu og til den 1.juni 2011.

14.4 Kontakt

Inger Aas

E-mail: INAA@skivekommune.dk

Tlf.nr.: 51 23 88 63

15. VEJLE KOMMUNE

15.1 MÅLGRUPPE:

Mellem 18-65 år
Være indlagt mere end 30 dage
Udskrives til egen bolig

15.2 FORMÅL:

Forebygge u hensigtsmæssige genindlæggelser
At metodeudvikle gennem at afprøve en ny samarbejdsform mellem sundheds- og socialsektoren i praksis
At sikre medinddragelse af netværket
Koordinering af den fremtidige indsats

15.3 DET VIL VI KØBE:

Tilbud til unge med en debuterende sindslidelse ml. 18-23 år
Afgrænsning af målgruppe, når indlæggelsesperioden bliver af længere varighed
Forankring/implementering
Markedsføring

15.4 DET VIL VI SÆLGE:

Samarbejdsmodel
Funktionsbeskrivelse
Inddragelse af pårørende/netværk
Fokus på børn/familiesamtaler
Korte intensive forløb
Standby periode

15.5 Kontakt

Daglig leder af forebyggelsesteamet Claus Hejlskov Jørgensen
Tlf.nr.: 20 30 69 90
E-mail: clhjo@vejle.dk

Center for dagtilbud
Socialpsykiatrisk Team
Vejle kommune
Støttecentret Blegbanken 3
7100 Vejle
Tlf.nr.: 30 91 70 15
Hjemmeside: www.sociallogpsykiatri.vejle.dk